

Masterarbeit

UMSETZUNG VON SCHULISCHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKTEN IN ÖSTERREICH AM BEISPIEL DER INITIATIVE „SCHULE AKTIV“

eingereicht von
Birgit Mußbacher, BSc
Geb.Dat.: 29.11.1986

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (MSc)
an der Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft
Masterstudium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Vertiefung Management

unter der Anleitung von
Frau Ao Univ.-Prof. Dr. Éva Rásky (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Medizinische Universität Graz), 1. Betreuer
Herrn Dr. Martin Sprenger (Universitätslehrgang Public Health, Medizinische
Universität Graz), 2. Betreuer

Graz, am 16. Oktober 2012

Mußbacher Birgit

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Birgit Mußbacher, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 16. Oktober 2012

Birgit Mußbacher

VORWORT

Gesundheit und Bewegung sind mir als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester ein besonderes Anliegen, da ich täglich mit Gesundheitsfragen und mit den Folgekrankheiten von Bewegungsarmut konfrontiert bin. In meiner Kindheit gehörte Bewegung zu meinem Tagesablauf, ich konnte laufen und mich austoben, wann auch immer ich Lust dazu hatte. Heutzutage haben Kinder diese „freien Spielräume“ – aufgrund der veränderten Strukturen und gesellschaftlichen Entwicklungen – oftmals nicht mehr zur Verfügung.

Das Projekt „Schule aktiv“ hat mir in meiner Praktikumszeit gezeigt, dass es Konzepte wie die „Bewegte Schule“ gibt, die Kinder in jenem Lebensabschnitt, der sie am stärksten prägt, der Volksschulzeit, mit Bewegung in Berührung bringen. Ich habe gesehen, wie viel Spaß die Volksschüler/Volksschülerinnen daran haben und wie „verändert“ ein Unterricht stattfinden kann. Auch die Lehrer/Lehrerinnen haben die Vorteile des bewegten Unterrichtes kennen und lieben gelernt.

Diese Erfahrung hat mich für meine Masterarbeit zu folgenden Forschungsfragen angeregt:

- Was sind die vorherrschenden Modelle in Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Schule?
- Was sind die bedeutendsten Einflussfaktoren für eine gelungene Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in Volksschulen?
- Was waren die konkreten Einflussfaktoren im Projekt „Schule aktiv“?

DANKSAGUNG

Bei der Verfassung dieser Masterarbeit erhielt ich Unterstützung von vielen lieben Menschen. Deswegen möchte ich mich auf diesem Wege bei folgenden Personen besonders bedanken:

- Frau Univ.-Prof. Dr. Rásky für ihre fachliche und kompetente Betreuung.
- Frau Mag. (FH) Griendl, die mich als Projektleiterin von „Schule aktiv“ während des Praktikums tatkräftig unterstützt hat, sowie Material und Daten bereitgestellt hat.
- Meiner Schwester, Frau Mag. (FH) Manuela Mußbacher, die immer für mich da war und bei Fragen zum Thema Gesundheitsförderung ein offenes Ohr für mich hatte.
- Meinem Freund, Christian Sohar, BEd, der mich als Volksschullehrer mit Literaturtipps unterstützte und mir mit seiner liebevollen und motivierenden Art beistand.
- Meiner gesamten Familie und meinen Freunden für die moralische Unterstützung. Besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang meinen Eltern Gerlinde und Franz Mußbacher, sowie meiner Oma, Elisabeth Mußbacher, ohne deren Unterstützung das Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft gar nicht möglich gewesen wäre.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	10
2. Methodik/Vorgehen	12
3. Ergebnisse	15
1.1. Gesundheitsförderung	15
1.1.1. Ursprung und Entwicklung der Gesundheitsförderung.....	15
1.1.2. Gesundheitsförderung versus Krankheitsprävention.....	18
1.1.3. Gesundheitsaufklärung und -erziehung.....	20
1.1.4. Konzepte der Gesundheitsförderung.....	20
1.1.5. Modelle der Umsetzung der Gesundheitsförderung	26
1.2. Gesundheitsförderung im Setting Schule.....	30
1.3. spezifische Gesundheitsförderung im Projekt „Schule aktiv“	33
1.3.1. „Bewegte Schule“	33
1.3.2. Projekt „Schule aktiv“	39
1.3.3. Durchführung des Projekts „Schule aktiv“	40
1.3.4. Einflussfaktoren bei der Umsetzung.....	54
4. Diskussion	59
1.4. Diskussion der Ergebnisse	59
1.5. Ausblick	63
5. Literaturverzeichnis	65
1.6. Bücher	65
1.7. Artikel.....	66
1.8. Internetquellen	68

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzgl - bezüglich

bzw - beziehungsweise

d.h. – das heißt

EU – Europäische Union

EQUIHP – European Quality Instrument for Health Promotion

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

KZ-Lager – Konzentrationslager

MUG – Medizinische Universität Graz

Nr - Nummer

PC – Personal Computer

PHAC – Public Health Action Cycle

SCHILF – Schulinterne Lehrer-Fortbildung

SCHÜLF – Schulübergreifende Lehrer-Fortbildung

TV - Television

u.a. – unter anderem

usw – und so weiter

u.v.w. – und viele weitere

v.a. – vor allem

WHO - World Health Organisation

z.B. – zum Beispiel

ZUSAMMENFASSUNG

EINLEITUNG: Nicht nur die Zahl der adipösen Kinder nimmt in Österreich zu, sondern auch Befindlichkeitsstörungen wie Kopf- oder Rückenbeschwerden belasten unsere Kinder im Schulalltag. Abhilfe schaffen könnten Gesundheitsförderungsprojekte, deren Umsetzung in dieser Arbeit beleuchtet werden. Das Hauptaugenmerk wird hierbei auf das Setting Volksschule gelegt, weil dadurch eine lang wirksame Verhaltensänderung der Schüler/Schülerinnen erwartet wird. Als Beispielprojekt wird die Initiative „Schule aktiv“ vorgestellt – dieses stützt sich auf das Konzept der „Bewegten Schule“.

METHODIK: Eine unsystematische Literatursuche wurde in ausgewählten Datenbanken (Chinal, Ovid, Pubmed) mit deutschen und englischen Stichwörtern durchgeführt. Als Ergänzung dienten Standardwerke und die Projekterfahrungen der Initiative „Schule aktiv“.

ERGEBNISSE: Die Ergebnisse zeigen, dass eine Besonderheit in diesem Setting das Zusammenspiel der vielen Beteiligten darstellt. Einflussfaktoren wurden in drei große Gruppen untergliedert: Einbezug des gesamten Schulumfeldes, Aus-, Fort- und Weiterbildung/Kooperation & Teamarbeit im Lehrer/Lehrerinnenteam und Sonstiges, wie z.B. Flexibilität.

DISKUSSION: Ein großes Manko stellt die Knappheit der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Themengebiet dar, hier herrscht viel Aufholbedarf. Insbesondere zu den Auswirkungen von Gesundheitsförderungsprojekten in der genannten Zielgruppe wären wissenschaftliche Untersuchungen dringend notwendig. Bezüglich der Einflussfaktoren eines Gesundheitsförderungsprojekts stimmen die Erfahrungen der Initiative „Schule aktiv“ mit der der Literatur überein. Jedoch steht die Ressourcenorientiertheit bei solchen Projekten im Vordergrund, deswegen sind viel Überzeugungsarbeit sowie oben genannte Studien von Nöten, um für ganzheitliche Projekte (mit Sport und Ernährungsinhalten) auch mehr Geldmittel von Seiten der Politik dafür zur Verfügung gestellt zu bekommen.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The topic is relevant because of the increasing number of adipositas in Austria. Furthermore, associated headache and backache is a strain for children in their school routine. Health promotion projects have possibilities to help these children. In this master thesis the implementation of health promotion projects in primary schools will be evaluated, on basis of a special project named „Schule aktiv“.

METHODS: There was an unsystematic literature research done in special database (Chinal, Ovid, Pubmed). Additionally information was found in books of authority and the experience of the project „Schule aktiv“.

RESULTS: Particular in this setting is the cooperation of so many involved parties. Influencing factors are: school environment, education & cooperation and others, like flexibility.

CONCLUSION: Health promotion is very important, especially in primary school, but there is a lack of long-term studies to verify the effectiveness of health promotion projects like “Schule aktiv”. Relating to the influencing factors the literature is in accordance with the experiences of the project “Schule aktiv”. However, to do a holistic health promotion project in primary schools (including sports and nutrition) there must be a solution for the scarcity of resources. Again, long-term studies would be helpful therefore.

1. Einleitung

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist auch in Österreich in aller Munde. Denn Gesundheitsförderungsprojekte werden im Arbeitsbereich (betriebliche Gesundheitsförderung), im kommunalen Setting und in Bildungseinrichtungen durchgeführt. Die Interventionen haben das Ziel, die Gesundheit der in dem jeweiligen Bereich tätigen oder lebenden Personen wiederherzustellen, zu erhalten oder zu fördern (Kickbusch 2003, S. 187).

In dieser Arbeit wird das Hauptaugenmerk auf das Setting Volksschule gelegt, weil dadurch eine lang wirksame Verhaltensänderung der Schüler/Schülerinnen erwartet wird. Die Zahl der adipösen Kinder nimmt in Österreich – wie auch in anderen Industrieländern – zu. In einer bundesweit repräsentativen Studie von Bös et al. (2002) geben z.B. bei 1.142 befragten Grundschulern/Grundschülerinnen 40 – 70 % psychosomatisch bedingte Befindlichkeitsstörungen an. Unter diese fallen: Magen-, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen oder Konzentrationsprobleme. Ausgenommen der Schlafstörungen nehmen die Beschwerden mit steigendem Alter (erste bis vierte Volksschulklasse) zu (Bös et al 2002). Hier gibt es nun mehrere Ansatzpunkte in der Gesundheitsförderung, wie z.B. gesunde Ernährung oder Bewegungsprogramme. Das Land Steiermark, als Projektinitiator von „Schule aktiv“, gab die Vorgabe zur Gesundheitsförderung durch Sport, deshalb wird in dieser Masterarbeit auf diesen speziellen Teil eingegangen.

Das Projekt „Schule aktiv“ stützt sich auf das Konzept der „Bewegten Schule“. Dies ist ein Rahmengerüst, das versucht, Bewegung in die Klassen zu bringen und nebenbei den Volksschullehrern/Volksschullehrerinnen ein Know-how auf diesem Gebiet mitzugeben. In den Schulen hat sich heutzutage einiges verändert, die Ansprüche an die Lehrer/Lehrerinnen werden immer größer, wenn nicht sogar in manchen Fällen die Erziehung der Kinder auf diese abgewälzt wird. Mit Gesundheitsförderungsprojekten muss man versuchen, die Lehrer/Lehrerinnen zu unterstützen, aber auch die Kinder weiter zu fördern. Die „Bewegte Schule“ ist ein guter Plan um einige Beeinträchtigungen der kindlichen Gesundheit aufgrund von

Bewegungsmangel, zunehmenden Belastungen usw entgegenzuwirken. Die Ursache dafür liegt in der veränderten Kindheit – die Bewegungsgelegenheiten werden ausgelagert und die Spielplätze eingezäunt, die Freizeit wird technisiert und medialisiert (Thiel et al 2002, S. 329-334).

Die „Bewegte Schule“ ist von Bedeutung wegen der gesundheitsfördernden Aspekte, in der allgemein entwicklungsfördernde und sozioökologische Perspektiven einfließen (Breithecker 1997, S. 816ff). Auch für einzelne Problemstellungen, wie die immer weiter steigende Anzahl adipöser Kinder in Österreich erwarten sich Gesundheitsexperten/-expertinnen durch die „Bewegte Schule“ eine Lösung. Die Maßnahmen sollen bewirken, dass Folgeerkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter reduziert werden. Erhofft wird, dass so das Leiden für die Betroffenen und die ökonomischen Auswirkungen auf die Gesellschaft und das Gesundheitssystem minimiert werden (Kolip 2002, S. 8). Die dafür zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel sind allerdings nur sehr knapp bemessen. Daher ist es notwendig, die vorhandenen Mittel effizient einzusetzen. Die Akteure/Akteurinnen müssen aus diesem Grund konkrete und effektive Maßnahmen und Vorgehensweisen bereits vor der Umsetzung festlegen. Hierzu gibt es gute Standardwerke wie z.B. jenes von Naidoo & Wills (2010). Auch für den spezifischen Bereich der Gesundheitsförderung in der Volksschule gibt es eine Fülle von Arbeiten, die eine gute Grundlage für die Umsetzung bilden können.

In dieser Masterarbeit setze ich mich mit theoretischen Modellen der Gesundheitsförderung und mit Einflussfaktoren auf die Implementierung in Schulen – im Besonderen in Volksschulen – anhand des konkreten Gesundheitsförderungsprojektes „Schule aktiv“ auseinander. Folgende Fragen sollen im Rahmen dieser Masterarbeit beantwortet werden:

- Was sind die vorherrschenden Modelle in Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Schule?
- Was sind die bedeutendsten Einflussfaktoren für eine gelungene Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in Volksschulen?
- Was waren die konkreten Einflussfaktoren, die zum Erfolg des Projektes „Schule aktiv“ führten?

2. Methodik/Vorgehen

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in die Bereiche Gesundheitsförderung, Settingansatz in Schulen, Beschreibung des Projektes „Schule aktiv“ und dessen Analyse. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

Zur Klärung der Forschungsfragen erfolgte eine unsystematische Literatursuche. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Analyse des Projektes „Schule aktiv“. Die einzelnen Schritte der Umsetzung werden fokussiert und es wird beleuchtet, warum diese zum Gelingen beitragen haben.

Die Literatursuche wurde in ausgewählten Datenbanken durchgeführt, die von der Medizinischen Universität Graz zur Verfügung gestellt werden. Ergänzend erfolgten Internetrecherchen.

Diese Arbeit konzentriert sich vorrangig auf aktuelle Literatur, d.h. Bücher – ausgenommen Standardwerke – wie auch Zeitschriftenartikel, die nicht älter als zehn Jahre sind.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum von 03.01.2012 bis 30.04.2012 in folgenden Datenbanken der Medizinischen Universität Graz: Cinahl, Ovid und PubMed. Folgende Stichwörter wurden als relevant eingestuft und mit dict.leo.org ins Englische übersetzt:

- Strategie: strategy
- Inhalt: content, matter, subject matter, topic
- Umsetzen: implement, realize
- Gesundheitsförderung: health promotion
- Volksschule: elementary school, grade school, primary school

Aus diversen Suchstrategien und Ergebnissen wurden die Keywords über folgende Definition optimiert: „implement AND strategy AND health promotion AND primary school“.

Auf Deutsch wurde in denselben Datenbanken mittels „Gesundheit AND Schule“ gesucht.

Die Auswahl relevanter Studien erfolgte aufgrund des Abstracts. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich nicht mit der Thematik Schule oder Gesundheitsförderungsprojekten auseinandersetzten bzw. jene, die älter als zehn Jahre waren.

PubMed ergab mit der englischen Suchstrategie 22 Ergebnisse. Die Suche mit deutschen Stichwörtern erbrachte zwei Ergebnisse. Nur eine englische Studie wurde ausgewählt, da sie sich im Abstract explizit mit der Themenstellung auseinandersetzt. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit folgenden, nicht relevanten Themenstellungen befassten:

- falsche Altersgruppe (8 Studien)
- Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen, Drogen, Rassismus, Verletzungen oder Infektionskrankheiten (5 Studien)
- Ernährungsprogramme (3 Studien)
- Analyse von staatlichen Präventionsprogrammen (alle Altersgruppen) (2 Studien)
- Kostenanalyse von „umfangreicher Schulgesundheit“ (1 Studie)
- Computereinsatz in Primärversorgung (1 Studie)
- Public Health Professionals (1 Studie)

Inkludiert wurde folgende Studie:

Bartholomew, J.B. & Jowers E.M. (2011): Physically active academic lessons in elementary children. In: Preventive Medicine 52

Bei der deutschen Suchstrategie mussten beide Studien aufgrund von nicht passender Literatur abgelehnt werden, die zwei Studien beschäftigten sich mit:

- Diabetes Mellitus Typ 2

- behinderten Kindern

Bei Ovid Medline wurden zwei englischsprachige und fünf deutschsprachige Ergebnisse gefunden und davon zwei englischsprachige und eine deutschsprachige Studie als relevant für die Fragestellungen erachtet. Vier deutsche Studien wurden aufgrund nicht relevanter Inhalte ausgeschlossen:

- positive und negative Effekte der Schule
- Screeninguntersuchungen in der Vorschule

Folgende drei Studien wurden inkludiert:

Cass, Y., Price, P., Rimes, T. (2005): Finding the common ground: where health and educational agendas meet – the School Health Incentive Program (SHIP) grants scheme. In: Health Promotion Journal of Australia 16(2):134-7.

Bucher Della Torre, S., Akre, C., Suris, J.-C. (2010): Obesity prevention options of school stakeholders: a qualitative study. In: Journal of School Health 80(5): 233-9.

Steen, R. (2011): Lehrer/innen stark machen! Nachdenken über Gesundheit in der Schule. Ein Beitrag aus Sicht der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitswesen 73:112-6.

Bei Cinahl wurden zwei Ergebnisse durch die englische Suchstrategie gefunden, die bereits in Ovid und PubMed angezeigt wurden, und keine deutschsprachige Studie.

Die Ergebnisse aus der Literatursuche waren leider nicht befriedigend, deswegen wurde zusätzlich Literatur aus Standardwerken und aus den Projekterfahrungen von „Schule aktiv“ für diese Arbeit herangezogen. Die Ergebnisse der vier ausgewählten Studien fließen vor allem bei der Analyse der Einflussfaktoren für eine gelungene Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in Volksschulen ein. Die schlechte Datenlage könnte damit zusammenhängen, dass die Durchführung und Nachweisbarkeit solcher Studien enorm aufwändig ist und hier noch großer Aufholbedarf besteht.

3. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden theoretische Aspekte der Gesundheitsförderung - die Entwicklung und Modelle thematisiert. Anschließend erfolgt die Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Schule.

1.1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheit ist ein sehr weit gefächertes Begriff, er kann sich auf psychisches Wohlbefinden oder auch auf rein körperliches Freisein von Krankheit beziehen, deswegen steht am Anfang dieser Arbeit die Definition der Gesundheit und der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Es wird das Konzept beschrieben, sowie die Abgrenzung zur Prävention erläutert und wesentliche Ansätze und Methoden in der Gesundheitsförderung beleuchtet. Abschließend wird in diesem Kapitel auf die Durchführung der Gesundheitsförderung eingegangen und die Einflussfaktoren werden erörtert.

Definition der Gesundheit

In dieser Arbeit wird die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, mit der Erweiterung von Ilona Kickbusch zitiert, da diese allgemein gültig und sehr umfassend ausgelegt ist. Das Original der WHO stammt aus dem Jahr 1948, Kickbusch (2006) erweiterte diese und erläutert Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte des Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Kickbusch 2006, S. 36)

1.1.1. URSPRUNG UND ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nach Naidoo und Wills (2010, S. 76-79) kann der Ursprung der Gesundheitsförderung schon in den 80er Jahren gesehen werden mit der damals

so bezeichneten „Gesundheitserziehung“. Ausgangspunkt dafür waren die Krankheitsepidemien in den Industrieländern, die nach sanitären Reformen riefen. Weitere Entwicklungsschritte gab es erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, das geprägt ist vom Begriff des „Risikofaktorenmodells“, welches zur Verhütung chronischer Erkrankungen dient. Die Aufmerksamkeit wurde immer mehr auf die Verhaltens- und Lebensweisen der Bevölkerung gelenkt. Aufgrund der Ergebnisse der in den USA durchgeführten Framingham-Studie zur Mortalität bei Herzerkrankungen und dem Bericht der englischen Regierung 1976 unter dem Titel „Prevention and Health: Everybody's Business“ wurden in vielen Ländern Anlaufstellen zur gesundheitlichen Aufklärung eingerichtet.

Als die Geburtsstunde der organisierten Gesundheitsförderung werden jedoch die Lalondepapiere von 1974 angesehen. Mark Lalonde war damals der kanadische Gesundheitsminister und veröffentlichte ein Maßstab setzendes Politikpapier mit dem Titel „A new perspective on the health of Canadians“, indem gesundheitsförderliche Lebensweisen zum Ziel der Gesundheitspolitik erklärt werden (Kickbusch 2004, S. 182-184). Der Lalonde-Bericht zeigte richtungsweisend vier „Faktorenfelder“ auf, in denen die Gesundheit gefördert werden könnte:

- biologische und genetische Einflüsse, die durch Veranlagungen von Einzelpersonen die Krankheit bestimmen
- Einflüsse durch den Lebensstil bzw Verhaltensweisen Einzelner, die zur Krankheitsentstehung beitragen, wie z.B. Rauchen
- Einflüsse aus der physischen Umwelt, wie z.B. Feinstaub, Wohnverhältnisse
- Qualität und Ausmaß der vorhandenen Gesundheitsdienste (Naidoo & Wills 2010, S. 25).

Dieser Denkansatz wurde von der WHO übernommen und weiterentwickelt. Einen signifikanten Einfluss auf die konzeptionelle und strategische Ausrichtung der Gesundheitsförderung hatte auch die Deklaration von Alma Ata (1978). Aufgrund der erhöhten Lebenserwartung zu Beginn des 21. Jahrhunderts bekam die Gesundheitsförderung eine neue Richtung: „Gesundheit als eine Ressource für

erhöhte Lebensqualität“. In der Ottawa Charta von 1986 für Gesundheitsförderung wurde diese Ansicht niedergeschrieben und bezeichnend als „towards a new public health“ betitelt (Kickbusch 2003, S. 182-184). Dieser Denkansatz verbreitete und erweiterte sich vor allem durch die 1977 von der WHO einheitlich beschlossenen „Gesundheit für Alle“-Strategie, in der bis zum Jahr 2000 alle Menschen dieser Welt ein Gesundheitsniveau erreicht haben sollen, in dem sie ein wirtschaftlich und sozial angemessenes Leben führen. Die WHO stellt klar, dass bestimmte Voraussetzungen getroffen werden müssen, um einen positiven Einfluss auf die Lebensweisen, die Gesundheitsvorsorge und die Umweltbedingungen zu haben. Diese Voraussetzungen sind z.B. Frieden oder die Befriedigung der Grundbedürfnisse, wie ausreichend Nahrung, Einkommen oder Trinkwasser. Die WHO startete 1984 ihr Programm zur Gesundheitsförderung, welches durch Konferenzen in 1986 in Ottawa, 1988 in Adelaide, 1991 in Sundsvall, 1997 in Jakarta, 2000 in Mexiko City und 2003 in Bangkok weiterentwickelt wurde. Die Grundsätze von 1986 gelten jedoch auch heute noch als Rahmengerüst der Gesundheitsförderung in der Praxis (Naidoo & Willis 2010, S. 83-85). Basierend auf den Strategien und Zielen der Gesundheitsförderung der Ottawa Charta, gibt es fünf Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Das bedeutet, dass die politischen Entscheidungen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden, denn schließlich wird Gesundheitsförderung selten von einem Sektor allein getragen, meist ist es ein Zusammenspiel von z.B. Gesetzgebung, Handel, Medien, Werbung und Tourismusbranche.

- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten

Diese Forderung zielt auf die physische und soziale Umwelt der Menschen in Organisationen, sowie auch auf die Umwelt und Qualität in den Gemeinden, Städten und Regionen ab.

- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen

Gemeinschaftsaktionen an Gesundheitsthemen ermutigen die Menschen, sich mit der Gesundheit auseinander zu setzen und darauf Einfluss zu nehmen, deswegen ist es wichtig, dies durch passende Infrastrukturen zu unterstützen. Vor allem gilt es hier Vernetzungen herzustellen, z.B. Selbsthilfegruppen, WHO-Projekte.

- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer relevanter Dienste

Diese Forderung zielt vor allem darauf ab, Gesundheitspotenziale auch in und aus den Krankheitsvorsorgesystemen zu nutzen wie z.B. Ärzte/Ärztinnen und andere Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in Gesundheitsberufen als Fachressource in Gesundheitsförderungsprojekte einzubeziehen und Gesundheitszentren forciert in Überlegungen mit einzubeziehen. Das bedeutet aber zugleich eine Weiterentwicklung von Gesundheitsdiensten.

- Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Damit soll vor allem die Autonomie und Eigenverantwortung der Patienten-/Patientinnenrolle gestärkt werden, durch Befähigung der Patienten/Patientinnen und Stärkung ihrer Bewältigungsstrategien (WHO 1986, Schwartz et al 2003, S. 820; Naidoo & Wills 2010, S. 85; Grossmann & Scala 2011, S. 24-28; Trojan 2002, S. 219-223).

Die darin verfassten Strategien stützen sich auf die Ziele der WHO: „flussaufwärts“ zu schauen, um die sozioökonomischen und ökologischen Determinanten der Gesundheit zu beeinflussen, die Gesundheit aller Menschen zu fokussieren, die Prävention von Krankheit und die Entwicklung der dazu benötigten Kompetenzen der Menschen und deren zugrunde liegenden Werte (Naidoo & Wills 2010, S. 174). Wer auch immer Gesundheitsförderung betreibt, wird versuchen, die Determinanten der Gesundheit zu beeinflussen:

- Verhalten
- Bildung
- soziale Beziehung
- sozialer Status
- gesellschaftliche Verhältnisse
- ökologische Umwelt (Dür 2008, S. 129).

1.1.2. GESUNDHEITSFÖRDERUNG VERSUS KRANKHEITSPRÄVENTION

Nachdem die Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ häufig als Synonym verwendet, soll nun im folgenden Abschnitt auf diese Thematik eingegangen werden, denn v.a. die Fachwelt schreibt diesen Begriffen unterschiedliche Bedeutungen zu, die sich historisch geprägt haben (Hurrelmann et al 2010, S. 13). Die WHO hat die Begriffsbestimmungen der

Gesundheitsförderung verlagert und zwar hin zum Wohlbefinden und zur Gesundheit aller Bevölkerungsteile und weg von der Prävention bestimmter Krankheiten (Naidoo & Wills 2010, S. 93). Die Gesundheitsförderung ist laut Hurrelmann et al (2010, S. 13) wesentlich jünger als die Krankheitsprävention, sie entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO. Bei der Diskussion über Umsetzungsstrategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung wurde das Konzept der „Gesundheitsförderung“ etabliert.

Krankheitsprävention bedeutet nach Trojan (2002, S. 199), die Risiken und Belastungen einer Person oder Personengruppe, die zu einer Erkrankung führen, zu minimieren oder auszuschalten. Die Gesundheitsförderung hingegen soll die Ressourcen einer Person oder Personengruppe, die die Gesundheit fördern oder erhalten können, stärken. Das gemeinsame Ziel der beiden Interventionsformen ist, dass sie sowohl einen kollektiven, wie auch individuellen Gesundheitsgewinn, erzielen wollen (Hurrelmann et al 2010, S. 14; Trojan 2002, S. 201). In der Praxis gibt es zwei verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung, und zwar den „verhaltensorientierten“ und den „verhältnisorientierten“ Ansatz (Naidoo & Wills 2010, S. 90-99). Das Ziel des „verhaltensorientierten“ Ansatzes ist es – wie der Name schon sagt - die Individuen, durch diverse Unterstützungen, zu gesünderen Verhaltensweisen zu verhelfen. Pauschal könnte man Personen unterstellen, dass diese ihre Gesundheit durch Verhaltensentscheidungen verbessern könnten. Jedoch sind gesundheitsbezogene Verhaltensentscheidungen komplexe Prozesse, denn das Verhalten ist eine Folge der notwendigen Anpassung an diese Bedingungen, wobei sie auf die Ursache, wie z.B. Armut, Arbeitslosigkeit mangelndes Wissen in der Regel keinen Einfluss haben. Deswegen benötigt man in diesem Kontext eine Verhaltens- und Verhältnisprävention. (Naidoo & Wills 2010, S. 104-108). Ein Beispiel für „verhaltensorientierte“ Gesundheitsförderung in der Schule wäre z.B. ein Mundhygieneprojekt. Im Gegensatz dazu steht der „verhältnisorientierte“ Ansatz, dieser wird auch als fundamentale Gesundheitsförderung bezeichnet, er erkennt die Bedeutung von sozioökonomischen Verhältnissen als Determinanten der Gesundheit an. Die Förderung von Gesundheit erfolgt also auf Ebene der Politik und der allgemeinen Lebensbedingungen um physische, ökonomische und soziale Veränderung der Lebensbedingungen herbeizuführen. Dies heißt so viel wie: Eine „gesündere

Alternative“ ist meistens vorhanden, aber durch diesen Ansatz soll sie auch für alle, in Hinblick auf deren Kosten und Verfügbarkeit, zugänglich gemacht werden. Ein Beispiel dafür wäre z.B. wenn man Vollkornbrot günstiger anbieten würde als Weißbrot (Naidoo & Wills 2010, S. 114f). In der Schule wäre ein Beispiel dafür die „gesunde Rückenschule“, in der z.B. Sessel- und Tischhöhen auf die Bedürfnisse der Kinder angepasst werden.

1.1.3. GESUNDHEITSAUFKLÄRUNG UND -ERZIEHUNG

Die Gesundheitsaufklärung und –erziehung richtet sich an Einzelpersonen, oft auch über Massenmedien. Ein Beispiel hierfür wären Kampagnen, die versuchen, Menschen davon zu überzeugen mit dem Rauchen aufzuhören. In der Regel wird dies durch einen „top-down“-Ansatz durchgeführt, d.h. Experten/Expertinnen empfehlen wissensbasiertes Vorgehen, welches Gesundheitspolitiker/-politikerinnen versuchen umzusetzen. Ärzte/Ärztinnen klären ihre Patienten/Patientinnen dann in den Praxen in Einzelgesprächen auf (Naidoo & Wills 2010, S. 108) Hier können die Maßnahmen der Verhaltensänderung durch strukturelle Interventionen in der Wirksamkeit verstärkt werden.

1.1.4. KONZEPTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Gesundheitsförderung hat kein klar abgrenzbares Handlungsfeld. Ihre Strategien können praktisch vielfältig angewandt werden um soziale Güter, wie z.B. soziale Netzwerke oder Lebensqualität, wiederherzustellen (Kickbusch 2003, S. 186). Die Handlungsstrategien/Konzepte lassen sich grob in vier Bereiche gliedern: Salutogenese, Empowerment, Chancengleichheit/ Genderaspekte und Settingansatz. Diese vier werden im Folgenden näher erläutert.

Salutogenese

Die Ziele der Gesundheitsförderung leiten sich aus dem positiven Konzept – der Salutogenese – ab (Naidoo & Wills 2010, S. 90-99). Das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky besagt, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl besser mit Spannungen umgehen können und sich somit ihr

gesundheitlicher Status verstärkt bzw. verbessern kann (Antonovsky 1997, S. 141ff). Gesundheit ist für Antonovsky kein starres, sondern ein aktives dynamisches Geschehen. Der Gesundheits- und Krankheitszustand eines Menschen wird von der Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und seinem Leben beeinflusst. Diese Grundhaltung, oder wie von Antonovsky beschrieben dieses Kohärenzgefühl, setzt sich aus drei Teilen zusammen: dem Gefühl von Verstehbarkeit, dem Gefühl von Handhabbarkeit und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit (Antonovsky 1997, S. 36). In Antonovkys Modell findet man zehn Widerstandsressourcen (von materiellen Ressourcen bis hin zur Ich-Identität und präventiven Gesundheitsorientierungen), die über spezifische Lebenserfahrungen in Wechselwirkung zum Kohärenzsinn stehen. Sein Modell enthält aber nicht nur salutogene Faktoren, sondern auch physikalisch-biochemische und psychosoziale Stressoren, die Einfluss auf den Spannungszustand haben. Die Entscheidung über erfolglose oder erfolgreiche Spannungsbewältigung ist abhängig vom Ausmaß vorhandener Widerstandsressourcen. Nach Trojan (2002, S. 200-202) ist das Modell von Antonovsky ein bifokales Modell von Gesundheit und Krankheit, das durch die Erweiterung des traditionellen Pathogenese-Modells entstanden ist. Das Ziel der Gesundheitsförderung wie auch der Krankheitsverhütung ist die Gesundheit (Trojan 2002, S. 200-202).

Empowerment

Der Ansatz der Ottawa-Charta, in dem die Gesundheitsförderung als Prozess definiert wird, in dem es Individuen und Gruppen ermöglicht werden soll, sie zu stärken, um ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und in der Lage zu sein, ihre Lebensumstände zu verändern, bezieht sich auf das Empowerment. Denn Ziel war es, eine Chancengleichheit zu erlangen und gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen (Hurrelmann et al 2010, S. 49). Dieser Ansatz stützt auf den „bottom-up“-Ansatz, der nicht mehr durch einen Experten/Expertinnen von oben herab, sondern durch eine/n „Vermittler/Vermittlerin“, der/die auf der gleichen Ebene mit den Betroffenen, dafür sorgt, dass eine gesundheitsförderliche Lebensweise initiiert wird und sich aus diesem Prozess wieder heraus nimmt. Empowerment kann als Zielgruppe einzelne Frauen, Männer und Kinder im Fokus haben, aber auch soziale Gruppen. Das Befähigen Einzelner soll diesen ein

höheres Maß an Selbstbestimmung über deren Gesundheit und Leben ermöglichen. Dazu ist es notwendig, dass die betroffenen Menschen

- ihre Defizite und Ressourcen erkennen und verstehen können,
- sich bewusst werden, dass eine Veränderung der Lebenssituation sinnvoll und wünschenswert wäre,
- ein Verständnis dafür haben, dass zusätzliche Informationen, Kompetenzen und Unterstützung den Prozess der Gesundheitsförderung beschleunigen.

Methoden des Empowerment werden von jenen im Gesundheitswesen Tätigen genutzt, wie z.B. das Empowerment älterer Menschen durch das Wachrufen ihrer Erinnerungen in der Biografiearbeit, die sie im Alltag stärkt, weil sie an ihre Ressourcen und Möglichkeiten anknüpfen können.

Bei der Befähigung von sozialen Gruppen, werden z.B. ihre gesundheitlichen Probleme angesprochen und gemeinsam mit Experten/Expertinnen Lösungen entwickelt. Gearbeitet wird dabei auch an möglichen Veränderungen struktureller Rahmenbedingungen. Dieses Vorgehen kann sehr zeitaufwändig sein und es ist oft sehr schwer, finanzielle Unterstützung für diese Art der Arbeit zu erhalten. Auch darf die Ausbildung von Personen, die diese Gruppenprozesse begleiten, nicht außer Acht gelassen werden. Benötigt werden Personen, die gut geschult sind in den Bereichen Kommunikation, Planung und Organisation. Wichtig ist es dabei, Ziele konkret zu Beginn der Arbeit zu definieren (Naidoo & Wills 2010, S. 109).

Chancengleichheit/Genderaspekte

Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung. Doch auf einen wichtigen Einflussfaktor wurde bis dato in dieser Arbeit noch nicht eingegangen, und zwar auf Genderaspekte. Diese spiegeln sich in der Lebenserwartung wider. Die Lebenserwartung eines weiblichen Neugeborenen ist um sechs Jahre höher als jenes eines männlichen. Die geringere Lebenserwartung des männlichen Säuglings lässt sich einerseits auf typische Sterblichkeitsmuster zurückführen, wie z.B. dass doppelt so viele Männer wie Frauen vor dem 65. Lebensjahr versterben, und zwar durch Todesursachen, die durch Verhalten beeinflussbar sind (z.B. Unfälle, Herzinfarkte, Lungenkrebs), und

andererseits auf eine höhere biologisch bedingte Säuglingssterblichkeit der männlichen Säuglinge. Das Prinzip des „Gender Mainstream“ in die Gesundheitsförderungsprojekte stärker zu verankern, könnte bedeuten über die unterschiedliche Ressourcenstärkung spezifisch der weiblichen und männlichen Zielgruppen eine Verhaltensänderung zu bewirken. Auch strukturelle Maßnahmen können und sollten dabei im Sinne des Gender Mainstreaming Beachtung finden. Die Inanspruchnahme von und Partizipation an gesundheitsfördernden Interventionen zeigt, dass Männer „geschlechtsneutrale“ Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote kaum in Anspruch nehmen. In der Luxemburger Erklärung versucht man für die betriebliche Gesundheitsförderung über die:

- Ganzheitlichkeit
- Partizipation
- Integration
- Projektmanagement (Altgeld & Kolip 2006, S. 15-20) möglichst alle Zielgruppen wie Frauen und Männer in gleicher Weise zu erreichen und sie zur Partizipation zu bewegen.

Auch Zumstein & Süß (2006) gehen auf den Genderaspekt in Schulen ein. Sie betonen, dass Schule nicht geschlechtsneutral ist, da Lehrer/Lehrerinnen und Schüler/Schülerinnen immer ein soziales Geschlecht haben. Vor allem auch in der Schule werden Geschlechterrollen eingeübt, denn die Rollenidentität wird vom sozialen Umfeld, der Schule, den Lehrpersonen beeinflusst. Zumstein & Süß (2006, S. 209-217) zeigen anhand von Daten, wie wichtig gerade im Setting Schule die soziale Chancengleichheit ist:

- 7 % der Jungen und 25 % der Mädchen haben ein deutlich gestörtes Essverhalten.
- Jungen werden öfters für schlechtes Verhalten ermahnt, Mädchen öfters für schlechte Leistungen.
- Außerschulische Erfahrungen werden von Mädchen weniger berücksichtigt als von Jungen.
- Lehrpersonen gehen auf innovative Vorschläge von Burschen eher ein als auf jene von Mädchen.
- Mädchen haben zwar bessere Schulleistungen, die sich jedoch nicht im späteren beruflichen Erfolg niederschlagen.

Folgende Faktoren sollten in den Schulen Beachtung finden, wenn gendergerechte Gesundheitsförderung zum Thema gemacht wird:

- Chancengleichheit wird nicht durch Gleichbehandlung allein erreicht.
- „Doing gender“ erfolgt laufend in allen Interaktionen.
- Das Geschlechterverhältnis in den unterschiedlichen Berufsgruppen hat Auswirkungen.
- Regelmäßige Überprüfung und kritische Reflexion, inwieweit die Geschlechterrollen Beachtung in der Umsetzung des Projektes haben, inwieweit Zielgruppenspezifität Berücksichtigung findet.
- Die Auswertung des Projektes und von Interventionen sollte unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf beide Geschlechter und die soziale Herkunft erfolgen (Zumstein & Süss 2006, S. 209-217).

Settingansatz

Mitte der 1980er Jahre wurde von der WHO eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung entwickelt – der Settingansatz. Dieser bedeutet, dass die Gesundheit im Alltagskontext hergestellt wird, also z.B. am Arbeitsplatz, in der Schule, in der Gemeinde. Seit 1985 findet z.B. das „WHO-Gesunde-Städte-Projekt“ als mögliche Umsetzung des Ansatzes weltweiten Anklang (Kickbusch 2003, S. 187).

Man unterscheidet grob zwischen regionalen Settings (z.B. Städte oder Gemeinde) und einzelnen Organisationen/Institutionen. In diesen Settings werden jeweils gemeinsame Ziele formuliert wie z.B.:

- ganzheitlich konzipierte Interventionen
- neue Infrastrukturen für die Mobilisierung von Innovationen und Aktionen
- langfristige Änderungsprozesse
- Anregung zur Selbstentwicklung und Problemwahrnehmung
- Das Motiv der Gesundheit ist verknüpft mit anderen höherrangigen Zielen, wie z.B. Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung (Schulentwicklung), Kostensenkung (Trojan 2002, S. 203)

Der Settingansatz findet in der Gesundheitsförderung seit vielen Jahren Anwendung. Man unterscheidet den „alten“ Ansatz „Gesundheitsförderung im Setting“ (dieses war der praktische Weg, um relativ viele Zielpersonen in einem bestimmten Alter zu erreichen, um ihnen die üblichen Informationen zur Veränderung ihres Verhaltens näher zu bringen) und den in den 1980er Jahren entstandenen Settingansatz „gesundheitsförderndes Setting“. Dieser versucht im Gegensatz zum „alten“ das gesamte System eines Settings zu verändern, damit es zu einem „gesundheitsfördernden Setting“ wird. Dieser Ansatz ist auf Langfristigkeit angelegt. Es werden - unterstützt durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik - gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen. Hierbei wird das Qualitäts- und Evaluationsmanagement integriert (Naidoo & Wills 2010, S. 310).

Die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Settingansatz ist ein langfristiger und komplexer Prozess, der sich auf die folgenden Grundorientierungen stützt:

- ein ökologisches Modell der Gesundheitsförderung und eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit, d.h. sie wird in dieser Sichtweise beeinflusst durch organisatorische, sozioökonomische, persönliche und Umweltfaktoren
- das Ziel ist Wohlbefinden und Gesundheit zu generieren
- die Fokussierung auf das Setting und seine Mitglieder sowie Institutionen und nicht auf einzelne Risikogruppen oder Individuen unter Risiko
- ein systemorientierter Ansatz, d.h. das Setting wird als dynamisches System verstanden, in dem komplexe Interaktionen der Lebensbedingungen außerhalb und innerhalb des Settings betrachtet werden
- Setting als Organisationsstruktur und Vernetzung, die für die Gesundheitsförderung verantwortlich ist (Trojan 2002, S. 203; Naidoo & Wills 2010, S. 310-313).

1.1.5. MODELLE DER UMSETZUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Naidoo & Wills (2010) beschreiben in ihrem Standardwerk die Modelle der Gesundheitsförderung. Diese sind keine klaren Handlungsanweisungen von Naidoo und Wills (2010) an die Akteure/Akteurinnen, sondern ein Rahmenwerk für die Umsetzung. Die Modelle können eine Orientierung für konkreten Planungen bieten, für:

- die Zieldefinition der einzelnen Maßnahmen
- die Einschätzung von Konsequenzen der Umsetzungsstrategie
- die Festlegung der Erfolgskriterien
- die eigene Rollenklarheit als Gesundheitsförderer/-förderinnen (Naidoo & Wills 2010, S. 104).

Modelle können laut Naidoo & Wills (2010, S. 117) aber auch helfen,

- die Arbeitsfelder der Gesundheitsförderung klarer zu erfassen,
- die Praxis zu hinterfragen und zu analysieren,
- Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen und zu planen.

Modelle zu diskutieren kann hilfreich sein, weil sie das Denken anregen und ermöglichen, eigene Modelle und Strategien der Gesundheitsförderung zu entwickeln.

In ihrem Buch wählten Naidoo und Wills (2010) aufgrund ihrer Erfahrung und dem Wissensstand folgende Modelle exemplarisch aus (Naidoo und Wills 2010, S. 117):

Caplan & Holland (1990)

- Beattie (1991)
- Tannahill (Downie u.a. 1996)
- Tones (Tones & Tilford 1994).

Caplan & Holland (1990)

In diesem Modell betrachtet man die Gesundheitsförderung aus vier Sichtweisen bzw. Paradigmen, die sich aus zwei Dimensionen ableiten. Die erste Dimension

bezeichnet die Art des Wissens: subjektiv bis objektiv. Die zweite Dimension bezeichnet die Form und Art der Gesellschaft: Theorien der grundlegenden politischen Veränderungen bis zu den Theorien sozialer Regulierungen. Daraus leiten sich für die Autoren folgende vier Paradigmen ab:

- fundamental-humanistisch

Diese Sichtweise stützt sich auf den Empowerment-Ansatz. Demnach werden Menschen dazu befähigt, ihre Gesundheitsprobleme zu erkennen und die notwendigen Fähigkeiten zu erlangen, um auf ihre Probleme angemessen reagieren zu können. Weiters werden sie ermutigt, ökonomische, organisatorische und soziale Netzwerke und Allianzen zu bilden.

- fundamental-gesellschaftsbezogen

Diese Sichtweise bezieht sich auf die gesellschaftlichen Strukturen sozialer Ungleichheit. Demnach ist es die Aufgabe der Gesundheitsförderung, die Gesundheitsprobleme durch die Zuwendung zur sozialen Ungleichheit in Zusammenhang mit Gesundheit zu lösen.

- humanistisch

Diese Sichtweise findet ihren Ausgangspunkt in der Gesundheitserziehung und -bildung. Die Individuen erlangen einen gesunden Lebensstil durch die Befähigung ihrer persönlichen Fertigkeiten und Potenziale.

- traditionell

Diese Sichtweise bezieht sich auf den medizinischen und präventiven Ansatz. Die Verhaltensänderung wird durch die Weitergabe von Wissen von diversen Experten/Expertinnen erzielt.

Die Praxis der Gesundheitsförderung wird durch dieses Modell als Ergebnis grundlegender gesellschaftlicher Werte und Konflikte dargestellt, darin liegt ihr Nutzen (Naidoo & Wills 2010, S. 118-119). Versucht man dieses Modell im Zusammenhang mit der schulischen Gesundheitsförderung zu sehen, so könnte das fundamentalistisch-humanistische Paradigma in einem Bewegungsprojekt umgesetzt werden, in dem Kinder Sportarten kennen und lieben lernen und somit befähigt werden zu entscheiden, welche Sportart ihrem Körper gut tut.. Das fundamentalistisch-gesellschaftliche Projekt beschäftigt sich mit der sozialen Ungleichheit. Hier könnte in einem Projekt ermöglicht werden, dass alle Schüler/Schülerinnen die Möglichkeit haben, kostenlos bei Schulvereinen, die

sportliche Betätigung organisieren, Mitglied zu werden. So wird z.B. die Teilnahme an der bevorzugten Sportart der Kinder nicht durch soziale Ungleichheit begrenzt. Das humanistische Paradigma könnte sich z.B. im Lehrplan wiederfinden, indem Gesundheitserziehung und –bildung für die Schüler/Schülerinnen angeboten wird.. Das traditionelle Paradigma bezieht sich auf den Ansatz der Verhaltensänderung durch Aufklärung. Dies kann durch eine/n Schularzt/-ärztin gewährleistet werden, der/die in regelmäßigen Abständen Gesundheitschecks durchführt.

Beattie (1991)

Auch dieses Modell bietet vier Paradigmen der Gesundheitsförderung, diese entstehen aus einer strukturellen Analyse von Gesundheitsförderungsansätzen. Zum einen ergeben sie sich aus der Art der Intervention: autoritativ („top-down“) oder als Ergebnis von Verhandlungen. Zum anderen bezieht sich das Modell auf den/die Empfänger/Empfängerin der Intervention: Individuen, Bevölkerungsgruppen oder die Gesamtgesellschaft. Daraus leitet Beattie folgende Strategien für die Gesundheitsförderung ab: Gesetzgebung, Verhandlungen im Gemeinwesen, Information und Aufklärung in Einzelberatungen und von Kommunen.

Drei Aspekte sind für Beattie hierfür von Bedeutung:

- Aktivitäten und Ziele der Gesundheitsförderung zu benennen
- Eine tragfähige Beziehung zwischen den in der Gesundheitsförderung Tätigen und den Klienten/Klientinnen oder partizipativ eingebundenen Zielgruppen
- die politisch-strategischen Grundhaltungen der umsetzenden Personengruppen

Das Besondere am Modell von Beattie ist, dass es einen klaren Entscheidungsrahmen für die Auswahl einer Interventionsstrategie bietet und klarstellt, dass dies auch immer eine gesellschaftspolitische Entscheidung zugleich ist (Naidoo & Wills 2010, S. 119-121). Für den Schulbereich bedeutet dies, dass neben der Informationsvermittlung und Entwicklung von

Umsetzungsstrategien, den Interventionen, ein politischer Konsens für Maßnahmen gefunden werden muss. . Nur so ist die Finanzierung und Nachhaltigkeit der gesundheitsfördernden Projekte zu sichern.

Tannahill, Downie u.a. (1996)

In diesem Modell gibt es drei sich überlappende Interventionsbereiche:

- Gesundheitsaufklärung und –erziehung

In diesem Bereich trägt die Kommunikation als zentrales Medium zur Förderung des Wohlbefindens und zur Vermeidung von Erkrankungen durch das Wissen und die Einstellung der Menschen bei.

- Prävention

In diesem Bereich werden vor allem durch medizinische Interventionen Krankheits- und Erkrankungsrisiken reduziert oder vermieden.

- Gesundheitsschutz

In diesem Bereich sind die gesetzgebenden, steuerpolitischen und sozialpolitischen Maßnahmen vorrangig von Bedeutung zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung.

Im Modell von Tannahills et al (1996) wird klar, dass alle diese Interventionsbereiche unter Gesundheitsförderung subsumiert werden können. Folgende Interventionen sind vorstellbar:

- Präventionsdienste, wie z.B. Impfungen
- präventive Gesundheitsaufklärung und -erziehung, wie z.B. Beratung zur Raucher-/Raucherinnenentwöhnung
- Gesundheitsschutz zur Vermeidung von Krankheiten, wie z.B. Jodierung des Speisesalzes
- Gesundheitsaufklärung und -erziehung zum vorbeugenden Gesundheitsschutz, wie z.B. Lobbyarbeit zur Helmpflicht beim Skifahren
- Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Stärkung der Gesundheit, wie Entwicklung von Bewältigungsstrategien in Konflikten und kritischen Lebensereignissen
- Gesundheitsaufklärung und -erziehung zum Schutz der Gesundheit in spezifischen Bereichen, wie z.B. „Rauchfreies Krankenhaus“

- Gesundheitsaufklärung und -erziehung zum Schutz der allgemeinen Gesundheit, wie z.B. Lobbyarbeit für ein Tabakwerbeverbot (Naidoo & Wills 2010, S. 121-122).

Im Modell von Tannahills, Downie u.a. (1996) wird ersichtlich, wie wichtig das Zusammenspiel von diesen drei Interventionsbereichen ist. Wenn man sich über ein Projekt Gedanken macht, ist es also wichtig, die Gesundheitsaufklärung und -erziehung, die in den Schulen in den Lehrplänen abgebildet ist, mit präventiven und gesundheitsförderlichen Elementen zu kombinieren.

Tones, Tilford (1994)

Dieses Modell beschäftigt sich mit dem Empowerment von Personen als gesundheitsfördernde Maßnahme. Für Tones & Tilford (1994) sind zwei Faktoren von wesentlicher Bedeutung für das Empowerment von Laien und von in Gesundheitsberufen Tätigen: die Gesundheitserziehung und -aufklärung einerseits und die Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins andererseits. Dadurch werden Menschen dazu befähigt, gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können. In den Gesundheitsberufen Tätige sollen dadurch auch das Wissen und die Kompetenzen erwerben können, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik einzufordern. Denn sie können mit diesen Kompetenzen dann in Entscheidungsprozessen mitwirken, können vorhandene Ressourcen besser nutzen und mehr dazu beisteuern, dass politische Entscheidungen getroffen werden, die eine „gesunde“ Wahl für Ziel- und Bevölkerungsgruppen ermöglichen. Gleichzeitig wird über diese Veränderungen der sozialen und physischen Umwelt erreicht, dass dies die Entwicklung des Empowerment jedes/jeder Einzelnen fördert (Naidoo & Wills 2010, S. 120-121).

1.2. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING SCHULE

Die Schule ist nicht nur eine Institution, die von der Gesellschaft eigenes dafür entwickelt wurde, um Schüler/Schülerinnen unter Anleitung von speziell dafür ausgebildeten Experten/Expertinnen auf die berufliche Arbeit oder Weiterqualifikation vorbereitet, sondern es werden immer mehr Aufgaben in die psycho-soziale Führung von jungen Erwachsenen gelegt (Schnabel 2010, S. 317). Heutzutage wird die Gesundheitsförderung in Schulen sehr eng mit den sozialen und persönlichen Entwicklungen der Kinder und Jugendlichen vernetzt. Sie sollen befähigt werden, selbst ihr Leben zu bestimmen. Das Hauptaugenmerk liegt diesbezüglich also in Strategien, die die Schüler/Schülerinnen zum Nachdenken anregen und das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl steigern (Naidoo & Wills 2010, S. 316-318). Die Schule wird in ihrer gesamten Reichweite gesehen – quasi alle Aspekte des Schulalltags sind betroffen. Das bedeutet, dass zu einer gesundheitsfördernden Schule alle pädagogischen, ethischen, organisatorischen, politischen und kulturellen Aktivitäten der Schule gehören. Außerdem ist es auch die Aufgabe der Schule, die Schüler/Schülerinnen und Eltern bei Bedarf mit den entsprechenden Sozial- und Gesundheitsdiensten in Verbindung zu bringen. Das Setting „Schule“ ist in der Gesundheitsförderung ein zentrales, weil es alle Heranwachsenden aus allen Schichten über viele Jahre hinweg erreicht. Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit können somit im frühen Kindesalter erworben werden. Gewohnheiten und Lebensweisen, die man in der Kindheit vermittelt bekommt, behalten viele bis ins Erwachsenenleben unverändert bei. Auch das Risikoverhalten wird daher stark in der Kindheit geprägt (wie z.B. Bewegungsmangel, Alkoholkonsum, Rauchen, Konsum illegaler Drogen) (Naidoo & Wills 2010, S. 315-317). Weiters hängt die Gesundheit auch mit vielen anderen Entwicklungsfaktoren wie Schulleistungen, Selbstwahrnehmung oder Selbstwertgefühl der jeweiligen Schüler/Schülerinnen zusammen. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe, Kinder und Jugendliche dazu zu befähigen, sich eine gesunde Lebensweise anzueignen (Naidoo & Wills 2010, S. 315-317).

Eine Besonderheit in diesem Setting stellt das Zusammenspiel der vielen Beteiligten dar. Nicht nur Lehrer/Lehrerinnen und Schüler/Schülerinnen spielen

eine große Rolle, sondern auch Schulverwaltung, Eltern und Schulärzte/Schulärztinnen.

Im Folgenden wird nun auf die Besonderheiten eingegangen:

Lehrer/Lehrerinnen: Die Anforderungen gegenüber dem Lehrpersonal werden immer höher, nicht nur die vom Lehrplan vorgeschriebenen Inhalte müssen innerhalb einer bestimmten Zeit vermittelt werden, sondern auch der gesellschaftliche Druck bezüglich sozialer und emotionaler Anforderungen wächst zunehmend (Wolfmeir 2009, S. 10).

Schüler/Schülerinnen: Man sollte sich immer vor Augen führen, dass Kinder und Jugendliche vielen Umwelteinflüssen ausgeliefert sind – durch den steigenden Wohlstand haben sich zwar neue Entfaltungschancen für einen Großteil der Kinder aufgetan, jedoch gibt es auch viele Einschränkungen, mit denen die Kinder leben müssen wie z.B. ungesunde Wohnverhältnisse, fehlende Geborgenheit, Gewalt, ungesunde Ernährung, sexualisierte Gewalt, Perspektivenlosigkeit, Armut, Wohnungslosigkeit und vor allem Wohlstandsrisiken wie Einengung der Spiel- und Lebensräume, mangelnde körperliche Bewegung, mediales Überangebot und frühzeitiger Stress (Trojan, 2002, S. 209-210).

Schulverwaltung: Die oberste Aufsichtsbehörde für das gesamte primäre Bildungswesen ist das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Die Zuständigkeiten in der Gesetzgebung und Vollziehung sind jedoch je nach Schulart zwischen Bund und Ländern geteilt. Für allgemein bildende Pflichtschulen (wie z.B. Volksschulen) sind die Schulbehörden erster Instanz die Bezirksschulräte. Die Bereitstellung der Lehrer/Lehrerinnen ist hingegen bei öffentlichen Pflichtschulen immer Aufgabe der Bundesländer, die also die Dienstgeber der dort unterrichtenden Lehrer/Lehrerinnen sind (Wolfmeir 2009, S. 30-33).

Eltern: Die Eltern spielen nicht nur aufgrund Ihrer Erziehungsberechtigung für die Kinder eine besondere Rolle, sondern auch gesetzlich betrachtet stehen ihnen Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten zu, diese findet man im

Schulunterrichtsgesetz § 62a Abs 2. Eltern können auch in den Unterricht, in Ausflüge oder Projekte miteingebunden werden und somit freiwillig als Gruppenbetreuer/Gruppenbetreuerin fungieren und somit die Lehrkräfte entlasten, auch dies findet sich im Schulunterrichtsgesetz § 44a wieder (Wolfmeir 2009, S. 44-52).

Schulärzte/Schulärztinnen: Laut Schulunterrichtsgesetz (1986) ist es die Aufgabe der Schulärzte/Schulärztinnen, Lehrer/Lehrerinnen in gesundheitlichen Fragen der Schüler/Schülerinnen zu beraten, sogar auch in Lehrer-/Lehrerinnenkonferenzen sollten diese Anwesend sein, wenn Sie den Gesundheitszustand eines/einer Schülers/Schülerinnen betreffen (Wolfmeir 2009, S. 44-52).

All diese Interessensgruppen gilt es nun in ein Projekt miteinzugliedern, d.h. bevor man ein Projekt startet, muss die Schulleitung von den geplanten organisatorischen und inhaltlichen Belangen eines Projektes informiert und ihre Zustimmung eingeholt werden. Dies erfolgte beim Projekt „Schule aktiv“ in schriftlicher Form per E-Mail. Weiters ist anzumerken, dass neben der Schulleitung auch die Eltern/Erziehungsberechtigten informiert werden müssen und ihr Einvernehmen hergestellt werden sollte. Dies ist auch wichtig, wenn Fotos für Werbezwecke genutzt werden sollen (Homepage, Zeitschriften, etc). Gesundheitsförderungsprojekte können unterschiedlich in den Schulalltag eingegliedert werden, z.B. durch Unterrichtsprojekte, Projektwochen oder Exkursionen. Arbeit in so einem Projekt kann auch bedeuten, dass Stundenplanumstellungen oder die Aufhebung eines Stundenplans für eine bestimmte Dauer notwendig ist, dies muss jedoch rechtzeitig mit Schulleitung, Administrator/Administratorin und Kollegen/Kolleginnen abgeklärt werden (Wolfmeir 2004, S. 50-55).

1.3. SPEZIFISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM PROJEKT „SCHULE AKTIV“

1.3.1. „BEWEGTE SCHULE“

Da sich das Projekt „Schule aktiv“ hauptsächlich auf das Konzept der „Bewegten Schule“ stützt, wird dieses nun näher erläutert. Der Schweizer Urs Illi gilt als Entwickler dieses Konzeptes. Er plädierte 1980 dafür, mehr Bewegung in die „sitzende“ Schule zu bringen.

Die Ausgangslage für das Konzept der „Bewegten Schule“ ist, dass es Kindern v.a. in der Volksschule besonders schwer fällt, sich für mehrere Minuten lang wie ein Erwachsener zu konzentrieren. Dennoch ist der Idealtyp von Schülern/ Schülerinnen jener des Sitzenden und Zuhörenden. Fakt ist, dass sich viele Lehrer/Lehrerinnen über die Konzentrationsschwierigkeiten bzw motorischen Aktivitäten im Unterricht beklagen. Still sitzende Kinder sind jedoch nicht gleich konzentrierte Kinder. Bei „Sesselschaukeln“ oder „kribbeligen Kindern“ fühlen sich Lehrer/Lehrerinnen meist unwohl (Breithecker 1997, S. 816ff).

Die Begründungsmuster für die „Bewegte Schule“ sind vielseitig, nach Thiel et al (2002) gibt es drei klar unterscheidbare Dimensionen bei der Begründung:

- entwicklungs- und lerntheoretische Dimension
- medizinisch-gesundheitswissenschaftliche Dimension
- schulprogrammatische Dimension (Thiel et al 2002, S. 329-334)

Entwicklungs- und lerntheoretisches Begründungsmuster

Das entwicklungs- und lerntheoretische Begründungsmuster bietet in der Literatur die meisten Argumente für die Relevanz der Bewegung in der kindlichen Entwicklung und das Lernen im Kindesalter, wie z.B. dass Bewegung das Lernen mit allen Sinnen unterstützt und langfristig gespeichert werden kann, wenn sie mehr Kanäle für die Wahrnehmung nützt. Auch das Selbstkonzept wird positiv durch Bewegung beeinflusst und dies baut Spannung und Aggression der Kinder ab. In diesem Ansatz hat vor allem die ganzheitliche Betrachtungsweise eine

enorme Bedeutung. Das heißt, dass Kinder Bewegung als grundlegendes Werkzeug zur Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Welt verwenden, um lebensnotwendige Erfahrungen sammeln zu können (Thiel et al 2002, S. 329-334).

Medizinisch-gesundheitswissenschaftliche Begründungsmuster

Dies ist für die Gesundheitsförderung eines der wichtigsten Begründungsmuster, da dieses mit Daten und Fakten im Gesundheitswesen belegt werden kann. Diese Perspektive besagt, dass vor allem auf die Notwendigkeit einer Kompensation bei „Zivilisationskrankheiten“ bei Kindern hingewiesen werden muss, wie z.B. die Tatsache, dass ein Großteil der österreichischen Kinder Haltungsschäden und Rückenbeschwerden hat. Ein Mangel an Bewegung führt zu Koordinationschwächen und dies in weiterer Folge zu unsicherem Verhalten und damit verbundenen Unfällen. Durch „Bewegte Schule“ bekommen Kinder eine sicherheitsbezogene Sozialkompetenz, Selbstkompetenz und Sachkompetenz. Weiters soll die integrierte Bewegung im Schulalltag die Kinder dazu befähigen, gesunde Lebensgewohnheiten in ihren Alltag zu adaptieren, wie z.B. Bewegungsverhalten in der Freizeit (Thiel et al. 2002, S. 329-334). Aufgrund dieser Fakten entstehen Gesundheitsförderungsprojekte wie z.B. „Gesunde Schule“, „Down & Up“, usw.

Schulprogrammatische Begründungsmuster

Hier stehen die Forderungen an die Schule als Bildungsinstitution im Vordergrund. Bewegung – v.a. in der Volksschule – soll so aufbereitet werden, dass der Lebensraum Schule und die Lerngegenstände kindgerecht aufzuarbeiten sind und ganzheitliche Lernerfahrungen ermöglicht werden. Durch die Öffnung von Schulen im Rahmen von Bewegungsveranstaltungen hin zum Stadtteil wird außerschulisches und schulisches Leben miteinander verknüpft. Schule als Kulturphänomen inkludiert, dass die Schule als Institution Teil des kulturellen Lebens der Schüler/Schülerinnen sein (Thiel et al. 2002, S. 329-344).

Durchgeführt wird die „Bewegte Schule“ in Form von bewegtem Lernen, ergonomischem Sitzen, Pausenbewegung und bewegten Hausaufgaben. Nicht alle Elemente sind in jeder „Bewegten Schule“ zu finden, jedoch mindestens das bewegte Lernen. Dieses ist gekennzeichnet durch Lernen mit Bewegung (dies bedeutet so viel wie, dass die Informationsverarbeitung durch die Bewegung verbessert wird, wie z.B. Laufdiktat) und das Lernen durch Bewegung (die Informationsaufnahme wird durch zusätzliche Sinneskanäle erhöht, wie z.B. Balancieren über Buchstaben). Lernen und Bewegung in der Schule in Bezug auf „Verhältnisse“ der Kinder anzupassen, bedeutet so viel wie auf die sitzergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes in der Schule zu achten. Die Kinder haben v.a. in der Volksschule noch unterschiedliche Größen, dies muss auch auf Tisch- und Stuhlhöhe jedes einzelnen Kindes angepasst werden. Doch der „Arbeitsplatz“ der Kinder sollte nicht nur der Körpergröße der Kinder angepasst werden, sondern auch ihrer diversen Bedürfnisse anpassbar gemacht werden (Breithecker 1997, S. 816-823). Eine Projektvolksschule von „Schule aktiv“ wird z.B. in diesem Belange von einer Physiotherapeutin betreut. Unter Pausenbewegung versteht man, dass die Bewegung der Kinder auch in den Pausen gefördert wird, wie z.B. durch das Bereitstellen von Bällen oder das Erlauben von „herumtollen“. Eine Bewegungshausaufgabe kann eine Übung sein, die mit den Eltern geübt/durchgeführt wird, z.B. Achter in der Luft zeichnen, oder auch den Umfang des Hauses berechnen, indem man das Haus mit gezählten Schritten „ausmisst“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Vielfalt der kindlichen Körper-/ Arbeitshaltungen und folglich auch die Bewegung der Kinder eine wichtige Rolle in der Volksschule spielen sollen, d.h. traditionelle Einheitsmöblierung der Klassenzimmer müssen der Vergangenheit angehören. Die Schule der Zukunft muss also die Wahrnehmung unterschiedlicher Sitz- und Arbeitshaltungen, sowie auch „bewegter“ Lernformen gerecht werden. Regelmäßige Änderungen der Arbeitshaltung der Kinder sind v.a. für die Vorbeugung von Rückenschmerzen und die Wahrnehmung des eigenen Körpers von großer Bedeutung. „Bewegte Schule“ fördert die Lebensqualität, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Beteiligten. Somit bekommen die Kinder, wie auch die Lehrer/Lehrerinnen ein harmonisches Umfeld und ermöglichen effizientes und konstruktives Lernen.

Weiters ist dies für die Entwicklung der Kinder in Bezug auf Selbstbewusstsein und -verantwortung von großer Wichtigkeit (Breithecker 1997, S. 816ff).

Obwohl eine umfassende, systematische Untersuchung der Auswirkungen einer „Bewegten Schule“ bisher noch aussteht, weist die empirische Arbeit von Breithecker (1998) auf positive Effekte hin:

- Motorisch kommt es zu einem Anstieg der Muskelkraft sowie zu einer Verbesserung der Bewegungskoordination.
- Kognitiv sind Verbesserungen in der Konzentration und folglich der Leistungsfähigkeit nachzuweisen.
- Eine Zunahme der sozialen Kompetenz ist deutlich zu erkennen, d.h. eine gesteigerte Kontaktfähigkeit, gegenseitige Akzeptanz, ...
- Eine Steigerung der Selbstständigkeit kann verzeichnet werden.
- Das Wohlbefinden der Kinder wird positiv beeinflusst.
- Schulzufriedenheit und die Lernfreude der Schüler/Schülerinnen wird zudem auch gesteigert.

Vorteile der „Bewegten Schule“

Lernen und Bewegung hängen also stark miteinander zusammen. Es wird im Folgenden nun erläutert, warum Bewegung von so enormer Bedeutung für die Entwicklung der Kinder ist: Zimmer (2004) bezeichnet die Bewegung als Motor des Lernens, denn sie hat einen Einfluss auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Lernprozessen. Das Gehirn ist somit der Ausgangspunkt all unseres Handelns und Denkens. Für die Weiterentwicklung des Gehirns müssen wir es jedoch so oft wie möglich benützen. Weiters steht es unmittelbar in Verbindung mit dem Körper und den Sinnesempfindungen. Neurowissenschaftler beschreiben die Entwicklungsprozesse im Gehirn, wobei die Verarbeitung der von den Sinnessystemen aufgenommenen Reize im Mittelpunkt steht. Die Entwicklung der Denkstrukturen und Wahrnehmungsleistungen ist an die Motorik gebunden. Damit sich diese entwickeln kann, brauchen wir also ausreichende Bewegungs- und Sinneserfahrungen (Zimmer 2004, S. 28ff). Ein weiterer Vorteil von Bewegung ist die bessere Konzentration und Aufmerksamkeit, denn diese können paradoxerweise durch Bewegung gesteigert werden. Im Zusammenhang mit der

„Bewegten Schule“ berichtet Zimmer (2004, S. 25ff) von einer Aggressionsabnahme der Kinder am Schulhof, weiters auch von einer Konzentrations- und Lernsteigerung in der Klasse. Doch wie ist dies wissenschaftlich erklärbar? Durch Bewegung wird die Durchblutung im Gehirn gesteigert, folglich auch das Gehirn mit mehr Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und dies führt letztlich auch zu einer besseren Konzentration. Kinder fühlen sich durch vermehrte Bewegungsaktivitäten ihrer Schule näher und können sich damit besser identifizieren – das wirkt sich positiv auf die Leistung der Kinder aus. Im bewegten Unterricht können die Kinder Informationen aus diversen Sinneskanälen aufnehmen, dadurch können auch mehr Lerntypen der Kinder angesprochen, folglich höhere Lernziele erreicht werden. Durch gemeinsames Spielen in den verschiedensten Gruppen wird ein Gemeinschaftsgefühl geprägt. Regeln können so spielerisch in den Alltag integriert werden. Dies führt zu einer besseren Integration aller Kinder und Konflikte können somit vorgebeugt werden. Der letzte große Vorteil von Bewegung in der Schule sind Hormone, denn diese werden bei Bewegung ausgeschüttet und sorgen somit für eine positive Stimmung. Auch dies führt zu einer höheren Lernbereitschaft, denn wer Spaß hat, lernt auch lieber (Zimmer 2004, S. 25ff). Das Kindesalter ist jene Zeit, in der die gravierendsten anatomischen, physiologischen und Verhaltensentwicklungen gemacht werden. Für die Gesundheitsdynamik ist die Kindheit von großer Bedeutung für den weiteren Lebenslauf. Belastungen, die hier auftreten, können sich auch noch Jahre später in Erkrankungen niederschlagen. Im Rahmen der Sozialisation werden den Kindern von den Bezugspersonen, in jungen Jahren meist die Eltern, grundlegende Verhaltensmuster angeeignet (z.B. Ernährung, physische Aktivität, Hygiene, ...). Diese in der Kindheit erworbenen Muster prägen sich ein und wirken sich unter Umständen noch Jahrzehnte später auf die Gesundheit der jeweiligen Personen aus (Hurrelmann et al. 2010, S. 59).

Für Kinder und Jugendliche ist es deshalb wichtig, Schutzfunktionen und Widerstandsressourcen zu erhalten, die protektiv gegen die Entwicklung von Erkrankungen wirken und somit Risikofaktoren abmildern oder ihnen gar entgegenwirken können. Grob lassen sich diese Ressourcen nach Hurrelmann et al. (2010, S. 59) in drei Kategorien einteilen:

- personale Ressourcen

Dazu zählen gesundheitlich fördernde Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. ein hohes Selbstbewusstsein; also die Überzeugung von sich selbst, diverse Herausforderungen bewältigen zu können oder verschiedene Bewältigungsstrategien (Hurrelmann et al. 2010, S. 59).

- soziale Ressourcen

Unter diese Kategorie von Ressourcen fallen die mobilisierbaren sozialen Beziehungen zu Freunden und zum weiteren sozialen Umfeld. Ein Netzwerk von sozialen Beziehungen geht einher mit einer hohen sozialen Kompetenz und einer Kompetenz zur vorbeugenden Bewältigung gesundheitlicher Krisensituationen und hat somit eine Abschirmwirkung in belastenden Situationen. Soziale Unterstützung kann in Belastungssituationen psychische und praktische Hilfe zur protektiven Verarbeitung der Anforderungen sein und hat somit eine Pufferwirkung (Hurrelmann et al. 2010, S. 59).

- familiäre Ressourcen

Vor allem im Kindesalter sind familiäre Ressourcen von besonders großer Bedeutung. Ein gut ausgeprägter familiärer Zusammenhalt wie auch ein positives Familienklima sind ein wichtiger Einflussfaktor. Diese drei Schutzfunktionen sind v.a. im Volksschulalter von enormer Bedeutung. Konkret geht es bei der Gesundheitsförderung im Kindesalter darum, Risiken und Probleme frühzeitig zu erkennen, wie z.B. auch durch Screenings im Rahmen der Prävention (Hurrelmann et al. 2010, S. 59).

Zusammengefasst ist die „Bewegte Schule“ ein umfassendes, ganzheitliches, gesundheitsförderliches Konzept, welches auf drei Dimensionen (entwicklungs- und lerntheoretische, medizinisch-gesundheitswissenschaftliche und schulprogrammatische Dimension) begründet ist. Zimmer (2004) konnte einige Vorteile der „Bewegten Schule“ aufzeigen. Nicht nur die Leistungssteigerung oder die bessere Konzentration, sondern auch die Stimmung der Kinder wird durch die Ausschüttung diverser Hormone bei der sportlichen Betätigung gesteigert (Zimmer 2004). Nun folgt die Vorstellung des auf diesem Konzept aufgebauten und umgesetzten Projektes.

1.3.2. PROJEKT „SCHULE AKTIV“

Die Initiative „Schule aktiv“ stützt sich – wie im vorherigen Kapitel ausgeführt - auf das Konzept der „Bewegten Schule“. Die Philosophie hinter „Schule aktiv“ ist also, dass Bewegung für Kinder unumgänglich ist. Die Fokussierung auf die Bewegung wurde vom Fördergeber (Sportreferat des Landes Steiermark) vorgeben. Ziel war es also die Kinder in einer wichtigen Entwicklungszeit aktiver zu machen, denn in der Volksschule verbringen sie viel Zeit und Lebensstile prägen sich hier (Projektbericht SJ 2009/2010).

Das Projekt „Schule aktiv“ gibt es seit 2007 in den steirischen Volksschulen, wobei es vom Land Steiermark finanziert wird. Im Schuljahr 2010/2011 fand es in Form eines „Bewegungsmonats“ statt. Es arbeiteten sechs angestellte Trainer/Trainerinnen (eine davon ist die Autorin selbst) mit 81 Volksschulen zusammen; das sind mehr als 8.000 betreute Volksschüler/Volksschülerinnen, was rund 20 % der Grundgesamtheit darstellen.

Das Zielpublikum waren vorrangig die Schüler/Schülerinnen, jedoch wurden – wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben und vom Settingansatz gefordert - auch die Lehrer/Lehrerinnen und Eltern eingebunden.

1.3.3. DURCHFÜHRUNG DES PROJEKTS „SCHULE AKTIV“

In diesem Kapitel wird die Durchführung des Praxisbeispiels „Schule aktiv“ genauer erläutert. Zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten bieten sich in der Literatur mehrere Möglichkeiten.

Rosenbrock (2004, S. 143) empfiehlt hier die Anwendung des Public Health Action Cycles (PHAC), der kreisförmig verläuft:

- Assessment (Problemeinschätzung)
- Policy Development (Strategie- und Maßnahmenformulierung)
- Assurance (Durchführung)
- Evaluation (Qualitätssicherung/Evaluation)

In der ersten Phase, der Problemeinschätzung, wird das Gesundheitsproblem in medizinischen, sozialen und epidemiologischen Aspekten eingeschätzt. In der zweiten Phase, der Strategie- und Maßnahmenformulierung, werden die Optionen, Maßnahmen und Strategien zur Minderung oder Lösung diskutiert. In der dritten Phase, der Durchführung, werden die aus der zweiten Phase resultierenden Strategien und Maßnahmen in der Praxis umgesetzt. Die letzte Phase, die Evaluation, führt die Messung und Bewertung der umgesetzten Strategien und Maßnahmen durch. Im Idealfall erfolgt aus der Evaluation eine weitere Problemeinschätzung und der Kreislauf beginnt von neuem (Bundesamt für Gesundheit, 2012). Dieser Ansatz wurde auch im Rahmen von „Schule aktiv“ praktiziert, wonach nach jedem Projektjahr aufbauend auf einer externen Evaluation neue Maßnahmenpakete vom Projektmanagement geschnürt und in den Projektschulen umgesetzt wurden.

Auch Naidoo & Wills (2010, S. 403) wählen einen Ablauf mit ähnlichen Phasen, der im Vergleich zu oben genanntem Planungsprozess jedoch nicht als kreisförmig beschrieben wird:

- die Bedarfsermittlung
- die Planung
- die Evaluation

Aufgrund ihrer Relevanz für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung werden diese – ergänzt um die Phase „Umsetzung“, um einen besseren Einblick in das untersuchte Praxisbeispiel zu erhalten – im Folgenden genauer erklärt.

Die Bedarfsermittlung

Die erste Phase beschäftigt sich mit der Erfassung und Bewertung der Gesundheitsbedürfnisse zur Ermittlung des Gesundheitsbedarfs.

Für die Erfassung und Bewertung der Gesundheitsbedürfnisse gibt es zwei zentrale Ziele:

- Priorisierung der gesundheitlichen Verbesserungen

- Entscheidung über die vorrangige Gruppe und die damit erleichternde Zielformulierung für die Maßnahmen

(Naidoo & Wills 2010, S. 405).

Der Prozess der Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung kann aus diversen Positionen (z.B. Bürger/Bürgerin, Lehrer/Lehrerin) und auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. individuell, Gemeinwesen) durchgeführt werden.

Eine Durchführung der Priorisierung der Maßnahmen ist aufgrund der Fülle von sinnvollen Aktivitäten wünschenswert. Diese sollte folgendermaßen erfolgen:

- kollektive Krankheitslast im Setting (z.B. Ernährung, Sport, Suchtverhalten)
- erwartbarer Effekt
- Verhältnis von erwünschten und unerwünschten Wirkungen (gesundheitlich und soziale betrachtet)
- Kosteneffektivität

(Rosenbrock 2004, S. 143-145).

Andere, wie z.B. Grossmann & Scala (2011) beschreiben das Vorgehen bei Gesundheitsförderungsprojekten erst ab der Planung, da meist ein Auftraggeber einem/r Gesundheitsförderer/Gesundheitsförderin einen Projektauftrag erteilt, z.B. die Durchführung einer schulischen Gesundheitsförderung. Auch im Projekt „Schule aktiv“ startete die Durchführung erst mit der Planung, nachdem das Land Steiermark (Sportreferat) den Projektauftrag an die Projektleitung erteilt hatte.

Der Projektauftrag

Der Auftrag ist die Grundlage für jedes Projekt, denn es verbindet die Stammorganisation oder die beteiligten Organisationen mit dem Projekt. Dort wird darüber informiert, wer am Projekt beteiligt ist, und welche Ergebnisse erwartet werden. Auch die Projektauftragsformulierung sollte keine einmalige Angelegenheit sein, sondern eher als Prozess verstanden werden. Er sollte während der Projektdauer immer wieder evaluiert und weiterentwickelt werden. Auch am Ende des Projekts stellt der Projektauftrag ein zentrales Element dar, denn hiermit können die gestellten Ziele und Aufgaben bewertet und evaluiert

werden (Naidoo & Wills 2010, S. 422-429). Der Projektauftrag für „Schule aktiv“ wurde vom Land Steiermark an die Projektleitung erteilt, die die Initiative aufgebaut, geplant und mit Hilfe der Projektassistenz von Projektjahr zu Projektjahr erweitert und angepasst hat.

Die Planung

Die Projektplanung bezieht sich auf ein spezifisches Projekt, das zeitlich begrenzt ist und auf eine bestimmte Veränderung abzielt. Gesundheitsförderer/ Gesundheitsförderinnen, die mit der Planung von kleinen Projekten, wie z.B. die Planung eines Elternabends zu tun haben, würden folgendermaßen vorgehen:

- Formulierung der spezifischen Ziele, die z.B. die Teilnehmer/ Teilnehmerinnen des Elternabends erreicht haben sollen
- Erfassen der zur Verfügung stehenden Ressourcen und deren Auswahl für den Einsatz während des Treffens
- Planung der verschiedenen Aktivitäten für das Treffen und der dafür jeweils zur Verfügung stehenden Zeiten
- Planung einer Methode zur Evaluierung des Treffens (Naidoo & Wills 2010, S. 433-436).

Bezogen auf das Setting Schule gilt, dass ein koordiniertes Konzept eines ist, dass sich auf einen politischen und organisatorisch festgelegten Rahmen stützen kann. Es helfen also keine noch so guten Leitlinien etwas, wenn sie nicht intensiv von allen am Schulalltag beteiligten Personen besprochen, klar formuliert, gezielt verteilt und dann in der Schule nachhaltig umgesetzt werden. Ein wichtiger Punkt bei einer erfolgreichen Umsetzung ist das Einbeziehen der Schüler/Schülerinnen als zahlenmäßig größte Zielgruppe in den gesamten Prozess (Naidoo & Wills 2010, S. 321-322).

Um Gesundheitsförderungsprojekte erfolgreich durchzuführen, benötigt man ein konkretes Projektmanagement mit einem klaren Konzept. Grossmann & Scala (2011, S. 87) haben hierfür einen Plan aufgestellt:

Zentrale Aufgaben eines Projektmanagers/einer Projektmanagerin sind:

- Ziele und Aktivitäten definieren: Im Rahmen von „Schule aktiv - BEWEGUNGSMONAT“ wurden diese auf Basis der Evaluierung der vorangegangenen Projekte definiert.
- adäquate Projektorganisation aufbauen: Um das Konzept der „Bewegten Schule“ auch optimal in die Praxis umsetzen zu können, wurde bei der Besetzung des umsetzenden Projektteams besonders darauf geachtet, dass Expertinnen/Experten mit unterschiedlichen Kompetenzen zum Einsatz kommen:
 - (drei Mal) Sportwissenschaft
 - (ein Mal) Profischifahrer mit Trainerausbildung
 - (ein Mal) Wirtschaftswissenschaft mit pädagogischen Kenntnissen
 - (ein Mal) Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Zusätzlich zur Ausbildung mussten alle Trainer/Trainerinnen vor Arbeitsbeginn verpflichtend an Workshops bezüglich „Bewegte Schule“, Unterrichtsplanung, Krisenmanagement im Klassenzimmer und diversen Turneinheiten mit Beispielturndstunden teilnehmen, um einen gewissen Qualitätsstandard der Arbeit in den Schulen zu gewährleisten.
- Transfer der Projektergebnisse gewährleisten: Hierzu wurde wie auch schon in den Vorjahren eine externe Evaluationsfirma beauftragt, die eng mit dem Projektmanagement zusammenarbeitet und die Ergebnisse optimal für eine Weitergabe an den Auftraggeber aufbereitet.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche und wirksame Projektabwicklung:

- klar definierte Aufgaben
- klar definierter Vertrag
- transparente und leistungsfähige Entscheidungsträger
- aufgabenorientierte Zusammensetzung des Teams
- Ressourcen, Raum und Zeit für die Projektarbeit
- Investition für die soziale Entwicklung des Projekts
- zirkuläre Zielplanung
- klar definierter Arbeitsplan (in Abschnitte gegliedert)
- Projektmarketing
- regelmäßige Selbstevaluation
- Berichterstattung

- Verbindung zu relevanten Entscheidungsprozessen in der Linienorganisation
- kontinuierlicher Transfer der Projekterfahrung und Resultate in die Linienorganisation
- Wahrnehmung von Leistungsfunktionen
- externe Unterstützungen: Training, Supervision oder Organisationsberatung (Grossmann & Scala 2011, S. 87).

Alle angeführten Voraussetzungen konnten im Rahmen des Projekts „Schule aktiv“ erfüllt werden. So fanden externe Unterstützungen z.B. in Form von individuell angepassten Trainings und Workshops. Die Verbindung zur Linienorganisation – der Sportabteilung des Landes Steiermark – wurde durch regelmäßige Termine der Projektleitung mit dem Abteilungsleiter gewährleistet. Ein klar definierter, vom Projektmanagement erstellter Arbeitsplan (der sowohl Vorgespräche mit den Schulleitern/-leiterinnen, Einheiten in den Klassen und Elternarbeit enthielt) wurde regelmäßig mit den umsetzenden Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen besprochen. Einige Voraussetzungen wurden bereits im vorangegangenen Absatz in Bezug auf „Schule aktiv“ erläutert, einige weitere bedürfen keiner genaueren Ausführung.

Das Erfolgskriterium von Projektmanagement liegt in der Balance von Offenheit für neue Situationen und konsequenter Strukturierung. Viele öffentlich präsentierte Gesundheitsförderungsprojekte zeigen rückblickend eine perfekte Organisationsstruktur auf, jedoch ist selten zu sehen, wie sich diese Schritt für Schritt entwickelt hat und chaotische Situationen gemeistert wurden. Ein weiterer Punkt ist die Abgrenzbarkeit; dort liegt die Stärke von Projekten. In der Gesundheitsförderung ist die zeitliche, inhaltliche und organisatorische Abgrenzung sehr hilfreich, denn das Thema Gesundheitsförderung ist sehr vielfältig und wird sonst uferlos. Durch die Abgrenzung werden die Aufgaben für die Beteiligten klarer (Naidoo & Wills 2010, S. 417-422). „Schule aktiv“ wurde in den folgenden Punkten eingegrenzt:

- zeitlich: auf ein Schuljahr (konkreter noch auf acht Einheiten je Klasse für jede teilnehmende Schule),

- inhaltlich: mit dem Ziel Lehrern/Lehrerinnen und Schüler/Schülerinnen für bewegtes Lernen eine qualitativ hochwertige Turn- und Unterrichtsstunde vorzuleben
- organisatorisch: in steirischen Volksschulen findet der Unterricht wie immer statt, nur wird dieser in Hinsicht auf Bewegung bereichert.

Es gibt natürlich auch einen Bedarf in Kindergärten und höheren Schulen in der Steiermark, jedoch ist nicht nur die Struktur und Arbeitsweise, sondern auch die Ausbildung der dort arbeitenden Personen eine andere als in den Volksschulen. So ist in Hauptschulen z.B. ein/e ausgebildete/r Sportlehrer/-lehrerin Ansprechperson für Bewegung in der Schule, Volksschullehrer/-lehrerinnen haben keine spezifische Ausbildung zum Thema „Bewegung“ genossen. Somit ist auch die erforderliche Arbeitsweise im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten mit dem Schwerpunkt Bewegung eine ganz andere. Um diese optimal gestalten zu können, wurde somit diese Abgrenzung ganz klar von vorn herein geschaffen, was sicherlich eine große Stärke darstellte.

Die Umsetzung

Wie schon erwähnt, gibt es die Initiative „Schule aktiv“ seit 2007 und im Schuljahr 2010/11 wurde sie in Form eines Bewegungsmonats umgesetzt. Das bedeutet, dass teilnehmende Volksschulen (jene Volksschulen, die in den Jahren zuvor noch nicht an „Schule aktiv“-Projekten teilgenommen hatten, wurden bevorzugt) über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen (je nach Größe der Schule) intensiv von einem/r Trainer/Trainerin, die auf das Konzept der „Bewegten Schule“ spezialisiert ist, individuell betreut wurde. Vor dem Projektstart fanden – wie bereits erwähnt – Workshops für die Trainer/Trainerinnen statt, in denen sie Stundenplanung, das Konzept „Bewegte Schule“ und praktische Umsetzungen erklärt und gezeigt bekamen. Weiters wurden für die Planung der Einheiten auch eine umfassende Bibliothek zu den relevanten Themen sowie viele Arbeitsmaterialien wie z.B. CDs bereitgestellt. Auch zur praktischen Umsetzung wurden jedem/r Trainer/Trainerin Arbeitsutensilien wie z.B. Würfel, Reifen, Bälle, Seile, usw zur Verfügung gestellt, um alle „Bewegungsfreiheiten“ für die Umsetzung zu ermöglichen.

Die Projektassistentin vereinbarte mit den angemeldeten Volksschulen Termine zur Projektumsetzung in den Schulen. Eine Woche vor dem Projektstart meldete sich jeder/jede Trainer/Trainerin bei der ihm fix zugeteilten Volksschule. Im Rahmen dessen konnten die Örtlichkeiten (Turnsaal) und vorhandenen Utensilien besprochen werden, damit der/die jeweilige Trainer/Trainerin wusste, was er/sie vor Ort zur Verfügung hat und was eventuell noch mitgebracht werden muss. Hierbei ist zu erwähnen, dass unbedingt mit den vor Ort vorhandenen Materialien zu arbeiten war, um eine Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Über vier bis fünf Wochen wurde eine Volksschule – samt Eltern, Lehrer/Lehrerinnen und v.a. Schüler/Schülerinnen – betreut. Hierbei fanden drei Bewegungseinheiten im Klassenzimmer sowie drei Bewegungseinheiten im Turnsaal mit jeder Klasse statt. Aus früheren Projekten im Rahmen von „Schule aktiv“ hatte man in Erfahrung bringen können, dass der Turnunterricht in Volksschulen durch mangelndes Wissen der Volksschullehrer/Volksschullehrerinnen oft nicht zweckgemäß durchgeführt wird, weshalb nun gemeinsam mit dem/r Lehrer/Lehrerin optimale Turnstunden für die jeweiligen Kinder erarbeitet wurden, die vor allem auf Förderung der grundmotorischen Fähigkeiten sowie der Koordinationsförderung im weitesten Sinne ausgerichtet waren. Gut konzipierte und durchgeführte Turneinheiten stellen aber nur einen Teil des Konzepts der „Bewegten Schule“ dar. Wie Bewegung sonst noch in der Schule stattfinden kann, wurde in persönlichen Gesprächen mit Schulleitern/Schulleiterinnen und Lehrern/Lehrerinnen sowie im Rahmen der drei Schulstunden im Klassenzimmer vermittelt. Besonderer Schwerpunkt wurde hierbei auf bewegtes Lernen (z.B. Rechnen in Bewegung) und Bewegungspausen im Unterricht gelegt. Grundsätzlich sollten zuerst Bewegungseinheiten im Turnsaal stattfinden, um die Kinder kennen zu lernen und den aktuellen Lehrstoff mit dem/r Klassenlehrer/Klassenlehrerin besprechen zu können. So konnten die Einheiten in den Klassen auf diesen Stoff abgestimmt geplant und umgesetzt werden. Jedoch wurde dies auf die individuellen Wünsche der Schulen angepasst.

Die Bewegungseinheiten wurden von jedem/jeder Trainer/Trainerin selbst und an die Anforderungen der jeweiligen Klasse individuell erstellt und von der Projektleitung vor der Durchführung kontrolliert. Die Projektleitung begleitete

jeden/jede Trainer/Trainerin in einer Unterrichtseinheit in der Klasse und in einer Unterrichtseinheit im Turnsaal, um einen Überblick über die Qualität des Projektes zu behalten.

Um konkret darzustellen, was in den Einheiten stattfand, folgen nun ein paar Beispiele für Stundenbilder (von der Autorin selbst verfasst auf der Basis der Grundausbildung von „Schule aktiv“):

Stundenbild 1 in der Klasse Englisch für die Schulstufen drei und vier geeignet:
AUFWÄRMEN (10 min) Fang den Ball: Die Schüler/Schülerinnen stellen sich in einem Kreis auf, und werfen sich gegenseitig einen Ball zu. Dabei müssen sie das englische Alphabet aufsagen. Ziel der Übung ist es die Konzentration zu erhöhen.
HAUPTTEIL (30 min) Zuerst werden die Vokabel der verschiedenen Körperteile mittels Bewegung (hinzeigen usw.) wiederholt, danach wird mittels vorgefertigter Körperteile aus Papier weitergelernt. Auf kleinen Zetteln stehen die Bezeichnungen zu den Körperteilen, natürlich auf Englisch, und müssen dementsprechend zugeordnet werden. Zetteltausch: Auf kleinen Zetteln wird auf der Vorderseite ein englisches Wort geschrieben auf der Rückseite die Deutsche Bezeichnung. Aufgabe der Kinder ist es einen Kreis zu bilden, und der Reihe nach die Zettel weiterzugeben und die richtige Lösung zu finden. Ziel dieser Übung ist es spielerisch Englisch zu lernen.
SHOULDER-BOOGIE-WOOGIE (10 min) Schulterentlastungstanz mittels der CD „Sing-Gymnastics“

Stundenbild 2 in der Klasse

Mathematik für die Schulstufe eins geeignet:

AUFWÄRMEN (10 min)

Jeder/Jede Schüler/Schülerin bekommt ein Kärtchen mit einer Zahl zwischen eins und neun. Alle Einser, Zweier, Dreier, ... sollen sich nun finden – ohne zu sprechen! Jede Gruppe bekommt ein Sprungseil und versucht damit ihre Zahl aufzulegen. Anschließend darf jedes Kind über die Zahlen balancieren. Ziel ist es die Teamarbeit zu verstärken und die Zahlen kennen und erfühlen zu lernen.

HAUPTTEIL Nr 1: ZAHLENTRIO (15 min)

Die Karten müssen so gewählt sein, dass sich daraus gut Aufgaben bilden lassen. Danach werden sie verdeckt auf den Boden gelegt. Jeder/Jede Mitspieler/Mitspielerin geht über das Feld mit den ausgelegten Zahlenkarten und deckt drei karten auf. Kann er aus diesen drei Zahlen eine Aufgabe mit Ergebnis bilden, darf er eine der Karten behalten, z.B. Ein Kind deckt die Karten 3, 5 und 8 auf. Daraus kann die Aufgabe $3 + 5 = 8$ gebildet werden. Findet er diese Aufgabe heraus, darf er eine der Karten behalten, die anderen beiden legt es wieder zurück. Das nächste Kind deckt die Zahlenkarten 4, 5 und 7 auf. Da daraus keine Aufgabe mit richtigem Ergebnis gebildet werden kann, dreht es die Zahlenkarten wieder um. Ziel ist jene Gruppe oder jenes Kind, das zum Schluss die meisten Karten hat. Ziel ist es das Addieren von Eins bis Neun zu festigen.

HAUPTTEIL Nr 2: ZAHLENKARTENSTAFFEL (15 min)

Zwei Mannschaften spielen gegeneinander. Jeweils das erste Kind läuft los und darf eine Karte aufdecken. Wenn die Karte passt, darf es sie mitnehmen, wenn nicht, muss es sie wieder umdrehen. Welche Mannschaft hat zuerst alle karten von eins bis neun gesammelt? Ziel dieses Spiels ist wiederum die Zahlenkenntnisse zu festigen.

RÜCKENMALEN & ACHTERSCHLEIFE (10 min)

Beim Rückenmalen schreibt ein Kind seinem Partner eine Zahl auf den Rücken. Der andere soll die zahl erraten, danach gibt es einen Rollenwechsel! Bei der Achterschleife nimmt man ein Papierknäul und zieht einen langen Achter durch seine eigenen gegrätschten Beine. Als Variation könnte man dies mit geschlossenen Augen machen. Ziel beim Rückenmalen ist einerseits der Massageeffekt auf dem Rücken, und andererseits das Festigen der Zahlen.

Stundenbild 3 in der Klasse

Deutsch für die Schulstufe zwei bis vier geeignet:

AUFWÄRMEN (10 min)

Die Kinder gehen durch die Klasse und begrüßen sich auf verschiedene Arten: Hände, Eskimonase, japanische Verbeugung, ... Ziel dieser Übung ist das Kennenlernen von einander und von anderen Kulturen.

HAUPTTEIL (30 min)

Jedes Kind erhält ein Kärtchen. Das Kind mit der Startkarte beginnt und führt die entsprechende Handlung aus. Das nächste Kind reagiert mit der Handlung seiner eigenen Karte. Nun reagiert wieder das Kind mit der entsprechenden nächsten Karte usw. Das Kind mit der Endkarte verkündet das Ende des Spiels. Ziel dieser Übung ist, dass die Buchstabenkenntnisse und Lesefertigkeiten gefestigt werden.

ROBOTERTRAINING und APFELPFLÜCKEN (10 min)

Beim Robotertraining gehen immer zwei Kinder zusammen. Der Vordermann versucht durch tippen auf den Hintermann (Mitte des Rückens bedeutet nach vorne, rechte Schulter bedeutet rechts, linke Schulter bedeutet links). Beim Apfelpflücken (geht im Stehen und im Sitzen) versuchen die Kinder weit in der Höhe mit abwechselten Händen einen „Apfel“ zu pflücken.

Stundenbild 4 im Turnsaal

Stationenwürfel für alle Schulstufen geeignet:

AUFWÄRMEN (5 min)

Alle Kinder haben eine Schleife in der Turnhose befestigt, jedes Kind versucht dem anderen den „Katzenschwanz“ zu stehlen. Diejenigen die keine Schleife mehr haben, scheiden aus. Gewinner ist jeder mit den meisten Schleifen.

HAUPTTEIL : PAROURS (30 min)

1. Wechseln im Stehen Hängen mit Überdrehen
2. Zwei Taue zum Klettern
3. steile Bank an der Sprossenwand
4. Rolle vorwärts und rückwärts
5. Weichboden über Bank: Rolle vorwärts
6. Balance auf der umgedrehten Bank

Am Anfang werden alle Parcours vorgeführt und danach kommt ein Intervalltraining der Kinder im Parcours. Ziel dieser Über ist die Koordination und Reaktion der Kinder zu verbessern.

DIE FÜNF LIEZENER (15 min)

1. Bankstellung: Hebe den rechten Fuß und die linke Hand und halte das zehn Sekunden, mache das ganze auch gegengleich.
2. Rückenlage: Hebe die Arme und die Beine. Rolle nach rechts in die Bauchlage und wieder nach links in die Bauchlage. Wiederhole dies zehnmal.
3. Liegestütz rücklings: Laufe nach vor und zurück. Versuche auch nach links und rechts zu laufen.
4. Rückenlage: Schauke wie ein Käfer und achte dabei, dass der Kopf und die Füße den Boden nicht berühren.
5. Schlusstand: Nimm die Arme zur Seite. Springe in den Grätschstand, gib die Arme dabei nach oben. Wiederhole dies zwanzigmal.

Die fünf Liezener sollen die Kinder entspannen und ein gutes Abschlussstretching bieten.

Stundenbild 5 im Turnsaal

Koordination mit Reifen für alle Schulstufen geeignet:

AUFWÄRMEN (5 min)

Die Schüler bekommen die Aufgabe, den Linien im Turnsaal nachzulaufen.

HAUPTTEIL Nr 1: ZEITUNGSLAUF (10 min)

Jeder/Jede Schüler/Schülerin bekommt eine Zeitung, zuerst wirst versucht die Zeitung vor der Brust zu halten und an das andere Ende des Turnsaals zu laufen, im zweiten Schritt versucht man die Zeitung nur mehr mit einer Hand zu halten und als letzte Aufgabe muss man so schnell mit der einer Zeitung vor der Brust zu laufen, sodass die Zeitung nicht herunterfällt.

HAUPTTEIL Nr 2: REIFENGARTEN (20 min)

1. Durch die Reifen laufen (ein Kontakt)
2. Laufen (zwei Kontakte zwischen Reifen)
3. Laufkoordination
4. ein Bein im Reifen, ein Bein außerhalb
5. Rückwärts durch die Reifen (ein Kontakt)
6. Rückwärts durch die Reifen (zwei Kontakte)
7. Einbeinig Hüpfen links/rechts
8. Beidbeinig Hüpfen
9. ROT – Kontakt mit dem rechten Bein, GRÜN – Kontakt mit dem linken Bein, GELB – Kontakt mit beiden Beinen
10. Variation: zusätzlich Klatschen beim ROTen Reifen, uvm.
11. Übung mit Bälle (zuwerfen)
12. Reifenform ändern

Diese Übung fördert die Koordination der Kinder.

HAIALARM (5 min)

Es werden Reifen im Turnsaal verteilt. Und die Schüler dürfen so lange im Saal herumrennen bis das Wort „Haialarm“ gerufen wird. Danach müssen diese alle in einen Reifen springen (auch mehre in einem Reifen sind möglich). Die Reifen werden nach jeder Runde reduziert.

Diese sowie viele weitere Möglichkeiten wurden den Schulleitern/Schulleiterinnen und Lehrern/Lehrerinnen auch in Form von extra erstellten Unterlagen zur

Verfügung gestellt. Dies waren die Unterrichtsplanungen des/r jeweiligen Trainer/Trainerin, der Leitfaden „Schule aktiv“ sowie die gemeinsam mit steirischen Sportfachverbänden erstellten Broschüren „Das kleine Bewegungs-Einmaleins“ zu den Themen Leichtathletik, Ballkoordination und Turnen. Denn in den ersten Projektjahren wurde mittels Evaluationsbögen festgestellt, dass Lehrer/Lehrerinnen mehr konkrete Anleitung wollen, um die Bewegung auch weiterhin fortzuführen. Nur so – in Form konkreter und einfach umzusetzender Anleitungen – können die neuen Ideen auch weiter vom Lehrpersonal langfristig umgesetzt werden, was ein wichtiges Ziel in Hinsicht auf die Nachhaltigkeit darstellt.

Die Elternarbeit wurde von der Projektleitung und –assistenz durchgeführt. So fand in jeder teilnehmenden Schule ein Elternabend zur Wichtigkeit der Bewegung für die Entwicklung des Kindes statt, um die Eltern und Lehrer/Lehrerinnen in das Projekt zu integrieren und sich ein Bild von der Schule und den Fortschritten des Projekts zu machen. Im Rahmen dieser Informationsabende wurden die Eltern immer auch selbst mit Koordinations- und Bewegungsspielen aktiviert sowie mit Fakten zu den Zusammenhängen von Bewegung und Lernen konfrontiert.

Die Evaluation

Die Evaluation dient zur Bewertung des Nutzens der gesundheitsfördernden Aktivitäten; weiters

- hilft sie bei der Weiterentwicklung der Fähigkeiten und Kompetenzen der in der Gesundheitsförderung tätigen Personen
- hilft sie bei der Entscheidung über den Einsatz der vorhandenen Ressourcen
- schafft sie für die Bürger/Bürgerinnen eine Inputmöglichkeit für ihre eigenen Bewertungen (Naidoo & Wills 2010, S. 453).

Im angeführten Praxisbeispiel wurde sowohl prozessbegleitend (durch persönliche Besuche in den Einheiten durch die Projektleitung) sowie ergebnisorientiert (durch eine externe Firma) evaluiert.

Von der externen Firma entworfene Evaluationsbögen wurden in der jeweils letzten Bewegungseinheit in den jeweiligen Klassen für die Lehrer/Lehrerinnen ausgeteilt. Diese sollten vom/von der jeweiligen Klassenlehrer/Klassenlehrerin ausgefüllt, in einem Kuvert gesammelt und verschlossen von der Schule an das Büro von „Schule aktiv“ gesandt oder von dem/der Trainer/Trainerin dort abgeliefert werden.

Abgefragt wurden folgende Messkriterien mit einer fünfstufigen Likertskala. Folgendes Ergebnis – berechnet durch einen Mittelwert in Schulnoten – ergab sich:

- Zeitliche Rahmenbedingungen	1,04
- Ablauf	1,07
- Inhalte	1,13
- Wissenserweiterung	1,47
- Informationsaufbereitung	1,24
- Praktische Vermittlung	1,24
- Vorteile von Bewegung	1,19
- Bedürfnisse der Kinder	1,09
- Disziplin	1,12
- Wünsche/Fragen	1,09
- Anregungen	1,35
- Skriptum	1,01
- Gesamtnote	1,17

Ein Fünfer wurde niemals vergeben, Vierer kamen vor – aber sehr selten, hauptsächlich jedoch wurden Einser und Zweier vergeben, wie durch die Auflistung der Mittelwerte erkennbar ist.

Angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang, dass sich alle Schulen freiwillig zum Projekt angemeldet haben und diesen auch keine Kosten entstanden, was natürlich einen Einflussfaktor auf die Bewertung darstellen könnte. Die Auswertung diente in erster Linie einer ungefähren Abschätzung der Zufriedenheit der teilnehmenden Schulen und der Erhebung der ausstehenden

Wünsche der Lehrer/Lehrerinnen, um die Inhalte (entsprechend dem Public Health Action Cycle) in einem nächsten Projektjahr noch zielgerichteter anbieten zu können.

Inhalte, die sich die Lehrer/Lehrerinnen noch gewünscht haben, waren folgende:

- Outdoor
- Geräteturnen
- Rückengymnastik
- Pausenplanung

Informationen, die sich die Lehrer/Lehrerinnen noch gewünscht haben, um selbstständig mehr Bewegung während den Schulstunden integrieren zu können, waren:

- noch mehr schriftliche Unterlagen
- Tipps für die Organisation
- Arbeitsblätter
- Internetadressen

Als Änderungswünsche wurden jährliche Auffrischungen, erleichterte Terminvereinbarungen und Komplimente zum tollen Projekt genannt.

Zusammenfassend ist dieser Fragebogen als „Feedback“ für die Planung des nächsten Projekts brauchbar, jedoch nicht als aussagekräftige Evaluation des durchgeführten Projekts.

Auch eine Prüfung auf Nachhaltigkeit sollte stets Teil einer Projektevaluation sein. Diese ist im vorliegenden Fall dadurch gegeben, dass die Lehrer/Lehrerinnen alle Unterrichtsmaterialien, etc – wie schon erwähnt – erhalten und somit die neuen Impulse der Trainern/Trainerinnen auch in Zukunft leicht und einfach selbst in bzw. mit der Klasse durchführen können. Das Projekt ist eingegliedert in den Schulalltag, indem es entweder eine Sporteinheit oder eine Bewegungseinheit in der Klasse mit Lerninhalt war.

1.3.4. EINFLUSSFAKTOREN BEI DER UMSETZUNG

In diesem Kapitel werden die in der Literatur beschriebenen und im Praxisbeispiel am häufigsten vorkommenden Einflussfaktoren bei Gesundheitsförderungsprojekten beschrieben. Diese konnten in drei große Gruppen zusammengefasst werden:

- Einbezug des gesamten Schulumfeldes
- Aus-, Fort- und Weiterbildung/Kooperation & Teamarbeit
- Sonstiges

Einbezug des gesamten Schulumfeldes

Dieses – sich besonders im Settingansatz wiederfindende – Erfolgskriterium findet sich in der Literatur immer wieder. Zunächst einige Punkte, die das Schulumfeld ausmachen:

- Schulklima

Ein gutes soziales Klima in den Klassen wird vor allem beeinflusst durch die Qualität der sozialen Interaktion zwischen Schülern und Schülerinnen, aber auch mit den Lehrern/Lehrerinnen. Und dies führt dann mit einem guten Lernprozess, einem gestärkten Selbstwertgefühl der Schüler/Schülerinnen zu einer Verbesserung der Qualität des Lernerfolgs (Naidoo & Wills 2010, S. 323).

- Lehrplan

Die Diskussionen über die Kriterien eines guten Lehrplans sind viel diskutiert, jedoch besteht heutzutage eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass der Lehrplan Lernmöglichkeiten anbieten sollte, die mit der kognitiven und sozialen Entwicklung der Schüler/Schülerinnen harmonisieren. Wirksam sind auch spiralförmig angelegte Unterrichtsprogramme, d.h. bestimmte Themen werden immer wieder neu aufgegriffen. Für die Gesundheitsförderung sind vor allem partizipatorisch oder schülerzentrierte Lehr- und Lernformen geeignet. Jedoch haben die Lehrer/Lehrerinnen oft einen großen Druck, den Lehrplan durchzubekommen und greifen oft auf die ursprünglichen Unterrichtsmethoden, wie z.B. an die Tafel schreiben, zurück (Naidoo & Wills 2010, S. 323).

- das physische Umfeld

Auch das Erscheinungsbild einer Schule inklusive baulicher Gestaltung hat einen Einfluss (stimulierend/deprimierend) auf die Schüler/Schülerinnen. So sollte eine Schule v.a. sauber und sicher sein, d.h. ohne Abfall, saubere Toiletten, aber auch unfallsicher. Wichtig ist, dass es Bereiche zum Toben oder geselligen Zusammensein gibt, aber auch jene für ruhige Stunden zum Lesen oder Erholen (Naidoo & Wills 2010, S. 323).

- Verbindungen mit dem sozialen Umfeld

Die Verbindungen zum lokalen Umfeld, in dem die Schüler/Schülerinnen mit ihren Familien leben ist ein wichtiger Einflussfaktor für die „Bewegte Schule“. Die Intensität der Beziehung zwischen Lehrer/Lehrerinnen und Eltern kann unterschiedlich sein: von seelsorgerischer Betreuung und Mitentscheidung im Lehrplan bis hin zur reinen Anwesenheit an Elternabenden. Auch der Kontakt zu Gemeinde, Polizei, Rettung, Sportvereinen, etc. ist für die Schule von Bedeutung, da diese z.B. Unterrichtseinheiten zur Vermeidung von Unfällen oder Sporteinheiten anbieten können (Naidoo & Wills 2010, S. 232-234).

Nicht nur Naidoo & Wills (2010) oder Wolfmeir (2009), sondern auch viele Studien beschreiben einen umfassenden Ansatz als Erfolgsrezept. So z.B. beschreiben Bucher Della Torre et al. (2010) in ihrer Studie die Durchführbarkeit von Gesundheitsförderungsprojekten aus der Sicht der Akteure/Akteurinnen, d.h. Lehrer/Lehrerinnen, Schüler/Schülerinnen, Eltern, Schulkantinmitarbeiter/-mitarbeiterinnen, Schulärzte/Schulärztinnen, Schuldirektoren/-direktorinnen wurden interviewt. Alle Befragten waren für die Einführung von mehr Bewegungseinheiten wie auch von gesunder Ernährung, mit der Einschränkung, dass diese attraktiv vorbereitet wird. Alle sehen die Schule als sehr guten Ansatzpunkt für Gesundheitsförderungsprojekte (Bucher Della Torre et al. 2010, Bartholomew & Jowers 2011). Auch Cass et al. (2005) haben in ihr Gesundheitsförderungsprojekt eine Kooperation mit dem Gesundheitssektor, anderen Organisatoren, Eltern und anderen Schulen hergestellt, die zum Erfolg führte. Wie bereits einige Male erwähnt, wurde auch im Projekt „Schule aktiv“ ein möglichst breiter Ansatz gewählt und sowohl Eltern, Familienmitglieder, Lehrer/Lehrerinnen und Schüler/Schülerinnen aktiv ins Projekt miteinbezogen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung/ Kooperation und Teamarbeit

Als ein großer Einflussfaktor auf die Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten, die nachhaltig erfolgreich sind, ist die Ausbildung der Lehrer/Lehrerinnen auf dem Gebiet. Deshalb sollte die Aus-, Fort- und Weiterbildung der zentralen Promotoren/Promotorinnen für schulische Gesundheitsförderung ein großes Hauptaugenmerk sein. Es gibt jedoch nur wenige Studien, die sich mit diesem Bereich empirisch auseinander gesetzt haben. 2008 wurde ein Pilotlehrgang „Gesunde Schule“ durch das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeführt, an dem 21 Schulen von verschiedenen Schultypen aus ganz Österreich teilnahmen. Aufgrund dessen setzte sich Flaschberger (2011, S. 69-71) mit der Anschlussfähigkeit bzw. Kompatibilität des Pilotlehrganges auseinander, um Strukturen und Prozesse zu identifizieren, die die Vermittlung von umfassender Gesundheitsförderung an Schulen positiv oder negativ beeinflussen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie zeigten, dass Voraussetzungen für Kompatibilität des Pilotlehrganges „Gesunde Schule“ mit dem Schulsetting für die Implementierung von Gesundheitsförderung Kooperation und Teamarbeit sind. Dies bedeutet, dass vor allem die Rahmenbedingungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung auf diesem Gebiet angepasst werden müssen. In Österreich findet dies ja vor allem in Form von Seminaren oder Workshops außerhalb der Schule statt. Weiters gibt es auch noch Schulinterne (SCHILF) und Schulübergreifende (SCHÜLF) Fortbildungen. SCHILF findet mit den gesamten Lehrern/Lehrerinnen an einer Schule statt, SCHÜLF findet mit Lehrern/LehrerInnen mehrerer Schulen zusammengefasst statt. Auch dies sind meist einmalige Veranstaltungen, die kaum auf kollektives Lernen fokussiert sind. Laut Flaschberger (2011) findet im Schulalltag wenig Unterstützung zwischen den Lehrern/Lehrerinnen statt. Eine Alternative zu diesen Angeboten wäre die „professional learning community“, also eine professionelle Lerngemeinschaft, die ihre Praxis in einer andauernden reflexiven, inklusiven, kollaborativen, lern- und wachstumsorientierten Weise teilt und kritisch analysiert. In diesem Sinne sollte auch die Schule als Innovation gesehen werden, in der die Professionalität der Lehrer/Lehrerinnen durch z.B. „professional learning communities“ gesteigert

werden kann und somit Gesundheitsförderung in der Schule nachhaltig etabliert werden könnte (Flaschberger 2011, S. 69-76). Auch Steen (2011) findet, dass das Berufsbild und die Ausbildung drastisch aufzuwerten sind, die pädagogischen Handlungsfelder viel besser erarbeitet werden müssen. Ein weiterer Aspekt, den er betrachtet, ist die Begleitung des Einstiegs in die Berufspraxis mit Coaching oder Supervision (Steen 2011, S. 116). Im Projekt „Schule aktiv“ wurde die Erfahrung geteilt, dass sich die Lehrer/Lehrerinnen mehr Fortbildungsmöglichkeiten und Unterlagen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung wünschen. Eingegangen wurde darauf in Form einer Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule, indem spezielle Fortbildungen zur „Bewegten Schule“ in verschiedenen Organisationsformen durchgeführt wurden.

Sonstiges

Wolfmeir (2009) hat 16 Schulen in den Bundesländern Oberösterreich, Wien, Niederösterreich und Salzburg zu fördernden und hemmenden Faktoren, sowie zu Rahmenbedingungen bei der Arbeit als „Gesundheitsfördernde Schule“ befragt. Als hemmende Faktoren sehen die Interviewpartner/Interviewpartnerinnen (Lehrer/Lehrerinnen, Direktoren/Direktorinnen):

- Zeitmangel
- Fehlen der Kenntnisse
- ablehnende Haltung gegenüber verschiedenen Projektmanagementmethoden
- Projektmanagementtools wie Ausarbeitung eines Vertrages, exakte Zieldefinition, umfangreiche Ist-Analyse, strukturierte Planung, Evaluation und detaillierte Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit (in städtischen Medien schwieriger als in ländlichen)

Als fördernde Faktoren sehen die Interviewpartner/Interviewpartnerinnen (Lehrer/Lehrerinnen, Schulleiter/Schulleiterinnen):

- Kreativität
- Ideenreichtum
- Flexibilität

- Idealismus
- leistungsgerechte Finanzierung
- Einbezug der Schüler/Schülerinnen in das gesamte Projekt

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die Literatur über die Einflussfaktoren einig ist, und vor allem der Einbezug des gesamten Schulumfeldes, sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte enorm zum Gelingen eines Gesundheitsförderungsprojektes beiträgt, auch wenn es in den genannten Bereichen noch weiterer Verbesserungen bedarf.

4. Diskussion

In diesem abschließenden Kapitel sollen die Ergebnisse in Hinsicht auf den theoretischen Hintergrund und die zu Beginn der Arbeit gestellten Forschungsfragen noch einmal beleuchtet werden:

- Was sind die vorherrschenden Modelle in Gesundheitsförderungsprojekten im Setting Schule?
- Was sind die bedeutendsten Einflussfaktoren für eine gelungene Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in Volksschulen?
- Was waren die konkreten Einflussfaktoren im Projekt „Schule aktiv“?

1.4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die Suche nach den Modellen in der Gesundheitsförderung in Volksschulen war nicht sehr befriedigend, denn aufgrund der finanziell knapp bemessenen Mittel müssen so gut wie alle Projekte in diesem Zusammenhang ihre Ressourcen in den Vordergrund stellen, somit muss das Modell der Wahl immer ein ressourcenorientiertes sein.

Die Frage nach den vorherrschenden Standardmodellen in der Gesundheitsförderung konnte jedoch dank dem Standardwerk von Naidoo und Wills (2010) klar und einfach beantwortet werden. Demnach dienen folgende vier Modelle aufgrund einer langjährigen angloamerikanischen Tradition und

Wissenschaftsdiskussion als Basis zahlreicher weiterer Modelle und Denkanstöße für neue Theorien:

- Caplan & Holland (1990)
- Beattie (1991)
- Tannahill (Downie u.a. 1996)
- Tones (Tones & Tilford 1994)

Sie untermauern die Ansätze der Gesundheitsförderung und deren Einfluss auf die Ausübung von Verantwortung, Macht und Selbstbestimmung der unterschiedlichen politischen Standpunkte.

Die fünf Ansätze in der Gesundheitsförderung, die sich in allen vier Modellen zumindest teilweise wiederfinden, sind der medizinisch oder krankheitspräventive Ansatz, der Ansatz der Verhaltensänderung, der Ansatz der Gesundheitsaufklärung und Erziehung, der Ansatz des Empowerments und der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung. Diese Ansätze unterscheiden sich wesentlich voneinander, haben jedoch den gleichen Zweck, weshalb sie sich zu höheren oder niedrigeren Anteilen in allen Praxisbeispielen wiederfinden. Bzgl. des medizinisch- oder krankheitspräventiven Ansatzes ist das beschriebene Projekt „Schule aktiv“ der Primärprävention zuzuschreiben. Die Zielgruppe der Volksschulkinder soll vor Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen usw. durch die Intervention bewahrt werden. Als Experten/Expertinnen fungieren in diesem Fall die extra geschulten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Lehrer/Lehrerinnen im Setting Schule unterstützen. Dies ist auch bereits der Übergang zum Ansatz der Verhaltensänderung, der im angeführten Beispiel ebenso verfolgt wird. Durch die Unterstützung in Form der Experten/Expertinnen, die den Kindern die Freude an der Bewegung nahebringen, soll sich die Lebensweise der Kinder dahingehend entwickeln, dass Bewegung ein wichtiger Teil davon ist. Die Gesundheitsaufklärung und –erziehung findet im Projekt „Schule aktiv“ in Form des „bewegten Unterrichts“ statt. Die Kinder und Lehrer/Lehrerinnen werden bzgl. des Empowermentansatzes durch einen/eine Vermittler/Vermittlerin, in dem Fall der/die Trainer/Trainerin, dazu befähigt, ein höheres Maß an Selbstbestimmung

über ihre Gesundheit zu bekommen. Im konkreten Fall bekommen sie eine Vielfalt an Bewegung in kindgerechter Aufbereitung geboten, bei der der Spaß im Vordergrund steht und werden so motiviert, auch in ihrer Freizeit die Freude an der Bewegung weiter auszuleben – dies eventuell auch mit den Eltern. Nur der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung ist schwer auf das Projekt umzulegen, da dieser Faktor nicht im Projekt enthalten ist.

Gesundheitsförderung in der Schule impliziert den Settingansatz, dieser ist jedoch ein langfristiger und komplexer Prozess, der sich auf Grundorientierungen wie z.B. das Hervorheben von Wohlbefinden und Gesundheit, anstelle von Erkrankungen orientiert, oder auch die Fokussierung nicht nur auf einzelne Risikogruppen oder Individuen, sondern auf alle Mitglieder des Settings stützt (Trojan 2002, S. 203; Naidoo & Wills 2010, S. 310-313). Als Vorteile des Settingansatzes könnte man die partnerschaftliche und interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Integration der Gesundheitsförderung in die Organisationsstrukturen eines Settings und die Einbeziehung der grundlegenden Determinanten der Gesundheit nennen. Nachteil des Settingansatzes sind die Komplexität dieses, die Vorteile sind schwer messbar/quantifizierbar und die Ergebnisse und Nachweise nach der Wirksamkeit des Settingansatzes sind relativ mager (Naidoo & Wills 2010, S. 313). Diese Erfahrung konnte auch im Projekt „Schule aktiv“ geteilt werden, denn die Ergebnisse des Projekts konnten durch das Evaluationsinstrument nicht objektiv gemessen werden.

Diese und weitere in der Literatur dargelegten theoretischen Modelle und Ansätze für Gesundheitsförderung generell und speziell im Setting Schule stellen keine klaren Handlungsanweisungen für die Praxis, sondern lediglich ein Rahmenwerk für Gesundheitsförderer/Gesundheitsförderinnen dar. Für alle Praxisbeispiele relevant und sowohl von Naidoo & Wills (2010) auch von Rosenbrock (2004) und weiteren Autoren sehr ähnlich beschrieben sind die verschiedenen Phasen von Gesundheitsförderungsprojekten. Sie lassen sich grundsätzlich auf folgende vier Schritte zusammenfassen: Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und Evaluation. Die Bedarfsermittlung ist jene Phase, die in der Praxis in seltensten Fällen durchgeführt wird, da es in den meisten Fällen einen Projektauftrag gibt, der die Grundlage für ein Projekt darstellt – so auch im Rahmen des dargestellten

Projekts „Schule aktiv“. Positiv zu erwähnen ist jedoch, dass durch eine sowohl prozessbegleitende (Projektleitung besucht Einheiten der durchführenden Trainer/Trainerinnen) wie auch Ergebnisevaluation (Fragebögen zu Ende des Projekts) in den vorhergehenden Projektjahren, die Ergebnisse zu einer verbesserten und vor allem einer besser an die Bedürfnisse des Settings angepassten Umsetzungsphase im laufenden Projekt geführt hat. Die Evaluation betreffend ist jedoch auch an dieser Stelle nochmals anzumerken, dass diese nicht aussagekräftig im Sinne einer wissenschaftlichen Erkenntnis ist.

Bezüglich weiterer Einflussfaktoren herrscht eine Übereinstimmung in der Literatur. So ist vor allem der Einbezug des gesamten Schulumfeldes (Naidoo & Wills 2010; Wolfmeir 2009; Bucher Della Torte et al. 2010; Cass et al. 2005), d.h. v.a. Eltern, Schüler/Schülerinnen und Lehrer/Lehrerinnen, bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten von Bedeutung. Das Projekt „Schule aktiv“ hat dies auch als wichtigen Punkt angesehen und Eltern sowie Lehrer/Lehrerinnen in den Projektprozess inkludiert. Aber auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrern/Lehrerinnen (Flaschberger 2011) sollte bei der Projektplanung berücksichtigt werden – diesbezüglich wurde im Rahmen des Praxisbeispiels eine Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule, die für die Aus- und Fortbildung von Lehrern/Lehrerinnen in der Steiermark zuständig ist, eingegangen und spezielle Fortbildungen für Lehrer/Lehrerinnen angeboten.

Konkret konnten all diese Ansatzpunkte auch im Projekt „Schule aktiv“ geteilt werden. Ohne einen konkreten Plan, wie man vorgeht, kann kein Projekt durchgeführt werden – hier stellen die Phasen von Naidoo & Wills (2010) oder auch von Rosenbrock (2004) ein gutes Rahmenwerk dar. Diesbezüglich kann es durchaus auch als Vorteil angesehen werden, dass im konkreten Projekt der Rahmen durch die Vorgaben des Auftraggebers bereits festgelegt und Zielgruppe, Budget, Anzahl der Mitarbeiter sowie Zeitplan somit keiner Planung durch das umsetzende Projektteam mehr bedurften. Der genehmigte Zeitraum betrug jeweils nur ein Schuljahr, d.h. ein gelungenes Projekt war Voraussetzung für eine Fortsetzung bzw. aufgrund der großen Nachfrage auch Erweiterung.

Eine Besonderheit im Setting Schule stellt – wie schon erwähnt – das Zusammenspiel der vielen Beteiligten dar. Wichtig ist hier in der Umsetzung, dass vor allem darauf eingegangen wird und alle in das Projekt miteinbezogen werden, v.a. die Zustimmung des/der Direktor/Direktorin ist von enormer Bedeutung. Auch rechtliche Aspekte müssen beachtet werden – so ist z.B. die Zustimmung der Eltern erforderlich, um Fotos aus den durchgeführten Einheiten für Werbezwecke (in diesem Fall Homepage) zu verwenden. Eine Elterninformation mit einem diesbezüglichen Abschnitt wurde jeweils vor Start der ersten Einheit an den/die Schulleiter/Schulleiterin übermittelt und hätte schon in der ersten Einheit wieder eingesammelt werden sollen, was nicht immer so erfolgreich geklappt hat. Hier besteht Verbesserungsbedarf bzgl. eines optimalen Projektablaufs. Auch die Anwesenheit der Lehrer/Lehrerinnen (welche die Aufsichtspflicht hatten) an den Unterrichtseinheiten war in seltenen Fällen – aufgrund von Krankheit, Stundenplankollisionen oder auch Desinteresse – nicht gegeben. Überwiegend fand sich jedoch große Begeisterung bei den Lehrern/Lehrerinnen wieder und diese waren sehr interessiert an weiteren Unterrichtsmaterialien und Tipps für den weiteren Schulalltag. Die Eingliederung der Eltern hätte bei der Initiative „Schule aktiv“ eventuell noch erweitert werden können, es war aber erfreulich, dass trotz Ressourcenknappheit zumindest in jeder teilnehmenden Schule ein Elternabend durchgeführt wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Projekt – wahrscheinlich aufgrund der Projekterfahrungen des Teams – sehr gut umgesetzt und nachhaltig in den steirischen Volksschulen integriert werden konnte. Eine wissenschaftlich aussagekräftige Evaluierung wurde jedoch nicht ausgeführt.

1.5. AUSBLICK

Dass Gesundheitsförderung in Volksschulen sehr wichtig wäre ist unumstritten – dies zeigt auch die enorme Nachfrage im Rahmen des Praxisbeispiels. Flächendeckende Durchführung von Projekten könnte in dieser Altersgruppe einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben. Spezifische Projekte, die sich mit Bewegung auseinandersetzen, bieten nicht nur eine gute Vorbeugung gegen Übergewicht und Adipositas, sondern können sich auch positiv

auf den Lernprozess auswirken, denn sie steigern die Konzentration und fördern die geistige Entwicklung der Volksschüler/-schülerinnen. Ganzheitliche Ansätze – also Projekt mit zusätzlichen Ernährungsinhalten würden eine optimale Abrundung für eine gesunde Zukunft unserer Kinder darstellen.

Die „Bewegte Schule“ hat ein umfassendes Konzept als Grundlage, welches auf drei Dimensionen begründet ist und konkrete Handlungsschritte für Gesundheitsförderer/-förderinnen im Setting Schule vorgibt. Besonders beachtet werden muss dabei, dass die Maßnahmen nachweislich wirksam sind. Hier besteht Handlungsbedarf für die Politik. Um die Gesundheit der Kinder im Erwachsenenalter zu sichern, wäre es sinnvoll, mehr Geld in flächendeckende Projekte mit Bewegungskonzepten wie z.B. das der „Bewegten Schule“ zu investieren, damit alle Volksschulen auf dem gleichen „Gesundheitslevel“ sind.

Modellprojekte wie „Schule aktiv“ können für Gesundheitsförderer/-förderinnen einen Ansporn darstellen, weil sie vorgeben, wie die Planung und Umsetzung erfolgreich durchgeführt werden kann.

Einen wichtigen Problembereich möchte ich noch anfügen – den der Nachhaltigkeit. Aufgrund begrenzter budgetärer Mittel werden immer nur zeitlich begrenzte Projekte durchgeführt, die zwar erfolgreich sind, aber den Übergang in den Regelbetrieb trotz großem Einsatz der Beteiligten dann meistens doch nicht schaffen. Auch hier ist die Politik gefordert, entsprechende Strukturen zu verankern (einige Netzwerke sind hier bereits vorhanden und bieten einen ersten Schritt in diese Richtung) und langfristige Programme zu finanzieren.

5. Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis gliedert sich in Bücher, Artikel und Internetquellen.

1.6. BÜCHER

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen

Brennecke, R. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Sozialmedizin. Programmbericht Gesundheit. Verlag Hans Huber. Bern

Dür, W. (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Verlag Hans Huber. Bern

Grossmann, R. & Scala, K. (2011): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 5. Auflage. Juventa Verlag Weinheim und München

Hurrelmann, K., Kloth, T., Haisch, J. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber. Bern

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg

Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa Verlag Weinheim und München

Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag Weinheim und München.

Krajic, K. (Hrsg) (2011): Lernen für Gesundheit. Tagungsband zur Jahrestagung 2010 der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Medieninhaber: OÖ Gebietskrankenkasse. Linz

Naidoo, J., Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

Schwartz F., W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Rapse, H., Siegrist, J., Walter, U. (2003): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. Urban und Fischer Verlag. München. Jena

Wolfmeir, S. (2009): Schulische Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, fördernde und hemmende Faktoren. VDM Verlag Dr. Müller AG & Co. KG. Saarbrücken

Zimmer, R. (2004): Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. Verlag Herder Freiburg im Breisgau

Zimmer, R. (2004): Toben macht schlau! Bewegung statt Verkopfung. Verlag Herder Freiburg im Breisgau.

1.7. ARTIKEL

Bartholomew, J.B. & Jowers E.M. (2011): Physically active academic lessons in elementary children. In: Preventive Medicine 52

Bös, K., Opper, E., Woll, A. (2002): Fitness in der Grundschule (Endbericht). Wiesbaden: BAG für Haltungen und Bewegungsförderung e.V. Eigenverlag.

Bucher Della Torre, S., Akre, C., Suris, J.-C. (2010): Obesity prevention options of school stakeholders: a qualitative study. In: Journal of School Health 80(5): 233-9. Schweiz.

Breithecker, D. (1998): Arbeitsplatz Schule – so ergonomisch wie nötig, so beweglich wie möglich. In: Die Säule 3. S. 30-32

Breithecker, D. (1997): Sitzen als Belastung. Schulische Sitzwänge als Ursache vielfältiger Entwicklungsstörungen. In: Orthopädische Praxis 12, S. 816-822

Cass, Y., Price, P., Rimes, T. (2005): Finding the common ground: where health and educational agendas meet – the School Health Incentive Program (SHIP) grants scheme. In: Health Promotion Journal of Australia 16 (2): 134-7

Flaschberger, E. In: Krajič, Karl (Hrsg.) (2011): Lernen für Gesundheit. Tagungsband zur Jahrestagung 2010 der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Medieninhaber: OÖ Gebietskrankenkasse. Linz

Kickbusch, I. In: Schwartz et al. (2003): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Fischer Verlag. München

Rosenbrock, R. In: Brennecke R. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Sozialmedizin. Programmbericht Gesundheit. Verlag Hans Huber. Bern

Schnabel P. In: Hurrelmann, K., Kloth, T., Haisch, J. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber. Bern

Steen, R. (2011): Lehrer/innen stark machen! Nachdenken über Gesundheit in der Schule. Ein Beitrag aus Sicht der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitswesen 2011; 73:112-116. Thieme Verlag KG Stuttgart

Thiel, A., Teubert, H., Kleindienst-Cachay, C. (2002):“ Was soll eine „Bewegte Schule“ leisten? – theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In Zeitschrift für Heilpädagogik 2002, 52, 8, S. 329-334

Trojan, A. In: Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Juventa Verlag Weinheim und München

Zumstein, B. & Süss, F. In Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag Weinheim und München.

1.8. INTERNETQUELLEN

Bundesamt für Gesundheit: Evidence-based Public Health, Stand 21.04.2012
URL:

http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php

Ottawa Charta In: Fond Gesundes Österreich (2005), Stand 25.06.2011 URL:
http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf

Projektbericht Schule aktiv (2010) Sj 2009/2010, Stand 10.05.2011 URL:
<http://schuleaktiv.at>