

# **Gesundheitsförderung und Schulentwicklung - GUT DRAUF in Schulentwicklungsprozessen der Sekundarstufe I.**

Dr. Steffen Schaal  
Juniorprofessor Biologie  
Institut für Naturwissenschaften und  
Technik, Abteilung Biologie  
07141 140 331  
schaal@ph-ludwigsburg.de

## **Abstract/ Zusammenfassung**

### **1. Einleitung**

Gesunde Kinder und Jugendliche bewältigen die Herausforderungen der Pubertät besser als solche mit gesundheitlichen Defiziten. Doch der Gesundheitsstatus deutscher Kinder und Jugendlicher ist zum Teil bedenklich, gerade Kinder aus benachteiligten Familien zeigen in hohem Maße ein defizitäres Gesundheitsverhalten: Das Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhalten vieler Jugendlicher gibt Anlass zur Sorge (vgl. SHELL Jugendstudie, Hurrelmann et al. 2006; KiGSS-Studie, Kurth 2007). So nimmt beispielsweise der Obst- und Gemüseverzehr vom Kindes- zum Jugendalter deutlich ab (Mensik 2007) und nur jeder vierte Junge und nur jedes sechste Mädchen im Alter von 11 – 17 Jahren erfüllt die aktuelle Empfehlung von täglicher körperlicher Aktivität (Lampert et al. 2007). Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen wird von vielen Faktoren beeinflusst (Familie, peer-group, Medien,...), aber auch dem schulischen Umfeld kann ein gewisser Einfluss zugesprochen werden. Auf diese Anforderungen gilt es nun aus schulischer Sicht zu reagieren und Konzeptionen zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren.

### **2. Schulische Gesundheitsförderung**

Schulische Gesundheitsbildung und -förderung zielt auf die Entwicklung und Stärkung von Kompetenzen zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen ab. Diese Zielsetzung versucht man u.a. durch die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, durch die Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten und das Einüben von gesundheitsgerechtem Handeln zu erreichen (BZgA 2000, S, 16).

Aktuelle Programme zur schulischen Gesundheitsförderung betonen die Notwendigkeit eines Ressourcen orientierten Ansatzes aus einer salutogenetischen Perspektive (vgl. Jerusalem 2005): Es gilt persönliche Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Aufbau von

gesundheitlich positiven Verhaltensweisen und von Schutzfaktoren auszubilden. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, „wie und mit welchen Mitteln das vorhandene Gesundheitspotential von Menschen durch strukturelle [...] Initiativen und durch persönliche Unterstützung gefördert werden kann“ (Hurrelmann & Laaser 1998, S. 177). Ergänzt wird dies durch Maßnahmen, die sich an der Prävention gesundheitlicher Risikofaktoren und entwicklungstypischer, gesundheitsriskanter Verhaltensweisen orientieren (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004). Hurrelmann und Settertobulte (2002) sprechen in diesem Zusammenhang von *primordialer Intervention*, welche sich unspezifisch an eine ganze Altersgruppe wendet anstatt an differenzierte Risikogruppen (vgl. Mittag 2005). Gerade im Jugendalter ist zu beachten, dass unmittelbare Konsequenzen des Verhaltens wichtiger sind als längerfristige, unsicher erscheinende Gesundheitsfolgen (vgl. Bergmann & Bergmann 2004).

Nach dieser Ansicht sollten sich Maßnahmen zur Gesundheitsbildung und -förderung im Kindes- und Jugendalter an den folgenden drei Prinzipien orientieren:

- (i) Gesundheitsbildung soll an Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen orientiert sein und an Erlebnissen von Lebensfreude ansetzen anstatt zu belehren und zu verbieten.
- (ii) Gesundheitsbildung sollte Widersprüche zwischen pädagogischen Werten und Leitbildern aus der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen. Diese normativen und sozio-kulturellen Rahmenbedingungen beeinflussen den Erfolg gesundheitspsychologischer Interventionen in hohem Maße.
- (iii) Maßnahmen der Gesundheitsbildung sollten flexibel an die Lebensstile der Kinder und Jugendlichen, an ihren Entwicklungsstand und an kulturelle Einflüsse angepasst werden und die individuelle Persönlichkeitsentwicklung unterstützen.

Entsprechend gehen neuere Ansätze der Gesundheitsförderung von einem breiten, psychosozialen Ansatz aus, der alters- und entwicklungsspezifische Verhaltensmerkmale sowie die psychosoziale Funktionalität von Risikomechanismen mit einbezieht (Jerusalem 2005, Raithel 2001). Dazu gehören beispielsweise Standfestigkeitstrainings (z.B. Evans 1976), welche auf Widerstandsressourcen gegenüber Gruppendruck Gleichaltriger setzen, und so genannte „Lebenskompetenz-Trainings“ (vgl. Botvin & Tortu 1988, WHO 1997) mit Ausrichtung auf die Förderung allgemeiner Lebens- bzw. Gesundheitskompetenzen wie beispielsweise Stressbewältigung, Empathie oder Umgang mit Emotionen. Die Wirksamkeit beider Ansätze konnte empirisch mehrfach belegt werden (z.B. Fuchs & Schwarzer 1997; Flynn et al. 1995, 1997; Jerusalem 2005; Mittag & Jerusalem 1999; Epstein, Botvin & Diaz 1999; Tobler & Stratton 1997; Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz 1995).

Schulische Gesundheitsbildung und -förderung sollte jedoch außer „zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler“ auch die Förderung der auf den Arbeits- und Lernplatz bezogenen Gesundheit aller an der Schule Beteiligten in den Blick nehmen (Paulus 2003, S. 95). Damit wird Gesundheitsförderung zu einem Teil eines Schulentwicklungsprozesses, der das gesamte Setting Schule betrifft. Aber auch die Berücksichtigung von Gemeindestrukturen und vorhandenen gesundheitsbezogenen Netzwerke sind wichtige Faktoren (vgl. Vuille et al. 2004; Paulus 1999; Holleederer & Böleskei 1999). Die empirische Befundlage zu Ansätzen der Schulentwicklung hin zur gesundheitsfördernden Schule im Allgemeinen ist allerdings noch recht dürftig, während Teilbereiche der Gesundheitsförderung und präventiven Arbeit im schulischen Kontext bereits gut erforscht sind: So konnte beispielsweise die kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit von gemeindeorientierten Ansätzen im Bereich der Suchtprävention sowohl im englischsprachigen Raum (Perry, Kelder, Murray & Klepp 1992; Johnson et al. 1990) als auch im deutschsprachigen Raum empirisch belegt werden (Holleederer 2001).

Der Weg zur gesundheitsfördernden Schule ist jedoch ein komplexer Prozess, der auf einem gemeinsamen Konsens der gesamten Schulgemeinde beruhen sollte und allen Beteiligten eine hohe Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeit einräumt (vgl. Sommer et al. 2006, S. 85 ff.). Ein beispielhaftes Modell für die Beteiligung aller Personengruppen der Schule (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern, nicht-unterrichtendes Personal) stammt von Peter Paulus (2003): Darin werden Handlungsfelder und Prinzipien der gesundheitsfördernden Schule beschrieben (vgl. auch Weare 2000; St. Leger 2000):

<b>Handlungsfelder:</b>
Schulisches Gesundheitsmanagement (Führungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des „Betriebs Schule“)
Schulische Umwelt und Schulkultur (Lebensraum Schule mit Bewegungs- und Rückzugsräumen, Ernährungsangebot, ...)
Kooperationen und Dienste (außerschulische Partner wie Gesundheitsamt, Sportverein, Jugendhilfe, ...)
Lehren und Lernen, Curriculum (Gesundheit als Thema und gesundheitsförderliches „Lernen lernen“)
<b>Prinzipien:</b>
Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung (langfristiger Prozess statt „Event“)
Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und der beeinflussenden Faktoren (Wohlbefinden statt normativer Ansätze)
innere und äußere Vernetzung
Selbstbestimmung, Empowerment & Partizipation
Salutogenese (Antonovsky 1997: Gefühl der Machbarkeit, der Sinnhaftigkeit und der Verstehbarkeit)

Tabelle 1: Handlungsfelder und Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule (i.A. Paulus 2003)

Betrachtet man die Handlungsfelder einer solchen gesundheitsfördernden Schule, so stellt sich die Frage nach den Inhalten der gesundheitsbildnerischen Tätigkeitsbereiche. Im Forschungsverbund „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ der WHO treten beispielsweise folgende gesundheitsrelevante Faktoren in den Vordergrund (Hurrelmann et al. 2003):

- Subjektive Gesundheit (Psychosomatische Beschwerden, mentale Gesundheit, Allergien, Lebenszufriedenheit u.a.)
- Unfallrisiko und Gewalt (Unfallverletzungen, Mobbing (Täter und Opfer), Beteiligung an Schlägereien)
- Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, illegale Drogen)
- Essverhalten und Diäten (Essgewohnheiten, Body-Maß-Index, Diäten u.a.)
- Körperliche Aktivität (Sport, körperliche Anstrengungen, Inaktivität durch Fernsehen und Computer u.a.)
- Soziale Ressourcen (Anzahl der Freunde, Unterstützung durch Eltern und Peers, Familiensituation, Wohnumfeld u.a.)
- Schule (Leistungsanforderungen, Unterrichtsqualität, Unterstützung durch Eltern, Mitschüler und Lehrer, Schulfreude, Schülerbeteiligung u.a.)
- Gleichaltrigengruppe und Freizeitverhalten (Häufigkeit der Treffen, Mediennutzung, Mitgliedschaft in Vereinen und Organisationen u.a.).

Doch der aktuelle HBSC-Jugendgesundheitssurvey (Hurrelmann et al. 2003) zeigt, dass Jugendliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung von psychischen und körperlichen Anforderungen auf der einen Seite und von sozialen und physischen Umweltbedingungen auf der anderen Seite haben. Als Ursachen hierfür werden neben dem sozialen und kulturellen Status der Eltern und dem Geschlecht der Jugendlichen auch Störungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie der Belastungsbewältigung genannt (vgl. u.a. Hurrelmann 1994, Ravens-Sieberer, Görtler & Bullinger 2000).

An dieser Stelle bietet das GUT DRAUF - Programm ideale Anknüpfungspunkte für die Umsetzung im Handlungsfeld Schule (**eine ausführliche Darstellung findet sich in diesem Buch ?!**): Insbesondere die Bereiche Ernährung, Bewegung und Stress- bzw. Belastungsbewältigung sind Bestandteile integrativer Konzepte der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen (Mann-Luoma, Goldapp, Khaschei, Lamersm & Milinski 2002). Diese lassen sich sowohl in bestehende Curricula integrieren als auch im Prozess der Schulentwicklung direkt einbinden und umsetzen. In allen drei Bereichen für sich liegen vielfältige programmatische Ansätze und empirische Ergebnisse für deren Wirksamkeit vor. Zuletzt konnten ernährungs- und bewegungsbezogene Schulentwicklungsprogramme in der von der WHO in Auftrag gegebenen Studie zur Evidenz der Konzeption „*Health Promoting School*“ als hinreichend wirksam bestätigt werden (Steward – Brown 2006).

Die Programmqualität von GUT DRAUF wurde bereits in verschiedenen Bereichen durch Selbstevaluation der Projektpartner dokumentiert (z. B. Bestmann 2004, 2005). Über die Wirksamkeit auf Ebene der Zielgruppe ist die empirische Datenlage jedoch noch ausbaufähig, lediglich eine Studie beschäftigte sich mit dieser Fragestellung: Hurrelmann und Leppin (1996) evaluierten insgesamt 11 GUT DRAUF - Projekte aus den Bereichen Jugendreisen, Sportvereine, Jugendsozialarbeit und Schulen hinsichtlich der Implementation, Akzeptanz und Wirksamkeit. Zusammenfassend wurde dabei festgestellt, dass...

... *die Programmimplementation* (Organisation des Programmablaufs, Betreuung durch Leiter/Lehrer, Partizipationsmöglichkeit, Beziehungen der Jugendlichen untereinander und zwischen Jugendlichen und Betreuern, Integration der einzelnen Bereiche) von den Betreuern wie den Teilnehmern überwiegend positiv eingeschätzt wurde,

... *die Programmakzeptanz* (Spaß/ Freude und neue Erfahrungsmöglichkeiten bei Projektaktivitäten sowie das Wohlbefinden) mehrheitlich positiv war und

... *die Programmwirkung* (Einstellungen und Intentionen bezüglich Bewegung, Entspannung und Ernährung) als positiv zu bewerten ist (an dieser Stelle raten die Autoren jedoch zu einer vorsichtigen Dateninterpretation, da die verschiedenen Settings schlecht vergleichbar sind und entsprechende Kontrollgruppen fehlen).

Die insbesondere in Hinblick auf die Programmwirksamkeit noch recht unzureichende empirische Erprobung des GUT DRAUF - Ansatzes an Schulen und die damit notwendigerweise verbundene Schulentwicklung stehen im Vordergrund bei der Planung des hier beschriebenen Forschungsprojekts

### **3. Darstellung des Forschungsprojekts**

Der Weg zur gesundheitsfördernden GUT DRAUF – Schule beginnt mit dem Beschluss der Schulgemeinde, einen Schulentwicklungsprozess einzuleiten und so lange aufrecht zu erhalten, bis ein angemessenes schulisches Leitbild entstanden ist. Bei der Unterstützung dieses Prozesses sind regelmäßige Rückmeldungen über den Entwicklungsstand und über die

Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen auf allen Ebenen nötig, um eine zielgerichtete und vor allem effiziente Schulentwicklung mit möglichst optimaler Ressourcennutzung zu ermöglichen. Für eine solche Prozessevaluation ist es sinnvoll, die verschiedenen Handlungsfelder des Settings Schule zu betrachten: Lassen sich direkte Ergebnisse der gesundheitsfördernden Maßnahmen bei den Schülerinnen und Schüler beobachten, ändert sich ihr Wissensstand, ihre Einstellungen gegenüber und ihre Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten oder gar ihr Verhalten selbst? Ist ihr Wohlbefinden im Lebensraum Schule messbar gestiegen? Haben sich Schulkultur, Schulumwelt sowie das Lehren und Lernen beobachtbar verändert und werden in höherem Maße Aspekte der Gesundheitsförderung berücksichtigt? Diese und weitere Fragen sollten in regelmäßigen Abständen erhoben und den Verantwortlichen für den Schulentwicklungsprozess zurück gemeldet werden.

Im Rahmen des Forschungsprojekts werden drei Schulen der Landkreise Ludwigsburg und Esslingen (Schüler: N = 1450; Lehrer: N = 118) über einen Zeitraum von drei Jahren bei der Entwicklung eines schulischen Leitbildes mit Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ sowie der Implementation konkreter Gesundheitsförderungsmaßnahmen begleitet und unterstützt. Dabei werden einerseits die Entwicklungsverläufe der Schülerinnen und Schüler in einem Längsschnitt betrachtet und andererseits erfolgt ein Vergleich mit zwei Kontrollschulen (Schüler: N = 1400; Lehrer: N = 98). Eine jährliche Überprüfung des Umsetzungsprozesses auf Schülerebene, auf Ebene der Schulentwicklung und auf Ebene der Lehrerinnen und Lehrer gibt Aufschluss über den Erfolg der Maßnahmen.

Damit wird einerseits die Frage zu beantworten sein, ob der GUT DRAUF – Ansatz, der sich in anderen Handlungsfeldern wie beispielsweise bei Jugendreisen nachweislich bewährt hat, auch erfolgreich in der Schule umgesetzt werden kann und sich auch dort bewährt. Andererseits werden anhand verschiedener Indikatoren fördernde und hinderliche Faktoren von Schulentwicklungsprozessen zu identifizieren sein, um spezifische Hilfestellungen für Schulentwicklungsprozesse hin zu einer „guten, gesunden Schule“ geben zu können und damit Schulen auf diesem Weg optimal zu unterstützen. Aber auch die Rückmeldung an die Schulverwaltung und die Schulaufsicht ist ein nicht zu unterschätzender Aspekt einer systematischen Erprobung und Evaluation des GUT DRAUF – Ansatzes in der Schule, um evidenzbasiert Argumente für eine administrative Unterstützung von schulischen Entwicklungsprozessen zu sammeln und damit eine flächendeckende Umsetzung zu erreichen.

### **3.1 Der Schulentwicklungsprozess hin zur „gesundheitsfördernden GUT DRAUF – Schule“**

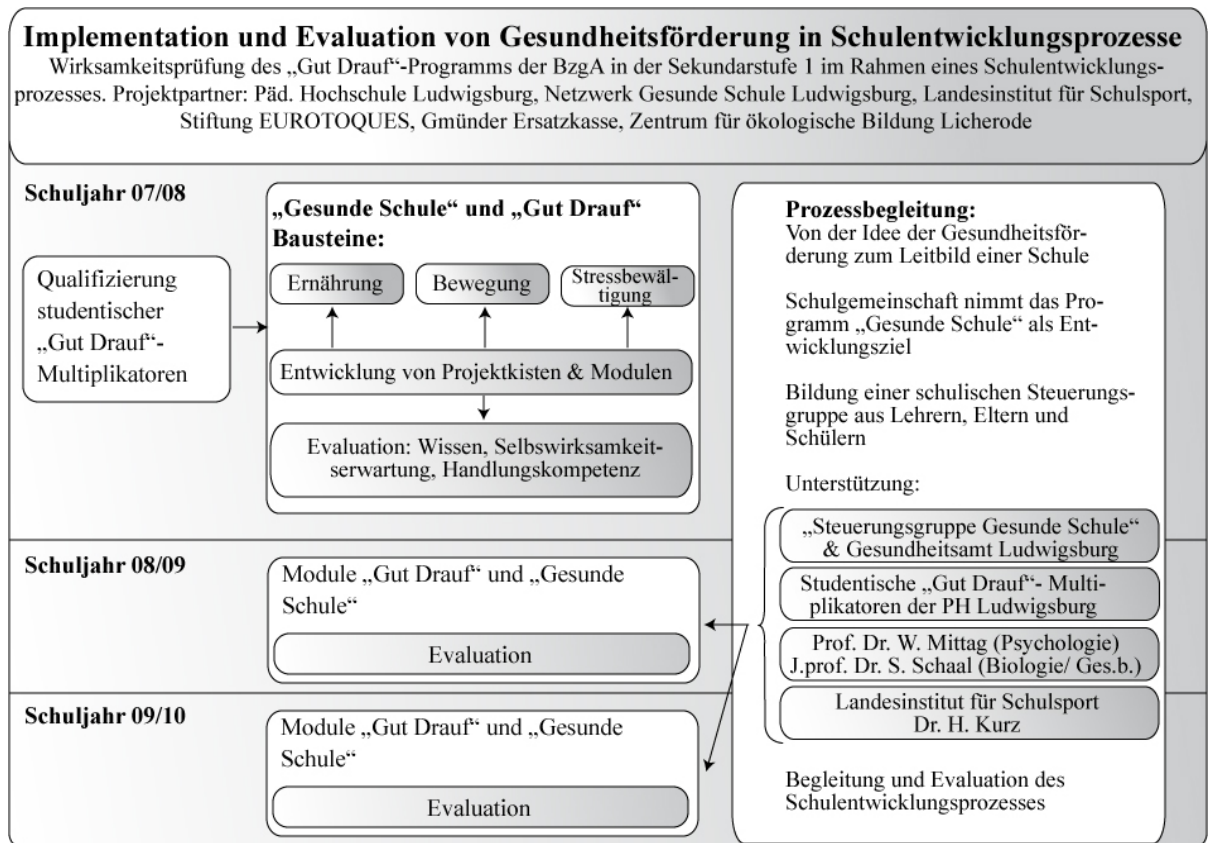


Abbildung 1: Übersicht der Maßnahmen zur Unterstützung des Schulentwicklungsprozesses.

Das Forschungsprojekt und der initiierte Schulentwicklungsprozess stehen auf drei zentralen Säulen (siehe Abbildung 1):

1. Ausbildung von GUT DRAUF – Teamern im Rahmen des Lehramtsstudiums für Grund-, Haupt- und Realschulen.
2. Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von GUT DRAUF – Modulen für die Sekundarstufe mit curricularer Anbindung
3. Prozessbegleitung der Schulentwicklung durch ein tragfähiges Netzwerk.

Diese Bereiche werden im Folgenden differenziert beschrieben.

#### a) Entwicklung und Evaluation von Unterrichtsmodulen

Im Rahmen des Forschungsprojekts wird der GUT DRAUF - Ansatz für die schulischen Bedürfnisse adaptiert und in der Lehrerausbildung an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg als fester Bestandteil in der Abteilung Biologie / Naturwissenschaften etabliert. Hierzu werden zunächst die Studierenden als GUT DRAUF -Teamer qualifiziert und bei der schulischen Adaption des Programms als so genannte „Assistant Teachers“ beteiligt. Im Rahmen dieser Qualifizierungsmaßnahmen werden didaktisch aufbereitete Unterrichtskonzepte und Materialien zu den GUT DRAUF -Themengebieten entwickelt, erprobt und empirisch evaluiert. Diese GUT DRAUF - Module oder so genannten „Projektkisten“ sind am Bildungsplan verankert und werden den Projekt-Schulen zur unterrichtlichen Umsetzung zur Verfügung gestellt. Damit werden die Lehrerkollegien bei der Vorbereitung von Unterrichtseinheiten zum Thema Gesundheit entlastet und Ressourcen für den Schulentwicklungsprozess gewonnen. Inhalte dieser Projektkisten sind beispielsweise Unterrichtseinheiten für den naturwissenschaftlichen Unterricht zur bedarfsgerechten Ernährung, zur Physiologie des Stress oder zur zu den Tricks der Lebensmittelindustrie mit Anbindung an die Physiologie des Geschmackssinns. Jedes dieser Module aber beginnt mit

einer Problemstellung aus der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen und endet mit einer GUT DRAUF – Aktion wie zum Beispiel einem gemeinsamen Essensfest oder einer Entspannungsaktion. Die Ausbildung der studentischen GUT DRAUF - Teamer findet in Kooperation mit dem GUT DRAUF - Programm und nach dessen Qualitätskriterien statt. Im Rahmen der Ausbildung zum GUT DRAUF – Teamer ist die Planung und Durchführung einer GUT DRAUF – Aktion an den beteiligten Projektschulen obligatorisch, weshalb GUT DRAUF dort zwei Mal im Jahr in größerem Rahmen „in Szene“ gesetzt wird.

Die ausgebildeten studentischen Teamer können nach Anfrage und in Abstimmung mit der Projektleitung selbständig an den Projektschulen entsprechende GUT DRAUF – Aktionen durchführen, eine Vergütung dieser Tätigkeit erfolgt aus Mitteln des Forschungsprojekts.

#### *b) Prozessbegleitung und Entwicklung eines schulischen Leitbildes*

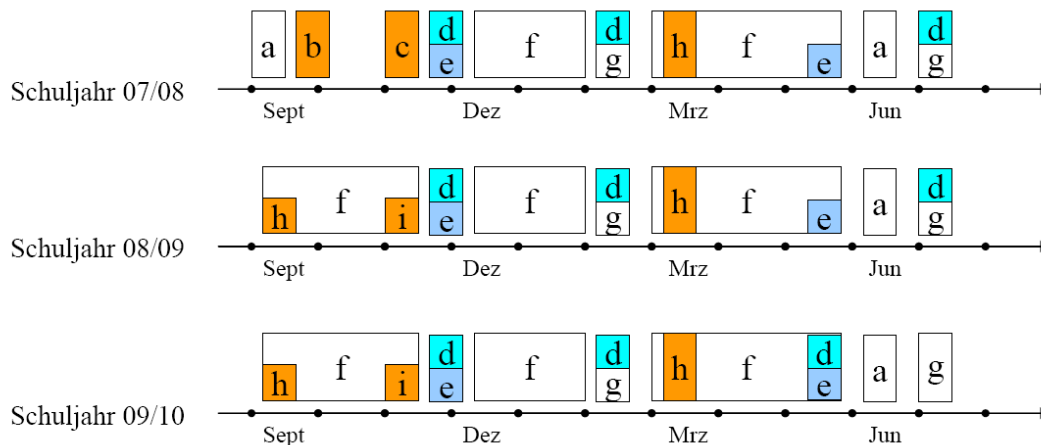
Die Ausbildung eines schulischen Leitbildes und Schulprofils sind gemeinsame Aufgabe der Lehrerkollegien und Schulleitungen. Die Planung und Umsetzung des Leitbildes ist darüber hinaus abhängig von der gesamten Schulgemeinschaft, also von den Lehrerinnen und Lehrern ebenso wie von den Eltern und Schülerinnen und Schülern. Deshalb sollte ein solches Leitbild unter Beteiligung der Schulgemeinschaft entstehen und auf deren Akzeptanz basieren, um erfolgreich umgesetzt werden zu können. Ein solcher Prozess ist aufwändig und bedarf einer breiten und fundierten Unterstützung bei der Anbahnung und Aufrechterhaltung des Entwicklungsprozesses (Haenischen 2004). Diese Unterstützung findet in Form einer Prozessbegleitung statt, welche zunächst zur Bildung einer schulischen Steuerungsgruppe führen soll (Herrmann 2006, Schratz 2003). Diese sollen des Weiteren „Kompetenz-Teams“ zu „Ernährung – Bewegung – Entspannung/ Stressbewältigung“ bilden, um diese Tätigkeitsbereiche im täglichen Schulleben zu verankern. Daneben finden Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen der Lehrerinnen und Lehrer statt, um ihnen die bewährte GUT DRAUF - Konzeption zu vermitteln und eine angemessene Handlungskompetenz aufzubauen. Ein ähnliches Verfahren wurde bereits erfolgreich im „Schweizerischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ angewandt (vgl. Buddeberg-Fischer & Ritzmann 2000).

Die Unterstützung des Schulentwicklungsprozesses erfolgt in Anlehnung an das problemlöseorientierte Interventionsplanungsmodell von Strittmatter (1997):

- *Problemdefinition als Handlungsraum der generellen Zielbildung:* Welche Faktoren sind relevant für eine gesundheitsfördernde Schule, welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen liegen an der jeweiligen Schule vor und wie sieht der Zielzustand des Entwicklungsprozesses aus?
- *Informationsaufnahme als Handlungsraum der Entwicklung möglicher Maßnahmen:* Entwicklung von Ziel-Mittel-Bäumen und Aufarbeitung der Forschungslage zu gesundheitspsychologischen Interventionen. In diesem Bereich findet eine enge Kooperation mit den beteiligten Projektleitern und Institutionen statt.
- *Entscheidungsphase:* Auswahl der Verfahren und Maßnahmen für den Schulalltag. Eine entscheidende Beteiligung des Lehrerkollegiums und der Elternschaft ist in dieser Phase für die allseitige Akzeptanz der Intervention von besonderer Bedeutung. Zu diesem Zeitpunkt sind Schulungsmaßnahmen für Lehrerinnen und Lehrern und für Eltern von besonderer Bedeutung.
- *Implementierung:* Durchführung der Intervention, d.h. Nutzung der „Gut Drauf“-Module im Unterricht, in außerunterrichtlichen und außerschulischen Angeboten sowie im schulische Alltag (z.B. Schulverpflegung, Raumgestaltung, etc.).
- *Evaluation:* Die am Schulentwicklungsprozess Beteiligten überprüfen am Ende jeden Schuljahres, ob die selbst formulierten Ziele erreicht werden konnten. Als Konsequenz werden diese gegebenenfalls überarbeitet oder erneut in Angriff genommen.

Am Ende dieses Prozesses sollen an den Projekt-Schulen gesundheitsförderliche Maßnahmen sowohl im täglichen Schulleben verankert (z.B. geeignete Ernährungs- und Bewegungsangebote, Rückzugsräume, Schulhausgestaltung, etc.), als auch im Unterricht fester Bestandteil sein. Letzteres wird zu großen Teilen im Bildungsplan der verschiedenen Schulformen gefordert und wurde bereits im voran gegangenen Abschnitt ausgeführt.

c) Detaillierte Zeitplanung des Forschungsprojekts



<span style="color: orange;">■</span> Steuerungsgruppe	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 10px;"></span> SchülerInnen	<span style="color: cyan;">■</span> Eltern	<span style="color: blue;">■</span> Lehrer
a: Datenerhebung (Fragebogen u. Monitoring)	f: Implementationsphase	g: <i>Gut Drauf</i> – Aktionswoche (Projektseminar)	
b: Bestimmung der Ausgangslage und Planung des Schuljahr	h: Bestandsaufnahme, Rückmeldung aus Datenanalyse u. Ziel-Mittel-Analyse		
c: Basisschulung zu „Gut Drauf“-Programm (2-tägig)	i: Klausurtagung aller schulischen Steuerungsgruppen		
d: Themenspezifischer Elternabend			
e: <i>Gut Drauf</i> – Aktion in Kollegien/ Lehrerfortbildung			

Abbildung 2: Zeitleiste des Forschungsprojekts

	Interventionsbestandteil	Beschreibung
a	Datenerhebung (Schüler, Steuerungsgruppe, Schulleiter, Elternvertreter)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fragebogen Schülerinnen und Schüler (178 Items)</li> <li>2. Monitoring-Verfahren Schulleitung, Steuerungsgruppen, Elternvertreter (Radialprofil Gesunde Schule, Parsons &amp; Spears, 2002)</li> </ol>
b	Bestimmung der Ausgangslage und Planung des Schuljahrs (Steuerungsgruppe)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bestimmung des Ist-Zustands <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulcurriculum zu Themen der Gesundheitsbildung/ -förderung</li> <li>- Außerunterrichtliche Angebote (AGs, Projekt-Tage, WVR, etc.)</li> <li>- Schulverpflegung</li> <li>- Schulumwelt (Pausengelände, Infrastruktur Sport, Aufenthaltsräume, etc.)</li> </ul> </li> <li>2. Ziel-Mittel-Analysen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel des Schulentwicklungsprozesses, Teilziele</li> <li>- Maßnahmenplanung</li> <li>- Gezielte Anforderung einer Unterstützung durch das Netzwerk</li> </ul> </li> <li>3. Planung des Schuljahres</li> </ol>

c	Basisschulung „Gut Drauf“ in Kooperation mit der BZgA (Steuerungsgruppen)	gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Netzwerk Baden-Württemberg
d	Themenspezifischer Elternabend (Eltern)	Grundlagen zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress Handlungsmöglichkeiten im Alltag als Ressourcen Grundlagen des GUT DRAUF - Programms der Schule
e	„Gut Drauf“-Aktion für Kollegien (Lehrer)	Handlungsorientierter Einführung des Programms durch eine gemeinsame Aktion oder/ und Fortbildungsangebot (Festlegung durch die Steuerungsgruppe)
f	Implementation des „Gut Drauf“ Programms (Steuerungsgruppe, Lehrer, Schüler, Eltern)	Schulspezifische Angebote im Unterricht oder außerunterrichtliche Angebote
g	Projektwochen mit dem Hochschulseminar GUT DRAUF (Schüler)	Umsetzung von Projekten zum Thema Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung durch Studierende. Verwendung von Projektkisten oder Erstellung neuer Projektkisten nach Bedarf.
h	Revision und Soll-Ist-Abgleich (Steuerungsgruppe)	Ergebnisse der Eingangsuntersuchung, Bestandsaufnahme der bisherigen Aktionen und des Entwicklungsprozesses, ggf. Revision der Planung
i	Klausurtagung aller Steuerungsgruppen	Berichte der einzelnen Schulen, Ausblick auf kommendes Projektjahr, Erfahrungsaustausch, Vorstellung neuer Module/ Projektkisten durch Studierende

Tabelle 1: Übersicht Interventionsplanung

### 3.2 Fragestellungen des Forschungsprojekts

Aus den Ergebnissen verschiedener Pilotstudien an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg und aus der Pilotregion Rhein – Sieg (**Beschreibung in diesem Band?!**) lässt sich erwarten, dass der GUT DRAUF - Ansatz erfolgreich in einen Schulentwicklungsprozess implementiert werden kann. Es ist aber auch zu erwarten, dass dieser Prozess einer vielfältigen Unterstützung bedarf und nicht nur von den Schulen alleine unterhalten werden kann.

Das GUT DRAUF – Programm wurde bisher noch nicht auf dessen Wirksamkeit bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Handlungsfeld Schule überprüft, was in diesem Forschungsprojekt ein zentrales Anliegen ist. Es wird daher untersucht, ob die Durchführung verschiedener Interventionen mit externer Unterstützung durch das Netzwerk von GUT DRAUF und der Pädagogischen Hochschule zu den gewünschten Ergebnissen und damit zu erhöhten Wahrscheinlichkeiten für die Ausbildung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen führt. Daneben werden auch kognitive Aspekte und das Wissen über gesundheitsrelevantes Verhalten als moderierende Faktoren untersucht. Dies erfolgt sowohl im Querschnitt (Vergleich mit Schülerinnen und Schülern einer Kontrollschule) als auch im Längsschnitt (Zeitraum '07-'10).

Im Einzelnen werden folgende Fragestellungen verfolgt:

#### a) Themenbezogenes Wissen:

Im Bereich der Ernährung konnte der Einfluss von Wissen auf das Verhalten mehrfach belegt werden (z.B. Rössel & Gerhards 2003, Lach 2003, Schwartz et al. 2003), wenngleich der direkt-kausale Zusammenhang eher als mäßig eingestuft werden muss (Reinehr et al. 2004).

Ferner besteht die Gefahr, dass es sich aber um im Alltag nicht umsetzbares, „träges Wissen“ handelt (Frobisher, Jepson & Maxwell 2005).

Gleichwohl konnten Martin, Mäder & Calmonte (1999) im Bereich Bewegung den Zusammenhang zwischen Wissen über die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit und dem tatsächlichen Bewegungsverhalten aufzeigen.

Im Bereich der Stressbewältigung sind weniger humanbiologisch-physiologische Aspekte der Stressentstehung von Bedeutung, sondern Kenntnisse um die Ursachen von Stress im Alltag und angemessene Bewältigungsstrategien und deren Einübung (vgl. Klein-Heßling & Lohaus 2000, Kaluza 2004).

Zusammenfassend stellt sich nun die Frage, ob im Rahmen des dreijährigen Forschungs- und Schulentwicklungsprozesses ...

- das ernährungs- und bewegungsbezogene Wissen sowie die auf den Umgang mit Belastungssituationen bezogenen Kenntnisse zunehmen,
- die Schülerinnen und Schüler der Projektschulen in höherem Maße als die Vergleichsgruppe in den Kontrollschulen ernährungs-, bewegungs- und belastungsbezogenes Wissen aufbauen.

#### *b) Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen:*

Selbstwirksamkeitserwartungen sind im sozial-kognitiven Prozessmodell von Schwarzer (1992) ein wichtiger Faktor der Motivationsphase und Aufrechterhaltung gesundheitsorientierten Handelns. Damit zusammenhängend ergibt sich die Frage, ob das Schulentwicklungsprogramm zu positiven Effekten führt bei...

- der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen und
- der ernährungs-, bewegungs- und stressbewältigungsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen.

#### *c) Bewegungshäufigkeit und Ernährungsprotokoll*

Der Zusammenhang des Ausmaßes von körperlicher Aktivität und Gesundheit ist in der aktuellen Gesundheitsforschung ein weiterer noch zu klärender Aspekt. Es liegen bislang lediglich Hinweise vor, dass ein solcher Zusammenhang bei Erwachsenen zu erwarten ist (vgl. Wagner, Singer, Woll, Tittlbach & Bös 2004). Gleichwohl sind auch bei Jugendlichen und Kindern solche Zusammenhänge plausibel (Bös et al. 2002). Deshalb lautet die Fragestellung, ob ...

- die körperliche Aktivität der Schülerinnen und Schüler im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern einer Kontrollschule über die Dauer der Intervention messbar stärker zunimmt.

Wie ein gesundheitlich erwünschtes Ernährungsverhalten und eine ideale Nährstoffzusammensetzung aussehen sollte ist seitens offizieller Ernährungsempfehlungen ausgesprochen uneinheitlich (vgl. Barlösius 1999). In diesem Projekt werden die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE 2004) zugrunde gelegt. Auf dieser Basis soll die Ernährungshäufigkeit verschiedener Nährstoffe erhoben und mit den Richtlinien der DGE zur Nährstoffzusammensetzung abgeglichen werden. Die Fragestellung für die geplante Intervention lautet demnach, ob ...

- sich die Nahrungsaufnahme der Schülerinnen und Schüler der Projektschulen im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern einer Kontrollschule im Laufe des Interventionszeitraums in stärkerem Maße den Empfehlungen der DGE annähert.

#### *d) Gesundheitsbezogenes Wohlbefinden*

Im Rahmen des Schulentwicklungsprozesses zur gesundheitsfördernden Schule sollte sich auch das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler der Projektschulen verbessern. Dies soll sowohl im Querschnitt (Vergleich mit Schülerinnen und Schülern einer Kontrollschule), als auch im Längsschnitt über den Interventionszeitraum überprüft werden. Die theoretische Fundierung dieses Aspekts liegt im EU-Projekt „Lebensqualität und Management lebender Ressourcen“ (Teilprojekt KIDSCREEN, Ravens-Sieberer et al. 2001, Ravens-Sieberer 2006), aus dem auch die Forschungsmethodik übernommen wird.

*e) Indikatoren für eine gesundheitsfördernde Schule*

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wird untersucht, ob die wissenschaftliche Begleitung und Betreuung der Schulen beim Schulentwicklungsprozess zur gesundheitsfördernden Schule und die Durchführung verschiedener Interventionen zur Ausbildung eines entsprechenden schulischen Leitbildes führt.

Im Laufe des Schulentwicklungsprozesses zur gesundheitsfördernden Schule stellt sich die Frage, ob der Interventionsansatz in den Schulalltag tatsächlich nachhaltig implementiert wird. Diese Fragestellung zielt konkret auf vier Bereiche ab:

- (i) Verankerung der angebotenen Gut DRAUF - Unterrichts- und Aktionsmodule in die Schulcurricula.
- (ii) Zunahme der Anzahl regelmäßig angebotener GUT DRAUF - oder gesundheitsfördernder außerschulischer Angebote.
- (iii) Implementation von Bedingungen für erfolgreiche Schulentwicklung (Mitwirkungsmöglichkeiten der Beteiligten, Schulhausgestaltung, gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld, Entwickeln eines gesundheitsfördernden Curriculums, Unterstützung der Lehrerschaft für ihre Rolle in der Gesundheitsfördernden Schule, Verbindlichkeiten der Gesundheitsförderung in der Schulentwicklung, Elternpartizipation, eine differenzierte Darstellung findet sich in Parsons & Stears 2002).
- (iv) Qualität des Ernährungsangebots der Schulverpflegung.

*f) Belastungen und gesundheitsbezogene Ressourcen der Lehrerinnen und Lehrer*

Wie bei den Schülerinnen und Schülern sollte auch das Wohlbefinden und die Belastungssituation der Lehrerinnen und Lehrer im Laufe der Intervention untersucht werden. Indikatoren hierfür sind das Belastungs- und Burn-out - Erleben sowie die gesundheitsbezogene Veränderungsmotivation (vgl. Hillert et al. 2006).

### **3.3 Evaluationsmethoden**

Diese Fragestellungen werden auf der einen Seite empirisch durch nach wissenschaftlichen Kriterien erprobte und bewährte Fragebögen erhoben, welche von Schülerinnen und Schülern in Anwesenheit von wissenschaftlichen Hilfskräften während des Unterrichts ausgefüllt werden.

Die Belastungssituation der Lehrerinnen und Lehrer wird ebenfalls mit einem bewährten Fragebogen erhoben (Hillert et al. 2006) und ermöglicht sowohl im Längs- als auch im Querschnitt verlässliche Aussagen zur Lage in den beteiligten Schulen.

Die Erhebung der Indikatoren für eine gesundheitsfördernde Schule erfolgt über eine getrennte Befragung der Schulleitungen, der schulischen Steuerungsgruppen und der Elternbeiratsvorsitzenden der Schulen.

Die Qualität der Schulverpflegung erfolgt in einem Monitoring – Verfahren, das sich ebenfalls an den Empfehlungen der DGE orientiert und empfehlenswerte und nicht empfehlenswerte Lebensmittel unterscheidet (vgl. auch Lach 2003).

Mit diesem mehrperspektivischen Vorgehen wird gewährleistet, dass die für eine adäquate Qualitätssicherung der Gesundheitsförderungs- und Schulentwicklungsmaßnahme geforderten drei Evaluationsbereiche berücksichtigt werden (vgl Mittag 2005): Es erfolgen gleichermaßen eine Evaluation der Programmkonzeption, der Programmdurchführung und der Programmwirksamkeit.

Die Gesamtheit der Fragestellungen und die damit ermittelten Ergebnisse ermöglichen einerseits eine gezielte Rückmeldung an die schulischen Steuerungsgruppen zur Anpassung und zur den Bedingungen angemessenen Fortführung des Schulentwicklungsprozesses. Andererseits werden über den Interventionszeitraum von drei Jahren die Bereiche identifiziert, die sich im Setting Schule positiv auf den Schulentwicklungsprozess auswirken konnten und solche, die ihn behindern.

#### **4. Fazit und Ausblick**

Mit diesem Forschungsprojekt wird die Umsetzung des GUT DRAUF – Programms im Handlungsfeld Schule und in Schulentwicklungsprozessen systematisch erprobt und empirisch evaluiert. Auf diese Weise kann der GUT DRAUF – Ansatz für die schulischen Bedürfnisse angemessen angepasst werden. Zudem werden evidenzbasierte Strategien für die Weiterentwicklung der Betreuung schulischer Entwicklungsprozesse hin zur gesundheitsfördernden GUT DRAUF – Schule entwickelt (vgl. Paulus 2003, S. 17 ff.).

Als Konsequenz der PISA – Studien der vergangenen Jahre ist eine starke Kompetenzorientierung in der Schule allgemein und in den Fächern im Speziellen zu beobachten. Bemühungen um schulische Gesundheitsförderung als Teil des Erziehungs- und Bildungsauftrags mussten mit eingeschränkten Ressourcen auskommen. Es ist nun nötig, auch die Frage der Gesundheit im Unterricht und im Lebensraum Schule wieder stärker zu gewichten und als ein übergreifendes Handlungsfeld zur Verbesserung des Lernens und Lebens aller an Schule Beteiligten zu betrachten. Dabei werden nicht nur Schülerinnen und Schüler zur aktiven Mitgestaltung einer „gesunden Schule“ ermutigt, sondern auch Lehrer und Eltern. In gemeinsamen Steuerungsgruppen werden demokratische Prinzipien berücksichtigt, die Kennzeichen einer „guten gesunden Schule“ sind (vgl. Stern, Mahlmann, Vaccaro & Wilbert 2002).

Gerade die Anbindung des GUT DRAUF – Ansatzes an bestehende Fachcurricula (z. B. im Biologieunterricht) bietet die Möglichkeit, neben der allgemeinen Lernumwelt der Schülerinnen und Schüler auch den Unterricht mit dem „Geist“ von GUT DRAUF zu beleben und Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen zu betreiben: Eigeninitiative, Partizipation und Lebensweltorientierung sind auch aus fachdidaktischer Sicht anzustrebende Aspekte guten Unterrichts und lassen sich in die tägliche Unterrichtsarbeit ebenso integrieren wie in den Schulalltag.

Mit dem Forschungsprojekt lassen sich auf diese Weise einige Prinzipien der gesundheitsfördernden Schule des „European Network of Health Promoting Schools“ (Barnekow et al. 2006) in die Tat umsetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit erproben.

An den im vorgestellten Forschungsprojekt beteiligten Schulen sind die ersten Schritte bereits gegangen und nach fast einem Interventionsjahr lässt sich eine zunächst positive Bilanz ziehen:

- Schulische GUT DRAUF – Steuerungsgruppen sind eingerichtet, haben die Arbeit erfolgreich aufgenommen und Beschlüsse der Schulkonferenzen zur Umsetzung des Schulentwicklungsprozesses liegen vor.
- An allen Schulen wurden im ersten Schulhalbjahr 2007/ 2008 mindestens vier GUT DRAUF – Aktionen durchgeführt, die auf große Resonanz gestoßen sind.

- Die Elternabende zu den Themenbereichen „Umgang mit Belastungssituationen“ und „Körperlicher Aktivität – erfolgreiches Lernen und Aufwachsen“ wurden an allen Projektschulen ausgesprochen gut angenommen.
- Die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung (September 2007) konnten zu einem gezielten Ist-Soll-Abgleich genutzt werden und fließen in die weiteren Planungsschritte ein.

Doch die Zusammenarbeit mit den Steuerungsgruppen und Schulleitungen der Projektschulen zeigte auch deutlich, dass systematische Kommunikationsstrukturen bei der Planung und Durchführung von GUT DRAUF – Aktionen im Handlungsfeld Schule von besonderer Bedeutung sind. Gesprächsprotokolle zur Sicherung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit, klare Verantwortlichkeiten bei der Planung, Absprache und Durchführung von Aktionen an der Schule und die bindende Verpflichtung aller Kolleginnen und Kollegen an den Beschluss der Schulkonferenz müssen konsequent dokumentiert und eingefordert werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

GUT DRAUF ist ein integrativer Ansatz der Gesundheitsförderung, dessen Wirksamkeit sich nun auch im schulischen Bereich bewähren kann. Das ist eine Herausforderung, über deren Erfolg in den nächsten Jahren weiter berichtet werden wird – die Voraussetzungen sind geschaffen und Erfolgchancen stehen gut.

## Literatur

- Barlösius, Eva (1999): *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung*. München: Juventa.
- Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Bruun Jensen B., Paulus, P., Rivett, R & Young, I. (2006). Health-promoting schools: a resource for developing indicators. IPC of the European Network of Health Promoting Schools, <http://www.euro.who.int/Document/E89735.pdf>, geöffnet am 14. Februar 2008.
- Bergmann, K. & Bergmann, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Göttingen: Huber
- Bestmann, Stefan (2004): Zusammenfassender Kurzbericht zum Projekt Selbstevaluation im Rahmen des Modellprojektes GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Sommer 2003. [http://www.gutdrauf.net/intranet/Download/Evaluation/berichte2003/JugReisBayern\\_SE\\_2003.pdf](http://www.gutdrauf.net/intranet/Download/Evaluation/berichte2003/JugReisBayern_SE_2003.pdf), aufgerufen am 01.08.2007.
- Bestmann, Stefan (2005): Zusammenfassender Kurzbericht zum Projekt Selbstevaluation von Jugendreisen im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Sommer 2004. [http://www.gutdrauf.net/intranet/Download/Evaluation/berichte2004/selbsteval\\_reisen2004.pdf](http://www.gutdrauf.net/intranet/Download/Evaluation/berichte2004/selbsteval_reisen2004.pdf), aufgerufen am 01.08.2007.
- Bös, K.; Heel, J.; Romahn, N.; Tittlbach, S.; Woll, A.; Worth, A. & Hölling, H. (2002). Untersuchungen zur Motorik im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *gesundheitswesen* 1, 80-87.
- Botvin G. & Tortu, S. (1988). Preventin adolescent substance abuse through life skills training. In R. Price, E. Cowen, R. Lorion & R. McKay (Eds.). *Fourteen ounces of prevention*. Washington: APA, 98.110.
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.M.; Diaz, T. (1995). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *Journal of the American Medical Society* (273) No. 14, 1106-1112.
- Buddeberg-Fischer, B. & Ritzmann, P. (2000). *Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Schule*. Bern/ Stuttgart/ Wien: Haupt.
- BZgA (2000). *Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- DGE (2004). *Ernährungsbericht 2004*.
- Epstein, J.; Botvin, G. & Diaz, T. (1999). Social Influence and Psychological Determinants of Smoking Among Inner-City Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 8 (3), 1-19.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Journal of Preventive Medicine* 5, 122-127.
- Flynn, B.; Worden, J.; Secker-Walker, R.; Badger, G. & Geller, B. (1995). Cigarette Smoking Prevention Effects of Mass Media and School Interventions Targeted to Gender and Age Groups. *Journal of Health Education* 26 (2), 45-51.
- Flynn, B.S.; Worden, J.K.; Secker-Walker, R.H.; Chir, B.; Pirie, P.L.; Badger, G.J.; Carpenter, J.H. (1997). Long-Term Responses of Higher and Lower Risk Youths to Smoking Prevention Interventions. *Preventive Medicine* 26, 389-394.
- Frobisher, C.; Jepson, M & Maxwell, S. (2005). The attitudes and nutritional knowledge of 11- to 12-year-olds in Merseyside and Northern Ireland. *International Journal of Consumer Studies* 29 (3), 200-207.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1997). Tabakkonsum: Erklärungsmodelle und Interventionsansätze. In R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 209-244.
- Haenisch, H. (2004). Gelingensbedingungen für die Entwicklung und Umsetzung des Schulprogramms - Ergebnisse einer Qualitativen Studie. In H. Holtappels (Hrsg.). *Schulprogramme - Instrumente der Schulentwicklung*. Weinheim/ München: Juventa.
- Herrmann, J. (2006). Steuern oder Moderieren? Zu Problemen der Arbeit schulischer Steuerungsgruppen. *Pädagogik*, 3, 26-29.
- Hillert, A.; Lehr, D.; Sosnowski, N. & Bauer, J. (2006). Gesundheitstage zur Prävention psychosomatischer Erkrankungen im Lehrerberuf? Eine emoirische Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Veränderungsmotivation von Teilnehmern an acht bayerischen Lehrergesundheitstagen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 227-233.
- Holleder, A. & Bölskei, P. (1999). Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe von Schule und Gesundheitsfachleuten. *Prävention*, 22-25.
- Holleder, A. (2001). Suchtprävention in der Schule: Entwicklung und Begleitung eines gemeindeorientierten Programms zur Beeinflussung des Zigarettenkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Frankfurt: ISS-Pontifex.
- Hurrelmann K. & Laaser, U. (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (1996). Evaluationsbericht über das Projekt „Gut Drauf“ der BZgA. Universität Bielefeld: Archiv.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2002). Prävention und Gesundheitsförderung. In F. Pettermann (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003). *Jugend-gesundheitssurvey*. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hans Huber.
- Jerusalem, M. (2005). Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes und Jugendalter. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 31-56). Göttingen: Hogrefe..
- Johnson, A.; Pentz, M.; Weber, M.; Dwyer, J.; Baer, N.; MacKinnon, D.; Hansen, W.; & Flay, B. (1990). Relative Effectiveness of Comprehensive Community Programming for Drug Abuse Prevention With High-Risk and Low-Risk Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (4), 447-456.
- Klein-Heßling J. & Lohaus, A. (2000). *Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter*. Göttingen: Hans Huber.
- Kurth, B.-M. (2007). Der Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 533-546.

- Lach, J. (2003). Gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten von Jugendlichen und Konsequenzen für die schulische Praxis. *Empirische Pädagogik* 17 (1), 39-56.
- Lampert, T.; Mensik, G.; Romahn, N & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 634-642.
- Mann-Luoma, R.; Goldapp, C.; Khaschei, M. Lamersm, L. & Milinski, B. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 45, S. 952-959.
- Martin, B.; Mäder, U. & Calmonte, R. (1999). Einstellung, Wissen und Verhalten der Schweizer Bevölkerung bezüglich körperlicher Aktivität: Resultate aus dem Bewegungssurvey 1999. *Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie»* 47 (4), 165-169.
- Mensik, G. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 609-623.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1999). Determinanten des Rauchverhaltens bei Jugendlichen und Transfereffekte eines schulischen Gesundheitsprogrammes. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 7, 183-202.
- Mittag, W. (2005). Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 87-112). Göttingen: Hogrefe.
- Parsons, C. & Stears, D. (2002). Evaluating health-promoting schools: Steps to success. *Health Education*, 1(102), 7-15.
- Paulus, P. (1999). Die Gesundheitsfördernde Schule als pädagogischer Schulentwicklungsansatz. In: „Prävention und Gesundheitsförderung“. Röhrle, B. & Sommer, G. (Hg.). dgvt-Verlag, Tübingen, 117-134.
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In Aregger, K. & Lattmann, U.P. (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine*
- Perry, C.; Kelder, S.; Murray, D. & Klepp, K.-I. (1992). Communitywide Smoking Prevention: Long-Term Outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health* 82 (9), 1210-1217.
- Raithel, J. (2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen: Leske + Budrich.
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. *Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Dür, W., Rajmil, L. & the European KIDSCREEN Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Social and Preventive Medicine* 46, 297-302.
- Ravens-Sieberer, U.; Görtler, E. & Bullinger, M. (2000). Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitswesen* 62, 148-155.
- Reinehr, T.; Kersting, M.; Wollenhaupt, A.; Schulze-Pawlitshko, V. & Andler, W. (2004). Einflussfaktoren auf das Ernährungswissen von Kindern und ihren Müttern. *Journal für Ernährungsmedizin* 6, 17-20.
- Schratz, M. (2003). Qualität sichern. Schulprogramme entwickeln. Seelze: Kallmeyer.
- Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Papse, H., Siegrist, J. & Walter, U. (2003): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere, 217-242.
- St. Leger, L. (2000). Developing indicators to enhance school health. *Health Education Research*, 15 (6), S. 719 – 728.
- Stern, C., Mahlmann, J., Vaccaro, E. & Wilbert, K. (2002). Schulqualität: Dimensionen, Kriterien und Indikatoren. In: *International Network of Innovative School Systems (Ed.). Quality development of schools based on international quality comparisons*. Information material (1-7). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, geöffnet am 14. Februar 2008).
- Strittmatter, P. (1997). *Schulangstreduktion. Abbau von Angst in schulischen Leistungssituationen*. Neuwied, Kriffel, Berlin: Luchterhand.
- Tobler, N. & Stratton, H. (1997). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *The Journal of Primary Prevention* (18) No. 1, 71-128.
- Vuille, J.; Carvajal, M.; Casaulta, F. & Schenkel M. (2004). Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren. Zürich: Rüegger.
- Wagner, P., Singer, R., Woll, A., Tittlbach, S. & Bös, K. (2004). Der Zusammenhang von habitueller körperlicher Aktivität und Gesundheit: Dargestellt an zwei Feldstudien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12 (4), 139-147.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach*. London: Routledge
- WHO (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Genf.