

Preis: € 7,50

16

papers

Gesundheitswissenschaften

Psychosoziale Gesundheitsförderung in der Schule

*Vorhandene und erforderliche Maßnahmen zur Förderung
der psychosozialen Gesundheit von 11- bis 14-Jährigen in Oberösterreich*

von Martina Grasböck

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr. Josef
Weidenholzer, Institut für
Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung:
Mag. Werner Bencic
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Andrea Rosenkranz,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-3221,
Fax: 0732/7807-66 3221,
E-mail: andrea.rosenkranz@oogkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2004

Vorwort

Ziel dieser Arbeit ist es, zur Optimierung der schulischen Gesundheitsförderung und zur Unterstützung der im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zu lösenden Gesundheitsaufgaben beizutragen.

Diese Arbeit war nur durch die umfangreiche Unterstützung und Hilfe einer Vielzahl von Personen möglich, weshalb ich mich an dieser Stelle bei allen bedanken möchte.

Insbesondere bei den LehrerInnen, SchülerInnen sowie ExpertInnen, die an dieser Befragung teilgenommen haben. In den Gesprächen mit ihnen habe ich viele überzeugende Einsichten gehört und manchen spontanen Erkenntnisprozess miterlebt. Diese Erfahrungen waren auch für mich persönlich sehr wertvoll. Dafür und für die Bereitschaft, sich an dieser Untersuchung mit so viel Offenheit und Engagement einzulassen, danke ich allen InterviewpartnerInnen sehr herzlich.

Mein besonderer Dank gilt Herrn o.Univ.-Prof. Dr. Klaus Zapotoczky für seine überaus freundliche Betreuung, die sehr zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Er hat mich nicht nur bei der Klärung inhaltlicher Fragestellungen während der Erstellung dieser Arbeit, sondern in meinem gesamten Studium mit nützlichen Tipps und Anregungen unterstützt. Ein großes Dankeschön möchte ich Herrn Mag. Werner Bencic von der OÖ Gebietskrankenkasse für seine Motivation bei der Themenfindung zu dieser Arbeit, seine konstruktiven Anregungen und für seine große Unterstützung aussprechen.

Abschließend möchte ich allen Personen danken, die mich während meines gesamten Studiums direkt oder indirekt unterstützten, insbesondere meiner Familie und FreundInnen.

Linz, im September 2004

Martina Grasböck

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	I
1 EINLEITUNG	1
2 JUGEND UND GESUNDHEIT	5
2.1 DER GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSBEGRIFF	5
2.2 GESUNDHEITSINDIKATOREN IM JUGENDALTER	8
2.2.1 <i>Indikatoren für körperliche Gesundheit</i>	8
2.2.2 <i>Indikatoren für psychische Gesundheit</i>	10
2.2.3 <i>Indikatoren für soziale Gesundheit</i>	12
2.2.3.1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	12
2.2.3.2 Makrosoziale Aspekte von Gesundheit	19
3 MODELLE DER GESUNDHEIT	20
3.1 SALUTOGENETISCHES GESUNDHEITSMODELL VON ANTONOVSKY	20
3.2 INTERAKTIONISTISCHES ANFORDERUNGS-RESSOURCEN-MODELL DER GESUNDHEIT VON BECKER	24
3.3 SOZIALISATIONSTHEORETISCHES GESUNDHEITSMODELL VON HURRELMANN	27
3.4 ÖKOLOGISCHE UND SOZIALPOLITISCHE MODELLE DER GESUNDHEIT	29
3.4.1 <i>Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock</i>	30
3.4.2 <i>Sozialepidemiologisch-ökologisches Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren von Trojan und Hildebrandt</i>	32
3.5 ZUSAMMENFASSUNG	33
4 BEGRIFFLICHE AKZENTUIERUNG VON ELEMENTEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	35
4.1 GESUNDHEITSERZIEHUNG	35
4.2 GESUNDHEITSBILDUNG	37
4.3 GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG	37
4.4 GESUNDHEITSBERATUNG	39
4.5 GESUNDHEITSELBSTHILFE	40
4.6 PRÄVENTION	42
4.6.1 <i>Prävention, Rehabilitation, Kuration</i>	44
4.6.2 <i>Medizinische Prävention, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention</i>	44
4.7 ZUSAMMENFASSUNG	46
5 GESUNDHEITSFÖRDERUNG	49
5.1 DEFINITION, HANDLUNGSFELDER UND –STRATEGIEN	49
5.2 ANSÄTZE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	57
5.3 MAßNAHMEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	60
5.4 MULTIPLIKATORINNEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	60
5.5 SOZIALES KAPITAL	63
5.6 DER SETTING-ANSATZ	64
5.6.1 <i>Setting als soziales System</i>	65
5.6.2 <i>Voraussetzungen für erfolgreiche Interventionen in Settings</i>	67
5.6.3 <i>Setting Projekte</i>	68
5.6.3.1 <i>Gesunde Städte</i>	69
5.6.3.2 <i>Gesundheitsfördernde Krankenhäuser</i>	70
5.6.3.3 <i>Gesundheitsfördernde Schulen</i>	71
5.6.3.4 <i>Gesundheitsfördernde Betriebe</i>	74
5.7 PROJEKTMANAGEMENT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	75
5.8 ORGANISATIONSENTWICKLUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	78
5.9 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND NACHHALTIGKEIT	81
5.10 ZUM VERHÄLTNISS VON PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	84
5.11 ZUSAMMENFASSUNG	89

6	THEORIEN DES GESUNDHEITSVERHALTENS UND -HANDELNS	92
6.1	HEALTH BELIEF MODEL – MODELL DER GESUNDHEITLICHEN ÜBERZEUGUNG	92
6.2	THEORY OF REASONED ACTION (REACT) – THEORIE RATIONALEN HANDELNS &	95
	THEORY OF PLANNED BEHAVIOR – THEORIE DES GEPLANTEN VERHALTENS	95
6.3	SOCIAL LEARNING THEORY – SOZIALE LERNTHEORIE &	97
	SOCIAL COGNITIVE THEORY - SOZIALKOGNITIVE GESUNDHEITSVERHALTENSTHEORIE	97
6.4	STAGES OF CHANGE MODEL – TRANSTHEORETISCHES MODELL DER STADIEN DER VERÄNDERUNG ..	100
6.5	ZUSAMMENFASSUNG	102
7	MODELLE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	104
7.1	DAS PRECEDE-PROCEED PLANUNGSMODELL.....	104
7.2	THEORIE DER VERBREITUNG VON INNOVATIONEN – DIFFUSIONSTHEORIE	108
7.3	ZUSAMMENFASSUNG	110
8	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER SCHULE	112
8.1	ZIELE DER „GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULE“ AUS DER SICHT DER WHO	112
8.2	DIMENSIONEN EINER „GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULE“	113
8.3	DER MEHREBENEN-ANSATZ DER SCHULISCHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	116
8.4	ZUSAMMENFASSUNG	117
9	METHODISCHER ANSATZ EINER EXPLORATIVEN STUDIE ÜBER DIE PSYCHOSOZIALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING SCHULE	120
9.1	FORSCHUNGSFRAGE UND ZIELSETZUNGEN	120
9.2	METHODENDARSTELLUNG	120
9.3	INTERVIEW-LEITFADEN	121
9.4	BESCHREIBUNG DER AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNERINNEN	122
9.5	INTERVIEWS UND AUSWERTUNG.....	125
10	PSYCHOSOZIALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG: ERGEBNISSE QUALITATIVER INTERVIEWS IN DREI UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	127
10.1	„EXPERTINNENWISSEN“ ÜBER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHULEN	128
10.1.1	<i>Wissen über Gesundheitsförderung.....</i>	<i>128</i>
10.1.1.1	Gesundheitsförderung allgemein.....	128
10.1.1.2	Schulische Gesundheitsförderung	130
10.1.1.3	Psychosoziale Gesundheitsförderung	132
10.1.2	<i>Vorrangige Ziele schulischer Gesundheitsförderung.....</i>	<i>134</i>
10.1.3	<i>Maßnahmen der unspezifischen Ressourcenstärkung</i>	<i>135</i>
10.1.4	<i>Ansätze der Gesundheitsförderung</i>	<i>136</i>
10.2	BEDARF AN GESUNDHEITSFÖRDERNDEN MAßNAHMEN.....	137
10.2.1	<i>Förderung von personalen und sozialen Gesundheitsressourcen.....</i>	<i>138</i>
10.2.2	<i>Wünsche an eine „Schule zum Wohlfühlen“</i>	<i>139</i>
10.2.3	<i>Interessante Gesundheitsthemen aus Sicht der SchülerInnen</i>	<i>142</i>
10.2.4	<i>Erwartungen der SchülerInnen bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen</i>	<i>143</i>
10.3	VORHANDENE MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER PSYCHOSOZIALEN GESUNDHEIT.....	143
10.3.1	<i>Fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule</i>	<i>144</i>
10.3.2	<i>Hemmende Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule</i>	<i>146</i>
10.3.3	<i>Vorhandene Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.....</i>	<i>148</i>
10.3.4	<i>Klarheit bei den SchülerInnen über die Ziele der durchgeführten Maßnahmen.....</i>	<i>149</i>
10.3.5	<i>Zugang der SchülerInnen zum Thema Gesundheitsförderung</i>	<i>150</i>
10.3.6	<i>Gesundheitsbezogene Themen in den verschiedenen Unterrichtsgegenständen</i>	<i>151</i>
10.3.7	<i>Auswahl und Bearbeitung von Gesundheitsthemen.....</i>	<i>153</i>
10.3.8	<i>Eingebundenheit der SchülerInnen in die schulische Gesundheitsförderung</i>	<i>154</i>
10.3.9	<i>Einbindung der Eltern in die Gesundheitsförderung aus Sicht der SchülerInnen.....</i>	<i>155</i>
10.3.10	<i>Veränderungen oder Verbesserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen.....</i>	<i>156</i>
10.3.11	<i>Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen LehrerInnen und SchülerInnen.....</i>	<i>158</i>
10.3.12	<i>Auswirkungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen auf das Freizeitverhalten</i>	<i>159</i>
10.3.13	<i>Unterstützende Maßnahmen für LehrerInnen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung</i>	<i>160</i>
10.3.14	<i>Gesundheitszustand der SchülerInnen</i>	<i>162</i>
10.3.15	<i>Unterstützung der SchülerInnen bei Problemen</i>	<i>162</i>

10.4	ERFORDERLICHE MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT.....	163
10.4.1	<i>Kurz- und langfristige Strategien zur Förderung der psychosozialen Gesundheit</i>	<i>163</i>
10.4.2	<i>Zukünftige Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit</i>	<i>166</i>
10.4.3	<i>Maßnahmen zur besseren Verankerung der schulischen Gesundheitsförderung</i>	<i>167</i>
10.4.4	<i>Initiativen zur Förderung des zwischenmenschlichen Umgangs.....</i>	<i>170</i>
10.4.5	<i>Einbindung von Personen und Institutionen</i>	<i>171</i>
10.4.6	<i>Wunsch nach mehr Informationen über Gesundheitsförderung seitens der SchülerInnen</i>	<i>173</i>
10.5	SONSTIGES	174
10.5.1	<i>Schulklima aus Sicht der LehrerInnen und SchülerInnen</i>	<i>174</i>
10.5.2	<i>Wohlbefinden der SchülerInnen</i>	<i>176</i>
11	ZUSAMMENFASSUNG	177
12	AUSBLICK: HANDLUNGSBEDARF	182
	LITERATURVERZEICHNIS	184
	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN.....	192
	VERZEICHNIS DER TABELLEN.....	192
	VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	193
	ANHANG.....	194
	LEITFADEN FÜR EXPERTINNEN-BEFragung	194
	LEITFADEN FÜR LEHRERINNEN-BEFragung	196
	LEITFADEN FÜR SCHÜLERINNEN-BEFragung	198

1 Einleitung

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen ist insgesamt befriedigend. Dies birgt allerdings die Gefahr, die Gesundheitsrisiken zu übersehen, die sich gerade in den ersten Lebensabschnitten ergeben. Die Veränderung des Krankheitsspektrums, also das Zurückdrängen der akuten Infektionskrankheiten und die Zunahme der chronischen Krankheiten, betrifft auch das Kindes- und Jugendalter. Zu oft wird übersehen, dass die chronischen, oft lebenslang beeinträchtigenden Krankheiten - wie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, aber auch andere organische Schäden und psychosoziale Beeinträchtigungen - die heute das Erwachsenenleben bedrohen, häufig ihren Ausgangspunkt im Kindes- und Jugendalter haben (vgl. Hurrelmann 1994b: 9).

Es ist nicht mehr der Bazillus Hauptursache für Krankheiten, sondern es ist „Stress“, der diese Position eingenommen hat (vgl. Hurrelmann 1994b: 10). Die Ausprägungen nicht bewältigter stressartiger Belastungen können sich in psychischen Störungen, in psychosomatischen Beschwerden sowie in chronischen Krankheiten neuer Art bemerkbar machen. Es muss davon ausgegangen werden, dass etwa 7 bis 10 Prozent aller Kinder und Jugendlichen von solchen neu aufkommenden chronischen Krankheiten – dazu zählen Allergien, Asthma und Neurodermitis - betroffen sind, wobei sich insbesondere Allergien verschiedener Art sehr rasch ausbreiten (vgl. Hurrelmann 1994b: 1f.). Aber auch ein Vorrücken der psychosomatischen Beschwerden ist bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen. Teilweise bei bis zu einem Drittel der Jugendlichen im zweiten Lebensjahrzehnt sind Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen, Gereiztheit, Nervosität, Schlafstörungen, Schwindelgefühl, Nacken- und Schulterschmerzen, Ängste sowie Müdigkeit und Erschöpfung festzustellen (vgl. LBIMGS 2002: 18).

Große Sorge bereiten aber auch die psychosozialen Störungen, die in den letzten Jahren immer stärker zum Vorschein kommen. Nach Hurrelmann (1994b: 29f.) kommen repräsentative Studien im Durchschnitt zu der Schätzung, wonach in etwa 10 bis 12 Prozent der Kinder im Grundschulalter psychosoziale Auffälligkeiten zeigen. Hierzu gehören Wahrnehmungs- und Leistungsstörungen, emotionale Störungen, Ängste und Depressionen, dissoziales und aggressives Verhalten, Nahrungs- und Essstörungen, Störungen der Sexualentwicklung, Neurosen sowie Psychosen. Im Jugendalter muss sogar mit einer höheren Quote von etwa 15 bis 20 Prozent gerechnet werden. Die Tendenz ist steigend. Überschriften - wie „*Fünfer, Mobbing: Viele Schüler sind frustriert*“ (ÖÖN 12.02.2004), „*Teenager-Gesundheit als tickende Zeit-*

bombe“ (OÖN 22.05.2004), „*Immer mehr verzweifelte Jugendliche: Schon 9-Jährige verletzen sich selbst*“ (OÖN 04.06.2004), „*Kinder haben ersten Rausch mit 11,9 Jahren*“ (OÖN 05.06.2004), „*Mit 14 betrunken, mit 18 abhängig*“ (Kurier 06.06.2004) - von Artikeln in unterschiedlichen Tageszeitungen bestätigen dies leider viel zu oft.

Das körperliche Immunsystem von Kindern und Jugendlichen wird ganz offensichtlich durch starke Belastungen der sozialen Umwelt beansprucht und in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Selbstverständlich spielen hierbei auch bestimmte genetische und körperlich-dispositionelle Faktoren mit. Sie können jedoch nicht allein für das Auftreten der verschiedenen Symptome von psychischer und physiologischer Überforderung verantwortlich sein. Immer häufiger sind psychosoziale Risikofaktoren Auslöser für psychische oder physische Beschwerden. Nach Engel und Hurrelmann (1989: 67) werden als psychosoziale Risikofaktoren *„solche Umweltbedingungen verstanden, die zu einer schwerwiegenden und mitunter länger andauernden Überforderung führen und in der Folge erhebliche Fehlanpassungen der körperlichen, psychischen und sozialen Kapazitäten, vor allem auch im Bereich der Lebensführung und des Sozialverhaltens, mit sich bringen. Psychosoziale Risiken sind in dieser Konzeption durch die Diskrepanz zwischen menschlichen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Erwartungen einerseits und gegebenen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung bei bestimmten Verhaltensanforderungen andererseits gegeben.“*

Zusammenfassend sollte die folgende Aussage von Hurrelmann (1994b: 3) zur Erklärung dieses komplexen Zusammenspiels verschiedener Ursachenkonstellationen herangezogen werden, welches Auslöser für die meisten Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen ist:

„Gesundheitsbeeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten drücken nach Auffassung der modernen medizinischen, psychiatrischen, psychologischen, soziologischen und pädagogischen Forschung die Probleme aus, die junge Menschen bei der Aneignung des eigenen Körpers und der sozialen und dinglichen Welt haben. Sie sind ein Signal für die nicht befriedigend gelingende Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Herausforderungen, die sich ihnen stellen. Sie sind letztlich auch ein Indikator dafür, dass Kinder und Jugendliche nicht das Ausmaß von Achtung, Würde und Subjektivität erfahren und erlangen, das sie für ihre gesunde Entwicklung benötigen.“

Im Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen ist das Kindes- und Jugendalter also ein bedeutsamer Lebensabschnitt, weil gerade in diesem gesundheitsrelevante Lebensweisen und -stile sowie gesundheitsbezogene Einstellungen geprägt werden. Deshalb haben auch früh-

zeitig einsetzende gesundheitsfördernde Maßnahmen die besten Aussichten auf langfristige Erfolge.

Neben der Familie, dem Kindergarten oder Jugendeinrichtungen stellt auch die Schule - die nicht nur Lernraum, sondern vor allem auch Lebensraum ist – ein zentrales Interventionsfeld für gesundheitsfördernde Initiativen dar. Schließlich können hier Heranwachsende aus allen sozialen Schichten über einen Zeitraum von 9 bis 13 Jahren erreicht werden.

Blättert man in einschlägiger Literatur, die sich in erster Linie mit der „Gesundheitsfördernden Schule“ beschäftigt, muss man feststellen, dass theoretisch sehr viele erprobte und auch weniger erprobte Anleitungen, Ratschläge oder gar fertige Konzeptionen hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen für Schulen vorliegen. Dabei warfen sich bei mir Fragen auf wie etwa: „Wie schaut das wohl in der Praxis aus? Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen werden tatsächlich in Schulen umgesetzt? Oder entsprechen die angebotenen Initiativen auch den Bedürfnissen der SchülerInnen?“ Das war also Grund genug, mich eingehender mit dieser Thematik zu befassen. Und da, wie oben beschrieben, insbesondere die psychosozialen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen immer stärker um sich greifen, sollte bei der Behandlung dieses Themenfeldes eine Einschränkung insbesondere auf deren psychosoziale Gesundheit erfolgen.

Bevor mit der Darstellung begonnen wird, sollen die Inhalte dieser Arbeit zunächst im Überblick kurz skizziert werden:

- Nach dieser Einleitung wird im *zweiten Kapitel* zur Thematik Jugend und Gesundheit einleitend der Gesundheits- und Krankheitsbegriff dargestellt. Weiters ist die Gesundheitsdefinition der WHO der Ausgangspunkt dafür, um Indikatoren zu finden, die körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden insbesondere bei Kindern und Jugendlichen anzeigen.
- Das *dritte Kapitel* beschäftigt sich mit Modellen der Gesundheit. Um präventive Maßnahmen konzipieren zu können, benötigt man ein theoretisches Modell, das die unterschiedlichen gesundheitsbeeinflussenden Faktoren aufzeigt. Dazu werden die in der Literatur meist diskutierten Gesundheitsmodelle beschrieben.
- Das *vierte Kapitel* beschäftigt sich mit der begrifflichen Akzentuierung von Elementen der Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu zählen Begriffe wie Gesundheitserzie-

hung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung sowie Gesundheitsselbsthilfe.

- Das *fünfte Kapitel* ist das umfangreichste dieser Arbeit. Dieses hat zum Ziel, einerseits einen Überblick über die sehr umfangreiche Konzeption der Gesundheitsförderung zu geben und andererseits deren Zusammenhänge aufzuzeigen.
- Die *Kapitel sechs und sieben* beschäftigen sich zum einen mit den am häufigsten zitierten Theorien des Gesundheitsverhaltens und –handelns und andererseits mit den bekanntesten Modellen der Gesundheitsförderung.
- Das *achte Kapitel* soll die Ziele und Dimensionen der Gesundheitsförderung in der Schule darstellen.
- Die *Kapitel neun und zehn* sind schließlich der Darstellung einer explorativen Studie über die Gesundheitsförderung im Setting Schule gewidmet. Durch eine qualitative Interviewstudie soll dargestellt werden, durch welche gesundheitsfördernden Maßnahmen die psychosoziale Gesundheit bei den 11- bis 14-Jährigen gefördert werden kann. Für diese Studie wurden drei Untersuchungsgruppen ausgewählt: eine Gruppe von LehrerInnen, eine Gruppe von SchülerInnen sowie eine Gruppe von ExpertInnen, die mit der Thematik der „Gesundheitsfördernden Schule“ betraut sind.
- In *Kapitel elf und zwölf* werden schließlich die zentralen Aussagen nochmals gebündelt und Konsequenzen angesprochen, die sich daraus für die Gesundheitspraxis ergeben könnten.

2 Jugend und Gesundheit

Einleitend soll zunächst der Gesundheits- und Krankheitsbegriff (Kap. 2.1) umschrieben werden. Weiters ist die WHO-Definition der Gesundheit Ausgangspunkt dafür, Indikatoren zu finden, die körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden insbesondere bei Kindern und Jugendlichen anzeigen (Kap. 2.2).

2.1 Der Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe Gesundheit und Krankheit eindeutig definiert zu sein. Gesundheit lässt sich mit Wohlbefinden, aber auch mit Abwesenheit von Beschwerden und Symptomen beschreiben. Mit Krankheit hingegen assoziiert man Beschwerden, Schmerzen und Einschränkungen. Betrachtet man jedoch die Begriffe Gesundheit und Krankheit genauer, so zeigt sich, dass diese sowohl im privaten wie im gesellschaftlichen Bereich sehr unterschiedlich definiert sein können. So ist für manche Gesundheit gleichbedeutend mit Wohlbefinden und Glück, Andere verstehen darunter das Freisein von körperlichen Beschwerden und wieder Andere betrachten Gesundheit als Fähigkeit des Organismus, mit Belastungen fertig zu werden. Diese subjektiven Vorstellungen entwickeln sich nach Bengel et al. in der Sozialisation jedes Einzelnen und in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und Klima. Die Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigung wird also durch die soziale und individuelle Einschätzung beeinflusst und hat somit einen entscheidenden Einfluss auf das gesundheitsbezogene Verhalten des Einzelnen (vgl. Bengel et al. 2001: 15).

Gesundheit ist also kein eindeutig definierbares Konstrukt. Sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben, da die „*Grenzen und Übergänge zwischen gesund und krank fließend sind*“ (Hurrelmann 2000: 7). Innerhalb des medizinischen Systems sind die Definitionen von Gesundheit meist Negativbestimmungen. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit durch das Fehlen von Krankheiten zu bestimmen ist und Krankheit das Vorhandensein von Beschwerden und Symptomen bedingt. Dieses Begriffsverständnis der ExpertInnen, der ÄrztInnen und der TherapeutInnen trifft auch auf die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bei den sogenannten Laien, den PatientInnen. Eine rein biomedizinische Betrachtungsweise vernachlässigt allerdings wichtige Dimensionen des Befindens wie die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden. Das würde bedeuten, Personen mit physischen Schädigungen können sich unter psychischen Gesichtspunkten als gesund bezeichnen, wenn sie sich trotz der Erkrankung ihre Genuss- und Leistungsfähigkeit erhalten können (vgl. Bengel et al. 2001: 16).

Eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt es nach Waller (2002: 11) nicht. Umso zahlreicher sind also die Definitionsversuche (weitere Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen siehe beispielsweise Becker 1997a: 3ff.; Franke 1993: 16ff.; Schneider 1993: 41). Als Definition von Gesundheit, die in der Forschungsliteratur die umfangreichste Beachtung gefunden hat, ist die 1946 in der Präambel der Satzung der World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation, WHO) festgehaltene Definition hervorzuheben. Diese bezeichnet „Gesundheit“ als „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (zit. in: Lohaus 1993: 7). Mit dieser Definition wird Gesundheit somit positiv bestimmt. Auch nach Seiffge-Krenke (1994: 1) ist dieser Gesundheitsbegriff insofern wegweisend, als reine Negativaussagen (Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen) überwunden und psychische, physische und soziale Dimensionen von Gesundheit einbezogen werden.

Die Gesundheitsdefinition der WHO ist zwar häufig zitiert aber fast ebenso häufig kritisiert worden. So meinen Kolip und Hurrelmann (1994: 25), „*sie sei utopisch, programmatisch, zu statisch und suggeriere eine scharfe Abgrenzung zu Krankheit, vor allem aber: sie sei schlecht operationalisierbar*“. Für Lohaus (1993: 8f.) bleibt unklar, wie der Zustand des vollkommenen Wohlbefindens aussehen soll und welcher Grad der Annäherung an eine Operationalisierung als kompatibel gelten kann. Gleichzeitig meint er, dass die fehlende Operationalisiertheit wohl der Grund dafür ist, dass die Gesundheitsdefinition der WHO vielfach als zu utopisch abgelehnt wird. Um eine Operationalisierbarkeit also zu erleichtern, wäre es notwendig, Teilziele zu definieren, die mit dem Erreichen des Zielzustandes des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verbunden sind. Ein möglicher Weg dafür wäre, eine Teilzielhierarchie in der Art festzulegen, dass im ersten Schritt ein Basiszustand angestrebt wird, der im zweiten Schritt die Grundlage für die individuelle gesundheitliche Weiterentwicklung bildet. Der Basiszustand könnte durch ein möglichst weitgehendes Freisein von Erkrankungen definiert sein, da das Vorliegen von Erkrankungen einer weitergehenden Gesundheitsentwicklung entgegenstehen dürfte. Dabei muss gleichzeitig betont werden, dass es nicht darum geht, jegliche Erkrankungserfahrungen zu vermeiden, da der Umgang mit Erkrankungen ein Entwicklungspotenzial bietet, in dem Bewältigungsmechanismen zum Umgang mit gesundheitlichen Belastungen aufgebaut werden, auf die in späteren Lebensabschnitten zurückgegriffen werden kann. Ein gesundheitlicher Basiszustand im Sinne eines Freiseins von Erkrankungen (entsprechend der Negativ-Definition von Gesundheit) bezieht sich daher vor allem auf schwerwiegende und chronifizierte Erkrankungen, denen präventiv

begegnet werden sollte, um langfristige und tiefgreifende gesundheitliche Belastungen zu vermeiden. Wenn somit ein derart beschriebener Gesundheitszustand erreicht ist, so kann auf dieser Basis eine Weiterentwicklung im Sinne der Positiv-Definition der WHO stattfinden.

Die Kritik zeigt, dass es erforderlich ist, die bisher erwähnte Definition zu erweitern. Nämlich *„um die Dynamik des Gesundheitsgeschehens, um den Einbezug objektivierter Daten und um die Relativierung des subjektiven Wohlbefindens vor dem Hintergrund der eigenen persönlichen Möglichkeiten“* (Lohaus 1993: 8). Ansatzpunkt in diese Richtung liefert die Gesundheitsdefinition von Hurrelmann (2000: 8), die wie folgt lautet:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich, muss sich aber nicht, in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeit manifestieren.“

Nach dieser Definition ist Gesundheit ein Gleichgewichtsstadium, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss. Hurrelmann (2000: 8) beschreibt hierfür sowohl personale als auch soziale Voraussetzungen, vor allem

- die Fähigkeit, dem Leben Freude und Sinn abzugewinnen und Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens früh zu erkennen und vorbeugend abzuwehren;
- die Fähigkeit, sich mit bereits eingetretenen Gesundheitsstörungen und Krankheiten aktiv auseinander zu setzen und unvermeidbare chronische Krankheiten in den eigenen Lebensrhythmus zu integrieren;
- der Zugang zu Arbeits- und Lebensbedingungen, die eine produktive Entfaltung eigener Kompetenzen zulassen und eine soziale Integration mit aktiver Mitgestaltung sichern und
- die Verfügbarkeit von strukturell und qualitativ angemessenen Angeboten der Behandlung und Betreuung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen.

2.2 Gesundheitsindikatoren im Jugendalter

Die Gesundheitsdefinition der WHO stellt den Ausgangspunkt dar, um zwischen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit zu differenzieren. Diese drei Kategorien schließen sich dabei nicht aus, sondern es handelt sich vielmehr um eine deskriptive Unterscheidung, die deutlich macht, dass diese drei Gesundheitskomponenten sich vielmehr bedingen und gegenseitig beeinflussen. Kolip und Hurrelmann (1994: 29ff.) differenzieren diese Begriffe, in dem sie Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit beschreiben.

2.2.1 Indikatoren für körperliche Gesundheit

Körperliche Krankheiten werden in der Regel nicht durch eine einzelne Ursache bedingt, sondern beruhen auf einem komplexen Interaktionsprozess von psychischen, physiologischen und sozialen Faktoren (vgl. Seiffge-Krenke 1994: 71). Deshalb gehen moderne sozialmedizinische und psychobiologische Ansätze der Medizin von einem Gesundheitsbegriff aus, der nicht von Ursache-Wirkungs-Ketten, sondern von Balance- und Systemmodellen bestimmt wird. Demnach befindet sich der Organismus des Menschen in einem gesunden Balance-Zustand, wenn Bedürfnisse gestillt und die Anforderungen und Ansprüche der inneren Systeme sowie der Organe erfüllt werden. Kommt es zu Störungen der beteiligten Systeme und Organe, dann können Krankheitszustände auftreten. Die medizinische Forschung ist daher bemüht, die Umschlagpunkte, bei denen das System sein Gleichgewicht verliert und außer Balance gerät, so genau wie möglich zu benennen. Ohne eine Festlegung von Schwellenwerten, jenseits derer eine „Disbalance“ eintritt, ist eine Bestimmung des körperlichen Krankheitszustandes einer Person nicht möglich (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 29). Somit ist die medizinische Forschung bemüht, Indikatoren für körperliche Gesundheit zu identifizieren. Diese Indikatoren müssen den jeweiligen Entwicklungszustand in der Lebensphase voll berücksichtigen. Das bedeutet, es müssen für die Lebensabschnitte Säuglingsalter, Kleinkindalter, Kindesalter, Schulkindalter, Jugendalter, frühes und spätes Erwachsenenalter, Pensionsalter, hohes Alter und höchstes Alter jeweils spezifische Erfahrungswerte für körperliche Merkmale und (Balance-)Zustände erarbeitet werden, die Hilfsgrößen für die Einschätzung von körperlichen Risikozuständen sind (vgl. Hurrelmann 2000: 51).

Starke körperliche Veränderungen bestimmen die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Diese zeigen sich vor allem in einem ausgeprägten Längenwachstum, in einem Ansteigen des

Körpergewichts und der Körperkraft, in Veränderungen der Körperproportionen, der Motorik und der Organsysteme sowie auch in der Reifung der Geschlechtsmerkmale. Eine Möglichkeit, objektive biologisch-medizinische Indikatoren für die gesunde körperliche Entwicklung zu erfassen, ist die Bestimmung von Maßen, die sich auf die körperlichen Veränderungen beziehen (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 30). Diese kann ergänzt werden durch die Erhebung traditioneller medizinischer Daten. So wurden in der Berlin-Bremen-Studie zum Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter folgende Variablen erfasst: Körperlänge, Gewicht, Hautfaltendichte (zur Bestimmung des Körperfettanteils), Blutdruck, Puls, Atemvolumen, körperliche Reife, Blutfett, Blutbild (vgl. Semmer et al. 1991: 33).

Will man sich von biologisch-medizinischen Indikatoren lösen, so lassen sich möglicherweise subjektive Kriterien zur Bestimmung von individueller Gesundheit heranziehen. Es stellt sich dabei die Frage, ob körperliches Wohlbefinden als ein spezifischer Zustand beschrieben werden kann oder ob es sich lediglich in Abgrenzung zum Unbehagen beschreiben lässt. In einer Studie mit jungen Erwachsenen konnte gezeigt werden, dass subjektives Wohlbefinden, welches sowohl physische als auch psychische Aspekte umfasst, durchaus als Kriterium für eigene Gesundheit herangezogen wird. Die Nutzung dieses subjektiven Kriteriums folgt einem geschlechtsspezifischen Muster (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 31). Die Unterschiede liegen darin, dass für die jungen Frauen (20 bis 29 Jahre) Wohlbefinden der wichtigste Indikator ist, erst dann folgt Zufriedenheit und Körperlichkeit (Kraft, Ausdauer, Leistungsfähigkeit). Für die jungen Männer (20 bis 29 Jahre) hingegen ist Körperlichkeit das wichtigste Kriterium, gefolgt von Wohlbefinden und einem Negativ-Kriterium, wie ohne Arzt, Medikamente oder Schmerzen zu sein (vgl. Kolip 1994: 41).

Bei der Diskussion über die Bedingungen der körperlichen Gesundheit ist es sinnvoll, eine Differenzierung zwischen der „aktuellen körperlichen Gesundheit“ und der „habituellen körperlichen Gesundheit“ vorzunehmen: Unter der „aktuellen körperlichen Gesundheit“ wird der zu einem bestimmten Zeitpunkt (in einem relativ engen Zeitintervall) vorhandene Gesundheitszustand (beispielsweise leidet eine Person zurzeit unter einer akuten Infektionskrankheit) verstanden. Der „habituelle körperliche Gesundheitszustand“ ist hingegen der über einen längeren Zeitraum (von mehreren Jahren) aggregierte und gemittelte körperliche Gesundheitszustand einer Person. Demnach lassen sich Hochgesunde von Normal- und Mindergesunden unterscheiden (vgl. Becker 1996: 13).

Frank (1991: 89) stellt eine der wenigen Untersuchungen vor, die körperliches Wohlbefinden empirisch zu fassen versuchte. Nach ihr kann die positive Seite des körperlichen Befindens in differenzierter Weise aufgeschlüsselt werden. Sieben spezifische Grunddimensionen aktuellen körperlichen Wohlbefindens wurden identifiziert: (1) Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand, (2) Gefühle von Ruhe und Muße, (3) Empfindungen von Vitalität und Lebensfreude, (4) Gefühle nachlassender Anspannung und angenehmer Müdigkeit, (5) Genussfreude und Lustempfinden, (6) Konzentrations- und Reaktionsbereitschaft und (7) Gefühle von Gepflegtheit, Frische und angenehmem Körperempfinden.

Kolip und Hurrelmann (1994: 31f.) merken zum Fragebogen von Frank kritisch an, dass dieser lediglich aktuelles Wohlbefinden erfasst, welches beispielsweise von Bewegungsaktivitäten oder Entspannungsmaßnahmen ausgelöst wird und da er situationssensibel ist, lässt er auch keine Schlüsse auf habituelles körperliches Wohlbefinden zu. Wobei anzunehmen ist, dass auch bei der Bestimmung habituellen körperlichen Wohlbefindens geschlechts- und altersspezifischen Mustern zu folgen ist. So kommt in der Adoleszenz wahrscheinlich den Komponenten „Körperzufriedenheit“, „Vitalität“ und „Lebensfreude“ eine größere Bedeutung zu, während im Erwachsenenalter vermutlich „Ruhe und Muße“ wichtiger sind.

2.2.2 Indikatoren für psychische Gesundheit

Die Forschung zu seelischer Gesundheit, die im folgenden synonym zu psychischer Gesundheit verstanden werden soll, ist eng mit dem Namen Peter Becker verknüpft. Seine Definition der seelischen Gesundheit lautet (Becker 1995: 204f.): *„Um seine seelische Gesundheit zu bewahren oder zu fördern, muss ein Mensch in der Lage sein, seine angeborenen Bedürfnisse (allein oder mit Unterstützung Anderer) in hinreichendem Ausmaß zu befriedigen. Je besser ihm dies gelingt, desto höher ist – ceteris paribus – der Grad seiner seelischen Gesundheit.“* Mit der Einschränkung „in hinreichendem Ausmaß“ meint er, dass dies unter anderem von der „Frustrationstoleranz“ abhängt (vgl. Becker 1995: 205). Weiters wurden von Becker (1986: 11ff.) sieben Indikatorenbereiche für Zustände der körperlichen und seelischen Gesundheit zusammengestellt:

1. *Positive versus negative emotionale Befindlichkeit:* Seelische Gesundheit ist gekennzeichnet durch häufige positive und seltene negative Gefühle. Dieser Indikatorenbereich weist allerdings darauf hin, dass bei der Bestimmung psychischer Gesundheit eine starke subjektive Komponente zum Tragen kommt (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 33). Schwenkmezger (1991: 121) wählt für psychisches Wohlbefinden eine dreifache Operationalisierung: (1) nach positivem Gefühlszustand, gekennzeichnet durch Emotionen wie Freude, Spaß und Glück; (2) nach negativem Gefühlszustand, der Gefühle wie Trauer, Furcht, Angst und Ärger umfasst und (3) nach Lebenszufriedenheit, eine kognitive Komponente, die sich auf ein Globalurteil über das bisherige Leben bezieht.
2. *Hohes Energieniveau versus Antriebsschwäche:* Die psychische Energie findet vor allem in der Antriebsstärke ihren Ausdruck. Krankheitszeichen, wie Energieverlust, chronische Müdigkeit und Antriebsschwäche können hier den Gesundheitszeichen, wie Energiefülle, Vitalität, hohe Kraft, Ausdauer und Aktivität gegenübergestellt werden.
3. *Expansivität versus Defensivität:* „Expansivität“ äußert sich in Verhaltensweisen wie Spontaneität, Expressivität und Selbstbehauptung. Diesen Gesundheitszeichen stehen wiederum Abwehrmechanismen, wie phobisches Vermeidungsverhalten oder Leugnung noch nicht bewältigbarer schmerzlicher Realitäten als Krankheitszeichen gegenüber.
4. *Leistungsfähigkeit versus Funktionsstörungen:* Zu den klassischen Krankheitsindikatoren in diesem Indikatorenbereich zählen Störungen bestimmter Organsysteme oder psychischer Funktionen, wie Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Sprache, Fühlen und damit zusammenhängende beeinträchtigte Fähigkeiten, die zum Erfüllen von Rollen und Aufgaben erforderlich sind. Kolip und Hurrelmann (1994: 34) zählen dazu soziale Kompetenz, Willensstärke, Selbstkontrolle, Realitätsnähe und Kreativität.
5. *Selbsttranszendenz versus Selbstzentrierung:* Seelisch Kranke lenken ihre Aufmerksamkeit von der Umwelt auf die eigene Person. Außerdem benötigen sie ein erhöhtes Maß an Ruhe, zeigen ein deutlich verringertes Interesse an Ereignissen in ihrer Umwelt und fühlen sich oft durch geringfügige Störreize belästigt. Becker betont weiters, dass Hand in Hand mit dieser verstärkten Selbstzentrierung die eigene Liebesfähigkeit und Anteilnahme am Leben Anderer zurückgehen kann. Demgegenüber neigen gesunde Menschen zur

„Selbsttranszendenz“, was bedeutet, dass sie sich für ihre Umwelt interessieren, sich in Projekten engagieren und liebesfähig sind.

6. *Autonomie versus Hilfesuchen und Abhängigkeit*: Für viele körperlich und psychisch Kranke ist kennzeichnend, dass sie sowohl verstärkt um Hilfe suchen und auch dieser bedürfen, als sich auch von Anderen abhängig und im Extremfall hilflos fühlen. Im Gegensatz dazu legen Gesunde im allgemeinen Wert auf ihre Unabhängigkeit und persönliche Handlungsfreiheit.
7. *Hohes versus niedriges Selbstwertgefühl*: Während einer Erkrankung leiden Menschen häufig unter Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühlen. Oft schämen sie sich ihrer Erkrankung und versuchen deshalb, diese vor anderen Menschen zu verheimlichen. Analog dazu zeichnet sich seelische Gesundheit durch hohes Selbstwertgefühl, Selbstachtung und Selbstsicherheit aus.

2.2.3 Indikatoren für soziale Gesundheit

Die Integration einer sozialen Komponente in die Gesundheitsdefinition macht einen Großteil des progressiven Charakters der WHO-Definition aus. Aber gerade dieser Teil ist schwer mit Inhalt zu füllen. Kolip und Hurrelmann (1994: 35) versuchen den schwer fassbaren Begriff der sozialen Gesundheit folgendermaßen zu definieren: „*Soziale Gesundheit manifestiert sich zum einen im engeren sozialen Umfeld, zum anderen wird sie bestimmt durch Gegebenheiten und Entwicklungen im gesellschaftlichen und Umweltkontext (Makroebene)*.“ Als wichtigste Indikatoren sehen sie die sozialen Netzwerke, in denen sich ein Individuum bewegt, die soziale Unterstützung, die eine Person durch ihre Mitmenschen erfährt, und die Lebensqualität in den bestehenden sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Nur wenn diese Indikatoren vorhanden sind, kann nach Kolip und Hurrelmann (1994: 35ff.) von sozialer Gesundheit gesprochen werden.

2.2.3.1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Es ist wohl eine Alltagserfahrung, dass die Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen und ihren Folgen auch davon abhängt, ob einem dabei jemand zur Seite steht und durch Rat und Hilfe unterstützt. Deshalb ist der Mensch in der Regel in eine Vielzahl von

Beziehungen zu einzelnen Menschen und Gruppen eingebunden - zu PartnerInnen, Familie, FreundInnen oder etwa NachbarInnen - die ein soziales Netzwerk bilden (vgl. Hornung 1997: 32). Das Konzept „*soziales Netzwerk*“ bezeichnet Ulich (1987: 129) als „*soziale Beziehungsmuster, in die eine Person eingebunden ist und die für ihr Erleben, ihr Wohlbefinden und ihr Verhalten von Bedeutung sind*“. Die unterstützenden Potenziale eines sozialen Netzwerkes sind kontinuierlich verfügbare Aktivitäten und Tätigkeiten Anderer, die einer Person Rückhalt und Rückmeldungen über sich selbst und über Andere geben sowie über Mangelsituationen und Belastungen hinweghelfen. Die strukturelle Beschaffenheit sowie die Qualität und Funktion der Beziehungen in einem Netzwerk entscheiden über das mögliche Unterstützungspotenzial (vgl. Hurrelmann 1994a: 239). Somit haben Netzwerke eine wesentliche Bedeutung bei der besseren Bewältigung von Krankheiten und bei der Förderung von Gesundheit auf individueller Ebene und in lokalen Lebenszusammenhängen (vgl. Trojan 2003a: 209). Es ist dabei jedoch nicht außer Acht zu lassen, dass Netzwerke trotz der unbestreitbar positiven Möglichkeiten auch das Gegenteil bewirken können, beispielsweise Personen einengen, an der Entfaltung hindern oder Räume verregeln (vgl. Haberlandt et al. 1995: 102).

Gelegentlich werden „natürliche“ Netzwerke (beispielsweise Familie, Nachbarschaft, Freundes- und Kollegenkreis) den „organisierten“ Netzwerken (beispielsweise Vereinen, Schulen) gegenübergestellt. Systematisch werden drei Formen unterschieden:

- *Primäre Netzwerke* umfassen: Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige sowie FreundInnen (vgl. Trojan 2003a: 209), Bekannte in Nachbarschaft, Schule und Betrieb sowie informelle Kleingruppen wie Selbsthilfegruppen und Freizeitgruppen (vgl. Waller 2002: 104).
- Zu den *Sekundären Netzwerken* zählen: Freie Einrichtungen und Initiativen wie Vereine und Organisationen mit sozialpädagogischem Bezug, Vereinigungen der Erwachsenenbildung, Vereinigungen für Kultur und Freizeit und andere lokale Bürgervereinigungen und Einrichtungen. Aber auch selbstorganisierte oder kirchliche Beratungsstellen, Einrichtungen der Gewerkschaften oder der Umweltverbände zählen hier dazu. Zusammen mit den primären Netzen bilden sie das informelle oder Laiensystem der Gesundheitsversorgung (vgl. Waller 2002: 104ff.).

- Zu den *Tertiären Netzwerken* werden gerechnet: professionelle Einrichtungen für gesundheitliche Betreuung wie Beratungsstellen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeheime und Schulen (vgl. Trojan 2003a: 209). Diese Netzwerke werden auch als formelle Hilfsysteme bezeichnet (vgl. Waller 2002: 104).

Ist das Netzwerk derart beschaffen, dass es die psychosozialen Probleme eines Individuums mindert, seine Gesundheit schützt und sein Wohlbefinden erhöht, so spricht man von sozialer Unterstützung (vgl. Hornung 1997: 32). „*Soziale Unterstützung*“ ist nach Ulich (1987: 129) „*auf konkrete interpersonale Handlungen bezogen, die der Intention nach auf Hilfeleistung im weitesten Sinne ausgerichtet sind.*“ Die Formen der Unterstützung sind von der Beschaffenheit des Unterstützungsnetzwerkes abhängig. Folgende Strukturmerkmale des Netzwerkes werden in der Literatur beschrieben (beispielsweise Hurrelmann 2000: 143):

- *Größe*: die Zahl der miteinander verbundenen Individuen;
- *Dichte*: das Verhältnis der tatsächlich bestehenden zu den potenziellen Verbindungen;
- *Häufigkeit*: Die Anzahl der Kontakte pro Zeiteinheit;
- *Intensität*: persönliche Bedeutung der Kontaktinhalte;
- *Dauerhaftigkeit*: zeitliche Existenz der Beziehung;
- *Gerichtetheit*: Ein- oder Zweiseitigkeit, Gleichgewichtigkeit der Kontakte;
- *Inhalte*: Breite des ansprechbaren thematischen Spektrums und
- *Vielfältigkeit*: Zusammentreffen unterschiedlich gearteter Kontaktkreise.

Als die wohl am häufigsten verwendeten Indikatoren für soziale Integration und Netzwerkstruktur bezeichnen Schwarzer und Leppin (1991: 177) die Größe des Netzwerkes, die Frequenz sozialer Interaktionen und die Dichte des Netzwerks. Diese Indikatoren hängen insofern miteinander zusammen, als sich die Größe auf die Zahl der Netzwerkmitglieder und die Dichte auf deren soziale Nähe auswirken, was wiederum damit zusammenhängt, wie oft man miteinander interagiert.

Nach Keupp (1999: 701) ist es notwendig, die Kategorien soziales Netzwerk und soziale Unterstützung als analytisch voneinander unabhängige Konzepte zu fassen, da erst dann deutlich wird, dass soziale Netzwerke nicht nur die Funktion sozialer Unterstützung haben, sondern auch die Differenzierung verschiedener Unterstützungsformen sinnvoll ist. Ist von sozialer Unterstützung die Rede, dann ist meist die emotional-affektive Unterstützung gemeint, die

zwar vor allem bei spezifischen psychischen Problemen die zentrale Bewältigungsressource ist, aber nicht das Funktionspotenzial sozialer Netzwerke ausschöpft. Auch Seiffge-Krenke (1994: 78) vertritt die Ansicht, dass mit der wahrgenommenen Unterstützung das (subjektive) Ausmaß gemeint ist, in dem ein Individuum glaubt, dass nicht nur seine Bedürfnisse nach Unterstützung, sondern auch nach Information und Feedback erfüllt werden.

Die Unterstützungsqualität ist nicht nur von den oben beschriebenen Strukturmerkmalen abhängig, sondern es hängt vielmehr von den Funktionen und Aufgaben ab, die in einer Interaktion jeweils im Vordergrund stehen und die bestimmen, ob sich Dichte und Größe positiv auswirken (vgl. Hurrelmann 2000: 143). Bei der von Keupp (1999: 701) gewählten Studie, die die Funktionen sozialer Netzwerke in Zeiten der Krisenbewältigung untersuchte, wurde angenommen, dass es unterschiedliche Konfigurationen von Struktur- und Interaktionsmerkmalen sind, die bei der Realisierung einzelner Netzwerkfunktionen Einfluss nehmen. Aber auch für Schwarzer und Leppin (1989: 18) hat sich soziale Unterstützung als ein mehrdimensionales Konzept erwiesen:

- *Affektive Unterstützung*: Netzwerke, in denen sich die meisten Mitglieder untereinander kennen (hohe Dichte), ähnliche soziale Attribute haben (hohe Homogenität) und nahe beieinander leben (geringe Dispersion), vermitteln am ehesten hohe emotionale Unterstützung (vgl. Keupp 1999: 701). Schwarzer und Leppin (1989: 18) zählen zu dieser Dimension sowohl Aspekte der allgemeinen Verwirklichung einer positiven Sozialbeziehung als auch solche der mittelbaren Hilfe bei der Lebensbewältigung. Hierzu gehören die allgemeine Wertschätzung und Sympathie, die einem von Anderen entgegengebracht wird, oder das Gefühl der Zugehörigkeit, das einem jemand vermittelt, genauso wie der konkrete Versuch einer/eines nahen Freundin/es, in einer Problemsituation Trost zu spenden. Primär dürften hier als Supportquellen die Intimbeziehungen sowie die engen FreundInnen einer Person gelten, in zweiter Linie jedoch auch weniger enge FreundInnen, Verwandte, ArbeitskollegInnen und Vorgesetzte.
- *Instrumentelle Unterstützung*: Die Bereitstellung von praktischer Hilfe und Dienstleistung im Alltag oder in Notfallsituationen verbessert sich nach Keupp (1999: 701) mit der Größe und Dichte des Netzwerkes. Nach Schwarzer und Leppin (1989: 19) ist instrumentell alles das, was unmittelbar die Lebensbewältigung begünstigt oder einen bestimmten Zielzustand herstellt oder wiederherstellt. Als Beispiele werden Tätigkeiten, wie einer/einem

Kollegin/en oder MitschülerIn bei einer Arbeitsaufgabe helfen oder auf die Kinder einer/eines NachbarnIn aufpassen, genannt. Als Supportquellen kommen hier theoretisch alle Arten von persönlichen Sozialbeziehungen in Frage, wobei mit der Schwere des anstehenden Problems die Wahrscheinlichkeit steigen dürfte, dass es sich um enge Sozialbeziehungen wie die/den PartnerIn, nahe Verwandte und FreundInnen handelt.

- *Kognitive Unterstützung*: Netzwerke, in denen Mitglieder durch schwache Bindung (geringe Intensität) verknüpft sind, die Verbindungen zu anderen Netzwerken herstellen und in denen es unterschiedliche Typen von Mitgliedern gibt (geringe Homogenität), vermitteln am ehesten verschiedenartige und neue Informationen (vgl. Keupp 1999: 701). Die Ähnlichkeit dieser Dimension zur Vorherigen zeigt sich darin, dass auch hier häufig ein akutes Problem vorliegt, für das die betroffene Person eine Lösung sucht. Allerdings erfolgt hier die Unterstützung, die immateriell ist, als Hinweis oder als Ratschlag. Als Quelle für die Unterstützung kommen auch hier theoretisch alle Arten von Personen in Frage. Insbesondere spielen hier vor allem „ExpertInnen“ wie ÄrztInnen und TherapeutInnen eine wichtige Rolle (vgl. Schwarzer und Leppin 1989: 19f.).
- *Aufrechterhaltung der sozialen Identität*: Netzwerke, die durch geringe Größe, hohe Dichte, starke Bindungen, geringe Dispersion und hohe Homogenität gekennzeichnet sind, ermöglichen eher die Bildung und Aufrechterhaltung eines Identitätsmusters, das relativ einfach strukturiert ist und über die Zeit stabil bleibt. Auf der anderen Seite erhalten Netzwerke, die groß sind, mehr schwache Bindungen beinhalten, eine geringe Dichte, hohe Dispersion und geringe Homogenität aufweisen, eher ein Identitätsmuster aufrecht, das offen für Veränderungen und komplex strukturiert ist (vgl. Keupp 1999: 701).
- *Vermittlung sozialer Kontakte*: Netzwerke, die schwache Bindungen enthalten und dadurch Verbindungen zu anderen Netzwerken eröffnen und herstellen, vermitteln nach Keupp (1999: 701) am ehesten Zugang zu neuen sozialen Kontakten. Hier geht es für Schwarzer und Leppin (1989: 19) hauptsächlich um die Gemeinsamkeit von Personen in der Freizeit. Dazu zählen gemeinsame Aktivitäten wie Sport, Kino und Feste, insofern sie von der betroffenen Person gewünscht und genossen werden. Unabhängig von der konkreten Problemlage können solche gemeinsame Aktivitäten zu einem positiven Ausgleich gegenüber den Belastungen des Alltags werden. Auch hier kommt theoretisch eine ganze

Reihe verschiedener Bezugspersonen in Frage, wobei ein großer Teil der Freizeit wahrscheinlich mit der/dem PartnerIn und guten FreundInnen verbracht wird.

- Schwarzer und Leppin (1989: 20) nennen weiters die Dimension der *Bewertungs-/Einschätzungs-Unterstützung*: Dieser Typus ist nur schwer von der kognitiven Unterstützung abzugrenzen, wobei die Besonderheit darin liegt, dass die bewertende Information, die von Personen mit ähnlichen Einstellungen und Eigenschaften gegeben wird, sich primär auf das Verhalten des betroffenen Individuums bezieht. Diese Art von Unterstützung kann einer Person helfen, sich selbst, die eigenen Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnisse besser einzuschätzen.
- *Status-Support*: Mit dieser weiteren Dimension ist die existentielle Sicherheit gemeint, die ein Individuum durch die Zuschreibung verschiedener gesellschaftlich akzeptierter Rollen gewinnt. Als Beispiele sind hier die Rollen als EhepartnerIn, als Mutter oder Vater oder als Bruder oder Schwester zu nennen. Als Supportquelle kommt hier die entsprechende Bezugsperson in Frage, von der die jeweilige Rolle abhängig ist, also der/die EhepartnerIn, die Kinder, die Geschwister oder die FreundInnen (vgl. Schwarzer und Leppin 1989: 20f.).

Schwarzer und Leppin (1989: 22) sind der Ansicht, dass den Kern des Konstruktes Soziale Unterstützung tatsächlich nur ein einziger Typ ausmacht, nämlich die wahrgenommene emotionale Unterstützung, das heißt das Gefühl, von Anderen geliebt und geschätzt zu werden, das vor allem aus den frühen Bindungserfahrungen eines Kindes resultiert. Worauf es ankommt, ist demnach das Vertrauen darauf, dass Andere für einen tun werden, was sie können, wenn es notwendig werden sollte.

Der Epidemiologe Cassel behauptete 1974 als einer der ersten, dass soziale Unterstützung einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit leistet (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 35). Auch für Badura (1993: 73) sind enge, stabile und dichte Primärbeziehungen lebenswichtig und bilden eine wesentliche Ressource bei der Stressvermeidung und –bewältigung. Drei mögliche Wirkungsmechanismen werden dabei hauptsächlich diskutiert (Hurrelmann 2000: 144):

- *Abschirmwirkung*: Soziale Unterstützung, verbunden mit dem Angebot zur aktiven Beteiligung, kann die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten belastender Situationen senken, weil eine gute Integration in soziale Beziehungen in der Regel mit einer hohen Kompetenz zur vorbeugenden Bewältigung von Krisensituationen einhergeht.
- *Pufferwirkung*: Soziale Unterstützung kann helfen, mit belastenden Situationen umzugehen, weil psychische und praktische Hilfe zur Verfügung stehen, die eine produktive Verarbeitung der Anforderungen fördern. Unterstützung mit Beteiligungsangebot kann insbesondere dazu führen, dass ein positives Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl aufgebaut und hierdurch Belastungen verkraftet werden können.
- *Toleranzwirkung*: Soziale Unterstützung kann die Fähigkeit stärken, direkt mit bereits eingetretenen Symptomen der Belastung umzugehen. Werden Hilfe und Trost empfangen und wird zugleich nachvollziehbar, dass die Lebenssituation grundsätzlich veränderbar ist, dann lassen sich psychische und körperliche Krankheiten leichter ertragen.

Soziale Unterstützung spielt selbstverständlich auch im Jugendalter eine große Rolle. Während in der Kindheit und im frühen Jugendalter die Eltern die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung darstellen, gewinnt mit zunehmender Ablösung vom Elternhaus die Bedeutung der Gleichaltrigen an Bedeutung. Soziale Isolation wirkt sich nicht nur negativ auf die Gesundheit der Erwachsenen aus, sondern kann auch bei Kindern und Jugendlichen psychische, somatische oder emotionale Probleme auslösen. Das Jugendalter ist aus soziologischer Perspektive die erste Phase im menschlichen Lebenslauf, in der eine volle soziale Integration in die gesellschaftliche Sozialstruktur erfolgt. Aus diesem Grund zählt zu den zentralen Indikatoren für soziale Gesundheit im Jugendalter und in den darauf folgenden Altersphasen des Erwachsenenalters der objektive Grad der sozialen Integration und die subjektive Widerspiegelung dieses Zustands, nämlich die soziale Identität. Darunter wird das Empfinden eines Menschen verstanden, von der sozialen Umwelt als Inhaber einer anerkannten sozialen Position und Rolle wahrgenommen zu werden. Gelingt diese soziale Integration nicht, etwa durch Nichtanerkennung in wichtigen Bezugsgruppen (Familie, FreundInnen) oder durch Ausgrenzung aus dem Bildungs- und Arbeitsprozess (Schulversagen, Arbeitslosigkeit), so ist dies einer der maßgeblichsten Risikofaktoren für soziale Gesundheit (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 36f.).

2.2.3.2 Makrosoziale Aspekte von Gesundheit

Gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen sind für individuelle und kollektive Gesundheit unabdingbar. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation nannte 1985 Rahmenbedingungen als notwendige Voraussetzungen für Gesundheit (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 37). Dazu zählen (vgl. Naidoo und Wills 2003: 76):

- Frieden und Freisein von Kriegsängsten.
- Gesundheitliche Chancengleichheit sowie soziale Gerechtigkeit.
- Befriedigung der Grundbedürfnisse, wie ein ausreichendes Nahrungsangebot und Einkommen, eine gesicherte Versorgung mit Trinkwasser und sanitären Anlagen, zumutbare Wohnverhältnisse, ein sicherer Arbeitsplatz und eine sinnreiche Aufgabe in der Gesellschaft.
- Unterstützung sowohl durch die politischen HandlungsträgerInnen als auch durch die Öffentlichkeit.

Körperliche und psychische Gesundheit setzt makrosoziale Gesundheit voraus. Forschergruppen sind sich einig, dass subjektives soziales Wohlbefinden von folgenden Faktoren beeinflusst wird: Einkommen, Bildung, Wohnung, Partizipation, Verkehr und Arbeit (vgl. Kolip und Hurrelmann 1994: 37). Auch Kolip und Hurrelmann (1994: 37) schließen sich der Behauptung an, dass ein Minimum an objektiven Rahmenbedingungen gegeben sein muss, um körperliche und psychische Gesundheit zu gewährleisten.

3 Modelle der Gesundheit

Gesundheitsmodelle zielen auf die Beschreibung, Analyse, Erklärung oder Vorhersage des gesundheitlichen Befindens einer Person ab. Pionierarbeit hat hier Antonovsky geleistet, auf dessen „Modell der Salutogenese“ (Kap. 3.1) zunächst eingegangen werden soll. Im Anschluss daran wird das „interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit von Becker“ (Kap. 3.2) sowie das „sozialisationstheoretische Gesundheitsmodell von Hurrelmann“ (Kap. 3.3) vorgestellt. Abschließend werden „ökologische und sozialpolitische Modelle der Gesundheit“ (Kap. 3.4.1 bis 3.4.2) behandelt. Die genannten Modelle zählen zu den Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien. Diese stellen nach Trojan und Legewie (2001: 116) die *„Stressbewältigung als ‚gemeinsame psychophysiologische Endstrecke‘ in den Mittelpunkt, wobei die vorhandenen Ressourcen zur Stressbewältigung über das Ausmaß an Gesundheit und Wohlbefinden entscheiden“*.

3.1 Salutogenetisches Gesundheitsmodell von Antonovsky

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte in zwei weit- hin beachteten Büchern (1979: Health, stress and coping; 1987: Unraveling the mystery of health) eine Theorie von Gesundheit und Krankheit, die sich in die Tradition der Stress- und Bewältigungstheorien einordnen lässt und die er mit dem von ihm geprägten Begriff „Salutogenese“ („Salus“, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; „Genese“, griech.: Entstehung) bezeichnete (vgl. Hurrelmann 2000: 55).

Der Begriff „Salutogenese“ soll nach Antonovsky (1997) einen Gegenbegriff zu „Pathogenese“ darstellen. Eine pathologische Orientierung versucht zu erklären, warum Menschen krank werden und warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen. Antonovsky geht einer salutogenetischen Orientierung nach, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert, in dem er sich eine radikal andere Frage stellt: *„Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position“* (Antonovsky 1997: 15)? Damit ist gemeint, dass keine klare Grenzlinie zwischen Gesundheit und Krankheit vorhanden ist, sondern Gesundheit und Krankheit ist auf einem Kontinuum mit zwei Endpunkten zu sehen. Die Frage, wo sich eine Person auf diesem Kontinuum befindet, stellt sich als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren

(Widerstandsressourcen) im Kontext der Lebenserfahrungen einer Person heraus (vgl. Waller 2002: 22).

Antonovsky unterscheidet in seinem Modell zwischen physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren (siehe Abb. 1). Diese Stressoren erzeugen einen physiologischen Spannungszustand. Im Hinblick auf gesundheitliche Folgen stellt sich die Frage, wie der durch Stressoren ausgelöste Spannungszustand wieder gelöst werden kann, das heißt wie eine Person mit der belastenden Situation umgeht und diese bewältigt. Können die durch Stressoren ausgelösten Spannungen erfolgreich bewältigt werden, so bewegt sich ein Individuum auf dem Gesundheitskontinuum eher in die positive Richtung. Gelingt hingegen diese Bewältigung nicht, dann reagiert der Organismus mit einem Stresszustand, der in Interaktion mit anderen pathogenen und möglichen Schwachstellen des Organismus eine Bewegung in Richtung des „kranken“ Pols auf diesem Kontinuum bewirkt (vgl. Faltermaier 1994: 49f.).

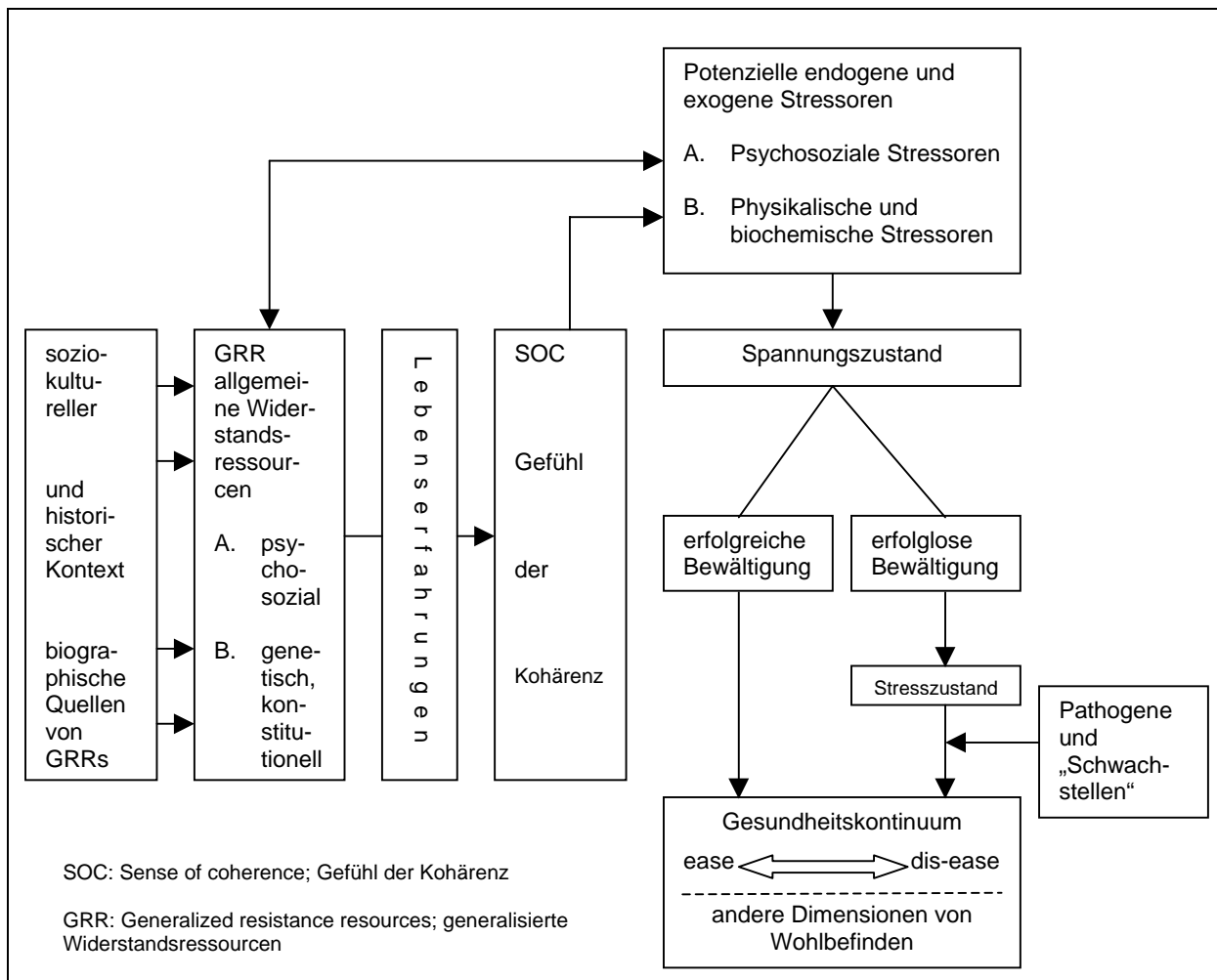


Abb. 1: Das Modell der Salutogenese (in vereinfachter Form; aus Faltermaier 1994: 49)

Ob sich diese Belastungen in Symptomen von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Gesundheitsstörungen auswirken oder nicht, ist von den Ressourcen, die ein Mensch als „Widerstand“ gegenüber Belastungen hat, abhängig (vgl. Hurrelmann 2000: 56). Antonovsky nennt diese „generalisierte Widerstandsressourcen“ (generalized resistance resources, GRR) und versteht darunter Merkmale einer Person, Gruppe oder Umwelt, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern können (vgl. Faltermaier 1994: 51). Mit „generalisiert“ ist gemeint, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden (vgl. Bengel et al. 2001: 34). Zu diesen Widerstandsressourcen zählt Antonovsky physische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, motivationale, soziale sowie makrostrukturelle Faktoren, die bewirken, dass krankmachende Belastungsfaktoren erst gar nicht auftreten oder erfolgreich bekämpft werden können (vgl. Hurrelmann 2000: 56):

- Zu den *physikalischen* und *biochemischen* Widerstandsressourcen zählen medizinisch relevante Potenziale des Körpers, die gegen Krankheitserreger und Stressoren immun machen.
- *Materielle* Ressourcen sind vor allem finanzielle Möglichkeiten, mit denen sich physische Sicherheit, Schutz und gute Ernährung, also Ressourcen für das körperliche und seelische Wohlbefinden, erwerben lassen.
- Zu den *kognitiven* und *emotionalen* Widerstandsressourcen zählen in erster Linie Intelligenz im Sinne von Flexibilität und Rationalität der Anpassung an Lebensbedingungen.
- *Motivationale* und *soziale* Widerstandsressourcen werden vor allem durch soziale Unterstützung aus der Umwelt geliefert, die das Netzwerk einer Person zur Verfügung stellt.
- *Makrostrukturelle* Ressourcen entstehen durch kulturelle Integration, die einer Person eine bestimmte Position im sozialen Gefüge und das Gefühl von Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns vermittelt.

Zentraler Faktor für die Erklärung gesunderhaltender und gesundheitsfördernder Prozesse ist das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC, Sense of coherence). Antonovsky (1993: 12) definiert dieses zweite Kernstück im salutogenetischen Denken folgendermaßen:

„Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauen hat, dass

- 1. die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;*
- 2. die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden;*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“*

Diese drei Komponenten nennt Antonovsky (1997) Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness). Sie bilden somit den Kern des SOC-Konzepts:

- Die *Verstehbarkeit* meint das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen.
- Unter *Handhabbarkeit* ist das Ausmaß zu verstehen, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert ist, ausgehen.
- Die *Sinnhaftigkeit* stellt das motivationale Element dar und bezieht sich auf das Ausmaß, in dem man ein Leben emotional als sinnvoll empfindet, *„dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“* (Antonovsky 1997: 34ff.).

Antonovsky geht davon aus, dass sich der Kohärenzsinn im Laufe der Kindheit und des Jugendalters entwickelt und sich erst im frühen Erwachsenenalter festigt (vgl. Waller 2002: 22). Von der Stärke dieses Kohärenzgefühls (SOC) ist es abhängig, inwieweit die einmal entstandenen generalisierten Widerstandsressourcen mobilisiert werden können. Sind zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden, so beeinflusst dies die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ, ein niedriges Kohärenzgefühl wiederum verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl setzt Lebenserfahrungen voraus, die möglichst konsistent sind, eine wirksame Einflussnahme der Person erlauben sowie weder über- noch unterfordern. Solche Lebenserfahrungen werden durch das Vorhanden-

sein der sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen ermöglicht (vgl. Bengel et al. 2001: 36).

Für die Gesundheitsförderung und Prävention leitet sich aus den Grundannahmen von Antonovskys Modell die Forderung ab, Kindern und Jugendlichen eine Umwelt zu schaffen, die ihnen ausreichend Ressourcen bietet, um ein starkes Kohärenzgefühl herausbilden zu können. Das Kohärenzgefühl dominiert zwar als personale Ressource das Modell der Salutogenese, für seine Entwicklung müssen allerdings gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zum Ziel haben, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen sowie kulturellen Faktoren wie Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung oder finanzielle Möglichkeiten zu fördern (vgl. Bengel et al. 2001: 94).

Becker (1992: 97) sieht in diesem Modell sowohl positive als auch negative Aspekte. Zu den Stärken rechnet er unter anderem die explizite Verwendung eines Kontinuums von Gesundheit und Krankheit sowie den sehr umfassenden Charakter der einbezogenen Variablen, die dem Ansatz einen hohen Integrationswert verleihen. Als Schwachstellen nennt Becker beispielsweise die Einengung des Gesundheits-Krankheits-Begriffs auf körperliche Gesundheit-Krankheit oder die ungenügende theoretische Analyse der Beziehungen zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit.

3.2 Interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit von Becker

Becker (1992) beschreibt ein integratives Modell, welches körperliche und seelische Gesundheits- und Krankheitszustände aus der Wechselwirkung zwischen internen und externen Anforderungen sowie internen und externen Ressourcen der Individuen erklärt (siehe Abb. 2).

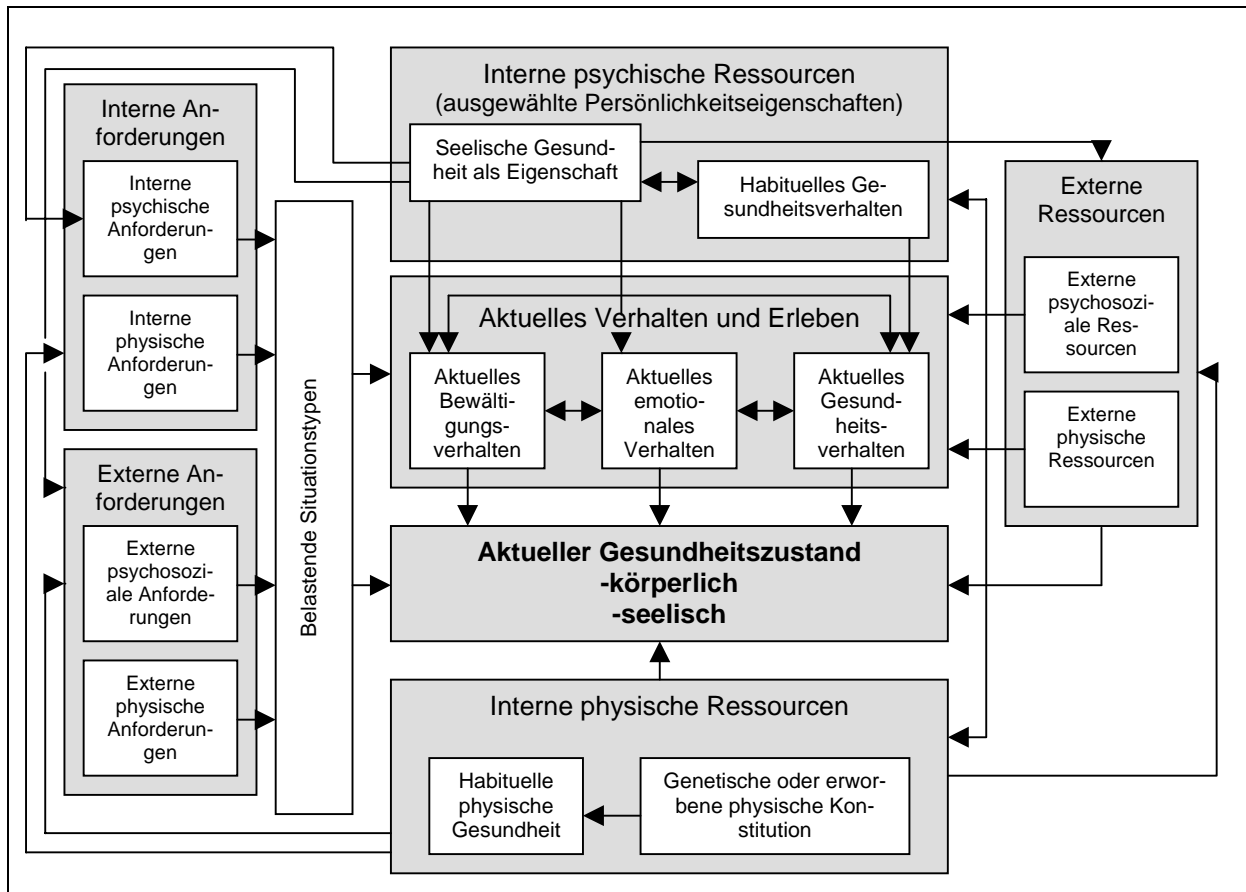


Abb. 2: Interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit (aus Becker 1992: 101)

Der Kerngedanke des interaktionistischen Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker besagt, dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängig ist, inwieweit es einer Person mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der letzten Zeit gelungen ist oder aktuell gelingt, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Bei positiver Erfolgsbilanz der letzten Zeit wird eher Wohlbefinden und Gesundheit die Folge sein, bei negativer Bilanz hingegen ist eher mit Missbefinden und Krankheit zu rechnen.

Eine zentrale Rolle spielen dabei sowohl externe Anforderungen als auch interne Anforderungen. Hier ist festzuhalten, dass nicht nur zu hohe Anforderungen, sondern auch zu niedrige Anforderungen sich ungünstig auf die Gesundheit auswirken können. Unter externen Anforderungen werden solche Aufgaben verstanden, die ein Individuum in der Interaktion mit seiner psychosozialen und physischen Umwelt zu lösen hat. Zu den externen psychosozialen Anforderungen zählen beispielsweise schulische und berufliche Anforderungen oder Anforderungen seitens der Familie. Beispiele für externe physische Anforderungen sind körperliche Belastungen am Arbeitsplatz sowie generelle Belastungen durch Umweltverschmutzung. Ne-

ben den externen Anforderungen beeinflussen auch interne Anforderungen die Gesundheit. Die internen Anforderungen, die vom Individuum ausgehen, resultieren einerseits aus psychischen Bedürfnissen, verinnerlichten Normen und Werten, andererseits aus primären physischen Bedürfnissen.

Liegen hohe externe oder interne Anforderungen vor, so resultieren daraus bestimmte belastende Situationstypen. Jeder Belastungstyp löst wiederum spezifische emotionale Zustände aus. So reagieren Individuen beispielsweise auf überfordernde Situationen mit Gereiztheit oder Erschöpfung. Ob belastende Situationen eine Verschlechterung der Gesundheit auslösen, hängt entscheidend vom aktuellen Bewältigungsverhalten, emotionalen Verhalten sowie Gesundheitsverhalten der Person ab.

Die Bewältigung von Anforderungen wird erleichtert, wenn eine Person auf entsprechende interne sowie externe Ressourcen zurückgreifen kann. Sowohl das aktuelle Verhalten als auch der aktuelle Gesundheitszustand werden von diesen positiv beeinflusst. Auch bei den externen Ressourcen erfolgt wieder eine Unterteilung in psychosoziale Ressourcen wie günstige familiäre oder materielle Bedingungen sowie physische Ressourcen wie eine gesunde Umwelt oder ein Angebot gesunder Nahrung.

Neben den externen Ressourcen kommt auch den internen psychischen und physischen Ressourcen eine herausragende Bedeutung zu. Als interne physische Ressource wäre beispielsweise eine gute physische Kondition zu nennen. Zu den internen psychischen Ressourcen gehört einerseits das habituelle Gesundheitsverhalten wie ein vorsichtiges, präventives Verhalten und andererseits die seelische Gesundheit als Eigenschaft. Darunter wird die individuelle Fähigkeit zur Bewältigung externer sowie interner Anforderungen verstanden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach diesem Modell Gesundheit das Ergebnis einer positiven Bilanz eines Individuums ist, die entsteht, wenn externe und interne Anforderungen der letzten Zeit durch Einsatz von externen und internen Ressourcen erfolgreich bewältigt werden. Im Rahmen des dargestellten Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker kann Gesundheitsförderung charakterisiert werden als Verbesserung der Voraussetzungen zur erfolgreichen Lebensbewältigung, wobei dies prinzipiell durch Veränderung von Anforderungen oder durch Stärkung von Ressourcen geschehen kann. Eine derart verstandene Gesundheitsförderung ist nur auf interdisziplinärem Wege zu lösen (vgl. Becker 1992: 99ff.).

3.3 Sozialisationstheoretisches Gesundheitsmodell von Hurrelmann

Der Bielefelder Sozialisations-, Bildungs- und Gesundheitsforscher Klaus Hurrelmann hat in seinem 1988 erschienenen Buch „Sozialisation und Gesundheit“ ein weiteres komplexes Gesundheitsmodell vorgelegt.

Mit diesem sozialisationstheoretischen Gesundheitsmodell zeigt Hurrelmann, dass Statusübergänge aber auch neuartige Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf jeweils Stadien einer intensiven und beschleunigten Veränderung der an das Individuum gestellten Lebensanforderungen darstellen. Die Entwicklung in einer Übergangsphase ist nach ihm dann bewältigbar, wenn die Person in einem dosierten Maße mit Veränderungen und situativen Anforderungen konfrontiert wird. In diesem Fall kann die Übergangssituation zur erforderlichen Umprogrammierung und Weiterschreibung des vorhandenen Verhaltensrepertoires genutzt werden.

Gelingt es, die Anforderungen zu erfüllen, dann stellt dies eine Konstellation dar, die subjektiv wahrgenommen und als erfolgreich klassifiziert wird. Das Individuum sieht diese Verhaltensanforderungen als Herausforderungen, denen gegenüber es sich in einer erfolgreichen Weise verhalten hat. Kommt es jedoch zu Anforderungen, die das jeweils gegebene Verhaltensrepertoire überfordern, die vor allem die Koordination der verschiedenen Verhaltensprogramme in den unterschiedlichen Entwicklungsbereichen überbeanspruchen, dann besteht die Gefahr einer misslingenden Bewältigung der Situation. In solchen Situationen setzen Mechanismen wie Abwehr-, Ausweich-, Rückzugs-, Konflikt- und Aggressionstendenzen ein, die zur Abweichung, Auffälligkeit und Beeinträchtigung bis hin zu psychischen und körperlichen Krankheiten führen können.

Das in Abbildung 3 dargestellte prozessdynamische Ablaufmodell wird am Beispiel des Jugendalters dargestellt. In entsprechender Umschreibung lässt es sich auch auf andere Lebensphasen übertragen.

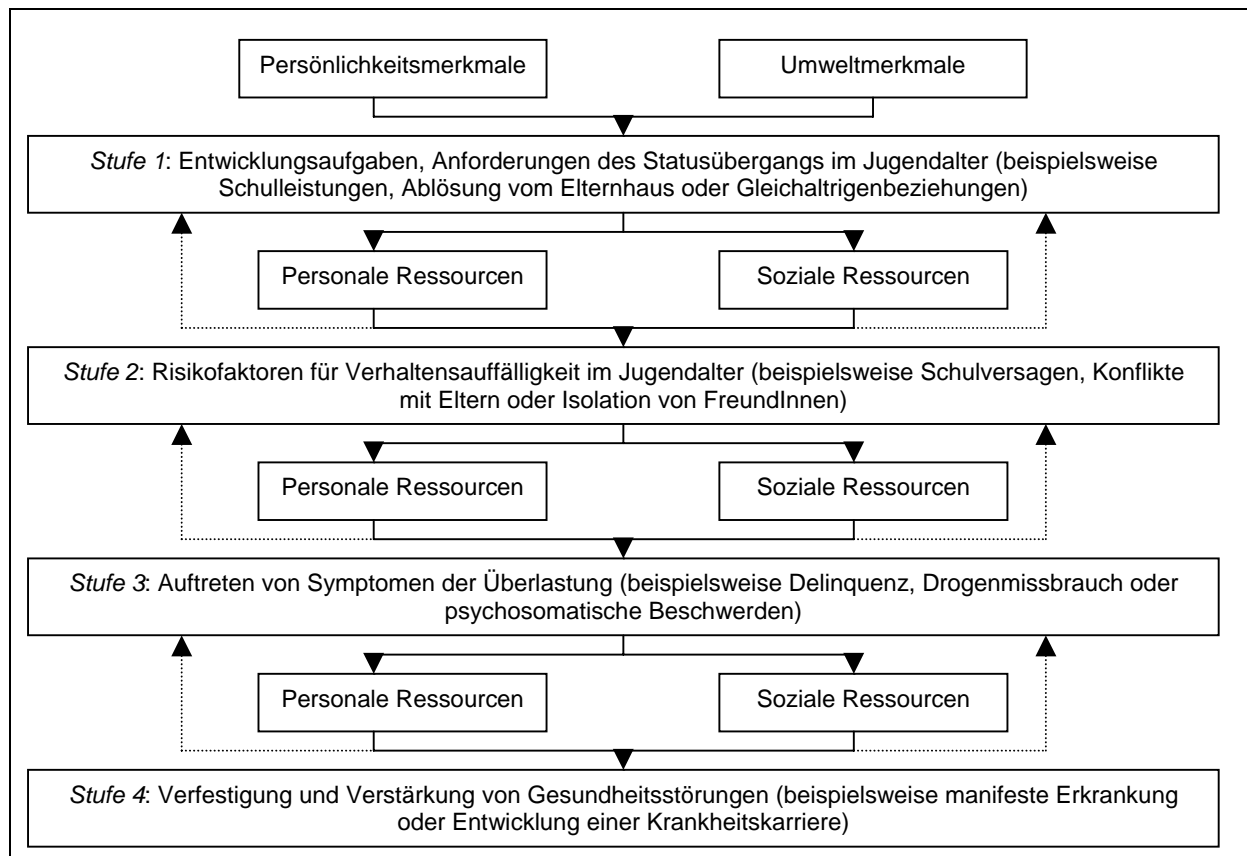


Abb. 3: Prozessdynamisches Modell der Entstehung sozialer Abweichungen und Gesundheitsstörungen (aus Hurrelmann 1988: 159; 2000: 63)

Nach diesem Modell muss jedes Individuum in seiner aktiven Leistung bei der Bewältigung situations-, lebensphasen- und alterstypischer Aufgaben und Anforderungen als ein „produktiver Realitätsverarbeiter“ gesehen werden. Das heißt in jeder Stufe der Entstehung und Entwicklung von Abweichung, Auffälligkeit und Beeinträchtigung setzt ein dynamischer Such- und Sondierungsprozess ein, der eine Neuorganisation der personalen sowie der sozialen Ressourcen zur Folge hat (vgl. Hurrelmann 1988: 157f.). Unter personalen Ressourcen sind der persönliche Verarbeitungsstil von Lebensrealität und Lebensbelastung und die individuell zur Verfügung stehenden Handlungskapazitäten der Bewältigung von Lebenssituationen zu verstehen, und mit sozialen Ressourcen sind die verschiedenen Unterstützungen aus der sozialen Umwelt und dem Netzwerk der Sozialbeziehungen gemeint, die eine Person zur Verfügung hat oder in Belastungssituationen aktivieren kann. Personale und soziale Ressourcen beeinflussen sich gegenseitig und bilden zusammen die Kapazitäten der Lebensbewältigung, die einem Menschen zur Verfügung stehen (vgl. Hurrelmann 1988: 93).

Ob es zu einem Voranschreiten der Entwicklung von den Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben in der ersten Stufe in die weiteren Stufen der Entstehung und Verfesti-

gung von Abweichung, Auffälligkeit und Beeinträchtigung kommt, ist abhängig von der Wirksamkeit der personalen und sozialen Ressourcen, die jeweils bei den einzelnen Entwicklungsschritten zur Verfügung stehen. Bei einem effektiven Einsatz der Bewältigungs- und Unterstützungsressourcen kann es nach jeder Stufe der Entwicklung zu einem positiven Ausgang, also zu einer normalen, das heißt befriedigenden und gesunden Weiterentwicklung der Persönlichkeit kommen. Die Rückschleifen sollen zeigen, wie bei jeweils effektiv eingesetzten Ressourcen auch die Ausgangsbedingungen rückwirkend verändert werden. Ein ineffektiver oder nicht-gelungener Einsatz der Bewältigungs- und Unterstützungsressourcen kann hingegen ein Voranschreiten im Prozess der Entwicklung von Abweichung, Auffälligkeit und Beeinträchtigung zur Folge haben (vgl. Hurrelmann 1988: 158). Aus diesem Modell lassen sich Interventionen der Gesundheitsförderung im Sinne von Stärkung der personalen sowie sozialen Ressourcen ableiten (vgl. Waller 2002: 29).

Waller (2002: 30) merkt kritisch an, dass in diesem Modell die Ressourcen für Gesundheit auch direkt und nicht nur als Ressourcen für die Bewältigung von Risiken in den Blick genommen werden sollten. Weiters kommen nach Waller in diesem Gesundheitsmodell von Hurrelmann die sich nicht über Stress vermittelnden Gesundheitsrisiken wie Schadstoffe, Lärm und Unfälle zu kurz.

3.4 Ökologische und sozialpolitische Modelle der Gesundheit

Hierbei handelt es sich um Konzepte, die Gesundheit und Krankheit vor allem von externen Faktoren beeinflusst sehen. Während ökologische Modelle der Gesundheit wie das „Mandala-Modell der Gesundheit“ von Hancock (Kap. 3.4.1) neben den gesellschaftlichen Faktoren vor allem auch die Bedeutung physikalischer Umweltvariablen betonen, wird von den ökologisch und sozialpolitisch bedeutsamen Modellen wie dem „sozialepidemiologisch-ökologischen Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren“ von Trojan und Hildebrandt (1989) (Kap. 3.4.2) nicht nur der Gesundheitszustand der Bevölkerung mit individuellen Risikofaktoren in Zusammenhang gebracht, sondern darüber hinaus Aspekte des Gesundheitssystems wie vorhandene Angebote oder die Verteilung finanzieller Ressourcen sowie Aspekte der Entwicklung und Überprüfung von Interventionsmaßnahmen mit einbezogen (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 140f.).

3.4.1 Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock

Das von der Abteilung für öffentliche Gesundheit der Stadt Toronto entwickelte und von Trevor Hancock veröffentlichte „Mandala-Modell der Gesundheit“ betont, mehr als das Modell von Becker, die praktischen Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik. Zur Verdeutlichung der Einheit von Universum und Individuum wurde das kreisförmige Mandala-Symbol (Mandala = sanskrit Kreis) gewählt. Ein Nachteil liegt allerdings darin, dass es die Art und Richtung der Beziehungen zwischen den genannten Ebenen nicht genau benennt.

Dieses Modell (siehe Abb. 4), welches die Autoren auch als ein ökologisches Modell menschlicher Gesundheit bezeichnen, wird als dynamisch und interaktiv beschrieben. Dynamisch, weil alle genannten Faktoren auf die Gesundheit des Menschen einwirken, wie auch der Mensch alle Faktoren beeinflussen kann. Interaktiv in diesem Sinne, weil alle genannten Faktoren miteinander verbunden sind, sich also verstärken oder auch aufheben können (vgl. Waller 2002: 30ff.).

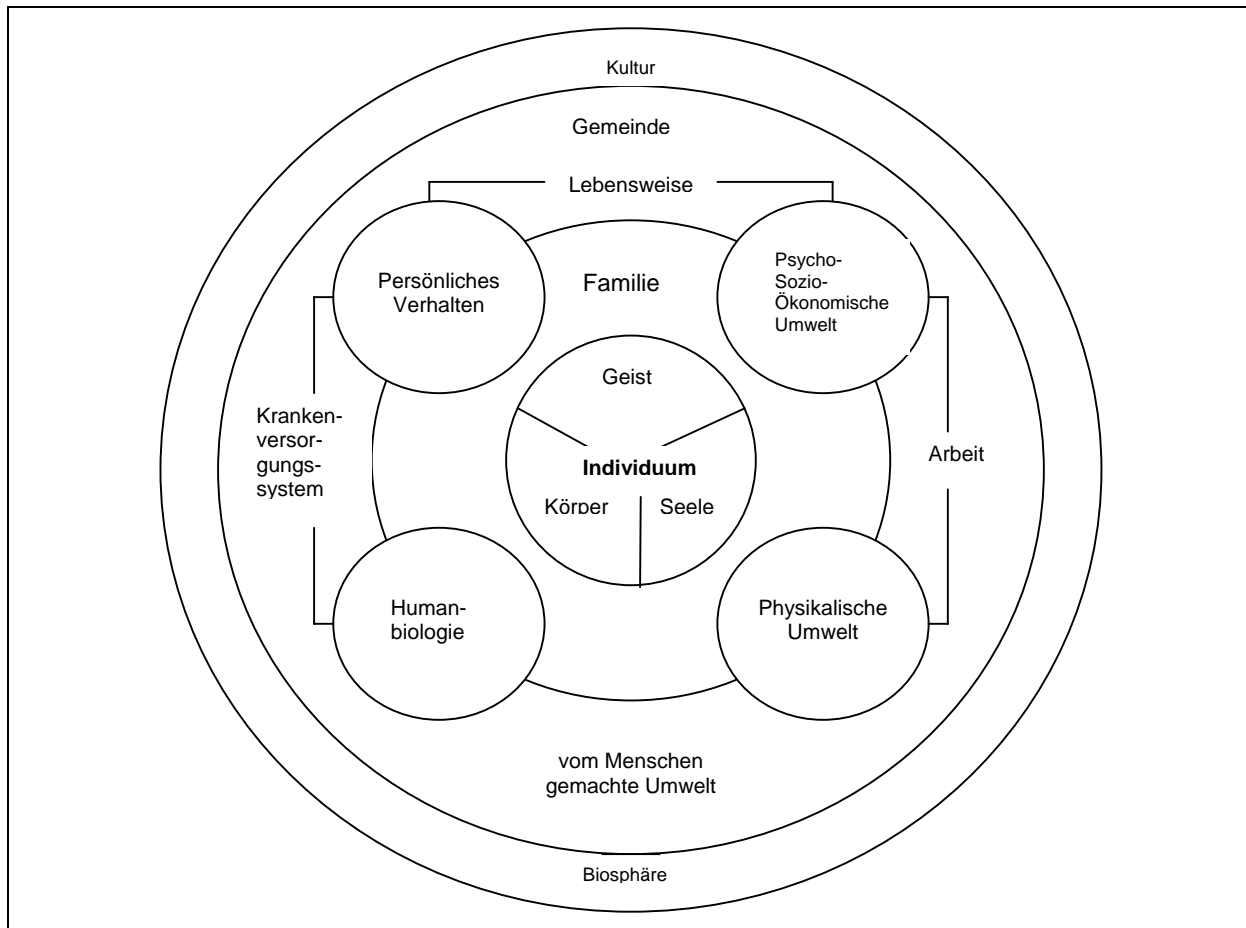


Abb. 4: Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (aus Waller 2002: 32)

Das „Mandala-Modell der Gesundheit“ veranschaulicht die vielfältige Eingebundenheit des menschlichen (Gesundheits-)Handelns und verknüpft vier unterschiedliche Ebenen miteinander (vgl. Hurrelmann und Franzkowiak 2003: 55):

- *Humanbiologie:* Genetische Anlagen und Dispositionen, Zustand des Immunsystems, Physiologie und Anatomie eines Menschen.
- *Lebensstile/Lebensweisen:* Gesundheitsorientierungen, Risikoverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und -versorgung, Krankheits- und Krisenbewältigung, Ernährung, Bewegung.
- *Psychosoziale und kulturelle Umwelt:* Sozioökonomischer Status, Milieueinbindung, Peerkulturen, soziale Unterstützungssysteme.
- *Physikalische Umwelt und Biosphäre:* Wohn-, Arbeits- und Umweltbedingungen.

3.4.2 Sozialepidemiologisch-ökologisches Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren von Trojan und Hildebrandt

Dieses Modell ist ebenfalls den ökologischen und sozialpolitischen Modellen der Gesundheit zuzuordnen, die das gesundheitliche Befinden vorwiegend auf den Einfluss externer Faktoren zurückführen. Es betont vor allem den Stellenwert sozio-kultureller Faktoren (beispielsweise Leistungsdruck, Rollenanforderungen) sowie ökonomischer und ökologischer Aspekte bei der Entstehung körperlicher Beschwerden (vgl. Dlugosch 1994b: 103ff.).

Die Abbildung 5 zeigt Krankwerden und Gesundbleiben als einen Prozess, dessen Stadien von mehreren Faktoren unterschiedlicher Natur beeinflusst werden. Auf der linken Seite der Darstellung werden als Krankheit/Gesundheit beeinflussende Faktoren eher klassische, „handfeste“ Arbeits- und Lebensbedingungen genannt. Zu diesem Bereich zählen sozioökonomische Faktoren wie Wohnung, Ernährung, Armut oder Arbeitsbelastungen, die im Prinzip mit politischen und anderen Maßnahmen zu beseitigen wären. An diesen Ansatz wird vor allem dann gedacht, wenn von Verhältnisprävention (vgl. Kap. 4.6.2) gesprochen wird. Auf der rechten Seite des Diagramms werden sozio-kulturelle Faktoren aufgeführt, deren Erforschung im Zusammenhang mit Krankheitsentstehung sich erst in jüngerer Zeit durchsetzen konnte (vgl. Trojan und Hildebrandt 1989: 99). Mögliche Krankheitsursachen und krankheitsbegünstigende Faktoren sind hier beispielsweise Leistungsdruck, restriktive Rollenfixierung, Ausgrenzung nicht angepassten Verhaltens, auf Trennung von Leib und Seele beruhende Körperkonzepte und Ähnliche, im weitesten Sinne kulturell geformte oder sich neu formende Lebensbedingungen. Im unteren Teil der Abbildung 5 werden unter anderem „psychosoziale Belastungen“ genannt. Darunter versteht die Sozialepidemiologie vor allem:

- belastende Lebensereignisse wie etwa der Verlust wichtiger Bezugspersonen,
- chronische Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt sowie
- kritische Übergänge im Lebenszyklus wie Pubertät oder Elternschaft.

Der Großteil dieser Faktoren gehört zu jedem Leben dazu, lässt sich vielleicht abmildern, aber sicher nicht prinzipiell beseitigen. Ob solche psychosozialen Belastungen allerdings zu Krankheiten führen, ist davon abhängig, wie viel „soziale Unterstützung“ jemand erhält und ob er in sozialen Aktionen Umweltverbesserungen erreichen kann. Der Kernpunkt dieses Modells sind also die sozialen Netzwerke, die über die soziale Unterstützung die Entwicklung

von Gesundheitsressourcen fördern können. Die Netzwerkförderung wird somit als präventive Strategie zur Gesundheitsförderung verstanden (vgl. Trojan und Hildebrandt 1989: 101ff.).

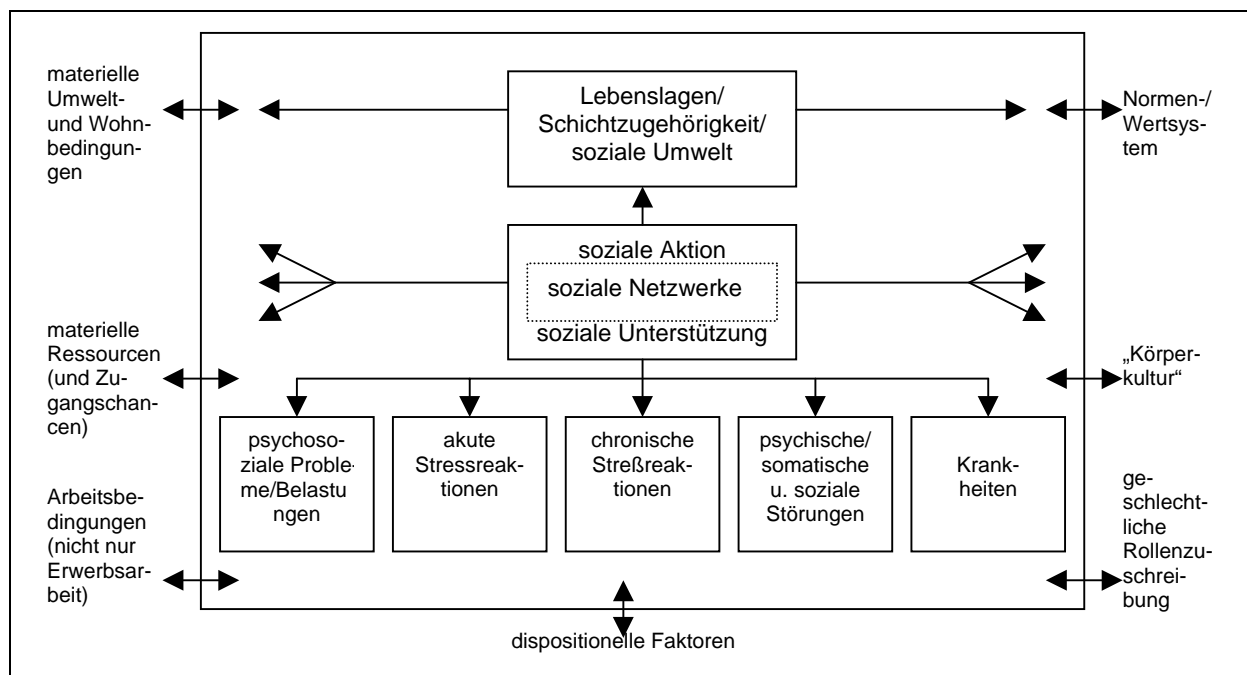


Abb. 5: Sozialepidemiologisch-ökologisches Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren von Trojan und Hildebrandt (1989: 100)

Eine Schwachstelle in diesem Modell sehen Dlugosch und Schmidt (1992: 141) darin, dass als abhängige Variablen lediglich Probleme, Belastungen, Stressreaktionen sowie Störungen aufgelistet werden. Positiv bewerten sie hingegen das Einbeziehen des sozialen Umfeldes, die Abwendung von der Individuumszentriertheit und der oft damit verbundenen direkten oder indirekten Schuldzuweisung für Krankheit, die Befähigung zur Selbsthilfe und die Kontrolle über eigene Lebensumstände durch die Nutzung von Ressourcen und den Aufbau von Kompetenzen.

3.5 Zusammenfassung

Gesundheitstheorien beziehen sich auf die Entwicklungsbedingungen von Gesundheit. Beispielfähig wurden fünf Modelle vorgestellt, die alle zu den Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien zählen. Diese stellen die Stressbewältigung als „gemeinsame psychophysiologische Endstrecke“ in den Mittelpunkt, wobei die vorhandenen Ressourcen zur Stressbewältigung über das Ausmaß an Gesundheit und Wohlbefinden entscheiden.

- Das *Salutogenetische Gesundheitsmodell von Antonovsky* geht davon aus, dass der im Gesundheitsbereich bislang vorherrschende pathogenetische Ansatz ergänzt werden muss durch eine salutogenetische Herangehensweise. Diese begründet sich für Antonovsky in der Frage, warum sich die meisten Individuen trotz der vielfältigen allgegenwärtigen internalen und externalen Belastungsfaktoren in der Regel dennoch einer guten Gesundheit erfreuen. In seinem Salutogenetischen Gesundheitsmodell versucht Antonovsky, dieses Phänomen zu erklären.
- Das *Interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit von Becker* stellt ein integratives Modell dar, das körperliche und seelische Gesundheits- und Krankheitszustände aus der Wechselwirkung zwischen internen und externen Anforderungen und Ressourcen der Person erklärt.
- Das *Sozialisationstheoretische Gesundheitsmodell von Hurrelmann* ist darum bemüht, die komplexe lebensweltliche und lebensgeschichtliche Verflechtung der Entstehung von sozialer und psychischer Auffälligkeit und körperlicher Beeinträchtigung herauszuarbeiten und zugleich diesen Prozess als einen schrittweisen und ständigen Veränderungen unterliegenden Entwicklungsprozess zu analysieren.
- Die *ökologischen und sozialpolitischen Modelle der Gesundheit* wie das *Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock* oder das *Sozialepidemiologisch-ökologische Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren von Trojan und Hildebrandt* führen das gesundheitliche Befinden vorwiegend auf den Einfluss externer Faktoren zurück.

4 Begriffliche Akzentuierung von Elementen der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselfhilfe, Prävention und Gesundheitsförderung werden aufgrund ihres fließenden Übergangs in der Literatur zum Teil synonym verwendet. Als gemeinsamen Nenner bezeichnen Laaser et al. (1993: 176) Aktivitäten von Personen und Institutionen, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind. Das gesundheitsrelevante Verhalten sollte durch direkte und indirekte Einwirkung auf den Ebenen des Wissens, der Motivation, der Einstellung und der Lebensbedingungen positiv verändert werden. Solche Maßnahmen können sich sowohl auf Einzelpersonen als auch auf Gruppen richten. Zunehmend mit gemeint sind aber auch sozialstrukturelle und ökonomische Leistungen im Rahmen der staatlichen Gesundheitspolitik.

Waller (2002: 155) bezeichnet Gesundheitsförderung und Prävention als die beiden grundlegenden Strategien sowohl zur Verbesserung als auch zur Erhaltung der Gesundheit. Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsselfhilfe werden demgegenüber als unterschiedliche Methoden zur Umsetzung dieser Strategien verstanden. Mit Ausnahme der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 5) werden die genannten Begriffe in den Kapiteln 4.1 bis 4.6 ausführlich dargestellt.

4.1 Gesundheitserziehung

Die WHO definierte in den 1970er Jahren die Gesundheitserziehung als die *„Gesamtheit der wissenschaftlich begründeten Bildungs- und Erziehungsmaßnahmen, die über die Beeinflussung des individuellen und kollektiven Verhaltens des Menschen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beiträgt, in ihm die Verantwortung für seine eigene Gesundheit festigt und ihn befähigt, aktiv an der Gestaltung der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt teilzunehmen“* (zit. in: Sabo 2003a: 71).

Handlungsbereich der Gesundheitserziehung ist vor allem die Vorbeugung von Gefährdungen und Krankheiten auf den Ebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention (vgl. Sabo 2003a: 71). Durch Maßnahmen wie Aufklärung und Information über gesundheitlich relevante Themen (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 157), insbesondere über riskante Verhaltensfaktoren wie Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowie einseitige Er-

nährung (BMBWK 1997 (Internet): 2), zielt die Gesundheitserziehung vorrangig auf Verhaltensprävention bei einzelnen Menschen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen ab (vgl. Sabo 2003a: 71), insbesondere auf Kinder und Jugendliche (Blättner 1997: 119). Gesundheitserziehung findet daher vor allem in Einrichtungen der Erziehung von Kindern und Jugendlichen statt, das heißt im Elternhaus, im Kindergarten, in der Schule sowie in außerschulischen pädagogischen Einrichtungen (vgl. Waller 2002: 213). Im allgemeinen genügt es nicht, durch einen einmaligen Impuls die Einstellung von Personen kurzfristig zu beeinflussen. Eine dauerhafte Verhaltensänderung erfordert vielmehr eine langfristige Strategie (vgl. Zankl und Zieger 1987: 26). Nach Ansicht von Grossmann und Scala (2001a: 16) sind Organisationen die wirkungsvollsten Gesundheitserzieher, da der Umgang mit der Gesundheit in Organisationen nicht allein dort wirksam wird, sondern auch außerhalb die Grundeinstellung und Verhaltensweisen, beispielsweise der MitarbeiterInnen oder der SchülerInnen samt deren Angehörigen, nachhaltig beeinflusst.

Der Gesundheitserziehung, als eine Methode zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, kommt in Schulen, speziell mit ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag gegenüber Kindern und Jugendlichen, eine besondere Bedeutung zu (vgl. Hascher et al. 2001: 22). Die Gesundheitserziehung, die als Unterrichtsprinzip in den Lehrplänen verankert ist (vgl. BMBWK 1997 (Internet): 2), ist jedoch nicht zur Vermittlung sämtlicher für die Gesundheitsförderung relevanten Bereiche geeignet. Es ist zu beachten, dass sich Gesundheitserziehung auf das Klassenzimmer beschränkt, während die Gesundheitsförderung alle Aspekte des Lebensraums Schule einschließt (vgl. Hascher et al. 2001: 22).

Gesundheitserziehung wird als Auftrag zur Förderung einer gesunden Lebensweise und Lebenswelt im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Gesundheit verstanden. Demnach verfolgt die schulische Gesundheitserziehung folgende Ziele (vgl. BZgA 2000: 8):

- SchülerInnen sollen befähigt werden, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen und so Verantwortung für sich und ihre Umwelt mit zu übernehmen.
- Sie soll dazu beitragen, dass sich SchülerInnen über eigene Verhaltensweisen und Werte sowie der Verhaltensweisen und Werte Anderer bewusst werden.
- Sie vermittelt den SchülerInnen Kenntnisse und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen.
- Sie hilft den SchülerInnen, Selbstwertgefühl zu entwickeln.

Aus diesen Zielen werden folgende Grundsätze abgeleitet (vgl. BZgA 2000: 8f.): Schulische Gesundheitserziehung

- ist verhaltensbezogen und setzt an der Lebens- und Erfahrungswelt der SchülerInnen an,
- ist handlungsorientiert, in dem sie entdeckende und erforschende Wahrnehmung und Eigentätigkeit ermöglicht sowie Handlungs- und Entscheidungsbereitschaft anbahnt,
- muss sowohl mit den Eltern als auch mit den Erziehungsberechtigten kooperieren,
- beruht auf einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, der den Menschen in seinen physischen, psychischen, sozialen, ökonomischen sowie ökologischen Gegebenheiten berücksichtigt.

4.2 Gesundheitsbildung

Die Gesundheitsbildung richtet sich primär an Erwachsene und findet in Einrichtungen der Erwachsenenbildung wie Volkshochschulen und Familienbildungsstätten statt (vgl. Sabo 2003b: 69). Sie muss einerseits interdisziplinär, andererseits anwendungs- und lebensorientiert, jedoch stets auf den mündigen, sich selbst bestimmenden, aktiven und selbstverantwortlichen Menschen ausgerichtet sein, dem sie durch Bereitstellung von Informationen, Materialien und Wahlmöglichkeiten die Möglichkeiten bieten kann, für sich selbst die angemessenen Entscheidungen zu treffen (vgl. Waller 2002: 215). Ein weiteres Merkmal ist gemäß den Prinzipien der Ottawa-Charta ein ganzheitliches Bildungskonzept und ein ganzheitlicher Bildungsanspruch, ein ganzheitliches Menschenbild und ein umfassendes Gesundheitsverständnis (vgl. Sabo 2003b: 69), da Leben und Gesundheit nicht isoliert, sondern immer als integrale Prozesse zu betrachten sind. Außerdem soll Gesundheitsbildung aktiv-partizipative Bildung sein, das heißt Gesundheit muss durch aktives Handeln eingeübt, erlebt, erworben und erarbeitet werden. Dafür braucht man einen entsprechenden Rahmen, der auch außerhalb von traditionellen Bildungsinstitutionen liegen kann (vgl. Waller 2002: 215).

4.3 Gesundheitsaufklärung

Gesundheitsaufklärung meint die Vermittlung von Informationen durch ÄrztInnen, Krankenkassen, Bildungseinrichtungen und Ähnlichen, um die gesamte Bevölkerung oder größere Bevölkerungsgruppen über lebenswichtige Aspekte von Gesundheit und Krankheit aufzuklären. Sie arbeitet meistens mit Mitteln der Massenkommunikation wie Rundfunk-, Fernseh-,

Zeitungsberichte und Internet, die die Informationen möglichst rasch an größere Bevölkerungsgruppen herantragen und andererseits mit Mitteln der personalen Kommunikation wie Vorträge, Telefonberatung und Diskussionsrunden, die einen Beitrag zur Meinungsbildung, Einstellungsänderung und eventuell zur Verhaltensänderung leisten. Insofern unterstützen sich diese beiden Maßnahmen gegenseitig. Verbreitet sind vor allem Informationen über vorsorgeorientierte Themen wie Ernährung, Bewegung, Impfungen oder Zahn- und Mundgesundheit und andererseits krankheitsbezogene Themen wie Rauchen, Übergewicht, Suchtgefahren oder die Früherkennung von Krankheiten (vgl. Sabo und Lehmann 2003: 55ff.). Für Becker (1997b: 524) ist die Gesundheitsaufklärung dann erfolgreich, wenn die bereitgestellten Informationen sachlich richtig, ausgewogen, differenziert und dem Verständnisniveau der Zielgruppe angepasst sind.

Neben der Förderung des Wissens der Bevölkerung über gesundheits- und krankheitsrelevantes Verhalten soll durch Informationen die/der Einzelne für gesundheitliche Entwicklungen und Problemlagen sensibilisiert sowie deren gesundheitsrelevante Einstellungen, das Gesundheitsbewusstsein und das konkrete Gesundheitsverhalten entsprechend beeinflusst werden. Die AdressatInnen sollen somit mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihrer nächsten Umgebung übernehmen sowie die Angebote der Gesundheitsversorgung nutzen. Zwei Grundideen liegen den Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele zugrunde (vgl. Sabo und Lehmann 2003: 56):

- Jeder Mensch hat ein Recht auf vollständige Information auch im Gesundheits- und Krankheitsbereich und
- nur umfassend aufgeklärte Menschen können autonome und angemessene Entscheidungen über ihre gesundheitsbezogenen Absichten und Handlungen treffen.

Die Wirkung der Gesundheitsaufklärung sollte jedoch nicht überschätzt werden. Denn es ist nicht nur die Fülle an Informationen, die ständig auf den Einzelnen einströmt und nur selektiv wahrgenommen und auch angewendet wird, sondern auch die undifferenzierte Zielgruppenbestimmung sowie die überzogene Zielvorstellung, durch gesundheitliche Aufklärung auch zu Verhaltensänderungen motivieren und das Krankheitsspektrum verändern zu können, sollten, um nur einige zu beachtende Aspekte zu nennen, berücksichtigt werden (vgl. Sabo und Lehmann 2003: 57).

4.4 Gesundheitsberatung

Die Gesundheitsberatung geht davon aus, dass generelle Aufklärung alleine nicht genügt, sondern dass es notwendig ist, im Beratungsgespräch (vgl. Dlugosch 1994a: 223) - das der Ratsuchende von sich aus sucht (vgl. Labisch und Woelk 2003: 66) - Informationen zu vermitteln oder Änderungsbereitschaft zu schaffen. Sie findet meist im Einzelgespräch statt, allerdings können auch mehrere Personen oder Personengruppen (vgl. Dlugosch 1994a: 223ff.), die sich mit gesundheitlichen Fragen beschäftigen sowie von gesundheitlichen Problemen betroffen oder mitbetroffen sind, durch entsprechende Fachleute wie ÄrztInnen, PsychologInnen, ApothekerInnen, Pflegekräfte und SozialarbeiterInnen beraten werden. Während früher medizinische und biologisch orientierte Themen dominierten, erweiterten sie sich zusammen mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung um psychologische, soziale, pflegerische und andere Themen, zum Teil in interdisziplinärer Zusammenarbeit wie mit PädagogInnen, SoziologInnen und ähnlichen Berufsgruppen. Gesundheitsberatung erfolgt auch für Institutionen oder Settings der Gesundheitsförderung (vgl. Sabo 2003c: 61f.).

Gesundheitsberatung erfolgt auf freiwilliger Basis, ist zeitlich begrenzt, berücksichtigt individuelle Fragen und orientiert sich an der individuellen Lebenslage. Sie umfasst vor allem folgende Ziele (vgl. Sabo 2003c: 60):

- Die gesundheitsgerechten Verhaltensweisen eines gesunden Menschen zu stärken;
- Jenes Verhalten zu ändern, das risikobehaftet ist oder Risikofaktoren hervorgerufen hat;
- Verhaltensweisen zu fördern, die den Umgang mit einer Erkrankung oder chronischen Krankheit ermöglichen;
- Probleme gemeinsam anzugehen.

Gesundheitsberatung kann grundsätzlich bei allen staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen und Organisationen durchgeführt werden, die etwas mit Gesundheitsförderung zu tun haben (Dlugosch 1994a: 225). Insbesondere sind hier zu nennen (vgl. Sabo 2003c: 61f.):

- Die *Ärztliche Gesundheitsberatung*, die einzeln oder in Gruppen zu bestimmten Krankheiten in der Arztpraxis angeboten wird.

- Die *Gesundheitsberatung*, beispielsweise durch die verschiedenen Fachleute aus dem Gesundheitswesen, *in Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Rehabilitation, in Betrieben und Settings*.
- Die *gesundheitsbezogene Institutions- und Politikberatung*, deren Ziel es ist, „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ zu machen, ist eine wesentliche Strategie im Setting-Ansatz, beispielsweise für die Organisationsentwicklung.
- Durch die *VerbraucherInneninformation und PatientInnenberatung* sollen PatientInnen in gesundheitlichen Fragen besser und neutral informiert werden können.
- Schließlich ist noch die *Beratung im Internet* anzuführen. Hier wird in den Gesundheits-„Portalen“ ein umfangreiches Spektrum an Gesundheitsberatung angeboten, deren Seriosität und Qualität allerdings oft ungeprüft ist.

4.5 Gesundheitsselfhilfe

In der Ottawa-Charta bezieht sich ein Handlungsbereich der Gesundheitsförderung auf die Förderung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen. Die Förderung von Gesundheitsselfhilfe ist somit ein Kernelement der Strategie der Gesundheitsförderung und der Prävention.

Gesundheitsselfhilfe dient der Bedarfsdeckung, Bedürfnisbefriedigung oder Beseitigung von Defiziten jenseits der staatlichen oder marktwirtschaftlich vermittelten Fremdhilfe. Sie umfasst Leistungen, die entweder als individuelle Eigenleistungen oder in sozial organisierter Weise, also kollektiv, im Alltag zur Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung erbracht werden. Vor allem die kollektiv organisierten Formen der Selbsthilfe haben sich für die Gesundheitsförderung als bedeutungsvoll erwiesen (vgl. Trojan 2003b: 202). Gesundheitsselfhilfe, die häufig auch als gesundheitsbezogenes Laienhandeln bezeichnet wird, beruht nicht auf einer speziellen Ausbildung, sondern auf praktischen Erfahrungen der Bevölkerung und wird unentgeltlich und informell, das heißt in der Regel ohne feste Organisationsformen, also in Familien, im Freundes- und Bekanntenkreis, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in Selbsthilfegruppen erbracht (vgl. Jork 1991: 43).

Der Oberbegriff Selbsthilfezusammenschlüsse umfasst Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Mit dem Begriff Selbsthilfegruppen wird heute ein weites Feld von selbstorganisierten Zusammenschlüssen bezeichnet. Sie sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse

von Menschen, deren unentgeltliche Tätigkeiten sich auf gemeinsame Bewältigung von Krankheiten sowie auf psychische oder soziale Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen HelferInnen geleitet, ziehen jedoch gelegentlich ExpertInnen zu bestimmten Themenstellungen hinzu (vgl. Trojan 2003c: 203f.). In den regelmäßigen Treffen stehen unter anderem Aktivitäten wie der Austausch von Informationen, die gegenseitige emotionale Unterstützung oder Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund (vgl. Waller 2002: 224). Aus einer kleinen Gesprächsgruppe kann sich im Laufe der Zeit eine bundesweite Selbsthilfeorganisation entwickeln (vgl. Eberl 1996: 345). Während also bei Selbsthilfegruppen Betroffenheit, Freiwilligkeit, Spontaneität, Interaktionen auf der Grundlage der Gleichberechtigung und Reziprozität im Vordergrund stehen, sind Selbsthilfeorganisationen durch regional weitgefaste Zusammenschlüsse, größere Mitgliederzahlen, formalisierte Mitgliedschaftsrollen, Arbeits- und Verwaltungsabläufe sowie durch enge Bindungen an das Gesundheitsversorgungssystem gekennzeichnet (vgl. Grunow 2003: 693).

Damit die Bereitschaft der Bevölkerung, sich in Selbsthilfe zu engagieren, besser zur Entfaltung kommt, müssen die Aktivitäten der Selbsthilfe und insbesondere der Selbsthilfegruppen unterstützt werden. Diese Selbsthilfeförderung, die durch sogenannte Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeinformationsstellen erfolgt, kann beispielsweise durch Geld und Sachmittel, durch Information oder Beratung erfolgen (vgl. Trojan 2003c: 204). Das Netz der Unterstützungseinrichtungen ist zurzeit in Österreich noch nicht flächendeckend. In Regionen, wo Selbsthilfeunterstützung durch professionelle Einrichtungen bereits geleistet wird, ist allerdings ein deutlicher Anstieg der Anzahl und Aktivitäten von Gruppen ersichtlich (vgl. Eberl 1996: 346).

Selbsthilfe ist nicht voraussetzungslos, denn sie verlangt gewisse Kompetenzen wie Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeit. Aus diesem Grund findet sich Gesundheitsselfhilfe seltener bei den sozial Benachteiligten unserer Gesellschaft. Für diese Gruppe sind deshalb Befähigung und Aktivierung zur Selbsthilfe erforderliche Unterstützungsleistungen (vgl. Trojan 2003b: 203).

4.6 Prävention

Unter dem Begriff Prävention versteht man die Verhütung von Krankheiten durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit. Prävention zeichnet sich durch gestufte Ziele aus: einerseits soll durch gezielte Aktivitäten von außen und andererseits aber auch durch Selbsttätigkeit der AdressatInnen eine gesundheitliche Schädigung verhindert, weniger wahrscheinlich gemacht oder zumindest verzögert werden (vgl. Franzkowiak 2003: 179). Nach Laaser und Hurrelmann (2003: 395) richten sich die Interventionshandlungen der Prävention auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten.

Je nach Art und Zeitpunkt des Eingriffs ist eine Dreiteilung der Strategien der Krankheitsprävention üblich. Demnach erfolgt eine Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (vgl. Lohaus 1993: 9):

- *Primäre Prävention* heißt nach Walter und Schwartz (2003: 189): „*Die Vermeidung exogener Schädigungen (Exposition) oder die Verhinderung oder Verringerung eines personenbezogenen Risikos (Disposition, Risikofaktoren).*“ Krankheitsverhütung soll also wirksam werden, wenn noch keine Krankheit aufgetreten ist. Die primäre Prävention umfasst somit die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheit durch Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren der Exposition (beispielsweise durch Ausrottung von Virenstämmen) oder durch die Verhinderung oder Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, durch die Erhöhung der organismischen Widerstandskraft von Menschen (beispielsweise durch Schutzimpfung oder Gesundheitserziehung) und durch Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind (beispielsweise durch Gesundheitsschutzmaßnahmen und den Abbau belastungserzeugender Arbeitsbedingungen) (vgl. Franzkowiak 2003: 179). Becker (1997b: 517) weist zudem besonders darauf hin, dass unter primärer Prävention nicht nur die Senkung der Inzidenzraten psychischer Störungen verstanden werden soll, sondern, dass es zweckmäßig ist, den Begriff auch auf physische Krankheiten auszudehnen. Generelles Ziel ist nach ihm die Verringerung der Zahl von Neuerkrankungen. Die primäre Prävention kann unspezifisch orientiert sein und die gesamte Bevölkerung ansprechen, beispielsweise bei Aufklärung über Fehlernährung. Sie kann sich aber auch gezielt an Menschen

richten, die „Risikomerkmale“ tragen, beispielsweise erhöhten Blutdruck (vgl. Hurrelmann 2000: 98). Primärprävention ist nach Zapotoczky und Mechtler (1995: 8) als Aufgabe der Familien, Kindergärten, Schulen, anderer Bildungseinrichtungen, aber auch der Betriebe, der Gemeinden und anderer Grundformen der Gesellschaft zu verstehen.

- *Sekundäre Prävention:* Diese versucht nach Walter und Schwartz (2003: 189) „*das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Früherkennung und –behandlung zu verhindern*“. Das bedeutet, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten, sollte eine Krankheit erkannt werden. Dazu werden krankheitsspezifische Früherkennungsuntersuchungen bei einzelnen Menschen sowie Filteruntersuchungen (engl.: „Screenings“) in ausgewählten Bevölkerungsgruppen durchgeführt (vgl. Franzkowiak 2003: 179), um somit durch frühzeitige Behandlung eine Senkung der Prävalenzraten von Krankheiten zu erzielen (vgl. Becker 1997b: 517). Nach Laaser et al. (1993: 176) werden diese Untersuchungen auch Gesundheitsvorsorge genannt. Ziel dieser Strategie ist, die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Ausbreitung sowie die Dauer einer Krankheit zu reduzieren. Es werden daher in erster Linie Menschen angesprochen, die bereits eindeutige Anzeichen einer Krankheit zeigen, beispielsweise Herzrhythmusstörungen (vgl. Hurrelmann 2000: 98). Die Sekundärprävention fällt vor allem in den Aufgabenbereich der ÄrztInnen und wird in Österreich fast ausschließlich als Leistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen angesehen. Eine wichtige Rolle nimmt allerdings auch in diesem Bereich die aktive Mitarbeit der Betroffenen ein (vgl. Zapotoczky und Mechtler 1995: 8).
- *Tertiäre Prävention:* Diese „*möchte Folgeschäden (Defekte, Behinderungen) einer eingetretenen Erkrankung vermeiden oder abmildern*“ (Walter und Schwartz 2003:189) sowie „Rückfälle“ verhüten (vgl. Franzkowiak 2003: 179). Dieses Ziel der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis (vgl. Hurrelmann 2000: 98) soll durch möglichst früh eingeleitete Heil- und Folgebehandlungen erreicht werden. Die Verhütung von Krankheitsverschlechterung richtet sich daher an Menschen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird (vgl. Franzkowiak 2003: 179).

4.6.1 Prävention, Rehabilitation, Kuration

In diesem Kapitel soll versucht werden, Abgrenzungen zwischen den Begriffen Prävention, Rehabilitation und Kuration zu finden.

Die begrifflichen Bestimmungen der tertiären Prävention und der Rehabilitation sind nicht eindeutig abgrenzbar. Während die Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychosozial und schulisch-beruflich zu einem Leben mit Krankheit oder Behinderung zu befähigen (vgl. Franzkowiak 2003: 179), um eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Einnahme einer angemessenen Stellung in der Gesellschaft ohne Betreuung erlangen zu können (vgl. BMSG 2001: 68). Während also Rehabilitation sowohl bei der Vermeidung einer weiteren Verfestigung von Beeinträchtigungen und Störungen, die den Gesamtzustand immer weiter verschlechtern würden (vgl. Hurrelmann 1994b: 190), sowie bei der Behandlung bestimmter Funktionsstörungen ansetzt, zählen zur Kuration sämtliche Maßnahmen, die nach Krankheitseintritt eine Verschlechterung hin zu bleibendem Defekt oder Tod verhindern sowie alle Behandlungsmaßnahmen, die eine Verbesserung des bestehenden Zustandes anstreben, unabhängig davon, in welchem Krankheitsstadium die Intervention erfolgt (vgl. Schwartz und Walter 2000: 152). Ziel der kurativen Intervention ist die Wiederherstellung einer guten Ausgangssituation für die Bewältigung von Risiken und Belastungen im Lebensalltag (vgl. Hurrelmann 1994b: 190).

4.6.2 Medizinische Prävention, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention

Außer den unterschiedlichen Strategien je nach Stadium der Intervention werden drei Ansätze auch nach der Methodik oder der Zielebene unterschieden. Zum einen ist die „medizinische Prävention“ zu nennen, welche durch den Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und durch (Früh-)Behandlung, beispielsweise Schutzimpfungen, definiert ist (vgl. Franzkowiak 2003: 179). Andererseits werden Präventionsmaßnahmen darin unterschieden, dass sie sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) aber auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention) abzielen (vgl. Schwartz und Walter 2000: 153).

Die Unterscheidung der beiden Konzepte der Verhaltens- und Verhältnisprävention entstand als Kritik an der Dominanz der individuellen, personalen oder Verhaltensprävention der Gesundheitserziehung der 1970er Jahre. Anstatt oder ergänzend zu den von der Gesundheitserziehung überwiegend verfolgten Verhaltensänderungen wurden Anfang der 1980er Jahre auf individueller Ebene Maßnahmen der strukturellen Prävention im gesellschaftlich-politischen Bereich gefordert. In den 1980er Jahren löste somit der Begriff Verhältnisprävention den als Kampfbegriff gemeinten Begriff der strukturellen Prävention ab (vgl. Lehmann 2003: 238). Nach Hurrelmann (1994b: 191) werden die sozialen, psychischen und biophysischen Interventionsmaßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Kuration sowohl auf der Zielebene Verhaltensprävention als auch auf der Ebene der Verhältnisprävention umgesetzt.

- *Verhaltensprävention* steht für Strategien, die die Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen umfassen. Die Verhaltensprävention kann einerseits abzielen auf die Stärkung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen wie gesunde Ernährung oder körperliche Bewegung und andererseits auf die Vermeidung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholmissbrauch oder falsche Ernährung. Als Instrumente haben sich neben der Aufklärung und Information der Verhaltensprävention vor allem verhaltenstheoretische Programme bewährt wie beispielsweise für die Raucherentwöhnung, die Ernährungsumstellung, das Stressmanagement sowie Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung in Schulen (vgl. Lehmann 2003: 238f.).
- *Verhältnisprävention* ist ein Sammelbegriff für Strategien, die auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen, auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen und auf die Herstellung gesunder Verhältnisse abzielen. Klassische Felder der Verhältnisprävention sind beispielsweise die Veränderung der Arbeitsbedingungen in den Betrieben, die kommunalen Aktivitäten zur Verbesserung der öffentlichen hygienischen, Wohn-, Verkehrs- und allgemeinen Sicherheitsbedingungen sowie die überregionalen, nationalen und internationalen Aktivitäten im Bereich der Sozial-, Gesundheits-, Bildungs-, Steuer-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts-, Städtebau-, Verkehrs-, Umwelt- und Verbraucherpolitik und des Gesundheits-, Umwelt-, Arbeits- und Verbraucherschutzes. Diese Beispiele zeigen, dass Verhältnisprävention nicht auf Aktivitäten im Gesundheitssektor beschränkt werden kann, sondern Gestaltungsaktivitäten auf allen Ebenen und in allen Sektoren umfassen. Aus diesem Grund reicht auch

die Palette der Instrumente der Verhältnisprävention von der Gesetzgebung und Normsetzung bis zur Finanzierung und Durchführung von gesundheitsfördernden Einzelprojekten (vgl. Lehmann 2003: 239).

Anstrengungen zur Verhaltensprävention erbringen für Rosenbrock (1993: 327) dabei umso bessere Ergebnisse, je mehr es gelingt, die angestrebte Verhaltensänderung in die Lebenslage und die Lebensweise der Zielgruppen einzupassen, also auch Verhältnisse im Hinblick auf das intendierte Verhalten zu gestalten. Auch Lehmann (2003: 239) plädiert dafür, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht als gegensätzliche Konzepte, sondern wie folgende Beispiele deutlich zeigen, als gegenseitige Bedingung gesehen werden. Freizeit- und Gesundheitsangebote oder Verbote sind Gegebenheiten oder Verhältnisse, die gesundheitsgerechtes Verhalten sowohl fördern, aber auch beeinträchtigen oder verhindern können. Wenn Angebote allerdings nicht angenommen werden, bleiben sie wirkungslos. Umgekehrt werden gesundheitsrelevante Verhältnisse durch Handeln und Verhalten gestaltet und auch im unmittelbaren Arbeits- und privaten Alltag durch Verhalten von Einzelnen und Gruppen verändert oder hergestellt. Die Kombination der Verhaltens- und Verhältnisprävention, wie sie in manchen Konzepten der Gesundheitsförderung realisiert werden, sind deshalb auch nach der WHO erforderlich. *„Gesundheitsförderung ist Ausdruck einer gemeinsamen konzeptuellen Grundlage für Programmansätze, die die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen anstreben. Sie setzt bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen an und ist bemüht, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken“* (WHO-Europa 1984 zit. in: Lehmann 2003: 239).

4.7 Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und Prävention sind die beiden grundlegenden Strategien sowohl zur Verbesserung als auch zur Erhaltung der Gesundheit. Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsselbsthilfe werden demgegenüber als unterschiedliche Methoden zur Umsetzung dieser Strategien verstanden. Mit Ausnahme der Gesundheitsförderung, die in Kapitel 5 behandelt wird, sollen alle hier genannten Begriffe zusammengefasst skizziert werden:

- *Gesundheitserziehung*: Durch Maßnahmen wie Aufklärung und Information über gesundheitlich relevante Themen, insbesondere über riskante Verhaltensfaktoren, zielt die Gesundheitserziehung vorrangig auf Verhaltensprävention bei einzelnen Menschen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen ab.
- *Gesundheitsbildung*: Diese muss einerseits interdisziplinär, andererseits anwendungs- und lebensorientiert, jedoch stets auf den mündigen, sich selbst bestimmenden, aktiven und selbstverantwortlichen Menschen ausgerichtet sein, dem sie durch Bereitstellung von Informationen, Materialien und Wahlmöglichkeiten die Möglichkeiten bieten kann, für sich selbst die angemessenste Entscheidung zu treffen.
- *Gesundheitsaufklärung*: Diese meint die Vermittlung von Informationen, beispielsweise durch ÄrztInnen, Krankenkassen oder Bildungseinrichtungen, um die gesamte Bevölkerung oder größere Bevölkerungsgruppen über lebenswichtige Aspekte von Gesundheit und Krankheit aufzuklären. Darüber hinaus soll durch Informationen die/der Einzelne für gesundheitliche Entwicklungen und Problemlagen sensibilisiert sowie deren gesundheitsrelevante Einstellungen, das Gesundheitsbewusstsein und das konkrete Gesundheitsverhalten entsprechend beeinflusst werden.
- *Gesundheitsberatung*: Diese geht davon aus, dass generelle Aufklärung alleine nicht genügt, sondern dass es notwendig ist, im Beratungsgespräch - das die/der Ratsuchende von sich aus sucht - Informationen zu vermitteln oder Änderungsbereitschaft zu schaffen. Sie findet meist im Einzelgespräch statt, allerdings können auch mehrere Personen, die sich mit gesundheitlichen Fragen beschäftigen, beraten werden.
- *Gesundheitsselbsthilfe*: Diese dient der Bedarfsdeckung, Bedürfnisbefriedigung oder Beseitigung von Defiziten jenseits der staatlichen oder marktwirtschaftlich vermittelten Fremdhilfe. Sie beruht nicht auf einer speziellen Ausbildung, sondern auf praktischen Erfahrungen der Bevölkerung und wird unentgeltlich und informell, das heißt in der Regel ohne feste Organisationsformen, also in Familien, im Freundes- und Bekanntenkreis, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder in Selbsthilfegruppen erbracht.
- *Prävention*: Je nach Art und Zeitpunkt des Eingriffs unterscheidet man primäre Prävention (Krankheitsvermeidung), sekundäre Prävention (Krankheitsfrüherkennung) und tertiäre

Prävention (Verhütung des Rückfalls). Damit beziehen sich primärpräventive Maßnahmen auf die Krankheitsursachen, sekundärpräventive Maßnahmen auf die Krankheitsentstehung und tertiärpräventive Maßnahmen auf den Krankheitsverlauf. Weiters werden drei Ansätze auch nach der Methodik oder der Zielebene unterschieden. Demnach unterscheidet man medizinische Prävention (durch Einsatz medizinischer Mittel der Diagnostik und durch Frühbehandlung), Verhaltensprävention (hier steht das Verhalten im Mittelpunkt der Maßnahmen) und Verhältnisprävention (hier geht es um die Veränderung krankmachender Verhältnisse).

5 Gesundheitsförderung

Das vorliegende Kapitel hat zum Ziel, einen Überblick zu geben über die wesentlichen theoretischen Konzepte, die im Bereich der Gesundheitsförderung und somit auch im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung gegenwärtig diskutiert werden.

5.1 Definition, Handlungsfelder und –strategien

Zur Beantwortung der Frage, warum die Diskussion um positive Gesundheit und Gesundheitsförderung gerade zu Beginn der 1980er Jahre entstanden ist, nennt Waller (2002: 156) zwei Gründe. Zum einen besteht ein Zusammenhang mit dem wachsenden Interesse an einer positiven Gesundheit und den steigenden Erwartungen und Forderungen der Öffentlichkeit nach einer besseren Gesundheit und erhöhten Lebensqualität, verbunden mit der verbreiteten Meinung, dass die Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheit nicht vom Gesundheitswesen oder anderen Institutionen, sondern vor allem von den BürgerInnen selber realisiert werden kann. Ein weiterer Grund für die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzeptes besteht darin, dass sich die traditionelle Gesundheitserziehung nur als begrenzt wirksam erwiesen hat.

So wie beim Begriff „Gesundheit“ war auch beim Begriff „Gesundheitsförderung“ eine Definition der WHO der Ausgangspunkt für eine bis heute anhaltende Diskussion in Wissenschaft und Praxis. Die WHO hat mit ihrer Ottawa-Charta ein umfassendes Programm der gesundheitsbezogenen Intervention eingeleitet, das auf eine Neubestimmung der gesundheitspolitischen Konzepte sowohl für Industrieländer als auch für Entwicklungsländer gleichermaßen hinausläuft. Zentrale Frage ist, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotenzial von Menschen durch strukturelle und politische Initiativen und durch persönliche Unterstützung gefördert werden kann (vgl. Hurrelmann 2000: 97).

Gesundheitsförderung im Verständnis der WHO hat vielfältige historische Wurzeln in der internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung. Grundlage für die Entwicklung der Gesundheitsförderung bildeten die Konferenz und Deklaration von Alma Ata (1978), die Verabschiedung der gesundheitspolitischen Globalstrategie „Gesundheit für alle“ (1979), die Entwicklung eines Europäischen Regionalprogramms „Gesundheit für alle 2000“ (1984) und die „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung“ (1984) (vgl. Kaba-Schönstein 2003b: 78).

Anfang 1984 hatte die WHO-Europa in Kopenhagen ein neues Programm (im Sinne von Arbeitsschwerpunkt) mit der Bezeichnung Gesundheitsförderung eingerichtet. Dieses Programm wurde maßgeblich von Ilona Kickbusch als Regional Officer for Health Education initiiert sowie mit entwickelt. In diesem Zusammenhang traf sich im selben Jahr eine internationale Arbeitsgruppe und diskutierte und veröffentlichte ein erstes Grundsatzpapier „Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung“. Die Kritik an Medizin, Prävention und Gesundheitserziehung, die gesundheitspolitischen Programm-Vorgaben der WHO seit Alma Ata und Anregungen aus der Verbraucher-, Frauen- und Selbsthilfebewegung sowie der Gemeinwesenarbeit waren in die Entwicklung von Konzept und Prinzipien des neuen Ansatzes Gesundheitsförderung eingeflossen. Diese „Diskussionsgrundlage“ ist das erste eigenständige, wenn auch inoffizielle, Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung. Es bezeichnet als Ziel von Gesundheitsförderung die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen (vgl. Kabaschönstein 2003b: 81) und nennt als (immer noch aktuelle) wichtige Prinzipien von Gesundheitsförderung:

1. *„Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen.*
2. *Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.*
3. *Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze.*
4. *Gesundheitsförderung bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit.*
5. *Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung“ (zit. in: Waller 2002: 157).*

Auf der Basis dieser Diskussionsgrundlage wurde das Konzept der Gesundheitsförderung weiter entwickelt und schließlich auf der *ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung* im November 1986 in Ottawa (Kanada) vorgestellt und verabschiedet. Dieses Programm wird deshalb auch als „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ bezeichnet (vgl. Waller 2002: 157). Die Charta fasst die in der mehrjährigen Programmentwicklungsphase erarbeiteten wichtigsten Ziele und Prinzipien des Handlungskonzepts Gesundheitsförderung zusammen und ergänzt diese um spezifische Handlungsprinzipien und Handlungsbereiche der

Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta wurde von ihren VerfasserInnen als ein Aktionsprogramm verstanden, durch das das Ziel Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus erreicht werden sollte (vgl. Kaba-Schönstein 2003b: 82).

Die Ottawa-Charta ist das Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung und der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung (vgl. Kaba-Schönstein 2003b: 78). In den nachfolgenden internationalen Konferenzen wurden die Relevanz und die Bedeutung von weiteren Schlüsselstrategien zur Gesundheitsförderung definiert:

- *Zweite Internationale Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Adelaide, Australien (1988)*: Schwerpunkt war die Aktivierung und Konkretisierung einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ und die Herausgabe entsprechender Politikempfehlungen.
- *Dritte Internationale Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Sundsvall, Schweden (1991)*: Diese legte den Schwerpunkt auf die Wichtigkeit der „unterstützenden Umwelten für Gesundheit“. Demnach sollten alle Gemeinden, Städte, Länder und Regierungen aufgerufen werden, solche unterstützenden Umwelten zu schaffen.
- *Vierte Internationale Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Jakarta, Indonesien (1997)*: Es wurde die „Jakarta Erklärung“ mit dem Titel „Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ entwickelt. Damit wurden nochmals die gesundheitspolitischen Kernaussagen der vorangegangenen Konferenzen, insbesondere der Ottawa-Charta, bestätigt (vgl. Baric und Conrad 1999: 10f.).
- *Fünfte Internationale Gesundheitsförderungskonferenz der WHO in Mexiko-City (2000)*: Diese wurde zum Thema „Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten“ durchgeführt (vgl. Kaba-Schönstein 2003c: 85).

Die in Ottawa verabschiedete Charta der WHO nimmt folgende Definition für Gesundheitsförderung vor (zit. in: Barkholz et al. 1998: 327):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“

Nach dem Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenzialen der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Für das Konzept Gesundheitsförderung ist deshalb auch die salutogenetische Fragestellung, wie und wo Gesundheit hergestellt wird, kennzeichnend. Bei dieser Perspektive steht daher die Identifikation von Ressourcen und Potenzialen (vgl. Kaba-Schönstein 2003a: 73), die bei kranken und gesunden Menschen gleichermaßen vorhanden sind, sowie deren gezielte Stärkung im Vordergrund (vgl. Blättner 1997: 123). Dies umfasst auch Menschen und Lebensphasen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Durch lebenslanges Lernen sollen Menschen befähigt werden, verschiedene Lebensphasen und eventuell chronische Erkrankungen und Behinderungen zu bewältigen. Gesundheitsförderung richtet sich daher an alle Menschen in allen Lebensphasen (vgl. Kaba-Schönstein 2003a: 75).

Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Sie will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen, sondern darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren abzielen (vgl. Kaba-Schönstein 2003a: 73).

Gesundheitsrelevante Faktoren gemäß der Ottawa-Charta sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (vgl. Dietscher und Dür 2002: 40). Zur Beeinflussung und Kontrolle dieser Faktoren werden in der

Ottawa-Charta folgende drei grundlegende Handlungsstrategien beschrieben: 1. „Anwaltschaft für Gesundheit“, 2. „Befähigen und ermöglichen“ sowie 3. „Vermitteln und vernetzen“. Diese Strategien sollen im Folgenden dargestellt werden:

1. *Anwaltschaft für Gesundheit* („*advocacy*“ – auch übersetzt als: Interessen vertreten) meint das aktive Eintreten für Gesundheit im Sinne der Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer sowie von Umwelt- und Verhaltensfaktoren (vgl. Barkholz et al. 1998: 327). Auf die Schule bezogen, meint diese Handlungsperspektive eine anwaltschaftliche Vertretung der gesundheitsbezogenen Interessen von SchülerInnen. Schulleitung und LehrerInnen sollten sich so weit als möglich für die Gesundheit ihrer SchülerInnen im Sinne eines umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens einsetzen und daran auch Fragen der Organisation des Schulunterrichts ausrichten. Aber auch bei gesundheitspolitischen Fragen in der Gemeinde kann die Schule engagiert und fachkundig Stellung beziehen, beispielsweise in Bezug auf städteplanerische Entscheidungen für Sport- und Freizeitanlagen (vgl. von Troschke 1993: 26f.).
2. *Befähigen und ermöglichen* („*enable*“) betont vor allem Konzepte wie Kompetenzförderung und Empowerment mit dem Ziel, bestehende Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen (vgl. Barkholz et al. 1998: 328). Die Befähigung von Kindern und Jugendlichen zur Verwirklichung ihres größtmöglichen Gesundheitspotenzials ist nach von Troschke (1993: 27) eine klassische Aufgabe der Gesundheitserziehung. Dem Konzept der Gesundheitsförderung entsprechend sollte dies jedoch über die Vermittlung von Kenntnissen hinausgehen zur gemeinsamen, praxisbezogenen Erarbeitung von Problemeinsichten genauso wie von Handlungs- und Verhaltenskompetenzen. Dabei sollten die unterschiedlichen Gesundheitschancen der SchülerInnen entsprechend den Lebensbedingungen ihrer Herkunftsfamilien ebenso berücksichtigt werden wie die alters- und geschlechtsspezifischen Bedürfnisse und Interessen von Kindern und Jugendlichen.
3. *Vermitteln und vernetzen* („*mediate*“) meint ein koordiniertes Zusammenwirken von Regierungen, dem Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie lokalen Institutionen, der Industrie und der Medien (vgl. Barkholz et al. 1998: 328). Für die Schule bedeutet dies, sich mit anderen auf Gemeindeebene tätigen Organisationen und Institutionen, die sich direkt oder indirekt

für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen, zu vernetzen. Als Beispiele dazu werden Jugendämter, Jugendzentren, Sozialämter, Gesundheitsämter, KinderärztInnen oder Sportvereine genannt (vgl. von Troschke 1993: 27).

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf die Handlungsgrundlagen der Gesundheitsförderung. Nachfolgend soll auf die in der Ottawa-Charta genannten fünf vorrangigen Handlungsfelder und –ebenen für die Umsetzung dieser drei Strategien eingegangen werden. Diese lauten: 1. „Entwickeln einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.“ 2. „Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen.“ 3. „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen.“ 4. „Persönliche Kompetenz entwickeln.“ 5. „Die Gesundheitsdienste neu orientieren.“ Diese Handlungsfelder, die im folgenden dargestellt werden, beziehen sich auf die personale Ebene (Handlungsfeld 4), die Ebene der Lebensweisen (Handlungsfeld 3) und die Ebene der Lebensbedingungen (Handlungsfelder 1, 2 und 5).

1. *Entwickeln einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.*

Da Gesundheitsförderung weit mehr als medizinische und soziale Versorgung beinhaltet, muss Gesundheit auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen auf die Tagesordnung gesetzt werden und den PolitikerInnen müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheit deutlich werden. Eine Politik der Gesundheitsförderung wendet dazu verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, beispielsweise Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Weiters muss sie Hindernisse, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen, identifizieren und Möglichkeiten zur Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel soll sein, auch politischen EntscheidungsträgerInnen die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen (vgl. Barkholz et al. 1998: 328). Für Grossmann und Scala (2001: 24f.) gilt dieser Ansatz der Politikkoordination, das heißt die Einführung des Kriteriums Gesundheit in die Entscheidungen der unterschiedlichen politischen Sektoren, auch für Gesundheitsförderungsprogramme in Organisationen. Denn auch hier geht es um die Hereinnahme von Gesundheitsthemen in relevante Entscheidungsprozesse, um die Verknüpfung unterschiedlicher Expertisen, um die Beteiligung verschiedener Abteilungen und Gruppierungen innerhalb der Organisation.

2. *Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen.*

Die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit ist die enge Verknüpfung zwischen Mensch und Umwelt. Oberstes Prinzip für die Welt, die Länder, Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern, das heißt sich um den Anderen, um unsere Gemeinschaft und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Die Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen und macht den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema (vgl. Barkholz et al. 1998: 329). Die Qualität dieser Umwelt wird für Grossmann und Scala (2001: 25) nicht nur durch Entscheidungen von nationalen oder lokalen Regierungen, sondern auch von Managemententscheidungen in Wirtschaftsunternehmen und öffentlichen Einrichtungen hergestellt.

3. *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen.*

Gesundheitsförderung wird umgesetzt im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von BürgerInnen in ihrer Gemeinde: In der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist deshalb die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange. Voraussetzungen dafür sind der kontinuierliche Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen (vgl. Barkholz et al. 1998: 329). Auch Organisationsentwicklungsprojekte müssen nach Grossmann und Scala (2001: 26) versuchen, unterschiedliche Kräfte einer Organisation (ExpertInnen, MitarbeiterInnen und Andere) an der Entwicklung zu beteiligen und dafür geeignete Strukturen zu schaffen.

4. *Persönliche Kompetenz entwickeln.*

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Damit will sie den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und will ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Dies soll vor allem die Menschen zu lebenslangem Ler-

nen befähigen und ihnen helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen entsprechend zu bewältigen. Dieser Lernprozess soll sowohl in Schulen, zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Gemeinde unterstützt werden (vgl. Barkholz et al. 1998: 329f.). Ein solches Verständnis von Lernen und Bewältigung stellt nach Grossmann und Scala (2001: 27) auch die Bildungsinstitutionen vor neue Aufgaben. Dies impliziert somit neue Anforderungen an die Fachleute und die Arrangements des Lernens. So ist beispielsweise die Vermittlung von Gesundheitswissen zusammen mit sozialer Kompetenz im Rahmen von organisationsbezogenen Gesundheitsförderungsprojekten leichter zu realisieren als durch isolierte Bildungsveranstaltungen.

5. *Die Gesundheitsdienste neu orientieren.*

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, ÄrztInnen und anderen MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Diese sollen ein Versorgungssystem entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und somit weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht. Die Gesundheitsdienste sollen die Möglichkeiten der Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften verbessern. Zugleich erfordert eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung und Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung (vgl. Barkholz et al. 1998: 330). Nach Grossmann und Scala (2001: 28) bedeuten diese Schritte praktisch, ÄrztInnen und andere Gesundheitsberufe als Fachressource in Gesundheitsförderungsprojekte einzubeziehen, die Institutionen der Krankenversorgung selbst weiterzuentwickeln, neue Dienstleistungen, beispielsweise im Umgang mit chronischen Krankheiten, anzubieten oder die Rolle des Krankenhauses als Gesundheitszentrum zu forcieren.

Die fünf Handlungsbereiche und -strategien wurden auf der 4. Konferenz von Jakarta 1997 ausdrücklich als wirksame „Strategien“ bestätigt und aktualisiert. Die globale und regionale Rahmenstrategie für Gesundheitsförderung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wurde 1998 zur „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert / Gesundheit21“ aktualisiert und den Anforderungen des 21. Jahrhunderts angepasst (vgl. Kaba-Schönstein 2003b: 78). In der „Jakarta Erklärung“ zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert heißt es (WHO 1997):

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Durch Investitionen und Maßnahmen kann Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten für Gesundheit ausüben. Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen. Letztendlich gilt es, die Gesundheitserwartungen zu vergrößern und die diesbezügliche Kluft zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu verringern.“

Gesundheit ist eine bio-psycho-soziale Ressource, die durch komplexe, miteinander verbundene biologische, psychische und soziale Prozesse erhalten und entwickelt wird. Diese Prozesse sind über soziale Systeme sowie die Entscheidungen in diesen Systemen beeinflussbar. Die Gestaltung sozialer Systeme und ihrer Entscheidungen ist daher von Bedeutung für die Gesundheit der Personen, die an diesen Systemen teilhaben. Aus diesem Grund definiert die WHO Gesundheitsförderung „als den Prozess, Personen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu verbessern“. Kontrolle bedeutet, relevante Entscheidungen treffen zu können. In Bezug auf Gesundheit geht es also darum, soziale Systeme so zu gestalten, dass die daran beteiligten Personen gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen können. Partizipation ist eine zentrale Strategie, um Menschen dazu zu befähigen und zu „empowern“ (vgl. Dietscher und Dür 2002: 42).

Die „Jakarta Erklärung“, die sich als Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung versteht, benennt die Voraussetzungen für Gesundheit. Als größte Bedrohung der Gesundheit wird Armut betont. Als neue Herausforderungen bei den Determinanten für Gesundheit gelten vor allem demografische Trends wie die Verstärkung und die steigende Zahl älterer Menschen, die hohe Prävalenz chronischer und psychischer Erkrankungen, wieder auftretende Infektionskrankheiten und transnationale Faktoren wie die Globalisierung der Wirtschaft und die Informationstechnologie (vgl. WHO 1997).

5.2 Ansätze der Gesundheitsförderung

So unterschiedlich auch die gesundheitlichen Sichtweisen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind, entsprechend unterschiedliche Ansätze liegen auch in der Gesundheitsförderung vor. Naidoo und Wills (2003: 89ff.) beschreiben folgende fünf unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung, die jeweils unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen:

- den medizinischen Ansatz,
- den Ansatz der Verhaltensänderung,
- den Ansatz der Gesundheitsaufklärung,
- den Ansatz des „Empowerment“ sowie
- den Ansatz der sozialen und politischen Veränderung.

Die Autoren weisen darauf hin, dass es letztlich die Entscheidung der Organisation oder der GesundheitsförderInnen sei, zu bestimmen, welches Problem am besten mit welchem Ansatz gelöst werden kann. Nachfolgend sollen die erwähnten Ansätze der Gesundheitsförderung beschrieben werden:

- *Der medizinische Ansatz* zielt auf Verbesserung der medizinischen Interventionen zur Vermeidung von Erkrankungen, wobei er sich dabei an bestimmte Bevölkerungs- oder Risikogruppen wendet. Dieser Ansatz wird durch folgende drei Interventionsebenen dargestellt: Die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (vgl. Kap. 4.6). Der medizinische Ansatz, der die Abhängigkeit der Menschen vom medizinischen ExpertInnenwissen zwar verstärkt, zeichnet sich nach Naidoo und Wills dadurch aus, dass beispielsweise wissenschaftlich anerkannte Methoden angewendet werden oder die von ExpertInnen geleiteten „top-down“ Maßnahmen ein kooperatives Verhalten der PatientInnen verlangen.
- *Der Ansatz der Verhaltensänderung* versucht, Individuen dabei zu unterstützen, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen, die als „der Schlüssel“ zur Verbesserung der Gesundheit angesehen werden. Der Zusammenhang zwischen dem individuellen Verhalten und den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen ist jedoch komplex. Einerseits ist das Verhalten abhängig von der entsprechenden Handlungsbereitschaft und auf der anderen Seite kann das menschliche Verhalten die Folge einer notwendigen Anpassung an jene Bedingungen sein, auf deren Ursache sie in der Regel keinen oder wenig Einfluss haben (beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit). Auch der Ansatz der Verhaltensänderung ist meist ein von ExpertInnen geleiteter „top-down“ Ansatz, der die Kluft zwischen ExpertInnen, die wissen, wie man die Gesundheit verbessert und der allgemeinen Bevölkerung, die aufgeklärt werden muss, noch vergrößert. Es sei denn, die Interventionen orientieren sich an den spezifischen Bedürfnissen der KlientInnen, die vorher erfasst werden müssen.

- *Der Ansatz der Gesundheitsaufklärung* vermittelt beispielsweise durch Informationsbroschüren, Einzelberatungen oder Gruppendiskussionen den KlientInnen das notwendige Wissen, damit diese, basierend auf den somit entstandenen Einstellungen, die für sie richtigen Entscheidungen über ihr Gesundheitsverhalten treffen können. Dieser Ansatz versucht nicht, wie der Ansatz der Verhaltensänderung, das Verhalten der Menschen in eine ganz bestimmte Richtung zu lenken, sondern stellt vielmehr die auf vermitteltem Wissen aufbauende freie Entscheidung der KlientInnen in den Vordergrund. Die Gesundheitsaufklärung stützt sich somit auf den Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten. Dieser Ansatz berücksichtigt allerdings weder die sozialen und ökonomischen Bedingungen, noch die Komplexität des Entscheidungsprozesses zur Änderung des Verhaltens, die der freien Entscheidung des Einzelnen Grenzen setzen können.
- *Der Ansatz des „Empowerment“* stützt sich auf die von der WHO propagierte Gesundheitsförderung, die diese als „einen Prozess“ definiert, der „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ (zit. in: Barkholz et al. 1998: 327) ermöglichen soll. Dieser Ansatz, der eine „bottom-up“ angelegte Strategie verwendet, verlangt von den in der Gesundheitsförderung Tätigen nicht die Rolle der/des Expertin/en, sondern vielmehr die einer/eines „Unterstützerin/s“, der dafür sorgt, dass der gesundheitsfördernde Prozess in Gang kommt und sich dann wieder aus diesem Prozess ausklinkt.
- *Der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung* betont die Bedeutung sozioökonomischer Verhältnisse als Determinanten der Gesundheit. Um positive Veränderungen in den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, zielt dieser Ansatz sowohl auf die Ebene der Politik als auch auf die der allgemeinen Lebensverhältnisse. Dies lässt sich für Naidoo und Wills (2003: 98) prägnant mit dem Slogan „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ zu machen ausdrücken. Um sich für die gesündere Wahl entscheiden zu können, sind Veränderungen hinsichtlich deren Kosten, Verfügbarkeit sowie deren Zugänglichkeit erforderlich. Auch dieser Ansatz arbeitet mit „top-down“ Methoden, da Veränderungen wie beispielsweise in Organisationen die Zustimmung von deren obersten Ebene brauchen.

5.3 Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung zählen beispielsweise die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unterstützung von Gesundheitshandeln, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen, Arbeitszeiten und Verpflegung in Kantinen. Durch gesundheitspolitische Interventionen sollen die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Einzelnen erweitert werden und vor allem „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemacht werden (vgl. Kaba-Schönstein 2003a: 73).

Badura (1993: 78f.) betont neben der Kontrolle physischer, chemischer und biologischer Umweltrisiken besonders Programme, die bei Lebens- und Arbeitsbedingungen ansetzen. Damit sind Programme gemeint, die zur Beseitigung von Über- oder Unterforderung, zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitsqualifikation, zur Bekämpfung sozialer Isolation und zur Erweiterung individueller Handlungsspielräume, Programme zur gesundheitsförderlichen Organisations-, Technik- und Personalentwicklung beitragen. Weiters sind kollektive Aktionen, wie BürgerInneninitiativen und Bemühungen zur Förderung von Selbsthilfeaktivitäten zu nennen. Auch die gesundheitliche Verantwortung in Politik und Wirtschaft erschöpft sich nicht in Regulierung und Kontrolle von Gesundheitsrisiken, sondern versucht auch die Risikoproduktion zu drosseln, beispielsweise durch Förderung und Entwicklung umweltfreundlicher Verkehrsmittel, durch Fiskal- und Preispolitik im Bereich potenziell schädigender Konsumgüter oder mit Hilfe von Gesundheitsfolgenabschätzungen, beispielsweise staatlicher Energie-, Agrar- und Umweltpolitik.

5.4 MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderungsprogramme werden dann positiv angenommen, wenn deren BotschafterInnen von der Zielgruppe auch akzeptiert werden. Im Folgenden wird deshalb darauf eingegangen, welche Gruppen von MultiplikatorInnen es gibt und welche Wirkung damit erreicht werden sollte.

Die Vermittlung von Gesundheitsförderungsprogrammen geht zwar üblicherweise von Organisationen und Institutionen wie Krankenkassen, Schulen oder außerschulischen Bildungseinrichtungen aus, die einzelnen Vermittlungsinstanzen nutzen jedoch in vielen Fällen Multipli-

katorInnen, die den Transport und die konkrete Umsetzung der Programme in die Zielgruppe übernehmen. Bei der Schule als Vermittler von Gesundheitsförderungsprogrammen ist besonders jener Vorteil anzuführen, dass auf diesem Wege beinahe die gesamte Population im Kindes- und Jugendalter angesprochen wird (vgl. Lohaus 1993: 15f.). Lehmann und Sabo (2003: 155) beschreiben eine/n „MultiplikatorIn“ als „eine vortrainierte Person, die ihr Wissen und Können weitergibt oder auch als Person mit neuerworbenem gesundheitsförderlichen Verhalten, die ihrerseits als Vorbild wirkt und so das erwünschte Gesundheitsverhalten weiter trägt“. Synonym zum MultiplikatorInnenbegriff werden teilweise auch Begriffe wie „MediatorInnen“, „Drehpunktpersonen“ oder „Schlüsselpersonen“ verwendet.

Die Betätigungsfelder für MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung sind vielfältig. Deshalb lässt sich nach Bininda und Hoffmann (1997: 138ff.) ein bestimmter Personenkreis, der für die Funktion des Multiplikators im Bereich der Gesundheitsförderung besonders in Frage käme, nicht nennen. In Abhängigkeit vom Handlungskontext unterscheiden sie in formelle und informelle MultiplikatorInnen, deren Gemeinsamkeiten darin bestehen, dass sie Gedanken und Visionen mit gesundheitsfördernden Perspektiven verbreiten sowie die Fähigkeit besitzen, belastende Situationen zu erkennen und Veränderungsstrategien entwickeln zu können. Eine Unterscheidung zeigt sich im Gegensatz dazu, dass formelle MultiplikatorInnen professionell und im Auftrag Dritter wie Unternehmen, Krankenkassen, Volkshochschulen oder Verbänden intervenieren, während informelle MultiplikatorInnen als engagierte Laien „ohne Auftrag“ gesundheitsfördernde Ziele, Inhalte, Verhaltensweisen und Methoden kommunizieren. Weiters werden MultiplikatorInnen unterschieden in professionelle und nicht-professionelle MultiplikatorInnen, bewusst und gezielt handelnde, aber auch als solche, die Inhalte der Gesundheitsförderung einfach kommunizieren und sich ihrer MultiplikatorInnenwirkung nicht bewusst sind.

Im Bereich der Schule sind als formelle MultiplikatorInnen beispielsweise Lehrkräfte oder SchulpsychologInnen zu nennen, die spezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Schulbereich realisieren. Die Wahl der MultiplikatorInnen kann hier besonders entscheidend für die Akzeptanz von Gesundheitsförderungsprogrammen sein (vgl. Lohaus 1993: 16). Von großer Bedeutung für die Akzeptanz im Kindes- und Jugendalter ist der Einsatz von Gleichaltrigen oder etwas älteren Kindern und Jugendlichen als ProgrammvermittlerInnen (vgl. Jerusalem 1997: 584). Diese sogenannten Peers, die auch als LaienmultiplikatorInnen bezeichnet werden, gehören ihrer Zielgruppe an. Sie werden in Programmen der Prävention und der Gesund-

heitsförderung für junge Menschen als TrägerInnen von personalkommunikativen Botschaften einbezogen (vgl. Backes 2003: 176). Dabei übernehmen Peers, die speziell auf ihre Tätigkeiten vorbereitet sind, die Aufgabe, bestimmte Programmbestandteile an die Zielgruppe heran zu tragen. Da diese MultiplikatorInnen meist etwas älter sind als die Zielgruppe, werden sie von der Zielgruppe einerseits in ihrer Leiterfunktion akzeptiert, andererseits ist der Altersabstand jedoch gering genug, um noch als Gleichaltrige mit ähnlichem Problem- und Erfahrungshintergrund angesehen zu werden (vgl. Lohaus 1993: 16). Aus entwicklungspsychologischer Sicht wird den Peers somit eine wichtige Bedeutung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und -problemen zuerkannt. Besonders jenen Jugendlichen, die sich in einem Prozess der Ablösung vom Elternhaus befinden und auf der Suche nach eigenen Werten sind, hilft diese Orientierungs- und Stabilisierungsfunktion Gleichaltriger (vgl. Backes 2003: 177).

Programme mit Peers als MultiplikatorInnen werden unter dem Begriff „Peer Involvement“ zusammengefasst. Er bezeichnet den Einsatz von Jugendlichen für Jugendliche zur Aufklärung, Beratung oder Projektgestaltung. Je nach Form und Anzahl der beteiligten InteraktionspartnerInnen wird zwischen Peer Counseling, Peer Education und Peer-Projekten unterschieden (siehe Abb. 6) (vgl. Backes 2003: 176):

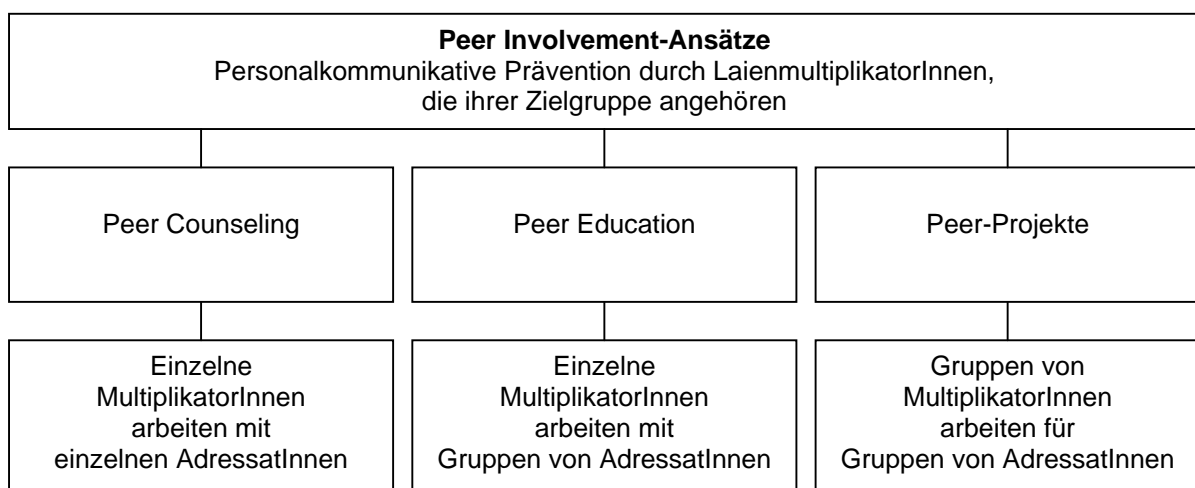


Abb. 6: Systematik von Peer Involvement-Ansätzen (aus Backes 2003: 176)

- *Peer Counseling*-Programme sind charakterisiert durch die Beratung zu speziellen Themen von Mensch zu Mensch. Peer Counselors stehen Ratsuchenden zur Seite, beispielsweise bei Drogenproblemen.
- Mit *Peer Education*-Programmen wird versucht, beispielsweise durch Beratungen oder Informationsveranstaltungen, durch einen oder mehreren eigens trainierter Multiplikato-

rInnen gleicher Alters- oder Statusgruppen die Einstellungen und Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen zu beeinflussen. Dabei wird nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch Werte und soziale Normen werden reflektiert.

- *Peer-Projekte* orientieren sich an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen. Als Beispiel kann hier eine Einrichtung und Organisation eines Aufklärungsstands an einer Schule genannt werden.

Peer Education-Programme werden auch im Erwachsenenalter eingesetzt. Die meisten Einsatzbereiche beziehen sich jedoch auf Kinder und Jugendliche. ExpertInnen gehen davon aus, dass auf diese Weise auch die Einstellungen und das Verhalten der Zielgruppe beeinflusst werden. Der Peer Education-Ansatz setzt auch die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung eindrucksvoll um, da sie sowohl auf Netzwerkförderung als auch auf die Bildung von Freiwilligengruppen zielen, die an subjektiv bedeutsamen Themen arbeiten. Außerdem erfordert Peer Education die Unterstützung von Selbstorganisation und autonomen Lebensformen sowie die Förderung von Empowerment bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Backes 2003: 176f.).

5.5 Soziales Kapital

In der Deklaration von Jakarta taucht erstmals die Feststellung auf, dass Gesundheitsförderung den Aufbau von „sozialem Kapital“ erfordert. Gesundheitsförderung wird als „*Schlüsselinvestition*“ bezeichnet. Sie soll unter anderem „*die Menschenrechte stärken und soziale Ressourcen aufbauen*“ (Social Capital) (WHO 1997). Die WHO (zit. in: Trojan 2003a: 210) beschreibt „*Soziales Kapital*“ als „*den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordinationen und Zusammenarbeit erleichtern*“. Unübersehbar ist hier die enge Verwandtschaft mit dem aus der sozialepidemiologischen Forschung stammenden Konzept des „sozialen Netzwerks“.

Putnam (1995 zit. in: Hurrelmann 2000: 153f.) definiert soziales Kapital als Strukturen eines sozialen Systems, die eine gegenseitige Verzahnung von Beziehungen, Verstärkung der Koordination und Kooperation sowie Entwicklung von gegenseitigem Vertrauen und Verantwortlichkeit fördern. Der Begriff zielt also darauf ab, dass entsprechend der Stärkung von persönlichen Kompetenzen, wie etwa im Konzept des Kohärenzsinn von Antonovsky, für

soziale Systeme die Kompetenz zur Gegenseitigkeit und Unterstützung gefördert wird. Entscheidend ist hier das Gefühl aller Mitglieder eines sozialen Systems, sich aufeinander verlassen zu können und im Konfliktfall auf Regeln zu stoßen, die gerecht die Interessen jedes Einzelnen sichern.

Während Putnam soziales Kapital als kommunale/lokale Ressource versteht, stellt soziales Kapital bei Bourdieu eine individuelle Ressource dar. Bourdieu (1983: 190f.) definiert das soziale Kapital als „*die Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind*“, oder anders ausgedrückt, „*es handelt sich um Ressourcen, die auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen*“. Der Umfang des sozialen Kapitals, welches der Einzelne besitzt, ist nach Bourdieu (1983: 191) sowohl von der Ausdehnung des Netzes von Beziehungen abhängig, die jemand tatsächlich mobilisieren kann als auch vom Umfang des (ökonomischen, kulturellen oder symbolischen) Kapitals, das diejenigen besitzen, mit denen dieser in Beziehung steht.

Auch Coleman (1991 zit. in: Trojan und Legewie 2001: 268) versteht soziales Kapital vorrangig als soziale Beziehungen, die eine Ressource für das Individuum darstellen. Nach ihm gehören zu den Qualitäten, die soziale Beziehungen zu einer „nützlichen Kapitalressource“ machen, unter anderem Verpflichtungen und Erwartungen, auf denen wechselseitige Hilfe und Vertrauen aufbauen, ihr Informationspotenzial, Normen und Sanktionen. Als Faktoren, die soziales Kapital schaffen, aufrecht erhalten oder zerstören können, nennt Coleman beispielsweise die Geschlossenheit sozialer Netzwerke, die Stabilität der Sozial- und Beziehungsstruktur, kulturelle Werte wie religiöse Lehren oder Weltanschauungen, die dazu veranlassen, auf die Interessen anderer Personen Rücksicht zu nehmen.

5.6 Der Setting-Ansatz

Als Ort für die Gesundheitsförderung wird die „alltägliche Umwelt“ herausgestellt. Damit sind vor allem die lokale Ebene und ihre „Settings“ angesprochen.

Der Setting-Ansatz ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitsbildungsaktivitäten. Diese wenden sich mit Informationen und Appellen an Einzelpersonen, um entsprechende Verhaltensänderungen zu erreichen. Da dabei aber nicht berücksichtigt

wurde, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind, haben sich die erwarteten Veränderungen im Lebensstil der Menschen nicht eingestellt. Daraus hat man gelernt, dass eine Strategie, die sich nur an einem Problem orientiert, ohne aber den Einfluss der sozialen Umwelt (Setting) auf die Chancen, Gewohnheiten und Werthaltungen mit einzubeziehen, ihr Ziel nicht erreicht. Der Setting-Ansatz fokussiert deshalb die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Setting“ nicht allein als räumliche Bestimmung für Gesundheitsförderungsaktivitäten definiert, sondern meint eine soziale Einheit, die sich für Interventionen besonders eignet. Vorwiegend werden Schulen, Gemeinden, Krankenhäuser und Betriebe als Settings bezeichnet (vgl. Grossmann und Scala 2001: 65f.).

5.6.1 Setting als soziales System

Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, welches eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Andererseits ist es ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 205). Im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsförderung zielt der Setting-Ansatz auf Veränderungsprozesse in zwei Bereichen ab (vgl. Pelikan et al. 1993: 14):

- Regionale Settings wie Städte, Gemeinden und
- soziale Settings, das heißt Organisationen.

Seitens der WHO werden hierzu seit einigen Jahren modellhafte Projekte in 3 Key-Settings initiiert und gefördert (siehe Abb. 7):

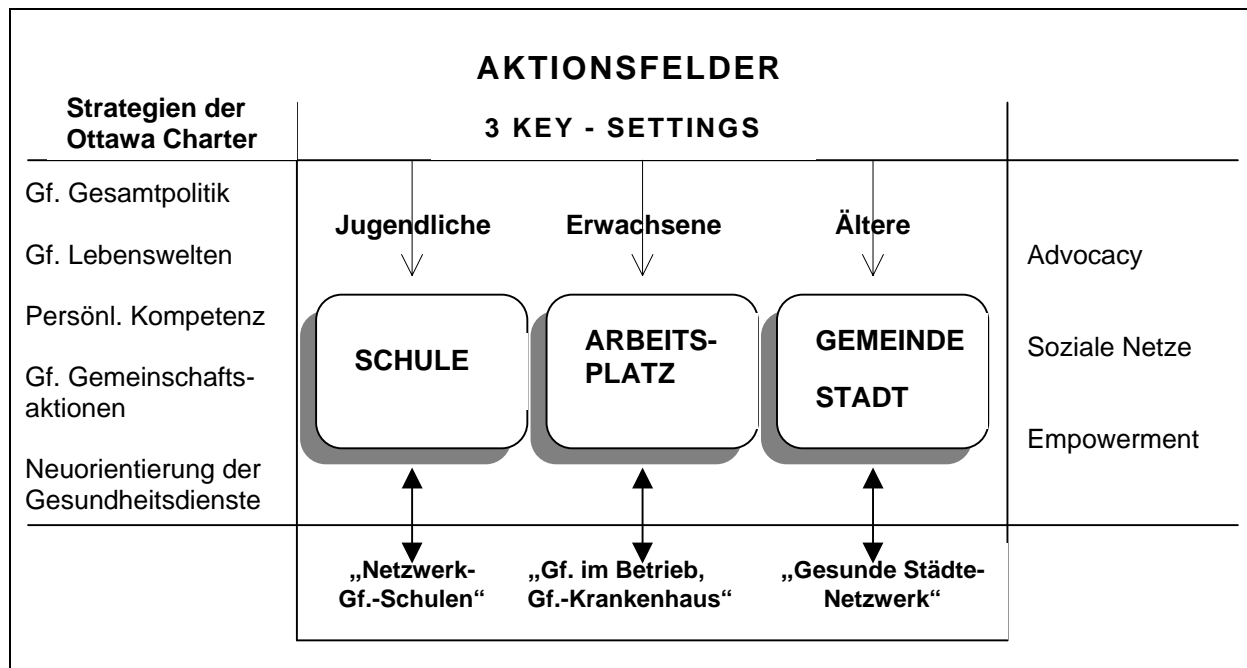


Abb. 7: Projekte in 3 Key-Settings (aus Scharinger 1998: 35)

Der Setting-Ansatz wurde durch danach ausgerichtete Projekte zu einer Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung und richtet sich in seinen Interventionen auf soziale Systeme, das heißt auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen. Diese Veränderung in den AdressatInnen verlangt nach einer Änderung in der Strategie. Individuen lernen durch Bewusstseinsveränderung, diese genügt jedoch nicht zur Veränderung sozialer Systeme (vgl. Grossmann und Scala 2001: 67). Deshalb müssen die Interventionen am sozialen System ansetzen und vor allem die Kommunikationsstrukturen verändern, insbesondere Prioritäten in Entscheidungsprozessen und Regeln im System. Damit in einem Setting die gesteckten Ziele auch erreicht werden, müssen die festgelegten Interventionen verschiedene Ebenen wie Gesetzgebung, Finanzierungsmechanismus und bewusstseinsbildende Maßnahmen für Gesundheitsförderung mit einbeziehen. Denn die Wirkung liegt in der Kombination der Interventionen (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 206).

Die Abwendung vom Individuum als Interventionsziel und die Hinwendung zu sozialen Systemen kann den Eindruck erwecken, dass damit das zentrale Anliegen für die Gesundheitsförderung, den einzelnen Menschen zur Verwirklichung seines größtmöglichen Gesundheitspotenzials zu befähigen, in den Hintergrund rückt. Dem ist allerdings nicht so, denn der Setting-Ansatz ist darauf gerichtet, die Einfluss-, Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen zu erhöhen und Optionen für Verhaltensalternativen zu schaffen, in dem auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen Einfluss genommen wird. Der Ansatz vermeidet damit, die Ver-

antwortung für die Gesundheit einseitig an die individuellen Menschen zu delegieren (vgl. Grossmann und Scala 2001: 67).

5.6.2 Voraussetzungen für erfolgreiche Interventionen in Settings

Ein Setting bezeichnet ein abgegrenztes System, in dem die für die konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Maßnahmen gesetzt werden (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 206). Damit diese Interventionen auch im Detail geplant und umgesetzt werden können, muss das jeweilige soziale System, das mit den Gesundheitsförderungsaktivitäten angesprochen werden soll, genau definiert werden. Das heißt, Ziel einer Intervention wird immer ein bestimmter Teil einer Organisation oder beispielsweise einer Stadt sein. Interventionen lassen somit wieder neue Systeme in oder zwischen Organisationen entstehen, in dem die RepräsentantInnen aus verschiedenen Bereichen ein Innovationssystem bilden. Auf diese Weise entstehen auch die meisten Projektgruppen (vgl. Grossmann und Scala 2001: 67ff.).

Eine Intervention in einem Setting bedarf in der konkreten Umsetzung noch einer weiteren Präzisierung. Denn eine Gemeinde, eine Schule, ein Betrieb stellen vorerst nur einen groben Rahmen dar. Deshalb muss im Einzelfall weiters entschieden werden, welche Institutionen und FunktionsträgerInnen in einer Stadt, welche Gruppierungen in einer Schule und welche Abteilungen und Professionen in einem Betrieb einbezogen werden sollen (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 206). Dabei ist darauf zu achten, dass die Grenzen des Settings nicht zu eng und aber auch nicht zu weit gefasst werden. Denn im einen Fall würden somit wichtige politische, soziale und fachliche Ressourcen unberücksichtigt bleiben, im anderen Fall würde dies wiederum zu einem sehr komplexen System führen (vgl. Grossmann und Scala 2001: 70). Dieser Schritt ist selbst eine Intervention und muss auf der Basis einer qualifizierten Organisationsdiagnose entschieden werden (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 206).

Ist der Handlungsspielraum im gewählten Setting definiert, so muss auch eine Eingrenzung auf der sachlichen Ebene vorgenommen werden. Denn der Setting-Ansatz bedeutet nicht, dass man auf eine Eingrenzung auf bestimmte Probleme verzichten kann. Eine Kombination von Problemorientierung und Setting-Ansatz macht also den Erfolg von Gesundheitsförderungsprojekten aus. Auch bei diesem Schritt ist wieder darauf zu achten, dass durch zu viele The-

men und Problemstellungen die Kapazitäten nicht überschritten werden (vgl. Grossmann und Scala 2001: 71).

5.6.3 Setting Projekte

Gesundheitsförderung ist auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheit ausgerichtet. Demnach lautet es in der Ottawa-Charta „*Gesundheit wird dort geschaffen, wo Menschen arbeiten, leben und lieben*“ (zit. in: Scala 1997: 6). Diese Voraussetzungen werden wesentlich von Organisationen geschaffen. An diese Einsicht knüpft der Setting-Ansatz, der von der WHO für unterschiedliche Settings wie Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und Städte entwickelt und durch entsprechende Projekte umgesetzt wurde (vgl. Scala 1997: 6). Für die Gesundheitsförderung-Settings Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und Städte wurden seit Mitte der 1980er Jahre in Umsetzung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfangreiche internationale sowie nationale Netzwerke aufgebaut. Begonnen hat diese weltweite Entwicklung schon 1986 mit dem „Healthy Cities-Projekt“ und dem Internationalen „Gesunde-Städte“-Netzwerk, aus dem sich weitere Projekte und internationale, nationale und regionale Netzwerke für die Settings Schule, Betriebe und Krankenhäuser entwickelt haben (vgl. Kaba-Schönstein 2003c: 87).

In den folgenden Kapiteln (5.6.3.1 bis 5.6.3.4) werden die vier wichtigsten Settings (Stadt, Krankenhaus, Schule, Betrieb) in chronologischer Reihenfolge beschrieben. Der Setting-Ansatz hat sich jedoch auch auf andere Bereiche ausgedehnt (vgl. Trojan und Legewie 2001: 196f.) wie beispielsweise:

- gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft,
- gesundheitsfördernde Universitäten,
- gesundheitsfördernde Gefängnisse,
- gesundheitsfördernde Kindergärten,
- gesundheitsfördernde Arztpraxen und Apotheken.

5.6.3.1 Gesunde Städte

Das „Gesunde-Städte“-Projekt wurde 1986 vom WHO-Regionalbüro in Kopenhagen initiiert. Basis für dieses Projekt ist die praktische Umsetzung der Ziele und Grundsätze der WHO-Programme „Gesundheit für alle“, der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ und der „Europäischen Charta Umwelt und Gesundheit“ auf den Lebensbereich Stadt (vgl. Waller 2002: 165). Zum Begriff und Konzept einer gesunden Stadt formuliert die WHO-Europa (1991: 20 zit. in: Conrad 1993: 62) folgende Arbeitsdefinition: *„Eine gesunde Stadt entwickelt und verbessert kontinuierlich jene physischen und sozialen Umwelten und stärkt all jene kommunalen Potenziale, die es seinen Bürgerinnen und Bürgern erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich ihren Anlagen entsprechend maximal zu entfalten.“* In Ergänzung zu dieser Definition gelten für eine „Gesunde Stadt“ folgende WHO-Richtlinien (vgl. Conrad 1993: 63):

- Sichere und saubere physische Lebensbedingungen von hoher Qualität, einschließlich der Wohnqualität;
- Ein ausgewogenes und stabiles städtisches Ökosystem;
- Sich gegenseitig unterstützende Gemeinschaften und Nachbarschaften;
- Ein hohes Maß an Einbindung der BürgerInnen bei Entscheidungen, die ihre Gesundheit beeinflussen;
- Gewährleistung der Grundbedürfnisse - wie Ernährung, Wasser, Wohnen, Einkommen sowie Sicherheit und Wohnen - für alle Bevölkerungsgruppen;
- Zugang zu einer breiten Vielfalt an Kenntnissen und Dienstleistungen mit der Möglichkeit zu vielfältigen Kontakten;
- Eine vitale und ökologisch ausgerichtete städtische Wirtschaft;
- Breites Verständnis gegenüber der eigenen kulturellen Vergangenheit und gegenüber anderen ethnischen Gruppen in der Stadtbevölkerung;
- Eine städtische Struktur und Verwaltung, die mit den „Gesunde-Städte“-Merkmale in Einklang stehen und diese weiter fördern kann;
- Gesundheits- und Krankenversorgung auf hohem Niveau für alle BürgerInnen;
- Ein hoher Gesundheitszustand im Sinne eines hohen positiven Gesundheitszustandes als auch niedrigen Krankenstandes.

Das Österreichische „Gesunde-Städte“-Netzwerk (ÖGSN) wurde im September 1992 mit 9 Städten gegründet. Mittlerweile beteiligen sich bereits 31 Städte aus allen Bundesländern am Netzwerk. Hauptziele des ÖGSN sind eine bundesweite Zusammenarbeit zur Gestaltung eines gesünderen Lebens sowie die Entwicklung neuer Wege in der Gesundheitsförderung (vgl. BMSG o.J. (Internet): 5).

Neben dem WHO-Projekt „Gesunde-Städte“ gibt es seit 1997 das EU-Netzwerk „Mégapoles“ mit dem Untertitel „A Public Health Network for Capital Cities/Regions“. An diesem Projekt beteiligen sich zurzeit 16 europäische Hauptstädte. Anders als beim „Gesunde-Städte“ Projekt ist es eingegrenzt auf folgende drei Zielgruppen, für die spezifische Subnetzwerke unterhalb der Ebene des Hauptnetzwerks bestehen (vgl. Trojan und Legewie 2001: 177f.):

- Jugendliche und junge Familien,
- sozial benachteiligte Gruppen,
- ältere Menschen.

5.6.3.2 Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta hat ihre praktische Anwendung zunächst vorwiegend in nicht-medizinischen Settings erfahren, beginnend in Städten und Gemeinden, dann auch in Betrieben und Schulen. Eines der Prinzipien der Ottawa-Charta zielt allerdings direkt auf die medizinische Versorgung ab und fordert eine Reorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. Pelikan und Krajic 1993: 85).

Krankenhäuser als spezifische Ausprägung von sozialen Organisationen im Dienstleistungsbereich zeichnen sich besonders darin aus, dass ihre Aufgabe im Gegensatz zu anderen Organisationen vor allem in der Arbeit am Menschen liegt. In ihnen halten sich sehr viele Menschen auf. Sie stehen entweder in der Rolle als PatientIn oder in der Rolle als professionelles Mitglied in ständiger Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen. Aus diesem Grund sind Krankenhäuser ideale Einrichtungen und „Settings“ zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (vgl. Hurrelmann 2000: 172f.).

Auf Initiative der WHO, Regionalbüro für Europa, wurde 1990 das internationale Netzwerk „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ gegründet. Dieses wird vom WHO-Regionalbüro für

integrierte Gesundheitsversorgung (Barcelona) in enger Kooperation mit dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wien koordiniert. Im Jänner 2002 umfasste das Netzwerk 30 nationale und regionale Netzwerke in 23 europäischen Staaten mit insgesamt beinahe 600 beteiligten Krankenhäusern.

Seit 1996 gibt es das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ (ÖNGK), welches Teil des internationalen WHO-Netzwerks „Health Promoting Hospitals“ ist. In Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986) ist das Hauptziel des internationalen Netzwerkes, Krankenhäuser dabei zu unterstützen, den Gesundheitsgewinn der Personen in ihrem Einflussbereich, das heißt der PatientInnen, der MitarbeiterInnen sowie der regionalen Bevölkerung, zu verbessern, und zwar durch Reorientierung ihrer Angebote, Organisationsziele, Strukturen und Prozesse in Richtung Gesundheitsförderung. Die dabei zum Einsatz kommenden Maßnahmen können eines oder auch mehrere von folgenden drei operativen Zielen anstreben:

- Verbesserung von Diagnostik und Therapie für PatientInnen;
- Prävention und Gesundheitsschutz für PatientInnen, MitarbeiterInnen und/oder für die regionale Bevölkerung;
- Entwicklung „positiver“ Gesundheit bei PatientInnen, MitarbeiterInnen und/oder der regionalen Bevölkerung. Gemeint ist damit die Entwicklung von Gesundheitsressourcen im Sinne von Gesundheitswissen und –handeln.

Diese Ziele können durch personenorientierte Maßnahmen und durch die Entwicklung der räumlichen oder sozialen Krankenhausumwelt erreicht werden. In der „Jakarta Erklärung“ (1997) wurde schließlich die Gründung gesundheitsfördernder Partnerschaften als dritte Strategie formuliert (vgl. BMSG o.J. (Internet): 6ff.).

5.6.3.3 Gesundheitsfördernde Schulen

Das Europäische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ (European Network of Health Promoting Schools = ENHPS) wurde 1992 als Gemeinschaftsprojekt der WHO-Europa, des Europarates (ER) und der Europäischen Kommission (EK) mit den Ländern Belgien, Dänemark, Griechenland, Irland, Polen und Tschechien gegründet (vgl. Haller 1996: 291). Mit diesem Plan ist das Ziel verbunden, dass in den nächsten Jahren in möglichst vielen Mit-

gliedsländern des Europarates eigene nationale Netzwerke „Gesundheitsfördernder Schulen“ gegründet werden sollen, die sich auf der europäischen Ebene zu gemeinsamem Handeln im Rahmen des ENHPS verbinden (vgl. Göpel 1993: 289f.). Mehr als 500 Schulen aus rund 40 europäischen Staaten beteiligen sich zurzeit an diesem Netzwerk, davon rund 60 aus Österreich (Stand 2000). „Gesundheitsfördernde Schulen“ wurden aber auch in Nord- und Südamerika, Asien, Australien und Tasmanien gegründet (vgl. Dietscher et al. 2001: 30). In der Zwischenzeit haben sich in mehreren Ländern neben nationalen auch regionale Netzwerke gebildet (vgl. Scala 1997: 6).

Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ (ÖNGS) besteht seit September 1993 als gemeinsame Initiative des Gesundheits- und des Unterrichtsministeriums. Das ÖNGS ist Teil des Europäischen Netzwerks „Gesundheitsfördernde Schulen“, das von der WHO, der Europäischen Kommission, dem Europarat und zahlreichen nationalen Organisationen gemeinsam getragen wird (vgl. Dietscher et al. 2001: 30). Das ÖNGS beteiligte sich am Europäischen Netzwerk in der Pilotphase von 1993 bis 1996 mit 11 Schulen aus allen Schultypen und Bundesländern (vgl. BMSG o.J. (Internet): 3). Seit 1997 wird eine Ausbreitung und Regionalisierung des Österreichischen Netzwerkes angestrebt (vgl. Dietscher et al. 2000: 17). Das Wiener Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ hat sich im April 1997 als erstes regionales Netzwerk offiziell konstituiert. Das ÖNGS wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) getragen und finanziert (vgl. BMSG o.J. (Internet): 3). Auf Initiative der beiden Ministerien und des Österreichischen Jugendrotkreuzes (ÖJRK) wurde die GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung eingerichtet. GIVE steht für Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung und bietet Unterstützung für sämtliche Fragen zur Gesundheitsförderung an Bildungseinrichtungen (vgl. BMSG 2001: 59).

Österreich ist das einzige Teilnehmerland, in dem die Projektleitung und die nationale Koordination direkt in den Ministerien untergebracht sind. Als Voraussetzung für die Aufnahme in das internationale Netzwerk wird die Zusammenarbeit zwischen dem Unterrichtsministerium und dem Gesundheitsministerium genannt (vgl. Haller 1996: 291ff.).

Ein Internationales Planungskomitee (IPK) sorgt für die Organisation und Koordination des Netzwerks auf der europäischen Ebene. Um eine erfolgreiche Entwicklung des Netzwerks zu gewährleisten, legt das IPK die von den Mitgliedstaaten, nationalen KoordinatorInnen und

Schulen zu erfüllenden Kriterien fest. Außerdem koordiniert es die Zusammenarbeit mit den nationalen KoordinatorInnen und organisiert regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und Arbeitstreffen der nationalen KoordinatorInnen. Für die Administration des Gesamtprojektes ist das Technische Sekretariat mit Sitz in Kopenhagen verantwortlich (vgl. Haller 1996: 291).

Schulen, die sich intensiver mit Gesundheitsförderung beschäftigen möchten, haben die Möglichkeit einer Mitgliedschaft im Österreichischen Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“. Teilnehmen können alle Schulen, die an Entwicklungs- und Veränderungsprozessen interessiert und dazu bereit sind (vgl. BMSG 2001: 31). Entsprechend ihren Voraussetzungen und Interessen haben die Schulen drei Möglichkeiten (siehe Tab. 1), sich im Netzwerk aktiv einzubringen: als Kooperations-, Netzwerk- oder Schwerpunktschule. Jede von ihnen hat die Möglichkeit, an der Netzwerktagung teilzunehmen (vgl. ÖNGS o.J. (Internet)).

Kooperationsschulen	Netzwerkschulen	Schwerpunktschulen
sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen, vielleicht im Moment keine Projekte durchführen, allerdings Erfahrung mit gesundheitsfördernden Projekten haben.	sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen und selbst qualitätsgesicherte Projekte durchführen und dokumentieren. Dafür erhalten sie Feedback und eine Urkunde pro Jahr.	sind Netzwerkschulen, die den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ im Sinne der Erarbeitung eines Leitbildes und Schulprogrammes weiterentwickeln wollen.
<p><i>Unterstützung durch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Information durch Newsletter, Homepage und Ähnliches; • Kontaktadresse auf Homepage als Vernetzungsmöglichkeit; • Teilnahme an der Netzwerktagung; • Beitritt ins Netzwerk jederzeit möglich. 	<p><i>Unterstützung durch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Information durch Newsletter, Homepage und Ähnliches; • Eine Urkunde pro Jahr; • Kontaktadresse und Projektdokumentation auf der Homepage als Vernetzungsmöglichkeit; • Teilnahme an der Netzwerktagung; • Konstruktives Feedback zum Projekt. 	<p><i>Unterstützung durch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begleitende Betreuung durch Koordinierungsstelle; • Eine Urkunde pro Jahr; • Adressen, Prozessberichte und Kommunikationsraum für diese Schulen auf der Homepage; • Teilnahme an der Netzwerktagung.
	<p><i>Leistungen der Schulen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahl einer KoordinatorIn; • Bildung eines Projektteams; • Erstellung eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs; • Kurze Dokumentation mindestens eines Projekts pro Jahr; • Kurzbeiträge in der Netzwerkzeitung. 	<p><i>Leistungen der Schulen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bildung einer Steuerungsgruppe an der Schule; • Planung, Durchführung, Evaluation und Dokumentation von Schwerpunktbildungen mit dem Instrument des Schulprogramms; • Beiträge in der Netzwerkzeitung.

Tab. 1: Teilnahme am Netzwerk (aus ÖNGS o.J. (Internet))

Welche Schwerpunkte in den Schulen gesetzt werden, hängt vom Schultyp, von der Größe, Lage und Ausstattung der Schule ab. Gestartet werden sollte mit kleineren Maßnahmen und Projekten, die bei Erfolg dauerhaft in den Schulalltag integriert werden können. Denn das Ziel der „Gesundheitsfördernden Schule“ sind bleibende Veränderungen. In der Umsetzung ihrer Aktivitäten werden die Schulen vom ÖNGS durch ein Netzwerksekretariat mit Materialien und Unterlagen zur „Gesundheitsfördernden Schule“ unterstützt (vgl. BMSG 2001: 31).

5.6.3.4 Gesundheitsfördernde Betriebe

Als „Betriebliche Gesundheitsförderung“ werden systematische Interventionen sowohl in privaten als auch in öffentlichen Betrieben bezeichnet, durch die einerseits gesundheitsrelevante Belastungen minimiert und andererseits gesundheitsrelevante Ressourcen vermehrt werden sollen (vgl. Rosenbrock 2003: 21). Betriebe haben für Interventionen vor allem den Vorteil, dass sie eine gemischte Altersstruktur ihrer Mitarbeiter aufweisen, so dass auf spezifische Gesundheitsrisiken in verschiedenen Stadien des Lebenslaufs eingegangen werden kann (vgl. Hurrelmann 2000: 167). In Österreich konnte sich dieses Konzept der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ bislang besonders in mittleren und großen Unternehmen erfolgreich bewähren (vgl. BMSG o.J. (Internet): 10).

Die Aufgabe des seit 1996 bestehenden Europäischen Netzwerkes zur „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ ist, alle in den Mitgliedstaaten und der Gemeinschaft zu dem betreffenden Thema zur Verfügung stehenden Informationen allen Interessierten zugänglich zu machen. Getragen wird dieses Europäische Netzwerk von den nationalen Kontaktstellen der Mitgliedsländer (vgl. Burghofer und Meggeneder 1997: 6ff.). Die nationale Kontaktstelle für „Betriebliche Gesundheitsförderung“ in Österreich, die es seit 1996 gibt, ist bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt (vgl. BMSG o.J. (Internet): 10).

Die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sollte als ein integriertes und umfassendes Konzept erstens sowohl die Bedürfnisse der Beschäftigten als auch die des Betriebes berücksichtigen. Zweitens sollte nicht nur das individuelle Gesundheitsverhalten im Sinne der Verhaltensprävention, sondern auch die betriebliche Struktur, die die Gesundheit beeinflusst, im Rahmen der Verhältnisprävention (vgl. Kap. 4.6.2) gefördert werden. Drittens sollte die Gesundheitsförderung idealerweise in die Firmenpolitik einbezogen werden, so dass Gesundheitsförderung Bestandteil der Unternehmenskultur wird (vgl. Hartmann und Traue 1997: 153).

5.7 Projektmanagement für Gesundheitsförderung

Neben den immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen zeigt sich dort auch eine zunehmende Komplexität. Es ist deshalb immer häufiger erforderlich, Gesundheitsförderungsaktivitäten in Form von Projekten abzuwickeln, um damit eine entsprechende Effektivität und Effizienz in definierten Settings zu erreichen. Eine Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten verlangt daher eine zielorientierte, geplante und kontrollierte Vorgehensweise.

Projektmanagement stellt ein immer öfter verwendetes Instrument dar, um komplexe, neuartige, bereichsübergreifende Aufgaben in oder zwischen mehreren Organisationen zu bewältigen (vgl. Grossmann und Scala 2001: 75). Die Projektorganisation sowie die Projektarbeit können dabei eine doppelte Funktion erfüllen: Einerseits erfüllen sie bestimmte Aufgaben und andererseits entwickeln sie die Organisation, in dem sie Einfluss auf die Kultur der involvierten Organisation(en) nehmen. In diesem Sinne können Projekte als „*Instrumente der Organisationsentwicklung*“ (Grossmann 1993: 49) verstanden werden. Nach Sabo (2003d: 186) ist ein Projekt „*ein Vorhaben, das im wesentlichen durch Einmaligkeit der Bedingungen in ihrer Gesamtheit gekennzeichnet ist wie zum Beispiel Zielvorgabe, zeitliche/finanzielle/personelle Begrenzung, Abgrenzung gegenüber anderen Vorhaben, spezifische Organisation*“. Weiters beschreibt Sabo Projektmanagement als „*die Gesamtheit von Führungsaufgaben, Organisation, Techniken und Mitteln für die Abwicklung eines Projektes*“. Demnach hat Projektmanagement die Aufgabe, dass die Ziele eines Projektes oder von Teilprojekten mit den festgelegten personellen, finanziellen, zeitlichen und technischen Rahmenbedingungen erreicht und durch die Projektleitung in Einklang gebracht werden (vgl. Sabo 2003d: 186).

Für Grossmann und Scala (2001: 75) ist Projektmanagement eine angemessene Organisationsform für die Realisierung von Gesundheitsförderung in Betrieben, Schulen, Krankenhäusern, aber auch für die Umsetzung von größeren umwelt- oder lebensstilbezogenen Programmen, in denen unterschiedliche Organisationen und fachliche Ressourcen für eine gemeinsame Handlungsperspektive gewonnen werden müssen. Projektmanagement kann nach Sabo (2003d: 186) auch als „*sozialer Prozess*“ bezeichnet werden, der sowohl von der Qualifikation und Motivation der Beteiligten als auch von Führung und Führungsstil der Projektleitung, aber auch von der jeweiligen Organisationskultur beeinflusst wird.

Ein Projekt erfordert eine abgegrenzte Aufgabenstellung. Eine derartige inhaltliche und organisatorische Abgrenzung kann besonders für Gesundheitsförderungsarbeit sehr hilfreich sein,

da nur so eine entsprechende Organisation möglich ist. Eine Abgrenzung und Definition der Aufgabe ist auch Voraussetzung für die anschließende Auswertung, deren Ergebnisse in die Alltagsroutine der Organisation transferiert werden (vgl. Grossmann 1993: 51ff.) oder in einen weiteren Planungsprozess einfließen können (vgl. Naidoo und Wills 2003: 345).

Neben einer/einem AuftraggeberIn und einem Auftrag braucht ein Projekt eine fachlich kompetente und akzeptierte Projektleitung und ein Projektteam oder Projektteams. Der Auftrag beinhaltet unter anderem, wer an dem Projekt und seinen Ergebnissen Interesse hat, welche Aufgaben in dem Projekt bearbeitet werden sollen, einen zeitlichen Rahmen für das Projekt, die EntscheidungsträgerInnen der involvierten Organisationen, und er gibt auch der Arbeit der Projektmitglieder einen Rahmen und Legitimität für ihre Mitwirkung (vgl. Grossmann 1993: 52ff.).

Die Projektgruppe oder das Projektteam ist der fachliche und sozial-emotionale Träger eines Projekts und bildet die Arbeitsebene einer Projektorganisation. Eine sorgfältige Zusammensetzung der Projektgruppe, deren Mitglieder sich besonders durch persönliche Kooperationsfähigkeit und Teamorientierung auszeichnen, ist ein wichtiges Kriterium für die Projektarbeit. Die folgenden Kriterien sollen helfen, die Frage nach den notwendigen Ressourcen und Mitgliedern zu entscheiden (vgl. Grossmann 1993: 56):

- *Wissenskapital:* Ein Projekt braucht ExpertInnenwissen, das für die Bewältigung der konkreten Aufgabe des Projekts wichtig ist.
- *Entscheidungskapital:* Ein Projekt braucht EntscheidungsträgerInnen, die durch ihre Rollen und Funktion autorisiert sind.
- *Beziehungskapital:* Ein Projekt braucht MitarbeiterInnen mit Anerkennung, guten Kontakten innerhalb der Organisation und informellem Einfluss.
- *Betroffenheitskapital:* Ein Projekt braucht VertreterInnen der AnwenderInnen. Das sind Personen, die das zu lösende Problem aus persönlicher Sicht kennen und persönliches Interesse an der Problemlösung haben.

Ein Projekt, dessen Aufgabe es ist, das Kriterium Gesundheit in die Entscheidungsprozesse eines Systems zu integrieren, besteht aus mehreren Abschnitten, die einen Zyklus bilden und deren Umfang je nach Projekt unterschiedlich ist. Der Zyklus eines Projektes beginnt immer mit der Projektidee und durchläuft als Strukturplan die Phasen der Analyse, Planung, der Re-

alisierung und des Abschlusses (vgl. Sabo 2003d: 186). Diese Phasen, die im Folgenden beschrieben werden, sind zeitlich voneinander abhängig, folgen teilweise zeitlich aufeinander oder überlappen sich (vgl. Sabo 2003d: 187f.):

1. *Situations-/Problembeschreibung*: Das Projektteam versucht die Frage „Wie ist die Situation?“ zu klären, in dem es die für die Projektidee wichtigen Ausgangslagen sowie das Setting, die Zusammenhänge und die Rahmenbedingungen analysiert. Dazu zählt die Klärung, wer an dem Projekt Interesse oder darauf Einfluss haben könnte, wer wann informiert werden und wer an dem Projekt mitarbeiten sollte. Weiters wird überprüft, ob es Erfahrungsberichte von ähnlichen Projekten gibt.
2. *Zielentwicklung*: Mit der Darstellung der gewünschten Eigenschaften der Projektergebnisse sollte die zentrale Fragestellung „Was wollen wir erreichen?“ beantwortet werden. Durch Festlegung der Haupt- und Teilziele wird eine Zielhierarchie dargestellt. Für die Eigenschaften der Ziele kann die sogenannte SMART-Formel eine gute Hilfestellung leisten:
 - **Spezifisch** (klar und verständlich);
 - **Messbar** (festgelegte Kriterien der Überprüfbarkeit);
 - **Aktionsorientiert** (erreichbar durch Aktionen);
 - **Realistisch** (anspruchsvoll, aber erreichbar);
 - **Terminierbar** (kann durch Terminfestlegung die Zielerreichung überprüft werden?).
3. *Projektauslösung*: Sind die ersten beiden Schritte durchgeführt worden, so wird über die Planung und Durchführung des Projektes entschieden. Der Projektstart wird anschließend mit der ersten offiziellen Sitzung, also der „Kick-off-Veranstaltung“, der/des Projektleiterin/s und des Projektteams verbunden. Hier geht es in erster Linie um die Vorstellung der einzelnen Teammitglieder, die Klärung ihrer Rollen, die Festlegung der Spielregeln und die Herstellung eines gemeinsamen Informationsstandes und Sachverständnisses.
4. *Projektplanung*: Diese Phase umfasst mehrere Planungsaufgaben und soll die Fragen „Wer soll was bis wann, wie und mit welchen Mitteln erreichen?“ abdecken. Die „Strukturplanung“ ordnet über eine Analyse der Teilaufgaben die einzelnen externen und internen Aufgaben zu Projektteilen und stellt ihre Beziehung zueinander fest und legt zugleich die Meilensteine, das heißt wichtige Projektschritte, fest. Die „Aufgabenplanung“ legt

fest, welche Aufgaben von wem erfüllt werden sollen und wie danach die „Personalplanung“ auszusehen hat. Weiters legt die „Terminplanung“ die Zeiträume für die einzelnen Vorgänge fest und die „Sachmittel-/Kostenplanung“ die Höhe der Verwendung der Ressourcen. Zum Schluss erfolgt die „Kontrollplanung“, die sämtliche Erfolgs- und Qualitätskriterien sowie die Kontrollverfahren und das Berichtswesen festlegt.

5. *Projektdurchführung*: Nach den Entscheidungen und der Planung wird das Projekt durchgeführt. Die Projektkontrolle überwacht Termine, Qualität und Kosten der Aufgaben und die Projektsteuerung reagiert auf vorhersehbare oder aufgetretene Abweichungen.
6. *Projektabschluss*: Nach Analyse der Feststellungen der Kontrollplanung und der Reaktionen der Projektsteuerung, der Auswertung der Einzelberichte und der Kostenabrechnung wird der Frage nachgegangen „Was haben wir warum mit welchen Mitteln erreicht oder nicht erreicht?“. Im Anschluss daran wird der Gesamtbericht erstellt und damit wird auch das Projekt abgeschlossen und das Projektteam aufgelöst.

Die beschriebenen Anforderungen machen deutlich, dass Projektmanagement für Gesundheitsförderung viel mit Arbeit an Strukturen, Regeln, Arbeitsverfahren sowie mit der Steuerung von sozialen Prozessen zu tun hat. Es handelt sich um eine Tätigkeit, die sich deutlich unterscheidet von dem, was etwa LehrerInnen, ÄrztInnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, BetriebsärztInnen und Ähnliche als Kern ihrer Professionalität sehen und erlernt haben. Organisationen, die Projekte nutzen wollen, sollten deshalb den damit befassten MitarbeiterInnen Qualifikationsmöglichkeiten in dieser Hinsicht ermöglichen (vgl. Grossmann 1993: 59).

5.8 Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung

Der Setting-Ansatz beruht auf der Bedeutung sozialer Systeme und braucht zu seiner Umsetzung Kompetenzen in Organisationsentwicklung. Solche Organisationsentwicklungsprozesse werden meist in dafür eingerichteten Projekten realisiert, was wiederum ein kompetentes Projektmanagement (vgl. Kap. 5.7) erfordert (Grossmann und Scala 2003b: 165).

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist ausgerichtet auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit, die vor allem in und durch Organisationen wie Schulen, Betriebe oder Krankenhäuser geschaffen werden. Diese bilden eine wesentliche physi-

sche und soziale Umwelt für die Menschen (vgl. Grossmann 1993: 43). Grossmann und Scala (2003b: 163) beschreiben die Organisationsentwicklung als den „*geplanten und methodisch durchdachten Wandel von Organisationen und anderen sozialen Systemen*“ wie Gemeinden oder Regionen, die ebenfalls als Netzwerk von Organisationen gesehen werden. Die Verwirklichung einer derartigen organisatorischen Veränderung muss nach Ansicht von Sievers (1993: 36f.) in einem längerfristigen Prozess angestrebt und erarbeitet werden, damit dabei nicht nur die Organisation, sondern auch die darin tätigen Menschen profitieren. Eine weitere Grundvoraussetzung für organisatorische Veränderungen sieht er zum einen darin, dass Organisationsentwicklung nicht von oben verordnet werden kann und zum anderen muss diese von der Gesamtheit der Mitglieder einer organisatorischen Einheit, das heißt den Menschen, die beispielsweise in einem Betrieb oder einer Schule tätig sind, getragen werden. Dies soll durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung erreicht werden. Voraussetzung dafür ist die Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit, die Schaffung von Lernsituationen sowie die Erweiterung von Handlungsspielräumen für die Menschen in Organisationen.

Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung in zweifacher Hinsicht wichtig (vgl. Grossmann und Scala 2003b: 163):

- Als institutionelle Organisationsentwicklung innerhalb von Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung, um deren Effektivität, Effizienz und interne Gesundheitsförderung zu erhöhen;
- Als Methode der Gesundheitsförderung, um die Gesundheit in bestimmten Settings zu entwickeln, zu fördern und zu erhalten.

Nach Grossmann und Scala (2003b: 164) stehen im Rahmen der Organisationsentwicklung für die Gesundheitsförderung vor allem die Differenzierung und der Zusammenhang zwischen Entwicklungsprozessen von Personen und sozialen Systemen im Vordergrund. Einige Prinzipien von systemisch-orientierten Organisationsentwicklungsprozessen sollen hier beschrieben werden (vgl. Grossmann und Scala 2001: 50ff.):

- *Ein soziales System ist keine „Trivialmaschine“*: Ein soziales System reagiert auf Interventionen von außen entsprechend ihren internen Mustern und jeweiligen Zuständen des Systems. Das heißt ob Interventionen von einer Organisation überhaupt wahrgenommen werden und wie es darauf reagiert, kann von außen nicht bestimmt werden und daher auch

nicht prognostiziert werden. Veränderung können somit nicht von einem Ort außerhalb in das System eingeführt, sondern müssen vielmehr von ihr selbst hervorgebracht werden. Das soll aber nicht heißen, eine persönliche und sachliche Veränderungsperspektive durch Gesundheitsförderinnen/er aufzugeben, sondern vielmehr, die Entwicklungsbedingungen von Menschen und sozialen Systemen zu respektieren und daraufhin die eigenen Interventionen auszurichten.

- *Veränderung von sozialen Systemen erfordert Strukturentwicklung und professionelle Rollen:* Organisationsentwicklung als Veränderung von Strukturen meint nicht nur Organigramme und Ablaufstrukturen, sondern auch die Normen, Regeln seitens der Organisation sowie die Verhaltensmuster der Menschen in den Organisationen, die gemeinsam die Kultur einer Organisation ausmachen. Eine Organisationsentwicklung ist nur dann erfolgreich, wenn eine Entwicklung oder Veränderung von Strukturen mit der Schulung von Personen kombiniert wird und daher auch von diesen mit getragen wird. Damit Gesundheitsförderung in einem solchen System Fuß fassen kann, muss dazu eine eigene organisatorische Einheit mit klar beschriebenen Aufgaben und Kompetenzen, einer Ausstattung mit materiellen und personellen Ressourcen sowie ein entsprechendes professionelles Rollenprofil für die dort arbeitende(n) Person(en) entwickelt werden.
- *Soziale Systeme sind nicht von einem Punkt aus zu verändern:* weder von der Spitze der Organisation noch allein von der Basis oder von einzelnen ExpertInnen. Organisationsentwicklung verlangt vielmehr die Einbindung der EntscheidungsträgerInnen, die Nutzung aller Fachressourcen sowie die breite Partizipation der Betroffenen. Die inhaltliche Konzeption der Veränderung und die einzelnen Schritte werden somit von den Beteiligten gemeinsam entwickelt und umgesetzt. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung verlangt also eine Kombination von „top down“ – und „bottom up“ – Strategien. Externe BeraterInnen nehmen hier die Rolle der begleitenden Prozesssteuerung ein.
- *Organisationsentwicklung bedeutet Verändern und Bewahren:* Eine Veränderung von eingespielten Abläufen verursacht unweigerlich Verunsicherung und Konflikte. Für die Betroffenen hat dies eine Neudefinition ihrer Position in der Organisation und ihrer beruflichen Identität zur Folge. Dies erfordert eine um so sorgfältigere Balance zwischen Verändern und Bewahren und entsprechende organisatorische Maßnahmen, um die damit verbundenen Konflikte produktiv zu verarbeiten. Eine Organisation kann in einer be-

stimmten Phase nur ein bestimmtes Maß an Veränderung verarbeiten. In jedem System gibt es vieles, was wert ist, bewahrt zu werden. Wird dieses gemeinsam herausgefunden, so ist es auch leichter, Dinge aufzugeben, die geändert werden sollten. Der Blick muss deshalb gleichzeitig auf das zu Bewahrende und zu Verändernde gerichtet sein.

- *Veränderungen im Inneren verändern den Kontakt nach außen:* Organisationsentwicklung heißt interne Veränderung und Veränderung im Kontakt mit der Außenwelt. Der interne Veränderungsprozess wird nur dann erfolgreich sein, wenn auch die etablierten Verbindungen nach außen zu den kooperierenden Organisationen verändert werden. Beide Prozesse müssen also aufeinander abgestimmt werden. Eine Schule beispielsweise entscheidet sich, eine gesundheitsförderliche Organisation zu werden, so lässt sie im Zuge dessen beispielsweise auch den Schulhof in einen kinderfreundlichen Spielplatz umwandeln, die Stundenpläne modifizieren oder Ähnliches mehr. Zuvor muss sie sich allerdings überlegen, wie sie die Schulbehörde, die LehrerInnengewerkschaft, die Eltern, deren Vertretung sowie die NachbarInnen einbezieht und ihnen die geplanten Veränderungen näher bringt.

Abschließend kann gesagt werden, dass Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen von sozialen Systemen, also Organisationen, und bei den Betreibern die Professionalisierung in Organisationsentwicklung und Projektmanagement erfordert. Der Erfolg dieses Ansatzes hängt daher wesentlich davon ab, inwiefern es gelingt, die für die Umsetzung notwendigen sozialen und organisationsbezogenen Kompetenzen in einer eigenen Rolle zu etablieren und die RollenträgerInnen dafür ausreichend zu qualifizieren (vgl. Grossmann und Scala 2003a: 206).

5.9 Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit

Die 38 Einzelziele des Europäischen Regionalprogramms „Gesundheit für alle 2000“ (1984) wurden auf der Sitzung der WHO im Mai 1998 auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Dieses neue Programm mit dem vollständigen Titel „Gesundheit 21. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Die Gesundheitspolitik für Europa“ (vgl. Trojan und Legewie 2001: 23f.) besteht aus acht Kapiteln. Das für die Gesundheitsförderung zentrale Programm ist Kapitel fünf. Es befasst sich mit Handlungsansätzen vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Die früher getrennten Bereiche der gesundheitsfördernden „Lebensweisen“ und der „Umwelt“ wurden in

diesem fünften Kapitel verknüpft (vgl. Kaba-Schönstein 2003c: 86f.). Dieses Kapitel mit der Überschrift „*Multisektorale Strategie für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit*“ formuliert als Grundsatzziel „*durch Förderung einer gesunden Umwelt und durch Erleichterung gesundheitsbewusster Entscheidungen, die Möglichkeiten für nachhaltige Gesundheit zu schaffen*“ (zit. in: Trojan und Legewie 2001: 24). Der vereinte Abschnitt zu Umwelt und Gesundheit besteht aus folgenden fünf Einzelzielen: „*Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt*“ (Ziel 10), „*gesünder leben*“ (Ziel 11), „*Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden*“ (Ziel 12), „*Settings zur Förderung der Gesundheit*“ (Ziel 13) sowie „*multisektorale Verantwortung für Gesundheit*“ (Ziel 14) (zit. in: Trojan und Legewie 2001: 24f.).

Nach Annahme von Trojan und Legewie soll der im Programm „Gesundheit 21“ genannte Begriff der „nachhaltigen Gesundheit“ vor allem assoziativ die Nähe zum großen Weltprogramm der nachhaltigen Entwicklung, der „Agenda 21“ herstellen. Da die „Agenda 21“ nicht von „nachhaltiger Umwelt“, sondern von nachhaltiger Entwicklung spricht, das heißt unter anderem der Umwelt, könnte man nach Trojan und Legewie auch gleichsinnig besser von „nachhaltiger Förderung der Gesundheit“ sprechen. Zur Überprüfung der Umsetzung des Leitbildes „nachhaltige Gesundheitsförderung“ könnten folgende vier Prüfkriterien angelegt werden (vgl. Trojan und Legewie 2001: 35):

- Sind in allen Politikfeldern Routinen etabliert, die die Gesundheitsverträglichkeit von Maßnahmen und Programmen einschätzen und zu einem Maßstab des Handelns machen?
- Existieren dauerhafte Maßnahmen und Programme, die auf die Senkung von Gesundheitsbedrohungen und die Steigerung von Gesundheitsressourcen ausgerichtet sind?
- Gibt es zukünftige Strukturen für Gesundheitsförderung im Gegensatz zu zeitlich befristeten Projekten und Maßnahmen?
- Sind institutionalisierte Instrumente der Planung, Umsetzung und Qualitätssicherung einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ vorhanden, wie insbesondere Gesundheitsberichterstattung und –folgenabschätzung?

Die „Agenda 21 als Aktionsprogramm für nachhaltige Entwicklung für das 21. Jahrhundert“, welche 1992 auf der „Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung“ in Rio de Janeiro von 178 Staaten verabschiedet wurde, bezieht sich sowohl auf Industrieländer wie auf Entwicklungsländer. Es werden alle für nachhaltige Entwicklung wesentlichen Poli-

tikbereiche behandelt, wobei jedoch die Integration von Umweltaspekten in alle anderen Politikbereiche ein übergeordnetes Ziel darstellt (vgl. Trojan und Legewie 2001: 44). Die Zielvariablen des Konzepts beziehen sich allerdings nicht nur auf den Erhalt von Umweltressourcen, sondern auch auf eine integrierte ökologische, ökonomische sowie soziale Entwicklung (vgl. Trojan und Legewie 2001: 52). In den Zielen sowie in den Umsetzungsstrategien besteht große Übereinstimmung zwischen den globalen Leitkonzepten „Gesundheitsförderung“ und „nachhaltige Entwicklung“. Wichtige Gemeinsamkeiten sind:

- Sie sind Resultat internationaler Konsensbildungsprozesse im Weltmaßstab.
- Sie stellen eine Veränderung sowohl über pragmatische Ziele als auch über global gültige Werte dar.
- In beiden Programmen geht es nicht nur um Fachpolitik für „Gesundheit“ und „Umwelt“, sondern um gesellschaftliche Querschnittsprogramme.
- Als Adressat und Akteur für die Umsetzung beider Programme wird primär das politisch-administrative System von der internationalen bis zur lokalen Ebene angesprochen.
- In beiden Programmen spielen Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit als internationaler und intranationaler Programmpunkt eine herausragende Rolle.
- Beide Programme gehen davon aus, dass die Mitwirkung der Bürger vor Ort bei der Programmumsetzung erforderlich ist, um die erwünschten Wirkungen erzielen zu können.
- Ausgangspunkt für beide Programme sind zwar alarmierende Missstände und Probleme; die Betonung liegt aber trotzdem nicht bei der Gefahrenabwehr, sondern einer „zukunfts-gestaltenden“, „nachhaltigen“ Politik mit längeren Planungs- und Umsetzungszeiten (vgl. Trojan und Legewie 2001: 58).

Neben diesen Gemeinsamkeiten der Programme „Gesundheit für alle“ und „Agenda 21“ sind folgende Unterschiede zu nennen: Das Gesundheitsförderungsprogramm existiert länger, hat mehr Erfahrung in kooperativer Gemeinde- und Organisationsarbeit, hat mehr gemeindebasierte Ansätze entwickelt sowie eine gewisse Erfahrung mit neuen Wegen der Politikentwicklung und von Politikstrategien angesammelt. Die „Agenda 21“ ist breiter in der Philosophie, ist mit einer größeren organisatorischen Basis ausgestattet und scheint mehr Unterstützung durch die Regierungen und vor allem durch die Kommunen zu bekommen (vgl. Trojan und Legewie 2001: 56).

Insgesamt ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung der Leitbilder Gesundheitsförderung und nachhaltige Entwicklung, die sich sowohl auf die Prinzipien als auch auf die Zielsetzungen und Strategien bezieht. Lediglich das Prinzip Gesundheitsförderung ist im Programm der „Agenda 21“ eingeklammert als „Gesundheit“ vermerkt. Dies weist nochmals darauf hin, dass beide Programme hinsichtlich ihrer Bedeutung für Umwelt und Gesundheit als weitgehend deckungsgleich anzusehen sind, obwohl Gesundheitsförderung kein explizites Thema der „Agenda 21“ ist (vgl. Trojan und Legewie 2001: 55). Eine wichtige Begründung für das notwendige Ergänzungsverhältnis beider Leitkonzepte liegt darin, dass das Leitbild nachhaltige Entwicklung im Gegensatz zur Gesundheitsförderung an die abstrakte Verantwortung für künftige Generationen appelliert (vgl. Trojan und Legewie 2001: 53).

5.10 Zum Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung

Häufig wird jenes Problem, das bei der Unterscheidung von präventiven oder gesundheitsfördernden Maßnahmen entsteht, dadurch gelöst, in dem von „Prävention und Gesundheitsförderung“ in einem Atemzug gesprochen wird. In der wissenschaftlichen Literatur hat sich folgende Differenzierung zwischen den zentralen Strategien „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ etabliert:

Gesundheitsförderung und Prävention stehen für gesundheitspolitische Konzeptionen mit unterschiedlichem Ursprung. Der Begriff der Prävention entstammt der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts, als bedingt durch Industrialisierung und Urbanisierung die sozialen Probleme groß und die Möglichkeiten zur Behandlung von Krankheiten noch sehr gering entwickelt waren und wo es in erster Linie galt, Übertragungswege verbreiteter Infektionskrankheiten zu erkennen sowie zu unterbrechen. Dem gegenüber ist das Konzept der Gesundheitsförderung, das an die Lebensbedingungen der Menschen ansetzt, noch sehr jung. Es wurde insbesondere durch das Europäische Büro der WHO und durch den israelitischen Soziologen und Stressforscher Aaron Antonovsky in die gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Diskussion eingebracht (vgl. Waller 2002: 150). Die Identifikation von Ressourcen und Potenzialen sowie deren gezielte Stärkung gewinnen somit an Bedeutung. Gesundheitsförderung bedeutete insofern ursprünglich eine Abkehr von einer nur an der Pathogenese und an Risiken und Risikofaktoren orientierten Perspektive der Gesundheitserziehung und Prävention (vgl. Becker 1997b: 518).

Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt an spezifischen Krankheiten und Störungen. Sie versucht Risikofaktoren zu identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit für einzelne Krankheiten oder gesundheitliches Risikoverhalten erhöhen. Prävention zielt darauf ab, eine Krankheit in den Griff zu bekommen oder besser gesagt, die Krankheit an ihrem Ausbruch zu hindern. Dementsprechend konzentriert sich die (schulische) Prävention auf die sogenannten Risikofaktoren wie Rauchen oder Alkohol. Ein typisches Beispiel sind auch Impfprogramme, die verhindern sollen, dass sich Menschen beispielsweise mit dem Hepatitisvirus infizieren. Ihr Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit sowie die Verhütung oder Reduktion von Krankheiten und Risiken. Damit richtet sie sich an Einzelne oder bestimmte Risikogruppen (vgl. Hascher et al. 2001: 20).

Gesundheitsförderung setzt hingegen bei den Ressourcen an. Diese können dabei in der Person (innere Ressourcen) oder in der Umwelt liegen (äußere Ressourcen). Zielgruppe sind nicht, wie bei der Prävention, Risikogruppen, sondern die gesamte Bevölkerung, also Gesunde und Kranke. Während Präventionsprogramme spezifisch auf bestimmte Krankheiten Einfluss nehmen, wirken Gesundheitsförderungsprogramme unspezifisch. Das heißt, dass oft zugleich mehrere Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens verbessert werden sollen. Jedoch: Wenn durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch Krankheiten oder gesundheitliches Risikoverhalten reduziert werden, so ist das ein gewollter Nebeneffekt, der nicht explizit angesteuert wird. So können beispielsweise schulische Gesundheitsförderungsprogramme, die das Selbstwertgefühl von SchülerInnen steigern, dazu führen, dass nicht nur das Wohlbefinden dieser Gruppe steigt, sondern dass es auch weniger Gewalt auf dem Schulhof gibt oder weniger SchülerInnen zu rauchen beginnen (vgl. Hascher et al. 2001: 20f.).

Häufig wird allerdings die an salutogenen Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung in der Literatur auch als gleichrangige Ergänzung der an pathogenen Risiken orientierten Prävention angesehen. In diesem Sinne schlägt Waller (2002: 155) vor, Gesundheitsförderung und Prävention als „*die beiden grundlegenden Strategien zur Verbesserung beziehungsweise Erhaltung der Gesundheit*“ zu verstehen, wobei sich Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen und Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken beziehen (siehe Abb. 8). Als Methoden zur Umsetzung dieser Strategien nennt Waller Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsselbsthilfe.

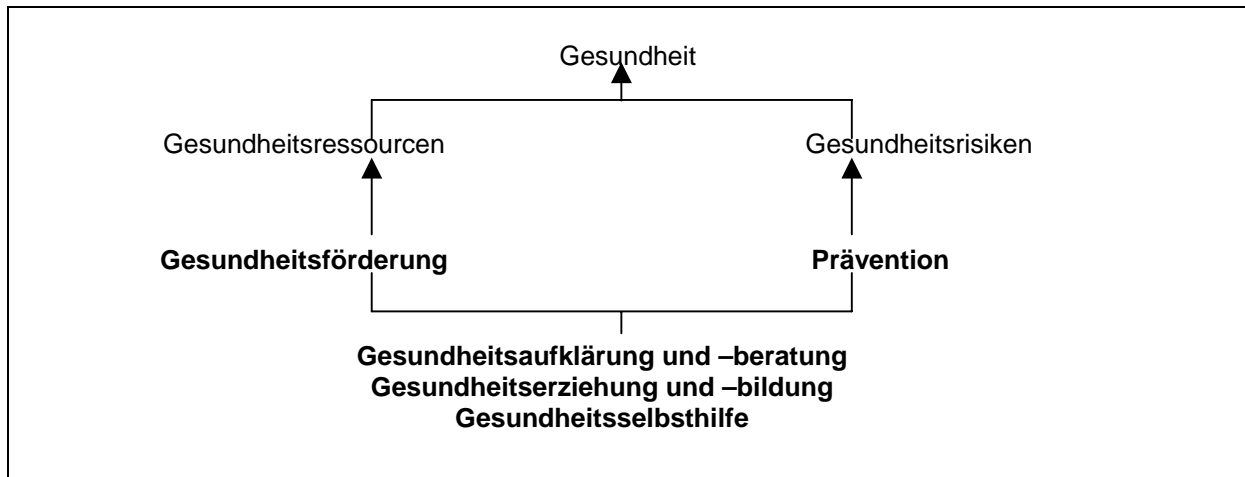


Abb. 8: Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden (aus Waller 2002: 155)

Nach Becker (1997b: 518) wird Gesundheitsförderung auch als Oberbegriff verwendet, der Prävention einschließt. Diese Ansicht, dass eine eindeutige Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention nicht zu erkennen sei, vertritt auch Anderson (1984: 79 zit. in: Waller 2002: 152): *„Es gibt keine scharfe theoretische und noch weniger praktische Abgrenzung zwischen Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung. Allgemein bestehen Überschneidungen zwischen Aktivitäten, die auf Versorgung / Heilung / Vorsorge / Förderung / Lebensqualität ausgerichtet sind. Es ist daher schwierig, zu einer begrenzten Definition der Gesundheitsförderung, die die Krankheitsverhütung ausschließt, zu kommen.“*

Um das Verhältnis der Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ zu klären, kann nach Becker (1997b: 518) die Unterscheidung von Zielen und Methoden herangezogen werden. So vertritt er beispielsweise mit Antonovsky die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, wodurch sich Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf ihre Ziele wie folgt voneinander abgrenzen lassen (siehe Abb. 9):

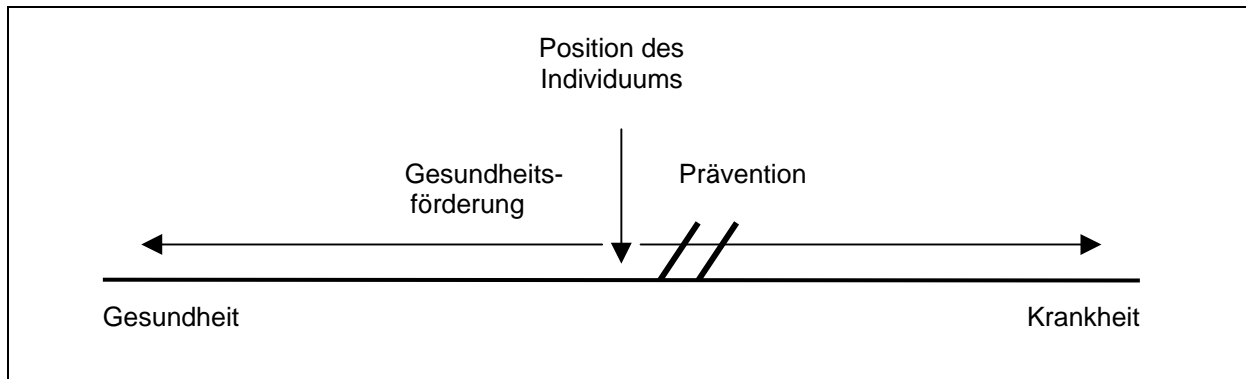


Abb. 9: Veranschaulichung der Ziele "Gesundheitsförderung" und "Prävention" (aus Becker 1997b: 519)

Der Unterschied liegt somit nach Becker (1997b: 519) darin, dass (primäre) Prävention darauf abzielt zu verhindern, dass sich die Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach rechts in Richtung Krankheit verschiebt, während Gesundheitsförderung darauf ausgerichtet ist, die Position eines Individuum nach links in Richtung des Pols „hohe Gesundheit“ zu bewegen. Betrachtet man jedoch die Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung, so wird man viele Gemeinsamkeiten entdecken. Nach Ansicht von Becker bietet es sich an, Gesundheitsförderung als Oberbegriff zu verwenden, der alle geeigneten Maßnahmen umfasst, die darauf abzielen, bei einem Individuum oder in einer Population das Auftreten von Krankheiten zu verhindern und den Gesundheitszustand zu verbessern.

Eine zusammenfassende Gegenüberstellung der verschiedenen Orientierungen in der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention findet sich bei Trojan und Legewie (2001: 37) (siehe Tab. 2):

Gesundheitsförderung	Prävention
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit = positives multidimensionales Konzept • Partizipatorisches Gesundheitsmodell • zielt auf die Bevölkerung mit ihrem gesamten Umfeld • betrifft vielfältige miteinander vernetzte Gesundheitsprobleme • verschiedenartige einander ergänzende Strategien • Ansätze der Befähigung und Unterstützung • Anreize als Maßnahmen • Versuch, Status- und Umweltveränderungen zu erreichen • Notwendigkeit, „Laien“-Organisationen, BürgerInneninitiativen, politische Instanzen von der lokalen bis zur nationalen Ebene einzubeziehen, um das Ziel „Gesundheitsförderung“ zu erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit • medizinisches Modell • zielt hauptsächlich auf Risiko-Gruppen • betrifft eine spezifische Krankheitsentstehung • eindimensionale Strategie • Ansätze direktiven und überzeugenden Charakters • direktive Maßnahmen werden bei Zielgruppen durchgesetzt • individuen- oder gruppenorientiert • präventive Programme als Angelegenheit von Professionellen aus den verschiedenen Gesundheitsberufen

Tab. 2: Konzeptuelle Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung (aus Trojan und Legewie 2001: 37)

Ohne die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung zu verwenden, zeigt die folgende Übersicht von Trojan und Legewie in sehr prägnanter Weise den Unterschied zwischen pathogenetischer, also auf Risiken gerichteter, und salutogenetischer, das heißt auf Ressourcen gerichteter Perspektive (siehe Tab. 3):

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung gesundheitsriskanter Lebensweisen • Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen • Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsformen
Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung gesundheitsschädigender Umwelteinflüsse • Abbau sozialer Konflikte und Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer gesunden Lebens- und Arbeitsumwelt • Aufbau gesundheitsfördernder Institutionen und sozialer Netzwerke

Tab. 3: Gesundheitspotenziale ausschöpfen (aus Trojan und Legewie 2001: 37)

In dieser Darstellung sind die aus der Prävention gebräuchlichen Ansatzmöglichkeiten am Verhalten und an den Verhältnissen integriert. Sie zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention, mit der sie teilweise gleichgesetzt wird. Auch Gesundheitsförderung setzt an Verhältnissen, an sozio-ökonomischen Determinanten der Gesundheit an. Sie gestaltet wie die Verhältnisprävention Bedingungen der Lebens- und Arbeitsumwelt. Dies geschieht mit der Perspektive des Aufbaus von salutogenen Ressourcen und vorwiegend nach dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung und in In-

stitutionen mit Hilfe der Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. Salutogenese und Systemintervention werden daher als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung betrachtet (vgl. Kaba-Schönstein 2003d: 105f.).

Es wird also zunehmend deutlich, dass es in vielen Fällen sinnvoll und wirksam ist, die beiden Orientierungen und Ansätze bewusst zu kombinieren.

5.11 Zusammenfassung

Der Leitbegriff Gesundheitsförderung ist entstanden als Bezeichnung für ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“. Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind Anfang der 1980er Jahre im wesentlichen im Europäischen Regionalbüro der WHO entwickelt worden und 1986 in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zusammengefasst worden. Darin wird definiert, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

So unterschiedlich auch die gesundheitlichen Sichtweisen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind, entsprechend unterschiedliche Ansätze gibt es auch in der Gesundheitsförderung. Dabei sind folgende fünf unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsförderung zu nennen: der medizinische Ansatz; der Ansatz der Verhaltensänderung; der Ansatz der Gesundheitsaufklärung; der Ansatz des „Empowerment“ und der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung. Diese verfolgen jeweils unterschiedliche Zielsetzungen.

Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung zählen beispielsweise die Gesetzgebung zur Reduktion von Gesundheitsbelastungen und zur Unterstützung von Gesundheitshandeln, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie gesundheitsförderliche Strukturmaßnahmen zur Verbesserung von Wohnbedingungen, Arbeitszeiten und Verpflegung in Kantinen. Durch gesundheitspolitische Interventionen sollen die Handlungs- und Wahlmöglichkeiten der Einzelnen erweitert werden und vor allem „die gesündere Wahl zur leichteren Wahl“ gemacht werden.

Gesundheitsförderungsprogramme werden dann positiv angenommen, wenn deren BotschafterInnen von der Zielgruppe auch akzeptiert werden. Jene Personen, die gesundheitsfördernde

Botschaften vermitteln, werden als MultiplikatorInnen bezeichnet. Aufgrund der Vielfältigkeit der Betätigungsfelder für MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung lässt sich kein bestimmter Personenkreis nennen, der für diese Funktion in Frage käme. In Abhängigkeit vom Handlungskontext kann man zwischen formellen und informellen MultiplikatorInnen unterscheiden. Weiters werden MultiplikatorInnen unterschieden in professionelle und nicht professionelle MultiplikatorInnen, bewusst und gezielt handelnde, aber auch als solche, die Inhalte der Gesundheitsförderung einfach kommunizieren und sich ihrer MultiplikatorInnenwirkung nicht bewusst sind.

In der Deklaration von Jakarta taucht erstmals die Feststellung auf, dass Gesundheitsförderung den Aufbau von „sozialem Kapital“ erfordert. Anders als Putnam, der soziales Kapital als kommunale/lokale Ressource versteht, stellt soziales Kapital bei Bourdieu eine Ressource dar, die auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruht. Coleman konzipiert soziales Kapital als Ressource, die zur Verwirklichung eigener Interessen genutzt werden kann.

Als Ort für die Gesundheitsförderung wird die „alltägliche Umwelt“ herausgestellt, „dort, wo die Menschen spielen, lernen und leben“. Damit sind vor allem die lokale Ebene und ihre „Settings“ angesprochen. Im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsförderung zielt der Setting-Ansatz auf Veränderungsprozesse in zwei Bereichen ab. Das sind zum einen regionale Settings wie Städte oder Gemeinden und zum anderen soziale Settings, das heißt Organisationen. Für die Gesundheitsförderungs-Settings Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und Städte wurden seit Mitte der 1980er Jahre in Umsetzung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung umfangreiche internationale sowie nationale Netzwerke aufgebaut.

Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme erfordert viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen von sozialen Systemen und bei den Betreibern die Professionalisierung in Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Der Erfolg dieses Ansatzes hängt wesentlich davon ab, inwiefern es gelingt, die für die Umsetzung notwendigen sozialen und organisationsbezogenen Kompetenzen in einer eigenen Rolle zu etablieren und die RolenträgerInnen dafür ausreichend zu qualifizieren.

Der Begriff der Nachhaltigkeit, der häufig im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung auftaucht, soll vor allem assoziativ die Nähe zum großen Weltprogramm der nachhaltigen

Entwicklung, der „Agenda 21“ herstellen. Diese spricht jedoch nicht von nachhaltiger Umwelt, sondern von nachhaltiger Entwicklung, das heißt sozialer einschließlich gesundheitlicher, ökonomischer und ökologischer Entwicklung. Gleichsinnig würde man besser von „nachhaltiger Förderung der Gesundheit“ sprechen.

In der wissenschaftlichen und politischen Diskussion der letzten Jahre hat sich die Sichtweise verbreitet, dass sich Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden in der grundsätzlichen Orientierung an salutogenen Ressourcen, die gestärkt und gefördert werden durch Gesundheitsförderung oder an pathogenen Risiken und Belastungen, die gemindert oder beseitigt werden durch Prävention. Trojan und Legewie haben den Unterschied einer salutogenen Orientierung, die Ressourcen aufbaut und einer pathogenen Orientierung, die Risiken reduziert, einleuchtend gegenübergestellt und als sich ergänzende Möglichkeiten des Ausschöpfens von Gesundheitspotenzialen dargestellt (siehe Tab. 3 in Kap. 5.10). In dieser Darstellung sind die aus der Prävention gebräuchlichen Ansatzmöglichkeiten am Verhalten und an den Verhältnissen integriert. Sie zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention, mit der sie teilweise gleichgesetzt wird. Auch Gesundheitsförderung setzt an Verhältnissen, an sozio-ökonomischen Determinanten der Gesundheit an. Sie gestaltet wie die Verhältnisprävention Bedingungen der Lebens- und Arbeitsumwelt.

6 Theorien des Gesundheitsverhaltens und -handelns

Die bisher dargestellten Theorien (vgl. Kap. 3) suchen eine Antwort auf die Frage „Wie entsteht Gesundheit?“ Eine weitere Gruppe von Theorien bezieht sich auf Verhaltens- oder Handlungsweisen, die ausdrücklich der individuellen Prävention von Gesundheitsrisiken und der Gesundheitsförderung dienen sollen. Die Theorien wurden teilweise im Rahmen von Präventionsprogrammen mit der Zielsetzung entwickelt, die Ansatzpunkte für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme auf der Verhaltensebene zu spezifizieren. Einen Überblick über die verschiedenen Modelle geben Schwarzer (1992), Faltermaier (1994), Dlugosch (1994b) sowie Stroebe und Stroebe (1998).

Die Mehrzahl der Gesundheitsverhaltenstheorien geht von einem kognitiven oder lerntheoretischen Verhaltensmodell aus. Das heißt das Individuum trifft in Abhängigkeit von wahrgenommenen Gesundheitsrisiken und Handlungsmöglichkeiten aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse eine rational begründete Entscheidung für die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Trojan und Legewie 2001). Die bekanntesten Modelle sollen in den Kapiteln 6.1 bis 6.4 beschrieben werden.

6.1 Health Belief Model – Modell der gesundheitlichen Überzeugung

Die ursprüngliche Fassung des Health Belief Modells wurde von den Sozialpsychologen Hochbaum, Kegeles, Leventhal und Rosenstock, die im öffentlichen Gesundheitswesen der USA tätig waren (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 143), in den 1950er Jahren entwickelt (vgl. Seibt 2003b: 150), um die Teilnahme amerikanischer Bürger an medizinischen Vorsorgemaßnahmen zu erhöhen (vgl. Dlugosch 1994b: 106). Es stellt eines der frühesten Modelle zur bewusst-vorsätzlichen Veränderung des Gesundheitsverhaltens dar. Die Entwicklung erfolgte aufgrund der Fragestellung, ob regelhafte Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten dazu motivieren oder daran hindern, an Vorsorgeuntersuchungen oder Screening-Kampagnen wie Impfungen oder Krebsvorsorge teilzunehmen (Seibt 2003b: 150). Die sozialpsychologischen Voraussetzungen dieses Modells liegen nach Seibt (2003b: 150) darin, „*dass Menschen rational handeln und den Wunsch haben, Krankheiten zu vermeiden oder bei vorhandener Krankheit wieder gesund zu werden, wenn sie davon überzeugt sind, persönlich etwas dafür tun zu können, was mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die drohende Krankheit oder die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit verhindert*“.

Zur Vorhersage des Vorsorgeverhaltens und des Aufsuchens medizinischer Beratung und Behandlung sowie der Compliance wurden kognitiv-soziale Variablen ermittelt und auf vier Faktoren reduziert (vgl. Schwarzer 1992: 42). Diese machen zusammen die Bereitschaft zum individuellen Handeln aus (siehe Abb. 10):

- *Subjektiv wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit, Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit (perceived susceptibility)*: Nur wer sich selbst gegenüber Erkrankungen für verwundbar hält, wird eher geneigt sein, sich präventiv zu verhalten oder gesundheitlichen Anweisungen Folge zu leisten (vgl. Seibt 2003b: 150f.) Nach Schwarzer (1992: 42) unterschätzen viele Menschen offenbar ihre Anfälligkeit für Krankheiten und unterlassen auch deshalb die erwünschten Gesundheitsverhaltensweisen.
- *Schweregrad der Krankheit oder der Folgen (perceived severity)*: Selbst wenn die Verwundbarkeit als relativ hoch angesehen wird, kann die Konsequenz als akzeptabel eingeschätzt werden. Etwa könnte sich jemand denken: „Wenn ich mich infizieren würde, dann gibt es ja Medikamente dagegen“ (Seibt 2003b: 150). Auch werden langfristige Konsequenzen einer zukünftigen Erkrankung gegen die jetzt anstehenden teuren Arztbesuche oder die jetzt zu erleidenden Schmerzen abgewogen (vgl. Seibt 2003b: 150f.).
- *Vorteile oder Nutzen (benefits)*: Erst wenn wirksame Gegenmaßnahmen zur Verfügung stehen, welche es ermöglichen, der Krankheit vorzubeugen oder sie erfolgreich zu behandeln, wird aufgrund einer Kosten-Nutzen-Abwägung die weitere Vorgehensweise entschieden, die die Betroffenen für am effektivsten halten (vgl. Schwarzer 1992: 42).
- *Barrieren (barriers)*: Beispiele für Aspekte, die den oben genannten Vorteilen gegenüberstehen und als negativ empfunden werden, sind etwa soziale oder finanzielle Kosten, medizinische Gefahren oder Nebenwirkungen von Behandlungen (vgl. Seibt 2003b: 151).

Die subjektiv empfundene Krankheitsanfälligkeit sowie der subjektiv empfundene Schweregrad der Krankheit bilden zusammen die subjektive Bedrohung. Eine positive Bilanz des Nutzens gegen die Barrieren zeigt den Weg auf, für den sich die Einzelnen entscheiden (vgl. Seibt 2003b: 151).

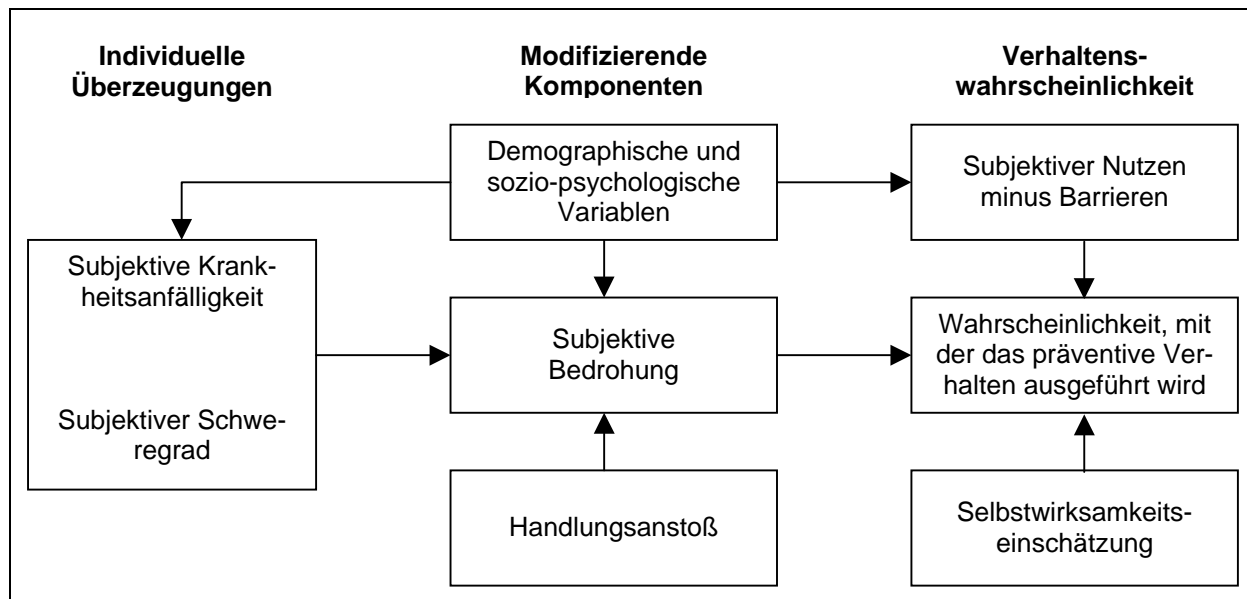


Abb. 10: Komponenten des Modells der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model (aus Seibt 2003b: 150)

Im Laufe der Jahre wurde das Modell durch drei sogenannte modifizierende Komponenten ergänzt (vgl. Seibt 2003b: 151):

- Der *Handlungsanstoß* (*cues to action*) wird durch interne oder externe Reize ausgelöst. Als derartige verhaltensbeeinflussende Faktoren nennt von Troschke (1998: 378) beispielsweise Aufklärungsmaßnahmen, Ratschläge oder Unterstützung durch Familie und andere Bezugsgruppen, Krankheiten in der Familie oder im Bekanntenkreis.
- *Demographische, sozialpsychologische Variablen* wie Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit oder sozialökonomischer Status.
- Die *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* ist definiert als die Einschätzung der eigenen Kompetenz, eine Handlung auch durchführen zu können.

Aus historischer Sicht stellt das Modell einen ersten Versuch dar, ein allgemein gültiges Verständnis dafür zu erlangen, wie mit Hilfe von Theorie-geleiteten Strategien an die Bevölkerung herantreten werden kann. Der größte Verdienst dabei war, den Gesundheitsbehörden ein Instrument in die Hand zu geben, damit diese die besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen darin unterstützen konnten, durch Vorsorgeverhalten Krankheiten zu verhindern (vgl. Seibt 2003b: 152).

Der große Nutzen des Modells liegt heute vor allem darin, dass es auf relativ einfache Art die Bedeutung individueller Wahrnehmungen über Gesundheit und die Kosten-Nutzen-Relation veranschaulicht (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 22). Das Modell erweist sich am nützlichsten, wenn es dafür angewendet wird, wofür es ursprünglich entwickelt worden ist, nämlich in erster Linie für das traditionelle Vorsorgeverhalten wie Impfungen oder Screenings. Weniger nützlich erwies es sich bei langfristigeren, komplexeren und sozial bestimmten Verhaltensweisen wie im Umgang mit Tabak oder Alkohol (vgl. Seibt 2003b:152). Ebenfalls wenig empirische Bestätigung fand das Health Belief Modell beispielsweise im Zusammenhang mit Untersuchungen der Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 144). Seibt (2003b: 152) sieht den Nachteil dieses Modells darin, dass es nur auf jene Gesundheitsverhalten begrenzt ist, die durch subjektive Überzeugungen und Wahrnehmungen erklärt werden können und dass Einflüsse wie soziale, ökonomische und andere Umweltbedingungen nur als modifizierende Komponenten berücksichtigt werden.

6.2 Theory of Reasoned Action (REACT) – Theorie rationalen Handelns & Theory of planned behavior – Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des rationalen Handelns, die auch mit Theorie der Handlungsveranlassung und Theorie des bewussten Verhaltens übersetzt wird (vgl. Seibt 2003c: 231), wurde Mitte der 1960er Jahre von Ajzen und Fishbein zur Erklärung menschlichen Verhaltens, welches gemäß ihren Annahmen „frei“ gewählt werden kann, entwickelt (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 23). Sie versucht, aus den Abhängigkeiten zwischen Überzeugungen, Einstellungen, Intentionen und Verhalten Vorhersagen abzuleiten, inwieweit Menschen ein bestimmtes Verhalten durchführen werden oder nicht (vgl. Seibt 2003c: 231). Die Grundannahme dieser Theorie basiert darauf, dass Menschen in der Regel rational denken und unter klar vorgegebenen Sachverhalten vorhersehbare Entscheidungen treffen. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen der Intention, ein Verhalten auszuführen und dem Verhalten selbst eine Abhängigkeit besteht. Damit ist die Absicht zu handeln der direkteste Bestimmungsgrund für ein Verhalten. Alle anderen das Verhalten beeinflussenden Faktoren werden durch Intention vermittelt (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 23).

Ajzen und Fishbein zufolge resultieren Handlungs-Intentionen der Menschen zum einen aus subjektiven Normvorstellungen, zum anderen aus den Einstellungen gegenüber dem Verhalten (vgl. Dlugosch 1994b: 108), die gemeinsam eine Verhaltensabsicht bilden (vgl. Naidoo

und Wills 2003: 224). Die subjektiven Einstellungen beziehen sich in diesem Fall auf die Überzeugung, dass mit einem bestimmten Verhalten das gewünschte Ergebnis erreicht und dass dieses Verhalten der Gesundheit nützen wird. Die subjektiven Normen werden hingegen von dem bestimmt, was jemand glaubt, was die Anderen von ihm oder von ihr erwarten und von der Motivation des Einzelnen, diesen Erwartungen auch zu entsprechen (Nutbeam und Harris 2001: 23).

Das menschliche Verhalten befindet sich jedoch nicht immer im Einklang mit seinen Absichten (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 23). So erweiterten Ajzen und Fishbein die Verhaltensvorhersage um einen weiteren Schritt, in dem sie aufzeigten, dass es die kurzzeitigen Konsequenzen des Verhaltens sind, die am stärksten die Einstellungen gegenüber dem Verhalten vorhersagen und dass die subjektiven Normen am stärksten von wichtigen Anderen wie Peer-Groups beeinflusst werden (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 24). Besonders durch die Bedeutung sozialer Normen, die den Haupteinflussfaktor auf das Verhalten des Einzelnen hervorhebt, unterscheidet sich das Modell der gesundheitlichen Überzeugung (Health Belief Model) von der Theorie des rationalen Handelns (vgl. Naidoo und Wills 2003: 224).

Ajzen und Madden haben Anfang der 1990er Jahre der ursprünglichen Theorie einen dritten Faktor hinzugefügt: die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (siehe Abb. 11). Diese meint das Ausmaß der selbst eingeschätzten Kontrollierbarkeit und Kompetenz (vgl. Seibt 2003c: 231). Die Handlungsabsichten von Personen vergrößern sich demnach entscheidend, wenn sie meinen, dass sie größere Kontrolle über ihr Verhalten haben und dies auch durch die in einer bestimmten Situation wahrgenommenen Entscheidungsmacht vermitteln. Durch diese Ergänzung, dass es neben der direkten Verhaltenssteuerung durch die Individuen viele weitere Faktoren gibt, die deren Fähigkeit prägen, sich in einer gewünschten Weise zu verhalten, schlug Ajzen daher vor, die Bezeichnung der „Theorie rationalen Handelns“ in „Theorie des geplanten Verhaltens“ (theory of planned behavior) umzubenennen (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 24f.).

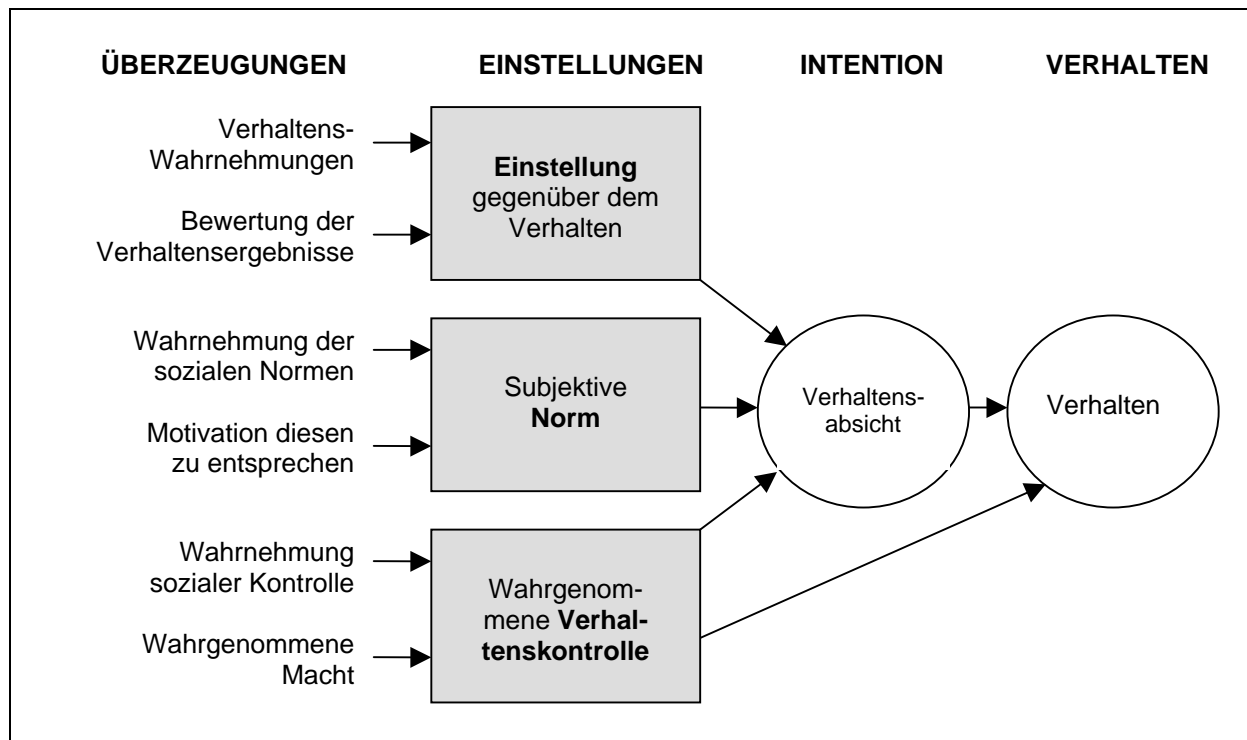


Abb. 11: Hauptelemente der Theorie des bewussten Verhaltens (aus Nutbeam und Harris 2001:24; Dlugosch 1994b: 109)

Dieses Modell erwies sich als nützlich bei der Identifizierung all jener Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen und somit als Ziele für Programme ausgewählt werden könnten. Dabei ist es vor allem dann am erfolgreichsten, wenn alle seine Elemente berücksichtigt werden (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 25). Einschränkend muss allerdings beachtet werden, dass strukturelle oder kulturelle Elemente nicht explizit beachtet oder diese als bereits in den Handlungen und deren Bewertung implizit vorhanden angenommen werden (vgl. Seibt 2003c: 232).

6.3 Social Learning Theory – Soziale Lerntheorie & Social Cognitive Theory - Sozialkognitive Gesundheitsverhaltenstheorie

Die soziale Lerntheorie, die auf der klassischen Lern- und Verhaltenstheorie basiert und deren Konstrukte unterschiedlichen Theorien der Verhaltens- und Sozialpsychologie entstammen, wurde durch Beiträge mehrerer Forscher entwickelt (vgl. Seibt 2003d: 207). In Bezug auf die Anwendung für die Gesundheitsförderung war jedoch Albert Bandura der Einflussreichste (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 30). Die soziale Lerntheorie erklärt, wie Menschen lernen, insbesondere aber, wie sie sich verhalten lernen (vgl. Seibt 2003d: 207). Von vielen wird sie als die kompletteste Theorie gesehen, die gegenwärtig in der Gesundheitsförderung ange-

wandt wird, da sie sich nicht nur mit den Determinanten des Gesundheitsverhaltens, sondern auch mit den Methoden zu deren Änderung befasst (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 30).

Die soziale Lerntheorie beschreibt, wie sich die drei Determinanten Person, Verhalten und Umwelt gegenseitig bedingen und beeinflussen. Dieses Prinzip wird als reziproker Determinismus (siehe Abb. 12) bezeichnet (vgl. Seibt 2003d: 207). Dieser beschreibt die ständig interaktiv aufeinander wirkenden

- persönlichen kognitiven, affektiven und biologischen *Determinanten einer Person*,
- *Verhaltensdeterminanten*, also das Handeln und die Aktionen dieser Person sowie
- Einflüsse, die aus der sozialen oder der physischen *Umwelt* auf diese Person einwirken und oder die von dieser Person ausgehen.

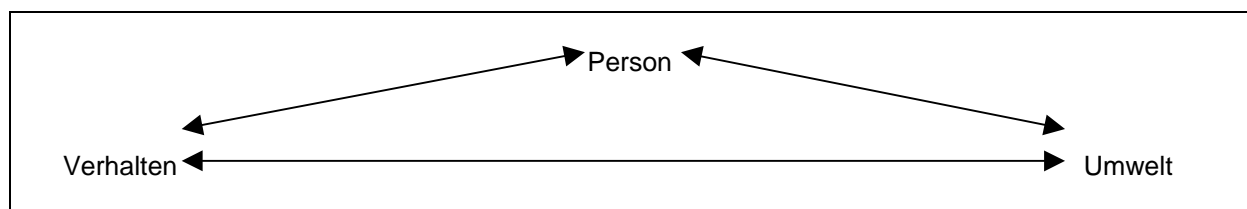


Abb. 12: Schema des reziproken Determinismus (aus Bandura 1979: 201)

Von diesem Grundverständnis ausgehend führt Seibt (2003d: 207) an, wie beispielsweise gesundes Ernährungsverhalten einerseits durch persönliche Komponenten wie individuelle Einstellungen oder Gewohnheiten (Person) beeinflusst wird, andererseits beispielsweise die Fertigkeit darauf Einfluss nimmt, beim Kauf gesündere von weniger gesunden Nahrungsmitteln zu unterscheiden und auch zubereiten zu können (Verhalten). Außerdem spielt eine Rolle, ob und wie bestimmte Waren wie fettarme Produkte gesellschaftlich akzeptiert sind und ebenso die Verbreitung und Zugänglichkeit dieser Waren (Umwelt).

Dieser Zusammenhang zwischen Verhalten und Umwelt wurde später von Bandura durch eine Reihe von personalen kognitiven Faktoren ergänzt, die einen dritten Bestandteil dieser Beziehung ausmachen. Diese Erweiterung führte dazu, die „Theorie sozialen Lernens“ in „Sozialkognitive Theorie“ umzubenennen. Zu den wichtigsten kognitiven Erwartungshaltungen werden gezählt (vgl. Seibt 2003d: 207f.):

- *Das Lernen durch Beobachtung:* des Verhaltens Anderer und dessen Ergebnis.
- *Verhaltensfähigkeit:* meint das Wissen darüber, was das Verhalten ist und die Fertigkeit zu dessen Durchführung. Bandura unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Lernen (im Sinne von Wissen und Erkenntnis) und Ausführung.
- *Konsequenzerwartung:* ist die Erwartung der Wirkung des eigenen Verhaltens auf das Ergebnis.
- *Ergebniserwartung:* sind antizipierte Konsequenzen eines Verhaltens. Menschen entwickeln aufgrund früherer Erfahrungen Erwartungen über die Ergebnisse ihres Verhaltens, bevor sie dieses nochmals ausführen.
- *Selbstwirksamkeitsüberzeugung:* meint die Einschätzung der eigenen Fähigkeit und die Möglichkeit, ein selbst-gesetztes oder beobachtetes Leistungsniveau zu erreichen, aber auch die subjektive Überzeugung, in der Lage zu sein, ein Verhalten erfolgreich durchzuführen.

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung (self-efficacy), welche auch als Handlungskompetenz, Eigenkompetenz, Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartung übersetzt werden kann, ist ein Konstrukt, das auch in anderen Theorien vorkommt wie im Modell der Gesundheitsüberzeugung (Health Belief Model) oder in der Theorie des rationalen Handelns (Theory of Reasoned Action). Da sich das Konzept der Selbstwirksamkeitsüberzeugung in unterschiedlichen Situationen als sehr bedeutsam erwiesen hat, ist teilweise auch von einer eigenen Self-efficacy-Theorie die Rede (vgl. Seibt 2003d: 207). Der Grad der Eigenkompetenz wird als die wichtigste Voraussetzung für Verhaltensänderungen angesehen und beeinflusst, wie viel Aufwand in diese und deren Ergebnis investiert wird. Die Förderung der Eigenständigkeit ist daher eine wichtige Maßnahme zur Erreichung von Verhaltensänderungen (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 31f.).

Dieses Konstrukt der wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Einzelnen, seinem Verhalten und der Umwelt weist darauf hin, dass für Lösungen von Gesundheitsproblemen nicht nur das Verhalten, sondern auch dessen soziales Umfeld miteinbezogen werden sollte. Die soziale Lerntheorie soll helfen, die verschiedenen Ebenen zu verstehen, auf denen ein Programm zur Gesundheitsförderung arbeiten muss (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 32f.). Die soziale Lerntheorie ist außerdem eine der Grundlagen des pantheoretischen Modells, welches als Planungshilfe für die Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsprogrammen in Großgruppen wie in Schulen oder Betrieben entwickelt wurde (vgl. Seibt 2003d: 208).

6.4 Stages of Change Model – Transtheoretisches Modell der Stadien der Veränderung

Dieses Modell der Stadien der Veränderung wurde von der Forschergruppe um Prochaska und Di Clemente in den 1980er Jahren entwickelt. Es integriert die Prinzipien unterschiedlicher theoretischer Konzepte wie der Lerntheorie oder der interaktionistischen Theorie und wird daher auch als „transtheoretisches“ Modell bezeichnet. Das Modell der Stadien der Veränderung geht von der Annahme aus, dass eine Änderung im Verhalten, besonders auch im Gesundheitsverhalten (vgl. Hurrelmann 2000: 116) ein Prozess und nicht ein Ereignis ist, und dass der Grad der Motivation und die Bereitschaft zu einer Veränderung bei Individuen unterschiedlich ist (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 26f.). Diesem Modell zufolge durchlaufen Menschen typischerweise fünf Phasen, um ein ihrem eigenen Willen unterworfenen, bislang regelmäßig durchgeführtes Verhalten zu verändern oder zu beenden und ein neues Verhalten anzufangen und stabil beizubehalten (vgl. Seibt 2003f: 233). Das Modell der Stadien der Veränderung unterscheidet sich vom Modell der gesundheitlichen Überzeugung und von der Theorie des rationalen Handelns darin, dass es im Prinzip beschreibt, „wie“ Menschen ihr Verhalten ändern und nicht, „warum“ sie es tun oder nicht. Der Prozess der Verhaltensänderung unterscheidet folgende fünf grundlegende Stufen, die aufeinanderfolgend durchlaufen werden (vgl. Naidoo und Wills 2003: 233): „Erstbetrachtung“, „Erwägung“, „Vorbereitung zur Veränderung“, „Durchführung der Veränderung“ sowie „Beibehaltung der Veränderung“. Diese Phasen werden in relativ vorhersagbarer Weise durchlaufen:

- *Erstbetrachtung*: Individuen, die sich in diesem Stadium befinden, ziehen noch keine Änderung ihrer Lebensweisen in Erwägung und sehen auch noch keine potenziellen Gefahren durch ihr Gesundheitsverhalten. Erst ein Problembewusstsein führt sie vielleicht in das nächste Stadium (vgl. Naidoo und Wills 2003: 230).
- *Erwägung*: Auf dieser Stufe haben Menschen grundsätzlich die Absicht, ihr Verhalten innerhalb der nächsten Zeit zu verändern. Sie sind sich hier sowohl der Vorteile als auch der Nachteile einer Verhaltensänderung bewusst. Dieser Zustand des Abwägens von Kosten und Nutzen kann sich über mehrere Jahre hinziehen (vgl. Hurrelmann 2000: 116).
- *Vorbereitung zur Veränderung*: Wird sowohl der wahrgenommene Nutzen größer eingeschätzt als der damit verbundene Aufwand als auch die Veränderung als machbar gesehen,

so ist der Einzelne zur Veränderung bereit und sucht eventuell nur noch nach einer zusätzlichen Unterstützung (vgl. Naidoo und Wills 2003: 230).

- *Durchführung der Veränderung:* Diese Stufe ist durch die Einleitung und Durchführung von effizienten und signifikanten Verhaltensänderungen charakterisiert. Als „signifikant“ werden alle jene Handlungen bezeichnet, die aufgrund von wissenschaftlichen Erkenntnissen das jeweilige Krankheitsrisiko nachhaltig vermindern (vgl. Hurrelmann 2000: 117). Kennzeichen dieses Stadiums sind ein klares Ziel, ein realistischer Plan sowie Unterstützungen und Belohnungen (vgl. Naidoo und Wills 2003: 230).
- *Beibehaltung der Veränderung:* In dieser Phase geht es darum, das neue Verhalten beizubehalten und somit eine gesündere Lebensweise zu praktizieren. Wird diese Beibehaltung des neuen Verhaltens allerdings als schwierig empfunden, so besteht die Gefahr, wieder in irgendeines der vorangegangenen Stadien zurückzufallen (vgl. Naidoo und Wills 2003: 230).

Das Modell geht von der Annahme aus, dass zwar nur wenige Individuen in systematischer Reihenfolge diese Stufen durchlaufen, aber früher oder später durchlaufen sie alle diese Phasen. Dies ist für viele Gesundheitsberufe insofern hilfreich, da ihnen damit bewusst wird, dass ein „Rückfall“ bei einer/einem Klientin/en kein Versagen bedeutet, sondern dass die Bewegung in diesem Kreislauf der Veränderung sowohl vorwärts als auch rückwärts erfolgen kann (vgl. Naidoo und Wills 2003: 230f.). Menschen können in jeder Phase unbegrenzt lange verbleiben. Sie unterscheiden sich jedoch darin, wie schnell sie die jeweilige Phase durchlaufen, wobei ein Rückfall in vorherige Phasen immer möglich ist (vgl. Seibt 2003f: 234). Das Modell muss zirkulär und nicht linear betrachtet werden, das heißt man kann an jedem Punkt ein- oder austreten und es ist genauso anwendbar für Menschen, die Veränderungen von selbst initiieren sowie für solche, die auf Ratschläge der Gesundheitsfachleute hören (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 27).

Das Vorrücken von einer Stufe zur nächsten ist von verschiedenen Veränderungsparametern des Verhaltens abhängig. Während in den frühen Stufen eher kognitive, affektive oder evaluative Prozesse bedeutsam sind, sind in den späteren Stufen eher das Engagement der Menschen selbst sowie Unterstützung aus der Umwelt für das Weiterkommen in eine nächste Phase von Bedeutung. Für VermittlerInnen von Gesundheitsprogrammen bedeutet das, sich stets

zu verdeutlichen, zu welchem Zeitpunkt es sinnvoll ist, eine bestimmte Strategie anzuwenden (vgl. Hurrelmann 2000: 117f.).

Dieses Modell ist besonders bei der Planung von Gesundheitsprogrammen sowohl für Individuen als auch für Gruppen nützlich, da es aufzeigt, wie durch unterschiedliche Veränderungsparameter die Interventionen beeinflusst werden können. Durch diese Konzentrierung auf Veränderungsprozesse ist es von besonderem Nutzen für die Gesundheitsförderung (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 27ff.).

6.5 Zusammenfassung

Theorien des Gesundheitsverhaltens und –handelns beziehen sich auf bewusste Handlungsweisen, die den Erhalt von Gesundheit zum Ziel haben. Beispielhaft wurden das „Health Belief Modell“, die „Theorie rationalen Handelns“ und die „Theorie des geplanten Verhaltens“, die „Soziale Lerntheorie“ und die „Sozialkognitive Gesundheitsverhaltenstheorie“ sowie das „Transtheoretische Modell der Stadien der Veränderung“ beschrieben, die nachfolgend zusammengefasst dargestellt werden sollen:

- Das *Health Belief Modell* stellt eines der frühesten Modelle zur bewusst-vorsätzlichen Veränderung des Gesundheitsverhaltens dar. Die Wahrscheinlichkeit für das Befolgen präventiver Maßnahmen wird als Folge der wahrgenommenen Anfälligkeit für eine Krankheit, der empfundenen Bedrohlichkeit und der wahrgenommenen Vorteile der Vorbeugemaßnahmen gesehen.
- Die *Theorie des rationalen Handelns* wurde Mitte der 1960er Jahre von Ajzen und Fishbein zur Erklärung des menschlichen Verhaltens, welches gemäß ihren Annahmen „frei“ gewählt werden kann, vorgestellt. In dieser Theorie nimmt die Intention den wichtigsten Stellenwert zur Erklärung von gesundheitsbezogenen Handlungen sowie deren Veränderungen ein. Ihren Annahmen zufolge resultieren Handlungs-Intentionen zum einen aus subjektiven Normen, zum anderen aus den auf die jeweilige Verhaltensweise bezogenen Einstellungen. Ajzen und Madden haben Anfang der 1990er Jahre der ursprünglichen Theorie einen dritten Faktor hinzugefügt: die wahrgenommene Verhaltenskontrolle. Diese Erweiterung führte zur Umbenennung in *Theorie des geplanten Verhaltens*.

- Die *Soziale Lerntheorie* erklärt, wie Menschen lernen, insbesondere aber, wie sie sich verhalten lernen. Diese Theorie wurde auf dem Verständnis der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt aufgebaut. Dieser Zusammenhang zwischen Verhalten und Umwelt wurde später von Bandura durch eine Reihe von personalen kognitiven Faktoren ergänzt, die einen dritten Bestandteil dieser Beziehung ausmachen. Diese Erweiterung führte dazu, die *Theorie sozialen Lernens* in *Sozialkognitive Theorie* umzubenennen.
- Das *Transtheoretische Modell der Stadien der Veränderung* geht von der Annahme aus, dass eine Änderung im Verhalten, besonders auch im Gesundheitsverhalten ein Prozess und nicht ein Ereignis ist, und dass der Grad der Motivation und die Bereitschaft zu einer Veränderung bei Individuen unterschiedlich sind. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen typischerweise fünf Phasen, um ein ihrem eigenen Willen unterworfenen, bislang regelmäßig durchgeführtes Verhalten zu verändern oder zu beenden und ein neues Verhalten anzufangen und stabil beizubehalten. Das „Modell der Stadien der Veränderung“ unterscheidet sich vom „Modell der gesundheitlichen Überzeugung“ und von der „Theorie des rationalen Handelns“ darin, dass es im Prinzip beschreibt, „wie“ Menschen ihr Verhalten ändern und nicht, „warum“ sie es tun oder nicht.

7 Modelle der Gesundheitsförderung

Bei den Modellen der Gesundheitsförderung handelt es sich in der Regel um praxisorientierte Modelle zur konkreten Planung allgemeiner oder spezieller Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dazu wurde einerseits das „Precede-Proceed Modell“, welches der Planung von Gesundheitsförderungsprogrammen dient (Kap. 7.1) und andererseits ein „Modell zur Verbreitung von Innovationen“ ausgewählt, das auch als „Diffusionstheorie“ (Kap. 7.2) bezeichnet wird.

7.1 Das Precede-Proceed Planungsmodell

Das am weitesten verbreitete und akzeptierte Gesundheitsförderungsmodell ist das Planungsmodell von Green, Kreuter, Deeds und Partridge, das unter der Abkürzung Precede bekannt geworden ist. Precede steht für „Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes for Educational Diagnosis and Evaluation“ (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 149). Dieses Modell wurde in den 1990er Jahren mit der Modellbezeichnung Proceed erweitert. Proceed ist eine Zusammenfassung der Anfangsbuchstaben der englischen Begriffe „Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development“ und wird mit „fortfahren“ übersetzt. Das gesamte Modell ist heute als Precede-Proceed Modell bekannt (siehe Abb. 13) (vgl. Seibt 2003a: 182).

Der Schwerpunkt dieses Modells als Analyseinstrument liegt in der Programmplanungsphase. Das Precede-Proceed Modell basiert auf Erkenntnissen der Epidemiologie und der Biomedizin, der Sozial-, Verhaltens-, Erziehungs- und Politikwissenschaften sowie der Gesundheitssystemforschung. Das Modell geht davon aus, dass Gesundheit und Gesundheitsrisiken nur durch multisektorale und multidimensionale Anstrengungen beeinflusst werden können. Wichtigste Prämisse des Modells ist, dass erfolgreiche Veränderungen durch die Partizipation von Mitgliedern einer Zielgruppe verstärkt werden, da sie die Probleme selbst auswählen und die Ziele selbst bestimmen sowie Lösungen selbst entwickeln und implementieren. Ausgehend von den angestrebten Ergebnissen setzen die PlanerInnen sich „rückwärts“ gerichtet mit den Einflüssen auseinander, welche zum gewünschten Ergebnis führen. Das soll verhindern, dass bei der Planung von Interventionen die Ziele aus den Augen verloren gehen (vgl. Seibt 2003a: 180ff.).

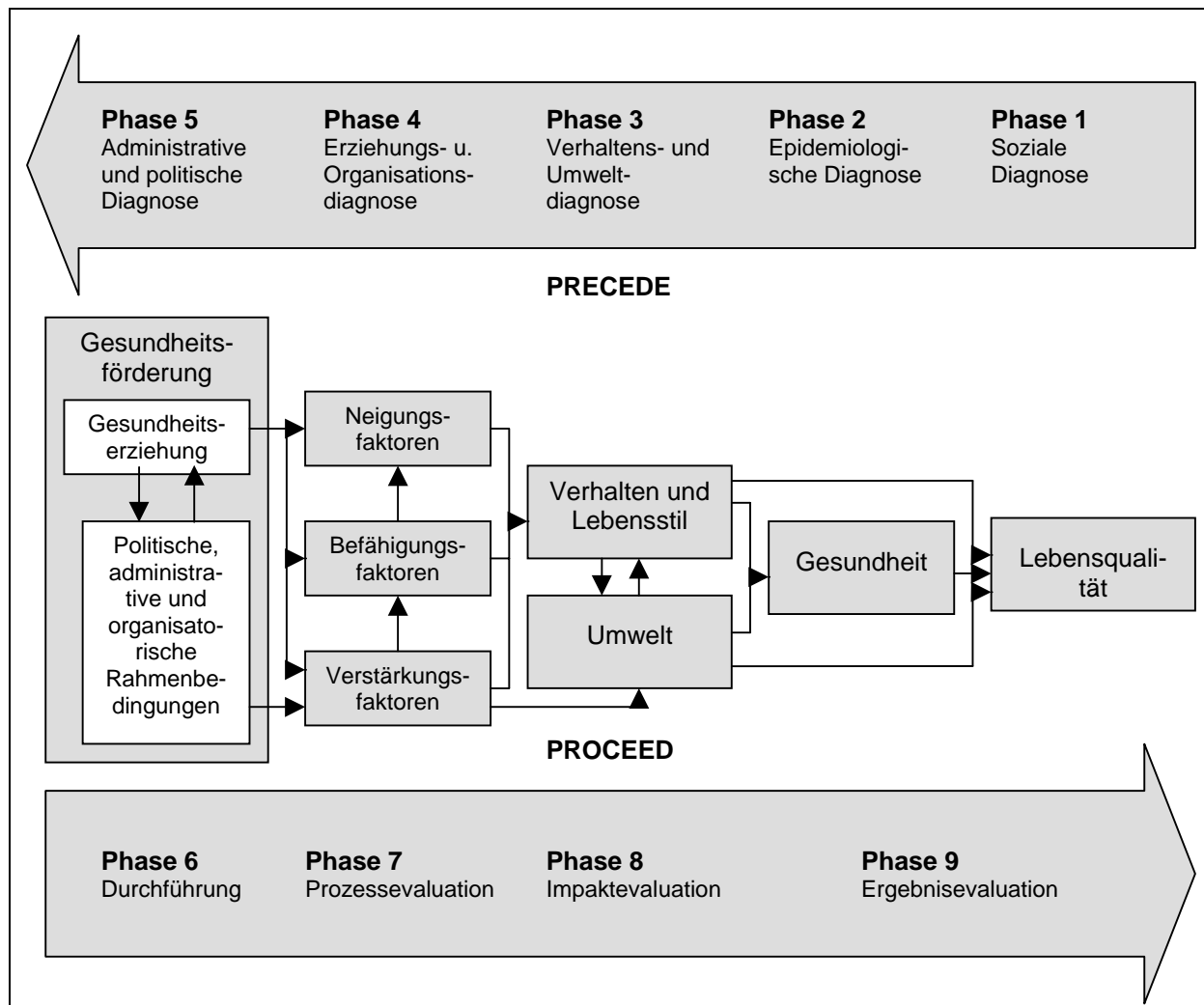


Abb. 13: Das PRECEDE-PROCEED-Modell von Green und Kreuter (Darstellung von und aus Seibt 2003a: 183)

Das Precede Modell, welches „in Zeit- oder Reihenfolge vorangehen“ bedeutet, besteht aus fünf spezifischen Phasen, die beim Planungsprozess, ausgehend vom Ziel, nacheinander durchlaufen werden. Die Precede-Diagnose ermöglicht eine genaue Diagnose der individuums-, risiko- und lebensstilbezogenen Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten (siehe Abb. 13) (vgl. Seibt 2003a: 180f.):

- *Phase 1:* Die *soziale Diagnose* bezieht sich auf die nicht-gesundheitsbezogenen Merkmale der Lebensqualität. Dazu zählen subjektiv beschriebene Probleme von Individuen oder Bevölkerungsgruppen sowie soziale Indikatoren wie schwierige Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse (vgl. Waller 2002: 136).
- *Phase 2:* Die *epidemiologische Diagnose* identifiziert die gesundheitsrelevanten Probleme und Ziele, die mit den in Phase 1 von den Befragten benannten sozialen Probleme in Ver-

bindung stehen oder gebracht werden könnten (vgl. Seibt 2003a: 181). Dafür werden neue Befragungen und Auswertungen von Sekundärdaten durchgeführt (vgl. Hurrelmann 2000: 199). Die gesundheitsbezogenen Merkmale beziehen sich beispielsweise auf Morbidität und Mortalität einschließlich ihrer unterschiedlichen Dimensionen wie Inzidenz, Prävalenz und Dauer (vgl. Waller 2002: 136). Die Zusammenführung der Ergebnisse von Phase 1 und 2 verhindert die Entwicklung von Programmen, die als nicht notwendig oder unwichtig angesehen werden (vgl. Seibt 2003a: 181).

- *Phase 3: Die Verhaltens- und Umweltdiagnose* identifiziert diejenigen verhaltens-, Lebensstil und umweltbezogenen Faktoren, die mit den in der Phase 2 als besonders dringlich erkannten Problemen zusammenhängen. Als Beispiele für verhaltens- und lebensstilbezogene Faktoren im Precede Modell werden definiert: Kauf- und Konsumentenverhalten, Bewältigungsstrategien, Einstellung zu Prävention und Vorsorge oder eigenes Gesundheitsverhalten, Hygiene und Ähnliches. Umweltbezogene Faktoren sind hingegen solche, die grundsätzlich veränderbar sind, jedoch außerhalb der Kontrolle des Individuums liegen und von diesem gar nicht oder nur schwer beeinflusst werden können. Das sind beispielsweise Faktoren des direkten sozialen Umfelds oder bestimmte Organisationen und Einrichtungen (vgl. Seibt 2003a: 181).

- *Phase 4: In der Erziehungs- und Organisationsdiagnose* werden die Ursachen und Hintergründe der in Phase 3 identifizierten Faktoren sowie deren Interaktion analysiert. Die Analyse dieser Faktoren erfolgt in drei Kategorien:
 - *Neigungsfaktoren* (oder: Prädisponierende Faktoren) sind beispielsweise Wissen und Einstellungen, Wahrnehmungen und Werte, Überzeugungen und Ähnliches, die die Motivation der Betroffenen im Hinblick auf ihre Gesundheit beeinflussen;
 - *Befähigungsfaktoren* (oder: Ermöglichende Faktoren) sind jene, die etwas Erwünschtes möglich(er) machen oder etwas Unerwünschtes verhindern. Dazu zählen beispielsweise das individuelle Erlernen neuer Fertigkeiten, Ressourcen, die ein Verhalten unterstützen oder die Umstrukturierung gesellschaftlicher Strukturen oder Systeme;
 - *Verstärkungsfaktoren* sind Feedback oder Belohnungen wie Auszeichnungen, welche Personen, Gruppen, Einrichtungen oder Gemeinschaften von Anderen wie Peers, Familienmitgliedern, NachbarInnen, ArbeitgeberInnen, Gesundheitspersonal oder Verbänden erhalten, nachdem sie etwas Neues ausprobiert haben.

Diese drei Faktoren stellen das Kernstück dieses Modells dar. Nach ihrer Ausdifferenzierung können bereits zu Beginn Schwerpunkte für Gesundheitsprogramme gebildet werden, das heißt ob eher mit den Faktoren Neigung, Befähigung oder Verstärkung oder aber auch einer Kombination davon gearbeitet werden sollte (vgl. Seibt 2003a: 181f.).

- *Phase 5:* In der *administrativen und politischen Diagnose* werden die organisatorischen und verwaltungsbezogenen Fähigkeiten sowie die politischen und finanziellen Ressourcen für die Entwicklung und Implementierung des Programms abgewogen und bemessen. Um voreilige Einschränkungen in den vorigen Phasen zu verhindern, soll erst in dieser Phase eine Abgleichung mit Ressourcen, Gesetzen oder Rahmenbedingungen vorgenommen werden (vgl. Seibt 2003a: 182).

Das ursprüngliche Precede Modell endet nach dieser fünften Phase. Anfang der 1990er Jahre wurde dieses Modell um vier weitere Phasen ergänzt und durch die Bezeichnung Proceed erweitert (vgl. Seibt 2003a: 182). In umgekehrter Reihenfolge wie die Diagnoseschritte starten die folgenden Planungsschritte, die eine identische Reihenfolge haben (vgl. Hurrelmann 2000: 198):

- *Phase 6:* Die *Durchführungsphase* beschäftigt sich mit den Rahmenbedingungen, den unterschiedlichen Interessenlagen („Ängste“ und „Bedrohlichkeit“) sowie den verschiedenen Standards für die Evaluation eines Gesundheitsförderungs-Programms (vgl. Seibt 2003a: 182).
- *Phase 7:* Die *Prozessevaluation* befasst sich mit Qualitätskontrolle, Audits, Zertifizierungen, Akkreditierungen, aber auch mit Peer Reviews aufgrund zuvor festgelegter Standards. Es handelt sich hier um Informationen zum Verlauf des Programms. Frühe Fehler können damit korrigiert werden (vgl. Seibt 2003a: 182).
- *Phase 8:* Die *Impaktevaluation* bewertet die Veränderungen in den Aspekten Wissen, Einstellungen, Fertigkeiten und Ressourcen. Besonders die Neigungs-, Befähigungs- und Verstärkungsfaktoren, die in Phase 4 ermittelt wurden, unterliegen hier einer genauen Auswertung. Als Impact werden außerdem Veränderungen in der physischen und ökologischen Umwelt, der sozialen Infrastruktur und der gesetzlichen Regelung genannt (vgl. Seibt 2003a: 182).

- *Phase 9: Die Ergebnisevaluation* erfasst die erst langfristig zu erkennenden Veränderungen im Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Messung erfolgt mit Hilfe von Daten zur Morbidität, Mortalität und zu Risikofaktoren, in Angaben zur sozialen Kohärenz, zum subjektiven Gesundheitsbefinden und zur Lebensqualität. Damit sollte sich nun der Kreis des Modells mit der Deckung der in Phase 1 identifizierten Ziele und Ergebnisse wieder schließen (vgl. Seibt 2003a: 182).

Das Precede-Proceed Planungsmodell ist ein theoriegeleitetes und zugleich praxisnahes Hilfsinstrument zur Umsetzung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung. Der systematisch diagnostische Ansatz zwingt die Planer, eine ausdifferenzierte und schrittweise Vorgehensweise anzuwenden (vgl. Hurrelmann 2000: 201).

7.2 Theorie der Verbreitung von Innovationen – Diffusionstheorie

Einer der anerkanntesten Forscher des Prozesses der Innovationsverbreitung im Gesundheitsbereich ist Everett Rogers. Dieser hat die Theorie der Verbreitung von Innovationen und deren Anwendung für eine Vielzahl von Settings entwickelt. Diese Theorie, auch Diffusionstheorie genannt, entwickelte sich mit der Untersuchung von Prozessen, bei denen Neuerungen vermittelt und an- oder nicht angenommen wurden (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 39).

Nutbeam und Harris (2001: 39) beschreiben die Verbreitung von Innovationen (Diffusion) als „Prozess, durch den eine Innovation den Mitgliedern eines Sozialsystems durch bestimmte Kanäle über eine Zeit vermittelt wird“. Weiters definierten sie eine Innovation als „eine Idee, Praxis oder Sache, die der Einzelne für sich als neu betrachtet“. Dabei wird darauf hingewiesen, dass es sich um subjektiv wahrgenommene Neuerungen handelt, unabhängig von der ersten Nutzung dieser Neuerung (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 39).

Die Theorie der Verbreitung von Innovationen weist folgende fünf generelle Faktoren auf, die den Erfolg und die Geschwindigkeit der Annahme neuer Ideen in einer Gemeinschaft beeinflussen (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 39):

- Die Merkmale der potenziellen Annehmer von neuen Ideen;
- die Geschwindigkeit der Annahme;
- die Art des Sozialsystems;

- die Merkmale der Neuerung;
- sowie die Merkmale derjenigen, welche die Neuerung einführen und/oder propagieren.

Die Diffusionstheorie unterscheidet Personen danach, ob sie Innovationen eher früher oder eher später annehmen. Für diesen Prozess des „Annehmens“ wurde ein System zur Klassifizierung der „Annehmer“ neuer Ideen entsprechend der Zeit, die sie für die Annahme brauchen, entwickelt. Folgende fünf Kategorien werden dabei unterschieden (vgl. Seibt 2003e: 236):

- *Innovatoren oder Erstannehmer*: sind eine zahlenmäßig sehr kleine Gruppe, die den Ausgangspunkt für Innovationen ausmacht.
- *Frühe Adopter oder Frühannehmer*: greifen neue Ideen auf und geben diese als Vorbilder in ihrer regionalen Umgebung weiter.
- *Die Frühe Mehrheit*: erkennt die Vorteile der Neuerungen und schließt sich diesen an.
- *Die Späte Mehrheit*: nimmt Innovationen dann an, wenn ihr eine fortgesetzte Zurückhaltung gegenüber den Veränderungen zunehmend Nachteile bringt.
- *Nachzügler*: nehmen nur gegen starken Widerstand Veränderungen an.

Aufgrund dieser Klassifizierung wird erkennbar, wie wichtig es ist, die Gemeinschaft zu kennen, mit der man arbeitet und zu wissen, was deren Reaktionen auf Innovationen möglicherweise beeinflusst (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 40). Zusätzlich zu dieser Kategorisierung von Personen entsprechend der Annahmeheschwindigkeit spielen auch die Merkmale der Neuerungen selbst eine große Rolle. Dazu zählen die Vereinbarkeit, der relative Vorteil, die Komplexität, die Erprobbarkeit sowie die Beobachtbarkeit (vgl. Seibt 2003e: 237):

- Mit *Vereinbarkeit* ist gemeint, inwiefern sich eine Innovation mit bestehenden Normen und Werten oder früheren Erfahrungen vereinbaren lässt. Als Beispiel lässt sich die gesellschaftliche oder moralische Akzeptanz der „Philosophie“ eines Programms nennen.
- Unter *relativer Vorteil* wird verstanden, dass etwas Neues besser ist als das Bisherige oder Vorteile bringt, obwohl es eventuell auch neue Nachteile mit sich bringen könnte. Die Balance sollte jedoch zu Gunsten des Neuen ausfallen, um es akzeptabler zu machen.
- Mit *Komplexität* ist gemeint, ob eine Innovation relativ einfach oder schwierig zu verstehen und zu benutzen ist.

- Unter *Erprobbarkeit* ist zu verstehen, inwieweit das Neue in Einheiten eingeteilt und so in kleinen Schritten getestet werden kann.
- *Beobachtbarkeit* ist jener Grad, mit dem das Resultat einer Innovation für Andere sichtbar wird.

Innovationen, die alle oben beschriebenen Merkmale erfüllen, sind jedoch selten. Das Verständnis dieser Merkmale kann allerdings bei der Entwicklung sowie Umsetzung von Innovationen hilfreich sein (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 42).

Bedeutend für die Anwendung dieser Theorie in der Gesundheitsförderung sind auch die MeinungsbildnerInnen, die den Prozess der Annahme der Programme unterstützen. Das können entweder solche sein, die von der Gemeinschaft unabhängig sind, also nur mit dieser arbeiten, um eine Neuerung einzuführen oder aber auch Personen, die der Gemeinschaft angehören. Die richtige Wahl geeigneter Vorbilder kann den Prozess der Annahme der Innovationen beschleunigen helfen. In diesem letzten Punkt besteht eine Übereinstimmung mit der sozialen Lerntheorie (vgl. Kap. 6.3), die ebenfalls soziale Vorbilder für die Motivation zur Annahme von Innovationen betont (vgl. Nutbeam und Harris 2001:43).

Diese Theorie der Verbreitung von Innovationen ist nicht nur auf Innovationen in einer Gemeinschaft anwendbar, sondern kann auch in Bezug auf Organisationen verwendet werden. Sie stellt ein hervorragendes Instrumentarium zur Diagnose und Analyse dar warum und wie Populationen auf die Einführung neuer Ideen reagieren und betont gleichzeitig die Wichtigkeit systematischer Voruntersuchungen und Planungen, um den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprogramms zu maximieren. Grenzen zeigen sich in diesem Modell insbesondere in Bezug auf die NachzüglerInnen. Diese müssen nicht immer nur konservative Einstellungen gegenüber Neuerungen haben, sondern mangelnde Ressourcen oder strukturelle Barrieren können genauso verantwortlich sein (vgl. Nutbeam und Harris 2001: 43f.).

7.3 Zusammenfassung

Theorien der Gesundheitsförderung beziehen sich auf die Wirkung von Interventionen und Programmen zur Gesundheitsförderung. Zu den bekanntesten zählen das „Precede-Proceed Planungsmodell“ sowie die „Theorie der Verbreitung von Innovationen“, die sogenannte „Diffusionstheorie“. Diese werden nachfolgend dargestellt:

- Das *Precede-Proceed Planungsmodell* hat ihren Schwerpunkt in der Programmplanungsphase. Es geht davon aus, dass Gesundheit und Gesundheitsrisiken nur durch multisektorale und multidimensionale Anstrengungen beeinflusst werden können. Wichtigste Prämisse des Modells ist, dass erfolgreiche Veränderungen durch die Partizipation von Mitgliedern einer Zielgruppe verstärkt werden, da sie die Probleme selbst auswählen und die Ziele selbst bestimmen sowie Lösungen selbst entwickeln und implementieren. Ausgehend von den angestrebten Ergebnissen setzen die PlanerInnen sich „rückwärts“ gerichtet mit den Einflüssen auseinander, welche zum gewünschten Ergebnis führen. Das soll verhindern, dass bei der Planung von Interventionen die Ziele aus den Augen verloren gehen.
- Die *Theorie der Verbreitung von Innovationen*, auch *Diffusionstheorie* genannt, stellt ein Instrumentarium zur Diagnose und Analyse dar, warum und wie Populationen auf die Einführung neuer Ideen reagieren und betont gleichzeitig die Wichtigkeit systematischer Voruntersuchungen und Planungen, um den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprogramms zu maximieren.

8 Gesundheitsförderung in der Schule

Die schulische Gesundheitsförderung will alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft dazu befähigen, verantwortungsbewusst mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umzugehen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, bietet sie sowohl personenbezogene als auch verhältnisbezogene Unterstützung an. Dies sollte nicht nur die Gesundheitsqualität der Schule verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Steigerung ihrer Bildungsqualität leisten. Schulische Gesundheitsförderung geht somit über die Zielsetzungen schulischer Gesundheits-erziehung, die traditionell an der präventiven Einflussnahme auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen von SchülerInnen orientiert ist, hinaus (vgl. Paulus 2003: 200). Das Ziel des Konzepts der „Gesundheitsfördernden Schule“ (genauere Ausführungen zu diesem Konzept vgl. Kap. 5.6.3.3) ist vielmehr, Mittel und Wege zu suchen, wie die Gesundheit zum Thema der gesamten Schule gemacht werden kann (vgl. Hascher et al. 2001: 23). Ausgehend von diesen allgemeinen Anliegen hat die WHO in 10 Zielen die wesentlichen Inhalte der „Gesundheitsfördernden Schule“ zusammengefasst (Kap. 8.1). Diese zeigen zugleich eine Vielfalt möglicher Ansatzpunkte, von denen aus die Schule zu einer „Gesundheitsfördernden Schule“ umgestaltet werden kann (Kap. 8.2). In Kapitel 8.3 werden schließlich die Handlungsebenen der Gesundheitsförderung, die auch als „Mehrebenen-Ansatz“ der Gesundheitsförderung bezeichnet werden, in Bezug auf die Schule dargestellt.

8.1 Ziele der „Gesundheitsfördernden Schule“ aus der Sicht der WHO

Diesen Zielen haben sich auch die Projektschulen verpflichtet, die im Europäischen Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ zusammenarbeiten (vgl. Barkholz et al. 1998: 244):

1. Ein gesundheitsförderndes Arbeits- und Lernumfeld schaffen, beispielsweise durch die Gestaltung der Gebäude, Spielflächen, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen.
2. Das gesundheitliche Verantwortungsbewusstsein des Individuums, der Familie und der Gemeinschaft fördern.
3. Zur gesunden Lebensweise anhalten und SchülerInnen wie LehrerInnen realistische und attraktive Gesundheitsalternativen bieten.
4. Es allen SchülerInnen ermöglichen, ihr physisches, psychisches sowie soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung fördern.
5. Klare Ziele für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft vorschreiben.

6. Schaffung von guten Beziehungen zwischen LehrerInnen und SchülerInnen und unter den SchülerInnen selbst sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde.
7. Durch Gemeinderessourcen die praktische Gesundheitsförderung unterstützen.
8. Ein kohärentes Curriculum für die Didaktik der Gesundheitserziehung in Zusammenarbeit mit den SchülerInnen entwickeln und umsetzen.
9. Den SchülerInnen die Kompetenzen mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können.
10. Die schulische Gesundheitspflege zu einer Bildungsressource im Gesundheitswesen erweitern.

Aus diesen Zielen und Ansatzpunkten können zentrale Handlungsfelder abgeleitet werden, in denen sich die „Gesundheitsfördernde Schule“ entfaltet. Diese werden als Dimensionen der „Gesundheitsfördernden Schule“ bezeichnet (vgl. Barkholz et al. 1998: 245).

8.2 Dimensionen einer „Gesundheitsfördernden Schule“

Im Vordergrund der „Gesundheitsfördernden Schule“ steht der Setting-Ansatz. Dieser stützt sich auf jene Erkenntnis, dass ein Gesundheitsproblem einer Bevölkerung(-sgruppe) das Resultat von wechselseitigen Beziehungen zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und einem persönlichen Verhalten darin ist (vgl. Hascher et al. 2001: 23). Zu einer umfassenden Gesundheitsförderung in der Schule gehört deshalb für Leppin (1995: 246) auch, schulische Anstrengungen nicht nur auf die curriculare Ebene zu beschränken, sondern sowohl die soziale, die ökologische als auch die kommunale Dimension mit einzubeziehen.

Diese vier Dimensionen sind von gleich großer Bedeutung und müssen als verwoben betrachtet werden, um so eine Einseitigkeit bei der Schaffung einer „gesunden Schule“ zu vermeiden (vgl. Hurrelmann und Nordlohne 1993: 106ff.):

- *Die curriculare Dimension:* Diese Dimension bezieht sich auf den Unterricht, dessen Inhalte und Vermittlungsformen. Für Hurrelmann und Nordlohne muss die Gesundheitsförderung im Unterricht darauf abzielen, dass durch Verbesserung des Wissens auch die gesundheitsrelevanten Einstellungen positiv beeinflusst werden. Aus diesem Grund müssen

gesundheitserzieherische Maßnahmen klar im Unterricht verankert werden. Zeigefingerpädagogik und Abschreckungsdidaktik sind hier sicherlich nicht zielführend, sie können sogar kontraproduktiv sein. Vielmehr ist dabei an die subjektiven Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie von Selbstbild und Lebensstil anzuknüpfen, die Kinder und Jugendliche haben. Gesundheitserziehung in der Schule muss sowohl das Lebensgefühl der Kinder und Jugendlichen aufnehmen als auch von einem lebensbejahenden Konzept getragen werden. Damit entsprechende Einstellungen und Verhaltensdispositionen erreicht werden, müssen bestimmte fachliche und soziale Fähigkeiten vermittelt werden, die in Alltagssituationen von Bedeutung sind. Darin zeigt sich die Grenze zur „sozialen Dimension“.

- *Die soziale Dimension:* Aufgrund der wachsenden psychosozialen Belastungen der SchülerInnen wie auch der LehrerInnen sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung erforderlich, die nicht nur ihre persönliche und - bei den LehrerInnen - die beruflich-professionelle Identität steigern, sondern dabei auch ihr soziales Umfeld mit einbeziehen. In der modernen Sozial- und Schulpädagogik ist in den letzten Jahren immer wieder der Versuch unternommen worden, jene sozialen Kriterien zu benennen, die eine Schule erfüllen muss, um ein gutes soziales Klima und vielfältige Identifikationsmöglichkeiten für alle im Schulbereich arbeitenden Menschen zu gewährleisten. Für eine in diesem Sinne gute Schule erwiesen sich unter anderem folgende Kriterien als entscheidend: ein intensiver Grad an kollegialer Zusammenarbeit, Festlegung allgemeiner pädagogischer Verhaltensregeln wie Regeln des Miteinander-Umgehens im Schulalltag, Partizipation der SchülerInnen und ihrer Eltern an wichtigen schulischen und unterrichtlichen Belangen. Die damit erreichte Identifikation mit der Schule stellt für das soziale Klima ein unschätzbares Kapital dar, was eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung der SchülerInnen zur Folge hat.
- *Die ökologische Dimension:* Eine „Gesundheitsfördernde Schule“ muss einen angenehmen und erfahrungsreichen sozialen und ökologischen Lebensraum darstellen, der Kindern und Jugendlichen die Chance bietet, sich nicht nur intellektuell, sondern auch körperlich, motorisch, emotional und in allen anderen Sinnesbereichen zu entfalten. Deshalb muss neben dem Unterrichts- und Schulleben auch das gesamte „ökologische Setting“ im Bereich der Gesundheitsförderung an Schulen mit berücksichtigt werden. Zu den Bestandteilen einer gesunden Schule in ökologischer Hinsicht zählt sowohl ein angenehmer und sicherer baulicher Zustand sowohl des Gebäudes als auch der Außenanlagen, eine

sachgerechte Ausstattung der gesamten Schulinfrastruktur, ein umweltschonende Pflege des gesamten Schulgebäudes, aber auch die Gestaltung des gesamte Tagesablaufs nach Länge der Arbeitsphasen, Wechsel von Anspannung und Entspannung, Integration von körperlicher Aktivität in den Schulalltag, Angebot gesunder Ernährung und Ähnlichem. Leppin (1995: 247) weist darauf hin, dass hier durch Einzelinitiativen engagierter LehrerInnen wenig ausgerichtet werden kann. Vielmehr sind dafür mittel- und langfristige politisch-administrative Entscheidungen mit finanziellen Implikationen erforderlich.

- *Die kommunale Dimension:* Schließlich müssen sich Schulen gegenüber den Institutionen und Einrichtungen der umgebenden Gemeinde oder des Stadtteils öffnen. In diesem Sinne äußert sich auch Haller (1996: 292): „*Wer im Sinn der Ottawa-Charta persönliche Kompetenzen entwickeln, Interessen vertreten und gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen will, muss den Klassenraum auch verlassen und sich am gesellschaftlichen Leben beteiligen. Die ‚Öffnung von Schulen‘ und das Finden neuer relevanter Handlungsfelder werden damit zum Hauptbestandteil der Gesundheitsförderung.*“ Einerseits wird damit das Ziel verfolgt, Kinder, Jugendliche und ihre LehrerInnen in das Leben im Stadtteil oder in der Gemeinde einzubeziehen, in dem sie die dort vorhandenen Möglichkeiten und Situationen als Lernsituation aufgreifen. Andererseits soll die Schule eine Ressource für Stadtteil und Gemeinde darstellen, in dem etwa Vereine und Verbände die Schule für Veranstaltungen und Aktivitäten nutzen. Für die Öffnung der Schule sollte auch der ganze Bereich der psychosozialen und der medizinischen Versorgung mit einbezogen werden. Das heißt schulnah angesiedelte Beratungsstellen, die mit geringen sozialen Barrieren ausgestattet sind, könnten als eine erste Anlaufstelle bei psychischen, sozialen und körperlichen Problemen dienen.

Diese vier Dimensionen werden auch von Barkholz et al. (1998: 245f.) bestätigt und um weitere vier Dimensionen ergänzt, da sie eine „Gesundheitsfördernde Schule“ als Organisation und damit auch im Rahmen von Organisationsentwicklung sehen:

- *Die Fort- und Weiterbildungsdimension* bezeichnet die Dienstleistungen der Schule für einzelne Lehrkräfte, für das Kollegium und auch für das weitere Personal.
- *Die Organisationsdimension* bezieht sich auf das psychosoziale Klima der Schule und des Kollegiums.

- Die *Akzeptanzdimension* beinhaltet die Akzeptanz der gesundheitsfördernden Projekte und Programme innerhalb und außerhalb der Schule.
- Die *Konzeptdimension* betrifft die Verbreitung und Kenntnis der Idee der „Gesundheitsfördernden Schule“ in der Schule sowie bei den Eltern.

8.3 Der Mehrebenen-Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung

In der Ottawa-Charta werden für die Gesundheitsförderung mehrere Leitlinien formuliert und Handlungsebenen unterschieden (vgl. Kap. 5.1). Deshalb spricht man auch vom Mehrebenen-Ansatz der Gesundheitsförderung. Die dort geschilderten Veränderungen eröffnen neue Zugänge für die schulische Gesundheitsförderung. Barkholz et al. (1998: 31) fassen die Ebenen im Überblick zusammen (siehe Tab. 4) und nennen beispielhaft mögliche Konkretisierungen für die schulische Gesundheitserziehung und –förderung. Entsprechend ihrer Komplexität sind die Leitlinien von unten nach oben nummeriert.

Leitlinien	Handlungsebenen	In der Schule
5. Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln	Gesellschaft/Politik	Gesundheitsförderung in den Horizont von Politik bringen
4. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen	Lebenswelt/Umwelt	Öffnung, Vernetzung, Nutzung öffentlicher Ressourcen
3. Neuorientierung der Gesundheitsdienste	Organisation/Institution	Organisationsentwicklung, Schulkultur pflegen, gesundes Schulprofil
2. Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen	Gruppen	Klasse/Kollegium/Elternschaft
1. Persönliche Kompetenzen	Individuum	Persönlichkeit stärken, gesunde Lebensweise ermöglichen

Tab. 4: Leitlinien und Handlungsebenen der Ottawa-Charta und ihre Implikationen für die Schule (aus Barkholz et al. 1998: 31)

In zwei Ansätzen konnte diese neue Orientierung in der schulischen Gesundheitserziehung und –förderung in der Schule bereits wirksam werden. Zum einen gibt es neue Zugänge, wie im Unterricht mit der Klasse Gesundheitsthemen behandelt werden können. Hierdurch werden die Handlungsebenen 1 und 2 der Ottawa-Charta (siehe Tab. 4) angesprochen. Weiters gibt es das umfassende Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“, mit dem die ganze Schule einbezogen wird. Diese betreffen die Handlungsebenen 1 bis 4 (vgl. Barkholz et al. 1998: 32).

Leppin (1995: 238f.) plädiert dafür, dass sich schulische Gesundheitsförderung nicht auf bestimmte Themen beschränken kann, die während des Unterrichts behandelt werden, sondern

sie muss sich auf das gesamte Prinzip beziehen, auf dem Unterricht basiert und aufgebaut ist („Gesundheitsförderung als Unterrichtsprinzip“; siehe Schneider 1993: 44f.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen angesprochen wird, sondern dass Gesundheitsförderung ihre gesamte kognitive, emotionale und soziale Erfahrungswelt mit einbezieht. Demnach muss es bei schulischer Gesundheitsförderung neben der Vermittlung von Informationen und Wissen über gesundheitsrelevante Themen vor allem um Folgendes gehen:

- Gesunde Lebensstile zu fördern und realistische Möglichkeiten und Alternativen für ein gesundes Leben aufzuzeigen und anzubieten, in dem Kinder und Jugendliche mit Kompetenzen ausgestattet werden, die ihnen ohne Restriktionen eine Teilnahme an allen sozialen Prozessen ermöglicht;
- Die Ausbildung der Fähigkeit, das Optimum aus dem eigenen physischen, mentalen und sozialen Fähigkeitspotenzial zu machen und damit das Selbstkonzept zu stärken;
- Die Stärkung der Fähigkeit und Bereitschaft, eigene Entscheidungen zu treffen und zu diesen zu stehen, konstruktiv mit Stress umzugehen sowie auch konfliktreiche Situationen zu meistern;
- Die Entwicklung eines Verantwortungsgefühls für die eigene Gesundheit sowie die von Familien, FreundInnen und Umwelt.

Begleitet, unterstützt und vorangebracht wird die schulische Gesundheitserziehung und -förderung durch vielfältige Aktivitäten unterschiedlichster InitiatorInnen und TrägerInnen. Dies betrifft die Handlungsebene 5 der Ottawa-Charta (vgl. Barkholz et al. 1998: 32).

8.4 Zusammenfassung

Die schulische Gesundheitsförderung will alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft dazu befähigen, verantwortungsbewusst mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umzugehen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, bietet sie sowohl personenbezogene als auch verhältnisbezogene Unterstützung an. Diese Unterstützung sollte nicht nur die Gesundheitsqualität der Schule verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Steigerung ihrer Bildungsqualität leisten.

Ausgehend von diesen allgemeinen Anliegen hat die WHO in 10 Zielen die wesentlichen Inhalte der „Gesundheitsfördernden Schule“ zusammengefasst. Aus diesen Zielen und Ansatzpunkten können zentrale Handlungsfelder abgeleitet werden, in denen sich die „Gesundheitsfördernde Schule“ entfaltet. Diese Handlungsfelder werden als Dimensionen der „Gesundheitsfördernden Schule“ bezeichnet. Dabei wird zwischen folgenden Dimensionen unterschieden:

- Die *curriculare Dimension* bezieht sich auf den Unterricht, die Inhalte und die Vermittlungsformen.
- Die *soziale Dimension* berücksichtigt die Intra- und Intergruppenkommunikation der verschiedenen Personengruppen der Schule.
- Die *ökologische Dimension* bezieht sich auf die schulische Umwelt (beispielsweise Schulgebäude, Einrichtung, Ausstattung) und das Umfeld der Schule (beispielsweise der Schulweg).
- Die *kommunale Dimension* beinhaltet die Beziehungen und Kooperationsformen der Schule zu Institutionen und Organisationen der Gemeinde oder des Stadtteils.
- Die *Fort- und Weiterbildungsdimension* bezeichnet die Dienstleistungen der Schule für einzelne Lehrkräfte, für das Kollegium oder auch für das nicht unterrichtende Personal.
- Die *Organisationsdimension* betrifft das psychosoziale Klima der Schule und des Kollegiums.
- Die *Akzeptanzdimension* bezeichnet die Akzeptanz der Idee der „Gesundheitsfördernden Schule“ innerhalb und außerhalb der Schule.
- Die *Konzeptdimension* betrifft die Verbreitung und Kenntnis der Idee der „Gesundheitsfördernden Schule“ in der Schule sowie bei den Eltern.

Als weiterer Punkt wurde in diesem Kapitel der Mehrebenen-Ansatz der Gesundheitsförderung und seine Implikation für die Schule beschrieben. In zwei Ansätzen konnte diese Orientierung in der schulischen Gesundheitserziehung und –förderung bereits wirksam werden. Zum einen gibt es neue Zugänge, wie im Unterricht mit der Klasse Gesundheitsthemen behandelt werden können. Diese beziehen sich auf die Handlungsebenen Individuum und Gruppe. Zum anderen gibt es das umfassende Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“, mit dem die ganze Schule einbezogen wird. Damit werden die Handlungsebenen Individuum, Gruppe, Organisation sowie Lebenswelt angesprochen. Begleitet, unterstützt und vorangebracht wird die schulische Gesundheitserziehung und –förderung durch vielfältige Aktivitäten

unterschiedlichster InitiatorInnen und TrägerInnen. Dies betrifft die Handlungsebene der Politik.

9 Methodischer Ansatz einer explorativen Studie über die psychosoziale Gesundheitsförderung im Setting Schule

Diese explorative Untersuchung unternimmt den Versuch, die Vorstellungen von LehrerInnen, SchülerInnen sowie ExpertInnen über die Förderung der psychosozialen Gesundheit im schulischen Umfeld zu rekonstruieren. Sie wird sich daher eher auf den Bereich der Erkenntnisgewinnung konzentrieren und weniger auf die Absicherung ihrer allgemeinen Geltung.

9.1 Forschungsfrage und Zielsetzungen

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die Absicht, am Beispiel „Gesundheitsfördernde Schule“ zu untersuchen, durch welche gesundheitsfördernden Maßnahmen besonders die psychosoziale Gesundheit bei den 11- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen gefördert werden kann.

Für eine empirische Untersuchung müssen Schwerpunkte gesetzt und Eingrenzungen vorgenommen werden. Diese Exploration wird den Versuch unternommen zu überprüfen,

- welches „ExpertInnenwissen“ über Gesundheitsförderung in Schulen einerseits bei LehrerInnen und SchülerInnen und zum anderen bei außerschulischen ExpertInnen vorliegt;
- welcher Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen seitens der SchülerInnen besteht und inwieweit dieser Bedarf durch die angebotenen Maßnahmen gedeckt wird;
- welche Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule vorhanden sind;
- welche schulischen Maßnahmen und Strategien in Zukunft erforderlich sind, um die psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu fördern.

9.2 Methodendarstellung

Die oben beschriebenen Zielsetzungen (vgl. Kap. 9.1) legen es nahe, sich vorwiegend auf einen qualitativen Forschungsansatz zu stützen. Außerdem besteht der Anspruch, die Sicht der Subjekte von schulischer Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu ist es notwendig, den Befragten im Interviewprozess einen entsprechenden Spielraum einzuräumen und offen zu sein für ihre Vorstellungen. Geschlossene Fragestellungen sind dafür nicht geeignet.

Diese Überlegung hatte zur Folge, dass als Forschungsmethode die Form eines offenen, halb-standardisierten Interviews gewählt wurde. Die halb-standardisierte Befragung, bei der ein Interview-Leitfaden verwendet wird, lässt sich nach Lamnek (1995: 47) zwischen den beiden Extremtypen nicht-standardisierter Befragung und standardisierter Befragung einordnen.

Das Kriterium der Standardisierung bezieht sich nicht nur auf die Formulierung der Fragen, sondern auch auf den Verlauf des Interviews. Das heißt die Reihenfolge der zu stellenden Fragen ist im qualitativen Interview nicht vorab festgelegt. Entweder besteht die Aktivität der/des Interviewerin/s im wesentlichen darin, der/dem Befragten eine Art Grundreiz zu präsentieren oder die anzusprechenden Fragen in einem Leitfaden festzuhalten. Ein Interview-Leitfaden hat die Funktion, für die/den InterviewerIn Erinnerungshilfen über die anzusprechenden Themen und für die Formulierung von Fragen bereitzuhalten. Er ist dem Gesprächsverlauf flexibel anzupassen (vgl. Lamnek 1995: 65ff.). Das heißt er ist keinesfalls während des Interviews in seinem Ablauf und in den formulierten Fragen wörtlich zu nehmen. Damit die aus Vorüberlegungen stammenden Fragen in allen drei Untersuchungsgruppen gleichermaßen behandelt werden konnten, wurde für diese Studie ein vorformulierter Interview-Leitfaden als Unterstützung für die Interviewdurchführung verwendet.

Die zentrale Forderung an die Methode war, dass die Befragten ihre eigene Sichtweise aufzeigen konnten. Hierfür ist Offenheit als Eigenschaft des Interviews erforderlich. Durch diese Offenheit in der Erhebungssituation sollte auch gewährleistet werden, dass auch unbekannte Sachverhalte durch Nachfragen mit eingeschlossen werden konnten.

9.3 Interview-Leitfaden

Vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen, der Schwerpunktsetzungen in dieser Arbeit sowie der Konzeption der „Gesundheitsfördernden Schule“ wurde der Interview-Leitfaden entwickelt, der im Anhang zur Gänze angeführt ist. Um alle relevanten Spektren abzudecken und der Übersicht halber wurden bereits im Leitfaden mehrere Kategorien gebildet. Folgende Kategorien wurden für alle drei Untersuchungsgruppen gleichermaßen entwickelt:

- Gesundheitsförderung allgemein;
- Hemmende und fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule;
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule;
- Zwischenmenschlicher Umgang;
- Außerschulischer Bereich;
- Sonstiges.

Hinzu kamen weiters die Kategorie „LehrerInnen“ bei den ExpertInnen und die Kategorie „Schule, SchülerInnen & Schulklima“ sowohl bei den SchülerInnen als auch bei den LehrerInnen. Um eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den Untersuchungsgruppen zu erreichen, wurden bestimmte Fragen in allen drei Gruppen gleichermaßen gestellt. Die in den Fragen angeführten Beispiele dienten insbesondere der Unterstützung der Interviewerin. Wurden sie allerdings in den Interviews auch als Beispiele vorgegeben, dann wurde in der Auswertung darauf hingewiesen. Zentrale Fragen waren unter anderen die folgenden: Welche fördernden oder hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen? Welche Strategien und Maßnahmen sind erforderlich, um besonders die psychosoziale Gesundheit bei SchülerInnen nachhaltig zu fördern? Wer oder welche Institutionen sollten besonders in die schulische Gesundheitsförderung eingebunden sein? Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen erwartest Du als SchülerIn?

Wann diese oder jene Frage mit den ProbandInnen besprochen wurde, war nicht genau fixiert, sondern ergab sich zum Teil aus dem Verlauf des Gesprächs. Das heißt auf vorab angesprochene Fragen wurde nicht mehr eingegangen, allenfalls wurden Ergänzungsfragen gestellt. Aus dem Gesprächsverlauf ergaben sich zudem teilweise weiter zu behandelnde Gesprächsthemen, auf die je nach Relevanz durch Ergänzungsfragen eingegangen wurde. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde insbesondere darauf geachtet, dass die Frageformulierungen dem jeweils verwendeten Sprachcode angepasst wurden.

9.4 Beschreibung der Auswahl der InterviewpartnerInnen

Das Problem qualitativen Forschens besteht unter anderem darin, dass aufgrund des großen Aufwands der Datenerhebung und –auswertung in der Regel nur eine geringe Zahl an Personen einbezogen werden kann und somit die Reichweite der Aussagen und ihre Verallgemeinerbarkeit beschränkt ist. Dieses Problem stellt sich auch in dieser Arbeit.

Die Untersuchungsgruppen sollten aus Personen bestehen, die mit den inhaltlichen Zielsetzungen des Netzwerks „Gesundheitsfördernder Schulen“ (vgl. Kap. 5.6.3.3 und Kap. 8) vertraut sind. Aus diesem Grund wurden für die Befragungen einerseits zwei Schulen ausgewählt, die am Österreichischen Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ (ÖNGS) beteiligt sind. Es wurde allerdings keine Rücksicht darauf genommen, ob es sich dabei um eine „Netzwerkschule“, eine „Kooperationsschule“ oder um eine „Schwerpunktschule“ handelt. Berücksichtigt wurde hingegen bei der Auswahl der Schulen, dass es sich zum einen um eine ländliche und zum anderen um eine städtische Schule handelt. Weiters wurden die Unterscheidungsmerkmale Hauptschule (HS) versus Gymnasium (Gymn.), konfessionelle versus nicht konfessionelle Schule sowie private versus öffentliche Schule herangezogen. Nach diesen Kriterien erfolgte eine rationale Auswahl von zwei „Gesundheitsfördernden Schulen“ in Oberösterreich. Während sich eine Schule mit den Merkmalen Hauptschule, nicht konfessionell, öffentlich und ländlich beschreiben lässt, handelt es sich bei der zweiten Schule um ein privates, konfessionelles, städtisches Gymnasium. Andererseits wurden auch ExpertInnen ausgewählt. Als solche werden nach Atteslander (2003: 155) „*Menschen*“ bezeichnet, „*die entweder im Umgang mit unseren Probanden Erfahrung haben*“ oder „*die über unseren Forschungsgegenstand besondere und umfassende Erfahrung haben*“. Die Auswahl der ExpertInnen beabsichtigte eine möglichst breite Streuung über die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche (siehe Tab. 5).

Die Interviews wurden einerseits mit SchülerInnen sowie mit LehrerInnen aus den oben beschriebenen „Gesundheitsfördernden Schulen“ und andererseits mit außerschulischen ExpertInnen durchgeführt. Die Tabelle 5 zeigt im Überblick diese drei Untersuchungsgruppen. Bei den SchülerInnen sollte die Verteilung der Geschlechter je Schule in etwa gleich sein. Es wurde daher angestrebt, dass in dieser Untersuchungsgruppe je zur Hälfte Mädchen und Knaben repräsentiert sind.

	S n = 12	L n = 6	E n = 6
Untersuchungsgruppe	SchülerInnen	LehrerInnen	ExpertInnen
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Mädchen der HS: 12-Jährige n = 1 13-Jährige n = 1 14-Jährige n = 1 • Knaben der HS: 14-Jährige n = 3 • Mädchen des Gymn.: 13-Jährige n = 1 14-Jährige n = 2 • Knaben des Gymn.: 11-Jährige n = 1 12-Jährige n = 2 	<ul style="list-style-type: none"> • der Hauptschule: n = 3 • des Gymnasiums: n = 3 	Aus den Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> • Schulpsychologie n = 2 • Schulmedizin n = 1 • Schulbehörde n = 1 • Krankenkassen n = 1 • ÖNGS n = 1

Tab. 5: Untersuchungsgruppen der Interviewstudie

Die ausgewählten Untersuchungsgruppen lassen sich wie folgt beschreiben:

- *Gruppe S (SchülerInnen):*

Die befragten SchülerInnen sind zwischen 11 und 14 Jahre alt (Durchschnittsalter rund 13 Jahre). Nach der Klassifizierung von Remschmidt (1992: 3) gehören die SchülerInnen bis Ende des 13. Lebensjahres zu den Kindern und jene ab dem 14. Lebensjahr (14 bis 18 Jahre) zu den Jugendlichen. Nachdem die Schulleitung jeweils vom Vorhaben informiert wurde, hat diese oder eine dazu beauftragte Person aus der Kollegschaft die SchülerInnen über die bevorstehende Befragung informiert und um Freiwillige ersucht, die für ein Interview bereit waren. Bei den meisten SchülerInnen konnte eine regelrechte Begeisterung in der Interviewteilnahme festgestellt werden.

- *Gruppe L (LehrerInnen):*

LehrerInnen, die sich besonders mit der Thematik der „Gesundheitsfördernden Schule“ befassen, wurden als InterviewpartnerInnen erbeten. Die Kontaktaufnahme erfolgte in beiden Schulen über die Schulleitung. Diese oder eine von ihr beauftragte Person übernahm anschließend die weitere Koordination der Interviewdurchführung mit den SchülerInnen sowie mit den weiteren LehrerInnen. 5 der 6 befragten LehrerInnen sind Frauen.

- *Gruppe E (ExpertInnen):*

ExpertInnen, die ebenso wie die ausgewählten Schulen mit dem Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ betraut sind, wurden ausgewählt. Teilweise wurden die InterviewpartnerInnen durch Empfehlung von bereits interviewten Personen gefunden. Auch in dieser Gruppe sind 5 der 6 Befragten Frauen.

9.5 Interviews und Auswertung

Die 24 Interviews wurden im Frühling 2004 jeweils von der Autorin selbst durchgeführt. Von den 24 Interviews, denen eine telefonische Anfrage vorausging, fanden 23 in Linz und Umgebung und eines in Wien statt. Die Interviews mit den SchülerInnen und LehrerInnen wurden jeweils im schulischen, die Interviews mit den außerschulischen ExpertInnen jeweils in ihrem beruflichen Umfeld durchgeführt. Grundlage für die Interviews war ein Interview-Leitfaden (vgl. Kap. 9.3) mit offenen Fragen und einigen wenigen geschlossenen Fragen. Diese offenen Fragen gaben den ProbandInnen genügend Gelegenheit, die eigene Sicht darzustellen und Themen anzusprechen, die über den Leitfaden hinausgingen.

Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten über den Verwendungszweck der Interviews informiert und Anonymität zugesichert. Mit Ausnahme von zwei Interviews, bei denen jeweils zwei SchülerInnen anwesend waren, allerdings einzeln befragt wurden, wurden alle Anderen einzeln befragt. Die Gespräche wurden mit Einverständnis der Befragten auf Band aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert. Die Dauer der Interviews betrug bei den SchülerInnen durchschnittlich 20 Minuten und bei den LehrerInnen sowie ExpertInnen rund 30 Minuten bis 1,5 Stunden. Das Transkript, in dem die einzelnen Textpassagen bereits den jeweiligen Fragen zugeordnet sind, umfasst insgesamt 137 Seiten und durchschnittlich 3,5 Seiten pro SchülerInnen-Interview und durchschnittlich 8 Seiten pro LehrerInnen- sowie ExpertInnen-Interview.

Die Auswertung zielte darauf ab, die subjektiven Vorstellungen von schulischer Gesundheitsförderung in ihren komplexen Zusammenhängen zu rekonstruieren und aus den Einzelfällen vorsichtige Verallgemeinerungen vorzunehmen. Die folgenden Materialien, die für die Auswertung herangezogen wurden, liegen für jede befragte Person vor:

- Demographische Informationen über Alter, Geschlecht und aktuelle Schule der befragten SchülerInnen;
- Ein InterviewerIn-Protokoll, in dem die InterviewerIn Angaben über die Kontaktaufnahme, die Interviewsituation, die Dauer und Atmosphäre des Gesprächs und einen kurzen Eindruck von der befragten Person unmittelbar nach dem Interview festgehalten hat;
- Das Interview-Transkript: ein vollständig und wörtlich verschrifteter Text der Interview-Aufnahme.

Die zusammengefassten Antworten der ProbandInnen wurden schließlich den vier Schwerpunkten, die in Kapitel 9.1 beschrieben wurden, zugeordnet. Waren deutliche Unterschiede in den Aussagen der SchülerInnen und LehrerInnen der beiden Schultypen erkennbar, so wurde darauf hingewiesen, ansonsten wurden sie als allgemein gültige Aussagen betrachtet.

10 Psychosoziale Gesundheitsförderung: Ergebnisse qualitativer Interviews in drei Untersuchungsgruppen

Die folgende Darstellung wird auf der Grundlage einer zusammenfassenden Analyse der qualitativen Interviews vorgenommen. Die Verallgemeinerungen wurden teilweise durch Zitate aus den Interviews illustriert, um sie anschaulicher zu machen und die Lebendigkeit des Fallmaterials zum Ausdruck zu bringen. Diese Zitate wurden original aus dem Transkript übernommen und sprachlich nicht weiter „geschönt“. Damit sind sie vielleicht manchmal etwas schwieriger zu lesen, aber das wurde von der Autorin zugunsten einer größeren Authentizität in Kauf genommen.

Wenn zwischen den Untersuchungsgruppen eine Vergleichbarkeit notwendig war, dann wurden gewisse Fragenkomplexe in allen drei oder in zwei Untersuchungsgruppen gestellt. Andere Fragen hingegen waren nur für eine bestimmte Gruppe relevant. In der folgenden Darstellung wurde daher in einer Weise vorgegangen, dass - wenn zwei oder drei Gruppen befragt wurden - zuerst die Aussagen der ExpertInnen, dann die der LehrerInnen und anschließend die Antworten der SchülerInnen dargestellt wurden. Die Zitierweise im empirischen Teil erfolgt wie im Folgenden beschrieben:

- Bei den ExpertInnen durch: „E: Seitenzahl“;
- Bei den LehrerInnen durch: „L, Schultyp: Seitenzahl“;
- Bei den SchülerInnen durch: „S, Geschlecht, Alter, Schultyp: Seitenzahl“.

Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit dem „ExpertInnenwissen“ über Gesundheitsförderung in Schulen (Kap. 10.1). Dann wird der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen (Kap. 10.2), die vorhandenen gesundheitsfördernden Maßnahmen (Kap. 10.3) sowie die erforderlichen Maßnahmen zur Förderung der (psychosozialen) Gesundheit (Kap. 10.4) beschrieben. Schließlich soll das Schulklima aus Sicht der LehrerInnen und SchülerInnen sowie das Wohlbefinden der SchülerInnen (Kap. 10.5) dargestellt werden, um sich einerseits ein Bild von den befragten Schulen machen zu können und andererseits, um Ansatzpunkte für Veränderungen oder Verbesserungen finden zu können.

10.1 „ExpertInnenwissen“ über Gesundheitsförderung in Schulen

Im Folgenden wird dargestellt, welches „ExpertInnenwissen“ über schulische Gesundheitsförderung sowohl in Schulen als auch bei den außerschulischen ExpertInnen vorliegt. An dieser Stelle muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass in diesem Kapitel (10.1) als „ExpertInnenwissen“ nicht nur das von den außerschulischen ExpertInnen, sondern auch das der LehrerInnen und der SchülerInnen als solches betrachtet wird.

Gesundheitsförderung ist bei den befragten SchülerInnen nicht unbedingt ein dominantes Thema. In den Interviews bedurfte es deshalb erst einer Annäherung an diese Thematik. Hatte sich die Befragten erst einmal hineingedacht, dann veranschaulichten sie ihr Verständnis von Gesundheitsförderung vor allem anhand sämtlicher Beispiele. Nach Wahrnehmung der Autorin zeigte sich ein „logischer“ Zusammenhang bei den SchülerInnen zwischen Alter und Wissen über Gesundheitsförderung, gleich welcher Schultyp. Während sich bei den 11- bis 12-jährigen SchülerInnen noch eher Unsicherheit in den Äußerungen über das Verständnis oder die Ziele von Gesundheitsförderung widerspiegelte, hatten die 13- bis 14-Jährigen durchaus recht passable Antworten parat.

10.1.1 Wissen über Gesundheitsförderung

In den Interviews wurde versucht, das Wissen und Verständnis der Befragten von „Gesundheitsförderung allgemein“, „schulischer Gesundheitsförderung“ sowie von „psychosozialer Gesundheitsförderung“ zu explorieren. Dieser Fragenkomplex wurde in allen **drei Untersuchungsgruppen** gestellt.

10.1.1.1 Gesundheitsförderung allgemein

Nur ein/e **Expertin/e** führte explizit an, dass die Gesundheitsförderung sowohl die körperliche, die psychische als auch die soziale Gesundheit umschließt. Ebenfalls nur ein/e Expertin/e verstand Gesundheitsförderung ausschließlich auf der Ebene der körperlichen Gesundheit. Alle anderen ExpertInnen ordneten unter Gesundheitsförderung Komponenten ein wie Verhältnisänderung, Verhaltensänderung, Setting-Ansatz sowie den Empowerment-Ansatz. Diese Begriffe implizieren sehr wohl den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, wie ihn die WHO vorgibt. Die folgenden Aussagen sollen die letztgenannten Komponenten zum Ausdruck bringen:

„In der Gesundheitsförderung geht es halt einfach vor allem darum, dass man ... dass man die Lebenswelt einfach versucht zu verändern. ... Und dann und weniger, und dann wird sich automatisch die ... das persönliche Verhalten entsprechend verändern“ (E: 1).

„Gesundheitsförderung [...] soll ... besonders im Ansatz des Settings, das heißt die Umgebung spielt eine große Rolle, wie die gestaltet wird [...]. Und auf der anderen Seite ist es dann die Empowerment, also dass man Menschen dazu befähigt, Selbstkompetenz zu bekommen in Sachen Gesundheit“ (E: 1f.).

Bei der Befragung der **LehrerInnen** konnte festgestellt werden, dass sich für die eine Hälfte der Befragten die Gesundheitsförderung vor allem am körperlichen sowie am seelischen Wohlbefinden orientiert. Für die andere Hälfte der LehrerInnen sollte damit nicht nur die körperliche und psychische, sondern auch die soziale Gesundheit gefördert werden, eben wie es die WHO proklamiert. Folgende zwei Zitate sollen diese beiden Haltungen verdeutlichen:

„Unter Gesundheitsförderung würde ich alle Maßnahmen verstehen, also die den Menschen in seinen körperlichen aber auch psychischen Wohlbefinden unterstützen“ (L, HS: 41).

„Gesundheitsförderung also ... orientiere ich mich am ... Begriff Gesundheit nach der WHO. ... Und zwar die körperliche, psychische und soziale Gesundheit“ (L, Gymn.: 41).

Deutliche Unterschiede im Verständnis von Gesundheitsförderung zeigten sich zwischen HauptschülerInnen und GymnasiastInnen. Die Hälfte der **HauptschülerInnen** konnte mit dieser Thematik nichts anfangen. Für die andere Hälfte bezieht sich Gesundheitsförderung auf Aktivitäten, die vor allem das körperliche Wohl fördern sollten. Gesundheitsförderung wird aber auch verbunden mit Unterstützungsleistungen für Andere wie Beratungen, die auch bereits prophylaktisch, also *„auch schon im Vorhinein“* (S, Mädchen, 14, HS: 96) durchgeführt werden können. Die folgende Passage soll die körperorientierten Komponenten, die die Gesundheitsförderung aus Sicht der SchülerInnen unterstützt, zum Ausdruck bringen:

„Gesundheitsförderung ... dass man eben schaut, dass man gesund bleibt. Zum Beispiel viel Sport macht und sich halt bewegt und dass man sich gesund ernährt, und dass man nicht raucht oder viel trinkt zum Beispiel ... ja, dass man schaut, dass man gesund bleibt“ (S, Knabe, 14, HS: 96).

Für die Mehrheit der **GymnasiastInnen** ist die Förderung des körperlichen Wohls zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung. Die genannten Leistungen reichen hier von der Apfelverteilung über die genussvolle und bewusste Ernährung bis hin zu einer ausreichenden Bewegung. Für die Hälfte der befragten GymnasiastInnen übt dabei die Werbung wie Werbeplakate (beispielsweise Anti-Raucher Plakate) oder Werbefilme zur „Förderung der Gesundheit“ großen Einfluss auf ihr Gesundheitsverhalten aus. Lediglich ein/e SchülerIn sprach ne-

ben dem physischen auch das psychische und soziale Wohlbefinden als förderungsbedürftig an. Für sie/ihn ist außerdem wichtig, dass SchülerInnen ausreichend informiert werden, um somit die für sie richtigen Entscheidungen treffen zu können. Beispielhaft werden zwei Aussagen angeführt, von denen eine das körperliche Wohl betont und die andere den psychosozialen Aspekt anspricht:

„Dass man zum Beispiel ... also ... genießt was man ißt und nicht zu viel ißt, und vielseitig ißt. ... Und dass man halt in Bewegung bleibt, also dass man nicht auf einmal viel zulegt und sich nicht mehr bewegt“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 96).

„Gesundheit ist glaub‘ ich auch die Psyche, dass man sich wohl fühlt. [...], und dass man einfach schaut, dass das Umfeld passt, und ... also dass man Freunde findet, dass man Familie hat, die für einen da ist“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 97).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Gesundheitsförderung, die sowohl die körperliche, psychische als auch die soziale Gesundheit impliziert, bei den ExpertInnen sowie bei den LehrerInnen zwar deutlicher ausgeprägt ist als bei den SchülerInnen, allerdings wird auch in diesen beiden Gruppen nicht immer eindeutig die körperliche, psychische sowie die soziale Gesundheit angeführt, auf die die Gesundheitsförderung nach der WHO-Definition hinweist. Bei den SchülerInnen steht vorwiegend das körperliche Wohlbefinden, das durch gesunde Ernährung sowie körperliche Bewegung erhalten werden soll, im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung. Damit wird auch die Aussage von Kolip und Hurrelmann (1994: 31f.; vgl. auch Kap. 2.2.1) bestätigt, nämlich dass im Schulalter den Komponenten „Körperzufriedenheit“ und „Vitalität“ eine sehr große Bedeutung beigemessen wird.

10.1.1.2 Schulische Gesundheitsförderung

Nach **ExpertInnenmeinung** ist die Schule ein geeigneter Ort für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Initiativen. Denn einerseits können dort SchülerInnen über einen relativ langen Zeitraum erreicht werden und andererseits sind in einer Schule vielfältige Kompetenzen, die für die Gesundheitsförderung erforderlich sind, vorhanden. Nach ExpertInnenmeinung sollte jedoch nicht alles, was in der Gesellschaft als notwendig erachtet wird, sofort Aufgabe der Schule werden. Ein hohes Maß an Verantwortung sollte vielmehr von den Eltern und der Gesellschaft selber übernommen werden. Gesundheitsförderung wird außerdem als ein wesentliches Unterrichtsprinzip erachtet, das allerdings nur umgesetzt werden kann, wenn die/der LehrerIn selber davon überzeugt ist und das somit in die Klasse hinein transportieren kann.

Als wichtiges Prinzip schulischer Gesundheitsförderung wird auch die Partizipation der SchülerInnen erachtet. Denn nur wenn bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen auch auf ihre Bedürfnisse und Wünsche eingegangen wird, können sie sich damit auch auseinandersetzen. Aus Sicht einer/s Expertin/en muss außerdem ein schülergerechter Zugang zum Themenkomplex Gesundheitsförderung geschaffen werden, damit die SchülerInnen die Maßnahmen auch annehmen.

Zusammenfassend kann folgende ExpertInnenaussage, die die Schwerpunkte Schule als Organisation, Individuen aber auch die Umwelt in den Mittelpunkt schulischer Gesundheitsförderung stellt, herangezogen werden:

„Es geht darum, dass man auf der einen Seite eben die Schule auch als Institution gesundheitsfördernd gestaltet, und auch auf die einzelnen Individuen eingeht und auch die Kompetenzen der Schüler unterstützt und fördert, sowohl ... also auf allen Ebenen der Gesundheit, also vom physischen, psychischen bis auf soziale Gesundheit. Und es geht auch um die Vernetzung von Schule und Umgebung“ (E: 1).

Nach **LehrerInnenmeinung** stellt die schulische Gesundheitsförderung eine Art Ausgleichsfunktion für SchülerInnen dar. Denn in der Schule sollen sie all jene Unterstützungen erhalten, die sie zum Teil von zu Hause „nicht mehr mitbekommen“. Solche Maßnahmen reichen von der „gesunden Jause“ über „richtiges Bewegen“ bis hin zum „Gegensteuern von Vereinsamung“ (L, HS: 41). Damit sich Kinder und Jugendliche in der Schule wohl fühlen, brauchen sie vor allem ausreichend Platz und Bewegungsfreiheit. Das bedeutet, dass die Schule nicht nur dafür verantwortlich ist, junge Leute mit Wissen auszustatten, sondern auch „gute Rahmenbedingungen“ (L, Gymn.: 42) zum Wohlfühlen schaffen muss. Bei allen Maßnahmen, die sich insbesondere auf die SchülerInnen beziehen, ist es außerdem wichtig, dass diese altersspezifisch gestaltet werden.

Ebenso wie beim Verständnis von „Gesundheitsförderung allgemein“ zeichneten sich auch beim Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung deutliche Unterschiede in den Antworten der SchülerInnen der Hauptschule sowie des Gymnasiums ab. Während die Hälfte der befragten **HauptschülerInnen** mit dieser Thematik nichts anfangen konnte, sind für die andere Hälfte vor allem ausreichende Bewegung sowie eine gesunde Ernährung die Hauptanliegen schulischer Gesundheitsförderung. Für eine Schülerin ist außerdem das soziale Wohlbefinden wichtig. Damit meinte sie, „dass da keiner ausgeschlossen wird“ (14, HS: 97), worauf vor allem LehrerInnen achten sollten. Auch die Hälfte der **GymnasiastInnen** verbindet schuli-

sche Gesundheitsförderung vor allem mit gesunder Ernährung. Als weitere Bereiche, die in der Schule gefördert werden sollen, nannten sie neben einem effizienten Turnunterricht auch kompetente LehrerInnen, die die SchülerInnen umfassend mit Wissen ausstatten sollen, welches sie bei der „richtigen“ Entscheidungsfindung unterstützen sollte. Folgende Aussagen sollen das Verständnis der SchülerInnen von schulischer Gesundheitsförderung zum Ausdruck bringen:

„Ja, dass man zum Beispiel in Turnen sich viel bewegt, ... dass man was zur aktiven Gesundheit in der Schule beiträgt, oder dass man ... statt man sich in der Mittagspause eine Cola und einen Schoko oder so kauft, dass man sich einmal einen Apfel kauft oder so zum Beispiel“ (S, Knabe, 14, HS: 97).

„Dass in der Schule ... die Gesundheit auch gefördert wird ... ja“ (S, Knabe, 11, Gymn.: 98).

Eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung wird der Schule sowohl von den ExpertInnen als auch von den LehrerInnen zugewiesen. Bei den SchülerInnen zeichnet sich im Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung, genauso wie bei der „Gesundheitsförderung allgemein“ (vgl. Kap. 10.1.1.1), sehr stark die körperliche Gesundheit ab.

10.1.1.3 Psychosoziale Gesundheitsförderung

Die psychosoziale Gesundheitsförderung bezieht sich für die Mehrheit der **ExpertInnen** vor allem auf das soziale Umfeld der SchülerInnen. Dieses schließt ihrer Meinung nach vor allem die gesamte Schulhauskultur aber auch den zwischenmenschlichen Umgang mit SchülerInnen, LehrerInnen sowie mit anderen Personen mit ein. Die Hälfte der ExpertInnen hebt besonders einen risikoorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung hervor, der sich auf Maßnahmen wie Stressbewältigung, Aggressionsbewältigung, Suchtprävention, Aidsprävention oder Gewaltprävention konzentriert. Für eine/n Expertin/en umfasst die psychosoziale Gesundheitsförderung auch die Förderung der Kreativität sowie Sport. Die folgende Passage soll einige der genannten Aspekte verdeutlichen:

„Unter psychosozialer Gesundheitsförderung versteh‘ ich also eine Gesundheitsförderung ... im Bereich des ... ganzen Psychosozialen. Da gehört zum Beispiel dazu der Umgang miteinander, mit den Schülern, das ... Gesprächsklima in der Schule, Aggressionsbewältigung, ... Umgang von Schülern mit Lehrern, dann auch Stressbewältigung, dann gehört sicher dazu ... Möglichkeiten der Entspannung, dann gehört dazu ... Kommunikationsformen, so dieser ganze Bereich“ (E: 3f.).

Für die **LehrerInnen** geht es in der psychosozialen Gesundheitsförderung vor allem darum, nicht nur die körperliche oder psychische Gesundheit der SchülerInnen, sondern auch deren soziale Gesundheit zu unterstützen. SchülerInnen sollten sich in der Schule wohl fühlen können. Dazu ist nicht nur die Stärkung der Persönlichkeit oder eine „gute Atmosphäre“ (L, Gymn.: 43) erforderlich, sondern es zählt auch der zwischenmenschliche Umgang zu den maßgeblichen Kompetenzen, die den SchülerInnen in der Schule vermittelt werden sollten:

„Da speziell die Stützung der Persönlichkeit, auch wieder in allen drei Bereichen. Und die Unterstützung von Schülerinnen und Schülern in erster Linie, im Klassenverband, im Gesamtgefüge der Schule. [...] Dass sich Schülerinnen und Schüler wohl fühlen, dass sie in ihrer Persönlichkeit gestärkt werden“ (L, Gymn.: 42).

„Naja, da fällt herein eben auch dieses sich bewähren lernen in der Gruppe, viel sprechen miteinander, Verständnis lernen, Toleranz lernen, höfliche Umgangsformen“ (L, HS: 42).

Beim Verständnis von psychosozialer Gesundheitsförderung konnten keine Unterschiede bei den **SchülerInnen** der beiden Schultypen festgestellt werden. Jeweils die Hälfte der Befragten SchülerInnen wusste trotz vorheriger begrifflicher Erklärung darauf keine Antwort. Die andere Hälfte der ProbandInnen versteht darunter beispielsweise „mit Freunden reden“ (S, Mädchen, 13, HS: 98) oder „dass was für die Psyche getan wird“ (S, Knabe, 14, HS: 98). Für die SchülerInnen ist es vor allem wichtig, dass in der Schule ein „gutes Klima“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 99) herrscht, so dass man sich dort auch wohl fühlen kann. Auch der zwischenmenschliche Aspekt wie aufeinander Rücksicht nehmen oder Anerkennung bei FreundInnen ist in dieser Untersuchungsgruppe ein Indikator für ein Wohlfühlen in der Schule. Einige der genannten Aspekte sollen durch die folgende Aussage verdeutlicht werden:

„Ja, dass man sich einfach wohl fühlt und dass das Klima in der Klasse passt, und auch mit den Lehrern. ... Und dass wenig Streite wie möglich sind und ja, dass man halt nicht von anderen Leuten segiert wird, ... also dass einfach alles passt“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 99).

Die Begriffsbestimmung der psychosozialen Gesundheit ist bei allen Befragten sehr unterschiedlich. Während die Hälfte der ExpertInnen häufig die psychosozialen Reaktionsformen wie Stressbewältigung oder Suchtprävention ins Zentrum rücken, die durch Gesundheitsförderung „bekämpft“ werden sollten, sind die LehrerInnen vor allem an einem gemeinsamen psychosozialen Wohlergehen interessiert. Diese Gegenüberstellung zeigt deutlich die Grenze zwischen Gesundheitsförderung und Prävention auf (vgl. auch Kap. 5.10). Im Vergleich zu den ExpertInnen, bei denen sich eher die Tendenz zur Prävention abzeichnet, steht bei den

LehrerInnen eher die an salutogenen Ressourcen und Potenzialen orientierte Gesundheitsförderung im Vordergrund. Bei den SchülerInnen nimmt neben einem guten Schulklima auch die Anerkennung im Freundeskreis Einfluß auf ihr Wohlbefinden. Das zeigt nach Meinung der Autorin, dass ein gewisser „Erfolg“ im Freundeskreis nicht nur zur sozialen Identitätsbildung beiträgt, sondern es wird auch die Wirkung der Gleichaltrigen auf Kinder und Jugendliche sichtbar. Peer-Projekte scheinen deshalb eine effektive Methode zu sein, die die Identifikation der SchülerInnen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen erhöhen können.

10.1.2 Vorrangige Ziele schulischer Gesundheitsförderung

Aus **ExpertInnen**sicht liegen die vorrangigen Ziele schulischer Gesundheitsförderung vor allem darin, dass SchülerInnen „auf's Leben“ gut vorbereitet werden. Gesundheitsförderung sollte ihnen ein Anliegen werden, das sie auch „in die Familien hinaus tragen“ (E: 4) sollten. Diese Streuwirkung darf nach ExpertInnenmeinung nicht unterschätzt werden. Außerdem sollte die „Schule als Lebensraum“ (E: 5) so gestaltet sein - etwa durch verbindliche Regeln für Umgangsformen - dass ein wertschätzender Umgang zwischen LehrerInnen und SchülerInnen unterstützt wird. Selbstverständlich sollte bei gesundheitsfördernden Maßnahmen stets berücksichtigt werden, dass sich diese sowohl auf die körperliche, seelische als auch auf die soziale Gesundheit beziehen.

Ein vorrangiges Ziel schulischer Gesundheitsförderung ist für **LehrerInnen**, den SchülerInnen ein Verständnis für eine gesunde Lebensweise nahe zu legen, welches ein körperliches, psychisches sowie soziales Wohlbefinden unterstützen sollte. Durch persönlichkeitsstärkende Maßnahmen sollen die SchülerInnen einerseits dazu befähigt werden, „*Steine, die ihnen in den Weg geworfen werden, selbst wegzuräumen*“ (L, HS: 43) und andererseits sollte ihnen dadurch ein kritischer Umgang mit Konsum oder mit Risikofaktoren wie Suchtmittel, Aids oder Gewalt ermöglicht werden. Ein wichtiges Anliegen der LehrerInnen ist außerdem ein konstruktiver Ansatz der Konfliktbewältigung: „*Das heißt, dass man Konflikte löst, dass man Konflikte ... nicht als Sache sieht, die man unter den Teppich kehrt, [...] sondern dass man das auch behandelt und bespricht.*“ Ziel schulischer Gesundheitsförderung sollte auch sein, „*dass man Turnunterricht fördert, dass der Bewegungsdrang nicht zu sehr eingeschränkt wird*“ (L, Gymn.: 43).

Bei der Befragung der SchülerInnen, ob sie wissen, was mit schulischer Gesundheitsförderung erreicht werden sollte, wusste die Hälfte der HauptschülerInnen aber nur einer von den GymnasiastInnen darauf keine Antwort. Die anderen **HauptschülerInnen** glauben, dass die Ziele schulischer Gesundheitsförderung vor allem darin liegen, dass man sich gesund ernährt oder sich ausreichend bewegt, aber auch Impfungen sind nach Meinung einer/s Schülerin/s gesundheitsfördernd. Außerdem sollten die LehrerInnen bestrebt sein, „*dass sich alle wohl fühlen*“ (S, Mädchen, 14, HS: 100). Auch fast alle befragten **GymnasiastInnen** sind sich darüber einig, dass gesunde Ernährung das Ziel schulischer Gesundheitsförderung sein muss. Als weitere Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen führten sie sportliche Betätigung, Rauchverbot innerhalb des Schulgebäudes sowie Unterstützung beim Umgang mit Konflikten an, was vor allem ein psychisches Wohlbefinden fördern sollte. Beispielhaft soll die folgende Aussage einer Schülerin (14, Gymn.: 100) herangezogen werden, um die Ziele schulischer Gesundheitsförderung aus Sicht der SchülerInnen zum Ausdruck zu bringen:

„Ja, ich denk‘ mir eben, dass es eben nicht so viel dickleibige Kinder gibt eben, und dass die auch sportlich sind und eben auf ihre Ernährung achten. Und ich glaub‘, dass man da schon wahnsinnig viel machen kann, schon in den Schulen.“

Ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung in der Schule ist aus Sicht der ProbandInnen, das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen. Dieses gesundheitsangemessene Verhalten darf sich jedoch nicht nur auf den schulischen Bereich konzentrieren, sondern es muss vielmehr die MultiplikatorInnenwirkung (vgl. Kap. 5.4), die die SchülerInnen ausüben - was auch von den ExpertInnen verdeutlicht wurde - im Blickfeld behalten werden.

10.1.3 Maßnahmen der unspezifischen Ressourcenstärkung

Sehr viele Gesundheitsförderungsprogramme setzen nach wie vor häufig an Risiken an oder nehmen einen negativen Outcome wie Sucht oder Gewalt in das Blickfeld. **ExpertInnen** wurden deshalb zum einen dazu befragt, worin dafür die Gründe liegen und zum anderen, welche Beispiele sie für Gesundheitsförderungsinitiativen nennen können, die der Philosophie der unspezifischen Ressourcenstärkung folgen.

Nach Meinung der ExpertInnen setzen Maßnahmen deshalb vorwiegend an Risiken an, weil gewisse Probleme bei Kindern bereits vorhanden sind, wenn sie in die Schule kommen. Aus

diesem Grund kann die Schule „*eigentlich dann erst im Nachhinein auf das aufmerksam machen*“ also „*darauf Bezug nehmen*“ (E: 21). Weitere Gründe für die „*risikoorientierte Gesundheitsförderung*“ liegen zum einen in der leichteren Messbarkeit der Wirkung solcher Projekte und zum anderen darin, dass von dieser ein „*riesen Wirtschaftszweig*“ lebt wie etwa die „*Pharmawirtschaft*“, „*Berater*“ oder „*Therapeuten*“. Aber auch in der Ausbildung verschiedener Professionen ist „*alles fokussiert und reduziert eben auf diesen pathologischen Aspekt*“ (E: 22). Nach Meinung einer/s Expertin/en ist es eine „*Mentalitätsfrage*“ unserer Gesellschaft, dass man „*lange zuschaut und dann eigentlich erst was tut, wenn der Hut brennt beziehungsweise wenn unbedingt was gemacht werden muss*“ (E: 23).

Als Beispiele für Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die der Philosophie der unspezifischen Ressourcenstärkung folgen, wurden beispielsweise Projekte genannt, die das „*Selbstwertgefühl*“ (E: 25) stärken, die „*persönlichkeitsstärkende Kompetenzen*“ sowie das „*Schulklima*“ fördern oder durch die die Schule als „*Lebensraum*“ gestaltet wird, beispielsweise durch Klassenraumgestaltung, „*Schulhofgestaltung*“ oder „*Pausenraumgestaltung*“ (E: 24). Bei all diesen Programmen ist es von großer Bedeutung, dass sie langfristig ausgerichtet sind.

Die Tatsache, dass sich viele Programme der Gesundheitsförderung am „Zurückdrängen“ von Risikofaktoren orientieren, macht deutlich, dass einerseits Programme der Gesundheitsförderung kritischer betrachtet werden müssen und dass andererseits in Zukunft verstärkt solche Programme entwickelt werden sollten, die sich tatsächlich an den Ressourcen und Potenzialen der Kinder und Jugendlichen orientieren. Als Gesundheitsförderungsprojekte, die die unspezifische Ressourcenstärkung ins Zentrum rücken, nennen Hascher et al. (2001: 21) beispielsweise Projekte, die Eigenverantwortung stärken, die Bildung von Netzwerken fördern oder die Individuen darin unterstützen, realistische Zukunftspläne zu entwerfen.

10.1.4 Ansätze der Gesundheitsförderung

In der Gesundheitsförderung gibt es mehrere Ansätze (vgl. Kap. 5.2), die jeweils unterschiedliche Ziele verfolgen. In diesem Kapitel geht es darum, zu beschreiben, mit welchen Strategien in den Schulen die unterschiedlichen Ziele der verschiedenen Ansätze erreicht werden oder erreicht werden sollten. Bei den befragten **LehrerInnen** herrscht weitgehender Konsens darüber, dass alle Ansätze, die vorher von der Interviewerin kurz beschrieben wurden, umge-

setzt werden. Im Folgenden werden die genannten Strategien, die von den LehrerInnen den einzelnen Ansätzen zugeordnet wurden, dargestellt:

- Der *medizinische Ansatz* wird durch Maßnahmen wie beispielsweise „*schulärztliche*“ Untersuchungen, „*Impfungen*“ oder medizinische Interventionen bei Bedarf - also „*wenn was akut ist*“ - umgesetzt.
- Der *Ansatz der Verhaltensänderung* zeigt sich beispielsweise bei „*Schulsportwochen*“, die einerseits dazu anregen sollen, sich ausreichend körperlich zu betätigen und die andererseits auch unter dem Gesichtspunkt der „*Unfallverhütung*“ stehen. Darüber hinaus soll etwa „*Mediation*“ ein richtiges Verhalten bei Konflikten unterstützen oder spielpädagogische Maßnahmen Aggressionen verhindern helfen.
- Der *Ansatz der Gesundheitsaufklärung* wird beispielsweise durch „*Peers*“ umgesetzt. Aber auch in verschiedenen Unterrichtsgegenständen wie „*Biologie*“, „*Deutsch*“ (L, Gymn.: 45) oder in „*Ernährungs- und Hauswirtschaft*“ werden die SchülerInnen über Gesundheitsthemen aufgeklärt, etwa zum Thema gesunde Ernährung.
- Der *Ansatz des Empowerment* kommt vor allem in verschiedenen Projekten zum Tragen, wo SchülerInnen durch Wissen und Bewusstseinsbildung befähigt werden sollen, „*ihre Gesundheit persönlich in die Hand nehmen*“ (L, HS: 44) zu können. Oder auch „*Vertrauenslehrer als Unterstützer*“ können den SchülerInnen dabei helfen, „*diese Selbstheilungskräfte [...] zu entdecken und zu fördern*“.
- Der *Ansatz der sozialen Veränderung* ist nach Meinung der LehrerInnen aufgrund der geringen finanziellen Ressourcen häufig der „*aller schwierigste*“. Trotzdem wird versucht, „*gute Bedingungen*“ beispielsweise „*vom Raum her*“ (L, Gymn.: 45) zu schaffen, damit sich die Kinder und Jugendlichen in der Schule auch wohl fühlen können.

Diese vielfältigen Maßnahmen, die den unterschiedlichen Ansätzen jeweils „treffend“ zugeordnet wurden, zeigen die hohe Kompetenz seitens der LehrerInnen in der Gesundheitsförderung. Nach welchen Kriterien all die genannten Maßnahmen von den LehrerInnen ausgewählt werden, wird in Kapitel 10.3.7 dargestellt.

10.2 Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen

In diesem Kapitel soll der Bedarf beschrieben werden, der sowohl aus Sicht der **LehrerInnen** und der **SchülerInnen** als auch aus Sicht der **ExpertInnen** besonders durch unterschiedliche

gesundheitsfördernde Maßnahmen gedeckt werden oder zumindest verstärkt ins Blickfeld rücken sollte. Dieser Bedarf bezieht sich einerseits auf das Individuum SchülerIn und andererseits auf das schulische Umfeld.

10.2.1 Förderung von personalen und sozialen Gesundheitsressourcen

Sowohl **ExpertInnen** als auch **LehrerInnen** wurden dazu befragt, welche personalen und sozialen Gesundheitsressourcen (eine umfassende Darstellung der Gesundheitsressourcen findet sich beispielsweise in Waller 2002) ihrer Meinung nach bei SchülerInnen besonders gefördert werden sollten, damit diese ein psychisches und soziales Wohlbefinden erlangen. In den meisten Fällen erfolgte zuvor eine kurze Erklärung der personalen und sozialen Gesundheitsressourcen. Wurde nach Ansicht der Interviewerin darauf von den Befragten zu wenig eingegangen, dann wurden weiters ein bis zwei Beispiele pro Kategorie genannt. Als Beispiele für personale Gesundheitsressourcen wurden Selbstvertrauen oder Selbstakzeptanz, für soziale Gesundheitsressourcen wurden einerseits soziale Unterstützung beispielsweise durch Wertschätzung und andererseits emotionale Unterstützung beispielsweise durch Informationen, die dem Einzelnen signalisieren, dass er versorgt und geliebt wird, genannt. Die zuvor genannten Beispiele wurden erwartungsgemäß von den befragten ExpertInnen und LehrerInnen auch am häufigsten genannt oder bestätigt. Was die beiden Untersuchungsgruppen im Speziellen zu dieser Fragestellung meinten, wird im Folgenden dargestellt.

Die Stärkung der „personalen Gesundheitsressourcen“ wie Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl, die hier synonym verwendet werden, sind nach Meinung der **ExpertInnen** besonders förderungsbedürftig. So meinte etwa ein/e Expertin/e:

„... alles was in Richtung stärkeres Selbstbewusstsein, ... je mehr ich mich abgrenzen kann und nicht immer Mitläufer sein muss ... als junges Mädchen, als junger Bursch, ... und je selbstbewusster ich sagen kann, ich tu das nicht, weil ich das nicht möchte, ohne dass ich verlacht werd. Und dass ich es aushalte, wenn ich einmal ausgelacht werd“ (E: 16).

Als wichtig erachten ExpertInnen es auch, den SchülerInnen traditionelle Werte wie „*Dankbarkeit*“ zu vermitteln. Verstärkt sollte mit den SchülerInnen trainiert werden, ihre „*Frustrationsgrenzen*“ auch dehnen zu lernen, um auch „*einmal eine Niederlage einstecken*“ zu können. Schließlich „*bricht die Welt nicht zusammen, wenn's einmal einen Fünfer gibt*“. Es kann daher hilfreich sein, wenn man „*einfach Dinge wieder ein bisschen gelassener*“ (E: 17) hin-

nehmen kann. Als weitere personale Gesundheitsressourcen wurden „*Selbstwahrnehmung*“ sowie „*Kritikfähigkeit*“ (E: 16) genannt.

Als „soziale Ressourcen“ nannten die ExpertInnen neben der sozialen und emotionalen Unterstützung, die den Interviewten meist als Beispiele genannt wurden, insbesondere ein soziales Miteinander sowie ein „*gutes Klima*“ (E: 15) sowohl im schulischen als auch im familiären Umfeld.

Auch die befragten **LehrerInnen** sind der Meinung, dass bei SchülerInnen vor allem „personale Gesundheitsressourcen“ wie Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Akzeptanz oder Toleranz gefördert werden sollten. Außerdem wird Selbsteinschätzung, das heißt „*sich selbst einmal gut zu kennen*“, als wichtig erachtet. Bei der „*Stärkung der Persönlichkeit*“ sollte berücksichtigt werden, dass diese nicht isoliert zu sehen ist, sondern es soll auch darauf hingewiesen werden, den Blick auf Andere zu werfen, so dass also „*empfindsames Verhalten Anderen gegenüber*“ (L, Gymn.: 62) gefördert wird. Kinder und Jugendliche sollten auch sehr früh lernen, Verantwortung zu übernehmen, sowohl für sich als auch für Andere.

Zu den „sozialen Gesundheitsressourcen“ zählen nach Meinung der LehrerInnen einerseits das „*Wissen um wichtige Dinge*“, das für die Gesundheit der SchülerInnen erforderlich ist und andererseits genauso das „*Wissen um die Unterstützung*“ durch „*Eltern, Angehörige*“ und „*Lehrer*“ (L, HS: 61). Als weitere Aspekte nannten sie „*Teamfähigkeit*“ sowie soziale Unterstützung durch „*Klassengemeinschaften*“ (L, Gymn.: 63).

Der etwas schwierige Einstieg in die Thematik der Gesundheitsressourcen zeigte aus Sicht der Autorin, dass offensichtlich Gesundheitsrisiken in unserem Wissensrepertoire besser verankert sind als Ressourcen. Dies könnte eventuell ein Indikator dafür sein, dass viele Gesundheitsförderungsprogramme vielmehr an Gesundheitsrisiken als an Gesundheitsressourcen ansetzen (vgl. auch Kap. 10.1.3).

10.2.2 Wünsche an eine „Schule zum Wohlfühlen“

Zwei Sichtweisen sollen zeigen, wie die „Schule zum Wohlfühlen“ aussehen sollte. Dazu wurden einerseits **LehrerInnen** befragt, welche Wünsche und Erwartungen ihrer Meinung nach Kinder und Jugendliche an eine „Schule zum Wohlfühlen“ haben, aber auch inwieweit

diese Bedürfnisse und Erwartungen in der Schule berücksichtigt werden. Andererseits wurden auch die **SchülerInnen** dazu befragt, wie die Schule aussehen sollte, in der sie sich wohl fühlen könnten.

Die befragten **LehrerInnen** wussten auf die oben beschriebenen Fragen sehr vielfältige Antworten zu geben. Aus ihrer Sicht sind folgende drei Komponenten für das Wohlfühlen der SchülerInnen von Bedeutung: die „SchülerInnen im sozialen Kontext“, die „Rolle der LehrerInnen“ sowie das „räumliche Umfeld“. Die Erwartungen, die nach Meinung der LehrerInnen auf Seite der SchülerInnen bestehen, werden so weit wie möglich berücksichtigt.

- *SchülerInnen im sozialen Kontext:* Nach Meinung der LehrerInnen ist für SchülerInnen der „Kontakt zu anderen Klassen, anderen Mitschülern“ von großer Bedeutung. Aber auch die Möglichkeiten, sich „entwickeln“ zu können oder sich „ein bisschen freier anziehen“ zu dürfen, sollten gegeben sein. Das bedeutet also „sich ein bisschen abheben dürfen vom Erwachsenen“ sollte möglich sein. Allerdings müssen den SchülerInnen dort „Grenzen“ gesetzt werden, wo diese erforderlich sind. Eine „Schule zum Wohlfühlen“ sollte weiters auf ihre „Persönlichkeit“ und ihr „Tempo“ (L, Gymn.: 87) eingehen, Geborgenheit vermitteln aber auch Spaß zulassen.
- *Die Rolle der LehrerInnen:* Diese ist von großer Wichtigkeit, wenn es um das Wohlfühlen der SchülerInnen in der Schule geht. LehrerInnen sollten nicht nur „nett“ sein oder Wissen vermitteln, sondern vielmehr sollten sie Personen sein, „mit denen man reden kann“ (L, Gymn.: 87). Ein/e LehrerIn (HS: 86) umschrieb dies folgendermaßen: „Kinder wollen, glaube ich, so wie sie sind angenommen sein, mit ihren Fragen, Wünschen. Wollen, dass bei Problemen sie sich an jemanden wenden können, dem sie vertrauen können. Wollen, dass Lehrer und die gesamte Schule, das ganze Schulleben auf sie Rücksicht nimmt und sie wollen aber auch in der Schule etwas lernen, was mitnehmen, was für sie und ihr Leben dann was bringt.“
- *Das räumliche Umfeld:* Dieses ist nach Ansicht der LehrerInnen für SchülerInnen von besonderer Bedeutung. Sie wünschen sich „einfach Räumlichkeiten, wo sie sich bewegen können“ (L, HS: 87) aber auch wo sie „Ausgleich“ (L, HS: 91) finden können. Das heißt sie sollten nicht nur „groß genug“ sein, sondern auch die Möglichkeit bieten, sich einmal zurückziehen zu können. Außerdem besteht nach Aussage einer/s Lehrerin/s bei den

SchülerInnen der „*Wunsch nach einem gemeinsamen Pausenraum [...], wo man sich trifft, wo Sozialkontakte möglich sind*“. Ebenfalls wichtig ist es, dass man „*Klassen flexibel gestalten*“ kann, beispielsweise „*von der Sitzordnung her*“. Weiters beeinflussen „*Temperatur, Lichtverhältnisse*“ ebenso wie „*ergonomische Sitzmöglichkeiten*“ oder „*Vorhänge*“ das Wohlfühlen der SchülerInnen in der Schule. Sehr begrüßenswert ist es nach Meinung der LehrerInnen auch, wenn die SchülerInnen die Möglichkeit bekommen, „*die Klasse ein bisschen selbstständig gestalten*“ (L, Gymn.: 87) zu dürfen.

Auch für **SchülerInnen** sind die Komponenten „SchülerInnen im sozialen Kontext“ sowie das „räumliche Umfeld“ besonders wichtig für ein Wohlfühlen in der Schule. Als dritter Faktor spielt die „Gestaltung des Unterrichts“ eine herausragende Rolle.

- *SchülerInnen im sozialen Kontext*: Für SchülerInnen ist besonders der Umgang miteinander von großer Bedeutung, das heißt, dass man „*freundlich*“ zueinander ist und sich „*grüßt*“. Außerdem sollte es SchülerInnen geben, mit denen man „*gut reden*“ kann über Themen wie „*Politik, Wirtschaft oder so*“ (S, Knabe, 14, HS: 133). Als angenehm würden die SchülerInnen es auch empfinden, wenn in der Klasse „*weniger Leute da sind, mit denen man sich aber alle gut versteht*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 134).
- *Die Gestaltung des Unterrichts*: Diese sollte so erfolgen, dass SchülerInnen „*nicht unterfordert, aber auch nicht überfordert*“ werden. Auch die Hausübungen sollten gleichmäßig über das Schuljahr verteilt sein. Man sollte außerdem in der Schule das lernen, „*was man praktisch brauchen kann, später dann einmal*“ (S, Knabe, 14, HS: 133). Darüber hinaus wäre es aus Sicht der SchülerInnen erstrebenswert, „*ein wenig mehr Sport*“ sowie „*mehr Freigegegenstände*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 133) zu haben.
- *Das räumliche Umfeld*: Dieses übt ebenfalls einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der SchülerInnen aus. Zum einen sollte der bauliche Zustand ein guter sowie die Räume „*ein bisschen größer*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 134) sein. Von großer Bedeutung ist aber auch die räumliche Ausstattung der Schule. Wünschenswert wären beispielsweise „*viele Computer*“ (S, Knabe, 14, HS: 133), „*Schließfächer*“ (S, Mädchen, 13, HS: 133), „*gepolsterte Sitze*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 133), vielleicht „*eine Ecke für Polster oder so, wo man sich zusammen hockt*“ (S, Mädchen, 14 Gymn.: 134) und reden kann. Es sollte einfach „*halt ein bisschen wärmer eingerichtet*“ sein (S, Mädchen 13, Gymn.: 134). Wie

sich SchülerInnen eine „Schule zum Wohlfühlen“ vorstellen, sollte im Folgenden durch die Aussage einer Schülerin (14, Gymn.: 134) beispielhaft dargestellt werden: *„Ja, also ich finde, die Räume sollen ein wenig größer sein und die Klassen ein wenig kleiner. ... Weil dann ist es auch viel ruhiger, und man kann sich besser konzentrieren. Und eben alles ein wenig heller und bunter, weil wir sind ja jetzt eher noch Kinder und Jugendliche, ... und die mögen es meistens bunter und nicht so steril und so. Und ... ja vielleicht eben auch noch bequeme Sitzmöglichkeiten.“*

Diese komplexen Aussagen über die Gestaltung einer „Schule zum Wohlfühlen“ zeigen vielfältige Ansatzpunkte, um die gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule insgesamt voran zu bringen.

10.2.3 Interessante Gesundheitsthemen aus Sicht der SchülerInnen

SchülerInnen wurden einerseits dazu befragt, welche Gesundheitsthemen sie gerne im nächsten Schuljahr im Unterricht behandeln würden und andererseits welche Themen aus ihrer Sicht besonders zur Förderung der psychosozialen Gesundheit beitragen könnten.

In den meisten Fällen wurde die gesunde Ernährung sowie mit ihr zusammenhängende Themen wie *„Ernährungsplan für Sport“* (S, Mädchen, 13, HS: 112) oder Krankheit, *„Keime in der Küche“* (S, Knabe, 14, HS: 112), *„Magersucht“* (S, Mädchen, 13, Gymn.: 14) oder etwa die *„Fünf-Elemente-Küche“* (S, Mädchen, 14, Gymn.: 112) angesprochen. Für fünf der zwölf befragten SchülerInnen wäre es wichtig, mehr über Risiken wie Rauchen, Alkohol oder Drogen zu erfahren. Auf Nachfragen bei vier SchülerInnen, ob auch psychische Probleme als Thema im Unterricht aufgegriffen werden sollten, bejahten dies alle. Von einer Schülerin wurde außerdem die *„Psychologie“* genannt, dass heißt dass nicht nur über psychische Probleme gesprochen werden sollte, sondern auch darüber, *„warum der Mensch jetzt zum Beispiel gewisse Sachen macht“* (S, Mädchen, 14, Gymn.: 112). Auch Themen wie *„Natur“* (S, Mädchen, 13, HS: 111), *„Atomkraftwerke“* oder *„Kriege“* und deren *„Konsequenzen“* sollten behandelt werden, *„weil da entstehen ja auch sehr viele Krankheiten“*, meinte eine Schülerin (14, Gymn.: 112). Weiters möchten SchülerInnen verstärkt erfahren, *„wie man besser lernen“* (S, Knabe, 14, HS: 111) oder *„wie man puncto Körper fit bleiben“* (S, Mädchen, 14, HS: 112) kann.

Als Themen, die insbesondere der Förderung der psychosozialen Gesundheit dienen sollen, nannten SchülerInnen „*psychische Probleme*“ (S, Knabe, 14, HS: 112), „*Aggressionen*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 113), „*Rauchen und Alkohol*“ (S, Knabe, 14, HS: 112), Magersucht sowie „*Drogensucht*“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 113). Als eine „*ganz wichtige Sache*“ sehen SchülerInnen das Thema „*Miteinander*“. Dazu zählt beispielsweise auch die Thematik Streit, dass man also lernt, wie man „*Streit vermeiden kann*“ oder „*lernt zu streiten*“, aber vor allem auch lernt „*zu reden*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 113). Auf die Nachfrage bei einer Schülerin, ob auch das Selbstwertgefühl Thema sein soll, so meinte diese, dass dies schon „*cool*“ (13, HS: 113) wäre.

10.2.4 Erwartungen der SchülerInnen bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen

Auf die Frage, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sich **SchülerInnen** erwarten, wussten drei der HauptschülerInnen und ein/e GymnasiastIn keine Antwort darauf. Die anderen SchülerInnen gaben insbesondere an, dass sie darüber aufgeklärt werden wollen, „*was gesund ist und was nicht*“, aber auch darüber „*was man tun soll, dass man die Informationen bekommt*“ (S, Knabe, 14, HS: 114), die dazu erforderlich sind. Dieser Wunsch nach Informationen wurde von drei SchülerInnen genannt und wird aus ihrer Sicht auch teilweise erfüllt. Erwarten würden sich SchülerInnen auch, dass das Angebot in den Geschäften oder im Pausenverkauf nicht zu verlockend, also mit „*viel Süßigkeiten*“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 114), gestaltet ist, dafür sollte beispielsweise „*mehr gesunde Jause*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 114) angeboten werden. Auf Nachfrage, ob beispielsweise ein Pausenraum erwünscht wäre, so meinte ein Schüler (11, Gymn.: 114) darauf: „*Ja, so was schon. Also das wäre schon super.*“ Weiters wurde auch der Turnunterricht in der Schule angesprochen. Dieser sollte zum einen effektiver gestaltet werden, das heißt, dass beispielsweise mehr für die Haltung gemacht wird, und zum anderen eher ausgebaut, als „*durch die ganzen Reformen*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 114) gekürzt werden.

10.3 Vorhandene Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit

In diesem Kapitel werden all jene genannten Maßnahmen dargestellt, die bereits in der schulischen Gesundheitsförderung umgesetzt werden. Zum einen geht es hier um die Art der Maßnahmen und zum anderen um deren Umfang. Das soll heißen, dass nicht alle hier geschilderten Initiativen auch zur vollen Zufriedenheit aller am Schulleben beteiligten Personen umge-

setzt werden. Es werden also neben dem Ist-Zustand auch Ansatzpunkte für erforderliche Verbesserungen sichtbar gemacht.

10.3.1 Fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule

In allen **drei Untersuchungsgruppen** wurde nach fördernden Faktoren gefragt, die aus ihrer Sicht die Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen begünstigen. Die Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Auf die Frage nach fördernden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen nannten die **ExpertInnen** vor allem die Haltung der LehrerInnen als maßgeblichen Aspekt. Gesundheitsförderung sollte für diese nicht nur ein Arbeitsauftrag sein, sondern sie müssen persönlich dahinter stehen. LehrerInnen sollten außerdem eine gewisse Sensibilität für die Probleme der Kinder und Jugendlichen haben. Die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen funktioniert nur dann langfristig, wenn LehrerInnen dabei „*nicht alleine gelassen werden*“, sondern „*Unterstützung kriegen*“. Zum einen sollte diese Unterstützung durch ein „*offizielles*“ (E: 6) LehrerInnenteam erfolgen, mit dem gemeinsam Projekte geplant und auch umgesetzt werden. Andererseits ist auch die Unterstützung durch die Schulleitung ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Es sollte also ein Anliegen der gesamten Schule werden. Die Schule darf nicht als abgegrenzter Bereich gesehen werden, der für sich selber verantwortlich ist, sondern es ist auch notwendig, dass außerschulische PartnerInnen einbezogen werden, deren Leistungen beispielsweise darin bestehen, die Schule mit Informationen oder auch mit finanziellen Mitteln zu unterstützen. Bei Nachfragen nach solchen PartnerInnen werden hierzu beispielsweise die Servicestelle GIVE, der Fonds Gesundes Österreich, Versicherungen, die Gebietskrankenkasse, private Betriebe aber auch Eltern genannt (mehr zu unterstützenden Maßnahmen vgl. auch Kap. 10.3.13). Ein weiterer fördernder Faktor ist auch das richtige Hinführen der SchülerInnen zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung. Denn „*je spannender und je [...] interessanter man das gestalten kann, umso eher wird man Erfolg haben*“ (E: 4). Eine Zeigefingermethode ist also nicht förderlich. Als weiterer Aspekt wurden geeignete Räumlichkeiten genannt, wo beispielsweise SchulmediatorInnen die Gelegenheit haben, ungestört anderen SchülerInnen Unterstützung zu leisten. Außerdem sollte die Schule so ausgestattet sein, „*dass die Kinder auch in der Pause eine Beschäftigung haben oder sich bewegen können*“ (E: 14). Folgende Aussagen sollen einige hier genannten Aspekte verdeutlichen:

„Der Lehrer muss überzeugt sein, dass das ein für ihn selbst wesentlicher Bereich ist. Er muss das am eigenen Leib sozusagen erfahren haben, dass ihm das gut tut, um es wirklich den Anderen ... so vermitteln zu können“ (E: 7).

„Dass halt auch Lehrer zum Beispiel wachsam sind und sehen, wenn es einem Kind nicht gut geht, [...] was ganz wichtig ist auch für Kinder, die so eher still sind und sich zurückziehen, dass das auffällt, dass der Lehrer da wachsam wird und da entsprechende Maßnahmen einleitet“ (E: 6).

Zu den fördernden Faktoren zählt für die befragten **LehrerInnen** vor allem ihr Interesse an der Gesundheitsförderung. Entsprechende Kompetenzen sollten das Aufgreifen der Probleme der Kinder sowie deren Lösung unterstützen. Dabei kommt es auch auf die „Art und Weise“ an, „wie man es bespricht“ (L, Gymn.: 48). Es muss daher die „Atmosphäre“ passen, es muss „Sensibilität“ und „Glaubwürdigkeit“ da sein. Außerdem sollten LehrerInnen stets ihre „Vorbildwirkung“ (L, Gymn.: 49) berücksichtigen, die sie auf SchülerInnen ausüben. Dazu brauchen die LehrerInnen entsprechende Unterstützung (mehr zu unterstützenden Maßnahmen vgl. auch Kap. 10.3.13), sei es durch die Schulleitung, durch KollegInnen, durch Eltern oder durch den Schularzt, der sie nicht nur auf körperliche Beschwerden hinweist, sondern auch „auf Probleme aus dem psychischen Bereich“ aufmerksam macht, „natürlich unter Wahrung des Datenschutzes“ (L, HS: 58). Es sind allerdings nicht nur die Kompetenzen der Erwachsenen gefragt, sondern auch die der SchülerInnen sollten genutzt werden, wie dies folgende Aussage zum Ausdruck bringt:

„Dass man sich so gegenseitig auch weiterbringt, davon halte ich eigentlich mehr. ... Und manchmal sind auch Gespräche mit Schülern, [...] die aus ihren eigenen Lebenserfahrungen sehr, sehr viel einbringen können, oder eben auch Dinge in Bekannten-, Verwandtenkreis erlebt haben, die man dann im Unterricht wieder thematisiert. Also das ist schon so ein Geben und Nehmen. Nicht nur wir sind die Gescheiten und geben was an die Schüler weiter, sondern es ist wirklich ein Miteinander, gegenseitig weiterführen“ (L, Gymn.: 59).

Ein fördernder Faktor stellt aus Sicht der LehrerInnen die Unterstützung vom Netzwerk (Anm.: ÖNGS) oder von der Schulbehörde dar. Alle sollten schließlich „an einem Strang ziehen“. Als weitere wichtige Aspekte nannten sie eine optimale „Klassengröße“, ausreichend „Zeit“ (L, Gymn.: 48) und „finanzielle Mittel“, „Wertschätzung“ (L, HS: 48) der Tätigkeit der LehrerInnen sowie „Schulräumlichkeiten“ (L, HS: 49), in denen sich die SchülerInnen wohl fühlen können.

Bei der Frage, was aus Sicht der **SchülerInnen** besonders die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Schule begünstigt, wird zunächst deutlich, dass für sie vor al-

lem die Art und Weise, wie man sie an die Gesundheitsthemen heran führt, von großer Wichtigkeit ist. Besonders durch spielerische Erklärungen oder durch praktische Beispiele kann die Aufmerksamkeit der SchülerInnen für solche Themen gewonnen werden. Als Beispiele lassen sich eine „*gesunde Jause*“ oder ein „*gratis Apfel*“ (S, Knabe, 14, HS: 106) für die Pause, ein im Unterricht erarbeiteter „*Ernährungsplan*“ (S, Mädchen, 13, HS: 106), „*Spiele*“ oder etwa ein „*Film*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 106) anführen. Für SchülerInnen ist es außerdem wichtig, dass auf ihre Fragen individuell eingegangen wird, etwa in einer „*Gesprächsstunde [...], halt wo alle ihre Meinung sagen können*“ (S, Mädchen, 14, HS: 106), so dass „*jeder auf seine Fragen eine Antwort bekommt*“. Ein wichtiger Punkt ist für SchülerInnen auch, dass sie bei den gesundheitsfördernden Aktivitäten stets wissen wollen „*um was es geht*“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 106), welche Ziele (vgl. auch Kap. 10.3.4) also damit erreicht werden sollten.

Wie diese Ausführungen zeigen, gibt es in der Schule viele wichtige Ansätze, die schulische Gesundheitsförderung optimieren können, wenn sie berücksichtigt werden.

10.3.2 Hemmende Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule

Bei der Frage nach den hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Aktivitäten sollten sowohl **ExpertInnen**, **LehrerInnen** als auch **SchülerInnen** dazu Stellung nehmen.

Auf die Frage nach hemmenden Faktoren nannten die **ExpertInnen** in erster Linie fehlende Ressourcen. Dazu zählen sie zum einen den „*Geldfaktor*“. Oft fehlt es nach ExpertInnenmeinung einfach an finanziellen Mitteln, um verschiedene Aktivitäten auch durchführen zu können. Andererseits spielt auch der „*Zeitfaktor*“ eine wesentliche Rolle. Denn dieser lässt es oft einfach nicht zu, auf bestimmte Thematiken einzugehen, da ansonsten die im Lehrplan vorgesehene Wissensvermittlung zu kurz kommen würde. In weiterer Folge kann dieser Zeitfaktor auch zu einer „*Überlastung*“ der LehrerInnen „*mit verschiedenen Aufgabenbereichen, die also in den normalen Unterricht hinein getragen werden*“, führen. Zudem kann mangelnde innerschulische Zusammenarbeit oder mangelndes Interesse der beteiligten LehrerInnen - das heißt wenn Gesundheitsförderung nur als „*ein Auftrag am Papier*“ (E: 8) gesehen wird - die Umsetzung von gesundheitsfördernden Initiativen hemmen. Als weitere Barriere nannte ein/e Expertin/e die „*multiple Zuständigkeit*“ (E:14) für Gesundheit bei den Ministerien und durch die weitere Unterteilung der Verantwortlichkeit je nach Schultyp.

Auch die befragten **LehrerInnen** sind sich darüber einig, dass fehlende Geld- und Zeitressourcen „der“ hemmende Faktor bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind:

„Es kostet viel Geld natürlich alles. Und ist aus diesem Grund manches Mal sehr schwierig, dass man eben ein Projekt wirklich verwirklicht“ (L, HS: 49).

„Hemmende Faktoren sind vor allem ... die Zeit. [...] Es fällt manchmal eine Stunde aus. ... Die Schüler kommen mit vielen Problemen, ... Rauchen ist ein Thema in dem Alter, ... irgend ... Alkohol, Ernährung, Essstörungen. ... Sie möchten viel beantwortet haben, sie möchten eine Meinung von ... Wissen also erwerben, sie möchten was erfahren darüber, sie möchten ihre Meinung einbringen, sie möchten ... Linien von einem Lehrer haben oder von einem Erwachsenen. Sie möchten die Mitschüler hören, es ist einfach zu wenig Zeit. Die Schüler selber sagen, es ist zu wenig Zeit. Also der Faktor Zeit“ (L, Gymn.: 50).

Eine Barriere seitens der Schule stellt manches Mal auch der Lehrplan dar, der umgesetzt werden muss und somit oft einfach zu wenig Zeit für „bestimmte Probleme“ (L, HS: 56) seitens der SchülerInnen zulässt. Als weiterer hemmender Faktor wurde der negative außerschulische Einfluss genannt. Damit sind „ingeschliffene Gewohnheiten“ wie Essgewohnheiten gemeint, „die Kinder so aus dem persönlichen Alltag mitbringen“ (L, HS: 49). Das bedeutet, die Vorbildwirkung, die Erwachsene – aber nicht nur LehrerInnen, sondern all jene Menschen, mit denen SchülerInnen im Alltag zusammen kommen – auf Kinder und Jugendliche ausüben, darf nicht unterschätzt werden.

Bei der Frage, welche Stolpersteine bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten den **SchülerInnen** bekannt sind, nannten sie am häufigsten mangelndes Interesse der SchülerInnen, wobei dieses wiederum davon beeinflusst wird, wie die Maßnahmen gestaltet sind. Das heißt gewisse Themen einfach nur vortragen, ist bei den SchülerInnen weniger gefragt. Eine altersgerechte Herangehensweise hingegen sehen sie als zielführender an. Ein weiterer Indikator für zu wenig Interesse könnte ein Mangel an Informationen sein. Eine Befragte meinte dazu: „die könnten schon mehr informieren über so was“ (S, Mädchen, 14, HS: 104), also über Gesundheitsthemen (mehr zum Wunsch nach Informationen seitens der SchülerInnen vgl. Kap. 10.4.6). Weiters sehen SchülerInnen ein „ungesundes“ Konsumangebot als hemmenden Faktor bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, der durch Gruppenzwang sogar noch verstärkt werden kann:

„Bei Kindern vor allem, wenn sie cool sein wollen. Weil sie einfach in der Mittagspause ein Eis kaufen und dann noch einen Schoko und ein Cola und so und keinen Apfel. Weil wenn man einen Apfel isst, dann ist man ja uncool also ... der Gruppenzwang ... viele Andere tun mit“ (S, Knabe, 14, HS: 104).

„Ja, ich glaube einmal Mc'Donalds oder so und auch Fast-food Ketten. Und wenn jetzt zum Beispiel auch der Gruppenzwang, weil wenn alles in der Schule sitzt und es ist jetzt Mittagspause oder so, und die einen sagen, ja gehen wir zum Mc'y, will der Andere nicht sagen, ich muss jetzt noch mein Butterbrot essen. Ich glaube schon, dass das dann ... eher nicht so gut ist“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 105).

Während sowohl aus Sicht der ExpertInnen als auch aus Sicht der LehrerInnen insbesondere die knappen finanziellen und zeitlichen Ressourcen als große Barriere in der schulischen Gesundheitsförderung angesehen werden, stellt bei den SchülerInnen das mangelnde Interesse ihrerseits einen bedenklichen Faktor dar. An dieser Stelle soll deshalb die Wichtigkeit der aktiven Teilhabe der SchülerInnen, die vor allem ihrem Alter gemäß gestaltet sein soll, herausgestellt werden.

10.3.3 Vorhandene Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit

Sowohl **ExpertInnen** als auch **LehrerInnen** wurden dazu befragt, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Schule bereits vorhanden sind, um besonders die psychosoziale Gesundheit der SchülerInnen zu fördern. Hier ist anzumerken, dass die von den ExpertInnen genannten Maßnahmen nicht nur den Ist-, sondern auch den Soll-Zustand sichtbar machen.

Bei der Frage, durch welche Maßnahmen besonders psychisches und soziales Wohlbefinden bei SchülerInnen gefördert werden können, nannten die **ExpertInnen** zum einen solche, die am System Schule ansetzen und zum anderen Maßnahmen, die vor allem die SchülerInnen aber auch alle anderen Personen in der Schule in den Blickpunkt gesundheitsfördernder Maßnahmen setzen. Als Initiative, die am Schulsystem ansetzt, zählt die Schaffung von Rahmenbedingungen wie eine entsprechende „*Schulhauskultur*“, welche ein angenehmes „*Schul- und Klassenklima*“ (E: 20) mit einschließt, in dem Selbstbewusstsein durch Wertschätzung, soziales Miteinander sowie eine entsprechende „*Gesprächskultur*“ (E: 19) gefördert werden können. Dazu ist einerseits „*Teamentwicklung im Lehrkörper bezüglich Kommunikation, Kooperation*“ und zum anderen die „*Nutzung von Ressourcen aller [...] Beteiligten im Schulbereich*“ (E: 20) sowie die der Eltern erforderlich. Sind jedoch bereits Konflikte, Aggressionen oder dergleichen vorhanden, so sollten Hilfsmittel zur Verfügung stehen, die solche Problemfälle bewältigen helfen. Dies kann etwa durch „*Peers*“, die in Mediation ausgebildet sind

oder durch ein entsprechendes „Beratungsnetz“ (E: 19) erfolgen, ganz gleich ob dies aus VertrauenslehrerInnen oder anderen Personen besteht. Bei allen gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Schule sollte weiters immer „*der eigene Bedarf*“, das heißt Fragestellungen wie „was wird benötigt“, „was ist der Schule wichtig“ berücksichtigt werden. Dabei muss auch immer die Entscheidung herangezogen werden, ob Maßnahmen entweder „*anlassbezogen*“ oder bereits „*von vornherein im Rahmen des Schulprogramms*“ (E: 21) ansetzen sollen.

Auf die Frage, welche Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit in der Schule eingesetzt werden, wussten die befragten **LehrerInnen** sehr vielfältige Antworten zu geben. Ganz besonders wird in den Schulen der „*Umgang miteinander*“ gefördert. Maßnahmen hierzu reichen von „*Höflichkeitsprojekten*“ (L, HS: 64) über „*Schulfeste*“ (L, Gymn.: 65) bis hin zu „*Kennenlertagen*“. Sind Konflikte vorhanden, so können Peers, das sind SchülerInnen, die beispielsweise als „*Mediatoren*“ ausgebildet sind, eine hilfreiche Maßnahme sein, bei deren Bewältigung Hilfestellung zu leisten. Peers gibt es beispielsweise auch für „*Aidsprävention*“ oder Suchtprävention. Weitere Initiativen der Schulen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit sind „*Meditations-Angebote*“ oder die Förderung der „*Kommunikation und Präsentation*“, die unter anderem der „*Persönlichkeitsentwicklung*“ (L, Gymn.: 66) dienen sollen. Wissen SchülerInnen mit ihren Problemen einmal nicht mehr weiter, besteht die Möglichkeit, sich entweder bei einer/m VertrauenslehrerIn oder auch anonym Rat zu holen, etwa über eine „*Telefonhotline*“ (Anm.: eine Initiative des Jugendrotkreuzes), wo „*ausgebildete Schüler Dienst haben, [...] Wo wirklich Schüler füreinander Verantwortung übernehmen*“ (L, Gymn.: 65).

10.3.4 Klarheit bei den SchülerInnen über die Ziele der durchgeführten Maßnahmen

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, gibt es in den Schulen umfangreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen. **SchülerInnen** wurden deshalb dazu befragt, ob sie wissen, was mit diesen durchgeführten Maßnahmen eigentlich immer erreicht werden sollte. Keiner/m der befragten SchülerInnen war völlig unklar, warum gewisse Aktivitäten durchgeführt werden. Zumindest mit „naja“ wurde diese Frage schließlich beantwortet. Als Ziele, die mit den unterschiedlichen gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen jeweils erreicht werden sollten, wurden beispielsweise das „*eigene Wohlbefinden*“, „*eine bessere Gesundheit der Menschen allgemein*“ (S, Knabe, 14, HS: 115) oder die Förderung des Interesses für gewisse Themen genannt, wie dies folgende Aussage zeigt:

„Das Interesse, glaube ich, ... dass man sich vielleicht ein bisschen mehr interessiert für das, ... wenn man das einmal gesehen hat“ (S, Mädchen, 13, HS: 116).

Weiters sollte damit erreicht werden, *„dass man auch auf die Ernährung achtet“* (S, Mädchen, 14, Gymn.: 116), dass man *„mit dem Taxi heimfährt“*, wenn man Alkohol trinkt oder *„dass man zum Rauchen aufhört“* oder erst *„gar nicht anfängt, weil da wird man süchtig und dann hört man nicht mehr auf“*, meinte ein Schüler (12, Gymn.: 116). Außerdem ist aus Sicht einer Schülerin (13, Gymn.: 116) auch das richtige Handhaben von Problemen Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen:

„Ja, eben weil das in unserem Alter sehr viele Mädchen, ... also ... einige Mädchen ... betrifft, dass sie magersüchtig werden, oder ... eben zu viel essen, aus Frust zum Beispiel ... wenn irgend welche Noten nicht so gut sind oder so was, ... oder ... dass man sich so was ... wir haben einmal darüber geredet, dass man sich das Leben nicht selber nehmen soll, wenn man einmal einen Fünfer schreibt oder so was. ... Das ist halt wahrscheinlich, ... dass man das erreichen wollen.“

Darüber hinaus hat die Bewegungsförderung zum Ziel, dass die SchülerInnen nicht nur *„mehr Spaß“* haben, sondern im Unterricht *„viel gelöster“* sind und dadurch ein positiver Effekt bezüglich *„Leistung“* (S, Mädchen, 14, Gymn.: 116) erreicht wird.

Es muss sich für Kinder und Jugendliche im wahrsten Sinne des Wortes lohnen, sich gesundheitsangemessen zu verhalten. Maßnahmen sollten daher aus Sicht der Autorin an den lebensweltlichen Bezügen und am Lebensgefühl der SchülerInnen ansetzen. Denn so gelangen sie in ihr Bewusstsein und die SchülerInnen setzen sich somit mit den Zielsetzungen *„bewusst“* auseinander.

10.3.5 Zugang der SchülerInnen zum Thema Gesundheitsförderung

Bei der Frage, wie und über welche Medien **SchülerInnen** über Gesundheitsförderung informiert wurden, nannten fast alle befragten Kinder und Jugendliche in erster Linie die Schule. Sei es durch die LehrerInnen im Unterricht, durch Ausstellungen oder durch Plakate. Als weitere Medien nannten die SchülerInnen Zeitungen, (Gesundheits-)Zeitschriften, Broschüren, Bücher, Vorträge sowie Eltern. Aber auch die Fernsehwerbung dürfte die Aufmerksamkeit der Kinder und Jugendlichen sehr auf sich ziehen. Das wurde von manchen SchülerInnen wie dieser klar ausgedrückt:

„Ja, da hat es einmal so eine Werbung gegeben, ... wo ... ein besonderes Getränk vorgestellt worden ist, und da hat aber dann einer gesagt, ... mit einem Apfel wird das viel leichter erreicht. Und das war eigentlich das Erste, weil die Werbung hat mir immer recht gut gefallen, die habe ich mir immer angeschaut und dann habe ich eigentlich öfter dann einen Gusto auf einen Apfel kriegt, jetzt habe ich immer einen gegessen, nach der Werbung. ... Und dann habe ich mir gedacht, ja, brauche ich keinen Apfelsaft trinken, weil da ist wieder Zucker zugesetzt oder so was, esse ich einfach so einen Apfel, und der schmeckt auch gut“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 101).

Weiters wurden die SchülerInnen dazu befragt, ob sie sich mehr Informationen und Aufklärung zum Thema Gesundheitsförderung wünschen würden. Dies wurde von der Mehrheit auch bejaht, lediglich drei SchülerInnen meinten, dass es ausreichend ist und nicht mehr Informationen erwünscht sind. Durch welche Medien Kinder und Jugendliche hauptsächlich über Gesundheitsförderung informiert werden wollen, lesen sie in Kapitel 10.4.6.

Fast alle befragten SchülerInnen nannten in erster Linie die Schule, durch die sie gesundheitsrelevante Informationen erhalten. Dies zeigt aus Sicht der Autorin die große Bedeutung der Gesundheitsförderung im Setting Schule. Dort erreicht man nicht nur die gesamte Population einer Altersgruppe, sondern man erreicht sie auch sehr früh, um nicht zu sagen früh genug. Denn dazu müssten Maßnahmen bereits am Setting Familie oder Kindergarten ansetzen.

10.3.6 Gesundheitsbezogene Themen in den verschiedenen Unterrichtsgegenständen

Sowohl **LehrerInnen** als auch **SchülerInnen** wurden gefragt, in welchen Unterrichtsfächern Gesundheit ein Thema ist und welche gesundheitsrelevanten Themen vor allem im Unterricht und in Projekten behandelt werden. Während dieser Fragenkomplex bei LehrerInnen eher einen informativen Charakter hatte, ging es bei den SchülerInnen eher darum zu überprüfen, ob durch die im Unterricht behandelten Themen irgendwelche gesundheitlichen Aspekte in ihrem Bewusstsein gefördert werden. Weiters wurden SchülerInnen befragt, ob es eine Möglichkeit gibt, Gesundheitsthemen selbstständig zu erarbeiten und wie diese aussieht.

In Tabelle 6 werden die Aussagen der **LehrerInnen** von beiden Schultypen zusammengefasst dargestellt:

Unterrichtsgegenstände	Beispiele für gesundheitsrelevante Themen im Unterricht oder in Projekten
Ernährung und Haushalt	Ernährungspyramide, gesunde Ernährung, Zusammensetzung und Aufbau der Ernährung, Salmonellengefahr in der Küche;
Biologie	Natur und Mensch (beispielsweise Körperpflege)
Chemie	Impfungen
Deutsch und andere Sprachen	Erarbeitung von gesundheitsbezogenen Texten, über die dann diskutiert wird; Referate über Gesundheitsthemen;
Geographie	Themen sind hier beispielsweise die verschiedenen Ernährungsgewohnheiten von unterschiedlichen Völkern oder etwa die Umwelt.
Religion Ethik	Themen wie das persönliche Wohlbefinden oder der Umgang mit Menschen, die Schwierigkeiten haben, stehen im Vordergrund.
Leibesübung	„richtiges“ Bewegen, Sporttag, Sportwoche;
Soziales Lernen, soziale Orientierung	Soziales Miteinander durch Spiele darstellen und erleben lassen.
Weitere: Werkerziehung, Psychologie, Rhythmik, Mathematik, Physik;	Keine Nennung

Tab. 6: Gesundheitsbezogene Themen im Unterricht

Weiters nannten die LehrerInnen Themen und Aktivitäten, die sie nicht eindeutig bestimmten Fächern zuordnen konnten. Das heißt, dass sie oft in mehreren Fächern gleichzeitig behandelt, allerdings jeweils von einer anderen Seite beleuchtet werden. Dazu zählen Folgende: gesunde Lebensweise, Aids, Suchtgiftprävention (Drogen, Alkohol, Nikotin), Konfliktbewältigung (beispielsweise Mediation durch Peers), Stress, Lärm (beispielsweise Gehörschäden). Als weitere Aktivitäten im Unterricht nannten sie Schulfilm, Diavortrag sowie den Besuch von Ausstellungen.

Auf die Frage, in welchen Unterrichtsgegenständen Gesundheit behandelt wird und welche gesundheitsrelevanten Themen dort behandelt werden nannten die meisten **HauptschülerInnen** vor allem Biologie, Turnen sowie Ernährung und Haushalt und nur eine/r der SchülerInnen Religion. Bei den **GymnasiastInnen** hingegen erwähnten auch fast alle Biologie aber nur jeweils ein oder zwei SchülerInnen Turnen, Physik, Deutsch, Religion, Mathematik, Englisch und Geographie.

Als Themen führten sowohl die HauptschülerInnen als auch die GymnasiastInnen am häufigsten Ernährung und Suchtmittel wie Rauchen, Alkohol oder Drogen an, gefolgt von Bewegung, Ess- und Magersucht, Natur sowie Probleme, die folgendermaßen beschrieben wurden: „wenn man sich schlecht fühlt“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 108) oder „wenn was vorfällt“ (S, Knabe, 11, Gymn.: 108).

Bei der Frage, ob es möglich ist, auch selbstständig, das heißt alleine oder in Form einer Gruppenarbeit, Gesundheitsthemen zu erarbeiten, antworteten die meisten SchülerInnen mit „ja“ oder mit „manches Mal“. Dabei besteht vor allem die Möglichkeit, Referate zu einem Gesundheitsthema zu erarbeiten, entweder alleine oder in einer Gruppe. Als weitere Form nannte ein/e SchülerIn die Diskussion. Das heißt als Kleingruppe geht man beispielsweise durch eine Ausstellung, etwa zum Thema Alkohol, wo im Anschluss daran Aspekte, die die SchülerInnen „*am meisten interessiert haben*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 117), besprochen werden.

Die Gesundheitsförderung geht davon aus, dass Gesundheit maßgeblich gefördert werden kann, wenn Menschen sich selbstverantwortlich um ihr Wohlergehen kümmern. In diesem Sinne müssen SchülerInnen ermutigt werden, sich mit gesundheitsdienlichen Lebensweisen auseinanderzusetzen. Die Schule sollte deshalb ein Ort sein, in dem Gesundheit erfahren werden kann. Sich also mit Gesundheitsthemen individuell auseinandersetzen zu können, ist ein Weg dort hin, der aus Sicht der Autorin von den untersuchten Schulen teilweise umgesetzt wird.

10.3.7 Auswahl und Bearbeitung von Gesundheitsthemen

LehrerInnen wurden einerseits dazu befragt, nach welchen Kriterien sie Gesundheitsthemen auswählen und zum anderen, wie diese bearbeitet werden.

Als Kriterien für die Auswahl von Gesundheitsthemen wurden von den LehrerInnen folgende genannt:

- Vorgaben durch den *Lehrplan*.
- *SchülerInnen- oder LehrerInneninteresse*: Es werden einerseits Themen behandelt, die „*von den Schülern angesprochen werden*“ (L, HS: 71) und andererseits solche, die „*einem Lehrer [...] sehr wichtig*“ (L, Gymn.: 71) sind. Es soll letztendlich eine „*Kombination*“ (L, HS: 46) aus Bedürfnissen der SchülerInnen und Vorstellungen der Schule sein.
- *Aktualität*: Beispielsweise können „*gesundheitliche Probleme bei Einzelnen*“ (L, Gymn.: 47) oder altersspezifische Themen, die im „*Tagesgeschehen auftauchen*“ (L, HS: 71), Anlass dazu sein, um dies im Unterricht zu bearbeiten.

- *Außerschulische Personen greifen Themen auf:* Wenn beispielsweise von „*Elternseite*“ oder seitens des „*Schularztes*“ bestimmte Themen als wichtig erachtet werden oder wenn etwa eine „*Beratungsstelle bewusst den Kontakt zur Schule*“ (L, Gymn.: 71) herstellt, wird versucht, dies ins Unterrichtsgeschehen einzubauen.

Die ausgewählten gesundheitsbezogenen Themen werden nach Angabe der befragten LehrerInnen wie folgt bearbeitet:

- Gesundheitsthemen werden beispielsweise in Form von Projekten abgehandelt oder
- im „*normalen Unterricht*“ gibt es je nach Thema beispielsweise „*Lehrervorträge*“, „*Schülerreferate*“, „*Lehrausgänge*“, Vorträge durch „*außerschulische Referenten*“ oder etwa Workshops durch „*Peers*“ (L, Gymn.: 70).

Die Auswahl und Bearbeitung von Gesundheitsthemen bezieht sich auf die curriculare Dimension einer „*Gesundheitsfördernden Schule*“ (vgl. auch Kap. 8.2). Gesundheitsbezogene Problemstellungen werden in den untersuchten Schulen nach Ansicht der Autorin sehr projekt- und handlungsorientiert bearbeitet.

10.3.8 Eingebundenheit der SchülerInnen in die schulische Gesundheitsförderung

SchülerInnen wurden einerseits dazu befragt, ob sie bei der Auswahl von gesundheitsbezogenen Themen im Unterricht oder für Projekte mit einbezogen werden und andererseits dazu, ob sie bei Entscheidungen, die allgemeine schulische Gesundheitsförderungsmaßnahmen betreffen wie beispielsweise die Gestaltung des Schulhofes eingebunden werden.

Die Frage, ob SchülerInnen bei der Auswahl von Gesundheitsthemen einbezogen werden, verneinten alle **HauptschülerInnen**. Die meisten **GymnasiastInnen** hingegen gaben an, dass zumindest teilweise die Möglichkeit besteht, bei der Auswahl mitentscheiden zu dürfen, was auch positiv aufgefasst wird, wie dies folgende Passage zeigt:

„Und über Ernährung, das haben wir selbst entscheiden dürfen. [...] Und das war ... das hat eigentlich auch ganz gut gewirkt für die Klassengemeinschaft. Also da haben wir schon mitentscheiden dürfen“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 110).

Auf die Frage, ob sie beispielsweise bei der Gestaltung des Schulhofes mitentscheiden dürfen, verneinten dies drei der zwölf befragten SchülerInnen. Das heißt sie werden zwar über Neuerungen informiert, aber vorher gefragt werden sie „*nicht wirklich*“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 110). Alle Anderen antworteten zumindest mit „teilweise“. Wenn SchülerInnen bei der räumlichen Gestaltung mit einbezogen werden, beschränkt sich dies meist auf die Gestaltung der Klasse, in dem etwa „*Poster*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 110) oder „*Zeichnungen*“ (S, Knabe, 14, HS: 110) aufgehängt werden dürfen. Folgende Aussagen sollen dies verdeutlichen:

„In der Volksschule haben wir einmal was gemacht, da haben wir Türrahmen verziert. Aber jetzt in der Hauptschule ... wir hängen Zeichnungen auf, aber mehr kann ich mir nicht vorstellen“ (S, Knabe, 14, HS: 110).

„Ja, wir dürfen zum Beispiel, eh‘ wie da in der Klasse, Plakate aufhängen oder ... Bilder sind ... ja“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 110).

Die soziale Dimension der „Gesundheitsfördernden Schule“ (vgl. auch Kap. 8.2) zielt darauf ab, dass ein gutes soziales Klimas durch vielfältige Identifikationsmöglichkeiten für alle im Schulbereich arbeitenden Menschen erreicht wird. Die Partizipation der SchülerInnen sowohl an schulischen als auch an unterrichtlichen Belangen sollte die Identifikation mit der Schule erhöhen und das dadurch erzielte gute soziale Klima eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung der SchülerInnen bewirken. Wie die oben beschriebenen Ausführungen zeigen, stellt diese Dimension eine zukünftige Herausforderung zur Verbesserung dar.

10.3.9 Einbindung der Eltern in die Gesundheitsförderung aus Sicht der SchülerInnen

Die **SchülerInnen** sollten ihre Sichtweise schildern, einerseits wie weit ihre Eltern über Gesundheitsförderung in der Schule informiert sind und andererseits wie sehr sie glauben, dass sich ihre Eltern in die schulische Gesundheitsförderung eingebunden fühlen.

Bei der Frage, inwieweit die Eltern aus Sicht der SchülerInnen über die schulische Gesundheitsförderung informiert sind, gaben die meisten der ProbandInnen an, dass sie Informationen beispielsweise dadurch bekommen, in dem SchülerInnen einen „*Zettel*“ etwa über „*Impfungen*“ oder „*Jugendschutzgesetz*“ (S, Knabe, 14, HS: 129) mit nach Hause nehmen. Handelt es sich um Themen, die SchülerInnen als „*interessant*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 130) empfinden, dann erzählen sie es auch von sich aus ihren Eltern. Weiters erhalten Eltern Informationen durch Teilnahme an „*Schulfesten*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 130) oder „*Vorträgen*“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 130) oder etwa durch Nachfragen bei ihren Kindern.

Weiters sollten SchülerInnen auf einer Skala mit den Ausprägungen „sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“, „ausreichend“ sowie „überhaupt nicht“ die Eingebundenheit der Eltern einordnen. Während die extremen Ausprägungen wie „sehr gut“ und „überhaupt nicht“ nicht gewählt wurden, nannten jeweils fast gleich viele die mittleren Kategorien, also „gut“, „durchschnittlich“ und „ausreichend“. Ein/e SchülerIn konnte dies nicht einschätzen.

Wie die soziale Dimension (vgl. Kap. 8.2) zeigt, sollen nicht nur die SchülerInnen in die schulischen und unterrichtlichen Belangen eingebunden werden, sondern auch deren Eltern. Aus Sicht der SchülerInnen ist dies nicht völlig ausreichend gegeben. Die Einbindung muss nicht ausschließlich aktiv gestaltet sein, sondern sie kann auch indirekt erfolgen. Dazu brauchen Eltern Informationen. Wie oben geschildert, erhalten sie diese auch durch mündliche Mitteilungen ihrer Kinder. Dies zeigt die Wichtigkeit des richtigen Zugangs der SchülerInnen zu Gesundheitsthemen. Denn wenn diese etwas als interessant empfinden, dann geben sie Informationen auch an Andere weiter. Die SchülerInnen werden somit zu MultiplikatorInnen.

10.3.10 Veränderungen oder Verbesserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen

LehrerInnen wurden einerseits dazu befragt, welche Veränderungen oder Verbesserungen aus ihrer Sicht durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule erreicht worden sind und andererseits wie deren Zielerreichung überprüft wird. Weiters wurden auch die **SchülerInnen** gefragt, ob aus ihrer Sicht Veränderungen oder Verbesserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule erkennbar sind.

Bei der Frage, welche Veränderungen oder Verbesserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule erreicht worden sind, wussten die befragten **LehrerInnen** vielfältige Antworten zu geben. Zum einen hat sich „*beim Thema Ernährung [...] sehr viel zum Positiven verändert*“. SchülerInnen konnten dadurch die „*Erfahrung*“ machen, „*dass Gesundes auch gut schmecken kann*“ (L, Gymn.: 77). Werden Maßnahmen wie die „*gesunde Jause*“ wieder eingestellt, so nehmen SchülerInnen rasch wieder ihr altes Verhaltensmuster bezüglich Ernährung an und „*laufen [...] wieder in diese [...] Kaufhäuser und kaufen sich alles das*“ (L, HS: 76), was ungesund ist. Weiters wurde die „*Konfliktkultur*“ durch gesundheitsfördernde Maßnahmen positiv beeinflusst, das heißt, dass durch frühzeitiges Eingreifen beispielsweise „*Aggressionen*“ weniger geworden sind. Positive Auswirkungen zeigen sich auch durch das „*selbstbewusstere Auftreten*“ der SchülerInnen. Sie trauen sich jetzt eher, „*auch Mängel zu-*

zugeben“ oder sich „Defizite einzugestehen“. „Gewisse Besserungen“ zeigen sich außerdem im „zwischenmenschlichen Umgang“ der SchülerInnen sowohl mit LehrerInnen als auch mit SchulkollegInnen. Aber auch die fächerübergreifende Zusammenarbeit hat sich positiv auf die Zusammenarbeit sowie den Zusammenhalt der LehrerInnen ausgewirkt (vgl. auch Kap. 10.3.11). In weiterer Folge konnte dadurch auch „ein ganz ein gutes Klima erreicht“ werden. „Ansatzweise“ greift auch „dieses System, ,ich kann mich wo hin wenden““ (L, Gymn.: 77), wenn es Probleme gibt.

Nach Meinung der LehrerInnen sind die Ziele der gesundheitsfördernden Maßnahmen meist „kurzfristig [...] nicht so schnell“ feststellbar „wie eben langfristig“ (L, Gymn.: 76). Am ehesten machen sich Veränderungen oder Verbesserungen „am Verhalten aller“ (L, Gymn.: 75), die am Prozess beteiligt sind, bemerkbar. Sei es durch einen „besseren Umgangston“ (L, Gymn.: 76) zwischen SchülerInnen und LehrerInnen oder sei es „an der Freude der Kinder“, die zeigt, diese Maßnahme „hat jetzt gepasst“ (L, HS: 75). Auch „in Bezug auf Stress“ (L, Gymn.: 76) wurde sichtbar, dass sich die SchülerInnen die Zeit jetzt besser einteilen können. Die Zielerreichung wird auch durch „Rückmeldungen“ (L, Gymn.: 77) von Eltern oder Angehörigen oder durch ein mündliches oder schriftliches Feedback der SchülerInnen erkennbar.

Der Mehrheit der befragten **SchülerInnen** sind durchaus Veränderungen oder Verbesserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule bewusst. Vorwiegend wurde allerdings das gesündere Essverhalten angesprochen, worauf SchülerInnen jetzt vermehrt achten. Eine Schülerin (14, Gymn.: 124) äußerte sich dazu folgendermaßen:

„Ich denk‘ mir, [...] dass einige jetzt schon ... angefangen haben, dass sie sich mehr Obst mitnehmen oder so.“

Außerdem betreiben „viele Leute jetzt Sport [...], die vorher keinen gemacht haben“ oder achten mehr auf ihre Hygiene. Was den SchülerInnen ebenfalls positiv aufgefallen ist, dass man beispielsweise „über Alkohol oder so redet“ und mehr über „die Konsequenzen“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 124) erfährt. Dies führte auch dazu, dass man jetzt einerseits „mit solchen Sachen offener umgeht“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 129) und andererseits auch Andere darauf hinweisen kann, was „ohne diese Informationen [...] nicht möglich“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 124) wäre. Darüber hinaus achten nach Meinung der SchülerInnen die LehrerInnen jetzt verstärkt auf das Aussehen der Schule.

10.3.11 Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen LehrerInnen und SchülerInnen

Sowohl **LehrerInnen** als auch **SchülerInnen** wurden befragt, ob aufgrund von gesundheitsfördernden Aktivitäten Verbesserungen in der Zusammenarbeit sowohl unter LehrerInnen als auch unter SchülerInnen aber auch zwischen LehrerInnen und SchülerInnen festgestellt werden konnten, welche Art von Verbesserungen das sind und wie diese ihrer Meinung nach erreicht worden sind.

Alle interviewten **LehrerInnen** waren sich einig darüber, dass aufgrund von gesundheitsfördernden Aktivitäten Verbesserungen im zwischenmenschlichen Umgang sowohl zwischen KollegInnen als auch zwischen SchülerInnen erreicht worden sind, insbesondere durch gemeinsame Aktivitäten wie „*Schulfeste*“ (L, Gymn.: 82) oder „*gemeinsame Projekte*“ (L, HS/Gymn.: 82). Das heißt also durch ein „*gemeinsames Anliegen*“, wo wirklich ein „*gemeinsames Planen*“ erforderlich ist und wo „*jeder seine Interessen aber auch seine Fähigkeiten einbringen kann*“, wurde der zwischenmenschliche Umgang untereinander gefördert. Aber auch die Behandlung von Themen, die die psychosoziale Gesundheit betreffen, wirkt sich positiv auf den Umgang miteinander aus, weil diese „*doch etwas sehr persönliches*“ an sich haben und dadurch „*sicherlich auch eine engere Zusammenarbeit*“ (L, Gymn.: 82) zwischen LehrerInnen und SchülerInnen entsteht.

All diese Aktivitäten machen sich bei den SchülerInnen beispielsweise durch „*mehr Toleranz, mehr Verständnis, gegenseitige Akzeptanz*“ sowie durch einen besseren Umgangston bemerkbar. SchülerInnen gehen jetzt offener auf LehrerInnen zu, haben mehr Selbstbewusstsein und sind „*kritischer*“ (L, HS: 82) geworden. Auch unter den LehrerInnen besteht eine sehr große Bereitschaft für eine Zusammenarbeit in Bezug auf die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, was auch Basis für einen „*besseren Umgang miteinander*“ (L, Gymn.: 79) ist. Das heißt „*gut miteinander im Gespräch zu sein, ist das Um und Auf*“ (L, Gymn.: 78) für eine fächerübergreifende, gegenseitig unterstützende und kollegiale Zusammenarbeit, was sich in weiterer Folge auch auf die SchülerInnen auswirkt. Insgesamt haben gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Schule „*ein ganz ein gutes Klima*“ (L, HS: 82) entstehen lassen.

Bei der Frage, ob SchülerInnen aufgrund von gesundheitsfördernden Initiativen in der Schule Verbesserungen in der Zusammenarbeit oder im Umgang mit ihren LehrerInnen sowie mit ihren MitschülerInnen festgestellt haben, zeigt sich zunächst ein Unterschied zwischen

HauptschülerInnen und GymnasiastInnen. Während nur die Hälfte der **HauptschülerInnen** dies mit „ja“ oder zumindest mit „naja“ beantwortete, gaben immerhin fünf der sechs befragten **GymnasiastInnen** an, dass für sie in dieser Hinsicht Verbesserungen erkennbar sind. Vor allem Maßnahmen wie der häufigere Hinweis auf „*Höflichkeit*“, durch verbesserte „*Kommunikation*“ (S, Knabe, 14, HS: 129), durch „*zusammensetzen*“ und „*reden*“ (S, Mädchen, 14, HS: 129) oder in dem man einfach lernt, „*wie man halt ... das machen muss, dass man sich mit Anderen versteht*“ (S, Knabe, 11, Gymn.: 128), haben zu Verbesserungen geführt, sowohl bei HauptschülerInnen als auch bei GymnasiastInnen. Alle diese Maßnahmen haben sich vor allem auf den Zusammenhalt und den Umgang in der Klasse positiv ausgewirkt.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen allen im Schulbereich tätigen Personen ist Voraussetzung für ein gutes psychosoziales Schulklima. Insgesamt konnte dies nach Meinung der Autorin in den untersuchten Schulen verbessert werden.

10.3.12 Auswirkungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen auf das Freizeitverhalten

Die **SchülerInnen** wurden dazu befragt, wie sich schulische gesundheitsfördernde Maßnahmen auf ihr Freizeitverhalten auswirken. Als Beispiele wurden von der Interviewerin angeführt, ob sie dies etwa weitererzählen oder auch in ihrer Freizeit umsetzen. Zwei der zwölf befragten SchülerInnen wussten darauf keine Antwort. Sieben SchülerInnen gaben an, dass sie vor allem ihrer Familie davon erzählen oder mit ihren FreundInnen darüber sprechen. Fünf SchülerInnen führten an, dass sie gewisse Maßnahmen auch in ihrer Freizeit umsetzen, in dem sie auf gesunde Ernährung oder auf ausreichende Bewegung achten. Weiters ist es für SchülerInnen wichtig, dass sie einerseits die Konsequenzen der verschiedenen Risikofaktoren erfahren und andererseits auch die Möglichkeit haben, bei Bedarf mehr Informationen zu erhalten. Denn für sie ist es wichtig, nicht nur über verschiedene Thematiken Bescheid zu wissen, sondern auch Andere darauf hinweisen zu können oder sich in einer Gruppe eventuell einmal rechtfertigen zu können. Folgende Aussage soll dies verdeutlichen:

„Ja, ... eigentlich schon gut, weil man hat einiges schon erfahren, und ich denke mir jetzt irgendwie, wenn das ... zum Beispiel Gruppendruck, Alkohol jetzt zum Beispiel, da denk' ich mir, ja ich hab' das nicht not, und ich weiß die Konsequenzen, und wenn ich die jetzt in der Schule nicht gelernt hätte, dann wüsste ich das ehrlich gesagt nicht. Weil ... da erfährt man ja auch die Dinge, die wichtig sind für einen. Oder über Krankheiten zum Beispiel ... weil Hepatitis, dass es da Schutzimpfungen werden, und wir können da einfach immer fragen, wenn wir das wissen wollen. Das find' ich auch sehr gut“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 119).

10.3.13 Unterstützende Maßnahmen für LehrerInnen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung

ExpertInnen wurden befragt, durch welche Maßnahmen LehrerInnen unterstützt werden sollen, um verstärkt gesundheitsfördernde Initiativen umsetzen zu können. Im Gegensatz dazu wurden **LehrerInnen** einerseits gefragt, durch wen sie vor allem bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Aktivitäten unterstützt werden. Zum anderen sollten sie beschreiben, wie diese Unterstützung aussieht, ob diese ausreichend ist und welche Verbesserungen aus ihrer Sicht erforderlich wären.

Vor allem zwei der befragten **ExpertInnen** sind der Meinung, dass vorhandene „*Ressourcen im System*“ wie „*Schulärzte, Schulpsychologen, Beratungslehrer*“ oder etwa „*Fachleute*“ (E: 34) unter den Eltern durchaus ausreichend sind und mehr genutzt werden sollten. Außerdem gibt es im Bereich der „*Lehrerfortbildung*“ bereits „*gute Angebote*“ wie beispielsweise für „*Gesundheitserziehung, soziale Kompetenz*“ oder etwa für „*Humanbiologie*“ (E: 35), wo auch die Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielt. Alle anderen ExpertInnen sind der Ansicht, dass mehr Unterstützung für LehrerInnen notwendig ist. Als solche nannten sie beispielsweise „*finanzielle Ressourcen*“ (E: 34) sowie eine „*Art von Belohnung*“ (E: 36) für eine intensive Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung. Mehr Unterstützung sollte nach Meinung einiger ExpertInnen von Seiten der Eltern erfolgen, in dem sie mehr Erziehungsarbeit leisten.

Bei der Frage, durch wen die **LehrerInnen** Unterstützung erhalten, nannten alle befragten LehrerInnen zunächst die Schulleitung. Von dieser werden sie in erster Linie durch die Schaffung von „*Rahmenbedingungen*“ (L, Gymn.: 72) für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, aber auch durch Ermutigungen, Informationen oder „*Rückmeldungen*“ (L, HS: 74) unterstützt. Eine Unterstützung erfolgt auch „*durch Kollegen*“ (L, HS: 72), beispielsweise durch ein „*Zusammenhelfen*“ bei Projekten oder durch Hilfestellungen mit „*Rat*“ oder „*Literatur*“ (L, HS: 73). Eine weitere Unterstützung erfolgt von Seiten der „*Schulin-spektoren*“ (L, HS: 72) etwa durch die Bereitstellung von Zeit oder materiellen Ressourcen. Aber auch durch Einrichtungen wie etwa „*Gebietskrankenkasse, Jugendrotkreuz, Rotes Kreuz, Netzwerksekretariat*“ (Anm.: ÖNGS) oder „*Servicestelle GIVE*“ (L, Gymn.: 72) erhalten LehrerInnen Unterstützung, insbesondere in Form von Informationen. Unterstützung

erfolgt auch von „*einzelnen Eltern*“ (L, Gymn.: 73), beispielsweise durch konkrete Angebote aus ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld.

Insbesondere die Unterstützung durch die Schulleitung wird in beiden Schulen sehr positiv bewertet. Mehr Unterstützung vom Netzwerk (Anm.: ÖNGS) könnte beispielsweise erfolgen, in dem sie von diesem „*laufend begleitet*“ (L, HS: 59) werden, aber auch von der Schulbehörde könnte aus Sicht der LehrerInnen mehr Unterstützung erfolgen. Von den weiteren genannten Einrichtungen oder Personen könnte nach Meinung der LehrerInnen die Unterstützung ebenfalls „*mehr sein*“. Auch in Bezug auf „*Zeit und Geld*“ (L, Gymn.: 74) ist Unterstützung gefragt. Auch geeignete „*Informationsmöglichkeiten*“ für LehrerInnen könnte eine Unterstützung für sie sein. Denn durch die vorhandene Flut an Informationen bezüglich Gesundheitsförderung ist es schwierig, diejenigen, die für ihre Schule geeignet sind, heraus zu filtern. Daher wäre es sinnvoll, „*wenn jetzt persönlich jemand*“ in die Schule kommen würde „*und sich mit seinen Anliegen und seinen Hilfsangeboten zum Beispiel präsentiert*“ (L, Gymn.: 56), weil so die LehrerInnen einen besseren Bezug zu verschiedenen Thematiken bekommen würden.

Damit mehr Unterstützung erfolgt, ist es notwendig, dass „*mehr Basisarbeit*“ (L, HS: 74) in der Schule geleistet wird, einerseits im Sinne von Schwerpunktsetzung im Schulprofil, die die Verbindlichkeit hinsichtlich Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen verstärken soll und andererseits durch Setzen von realistischen Zielen, die auch überprüft werden müssen. Weiters sollten die Eltern mehr Informationen über schulische Gesundheitsförderung erhalten. Allerdings nicht nur diese, sondern ein „*Informationsfluss nach allen Seiten ist das Um und Auf*“, damit mehr Unterstützung von verschiedenen Seiten erfolgt. Unterstützung sollte auch durch „*Wertschätzung*“ für „*gute Arbeit*“ (L, Gymn.: 74) seitens der LehrerInnen erfolgen, was zur Motivation für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen beitragen würde.

Wie in den oben beschriebenen Ausführungen gezeigt wurde, sind zwar Unterstützungsleistungen in verschiedenster Hinsicht vorhanden, aber auch noch einige erforderlich. Schließlich sollte eine Kooperationskultur den LehrerInnen das Gefühl vermitteln, nicht als Einzelkämpfer auf verlorenem Posten zu stehen, sondern mit Anderen an der Realisierung gemeinsam für wichtig erachteter Ziele arbeiten zu können.

10.3.14 Gesundheitszustand der SchülerInnen

In diesem Kapitel wird dargestellt, ob und wodurch **LehrerInnen** über den individuellen Gesundheitszustand der SchülerInnen erfahren. Schließlich ist dies insofern von Bedeutung, als dadurch bei bestimmten vorhandenen Problemen durch Maßnahmen prophylaktisch agiert werden kann.

Zumindest teilweise wissen die LehrerInnen über den Gesundheitszustand der SchülerInnen sehr wohl Bescheid. Hinweise auf gesundheitliche Probleme erhalten sie auf unterschiedliche Art und Weise. „*Wenn nicht irgendwelche sichtlichen Dinge*“ die LehrerInnen auf Probleme bei den Kindern und Jugendlichen hinweisen, besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass „*ein Kind sich einer Lehrkraft öffnet*“ und über Beschwerden berichtet oder dass etwa „*Kinder über andere Kinder*“ (L, HS: 89) reden und somit gewisse Probleme ans Tageslicht rücken. Zum Teil erfolgen Hinweise auch durch Gespräche mit den Eltern, durch schriftliche „*Entschuldigungen*“ von den Eltern oder etwa durch „*Turnbefreiungen und ähnliche Dinge*“ (L, Gymn.: 89). Aber auch SchulärztInnen weisen LehrerInnen auf gesundheitliche Probleme hin, die sie einerseits bei den „*Schuluntersuchungen*“ oder andererseits in ihrer Ordination festgestellt haben, „*natürlich unter Wahrung der Vertraulichkeit*“ (L, HS: 89). Des Öfteren werden LehrerInnen auch von ihren KollegInnen auf etwaige Probleme bei SchülerInnen aufmerksam gemacht.

10.3.15 Unterstützung der SchülerInnen bei Problemen

Die **SchülerInnen** wurden gefragt, ob sie in der Schule darüber gesprochen haben, wie sie mit Problemen umgehen können und ob bei Bedarf die Möglichkeit besteht, in der Schule Kontaktadressen von Beratungsstellen zu erhalten. Falls dies nicht der Fall war, sollten sie außerdem angeben, ob sie sich dies wünschen würden.

Während vier der sechs befragten **HauptschülerInnen** die Fragen, die sich auf den Umgang mit Problemen sowie auf die Kontaktadressen von Beratungsstellen bezogen, verneinten oder darauf keine Antwort wussten, wie dies in einem Fall war, so war bei den **GymnasiastInnen** lediglich ein/e SchülerIn dabei, die/der diese Fragen verneinte. Alle jene fünf SchülerInnen, die dies verneinten oder keine Antwort wussten, wurden weiters gefragt, ob sie sich wünschen würden, Kontaktadressen von Beratungsstellen zu bekommen, wenn es Probleme gibt, die

beispielsweise die Leistung, die MitschülerInnen oder etwa die LehrerInnen betreffen. Mit Ausnahme einer/s Schülerin/s würden sie so ein Angebot als „*schon super*“ (S, Mädchen, 12, HS: 122) bezeichnen.

Alle anderen SchülerInnen gaben an, dass sie mit ihren LehrerInnen bereits darüber gesprochen haben, wie sie mit Problemen umgehen sollen und wohin sie sich damit wenden können. Folgende Aussage soll dies verdeutlichen:

„Ja, schon oft. Also das tut man auch oft in Religion, oder in der ersten und zweiten Klasse haben wir ... so eine Sozialstunde gehabt. Ich weiß jetzt nicht mehr genau, wie der Gegenstand geheißen hat, aber über soziales Verhalten. Und in Religion in der dritten, vierten Klasse vor allem redet man sehr oft darüber, wie man mit Problemen umgehen soll. Und vor allem auch in diesem Alter jetzt, wo die Leute in der dritten, vierten Klasse sind ... dass es da oft Streit mit den Eltern ... also, da reden wir eigentlich schon oft darüber“ (S, Knabe, 14, HS: 120).

Einerseits besteht für die SchülerInnen die Möglichkeit, jederzeit mit einem „*Klassenlehrer oder Vertrauenslehrer*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 121) über Probleme zu reden und andererseits werden sie im Unterricht über außerschulische Beratungsmöglichkeiten informiert, an die sie sich ebenfalls wenden können, wie dies folgende Passage zeigen soll:

„Ja, in Religion, da haben wir so eine ... ja Rat auf Draht, so eine Nummer, ... oder ... da haben wir uns noch ein paar Nummern aufgeschrieben, die in Linz sind, solche, wo man hingehen kann ... und das besprechen halt, und ... dass wir uns auskennen und Lösung finden und so“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 120).

10.4 Erforderliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit

In diesem Kapitel werden Maßnahmen und Strategien dargestellt, die in Zukunft besonders ins Zentrum schulischer Gesundheitsförderung rücken sollten, um die Effektivität derartiger Programme steigern zu können.

10.4.1 Kurz- und langfristige Strategien zur Förderung der psychosozialen Gesundheit

ExpertInnen und **LehrerInnen** wurden danach gefragt, welche Strategien und Maßnahmen aus ihrer Sicht - sowohl kurzfristig als auch langfristig gesehen - erforderlich sind, um besonders die psychosoziale Gesundheit bei SchülerInnen nachhaltig zu fördern. Erfolgte durch die

ExpertInnen und LehrerInnen keine exakte Zuordnung, so wurde dies in der folgenden Darstellung von der Autorin vorgenommen.

Zu den kurzfristigen Strategien und Maßnahmen gehören nach **ExpertInnenmeinung** folgende:

- Es sollte in den Schulen Leute geben, die wissen, wo man ganz gezielt Hilfe in Anspruch nehmen kann. Denn aufgrund der vorhandenen Hemmschwellen gegenüber verschiedenen Beratungsstellen ist es sehr bedeutsam, *„die Leute gleich effektiv dort hinzubringen, wo man erwarten kann, dass er auch eine Hilfe bekommt und nicht wieder weiter geschickt wird. [...], dass man da nicht zu viele Umwege gehen muss“* (E: 8). Aber auch rein prophylaktisch sollten die SchülerInnen auf Beratungsstellen aufmerksam gemacht werden, um diese bei Bedarf in Anspruch nehmen zu können.
- Einbeziehen von SchülerInnen in die *„Gesundheitsprojekte“*, und zwar *„schon von Anfang an“*. Weil die Themen dann auch von den SchülerInnen kommen und somit besser und effektiver umgesetzt werden können.
- Als weitere Maßnahmen führten sie außerdem regelmäßige *„Supervision“* oder *„Coaching“*, sowohl für SchülerInnen als auch für LehrerInnen, an. Aber auch die Förderung der *„Kommunikationsfähigkeit“* (E: 9f.) sollte stets Beachtung finden.
- Weiters erwähnten sie die Förderung des Klassen- und Schulklimas. Das heißt ein entsprechendes *„Miteinander in der Schule“* soll bewirken, dass dadurch *„andere Schwierigkeiten [...] verhindert“* (E: 10) werden.

Als langfristige Strategien und Maßnahmen wurden von den ExpertInnen folgende genannt:

- Nach ExpertInnenmeinung müssen Strategien für ein Bewusstsein geschaffen werden, das darauf hinweist, *„dass unser Zusammenleben keine Aneinanderreihung von Egoismen“* (E: 9) sein darf. Menschen sollten nicht glauben, dass ihre persönliche Sichtweise oder Position die alleinig bestimmende sein kann.
- Die Förderung der psychosozialen Gesundheit sollte im Schulprogramm verankert sein, um einerseits ihre Wichtigkeit hervorzuheben und um andererseits dadurch nach außen erkennbar zu machen, dass *„die Schule inhaltlich dazu arbeiten will“* (E: 10).
- In der Schulordnung sollten außerdem entsprechende Umgangsformen festgehalten werden, die auch konsequent eingehalten werden müssen.

- Nach ExpertInnenmeinung wäre es zielführend, nicht nur „*Einzelprojekte*“ (E: 11) zur Förderung der Gesundheit durchzuführen, sondern vielmehr dauerhafte Angebote zu schaffen, um so eine nachhaltige Wirkung durch die gesetzten Maßnahmen zu erreichen.

Aus Sicht der **LehrerInnen** sind folgende kurzfristige Strategien und Maßnahmen erforderlich, um besonders die psychosoziale Gesundheit bei SchülerInnen nachhaltig zu fördern:

- Zum einen ist es wichtig, dass auf ein angenehmes „*Klassenklima*“ geachtet wird. Jede/r LehrerIn sollte daher dazu beitragen, dass ein angemessener „*Umgangston*“ gepflegt wird, „*Vereinbarungen*“ eingehalten werden sowie eine entsprechende „*Konfliktkultur*“ (L, Gymn.: 52) gelebt wird. Bei all diesen Maßnahmen spielt die Vorbildwirkung der LehrerInnen eine große Rolle, das heißt, „*dass man einfach den Kindern vormacht, wie es richtig geht*“ (L, HS: 52).
- Für SchülerInnen kann es eine große Unterstützung sein, wenn ihnen bewusst ist, dass es einen sogenannten „*Rettungsanker*“ gibt, den sie bei Problemen in Anspruch nehmen können. Dass sie also wissen, „*wohin sie gehen können, wenn momentan irgend ein Notfall ist*“. Sei es dass sich jemand verletzt hat oder jemand etwas erlebt hat, was ihn erschüttert hat. In all diesen Fällen ist es gut zu wissen, dass sie sich entweder an MitschülerInnen oder an LehrerInnen wenden können, die ihnen dann weiter helfen und sie unterstützen.
- Weitere wichtige Aspekte aus Sicht der LehrerInnen sind individuelle Entfaltungsmöglichkeiten sowie eine Anforderungsbalance für SchülerInnen, durch die sie nicht über- aber auch nicht unterfordert werden. Auch die Bewusstmachung, dass Gesundheit nicht nur körperliche Fitness bedeutet, sondern „*dass da viel mehr dazu gehört*“ (L, Gymn.: 52), zählt zu den maßgeblichen Faktoren, die gefördert werden müssen.

Als langfristige Strategien und Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von SchülerInnen sind nach Meinung der LehrerInnen folgende erforderlich:

- Durch Persönlichkeitsstärkung bei SchülerInnen sollte erreicht werden, dass sie einerseits lernen, ihre eigenen Stärken und Schwächen gut einzuschätzen und andererseits versuchen, „*wirklich die eigenen Fähigkeiten füreinander auch einzusetzen*“. Weiters sollten sie lernen, „*mit offenen Fragen zu leben*“, das heißt, dass man „*nicht alle Probleme lösen kann*“ und trotzdem sinnvoll weiterleben kann. „*Dass man Werte, wie das Leben sein*

muss, in Frage stellen lernt“, Lebensfreude entdecken lernt und versucht, *„in Kleinigkeiten Positives zu sehen und nicht immer nur auf die großen Dinge zu warten“*.

- SchülerInnen sollten auch darin gefördert werden, dass sie sich Unterstützung holen, wenn sie *„mit den eigenen Fähigkeiten nicht mehr das Auslangen“* finden. Dafür ist es erforderlich, dass sie einerseits wissen, welche Hilfsmöglichkeiten es gibt und andererseits Beratungsstellen kennenlernen, um dadurch auch *„diese Berührungängste“* (L, Gymn.: 54) überwinden lernen.
- Der Umgang mit Konflikten ist nach LehrerInnenmeinung ein Bereich, der besonders gefördert werden sollte. Eine Maßnahme dazu wäre, sogenannte Peers (vgl. Kap. 5.4) auszubilden, die *„oft besser Konfliktmanagement betreiben können“* als Erwachsene, da ein *„Eingreifen“* (L, HS: 53) von SchülerInnen anders empfunden wird, als das von LehrerInnen.

10.4.2 Zukünftige Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit

Im vorigen Kapitel wurden Strategien beschrieben, die in Zukunft verstärkt in Angriff genommen werden sollten, um die (psychosoziale) Gesundheit zu fördern. In diesem Abschnitt geht es vor allem um einzelne Programme oder Projekte, die zukünftig besonders forciert werden sollten, um die psychosoziale Gesundheit der SchülerInnen zu fördern.

Neben den vorhandenen Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit (vgl. Kap. 10.3.3), die selbstverständlich auch in Zukunft weiter umgesetzt werden, sollten die **LehrerInnen** weitere Maßnahmen nennen, die noch nicht in die schulische Gesundheitsförderung integriert sind, ihnen aber für die Zukunft als besonders wichtig erscheinen. Diese werden im Folgenden beschrieben.

Insbesondere der *„soziale“* und *„gemeinschaftliche Aspekt“* (L, HS: 66) sollte nach Meinung der LehrerInnen besonders gefördert werden. Beispielsweise könnte durch die Herstellung einer sogenannten *„Seniorenbrücke“* der *„Kontakt zwischen Jung und Alt“* gestärkt werden. Weiters sollte die *„Schulgemeinschaft“* durch *„noch mehr“* gemeinsame Veranstaltungen und Projekte oder auch durch *„Aufenthaltsräume“* (L, HS: 67) für die SchülerInnen gefördert werden. Dass die Bedeutung der Höflichkeit auch in Zukunft nicht außer Acht gelassen werden darf, zeigt folgende Passage einer/es Lehrerin/s:

„Das ist aber der Beginn einer jeden Beziehung und eines jeden Verhältnisses eigentlich ... mit einen anderen Menschen. Ob das jetzt ein Freund ist oder sonst irgend wer“ (L, HS: 67).

Als weitere wichtige Aspekte, die in Zukunft besonders gefördert werden sollten, wurden *„Persönlichkeitsentwicklung“* (L, Gymn.: 68), *„Verständnis [...] für den Anderen“* (L, HS: 67), mehr *„Kontakt“* (L, Gymn.: 67) mit den Eltern und auch ein größerer *„Einfluss auf die Freizeitbeschäftigung“* genannt. Das heißt beispielsweise, *„dass man einfach den Kindern vermittelt, Fernsehen und Computer vorsichtig zu dosieren“* (L, HS: 67). *„Ein Traum“* wäre nach Meinung einer/s Lehrerin/s (Gymn.: 67) auch, *„dass die Kriseninterventionslehrer eigene Sprechstunden anbieten“* könnten, beispielsweise durch *„ein Team von Lehrern oder anderen Fachleuten, die für Schüler in Krisensituationen einfach [...] mehr Zeit“* haben. Es würde somit *„einem manches früher auffallen“* und man könnte dadurch *„früher intervenieren und ihnen helfen“*. Darüber hinaus sollte verstärkt *„ein Hinausgehen, also Kennenlernen von verschiedenen Institutionen“* (L, Gymn.: 67) gefördert werden, weil dies nach Meinung einer/s Lehrerin/s bei SchülerInnen einen nachhaltigeren Eindruck hinterlässt, als wenn „nur“ Leute eingeladen werden.

10.4.3 Maßnahmen zur besseren Verankerung der schulischen Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel geht es nicht nur um Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, sondern hier sollte dargestellt werden, wie aus Sicht der **ExpertInnen** sowie **LehrerInnen** Gesundheitsförderung als ganzheitlicher Ansatz, der sowohl auf psychisches, soziales als auch auf körperliches Wohlbefinden zielt, besser verankert werden könnte.

Als erforderliche Maßnahmen und Initiativen zur besseren Verankerung der Gesundheitsförderung in der Schule wurden von den **ExpertInnen** folgende genannt:

- Nach ExpertInnenmeinung ist ein *„Auftrag vom Gesetzgeber“* erforderlich, das heißt, dass von Seiten der Schulbehörde sowie von Seiten der Politik darauf Wert gelegt wird, dass entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen *„erstens einmal angeboten [...] und thematisiert werden, und dass also auch in irgendeiner Form Belohnungen für die Leute da sind, die sich mit der Sache da besonders intensiv auseinandersetzen.“*

- Eine Vernetzung mit „*helfenden Institutionen*“ (E: 13) wäre insofern förderlich, als die LehrerInnen alleine „*wahrscheinlich nicht den langen Atem haben*“ werden, sämtliche Maßnahmen auf Dauer alleine umzusetzen.
- Nach Meinung der ExpertInnen ist eine Einrichtung von unterstützenden Strukturen für LehrerInnen erforderlich, denn diese „*sind sehr dankbar, wenn sie [...] Hilfestellungen kriegen, weil sie sind oft sehr alleine gelassen*“. Außerdem ist die Gesundheitsförderung nicht etwas, „*was auch in ihrer Ausbildung Thema war*“ (E: 8f.). Solche Unterstützungsleistungen können reichen von der zur Verfügungstellung von „*Zahlenmaterial*“, über „*Projektmanagement*“ bis hin zur „*Veranstaltungsorganisation*“ (E: 9) für Schulfeste oder dergleichen.
- Durch ein „*ständiges Thematisieren*“ von Gesundheit sollte eine gewisse „*Bewusstseinsbildung*“ (E: 11) gefördert werden. Das heißt auch Personen, deren Interesse für Gesundheit kein allzu großes ist, sollten so an Gesundheitsthemen heran geführt werden. Bewusstseinsförderung sollte aber auch hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheitsförderung insofern stattfinden, als dies mehr ist als „*wo man sich halt gesund ernährt*“ und „*regelmäßig Bewegung macht*“. Auch deren Auswirkungen auf das gesamte „*Gesundheitsverhalten*“ und letztendlich auch auf die „*Schulleistungen*“ (E: 38) sollten mehr Beachtung finden.
- Bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sollte stets der tatsächliche Bedarf in der Schule berücksichtigt werden.
- Eine Effektivität der Initiativen wird dann erreicht, wenn nicht nur die Zusammenarbeit im Lehrkörper funktioniert oder etwa SchülerInnen in die Projekte einbezogen werden, sondern wenn auch eine Einbindung der Eltern stattfindet. Ein/e Expertin/e (10) meinte dazu: „*Bei der Elternarbeit geht es darum, dass die Eltern nicht abgeschnitten sind von dem, was die Schule tut, sondern zur Kooperation und Mitverantwortung eingeladen werden.*“
- Weitere Aspekte nach ExpertInnenmeinung sind eine „*intensivere Zusammenarbeit*“ (E: 10) mit Beratungsstellen und eine Implementierung der Gesundheitsförderung in die LehrerInnenausbildung.

Aus Sicht der **LehrerInnen** sind folgende Maßnahmen zur besseren Verankerung der Gesundheitsförderung in der Schule erforderlich:

- Um gesundheitsfördernde Maßnahmen umsetzen zu können, ist nach Meinung der LehrerInnen einfach mehr Zeit notwendig. Um dies zu erreichen, sollten gewisse schulische Programme wie Impfungen, die viel Zeit kosten und außerdem eher „Aufgabe [...] der Eltern“ (L, HS: 50) sind, auch von diesen übernommen werden.
- Eine „Zusammenarbeit mit dem Elternhaus“ (L, Gymn.: 52) scheint eine unumgängliche Initiative zu sein, um eine entsprechende Effektivität bei den gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen. Dazu sind „ganz spezifische Informationen für Eltern“ erforderlich, „weil natürlich [...] die psychosoziale Gesundheit“ auch zu Hause gefördert werden muss und „nicht nur in der Schule“ (L, Gymn.: 57) ein Thema sein soll.
- Nach Meinung einer/s Lehrerin/s wäre es sinnvoll, Gesundheitsförderung als Unterrichtsfach im Lehrplan als fixen Bestandteil zu integrieren.
- Als weitere wichtige Aspekte wurden eine vermehrte „Zusammenarbeit mit Institutionen“ (L, Gymn.: 52) aber auch eine entsprechende Zusammenarbeit innerhalb der Schule, geeignete „Räumlichkeiten“ (L, HS: 50), „spezielle Stunden“, in denen SchülerInnen „ihre Anliegen gut deponieren können“ (L, Gymn.: 51) sowie ausreichende „finanzielle Mittel“ (L, HS: 50) genannt, die vor allem „langfristige“ Maßnahmen ermöglichen. Folgende Passage sollte den letztgenannten Aspekt besonders verdeutlichen: „auch finanziell, aber nicht so wie es jetzt gemacht wird, also das ein bisschen Projekterl unterstützen, ich glaube, das bringt nicht so viel, wie man glaubt. Das muss anders irgendwie strukturiert werden“ (L, Gymn.: 92).

Was alles „von außen“ und „innerhalb“ der Schule getan werden müsste, damit die schulische Gesundheitsförderung verstärkt im Bewusstsein aller am Schulleben Beteiligten verankert wird, das wissen die ExpertInnen und LehrerInnen zur Genüge und fordern dies auch vehement ein. Nicht nur durch die Anstrengungen der LehrerInnen, sondern auch durch die der SchülerInnen, der Eltern sowie die der verschiedenen außerschulischen Einrichtungen kann es gelingen, die Schule als lebenswerten Lern- und Lebensraum zu gestalten.

10.4.4 Initiativen zur Förderung des zwischenmenschlichen Umgangs

Der zwischenmenschliche Umgang sowohl zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und nicht lehrendem Personal als auch zwischen SchülerInnen untereinander ist maßgeblich für ein gutes psychosoziales Schul- und Klassenklima. Nachfolgend wird dargestellt, welche Aspekte aus Sicht der **ExpertInnen**, **LehrerInnen** und auch aus Sicht der **SchülerInnen** zu einem funktionierenden zwischenmenschlichen Umgang beitragen sollen.

Aus **ExpertInnen**sicht sollte vor allem die „*enorme Vorbildwirkung*“ der LehrerInnen berücksichtigt werden. Das heißt wie gehen sie mit KollegInnen um oder wie sprechen sie mit den SchülerInnen. Weniger „*ein Gefälle von oben nach unten*“ (E: 25) ist hier gefragt, als vielmehr ein durch „*Höflichkeit und Freundlichkeit*“ geprägter partnerschaftlicher Umgang. Weiters sollte es dafür „*Schulregeln*“ geben, „*die auch konsequent befolgt werden müssen*“. Aber auch die Schaffung einer entsprechenden „*Gesprächskultur*“, die beispielsweise durch „*Kommunikationstraining*“ (E: 27) gefördert werden kann, wäre eine Maßnahme, die nicht nur zeigen sollte, „*wie geh' ich mit dem Anderen um*“, sondern die auch die SchülerInnen dazu anhalten sollte, „*auf den Anderen einzugehen*“ (E: 28). Besonders „*Projekte*“ (E: 26) oder etwa „*Schulfeste*“ (E: 27) können das Bewusstsein für „*Partizipation*“ oder „*gegenseitige Wertschätzung*“ (E: 26) schärfen. Ein förderlicher Ansatz, um Missverständnisse erst gar nicht aufkommen zu lassen, wäre, sich Zeit zu nehmen, um „*Dinge zu besprechen, die also wenn sie nicht gelöst werden, zu Schwierigkeiten führen [...] können*“. Dies könnte beispielsweise durch ein regelmäßiges Zusammensetzen ein Mal pro Woche erfolgen, wo „*aktuelle Dinge*“ besprochen werden, so dass also „*nichts übersehen wird und keine Leichen im Keller bleiben*“ (E: 27). Weiters sollte nach ExpertInnenmeinung eine entsprechende „*Arbeitsumfeldgestaltung*“ vor allem Aggressivität zwischen den SchülerInnen erst gar nicht aufkommen lassen. Dazu sollte es sowohl räumliche „*Rückzugsmöglichkeiten*“ (E: 26) als auch zeitlich mehr Freiraum geben, etwa zwischen den Schulstunden.

Auch nach Meinung der befragten **LehrerInnen** ist eine „*gute Vorbildwirkung*“ eine wichtige Maßnahme, durch die den SchülerInnen ein entsprechender Umgang miteinander bewusst gemacht werden kann. Damit kann ihnen aber auch gezeigt werden, dass man Konflikte durch „*ein gemeinsames Gespräch*“ (L, Gymn. 81) lösen kann. Weiters können „*Verhaltensvereinbarungen*“ (L, HS: 81), die für alle im Schulbereich tätigen Personen verbindlich sind, einen bewussteren Umgang miteinander fördern. Besonders durch „*gemeinsame Aktivitäten*“ wie

„Schulfeste, Ausflüge“ (L, Gymn.: 80) oder dergleichen kann der zwischenmenschliche Umgang in der Schule verbessert werden. SchülerInnen sollten durch „Gruppenarbeiten“ (L, Gymn.: 81) lernen, dass Teamarbeit vor allem durch „Hilfsbereitschaft, wertschätzendem Umgangston, Höflichkeit, Freundlichkeit“ aber auch durch „Verlässlichkeit“ (L, Gymn.: 80) funktioniert. Das heißt kein egoistisches durchsetzen, sondern vielmehr „wirklich aufeinander schauen und miteinander unterwegs [...] sein“ sollte gefragt sein (L, Gymn.: 81).

Aus Sicht der **SchülerInnen** ist es wichtig, dass man „untereinander immer freundlich“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 127) ist. Das heißt sich „gegenseitig grüßt“, sich „gegenseitig nicht immer beschimpft“, einfach einen „freundlicheren Umgangston“ (S, Knabe, 14, HS: 126) anwendet. Durch „Gruppenarbeiten“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 127) sollten beispielsweise Toleranz - also „nicht gleich eingeschnappt sein“ (S, Knabe, 14, HS: 125) - aber auch Verantwortung übernehmen verinnerlicht werden. Wichtig ist außerdem, dass man „einfach auch überlegt, [...], was mit den Anderen ist, dass man da Rücksicht nimmt“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 127). Weiters sollten „mehr gemeinsame Projekte“ es ermöglichen, dass man sich „gegenseitig besser kennen lernen kann“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 127). Für SchülerInnen ist außerdem das „miteinander reden“ (S, Knabe, 14, HS: 125) sehr wichtig. Das heißt sich „zusammensetzen und reden“ (S, Mädchen, 14, HS: 127) und „dann Probleme lösen und so“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 127). Das gilt für SchulkollegInnen untereinander gleichermaßen wie für die Unterrichtsstunde. Konfliktlösung durch MediatorInnen wird ebenfalls als unterstützende Maßnahme gesehen. Darüber hinaus sollte aus Sicht der SchülerInnen der Kontakt zwischen SchülerInnen aus höheren und niedrigeren Klassen gefördert werden.

10.4.5 Einbindung von Personen und Institutionen

Eine „Gesundheitsfördernde Schule“ sollte die Chancen nutzen, die in einer Kooperation mit Einrichtungen des schulischen Umfeldes liegen. **ExpertInnen** sowie **LehrerInnen** wurden deshalb zum einen gefragt, wer oder welche Institutionen ihrer Meinung nach besonders in die schulische Gesundheitsförderung eingebunden werden sollten und zum anderen, wie eine Kooperation gestaltet oder eventuell verbessert werden könnte.

Die Mehrheit der interviewten **ExpertInnen** ist der Meinung, dass außerschulische Beratungsstellen nicht direkt in die schulische Gesundheitsförderung mit eingebunden werden sollten. Vielmehr sollten vorhandene Einrichtungen wie der „schulärztliche Dienst“ (E: 31),

„*Betreuungslehrer, Schulpsychologie*“ (E: 29) oder etwa „*Klassensprecher*“ (E: 31) verstärkt genutzt werden. Besonders „innerhalb“ der Schule sollte nach ExpertInnenmeinung eine gewisse Sensibilität für den Bedarf an Maßnahmen entwickelt werden, um entsprechende „*Prozesse in Gang*“ setzen zu können, denn „*umso eher kann man auch dann was verändern*“. Das heißt „*das eigentliche Umdenken muss innen drinnen im System passieren, ... und nicht von draußen hinein getragen*“ (E: 30) werden. Es sei denn es handelt sich um „*Themen*“, die „*von der Schule nicht abgedeckt werden können*“ (E: 31). Die folgende Passage sollte dies verdeutlichen:

„Ich find‘ nicht, dass man Projekte verstärkt forcieren soll, die ausschließlich von Externen getragen werden. ... Weil die kommen und gehen mit dem Projekt wieder“ (E: 31).

Geht es jedoch in erster Linie um die Nutzung von Informationen, die Institutionen wie „*Krankenkassen*“, „*Fonds Gesundes Österreich*“, das „*Jugendrotkreuz*“ oder etwa die „*GI-VE-Servicestelle*“ (E: 31) zur Verfügung stellen, dann sind Kooperationen mit außerschulischen Einrichtungen sehr wohl gefragt. Abgesehen davon, dass alle Personen im schulischen Umfeld in die Gesundheitsförderung integriert werden sollten - das nicht lehrende Personal mit einbezogen - ist nach Meinung der ExpertInnen die Miteinbeziehung der Eltern aus deren Sicht weniger gefragt, da „*die meisten Eltern einfach nicht die Zeit haben, um das wirklich umzusetzen*“ (E: 33). Allerdings sollte eine Zusammenarbeit mit Eltern in dem Sinne erfolgen, dass sie über die „*Ideen und Ziele [...] der Schule*“ (E: 32f.) informiert werden und diese somit „indirekt“ unterstützen können.

Im Gegensatz zu den ExpertInnen stimmten die **LehrerInnen** sehr wohl für eine Einbindung von außerschulischen Personen oder Institutionen in die schulische Gesundheitsförderung zu. Als Beispiele dafür nannten sie „*Beratungsstellen*“, „*Krankenkassen*“ (L, Gymn.: 84), das „*Sanitätswesen, Konsumentenschutz, Vereine, die irgendwo mit Freizeit was zu tun haben*“ (L, HS: 83), die Institution „*Gemeinde*“ sowie das „*Netzwerk*“ (Anm.: ÖNGS) (L, HS: 84). Aber auch vorhandene schulische Einrichtungen wie „*Schulärzte*“ (L, HS: 83) oder „*Schulpsychologen*“ sollten „*mehr in die Klassen kommen*“. Interessant wäre für LehrerInnen die Einbindung von „*Betroffenen*“ (L, Gymn.: 84), die es beispielsweise geschafft haben, vom Rauchen oder Alkohol loszukommen.

Eine Eingebundenheit könnte dadurch erfolgen, in dem in der Schule „*miteinander Projekte*“ (L, HS: 85) durchgeführt werden oder SchülerInnen an „*Veranstaltungen*“ außerhalb der

Schule mitwirken wie etwa an einem „Gesundheitstag in einer Gemeinde“ (L, Gymn.: 85) oder bei einer „Gesundheitsmesse“ (L, HS: 86). Ein/e LehrerIn (Gymn.: 85) bringt dies in der folgenden Passage zum Ausdruck:

„wo man wirklich bewusst in andere Veranstaltungen hinaus geht und umgekehrt eben auch Institutionen in den schulischen Bereich herein holt.“

Aus Sicht der LehrerInnen kann eine Eingebundenheit aber auch durch Bereitstellung unterschiedlichster Materialien wie Filme oder Informationen erfolgen. Gleich welche Zusammenarbeit mit außerschulischen Personen oder Institutionen erfolgt, wichtig wäre für LehrerInnen, dass die Kontaktaufnahme einmal von außen erfolgt. Dazu meinte ein/e LehrerIn (Gymn.: 86):

„Es wäre sicherlich interessant, wenn von außen auch ein Impuls kommt, weil es wahrscheinlich viele Institutionen gibt, von denen man gar nicht so genau weiß, dass die existieren beziehungsweise dass die auch diesbezüglich auch Informationen haben.“

Eine Schule wird sämtliche gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht nur mit eigenen Kräften vollziehen können. Sie braucht Unterstützung, vor allem in materieller, informationeller und finanzieller Hinsicht. Häufig ergeben sich solche Hilfestellungen durch Kooperationen unterschiedlichster Art. Wenn seitens der Schule deutlich gemacht wird, dass Maßnahmen zum Wohle der Kinder und Jugendlichen angestrebt werden, dann werden auch externe Fachleute oder Organisationen gerne ihr Know-how und oft auch finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

10.4.6 Wunsch nach mehr Informationen über Gesundheitsförderung seitens der SchülerInnen

Wie in Kapitel 10.3.5 bereits erwähnt, besteht seitens der **SchülerInnen** der Wunsch nach mehr Informationen zum Thema Gesundheitsförderung. Hier sollte beschrieben werden, durch welche Medien dies ihrer Meinung nach erfolgen sollte.

Während zwei der SchülerInnen keine Antwort darauf wussten, nannten alle anderen Beispiele, die sich in der Art größtenteils mit denen in Kapitel 10.3.5 genannten Medien überlappen. Am liebsten würden sie mehr zum Thema Gesundheitsförderung durch Fernsehen sowie durch Vorträge erfahren. Als weitere Beispiele nannten sie Referate, (Werbe-)Plakate, Informationszettel, Ausstellungen, Broschüren sowie Informationen durch LehrerInnen. Darüber

hinaus wäre es wichtig, dass nicht nur Informationen im Vordergrund stehen, sondern dass auch praktische Beispiele gezeigt werden, wie dies die folgende Passage zeigt:

„Ja, es wäre interessant, wenn jemand ... also wenn nicht jemand kommt, und die ganze Zeit darüber redet, weil das ... wäre ein bisschen langweilig irgendwie. ... Und dann geht es bei einem Ohr rein und beim anderen wieder raus, sondern wenn da irgendwelche praktischen Beispiele dabei sind zum Beispiel, ... oder wenn man irgend was kosten darf, oder ... irgend welche Beispiele halt. ... Wie zum Beispiel einen Apfel, wo man den aufschneidet oder ... und jeder kostet wie das so und so schmeckt“ (S, Mädchen, 13, Gymn.: 102).

10.5 Sonstiges

In diesem Kapitel soll das Schulklima aus Sicht der LehrerInnen und SchülerInnen sowie das Wohlbefinden der SchülerInnen beschrieben werden, um sich einerseits ein Bild von den befragten Schulen machen zu können und um andererseits eventuell Ansatzpunkte für Veränderungen oder Verbesserungen finden zu können.

10.5.1 Schulklima aus Sicht der LehrerInnen und SchülerInnen

Sowohl **LehrerInnen** als auch **SchülerInnen** sollten das Schulklima in ihrer Schule entweder als „sehr gut“, „gut“, „erträglich“ oder als „eher schlecht“ bewerten. Ordneten sie das Schulklima den ersten beiden Antwortmöglichkeiten zu, dann wurden sie weiters nach Maßnahmen gefragt, durch die sie glauben, dass dies erreicht werden konnte. Wurde hingegen das Schulklima als „erträglich“ oder „eher schlecht“ eingestuft, dann sollten sie Möglichkeiten nennen, wie dieses aus ihrer Sicht verbessert werden könnte.

Mit Ausnahme einer/s Hauptschullehrerin/s, die/der das Schulklima zwischen „gut“ und „erträglich“ einordnete, bewerteten alle anderen **LehrerInnen** das Schulklima in ihrer Schule als sehr positiv, das heißt als „sehr gut“ oder „gut“. Im erst genannten Fall, wo das Schulklima weniger positiv beurteilt wurde, wurde als Maßnahme zur Gegensteuerung eine attraktivere Schule genannt, die die SchülerInnen mehr dazu anhalten würde, „mehr im Ort“ (L, HS: 90) zu bleiben, um so wieder eine „bessere Durchmischung“ bei SchülerInnen zu erlangen, was sich letztendlich auch in einem besseren Schulklima bemerkbar machen würde.

Alle weiteren LehrerInnen, die das Schulklima den ersten beiden Kategorien zuordneten, sollten Maßnahmen nennen, wie dies ihrer Meinung nach erreicht worden ist. Darauf wussten

sie sehr vielfältige Antworten zu geben. Vor allem wirken sich „gemeinsame Aktivitäten“ (L, Gymn.: 91) wie „Veranstaltungen“, „Feste“ oder dergleichen sehr positiv auf „das Miteinander in jeder Hinsicht“ (L, HS: 90) aus. Als weitere Aspekte, die ein gutes Schulklima fördern, wurden ein „großes Engagement einzelner Kolleginnen und Kollegen“, ein „sehr waches Zugehen aufeinander“, „konsequentes Arbeiten an diesen Dingen“ sowie eine gemeinsame Erarbeitung des „Schulprogramms“ (L, Gymn.: 90f.) genannt.

Die befragten SchülerInnen bewerteten das Schulklima in ihrer Schule nicht ganz so positiv wie ihre LehrerInnen, vor allem die **HauptschülerInnen** nicht. Von diesen wählten jeweils die Hälfte die Kategorie „gut“ sowie „erträglich“. Von den **GymnasiastInnen** hingegen beurteilten vier das Schulklima mit „gut“, eine/r mit „sehr gut“ und eine/r zwischen „gut“ und „sehr gut“. Von den drei HauptschülerInnen, die das Schulklima als „erträglich“ bezeichneten, wusste keiner eine Antwort darauf, wie man dieses verbessern könnte. Alle weiteren SchülerInnen, die das Schulklima als „sehr gut“ bis „gut“ empfinden, gaben an, dass dies damit zu tun hat, dass „*sich die Schüler untereinander gut verstehen, und die Lehrer mit Schülern, und die Lehrer mit den Lehrern*“ (S, Knabe, 12, Gymn.: 135). Weiters nimmt auch die Art der Unterrichtsgestaltung einen herausragenden Platz dabei ein. Das heißt es darf nicht nur um eine reine Wissensvermittlung gehen, sondern es sollte vielmehr ein Unterricht sein, der Platz für ihre Meinungen zulässt und der die SchülerInnen mit einbezieht. Folgende Aussage sollte dies verdeutlichen:

„Ja, ich glaube, dass die Lehrer die Schüler auch direkt ansprechen. Also dass sie nicht nur drinnen sitzen und was erzählen oder so, sondern dass die Schüler auch mitmachen können. Ich glaube auch Diskussionen so in Deutsch, Biologie oder Reli-Unterricht, die machen das ganze dann ... irgendwie, wenn nicht der Lehrer so herkommt und seine Meinung hin drückt und sagt, ja so ist das jetzt, sondern wenn man wirklich sagen kann, ich sehe das aber anders oder so, und dass man sich einfach auch einbauen kann, dass man nicht nur weiß, man ist irgend so ein Schüler, der drinnen sitzt, der da irgendwo maturiert und weg ist, sondern dass man weiß, dass dem Lehrer die eigene Meinung dann auch wichtig ist ... was man selber jetzt denkt“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 136).

Weitere wichtige Faktoren für ein gutes Schulklima sind nach Meinung der SchülerInnen „Freunde“ (S, Knabe, 14, HS: 135) - auch aus anderen Klassen - „Schulfeste“ oder gemeinsame „Projekte“ (S, Knabe, 12, HS: 135). Außerdem ist es wichtig, dass LehrerInnen „auch einmal ... durchgreifen können“ (S, Mädchen, 14, HS: 135) oder „versuchen“ den SchülerInnen „ein wenig Erziehung mitzugeben“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 135).

10.5.2 Wohlbefinden der SchülerInnen

SchülerInnen sollten ihr Wohlbefinden in der Schule anhand fünf verschiedener Smiles mit den Ausprägungen „sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“, „ausreichend“ sowie „schlecht“ einordnen. Deutliche Unterschiede machten sich auch bei dieser Frage zwischen den HauptschülerInnen und GymnasiastInnen bemerkbar. Während von den sechs befragten **HauptschülerInnen** jeweils zwei ihr Wohlbefinden als „gut“ und „durchschnittlich“ und nur jeweils einer es als „sehr gut“ und „ausreichend“ bezeichnete, fiel die Bewertung bei den GymnasiastInnen wesentlich positiver aus. Immerhin drei der sechs interviewten **GymnasiastInnen** bezeichneten ihr Wohlbefinden in der Schule als „sehr gut“. Zwei ordneten es zwischen „sehr gut“ und „gut“ und nur ein/e SchülerIn zwischen „gut“ und „durchschnittlich“ ein.

Gleich welcher Kategorie die SchülerInnen ihr Wohlbefinden zuordneten, als Indikatoren dafür nannten sie vor allem einen guten „*Umgang miteinander*“, „*gute Leistungen*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 132), ein gutes Auskommen mit den LehrerInnen sowie das Treffen von FreundInnen.

Die in den Kapiteln 10.5.1 und 10.5.2 dargestellten Aspekte der SchülerInnen machen deutlich, dass sie nicht nur durch das geprägt werden, was curricular vermittelt wird, sondern vielmehr dadurch, „wie“ die an den Schulen beteiligten Menschen miteinander umgehen, „wie“ sie gemeinsame Aufgaben angehen oder „wie“ sie Konflikte lösen. Diese Aspekte sollten daher stets Berücksichtigung finden, denn nur so kann vielleicht ein „sehr gutes“ Schulklima und ein „sehr gutes“ Wohlbefinden nicht nur bei den SchülerInnen, sondern bei allen am Schulleben beteiligten Personen erreicht werden.

11 Zusammenfassung

Diese Arbeit versuchte eine theoretische und empirische Annäherung an eine effektive psychosoziale Gesundheitsförderung in der Schule. Während im theoretischen Teil grundlegende Konzeptionen beschrieben wurden, die für die empirische Untersuchung relevant sind, war im empirischen Teil der praktische Zugang zur Gesundheitsförderung zentrales Anliegen dieser Arbeit. Am Ende eines Unternehmens, das das vorhandene „ExpertInnenwissen“, die vorhandenen Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung, den Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen seitens der SchülerInnen sowie zukünftige Strategien zur Förderung insbesondere der psychosozialen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht der LehrerInnen, der SchülerInnen sowie aus Sicht der außerschulischen ExpertInnen rekonstruieren sollte, stellt sich die Frage, was diese explorative Studie in praktischer Hinsicht erbracht hat.

Einige der aus Sicht der Autorin wesentlichen „Erträge“ der Untersuchung sollen im Folgenden kurz skizziert werden. Der Übersicht halber werden die oben beschriebenen vier Forschungsschwerpunkte (vgl. auch Kap. 9.1) herangezogen:

- *Zum „ExpertInnenwissen“ über Gesundheitsförderung in Schulen seitens der LehrerInnen, SchülerInnen und außerschulischen ExpertInnen (vgl. Kap. 10.1):* Eine allgemeine, aber sehr wichtige Erkenntnis ist, dass die befragten SchülerInnen mit dem Begriff der Gesundheitsförderung hauptsächlich ein körperliches Wohlbefinden verbinden, das durch gesunde Ernährung sowie durch ausreichende Bewegung erreicht werden soll. Damit wurde die Aussage von Kolip und Hurrelmann (1994: 31f.; vgl. auch Kap. 2.2.1) bestätigt, dass im Schulalter den Komponenten „Körperzufriedenheit“ und „Vitalität“ eine sehr große Bedeutung beigemessen wird. Im Gegensatz dazu verbinden die ExpertInnen und LehrerInnen mit Gesundheitsförderung sowohl körperliches, psychisches als auch soziales Wohlbefinden oder auch Komponenten wie den Empowerment-Ansatz und den Setting-Ansatz (vgl. Kap. 5.1 u. Kap. 5.6). Die von den SchülerInnen genannten Faktoren spiegeln sich aus Sicht der Autorin auch in den von ihnen genannten Zielen der schulischen Gesundheitsförderung wider, nämlich in der Ernährung sowie in der Bewegung. (Dass die Ziele der „Gesundheitsfördernden Schule“ durchaus umfassender zu betrachten sind, wurde in Kapitel 8.1 dargestellt.)

- *Der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen seitens der SchülerInnen (vgl. Kap. 10.2):* Das Ziel der „Gesundheitsfördernden Schule“ ist nicht nur, SchülerInnen zu befähigen, sich in der Schule gesundheitsangemessen zu verhalten, sondern vielmehr sollten Mittel und Wege gesucht werden, wie die Gesundheit zum Thema der gesamten Schule gemacht werden kann. Hurrelmann und Nordlohne (1993: 106ff.; vgl. auch Kap. 8.2) haben hierzu vier grundlegende Dimensionen beschrieben, die Grundlage für eine „Schule zum Wohlfühlen“ sein sollen. Die beiden Autoren unterscheiden dabei zwischen der curricularen, der sozialen, der ökologischen und der kommunalen Dimension. Mit Ausnahme der kommunalen Dimension werden die anderen Drei auch von den SchülerInnen bei der Beschreibung einer „Schule zum Wohlfühlen“ mit einbezogen. Neben der Gestaltung des Unterrichts (curriculare Dimension) und dem sozialen Klima (soziale Dimension) nimmt besonders die ökologische Dimension einen herausragenden Platz bei den SchülerInnen ein. Zu den Bestandteilen zählt ihrer Meinung nach ein guter baulicher Zustand, größere Räume, eine bequeme und bunte Ausstattung und einfach auch Platz, wo sie sich zurückziehen und reden können. Schließlich sollten Kinder und Jugendliche die Chance haben, sich nicht nur intellektuell, sondern auch körperlich, motorisch, emotional und in allen anderen Sinnesbereichen entfalten zu können.

Als für sie interessante Themen (vgl. Kap. 10.2.3), die insbesondere der Förderung der psychosozialen Gesundheit dienen sollten, nannten die SchülerInnen in erster Linie solche, die sich vor allem als psychosoziale Reaktionsformen zusammenfassen lassen. Dazu zählen neben psychischen Problemen beispielsweise Aggressivität, Drogenkonsum (Tabak, Alkohol) sowie Magersucht. Als wichtige Themenfelder führten sie außerdem das Miteinander-Umgehen sowie die Stärkung des Selbstwertgefühls an.

Hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen erwarten sich SchülerInnen (vgl. Kap. 10.2.4) zu einer Aufklärung über das „*was gesund ist und was nicht*“ (S, Knabe, 14, HS: 114) und zu anderen Informationsquellen, auf die sie bei Bedarf zugreifen können. Für SchülerInnen sind auch Konsumangebot und Werbung wesentliche Faktoren, die sie in ihrem Gesundheitshandeln beeinflussen. Aus diesem Grund sollte aus ihrer Sicht das Angebot in den Geschäften oder im Pausenverkauf entsprechend „gesund“ gestaltet sein, um so ihren Verlockungen entgegen wirken zu können.

- *Vorhandene Maßnahmen zur Förderung der (psychosozialen) Gesundheit (vgl. Kap. 10.3):* Als Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit wurden von den LehrerInnen insbesondere solche genannt, die sich auf den Umgang miteinander beziehen. Programme hierzu reichen von Höflichkeitsprojekten über Schulfeste bis hin zu Kennenlertagen. Weitere Initiativen der Schulen sind Meditations-Angebote oder die Förderung der Kommunikation und der Präsentation, die vor allem die Persönlichkeitsentwicklung in den Mittelpunkt stellen. Beliebt sind besonders die sogenannten Peers (vgl. Kap. 5.4), die beispielsweise in Sachen Aids- oder Suchtprävention tätig sind, aber auch als MediatorInnen anderen SchülerInnen in Sachen Konfliktbewältigung zur Seite stehen. Wissen SchülerInnen mit ihren Problemen einmal nicht mehr weiter, so besteht die Möglichkeit, sich entweder an eine/n VertrauenslehrerIn zu wenden oder sich anonym über eine Telefonhotline Rat zu holen. Diese Möglichkeit ist allerdings vorwiegend den GymnasiastInnen und weniger den HauptschülerInnen bekannt.

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“ (WHO 1997; vgl. auch Kap. 5.1). Diese Definition bringt zum Ausdruck, dass die Möglichkeit der Einflussnahme auf gesundheitsrelevante Faktoren einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit leistet. Demnach müssten SchülerInnen sowohl bei der Gestaltung des Schullebens (beispielsweise Schulhof) oder bei der Auswahl von gesundheitsbezogenen Themen im Unterricht oder für Projekte mit einbezogen werden. Während dies alle HauptschülerInnen verneinten, besteht bei den GymnasiastInnen zumindest teilweise die Möglichkeit, bei der Themenauswahl und bei der Gestaltung des Schullebens mitentscheiden zu dürfen.

Tatsache ist, dass in beiden Schulen Maßnahmen zur Förderung der (psychosozialen) Gesundheit vorhanden sind. Die Frage ist hier, welche erkennbaren Veränderungen oder Verbesserungen sich dadurch abzeichneten. Aus Sicht der befragten LehrerInnen veränderte sich vieles zum Positiven. Angefangen von einer bewussteren Ernährung - die sich im Übrigen sowohl auf die körperliche als auch auf die geistige Entwicklung auswirkt - über eine entsprechende Konfliktkultur, die Aggressivität sinken ließ, bis hin zu mehr Selbstbewusstsein seitens der SchülerInnen. Auch der zwischenmenschliche Umgang zwischen LehrerInnen und SchülerInnen sowie unter SchülerInnen hat eine positive Entwicklung erfahren, insbesondere durch gemeinsame Aktivitäten unterschiedlichster Art. Insgesamt konnte also ein „*gutes Klima*“ (L, Gymn.: 77) erreicht werden. Nach Meinung

der SchülerInnen hatte die Thematisierung verschiedenster Risikofaktoren wie Alkohol, Tabak und Ähnliches zur Folge, dass einerseits eine gewisse Offenheit gegenüber solchen Themen erreicht wurde, andererseits dadurch SchülerInnen in ihrem gesundheitsangemessenen Verhalten unterstützt werden, wodurch sie sich darin auch in Gruppen besser behaupten können, aber auch Andere auf etwaige Konsequenzen hinweisen können, „*was ohne diese Informationen [...] nicht möglich gewesen*“ (S, Mädchen, 14, Gymn.: 124) wäre. Insofern zeigen sich hier auch Auswirkungen schulischer gesundheitsfördernder Maßnahmen auf das Freizeitverhalten der SchülerInnen. Auch hinsichtlich des Miteinander-Umgehens sind Verbesserungen durch Maßnahmen wie eine verbesserte Kommunikation erreicht worden.

- *Erforderliche schulische Maßnahmen und Strategien zur nachhaltigen Förderung der psychosozialen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kap. 10.4):* Hinsichtlich der psychosozialen Versorgung sollten nach ExpertInnenmeinung Programme geschaffen werden, die Kinder und Jugendliche dazu stimulieren, Beratungsstellen aus eigenem Antrieb und bei Bedarf aufzusuchen. Weiters sollte die Einbeziehung von SchülerInnen in Auswahl und Entwicklung von „Gesundheitsprojekten“ gefördert werden, um so eine höhere Identifikation mit den Themen und Maßnahmen seitens der SchülerInnen zu erreichen. Auch die Förderung des Klassen- und Schulklimas könnte prophylaktisch „andere“ Schwierigkeiten vorbeugen helfen. Gesundheitsförderung bedeutet auch Organisationsentwicklung (vgl. Kap. 5.8). Damit sich alle am Schulleben beteiligten Personen gleichermaßen mit den (Gesundheits-)Zielen und dem Vorgehen identifizieren können, ist es wichtig, dass all das in einem Leitbild festgehalten wird. Dies scheint ein erfolgreicher Ansatz zu sein, um dem Thema Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu geben.

Aus Sicht der LehrerInnen ist neben der Förderung des Klassenklimas, einer entsprechenden Konfliktkultur sowie Regeln des Miteinander-Umgehens auch die Vorbildwirkung der LehrerInnen ein wichtiger Bereich, der sich in der psychosozialen Gesundheit der SchülerInnen niederschlägt und deshalb besonders berücksichtigt werden sollte. Besonders persönlichkeitsstärkende Maßnahmen sollten die SchülerInnen befähigen, einerseits ihre eigenen Stärken und Schwächen gut einzuschätzen und andererseits auch die Fähigkeiten füreinander einzusetzen lernen. Ein wichtiges Anliegen seitens der LehrerInnen ist auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen, die auch von sich aus den Kontakt zur Schule suchen sollten.

Diese komplexen Erkenntnisse und Aussagen über Gesundheitsförderung konnten nur deshalb gewonnen werden, weil ein methodischer Zugang gewählt wurde, der dies auch sichtbar machen konnte. Insofern war der offene und qualitative methodische Ansatz dieser Untersuchung gerechtfertigt, auch weil er bei den Befragten so manchen wichtigen Erkenntnisprozess auslöste, der das Antwortenspektrum positiv gestaltete.

12 Ausblick: Handlungsbedarf

Es steht fest, dass die Institution Schule zu einer in vielerlei Hinsicht lebensprägenden Instanz geworden ist. Diese Arbeit sollte deshalb einige Grundlagen dazu legen, welche erforderlichen Maßnahmen in Zukunft verstärkt ins Blickfeld rücken sollten, um die psychosoziale Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in der Schule – und darüber hinaus - nachhaltig zu fördern. Welche Folgerungen daraus für die zukünftigen Handlungen zu ziehen sind, kann hier nur angedeutet werden.

Insgesamt scheint an den Schulen, die untersucht wurden, sehr viel Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung seitens der LehrerInnen vorhanden zu sein. Allerdings weisen die erhaltenen Meinungen darauf hin, dass mehr Unterstützung erfolgen muss, so dass auch weiterhin genauso oder vielleicht noch verstärkt Maßnahmen umgesetzt werden. Unterstützung soll einerseits hinsichtlich zeitlicher und finanzieller Ressourcen für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen erfolgen. Andererseits wünschen sich die LehrerInnen auch mehr Angebote von außerschulischen Einrichtungen wie Beratungsstellen, die auch von sich aus den Kontakt zur Schule suchen, um ihre Angebote an die AdressatInnen zu bringen, also dahin, wo Kinder und Jugendliche auch tatsächlich erreicht werden. Eine derartige Verzahnung von außerschulischen Institutionen mit der Schule soll darüber hinaus auch bewirken, dass soziale und psychische Barrieren gegenüber Institutionen abgebaut werden.

Handlungsbedarf besteht auch bei der Gestaltung des Schullebens außerhalb des Lehrplans. Zum einen stellt das Konsumangebot in den umliegenden Geschäften sowie im Pausenverkauf ein Problem hinsichtlich der geringen Auswahl an „gesunden“ Nahrungsmitteln dar und zum anderen ist der Einfluss der Werbung ein wesentlicher. Nach der sozialen Lerntheorie von Bandura (vgl. Kap. 6.3) lernen Individuen in einem Prozess von Beobachtung und Imitation. Dabei wird nicht nur das Verhalten einer Person beobachtet, sondern vor allem die Belohnungen, die diese Person für ihr Verhalten erhält. Da für Kinder und Jugendliche nicht nur Familie, LehrerInnen oder Gleichaltrige als Rollenvorbilder fungieren, sondern ebenso Personen aus Werbekampagnen, dürfen im Sinne der Theorie von Bandura Programme der Gesundheitsförderung nicht nur die Determinanten Person und ihr Verhalten mit einbeziehen, sondern sie müssen speziell auch das soziale Umfeld mit berücksichtigen. Auch dem räumlichen Umfeld kommt insofern eine große Bedeutung zu, als sich SchülerInnen Räumlichkeiten wünschen, die ihnen mehr Bewegungsfreiheit ermöglichen, die ihnen aber auch die Möglichkeit bieten, sich einmal zurückziehen zu können. Einen herausragenden Platz nimmt seitens

der SchülerInnen auch die Ausstattung der Schule ein. Damit sind Faktoren wie Temperatur, Lichtverhältnisse, Vorhänge sowie ergonomische Sitzmöglichkeiten gemeint.

Das Thema Gesundheitsförderung darf nicht nur auf das schulische Umfeld reduziert werden, sondern es soll von den Kindern „hinausgetragen“ werden. SchülerInnen werden damit zu MultiplikatorInnen von Gesundheitsförderungsprogrammen. Dazu ist es allerdings erforderlich, Kinder und Jugendliche von den Zielen und Programmen der Gesundheitsförderung zu überzeugen. Der richtige Zugang zu den Gesundheitsthemen ist daher von großer Bedeutung. Das heißt Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten als Erlebnis gestaltet sein. Die SchülerInnen müssen dazu einbezogen werden, sie sollten mitmachen können, damit sie die Maßnahmen auch bewusst erleben und Freude daran haben können. Erst wenn die SchülerInnen selber davon überzeugt sind, werden sie auch Andere an ihrem Wissen teilhaben lassen. Damit gesundheitsfördernde Initiativen auch zu Hause (und im Freundeskreis) umgesetzt werden, sollten verstärkt Eltern informiert werden, um so den Anforderungen der Nachhaltigkeit gerecht zu werden. Diese Elternarbeit muss sicherlich noch intensiviert werden.

Ein Bedarf an weiteren Untersuchungen besteht aus Sicht der Autorin darin, dass aufgrund der vorhandenen Maßnahmen, die häufig risikobezogen sind, Programme entwickelt werden müssen, die der Philosophie der unspezifischen Ressourcenstärkung folgen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass Gesundheitsförderung in der Schule auf vielen verschiedenen Ebenen durchgeführt wird, auf der einen Ebene mehr, auf der anderen weniger. Für eine effektive psychosoziale Gesundheitsförderung ist es allerdings wichtig, sowohl die curriculare, die soziale, die ökologische als auch die kommunale Dimension stärker zu verzahnen und in die Maßnahmen, die insbesondere langfristig ausgerichtet sein sollten, mit einzubeziehen, denn nur so können die zu Beginn geschilderten Gesundheitsprobleme auch erkannt und berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. Aus dem Englischen übersetzt von Broda M. und Franke A. S. 3-14 in: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hrsg.). Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Franke A. und Schulte N. Deutsche erweiterte Herausgabe von Franke Alexa. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- Atteslander, Peter (unter Mitarbeit von: Cromm, Jürgen/Grabow, Busso/Klein, Harald/Maurer, Andrea/Siegert, Gabriele) (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Auflage. Berlin usw.: de Gruyter.
- Backes, Herbert (2003): Peer Education. S. 176-179 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Badura, Bernhard (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. S. 63-87 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim usw.: Beltz.
- Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Hainer Kober. Verres, Rolf (Hrsg.). 1. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baric, Leo/Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings: Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Werbach usw.: G. Conrad.
- Barkholz, Ulrich/Israel, Georg/Paulus, Peter/Posse Norbert (1998): Gesundheitsförderung in der Schule: Ein Handbuch für LehrerInnen aller Schulformen. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.). 1. Auflage. Bönen: Kettler.
- Becker, Peter (1986): Theoretischer Rahmen: Indikatoren für seelische Gesundheit. S. 1-90 in: Becker, Peter/Minsel, Beate (Hrsg.): Psychologie der seelischen Gesundheit. Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Fördermöglichkeiten. Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, Peter (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. S. 91-107 in: Paulus, Peter (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag.
- Becker, Peter (1995): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Becker, Peter (1996): Trier Psychologie Berichte. Band 23. Heft 4. Trier.
- Becker, Peter (1997a): Psychologie der seelischen Gesundheit: Theorien, Modelle, Diagnostik. Band 1. 2. Auflage. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Becker, Peter (1997b): Prävention und Gesundheitsförderung. S. 517-534 in: Schwarzer, Ralf (Hrsg.). Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch. 2. Auflage. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA (Hrsg.). Band 6. Köln: BZgA.
- Bininda, Uwe/Hoffmann, Ulrich (1997): Multiplikatoren in der Gesundheitsförderung. S. 138-144 in: Weitkunat, Rolf/Haisch, Jochen/Kessler, Manfred (Hrsg.). Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern usw.: Hans Huber.

- Blättner, Beate (1997): Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. S. 119-125 in: Weitkunat, Rolf/Haisch, Jochen/Kessler, Manfred (Hrsg.). Public health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern usw.: Huber.
- BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) (2001): Das Gesundheitswesen in Österreich. 3. Auflage. Wien: Salzburger Druckerei.
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. S. 183-198 in: Kreckel, Reinhard (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt: Sonderband 2. Göttingen: Schwartz.
- Burghofer, Birgitt/Meggeneder, Oskar (1997): Europäisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Mit einer Statuserhebung von österreichischen Projekten zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. BMAGS (Hrsg.) Wien: BMAGS.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg., 2000): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.
- Conrad, Günter (1993): Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO: Ziele, Entwicklungen und Ergebnisse. S. 62-73 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Dietscher, Christina (unter Mitarbeit von: Mitterbauer, Eva/Sonderegger, Reinhard) (2000): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule: Ein Handbuch für Schulen unterwegs. BMSG und BMBWK (Hrsg.). 2. Auflage. Wien: Sares.
- Dietscher, Christina (unter Mitarbeit von: Dietscher, Anna/Gsaller, Harald/Mitterbauer, Eva) (2001): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule: Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. BMSG und BMBWK (Hrsg.). Wien: Hausdruckerei des BMSG.
- Dietscher, Christina/Dür, Wolfgang (2002): Evaluation des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen: Jahresbericht 2002. Wien: ÖGMS.
- Dlugosch, Gabriele E. (1994a): Gesundheitsberatung. S. 222-233 in: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, Gabriele E. (1994b): Modelle der Gesundheitspsychologie. S. 101-117 in: Schwenkmezger, Peter/Schmidt, Lothar R. (Hrsg.). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.
- Dlugosch, Gabriele E./Schmidt, Lothar R. (1992): Gesundheitspsychologie. S. 123-177 in: Bastine, Reiner (Hrsg.). Klinische Psychologie: Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, psychosoziale Intervention. Band 2. Stuttgart usw.: Kohlhammer.
- Eberl, Waltraud (1996): Selbsthilfe – ein Forschungsfeld in der Gesundheitsförderung? S. 345-352 in: Lobnig, Hubert/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.). Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus: eine österreichische Forschungsbilanz. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung. Band 2. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Engel, Uwe/Hurrelmann, Klaus (1989): Psychosoziale Belastung im Jugendalter: Empirische Befunde zum Einfluss von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe. Berlin usw.: de Gruyter.
- Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln: Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.
- Frank, Renate (1991): Körperliches Wohlbefinden. S. 71-95 in: Abele, Andrea/Becker, Peter (Hrsg.). Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim usw.: Juventa.
- Franke, Alexa (1993): Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. S. 15-34 in: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hrsg.). Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).

- Franzkowiak, Peter (2003): Prävention. S. 179-180 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Göpel, Eberhard (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen – Einleitung. S. 286-297 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien, Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Grossmann, Ralph (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. S. 43-60 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien, Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (2001): Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (2003a): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. S. 205-206 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (2003b): Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. S. 163-165 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Grunow, Dieter (2003): Selbsthilfe. S. 683-703 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Haberlandt, Martina/Höfer, Renate/Keupp, Heiner/Seitz, Rita/Straus, Florian (1995): Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter. S. 87-109 in: Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus/Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.). Jugend und Gesundheit: Interventionfelder und Präventionsbereiche. Weinheim usw.: Juventa.
- Haller, Beatrix (1996): Gesundheitsförderung als Beitrag zur Schulprofilbildung. S. 291-298 in: Lobnig, Hubert/Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.). Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus: eine österreichische Forschungsbilanz. Reihe Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung. Band 2. Wien: Facultas.
- Hartmann, Stephan A.L./Traue, Harald C. (1997): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention am Arbeitsplatz. S. 151-157 in: Weitkunat, Rolf/Haisch, Jochen/Kessler, Manfred (Hrsg.). Public health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern usw.: Huber.
- Hascher, Tina/Suter, Thomas/Kolip, Petra (2001): Terminologie – Dossier zur Gesundheitsförderung: unter besonderer Berücksichtigung des Themas „Bewegung“ und des Settings „Schule“. Bern usw.: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung.
- Hornung, Rainer (1997): Determinanten des Gesundheitsverhaltens. S. 29 – 40 in: Weitkunat, Rolf/Haisch, Jochen/Kessler, Manfred (Hrsg.). Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. Bern usw.: Hans Huber.
- Hurrelmann, Klaus (1988): Sozialisation und Gesundheit: Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim usw.: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus (1994a): Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus (1994b): Familienstress, Schulstress, Freizeitstress: Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 2. Auflage. Weinheim usw.: Beltz.

- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus/Nordlohne, Elisabeth (1993): Gesundheitsförderung in der Schule: Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. S. 100-118 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Peter (2003): Gesundheit. S. 52-55 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Jerusalem, Matthias (1997): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. S. 575-593 in: Schwarzer, Ralf (Hrsg.). Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Jork, Klaus (1991): Gesundheitsselbsthilfe. S. 43-62 in: Jork, Klaus/Kauffmann, Klaus/Lobo, Rocque/Schuchardt, Erika (Hrsg.). Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen; (Vorträge anlässlich des Internationalen Kongresses „Gesundheit in eigener Verantwortung – Mensch – Medizin – Gesellschaft“ vom 10.-14. September 1990 in Hannover). Basel usw.: Birkhäuser.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003a): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. S 73-78 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003b): Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. S 78-82 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003c): Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. S. 82-88 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2003d): Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung. S. 104-111 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Keupp, Heiner (1999): Soziale Netzwerke. S. 696-703 in: Asanger, Roland/Wenninger, Gerd (Hrsg.). Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Beltz.
- Kolip, Petra (1994): „Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle.“ Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Frauen und Männer. S. 139-159 in: Kolip, Petra (Hrsg.). Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim usw.: Juventa.
- Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (1994): Was ist Gesundheit im Jugendalter?: Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. S. 25-46 in: Kolip, Petra (Hrsg.). Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim usw.: Juventa.
- Laaser, Ulrich/Hurrelmann, Klaus/Wolters, Paul (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. S. 176-203 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim usw.: Beltz.

- Laaser, Ulrich/Hurrelmann, Klaus (2003): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. S. 395-424 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Labisch, Alfons/Woelk, Wolfgang (2003): Geschichte der Gesundheitswissenschaften. S. 49-89 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- LBIMGS (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie) (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen: Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. BMSG (Hrsg.). Wien: BMSG.
- Legewie, Heiner/Trojan, Alf (2000): Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung: Skript Gesundheitspsychologie – Gesundheitssoziologie. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften (VAS).
- Lehmann, Manfred (2003): Verhaltens- und Verhältnisprävention. S. 238-240 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Lehmann, Manfred/Sabo, Peter (2003): Multiplikatoren. S. 154-156 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Leppin, Anja (1995): Gesundheitsförderung in der Schule. S. 235-250 in: Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus/Schnabel, Peter E. (Hrsg.). Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim usw.: Juventa.
- Lohaus, Arnold (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Reihe Gesundheitspsychologie. Band 2. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.). 1. Auflage der deutschen Ausgabe. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Nutbeam, Don/Harris, Elizabeth (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung (Hrsg.). Gamburg: G. Conrad.
- Paulus, Peter (2003): Schulische Gesundheitsförderung. S. 200-202 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Einführung in die Thematik. S. 13-17 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Pelikan, Jürgen M./Krajic, Karl (1993): Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus – Konzepte und Strategien, Projekte und Netzwerke. S. 85-99 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Remschmidt, Helmut (1992): Adoleszenz: Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter. 1. Auflage. New York: Thieme.
- Rosenbrock, Rolf (1993): Gesundheitspolitik. S. 317-346 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim usw.: Beltz.

- Rosenbrock, Rolf (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung. S. 21-23 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter (2003a): Gesundheitserziehung. S. 71-72 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter (2003b): Gesundheitsbildung. S. 69-71 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter (2003c): Gesundheitsberatung. S. 61-63 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter (2003d): Projekte/Projektmanagement. S. 186-189 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter (2003e): Organisationsentwicklung von Institutionen der Gesundheitsförderung. S. 165-167 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Sabo, Peter/Lehmann, Manfred (2003): Gesundheitliche Aufklärung. S. 55-57 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Scala, Klaus (1997): Konzept und Projektmanagement zur Gesundheitsförderung in der Schule: Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung der Schule – Ein Handbuch für ProjektkoordinatorInnen. BMAGS und BMBWK (Hrsg.). Wien: REMAprint.
- Scharinger, Christian (1998): „Kann Gesundheitsförderung Schule machen“? Disposition und Implementationsprozesse eines Gesundheitsförderungsprojekts im „Setting Schule“; eine Analyse am Beispiel des „Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen“. BMAGS (Hrsg.). 2. Auflage. Wien: BMAGS.
- Schneider, Volker (1993): Entwicklungen, Konzepte und Aufgaben schulischer Gesundheitsförderung: Vom Konzept der Risikofaktoren zum Konzept der Förderung von Gesundheitsfaktoren. S. 39-72 in: Priebe, Botho/Israel, Georg/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). „Gesunde Schule“: Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim usw.: Beltz.
- Schwartz, Friedrich W./Walter, Ulla (unter Mitarbeit von: Robra, Bernt P./Schmidt, Thomas) (2000): Prävention. S. 151-170 in: Schwartz, Friedrich W./Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes (Hrsg.). Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München usw.: Urban & Fischer.
- Schwarzer, Ralf (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Reihe Gesundheitspsychologie. Band 1. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Schwarzer, Ralf/Leppin, Anja (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, Ralf/Leppin, Anja (1991): Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. S. 175-189 in: Abele, Andrea/Becker, Peter (Hrsg.). Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim usw.: Juventa.
- Schwenkmezger, Peter (1991): Persönlichkeit und Wohlbefinden. S. 119-137 in: Abele, Andrea/Becker, Peter (Hrsg.). Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim usw.: Juventa.
- Seibt, Annette C. (2003a): Precede/Proceed-Modell. S. 180-183 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.

- Seibt, Annette C. (2003b): Modell der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Modell. S. 150-152 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Seibt, Annette C. (2003c): Theorie des rationalen Handelns und Theorie des geplanten Verhaltens. S. 231-232 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Seibt, Annette C. (2003d): Soziale Lerntheorie / Sozialkognitive Theorie. S. 206-2208 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Seibt, Annette C. (2003e): Verbreitung von Innovationen - Diffusionstheorie. S. 235 - 238 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Seibt, Annette C. (2003f): Transtheoretisches Modell der Phasen der Veränderung. S. 233 - 235 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Seiffge-Krenke, Inge (1994): Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Reihe Gesundheitspsychologie. Band 6. Göttingen usw.: Hogrefe.
- Semmer, Norbert/Lippert, Peter/Fuchs, Reinhard/Rieger-Ndakorerwa, Grudrun/Dwyer, James H./Knoke, Ernst-August (1991): Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Ausgewählte Ergebnisse der Berlin-Bremen-Studie. Der Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.). Band 5. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sievers, Burkard (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. S. 34-42 in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim usw.: Juventa.
- Stroebe, Wolfgang/Stroebe, Margaret S. (1995): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie: Ein sozialpolitischer Ansatz. Aus dem Englischen übersetzt von Susanne Niedernhuber. 1. Auflage. Eschborn bei Frankfurt am Main. Klotz.
- Trojan, Alf (2003a): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. S. 209-210 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Trojan, Alf (2003b): Selbsthilfe. S. 202-203 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Trojan, Alf (2003c): Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. S. 203-205 in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Trojan, Alf/Hildebrandt, Helmut (1989): Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. S. 97-116 in: Stark, Wolfgang (Hrsg.). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Trojan, Alf/Legewie, Heiner (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften (VAS).

- Troschke, Jürgen von (1993): Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung in der Schule. S.11-38 in: Priebe, Botho/Israel, Georg/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). „Gesunde Schule“: Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Weinheim usw.: Beltz.
- Troschke, Jürgen von (2003): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. S. 371-394 in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Auflage. Weinheim usw.: Juventa.
- Ulich, Dieter (1987): Krise und Entwicklung: Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München usw.: Psychologie Verlags Union.
- Waller, Heiko (2002): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, Ulla/Schwartz, Friedrich W. (unter Mitarbeit von: Robra, Bernt P./Schmidt, Thomas) (2003): Prävention. S. 189-208 in: Schwartz, Friedrich W./Badura, Bernhard/Busse, Reinhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes/Walter, Ulla (Hrsg.). Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München usw.: Urban & Fischer.
- WHO (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Zankl, Heinrich/Zieger, Gertraud (1987): Gesundheitslehre. Weinheim usw.: VCH.
- Zapotoczky, Klaus/Mechtler, Reli (Hrsg., 1995): Primärprävention. Ein ursachen- und ressourcenorientierter Ansatz in der Gesundheitsförderung. Linz: Trauner.

Verzeichnis der Internet-Adressen

- BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) (o.J.): Netzwerke in Österreich. Verfügbar unter:
http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/3/3/0/CH0013/CMS1038911709266/gesundheitsfoerderungnetz_erke_2002.pdf, [16.10.2003].
- BMBWK (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur) (1997): Grundsatzerklass Gesundheitserziehung. Verfügbar unter:
<http://www.bmbwk.gv.at>, [06.03.2004].
- ÖNGS (Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen) (o.J.). Folder. Verfügbar unter:
<http://www.gesunde-schule.at>, [15.11.2003].

Verzeichnis der Tageszeitungen

- Kurier: 05.06.2004. Wien.
- OÖN (Oberösterreichische Nachrichten): 12.02.2004; 22.05.2004; 04.06.2004; 05.06.2004. Linz.

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1:	Das Modell der Salutogenese (in vereinfachter Form; aus Faltermaier 1994: 49)..	21
Abb. 2:	Interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit (aus Becker 1992: 101).....	25
Abb. 3:	Prozessdynamisches Modell der Entstehung sozialer Abweichungen und Gesundheitsstörungen (aus Hurrelmann 1988: 159; 2000: 63).....	28
Abb. 4:	Mandala-Modell der Gesundheit von Hancock (aus Waller 2002: 32).....	31
Abb. 5:	Sozialepidemiologisch-ökologisches Modell gesundheitsbeeinflussender Faktoren von Trojan und Hildebrandt (1989: 100)	33
Abb. 6:	Systematik von Peer Involvement-Ansätzen (aus Backes 2003: 176)	62
Abb. 7:	Projekte in 3 Key-Settings (aus Scharinger 1998: 35)	66
Abb. 8:	Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden (aus Waller 2002: 155)	86
Abb. 9:	Veranschaulichung der Ziele "Gesundheitsförderung" und "Prävention" (aus Becker 1997b: 519).....	87
Abb. 10:	Komponenten des Modells der Gesundheitsüberzeugungen / Health Belief Model (aus Seibt 2003b: 150).....	94
Abb. 11:	Hauptelemente der Theorie des bewussten Verhaltens (aus Nutbeam und Harris 2001:24; Dlugosch 1994b: 109).....	97
Abb. 12:	Schema des reziproken Determinismus (aus Bandura 1979: 201).....	98
Abb. 13:	Das PRECEDE-PROCEED-Modell von Green und Kreuter (Darstellung von und aus Seibt 2003a: 183)	105

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Teilnahme am Netzwerk (aus ÖNGS o.J. (Internet))	73
Tab. 2:	Konzeptuelle Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung (aus Trojan und Legewie 2001: 37).....	88
Tab. 3:	Gesundheitspotenziale ausschöpfen (aus Trojan und Legewie 2001: 37).....	88
Tab. 4:	Leitlinien und Handlungsebenen der Ottawa-Charta und ihre Implikationen für die Schule (aus Barkholz et al. 1998: 31)	116
Tab. 5:	Untersuchungsgruppen der Interviewstudie	124
Tab. 6:	Gesundheitsbezogene Themen im Unterricht.....	152

Verwendete Abkürzungen

Anm.	Anmerkung
Abb.	Abbildung
a.d.	an der
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BMBWK	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
E	ExpertInnen
EK	Europäische Kommission
ENHPS	European Network of Health Promoting Schools
ER	Europarat
et al.	et alii; und andere
f.	folgende (Seite)
ff.	fortfolgende (Seiten)
Gf.	Gesundheitsförderung oder gesundheitsfördernde(s)
GIVE	Gesundheitsbildung, Information, Vernetzung und Entwicklung
GRR	Generalized resistance resources; generalisierte Widerstandsressourcen
Gymn.	Gymnasium
Hrsg.	HerausgeberInnen
HS	Hauptschule
IPK	Internationales Planungskomitee
Kap.	Kapitel
L	LehrerInnen
LBIMGS	Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
n	Stichprobe
ÖGMS	Österreichische Gesellschaft für Medizin- und Gesundheitssoziologie
ÖGSN	Österreichisches „Gesunde-Städte“-Netzwerk
o.J.	ohne Jahresangabe
ÖJRK	Österreichisches Jugendrotkreuz
ÖNGK	Österreichisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“
ÖNGS	Österreichisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“
OÖN	Oberösterreichische Nachrichten
S	SchülerInnen
S.	Seite
SOC	Sense of coherence; Gefühl der Kohärenz
Tab.	Tabelle
u.	und
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
zit. in	zitiert in

Anhang

Anmerkung: Die Buchstaben E (Expertin/e), S (SchülerIn) und L (LehrerIn) zeigen, in welchen Untersuchungsgruppen diese Fragen jeweils gestellt wurden.

Leitfaden für ExpertInnen-Befragung

Gesundheitsförderung allgemein

1. (E, S, L) Welches Verständnis haben Sie von:
 - a. Gesundheitsförderung?
 - b. schulischer Gesundheitsförderung?
 - c. psychosozialer Gesundheitsförderung?
2. (E, S, L) Was sind die vorrangigen Ziele, die durch schulische Gesundheitsförderung erreicht werden sollten?

Hemmende und fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule

3. (E, S, L) Welche fördernden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen (beispielsweise Unterstützung durch Schulleitung)?
4. (E, S, L) Welche hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen?
5. (E, L) Welche Strategien und Maßnahmen sind erforderlich, um besonders die psychosoziale Gesundheit bei SchülerInnen nachhaltig zu fördern:
 - a. Kurzfristig gesehen?
 - b. Langfristig gesehen?
6. (E, L) Welche Maßnahmen sind notwendig, damit Gesundheitsförderung in der Schule besser verankert wird?
7. (E, L) Welche Barrieren müssten überwunden werden, damit schulische Gesundheitsförderung effektiver und effizienter umgesetzt werden könnte (beispielsweise mehr finanzielle Mittel)?

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule

8. (E, L) Welche personalen und sozialen Gesundheitsressourcen (beispielsweise Selbstvertrauen oder Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe) sollten Ihrer Meinung nach bei SchülerInnen besonders gefördert werden, um ein psychisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen?
9. (E, S, L) Wie, das heißt durch welche Maßnahmen lassen sich diese Ressourcen fördern?
10. (E) Worin liegt die Ursache, dass viele Programme häufig an Risiken und an negativen Outcomes ansetzen?
11. (E) Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen, die der Philosophie der unspezifischen Ressourcenstärkung folgen?

Zwischenmenschlicher Umgang

12. (E, S, L) Durch welche Maßnahmen könnte der zwischenmenschliche Umgang in der Schule verbessert werden:
 - a. zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und nicht lehrendem Personal?
 - b. zwischen SchülerInnen untereinander (beispielsweise durch Projektarbeit, Feste)?

Außerschulischer Bereich

13. (E, L) Wer oder welche Institutionen sollten besonders in die schulische Gesundheitsförderung eingebunden sein (beispielsweise Eltern, Beratungsstellen)?
14. (E, L) Wie könnte diese Eingebundenheit oder Kooperation gestaltet sein?
15. (E, L) Durch welche Maßnahmen könnte hier eine Eingebundenheit oder Kooperation verbessert werden?

LehrerInnen

16. (E) Durch welche Maßnahmen könnten die LehrerInnen unterstützt werden, um vermehrt gesundheitsfördernde Initiativen umsetzen zu können?

Sonstiges

17. (E, S, L) Was gibt es noch, was in diesem Zusammenhang wichtig wäre?

Leitfaden für LehrerInnen-Befragung

Gesundheitsförderung allgemein

1. (E, S, L) Welches Verständnis haben Sie von:
 - a. Gesundheitsförderung?
 - b. schulischer Gesundheitsförderung?
 - c. psychosozialer Gesundheitsförderung?
2. (E, S, L) Was sind die vorrangigen Ziele, die durch schulische Gesundheitsförderung in dieser Schule erreicht werden sollten?
3. (L) Welchen Ansatz der Gesundheitsförderung verwenden Sie (es erfolgte eine kurze Erklärung der verschiedenen Ansätze; vgl. Kap. 5.2)?
4. (L) Wenn (Frage 3) Antwort b-e: Orientieren Sie sich dabei an spezifische Bedürfnisse der SchülerInnen? Wenn ja, an welche?

Hemmende und fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule

5. (E, S, L) Welche fördernden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen (beispielsweise Unterstützung durch Schulleitung)?
6. (E, S, L) Welche hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen können Sie nennen?
7. (E, L) Welche Maßnahmen sind notwendig, damit Gesundheitsförderung in der Schule besser verankert wird?
8. (E, L) Welche Strategien und Maßnahmen sind erforderlich, um besonders die psychosoziale Gesundheit bei SchülerInnen nachhaltig zu fördern:
 - a. Kurzfristig gesehen?
 - b. Langfristig gesehen?
9. (E, L) Welche Barrieren müssten überwunden werden, damit schulische Gesundheitsförderung effektiver und effizienter umgesetzt werden könnte (beispielsweise mehr finanzielle Mittel)?
10. (L) Durch welche Unterstützungen könnten Defizite in der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ausgeglichen werden (beispielsweise mehr Unterstützung seitens der Netzwerkstelle, Schulbehörde)?

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule

11. (E, L) Welche personalen und sozialen Gesundheitsressourcen (beispielsweise Selbstvertrauen, Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe) sollten Ihrer Meinung nach bei SchülerInnen besonders gefördert werden, um ein psychisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen?
12. (L) Welche Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit werden in Ihrer Schule eingesetzt?
13. (E, S, L) Welche weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen könnten aus Ihrer Sicht besonders die psychosoziale Gesundheit fördern?
14. (S, L) In welchen Unterrichtsgegenständen ist Gesundheit ein Thema?
15. (S, L) Welche gesundheitsrelevanten Themen werden vorwiegend im Unterricht oder in Projekten behandelt?
16. (L) Wie werden Gesundheitsthemen oder gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Schule abgehandelt (beispielsweise in Form von Projekten, Vorträge)?
17. (L) Nach welchen Kriterien wählen Sie die Themen für gesundheitsbezogene Projekte und Aktivitäten aus (beispielsweise nach Aktualität)?

18. (L) Unterstützung bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen:
 - a. Durch wen erfolgt diese Unterstützung (beispielsweise durch Schulleitung, LehrerkollegInnen, Eltern, Netzwerksekretariat)?
 - b. Wie sieht diese Unterstützung aus?
 - c. Ist diese ausreichend?
 - d. Wenn nicht, wie könnte diese verbessert werden?
19. (L) Wie stellen Sie fest, ob die Ziele der gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht worden sind (beispielsweise Befragung, sichtbare Verbesserung im Umgang zw. SchülerInnen)?
20. (S, L) Sind aus Ihrer Sicht Veränderungen oder Besserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in dieser Schule erreicht worden? Wenn ja, welche?

Zwischenmenschlicher Umgang

21. (L) Wie sieht Ihrer Ansicht nach die kollegiale Zusammenarbeit in Ihrer Schule aus in Bezug auf die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen?
22. (E, S, L) Durch welche Maßnahmen könnte der zwischenmenschliche Umgang in der Schule verbessert werden:
 - a. zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und nicht lehrendem Personal?
 - b. zwischen SchülerInnen untereinander (beispielsweise durch Projektarbeit, Feste)?
23. (S, L) Konnten Sie aufgrund von gesundheitsfördernden Initiativen in der Schule eine Verbesserung in der Zusammenarbeit mit KollegInnen und/oder mit den SchülerInnen feststellen?
24. (S, L) Wenn (Frage 23) ja, wie zeigt sich diese Verbesserung?
25. (S, L) Wenn (Frage 23) ja, durch welche Maßnahmen konnte dies Ihrer Meinung nach erreicht werden?

Außerschulischer Bereich

26. (E, L) Wer oder welche Institutionen sollten besonders in die schulische Gesundheitsförderung eingebunden sein (beispielsweise Eltern, Beratungsstellen)?
27. (E, L) Wie könnte diese Eingebundenheit oder Kooperation gestaltet sein?
28. (E, L) Durch welche Maßnahmen könnte hier eine Eingebundenheit oder Kooperation verbessert werden?

Schule, SchülerInnen & Schulklima

29. (S, L) Welche Wünsche, Erwartungen haben Ihrer Meinung nach Kinder an eine „Schule zum Wohlfühlen“?
30. (L) Inwieweit werden die Bedürfnisse und Erwartungen der SchülerInnen im Unterricht berücksichtigt?
31. (L) Wissen Sie über den Gesundheitszustand (individuell) der SchülerInnen Bescheid?
32. (S, L) Wie schätzen Sie das Schulklima in dieser Schule ein? („sehr gut“, „gut“, „erträglich“, „eher schlecht“)
33. (S, L) Wenn (Frage 32) Antwort „erträglich“ oder „eher schlecht“, durch welche Maßnahmen könnte das Schulklima verbessert werden?
34. (S, L) Wenn (Frage 32) Antwort „sehr gut“ oder „gut“, durch welche Maßnahmen konnte dies erreicht werden??

Sonstiges

35. (E, S, L) Was gibt es noch, was in diesem Zusammenhang wichtig wäre?

Leitfaden für SchülerInnen-Befragung

Gesundheitsförderung allgemein

1. (E, S, L) Welches Verständnis hast Du von:
 - a. Gesundheitsförderung?
 - b. schulischer Gesundheitsförderung?
 - c. (es erfolgte vorher eine Erklärung von psychosoziale Gesundheit) psychosozialer Gesundheitsförderung?
2. (E, S, L) Weißt Du, was mit schulischer Gesundheitsförderung in dieser Schule erreicht werden sollte?
3. (S) Informationen zum Thema Gesundheitsförderung:
 - a. Wie oder über welche Medien (beispielsweise Informationsbroschüren, Information im Unterricht) bist Du über Gesundheitsförderung informiert worden?
 - b. Wünschst Du Dir mehr Informationen und Aufklärung zum Thema Gesundheitsförderung?
 - c. Wenn (Frage 3b) ja, durch welche Medien oder Maßnahmen sollte diese Information erfolgen (beispielsweise Erfahrungen und Informationen im Rahmen von Projekten sammeln, als Thema im Unterricht behandeln)?

Hemmende und fördernde Faktoren für Gesundheitsförderung in der Schule

4. (E, S, L) Welche Stolpersteine bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten/Maßnahmen sind Dir bekannt (beispielsweise keine Eingebundenheit der Eltern, nicht ausreichend informiert)?
5. (E, S, L) Was begünstigt besonders die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (beispielsweise Mitentscheidung der SchülerInnen)?

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Schule

6. (S, L) In welchen Unterrichtsgegenständen ist Gesundheit ein Thema?
7. (S, L) Welche gesundheitsrelevanten Themen werden vorwiegend im Unterricht oder in Projekten behandelt?
8. (S) Mitentscheidung und Eingebundenheit bei Auswahl von Gesundheitsthemen und Projekten:
 - a. Konntet Ihr mitentscheiden, welche gesundheitsbezogenen Themen im Unterricht oder in Projekten bearbeitet werden?
 - b. Werdet Ihr bei Entscheidungen, die schulische Gesundheitsförderungsmaßnahmen (beispielsweise die Gestaltung des Schulhofes) betreffen, eingebunden?
9. (S) Wenn Du Dir 3 Gesundheitsthemen aussuchen könntest, die Ihr im nächsten Schuljahr in der Schule behandeln würdet, welche wären das?
10. (E, S, L) Welche findest Du besonders geeignet, um die psychosoziale Gesundheit zu fördern?
11. (S) Erwartungen der SchülerInnen bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen:
 - a. Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen erwartest Du als SchülerInnen?
 - b. Inwieweit werden diese Erwartungen erfüllt?
12. (S) Ist Dir klar, was mit den durchgeführten Maßnahmen und Projekten erreicht werden sollte?
13. (S) Gibt es für Euch eine Möglichkeit, selbstständig (beispielsweise alleine oder in Form einer Gruppenarbeit) Gesundheitsthemen zu erarbeiten?
14. (S) Wenn (Frage 13) ja, wie sieht diese Möglichkeit aus?
15. (S) Wie wirken sich die schulischen gesundheitsfördernden Maßnahmen auf Dein Freizeitverhalten aus (beispielsweise weitererzählen, Umsetzung auch außerhalb der Schule)?

16. (S) Schulische GF als Unterstützung für die Lebensgestaltung:
 - a. Habt Ihr in der Schule darüber gesprochen, wie Ihr mit Problemen (beispielsweise mit FreundInnen, Eltern) umgehen könnt?
 - b. Besteht die Möglichkeit, in der Schule Kontaktadressen von Beratungsstellen zu erhalten, wenn Ihr Probleme habt, die beispielsweise die Leistung, die MitschülerInnen, die LehrerInnen betreffen?
 - c. Wenn (Frage 16b) nein, würdest Du Dir das wünschen?
17. (S, L) Sind aus Deiner Sicht Veränderungen oder Besserungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in dieser Schule erreicht worden? Wenn ja, welche?

Zwischenmenschlicher Umgang

18. (E, S, L) Durch welche Maßnahmen könnte der zwischenmenschliche Umgang in der Schule verbessert werden:
 - a. zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und nicht lehrendem Personal?
 - b. zwischen SchülerInnen untereinander (beispielsweise durch Projektarbeit, Feste)?
19. (S, L) Konntest Du aufgrund von gesundheitsfördernden Initiativen in der Schule eine Verbesserung in der Zusammenarbeit und im Umgang mit Deinen LehrerInnen und/oder mit Deinen MitschülerInnen feststellen?
20. (S, L) Wenn (Frage 19) ja, wie zeigt sich diese Verbesserung?
21. (S, L) Wenn (Frage 19) ja, durch welche Maßnahmen konnte dies Deiner Meinung nach erreicht werden?

Außerschulischer Bereich

22. (S) Inwieweit wurden Eure Eltern über die schulische Gesundheitsförderung informiert?
23. (S) Fühlen sich Eurer Meinung nach Eure Eltern ausreichend in diese(s) Projekt(e) eingebunden? („sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“, „ausreichend“, „überhaupt nicht“)

Schule, SchülerInnen & Schulklima

24. Wohlbefinden in der Schule:
 - a. Wie wohl fühlst Du dich in Deiner Schule? (Fünf Smiles vorlegen!)
 - b. (S, L) Wie sollte die Schule aussehen, in der Du dich wohl fühlen könntest?
25. (S, L] Wie schätzt Du das Schulklima in dieser Schule ein? („sehr gut“, „gut“, „erträglich“, „eher schlecht“)
26. (S, L) Wenn (Frage 25) Antwort „erträglich“ oder „eher schlecht,, was könnte man machen, um das Schulklima zu verbessern?
27. (S, L) Wenn (Frage 25) Antwort „sehr gut“ oder „gut“, durch welche Maßnahmen konnte dies erreicht werden?

Sonstiges

28. (E, S, L) Fällt Dir irgend etwas noch ein, was in diesem Zusammenhang wichtig wäre?