

Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen? Verbreitung und Umsetzung des Programms Klasse2000

Zusammenfassung

Hintergrund. Soziale Benachteiligung geht mit psychosozialen Belastungen einher, die zu Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen führen. Im Zentrum von Präventionsbemühungen sollten soziale Gruppen stehen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen am stärksten benötigen. Diese sind jedoch in der Praxis schwer zu erreichen.

Methoden. Vor diesem Hintergrund wird am Beispiel von Klasse2000 untersucht, in welchem Umfang Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ am Programm teilnehmen und wie sich dort Akzeptanz und Praktikabilität des Programms darstellen. Datengrundlage bildet eine bundesweite Befragung teilnehmender Lehrkräfte.

Ergebnisse. 24% der Lehrkräfte geben an, an einer Schule aus einem „sozialen Brennpunkt“ zu unterrichten. Lehrkräfte aus „Brennpunkt-Schulen“ beurteilen das Unterrichtskonzept positiver als ihre Kollegen. Unterschiede hinsichtlich Intensität und Konzepttreue der Programmumsetzung bestehen nicht.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse zeigen, dass Klasse2000 von Lehrern an Grundschulen in sozialen Brennpunkten akzeptiert und erfolgreich implementiert wird.

Schlüsselwörter. schulische Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzprogramm, soziale Ungleichheit, Grundschule, Implementierung

Does school-based health promotion reach children with lower socioeconomic background? Dissemination and implementation of Klasse2000

Summary

Background. Social disadvantages are accompanied by psychosocial strain, which leads to different health risks for children and adolescents. Children with lower psychosocial resources have a higher risk to suffer from illness. Therefore prevention and health promotion should concentrate on specific target groups. These are however difficult to address.

Methods. Facing this theory-practice-dilemma of prevention the paper examines to which extend the programme Klasse2000 reaches elementary school classes from deprived areas and how the programme is accepted. Data base is a national survey of participating teachers (n = 3756).

Results. 24% of the teachers state that their school is situated in a deprived area. The results show high acceptance and practicability in this target group. Teachers in deprived areas judge the curriculum more positive than their colleagues. The groups do not differ with respect to coverage and fidelity of implementation.

Conclusion. The results indicate that life skills training in elementary schools from deprived areas with Klasse2000 is accepted and successfully implemented.

Key words: school-based health promotion, life skills training, social inequality, elementary school, implementation

Hintergrund

Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht stellt einen zentralen Erklärungsfaktor für den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen dar. Aktuelle Studien zeigen, dass in Deutschland noch immer Kinder und Jugendliche aus sozial schlechter gestellten Familien größere gesundheitliche Probleme haben als Gleichaltrige aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status. Niedriger Sozialstatus und Migrationshintergrund sind Risikofaktoren für Übergewicht, Essstörungen, motorische Defizite und psychische Probleme [17, 4]. Der Sozialstatus beeinflusst darüber hinaus das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit im Hinblick auf die eigene Gesundheit, sowie die individuellen Optionen der Bewältigungsfähigkeit.

Das Ausmaß des Bedarfs an Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Gruppen lässt sich nur schwer ermitteln. Dies liegt zum einen daran, dass der Begriff der sozialen Ungleichheit nicht eindeutig definiert ist. Einigkeit besteht darüber, dass vor dem Hintergrund des Modells einer hierarchischen Gesellschaftsstruktur die drei Merkmale Bildung, beruflicher Status und Einkommen soziale Schichten definieren [22]. Darüber hinaus sind es auch besondere Lebensumstände, die häufig mit sozialer Benachteiligung einhergehen. Hierzu gehören Alleinerziehende, kinderreiche Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund. Auch Familien, die in einem sozialen Brennpunkt leben, werden zu den Gruppen mit besonderer gesundheitlicher Belastung gezählt. Häufig sind es mehrere Belastungsfaktoren gleichzeitig, die auf Familien zutreffen.

Die folgenden Daten illustrieren die Häufigkeit von Faktoren, die im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit beschrieben werden: In Deutschland sind rund 13% der Bevölkerung von Armut bedroht. Im Jahr 2004 waren rund 10,6 Millionen Menschen betroffen, davon 1,7 Millionen Kinder [25]. Das größte Armutsrisiko trifft Kinder aus Alleinerziehendenhaushalten und Kinder Erwerbsloser. Rund 9% der Schülerinnen und Schüler aus allgemein bildenden und beruflichen Schulen sind nichtdeutscher Staatsangehörigkeit [3]. Einen Migrationshintergrund weisen jedoch nicht nur Kinder und Jugendliche mit einem ausländischen Pass auf, sondern auch Eingebürgerte sowie Spätaussiedler. Amtliche Statistiken hierfür stehen nicht zur Verfügung. In der repräsentativen Stichprobe des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts waren 14% der untersuchten Kinder entweder selbst migriert oder gehörten zur zweiten Einwanderergeneration, bei weiteren 7% ist ein Elternteil zugewandert [24]. Je nach Bundesland variieren die Anteile von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund zwischen 20% und 40%.

Soziale Ungleichheit und gesundheitsrelevantes Verhalten im Kindes- und Jugendalter

Verantwortlich für die gesundheitliche Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen sind unterschiedliche Faktoren: Neben gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen der Umgebung, z.B. durch Wohnbedingungen oder Erholungsmöglichkeiten, sind es Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung [21]. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Gesundheitsverhalten. Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien essen weniger Obst und Gemüse und mehr Fast Food [23]. Die soziale Lage der Jugendlichen hat auch einen starken Effekt auf das Freizeitverhalten. Es konnte festgestellt werden, dass Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus deutlich mehr Zeit vor dem Fernseher verbringen als Jugendliche mit einem höheren Status [13]. Gut belegt ist inzwischen der Zusammenhang von Nikotinkonsum und sozialer Lebenslage. Kinder und Jugendliche mit niedriger Schulbildung rauchen 4-5mal häufiger als mit höherem Bildungsniveau [8]. Diese Unterschiede im Bereich Ernährung, Bewegung, Medienkonsum und Substanzmissbrauch stehen

in direktem Zusammenhang mit der höheren Beschwerdehäufigkeit und Erkrankung von Schulkindern aus sozial benachteiligten Familien [11,14] und ihrem erhöhten Risiko unter Übergewicht und Adipositas zu leiden [16,18]. Darüber hinaus sind Unterschiede der täglichen Lebensgestaltung und des sozialen Miteinanders bedeutsam. Ein ungünstiges Familienklima mit häufigen Konflikten stellt ein vierfach erhöhtes Risiko für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar [17].

Diese Ergebnisse zur sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen zeigen, dass insbesondere diejenigen von einem hohen Krankheitsrisiko betroffen sind, die über geringe psychosoziale Ressourcen verfügen und ein riskantes Gesundheitsverhalten praktizieren. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus oder Migrationshintergrund möglichst frühzeitig in ihrem Gesundheitsbewusstsein und ihren persönlichen und sozialen Kompetenzen zu stärken. Hierfür eignen sich Maßnahmen der Verhaltensprävention, die individuelle Verhaltensweisen und alltägliche Aspekte der Lebensführung ebenso beeinflussen wie psychosoziale Kompetenzen. Dabei zielen die Interventionen direkt auf das konkrete Verhalten der Kinder und Jugendlichen ab und versuchen, die Selbstwirksamkeit in Bezug auf ihre eigene Gesundheit zu stärken.

Nun stellt sich das Problem, wie diese Gruppe am besten erreicht werden kann. Gelingt es nicht, die Gruppe mit den höchsten Gesundheitsrisiken zu erreichen, so läuft man Gefahr viel Aufwand für eine Zielgruppe zu betreiben, die die Maßnahme überhaupt nicht oder kaum benötigt [2]. Um die Erreichbarkeit von Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen zu steigern, erscheinen Ansätze geeignet, die in der natürlichen Lebenswelt der Kinder stattfinden und es ist wichtig zu überprüfen, ob die Intervention auch diejenigen Zielgruppen erreicht, bei denen die Belastungen besonders hoch sind. Untersuchungen zeigen, dass die stärksten Effekte der Tabakpräventionskampagne „Be smart – Don’t start“ in Gesamtschulen und Gymnasien feststellbar waren. In Hauptschulen zeigte dieser Ansatz keine Wirkung [28]. Das größte Problem stellt sich bereits bei der Implementierung schulbezogener Präventionsprogramme. In einer Studie zur Implementierung des Lebenskompetenzprogramms Lions Quest „Erwachsen werden“ zeigt sich, dass

Schulformen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Schülerinnen und Schülern das Angebot deutlich seltener nutzen als Schulen in der oberen Schulformhierarchie [5,6]. Demgegenüber wird das Programm in Schulen mit leistungsstarken Kindern intensiv umgesetzt. Die Autoren folgern, dass selbst besonders wirksame verhaltensbezogene Maßnahmen nur eingeschränkte Reichweite besitzen und effektive verhaltenspräventive Programme in der schulischen Praxis die Zielgruppe der sozial benachteiligten Schülerinnen und Schüler nur schwer erreichen.

Um die Erreichbarkeit der spezifischen Zielgruppe zu steigern ist die Grundschule ein geeignetes Setting. Durch die allgemeine Schulpflicht werden dort alle Kinder unabhängig von ihrer soziokulturellen Herkunft erreicht. Die Maßnahmen finden in Vernetzung mit der zentralen Lebenswelt der Kinder statt und werden in den normalen Unterricht eingebunden. Darüber hinaus erscheint der Zeitpunkt der Intervention geeignet. Längsschnittstudien zeigen, dass sich ein Zusammenhang zwischen Selbstkonzept, psychosozialen Kompetenzen und Gesundheitsverhalten bereits am Ende der Grundschulzeit herausgebildet hat [20]. Präventionsbemühungen sollten demnach ansetzen, bevor sich dysfunktionale Muster verfestigen.

Klasse2000

Klasse2000 ist ein Programm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule, das seit 1991 bundesweit eingesetzt wird. Träger ist der gemeinnützige Verein Programm Klasse2000 e.V. Im Schuljahr 2006/07 nahmen rund 250.000 Kinder aus über 10.500 Klassen am Programm teil. Bundesweit wird das Programm Klasse2000 in 7,3% aller Grundschulklassen durchgeführt. Am höchsten ist der Anteil teilnehmender Klassen mit 20% im Saarland und mit 16% in Schleswig-Holstein.

Klasse2000 beginnt in der 1. Jahrgangsstufe und wird über die kompletten vier Jahre der Grundschulzeit kontinuierlich durchgeführt. Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet die Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Empathie, Umgang mit Gefühlen und Konfliktlösen, effektive Kommunikation, Problemlösen, kritisches Denken und Stressbewältigung. Neben psychosozialen

Fähigkeiten werden im Programm körperbezogene Inhalte altersgemäß umgesetzt. Die Kinder lernen wichtige Funktionen des Körpers, insbesondere Atmung, Ernährung und Verdauung sowie das Herz-Kreislauf-System kennen. Durch das erweiterte Körperbewusstsein und das Verständnis relevanter Körperfunktionen wird der Grundstein für eine positive Einstellung zum eigenen Körper gelegt. Gleichzeitig wird durch Elemente zur Bewegungsförderung und Entspannung sowie zur gesunden Ernährung, gesundheitsförderliches Verhalten aufgebaut. Die Inhalte werden mit interaktiven Methoden vermittelt, die den Kindern die Möglichkeit zur handlungsorientierten Erfahrung der Lerninhalte eröffnen. In der 4. Jahrgangsstufe werden die aufgebauten Kompetenzen um suchtspezifische Elemente erweitert und gezielt die Standfestigkeit gegenüber Gruppendruck trainiert. Klasse2000 erfüllt damit methodisch wie inhaltlich Qualitätskriterien, die als Wirkfaktoren präventiver Maßnahmen herausgestellt werden [9,27].

Die Lehrkräfte werden durch genau ausgearbeitete Unterrichtsvorschläge und den Versand der Unterrichtsmaterialien in der Umsetzung des Programms unterstützt. Sie kooperieren mit externen Experten, den so genannten Klasse2000-Gesundheitsförderern. Diese sind als Honorarkräfte oder ehrenamtlich tätig, verfügen über eine medizinische, pädagogische oder psychologische Qualifikation und werden für ihren Einsatz bei Klasse2000 speziell geschult. Je nach Jahrgangsstufe führen sie 2-3 Unterrichtseinheiten in der Klasse selbst durch. Diese Stunden setzen Impulse und motivieren Schüler und Lehrer an den gesundheitsbezogenen Themen weiter zu arbeiten. Durch thematische Elternabende, eine jährliche Zeitschrift, Briefe, Broschüren und aktuelle Informationen werden die Eltern in Klasse2000-Aktivitäten eingebunden und familiäre Ressourcen gestärkt. Die Finanzierung erfolgt durch private Spenden in Form von Patenschaften für einzelne Schulklassen (240 € pro Klasse und Jahr). Diese Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass eine konzepttreue Umsetzung des Programms in der Praxis gefördert wird [26]. Die Wirksamkeit von Klasse2000 konnte in Bezug auf die Abstinenzrate beim Rauchverhalten von Kindern der 4. Jahrgangsstufe bestätigt werden [7]. Eine externe Langzeitstudie untersucht derzeit die Programmwirkung auf Verhaltensprobleme und Lebenskompetenzen der Kinder

Tabelle 1: Merkmale von Klasse2000 im Hinblick auf Good-Practice-Kriterien

Theoretische Fundierung:
<ul style="list-style-type: none"> klarer Zusammenhang (methodisch und inhaltlich) zur Prävention und Gesundheitsförderung Vermittlung von Lebenskompetenzen (effektivste Methode der Primärprävention von Sucht) Vermittlung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen mit interaktiven Methoden
Zielgruppe:
<ul style="list-style-type: none"> Setting Grundschule, um Kinder aus allen sozialen Gruppen gemeinsam frühzeitig zu erreichen
Innovation und Nachhaltigkeit:
<ul style="list-style-type: none"> Kooperation von Lehrern, Paten, Eltern und externen Experten als innovatives Konzept zur Förderung einer konzepttreuen Umsetzung in der Praxis und einer regionaler Vernetzung nachhaltige Umsetzung über vier Jahre
Integriertes Handlungskonzept und Vernetzung:
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsförderer als Multiplikatoren setzen gemeinsam mit den Lehrkräften das Programm um Qualifikation der Gesundheitsförderer durch jährliches Schulungsangebot Einbindung qualifizierter Fachkräfte vor Ort (z.B. Ärzte, Gesundheitspädagogen, Mitarbeiter von Fachstellen) Finanzierung durch Patenschaften, Vernetzung regionaler Strukturen durch die gemeinsame Förderung von Gesundheit
Niedrigschwelligkeit:
<ul style="list-style-type: none"> Setting Grundschule ermöglicht frühzeitiges Zugehen auf die Zielgruppe in ihrer Lebenswelt auf Schul- bzw. Klassenebene Barrieren durch die Notwendigkeit der Finanzierung
Partizipation, Empowerment und Settingansatz:
<ul style="list-style-type: none"> im Schwerpunkt verhaltenspräventive Maßnahme Elternarbeit als integraler Bestandteil des Programms Unterstützung struktureller Maßnahmen im schulischen Setting Schulleiter werden durch Leitfaden zur Schulentwicklung konzeptuell unterstützt
Qualitätsentwicklung und Evaluation:
<ul style="list-style-type: none"> kontinuierliche Evaluation durch den Verein Programm Klasse2000 e.V., häufig in Kooperation mit anderen Einrichtungen jährliche Prozessevaluation als Grundlage für die Überarbeitung des Programms

sowie Effekte auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten [12].

Der Arbeitskreis der BZgA „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat Qualitätskriterien entwickelt [19], die als Ausgangsbasis für die Bewertung von Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf die Verminderung sozialer Ungleichheit herangezogen werden können (Tab. 1).

Fragestellung

Verhaltensprävention in der Grundschule soll Kinder erreichen, die Gesundheitsförderung aufgrund ihrer Lebensbedingungen und ihrer sozialen Herkunft be-

sonders benötigen. Im Folgenden wird untersucht, ob die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen für das Programm Klasse2000 eine Kommstruktur schaffen, durch die sich vorwiegend Schulen aus Regionen am Programm beteiligen, deren Kinder sozial und gesundheitlich wenig belastet sind. Neben der Notwendigkeit der Finanzierung sind noch weitere Barrieren denkbar, die auch im Setting Grundschule ein „Präventionsdilemma“ [1] bewirken könnten: Man kann annehmen, dass Lehrer aus Schulen mit einem hohen Anteil an Kindern aus schwierigen Lebenslagen Unterrichtsstunden zur Verhaltensmodifikation schwieriger

finden. Wenig leistungsstarke Kinder, die gemeinhin mit geringeren Handlungsressourcen ausgestattet sind, haben vermutlich größere Schwierigkeiten, die Inhalte zu verstehen und in ihrem Alltag umzusetzen. Die Vermittlung bedarf eines höheren Zeitaufwands, der die Umsetzung des außercurricularen Programms weiter erschwert. Die genannten Faktoren müssten sich auf die Akzeptanz und Durchführungstreue auswirken. Die folgenden Fragestellungen werden untersucht:

1. Erreichbarkeit der Gruppe sozial Benachteiligter: Wie hoch ist der Anteil an teilnehmenden Klassen, die aus einem sozialen Brennpunkt kommen?
2. Akzeptanz und Praktikabilität: Wie beurteilen Lehrkräfte, die Klassen aus einem sozialen Brennpunkt unterrichten, das Programm? Wie gut funktioniert aus Sicht der Lehrkräfte die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderern? Ist das Programm Klasse2000 im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse von sozial benachteiligten Gruppen praktikabel?
3. Durchführungstreue: Gelingt in Klassen aus einem sozialen Brennpunkt eine konzepttreue und intensive Umsetzung?

Methode

Prozedur der Datenerhebung

Am Ende des Schuljahrs 2005/06 wurde bundesweit allen am Programm Klasse2000 teilnehmenden Lehrkräften (n = 9104) ein Fragebogen zugeschickt mit der Bitte, ihn ausgefüllt mit dem beiliegenden Freiumschlag (Porto zahlt Empfänger) oder per Fax an den Verein Programm Klasse2000 e.V. zurückzusenden. Die Teilnahme war freiwillig, die Rücksendung erfolgte anonym. Acht Wochen später wurde per Email an die Schulleitungen an die Befragung erinnert. Es gab keine monetären oder nicht-monetären Anreize. Auf direktes Nachfassen durch ein erneutes Anschreiben wurde verzichtet.

Stichprobe

Die Datengrundlage bilden 3756 Fragebögen, die fristgerecht zurückgeschickt wurden. Dies entspricht einem Rücklauf von 41,3%. Die Stichprobe lässt sich wie folgt charakterisieren: 3478 der antwortenden Lehrkräfte sind weiblich (92,6%), 253 männlich (6,7%). 25 machten keine

Angabe zu ihrem Geschlecht. Der Altersbereich liegt zwischen 23 und 65 Jahren mit einem Mittelwert von 46 Jahren.

Fragebogen

Die Fragebögen erfassten Beurteilungen des Unterrichtskonzepts und der Kooperation mit den externen Fachkräften sowie Aspekte der Programmumsetzung. Das Konzept und die Kooperation mit dem Gesundheitsförderer wurden anhand einer fünfstufigen Skala (4=sehr gut, 3=gut, 2=befriedigend, 1=ausreichend, 0=mangelhaft) insgesamt bewertet. Mit dem gleichen Bewertungsschlüssel wurden einzelne Aspekte des Programms (Unterrichtsziele, methodisch-didaktisches Vorgehen, Arbeitsmaterialien) sowie der Zusammenarbeit (Kooperation und Absprachen, fachlich kompetente Durchführung, kindgerechte Gestaltung der Stunden) beurteilt. Zusätzlich wurde abgefragt, ob die Lehrkraft von der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsförderer profitieren konnte.

Aspekte der Programmdurchführung wurden anhand von drei Faktoren [10] erfasst: „dose“ (Prozentsatz umgesetzter Programminhalte), „adherence“ (konzepttreue Durchführung) sowie „participant responsiveness“ (aktive Beteiligung der Schülerinnen und Schüler). Für die Erfassung der Umsetzung machten die Lehrkräfte zu jedem Unterrichtsvorschlag Angaben, ob und zu welchem Anteil sie die Unterrichtsinhalte einzelner Stunden umgesetzt haben und bewerten die jeweilige Unterrichtsstunde (fünfstufige Skala von „sehr gut“ bis „mangelhaft“). Die konzepttreue Umsetzung wurde mit der Frage „Haben Sie sich bei der Umsetzung der Unterrichtseinheiten an die Vorschläge des Lehrerhefts gehalten?“ (4=ja, vollständig; 3=ja, weitgehend; 2=zum Teil; 1=nein, eher nicht; 0=nein, überhaupt nicht) erfasst. Eventuelle Abweichungen wurden offen erfragt. Die aktive Beteiligung der Schüler wurde von den Lehrkräften prozentual geschätzt („Wie viel Prozent der Schüler haben sich an den Klasse2000-Stunden aktiv beteiligt?“).

Der Begriff „sozialer Brennpunkt“ ist wissenschaftlich nicht scharf definiert. Zudem ist es im Rahmen einer Lehrerbefragung nicht möglich, exakte sozioökonomische Daten zu erfragen. Aus diesen Gründen wurde die Zugehörigkeit zu

einem sozialen Brennpunkt über zwei Indikatoren definiert: hoher Migrantenanteil und/oder eine hohe Arbeitslosigkeit in der Region. Die Einstufung folgt der subjektiven Einschätzung der Lehrkraft und spiegelt wieder, ob diese ihren Arbeitsort als „Brennpunkt-Schule“ bezeichnen würden. Ihr liegen keine amtlichen Statistiken zugrunde.

Statistische Methoden

Für die Beschreibung der Stichproben wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Mittelwerte und Standardabweichungen ermittelt. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen wurden der χ^2 -Test sowie der T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus von $p < .05$ wurden als statistisch signifikant betrachtet. Die Auswertungen wurden mit dem Programm SPSS Version 14.0 durchgeführt.

Ergebnisse

Erreichbarkeit der Gruppe sozial Benachteiligter

Insgesamt geben 23,5% der Lehrkräfte an, dass ihrer Kenntnis nach die Schule an der sie unterrichten zu einem sozialen Brennpunkt gehört. Dieser Prozentsatz ist in der Gruppe, die vor vier Jahren mit dem Programm begonnen hat, mit 21,4% am geringsten, in der 1. Jahrgangsstufe mit 24,6% am höchsten (Tab. 2). Dies bedeutet, dass der Anteil an Klassen in den letzten vier Jahren kontinuierlich gesteigert werden konnte.

Der Anteil der Grundschullehrer, die nach eigener Einschätzung an Schulen aus sozialen Brennpunkten unterrichten, ist in Berlin (57,3%), Brandenburg (42,1%) und Mecklenburg-Vorpommern (58,3%) überdurchschnittlich hoch. In den übrigen Bundesländern liegt der Anteil im Bereich von 16,7% (Bayern) bis 27,3% (Hessen).

Akzeptanz und Praktikabilität des Unterrichtskonzepts aus der Sicht von Lehrkräften

Das Unterrichtskonzept von Klasse2000 wird von den Lehrkräften positiv beurteilt. Die Frage „Wie gefällt Ihnen das Klasse2000-Unterrichtskonzept?“ beantworten 27,1% mit „sehr gut“ und weitere 56,8% mit „gut“. Im Mittel wird das Unterrichtskonzept auf der fünfstufigen

Skala von 0 bis 4 mit 3,08 bewertet, wobei Lehrkräfte aus sozialen Brennpunkten das Konzept insgesamt positiver beurteilen als ihre Kollegen (vgl. Tabelle 3; $T=2,219$, $df=1407$, $p=0,027$). Die positive Bewertung findet sich in allen Jahrgangsstufen wieder. Unterschiede

bestehen in der Beurteilung des Unterrichtskonzepts der 2. Klasse ($T=1,96$, $df=962$, $p=0,050$).

In der Beurteilung von Zielen und Methode unterscheiden sich die Gruppen nicht, die Arbeitsmaterialien werden von Lehrern aus Brennpunkt-Schulen tenden-

ziell besser bewertet (vgl. Tabelle 3; $T=1,721$, $df=1418$, $p=0,086$).

Auch die Bewertung einzelner Unterrichtsstunden liegt durchgehend im oberen Skalenbereich (Mittelwert=3,09; Standardabweichung=0,50), wobei die Werte zwischen 0 und 4 variieren (Skala von 0 bis 4). Systematische Unterschiede in der Bewertung einzelner Unterrichtsstunden finden sich vorwiegend in der 4. Jahrgangsstufe bei der Vermittlung suchtspezifischer Elemente. Lehrkräfte aus sozialen Brennpunkten beurteilen die Unterrichtseinheiten „Informationen über das Rauchen und über Alkohol“ sowie „Nein darf sein“ kritischer ($T=-2,104$, $df=504$, $p=0,036$; $T=2,100$, $df=157$, $p=0,037$). Die Unterrichtsstunde „Ich verpflichte mich“ wird demgegenüber positiver beurteilt ($T=2,100$, $df=157$, $p=0,037$; vgl. Tabelle 4). Im Vergleich fällt auf, dass Lehrer aus Brennpunkt-Schulen alle drei Elemente durchschnittlich mit „gut“ bewerten. Lehrkräfte, die nicht an „Brennpunkt-Schulen“ unterrichten, beurteilen die Unterrichtseinheit „Ich verpflichte mich“ kritischer als die beiden anderen suchtspezifischen Elemente.

Tabelle 2: „Stammt die Schule an der Sie unterrichten nach Ihrer Kenntnis aus einem sozialen Brennpunkt (hoher Migrantenanteil, hohe Arbeitslosigkeit in der Region)?“ Anzahl Fälle und prozentualer Anteil.

	„ja“	„nein“	keine Angabe
1. Jahrgangsstufe (Beginn 2005/06)	331 (24,6%)	996 (74,0%)	19 (1,4%)
2. Jahrgangsstufe (Beginn 2004/05)	242 (24,1%)	746 (74,4%)	15 (1,5%)
3. Jahrgangsstufe (Beginn 2003/04)	177 (22,4%)	604 (76,6%)	8 (1,0%)
4. Jahrgangsstufe (Beginn 2002/03)	132 (21,4%)	474 (76,7%)	12 (1,9%)
gesamt	882 (23,5%)	2820 (75,1%)	54 (1,4%)

Tabelle 3: Beurteilung des Klasse2000-Unterrichtskonzepts durch die Lehrkräfte.

	„gefällt“ (insgesamt) MW ¹ und SD ²	Ziele MW ¹ und SD ²	Methode MW ¹ und SD ²	Materialien MW ¹ und SD ²
Lehrkräfte aus sozialen Brennpunkten	3,13 (SD=0,75)*	3,29 (SD=0,66)	2,96 (SD=0,83)	3,08 (SD=0,81)
Andere	3,06 (SD=0,73)*	3,26 (SD=0,68)	2,98 (SD=0,77)	3,02 (SD=0,78)
Insgesamt	3,08 (SD=0,73)	3,26 (SD=0,66)	2,98 (SD=0,79)	3,04 (SD=0,79)

* $p < 0,05$ Signifikanz des Mittelwertunterschieds

¹MW = Mittlere Bewertung auf einer 5stufigen Skala von 0 („mangelhaft“) bis 4 („sehr gut“)

²SD = Standardabweichung

Tabelle 4: Beurteilung suchtspezifischer Elemente der 4. Jahrgangsstufe durch die Lehrer. Mittelwerte und Standardabweichungen.

	„Informationen über das Rauchen und über Alkohol“ MW ¹ und SD ²	„Ich verpflichte mich“ MW ¹ und SD ²	„Nein darf sein“ MW ¹ und SD ²
Lehrkräfte aus sozialen Brennpunkten	3,06 (SD=0,67)*	3,01 (SD=0,71)*	3,04 (SD=0,73)*
Andere	3,20 (SD=0,61)*	2,82 (SD=0,92)*	3,24 (SD=0,67)*
Insgesamt	3,17 (SD=0,63)	2,85 (SD=0,89)	3,20 (SD=0,69)

* $p < 0,05$ Signifikanz des Mittelwertunterschieds

¹MW = Mittlere Bewertung auf einer 5stufigen Skala von 0 („mangelhaft“) bis 4 („sehr gut“)

²SD = Standardabweichung

Aspekte der Durchführungstreue

Durchführungsintensität

In der Programmumsetzung unterscheiden sich Lehrer aus Brennpunkt-Schulen nicht von ihren Kollegen. Im Durchschnitt setzen sie 75,4% ($SD=20,14$) der Unterrichtsinhalte um, wobei die Umsetzung in der 1. Jahrgangsstufe mit 79,8% ($SD=15,32$) am höchsten und in der 3. Jahrgangsstufe mit 68,8% ($SD=23,19$) am niedrigsten ausfällt.

Aktive Mitarbeit

Insgesamt schätzen die antwortenden Lehrkräfte die aktive Beteiligung von Schülerinnen und Schülern an den Klasse2000-Unterrichtsstunden sehr hoch ein. Durchschnittlich sind 83,4% der Schüler aktiv eingebunden ($SD=16,92$), wobei die Angaben zwischen 5 und 100% variieren. Die aktive Beteiligung von Schüler und Schülerinnen aus Brennpunkt-Schulen wird von den Klassenlehrern mit durchschnittlich 82,2% um 0,4 Prozentpunkte geringer eingeschätzt als die Beteiligung von Schülern anderer Schulen.

Konzepttreue

79,7% der Lehrkräfte der Gesamtstichprobe halten sich vollständig oder weitgehend an das in den Unterrichtsvorschlägen vorgegebene Konzept ($MW=3,09$,

SD=0,63, Skala von 0 bis 4). Unterschiede zwischen Lehrern aus Brennpunkt-Schulen und anderen bestehen nicht.

Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderern

Die Bewertung der Zusammenarbeit mit den externen Experten liegt in allen Bewertungsdimensionen im oberen Skalenbereich (vgl. Tabelle 5).

Lehrer aus sozial benachteiligten Regionen unterscheiden sich dabei in ihrer Beurteilung nicht von anderen Lehrkräften. 79,1% der Lehrer aus Brennpunkt-Schulen geben an, von der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsförderer persönlich zu profitieren. Demgegenüber sind es 76,2% der anderen Lehrkräfte ($\chi^2=2,956$, $df=1$, $p=0,086$). Mehr als ein Drittel der Befragten (31,6%) hält das methodisch-didaktische Vorgehen der Unterrichtsstunden für Gesundheitsförderer für verbesserungsbedürftig, dabei sind es mit 34,8% mehr Lehrkräfte aus Brennpunkt-Schulen ($\chi^2=5,427$, $df=1$, $p=0,020$). Dieser Unterschied zeigt sich auch in der Bewertung der in den Gesundheitsförderer-Stunden verwendeten Materialien. Hier sind es 20,0% der Brennpunkt-Lehrer im Vergleich zu 16,7% der Lehrer anderer Schulen, die einen Verbesserungsbedarf sehen ($\chi^2=4,952$, $df=1$, $p=0,026$). Insgesamt werden die Unterrichtsstunden der Gesundheitsförderer von Lehrern aus Brennpunkt-Schulen kritischer beurteilt bei gleichzeitig höherer Wertschätzung der Zusammenarbeit mit externen Experten.

Diskussion

Beim Versuch den Anteil an Klassen aus sozial benachteiligten Gebieten zu bestimmen, stößt man auf methodische Schwierigkeiten. Die Bezeichnung „sozialer Brennpunkt“ ist ein sozialpolitischer Begriff, der wissenschaftlich nicht klar definiert ist. Jede Form der Erfassung der regionalen Zugehörigkeit zu einem Brennpunkt enthält zwangsläufig eine gewisse Unschärfe, nicht zuletzt, weil auch die innerstädtische Armut zunimmt, diese jedoch nicht so sichtbar ist wie in Hochhaussiedlungen, die benachteiligte Wohnquartiere verdichten [15]. Aus diesem Grunde haben wir auf die Erfassung sozioökonomischer Daten der Region verzichtet und stattdessen die subjektiven Einschätzungen der Lehrer als Daten-

grundlage herangezogen. Diese haben insofern eine hohe ökologische Validität als sie die aus Lehrersicht besonderen Bedürfnisse der Schulklassen widerspie-

geln. Jahren der Anteil an Klassen aus sozialen Brennpunkten steigen konnte. Dies konnte aufgrund der besonderen Unterstützungsstruktur von Klasse2000, die vor

Tabelle 5: Beurteilung der Zusammenarbeit mit dem Klasse2000-Gesundheitsförderer durch die Lehrer. Mittelwerte und Standardabweichungen.

	Zusammenarbeit insgesamt	Kooperation und Absprachen	fachlich kompetente Durchführung	kindgerechte Gestaltung des Unterrichts
	MW ¹ und SD ²	MW ¹ und SD ²	MW ¹ und SD ²	MW ¹ und SD ²
„Brennpunkt-Schulen“	3,15 (SD=0,96)	3,29 (SD=0,79)	3,04 (SD=1,05)	2,91 (SD=1,08)
Keine „Brennpunkt-Schulen“	3,33 (SD=0,85)	3,37 (SD=0,83)	3,16 (SD=0,94)	3,13 (SD=0,96)
Insgesamt	3,31 (SD=0,85)	3,36 (SD=0,83)	3,15 (SD=0,94)	3,12 (SD=0,97)

*p <0,05 Signifikanz des Mittelwertunterschieds

¹MW = Mittlere Bewertung auf einer 5stufigen Skala von 0 („mangelhaft“) bis 4 („sehr gut“)

²SD = Standardabweichung

geln.

Ausgangspunkt war die Frage, in welchem Ausmaß Klasse2000 Kinder aus benachteiligten Gruppen erreicht. Das Programm ist speziell für die Grundschule konzipiert und bietet so die Möglichkeit, alle Kinder unabhängig von ihrer sozio-kulturellen Herkunft gemeinsam präventiv zu erreichen. Die Notwendigkeit der Finanzierung könnte eine Schwelle darstellen, die dazu führt, dass insbesondere Schulen aus gut situierten Regionen am Programm teilnehmen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass aus der Sicht der Lehrkräfte jede vierte teilnehmende Klasse einen hohen Anteil an Schülern mit Migrationshintergrund oder eine hohe Arbeitslosenquote in der Region aufweist. Es ist davon auszugehen, dass dieser „gefühlte Anteil“ von sozialen Brennpunkten auf Seiten der Grundschullehrer höher ist als der tatsächliche. Darüber hinaus wurde der Prozentsatz auf Klassenebene und nicht auf Schulebene erfasst. Da städtische Schulen und damit auch vermehrt Schulen aus sozialen Brennpunkten eine höhere Anzahl an Parallelklassen eines Jahrgangs aufweisen als Schulen in besser situierten Regionen ist anzunehmen, dass der Prozentsatz teilnehmender Schulen aus sozialen Brennpunkten unter 25% liegt. Vor dem Hintergrund, dass Klasse2000 überwiegend privat finanziert wird, ist es besonders erstaunlich, dass in den vergangenen

alle von Lions Clubs getragen wird, gelingen, indem gezielt Schulen aus benachteiligten Regionen Anschlag und Unterstützung angeboten wurde. Dies zeigt deutlich, dass das – nicht zuletzt aufgrund leerer staatlicher Kassen – viel beschworene bürgerschaftliche Engagement unter bestimmten Bedingungen funktionieren kann.

Die beschriebenen Ergebnisse belegen eine hohe Akzeptanz seitens der Lehrkräfte. Die durchschnittlichen Urteile liegen für das Unterrichtskonzept und die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderern im oberen Skalenbereich, wobei Lehrer aus sozialen Brennpunkten Konzept und Arbeitsmaterialien noch positiver bewerten als ihre Kollegen. Sie beurteilen die durch die Gesundheitsförderer abgehaltenen Unterrichtsstunden kritischer, geben jedoch häufiger als ihre Kollegen an, von der Zusammenarbeit mit den externen Experten persönlich zu profitieren. Die Hypothese, dass insbesondere Unterrichtsstunden mit verhaltensbezogenen Methoden in Klassen aus Brennpunkt-Schulen schwieriger umzusetzen sind, konnte nicht bestätigt werden. Die suchtspezifischen Unterrichtseinheiten mit Rollenspielen und Verhaltensverträgen werden von Lehrkräften aus sozial benachteiligten Regionen ebenso gut bzw. signifikant positiver beurteilt. Klasse2000 ist nicht spezifisch für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder konzipiert. Es vermittelt allgemeine Grundlagen des

Gesundheitsverhaltens und psychosoziale Kompetenzen. Konzept und Methoden sind aus Sicht der Lehrkräfte gut handhabbar und können einfach den individuellen Bedürfnissen einzelner Schulklassen angepasst werden. Somit wird das Programm auch den Bedürfnissen der spezifischen Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder gerecht.

Fazit für die Praxis

Das Programm Klasse2000 zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbereitung in der Grundschule wird bundesweit in mehr als 10.500 Klassen durchgeführt. Die Grundschule bietet ein geeignetes Setting, um alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft zu erreichen. Die Befunde zeigen, dass das Programm Klasse2000 an Brennpunkt-Schulen erfolgreich implementiert werden kann und den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht wird. Eine langfristige Implementierung des Unterrichts gelingt über die kompletten vier Jahre der Grundschulzeit. Um die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher zu erhöhen, ist es notwendig, den Zugang zu solchen Präventionsmaßnahmen zu erleichtern. Im Falle von Klasse2000 ermöglicht eine besondere Unterstützungsstruktur Prävention auch für die Kinder, die es besonders benötigen.

Korrespondierender Autor



Dr. phil. C. Storck
Verein Programm
Klasse2000 e.V.,
Feldgasse 37, 90489 Nürnberg
christina.storck@klasse2000.de

Literatur

- Bauer U (2005) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS, Wiesbaden
- Bauer U, Hurrelmann K (2005) Preaching to the saved? Chancen schulischer Gesundheitsförderung. Pädiatrische Praxis 67: 401-411
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn
- BDP (Hrsg) Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. [http://www.bdp-verband.org, 16.03.2007]
- Bittlingmayer UH, Hurrelmann K (2005) Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch W, Badura B (Hrsg) Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 173-192
- Bittlingmayer UH, Sirch U (2006) „Erwachsen werden“ an deutschen Schulen. Eine Implementierungsstudie in den ausgewählten Bundesländern Hamburg, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Abschlussbericht der Bielefelder Begleitforschung im Auftrag der gemeinnützigen Lions Quest e.V. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld
- Bölskei PL, Hörmann A, Holleder A, Jordan S, Fenzel H (1997) Suchtprävention an Schulen. Besondere Aspekte des Nikotinabus. Prävention und Rehabilitation 9: 82-88
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2006) Förderung des Nichtrauchens. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA, Köln
- Cuijpers P (2002) Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. Addictive Behaviors 27: 1009-1023
- Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB (2003) A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. Health Education Research 18: 237-256
- Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50: 711-717
- Hanewinkel R, Wiborg G (i.V.) Langzeitstudie zu den Effekten des Präventionsprogramms Klasse2000. [http://www.ift-nord.de, 31.01.2007].
- Hurrelmann K; Klocke A; Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg) (2003) Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim München
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U, Schlack R, Schlaud M (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50: 686-700
- Keller C (2005) Leben im Plattenbau. Zur Dynamik sozialer Ausgrenzung. Campus, Frankfurt a. M.
- Kolip P (2004) Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 47: 235-239
- Kurth BM (2006) Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 49: 1050-1058
- Kurth A, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50: 736-42
- Lehmann F, Geene R, Kaba-Schönstein L, Kilian H, Meyer-Nürnberg M, Brandes S, Bartsch G (2006) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. BZgA, Köln
- Lohaus A, Klein-Hessling J, Ball J, Wild M (2004) The Prediction of Health-related Behaviour in Elementary School Children. Journal of Health Psychology 9(3): 375-379
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Mielck A (2003) Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In BZgA (Hrsg) Gesundheitsförderung für Sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 22: 10-19
- Richter A (2005) Armut und Ernährung. In Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hrsg) Impulse, März 2005. S 11-12
- Schenk L (2005). Aktuelles zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KiGGS): Zur Beteiligung von Migrantenkinder. Epidemiologischer Bulletin 35: 325
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2006) Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Storck C, Duprée T, Dokter A Bölskei PL (2007) Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. Prävention und Gesundheitsförderung 2: 19-25
- Tobler NC, Stratton HH (1997) Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. Journal of Primary Prevention 18: 73-128
- Wiborg G, Hanewinkel R, Kliche KO (2002) Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart - Don't Start“: eine Analyse nach Schularten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 127: 430-436