



Modellhafte Erprobung einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen in Deutschland

Sachbericht | Internetfassung

November 2016

Universität Osnabrück

Prof. Dr. Birgit Babitsch

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



DAS VOM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) INITIIERTE UND GEFÖRDERTE
MODELLVORHABEN ‚GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG IN GRUNDSCHULEN‘ WIRD VON DER
BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) KOORDINIERT UND VON DER
UNIVERSITÄT OSNABRÜCK DURCHGEFÜHRT.

1 Eckdaten zur Projektdurchführung

Förderkennzeichen	Z2/40.2/13
Projektleitung	Prof. Dr. Birgit Babitsch
Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter	Projektsteuerung Lea Feldkämper M. Sc. Marie-Christin Herbrich M. A. Myriam Šišić Evaluation Katharina Kallage M. Sc. Daniel Rosenfeldt MPH Koordination in der Modellregion Merle Erdmann M. A. Ina Pöche-Guckelberger MPH Lisa-Marie Strube B. A. Ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Anhang aufgeführt.
Beteiligte Organisationen	Schulamt der Stadt Flensburg Gesundheitsamt Stadt Flensburg Fachbereich Gesundheit und Kinder- und Jugendärztlicher Dienst Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig e. V. Staatliches Schulamt für den Landkreis und die Stadt Kassel Gesundheitsamt Region Kassel Kinder- und Jugendgesundheit und allgemeine Prävention Schulamt für den Kreis Recklinghausen Gesundheitsamt Kreis Recklinghausen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Landeszentrum Gesundheit NRW
Beteiligte Ministerien	Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Hessisches Kultusministerium Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

	Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen
Kontaktdaten	Universität Osnabrück FB 8 - Humanwissenschaften Institut für Gesundheitsforschung und Bildung Abteilung New Public Health Barbarastr. 22c 49076 Osnabrück
Laufzeit	1. November 2013 bis 31. Oktober 2016
Gesamtfördersumme	1.158.986,14 Euro

2 Inhaltsverzeichnis

1	Eckdaten zur Projektdurchführung.....	2
2	Inhaltsverzeichnis.....	4
	Abbildungsverzeichnis.....	9
	Tabellenverzeichnis.....	10
	Abkürzungsverzeichnis.....	12
3	Zusammenfassung.....	13
4	Einleitung.....	15
4.1	Ausgangslage des Projektes.....	16
4.1.1	Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen im nationalen und internationalen Vergleich.....	19
4.1.2	Interventionsansätze und -angebote im Kindes- und Jugendalter.....	23
4.1.2.1	Früherkennungs- und Reihenuntersuchungen.....	24
4.1.2.2	Gesundheitsförderung und Prävention.....	25
4.1.3	Grundannahmen des Modellvorhabens.....	30
4.1.4	Veränderungen der Kontextbedingungen in der Projektlaufzeit.....	32
4.2	Projektziele des Modellvorhabens.....	33
4.3	Ziele und Konzept der Prozess- und Ergebnisevaluation.....	36
4.4	Projektstruktur.....	38
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	41
5.1	Verbindliche Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren aus dem Schul- und Gesundheitsbereich.....	44
5.1.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	44
5.1.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	45
5.1.3	Datenerhebung und Datenauswertung.....	45

5.2	Kontextanalyse in den teilnehmenden Modellregionen – Status-quo-Berichte	47
5.2.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	47
5.2.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	49
5.2.3	Datenerhebung und Datenauswertung	49
5.3	Schulärztliche Untersuchung	50
5.3.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	51
5.3.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	51
5.3.2.1	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung im Rahmen der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung.....	52
5.3.2.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation	56
5.3.3	Datenerhebung und Datenauswertung	62
5.3.3.1	Datenerhebung und Datenauswertung im Rahmen der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung.....	62
5.3.3.2	Datenerhebung und Datenauswertung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation.....	63
5.4	Schulgesundheitsberichte.....	64
5.4.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	65
5.4.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	65
5.4.3	Datenerhebung und Datenauswertung	66
5.5	Aktivitäten der Gesundheitsförderung.....	67
5.5.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	67
5.5.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	68
5.5.3	Datenerhebung und Datenauswertung	69
5.6	Vernetzung der Akteurinnen und Akteure	70
5.6.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	71
5.6.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	71

5.6.3	Datenerhebung und Datenauswertung	72
5.7	Gesamtbewertung des Modellvorhabens hinsichtlich der Umsetzung und der erreichten Effekte.....	73
5.7.1	Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele.....	74
5.7.2	Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.....	74
5.7.3	Datenerhebung und Datenauswertung	77
6	Ergebnisse	80
6.1	Charakterisierung der teilnehmenden Modellregionen und Schulen	80
6.1.1	Charakterisierung der teilnehmenden Modellregionen	80
6.1.2	Auswahl und Charakterisierung der teilnehmenden Schulen in den Modellregionen	82
6.2	Schulärztliche Untersuchung (Phase 1)	84
6.2.1	Untersuchungskonzept der schulärztlichen Untersuchung	85
6.2.2	Durchführbarkeit der schulärztlichen Untersuchung in den Modellregionen	86
6.2.3	Beteiligung an der schulärztlichen Untersuchung.....	88
6.2.4	Ergebnisse zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	89
6.2.4.1	Subjektive Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	89
6.2.4.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler	90
6.2.4.3	Körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler.....	92
6.2.4.4	Handlungsempfehlungen	98
6.2.4.5	Freizeit- und Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler	100
6.2.4.6	Schulische Laufbahn und Erfolg.....	102
6.2.4.7	Lebensweltrelevante Aspekte für die Gesundheit in den Grundschulen.....	104
6.2.5	Ergebnisse der Prozessevaluation	106
6.2.5.1	Eignung der Elternmaterialien.....	108
6.2.5.2	Praktikabilität des Untersuchungskatalogs und der Untersuchungskonzeption	109
6.2.5.3	Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung.....	111
6.2.5.4	Güte des Untersuchungskonzeptes und des Untersuchungskatalogs	113

6.2.6	Zusammenfassung und Fazit	115
6.3	Schulgesundheitsberichte (Phase 2)	117
6.3.1	Konzeption der Schulgesundheitsberichte.....	117
6.3.2	Berichtsformate.....	118
6.3.2.1	Kurzbericht	119
6.3.2.2	Langbericht	120
6.3.3	Ergebnisse der Prozessevaluation	121
6.3.3.1	Bewertung der Berichtsformate durch die Beteiligten	122
6.3.3.2	Bewertung der Relevanz der Ergebnisse aus Sicht der Schulen und der Eltern.....	123
6.3.4	Zusammenfassung und Fazit	124
6.4	Aktivitäten der Gesundheitsförderung (Phase 3)	126
6.4.1	Konzeption und Prozessschritte der dritten Phase des Modellvorhabens	129
6.4.2	Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den teilnehmenden Schulen	134
6.4.2.1	Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung.....	134
6.4.2.2	Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich Bewegung.....	136
6.4.2.3	Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich psychosoziale Gesundheit sowie sonstige Aktivitäten	137
6.4.2.4	Prozesse der Schulentwicklung und Verstetigung der Aktivität der Gesundheitsförderung	138
6.4.3	Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation	138
6.4.4	Zusammenfassung und Fazit	140
6.5	Gesamtbewertung des Modellvorhabens	141
6.5.1	Konzeption und Umsetzung des Modellvorhabens	141
6.5.2	Effekte auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie auf die Aktivitäten der Gesundheitsförderung in der Schule	144
6.5.3	Aufwand-Nutzen-Relation	146
6.5.4	Vernetzung und Kontextfaktoren.....	148

6.5.5	Prä-Post-Vergleich für die Schulleitungen.....	149
7	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....	152
7.1	Zielerreichung	152
7.1.1	Konnte das Modellvorhaben erfolgreich, d. h. der Konzeption entsprechend, und unter den gegebenen Vor-Ort-Bedingungen umgesetzt werden? (Zielbereich 1)	153
7.1.2	Fand das Modellvorhaben eine hohe Akzeptanz bei den Schülerinnen bzw. Schülern sowie bei den beteiligten Akteursgruppen? (Zielbereich 2)	157
7.1.3	Ist mit dem Modellvorhaben eine valide Erfassung von Gesundheitsrisiken/-ressourcen für die schulische Entwicklung bzw. in der Lebenswelt Grundschule gelungen und ließen sich daraus passgenaue Aktivitäten der Gesundheitsförderung/ Prävention ableiten, die die Chancen auf Schulerfolg bzw. Gesundheit in der Lebenswelt Grundschule erhöhen? (Zielbereich 3).....	161
7.1.4	Konnte das Modellvorhaben zur Etablierung bzw. Schaffung von nachhaltigen Strukturen der Gesundheitsförderung/ Prävention in der Lebenswelt Grundschule und zur stabilen Vernetzung der zu beteiligenden Akteurinnen bzw. Akteure beitragen? (Zielbereich 4)	167
7.1.5	Gesamtbewertung.....	171
7.1.6	Beitrag des Modellvorhabens zur Förderung der Gesundheit der Kinder und einer gesunden Lebenswelt Grundschule	173
8	Gender-Mainstreaming-Aspekte	175
9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	176
10	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)	181
11	Publikationsverzeichnis.....	186
12	Literaturverzeichnis	187
Anhang	218

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wechselwirkung zwischen Bildung und Gesundheit	17
Abbildung 2	Zielesystem des Modellvorhabens	36
Abbildung 3	Umsetzungsphasen und Arbeitspakete	39
Abbildung 4	Übersicht zur Verteilung der Komponenten der schulärztlichen Untersuchung auf das Untersuchungsteam	88
Abbildung 5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler	90
Abbildung 6	Bekanntheitsgrad der Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bei den Eltern	105
Abbildung 7	Angemessenheit der Elternmaterialien aus Sicht der Schulleitungen und der Lehrerinnen bzw. Lehrer	108
Abbildung 8	Bewertung der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung	110
Abbildung 9	Beurteilung der ersten Phase des Modellvorhabens durch die Untersuchungsteams der Modellregionen	111
Abbildung 10	Gründe der Eltern für die Nicht-Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung	112
Abbildung 11	Beispiel für die Darstellung der Ergebnisse im Kurzbericht zum Themenfeld Gesundheit	120
Abbildung 12	Beispiel einer Karte der Gesundheitsförderung	129
Abbildung 13	Adaptiertes Prozessmodell der Aktivitäten der Gesundheitsförderung an den teilnehmenden Schulen auf Grundlage des ‚Modells der Schulentwicklungsschleife‘ (Nilshon & Schminder 2005, zit. in Kohtz & Reinink 2011, S. 114)	130
Abbildung 14	Zusammensetzung der Steuergruppe in den teilnehmenden Schulen	131
Abbildung 15	Passung der Aktivitäten aus Sicht der Beteiligten	139
Abbildung 16	Prozentuale Verteilung des Items ‚Ich finde es gut, dass ‚GrundGesund‘ durchgeführt wird.‘	143
Abbildung 17	Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt aus Sicht der Akteurinnen und Akteure	145
Abbildung 18	Nutzen der im Modellvorhaben gewonnenen Erfahrungen aus Sicht der Schulleitungen und der Lehrerinnen bzw. Lehrer	148

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Dimensionen und Indikatoren des Index für Inklusion	18
Tabelle 2	Übersicht zu den Befragungszeitpunkten und den jeweils adressierten Zielgruppen	43
Tabelle 3	Übersicht zur Evaluation der Kommunikation und Kooperation sowie zur Schaffung der formalen Strukturen und praktischen Voraussetzungen zwischen den Partnerinnen bzw. Partnern und den beteiligten Akteurinnen und Akteuren des Modellvorhabens	46
Tabelle 4	Übersicht zur Evaluation der Kontextanalyse	50
Tabelle 5	Arbeits- und Zeitplan für die Entwicklung und Durchführung der schulärztlichen Untersuchung	52
Tabelle 6	Übersicht über die Evaluationskriterien und Indikatoren zur schulärztlichen Untersuchung	57
Tabelle 7	Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der schulärztlichen Untersuchung	63
Tabelle 8	Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Berichtsformate	66
Tabelle 9	Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Aktivitäten der Gesundheitsförderung	70
Tabelle 10	Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Vernetzung	73
Tabelle 11	Übersicht zur Operationalisierung der Gesamtbewertung	75
Tabelle 12	Übersicht zu den Erhebungen zur Gesamtbewertung des Modellvorhabens	77
Tabelle 13	Untersuchungssitem des Elternfragebogens und der schulärztlichen Untersuchung	86
Tabelle 14	Soziodemografische Unterschiede in der subjektiven Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	89
Tabelle 15	Soziodemografische Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler	91
Tabelle 16	Körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	92
Tabelle 17	Psychische Auffälligkeiten bei den Schülerinnen und Schüler	94
Tabelle 18	Auffällige Screeningbefunde zur körperlichen Gesundheit im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung der Schülerinnen und Schüler (Befunddokumentation, Befundkategorie A)	97
Tabelle 19	Handlungsempfehlungen auf Basis der schulärztlichen Untersuchung	99
Tabelle 20	Freizeitverhalten der Schülerinnen und Schüler	101
Tabelle 21	Schulverlauf der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler	103
Tabelle 22	Schulalltag und schulisches Umfeld in den teilnehmenden Schulen	104
Tabelle 23	Eignung der Elternmaterialien aus Sicht der Eltern	109
Tabelle 24	Soziodemografische Daten zu den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Eltern und Kindern	113

Tabelle 25	Vergleich der Reliabilität für den SDQ und die KIDSCREEN-10-Kinderversion	115
Tabelle 26	Berichtsformate und Distribution	118
Tabelle 27	Bewertung der Kurz- und Langberichte durch die Beteiligten	122
Tabelle 28	Bewertung der Relevanz der Ergebnisse durch die Schulen und Eltern	123
Tabelle 29	Zusammensetzung der Steuergruppen in den teilnehmenden Grundschulen (1. Termin)	132
Tabelle 30	Beurteilung der Passung der gesundheitsförderlichen Aktivität durch die Beteiligten	139
Tabelle 31	Beurteilung der Zielerreichung durch die Beteiligten	140
Tabelle 32	Beurteilung der Konzeption und der Umsetzung des Modellvorhabens	142
Tabelle 33	Bewertung von Aspekten der guten, gesunden Schule	144
Tabelle 34	Veränderungen bei schulrelevanten Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	146
Tabelle 35	Beurteilung der Aufwand-Nutzen-Relation	147
Tabelle 36	Beurteilung der Vernetzung und der Kontextfaktoren	148
Tabelle 37	Prä-Post-Bewertung des Modellvorhabens durch die Schulleitungen	150
Tabelle 38	Gesamtbewertung des Modellvorhabens auf Basis der Zielbereiche und der konzeptionellen Eckpunkte	171

Abkürzungsverzeichnis

AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Dks	Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GF	Gesundheitsförderung
GG	GrundGesund
GU	Gesundheitsuntersuchung
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MFA	Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter
MoMo	Motorik-Modul
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OGS	Offener Ganzttag
o. J.	Ohne Jahr
o. O.	Ohne Ort
OPUS	Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit
o. S.	Ohne Seite
RKI	Robert Koch-Institut
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMA	Sozialmedizinische Assistentin/ Sozialmedizinischer Assistent
SR	Schulreihenuntersuchung
SU	Schulärztliche Untersuchung

3 Zusammenfassung

Das Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ – ‚GrundGesund‘ hatte zum Ziel, einen komplexen Ansatz zur Förderung der Gesundheit von Kindern im Grundschulalter bzw. zur Stärkung der schulischen Gesundheitsförderung zu entwickeln und in seiner Umsetzbarkeit zu prüfen. Die wesentlichen Komponenten von GrundGesund waren die Durchführung einer schulärztlichen Untersuchung in den Schulen, die Entwicklung von Berichtsformaten zur Schülersgesundheit sowie die Ableitung und Durchführung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den teilnehmenden Schulen. Dem Modellvorhaben ging eine Machbarkeitsstudie voraus (BZgA 2013a), in der wesentliche Prämissen für die Konzeptionalisierung und Durchführung der einzelnen Komponenten festgelegt wurden.

Das Modellvorhaben wurde in drei Modellregionen, dem Kreis Recklinghausen, der Stadt Flensburg und der Stadt Kassel, in engem Austausch mit den Partnerinnen und Partnern aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Schulverwaltung durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 40 Grundschulen in den drei Regionen, und 1303 Kinder der dritten Klassen nahmen das Angebot einer schulärztlichen Untersuchung an (Response: 60,8 %). Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Kinder über eine gute Gesundheit verfügt; jedoch auch, dass bei einem Teil der Kinder bereits relevante gesundheitliche Risiken und Probleme bestehen. Im Zuge der schulärztlichen Untersuchung erfolgten insbesondere in den Bereichen Sehen und Motorik der Kinder auffällige Screeningbefunde, d. h. den Eltern bis zum Zeitpunkt der Untersuchung unbekannt bzw. unzureichend versorgte Gesundheitsprobleme (Befundkategorie A) wurden erkannt. Die Daten weisen darüber hinaus auf zum Teil sehr ausgeprägte soziale Unterschiede in der Gesundheit der Kinder hin: So sind die gesundheitlichen Risiken bei Kindern mit Eltern mit einem niedrigen Bildungsabschluss im Vergleich zu Kindern mit Eltern mit einem hohen Bildungsabschluss zum Teil um das Drei- bis Vierfache erhöht. Dies trifft insbesondere auf das Übergewicht bzw. die Adipositas und die motorischen Fähigkeiten zu. Auch bei der elterlichen Einschätzung der ‚Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘ schneiden die Kinder in Familien mit geringem Bildungsstatus im Vergleich zu Kindern in Familien mit hohem Bildungsstatus schlechter ab.

Jede teilnehmende Schule erhielt einen Schulgesundheitsbericht, der die Basis für die Aktivitäten der Gesundheitsförderung darstellte. Hierzu wurden Steuergruppen eingerichtet, in denen zunächst Prioritäten zur Förderung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler festgelegt und daran anschließend geeignete Aktivitäten abgeleitet wurden. Abschließend wurde mindestens ein konkretes Projekt für die Schule festgelegt und entwickelt, welches zudem eine hohe Passung zu den bisherigen Aktivitäten an der Schule aufweist. Insgesamt führten 33 Grundschulen Projekte durch, deren Schwerpunkte im Be-

reich Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit lagen. Alle Projekte knüpften eng an die Voraussetzungen und Erfahrungen der einzelnen Schule an und waren niedrigschwellig sowie auf Verstetigung angelegt. Letztgenanntes konnte bereits in der Projektlaufzeit in zehn Schulen erzielt bzw. in 16 Schulen gebahnt werden.

Das Modellvorhaben konnte – wie auch die Evaluationsergebnisse belegen – die intendierten Ziele erreichen und zeigen, dass sich das Gesamtkonzept gut umsetzen lässt. Zugleich können mit den Ergebnissen die Voraussetzungen an eine Implementierung von GrundGesund im Speziellen und der schulischen Gesundheitsförderung im Allgemeinen detailliert benannt werden. Im Vordergrund steht dabei eine langfristige Unterstützung der Schulen auf ihrem Weg hin zu einer gesunden Lebenswelt. Dies schließt die Schaffung von strukturellen Voraussetzungen ebenso ein wie die Etablierung einer individuellen, kontinuierlichen und engen Begleitung der Schulen. Zwei wesentliche Gelingensbedingungen sind hierfür die Koordination, die angemessen personell und strukturell auszustatten ist, sowie der strukturell verankerte enge Austausch und die verbindliche Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure aus dem Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereich.

4 Einleitung

Der Durchführung des Modellvorhabens ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ – ‚GrundGesund‘ ging eine umfangreiche Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) voraus, in der wesentliche Eckpunkte und Durchführungsvoraussetzungen für das Modellvorhaben benannt wurden. Ziel des Modellvorhabens war es, die Umsetzbarkeit der komplex angelegten Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen und die Erreichung der damit verbundenen Ziele zu prüfen. Die Komponenten der Gesundheitsuntersuchung sind eine schulärztliche Untersuchung, die Entwicklung und Bereitstellung von Schulgesundheitsberichten sowie die Stärkung des Gesundheitsförderungsprozesses an den Grundschulen. Zentrales und übergeordnetes Anliegen des Modellvorhabens war es, einen neuen und wirksamen Beitrag zu leisten, die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Kinder in der Grundschule zu fördern. Dies erfolgte entsprechend der Konzeption über zwei Pfade: 1. über Hinweise zur individuellen Gesundheit der Kinder an die Eltern (Screeningbefunde) und 2. über Hinweise zum Kollektiv der Schülerinnen und Schüler (Schulgesundheitsberichte) an die Schulen zur Unterstützung ihrer Entwicklung hin zu einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt. Die Gesundheitsuntersuchung war als komplementäres Angebot zu den bereits bestehenden Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter konzipiert und schließt an die Schuleingangsuntersuchungen an.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diesen Modellversuch initiiert und gefördert. Die Koordination lag bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Durchführung bei der Universität Osnabrück. Die Umsetzung des Modellvorhabens erfolgte gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereichs in drei Modellregionen, dem Kreis Recklinghausen, der Stadt Flensburg und der Stadt Kassel. Vom Grundsatz her war das Modellvorhaben partizipativ angelegt und zielte auf eine enge und nachhaltige Vernetzung mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren der Lebenswelt Grundschule ab. Das Modellvorhaben gliederte sich in eine Vorbereitungs-, Durchführungs- und Abschlussphase, und wurde über den gesamten Projektzeitraum wissenschaftlich evaluiert (Prozess- und Ergebnisevaluation).

Nachstehend wird die Ausgangslage des Modellvorhabens kurz skizziert sowie auf die Ziele und die Projektstruktur eingegangen. Dabei wird bei der verwendeten Literatur der Schwerpunkt auf aktuelle Studien und Veröffentlichungen gelegt.

4.1 Ausgangslage des Projektes

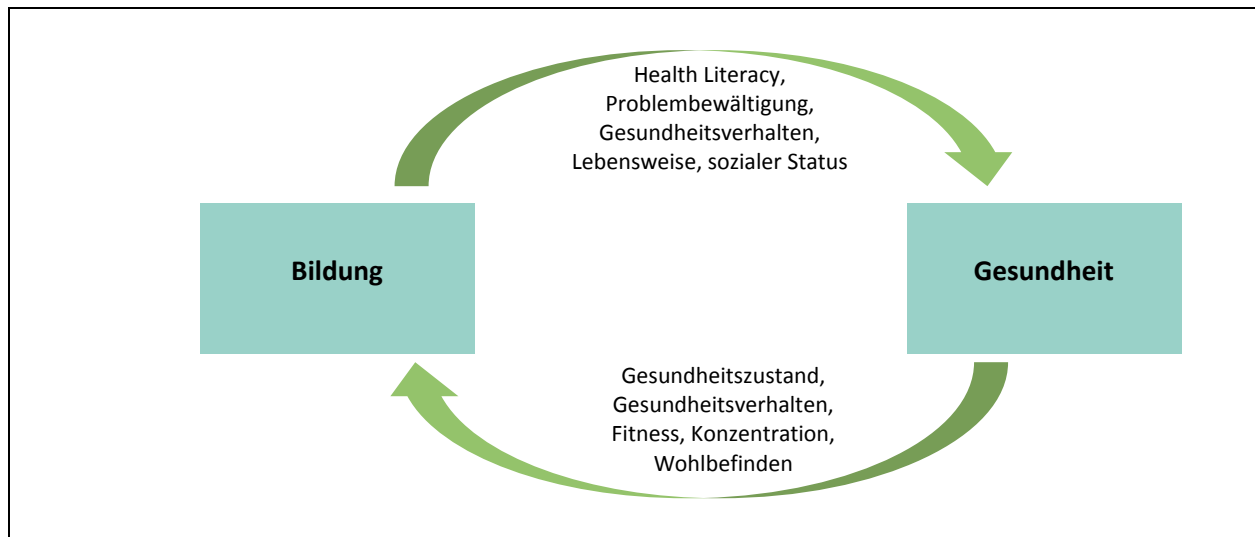
Das Grundschulalter ist eine Lebensphase, die durch zahlreiche Entwicklungsschritte und -aufgaben gekennzeichnet ist. Mit dem Übergang in die Schule verändert sich das Leben von Kindern grundlegend; sie unterliegen einem durch das Schulsystem vorgegebenen Rhythmus und sind gefordert, die in der Schule festgelegten Entwicklungs- und Lernaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Eine gute Gesundheit und eine angemessene Unterstützung im schulischen und familiären System erleichtert es Kindern, die an sie gestellten Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

Der enge Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird durch eine Vielzahl von Studien belegt, die auf die darin bestehende Wechselwirkung hinweisen (vgl. u. a. Mielck 2000; Richter & Hurrelmann 2009; Paulus 2010; Dadaczynski 2012; Babitsch & Götz 2016; Hurrelmann 2016; Lampert et al. 2016). So ist die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für den Bildungserfolg, und zugleich ist Bildung eine bedeutende soziale Determinante für die Gesundheit im Kindes- und Erwachsenenalter. In der Empfehlung der Kultusministerkonferenz (KMK 2012) wird die Bedeutung dieser Wechselwirkung hervorgehoben und den Schulen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention zugeschrieben, die als „grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit“ (KMK 2012, S. 3) verstanden werden. Als Themen der Gesundheitsförderung und Prävention benennt die KMK (2012, S. 5-6) u. a. Ernährungsbildung, Bewegungs-, Spiel- und Sportförderung, Stressprävention und Selbstmanagement sowie Lärmprävention.

Zu diesem Themenfeld liegen zahlreiche Forschungsarbeiten vor, die die oben genannten Aspekte unterstützen und die Wechselwirkung zwischen Bildung und Gesundheit und die Rolle der Schulen in der Gesundheitsförderung und Prävention präzisieren. Insbesondere kommt den Grundschulen eine zentrale Rolle zu, da sie als erster schulischer Bildungsort die Basis für die weitere schulische Laufbahn legen.

In der nachstehenden Abbildung 1 sind die in den Studien benannten Einflussfaktoren und die beschriebenen wechselseitigen Effekte (vgl. u. a. Mielck 2000; RKI 2008, 2010; Egerter et al. 2009; Richter & Hurrelmann 2009; Dadaczynski 2012; Paulus et al. 2014; Babitsch & Götz 2016; Hurrelmann 2016) grafisch dargestellt.

Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen Bildung und Gesundheit



Verwendete Quellen: Mielck 2000; RKI 2008, 2010; Egarter et al. 2009; Richter & Hurrelmann 2009; Dadaczynski 2012; Paulus et al. 2014; Babitsch & Götz 2016; Hurrelmann 2016

Des Weiteren stehen Schulen mit dem Ansatz der Inklusion, der seit Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention im Jahre 2009 in Deutschland verbindlich ist, vor großen Herausforderungen, die in den Ländern bislang unterschiedlich umgesetzt werden konnten (Schwohl & Sturm 2010; Mißling & Ückert 2014; Blanck 2015; Klemm 2015). Ziel der Inklusion ist es im Unterschied zur Integration, dass alle Kinder mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten am Schulleben teilhaben können (UNESCO 1994, 2009). In diesem Zusammenhang wird von einem weiten und engeren Inklusionsbegriff gesprochen, der hinsichtlich des Inklusionsanspruches unterschiedliche Implikationen für die Schulen beinhaltet (siehe z. B. Löser & Werning 2015). Während der engere Inklusionsbegriff sich primär auf Menschen mit Behinderungen bezieht, schließt die weitere Auslegung des Begriffes auch relevante Diversity-Merkmale mit ein, die mit einer sozialen Benachteiligung einhergehen können. Zentral ist dabei, dass die oftmals dichotome Differenzierung in bspw. Kinder mit und ohne Behinderungen zugunsten einer individuellen Betrachtung aufgehoben wird, in der jedes Kind über ein „Mehr“ und „Weniger“ an Ressourcen, Möglichkeiten und Einschränkungen verfügt. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, setzt dies grundlegende Veränderungen des Schulalltages und des Unterrichtes voraus, der nicht nur das gemeinsame Lernen fördert, sondern in dem sich auch das gemeinsame Lernen zugleich am individuellen Lernen und dem Lernfortschritt orientiert und sich an dieses anpasst (siehe z. B. Boban & Hinz 2003; Mahlau et al. 2011).

Für die Umsetzung von inklusiven Bildungsansätzen gibt es unterschiedliche Standards (vgl. Reich 2012; Moser 2013). Ein zentrales Instrument, welches im Rahmen von inklusiver Schulentwicklung eingesetzt

wird, ist der Index für Inklusion - Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt (Booth & Ainscow 2002; adaptiert für Deutschland von Boban & Hinz 2003). Der Index für Inklusion ist ein Instrument für die Selbstevaluation von Schulen, welches „die Qualität von Schule nicht über die Leistung der Schüler/innen, sondern über die kritische Analyse der Barrieren in den Kulturen, Strukturen und Praktiken der Schule“ (Reich 2012, S. 159) misst. Das Instrument besteht aus drei Dimensionen mit jeweils zwei übergeordneten Indikatoren (siehe Tabelle 1), die wiederum in weitere Indikatoren differenziert sind.

Tabelle 1: Dimensionen und Indikatoren des Index für Inklusion

Inklusive Kulturen schaffen		Inklusive Strukturen etablieren		Inklusive Praktiken entwickeln	
Gemeinschaft bilden	Inklusive Werte verankern	Eine Schule für alle entwickeln	Unterstützung für Vielfalt organisieren	Lernarrangements organisieren	Ressourcen mobilisieren

Der Index für Inklusion wurde mehrfach in Schulen als Evaluationsinstrument erprobt. Erste Ergebnisse (vgl. z. B. Hinz & Boban 2013; Schwager & Pilger 2013) beschreiben den Einsatz positiv. Insbesondere scheint er geeignet zu sein, zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema der Inklusion und auch zu einer entsprechenden Neuorientierung der Schule beitragen zu können.

Mit der engen Verknüpfung des Index für Inklusion mit dem Konzept der schulischen Gesundheitsförderung setzten sich Simon und Kruschel (2013) auseinander. Sie sehen in dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schule eine große Anschlussfähigkeit zum Anliegen inklusiver Schulentwicklungsprozesse. Diese „können – angeregt durch das Fragenkompendium des Index für Inklusion – u. a. zur Etablierung und ‚Pflege‘ partizipativer Strukturen, von Enthierarchisierung und Demokratisierung, zur Schaffung einer Schulkultur der Anerkennung, die stressmindernd wirkt, führen“ (Simon & Kruschel 2013, o. S.). Vor dem Hintergrund der entscheidenden Rolle der Lebenswelt Schule für die Gesundheit der Kinder erscheint dieses besonders relevant. Die Autoren sehen mit der Nutzung des Index für Inklusion die Chance für eine nachhaltige Gesundheitsförderung, in welcher ein starker Fokus auf Verhältnisänderungen gelegt wird (Simon & Kruschel 2013). Jedoch ist die Synthese dieser beiden Perspektiven bis dato noch unzureichend erfolgt.

4.1.1 Gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen im nationalen und internationalen Vergleich

Mit den Daten der Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) konnten erstmalig für Deutschland repräsentative Einblicke in die Gesundheit dieser Altersgruppen gewonnen werden (RKI 2008, 2010). Die Basiserhebung erfolgte zwischen 2003 bis 2006 und die erste Folgebefragung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 1) zwischen 2009 und 2012 (Hölling et al. 2012; Lange et al. 2014; RKI 2016). Die Datenerhebung der KiGGS Welle 1 erfolgte im Rahmen einer telefonischen Befragung als kombinierte Quer- und Längsschnitterhebung (N = 12368).

In der Basiserhebung (2003 bis 2006) wurde deutlich, dass bereits im Alter von 6 bis 10 Jahren, ein Anteil von insgesamt 15,8 % (Jungen: 20,5 %; Mädchen: 10,9 %) eine chronische Krankheit hat (Scheidt-Nave et al. 2007; BMG 2009) und sich vergleichsweise hohe Prävalenzraten bei den als neue Morbidität umschriebenen Erkrankungen, wie bspw. Adipositas und ADHS (Kurth & Schaffrath Rosario 2007; Schlack et al. 2007, 2008; RKI 2008, 2010), finden. Der Anteil der chronischen kranken 7- bis 10-Jährigen lag im Zeitraum 2009 bis 2012 bei 11,6 % der Mädchen und bei 20,2 % der Jungen (Gesamt: 16 %, KiGGS Welle 1, Neuhauser et al. 2014).

Zudem belegen die KiGGS-Daten, dass gesundheitsrelevante Risiken sozial ungleich verteilt sind, d. h. dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien in höherem Maße von Belastungsfaktoren und gesundheitlichen Problemen betroffen sind und ihnen zugleich weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Befunde der KiGGS-Basiserhebung deuten zudem auf Kumulationen von sozialen Risiken hin, da bspw. Kinder mit Migrationshintergrund zugleich häufiger in Familien mit einem niedrigen Sozialstatus leben (Lampert & Kurth 2007; RKI 2008, 2010). Die Daten der KiGGS Welle 1 bestätigen diese Befunde und damit die Persistenz dieser Unterschiede (Ellert et al. 2014; Lampert et al. 2014). Damit ist zugleich eine große Anforderung insbesondere an die Gesundheitsförderung und Prävention benannt, da diese einen wichtigen Beitrag zur Reduktion sozial bedingter Ungleichheit in der Gesundheit leisten kann. Bekannt ist, dass es hierfür geeigneter Interventionsansätze bedarf, die an den Interessen, Möglichkeiten und Ressourcen der unterschiedlichen sozialen Gruppen ansetzen (vgl. z. B. Schott & Kuntz 2011; Babitsch & Götz 2016; Kilian et al. 2016). Eine wichtige Rolle spielen hierfür verhältnisbezogene Ansätze in den Lebenswelten (vgl. z. B. Muckelbauer et al. 2011; Cohen et al. 2014; Christian et al. 2015; Heelan et al. 2015; Schwartz et al. 2016).

Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Ein wichtiges Maß zur Beschreibung der Gesundheit ist die subjektive Gesundheit sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Ergebnisse der KiGGS Welle 1 belegen eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Ellert et al. 2014). 94 % der 7- bis 10-Jährigen hatten eine gute bzw. sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Einschätzung wurde allerdings schlechter, wenn körperliche Erkrankungen, Schmerzen, psychische Auffälligkeiten sowie ein niedriger sozioökonomischer Status vorlagen.

Die HBSC-Studie 2013/14 (2015a) zeigte, dass 16,7 % der Mädchen und 10,2 % der Jungen ihren Gesundheitszustand als schlecht beschreiben. Der prozentuale Anteil erhöhte sich bei den Mädchen im Altersgang, während dieser bei den Jungen weitgehend stabil bleibt. Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2013/14 deuten ebenfalls auf soziale Unterschiede in der Beurteilung der subjektiven Gesundheit hin. Jugendliche mit niedrigerem familiärem Wohlstand bzw. mit Migrationshintergrund beurteilten demnach ihre subjektive Gesundheit etwas schlechter.

Psychische Gesundheit

Daten zur psychischen Gesundheit liegen mit der KiGGS-Studie als Querschnitts- und Längsschnittergebnisse vor (Hölling et al. 2014). Psychische Auffälligkeiten wurden mit dem SDQ-Symptomfragebogen (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) erfasst. Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren wiesen eine psychische Auffälligkeit auf (KiGGS Welle 1). Diese lag vor, wenn der SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig auffällig oder auffällig war. Psychische Auffälligkeiten hatten Mädchen mit einem prozentualen Anteil von 16,9 % seltener als Jungen mit 23,4 % (Hölling et al. 2014). Im Alter von 7 bis 10 Jahre lag der entsprechende Wert bei 23,1 % (Hölling et al. 2014). Im Vergleich zur Basiserhebung ist die Prävalenz stabil; dies gilt auch für die Veränderungen differenziert nach soziodemografischen Merkmalen, die ebenfalls auf keine bedeutsamen Unterschiede im Zeitvergleich hinweisen.

Die Relevanz der Verhaltensstörungen bei Schulanfängern zeigen des Weiteren die Ergebnisse der schulärztlichen Eingangsuntersuchung (SEU) in Bremen, die in der Folge den Untersuchungskatalog um ein Verhaltensscreening und um das Angebot einer psychodiagnostischen Untersuchung erweitert haben (Korsch et al. 2013). Die Ergebnisse sprechen dafür – so eine wichtige Schlussfolgerung – ein vorschulisches Screening nach Verhaltensstörungen einzuführen, um frühzeitig Förderbedarfe erkennen und gezielte Interventionen einleiten zu können.

Körpergewicht

Übergewicht und Adipositas sind bereits im Kindes- und Jugendalter ein bedeutsamer Risikofaktor für die Gesundheit. Die Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung hat das Ausmaß dieser Problematik verdeutlicht und zu erheblichen Debatten, Initiativen und Aktivitäten in diesem Bereich geführt (RKI 2008, 2010). In zahlreichen Studien wurden die Einflussfaktoren auf das kindliche Übergewicht und die Adipositas herausgearbeitet, die auf eine komplexe Gen-Umwelt-Interaktion hindeuten (vgl. z. B. Funk et al. 2015; Rolland-Cachera et al. 2016).

Die Ergebnisse der KiGGS Welle 1 zeigten, dass sich das Übergewicht einschließlich Adipositas bei Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren auf einem hohen Niveau eingependelt hat (KiGGS-Basis: 18,8 % vs. KiGGS Welle 1: 18,9 % (korrigierter Wert)) (Brettschneider et al. 2015; siehe auch Eissing & Düsterhaus 2015). Allerdings ließ sich, wenn auch nicht signifikant, für die Prävalenz der Adipositas ein leichter Anstieg erkennen (KiGGS-Basis: 8,9 % vs. KiGGS Welle 1: 10,0 % (korrigierter Wert)). Für das Übergewicht und die Adipositas bestehen starke soziale Unterschiede mit höheren Prävalenzraten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus sowie auch mit Migrationshintergrund (RKI 2008, 2010; Kurth & Schaffrath Rosario 2007; Eissing & Düsterhaus 2015). In Großbritannien hat sich nach White et al. (2016) sogar der soziale Gradient bei der Adipositas im Kindes- und Jugendalter im Zeitraum von 2007 bis 2012 verstärkt.

Nach Ergebnissen der HBSC-Studie 2013/14 (2015b) waren 7,8 % der Mädchen und 10,1 % der Jungen übergewichtig oder adipös. Der prozentuale Anteil war dabei bei den Jungen etwas höher als bei den Mädchen und nahm mit dem Alter zu. Auch Untergewicht spielte bei den Jugendlichen eine Rolle. Der Anteil lag hier bei den Mädchen bei 17,8 % und bei den Jungen bei 12,6 %. Das Auftreten eines Übergewichtes ist stark mit soziodemografischen Variablen assoziiert. So war er umso höher, je geringer der familiäre Wohlstand war. Auch sind Kinder und Jugendlichen mit einem Migrationshintergrund stärker betroffen (HBSC-Studie 2015b). Der Zusammenhang bildete sich in umgekehrter Weise für das Untergewicht ab.

Die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter wird stark durch das Ernährungs-, Medien- und Bewegungsverhalten beeinflusst. Inzwischen liegen zahlreiche Ergebnisse vor, die einen Einblick in bestehende gesundheitliche Risiken in diesen Verhaltensbereichen geben.

Ernährung

Borrmann et al. (2015) zeigten, dass nur ein geringer prozentualer Anteil von 12,2 % der Mädchen und 9,4 % der Jungen die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag konsumieren. Der Durchschnitt lag bei den Mädchen bei 2,7 Portionen Obst und Gemüse pro Tag und bei den Jungen bei 2,4 Portionen. Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass ein Zusammenhang mit dem Alter der Kinder, dem Sozialstatus, dem Bildungsniveau der Eltern und dem Medienkonsum besteht. Auch fanden sich Unterschiede im Ernährungsverhalten, die auf ein ungünstigeres Ernährungsverhalten von Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hindeuten (Schenk et al. 2016). Diese lassen sich jedoch nur zum Teil über den Sozialstatus erklären und deuten somit auch auf kulturelle Muster im Ernährungsverhalten hin.

Bewegung

Zur Beschreibung des Bewegungsverhaltens werden in den Studien die körperliche Aktivität und die sportliche Aktivität unterschieden. 77,5 % der Kinder und Jugendlichen trieben Sport bzw. 59,7 % waren in einem Sportverein aktiv (KiGGS Welle 1, Manz et al. 2014). Allerdings erreichten nur 27,5 % der Kinder und Jugendlichen die WHO-Empfehlung (körperliche Aktivität von täglich mindestens 60 Minuten). Soziale Unterschiede bildeten sich bei diesen Daten nur beim Sporttreiben ab.

Auch die HBSC-Studie 2013/14 (2015c) zeigte, dass nur ein geringer Anteil der Mädchen (12 %) und der Jungen (19,1 %) körperlich aktiv ist. Der Anteil sank mit dem Alter der Jugendlichen; auch war die körperliche Aktivität eng mit dem familiären Wohlstand assoziiert. 57,5 % der Mädchen und 69,3 % der Jungen waren regelmäßig, d. h. mindestens zwei Stunden pro Woche, sportlich aktiv (HBSC-Studie 2015d). Der Anteil der sportlichen Inaktiven lag bei 5,5 % der Jugendlichen. Bei der sportlichen Aktivität bestanden ebenfalls alters- und geschlechtsspezifische sowie soziodemografische Unterschiede. Bei Letztgenanntem ergab sich eine prozentuale Differenz bei der sportlichen Aktivität zwischen niedrigem und hohem familiären Wohlstand von +19,8 % bei den Mädchen bzw. von +21,8 % bei den Jungen (HBSC-Studie 2015d).

Medienkonsum

Der Medienkonsum wird zunehmend als ernstzunehmender Risikofaktor für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen angesehen. Der Effekt des Medienkonsums auf die Gesundheit kann über zwei unterschiedliche Pfade resultieren: zum einen wirkt sich die intensive Informationsaufnahme ungünstig auf eine gesunde Entwicklung, z. B. auf die Fähigkeit zur Konzentration, aus; zum anderen gehen mit dem Medienkonsum eine Bewegungsarmut und ein inaktiver Lebensstil einher (Lampert et al. 2007; Manz et al. 2014). Neuere Studien zeigen, dass der sitzende, inaktive Lebensstil als eigenständiger Risikofaktor zu betrachten ist (Bucksch & Schlicht 2014).

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen wiesen nach den Ergebnissen der HBSC-Studie 2013/14 (2015e) einen problematischen Fernsehkonsum auf. Mit dem Alter nahm der Fernsehkonsum deutlich zu; zudem war dieser höher bei Jugendlichen mit niedrigem familiärem Wohlstand sowie mit Migrationshintergrund. Neben dem Fernsehkonsum spielt zunehmend die Nutzung von Computern, Spielkonsolen und Smartphones eine bedeutsame Rolle. Die Hälfte der Jugendlichen nutzte „in ihrer Freizeit mindestens zwei Stunden den Computer, um Hausaufgaben zu erledigen, zu chatten, im Internet zu surfen oder E-Mails zu schreiben“ (HBSC-Studie 2015f, o. S.). Auch hier fand sich ein deutlicher Anstieg in den Konsumzeiten mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen.

4.1.2 Interventionsansätze und -angebote im Kindes- und Jugendalter

Die Förderung der Gesundheit von Kindern erfolgt in Deutschland durch unterschiedliche Strategien. Neben einem umfassenden Angebot von Früherkennungs- und Reihenuntersuchungen haben sich zunächst die präventiven und dann die gesundheitsförderlichen Aktivitäten verstärkt. In diesem Zusammenhang haben sich in den letzten Jahren wichtige Initiativen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene entwickelt, mit dem Ziel die Gesundheit von Kindern bzw. Jugendlichen und die Gesundheitsförderung in den relevanten Lebensfeldern zu stärken (siehe Kapitel 4.1.2.2).

Zudem liegen mit der Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen nun auch repräsentative Daten zur Gesundheit und zu gesundheitlichen Risiken dieser Altersgruppe vor, die auch Aussagen zu zeitlichen Trends erlauben (siehe Kapitel 4.1.1). Diese werden durch die länderspezifische Gesundheitsberichterstattung, bspw. die Analysen der Schuleingangsuntersuchung, ergänzt.

Unbestritten ist, dass das Grundschulalter sich besonders eignet, langfristige Effekte auf die Gesundheit sowie auf die schulische und die soziale Entwicklung bei frühzeitiger Intervention zu erzielen (vgl. z. B. Heseke & Beer 2004; Augste et al. 2012; Dadaczynski 2012).

4.1.2.1 Früherkennungs- und Reihenuntersuchungen

In Deutschland wird ein umfangreiches Früherkennungsprogramm für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren angeboten, welches nun durch das Präventionsgesetz eine Erweiterung findet (BMG 2016). Bislang schloss dieses insgesamt zehn Untersuchungen für diese Altersgruppen zu verschiedenen Altersphasen ein (U1 bis U9), deren Abstände mit zunehmendem Alter der Kinder größer werden (G-BA 2016a). Jede Untersuchung hat spezifische Schwerpunkte, die gesundheitliche Entwicklung des Kindes zu überprüfen. Im Jugendalter besteht das Angebot einer J1 (G-BA 2016b).

Mit dem Präventionsgesetz, welches am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist (BMG 2016), wurde der Leistungsanspruch erweitert und nun haben alle versicherten Kinder einen Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung bis zum 18. Lebensjahr. Zahlreiche gesetzliche Krankenkassen boten bereits die U10 im Alter von 7 bis 8 Jahren und die U11 im Alter von 9 bis 10 Jahren kostenfrei für die Versicherten an. Hierbei handelte es sich um ein Wahlleistungsangebot der jeweiligen Krankenkasse.

Nach § 26 SGB V umfasst der Anspruch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Mit Beschluss vom 18. Juni 2015 wurde die Kinder-Richtlinien im G-BA formal und inhaltlich überarbeitet (G-BA 2016c). Ergänzend sind Änderungen durch das Präventionsgesetz aufzugreifen, durch die zukünftig ein stärkeres Augenmerk auf die Erfassung und Bewertung individueller Belastungen und gesundheitlicher Risikofaktoren gelegt werden soll. Dazu gehört auch, die Anzahl der Untersuchungen festzulegen, so dass das Altersspektrum von 0 bis 18 Jahren gut abgedeckt ist.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen und auch des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) zeigten, dass die Inanspruchnahmeraten der U-Untersuchungen mit dem höheren Lebensalter der Kinder sanken und diese auch nach sozialem Status sowie Migrationshintergrund deutlich variierten (Kamtsiuris et al. 2007). Neben unterschiedlichen Kampagnen, unter anderem auch der BZgA, wurde in nahezu allen Ländern ein verbindliches Einladungswesen eingeführt, welches jedoch in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgestaltet ist (Nothhafft 2008; Thaiss et al. 2010). Seither hat sich die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen deutlich erhöht und bestehende soziodemografische Unterschiede haben sich reduziert (Rattay et al. 2014). In das verbindliche Einladungswesen sind die neuen Untersu-

chungen (U10 und U11) nicht integriert. Welche Änderungen sich durch die Umsetzung des Präventionsgesetzes diesbezüglich ergeben, bleibt abzuwarten.

Vor Beginn der Grundschule wird in allen Ländern eine verpflichtende Untersuchung der Kinder durchgeführt mit dem Ziel, die Schulfähigkeit des Kindes zu bewerten (BZgA 2013a). In den einzelnen Ländern werden für diese gesundheitliche Untersuchung vor Schulbeginn unterschiedliche Begriffe verwendet. Am häufigsten wird diese als Schuleingangsuntersuchung (z. B. in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Hansestadt Bremen und Schleswig-Holstein) benannt. In anderen Ländern (z. B. Berlin) werden diese unter Einschulungsuntersuchung geführt. Weitere Bezeichnungen sind: Schuleingangsuntersuchung, kinderärztliche Untersuchung ihres Kindes – Einschulung (KJGDV) (Brandenburg), Schulaufnahmeuntersuchung (Freistaat Sachsen) und Schulärztliche Schulaufnahmeuntersuchung (Freistaat Thüringen). Im Rahmen des Berichtes wird der Begriff Schuleingangsuntersuchung verwendet. Auch hinsichtlich der durchgeführten Untersuchungen finden sich Differenzen im Umfang und in den eingesetzten Untersuchungsmethoden. Mit der Entwicklung des sog. Bielefelder Modells (LIGA.NRW o. J.) wurde ein Untersuchungsinventar vorlegt, welches inzwischen neben Nordrhein-Westfalen von mehreren Ländern (z. B. Schleswig-Holstein, Hessen) eingesetzt wird.

Schulreihenuntersuchungen werden per Gesetz nur in vier Bundesländern in Deutschland (Mecklenburg-Vorpommern, Freistaat Sachsen, Sachsen-Anhalt und Freistaat Thüringen) flächendeckend für Kinder im Grundschulalter angeboten; vereinzelt, je nach Bedarf, findet sich ein solches Angebot auch noch in Brandenburg (BZgA 2013a).

4.1.2.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Darüber hinaus steht Kindern und Jugendlichen eine Vielzahl von unterschiedlichen verhaltens- und verhältnisbezogenen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung (MDS 2015; RKI 2015). Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht mit dem § 20 des SGB V der gesetzliche Auftrag zur Gesundheitsförderung und Primärprävention, der durch das neue Präventionsgesetz (BMG 2016, NPK 2016) noch erweitert wurde. Neben dem Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, wird auch der Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen explizit adressiert. Ein Schwerpunkt des Präventionsgesetzes im Bereich der Gesundheitsförderung liegt auf der Stärkung des Setting-Ansatzes. Dies bietet Chancen für die Weiterentwicklung der schulischen Gesundheitsförderung (siehe z. B. Paulus et al. 2016).

Die Ergebnisse des Präventionsberichtes zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass inzwischen auch in den Settings zahlreiche Angebote vorhanden sind, jedoch der Schwerpunkt immer noch auf verhaltensorientierten Maßnahmen liegt (MDS 2015). Bei den settingspezifischen Aktivitäten dominieren die Kindertagesstätten und die Grundschulen (MDS 2015): 12000 der insgesamt 23000 Aktivitäten fanden in diesen beiden Settings statt. Fast die Hälfte der von den Krankenkassen geförderten Aktivitäten adressieren Grundschulen in sozialen Brennpunkten. Insgesamt konnten in diesen beiden Settings fast eine Million Kinder, Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrer erreicht werden (MDS 2015).

Der Verbesserung der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter widmen sich auch noch weitere Strategien, wie z. B. die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (BMG 2008), das Nationale Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung« (BMG 2010) und der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (BMEL & BMG 2014). Eine weitere wichtige Initiative ist der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, der im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle!“ weiterhin die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen im Sinne des gesunden Aufwachsens adressiert (Kilian et al. 2016). Darüber hinaus gibt es zahlreiche regionale oder kommunale Maßnahmen und Programme zivilgesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure (siehe z. B. RKI 2015).

Trotz dieser positiven Bilanz wird ein Defizit in diesem Interventionsfeld offenkundig, welches darin liegt, dass trotz der Vielzahl unterschiedlicher Angebote ein zufriedenstellender Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung auch für das Kinder- und Jugendalter noch nicht geglückt ist. Gründe werden hierfür vor allem in der hohen Anzahl von kurzfristigen Einzelprojekten („Projektitis“) und deren unzureichender Verstetigung sowie in der noch nicht gelungenen dauerhaften Integration in die einzelnen Lebenswelten gesehen (siehe z. B. Paulus et al. 2016). Auch mangelt es derzeit an den Übergängen zwischen den einzelnen Lebenswelten, so dass die Aktivitäten oftmals auf einzelne Lebenswelten begrenzt bleiben und keine Anchlüsse in den anderen Lebenswelten haben. Erreichte Effekte können somit verpuffen oder durch ein Nebeneinander der Aktivitäten kann die intendierte Wirkung nicht erzielt und im schlechtesten Fall auch kontraproduktive Reaktionen bei den Adressatinnen und Adressaten bzw. Akteurinnen und Akteuren hervorgerufen werden. Der Ansatz der Präventionsketten schafft hier eine gute Grundlage, um zu einer lebenslauforientierten Vernetzung der Aktivitäten zu kommen und Synergien zu schaffen (LVG & AFS 2013).

Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule

Schulen bieten vielfältige Möglichkeiten, das Thema Gesundheit in ihrer Lebenswelt zu adressieren. Dies kann erfolgen, indem gesundheitsrelevante Aspekte im Unterricht angesprochen oder gesundheitsförderliche Verhaltensweise kennengelernt und geübt werden bzw. indem Schulen so gestaltet werden, dass sie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden aller Akteurinnen und Akteure beitragen. Wie bereits beschrieben, geht der Einfluss von Schulen in dem komplexen Wechselverhältnis zwischen Bildung und Gesundheit weit über den schulischen Alltag hinaus, da hier wesentliche Grundlagen für eine hohe Gesundheitskompetenz sowie für den Lern- und Schulerfolg und damit für die weitere biografische Entwicklung gelegt werden. Um dieser Breite und dem Anspruch an Gesundheitsförderung in Schulen gerecht zu werden, empfiehlt die Kultusministerkonferenz (KMK 2012) in ihrem Beschluss zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule diese als eine zentrale Strategie der Schulentwicklung zu verstehen.

Seit 30 Jahren wird die Implementierung der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule intensiv befördert und durch begleitende Forschungsprojekte evaluiert (vgl. z. B. Paulus 2010; Dadaczynski et al. 2015, 2016). Obwohl inzwischen, wie nachstehend dargestellt, theoretische Rahmenkonzepte sowie fördernde und hemmende Einflussfaktoren für die Etablierung von Gesundheitsförderung erarbeitet und getestet wurden, bleibt der Erfolg, bspw. gemessen an der Anzahl der guten, gesunden Schulen, deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Nach den Ergebnissen des Präventionsberichtes (MDS 2015) wurden in insgesamt 5958 Grundschulen Aktivitäten der Gesundheitsförderung durchgeführt. Die Angebotsvielfalt ist dabei sehr breit und reicht vom Angebot spezifischer Unterrichtseinheiten bis hin zu komplexen Programmen, die mehrere Interventionsbereiche umfassen, verhältnis- und verhaltensbezogen und zum Teil in die Schulentwicklung eingebettet sind (siehe auch Moynihan et al. 2014; Paulus & Dadaczynski 2016). Allerdings sind letztgenannte Aktivitäten weniger häufig, obgleich diese als am vielversprechendsten gelten, um positive Effekte für die Gesundheit zu erzielen (siehe z. B. Dadaczynski et al. 2016). Insgesamt deutet die Befundlage zur Wirkung von schulischer Gesundheitsförderung in vielen Bereichen auf positive Effekte hin, die jedoch oftmals eher klein auffallen (siehe z. B. SHE network 2013; Langford et al. 2015; Beelmann 2016). Allerdings ist die Evidenzlage inkonsistent. Gründe liegen hierfür in der Vielfalt von Aktivitäten und verwendeten Ergebnisparametern sowie in dem nicht einfach zu messenden Einfluss von Kontextfaktoren (siehe z. B. Paulus & Dadaczynski 2016).

Adressatinnen und Adressaten sind meist Schülerinnen und Schüler, häufig die Eltern und Lehrpersonen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und etwas seltener die Akteurinnen und Akteure der Schule, wie z. B. Lehrerinnen und Lehrer, als primäre Adressatinnen und Adressaten. Eher selten wird die Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule als Teil der Schulentwicklung umgesetzt. Nur 13,7 % der Schulen in Deutschland gaben an, solche Maßnahmen durchzuführen (Paulus & Wittenriede 2008). Höher ist der Anteil, der im Rahmen der Schulleitungsbefragung (HBSC-Studie 2009/2010) ermittelt werden konnte (Hilitzer et al. 2015). Etwas weniger als die Hälfte der Schulleitungen gaben an, Gesundheit als Schwerpunkt oder im Schulprofil verankert zu haben. Der Anteil ist in Grundschulen am höchsten mit 64 % im Vergleich bspw. zu Gymnasien mit 29 % (Dadaczynski et al. 2016, S. 251). Des Weiteren ließen sich thematische Schwerpunkte bei den gesundheitsförderlichen Aktivitäten erkennen, die u. a. in den Bereichen Bewegung, Kommunikations- und Konfliktbewältigung und Ernährung lagen. Die Verankerung von Gesundheitsförderungsprozessen ist in Schulen kein Selbstläufer und es besteht bei der Mehrzahl der Schulleitungen diesbezüglich ein Unterstützungsbedarf. Am stärksten war dieser bei den Schulleitungen in Grundschulen und am geringsten bei den Gymnasien ausgeprägt (Dadaczynski et al. 2016). Im Vordergrund standen bei den Schulen, die aktuell Projekte im Bereich Gesundheitsförderung durchführen, eine finanzielle und personelle Unterstützung sowie mehr zeitliche Kapazität, das Thema Gesundheit im schulischen Alltag zu adressieren. Schulen ohne aktuelle Gesundheitsförderprojekte hatten einen hohen Hilfebedarf im Bereich der Konzeption, Prozessbegleitung und Umsetzung (Dadaczynski et al. 2016). Die Ergebnisse werden auch durch eine Online-Befragung unterstützt, die 2012/13 durchgeführt wurde (Dadaczynski et al. 2016). Insgesamt wird der schulischen Gesundheitsförderung ein mittlerer bis guter Umsetzungsstand attestiert, wozu insbesondere die positive Beurteilung der Aktivitäten zur Schülersgesundheit beiträgt. Ein positiver Einfluss auf die Umsetzung fand sich zudem für schulleitungsbezogene Variablen, wie z. B. persönliche Kompetenz und Einstellungen (Dadaczynski et al. 2016).

Die Ansätze der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule lassen sich folgenden drei Kategorien zuordnen (Michaelsen-Gärtner & Witteriede 2010):

1. Gesundheitsförderung in der Schule
2. Gesundheitsfördernde Schule
3. Gute, gesunde Schule

Die Reichweite der Implementierung nimmt dabei von der ersten Stufe hin zur letzten Stufe zu. Während es auf der ersten Stufe vor allem um die Durchführung singulärer Projekte geht, wird auf der dritten Stufe die Gesundheitsperspektive bzw. die Gesundheitsförderung Teil der Schulentwicklung. Zentrales Ziel ist es, ein Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln, welches Kinder und Jugendliche unterstützen soll, ein positives Verhältnis zu ihrer Gesundheit und ein gesundheitsbezogenes Verhalten zu entwickeln. Damit reicht eine reine Wissensvermittlung bei weitem nicht aus, da die Life Skills und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu fördern sind. Für die Schulen bedeutet dies, dass eine integrative Betrachtung der Gesundheit im Rahmen des für Schulen definierten Erziehungs- und Bildungsauftrages erfolgen muss (Paulus & Wittenriede 2008). Schulen brauchen in diesem Entwicklungsprozess individuelle Unterstützung. Der Forschungsstand legt nahe, dass für jede Schule passgenaue, d. h. auf ihre Ausgangssituation und Bedarfslagen zugeschnittene Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung, zu konzipieren und zu implementieren sind (siehe z. B. Paulus und Dadaczynski 2016). In diesem Zusammenhang spielt auch die Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) eine wichtige Rolle (Kilgour et al. 2015), die bislang eher punktuell im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung und selten als organisationales Prinzip adressiert wurde.

Fördernde und hemmende Einflussfaktoren für die Implementierung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule konnten auf der Grundlage umfangreicher Programme und Projekte bestimmt werden. Zentrale Erkenntnisse lieferten das Projekt Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS) (Barkholz et al. 2001) und die unterschiedlichen Landesprogramme¹ sowie die durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geförderten Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung. Basierend auf den Erfahrungen mit dem Landesprogramm Gesundheit und Bildung im Land Nordrhein-Westfalen wurden Gelingensbedingungen für die gute, gesunde Schule entwickelt (Nieskens et al. 2014). Insgesamt werden 24 Gelingensbedingungen unterschieden, die jeweils wesentliche Kernpunkte für eine nachhaltige Implementierung der guten, gesunden Schule ansprechen. Ein wesentlicher Punkt ist, die Schulkultur und das gegenseitige Miteinander zu adressieren, da dies die Basis für den erforderlichen Bewusstseinswandel in der Schule legt. Eine erfolgreiche Umsetzung kann nur gelingen, wenn individuell, d. h. an die Ausgangsbedingung der Schule, angedockt wird und die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen berücksichtigt werden.

¹ Die meisten Länder haben nach OPUS Landesprogramme entwickelt, die unterschiedliche Bezeichnungen tragen: ‚Schule & Gesundheit‘ in Hessen, ‚Bildung und Gesundheit‘ in Nordrhein-Westfalen, ‚Landesprogramm für die gute gesunde Schule‘ in Berlin, ‚Gute gesunde Schule‘ in Brandenburg, ‚Landesprogramm für die gute gesunde Schule Bayern‘ in Bayern, ‚Landesprogramm Gute Gesunde Schule MV‘ in Mecklenburg-Vorpommern und ‚Gesunde Schule‘ in Niedersachsen.

Schulen sind sehr unterschiedlich aufgestellt, die Entwicklung hin zu einer guten, gesunden Schule zu vollziehen, wie die Analyse von Paulus et al. (2014) herausgearbeitet hat. Fünf Schultypen lassen sich demnach unterscheiden: die „lernende Schule“, die „unachtsame Erfolgsschule“, die „träge-zufriedene Schule“, die „motivierte Problemschule“ und die „resignierte Problemschule“. Neue Impulse, wie z. B. Aktivitäten der Gesundheitsförderung treffen bei der „lernenden Schule“ auf ein hohes Interesse und es besteht eine hohe intrinsische Motivation, sich als Schule weiterzuentwickeln. Umgekehrt ist es bei der „resignierten Schule“ ungleich schwerer, die Startbedingungen für einen Veränderungsprozess zu schaffen, da die Grundstimmung in der Schule eher von Belastung, Resignation und Skepsis geprägt ist (Paulus et al. 2014). Entsprechend sind die ersten und weiteren Schritte im Prozess der Gesundheitsförderung an diese – bewusst stark kontrastierten – Ausgangsbedingungen anzupassen.

4.1.3 Grundannahmen des Modellvorhabens

Der aktuelle Forschungs- und Entwicklungsstand deutet auf relevante Umsetzungsschwierigkeiten bei den Angeboten zur Förderung der Gesundheit und dem Abbau von sozial bedingter Ungleichheit in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hin. So hätte ein komplementäres Angebot einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen den Vorteil, dass alle Kinder einer definierten Jahrgangsstufe in ihren konkreten Lebensbezügen erreicht würden. Durch die Einbettung in die Lebenswelt Grundschule können konkrete Maßnahmen zur frühzeitigen individuellen Förderung für die schulische Entwicklung in das Gesamtsystem Grundschule integriert sowie verhältnisbezogene Maßnahmen, die das schulische Umfeld betreffen, abgeleitet und initiiert werden.

Die Prüfung der Machbarkeit einer modellhaften Erprobung einer Gesundheitsuntersuchung in Deutschland sowie die Entwicklung eines Konzeptes für eine solche Untersuchung war Gegenstand einer Machbarkeitsstudie, die von Dezember 2012 bis April 2013 durchgeführt und von der BZgA gefördert wurde. Das zentrale Ergebnis der Machbarkeitsstudie war, dass eine modellhafte Erprobung grundsätzlich möglich ist, und benennt für die Umsetzung konzeptionelle Eckpunkte und konkrete Durchführungsvoraussetzungen (BZgA 2013a). Kern des Konzeptes ist es, die Gesundheit und schulische Entwicklung der Grundschul Kinder frühzeitig zu fördern und langfristige Impulse zur Verankerung des Bereichs Gesundheit in der Grundschule zu etablieren sowie eine Verschränkung der präventiv ausgerichteten Angebote in diesem Lebensalter zu erzielen.

Die Durchführung des Modellvorhabens stützte sich auf die Ergebnisse und Erkenntnisse der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a). Die dort festgelegten konzeptionellen Eckpunkte wie auch die erforderlichen Durchführungsvoraussetzungen stellten dessen Grundlage dar.

Folgende konzeptuelle Eckpunkte wurden in der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) spezifiziert:

- a. Die Gesundheitsuntersuchung muss in die Lebenswelt Schule integriert sein, d. h. gemeinsam von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits- und des Schulsystems getragen und umgesetzt werden. (Kooperativer Ansatz)
- b. Die Gesundheitsuntersuchung sollte allen Kindern angeboten werden. (Kein selektives Angebot)
- c. Die Gesundheitsuntersuchung steht mit ihrer Ausrichtung nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten (wie z. B. den U-Untersuchungen), sondern stellt ein eigenständiges Angebot mit spezifischer Ausrichtung dar. (Komplementärer Ansatz)
- d. Die Gesundheitsuntersuchung muss sowohl die individuelle Gesundheit des zu untersuchenden Kindes als auch für die Gesundheit relevante Lebensweltfaktoren einbeziehen und valide erfassen. (Alle relevanten Faktoren einbeziehen)
- e. Die Gesundheitsuntersuchung sollte die Schwerpunkte auf gesundheitliche Risiken (resp. Ressourcen) für den Schulerfolg legen. Die Ergebnisse sollten individuell, d. h. für das einzelne Kind, und kollektiv, zur Entwicklung der Lebenswelt Schule, genutzt werden. (Nutzen für die Kinder und die Schule)
- f. Die Gesundheitsuntersuchung sollte relevante Informationen von Eltern und auch Lehrpersonen einbeziehen und den Austausch mit den Eltern und Lehrerinnen bzw. Lehrern fördern. (Partizipation)
- g. Die Gesundheitsuntersuchung sollte zu Aktivitäten für eine „gesunde Schule“ aktiv beitragen, Impulse geben und die relevanten Akteurinnen und Akteure einbinden. (Gesundheitsförderung/ Prävention und Vernetzung)
- h. Die Daten der Gesundheitsuntersuchung sollten sowohl individuell (Rückinformation an die Eltern) als auch einzelpersonenübergreifend aufbereitet und genutzt werden. (Gesundheitsberichterstattung) Ein Zusatznutzen wird darin gesehen, die nach der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Fördermaßnahmen im Längsschnitt zu betrachten. (Evaluation)

Neben inhaltlichen Aspekten wurden folgende Voraussetzungen für die modellhafte Erprobung definiert:

1. Für die modellhafte Erprobung ist eine Finanzierung sicherzustellen, die den interessierten Modellregionen eine Umsetzung ermöglicht. Zudem sollte eine wissenschaftliche Prozess- und Ergebnisevaluation durchgeführt werden.
2. Bei der modellhaften Erprobung sind die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie unter Berücksichtigung der jeweiligen Vor-Ort-Bedingungen und Erfahrungen umzusetzen. Nur auf dieser Basis können realistische Durchführungsvoraussetzungen (Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte, Detaillierung des Untersuchungskonzeptes und Fragen der Datenverarbeitung und -nutzung) entwickelt werden.
3. Die modellhafte Erprobung sollte in ausgewählten Regionen stattfinden. Wichtige Voraussetzungen sind 1. die Bereitschaft der Schulen, an einer solchen modellhaften Erprobung teilzunehmen, und 2. die Bereitschaft, sich mit einer weiteren Modellregion über das Untersuchungskonzept und die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung abzustimmen und einheitlich umzusetzen.

Das Modellvorhaben muss als wesentliche Grundvoraussetzung in einem engen Austausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereiches und vor dem Hintergrund der jeweiligen Vor-Ort-Situation erfolgen. Dies impliziert, dass unter Umständen regional spezifische Besonderheiten bei der Durchführung in der modellhaften Erprobung ihren Ausdruck finden, die es im Hinblick auf eine Vergleich- und Übertragbarkeit detailliert zu erfassen und schlussendlich zu bewerten gilt.

4.1.4 Veränderungen der Kontextbedingungen in der Projektlaufzeit

Im Laufe des Modellvorhabens haben sich einige Veränderungen der Kontextbedingungen ergeben, die sich stichpunktartig wie folgt zusammenfassen lassen:

- Gesellschaftliche Veränderungen und damit Veränderungen in der Zusammensetzung der Schülerschaft durch die Zuwanderung geflüchteter Kinder und Eltern
- Veränderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes
- Strukturelle Veränderungen in bestehenden Programmen im Bereich Gesundheit und Bildung in den teilnehmenden Ländern

- Veränderungen in den Zuständigkeiten relevanter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner auf Bundes-, Landes- und Modellregionsebene
- Implementierung von neuen Programmen zur Gesundheitsförderung im Land bzw. in der Modellregion und parallele Durchführung in den teilnehmenden Schulen

4.2 Projektziele des Modellvorhabens

Das übergeordnete Projektziel des Modellvorhabens ist es, das Konzept der Gesundheitsuntersuchung auszuarbeiten und zu konkretisieren, dieses in ausgewählten Modellregionen zu erproben und zu evaluieren. Zentrale inhaltliche Orientierungspunkte stellen dabei die in der Machbarkeitsstudie festgelegten konzeptuellen Eckpunkte und Voraussetzungen dar (siehe Kapitel 4.1.3).

Aufgrund der Komplexität des Modellvorhabens wurde ein umfassendes Zieleystem für die Umsetzung der Gesundheitsuntersuchung sowie für die Prozess- und Ergebnisevaluation entwickelt. Dabei werden folgende Zielbereiche differenziert, die nachfolgend detailliert dargestellt werden:

1. Übergeordnete Zielebene (Metaziel)
2. Übergeordnetes Projektziel und Projektteilziele
3. Übergeordnete Zielbereiche
4. Zieldimensionen

Übergeordnete Zielebene (Metaziel)

Für das Modellvorhaben wurde eine übergeordnete Zielebene (Metaziel) formuliert mit der Intention, das Gesamtprojekt mit seinen Komponenten im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs und den bestehenden Qualitätsanforderungen zu verorten. Gleichzeitig bietet das Metaziel einen Referenzrahmen für die Planung und Bewertung der Durchführung der Gesundheitsuntersuchung und die erzielten Ergebnisse.

Mit dem Metaziel ‚Gute, gesunde und inklusive Schule‘ wird bereits eine Festlegung auf einen komplexen Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung deutlich, der sich als Teil der Schulentwicklung versteht (siehe Kapitel 4.1.2.2). Zudem wurde in das Metaziel die Inklusion – als Teil der aktuellen Debatte und bestehenden Anforderungen an Schulen – integriert und damit der Fokus erweitert (siehe Kapitel 4.1). Das Metaziel beinhaltet als Teildimensionen die Bereiche ‚Schulqualität‘, ‚gesundes Aufwachsen‘, ‚Lernen und Lehren‘ sowie ‚Teilhabe‘ (siehe Abbildung 2).

Im Modellvorhaben dient das Metaziel primär als Orientierung und wirkt konstitutiv bei der Ausgestaltung der Durchführung wie auch der Evaluation der Gesundheitsuntersuchung. Eine Überprüfung des Metaziels als „harter“ Ergebnisparameter (Outcome) mit entsprechend operationalisierten Zielparametern ist im Rahmen des Modellvorhabens nicht möglich; gleichwohl sind Hinweise auf Basis der Ergebnisse zu den spezifischen Zieldimensionen auch für die Metaebene abzuleiten.

Übergeordnetes Projektziel und Projektteilziele

Das übergeordnete Projektziel, die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen in ausgewählten Modellregionen zu erproben, wurde in folgende Projektteilziele differenziert, die zugleich auch die Projektarchitektur widerspiegeln. Im Einzelnen wurden folgende Teilziele benannt:

1. Schaffung der Voraussetzungen für eine modellhafte Erprobung der Gesundheitsuntersuchung in den Modellregionen (Vorbereitungsphase)
2. Umsetzung aller Komponenten der Gesundheitsuntersuchung in den teilnehmenden Schulen der Modellregionen (Durchführungsphase)
3. Bewertung der Umsetzung und Durchführung der Gesundheitsuntersuchung mittels einer Prozess- und Ergebnisevaluation

Zielbereiche und Zieldimensionen

Auf der Ebene der Zielbereiche wurden die übergeordneten Projektziele mit den inhaltlichen Eckpunkten des Modellvorhabens verknüpft und vier große Themenfelder identifiziert, die jeweils spezifische Aspekte des Modellvorhabens bündeln. In ihrer Ausrichtung sind sie allerdings nicht strikt disjunkt, sondern weisen Überlappungen auf. Die Zielbereiche wurden wie folgt definiert:

- **Zielbereich 1:** Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens
- **Zielbereich 2:** Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Gesundheitsuntersuchung (GU)
- **Zielbereich 3:** Identifikation von Gesundheitsrisiken/-ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten
- **Zielbereich 4:** Schaffung/ Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren

Der Zielbereich 1 *„Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens“* fokussiert auf die Durchführungsvoraussetzung und die konkreten Implementationsstrategien in den drei Modellregionen. Im Vordergrund steht eine globale Bewertung des Gesamtvorhabens, ohne hierbei bereits eine detaillierte inhaltliche Analyse vorzunehmen. Die einzelnen inhaltlichen Aspekte, die durch das Modellvorhaben adressiert werden, sind in den Zielbereichen 2 bis 4 konkretisiert und dort in spezifische Zieldimensionen untergliedert. Die Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung (GU) bei den Kindern und Eltern und die Erreichung aller Kinder in den ausgewählten Schulen sind Kernaspekte des Zielbereichs 2 *„Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Gesundheitsuntersuchung (GU)“*. Der Zielbereich 3 *„Identifikation von Gesundheitsrisiken/-ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten“* umfasst sowohl die Güte der schulärztlichen Untersuchung als auch die der Dokumentation und der Berichte sowie die Passgenauigkeit der begleitenden Aktivitäten und deren Zielerreichung. Die Unterstützung der Lebenswelt Grundschule zur integrativen und nachhaltigen Verankerung von Gesundheit und Gesundheitsförderung in den eigenen Strukturen und Kontexten ist Gegenstand des Zielbereichs 4 *„Schaffung/ Etablierung relevanter Strukturen und die Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren“*.

Für die Zielbereiche wurden Zieldimensionen festgelegt und für diese auf Basis einer umfassenden Literaturanalyse spezifische Evaluationskriterien und Indikatoren festgelegt (siehe Kapitel 5).

Der Zielbereich 1 *„Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens“* umfasst zwei Zieldimensionen, die *„Umsetzbarkeit des GU-Konzeptes (alle Teilkomponenten)“* und *„Anforderungen an Verstärkung identifizieren“*. Für den zweiten Zielbereich *„Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Gesundheitsuntersuchung (GU)“* werden drei Zielbereiche differenziert: *„Alle Kinder/ Eltern werden erreicht“*, *„Akzeptanz und Beteiligung relevanter Akteurinnen und Akteure“* und *„Chancen für Gesundheit bzw. Schulerfolg verbessern“*. Die Zieldimensionen des dritten Zielbereichs *„Identifikation von Gesundheitsrisiken/-ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten“* sind: *„Valide Identifikation relevanter Risiken/ Ressourcen für den Schulerfolg“*, *„Nutzbarkeit und Nutzen der Daten und Berichte gewährleisten“* und *„Passung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Sicherstellung der Zielerreichung“*. Für den vierten Zielbereich *„Schaffung/ Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren“* werden folgende Zieldimensionen unterschieden: *„Schaffung eines integrativen Angebotes und Bildung nachhaltiger Strukturen in Schule und Umfeld“*, *„Partizipation der Akteurinnen und Akteure ermöglichen“* und *„Vernetzung erfolgreich unterstützen und etablieren“*. Eine

detaillierte Darstellung der einzelnen Zieldimensionen erfolgt in Kapitel 5 mit der Vorstellung der einzelnen Evaluationskriterien und Indikatoren.

Die Abbildung 2 stellt das Zielesystem des Modellvorhabens grafisch dar. Das Zielesystem bildet die Grundlage für die Umsetzungsplanung und die Prozess- und Ergebnisevaluation.

Abbildung 2: Zielesystem des Modellvorhabens



4.3 Ziele und Konzept der Prozess- und Ergebnisevaluation

Die evaluationsspezifischen Ziele und davon abgeleitet die Fragestellungen generieren sich unmittelbar aus den Zielstellungen des Modellvorhabens Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen (siehe Kapitel 4.2). Die übergeordneten Fragestellungen docken dabei an die übergeordneten Zielbereiche an und lassen sich wie folgt spezifizieren:

1. Kann das Modellvorhaben erfolgreich, d. h. der Konzeption entsprechend, und unter den gegebenen Vor-Ort-Bedingungen umgesetzt werden? (Zielbereich 1)
2. Findet das Modellvorhaben eine hohe Akzeptanz bei den Schülerinnen bzw. Schülern sowie bei den beteiligten Akteurinnen bzw. Akteuren? (Zielbereich 2)
3. Gelingt mit dem Modellvorhaben eine valide Erfassung von Gesundheitsrisiken bzw. -ressourcen für die schulische Entwicklung bzw. in der Lebenswelt Grundschule und lassen sich daraus passgenaue

Aktivitäten der Gesundheitsförderung/ Prävention ableiten, die die Chancen auf Schulerfolg bzw. Gesundheit in der Lebenswelt Grundschule erhöhen? (Zielbereich 3)

4. Trägt das Modellvorhaben zur Etablierung bzw. Schaffung von nachhaltigen Strukturen der Gesundheitsförderung/ Prävention in der Lebenswelt Grundschule und zur stabilen Vernetzung der zu beteiligenden Akteurinnen und Akteure bei? (Zielbereich 4)

Alle übergeordneten Fragestellungen wurden sowohl im Sinne eines Monitorings (formative Evaluation) hinsichtlich der Umsetzung bzw. Umsetzbarkeit und der damit verbundenen Konzepttreue und Erreichung spezifischer Teilziele als auch im Sinne einer abschließenden Bewertung der erzielten Ergebnisse (summative Evaluation) überprüft.

Für die einzelnen Zielbereiche wurde dies wie folgt konkretisiert:

- Umsetz- und Durchführbarkeit des Gesamtkonzeptes der Gesundheitsuntersuchung einschließlich der Konkretisierung und Überprüfung der Durchführungsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der realen Vor-Ort-Bedingungen (Zielbereich 1)
- Beteiligung an Gesundheitsuntersuchungen und Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung aus Sicht aller relevanten Akteurinnen und Akteure (Zielbereich 2 und 4)
- Güte und Praktikabilität des Untersuchungskonzeptes und der eingesetzten Instrumente bzw. Testverfahren und verwendeten Materialien (Zielbereich 3)
- Prüfung und Bewertung der Dateneingabe, -verarbeitung und -weiterleitung einschließlich der Datenqualität (Zielbereich 3)
- Analyse der Berichterstattungsformate und der Datennutzung durch unterschiedliche Akteurinnen und Akteure sowie Prüfung der Rückkopplungsprozesse in die ambulante Versorgung und in die Schule (Zielbereich 3)
- Passung und Effekte der begleitenden Aktivitäten (Zielbereich 3)
- Voraussetzungen für die Kooperation und den Erfolg der Kooperation im Schul- und Gesundheitsbereich (Zielbereich 4)
- Voraussetzungen und Erfolg der Netzwerkbildung (Zielbereich 4)
- Analyse der Beteiligungs-, Passungs- und Veränderungsprozesse (Zielbereich 1)
- Bewertung der Ausstrahlungseffekte auf andere Regionen des jeweiligen Landes, auf andere Politik- und Organisationsbereiche bzw. auf andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Präven-

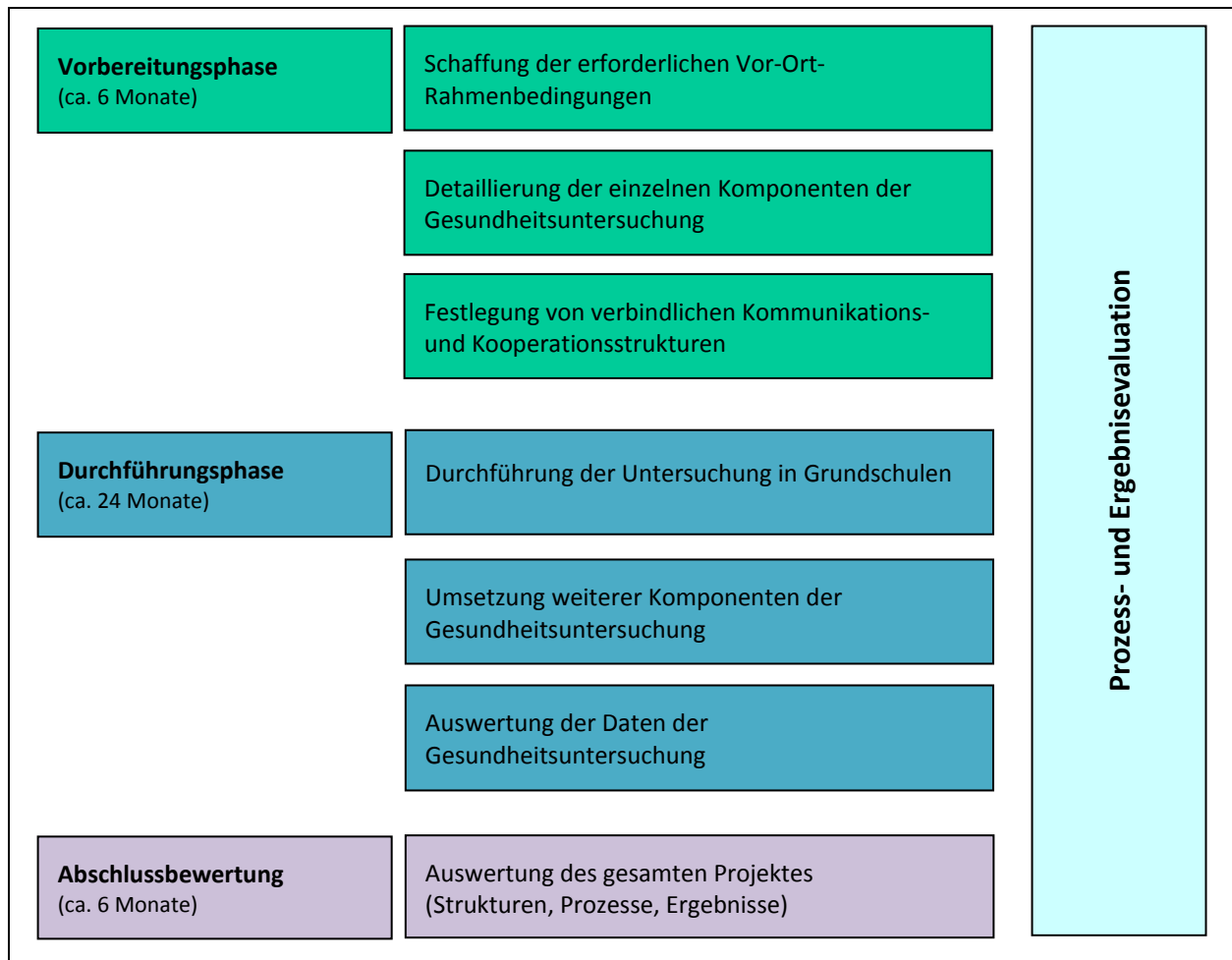
tion, u. a. Analyse der Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der U10 bzw. anderer Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention (Zielbereich 1 und 4)

Für die Prozess- und Ergebnisevaluation wurde ein umfassendes Evaluationskonzept entwickelt, welches Erhebungen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten sowie Dokumentationen einzelner Arbeitsschritte und Prozesse vorsieht. Die Prozessevaluation verstand sich als ein aktives Monitoring des Projektverlaufs, indem sie bei Abweichungen aktiv Lösungsansätze zur Qualitätssicherung einbrachte. In der Evaluation wurden qualitative als auch quantitative Methoden genutzt. Alle Phasen des Modellvorhabens wurden evaluiert.

4.4 Projektstruktur

Das Modellvorhaben wurde entsprechend den Projektteilzielen in drei Phasen, die Vorbereitungs-, Durchführungs- und Abschlussphase unterteilt. In der Abbildung 3 sind diesen Phasen der zeitliche Verlauf und die einzelnen Arbeitsschritte zugeordnet

Abbildung 3: Umsetzungsphasen und Arbeitspakete



Die Arbeitsstruktur an der Universität Osnabrück unterteilte sich in die Projektsteuerung, die Evaluation und die Koordination in den Modellregionen. Auf Basis der mit den Modellregionen geschlossenen Kooperationsverträge sah die Vor-Ort-Struktur in den Modellregionen eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)² sowie der Schulverwaltung vor. Des Weiteren erfolgten regelmäßige Abstimmungen mit den beteiligten Ministerien der drei Länder.

Darüber hinaus wurden zwei Beiräte zur Begleitung des Modellvorhabens eingerichtet. Der Beirat bestand aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Organisationen bzw. politischer Gremien. Als zweites Gremium wurde der Evaluationsbeirat eingerichtet, um die Qualität der Prozess- und Ergebnis-

² Die Bezeichnung variiert in den Modellregionen: In der Stadt Flensburg wird dieser Bereich als Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, in der Stadt Kassel als Schulärztlicher Dienst und im Kreis Recklinghausen als Kinder- und Jugendgesundheitsdienst geführt. Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine Differenzierung verzichtet.

evaluation zu prüfen. Der Evaluationsbeirat setzte sich paritätisch aus Mitgliedern mit einer Expertise im Bereich Gesundheit und im Bereich Schule/ Bildung zusammen.

Insgesamt fanden jeweils fünf Treffen des Beirates und des Evaluationsbeirates statt. Das letzte Treffen wurde mit beiden Beiräten gemeinsam durchgeführt.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Entsprechend dem in Kapitel 4.2 dargestellten Zielesystem wurden im Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ Ziele auf unterschiedlichen Ebenen verfolgt. Diese sind zum einen an der Vorbereitung und konkreten Durchführung der einzelnen Komponenten des Modellvorhabens orientiert; zum anderen stellen sie Bewertungen der Umsetzung dieser Komponenten durch die Prozess- und Ergebnisevaluation dar. Beide Perspektiven werden – obgleich sie einer anderen Logik folgen – in diesem Kapitel integrativ in den jeweiligen Abschnitten dargestellt. Die im Evaluationskonzept definierten Evaluationskriterien und deren abgeleitete Indikatoren und Items sowie das Erhebungskonzept werden dabei für die einzelnen Projektabschnitte und für die Gesamtbewertung des Modellvorhabens differenziert. Jeweils wird – wo möglich – in den Ausführungen Bezug auf die Operationalisierung der Ziele, die Indikatoren zur Messung der Zielerreichung sowie auf die Datenerhebung und Datenauswertung entsprechend der vorgegebenen Standardgliederung genommen.

Um eine bessere Orientierung zu erreichen, wird mit der hier gewählten Struktur von einer Zuordnung zu den einzelnen Projektphasen (siehe Abbildung 3, Kapitel 4.4) abgewichen. Hierdurch ist es möglich, die Vorgehensweisen für die einzelnen Projektschritte des Modellvorhabens zu bündeln und kompakt darzustellen. Jedem Abschnitt ist jeweils eine Operationalisierung der Ziele des Modellvorhabens mit Bezug auf die grundlegenden Prämissen des Modellvorhabens vorangestellt (siehe Kapitel 4.1.3 und 4.2).

Für die Evaluation wurden Daten aus dem projektbegleitenden Monitoring und den durchgeführten Befragungen generiert. Das prozessbegleitende Monitoring umfasste die Erstellung von Qualitätshandbüchern, in denen für die schulärztliche Untersuchung (Phase 1) und die Aktivitäten der Gesundheitsförderung (Phase 3) eine Detailplanung im Vorfeld vorgenommen und mit Qualitätsindikatoren versehen wurde, die eine engmaschige Kontrolle ermöglichten. Die Dokumentation zu den einzelnen Prozessschritten erfolgte dabei über Protokolle und Fragebögen, die durch die Koordinatorinnen im Nachgang zu den einzelnen Projektschritten ausgefüllt wurden. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse für die Phase 1 und die Phase 3 in Zwischenberichten für die jeweilige Modellregion gebündelt.

Die Befragungen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Damit liegen Daten im Quer- und Längsschnitt vor. Die erste Befragung fand von Juli bis September 2014 im Rahmen des Pilottests (T_0) statt. Darauf folgten weitere Befragungen: T_{1U} von Dezember 2014 bis September 2015, T_{1GF} von August 2015 bis Mai 2016 und T_{2GF} von Mai bis

Oktober 2016. Die Erhebungszeiträume ergeben sich durch die unterschiedlichen an den jeweiligen Erhebungen eingeschlossenen Akteursgruppen (siehe Tabelle 2).

Für die Erhebungen wurden Fragebögen für die unterschiedlichen Zielgruppen und Messzeitpunkte entwickelt. Dabei wurde darauf geachtet, möglichst viele Fragen generisch, d. h. in gleicher Weise bei allen Akteursgruppen, zu erheben. Die Anpassungen erfolgte zum einen über kleinere stilistische Änderungen in den Formulierungen; zum anderen wurden zielgruppenspezifische Fragen erstellt, um die individuellen Schwerpunkte der jeweiligen Zielgruppe adäquat erfassen zu können. Die Fragebögen wurden unterschiedlich an die Teilnehmenden der Befragung distribuiert (Online-Erhebung mit Questback, postalische Befragung). Entsprechend der Zielgruppen und dem Projektfortschritt wurden die Fragebögen zu den späteren Zeitpunkten angepasst, ohne damit die Vergleichbarkeit der Daten zu den verschiedenen Messzeitpunkten zu gefährden.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms IBM SPSS 22-24. Im Vordergrund standen dabei Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerte. Zur Analyse der Zielgruppen- und Zeitunterschiede wurden entsprechend den statistischen Voraussetzungen geeignete Signifikanztests ausgewählt, die im Folgenden aufgelistet sind: Chi²-Test, Exakter Test nach Fisher, Mann-Whitney-U-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Kruskal-Wallis-Test, t-Test für unverbundene und verbundene Stichproben und ANOVA. Die offenen Fragen wurden qualitativ ausgewertet, indem Kategorien aus den Antworten der Befragten gebildet wurden.

Zusätzlich zu den oben dargestellten Befragungen erfolgte eine Überprüfung des Prozessverlaufs und der Umsetzungsqualität der einzelnen Arbeitsschritte durch ein prozessbegleitendes Monitoring (siehe Kapitel 4.3).

In der nachstehenden Tabelle 2 sind die Erhebungszeitpunkte und die jeweils adressierten Zielgruppen mit ihrer Stichprobengröße zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2: Übersicht zu den Befragungszeitpunkten und den jeweils adressierten Zielgruppen

Zeitpunkt	Zielgruppe
T ₀	BMG, BZgA (N = 4) Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien bzw. den Modellregionen (N = 4)
	Untersuchungsteams in den Modellregionen (Ärztinnen, MFA/ SMA) (N = 2)
	Schulleitungen (N = 1)
	Lehrerinnen und Lehrer (N = 3)
	Eltern (N = 27)
T _{x1} ¹	Schulämter (qualitativ) (N = 3)
T _{1U}	BMG, BZgA (N = 3) Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien bzw. den Modellregionen (N = 5)
	Untersuchungsteams in den Modellregionen (Ärztinnen, MFA/ SMA, Ärztinnen (Dks), Schulkrankenschwestern (Dks) (N = 22)
	Schulleitungen (N = 40)
	Lehrerinnen und Lehrer (N = 77)
	Eltern (N = 517)
	Eltern, der nicht an der schulärztlichen Untersuchung teilnehmenden Kinder (N = 52)
Schülerinnen und Schüler (N = 1277)	
T _{x2} ²	Schulleitung (N = 24)
	Lehrerinnen und Lehrer (N = 38)
T _{1GF}	Schulleitungen (N = 28)
	Lehrerinnen und Lehrer (N = 46)
	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Offenen Ganztags (OGS) (N = 9)
	Eltern (N = 258)
	Schülerinnen und Schüler (N = 256)
T _{2GF}	BMG, BZgA (N = 1) Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien bzw. den Modellregionen (N = 2)
	Schulleitungen (N = 24)
	Lehrerinnen und Lehrer (N = 47)
	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS (N = 4)
	Eltern (N = 225)
	Schülerinnen und Schüler (N = 223)
	Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)

¹ T_{x1} = Qualitative Befragung der Schulämter zum Auswahlprozess der Schulen vor der schulärztlichen Untersuchung;

² T_{x2} = Zusatzbefragung zu den Kurzberichten; N: Stichprobengröße

5.1 Verbindliche Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren aus dem Schul- und Gesundheitsbereich

Eine der zentralen Prämissen des Modellvorhabens war, eine enge und verbindliche Kooperation mit den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereichs zu etablieren. In allen drei Modellregionen und in den Ländern wurden hierzu Vertreterinnen und Vertreter der jeweils zuständigen Bereiche benannt, die als zentrale Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner fungierten. Darüber hinaus wurde eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Schulen angestrebt und entsprechende Prozessstrukturen aufgebaut. Eine tragende Rolle für die Zusammenarbeit mit den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen sowie mit den teilnehmenden Schulen hatten die Koordinatorinnen des Projektteams.

5.1.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Um die grundlegende Prämisse zu realisieren und sicherzustellen, dass alle Projektschritte mit den Partnerinnen und Partnern aus dem Schul- und Gesundheitsbereich nicht nur abgestimmt sind, sondern auch gemeinsam getragen werden, wurde im Modellvorhaben sehr großer Wert auf die Etablierung einer verbindlichen, vertrauensvollen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit gelegt. Zur Realisierung wurden folgende Eckpunkte festgelegt:

- Beide Partnerinnen bzw. Partner aus dem Schul- und Gesundheitsbereich unterstützen das Modellvorhaben in allen Projektphasen mit der jeweils vorhandenen Expertise und stehen als verbindliche Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner in der Modellregion bei internen und externen Anfragen zur Verfügung.
- Ein regelmäßiger Austausch zum Stand des Modellvorhabens wird immer gemeinsam mit beiden Partnerinnen bzw. Partnern aus dem Schul- und Gesundheitsbereich durchgeführt.
- Abstimmung und Feedback zu den einzelnen Projektschritten sowie Entscheidungen erfolgen immer in Abstimmung mit beiden Akteurinnen und Akteuren, d. h. mit dem Schul- und Gesundheitsbereich.
- Eine frühzeitige Abstimmung zu den einzelnen Prozessschritten ist mit den teilnehmenden Schulen einzuplanen und in die Planungen sind – soweit wie möglich – die spezifischen Ausgangssituationen und Rahmenbedingungen der einzelnen Schule aufzunehmen.

5.1.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation wurden Aspekte der Zusammenarbeit im Modellvorhaben im Zielbereich 4 *„Schaffung/ Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren“* mit dem Evaluationskriterium *„Projektkultur“* erfasst [D2.1]. Der hier spezifizierte Indikator *„Kooperation und Kommunikation“* [D2.1.1] wurde mit folgenden Items operationalisiert:

- Qualität der Kommunikation zwischen allen beteiligten Projektpartnerinnen und Projektpartnern
- Qualität der Berichterstattung über die Aktivitäten im Modellvorhaben (Transparenz)
- Möglichkeiten der Partizipation und Beteiligung an Entscheidungen durch die Projektpartnerinnen und Projektpartner
- Nutzen der kooperativen Zusammenarbeit aus Sicht der Projektpartnerinnen und Projektpartner
- Fördernde und hemmende Faktoren für die Zusammenarbeit im Modellvorhaben

Darüber hinaus wurde mit dem Evaluationskriterium *„Durchführung des Modellvorhabens“* [A1.2] und dem Indikator *„Schaffung formaler Strukturen und praktischer Voraussetzungen“* [A1.2.2] die Konkretisierung und Eignung der Durchführungsvoraussetzungen vor dem Hintergrund realer Vor-Ort-Bedingungen geprüft. Konkret wurden folgende Aspekte erfasst:

- Erstellungsprozess, Eignung und Passgenauigkeit der Kooperationsvereinbarungen
- Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen am Modellvorhaben beteiligten Akteurinnen und Akteuren
- Unterstützung durch die Universität Osnabrück aus Sicht der beteiligten Akteurinnen und Akteure

Dieses Evaluationskriterium ist dem Zielbereich 1 *„Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens“* und der Zieldimension *„Umsetzbarkeit des GU-Konzeptes“* [A1] zugeordnet.

5.1.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Erhebung der Daten erfolgte mittels einer quantitativen Befragung durch das Evaluationsteam zu drei Zeitpunkten und zusätzlich im begleitenden Monitoring. In der nachstehenden Tabelle 3 sind die einzelnen Befragungszeitpunkte und die jeweils adressierten Zielgruppen dargestellt.

Tabelle 3: Übersicht zur Evaluation der Kommunikation und Kooperation sowie zur Schaffung der formalen Strukturen und praktischen Voraussetzungen zwischen den Partnerinnen und Partnern bzw. den beteiligten Akteurinnen und Akteuren des Modellvorhabens

Erhebungszeitpunkt Indikatoren und Zielgruppe	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Kooperation und Kommunikation [D2.1.1]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Eltern				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				
Schaffung formaler Strukturen und praktischer Voraussetzungen [A1.2.2]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms IBM SPSS 22-24 deskriptiv (siehe Kapitel 5). Zudem wurden Analysen zu Gruppenunterschieden durchgeführt. Offene Fragen wurden qualitativ ausgewertet, indem Kategorien aus den Antworten der Befragten gebildet wurden. Zusätzlich zu den oben dargestellten Befragungen erfolgte eine Überprüfung des Prozessverlaufs und der Umsetzungsqualität der einzelnen Arbeitsschritte durch ein prozessbegleitendes Monitoring.

5.2 Kontextanalyse in den teilnehmenden Modellregionen – Status-quo-Berichte

Im Vorfeld der Durchführung der einzelnen Komponenten der Gesundheitsuntersuchung wurde eine umfassende Kontextanalyse in den einzelnen Modellregionen und beteiligten Ländern durchgeführt. Diese diente zum einen der Spezifizierung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Modellvorhabens sowie zum anderen als Referenz, um Entwicklungen in den Modellregionen und den Ländern in der dreijährigen Projektlaufzeit einordnen zu können.

Darüber hinaus wurden für die teilnehmenden Schulen sog. Schulprofile erstellt, um eine Übersicht zu den für das Modellvorhaben relevanten Aspekten zu erhalten. Die Erstellung der Schulprofile erfolgte im Vorfeld der schulärztlichen Untersuchung und in enger Abstimmung mit den Schulleitungen.

5.2.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Ziel der Kontextanalyse war es, eine detaillierte Vorstellung zur jeweiligen Ausgangslage (Ist-Situation) zu den für das Modellvorhaben relevanten Aspekten in den Modellregionen und den Ländern sowie zu den Schulen zu bekommen. Die Erkenntnisse wurden in Status-quo-Berichten für jede Modellregion und jedes Land zusammengeführt. Als Indikatoren wurden ausgewählt:

- Geografische Lage und Bevölkerungsstruktur
- Wirtschaftliche und soziale Eckdaten
- Politische Organisationsstrukturen
- Gesellschaftliche und familiäre Strukturen
- Strukturen im Schul- und Kulturbereich
- Strukturen im Gesundheitsbereich
- Relevante Gesetze
- Bildungsberichterstattung
- Bildungssituation von Kindern und Jugendlichen
- Sozial- und Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen
- Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche und deren Inanspruchnahme
- Ansätze und Projekte der Schulentwicklung in Grundschulen
- Ansätze und Projekte der Gesundheitsförderung bei Kindern im Grundschulalter
- Ansätze und Projekte zur Inklusion in Grundschulen
- Vernetzungsstrukturen von Schul- und Gesundheitsbereich

- Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Als Status-quo-Bericht wurde für jede Schule ein Schulprofil erstellt. Dieses umfasst Angaben zur Schüler- und Lehrerschaft sowie zum Profil der Schule und zu den Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung.

Neben der geografischen Lage finden sich im Schulprofil auch Hinweise auf das Umfeld der Schule. Dazu gehörten die Einwohnerzahl des betreffenden Stadtteils, die Arbeitslosenquote oder der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im Umfeld der Schule. Die unterschiedlichen Akteursgruppen der Schule wurden mit der Anzahl der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte und dem Schüler-Lehrer-Verhältnis beschrieben. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bzw. Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und die Relation von Schülerinnen und Schülern je Schulpsychologin und Schulpsychologe bzw. Schulsozialarbeiterin und Schulsozialarbeiter erfasst. Unter dem Aspekt der Schulstruktur wurden die Ausstattung und Nachmittagsbetreuung sowie die Kooperationen mit vor- und nachgelagerten Bildungseinrichtungen aufgenommen. Hier wurden einerseits die räumliche Ausstattung, wie Schulgebäude, Sporthallen und Außenanlagen, spezielle Funktionsräume, wie z. B. Computerraum, Bücherei oder Schulküche, und andererseits die technische Ausstattung, wie Computer mit Lernprogrammen, sowie andere Lehr- und Lernmittel zur Unterstützung des selbstständigen Lernens aufgeführt.

Des Weiteren wurde die Schülerschaft in den Schulprofilen anhand verschiedener wirtschaftlicher und sozialer Charakteristika beschrieben. Dazu gehörten die Erwerbstätigkeit der Eltern und der Anspruch auf Leistungen nach SGB II einerseits sowie die Familienformen, der Bildungshintergrund der Eltern und die Herkunft der Familien andererseits. Allerdings gab es zu diesen Aspekten wenige Informationen, da nach Aussage der Schulleitungen den Schulen hier kaum Erkenntnisse vorlagen. Weitere Informationen über die Elternschaft lieferten Angaben über den zu leistenden Elternbeitrag und die Verpflegungspauschale für den Nachmittagsbereich, die Art der Zusammenarbeit mit Eltern und das organisierte Elternengagement in der Schule. Zu den wesentlichen Eckdaten gehörten auch die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, der Grad der Inklusion und die Gesundheitsförderung im schulischen Setting. Relevant waren hierbei diagnostizierte chronische Krankheiten, psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Teilleistungsschwächen sowie andere, beobachtete gesundheitliche Auffälligkeiten bei den Schülerinnen und Schülern. Zusätzlich wurde das Themenfeld der Inklusion abgefragt. Dazu gehörten der Anteil der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die Art des sonderpädagogischen Förderschwerpunktes

dieser Schülerinnen und Schüler, der Grad der Inklusion der Grundschule sowie Projekte und Kooperationen zur Inklusion. Für den Bereich der Gesundheitsförderung konnten ebenfalls Projekte und Kooperationen, aber auch die Teilnahme an Landesprogrammen und Zertifizierungen in diesem Bereich angegeben werden.

5.2.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Zusätzlich zum Austausch mit den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen und Ländern durch Feedback-Schleifen wurden im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation der Indikator *„Detaillierte Darstellung des Status-quo Länder/ Regionen und detaillierte Schulprofile“* [A1.2.1] des Evaluationskriteriums *„Durchführung des Modellvorhabens“* [A1.2] erfasst. Das Evaluationskriterium ist der Zieldimension *„Umsetzbarkeit des GU-Konzeptes“* [A1] zugeordnet. Items des Indikators sind:

- Verständlichkeit der Status-quo-Berichte für die einzelnen Modellregionen und Länder
- Vollständigkeit der relevanten Inhalte der Status-quo-Berichte für die einzelnen Modellregionen und Länder

5.2.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Zur Erstellung der Status-quo-Berichte wurde eine umfassende Recherche zu den in den Modellregionen und Ländern vorhandenen Daten durchgeführt. Zudem wurden Daten auf Bundesebene, die für die Länder differenziert vorlagen, zusätzlich integriert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Daten auf Bundesebene den landesspezifischen Daten vorgezogen, da hier eine einheitliche und zwischen den Ländern vergleichbare Datenerhebung zugrunde liegt. Bei Datenlücken wurden die Partnerinnen und Partner in den Modellregionen und den Ländern konsultiert, so dass spezifische Daten generiert bzw. das Fehlen solcher Daten validiert werden konnte.

Die Status-quo-Berichte der Modellregionen und der Länder wurden den Partnerinnen und Partnern jeweils zur Überprüfung vorgelegt und entsprechende Änderungen vorgenommen.

Die Bewertung der Status-quo-Berichte erfolgte im Rahmen einer Online-Befragung im Zeitraum von August bis September 2014 (T₀-Erhebung). Eingeschlossen in die Erhebung wurden die Partnerinnen und Partner des Modellvorhabens, d. h. die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Schul- und Gesundheitsämter, der beteiligten Landesministerien sowie des BMG und der BZgA (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht zur Evaluation der Kontextanalyse

Erhebungszeitpunkt Indikatoren und Zielgruppe	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Darstellung des Status-quo Länder/ Regionen und detaillierte Schulprofile [A1.2.1]				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Eine quantitative Evaluation der erstellten Schulprofile ist nicht erfolgt.

5.3 Schulärztliche Untersuchung

Als Teil der Gesundheitsuntersuchung war eine schulärztliche Untersuchung bei den Schülerinnen und Schülern der dritten Klassen geplant. Hierzu waren ein zwischen allen Modellregionen abgestimmtes Untersuchungskonzept und -inventar sowie eine Ablaufplanung für die Durchführung an den Schulen zu entwickeln.

Wesentliche Grundannahmen für die Entwicklung dieses Untersuchungskonzepts und -inventars der schulärztlichen Untersuchung wurden bereits mit den konzeptionellen Eckpunkten (BZgA 2013a) benannt. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die schulärztliche Untersuchung wird vor Ort in den Grundschulen durchgeführt und gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern aus dem Schul- und Gesundheitsbereich entwickelt.
2. Allen Kindern der dritten Klassen steht das Angebot der schulärztlichen Untersuchung offen.
3. Die schulärztliche Untersuchung stellt ein komplementäres Angebot zu den vorhandenen Angeboten der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte dar, insbesondere zu den zum Zeitpunkt der Durchführung noch freiwillig von gesetzlichen Krankenkassen angebotenen U10- und U11-Untersuchungen.
4. Die schulärztliche Untersuchung ist ein spezifisches und eigenständiges Angebot, welches seinen Schwerpunkt auf die Ermittlung von gesundheitlichen Risiken (rsp. Ressourcen) für den Schulerfolg legt.

5. Neben Aspekten der individuellen Gesundheit werden auch für die Gesundheit relevante Lebensweltfaktoren einbezogen und valide erfasst.
6. Auf Basis der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung sollten sich individuelle und kollektive Handlungsansätze zur Reduzierung der gesundheitlichen Risiken, zur Erhöhung der gesundheitlichen Ressourcen und zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen sowie zur Beförderung der Aktivitäten der Schulen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ableiten lassen.

5.3.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Mit den Grundannahmen sind zugleich auch die Ziele, die mit der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung zu erreichen sind, benannt. Nachstehend sind die wesentlichen Teilziele für die schulärztliche Untersuchung formuliert, die sich auf unterschiedliche Ebenen des Zielesystems beziehen und sowohl bei der Durchführung als auch bei der Evaluation berücksichtigt wurden:

1. Entwicklung eines gemeinsamen, mit den Partnerinnen und Partnern des Schul- und Gesundheitsbereichs aller Modellregionen abgestimmten und validen Untersuchungsinventars zur Erfassung individueller gesundheitlicher Risiken (resp. Ressourcen), der Gesundheit sowie der für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren (Zielbereich 3)
2. Sicherstellung der Eigenständigkeit der schulärztlichen Untersuchung und der Komplementarität des Angebotes zu vorhandenen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere der Früherkennungsuntersuchungen (Zielbereich 3)
3. Reibungslose Durchführung der schulärztlichen Untersuchung im Schulalltag der teilnehmenden Grundschulen auf Basis eines standardisierten Untersuchungsplans (Zielbereich 1)
4. Sicherstellung der Teilnahmemöglichkeit aller Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse der teilnehmenden Grundschulen (Zielbereich 2)

5.3.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Im nachstehenden Abschnitt werden die Indikatoren zur Messung der Zielerreichung getrennt für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung und die Prozess- und Ergebnisevaluation dargestellt. Die Beschreibung greift dabei die unter Kapitel 5.3.1 beschriebenen Zielebenen auf.

5.3.2.1 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung im Rahmen der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung

Ein umfangreiches Untersuchungskonzept wurde für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung entwickelt und in mehreren Rückkopplungsschleifen überprüft. Zur besseren Orientierung wird zunächst eine kurze zeitliche Einordnung der Arbeitsschritte gegeben, um die für die Erreichung der einzelnen Teilziele gewählten Vorgehensweisen in den Gesamtverlauf des Modellvorhabens einordnen zu können. Die Bearbeitung lässt sich, wie in der nachstehenden Tabelle 5 dargestellt, in folgende vier Phasen unterteilen: Entwicklungs-, Test-, Durchführungs- und Auswertungsphase.

Tabelle 5: Arbeits- und Zeitplan für die Entwicklung und Durchführung der schulärztlichen Untersuchung

Phasen	Zeitachse	2014					2015			
		3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	1-2	3-4	5-6	7-8
Entwicklungsphase										
Entwicklung der Erhebungsinstrumente										
Enge Abstimmung mit den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen										
Enge Abstimmung mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW										
Testphase										
Vorbereitung des Pilottests										
Durchführung des Pilottests										
Auswertung des Pilottests										
Feedbackrunde durch die Landesministerien und den Beirat										
Überarbeitung des Untersuchungskonzeptes und der Materialien										
Übersetzung der Materialien										
Druck der Materialien										
Beschaffung der Ausstattung für die Untersuchungsteams vor Ort										
Einholen der Nutzungserlaubnis für Instrumente										
Verfassen des Datenschutzkonzeptes										
Verfassen des Ethikantrags										

Phasen	Zeitachse	2014					2015			
		3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	1-2	3-4	5-6	7-8
Schulungen der Untersuchungsteams										
Entwicklung eines Qualitätshandbuchs (Phase 1)										
Entwicklung und Etablierung des Prozessmonitorings										
Durchführungsphase										
Vorstellung des Modellvorhabens auf den Elternabenden an allen teilnehmenden Schulen (N = 40)										
Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen an allen teilnehmenden Schulen (N = 40)										
Auswertungsphase										
Vorbereitung der Dateneingabe										
Dateneingabe										
Qualitätssicherung der Daten										
Statistisches Auswertungskonzept										
Statistische Datenauswertung										

In der Vorbereitungsphase wurde der in der Machbarkeitsstudie skizzierte Untersuchungskatalog für die schulärztliche Untersuchung ausgearbeitet. Hierzu wurde eine umfassende Recherche zu den vorhandenen Erhebungsinstrumenten durchgeführt. In die Analyse flossen die Untersuchungskataloge der Schuleingangsuntersuchungen, der Schulreihenuntersuchungen und der Früherkennungsuntersuchungen sowie die Fragebögen repräsentativer Befragungen ein. Auf dieser Grundlage wurde eine Synopse erstellt und das Untersuchungskonzept für die schulärztliche Untersuchung entwickelt. In engem Austausch mit den Partnerinnen und Partnern der Modellregionen wurden die Anforderungen an eine solche Untersuchung sowohl aus der Schul- als auch aus der Gesundheitsperspektive festgelegt.

Bei der Projektdurchführung wurde beschlossen, das Prozedere, das Untersuchungskonzept und die Materialien in einer Pilotphase an einer teilnehmenden Schule in der Modellregion Kreis Recklinghausen vor der Durchführungsphase zu testen. Die Erkenntnisse aus der Pilotphase erwiesen sich als sehr hilfreich und gingen mit den Rückmeldungen durch den Beirat in die Weiterentwicklung der schulärztlichen Untersuchung und deren Durchführung mit ein. Im Vorfeld erfolgte die Prüfung durch die Datenschutz-

beauftragte und die Ethikkommission der Universität Osnabrück als Voraussetzung für die Durchführung sowie den Druck der Untersuchungsdokumente und die Beschaffung der Untersuchungsmaterialien. Darüber hinaus wurden Schulungen der Untersuchungsteams zur Überprüfung der Grobmotorik mit Tests aus dem Motorik-Modul (Bös et al. 2004) und zum Umgang mit den Untersuchungsdokumenten durchgeführt, um eine einheitliche Vorgehensweise in allen Modellregionen sicherzustellen. Ergänzend wurde für die Untersuchungsteams ein Manual zur schulärztlichen Untersuchung erstellt.

Alle Untersuchungsdokumente wurden in eine Datenmaske des Statistikprogramms IBM SPSS 22-24 eingegeben und umfangreiche Qualitätsprüfungen der Daten vorgenommen sowie das Auswertungskonzept parallel zu den Berichtsformaten (siehe Kapitel 5.4) erarbeitet.

Nachstehend werden die Indikatoren für die in Kapitel 5.3.1 dargestellten Teilziele im Detail beschrieben.

1. Entwicklung eines abgestimmten und validen Untersuchungsinventars zur Erfassung individueller gesundheitlicher Risiken (resp. Ressourcen), der Gesundheit sowie der für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren (Teilziel 1)

Die Ausrichtung der schulärztlichen Untersuchung wurde bereits mit den konzeptionellen Eckpunkten der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) unter Einbeziehung einschlägiger Expertinnen und Experten konzipiert und relevante gesundheitliche Risiken und Aspekte der Gesundheit identifiziert. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde der Untersuchungskatalog spezifiziert und um Aspekte zur sozialen Gesundheit, dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Lebenswelt Grundschule erweitert. Ziel dabei war es, mit dem finalisierten Untersuchungskatalog ein möglichst umfassendes Bild zu gesundheitsrelevanten Aspekten der untersuchten Kinder zu erhalten. Hierzu wurde angestrebt,

- ein komplex angelegtes Gesundheitskonzept, welches die körperliche, physische und soziale Gesundheit einschließt, umzusetzen,
- Aspekte zur Inklusion und Teilhabe einzubeziehen,
- lebensweltbezogenen Merkmale zu berücksichtigen,
- soziodemografische Merkmale zu erfassen,
- eine gute Abstimmung zwischen den Informationen aus der Elternbefragung und der schulärztlichen Untersuchung sicherzustellen und
- ein möglichst hohes Messniveau mit der Nutzung erprobter bzw. validierter Instrumente zu erreichen.

2. Sicherstellung der Eigenständigkeit der schulärztlichen Untersuchung und der Komplementarität des Angebotes zu vorhandenen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Teilziel 2)

Eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des Untersuchungskonzeptes stellte die Prämisse dar, eine Anschlussfähigkeit und eine Komplementarität zu bereits vorhandenen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sicherzustellen. Entsprechend wurde, wie bereits beschrieben, eine detaillierte Analyse der vorhandenen Untersuchungskataloge der Reihen- und Früherkennungsuntersuchungen vorgenommen und auf dieser Basis eine zusammenfassende Synopse erstellt. Des Weiteren wurden die Anforderungen an schulische Gesundheitsförderung mit einem besonderen Augenmerk auf das Konzept der guten, gesunden Schule aufgegriffen, die insbesondere bei den zusätzlichen Fragen zu den lebensweltbezogenen Aspekten Berücksichtigung fanden. Im Einzelnen wurden folgende Zielstellungen verfolgt:

- Identifikation der Untersuchungsbereiche und deren Operationalisierung bei den Schuleingangsuntersuchungen
- Identifikation der Untersuchungsbereiche und deren Operationalisierung bei den Schulreihenuntersuchungen
- Identifikation der Untersuchungsbereiche und deren Operationalisierung bei den Früherkennungsuntersuchungen
- Identifikation der Untersuchungsbereiche und deren Operationalisierung bei den repräsentativen Studien zur Kindergesundheit in Deutschland
- Identifikation von Kernmerkmalen des Konzeptes der guten, gesunden Schule
- Identifikation und Festlegung von Untersuchungsbereichen und einer geeigneten Operationalisierung mit einer hohen Anschlussfähigkeit zu vorhandenen Untersuchungen und repräsentativen Studien

3. Reibungslose Durchführung der schulärztlichen Untersuchung im Schulalltag der teilnehmenden Grundschulen auf Basis eines standardisierten Untersuchungsplans (Teilziel 3)

Die schulärztlichen Untersuchungen fanden im Alltagsbetrieb der Schulen und des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes statt, so dass eine gute Terminkoordination und Vorbereitung der Untersuchungstage in den Schulen erforderlich war. Zugleich sollte eine hohe Vergleichbarkeit der schulärzt-

lichen Untersuchung in den Modellregionen sichergestellt werden, was eine Standardisierung der Abläufe mit entsprechenden Prozessvorgaben voraussetzte. Hierzu erfolgte

- die Entwicklung eines standardisierten Ablaufs der schulärztlichen Untersuchung vor Ort durch das Untersuchungsteam,
- die Entwicklung eines standardisierten Ablaufs der schulärztlichen Untersuchung und der Ausgabe der Dokumente an die Eltern,
- die Sicherstellung der Rahmenbedingungen vor Ort zur Durchführung der schulärztlichen Untersuchung,
- die Etablierung von engen Kommunikationsschleifen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren der Schule, den Eltern und der Koordinatorin sowie dem Untersuchungsteam,
- die Entwicklung eines Prozessmonitorings und von Feedback-Schleifen zur Sicherung des festgelegten Ablaufs.

4. Sicherstellung der Teilnahmemöglichkeit aller Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse der teilnehmenden Grundschulen (Teilziel 4)

Ziel der Gesundheitsuntersuchung war es, mit dem Angebot alle Kinder in der dritten Klasse, als primäre Adressatengruppe der schulärztlichen Untersuchung, zu erreichen. Entsprechend sollte mit flankierenden Maßnahmen eine möglichst barrierefreie Teilnahme an diesem freiwilligen Angebot sichergestellt werden. Dies schloss folgende Angebote ein:

- Bereitstellung eines umfangreichen und verständlichen Informationsmaterials über Sinn und Zweck des Modellvorhabens und der schulärztlichen Untersuchung für die Eltern und die beteiligten Akteurinnen und Akteure der Schulen
- Entwicklung eines Unterstützungsangebotes für Eltern, wie z. B. Hilfestellung beim Ausfüllen des Elternfragebogens
- Reduktion von Sprachbarrieren durch das Angebot mehrsprachiger Elternmaterialien und bei Wunsch die Einbeziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern

5.3.2.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation

Sehr umfassend wurde die schulärztliche Untersuchung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation analysiert. Dabei hatte die Prozessevaluation während der Durchführung in den teilnehmenden Schulen

die Aufgabe des Monitorings inne, so dass ggf. bestehende Schwierigkeiten im Ablauf sofort erkannt, den Partnerinnen und Partnern zurückgemeldet sowie Verbesserungsvorschläge erarbeitet und zeitnah umgesetzt werden konnten. Zum Beispiel wurde die Rückmeldung der Eltern zur Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung engmaschig beobachtet. Lag die Beteiligungsquote unter 70 %, wurde eine intensive Nachfassaktion durch die Koordinatorin gestartet und die Klassenlehrerinnen bzw. Klassenlehrer und über diese die Eltern kontaktiert.

Entsprechend wurde im Vorfeld in enger Zusammenarbeit zwischen den drei Projektteams des Modellvorhabens, der Projektsteuerung, der Koordination in den Modellregionen und der Evaluation, eine sehr detaillierte Ablaufplanung vorgenommen, die in ein Qualitätshandbuch Phase 1 und entsprechende Checklisten für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung vor Ort mündeten.

Mit verschiedenen Evaluationskriterien, die unterschiedlichen Zielebenen und Zieldimensionen des Evaluationskonzeptes zugeordnet sind, wurden die Materialien, der Untersuchungskatalog sowie die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung bewertet (siehe Tabelle 6). In der Tabelle 6 wurde eine Zuordnung der Evaluationskriterien und Indikatoren zu den vier spezifischen Teilzielen der schulärztlichen Untersuchung (siehe Kapitel 5.3.2.1) vorgenommen.

Tabelle 6: Übersicht über die Evaluationskriterien und Indikatoren zur schulärztlichen Untersuchung

Zielsystem		Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4	
		Validität des UK	Eigenständigkeit und Komplementarität der SU	Reibungslose Durchführung	Hohe Beteiligungsrate	Datenmanagement
Evaluationskriterium	Durchführung des Modellvorhabens [A1.2]					
Indikatoren	Schaffung formaler Strukturen und praktischer Voraussetzungen [A1.2.2]					
	Eignung Elternmaterialien [A1.2.3]					
	Rekrutierung (von Eltern und Kindern) [A1.2.4]					
	Praktikabilität Untersuchungskatalog und -konzeption [A1.2.5]					

Zielesystem		Teilziel 1	Teilziel 2	Teilziel 3	Teilziel 4	
		Validität des UK	Eigenständigkeit und Komplementarität der SU	Reibungslose Durchführung	Hohe Beteiligungsrate	Datenmanagement
Evaluationskriterium	Reichweite des Modellvorhabens [B1.1]					
Indikatoren	Teilnahme [B1.1.1]					
	Schulbeteiligung [B1.1.2]					
	Non-Responder-Analyse [B1.1.3]					
Evaluationskriterium	Bereitstellung relevanter und valider Ergebnisse [C1.1]					
Indikatoren	Plausibilitätscheck [C1.1.1]					
	Güte Untersuchungskatalog [C1.1.2]					
Evaluationskriterium	Qualität der Dateneingabe und des Konzepts zum Datenmanagement [C2.1]					
Indikatoren	Datenqualität [C2.1.1]					
	Datenmanagement [C2.1.2]					
Evaluationskriterium	Ausstrahlung [D1.1]					
Indikatoren	Durch das Modellvorhaben initiierte Entwicklung in anderen Regionen und Bereichen [D1.1.2] ¹					

¹ Der Schwerpunkt wurde hier auf die U10- und U11-Untersuchung gelegt.
 UK: Untersuchungskatalog, SU: Schulärztliche Untersuchung

1. Entwicklung eines abgestimmten und validen Untersuchungsinventars zur Erfassung individueller gesundheitlicher Risiken (rsp. Ressourcen), der Gesundheit sowie der für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren (Teilziel 1)

Im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation wurde das im Modellvorhaben entwickelte Konzept der schulärztlichen Untersuchung über verschiedene Evaluationskriterien und diesen zugeordneten Indikatoren überprüft. Zusätzlich wurden intensive Feedbackrunden zu den Untersuchungsmaterialien durchgeführt, deren Ergebnisse in die Überarbeitung der Materialien einfließen.

Der Schwerpunkt der evaluativen Bewertung lag dabei auf der Prüfung der Eignung und der Validität des Untersuchungskonzeptes und der eingesetzten Untersuchungsmaterialien und -instrumente. Für die genannten Indikatoren (siehe Tabelle 6) wurden folgende Items erhoben:

- Eignung der Elternmaterialien [A1.2.3]
 - Verständlichkeit der Informationsmaterialien und des Fragebogens
 - Umfang der Informationsmaterialien und des Fragebogens
 - Auswahl und Angemessenheit der Fragebogeninhalte
 - Zeitlicher Aufwand des Ausfüllens des Fragebogens
- Praktikabilität Untersuchungskatalog und -konzeption [A1.2.5]
 - Auswahl und Angemessenheit des Untersuchungskonzeptes
 - Auswahl und Angemessenheit der Fragebogeninhalte
 - Angemessenheit des Dokumentationsbogens
 - Eignung der Informationsunterlagen für Eltern
- Plausibilitätscheck [C1.1.1]
 - Übereinstimmung mit Referenzwerten
 - Unplausible Angaben und Eingabefehler
- Güte Untersuchungskatalog [C1.1.2]
 - Konsistenz mit Gütekriterien der validierten Instrumente
 - Interrater-Reliabilität der unterschiedlichen Untersuchungsteams

2. Sicherstellung der Eigenständigkeit der schulärztlichen Untersuchung und der Komplementarität des Angebotes zu vorhandenen Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Teilziel 2)

Im Rahmen der Elternbefragung wurde zum Zeitpunkt T_{1GF} zusätzlich zu den Expertengesprächen eine Erhebung zur Nutzung der U10- und U11-Untersuchung durchgeführt (Indikator ‚Durch das Modellvorhaben initiierte Entwicklung in anderen Regionen und Bereichen [D1.1.2]‘). Folgende Aspekte wurden darin abgefragt:

- Inanspruchnahme der U10- und U11-Untersuchung
- Quelle der Information zum Angebot einer U10 und U11-Untersuchung
- Teilnahme an den U-Untersuchungen
- Bewertung des Angebotes von Früherkennungsuntersuchungen
- Information zum Angebot einer U10- und U11-Untersuchung durch die schulärztlichen Untersuchungen im Modellvorhaben
- Komplementarität der schulärztlichen Untersuchung zu den U10- und U11-Untersuchungen

3. Reibungslose Durchführung der schulärztlichen Untersuchung im Schulalltag der teilnehmenden Grundschulen auf Basis eines standardisierten Untersuchungsplans (Teilziel 3)

Die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung wurde engmaschig durch die Prozessevaluation im Sinne eines Monitorings überprüft. Hierzu wurde ein Qualitätshandbuch (Phase 1) entwickelt, das für die zentralen Arbeitsschritte standardisierte Ablaufvorgaben umfasste. Auf dieser Basis konnte sehr engmaschig eine Abweichung vom Standard identifiziert und entsprechende Korrekturen vorgenommen werden. Zugleich konnten auch Erfahrungen bei der Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen zu Anpassungen der Verfahrensabläufe führen, die wiederum in diese eingearbeitet und an alle Untersuchungsteams der jeweiligen Modellregion weitergegeben wurden. Um dies sicherzustellen, erfolgte eine engmaschige Begleitung der schulärztlichen Untersuchung durch die Koordinatorinnen mit enger Rückkopplung an das Evaluationsteam. Des Weiteren wurden in der Evaluation zur Analyse der Durchführbarkeit der schulärztlichen Untersuchung die nachfolgend aufgelisteten Indikatoren und ihre jeweiligen Items berücksichtigt:

- Eignung Elternmaterialien [A1.2.3]
 - Verständlichkeit und Machbarkeit des Untersuchungsprozedere
 - Rückmeldung durch die Schulärztinnen bzw. SMA/ MFA
 - Häufigkeit der Rückfragen durch die Eltern
- Praktikabilität Untersuchungskatalog und -konzeption [A1.2.5]
 - Praktikabilität der Durchführung
 - Probleme und Unklarheiten bei der schulärztlichen Untersuchung
- Schaffung formaler Strukturen und praktischer Voraussetzungen [A1.2.2]
 - Vorbereitende Maßnahmen zur Durchführung der schulärztlichen Untersuchung durch die Schulung des Personals
 - Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten
 - Bereitstellung geeigneter Materialien

Darüber hinaus wurde die Durchführung engmaschig durch das Evaluationsteam im Rahmen des Prozessmonitorings überwacht. Eine wesentliche Grundlage stellte hierfür das Qualitätshandbuch Phase 1 dar. Wesentliche Aufgaben waren Abweichungen vom Standardvorgehen zu erfassen, zu bewerten und – wenn erforderlich – zu korrigieren sowie Adhoc-Lösungen bei unvorhersehbaren Problemen bei der Durchführung in enger Abstimmung mit der Projektsteuerung und den Koordinatorinnen zu entwickeln.

4. Sicherstellung der Teilnahmemöglichkeit aller Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse der beteiligten Grundschulen (Teilziel 4)

Im Rahmen der Evaluation wurde die Inanspruchnahme der schulärztlichen Untersuchung kontinuierlich überprüft (Prozessmonitoring). Die Operationalisierung dieser Indikatoren wird nachstehend dargestellt. Zusätzlich wurden insbesondere im Anschluss an den Pilottest die Rückmeldungen der Eltern zur Verbesserung der Informationsmaterialien genutzt (siehe Teilziel 1). Im Einzelnen wurden folgende Indikatoren durch das Evaluationsteam oder die Befragung unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure erfasst:

- Rekrutierung (von Eltern und Kindern) [A1.2.4]
 - Teilnahmequoten der Eltern an den beteiligten Schulen
- Teilnahme [B1.1.1]
 - Adressatengruppenspezifische Teilnahmequoten
- Schulbeteiligung [B1.1.2]
 - Auswahlprozess der Schulen
 - Kommunikation mit den Schulen
 - Ausgangsbedingungen der Schulen
- Non-Responder-Analyse [B1.1.3]
 - Umfang und Verständlichkeit der Informationsmaterialien
 - Gründe für die Nicht-Teilnahme
 - Soziodemografische Merkmale

Datenmanagement

Ein weiterer Bereich der Evaluation war die Prüfung und Bewertung der Datenqualität und des Datenmanagements. Hierzu wurden im Evaluationskonzept unter dem Evaluationskriterium ‚*Qualität der Dateneingabe und des Konzepts zum Datenmanagement*‘ [C2.1] zwei Indikatoren: ‚*Datenqualität*‘ [C2.1.1] und ‚*Datenmanagement*‘ [C2.1.2] festgelegt. Die dazu erfassten Items sind:

- Vollständigkeit, Vertraulichkeit und Korrektheit
- Konsistenz, Zuverlässigkeit, Genauigkeit, Aktualität, Redundanzfreiheit, Relevanz, Einheitlichkeit, Eindeutigkeit und Verständlichkeit der Daten
- Performanz, Flexibilität, Verfügbarkeit und Sicherheit des Datenmanagements

Die Mehrzahl der genannten Items wurde über das Prozessmonitoring geprüft.

5.3.3 Datenerhebung und Datenauswertung

5.3.3.1 Datenerhebung und Datenauswertung im Rahmen der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung

Für die schulärztliche Untersuchung wurden zur Datenerhebung unterschiedliche Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente entwickelt und eingesetzt, die nachfolgend aufgeführt sind:

- Elternfragebogen
- Dokumentationsbogen für die schulärztliche Untersuchung
- Bögen zur Testdokumentation
- Rückmeldebogen an die Eltern

Alle Dokumente wurden handschriftlich ausgefüllt, eine – wie ursprünglich geplante – computergestützte Eingabe war aufgrund des hohen technischen und zeitlichen Aufwandes im Rahmen des Modellvorhabens nicht realisierbar. Zur sicheren Zuordnung der einzelnen Dokumente wurde der von den Eltern erstellte Code bei der schulärztlichen Untersuchung auf die weiteren Dokumente übertragen.

Die Dateneingabe aller oben genannten Dokumente erfolgte mit dem Programm IBM SPSS 22 im Zeitraum von März bis Juni 2015. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Dateneingabe wurden ein Kodierplan und Verfahrensregeln entwickelt und alle in der Dateneingabe tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult. Zudem erfolgte eine engmaschige Kontrolle der Eingabe.

Ein umfangreiches Konzept zur Überprüfung der Plausibilitäten wurden entwickelt, anhand derer die Konsistenz der Dateneingabe sowohl innerhalb eines Dokumentes als auch zwischen den in mehreren Dokumenten erhobenen Indikatoren geprüft werden konnte. In diesem Zuge wurden auch Eingabefehler bei der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung erfasst. In einem weiteren Schritt wurden die Variablen zur Auswertung gebildet, die bei validierten Instrumenten entsprechend den Vorgaben umgesetzt wurden.

Parallel zur Entwicklung des Berichtskonzeptes wurde ein Auswertungskonzept entwickelt und für dieses jeweils Auswertungssyntaxen geschrieben. Die Datenauswertung nutzte quantitative und qualitative Methoden. Die quantitativen Analysen erfolgten mittels deskriptiver und induktiver Statistik. Entsprechend den berücksichtigten Variablen wurden Mittelwerte und prozentuale Häufigkeiten berechnet. Die Auswertungen wurden sowohl für die einzelnen Schulen als auch für die Modellregion durchgeführt.

Zudem erfolgte eine Stratifizierung der Daten jeweils nach dem Geschlecht des Kindes, dem Bildungsindex der Eltern und dem Migrationshintergrund des Kindes. Der Bildungsindex basiert auf den Vorgaben des sog. Bielefelder Modells (LIGA.NRW o. J.) und berechnet sich aus dem höchsten Schul- und Berufsausbildungsabschluss der Eltern; der Migrationshintergrund wurde nach den Vorgaben der AOLG (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013a) zur einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen gebildet und bezieht das Geburtsland des Kindes und der Eltern sowie die Staatsangehörigkeit der Eltern ein. Entsprechend der statistischen Voraussetzungen wurden folgende Testverfahren ausgewählt: Chi²-Test, Exakter Test nach Fisher, Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test, t-Test und ANOVA.

5.3.3.2 Datenerhebung und Datenauswertung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation

Neben einem engmaschigen Prozessmonitoring durch das Evaluationsteam wurden in unterschiedlichen Erhebungen weitere Indikatoren zur Bewertung der schulärztlichen Untersuchung erfasst. Die einzelnen Erhebungszeitpunkte und die jeweils adressierten Akteurinnen und Akteure sind in der Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der schulärztlichen Untersuchung

Erhebungszeitpunkt	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
Indikatoren und Zielgruppe	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Eignung Elternmaterialien [A1.2.3]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Eltern				
Eltern, der nicht an der schulärztlichen Untersuchung teilnehmenden Kinder				
Praktikabilität Untersuchungskatalog und -konzeption [A1.2.5]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Untersuchungsteams der Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				

Erhebungszeitpunkt	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
Indikatoren und Zielgruppe	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Schulbeteiligung [B1.1.2]				
Schulämter		T _{x1}		
Non-Responder-Analyse [B1.1.3]				
Eltern, der nicht an der schulärztlichen Untersuchung teilnehmenden Kinder				
Datenqualität [C2.1.1]				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
Datenmanagement [C2.1.2]				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Auswertung der Daten erfolgte entsprechend den jeweiligen statistischen Voraussetzungen. Bei der Darstellung der Ergebnisse (siehe Kapitel 6) wird das jeweils verwendete Testverfahren angegeben. Zudem konnten durch das Prozessmonitoring qualitative Hinweise zu den oben genannten Items gewonnen werden.

5.4 Schulgesundheitsberichte

Ein zentrales Problemfeld im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung stellen – so die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) – die den Schulen zur Verfügung stehenden Daten und Berichte dar. Oftmals mangelt es nicht unbedingt an den zur Verfügung stehenden Ergebnissen, sondern an deren Darstellungsweise, die für die Schulen Übersetzungsprobleme in den eigenen Schulalltag mit sich bringt. In der Folge stehen Schulen damit vor der Herausforderung, die richtigen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung für sich abzuleiten und umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wurde die Berichterstattung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung als zweite Komponente der Gesundheitsuntersuchung im Modellvorhaben definiert (Phase 2 des Modellvorhabens).

5.4.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Ziel der Komponente Berichterstattung war es, ein für die Schule geeignetes Berichtsformat zu finden, welches die wesentlichen Ergebnisse zur Gesundheit der an der Schule unterrichteten Schülerinnen und Schüler darstellt und zugleich datensparsam ist. Im Sinne des Konzeptes der guten, gesunden Schule, welches die Gesundheitsförderung in den Kontext der Schulentwicklung stellt, sollten zudem als weitere Prämisse die Ergebnisse die Diskussionsprozesse in der Schule befördern, ohne von außen an die Schule gerichtete Gewichtungen und Empfehlungen zu geben.

Im Einzelnen wurden folgende Teilziele angestrebt:

- Entwicklung eines für Schulen angemessenen und nutzbaren Berichtsformats zur Unterstützung des Gesundheitsförderungsprozesses
- Prägnante Darstellung und Umfang der Kernergebnisse zu den gesundheitlichen Risiken (rsp. Ressourcen), zur Gesundheit und zu den für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren
- Entwicklung eines Orientierungsrahmens der schulbezogenen Werte zu den Daten in der Modellregion und nationalen Vergleichsdaten
- Einbeziehung der wissenschaftlichen Grundlagen, wie z. B. der Erhebungsmethodik der einzelnen Indikatoren

5.4.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Die Messung der Zielerreichung erfolgte sowohl durch Feedback-Gespräche mit den Partnerinnen und Partnern der Modellregion als auch mit den Akteurinnen und Akteuren der teilnehmenden Schulen. Zudem wurden im Rahmen der Befragungen der Prozessevaluation Kriterien zur Bewertung des Berichtsformat und der Nutzbarkeit der Berichte und Ergebnisse (Evaluationskriterium C2.2) aufgenommen. Die Messung erfolgte mit den Indikatoren *„Einschätzung Berichtsformat durch Beteiligte“* [C2.2.1] und *„Bewertung der Relevanz der Ergebnisse durch die Schule“* [C2.2.2].

Als Items wurden erfasst:

- Einschätzung Berichtsformat durch Beteiligte [C2.2.1]
 - Aufbau und Umfang der Berichte
 - Verständlichkeit der Darstellung der Ergebnisse
- Bewertung der Relevanz der Ergebnisse durch die Schule [C2.2.2]

- Eignung der Ergebnisse zur Einschätzung der gesundheitlichen Risiken (rsp. Ressourcen), der Gesundheit und der für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren
- Verständlichkeit der Informationen zur Datenerhebung
- Auswahl und Detaillierungsgrad der Ergebnisse
- Relevanz und Nützlichkeit der Daten für den Schulalltag
- Ableitung von Handlungsansätzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
- Zufriedenheit mit dem Berichtsformat

5.4.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen der Evaluation zu den in Tabelle 8 dargestellten Messzeitpunkten. Die Befragungen wurden dabei so angelegt, dass eine vergleichende Analyse möglich ist. Um dies zu erreichen, wurde bei den unterschiedlichen Akteursgruppen ein einheitliches Fragenset eingesetzt.

Tabelle 8: Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Berichtsformate

Indikatoren und Zielgruppe	Erhebungszeitpunkt	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
		7/14 – 9/14	12/14 – 10/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Einschätzung Berichtsformat durch Beteiligte [C2.2.1]					
Schulleitungen			T _{x2}		
Lehrerinnen und Lehrer			T _{x2}		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS					
Eltern					
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion					
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien					
Bewertung der Relevanz der Ergebnisse durch die Schule [C2.2.2]					
Schulleitungen			T _{x2}		
Lehrerinnen und Lehrer			T _{x2}		
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS					
Eltern					
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion					
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien					

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik und unter Nutzung unterschiedlicher Testverfahren für die Gruppen- und Zeitvergleiche (siehe Kapitel 5). Die jeweils verwendeten Testverfahren werden bei der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6 aufgeführt. Zudem konnten durch das Prozessmonitoring qualitative Hinweise zu den oben genannten Items gewonnen werden.

5.5 Aktivitäten der Gesundheitsförderung

Als dritte Komponente der Gesundheitsuntersuchung war die Festlegung und Durchführung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den Schulen vorgesehen. Die Aktivitäten sollten sich dabei eng an den Schulgesundheitsberichten und damit an den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler orientieren und zugleich die Erfahrungen der Schulen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie die aktuellen Möglichkeiten und die geplante Entwicklung der Schule berücksichtigen. Im Sinne des Konzeptes der guten, gesunden Schule wurde ein Prozessmodell entwickelt, mittels dessen in den Schulen ein Diskussions- und Arbeitsprozess initiiert und die geplanten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung unterstützt und begleitet wurden. Hierbei war die Einrichtung von Steuergruppen vorgesehen, die sich möglichst breit aufstellen sollten. Die Schulen erhielten zudem eine finanzielle Förderung für die ausgewählte Aktivität bzw. die ausgewählten Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Rahmen des Modellvorhabens in Höhe von 500 €.

Für diese sog. dritte Phase des Modellvorhabens wurden Prozess- und Verfahrensschritte festgelegt und eine begleitende Supervision des Projektteams etabliert. Zu Erstgenanntem wurde ein Qualitätshandbuch Phase 3 mit entsprechenden Checklisten und relevanten Hintergrundinformationen erstellt. Darin enthalten sind auch die durch die Koordinatorinnen der Modellregion zu erbringenden Dokumentationen im Rahmen der Prozessevaluation.

5.5.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Mit den konzeptuellen Eckpunkte wurde als wesentliche Prämisse festgelegt, dass die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung dazu beitragen sollen, die Aktivitäten für eine gute, gesunde Schule zu befördern, da die hieraus abzuleitenden Erkenntnisse eine hohe Passung zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie zu der Grundschule aufweisen.

Mit dem initiierten Prozess an den teilnehmenden Schulen sollten folgende Teilziele erreicht werden:

- Bewertung und Priorisierung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen der an der Schule unterrichteten Schülerinnen und Schüler

- Entwicklung von passgenauen Aktivitäten zur Verringerung der gesundheitlichen Risiken bzw. zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schülerinnen und Schüler
- Beförderung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung an den teilnehmenden Schulen als Teil der Schulentwicklung
- Verstetigung der durchgeführten Aktivität der Gesundheitsförderung an der Grundschule
- Entwicklung eines Prozess- und Arbeitsmodells zur Unterstützung und Begleitung der teilnehmenden Schulen auf Basis der Schulgesundheitsberichte
- Etablierung einer partnerschaftlichen und kooperativen Zusammenarbeit in der Modellregion (siehe hierzu auch Kapitel 5.6)

5.5.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Die Erreichung der Ziele wurde kontinuierlich durch die Dokumentationsvorgaben für die Koordinatorinnen in den Modellregionen, eine regelmäßige Supervision und die Befragung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure zu unterschiedlichen Zeitpunkten überprüft. Zudem wurden Abschlussgespräche mit den teilnehmenden Schulen durchgeführt, in denen zum einen eine gemeinsame Bewertung des Prozesses der Gesundheitsförderung und der implementierten Aktivität zur Gesundheitsförderung erfolgte und zum anderen die Perspektiven einer Weiterführung und Verstetigung besprochen wurden. Die Visualisierung mittels eines Zeitstrahls diente in diesem Zusammenhang gesprächsunterstützend.

In der Evaluation wurde die Passung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Sicherstellung der Zielerreichung durch folgende drei Indikatoren ‚*Dokumentation neu entwickelter und implementierter Aktivitäten*‘ [C3.1.1], ‚*Passung der Aktivitäten*‘ [C3.1.2] und ‚*Sicherstellung der Zielerreichung*‘ [C3.1.3] gemessen. Erhoben wurden diese Indikatoren mit folgenden Items:

- Dokumentation neu entwickelter und implementierter Aktivitäten [C3.1.1]
 - Dokumentation der Aktivitäten der Gesundheitsförderung durch die Projektanträge der Schulen und die Protokolle der Steuergruppen
 - Detaillierte Erfassung der Prozesse im Rahmen der gesundheitsförderlichen Aktivität in der Steuergruppe sowie im Schulalltag mittels Dokumentations- und Fragebögen
- Passung der Aktivitäten [C3.1.2]
 - Identifikation mit dem Konzept zur Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivität
 - Zufriedenheit mit dem Ablauf der gesundheitsförderlichen Aktivität

- Integration der gesundheitsförderlichen Aktivität in den Schulalltag
- Akzeptanz der gesundheitsförderlichen Aktivität bei den Adressaten
- Passung der gesundheitsförderlichen Aktivität zur jeweiligen Ausgangssituation der Schule
- Sicherstellung der Zielerreichung [C3.1.3]
 - Zielerreichung
 - Plangemäße Umsetzung
 - Angemessener zeitlicher Umfang

5.5.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Bei der Bewertung der Zielerreichung wurden Daten im Rahmen der Prozessevaluation im Sinne des begleitenden Monitorings sowie durch spezifische Befragungen der einzelnen Akteursgruppen erhoben. In dieser Phase wurde auf eine enge Dokumentation der einzelnen Prozessschritte großer Wert gelegt, um die in den Schulen initiierten Prozesse detailliert zu erfassen, die systematisch durch die Koordinatorinnen in den Modellregionen erfolgt ist. Im Einzelnen wurden Dokumentationen und Bewertungen zu folgenden Prozessschritten vorgenommen:

- Präsentation der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung bei den Elternabenden
- Termine der Steuergruppen
- Aktivitäten der Gesundheitsförderung (Projektbeschreibungen, Begleitung bei der Entwicklung und Durchführung sowie Evaluation)
- Abschlussgespräche

Des Weiteren wurden eine Bewertung des Prozesses und der durchgeführten gesundheitsförderlichen Aktivität in den Schulen in den verschiedenen Befragungen der Prozessevaluation der einzelnen beteiligten Akteursgruppen aufgenommen. Die Befragungen wurden als Online-Befragung und/oder als schriftliche Befragung durchgeführt. In der Tabelle 9 sind diese im Einzelnen dargestellt und nach Indikator und Akteursgruppe differenziert.

Tabelle 9: Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Aktivitäten der Gesundheitsförderung

Erhebungszeitpunkt Indikatoren und Zielgruppe	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Passung der Aktivitäten [C3.1.2]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Eltern				
Schülerinnen und Schüler				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				
Sicherstellung der Zielerreichung [C3.1.3]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch begleitend ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik und unter Nutzung unterschiedlicher Testverfahren für die Gruppenvergleiche (siehe Kapitel 5). Die jeweils verwendeten Testverfahren werden bei der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6 aufgeführt. Zudem konnten durch das Prozessmonitoring qualitative Hinweise zu den oben genannten Items gewonnen werden.

5.6 Vernetzung der Akteurinnen und Akteure

Im Modellvorhaben sollte nicht nur eine enge Vernetzung zwischen den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereichs, sondern auch die Vernetzung der Schulen mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung befördert werden. Hierbei wurde der Fokus auf die in der Region bereits vorhandenen Aktivitäten und Akteurinnen und Akteure vor Ort gelegt. Diesem Vorgehen lag die Annahme zugrunde, dass eine Verstetigung zwischen den unterschiedlichen Partnerinnen und Partnern eher gelingt, wenn die Akteurinnen und Akteure sich einen gemeinsamen Lebensraum (Kommune) tei-

len und mit den darin bestehenden Rahmenbedingungen vertraut sind. Zudem können – als zweite Prämisse – große räumliche Distanzen kontraproduktiv für eine kontinuierliche Zusammenarbeit sein.

5.6.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Entsprechend den grundlegenden Prämissen des Modellvorhabens sollten die relevanten Akteursgruppen bei der Gesundheitsuntersuchung eingebunden werden (siehe Kapitel 4.1.3). Daraus leiteten sich folgende Teilziele ab:

- Identifikation der vorhandenen Netzwerkstrukturen der teilnehmenden Grundschulen
- Ermittlung von bestehenden Wünschen der Schulen hinsichtlich der Zusammenarbeit und Kooperation mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention
- Unterstützung der Vernetzung bei den an den Grundschulen durchgeführten Aktivitäten der Gesundheitsförderung
- Entwicklung von Verstärkungsoptionen in der Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in der Region

5.6.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Für die Messung der Zielerreichung wurden Indikatoren sowohl bei der Durchführung der Komponenten der Gesundheitsuntersuchung als auch bei der Prozess- und Ergebnisevaluation definiert. Im Rahmen der Durchführung wurden Karten der Gesundheitsförderung konzipiert, die eine strukturierte Bestandsaufnahme der in der Schule durchgeführten gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten ermöglichen. Diese dienen zugleich auch der Orientierung bei der Auswahl der gesundheitsförderlichen Aktivität (siehe Kapitel 6.4.2). Des Weiteren wurde auch die Kooperation zwischen dem Schul- und Gesundheitsbereich und den am Modellvorhaben beteiligten Akteursgruppen (siehe Kapitel 5.1) explizit adressiert.

Zu mehreren Messzeitpunkten wurden im Rahmen der Evaluation Aspekte der Vernetzung bei den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren erfasst. Dies erfolgte mit den Evaluationskriterien ‚*Qualität der Vernetzung*‘ [D3.1] und ‚*Vernetzungsdichte*‘ [D3.2], die der Zieldimension ‚*Vernetzung erfolgreich unterstützen und etablieren*‘ [D3] zugeordnet sind. Die ‚*Qualität der Vernetzung*‘ [D3.1] wurde mit dem ‚*Vernetzungsgrad*‘ [D3.1.1] auf Basis der von Neugebauer und Beywl (2006) entwickelten Kriterien gemessen. Die ‚*Anzahl Partner/ Kontakte in den Modellregionen*‘ [D3.2.1] diente als Indikator zur Messung der ‚*Vernetzungsdichte*‘ [D3.2]. Hier standen die bisherigen Erfahrungen der unterschiedlichen Akteurs-

gruppen im Vordergrund. Bei den teilnehmenden Schulen wurde um eine konkrete Bewertung der Zusammenarbeit in der schulischen Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren nach Walter et al. (2013) gebeten.

Folgende Items wurden zur Messung genutzt:

- Vernetzungsgrad [D3.1.1] (Neugebauer & Beywl 2006)
 - Komplementarität
 - Netzwerkvision
 - Netzwerkkoordination
 - Interaktionsdichte
 - Nutzen
 - Nachhaltigkeit
- Anzahl Partner/ Kontakte in den Modellregionen [D3.2.1]
 - Bisherige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Schul- und Gesundheitsbereich
 - Bewertung der bisherigen Zusammenarbeit zwischen dem Schul- und Gesundheitsbereich
 - Bewertung der Zusammenarbeit in der schulischen Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren (nach Walter et al. 2013)

5.6.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Erhebungen zur Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure erfolgte prozessbegleitend und -unterstützend, da die Ergebnisse unmittelbar in die weitere Arbeit in den Schulen einfließen. Dies wurde insbesondere im Prozess der Entwicklung und der Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten genutzt. Darüber hinaus wurden die Erfahrungen in der Vernetzung vor und während der Teilnahme im Modellvorhaben erfragt. Um Veränderungen feststellen zu können, erfolgte die Erhebung bei den einzelnen Akteursgruppen zu mehreren Messzeitpunkten. Die konkrete Umsetzung der Datenerhebung sowie der jeweils beteiligten Akteursgruppe ist Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Übersicht zu den Erhebungen zur Evaluation der Vernetzung

Erhebungszeitpunkt	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Vernetzungsgrad [D3.1.1] (Neugebauer & Beywl 2006)				
Schulleitungen				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Schulämter (qualitativ)		T _{x1}		
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				
Anzahl Partner/ Kontakte in den Modellregionen [D3.2.1]				
Schulleitungen				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik und unter Nutzung unterschiedlicher Testverfahren für die Gruppen- und Zeitvergleiche (siehe Kapitel 5). Die jeweils verwendeten Testverfahren werden bei der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6 aufgeführt. Zudem konnten durch das Prozessmonitoring qualitative Hinweise zu den oben genannten Items gewonnen werden.

5.7 Gesamtbewertung des Modellvorhabens hinsichtlich der Umsetzung und der erreichten Effekte

Über die bereits dargestellten Komponenten wurden im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation auch übergreifende Projektziele des Modellvorhabens geprüft. Diese werden nun zusammenfassend in diesem Kapitel dargestellt, da sie zu einer umfassenden Gesamtbewertung des Modellvorhabens beitragen.

5.7.1 Operationalisierung des übergeordneten Projektziels und der Projektteilziele

Die Teilziele resultieren aus den Grundannahmen des Modellvorhabens und messen zum einen die Konzepttreue der tatsächlichen Umsetzung und die Bewertung des Modellvorhabens durch die unterschiedlichen beteiligten Akteurinnen und Akteure; zum anderen die durch das Modellvorhaben erzielten Effekte im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung.

Die adressierten Teilziele sind im Einzelnen:

1. Konzepttreue der Umsetzung und Durchführung des Modellvorhabens
2. Ermittlung der Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung und Verstetigung
3. Akzeptanz und Beteiligung am Modellvorhaben
4. Bewertung des Modellvorhabens hinsichtlich Aufwand und Nutzen
5. Beförderung der Gesundheitsförderung an Schulen
6. Beförderung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler
7. Beförderung von Entwicklungen in der Modellregion zur Etablierung der Gesundheitsförderung und Prävention in Grundschulen

5.7.2 Benennung der Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Die Messung der Zielerreichung erfolgt auch bei der Gesamtbewertung über unterschiedliche Datenbestände. Neben den Befragungsdaten fließen darin auch qualitative Daten aus dem Prozessmonitoring ein. Im Evaluationskonzept sind die einzelnen Teilziele unterschiedlichen Zielbereichen zugeordnet, deren Operationalisierung in der nachstehenden Tabelle 11 dargestellt ist. Hierbei werden für jedes Teilziel zur Gesamtbewertung das Evaluationskriterium, der Indikator und die jeweiligen Items genannt.

Tabelle 11: Übersicht zur Operationalisierung der Gesamtbewertung

Teilziele der Gesamtbewertung	Evaluationskriterien	Indikatoren	Items
Konzepttreue der Umsetzung und Durchführung des Modellvorhabens	Durchführung des Modellvorhabens [A1.2]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzepttreue sowie Erreichung Meilensteine [A1.2.6] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufriedenstellende Umsetzung der Meilensteine der Komponenten der Gesundheitsuntersuchung
Ermittlung der Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung und Verstetigung	Erforderliche Strukturen und Ressourcen [A2.1]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benötigte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen [A2.1.1] ▪ Personale und zeitliche Ressourcen [A2.1.2] ▪ Organisatorische und finanzielle Ressourcen [A2.1.3] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufwand der Beteiligung am Modellvorhaben ▪ Fördernde und hemmende Einflussfaktoren für die Beteiligung ▪ Erforderliche Ressourcen und Strukturen
	Gelingensfaktoren und Hürden [A2.2]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meinungsbild zu Verstetigung/ Übertragbarkeit [A2.2.1] ▪ Bereitschaft Beteiligte [A2.2.2] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hindernisse und Hürden für die Verstetigung ▪ Fördernde Faktoren ▪ Impulse durch das Modellvorhaben
Akzeptanz des und Beteiligung am Modellvorhaben	Akzeptanz bei den beteiligten Akteurinnen und Akteuren [B2.1]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akzeptanzlevel [B2.1.1] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufriedenheit mit der SU, den GF-Aktivitäten und dem Projektverlauf ▪ Bewertung des Modellvorhabens und seiner Komponenten ▪ Akzeptanz der Angebote durch Adressaten
	Beteiligungen von Eltern/ Lehrpersonen und Akteurinnen und Akteuren [B2.2]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beteiligung an Aktivitäten der Gesundheitsförderung [B2.2.1] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammensetzung der Steuergruppen ▪ Beteiligung der Schulen an der Aktivität der Gesundheitsförderung
Bewertung des Modellvorhabens hinsichtlich Aufwand und Nutzen	Gelingensfaktoren und Hürden [A2.2]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive „Aufwand/Nutzen-Relation“ [A2.2.3] 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erzielter Mehrwert durch das Modellvorhaben ▪ Aufwand/Nutzen-Verhältnis ▪ Mehrwert der Ergebnisse für die Schule ▪ Mehrwert durch die gesundheitsförderliche Aktivität

Teilziele der Gesamtbewertung	Evaluationskriterien	Indikatoren	Items
Beförderung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	Minderung Chancenungleichheit [B3.1]	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung schulischer Erfolg/ Chancen [B3.1.1] 	<ul style="list-style-type: none"> „Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘/ ‚Schulisches Umfeld‘ (KIDSCREEN-52¹, KINDL^{R2}, HBSC³, BVKJ⁴) Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KIDSCREEN-10¹, Kid und Kiddo-KINDL^{R2})
Beförderung der Gesundheitsförderung an Schulen	Veränderungen in der Schule [B3.2]	<ul style="list-style-type: none"> Gute, gesunde Schule (Schulklima, Gesundheitsförderliche Schulumgebung) [B3.2.1] 	<ul style="list-style-type: none"> Transparenz Schulklima⁵ Aktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung⁶ Gesundheitsförderliche Schulumgebung⁵ Schulentwicklung⁵ Stellenwert der Gesundheitsförderung Partizipation bei der Gesundheitsförderung in der Schule Erfolge und Schwierigkeiten von Gesundheitsfördermaßnahmen⁶
Beförderung von Entwicklungen in der Modellregion zur Etablierung der Gesundheitsförderung und Prävention in Grundschulen	Ausstrahlung [D1.1]	<ul style="list-style-type: none"> Durch das Modellvorhaben initiierte Entwicklungen in anderen Regionen und Bereichen [D1.1.2] 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklungen, die durch das Modellvorhaben in der Modellregion initiiert wurden Weitere Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung

¹ KIDSCREEN Group Europe 2006, Ravens-Sieberer 2016a; ² Ravens-Sieberer & Bullinger 2000a, Ravens-Sieberer 2016b; ³ Universität Bielefeld 2006, HBSC-Team Deutschland 2011, Ottova et al. 2012a, Bucksch et al. 2016; ⁴ BVKJ 2014; ⁵ Brägger & Posse 2007b; ⁶ Walter et al. 2013; SU: Schulärztliche Untersuchung

Bei der Operationalisierung der einzelnen Items wurde – wo möglich – auf bereits validierte Instrumente zurückgegriffen. Für die Messung der Effekte auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler wie auch auf die Einbettung der Gesundheitsförderung in die Schulentwicklung wurde auf Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. einschlägiger Kriterien zur Messung der Umsetzung von Gesundheitsförderung in Schulen zurückgegriffen (siehe Tabelle 11). Bei Letztgenannten erfolgte eine Auswahl der Kriterien, da die Instrumente sehr umfangreich sind und in dieser Form für die

Evaluation nicht nutzbar waren. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Laufzeit des Modellvorhabens ist insgesamt nur von kleinen Veränderungen auszugehen.

5.7.3 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Erhebung der einzelnen Indikatoren erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Eingebunden wurden des Weiteren verschiedene Akteursgruppen, um eine möglichst umfassende Bewertung der einzelnen Teilziele zu erreichen. Die Fragebögen wurden zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten vergleichbar gestaltet, so dass ein Prä-Post-Vergleich möglich ist. In der nachstehenden Tabelle 12 sind für jeden Indikator und dessen Items der Erhebungszeitpunkt und die jeweils befragte Akteursgruppe benannt.

Tabelle 12: Übersicht zu den Erhebungen zur Gesamtbewertung des Modellvorhabens

Indikatoren und Zielgruppe	Erhebungszeitpunkt	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
		7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Konzepttreue sowie Erreichung Meilensteine [A1.2.6]					
Untersuchungsteams in den Modellregionen					
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion					
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien					
BMG					
BZgA					
Benötigte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen [A2.1.1]					
Personale und zeitliche Ressourcen [A2.1.2]					
Schulleitungen					
Lehrerinnen und Lehrer					
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS					
Untersuchungsteams in den Modellregionen					
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion					
Schulämter (qualitativ)		T _{x1}			
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien					
BMG					
BZgA					

Erhebungszeitpunkt Indikatoren und Zielgruppe	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Organisatorische und finanzielle Ressourcen [A2.1.3]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Meinungsbild zu Verstetigung/ Übertragbarkeit [A2.2.1]				
Bereitschaft Beteiligte [A2.2.1]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Eltern				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Schulämter (qualitativ)		T _{x1}		
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
Akzeptanzlevel [B2.1.1]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Eltern				
Schülerinnen und Schüler				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den Landesministerien				
BMG				
BZgA				
Positive „Aufwand/Nutzen-Relation“ [A2.2.3]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Mitglieder der Steuergruppen (qualitativ)				
Untersuchungsteams in den Modellregionen				
Partnerinnen und Partner aus der Modellregion				
Partnerinnen und Partner aus den				

Erhebungszeitpunkt Indikatoren und Zielgruppe	Pilottest T ₀	1. Erhebung T _{1U}	2. Erhebung T _{1GF}	3. Erhebung T _{2GF}
	7/14 – 9/14	12/14 – 9/15	8/15 – 5/16	5/16 – 10/16
Landesministerien				
BMG				
BZgA				
Verbesserung schulischer Erfolg/ Chancen [B3.1.1]				
Eltern				
Schülerinnen und Schüler				
Gute, gesunde Schule (Schulklima, Gesundheitsförderliche Schulumgebung) [B3.2.1]				
Schulleitungen				
Lehrerinnen und Lehrer				
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des OGS				
Eltern				
Schülerinnen und Schüler				

Zu den oben genannten Befragungen fand immer auch begleitend ein Monitoring durch das Evaluationsteam statt.

Die Datenauswertung erfolgte analog den anderen Zielbereichen mit quantitativen Auswertungsmethoden (siehe Kapitel 5). Neben deskriptiven Auswertungen wurden auch unterschiedliche Verfahren zum Gruppenvergleich und zur Trend- bzw. Längsschnittanalyse verwendet. Mit Ausnahme der Schulleitungen war es im Projekt nicht möglich die vorhandenen Daten zu den unterschiedlichen Zeitpunkten mit den jeweiligen Zielgruppen zu verknüpfen. Daher kann nur bei den Schulleitungen eine Längsschnittanalyse vorgenommen werden. Bei allen anderen Zielgruppen werden Trendanalysen durchgeführt. Entsprechend sind die Prä-Post-Vergleiche in der Mehrzahl der Fälle eine Gegenüberstellung der Trends zwischen der Erhebung zu T_{1GF} und T_{2GF}. Hinsichtlich der Veränderungen in der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Kinder sind aufgrund des zur Verfügung stehenden Zeitfensters nur geringe Veränderungen zu erwarten. Zudem wurden auf Basis der Protokolle sowie durch die Auswertung der Abschlusstreffen an den Schulen qualitative Informationen zur Bewertung hinzugezogen.

6 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der zentralen Komponenten der Gesundheitsuntersuchung. Zudem wird im letzten Abschnitt eine umfassende Gesamtbewertung des Modellvorhabens vorgenommen. Zur besseren Lesbarkeit werden, wie bereits im fünften Kapitel des Sachberichtes, die Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation in die Darstellung der einzelnen Abschnitte integriert.

6.1 Charakterisierung der teilnehmenden Modellregionen und Schulen

An dem Modellvorhaben haben sich als Modellregionen der Kreis Recklinghausen, die Stadt Flensburg und die Stadt Kassel beteiligt. Entsprechend der Voraussetzungen wurden für das Schul- und Gesundheitsamt verbindliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benannt. Dies gilt auch für die Landesebene.

6.1.1 Charakterisierung der teilnehmenden Modellregionen

Nachstehend werden die teilnehmenden Modellregionen kurz charakterisiert. Ausführliche Informationen zu den Modellregionen wie auch zu den Ländern können den Status-quo-Berichten entnommen werden.

Kreis Recklinghausen

Der Kreis Recklinghausen liegt im Norden des Ruhrgebiets und umfasst die Städte Castrop-Rauxel, Datteln, Dorsten, Gladbeck, Haltern am See, Herten, Marl, Oer-Erkenschwick, Recklinghausen und Waltrop. Im Jahr 2014 lebten hier 613092 Einwohner (IT.NRW 2016); im Jahr 2015 waren es 617807 Einwohner (Kreis Recklinghausen 2016). Damit ist der Kreis Recklinghausen der bevölkerungsreichste in Deutschland. Der Altersmedian hat sich in der Zeit von 2000 bis 2012 von 41,4 Jahre auf 46,4 Jahre erhöht (Kreis Recklinghausen 2014). Im Jahr 2015 lebten 25327 Kinder (4,1 %) im Grundschulalter (5 - unter 10 Jahre) im Kreis Recklinghausen (Kreis Recklinghausen 2016). Ein Fünftel der Bevölkerung (20,3 %) hatte in 2014 einen Migrationshintergrund (21,1 % männlich und 19,5 % weiblich) (MAIS 2015).

Die Arbeitslosenquote lag in 2015 bei 10,6 % und war damit niedriger als in 2013 (Jobcenter Kreis Recklinghausen 2014; BA 2016a). Dagegen ist die SGB II-Quote im Zeitraum von 2013 bis 2015 stark angestiegen. Lag die SGB II-Quote in 2013 noch bei 8,6 %, betrug sie in 2015 bereits 14,8 % (Jobcenter Kreis Recklinghausen 2014; BA 2016a). In 2015 lebten im Jahresdurchschnitt 73435 Personen in Bedarfsgemeinschaften. Von den 70506 Regelleistungsberechtigten waren 17923 Kinder und Jugendliche unter

15 Jahren (BA 2016a). Damit lebte mehr als ein Fünftel der insgesamt 78243 Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren im Kreis Recklinghausen in Armut (Kreis Recklinghausen 2016).

Kreisfreie Stadt Flensburg

Flensburg ist eine kreisfreie Stadt im Norden Schleswig-Holsteins mit einer Einwohnerzahl von 91316 Personen im Jahr 2014, deren Bevölkerung in diesem Jahr im Durchschnitt 42,1 Jahre alt und zu 49,3 % weiblich war (Stadt Flensburg 2015). Der Anteil von Personen bis unter 18 Jahren lag mit 13329 Personen bei 14,6 %, womit sich im Zeitraum von den Jahren 2004 bis 2014 ein Rückgang von etwa zwei Prozentpunkten verzeichnen lässt (Stadt Flensburg 2015). Etwas mehr als ein Fünftel der Einwohnerinnen und Einwohner aus Flensburg hatten im Jahr 2014 einen Migrationshintergrund. Differenziert nach Altersgruppen zeigte sich, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund mit 26,8 % bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren am höchsten war (Stadt Flensburg 2015).

Die Beschäftigungsquote in der Stadt Flensburg lag durchschnittlich bei 43,9 %, während sich die Arbeitslosenquote insgesamt zum Stichtag am 30. Juni 2014 auf 8,0 % belief. Die Arbeitslosenquote wies eine ausgeprägte Stadtteilabhängigkeit mit dem niedrigsten Anteil von 2,5 % in Tarup und dem höchsten Anteil von 12,7 % in der Neustadt auf (Stadt Flensburg 2015). Hinsichtlich des Bildungsstatus zeigte sich für das Jahr 2014, dass der Anteil der Beschäftigten mit (hoch) komplexer Tätigkeit (als Experte/ Spezialist) insgesamt bei 21,6 % lag und 6,1 % der Beschäftigten über keinen Hauptschulabschluss verfügten, d. h. die Schule nach Ableistung der Vollzeitschulpflicht ohne Abschluss verließen (BA 2015a, 2016b). Die SGB II-Quote betrug insgesamt 16,3 % und umfasste für die Zielgruppe der unter 15-Jährigen mit 28,2 % nahezu den doppelten Anteil (BA 2015a). In einer Bedarfsgemeinschaft nach SGB II lebten im Jahr 2014 15,2 % der Bevölkerung. Hier lässt sich in den vergangenen Jahren ein leichter Rückgang erkennen (Stadt Flensburg 2015).

Kreisfreie Stadt Kassel

Die kreisfreie Stadt Kassel ist die drittgrößte Stadt des Landes Hessen mit insgesamt 197092 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2014, wovon der Anteil der weiblichen Bevölkerung 51,4 % ausmachte (Stadt Kassel 2015). Das Durchschnittsalter lag im selben Jahr bei 42,9 Jahren. 35,4 % der Einwohnerinnen und Einwohner hatten einen Migrationshintergrund; bei den unter 18-Jährigen waren es sogar mehr als die Hälfte (Stadt Kassel 2015).

Die Agentur für Arbeit gab im Durchschnitt für das Jahr 2014 eine Beschäftigungsquote von 49,5 % an (BA 2016c). Der Anteil der Beschäftigten mit einer (hoch)komplexen Tätigkeit belief sich auf 26,4 %, während 8,2 % der erwerbstätigen Personen die Schule ohne einen Hauptschulabschluss verlassen hatten (BA 2016c). Zum 30. Juni 2014 waren 9,6 % der erwerbsfähigen Personen in Kassel arbeitslos (Stadt Kassel 2015). Allerdings zeigte sich diesbezüglich eine stark disparate Verteilung in den Stadtteilen mit einem Anteil von 2,2 % in Brasselsberg bzw. von 19,7 % in Nord (Holland). Ein vergleichbares Bild ergab sich für den Leistungsbezug nach SGB II. Insgesamt haben nach SGB II 21447 Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt Kassel Leistung bezogen, 6881 Personen waren unter 18 Jahren (Stadt Kassel 2015). Die Anzahl von Bedarfsgemeinschaften im Leistungsbezug SGB II betrug 11432.

6.1.2 Auswahl und Charakterisierung der teilnehmenden Schulen in den Modellregionen

Für alle Modellregionen wurden Auswahlkriterien formuliert, mittels derer die Auswahl der Schulen erfolgen sollte. Die Kriterien waren: Anteil der Kinder aus Haushalten mit sozialer Belastung und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung und Prävention. Die Auswahl sollte so erfolgen, dass sowohl Schulen mit jeweils einer niedrigen und einer hohen Ausprägung der beiden genannten Kriterien vertreten sein sollten. Mit Ausnahme der Modellregion Stadt Flensburg, in der eine Vollerhebung durchgeführt wurde, erfolgte die Auswahl in Abstimmung zwischen dem Schul- und Gesundheitsamt und den Schulen.

Teilnehmende Schulen in der Modellregion Kreis Recklinghausen

Aufgrund der Größe des Kreises Recklinghausen wurde im Vorfeld eine den Kreis repräsentierende Auswahl der teilnehmenden Schulen durch das Schulamt für den Kreis Recklinghausen getroffen. Soziodemografische Aspekte und die Lage der Schule (Stadt/ Land) waren hierbei von Bedeutung. Darüber hinaus sollte die Hälfte der Schulen im Landesprogramm Bildung und Schule (BuG) aktiv sein. Diese Mitarbeit stellte ein weiteres Auswahlkriterium dar. Im Rahmen dieses Landesprogramms werden Schulen bei ihrem Vorhaben unterstützt, sich zu guten, gesunden Schulen zu entwickeln. Als gute, gesunde Schule gilt eine Schule, „die Unterricht und Erziehung, Lehren und Lernen, Führung und Management sowie Schulkultur und Schulklima durch geeignete Maßnahmen gesundheitsförderlich gestaltet und somit die Bildungsqualität insgesamt verbessert“ (MSW NRW 2016, o. S.). Ausgewählt wurden insgesamt zehn Schulen: je zwei in den Städten Castrop-Rauxel und Gladbeck sowie je drei Schulen in den Städten Marl und Recklinghausen.

Alle beteiligten Schulen sind offene Ganztagschulen, der Nachmittagsbereich ist in der Regel in Räumen der Schule oder in einem separaten Gebäude auf dem Schulgelände untergebracht. Unterschiedliche Träger organisieren das Mittagessen sowie die Betreuung der Schülerinnen und Schüler. Dazu gehört die Unterstützung bei der Erledigung der Hausaufgaben und, je nach Schule, ein vielfältiges AG- und Kursangebot, zu dem sich die Kinder extra anmelden. Das Nachmittagsangebot ist anmelde- und kostenpflichtig. Im Rahmen des „Bildungs- und Teilhabepakets“ können jedoch Ermäßigungen beantragt werden.

Teilnehmende Schulen in der Modellregion Stadt Flensburg

In Flensburg nahmen alle zehn deutschen Schulen der Stadt und zusätzlich fünf dänische Grundschulen an der Gesundheitsuntersuchung für Drittklässlerinnen und Drittklässler teil. Damit stand allen Drittklässlerinnen und Drittklässler in Flensburg dieses Angebot zur Verfügung. Die Entscheidung zur Teilnahme an ‚GrundGesund‘ erfolgte bei den dänischen Schulen in mehreren Gremien des Vereins in Abstimmung mit den Schulen.

Alle Flensburger Schulen sind offene Ganztagschulen. In den dänischen Schulen gibt es z. T. Ganztagsangebote der Schulen. Jedoch werden die meisten Kinder im Fritidshjem, d. h. in einer an den Schulen durchgeführten und dort gesetzlich verankerten Nachmittagsbetreuung für Schulkinder (Hovestadt 2004, S. 11), betreut, von denen es mehrere in der Nähe der Schulen gibt. In den deutschen Grundschulen wird das Ganztagsangebot vom Verein „Betreute Grundschule“ koordiniert. Es wird jeweils für ein warmes Mittagessen und Hausaufgabenhilfe gesorgt. Außerdem gibt es nachmittags ein Kursangebot, zu dem sich die Kinder extra anmelden können. Alle Nachmittagsangebote werden von den Eltern finanziert; eine Ermäßigung ist durch das „Bildungs- und Teilhabepaket“ möglich.

Alle deutschen Grundschulen arbeiteten inklusiv/ integrativ und werden nach bestimmten Berechnungskriterien stundenweise durch Sonderschullehrkräfte aus den Förderzentren unterstützt, deren Arbeitszeit je nach Bedarf auf die Klassen verteilt wird.

Teilnehmende Schulen in der Modellregion Stadt Kassel

Das Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ – ‚GrundGesund‘ wurde in Kassel an 15 Grundschulen durchgeführt. Insgesamt gibt es in der Stadt Kassel 30 Grundschulen (Stadtportal Kassel 2016a). Die Auswahl der Schule erfolgte nach oben beschriebenen Kriterien. Darüber hinaus war auch in der Modellregion Kassel die Teilnahme an einem Landesprogramm ein weiteres Kriterium. Meh-

rere der teilnehmenden 15 Schulen beteiligten sich am Landesprogramm Schule & Gesundheit. Ziel dieses Landesprogramms ist die Erreichung einer besseren Bildungsqualität mittels gesteigerter Gesundheitsqualität (Hessisches Kultusministerium 2016). Gesundheitsförderung wird demnach als komplexer Prozess der Schulentwicklung und der Organisationsentwicklung verstanden. Alle beteiligten Schulen sind Ganztagschulen. Auch hier organisieren verschiedene Träger das Mittagessen und die Betreuung der Kinder. Neben der Hausaufgabenbetreuung werden in der Regel verschiedene Kurse und Arbeitsgemeinschaften angeboten.

6.2 Schulärztliche Untersuchung (Phase 1)

Im Vorfeld der schulärztlichen Untersuchung wurde an einer Schule eine Pilotierung durchgeführt. Ziel der Pilotierung der schulärztlichen Untersuchung war es, die vorgesehenen Abstimmungs- und Informationsprozesse sowie die eigentliche schulärztliche Untersuchung (Integration in den Schulalltag, zeitliche und räumliche Koordination, Informations- und Untersuchungsdokumente, Untersuchungsinhalte, Rückmeldeprozedere) zu durchlaufen, um die Praktikabilität und Sinnhaftigkeit der theoretisch festgelegten Konzeption zu prüfen. Vorbereitend für die Pilotierung der schulärztlichen Untersuchung wurde in einer Grundschule in der Modellregion Kreis Recklinghausen am 24. Juni 2014 ein Elternabend veranstaltet, der Eltern und auch Lehrerinnen bzw. Lehrern die Möglichkeit bot, offene Fragen und Anliegen einzubringen und zu besprechen. Die Koordinatorin stand den Eltern in der Schule zudem zwei Vormittage für weitere Informationen und zur Unterstützung beim Ausfüllen des Elternfragebogens zur Verfügung. 28 Kinder der 57 Drittklässlerinnen bzw. Drittklässler brachten zur schulärztlichen Untersuchung am 2. und 3. Juli 2014 die Einwilligungserklärung ihrer Eltern mit, 25 Kinder konnten an diesen beiden Untersuchungstagen durch eine Ärztin und eine Sozialmedizinische Assistentin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Kreises Recklinghausen untersucht werden. Die Koordinatorin der Modellregion Kreis Recklinghausen unterstützte den Ablauf der schulärztlichen Untersuchungen koordinativ und organisatorisch.

Die Erkenntnisse der Pilotierung gingen in die Routinephase der schulärztlichen Untersuchung ein, die am 3. November 2014 in allen Modellregionen startete. Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung sollten Hinweise auf gesundheitliche Risiken des einzelnen Kindes sowie die Gesundheit beeinflussende Aspekte der Lebenswelt erfasst werden. Die Ergebnisse wurden entsprechend in zweifacher Weise zur Verfügung gestellt: 1) als individuelle Rückmeldung zur Gesundheit und zu gesundheitlichen Risiken des Kindes an die Eltern und 2) als Schulgesundheitsbericht zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

der dritten Klasse und gesundheitsrelevanten Aspekten der Lebenswelt für die Akteurinnen und Akteure der teilnehmenden Schulen.

Nachstehend werden die Ergebnisse zur Durchführung, zur Beteiligung sowie zur gesundheitlichen Situation der Schülerinnen und Schüler dargestellt. Anschließend wird auf die Bewertung der schulärztlichen Untersuchung eingegangen. Das Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung.

6.2.1 Untersuchungskonzept der schulärztlichen Untersuchung

In der schulärztlichen Untersuchung war es das Ziel, möglichst viele Facetten der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie des Schulalltags zu erfassen. Im Einzelnen sollten die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden, bestehende Erkrankungen und gesundheitliche Risiken für die schulische Entwicklung, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Aspekte des Schulklimas und der Umsetzung von Inklusion sowie der sozioökonomische Status und Migrationserfahrungen der Familie erfasst werden. Die Daten wurden mittels eines Elternfragebogens und der schulärztlichen Untersuchung in den teilnehmenden Schulen erhoben.

Die Auswahl und die Operationalisierung der oben genannten Aspekte basierte auf den Erkenntnissen der Schuleingangsuntersuchungen bzw. der Schulreihenuntersuchungen in Grundschulen in den neuen Bundesländern und repräsentativen Surveys (insbesondere des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)) sowie auf Forschungsergebnissen zur Gesundheitsförderung in Grundschulen. Des Weiteren wurden national und international etablierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung der psychosozialen Gesundheit und validierte Testverfahren eingesetzt.

In der nachstehenden Tabelle 13 sind die Untersuchungssitems im Elternfragebogen bzw. in der schulärztlichen Untersuchung thematisch erfasst und als Überblick zusammengestellt.

Tabelle 13: Untersuchungssitems des Elternfragebogens und der schulärztlichen Untersuchung

Untersuchungssitems	Elternfragebogen	Schulärztliche Untersuchung
Körperliche Gesundheit		
Psychische Gesundheit		
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden		
Freizeitverhalten		
Schulische Entwicklung des Kindes		
Schulklima		
Umsetzung der Inklusion in der Schule		
Soziodemografische Angaben zur Familie		
Körperliche Untersuchung		
Seh- und Hörtest		
Impfstatus		
Visuomotorik		
Grobmotorik		

Für die Untersuchung wurde ein Manual erarbeitet, welches eine kurze Beschreibung der einzelnen Testverfahren einschließlich der jeweiligen Norm- und Referenzwerte umfasst. Des Weiteren wurden Dokumentationsbögen entwickelt, die eine fehlerfreie und effiziente Erfassung der einzelnen Werte ermöglichen.

6.2.2 Durchführbarkeit der schulärztlichen Untersuchung in den Modellregionen

In allen Modellregionen starteten die schulärztlichen Untersuchungen am 3. November 2014 und wurden je nach Taktung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in den Schulen im Februar 2015 in den Modellregionen Kreis Recklinghausen und Stadt Flensburg bzw. im Mai 2015 in der Modellregion Stadt Kassel abgeschlossen. Eine Besonderheit in der Modellregion Stadt Flensburg ist die Beteiligung der dänischen Grundschulen am Modellvorhaben. Die Untersuchung fand hier von Februar bis März 2015 statt.

Für die Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung erhielten die Eltern zunächst eine Informationsmappe (Mappe 1) mit umfassenden Informationen zum Modellvorhaben. Des Weiteren lag dieser Mappe eine Erklärung zum Interesse an der Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung für die

Eltern sowie für die Schülerinnen und Schüler bei. Bei positivem Votum der Eltern und des Kindes erhielten die Eltern die zweite Mappe, die den Elternfragebogen, die Einverständniserklärung und Informationen zu den für die Untersuchungen mitzubehaltenden Dokumenten (Impfausweis, Vorsorgeheft) beinhaltete.

Am ersten Untersuchungstag wurde dann eine zeitliche Einteilung der Kinder mit vollständigen Unterlagen, d. h. mit einem ausgefüllten Elternfragebogen und der Einverständniserklärung beider Eltern, vorgenommen. Bei fehlenden Unterlagen wurden die Eltern gebeten, diese dem Kind am nächsten Tag mit in die Schule zu geben. Hierzu wurde ein Rückmeldeformular entwickelt.

Die Untersuchung fand in der Schule in zwei Räumen statt, so dass die Untersuchungsanteile der Medizinischen Fachangestellten (MFA)/ Sozialmedizinischen Assistentin (SMA) und der Schulärztin voneinander getrennt und damit parallel stattfinden konnten. In der Folge wurden die Schulen gebeten, dem Modellvorhaben für den Untersuchungszeitraum zwei Räume in unmittelbarer Nähe und möglichst in einem ruhigeren Bereich der Schule zur Verfügung zu stellen. Eine Ausnahme stellten die dänischen Schulen dar, wo eine Durchführung nur mit zwei Erwachsenen in einem Raum stattfinden durfte. Die Untersuchungsrythmen in den Modellregionen variierten entsprechend den Möglichkeiten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. So fanden in den Modellregionen Kreis Recklinghausen und Stadt Kassel die Untersuchungen an aufeinanderfolgenden Tagen statt. In der Modellregion Stadt Flensburg wurde die schulärztliche Untersuchung an den Schulen jeweils an einem Wochentag und damit über einen längeren Zeitraum angeboten.

An den schulärztlichen Untersuchungen waren in den Modellregionen Kreis Recklinghausen und Stadt Flensburg jeweils vier Untersuchungsteams und in der Modellregion Stadt Kassel zwei Untersuchungsteams beteiligt. Diese Teams setzten sich jeweils zusammen aus einer Kinder- und Jugendärztin und einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. einer Sozialmedizinischen Assistentin (SMA). An den dänischen Schulen wurden die schulärztlichen Untersuchungen durch ein dänisches Untersuchungsteam durchgeführt. Hier hat eine Ärztin mit drei verschiedenen Krankenschwestern zusammengearbeitet. Die nachstehende Abbildung 4 gibt eine Übersicht zur Verteilung der einzelnen Komponenten der schulärztlichen Untersuchung im Untersuchungsteam.

Abbildung 4: Übersicht zur Verteilung der Komponenten der schulärztlichen Untersuchung auf das Untersuchungsteam¹

MFA/ SMA	Schulärztin
Anamnese: Übertragung aus dem Elternfragebogen (derzeitige Behandlung des Kindes, Medikamenten- und Hilfsmittelbedarf, Früherkennungsuntersuchungen, schwerwiegende Vorerkrankungen, Auswertung des ISAAC, Verhaltensanamnese (SDQ)) Sehtest (Fernvisus, Farbsinntest Ishihara, Lang-Stereotest II) Hörtest Messung der Körpergröße Durchführung des Zeichnerischen Reproduktionsversuchs (ZRV)	Durchführung des Grobmotoriktests (Subtests: ‚Einbeinstand‘, ‚Rumpfbeuge‘, ‚Standweitsprung‘, ‚seitliches Hin- und Herspringen‘) Körperliche Untersuchung (Körpergewicht, BMI, Blutdruck, Herzfrequenz, Augen, HNO, Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Haut) Bewertung der Deutschkenntnisse Besondere Untersuchungsbefunde Allgemeiner Eindruck vom Kind Bewertung der Entwicklung Formulierung von Handlungsempfehlungen

¹ Alle Quellen sind im Detail im Manual zur schulärztlichen Untersuchung dokumentiert.

Als Zeitfenster für die schulärztliche Untersuchung wurden im Modellvorhaben 30 Minuten kalkuliert. Dieser zeitliche Rahmen wurde auch bei der Konzeption der schulärztlichen Untersuchung und der Verteilung der Untersuchungskomponenten auf die durchführenden Fachkräfte berücksichtigt. Im Rahmen der Durchführung konnte diese zeitliche Vorgabe gut eingehalten werden. Die schulärztlichen Untersuchungen dauerten im Mittel zwischen 20 und 30 Minuten, in seltenen Fällen länger. In der Regel benötigten die Untersuchungsteams am ersten Tag an einer neuen Schule etwas mehr Zeit, solange bis sich die Abläufe unter den jeweiligen Rahmenbedingungen eingespielt hatten. Die Zuordnung der Untersuchungskomponenten hat sich bei der Durchführung der Untersuchung bewährt.

6.2.3 Beteiligung an der schulärztlichen Untersuchung

Insgesamt nahmen 1303 Schülerinnen und Schüler der teilnehmenden Schulen die schulärztliche Untersuchung in allen drei Modellregionen wahr. Die Teilnahmequote betrug somit 60,8 %.

Etwas mehr Mädchen als Jungen (55 % vs. 45 %) haben an der schulärztlichen Untersuchung teilgenommen. Die Verteilung nach dem Bildungsindex der Eltern, der entsprechend dem Bielefelder Modell auf Basis der jeweils höchsten Schul- und Berufsausbildung der Eltern gebildet wurde (siehe Kapitel 5.3.3.1), zeigte, dass knapp die Hälfte der Eltern einen mittleren Bildungsindex, ein gutes Drittel der Eltern einen hohen und 15,7 % der Eltern einen niedrigen Bildungsindex haben. Der Anteil der Kinder mit einem Migrationshintergrund lag insgesamt bei 30,4 %. Die Bestimmung des Migrationshintergrundes erfolgte nach den Vorgaben der AOLG (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013a) (siehe Kapitel 5.3.3.1).

6.2.4 Ergebnisse zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

Auf Basis der Daten der Elternbefragung und der schulärztlichen Untersuchung konnte ein facettenreiches Bild der Gesundheit der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler gezeichnet werden. Nachfolgend werden zentrale Aspekte der Gesundheit und des Freizeit- und Gesundheitsverhaltens sowie lebensweltrelevante Faktoren der Gesundheit beleuchtet.

6.2.4.1 Subjektive Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

Die subjektive Gesundheit (KIDSCREEN-10, KINDL®) war nach Einschätzung der Eltern bei 74,1 % der Kinder ausgezeichnet oder sehr gut. Der prozentuale Anteil der Kinder, die aus Sicht der Eltern eine weniger gute Gesundheit hatten, lag bei 1,6 %.

Hinsichtlich der Bewertung der subjektiven Gesundheit fanden sich erhebliche Unterschiede nach Bildungsindex und Migrationshintergrund der Eltern, nicht jedoch nach Geschlecht (siehe Tabelle 14). Nur 65,2 % der Eltern mit niedrigem Bildungsstatus beurteilten die Gesundheit ihres Kindes als ausgezeichnet/ sehr gut; während dies für 84,9 % der Eltern mit hohem Bildungsstatus zutraf. Dies macht eine Differenz von 19,7 Prozentpunkten aus.

Tabelle 14: Soziodemografische Unterschiede in der subjektiven Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Subjektive Gesundheit (%)				n. s. ^a				0.000 ^a			0.000 ^a
Ausgezeichnet/sehr gut	74,1 <small>[75,8; 77,1; 76,3]</small>	75,1	76,7		65,2	75,0	84,9		80,0	67,8	

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test

Die subjektive Gesundheit wurde auch bei Kindern mit Migrationshintergrund hochsignifikant seltener als ausgezeichnet/ sehr gut von den Eltern beurteilt als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (67,8 % vs. 80,0 %). Der prozentuale Unterschied beträgt 12,2 Prozentpunkte.

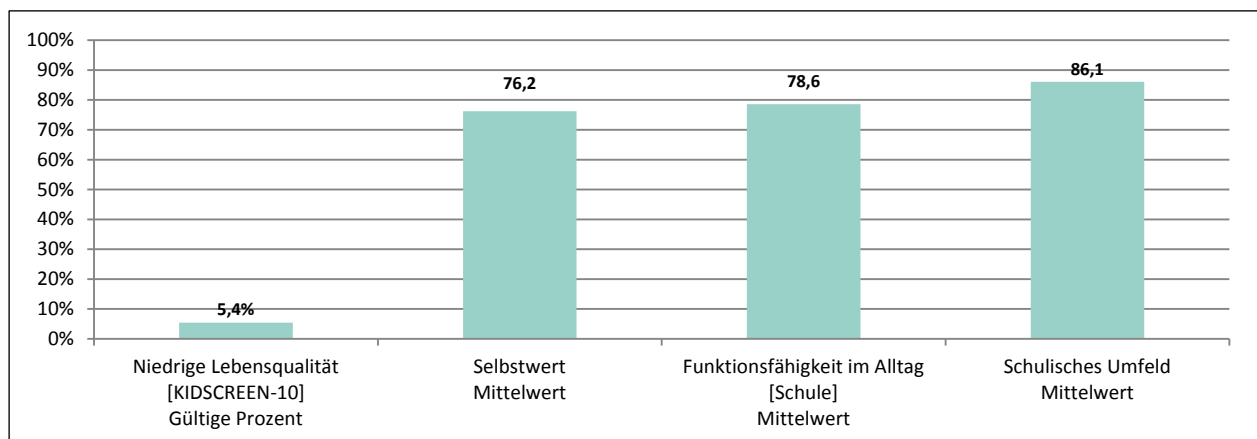
6.2.4.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler

Im Elternfragebogen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem KIDSCREEN-10 (KIDSCREEN Group Europe 2006; Ravens-Sieberer 2016a) erhoben. Darüber hinaus wurden ausgewählte Aspekte zur Lebensqualität im Kontext des schulischen Alltages aus dem KIDSCREEN-52 (KIDSCREEN Group Europe 2006; Ravens-Sieberer 2016a) und dem KINDL® (Ravens-Sieberer & Bullinger 2000a; Ravens-Sieberer et al. 2007a; Ravens-Sieberer 2016b) aufgenommen. Die Skalenbildung wurde entsprechend den Vorgaben der verwendeten Instrumente durchgeführt und hat damit einen minimalen Punktwert von 0 und einen maximalen Punktwert von 100.

In der Abbildung 5 sind der prozentuale Anteil der Kinder mit einer niedrigen Lebensqualität und die Mittelwerte zu den Skalen ‚Selbstwert‘, ‚Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘ und ‚Schulisches Umfeld‘ dargestellt. Von einer niedrigen Lebensqualität wird gesprochen, wenn der erreichte Mittelwert unter 40 liegt (Ellert et al. 2014).

Der Anteil der Kinder mit einer niedrigen Lebensqualität betrug insgesamt 5,4 %. Die Einschätzung der Eltern zu den ausgewählten Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war positiv. Die Mittelwerte lagen im oberen Bereich: konkret für den ‚Selbstwert‘ bei 76,2 Punkten, für die ‚Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘ bei 78,6 Punkten und für das ‚Schulische Umfeld‘ bei 86,1 Punkten.

Abbildung 5: Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler



Auch bei der gesundheitlichen Lebensqualität bestanden zum Teil hochsignifikante Unterschiede für die soziodemografischen Merkmale (siehe Tabelle 15). Dabei waren die Unterschiede nach Geschlecht eher gering. Hier fand sich nur ein signifikanter Unterschied für das ‚Schulische Umfeld‘, das im Mittel signifikant besser für die Mädchen als für die Jungen bewertet wurde.

Tabelle 15: Soziodemografische Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Niedrige Lebensqualität (%)	5,1 [5,4; 5,2; 5,3]	5,4	5,4	n. s. ^a	8,1	4,7	4,7	n. s. ^a	4,8	6,6	0.020 ^a
Selbstwert (Mittelwert)	76,2	76,2	76,1	n. s. ^c	72,9	76,5	76,7	0.026 ^d	76,1	76,3	n. s. ^c
Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule) (Mittelwert)	78,6	78,2	79,0	n. s. ^c	73,9	78,2	83,4	0.000 ^d	80,8	74,1	0.000 ^c
Schulisches Umfeld (Mittelwert)	86,1	87,5	84,4	0.000 ^c	85,4	85,8	86,6	n. s. ^d	85,2	87,8	0.001 ^c

GW: Gesamtwert. Gesamtprozentwerte einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt. Des Weiteren sind unter GW auch die Mittelwerte für die Gesamtgruppe dargestellt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test; ^c Mann-Whitney-U-Test; ^d Kruskal-Wallis-Test

Die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität variierte jedoch deutlich nach dem Bildungsindex der Eltern. Signifikante Unterschiede bildeten sich für den ‚Selbstwert‘ und die ‚Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘ ab, die von den Eltern mit niedrigem Bildungsstatus schlechter als von Eltern mit hohem Bildungsstatus bewertet wurden.

Zudem differierte die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Migrationshintergrund. Insgesamt betrachtet fand sich diesbezüglich allerdings ein leicht heterogenes Bild, das trotz Abweichungen in der Tendenz auf eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei den Kindern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund hinwies. Eine Ausnahme stellt das ‚Schulische Umfeld‘ dar, wo sich eine signifikant bessere Beurteilung bei den Eltern mit Migrationshintergrund fand.

Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung entsprachen nationalen Vergleichsdaten. Eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten in der KiGGS-Studie (Welle 1: 2009-2012) 5,3 % der 7- bis 10-jährigen Mädchen und 6,6 % der gleichaltrigen Jungen (Ellert et al. 2014, S. 804). Die Mittelwerte für den ‚Selbstwert‘ lagen in der Normstichprobe (KiGGS Basiserhebung: 2003-2006) bei 70,3 bei den 7- bis 10-jährigen Jungen und bei 71,2 bei den gleichaltrigen Mädchen (Ravens-Sieberer et al. 2007a, S. 814). Die Mittelwerte der Normstichprobe (KiGGS Basiserhebung: 2003-2006) für die ‚Funktionsfähigkeit im

Alltag [Schule]’ betragen 81,9 bei den 7- bis 10-jährigen Jungen und 83,3 bei den gleichaltrigen Mädchen (Ravens-Sieberer et al. 2007a, S. 814).

6.2.4.3 Körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

Umfangreich wurde die körperliche und psychische Gesundheit im Rahmen der Elternbefragung und der schulärztlichen Untersuchung erfasst. Dabei wurde bei der Erhebung – wo möglich – auf validierte Messverfahren zurückgegriffen (siehe Kapitel 6.2.1). In der nachstehenden Tabelle 16 werden ausgewählte gesundheitliche Risiken und Störungen sowie Erkrankungen dargestellt. In einem weiteren Abschnitt wird zusätzlich auf die im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung ermittelten auffälligen Screeningbefunde (Befundkategorie A) eingegangen.

Im Elternfragebogen wurden die Allergien in Anlehnung an die ISAAC-Studie (Rzehak 2004, zit. in LIGA.NRW o. J.) erhoben, auf deren Basis Hinweise für das Vorliegen einer allergischen Rhinitis, einer Asthma bronchiale und einer atopischen Dermatitis gewonnen werden können. Die Auswertung der Angaben im Elternfragebogen erfolgte sowohl entsprechend den Vorgaben während der schulärztlichen Untersuchung als auch zusätzlich über die statistische Auswertung zur Qualitätssicherung. Insgesamt hatten 22,6 % der Schülerinnen und Schüler mindestens eine der genannten Allergien.

Eine Beeinträchtigung der Sehschärfe bestand bei insgesamt 22,3 % der untersuchten Kinder. Deutlich geringer war der Anteil der Kinder, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens aufwiesen. Insgesamt lag der prozentuale Anteil bei den Schülerinnen und Schülern bei 2,7 %.

Tabelle 16: Körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Allergien (%)											
Mindestens eine der genannten Allergien (%)	22,6 [23,2; 23,4; 23,1]	21,4	25,5	n. s. ^a	17,4	27,1	21,0	0.013 ^a	22,4	24,5	n. s. ^a
Beeinträchtigung Sehschärfe (%)	22,3 [22,6; 20,5; 22,2]	21,6	23,8	n. s. ^a	24,7	22,2	16,4	0.034 ^a	21,1	24,7	n. s. ^a
Beeinträchtigung Hörvermögen (%)	2,7 [2,7; 2,5; 2,3]	3,0	2,4	n. s. ^b	4,1	2,5	1,8	n. s. ^b	1,9	3,5	n. s. ^b
Psychische Auffälligkeiten (%)	15,7 [16,4; 15,2; 16,3]	15,2	17,8	n. s. ^a	25,3	16,7	8,9	0.000 ^a	15,2	19,0	n. s. ^a
Motorische Fähigkeiten [auffällig] (%)	13,0 [13,2; 12,1; 12,7]	14,3	11,9	n. s. ^b	20,2	13,0	7,4	0.000 ^b	12,1	13,8	n. s. ^b
■ Einbeinstand				0.007 ^c				0.000 ^d			n. s. ^c

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
(Testaufgabe)											
Überdurchschnittlich/ durchschnittlich (%)	67,3 <small>[68,0; 70,5; 68,7]</small>	71,1	64,2		57,4	69,0	78,1		70,2	65,1	
Unterdurchschnittlich/ weit unterdurchschnittlich (%)	31,7 <small>[32,0; 29,5; 31,3]</small>	28,9	35,8		42,6	31,0	21,9		29,8	34,9	
▪ Rumpfbeuge (Testaufgabe)				n. s. ^c				n. s. ^d			n. s. ^c
Überdurchschnittlich/ durchschnittlich (%)	53,2 <small>[53,8; 54,8; 54,3]</small>	53,7	53,9		48,5	53,8	58,9		54,8	43,1	
Unterdurchschnittlich/ weit unterdurchschnittlich (%)	45,7 <small>[46,2; 45,2; 45,7]</small>	46,3	46,1		51,5	46,2	41,1		45,2	46,9	
▪ Standweitsprung (Testaufgabe)				n. s. ^c				0.000 ^d			n. s. ^c
Überdurchschnittlich/ durchschnittlich (%)	27,6 <small>[28,0; 28,4; 28,4]</small>	26,2	30,1		16,0	26,0	37,0		29,6	25,7	
Unterdurchschnittlich/ weit unterdurchschnittlich (%)	71,2 <small>[72,0; 71,6; 71,6]</small>	73,8	69,9		84,0	74,0	63,0		70,4	74,3	
▪ Seitliches Hin- und Her- springen über eine Linie (Testaufgabe)				n. s. ^c				0.000 ^d			n. s. ^c
Überdurchschnittlich/ durchschnittlich (%)	67,8 <small>[68,8; 70,6; 69,3]</small>	67,2	70,7		61,3	68,3	77,6		70,1	67,6	
Unterdurchschnittlich/ weit unterdurchschnittlich (%)	30,8 <small>[31,2; 29,4; 30,7]</small>	32,8	29,3		38,7	31,7	22,4		29,9	32,4	
▪ Übergewicht/Adipositas (%)	16,7 <small>[16,8; 16,7; 17,0]</small>	18,1	15,3	n. s. ^a	26,2	19,0	9,7	0.000 ^a	16,1	19,0	n. s. ^a
Adipositas (%)	7,5 <small>[7,6; 7,2; 7,5]</small>	7,8	7,4		16,7	7,7	2,6		6,3	10,3	

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test; ^b Exakter Test nach Fisher; ^c Mann-Whitney-U-Test; ^d Kruskal-Wallis-Test

Zur Verhaltensanamnese wurde der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1997, 1999; youthinmind 2014) im Rahmen der Elternbefragung eingesetzt. Dieser wurde während der schulärztlichen Untersuchung mittels einer Schablone ausgewertet. Des Weiteren wurde zur Qualitätssicherung eine zweite Berechnung der Skalen im Rahmen der statistischen Auswertung vorgenommen. Insgesamt ergab sich ein auffälliger Grenzwert des SDQ-Gesamtwertes bei 15,7 % der untersuchten Kinder.

In der Tabelle 17 sind die Werte der einzelnen Problembereiche des SDQ aufgeführt. Deutlich wird, dass ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ mit 23,4 % und ‚Probleme mit Gleichaltrigen‘ mit 21,2 % die häufigsten Probleme bei den Schülerinnen und Schülern waren.

Tabelle 17: Psychische Auffälligkeiten bei den Schülerinnen und Schülern

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Emotionale Probleme (%)	17,7 [18,5; 17,9; 18,7]	20,6	16,1	0.043 ^a	25,9	17,9	14,4	0.005 ^a	19,1	17,9	n. s. ^a
Verhaltensauffälligkeiten (%)	23,4 [24,6; 23,5; 24,2]	22,2	27,4	0.034 ^a	42,2	22,7	16,5	0.000 ^a	22,5	28,4	0.028 ^a
Hyperaktivität (%)	16,0 [16,8; 16,7; 17,0]	13,0	21,4	0.000 ^a	20,5	18,8	12,0	0.009 ^a	16,8	17,3	n. s. ^a
Probleme mit Gleichaltrigen (%)	21,2 [22,2; 20,6; 22,0]	20,0	25,0	0.035 ^a	31,3	21,4	14,9	0.000 ^a	18,2	31,1	0.000 ^a
Prosoziales Verhalten (auffällig) (%)	5,1 [5,3; 5,2; 5,3]	5,2	5,5	n. s. ^a	9,0	4,5	4,5	n. s. ^a	4,0	8,5	0.001 ^a

GW: Gesamtprozentwerte einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test

Vier Komponenten des Motorik-Moduls (MoMo) (Institut für Sport und Sportwissenschaft o. J.; Bös et al. 2004; Opper et al. 2007; MFKJKS NRW 2010) wurden für die schulärztliche Untersuchung ausgewählt, um unterschiedliche motorische Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler zu prüfen. Die Schülerinnen und Schüler führten folgende Testaufgaben aus: ‚Einbeinstand‘, ‚Rumpfbeuge‘, ‚Standweitsprung‘ und ‚seitliches Hin- und Herspringen über eine Linie‘. Die Bewertung der einzelnen Testaufgaben erfolgte entsprechend den vorliegenden Normwerten (Institut für Sport und Sportwissenschaft o. J.; Bös et al. 2004; Opper et al. 2007; MFKJKS NRW 2010), die nach Geschlecht und Alter differenziert sind. Die Ein-

zelergebnisse wurden in Relation zu diesen Normwerten mit ‚überdurchschnittlich‘, ‚durchschnittlich‘, ‚unterdurchschnittlich‘ und ‚weit unterdurchschnittlich‘ beurteilt. Bei der Gesamtbewertung flossen alle vier Testergebnisse ein. Als motorisch auffällig galten Kinder, für die mindestens drei weit unterdurchschnittliche Werte oder eine Kombination aus unterdurchschnittlichen und weit unterdurchschnittlichen Werten in allen vier oben genannten Testaufgaben jeweils im Vergleich zur Normstichprobe vorlagen.

Insgesamt wiesen 13,0 % der Schülerinnen und Schüler entsprechend der oben definierten Festlegung eine motorische Auffälligkeit auf. Bei den einzelnen Testaufgaben schnitten die Kinder beim ‚Einbeinstand‘ und dem ‚seitlichen Hin- und Herspringen über eine Linie‘ deutlich besser als bei der ‚Rumpfbeuge‘ und dem ‚Standweitsprung‘ ab. Bei den erstgenannten Testaufgaben erreichten fast 70 % der Schülerinnen und Schüler ein überdurchschnittliches oder durchschnittliches Ergebnis. Dies traf für die ‚Rumpfbeuge‘ nur noch auf 53,2 % der Kinder und beim ‚Standweitsprung‘ sogar nur für 27,6 % der Kinder zu. Insbesondere bei dem zuletzt genannten Testverfahren können die Prävalenzen durch die Durchführung im Schulalltag beeinflusst sein.

Insgesamt wurde durch die schulärztliche Untersuchung bei 16,7 % der teilnehmenden Kinder ein Übergewicht bzw. eine Adipositas festgestellt.

Soziodemografische Unterschiede in der körperlichen und psychischen Gesundheit

Die körperliche und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler differierte zum Teil hochsignifikant nach soziodemografischen Merkmalen (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17). Dies traf in besonderem Maße für die Differenzierung nach dem Bildungsindex gefolgt von dem Migrationshintergrund zu. Die körperliche und psychische Gesundheit der Mädchen und Jungen war hingegen hinsichtlich der Verteilung weitgehend vergleichbar.

Die Ergebnisse weisen auf einen sozialen Gradienten in der körperlichen und psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler hin. Entsprechend fanden sich höhere Belastungen für Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem Bildungsstatus im Vergleich zu Kindern der beiden anderen Bildungsgruppen. Besonders stark waren diese Unterschiede im Vergleich zwischen dem niedrigen und hohen Bildungsindex ausgeprägt. Bei Kindern mit Eltern mit niedrigem im Vergleich zu Kindern mit Eltern mit hohem Bildungsstatus waren die Prävalenzen bei den psychischen Auffälligkeiten, bei den motorischen Auffälligkeiten und dem Übergewicht/ der Adipositas um das Zwei- bis Vierfache erhöht und statistisch signifikant.

Die Prävalenz war bei fast allen Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund, ohne jedoch eine statistische Signifikanz zu erreichen.

Befunde der schulärztlichen Untersuchungen

Als weitere Komponente der schulärztlichen Untersuchung wurde eine körperliche Untersuchung, ein Seh- und Hörtest und eine Messung des Blutdrucks, des Körpergewichts und der Körpergröße durchgeführt und entsprechend den medizinischen Standardwerten bzw. vorhandenen Normwerten bewertet. Die Befunddokumentation erfolgte nach dem Bielefelder Modell (LIGA.NRW o. J.), welches nachstehend aufgeführt ist. Für einzelne Untersuchungsbereiche wurde im Bielefelder Modell diese Dokumentation angepasst und entsprechend modifiziert.

In der allgemeinen Befunddokumentation werden folgende sechs Kategorien unterschieden (zit. nach LIGA.NRW o. J., sprachlich leicht modifiziert):

- **Kategorie A:** Ein Befund, der eine weitere Abklärung durch eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt oder eine Ärztin des ÖGD bzw. einen Arzt des ÖGD erfordert und dessen Abklärung durch die Schulärztin bzw. den Schularzt veranlasst wird.
- **Kategorie B:** Ein Befund, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.
- **Kategorie X:** Ein Befund, der bisher unbehandelt ist und derzeit keine weitere Abklärung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt erfordert, oder ein Befund, der entsprechend einer bereits durchgeführten ärztlichen Diagnostik nicht behandlungsbedürftig ist.
- **Kategorie D:** Ein Befund, der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung für das Kind im Sinne des § 2 Absatz (1) Satz 1 SGB IX bedeutet.
- **Kategorie []:** Das Kind wurde durch die Schulärztin bzw. den Schularzt untersucht, und es liegt kein auffälliger Befund vor.
- **Kategorie 0:** Die Untersuchung konnte nicht oder nicht wie vorgesehen durchgeführt werden.

Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen konnten bislang unbekannte bzw. nicht ausreichend behandelte gesundheitliche Risiken und Störungen bei den Schülerinnen und Schülern entdeckt werden (siehe Tabelle 18). Über die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung wurden alle Eltern individuell mit einem Rückmeldebogen informiert. Zur Sicherung der Vertraulichkeit und des Datenschutzes wurde dieser den Eltern in einem verschlossenen Umschlag übermittelt.

Am häufigsten wurden gesundheitliche Auffälligkeiten beim Visus festgestellt. Der Anteil der auffälligen Screeningbefunde (Befundkategorie A) lag bei 11,4 %. Des Weiteren bestanden bei 7 % bis 8 % der untersuchten Kinder Auffälligkeiten bei den Zähnen und der Motorik sowie Haltungsanomalien. Nur vereinzelt wurden bei Kindern Auffälligkeiten am Herzen, der Lunge, der Schilddrüse und der Haut (Nävi, Ekzeme) im Rahmen des Screenings erkannt.

Tabelle 18: Auffällige Screeningbefunde zur körperlichen Gesundheit im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung der Schülerinnen und Schüler (Befunddokumentation, Befundkategorie A)

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Körperliche Untersuchung											
Augen	4,6 [4,7; 4,6; 4,4]	4,3	5,2	n. s. ^a	7,1	4,7	3,4	n. s. ^b	3,8	5,9	n. s. ^b
Rachen	1,3 [1,3; 1,2; 1,3]	1,6	1,0	n. s. ^b	2,4	0,8	1,3	n. s. ^b	1,1	1,9	n. s. ^b
Ohren	1,2 [1,3; 1,1; 1,2]	1,1	1,4	n. s. ^a	1,8	1,0	1,0	n. s. ^b	0,9	1,9	n. s. ^a
Zähne	7,4 [7,5; 7,0; 7,3]	7,7	7,3	n. s. ^b	11,8	8,2	3,3	0.000 ^b	6,1	9,9	0.000 ^b
Haltungsanomalie	6,8 [7,0; 7,0; 6,9]	7,0	6,9	n. s. ^b	4,7	7,8	7,0	n. s. ^b	6,8	7,0	n. s. ^b
Fußanomalie	3,8 [3,8; 3,9; 3,8]	3,3	4,5	n. s. ^a	4,1	4,7	2,8	n. s. ^b	4,0	3,5	0.026 ^b
Herz	2,0 [2,0; 1,8; 2,0]	2,1	1,9	n. s. ^b	3,6	1,0	2,1	n. s. ^b	1,2	3,7	0.035 ^a
Lunge	1,1 [1,1; 1,0; 1,1]	0,9	1,4	n. s. ^b	0,0	1,2	1,3	n. s. ^b	0,7	1,9	n. s. ^b
Schilddrüse	0,4 [0,4; 0,5; 0,4]	0,7	0,0	n. s. ^b	1,2	0,4	0,3	n. s. ^b	0,5	0,3	n. s. ^b
Nävi	0,7 [0,7; 0,7; 0,7]	0,6	0,9	0.047 ^b	0,0	0,6	1,3	n. s. ^b	0,9	0,3	n. s. ^b
Ekzeme	0,7 [0,7; 0,6; 0,7]	0,9	0,5	n. s. ^b	0,6	0,2	1,0	n. s. ^b	0,7	0,5	n. s. ^a

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Tests											
Bewertung Visus	11,4 <small>[11,6; 11,0; 11,2]</small>	11,0	12,4	n. s. ^b	17,1	10,5	9,0	0.019 ^b	10,6	12,8	n. s. ^b
Bewertung Audiometrie	1,8 <small>[1,9; 1,8; 1,7]</small>	2,1	1,5	n. s. ^b	2,3	1,7	1,8	n. s. ^b	1,4	2,4	n. s. ^b
Gesamtbewertung Motorik	8,0 <small>[8,1; 7,2; 7,7]</small>	9,6	6,2	n. s. ^b	11,9	7,9	4,3	0.001 ^b	7,8	7,4	n. s. ^b

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test; ^b Exakter Test nach Fisher

6.2.4.4 Handlungsempfehlungen

Auf Basis der schulärztlichen Untersuchung, in die Angaben der Eltern über den Elternfragenbogen sowie die Untersuchungsergebnisse eingingen, wurden Empfehlungen an die Eltern und das Kind durch die Schulärztin abgeleitet. Hierzu wurde ein Rückmeldebogen entwickelt, der wesentlich auf dem Bielefelder Modell (LIGA.NRW o. J.) und dem Brandenburger Manual (Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg 2010, 2014) basierte und mit den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen abgestimmt wurde. Zunächst erfolgte eine grundlegende Einschätzung, ob bei dem untersuchten Kind gesundheitliche Risiken vorliegen. Sofern gesundheitliche Risiken bestanden, wurden konkrete Angaben zu dem Handlungsschritten gegeben. Dabei wurden folgende Kategorien unterschieden (zit. nach LIGA.NRW o. J.):

- Vorstellung bei dem/der Kinder- und Jugendarzt/-ärztin
- Vorstellung bei anderen Fachärzten/-innen (einschließlich Zahnarzt/-ärztin)
- Fachberatung
- Impflücken
- Bewegungsförderung/Sport
- Nachgehende Fürsorge
- Sonstiges

Im Manual zur schulärztlichen Untersuchung wurden entsprechend Erläuterungen gegeben.

Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung erhielten 76,0 % aller untersuchten Kinder mindestens eine, der oben genannten Handlungsempfehlungen (siehe Tabelle 19). Sofern in einem Bereich oder mehreren Bereichen der schulärztlichen Untersuchung ärztlich abzuklärende Befunde bzw. Auffälligkeiten festgestellt wurden, wurde den Eltern ein Besuch bei einer Kinder- und Jugendärztin bzw. einem Kinder- und Jugendarzt und/oder bei einer anderen Fachärztin bzw. einem anderen Facharzt empfohlen. Dies war bei 27,3 % bzw. bei 31,3 % der Kinder der Fall. In einem Freitext wurden entsprechende Hinweise auf den Screeningbefund gegeben, der sowohl der Information der Eltern als auch als Grundlage für die weiterbehandelnde Ärztin bzw. den weiterbehandelnden Arzt diene.

Tabelle 19: Handlungsempfehlungen auf Basis der schulärztlichen Untersuchung (Mehrfachnennungen)

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Handlungsempfehlung											
Nein (%)	22,7 <small>[23,0; 24,4; 23,2]</small>	23,9	21,9	n. s. ^a	18,2	23,9	27,8	n. s. ^a	25,3	18,4	0.008 ^a
Ja (%)	76,0 <small>[77,0; 75,6; 76,8]</small>	76,1	78,1		81,8	76,1	72,2		74,7	81,6	
Art der Handlungsempfehlung											
Vorstellung bei dem/ der Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (%)	27,3 <small>[36,0; 36,4; 35,8]</small>	35,1	36,9	n. s. ^a	39,6	36,3	34,9	n. s. ^a	39,1	29,0	0.002 ^a
Vorstellung bei anderen Fachärzten/-innen (einschließlich Zahnarzt/-ärztin) (%)	31,3 <small>[41,2; 41,5; 40,7]</small>	39,2	43,6	n. s. ^a	52,5	41,1	36,7	0.008 ^a	40,7	40,7	n. s. ^a
Fachberatung (z.B. Ernährungsberatung) (%)	15,9 <small>[20,9; 20,1; 20,9]</small>	20,4	21,5	n. s. ^a	30,9	22,3	11,7	0.000 ^a	18,0	27,0	0.001 ^a
Impflücken (%) (berechnet am Anteil der Kinder mit Impfausweis, die eine Handlungsempfehlung erhalten haben n=323)	39,0 <small>[53,6; 52,0; 53,6]</small>	50,0	58,6	n. s. ^a	41,4	42,5	62,9	0.002 ^a	51,8	63,3	n. s. ^a

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Bewegungsförderung/Sport (%)	26,9 [35,4; 34,6; 35,0]	38,5	31,6	0.025 ^a	52,5	36,3	23,5	0.000 ^a	35,1	34,9	n. s. ^a
Nachgehende Fürsorge (%)	2,6 [3,4; 3,3; 3,2]	3,3	3,5	n. s. ^a	7,2	3,0	1,8	0.013 ^a	3,1	3,3	n. s. ^a
Sonstiges (%)	26,9 [35,4; 33,0; 34,7]	33,6	37,4	n. s. ^a	33,8	37,1	27,0	0.024 ^a	28,6	47,2	0.000 ^a

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test

Weiterhin wurden Eltern Handlungsempfehlungen gegeben, die sie zur Abmilderung gesundheitlicher Risiken und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Kinder nutzen können, ohne dass bereits eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Insgesamt war der Anteil der Kinder, die ihre Impfdokumente vorlegten, mit 24,8 % niedrig. In dieser Gruppe ließen sich bei 39 % der Kinder Impflücken feststellen.

Auch bei den Handlungsempfehlungen bestanden signifikante Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen. Besonders deutlich traten Unterschiede nach dem Bildungsindex der Eltern gefolgt von den Unterschieden nach Migrationshintergrund hervor. Eher marginal waren die Differenzen nach Geschlecht.

6.2.4.5 Freizeit- und Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler

Aspekte des Freizeit- und Gesundheitsverhaltens wurden im Elternfragebogen aufgenommen, um Hinweise auf die körperliche bzw. sportliche Aktivität und den Medienkonsum zu erhalten. Die Fragen orientierten sich an dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) (Hölling et al. 2012) und an der Berliner Schuleingangsuntersuchung (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2012, 2013b).

Sportliche Inaktivität wurde über eine geringe sportliche Aktivität im Verein bzw. außerhalb eines Vereins, d. h. ‚seltener als 1-2 mal pro Woche‘ bzw. ‚nie‘, definiert. Zur Messung des Medienkonsums wurde der zeitliche Umfang der Nutzung von unterschiedlichen elektronischen Geräten (Fernseher, Gameboy, Spielkonsole, Computerspiele etc.) abgefragt. Ein hoher Medienkonsum wurde definiert, wenn in der

Summe die elektronischen Geräte ‚ungefähr 3-4 Std./Tag‘ und ‚mehr als 4 Std./Tag‘ genutzt wurden. Zudem wurde der Besitz von elektronischen Geräten der teilnehmenden Kinder erhoben.

In der Tabelle 20 sind die Ergebnisse zum Freizeitverhalten der Schülerinnen und Schüler dargestellt. Spielen im Freien gehörte für die Mehrzahl der Kinder noch zum Lebensalltag. Knapp ein Fünftel der Kinder war jedoch sportlich inaktiv. Auch nahmen nur 60,7 % der Schülerinnen und Schüler Angebote in einem Sportverein wahr.

Tabelle 20: Freizeitverhalten der Schülerinnen und Schüler

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Spiele im Freien (%)	93,2 [96,3; 96,8; 96,2]	95,8	96,8	n. s. ^a	93,5	97,3	97,4	0.030 ^a	97,9	92,1	0.000 ^a
Sportliche Inaktivität (%)	19,1 [19,8; 17,5; 19,2]	23,4	15,4	0.000 ^a	33,3	18,4	9,7	0.000 ^a	15,9	26,8	0.000 ^a
Sportliche Aktivität in einem Verein (%)	60,7 [63,3; 66,4; 63,9]	59,7	67,8	0.003 ^a	44,6	63,2	80,0	0.000 ^a	68,4	53,4	0.000 ^a
Hohe Mediennutzung (%)	17,7 [18,2; 26,5; 17,8]	14,3	23,0	0.000 ^a	25,3	18,6	10,1	0.000 ^a	14,4	25,7	0.000 ^a
Hoher Fernsehkonsum (3 Stunden und mehr pro Tag) (%)	5,8 [6,0; 4,8; 5,8]	5,8	6,4	n. s. ^a	9,5	5,0	2,6	0.002 ^a	3,3	11,6	0.000 ^a
Hohe Nutzung von Gameboy, Spielkonsole, Computerspiele und Ähnlichem (3 Stunden und mehr pro Tag) (%)	1,5 [1,6; 1,2; 1,3]	1,0	2,4	n. s. ^a	2,5	1,2	0,8	n. s. ^a	1,0	2,2	n. s. ^a
Besitz eigener elektronischer Geräte (%)	32,3 [33,1; 32,1; 32,7]	31,2	35,3	n. s. ^a	46,2	38,5	17,5	0.000 ^a	31,4	35,9	n. s. ^a

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test

Fast ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler hatte in dem oben definierten Sinne einen hohen Medienkonsum. Bei den Kindern war der Fernsehkonsum mit 5,8 % deutlich ausgeprägter als die Nutzung von Gameboys, Computern und Ähnlichem mit 1,5 %. Ein eigenes elektronisches Gerät besaß ein Drittel der teilnehmenden Kinder.

Das Freizeitverhalten differierte deutlich nach Geschlecht, Bildungsindex der Eltern und Migrationshintergrund (siehe Tabelle 20). Nach den Angaben der Eltern waren Jungen seltener sportlich inaktiv und betrieben häufiger Sport in einem Verein als Mädchen. Insgesamt wiesen Jungen prozentual häufiger als Mädchen eine hohe Mediennutzung auf.

Zahlreiche und zum Teil hochsignifikante Unterschiede zeigten sich für das Freizeitverhalten nach dem Bildungsindex der Eltern. Auch hier ließ sich ein sozialer Gradient feststellen. Sportliche Inaktivität und ein hoher Medienkonsum waren bei Kindern mit Eltern mit niedrigem Bildungsstatus zwei- bis fast vierfach höher als bei Kindern mit Eltern mit hohem Bildungsstatus. Auch waren weniger Kinder mit einem niedrigen Bildungsindex der Eltern in einem Verein sportlich aktiv. Der Anteil der Kinder mit einem eigenen elektronischen Gerät lag deutlich höher bei den Kindern mit niedrigem im Vergleich zu Kindern mit hohem Bildungsstatus der Eltern. Geringe Unterschiede nach dem Bildungsindex fanden sich für das Spielen im Freien.

Auch nach Migrationshintergrund der Kinder bestanden deutliche Unterschiede im Freizeitverhalten. Kinder mit Migrationshintergrund waren seltener sportlich aktiv und hatten häufiger einen hohen Medienkonsum als Kinder ohne Migrationshintergrund. Die prozentualen Unterschiede waren dabei weniger stark als nach dem Bildungsindex der Eltern ausgeprägt und lagen im Schnitt um das 1,5- bis 2-fache höher.

6.2.4.6 Schulische Laufbahn und Erfolg

Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung wurden die Eltern auch zur schulischen Entwicklung sowie zum Schulerfolg ihres Kindes befragt. In diesem Zusammenhang wurden Fragen zur Inklusion aufgegriffen, bei denen explizit auf die seitens der Schule zu erbringende Unterstützung eingegangen wird.

Die Einschulung der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler erfolgte bei 91 % regulär, bei 6,9 % vorzeitig und bei 2,1 % mit einer Zurückstellung. Eine gesundheitliche Einschränkung, um an den Aktivitäten in der Schule (z. B. Sportunterricht, Ausflüge) teilnehmen zu können, lag bei insgesamt 5,4 % der Kinder vor.

Die Eltern wurden, wie in Tabelle 21 dargestellt, auch zum schulischen Verlauf ihrer Kinder befragt.

Tabelle 21: Schulverlauf der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler

	Gesamtwert	Mädchen	Jungen	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586	
Seit dem Schuleintritt hat mein Kind ...				n.s. ^a
... alle Klassen regulär durchlaufen. (%)	85,5 [83,2]	85,8	85,2	
... eine Klasse übersprungen. (%)	0,8 [0,8]	0,4	1,2	
... eine Klasse wiederholt. (%)	13,7 [13,4]	13,8	13,6	
Beurteilung des Schulerfolges				0.000 ^c
Nicht so gut (%)	5,6 [5,4]	5,0	6,3	
Durchschnittlich (%)	29,8 [29,0]	26,5	33,9	
Gut (%)	44,4 [43,2]	44,7	44,1	
Sehr gut (%)	20,1 [19,6]	23,7	15,7	

Alle dargestellten Ergebnisse sind gültige Prozente, d. h. fehlende Werte bei den Angaben wurden nicht berücksichtigt. In der Folge variieren damit die Fallzahlen bei den einzelnen Variablen. Eine Ausnahme ist der Gesamtwert in den eckigen Klammern, der die fehlenden Werte einschließt. N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^a Chi²-Test, ^c Mann-Whitney-U-Test

13,7 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind eine Klasse wiederholt hat. Die schulischen Leistungen wurden mehr als 60 % der Eltern als ‚gut‘ bis ‚sehr gut‘ beurteilt. Allerdings wurden Mädchen hinsichtlich des Schulerfolges signifikant besser bewertet als Jungen.

Zudem variierte die Einschätzung nach dem Bildungsindex der Eltern. Der Anteil der Kinder, die eine Klasse wiederholt haben, war bei Eltern mit einem niedrigen Bildungsstatus deutlich höher als bei Eltern mit einem hohen Bildungsstatus. Die entsprechenden Anteile betragen insgesamt 28,4 % im Vergleich zu 4,3 %; der prozentuale Anteil bei Kindern mit Eltern mit einem mittleren Bildungsindex lag bei 12,5 %. Ähnliche Unterschiede bildeten sich auch für die Beurteilung des Schulerfolges des eigenen Kindes ab. Die schulischen Leistungen ihrer Kinder bewerteten Eltern mit niedrigem Bildungsindex bei einem Anteil von 9,5 % als nicht so gut bzw. bei 12,4 % als sehr gut; die korrespondierenden Werte bei Eltern mit einem hohen Bildungsindex lagen bei 2,6 % bzw. bei 33,8 %. Beide Ergebnisse sind statistisch signifikant.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu berücksichtigen, dass in allen drei Modellregionen eine offene Eingangsstufe besteht, d. h. dass die ersten beiden Schuljahre als pädagogische und organisatorische Einheit verstanden werden (Berthold 2008). Entsprechend ist davon auszugehen, dass nicht für jedes Kind für das die Eltern eine Wiederholung der Klasse angegeben haben, tatsächlich eine solche besteht. Interessant ist dieses Ergebnis jedoch vor dem Hintergrund, dass die Eltern dies als eine Klassenwiederholung bewertet und entsprechend die Frage so beantwortet haben.

6.2.4.7 Lebensweltrelevante Aspekte für die Gesundheit in den Grundschulen

Einzelne Aspekte des Schulalltags und des schulischen Umfeldes der teilnehmenden Grundschulen wurden in Anlehnung an das Instrument IQES (Brägger & Posse 2007b) im Elternfragebogen erfasst. Die einzelnen Aspekte sind in der nachstehenden Tabelle 22 dargestellt. Zudem wurden die Eltern nach dem Bekanntheitsgrad von und ihren Wünschen für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit befragt.

Die Eltern bewerteten die Grundschulen insgesamt sehr positiv. Die Zustimmung zu den Items liegt zwischen 77,4 % und 91,6 %. Die Mehrzahl der Eltern stimmte zu, dass die Schule ein wertschätzendes sowie ein gewaltfreies und faires Miteinander kennzeichnet. Auch empfinden die meisten Eltern die Schule als freundlichen und angenehmen Ort. Etwas geringer ist die Zustimmung beim guten und entspannten Lernen, bei der Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an der Schulgestaltung sowie bei der Förderung der individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten. Die insgesamt positive Einschätzung der Eltern wies eine hohe Konstanz auch nach soziodemografischen Merkmalen auf.

Tabelle 22: Schulalltag und schulisches Umfeld in den teilnehmenden Schulen

	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Wertschätzendes Miteinander				n. s. ^c				n. s. ^d			n. s. ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	91,6 [96,0; 96,1; 96,0]	96,5	95,4		97,5	95,4	96,4		95,5	97,2	
Förderung individueller Bedürfnisse und Möglichkeiten				n. s. ^c				0.002 ^d			0.001 ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	77,4 [82,3; 81,3; 82,4]	81,7	83,1		88,8	82,5	76,4		80,0	88,1	
Gewaltfreies und faires Miteinander				n. s. ^c				0.007 ^d			n. s. ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	89,7 [94,0; 94,4; 94,1]	94,0	94,1		89,4	94,6	96,1		93,9	94,6	
Schule als freundlicher/ angenehmer Ort				0.022 ^c				n. s. ^d			n. s. ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	89,3 [93,4; 93,7; 93,5]	94,9	91,6		95,1	93,2	93,8		92,8	95,3	
Gutes, entspanntes Lernen möglich				n. s. ^c				n. s. ^d			0.000 ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	82,6 [86,8; 85,8; 86,7]	87,8	85,5		88,8	85,7	84,8		84,2	92,5	

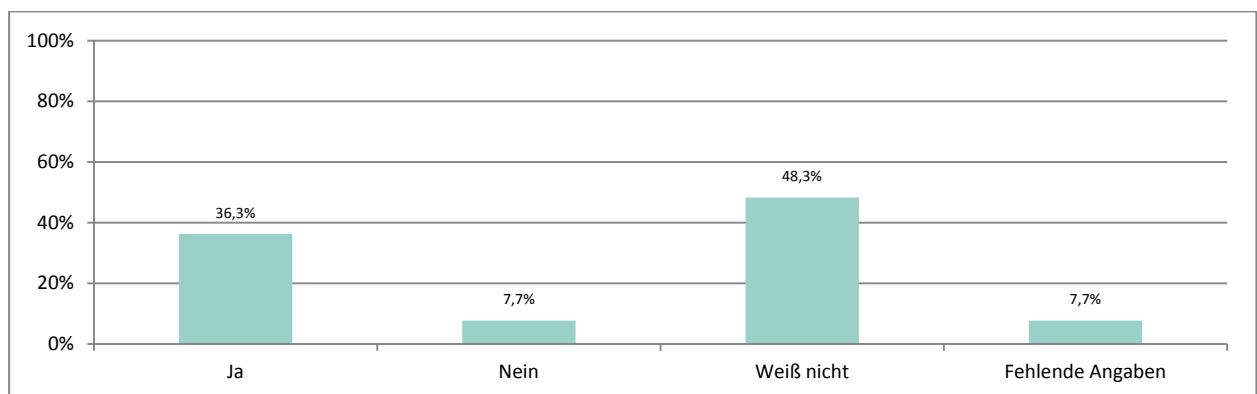
	GW	M	J	Sign. (p)	NB	MB	HB	Sign. (p)	OM	MM	Sign. (p)
	N = 1303	n = 717	n = 586		n = 171	n = 525	n = 396		n = 868	n = 380	
Aktive Beteiligung an Schulgestaltung möglich				n. s. ^c				n. s. ^d			0.002 ^c
Stimme voll bzw. eher zu (%)	78,8 <small>[83,9;83,1;84,0]</small>	83,5	84,4		87,4	83,0	81,5		81,9	89,0	

GW: Gesamtprozentwert einschließlich fehlender Werte bei den Angaben zum jeweiligen Indikator; zusätzlich sind in eckigen Klammern die Gesamtprozentwerte ohne fehlende Werte (gültige Prozent) jeweils für Geschlecht (1. Wert), Bildungsindex (2. Wert) und Migrationshintergrund (3. Wert) aufgeführt.

Geschlecht: M: Mädchen, J: Junge; Bildungsindex: NB: Niedrige Bildung, MB: Mittlere Bildung, HB: Hohe Bildung; Migrationshintergrund: OM: Ohne Migrationshintergrund, MM: Mit Migrationshintergrund; N/n: Anzahl der Schülerinnen und Schüler; %: Prozentangaben; Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^c Mann-Whitney-U-Test; ^d Kruskal-Wallis-Test

Darüber hinaus wurden die Eltern zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen an der Grundschule befragt (siehe Abbildung 6). Knapp 40 % der Eltern waren Maßnahmen an ihrer Schule zur Förderung der Gesundheit bekannt. Allerdings ist der Anteil der Eltern, die sich diesbezüglich nicht sicher waren, mit fast 50 % recht hoch.

Abbildung 6: Bekanntheitsgrad der Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bei den Eltern (Angaben in Prozent)



Die Eltern äußerten auch konkrete Wünsche für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit an der Grundschule ihres Kindes. Die genannten Aspekte weisen eine große Reichweite von Einzelmaßnahmen zur Förderung der Gesundheit auf. Als Schwerpunkte bildeten sich Maßnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung sowie Entspannung und Stressbewältigung heraus. Zu dem wurden eine Fülle von weiteren Vorschlägen unterbreitet, die der Kategorie ‚weitere Maßnahmen‘ zugeordnet wurden. In der nachstehenden Übersicht sind einige der genannten Vorschläge dargestellt:

- Bewegung: viel Sport und Bewegung; Sport-AGs; bewegter Unterricht; tägliche Bewegung/ Sport im Schulalltag
- Ernährung: tägliches Angebot an Obst und Rohkost; Ernährungserziehung und -beratung; gesunde, ausgewogene Mahlzeiten in der Schule; Bereitstellen von Wasser; gemeinsames gesundes Frühstück
- Psychosoziale Gesundheit: Entspannungsübungen; soziales Anti-Gewalt-Training; Spiel- und Entspannungszeit; Training zur Stärkung des Selbstvertrauens
- Räumliche Bedingungen: Ruheraum; Lärmschutz; Ergonomische Stühle; Rückenfreundliches Sitzen
- Weitere Maßnahmen: Förderung bei Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS); regelmäßige gesundheitliche Untersuchungen; Umgang mit Medien; Training zur Selbstverteidigung; mehr außerschulische Projekte; Hygiene in der Winter- bzw. Schnupfenzeit.

Auch die Drittklässlerinnen und Drittklässler wurden nach ihren Wünschen, was die Schule für ihre Gesundheit tun kann, gefragt. Die von den Kindern genannten Aspekte lassen sich ebenso in die Bereiche Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Aspekte der Lebenswelt Grundschule zuordnen. In der nachstehenden Übersicht sind einige der von den Schülerinnen und Schülern genannten Aspekte exemplarisch aufgeführt:

- Bewegung: mehr Sport; mehr Bewegung/ Spiele; mehr Möglichkeiten; „draußen zu sein“
- Ernährung: gesundes Essen/ Frühstück; mehr Obst/ Gemüse; Kochkurs
- Psychosoziale Gesundheit: mehr Entspannung; Freundlichkeit; gute Laune; leisere Klassen
- Räumliche Bedingungen: saubere Toiletten; bequeme Stühle; „dass sie uns ein Bett bauen, wenn wir müde sind“

6.2.5 Ergebnisse der Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde durch das engmaschige Monitoring die Umsetzung der schulärztlichen Untersuchung überwacht. Hierzu stellten die im Qualitätshandbuch Phase 1 festgelegten Abläufe und prozessbezogenen Indikatoren eine wesentliche Grundlage dar. An dieser Stelle spielten die Koordinatorinnen eine Schlüsselrolle, da sie den Prozess der schulärztlichen Untersuchung steuerten und in enger Abstimmung mit den teilnehmenden Schulen und den Untersuchungsteams des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und dem Schulamt vorbereiteten und umsetzten. Zu nennen sind hier die vorbereitenden Gespräche mit den Schulleitungen, die Informationen der Eltern und Klassenlehre-

rinnen bzw. Klassenlehrern auf den Elternabenden, die Vorbereitung und Verteilung der Mappen (Mappe 1 und Mappe 2) an die Schulen, die Vorbereitung des Untersuchungsplanes an den Untersuchungstagen in den Schulen, die Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs an den Untersuchungstagen sowie die Begleitung des Datenmanagements. Die engmaschige Kontrolle erfolgte durch ein nahtloses Rückkopplungssystem an die Teams der Projektsteuerung und Evaluation, so dass im Bedarfsfall schnelle Lösungen gefunden werden konnten, die je nach Reichweite auch an die jeweils anderen Modellregionen kommuniziert wurden, um so eine einheitliche Vorgehensweise zu gewährleisten. So erwies sich im Untersuchungsalltag die fristgerechte Rückgabe der Mappen als schwierig, was Auswirkungen auf die Ablaufplanung der schulärztlichen Untersuchung hatte. Im Vorfeld der Untersuchungstage mussten die Eltern und Kinder sogenannte Teilnahmebögen ausfüllen, in denen sie einer Teilnahme zur schulärztlichen Untersuchung jeweils unabhängig voneinander zustimmten oder diese ablehnten. Lagen beide Zustimmungen vor, konnte das Kind teilnehmen. Auf Basis der Rückmeldungen wurde die Teilnahmequote dem Team der Projektsteuerung mitgeteilt. Lag die Teilnahmequote unter einem bestimmten Prozentsatz ($< 70\%$) wurde ein sogenannter Notfallplan in Gang gesetzt. Dieser beinhaltete unterschiedliche Stufen der Kontaktaufnahme, um für das Modellvorhaben zu werben bzw. um an die Rückgabe der Anmeldebögen zu erinnern.

Zur Qualitätssicherung wurde bei der Dateneingabe zunächst ein Regelwerk für die Dateneingabe erstellt, welches zugleich als Schulungsmaterial für die Mitarbeiterinnen diente. Des Weiteren wurde im Vorfeld der statistischen Auswertung eine umfangreiche Plausibilitätsprüfung der Daten entwickelt. Ein weiterer Bestandteil der Plausibilitätsprüfung war auch die Überprüfung der Dokumentation durch die Untersuchungsteams.

Die Dateneingabe umfasste die Elternfragebögen und sämtliche Dokumentationsbögen der schulärztlichen Untersuchung. Insgesamt betrachtet wiesen die Daten des Elternfragebogens und auch der Dokumentationsbögen eine hohe Datenqualität auf. Datenfehler, die sich bspw. durch Filterfragen ergaben, wurde nach einem standardisierten Verfahren korrigiert. Alle Fehlerkorrekturen wurden dokumentiert und auf Grundlage der entsprechenden Verfahrensregeln einheitlich durchgeführt.

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten und durch unterschiedliche Zielgruppen eine Bewertung der schulärztlichen Untersuchung erfragt. Im Folgenden wird exemplarisch auf einzelne Ergebnisse der Prozessevaluation eingegangen. Zu berücksichtigen ist, dass die Zeitvergleiche als Trendaussagen zu verstehen sind, da eine individuelle Verknüpfung der Daten aus erhebungstechnischen Gründen nicht möglich war. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der Schulleitungen dar, für die

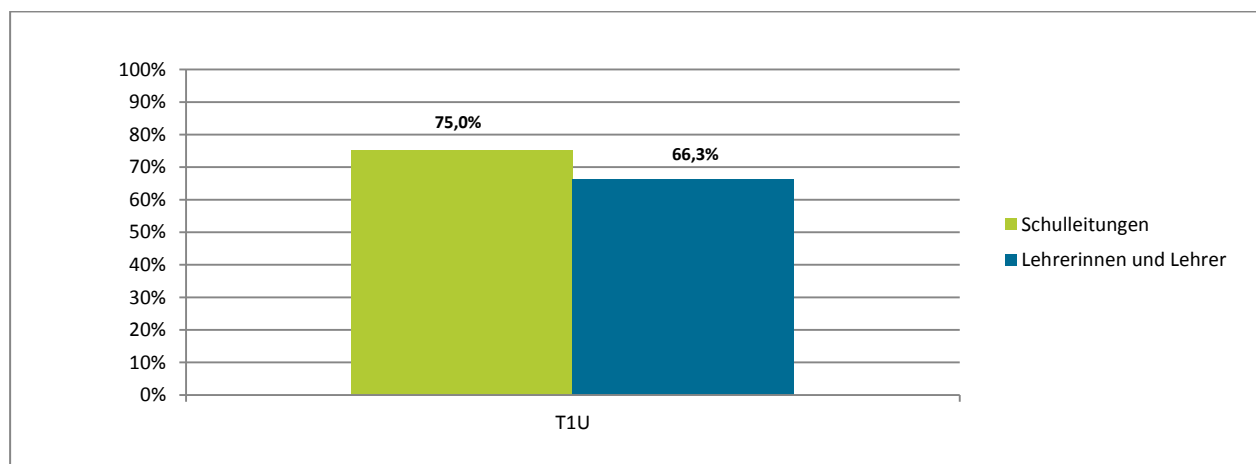
Daten sowohl für Trend- als auch für Längsschnittanalysen vorliegen. Dies wird jeweils bei der Ergebnisdarstellung im Einzelnen spezifiziert.

6.2.5.1 Eignung der Elternmaterialien

Unterschiedliche Personengruppen wurden zur Eignung der Elternmaterialien befragt. Die ersten Rückmeldungen der Eltern wurden bereits nach der Pilotstudie in die Elternmaterialien eingearbeitet (siehe Kapitel 6.2). Die Elternmaterialien setzten sich aus unterschiedlichen Elementen zusammen. Neben Informationsmaterialien (Broschüre, Flyer) umfassten diese auch eine Teilnahme- und Einverständniserklärung sowie den Elternfragebogen. Alle Materialien wurden in folgende sechs Sprachen übersetzt: Englisch, Französisch, Dänisch, Polnisch, Türkisch und Russisch. Hierdurch sollten vorhandene Sprachbarrieren reduziert werden, die ggf. eine Teilnahme des Kindes an der schulärztlichen Untersuchung bei bestehendem Interesse verhindern könnten. Parallel wurden durch die Koordinatorinnen die Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens sowie die Vermittlung einer Dolmetscherin bzw. eines Dolmetschers angeboten. Die Inanspruchnahme war insgesamt bei den interessierten Eltern eher gering.

Im Anschluss an die schulärztliche Untersuchung wurden die Eltern, die Schulleitungen und die Lehrpersonen zur Eignung der Elternmaterialien befragt. In der nachstehenden Abbildung 7 zeigt sich, dass 75 % der Schulleitungen bzw. 66,3 % der Lehrerinnen und Lehrer die Informationsmaterialien als angemessen für Eltern beurteilten.

Abbildung 7: Angemessenheit der Elternmaterialien aus Sicht der Schulleitungen und der Lehrerinnen bzw. Lehrer (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozente dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 40; Lehrerinnen und Lehrer: N = 77

Dieses Ergebnis deckt sich mit der Einschätzung der weiteren Beteiligten der Schule, dass von den Eltern eher wenige Rückfragen an sie gestellt wurden.

Die Eltern wurden ebenfalls im Anschluss an die schulärztliche Untersuchung zur Eignung der Materialien befragt. Wie in Tabelle 23 dargestellt, beurteilten die Eltern die Inhalte und die Gestaltung der Materialien sehr positiv. Allerdings wurden der Umfang der Materialien und der zeitliche Aufwand kritischer gesehen.

Tabelle 23: Eignung der Elternmaterialien aus Sicht der Eltern (T_{1U})

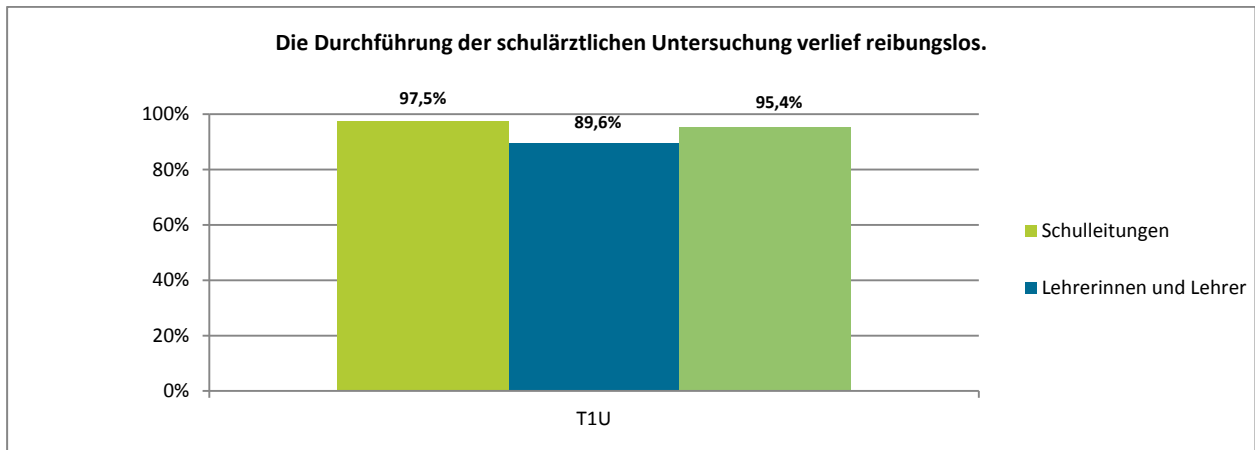
Eignung Elternmaterialien [A1.2.3]	Prozentualer Anteil	Mittelwert/Median
Informationsunterlagen zur schulärztlichen Untersuchung (Schulnote: sehr gut/ gut)	83,2	2,0 ¹
Rückmeldung der Schulärztin (Schulnote: sehr gut/ gut)	72,6	2,0 ¹
Elternfragebogen (Schulnote: sehr gut/ gut)	76,7	2,0 ¹
Die Fragen des Elternfragebogens waren einfach zu verstehen.	95,3	3,7 [SD = 0,56]
Die Informationsunterlagen waren insgesamt zu umfangreich.	53,3	2,7 [SD = 1,10]
Das Ausfüllen des Elternfragebogens nahm zu viel Zeit in Anspruch.	36,7	2,3 [SD = 1,04]

Die Ergebnisse werden zum einen als gültige Prozent dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antworten aufgrund von fehlenden Werten. Zum anderen werden der Mittelwert bzw. der Median¹ aufgeführt. Antwortkategorien: Frage 1 bis 3: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend, 7 = weiß nicht; Frage 3 bis 6: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; SD: Standardabweichung. Für die Berechnung der Mittelwerte/ Mediane wird jeweils die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Eltern: N = 517

6.2.5.2 Praktikabilität des Untersuchungskatalogs und der Untersuchungskonzeption

Nach der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung [T_{1U}] wurden unterschiedliche Zielgruppen zum realisierten Ablauf im Schulalltag sowie zur Untersuchungskonzeption befragt. Die Abbildung 8 zeigte die sehr positive Beurteilung der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung aus Sicht der Schulleitungen, der Lehrpersonen und der Untersuchungsteams der Modellregionen, die die Mehrheit der befragten Akteurinnen und Akteure als reibungslos bewerteten.

Abbildung 8: Bewertung der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)

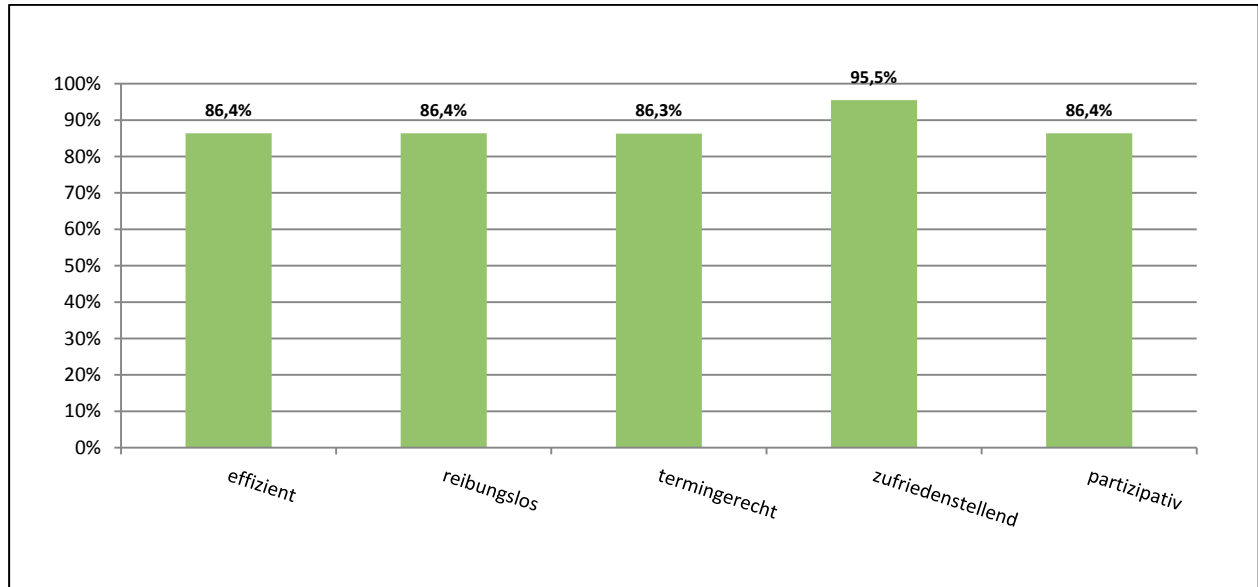


Die Ergebnisse werden als gültige Prozent dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 40; Lehrerinnen und Lehrer: N = 77; Untersuchungsteams in den Modellregionen: N = 22

Auch die Mittelwerte bei diesem Item lagen mit 3,7 bei den Schulleitungen und mit 3,6 bei den Lehrerinnen und Lehrern im oberen Bereich; signifikant niedriger war der Mittelwert bei den Untersuchungsteams mit 3,4.

Zusätzlich wurden die Untersuchungsteams der Modellregionen (N = 22) zum Untersuchungsablauf und zur Untersuchungskonzeption befragt. Insgesamt betrachtet wurde die erste Phase des Modellvorhabens positiv durch die Untersuchungsteams beurteilt (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Beurteilung der ersten Phase des Modellvorhabens durch die Untersuchungsteams der Modellregionen (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



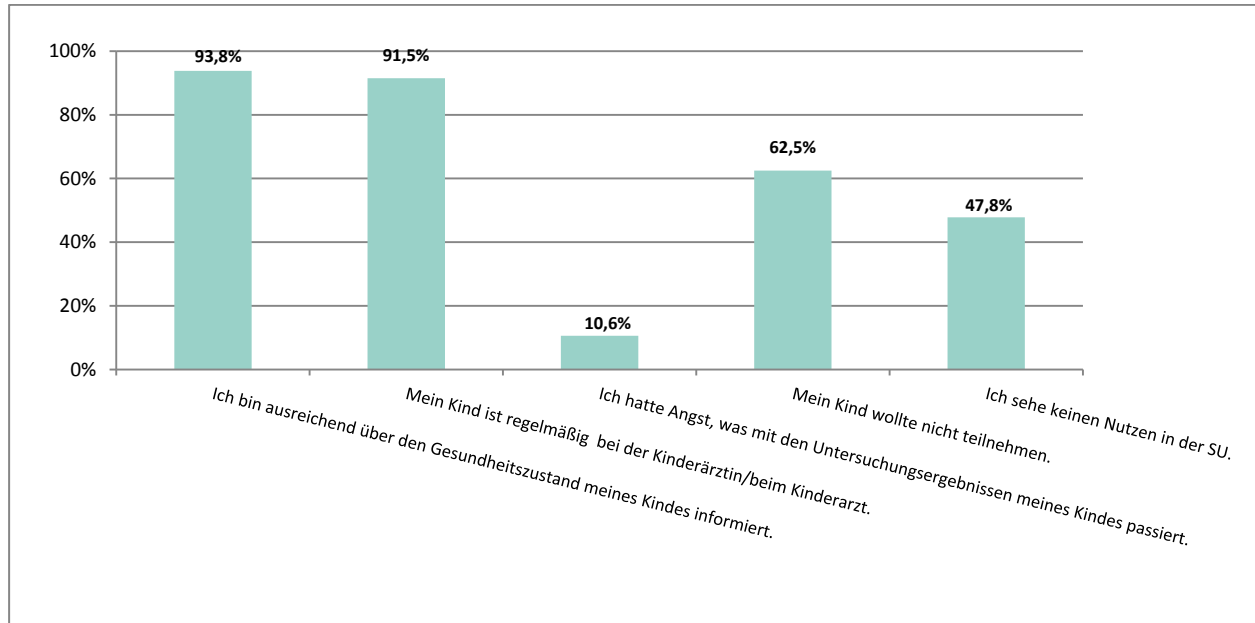
Die Ergebnisse werden als gültige Prozent dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Untersuchungsteams in den Modellregionen: N = 22

Zudem hielten 86,4 % der Befragten die Inhalte des Untersuchungskatalogs für gut und umfassend gewählt, die gesundheitlich relevanten Aspekte für den Schulerfolg zu bewerten. Auch wurde der ärztliche Dokumentationsbogen von 81,9 % der Teilnehmenden als geeignet betrachtet, den Gesundheitsstatus effektiv zu erfassen.

6.2.5.3 Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung

Insgesamt hatten sich knapp 61 % der Eltern in allen Modellregionen entschlossen, an dem freiwilligen Angebot einer schulärztlichen Untersuchung teilzunehmen. Im Anschluss an die Untersuchung wurden alle Eltern angeschrieben, um Rückmeldungen zu den Gründen einer Nicht-Teilnahme (sog. Non-Responder-Analyse) zu erfahren. Insgesamt nahmen 52 Eltern an der Befragung teil, deren Kinder nicht schulärztlich untersucht wurden. Die Gründe für die Nicht-Teilnahme sind in der Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Gründe der Eltern für die Nicht-Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung
(Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozent dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Eltern, der nicht an der schulärztlichen Untersuchung teilnehmenden Kinder: N = 52

Die häufigsten von den Eltern genannten Gründe für die Nicht-Teilnahme waren ihr Wissen um die Gesundheit des Kindes bzw. die bereits regelmäßige Versorgung des Kindes durch eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt. Auch nannten 62,5 % der Eltern als weiteren Grund, dass ihr Kind nicht an der schulärztlichen Untersuchung teilnehmen wollte.

In einem weiteren Block wurden die teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Eltern zu den Informationsmaterialien befragt. Hinsichtlich der Verständlichkeit der Informationsmaterialien unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Mit einem Mittelwert von 3,8 bei den teilnehmenden Eltern im Vergleich zu 3,6 bei den nicht-teilnehmenden wurden diese ähnlich positiv bewertet. Allerdings fiel die Beurteilung des Umfangs der Materialien bei den nicht-teilnehmenden Eltern niedriger mit einem Mittelwert von 2,3 im Vergleich zu 2,6 bei den teilnehmenden Eltern aus.

Die Non-Responder-Analyse deutet darauf hin, dass die Geschlechterverteilung der Kinder zwischen den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Eltern und Kindern differiert (siehe Tabelle 24). Dabei zeigte sich ein fast spiegelverkehrtes Geschlechterverhältnis mit einem höheren Anteil bei den Mädchen, die an der schulärztlichen Untersuchung teilnahmen. Differenzen werden auch beim Bildungsindex der Eltern erkennbar. So nahmen etwas häufiger Eltern mit einem hohen Bildungsstatus das Angebot nicht an.

Allerdings bestehen hinsichtlich der Interpretation dieser Ergebnisse erhebliche Einschränkungen, da der Rücklauf insbesondere bei den nicht-teilnehmenden Eltern sehr gering war und damit keine repräsentativen Aussagen für diese Gruppen getroffen werden können. Des Weiteren könnten die beschriebenen Unterschiede auch aus Bereitschaft der Eltern, an einer erneuten Befragung teilzunehmen, resultieren.

Tabelle 24: Soziodemografische Daten zu den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Eltern und Kindern

	Teilnehmende Eltern	Nicht-teilnehmende Eltern
	N = 1303	N = 52
Soziodemografische Daten		
Geschlecht		
Mädchen (%)	55,0	46,0
Junge (%)	45,0	54,0
Bildung		
Niedrige (%)	15,7	8,7
Mittlere (%)	48,1	47,8
Hohe (%)	36,3	43,5

Alle dargestellten Ergebnisse sind gültige Prozente, d. h. fehlende Werte bei den Angaben wurden nicht berücksichtigt. In der Folge variieren damit die Fallzahlen bei den einzelnen Variablen. %: Prozentangaben

6.2.5.4 Güte des Untersuchungskonzeptes und des Untersuchungskatalogs

Im Folgenden wird anhand von Außenkriterien die Güte des Untersuchungskataloges bestimmt. Dies erfolgte zum einen über einen Abgleich mit Referenzdaten; zum anderen über die ermittelten Reliabilitätswerte.

Unter den im Rahmen der ärztlichen Untersuchungen in den 3. Klassen (SR3) (2013-2014) in Sachsen-Anhalt untersuchten Grundschülerinnen und Grundschüler waren insgesamt 18,8 % übergewichtig oder adipös; der Anteil bei den Jungen lag bei 19 % und bei den Mädchen bei 18,7 % (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2015). Die prozentualen Anteile im Modellvorhaben sind mit 16,8 % für alle Schülerinnen und Schüler etwas niedriger. Auch lag die Prävalenz bei der Beeinträchtigung der Sehschärfe und beim Hören im Modellvorhaben unter den Werten der ärztlichen Untersuchungen in den 3. Klassen (SR3) (2013-2014) (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2015).

Eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten in der KiGGS-Studie (Welle 1: 2009-2012) 5,3 % der 7- bis 10-jährigen Mädchen und 6,6 % der gleichaltrigen Jungen (Ellert et al. 2014, S. 804). Die

ermittelten Prävalenzen im Modellvorhaben stimmen bei den Mädchen überein; bei den Jungen zeigt sich mit 5,3 % eine geringere Prävalenz.

Die Mittelwerte für den ‚Selbstwert‘ lagen in der Normstichprobe (KiGGS Basiserhebung: 2003-2006) bei 70,3 bei den 7- bis 10-jährigen Jungen und bei 71,2 bei den gleichaltrigen Mädchen (Ravens-Sieberer et al. 2007a, S. 814). Die Ergebnisse des Modellvorhabens weisen auf einen höheren ‚Selbstwert‘ im Mittel bei den untersuchten Kindern hin (Mädchen: 76,2; Jungen: 76,1). Die Mittelwerte der Normstichprobe (KiGGS Basiserhebung: 2003-2006) für die ‚Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]‘ betragen 81,9 bei den 7- bis 10-jährigen Jungen und 83,3 bei den gleichaltrigen Mädchen (Ravens-Sieberer et al. 2007a, S. 814). Diesbezüglich fällt die Bewertung im Modellvorhaben etwas schlechter mit einem Mittelwert von 78,2 bei den Mädchen und 79,0 bei den Jungen aus.

Insgesamt betrachtet besteht hinsichtlich der im Modellvorhaben ermittelten Ergebnisse zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler eine hohe Übereinstimmung mit bereits vorhandenen Untersuchungsdaten. Die beschriebenen Unterschiede sind graduell und sind aufgrund dessen, dass es sich um unterschiedliche Datenbestände handelt, vorsichtig zu interpretieren. Insbesondere dürfte die differente Altersverteilung der verwendeten Vergleichsdaten eine wesentliche Einflussgröße sein, die zu diesen Differenzen beitragen kann und damit als Artefakt zu interpretieren wäre.

Die Beantwortung der Frage nach der Güte des Untersuchungskonzeptes und des Untersuchungskatalogs erfolgte mittels einer Reliabilitätsanalyse für zwei verwendete Fragebögen (siehe Tabelle 25). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) wurde hierbei als Maß für die Reliabilität gewählt.

Der KIDSCREEN-10 Index weist eine akzeptable interne Konsistenz auf ($\alpha = 0,78$) und stellt damit ein geeignetes Messinstrument für die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar (Ravens-Sieberer et al. 2010). Die Berechnung der Reliabilität dieses Fragebogens im Modellvorhaben ergab eine vergleichbare akzeptable interne Konsistenz ($\alpha = 0,76$).

Für die zweite Reliabilitätsanalyse wurde der SDQ ausgewählt. Die Berechnung der internen Konsistenz von Woerner et al. (2002) ergab für den Gesamtproblemwert ein Cronbachs Alpha von 0,82. Bei den jeweiligen Subskalen lagen die Cronbachs Alpha-Werte bei 0,66 für ‚Emotionale Probleme‘, 0,60 für ‚Verhaltensauffälligkeiten‘, für 0,76 ‚Hyperaktivität‘, für 0,58 ‚Probleme mit Gleichaltrigen‘ sowie 0,68 für ‚Prosoziales Verhalten‘. Gegenüber der Reliabilitätsanalyse im Modellvorhaben zeigten sich leichte Unterschiede. In den Subskalen ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ ($\alpha = 0,61$), ‚Hyperaktivität‘ ($\alpha = 0,79$) und ‚Probleme mit Gleichaltrigen‘ ($\alpha = 0,61$) wurden annähernd gleiche Cronbachs Alpha-Werte erzielt.

Größere Unterschiede gab es in den Bereichen ‚Emotionale Probleme‘ ($\alpha = 0,72$) und ‚Prosoziales Verhalten‘ ($\alpha = 0,61$), während der Gesamtproblemwert wiederum nahezu identisch war ($\alpha = 0,84$). In einer geschlechterspezifischen Berechnung der internen Konsistenz zeigten sich nur bei den Jungen in den Subskalen ‚Emotionale Probleme‘ ($\alpha = 0,64$; $\alpha = 0,73$ (GG)), ‚Verhaltensauffälligkeiten‘ ($\alpha = 0,54$; $\alpha = 0,61$ (GG)) und ‚Prosoziales Verhalten‘ ($\alpha = 0,69$; $\alpha = 0,58$ (GG)) größere Unterschiede.

Tabelle 25: Vergleich der Reliabilität für den SDQ und die KIDSCREEN-10-Kinderversion (Cronbachs Alpha)

	Gesamt		Jungen		Mädchen		
KIDSCREEN-10 Index (Kinderversion)							
	Ravens-Sieberer et al. (2010)		GG				
	.78		.76				
SDQ							
	Essau et al. (2012)	Woerner et al. (2002)	GG	Woerner et al. (2002)	GG	Woerner et al. (2002)	GG
Gesamtproblemwert	.74	.82	.84	.80	.85	.83	.84
Emotionale Probleme	.70	.66	.72	.64	.73	.67	.71
Verhaltensauffälligkeiten	.45	.60	.61	.54	.61	.65	.60
Hyperaktivität	.62	.76	.79	.76	.81	.76	.75
Probleme mit Gleichaltrigen	.54	.58	.61	.55	.58	.61	.63
Prosoziales Verhalten	.64	.68	.61	.69	.58	.67	.63

GG= Modellvorhaben GrundGesund

6.2.6 Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass eine Umsetzung der schulärztlichen Untersuchung im Rahmen des Modellvorhabens gelungen ist. Das Untersuchungskonzept ließ sich im Schulalltag gut realisieren und trug zu einer guten Einschätzung der Gesundheit und möglicher gesundheitlicher Risiken bei den Schülerinnen und Schülern der dritten Klasse bei. Die ermittelten Daten aus dem Elternfragebogen und der schulärztlichen Untersuchung lieferten ein umfangreiches Bild zu verschiedenen Facetten mit einer Fülle von Anknüpfungspunkten zur Förderung der Gesundheit der Grundschulkinder und der Lebenswelt Grundschule.

Die Ergebnisse spiegeln die Trends in Deutschland wider, weisen jedoch auch auf Unterschiede in den Modellregionen sowie in den einzelnen Schulen hin. Zwar lassen sich grundlegende, weithin bekannte Schwerpunkte bei den gesundheitlichen Risiken erkennen, die allerdings bei differenzierter Betrachtung

auf spezifische Anforderungen in den Modellregionen und den teilnehmenden Schulen hindeuten. Ein Befund, der sich sehr deutlich in den Daten abzeichnete, sind die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und den gesundheitlichen Risiken der Drittklässlerinnen und Drittklässler. Dieser findet sich nicht nur bei den gesundheitlichen Risiken und Aspekten der Gesundheit, sondern auch bei den Möglichkeiten, schulische Anforderungen zu erfüllen. Hier besteht im negativen Sinne ein Zirkelschluss zwischen Gesundheit und Bildung, mit der Gefahr einer Risikoerhöhung bei gleichzeitiger Ressourcenschwächung. Dies ist sicher ein wesentlicher Ankerpunkt eines Gesundheitsförderprozesses in der Lebenswelt Grundschule.

Der ursprüngliche geplante Vergleich der im Rahmen des Modellvorhabens erhobenen Daten zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen in der gleichen Kohorte erwies sich in der Realisierung als schwierig. Die bereits auf Trendanalysen reduzierte Betrachtung dieser beiden Erhebungszeitpunkte setzt ein Matching der Schülerinnen und Schüler auf Ebene der Schulen (kleinstmögliche Aggregation) bzw. auf Ebene des Stadtteils bzw. der Stadt (größtmögliche Aggregation) voraus. Eine Ausnahme stellt die Modellregion Stadt Flensburg dar, da hier eine Vollerhebung der Schülerinnen und der Schüler erfolgte, so dass ein Vergleich grundsätzlich möglich ist.

Darüber hinaus besteht eine weitere Limitation in der unterschiedlichen Erhebung der gesundheitlichen Risiken bzw. der Gesundheit (rsp. Krankheit) zwischen den Schuleingangsuntersuchungen in den drei Modellregionen und der schulärztlichen Untersuchung im Rahmen des Modellvorhabens. Entsprechend bieten sich nur Teilbereiche für den unmittelbaren Vergleich an. Dies unter anderem darin begründet, dass die Testdurchführung und Grenzwerte bei der Schuleingangsuntersuchung unterschiedlich sind. So werden bspw. motorische Auffälligkeiten mit einer unterschiedlichen Anzahl von Modulen erhoben (drei bei der Schuleingangsuntersuchung vs. vier bei der schulärztlichen Untersuchung), von denen nur zwei deckungsgleich sind (MSGWG 2014). Die mit der Längsschnittanalyse verbundenen Ziele, Trends und Veränderungen in der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu ermitteln, konnten im Rahmen des Modellvorhabens nur ansatzweise erreicht werden.

Alle weiteren für die schulärztliche Untersuchung formulierten Teilziele (siehe Kapitel 5.3.1) konnten im Modellvorhaben umgesetzt werden. So ist es gelungen, ein mit allen Modellregionen abgestimmtes und valides Untersuchungsinventar zur Erfassung individueller gesundheitlicher Risiken (rsp. Ressourcen), der Gesundheit sowie der für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren unter Beteiligung der Partnerinnen und Partner des Schul- und Gesundheitsbereichs zu entwickeln. Die gewählten Schwerpunkte des Untersuchungskonzeptes haben sich positiv bewährt und stellen eine gute Ergänzung zu den

vorhandenen Früherkennungsuntersuchungen dar. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch die Einbettung der Untersuchungen in den schulischen Alltag und die Integration von lebensweltrelevanten Einflussfaktoren. Hierdurch wird eine kontextbezogene Sicht auf die gesundheitlichen Risiken möglich. Die Durchführung konnte weitestgehend reibungslos im Schulalltag der teilnehmenden Grundschulen durchgeführt werden. Die Teilnahmequote der Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse ist bei einem freiwilligen Angebot einer schulärztlichen Untersuchung mit 61 % als recht hoch zu beurteilen. Sehr erfreulich dabei ist, dass eine hohe Beteiligung von Kindern mit niedrigem Bildungshintergrund im Elternhaus sowie mit Migrationshintergrund erzielt werden konnte.

6.3 Schulgesundheitsberichte (Phase 2)

Als zweite Komponente der Gesundheitsuntersuchung wurden für die Schulen angemessene, d. h. gut verständliche und nutzbare Berichtsformate zur Präsentation der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung entwickelt. Im Folgenden werden die Konzeption der Schulgesundheitsberichte, die Berichtsformate sowie die Bewertung der Schulgesundheitsberichte im Rahmen der Prozessevaluation vorgestellt.

6.3.1 Konzeption der Schulgesundheitsberichte

Die Schulgesundheitsberichte sollten es den Schulen ermöglichen,

- Risiken und Ressourcen für die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern der dritten Klasse der eigenen Schule zu identifizieren,
- Stärken und Schwächen lebensweltrelevanter Aspekte für die Gesundheit (z. B. Schulqualität) aus Sicht der Eltern zu erkennen,
- Handlungsbedarf für einen gelingenden Gesundheitsförderprozess an der eigenen Schule abzuleiten und zu konkretisieren,
- prioritäre Ansatzpunkte für Aktivitäten der Gesundheitsförderung in Schulen zu benennen und konkret umzusetzen.

Eine wesentliche Anforderung für die zu erstellenden Schulgesundheitsberichte war es, die zentralen Risiken und Ressourcen für die Gesundheit von Kindern bzw. der Lebenswelt Grundschule (Kerndimensionen) zu identifizieren, die zudem gute Anhaltspunkte für den Prozess der Gesundheitsförderung an den Schulen liefern. Hierbei sollte eine gute Balance zwischen Datenreichtum verbunden mit der Mög-

lichkeit einer detaillierten Darstellung der Ergebnisse und der Datensparsamkeit, die es ermöglicht, einen schnellen Überblick über die wesentlichen Risiken und Ressourcen zu bekommen, erzielt werden. Damit geht einher, für die Akteurinnen und Akteure in der Schule eine gute, übersichtliche und leicht verständliche Darstellungsform zu finden, die zudem auch die Möglichkeit bietet, vertiefende Informationen zur Erläuterung bspw. der verwendeten Indikatoren oder eine ausführlichere Ergebnisdarstellung insbesondere nach soziodemografischen Merkmalen zu geben. Zudem sollten die Schulgesundheitsberichte so gestaltet werden, dass eine Einordnung der Ergebnisse der einzelnen Schule möglich wird. Dies sollte über einen Vergleich in der Modellregion sowie über Vergleichsdaten erfolgen.

Die Entwicklung des Schulgesundheitsberichtes orientierte sich an den grundlegenden Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung (Bardehle & Razum 2011) und nimmt Bezug auf bereits für Schulen entwickelte Berichtsformate mit dem Schwerpunkt Gesundheit. Hierzu wurden die Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder bzw. Kommunen analysiert.

In einer umfangreichen Recherche wurden des Weiteren relevante Referenzwerte zu den erhobenen Merkmalen der Kindergesundheit zusammengestellt. Neben den Studienergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) flossen auch die Ergebnisse weiterer Studien und der Schulreihenuntersuchung, insbesondere des Landes Sachsen-Anhalt (siehe Kapitel 6.2.5.4) ein.

6.3.2 Berichtsformate

Insgesamt wurden vier verschiedene Berichtsformate entwickelt und an die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure des Modellvorhabens verteilt. In der nachstehenden Tabelle 26 sind die einzelnen Berichtsformate und deren Distribution dargestellt.

Tabelle 26: Berichtsformate und Distribution

Berichtsformat	Datengrundlage der Ergebnisse	Zeitpunkt der Distribution	Adressaten
Kurzbericht	Teilnehmende Schule	Vor/ nach den Sommerferien 2015	Schulleitung, Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer, Eltern ¹
Langbericht – Schule	Teilnehmende Schule	Nach den Sommerferien 2015, vor dem 1. Treffen der Steuergruppe	Mitglieder der Steuergruppe, interessierte Eltern
Langbericht – Modellregion	Alle teilnehmenden Schulen in der Modellregion	Winter 2015	Partnerinnen und Partner aus der Modellregion bzw. Landesministerien, BMG und BZgA

Berichtsformat	Datengrundlage der Ergebnisse	Zeitpunkt der Distribution	Adressaten
Langbericht – Modellvorhaben	Alle Modellregionen	Sommer 2016	BMG und BZgA

¹ Die Schülerinnen und Schüler haben eine kleine Information zu den Ergebnissen erhalten.

Insgesamt wurden jeweils 40 Kurz- und Langberichte erstellt. Zusätzlich wurden drei Langberichte für die Modellregionen und ein Langbericht für das Modellvorhaben erarbeitet.

6.3.2.1 Kurzbericht

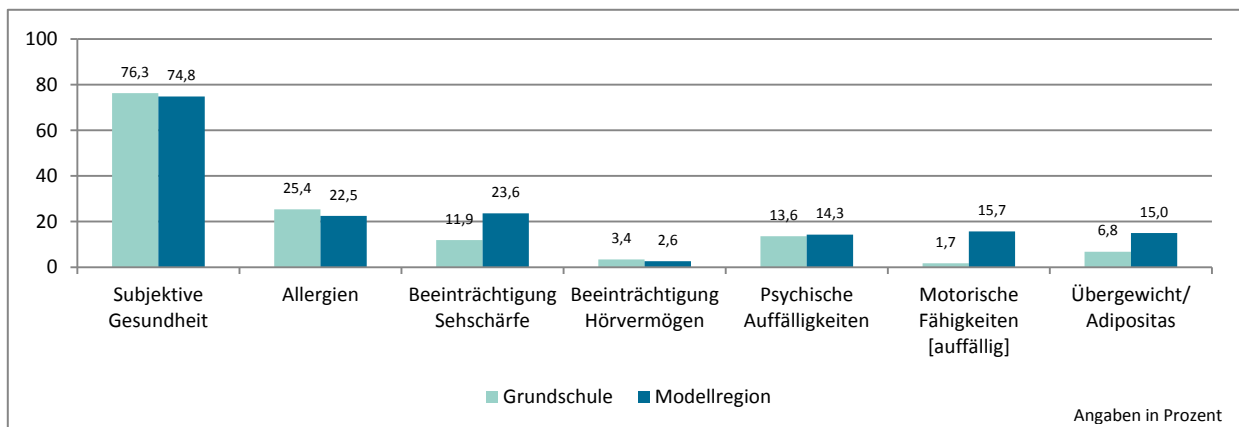
Ziel des Kurzberichtes war es, möglichst knapp die wesentlichen Informationen zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie zu lebensweltrelevanten Faktoren für die Gesundheit zu geben. Für die Berichte wurden folgende Indikatoren ausgewählt:

- Gesundheit
 - Subjektive Gesundheit
 - Allergien
 - Beeinträchtigung Sehschärfe
 - Beeinträchtigung Hörvermögen
 - Psychische Auffälligkeiten
 - Motorische Fähigkeiten [auffällig]
 - Übergewicht/ Adipositas
- Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität
 - Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Summenwert)
 - Selbstwert
 - Funktionsfähigkeit im Alltag [Schule]
 - Schulisches Umfeld
- Schulalltag und schulisches Umfeld
- Freizeit- und Gesundheitsverhalten
 - Spielen im Freien
 - Sportliche Inaktivität
 - Sportliche Aktivität in einem Verein
 - Hohe Mediennutzung
 - Besitz eigener elektronischer Geräte

- Gesundheitsförderung an der Schule
 - Gesundheitsförderung an der Schule
 - Gewünschte Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Die Darstellung der Ergebnisse war visuell-grafisch ausgerichtet und mit kurzen Erläuterungstexten zu den wesentlichen Ergebnissen unterlegt (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Beispiel für die Darstellung der Ergebnisse im Kurzbericht zum Themenfeld Gesundheit



Drei Viertel der teilnehmenden Eltern schätzen die Gesundheit ihrer Kinder als ausgezeichnet bzw. sehr gut ein („Subjektive Gesundheit“). Ein Viertel der Kinder hat eine der folgenden Allergien (Heuschnupfen, Asthma bronchiale, Neurodermitis), 6,8 % der Kinder sind übergewichtig oder adipös und 1,7 % sind auffällig hinsichtlich ihrer motorischen Fähigkeiten. Insgesamt entsprechen die Werte Ihrer Schule den Ergebnissen der Modellregion mit wenigen Ausnahmen.

Neben den schulbezogenen Werten wurden als Referenz die Werte der Modellregion ergänzt. Auf einem separaten Blatt wurden wesentliche Informationen zu den einzelnen Indikatoren beigelegt.

6.3.2.2 Langbericht

Der Langbericht bezieht sich auf die für den Kurzbericht ausgewählten Indikatoren, die zusätzlich nach soziodemografischen Merkmalen dargestellt werden. Zusätzlich werden Informationen zum Modellvorhaben und zu den eingesetzten Instrumenten gegeben. Der Langbericht gliedert sich wie folgt:

1. Allgemeines zum Modellvorhaben ‚GrundGesund‘
2. Informationen zur Durchführung an der Schule
3. Informationen zur Erhebung und zu den Daten
4. Gesundheit

5. Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität
6. Freizeit- und Gesundheitsverhalten
7. Schulalltag und schulisches Umfeld
8. Gesundheitsförderung an der Schule
9. Kurze Zusammenfassung und Ausblick
10. Erläuterung zu den verwendeten Indikatoren
11. Literaturverzeichnis
12. Tabelle zu den dargestellten Ergebnissen
13. Beteiligte

Im Langbericht wurde auf eine Priorisierung der Ergebnisse für die einzelnen Schulen verzichtet, so dass die Schulen sich ein eigenes Bild zur gesundheitlichen Lage der Schülerinnen und Schüler verschaffen konnten. Auf dieser Basis sollten in einem gemeinsamen Prozess zunächst die Bewertung und Priorisierung der Ergebnisse und daran anschließend eine Festlegung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten erfolgen (siehe Kapitel 6.4.2).

Die Langberichte für die Modellregion und das Modellvorhaben wurden entsprechend dem Langbericht für die Schulen erstellt.

6.3.3 Ergebnisse der Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden die Kurz- und Langberichte zu verschiedenen Zeitpunkten aus der Sicht der unterschiedlichen Nutzerinnen und Nutzer evaluiert. Beurteilt werden sollten dabei die Nutzbarkeit und der Nutzen des für das Modellvorhaben entwickelten Berichtsformates (siehe ausführlich Kapitel 5.4.2). Zur Messung wurden die Beteiligten um eine Einschätzung zum Berichtsformat durch die Beteiligten [C2.2.1] sowie die Schulen um eine Bewertung der Relevanz der Ergebnisse für die Schule [C2.2.2] gebeten.

Die Befragung erfolgte zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Zielgruppen. Der Kurzbericht wurde mit einem Kurzfragebogen durch die Schulleitungen und Lehrpersonen zum Zeitpunkt T_{x2} , d. h. unmittelbar nach Ausgabe der Kurzberichte, und zum Zeitpunkt T_{1GF} , vor der Durchführung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung bewertet (siehe Kapitel 5). Der Langbericht wurde zu den Zeitpunkten T_{1GF} und T_{2GF} , d. h. vor und nach der Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivität durch

die Schulleitungen und Lehrerinnen und Lehrer beurteilt. Angaben aus Sicht der Eltern liegen nur für den Kurzbericht zum Zeitpunkt T_{1GF} vor. Die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Zeitpunkten stellten Trends und keine Längsschnittanalysen dar (siehe Kapitel 6.3.3.1).

6.3.3.1 Bewertung der Berichtsformate durch die Beteiligten

Insgesamt betrachtet werden die beiden Berichtsformate durch unterschiedliche Nutzergruppen positiv beurteilt. Als Antwortmöglichkeiten zu den vorgegebenen Aspekten konnten die Befragungsteilnehmenden aus einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen ‚stimme gar nicht zu‘ (1), ‚stimme eher nicht zu‘ (2), ‚weder noch‘ (3), ‚stimme eher zu‘ (4) und ‚stimme voll und ganz zu‘ (5) auswählen. Somit entspricht ein hoher Wert einer positiven Zustimmung bzw. umgekehrt ein niedriger Wert einer geringen Zustimmung. In der nachstehenden Tabelle 27 sind die Ergebnisse für unterschiedliche Zeitpunkte und Akteursgruppen zusammengefasst.

Tabelle 27: Bewertung der Kurz- und Langberichte durch die Beteiligten

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Kurzbericht				
Der Kurzbericht ist gut aufgebaut.	T_{x2}	4,8 [SD = 0,42]	4,6 [SD = 0,55]	
	T_{1GF}			4,2 [SD = 0,76]
Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt.	T_{x2}	4,6 [SD = 0,50]	4,5 [SD = 0,56]	
	T_{1GF}			4,2 [SD = 0,78]
Den Umfang des Kurzberichtes finde ich angemessen.	T_{x2}	4,8 [SD = 0,53]	4,5 [SD = 0,69]	
	T_{1GF}			4,2 [SD = 0,85]
Langbericht				
Der Langbericht ist gut aufgebaut.	T_{1GF}	4,3 [SD = 0,80]	4,1 [SD = 0,66]	
Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt.	T_{1GF}	4,2 [SD = 0,92]	4,1 [SD = 0,74]	
Den Umfang des Langberichtes finde ich angemessen.	T_{1GF}	4,0 [SD = 1,07]	3,5 [SD = 1,04]	

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. SD: Standardabweichung. Fallzahlen: Schulleitungen: $N = 24$ (T_{x2})/ $N = 28$ (T_{1GF}); Lehrerinnen und Lehrer: $N = 38$ (T_{x2})/ $N = 46$ (T_{1GF}); Eltern: $N = 258$ (T_{1GF})

Die Beurteilung der einzelnen Aspekte fiel sehr konsistent zwischen den unterschiedlichen Gruppen aus und lag im oberen Bereich. Das Berichtsformat Kurzbericht wurde etwas besser als das Berichtsformat Langbericht beurteilt.

Zum Befragungszeitpunkt T_{1GF} zeigte sich bei einer prozentualen Betrachtung, dass 90,1 % der Eltern den Kurzbericht als gut aufgebaut und 89,4 % der Eltern die Ergebnisse als nachvollziehbar dargestellt betrachteten. Auch der Aufbau des Langberichtes wurde von 92,9 % der Schulleitungen und 90,4 % der Lehrerinnen bzw. Lehrer als gut beurteilt. Zudem wurde die Darstellung der Ergebnisse von 92,9 % der Schulleitungen und 92,9 % der Lehrerinnen bzw. Lehrer als nachvollziehbar empfunden.

6.3.3.2 Bewertung der Relevanz der Ergebnisse aus Sicht der Schulen und der Eltern

Darüber hinaus wurde die Relevanz der in den Berichten dargestellten Ergebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten und aus der Perspektive verschiedener Nutzergruppen erfragt. Auch hier hatten die teilnehmenden Personen die Möglichkeit, die Aussagen mittels einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Antwortkategorien ‚stimme gar nicht zu‘ (1), ‚stimme eher nicht zu‘ (2), ‚weder noch‘ (3), ‚stimme eher zu‘ (4) und ‚stimme voll und ganz zu‘ (5) zu bewerten. Ein hoher Wert stellt eine positive Zustimmung und ein niedriger Wert eine geringe Zustimmung dar. Die Ergebnisse sind in der nachstehenden Tabelle 28 für den Kurz- und Langbericht aufgeführt.

Tabelle 28: Bewertung der Relevanz der Ergebnisse durch die Schulen und Eltern

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Kurzbericht				
Ich habe einen guten Überblick zur Gesundheit der Drittklässler erhalten.	T_{x2}	4,3 [SD = 0,81]	4,0 [SD = 1,06]	
	T_{1GF}			4,1 [SD = 0,92]
Durch die Ergebnisse habe ich konkrete Ideen, welche nächsten Schritte in der Schule im Bereich Gesundheit unternommen werden sollten.	T_{x2}	4,0 [SD = 0,86]	3,1 [SD = 0,98]	
Ich bin mit dem Kurzbericht insgesamt zufrieden.	T_{x2}	4,6 [SD = 0,51]	4,1 [SD = 0,92]	
Langbericht				
Ich habe einen guten Überblick zur Gesundheit der Drittklässler erhalten.	T_{1GF}	3,8 [SD = 1,10]	3,7 [SD = 0,93]	
	T_{2GF}	3,7 [SD = 0,70]	3,5 [SD = 1,05]	
Die Informationen zur Erhebung und zu den Daten sind für mich einfach nachvollziehbar.	T_{1GF}	4,1 [SD = 0,79]	4,2 [SD = 0,77]	
Die Differenzierung der Daten ist für mich angemessen.	T_{1GF}	3,8 [SD = 0,93]	3,7 [SD = 0,93]	

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Durch die Ergebnisse habe ich konkrete Ideen, welche nächsten Schritte in der Schule im Bereich Gesundheit unternommen werden sollten.	T _{1GF}	3,5 [SD = 1,07]	3,2 [SD = 1,08]	
	T _{2GF}	3,8 [SD = 0,74]	3,1 [SD = 0,98]	
Ich bin mit dem Langbericht insgesamt zufrieden.	T _{1GF}	3,8 [SD = 1,00]	3,5 [SD = 0,90]	

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. SD: Standardabweichung. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 24 (T_{x2})/N = 28 (T_{1GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 38 (T_{x2})/N = 46 (T_{1GF}); Eltern: N = 258 (T_{1GF}). Signifikante Gruppenunterschiede sind jeweils fett hervorgehoben ($p \leq 0.05$). Testverfahren: Mann-Whitney-U-Test

Die in den Berichten dargestellten Ergebnisse ermöglichten eine gute Einschätzung der Gesundheit der Drittklässlerinnen und Drittklässler, jedoch lagen hier die Werte etwas niedriger als bei der Bewertung der gewählten Berichtsformate. Die Kurzberichte wurden diesbezüglich etwas besser eingestuft als die Langberichte. Zu allen Zeitpunkten beurteilten die Schulleitungen im Vergleich zu den Lehrerinnen und Lehrern die Relevanz der Ergebnisse im Mittel etwas besser. Ein ähnliches Bild zeigte sich für den Aspekt, ob sich aus den Berichten konkrete Ideen für die Schule im Bereich Gesundheit ergeben haben. Hier war der Unterschied zwischen den Schulleitungen und Lehrpersonen größer und zu T_{2GF} sogar signifikant. Die Mittelwerte für die Zufriedenheit lagen für die Kurzberichte bei 4,6 bei den Schulleitungen und bei 4,1 bei den Lehrerinnen und Lehrern; für die Langberichte waren die korrespondierenden Mittelwerte mit 3,8 und 3,5 geringer.

Zwei Drittel der Schulleitungen und der Lehrpersonen stimmten beim Befragungszeitpunkt T_{1GF} der Aussage zu, dass sie einen guten Überblick über die Gesundheit der Drittklässlerinnen und Drittklässler erhalten haben. Bei den Eltern lag der Anteil bei 79,7 %. Nützlich für den Schulalltag fanden die Ergebnisse der Schulgesundheitsberichte 60,8 % der Schulleitungen und hingegen nur 36,6 % der Lehrerinnen und Lehrer.

6.3.4 Zusammenfassung und Fazit

Die mit der Entwicklung der Berichtsformate verbundenen Teilziele konnten im Modellvorhaben gut realisiert werden. Die beiden Formate waren sowohl in ihrer Struktur und Aufbereitung als auch durch die Auswahl der Ergebnisse gut für die unterschiedlichen Nutzergruppen geeignet, sich einen Überblick zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu verschaffen. Damit ist es gelungen, ein für die Schulen angemessenes und nutzbares Berichtsformat zur Unterstützung des Gesundheitsförderungsprozesses zu entwickeln, welches eine prägnante Darstellung der Kernergebnisse zu den gesundheitlichen Risiken

(rsp. Ressourcen), zur Gesundheit und zu den für die Gesundheit relevanten Lebensweltfaktoren ermöglicht. Hierbei wurde auf eine allgemeinverständliche Darstellung der Ergebnisse geachtet, ohne dabei wesentliche Informationen zur Datenerhebung außen vor zu lassen. Diese wurden wie auch Detailanalysen im Bericht als separate Teile zugefügt, so dass sie interessierten Personen zur Verfügung standen, ohne damit den Text zu überfrachten.

Auch die Einbeziehung von Vergleichsdaten hat sich bei den Berichten als günstig erwiesen. Dies erfolgte über modellregionsspezifische und nationale Referenzwerte. Allerdings zeigte sich im Umgang mit den Referenzwerten, insbesondere denen der Modellregion, die Gefahr, dass diese die Interpretation der eigenen schulbezogenen Werte dominieren können. Dies konnte dazu führen, dass die Bereiche in den Vordergrund rückten, in denen die Schule im Vergleich zur Modellregion schlechter abschnitt, ohne dass damit alle Handlungsmöglichkeiten, die sich aus einer schulspezifischen Betrachtung ergeben, ausgeschöpft werden. Entsprechend sollte bei den Berichten zukünftig ein kurzer Vermerk zur Aussagekraft der Vergleichswerte gegeben werden.

Die Ergebnisse deuten des Weiteren darauf hin, dass der Nutzen sehr unterschiedlich durch die Akteurinnen und Akteure eingeschätzt wird. So beurteilten die Lehrerinnen und Lehrer die Berichte kritischer, was ein wichtiger Hinweis für deren Weiterentwicklung ist. Entsprechend sollten zukünftig die Anknüpfungsmöglichkeiten der Berichte für die unterschiedlichen Akteursgruppen verbessert werden, indem die Bezüge zu den einzelnen Arbeitsfeldern herausgestellt werden, ohne jedoch dezidierte Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Ein Kritikpunkt an den Berichten war das Fehlen einer schulspezifischen Priorisierung und der Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen und Projektvorschlägen. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde dieser Aspekt intensiv bei der Entwicklung der Berichtsformate diskutiert. Aus Sicht der Entwicklerinnen und Entwickler steht eine solche Vorgehensweise im klaren Widerspruch zu den Grundannahmen des Modellvorhabens, welches sich am Konzept der guten, gesunden Schule und damit an den Schulentwicklungsprozessen orientiert. Entsprechend war die Auswertung der Berichte als erster Schritt bei der Entwicklung der Aktivität zur Gesundheitsförderung geplant, der in den Steuergruppen gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren der Schulen erfolgen sollte. Hierdurch sollten interne Prozesse befördert und die externe Einflussnahme auf diese begrenzt werden. Eine weitere Einschränkung, die hierbei eine Rolle spielt, war die Machbarkeit. Eine Priorisierung und Schwerpunktsetzung hätte einer Detailanalyse jeder Schule, ihrer Vorerfahrung und ihrer aktuellen und zukünftigen Schwerpunktsetzungen bedurft. Nur vor diesem Hintergrund hätten angemessene Optionen entwickelt werden können, die

dem Anspruch an die Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Modellvorhaben gerecht geworden wären. Trotz der Schulprofile wäre diese im Modellvorhaben für alle Grundschulen nicht in dem geforderten Rahmen möglich gewesen.

6.4 Aktivitäten der Gesundheitsförderung (Phase 3)

Neben der individuellen Rückmeldung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung an die Eltern (siehe Kapitel 6.2) wurde auf Basis der auch für die Schulen vorliegenden Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Risiken der Schülerinnen und Schüler eine Beförderung der Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention intendiert. Konzeptionell ist die Vorgehensweise an dem Konzept der guten, gesunden Schule (Paulus 2003, 2010; Paulus et al. 2014; Bertelsmann Stiftung 2006; Verein Anschub.de 2010) orientiert. Eine wesentliche Prämisse für diese Phase des Modellvorhabens war folglich, die Schulen im Gesundheitsförderungsprozess, der als Teil der Schulentwicklung verstanden wird, zu unterstützen.

Im Vorfeld der Aktivitäten der Gesundheitsförderung wurden entsprechende Vorarbeiten mit den Partnerinnen und Partnern der Modellregion und vor allem mit den teilnehmenden Schulen geleistet, die dazu beitragen sollten, ein gutes Abbild der bereits in der Modellregion und in den teilnehmenden Schulen vorhandenen Maßnahmen und Schwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Hierzu wurden folgende Dokumente konzipiert und erstellt:

- Status-quo-Berichte für die teilnehmenden Modellregionen und Länder
- Schulprofile
- Karten der Gesundheitsförderung

Die Status-quo-Berichte dienten als übergeordnete Beschreibung der Ausgangssituation und der Rahmenbedingungen in den einzelnen Modellregionen (siehe Kapitel 5.2). Eine unmittelbare Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse auf die einzelnen teilnehmenden Schulen ist mit Ausnahme der Modellregion Stadt Flensburg, in der alle Grundschulen einbezogen wurden, nicht unmittelbar gegeben. Des Weiteren wurden Berichte für die beteiligten Länder erstellt. Die Berichte wurden den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen und Ländern im Erstellungsprozess zum Feedback vorgelegt.

Zudem wurde für jede teilnehmende Schule ein Schulprofil in 2014 erstellt und in 2015 aktualisiert und final abgestimmt. Die Schulprofile umfassten Eckdaten zur Schülerschaft sowie zu den Aktivitäten im

Bereich Gesundheitsförderung. Die Erstellung der Schulprofile erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen den Koordinatorinnen der Modellregion und den Schulleitungen. Zielsetzung war es, diese Daten als Ausgangsbasis für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Aktivitäten zu nutzen.

Informationen zu folgenden Themenbereichen waren in den Schulprofilen der teilnehmenden Schulen enthalten:

- Geografische Lage und Umfeld
- Angaben zur Personenstruktur
- Struktur der Grundschule
- Wirtschaftliche und soziale Charakteristika der Schülerinnen und Schüler
- Gesundheit der Schülerinnen bzw. Schüler und Gesundheitsförderung
- Inklusion
- Schulsozialarbeit und schulpsychologischer Dienst
- Eltern

Hierdurch wurden Rahmenbedingungen und auch Ressourcen erkennbar, die ggf. für gesundheitsförderliche Maßnahmen in Zukunft weiter genutzt werden könnten bzw. auf die bereits zurückgegriffen werden konnte. Des Weiteren haben die Schulen hier Angaben zu externen Partnerinnen und Partnern gemacht, mit denen die Schulen bereits zusammenarbeiten. Dazu gehörten u. a. Kooperationen mit Organisationen, wie Lions International, und solche mit in der Nachbarschaft ansässigen Sportvereinen oder weiterführenden Schulen, deren Schülerinnen bzw. Schüler Patenschaften für die Grundschülerinnen bzw. Grundschüler übernommen haben. Mit den wirtschaftlichen und sozialen Charakteristika der Schülerinnen bzw. Schüler sollten Familienformen, die Erwerbssituation in den Familien sowie der Bildungshintergrund und der kulturell-sprachliche Hintergrund der Schülerschaft erfasst werden. Hier konnten die Schulen nur sehr grobe Angaben liefern, da die meisten über solche Informationen nicht verfügen.

Der Themenbereich ‚Gesundheitszustand der Schülerinnen bzw. Schüler und Gesundheitsförderung‘ bildete zum einen die Zahl der Kinder mit diagnostizierten chronischen Erkrankungen, diagnostizierten psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie diagnostizierten Teilleistungsschwächen oder anderen beobachteten gesundheitlichen Auffälligkeiten bei den Schülerinnen bzw. Schülern ab. Zusätzlich wurden hier Projekte aufgeführt, die bereits an der Schule im Bereich Gesundheitsförderung stattfinden

oder stattgefunden haben. Analog dazu konnte für den Themenbereich ‚Inklusion‘ angegeben werden, wie viele Schülerinnen bzw. Schüler mit Inklusionsbedarf an der Schule unterrichtet werden, welche Art des sonderpädagogischen Förderbedarfs diese Kinder haben und inwieweit bereits Projekte zur Inklusion durchgeführt werden. Abschließend wurden der Umfang an sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sowie die Art der Zusammenarbeit mit der Elternschaft abgefragt.

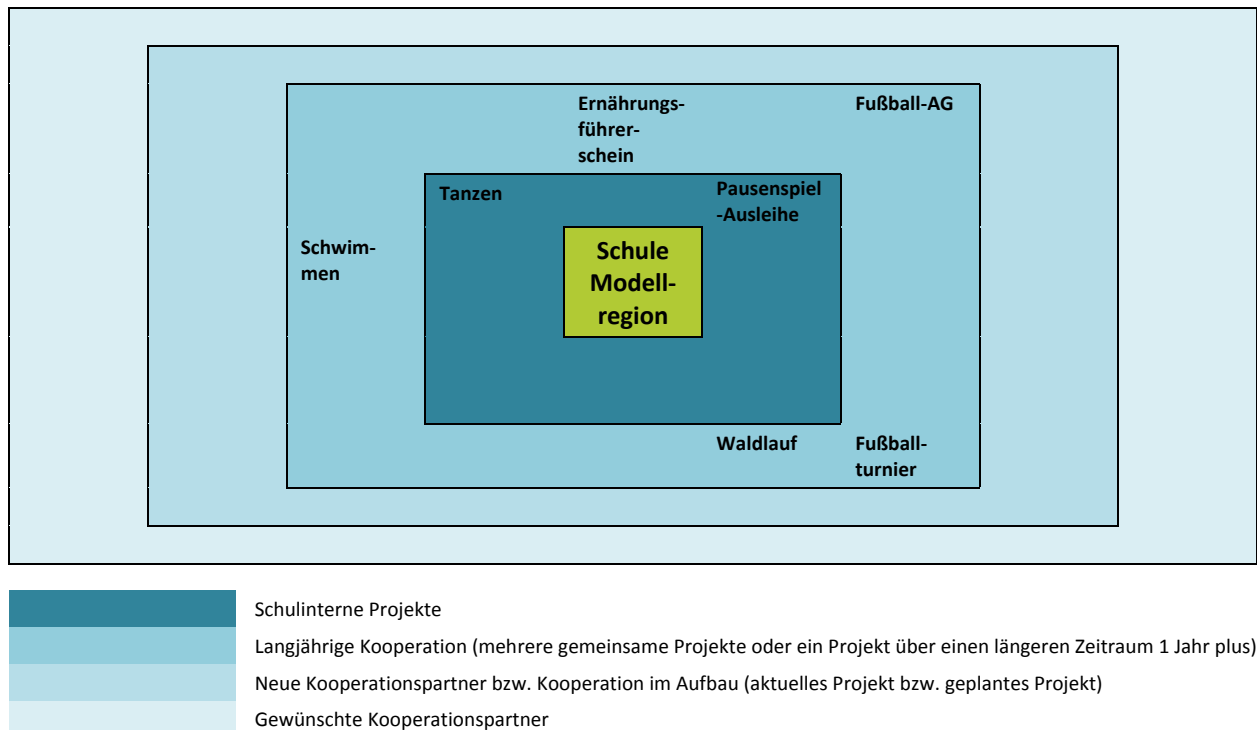
Zudem flossen Erkenntnisse aus der T_{1u}-Befragung der Evaluation – mit Erlaubnis der Schulleitungen – in das Schulprofil der jeweiligen Grundschule mit ein. Erkenntnisse aus diesen Dokumenten wurden später in den Arbeitsprozess der dritten Phase des Modellvorhabens eingespeist.

Des Weiteren wurden sog. Karten der Gesundheitsförderung entwickelt. Zielsetzung der Karten der Gesundheitsförderung war es, eine Grundlage zu schaffen für

- die Identifikation von Aktivitäten an der Grundschule und den bereits beteiligten Akteursgruppen,
- die Initiierung und Durchführung der gesundheitsfördernden Aktivitäten im Rahmen des Modellvorhabens an der beteiligten Grundschule und den ggf. zu beteiligenden Akteurinnen und Akteuren sowie
- den Aufbau bzw. die Verstetigung von bestehenden Strukturen für Gesundheitsförderung/ Prävention im Setting Grundschule.

Entsprechend wurde eine Einteilung der Maßnahmen nach inhaltlichem Schwerpunkt, nach Beteiligung interner Partnerinnen und Partner (z. B. im Rahmen schulischer AGs) oder externer Partnerinnen und Partner (z. B. Sportvereine) sowie der Laufzeit bzw. des Turnus der Aktivität vorgenommen. Die Karten wurden zunächst auf Grundlage der einzelnen Schulprofile ausgearbeitet und mit den Schulleitungen der beteiligten Schulen nach Prüfung modifiziert und erweitert. Ein Beispiel für eine Karte der Gesundheitsförderung einer teilnehmenden Schule ist in Abbildung 12 dargestellt.

Abbildung 12: Beispiel einer Karte der Gesundheitsförderung

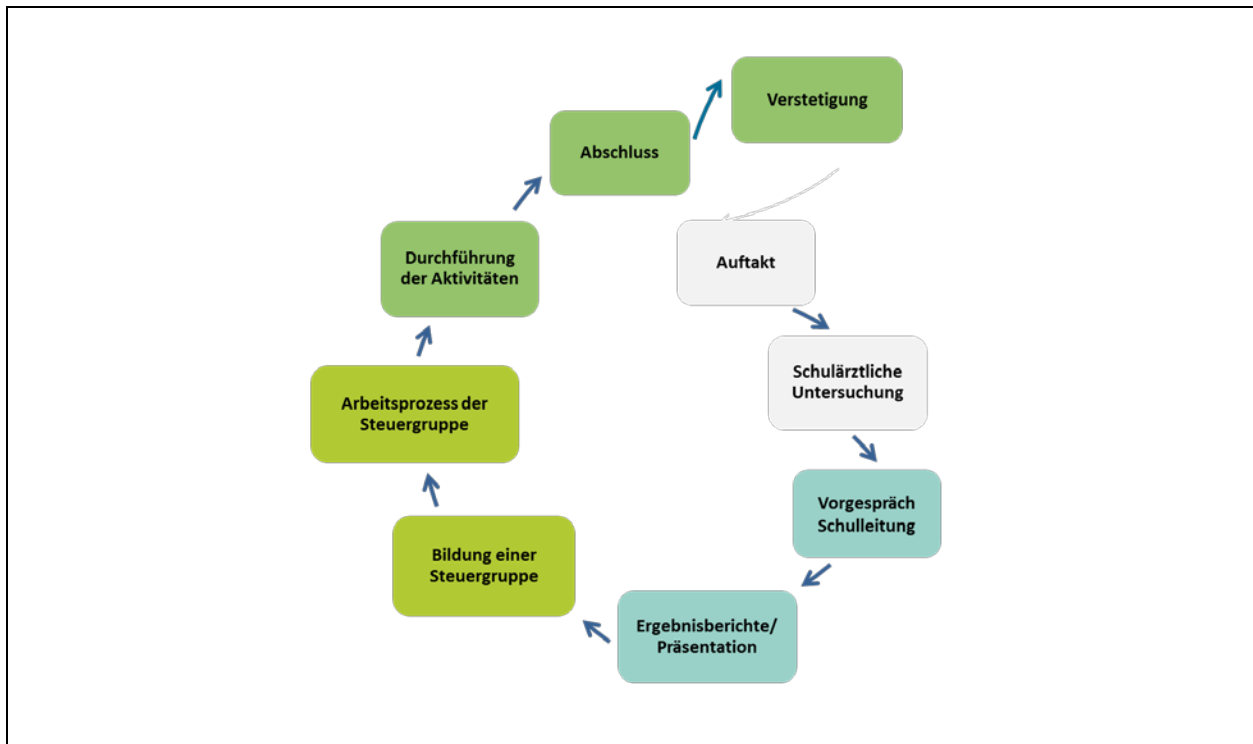


6.4.1 Konzeption und Prozessschritte der dritten Phase des Modellvorhabens

Für die Entwicklung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung wurde ein Prozessmodell entwickelt, welches an den aktuellen Stand der Forschung und an die in der schulischen Gesundheitsförderung etablierten Vorgehensweisen andockt, wie z. B. die Gelingensbedingungen für gute, gesunde Schulen (Nieskens et al. 2014). Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde ein Qualitätshandbuch Phase 3 verfasst, welches neben Ablaufbeschreibungen und Materialien auch Abschnitte zu theoretisch-konzeptionellen Grundannahmen enthält. Hierdurch wurde sichergestellt, dass ein gemeinsames Verständnis zum Prozessmodell sowie zur schulischen Gesundheitsförderung im Team vorliegt.

Eine wesentliche Grundlage für den Gesundheitsförderungsprozess an den Grundschulen im Modellvorhaben stellte das ‚Modell der Schulentwicklungsschleife‘ (Nilshon & Schminder 2005, zit. in Kohtz & Reinink 2011, S. 114) dar. Dieses wurde, wie in der Abbildung 13 dargestellt, auf die Gegebenheiten des Modellvorhabens angepasst.

Abbildung 13: Adaptiertes Prozessmodell der Aktivitäten der Gesundheitsförderung an den teilnehmenden Schulen auf Grundlage des ‚Modells der Schulentwicklungsschleife‘ (Nilshon & Schminder 2005, zit. in Kohtz & Reinink 2011, S. 114)



Mit der Einrichtung von Steuergruppen sollte eine gemeinsame Entwicklung und Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten an den Schulen erfolgen. Zugleich sollte hierdurch die Verankerung der Gesundheitsförderung an den Schulen befördert und über das Modellvorhaben hinaus verstetigt werden. Mitglieder der Steuergruppe sollten möglichst alle Akteurinnen und Akteure in den Schulen sein. Dies schloss neben der Schulleitung, den Klassenlehrerinnen und Klassenlehrern auch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher sowie die Schüler- bzw. Elternvertretungen (siehe Abbildung 14) ein. Des Weiteren bestand seitens der Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes das Angebot, kontinuierlich in der Steuergruppe mitzuwirken. Die Koordinatorin der Modellregion war ebenfalls ein Mitglied der Steuergruppe. Ihre Aufgaben lagen in der Moderation und Dokumentation der Steuergruppentreffen sowie in der Begleitung und Unterstützung des Gesamtprozesses an den Schulen.

Abbildung 14: Zusammensetzung der Steuergruppe in den teilnehmenden Schulen



Konzeptionell waren ein Vorgespräch mit der Schulleitung zur Vorbereitung und zwei bis drei Treffen der Steuergruppe eingeplant. Bereits im Vorfeld des ersten Treffens wurden die Ergebnisse auf dem Elternabend der teilnehmenden Kinder (vierte Klasse) vorgestellt. Beim ersten Termin der Steuergruppe erfolgte ein intensiver Austausch zu den Ergebnissen des Schulgesundheitsberichtes. Hierbei wurde eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse vorgenommen, die anschließend in Prioritäten für die Schule im Bereich Gesundheit überführt wurden. Auf dieser Basis wurden im nächsten Schritt erste Ideen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung entwickelt. Das zweite Treffen diente der Konkretisierung der Aktivität der Gesundheitsförderung an der Grundschule und ihrer konkreten Planung. Beim letzten Treffen fanden eine gemeinsame Bewertung der Aktivität und die Entwicklung von Optionen zur Verstetigung an der Grundschule statt.

Umsetzung der Konzeption und Prozessschritte

Von den insgesamt 40 teilnehmenden Grundschulen führten 33 Schulen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung durch. Differenziert für die einzelnen Modellregionen erfolgte dies im Kreis Recklinghausen bei allen zehn Schulen, in der Stadt Flensburg bei 11 Schulen und in der Stadt Kassel bei 12 Schulen. Für den Ausstieg der Schulen in dieser Phase des Modellvorhabens wurden verschiedene Gründe genannt. Im Vordergrund standen dabei die nicht ausreichenden Kapazitäten für die Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivität. Weitere Gründe waren: parallele Aktivitäten in der Schule, aufwendige Ab-

stimmungen in der Schule bzgl. Auswahl bzw. Umsetzung der Aktivität der Gesundheitsförderung, Veränderung in der Personalstruktur und Kritik an der Vorgehensweise des Modellvorhabens.

In den 33 Grundschulen wurden Steuergruppen eingerichtet und es fanden in der Regel mehrere Termine statt. In der Mehrzahl der Schulen wurden die drei geplanten Treffen durchgeführt. An einzelnen Schulen traf sich die Steuergruppe nur zwei Mal bzw. an anderen Schulen vier bis fünf Mal. Für die Arbeit in den Steuergruppen stand den Koordinatorinnen eine Tool-Box zur Verfügung, die im Laufe der Projektlaufzeit finalisiert und den Schulen zum Projektabschluss zur Verfügung gestellt wurde.

Die Zusammensetzung der Steuergruppe konnten nur selten in der geplanten Breite der Akteurinnen und Akteure an den Schulen realisiert werden. Die nachstehende Tabelle 29 zeigt, wie sich die Beteiligung der einzelnen Akteursgruppen in den teilnehmenden Grundschulen zum ersten Termin verteilte, unabhängig von der jeweils teilnehmenden Personenzahl. Die Steuergruppensitzungen wurden durch die Koordinatorin der jeweiligen Modellregion moderiert. In neun Schulen konnte zu diesem Zeitpunkt allerdings nur ein bilateraler Austausch realisiert werden, an dem bei sechs Schulen die Schulleitung und bei drei Schulen Lehrkräfte teilnahmen.

Tabelle 29: Zusammensetzung der Steuergruppen in den teilnehmenden Grundschulen (1. Termin)

Akteursgruppe Anzahl Schulen	SL	LK	OGS	SA	SV	EV	KJGD	Sonst.
7	X	X						
2	X	X	X	X		X	X	X
2	X	X		X				
2	X	X				X		
2	X	X						X
1	X	X	X	X	X	X	X	
1	X	X	X	X		X	X	
1	X	X	X	X				
1	X	X	X	X			X	
1	X	X		X			X	X
1	X	X		X		X	X	
1	X	X	X			X		
1	X	X	X				X	
1	X	X				X	X	
1	X	X		X			X	

Akteursgruppe Anzahl Schulen	SL	LK	OGS	SA	SV	EV	KJGD	Sonst.
1	X	X					X	
1		X						X

SL = Schulleitung; LK = Lehrkräfte; OGS = Offener Ganzttag; SA = Schulsozialarbeit; SV = Schülervertretung;
EV = Elternvertretung; KJGD = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst; Sonst. = Projektmitarbeitende ‚GrundGesund‘, Fachexpertinnen und Fachexperten

Bei dem überwiegenden Teil der Schulen nahmen an den Steuergruppentreffen die Schulleitungen und Klassenleitungen bzw. andere Lehrkräfte aus dem Kollegium teil. Bei der Auswahl der zu beteiligenden Lehrerinnen und Lehrer wurde innerhalb der Schule beraten und diese entsprechend ihrer Beteiligung oder ihrem Interesse an den Aktivitäten zur Gesundheitsförderung ausgewählt. Somit waren in den Steuergruppen unterschiedliche Lehrkräfte vertreten; nur zum Teil waren es die Klassenleitungen der dritten Klassen im Schuljahr 2014/2015. Eher selten waren Erzieherinnen bzw. Erzieher und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Steuergruppen vertreten. Ein Grund kann darin bestanden haben, dass für sie die Terminierung der Steuergruppensitzung ungünstig war, da sie entweder noch nicht in der Schule oder stark in die Betreuung der Schülerinnen bzw. Schüler eingebunden waren (Mittagessen, Hausaufgabenbetreuung, AGs etc.).

In nur in einer Schule ließ sich die Teilnahme von Schülervertretungen in den Steuergruppen realisieren. An zehn Schulen waren Elternvertretungen bei den Steuergruppentreffen zugegen. Ein Grund für die eher geringe Teilnahme könnte darin liegen, dass die Steuergruppentermine häufig während oder direkt im Anschluss an den Schultag stattfanden und Eltern aufgrund ihrer eigenen Berufstätigkeit verhindert waren. Neben der bereits erwähnten Berufstätigkeit auf Elternseite sind weitere mögliche Gründe der nahende Übertritt auf die weiterführenden Schulen, Sprachbarrieren oder auch mangelndes Interesse. Auch können schulinterne Prozesse, z. B. nicht ausreichende Information zu den Terminen und den Zielen der Steuergruppe, zu der geringen Teilnahme von Elternvertretungen beigetragen haben. Zudem schien die Organisation der Mitarbeit von Eltern im Schulalltag für viele Schulen gerade in den höheren Klassenstufen mit Schwierigkeiten verbunden zu sein.

Neben den Akteurinnen und Akteuren der Schule nahmen an zahlreichen Steuergruppentreffen die Mitarbeiterinnen des KJGD und einigen wenigen Treffen externe Expertinnen und Experten zu Ernährung oder Schulgesundheit teil. Des Weiteren waren in wenigen Steuergruppentermine auch weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams ‚GrundGesund‘ anwesend.

Kritisch ist anzumerken, dass nicht immer die gleiche Zusammensetzung der Steuergruppe bei allen Treffen erreicht werden konnte, was zu einer gewissen personellen Diskontinuität in der gemeinsamen Arbeit führte. Es zeigte sich, dass die Teilnehmerzahl im Zeitablauf abnahm und die Abschlusstreffen mehrheitlich mit der Schulleitung und verantwortlichen Lehrkräften durchgeführt wurde. Hintergrund dieser Entwicklungen könnten zum einen begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen im Schulalltag sein. Zum anderen hatten die Schulen während der Aktivitätenphase vielfach mit weiteren Anforderungen, wie z. B. der Aufnahme von geflüchteten Kindern, umzugehen.

6.4.2 Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den teilnehmenden Schulen

Wesentliche Ziele für die Auswahl der Aktivität der Gesundheitsförderung waren, dass diese zur Verringerung der gesundheitlichen Risiken bzw. zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schülerinnen und Schüler beitragen und den Prozess der Gesundheitsförderung an den teilnehmenden Schulen als Teil der Schulentwicklung befördern können (siehe Kapitel 5.5). Entsprechend sollte bereits bei der Auswahl der Aktivität der Gesundheitsförderung an der Grundschule die Möglichkeit des dauerhaften Angebotes an der Grundschule einbezogen werden. Zudem sollten bestehende Vernetzungen mit Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung genutzt bzw. gezielt durch die ausgewählte Aktivität der Gesundheitsförderung ausgebaut werden.

Dies stellten auch die Rahmenbedingungen für die Aktivitäten der Gesundheitsförderung dar, die von den Grundschulen im Rahmen der Steuergruppen ausgewählt, geplant und schließlich umgesetzt wurden. Für die ausgewählte Aktivität war von den Schulen eine Projektskizze zu erarbeiten, die neben den Kontaktdaten Angaben zum Interventionsbereich, zu dem Themenfeld und den intendierten Zielen sowie zur geplanten Umsetzung (u. a. Zeitraum, Akteursgruppen) sowie den erforderlichen Ressourcen beinhaltete.

In den Steuergruppen der 33 Grundschulen wurden gesundheitsförderliche Aktivitäten umgesetzt, die sich überwiegend den Themenfeldern Ernährung, Bewegungsförderung und psychosoziale Gesundheit zuordnen lassen. In manchen Schulen wurden mehrere Projekte zu verschiedenen Themen verwirklicht.

6.4.2.1 Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung

An mehreren Schulen wurden gesundheitsförderliche Aktivitäten im Bereich Ernährung entwickelt und durchgeführt. Einige Schulen initiierten regelmäßige Obst- und Gemüsetage als Ergänzung zum Schulfrühstück. Mit Obst- und Gemüsehändlern in den jeweiligen Regionen wurden über einen Zeitraum von

ein bis drei Monaten wöchentliche bzw. monatliche Lieferungen unterschiedlicher Obst- und Gemüsesorten vereinbart. An der Vorbereitung und Zubereitung waren die Schülerinnen und Schüler beteiligt. Dafür wurde in manchen Schulen eigens eine Küchenkiste mit Tellern, Schalen und Messern für die Zubereitung angeschafft. Die Zielsetzung dieser gesundheitsförderlichen Aktivitäten war zum einen die Verankerung von Obst und Gemüse als gesunde und sinnvolle Ergänzung zum Frühstück, indem verschiedene Obst- und Gemüsesorten in Geschmack und Aussehen kennengelernt und ausprobiert werden konnten. Zum anderen sollten die Kinder als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren ins Elternhaus wirken und das Bewusstsein für gesunde Lebensmittel und Ernährung stärken.

Das Thema ‚Gesundes Frühstück/ Gesundes Schulfrühstück/ Gesunde Brotdose‘ griffen weitere Schulen auf. So fanden Workshops für die Schülerinnen und Schüler statt, die von einer Ernährungsberaterin bzw. einem Ernährungsberater durchgeführt wurden. Diese Workshops wurden entweder allen Klassen oder einzelnen Klassenstufen angeboten. Zusätzlich wurde ein Informationsabend für die Eltern der vierten Klassen veranstaltet. Inhalt der Veranstaltungen war die Zubereitung eines gesunden Müslifrühstücks unter Einsatz einer Kornquetsche mit der Zielsetzung, Wissen und Fertigkeiten zum Thema gesundes Frühstück zu vermitteln. Darüber hinaus sollten die Schülerinnen und Schüler einzelne Verarbeitungsschritte („Vom Korn zur Getreideflocke“) nachvollziehen und die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten von Getreideflocken kennenlernen.

Ein gesundes Frühstück wurde auch über einen Zeitraum von zwei Monaten wöchentlich jeweils von einer vierten Klasse für einen anderen Jahrgang organisiert mit dem Ziel, das Bewusstsein für das Thema Ernährung zu stärken. Das Kennenlernen unterschiedlicher Obst- und Gemüsesorten und die Steigerung des Interesses an Obst und Gemüse waren wiederum in einem weiteren Projekt mit dem Einkauf und der Herstellung eines gesunden Frühstücks im Klassenverband verbunden.

In Form eines Wettbewerbs in dritten und vierten Klassen wurden nach einer Unterrichtseinheit in der Schulküche für gesunde Lebensmittel und Getränke in den gesunden Brotdosen Punkte gesammelt. Das Sammeln und die Umsetzung von Ideen für ein gesundes Schulfrühstück sowie die Stärkung der Klassengemeinschaften wurden mit dieser Aktivität angestrebt.

Des Weiteren wurden ernährungsbezogene Arbeitsgemeinschaften eingerichtet, die auch über den im Modellvorhaben festgelegten Zeitraum hinausgehen sollen. Die Durchführung einer Koch- und Back-AG verfolgte das Ziel, Koch- und Backfertigkeiten zu vermitteln, Kenntnisse der Schülerinnen und Schüler über gesunde Ernährung zu vertiefen sowie die selbst zubereiteten Speisen zu verzehren und die Rezepte zu Hause weiterhin zu nutzen.

Das Kennenlernen der einheimischen Gemüsesorten und deren Entwicklung sowie das Sammeln vielfältiger Sinneserfahrungen waren mit dem Bau eines Hochbeetes verbunden. Die Kräuter, Obst- und Gemüsesorten wurden unter Anleitung professioneller Gartenbaumitarbeiterinnen bzw. Gartenbaumitarbeiter gepflanzt, die Pflege des Hochbeetes liegt in der Verantwortung der Garten-AG. Das Hochbeet ist dauerhaft angelegt und soll entsprechend den Jahreszeiten bepflanzt und von allen Klassen genutzt werden.

6.4.2.2 Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich Bewegung

Des Weiteren wurden gesundheitsförderliche Aktivitäten im Bereich Bewegung und Bewegungsförderung an mehreren Grundschulen durchgeführt. So wurde die Bewegungs- und Sportförderung von Mädchen aller Jahrgänge im Bereich Fußball mit der Erstellung eines Fußballfeldes und der Anschaffung zweier Fußballtore in den Fokus gerückt. Die Maßnahme sollte einerseits die Koordination, den Spaß an der Bewegung sowie die aktive Pausengestaltung fördern und andererseits das Interesse der Mädchen an einem (in Deutschland) typischen Jungensport stärken.

Die Anschaffung von Schrittzählern wurde als Grundlage für die Themen Bewegung und Ernährung im Unterricht genutzt. Eine Sensibilisierung für diese Inhalte sollte hierdurch erreicht werden. Darüber hinaus wurden mobile Tore und Bälle für den Schulhof angeschafft, um u. a. Pausen bewegt zu gestalten.

Weitere Schulen haben Aktivitäten durchgeführt, die sich mit dem Thema ‚Pausenspiele / bewegte Pausen‘ auseinandergesetzt haben. Den Kindern wurden Angebote für eine aktive Pausengestaltung gemacht. Neben der Vorstellung der Pausenbewegungsübungen wurden Drehwippen-Balanciergeräte für die Pausenzeiten, Pausengeräte oder Spielkisten für alle Klassenstufen angeschafft. Ziel war es, die Bewegung und motorischen Fähigkeiten aller Schülerinnen und Schüler während der kleinen und großen Hofpausen zu fördern. Zusätzlich sollte eine Anleitung zu friedvollen, bewegungsfreudigen Pausenbeschäftigungen dazu beitragen, Aggressionen abzubauen.

Die Markierung von Spielfeldern auf dem Schulhof und die anschließende Einführung der gesamten Schülerschaft in die verschiedenen Spiele sollten ebenfalls zur Förderung der Bewegung und des Spiels im Schulalltag beitragen. Darüber hinaus haben Schulen Materialien zum Thema ‚Bewegung und bewegte Pause‘ angeschafft. Ziel war es, vermehrt Bewegung nicht nur in den Pausen, sondern auch in den Unterricht einzubringen. Neben der Steigerung der Bewegungsfreude und der körperlichen Aktivität im Schulalltag können so auch die Konzentrationsfähigkeit und Lernprozesse sowie die motorischen Fähig-

keiten durch die Integration im Unterricht gefördert werden. Diese Materialien wurden bis zum Ende des Schuljahres täglich im Unterricht und in den Pausen von allen Klassen genutzt und stehen weiterhin in der Pausenausleihe zur Verfügung.

Außerdem wurden Bewegungsübungen zur Bewegungsförderung im Unterricht in den Lehrerkonferenzen vorgestellt. Ziel war die Anwendung der vorgestellten Übungen im Unterricht sowie die Integration des Themas Bewegung in das Schulprofil. Zudem wurde das Thema ‚Bewegung und Lernen, Rücken-gesundheit‘ behandelt sowie eine Fortbildung ‚Yoga für Kinder‘ durchgeführt. Die stärkere Einbeziehung von Bewegungsübungen in den Unterrichtsalltag und eine Schärfung des Bewusstseins für das Zusammenspiel von Schüler- und Lehrgesundheit wurde damit angestrebt.

Mehrere Schulen haben sich verschiedenen sportlichen Aktivitäten im Rahmen der Durchführung der gesundheitsförderlichen Projekte gewidmet. Neben der Durchführung eines verkürzten Motoriktests zur Identifizierung des Fitnesszustandes der Grundschülerinnen bzw. Grundschüler der ersten bis dritten Klassen wurden Angebote zu Sportdisziplinen, wie Turnen für die Schülerinnen und Schüler der dritten bzw. vierten Klassen oder ‚Basketball für alle‘, geschaffen. Alle Aktivitäten dienen der Förderung der motorischen Fähigkeiten und der Steigerung der körperlichen Aktivität.

Auch wurde im Rahmen des Modellvorhabens das Thema Verkehrssicherheit und Verkehrserziehung aufgegriffen. Die Radfahrausbildung bzw. das Fahrrad- und Rollertraining diente der Stärkung der Sicherheit der Kinder im Straßenverkehr sowie der Bewegungsförderung und der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten. Der Besuch einer Indoor-Spielhalle und einer Kletterhalle von Dritt- und Viertklässlerinnen bzw. Dritt- und Viertklässlern sollte einerseits der Stärkung der Klassengemeinschaft dienen und andererseits Bewegung und Selbstvertrauen fördern.

6.4.2.3 Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich psychosoziale Gesundheit sowie sonstige Aktivitäten

Darüber hinaus haben sich Schulen im Rahmen der Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten mit dem Bereich psychosoziale Gesundheit auseinandergesetzt. So wurden zum Thema Traumapädagogik Projekte durchgeführt. Zielsetzung dieser Veranstaltungen war es, dass Lehrkräfte Anzeichen für Traumata bei Schülerinnen und Schülern erkennen und befähigt werden, angemessen darauf zu reagieren. Das Angebot eines Trommelworkshops mit Schülerinnen und Schülern der vierten Klassen sollte der Stärkung des Selbstbewusstseins und des Gemeinschaftsgefühls dienen.

Als weitere Aktivitäten fanden ein Schulentwicklungstag zum Thema gesunde Schule sowie Informationsabende zum Thema Mediennutzung statt. Bei Letztgenanntem erhielten Eltern der dritten und vierten Klassen Informationen und Tipps zum Umgang mit Medien der eigenen Kinder.

6.4.2.4 Prozesse der Schulentwicklung und Verstetigung der Aktivität der Gesundheitsförderung

Die von den Schulen ausgewählten Aktivitäten hatten jeweils eine hohe Anknüpfung sowohl an die Ergebnisse der Schulgesundheitsberichte als auch an die Strukturen, Prozesse und Interessen der Schule. Über die Steuergruppen hinaus wurden in den meisten Schulen die Aktivitäten in unterschiedlichen Gremien besprochen. In der Regel fand dies in Lehrer- und Schulkonferenzen sowie in weiteren Elternabenden oder an Schulentwicklungstagen statt.

Die Grundschulen hatten ein hohes Interesse, die im Modellvorhaben begonnene Aktivität der Gesundheitsförderung zu verstetigen. Bereits im Modellvorhaben wurden von einigen Schulen bereits Vorkehrungen getroffen, um dies auch langfristig sicherzustellen. Neben der Benennung von Verantwortlichkeiten waren es auch strukturelle Maßnahmen, wie z. B. die Integration der Aktivität in die Schulroutine.

Insgesamt erfolgte bei zehn Schulen bereits eine Verstetigung der Aktivität Gesundheitsförderung. Einige Schulen haben die Aktivität in das Schulprogramm aufgenommen. Weitere 16 Schulen haben die Absicht, dies nach Abschluss des Modellvorhabens noch zu tun.

6.4.3 Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung wurden ebenfalls während des Modellvorhabens evaluiert. Hierbei wurden mehrere Akteursgruppen zum Zeitpunkt T_{2GF} befragt (siehe Tabelle 30). Des Weiteren wurde eine summative Evaluation durchgeführt, um Veränderungsprozesse zu messen, deren Ergebnisse im Kapitel 6.5 dargestellt werden.

Eine zentrale Prämisse des Modellvorhabens war es, dass auf Basis der Schulgesundheitsberichte eine hohe Passung der geplanten Aktivität zur Gesundheitsförderung erzielt werden kann. Entsprechend wurde der Indikator ‚Passung der Aktivitäten‘ [C3.1.2] mit unterschiedlichen Items gemessen. Die Items konnten mittels einer 4-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Höhere Werte signalisieren eine Zustimmung und niedrigere eine Ablehnung des jeweiligen Items. Als Ergebnis werden sowohl die Mittelwerte als auch die prozentuale Verteilung dargestellt.

Tabelle 30: Beurteilung der Passung der gesundheitsförderlichen Aktivität durch die Beteiligten

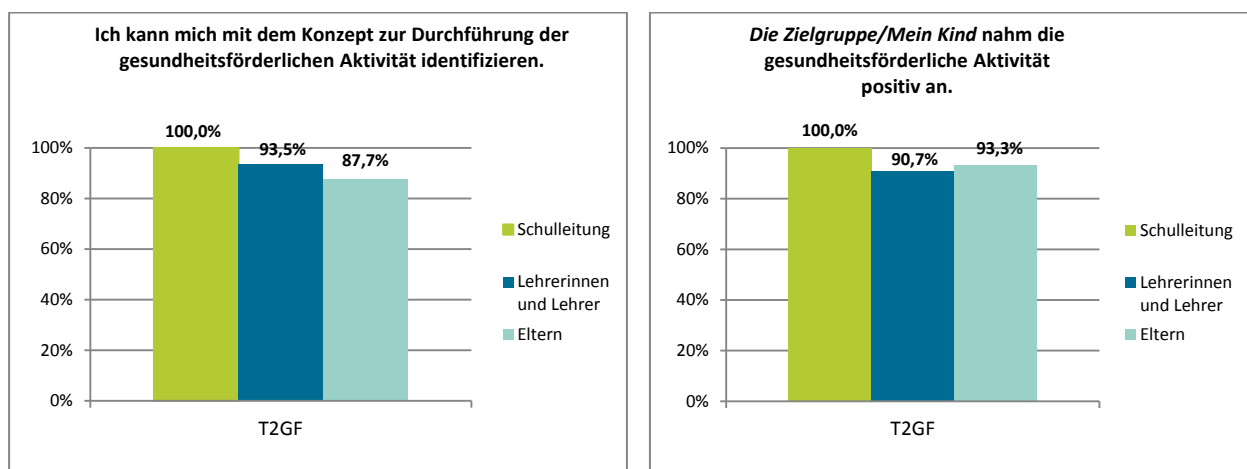
	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Ich kann mich mit dem Konzept zur Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivität identifizieren.	T _{2GF}	3,7 [SD = 0,46]	3,6 [SD = 0,62]	3,6 [SD = 0,75]
Die Zielgruppe/ Mein Kind nahm die gesundheitsförderliche Aktivität positiv an.	T _{2GF}	3,9 [SD = 0,34]	3,6 [SD = 0,66]	3,8 [SD = 0,52]
Ich bin mit dem Ablauf der gesundheitsförderlichen Aktivität zufrieden.	T _{2GF}	3,7 [SD = 0,46]	3,4 [SD = 0,56]	3,6 [SD = 0,69]
Die initiierte gesundheitsförderliche Aktivität konnte leicht in den Schulalltag integriert werden.	T _{2GF}	3,6 [SD = 0,50]	3,4 [SD = 0,72]	

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen, N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 47 (T_{2GF}); Eltern, N = 225 (T_{2GF})

Die Beurteilung der Passung fiel bei allen Akteursgruppen positiv aus. Die Mittelwerte der unterschiedlichen Items betrugen mindestens 3,4 und lagen damit im oberen Bereich der Antwortskala. Diesbezüglich zeigten sich nur marginale Unterschiede zwischen den Gruppen. Die positivste Einschätzung diesbezüglich fand sich bei den Schulleitungen. Keiner der Gruppenunterschiede war signifikant.

In der Abbildung 15 ist die prozentuale Verteilung für die Items ‚Identifikation mit der gesundheitsförderlichen Aktivität‘ und ‚Akzeptanz der gesundheitsförderlichen Aktivität durch die Zielgruppe‘ dargestellt.

Abbildung 15: Passung der Aktivitäten aus Sicht der Beteiligten (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozente dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 225 (T_{2GF})

Bei beiden Items zeigte sich eine hohe Zustimmung für alle drei Akteursgruppen (siehe Abbildung 15). Alle Schulleitungen konnten sich sowohl mit dem Konzept der gesundheitsförderlichen Aktivität identifizieren als auch schätzten sie die Akzeptanz bei den Schülerinnen und Schülern hoch ein. Etwas niedriger lagen die Werte bei den Lehrpersonen und bei den Eltern.

Ein weiterer Indikator war die ‚Sicherstellung der Zielerreichung‘ [C3.1.3]. Auch hier wurden zum Zeitpunkt T_{2GF} die unterschiedlichen Akteursgruppen befragt. In der nachstehenden Tabelle 31 sind die Mittelwerte der Items dieses Kriteriums aufgeführt. Diese Items konnten mittels einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Höhere Werte drücken eine Zustimmung und niedrigere eine Ablehnung des jeweiligen Items aus.

Tabelle 31: Beurteilung der Zielerreichung durch die Beteiligten

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer
Die inhaltlichen Ziele der gesundheitsförderlichen Aktivität wurden erreicht.	T_{2GF}	3,6 [SD = 0,58]	3,3 [SD = 0,71]
Die gesundheitsförderliche Aktivität wurde wie geplant umgesetzt.	T_{2GF}	3,8 [SD = 0,48]	3,8 [SD = 0,40]
Die Dauer der gesundheitsförderlichen Aktivität war angemessen gewählt, um die angestrebte Zielsetzung zu erreichen.	T_{2GF}	3,7 [SD = 0,45]	3,5 [SD = 0,74]

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 47 (T_{2GF})

Bei allen Aspekten zeigte sich eine hohe Zustimmung bei den Schulleitungen. Aus ihrer Sicht wurden bei der Aktivität der Gesundheitsförderung die inhaltlichen Ziele erreicht, die Umsetzung konnte wie geplant erfolgen und die Dauer war angemessen. Etwas kritischer waren die Einschätzung der Lehrerinnen und Lehrer. Eine Ausnahme stellte die Einschätzung der Umsetzung dar, wo sich ein gleich hoher Mittelwert wie bei den Schulleitungen fand. Die Unterschiede waren nicht signifikant.

6.4.4 Zusammenfassung und Fazit

Das Konzept zur Umsetzung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung konnte im Modellvorhaben gut und zur Zufriedenheit der Akteurinnen und Akteure sowie der Zielgruppe, der Schülerinnen und Schüler, umgesetzt werden. Leider konnte dieser Prozess nicht in allen Schulen verwirklicht werden. Insgesamt sieben der 40 Schulen nahmen die dritte und letzte Phase des Modellvorhabens aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr wahr.

Die von den verbleibenden 33 Grundschulen ausgewählten Aktivitäten der Gesundheitsförderung dockten sehr gut an die Ergebnisse der Schulgesundheitsberichte und den Strukturen, Prozessen und Möglichkeiten der Schule an. Insgesamt waren die geplanten Aktivitäten der Gesundheitsförderung von ihrem Umfang eher klein und niedrigschwellig. Damit erfüllten sie in Gänze die an die Schulen herangetragenen Erwartungen und entsprachen den Möglichkeiten, in dem zur Verfügung stehenden Zeitfenster realisiert zu werden.

Besonders positiv zu betrachten, sind die bereits im Modellvorhaben erkennbaren Verstetigungsmöglichkeiten der begonnenen Aktivitäten, die sich in den Prozess der Schulentwicklung einordnen lassen. In mehreren Schulen konnte bereits eine Integration in das Schulprogramm erreicht werden bzw. ist eine solche sehr wahrscheinlich. Auch wurde das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung über die Steuergruppen hinaus in den Schulen aufgegriffen und floss damit in den Schulalltag ein.

6.5 Gesamtbewertung des Modellvorhabens

In diesem Abschnitt werden übergreifende Aspekte zur Bewertung des Modellvorhabens dargestellt, die eine enge Verknüpfung mit den konzeptionellen Eckpunkten aufweisen. Dies erfolgte mit einem formativen und summativen Evaluationsansatz. Bei Letztgenanntem wurde ein Prä-Post-Design gewählt und im Vorfeld der Aktivitäten der Gesundheitsförderung (T_{1GF}) und nach deren Abschluss eine Erhebung (T_{2GF}) durchgeführt. Bei allen Zielgruppen können Veränderungsprozesse im Antwortverhalten über die Projektlaufzeit im Sinne eines Trends betrachtet werden. Für die Gruppe der Schulleiterinnen und Schulleiter erfolgt darüber hinaus noch eine Längsschnittanalyse (siehe Kap. 6.5.6). Bei der Beurteilung der Effekte auf die Schülersgesundheit wird eine Trendanalyse zwischen den Daten der Schuleingangsuntersuchung und der T_{2GF} -Erhebung vorgenommen. In die Erhebungen waren neben den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren der Schule auch die Eltern und die Schülerinnen und Schüler der nun vierten Klassen einbezogen.

6.5.1 Konzeption und Umsetzung des Modellvorhabens

Mit mehreren Kriterien wurde die Konzeption und Umsetzung des Modellvorhabens im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation erfasst. Neben einer Bewertung mittels Schulnoten bestand die Möglichkeit, über eine 4-stufige Likert-Skala zu verschiedenen Items eine Einschätzung zu geben. Auch hier gilt: Je höher der Wert ist, desto höher ist die Zustimmung und umgekehrt.

In der Tabelle 32 ist die Gesamtbeurteilung aus Sicht der Schulleitungen, der Lehrpersonen und der Eltern dargestellt. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine hohe Zustimmung zum Konzept und der Umsetzung des Modellvorhabens hin, was sich sowohl in der Note als auch in den Zustimmungswerten zeigte.

Tabelle 32: Beurteilung der Konzeption und der Umsetzung des Modellvorhabens

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Modellvorhaben als Ganzes (Relevanz, Ziele, Umsetzbarkeit) (Schulnote) ³	T _{1U}	2,0 ¹	2,0 ¹	2,0 ¹
Ich finde es gut, dass ‚GrundGesund‘ durchgeführt wird.	T _{1U}			3,8 [SD = 0,54]
	T _{1GF}	3,3 [SD = 1,02]	3,2 [SD = 0,89]	3,7 [SD = 0,68]
	T _{2GF}	3,5 [SD = 0,72]	3,4 [SD = 0,76]	3,7 [SD = 0,70]
Ich sehe einen Mehrwert für die Schule durch die Teilnahme an ‚GrundGesund‘, zusätzlich zu den individuellen schulärztlichen Rückmeldungen an die Schüler/-innen.	T _{1GF}	3,2 [SD = 1,06]	3,0 [SD = 0,81]	3,4 [SD = 0,84]
	T _{2GF}	3,2 [SD = 0,89]	2,8 [SD = 0,94]	3,2 [SD = 0,95]
Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen können <i>in meiner Schule/ in der Schule meines Kindes</i> zu passgenauen Aktivitäten führen, die so sonst nicht entstanden wären.	T _{1GF}	2,7 [SD = 1,05]	2,6 [SD = 0,79]	3,2 [SD = 0,86]
	T _{2GF}	2,7 [SD = 0,70]	2,4 [SD = 0,78]	2,8 [SD = 0,99]
Die Durchführung der Aktivität hat Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung an der Schule ausgelöst.	T _{2GF}	3,0 [SD = 0,66]	3,1 [SD = 0,82]	3,3 [SD = 0,76]
Neben den allgemeinen U-Untersuchungen halte ich eine zusätzliche schulärztliche Untersuchung in der dritten Klasse für sinnvoll.	T _{1GF}			3,1 [SD = 0,95]

Die Ergebnisse werden als Mittelwert bzw. als Median¹ dargestellt. Antwortkategorien: Frage 1: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend, 7 = weiß nicht; Frage 2 bis 5: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; Frage 6: 1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme voll und ganz zu. SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 40 (T_{1U})/N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 77 (T_{1U})/N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 517 (T_{1U})/N = 258 (T_{1GF})/N = 225 (T_{2GF}). Signifikante Gruppenunterschiede sind jeweils fett hervorgehoben ($p \leq 0,05$). Testverfahren: Kruskal-Wallis-Test

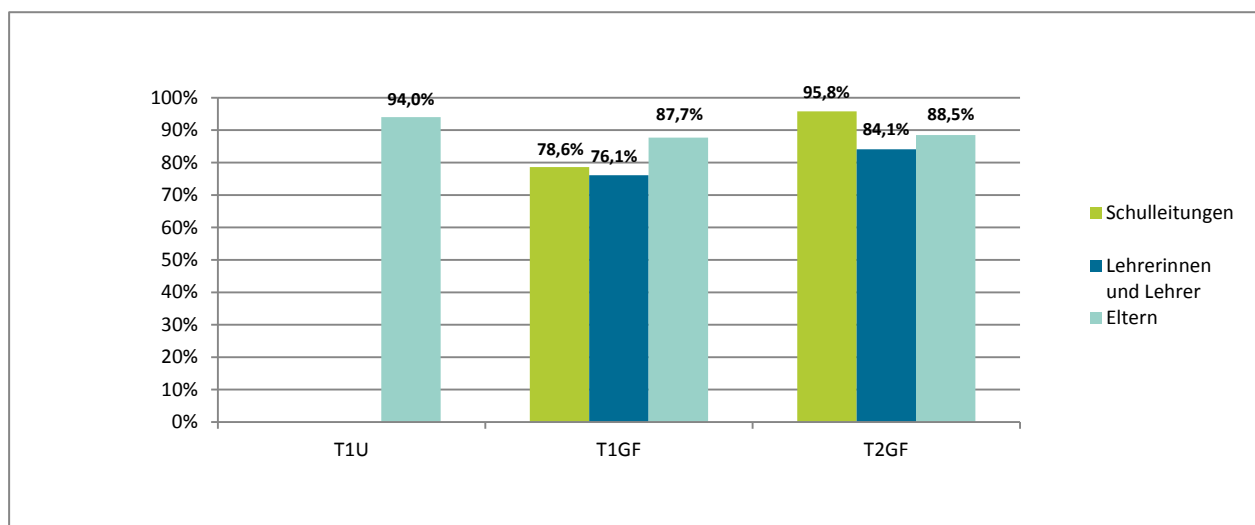
Alle Akteursgruppen bewerteten das Modellvorhaben mit der Note gut (Median). Hinsichtlich der Durchführung des Modellvorhabens fand sich bei allen drei Akteursgruppen eine positive Bewertung. Auch wurde ein Mehrwert für die Schule in den Schulgesundheitsberichten gesehen, welcher sich weitgehend konstant über die beiden Befragungszeiträume hielt. Kritischer war diesbezüglich die Einschätzung durch die Lehrerinnen und Lehrer; hier findet sich eine leichte Verschlechterung der Bewertung

zum zweiten Messzeitpunkt von im Mittel 3 zu 2,8 (Trend). Der Aussage, dass die Aktivitäten der Gesundheitsförderung ohne die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung nicht entstanden wären, stimmten die befragten Akteursgruppen weniger häufig zu. Die Formulierung der Frage ist im Nachgang sicherlich auch kritisch zu betrachten, da der damit verbundene Ausschließlichkeitscharakter dem Anspruch des Modellvorhabens nicht entsprechen kann.

Positiv beurteilten die Beteiligten, dass die Aktivität Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung an der Schule ausgelöst hat. Zudem hielten die befragten Eltern eine zusätzliche schulärztliche Untersuchung für sinnvoll.

In der Abbildung 16 wird die prozentuale Verteilung des Items ‚Ich finde es gut, dass ‚GrundGesund‘ durchgeführt wird‘ dargestellt.

Abbildung 16: Prozentuale Verteilung des Items ‚Ich finde es gut, dass ‚GrundGesund‘ durchgeführt wird.‘ (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozente dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 517 (T_{1U})/N = 258 (T_{1GF})/N = 225 (T_{2GF})

Bei allen Akteursgruppen zeigte sich eine hohe Zustimmung zur Durchführung des Modellvorhabens. Zum ersten Messzeitpunkt (T_{1GF}) stimmten zwei Drittel der Schulleitungen und der Lehrpersonen dieser Aussage zu. Im Trend bildete sich eine deutliche Steigerung zu T_{2GF} ab; der Anteil bei den Schulleitungen stieg auf 95,8 % und bei den Lehrerinnen und Lehrern auf 84,1 %.

6.5.2 Effekte auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie auf die Aktivitäten der Gesundheitsförderung in der Schule

Im Rahmen des Modellvorhabens ist eine Messung von Effektstärken nicht nur aufgrund des kurzen Interventionsintervalls, sondern vor allem aufgrund der Heterogenität der durchgeführten Interventionsmaßnahmen kaum möglich. Dies trifft in besonderer Weise auf die Messung von Veränderungen in der Gesundheit und dem Schulerfolg der Schülerinnen und Schüler zu. Auch hinsichtlich der Einschätzungen zur guten, gesunden Schule ist eine vorsichtige Interpretation der Ergebnisse geboten. Die Effekte des Modellvorhabens lassen sich primär über die in den Schulen initiierten Prozesse erkennen, die im Rahmen der unterschiedlichen Parameter der Prozessevaluation erfasst wurden.

Insgesamt ist die Bewertung zu den ausgewählten Aspekten der guten, gesunden Schule bei allen befragten Akteursgruppen positiv (siehe Tabelle 33). Besonders stark war die Zustimmung für das Item ‚Bildung und Gesundheit gehören zusammen‘ mit einem Mittelwert von 3,7 bis 3,8 zu T_{1GF} und einem Mittelwert von 3,7 bis 3,9 zu T_{2GF}. Die Veränderung bei den Lehrerinnen und Lehrern zwischen den beiden Messzeitpunkten war statistisch signifikant (Trend). Dies gilt auch für die Zufriedenheit mit der gesundheitsförderlichen Aktivität an der Schule. Hier stieg der Mittelwert bei den Lehrpersonen von 3,0 auf 3,3.

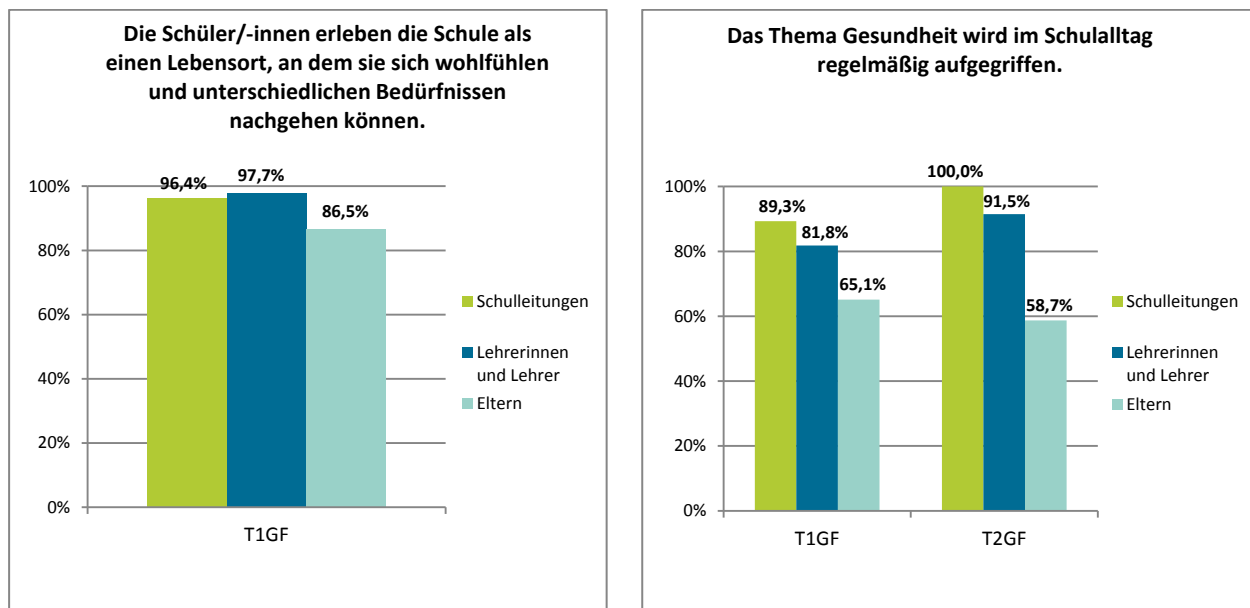
Tabelle 33: Bewertung von Aspekten der guten, gesunden Schule

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Mit der aktuellen Situation der gesundheitsförderlichen Aktivitäten an meiner Schule bin ich sehr zufrieden.	T _{1GF}	3,2 [SD = 0,58]	3,0 [SD = 0,72]	3,1 [SD = 0,65]
	T _{2GF}	3,1 [SD = 0,67]	3,3 [SD = 0,67]	3,0 [SD = 0,84]
Bildung und Gesundheit gehören zusammen.	T _{1GF}	3,8 [SD = 0,42]	3,7 [SD = 0,47]	3,7 [SD = 0,53]
	T _{2GF}	3,8 [SD = 0,51]	3,9 [SD = 0,34]	3,7 [SD = 0,56]
Das Thema Gesundheit wird im Schulalltag regelmäßig aufgegriffen. ¹	T _{1GF}	3,4 [SD = 0,69]	3,4 [SD = 0,73]	3,0 [SD = 0,82]
	T _{2GF}	3,3 [SD = 0,48]	3,5 [SD = 0,62]	2,9 [SD = 0,79]
Die Schüler/-innen erleben die Schule als einen Lebensort, an dem sie sich wohlfühlen und unterschiedlichen Bedürfnissen nachgehen können. ¹	T _{1GF}	3,8 [SD = 0,42]	3,6 [SD = 0,55]	3,4 [SD = 0,65]

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: Frage 1 und 2: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht, Frage 3 und 4: 1 = trifft nie zu, 2 = trifft selten zu, 3 = trifft öfter zu, 4 = trifft fast immer zu, 5 = weiß nicht. SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 258 (T_{1GF})/N = 225 (T_{2GF}). Signifikante Gruppenunterschiede sind jeweils fett hervorgehoben (p ≤ 0,05). Testverfahren: Kruskal-Wallis-Test.¹ IQES (Brägger & Posse 2007b)

Die prozentuale Verteilung ist in der Abbildung 17 für zwei ausgewählte Items dargestellt. Für alle drei Akteursgruppen trafen die ausgewählten Aussagen weitgehend zu. Im zeitlichen Verlauf stieg der Anteil der Schulleitungen und Lehrpersonen, aus deren Sicht das Thema Gesundheit im Schulalltag regelmäßig aufgegriffen wird. Im Gegensatz dazu sank der Anteil bei den Eltern von 65,1 % (T_{1GF}) auf 58,7 % (T_{2GF}).

Abbildung 17: Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt aus Sicht der Akteurinnen und Akteure¹
(Antwortkategorie: trifft fast immer zu, trifft öfter zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozente dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft nie zu, 2 = trifft selten zu, 3 = trifft öfter zu, 4 = trifft fast immer zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 258 (T_{1GF})/N = 225 (T_{2GF}). ¹ IQES (Brägger & Posse 2007b)

In der nachstehenden Tabelle 34 sind für ausgewählte Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Ergebnisse zu zwei Messzeitpunkten dargestellt. Es ließen sich graduelle Unterschiede in der Beurteilung bei den Schülerinnen und Schülern sowie bei den Eltern erkennen, die im Trend auf eine Verbesserung hinweisen. Diesbezüglich hatten die Kinder aus Sicht der Eltern zum zweiten Messzeitpunkt, die Aufgaben in der Schule signifikant besser geschafft ($p \leq 0.001$ (t-Test)). Eine kausale Bewertung im Sinne von Effekten ist aufgrund der oben genannten Gründe nicht möglich.

Tabelle 34: Veränderungen bei schulrelevanten Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

	Zeitpunkt	Eltern	Schülerinnen und Schüler
In der letzten Woche, in der mein Kind in der Schule war,			
... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule gut geschafft. ¹	SU	4,2 [SD = 0,76]	
	T _{2GF}	4,4 [SD = 0,66]	
... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht. ¹	SU	4,1 [SD = 0,77]	
	T _{2GF}	4,0 [SD = 0,77]	
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes in der Schule alles in allem zufrieden? (gültige Prozent) ²	SU	71,5 % (ja)	
	T _{2GF}	71,9 % (ja)	
In der Schule gefällt es meinem Kind sehr gut. (gültige Prozent) ³	SU	67,1 % (ja)	
	T _{2GF}	65,1 % (ja)	
Wenn du an letzte Woche denkst ...			
... hast du dich fit und wohl gefühlt? ⁴	T _{1GF}		4,2 [SD = 0,92]
	T _{2GF}		4,3 [SD = 0,72]
... bist du in der Schule gut zurechtgekommen? ⁴	T _{1GF}		4,4 [SD = 0,76]
	T _{2GF}		4,5 [SD = 0,70]

Die Ergebnisse werden als gültige Prozent bzw. Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: Frage 1 bis 2 und 6: 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = immer; Frage 3 bis 4: 1 = Ja, 2 = Teils, teils, 3 = Nein; Frage 5: 1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr. SD: Standardabweichung. Fallzahlen: Eltern: N = 1303 (SU)/N = 225 (T_{2GF}); Schülerinnen und Schüler: N = 256 (T_{1GF})/N = 223 (T_{2GF}). ¹ KINDL^R (Ravens-Sieberer & Bullinger 2000a; Ravens-Sieberer 2016b); ² BVKJ (BVKJ 2014); ³ HBSC (Universität Bielefeld 2006; HBSC-Team Deutschland 2011; Ottova et al. 2012a; Bucksch et al. 2016); ⁴ KIDSCREEN-10 (KIDSCREEN Group Europe 2006; Ravens-Sieberer 2016a)

6.5.3 Aufwand-Nutzen-Relation

Mit der Beteiligung am Modellvorhaben entstand für alle Akteurinnen und Akteure und insbesondere für die Schulen zunächst ein zusätzlicher Aufwand, der sich aus der Durchführung der einzelnen Interventionskomponenten bzw. aus der Prozess- und Ergebnisevaluation ergab. Zu mehreren Zeitpunkten wurden die unterschiedlichen Akteursgruppen zur Aufwand-Nutzen-Relation befragt (siehe Tabelle 35). Die einzelnen Items wurden mit einer 4-stufigen Likert-Skala erhoben. Je höher der Wert ist, desto höher ist die Zustimmung und umgekehrt.

Tabelle 35: Beurteilung der Aufwand-Nutzen-Relation

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer
Ich ziehe aus den bisher gewonnenen Erfahrungen für meine Schule einen positiven Nutzen.	T _{1GF}	3,0 [SD = 0,91]	2,8 [SD = 0,84]
	T _{2GF}	3,3 [SD = 0,64]	3,0 [SD = 0,86]
Der organisatorische und zeitliche Aufwand für die Schule war zu groß.	T _{1GF}	2,9 [SD = 0,94]	3,0 [SD = 0,88]
	T _{2GF}	2,8 [SD = 1,01]	2,8 [SD = 1,06]
Durch die Teilnahme am Modellvorhaben wurde mir deutlich, in welchen Bereichen meine Schule Stärken/Verbesserungspotenziale in Bezug auf Gesundheitsförderung besitzt.	T _{1GF}	2,8 [SD = 0,93]	2,8 [SD = 0,80]
Ich sehe einen Mehrwert für die Zielgruppe durch die Teilnahme an der gesundheitsförderlichen Aktivität.	T _{2GF}	3,4 [SD = 0,58]	3,1 [SD = 0,91]
Der Aufwand der Planung und Durchführung der gesundheitsförderlichen Aktivität steht im Verhältnis zum Nutzen für die Schule.	T _{2GF}	3,5 [SD = 0,51]	3,1 [SD = 0,99]
Der Aufwand der Teilnahme am Modellvorhaben steht in geringem Verhältnis zum Nutzen für die Schule.	T _{1GF}	2,5 [SD = 1,04]	2,7 [SD = 1,02]
	T _{2GF}	2,5 [SD = 0,80]	2,6 [SD = 1,05]

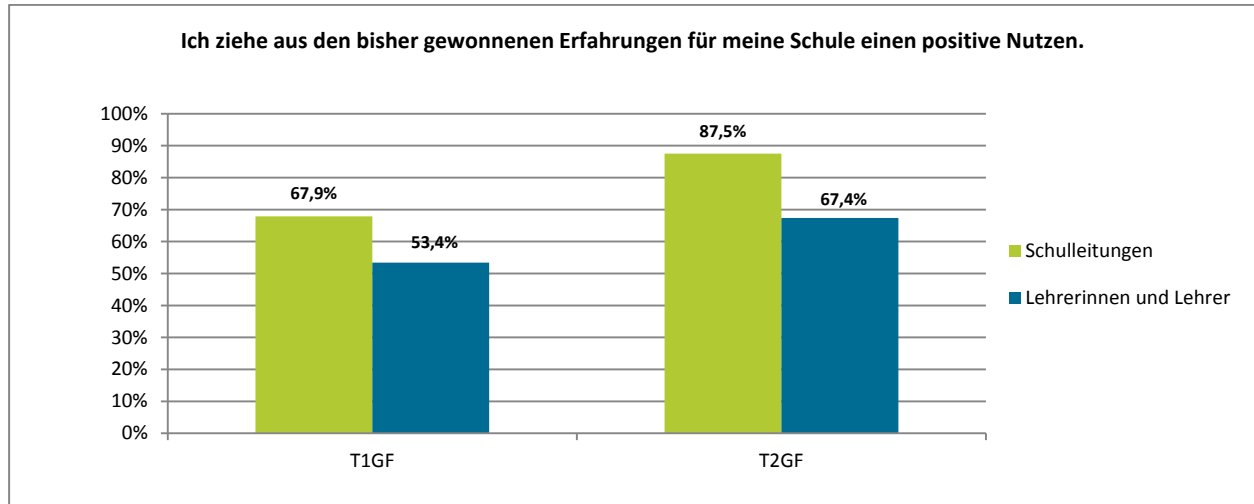
Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird jeweils die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF})

Die Ergebnisse zeigen eine in der Tendenz positive Beurteilung des Aufwandes und Nutzens durch das Modellvorhaben für die Schulen. Kritisch wurde jedoch der durch das Modellvorhaben entstandene organisatorische und zeitliche Aufwand von den Schulleitungen und den Lehrerinnen und Lehrern gesehen. Deutlich wurde auch in den Gesprächen, dass insbesondere der Aufwand durch die begleitende Evaluation als belastend empfunden wurde. Dies deutet sich auch in der positiveren Bewertung der Aufwand-Nutzen-Relation bei den Aktivitäten der Gesundheitsförderung durch beide Akteursgruppen an.

Erfreulich ist, dass aus den Erfahrungen durch das Modellvorhaben ein positiver Nutzen für die Schulen abgeleitet wurde, deren Bewertung im Trend bei beiden Gruppen besser zu T_{2GF} als zu T_{1GF} war, allerdings ohne eine statistische Signifikanz zu erreichen. Auch wurde ein Mehrwert für die Zielgruppe gesehen. Dieser war in der Gruppe der Schulleitungen im Mittel etwas höher als bei den Lehrpersonen (3,4 vs. 3,1).

In der Abbildung 18 wird die prozentuale Verteilung zur Aussage ‚Ich ziehe aus den bisher gewonnenen Erfahrungen für meine Schule einen positiven Nutzen.‘, die sich in beiden Akteursgruppen von T_{1GF} zu T_{2GF} steigerte. Insgesamt stimmten zu T_{2GF} 87,5 % der Schulleitungen und 67,4 % der Lehrerinnen und Lehrerinnen zu.

Abbildung 18: Nutzen der im Modellvorhaben gewonnenen Erfahrungen aus Sicht der Schulleitungen und der Lehrerinnen bzw. Lehrer (Antwortkategorie: trifft zu, trifft eher zu)



Die Ergebnisse werden als gültige Prozent dargestellt, d. h. es werden nur jeweils diejenigen Befragten berücksichtigt, die zu diesem Aspekt Aussagen getroffen haben. In der Folge variiert die jeweils zugrunde liegende Anzahl der Antwortenden aufgrund von fehlenden Werten. Antwortkategorien: 1 = trifft zu, 2 = trifft eher zu, 3 = trifft eher nicht zu, 4 = trifft nicht zu, 5 = weiß nicht. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF})

6.5.4 Vernetzung und Kontextfaktoren

Sehr umfassend wurde im Modellvorhaben auch die Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure innerhalb des Modellvorhabens sowie zwischen Akteurinnen und Akteuren in den Modellregionen erfragt. Hierbei wurde auf unterschiedliche Aspekte der Zusammenarbeit und Kooperation sowie auf den Vernetzungsgrad nach Neugebauer und Beywl (2006) eingegangen. In der Tabelle 36 sind die einzelnen Items und die jeweils befragten Akteursgruppen aufgeführt. Alle Items wurden mit einer 4-stufigen Likert-Skala abgefragt. Höhere Werte stehen für eine höhere Zustimmung und umgekehrt.

Tabelle 36: Beurteilung der Vernetzung und der Kontextfaktoren

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Kooperation und Kommunikation				
Die Schule fördert die aktive Beteiligung der Eltern bei allen Formen der Zusammenarbeit.	T _{1GF}	3,6 [SD = 0,49]	3,6 [SD = 0,58]	3,2 [SD = 0,73]
	T _{2GF}	3,4 [SD = 0,58]	3,5 [SD = 0,63]	3,2 [SD = 0,72]
Die zentralen Projektschritte wurden von den Verantwortlichen transparent gemacht.	T _{1GF}	3,7 [SD = 0,53]	3,4 [SD = 0,89]	
	T _{2GF}	3,8 [SD = 0,53]	3,5 [SD = 0,67]	
In relevante Entscheidungen wurde ich entsprechend meiner Rolle im Modellvorhaben eingebunden.	T _{1GF}	3,6 [SD = 0,65]	2,9 [SD = 1,03]	
	T _{2GF}	3,5 [SD = 0,67]	3,2 [SD = 0,85]	

	Zeitpunkt	Schulleitungen	Lehrerinnen und Lehrer	Eltern
Die Kommunikation unter den Akteurinnen und Akteuren im Modellvorhaben ist vertrauensvoll.	T _{1GF}	3,9 [SD = 0,33]		
	T _{2GF}	3,8 [SD = 0,42]		
Vernetzungsgrad (Neugebauer & Bewyl 2006)				
Das Vertrauen zwischen den Partnern im Modellvorhaben ist sehr stark.	T _{1GF}	3,8 [SD = 0,44]		
	T _{2GF}	3,6 [SD = 0,49]		
Der Austausch mit den Partnern ist sehr hilfreich für uns.	T _{1GF}	3,0 [SD = 0,84]		
	T _{2GF}	2,7 [SD = 0,92]		
Durch die Zusammenarbeit ergeben sich Synergien, die für die eigene Arbeit nützlich sind.	T _{1GF}	2,9 [SD = 0,88]		
	T _{2GF}	2,7 [SD = 0,80]		

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird jeweils die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 28 (T_{1GF})/N = 24 (T_{2GF}); Lehrerinnen und Lehrer: N = 46 (T_{1GF})/N = 47 (T_{2GF}); Eltern: N = 258 (T_{1GF})/N = 225 (T_{2GF})

Insgesamt betrachtet lagen die Mittelwerte bei den einzelnen Items im oberen Bereich. Dabei war die Beurteilung durch die Schulleitungen etwas positiver als durch die Lehrerinnen und Lehrer. Hinsichtlich der beiden Messzeitpunkte fanden sich jedoch nur graduelle Veränderungen.

Etwas kritischer fielen die Bewertungen des Vernetzungsgrades seitens der Schulleitungen aus. Insbesondere wurden der Austausch mit den Partnerinnen bzw. Partnern und der Nutzen aus den Synergien durch die Zusammenarbeit eher verhalten beurteilt. Zudem nahm die Zustimmung zu diesen beiden Aspekten etwas ab, ohne jedoch eine statistische Signifikanz zu erreichen. Sehr positiv hingegen wurde das Vertrauen zwischen den Partnerinnen und Partnern im Modellvorhaben mit einem Mittelwert von 3,8 zu T_{1GF} und 3,6 zu T_{2GF} beurteilt.

6.5.5 Prä-Post-Vergleich für die Schulleitungen

Für die Zielgruppe der Schulleiterinnen und Schulleiter ließ sich ein Prä-Post-Design für den Vergleich der Erhebungszeitpunkte T_{1GF} und T_{2GF} im Sinne eines Längsschnittes realisieren. Aufgrund der unterschiedlichen Beteiligung an der Befragung durch die Schulleitungen bei den beiden Messzeitpunkten sowie durch personelle Veränderungen im Verlauf des Modellvorhabens war die Stichprobengröße mit 18 Personen kleiner als jeweils die Stichproben zu den einzelnen Messzeitpunkten (T_{1GF} bzw. T_{2GF}). Zur statistischen Analyse wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und der t-Test für verbundene Stichproben genutzt.

In der nachfolgenden Tabelle 37 sind ausgewählte Aspekte der Gesamtbewertung des Modellvorhabens aus Sicht der Schulleitungen im Zeitvergleich dargestellt.

Tabelle 37: Prä-Post-Bewertung des Modellvorhabens durch die Schulleitungen

Nr.		Schulleitungen		
		T _{1GF}	T _{2GF}	Sign. (p)
1	Ich habe einen guten Überblick zur Gesundheit der Drittklässler erhalten.	3,9 [SD = 0,96]	3,6 [SD = 0,72]	n.s. ^g
2	Die Ergebnisse finde ich für meinen Schulalltag nützlich.	3,9 [SD = 0,96]	3,4 [SD = 0,85]	0,38 ^g
3	Ich kann mich mit dem Konzept der schulärztlichen Untersuchungen identifizieren.	3,4 [SD = 0,84]	3,5 [SD = 0,51]	n.s. ^g
4	Ich würde jedes Jahr schulärztliche Untersuchungen in der dritten Klasse an meiner Schule durchführen lassen.	3,7 [SD = 0,46]	3,2 [SD = 1,07]	n.s. ^g
5	Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen können in meiner Schule zu passgenauen Aktivitäten führen, die so sonst nicht entstanden wären.	2,7 [SD = 0,99]	2,6 [SD = 0,63]	n.s. ^g
6	Ich sehe einen Mehrwert für die Schule durch die Teilnahme an ‚GrundGesund‘, zusätzlich zu den individuellen schulärztlichen Rückmeldungen an die Schüler/-innen.	3,5 [SD = 0,74]	3,2 [SD = 0,75]	n.s. ^g
7	Trotz eines guten Konzeptes bestehen für die dauerhafte Implementierung einer schulärztlichen Untersuchung in der dritten Klasse erhebliche Hürden.	3,4 [SD = 0,8]	2,5 [SD = 1,03]	.007 ^g
8	Ich finde es gut, dass ‚GrundGesund‘ durchgeführt wird.	3,5 [SD = 0,80]	3,4 [SD = 0,78]	n.s. ^g
9	Ich ziehe aus den bisher gewonnenen Erfahrungen für meine Schule einen positiven Nutzen.	2,4 [SD = 0,93]	3,2 [SD = 0,66]	.024 ^g
10	Der organisatorische und zeitliche Aufwand für die Schule war zu groß.	3,3 [SD = 0,78]	2,8 [SD = 0,92]	n.s. ^g
11	Durch die Teilnahme am Modellvorhaben wurde mir deutlich, in welchen Bereichen meine Schule Stärken/ Verbesserungspotenziale in Bezug auf Gesundheitsförderung besitzt.	2,9 [SD = 0,96]	2,9 [SD = 0,68]	n.s. ^h
12	Der Aufwand der Teilnahme am Modellvorhaben steht in geringem Verhältnis zum Nutzen für die Schule.	3,1 [SD = 0,80]	2,6 [SD = 0,89]	n.s. ^g
13	Das Vertrauen zwischen den Partnern im Modellvorhaben ist sehr stark.	2,3 [SD = 0,91]	3,8 [SD = 0,45]	.002 ^g
14	Der Austausch mit den Partnern ist sehr hilfreich für uns.	2,6 [SD = 1,09]	2,7 [SD = 1,05]	n.s. ^g
15	Durch die Zusammenarbeit ergeben sich Synergien, die für die eigene Arbeit nützlich sind.	3,1 [SD = 0,94]	2,8 [SD = 0,89]	n.s. ^g
16	Bildung und Gesundheit gehören zusammen.	3,0 [SD = 0,93]	3,7 [SD = 0,58]	.016 ^g
17	Die dauerhafte Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten in meiner Schule ist handhabbar.	3,8 [SD = 0,38]	3,5 [SD = 0,51]	.014 ^g
18	Mit der aktuellen Situation der gesundheitsförderlichen Aktivitäten an meiner Schule bin ich sehr zufrieden.	3,7 [SD = 0,61]	3,1 [SD = 0,70]	.007 ^g

Nr.		Schulleitungen		
		T _{1GF}	T _{2GF}	Sign. (p)
19	Das Thema Gesundheit wird im Schulalltag regelmäßig aufgegriffen. ¹	3,1 [SD = 0,54]	3,4 [SD = 0,50]	.014 ^B

Die Ergebnisse werden als Mittelwerte dargestellt. Antwortkategorien: Frage 1 bis 2: 1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = weder noch, 4 = stimme eher zu, 5 = stimme voll und ganz zu; Frage 3 bis 18: 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu, 5 = weiß nicht; Frage 19: 1 = trifft nie zu, 2 = trifft selten zu, 3 = trifft öfter zu, 4 = trifft fast immer zu, 5 = weiß nicht. SD: Standardabweichung. Für die Berechnung wird jeweils die Kategorie ‚weiß nicht‘ ausgeschlossen. Fallzahlen: Schulleitungen: N = 18 (T_{1GF})/N = 18 (T_{2GF}). Sign.: Signifikanz; p-Werte werden nur angegeben, wenn ein signifikanter Unterschied vorliegt, d. h. der statistisch ermittelte Wert 0.05 oder weniger als 0.05 beträgt; ansonsten wird n. s. (nicht signifikant) vermerkt. Testverfahren: ^B Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test; ^h t-Test für verbundene Stichproben. ¹ IQES (Brägger & Posse 2007b)

Die Einschätzung der Schulleitungen ist in vielen Aspekten über die beiden Zeitpunkte vergleichbar. Zwischen den zwei Messzeitpunkten lassen sich jedoch auch einige Veränderung feststellen, die sowohl auf positivere wie auch kritischere Beurteilungen durch die Schulleitungen hinweisen. Positiv hervorzuheben ist, dass aus dem Modellvorhaben ein positiver Nutzen für die Schule gezogen (T_{1GF}: 2,4; T_{2GF}: 3,2) und dass das Thema Gesundheit im Mittel häufiger regelmäßiger aufgegriffen (T_{1GF}: 3,1; T_{2GF}: 3,4) wurde. Eine sehr starke und positive Steigerung fand sich zudem für das Vertrauen zwischen den Partnerinnen und Partnern zwischen beiden Messzeitpunkten (T_{1GF}: 2,3; T_{2GF}: 3,8). Demgegenüber wurde die Umsetzung der Gesundheitsförderung in der Schule zum zweiten Messzeitpunkt kritischer beurteilt. Eine signifikant, geringe Zustimmung fand sich für die Aussagen ‚Die dauerhafte Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten in meiner Schule ist handhabbar.‘, ‚Die Ergebnisse finde ich für meinen Schulalltag nützlich.‘ und ‚Mit der aktuellen Situation der gesundheitsförderlichen Aktivitäten an meiner Schule bin ich sehr zufrieden.‘.

Zusammenfassend betrachtet können die Ergebnisse auf Auseinandersetzungs- und Reflexionsprozesse in der Schule hindeuten, die einerseits die Bedeutung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung betonen und gleichzeitig die Problematiken der dauerhaften Realisierung an der eigenen Schule kritisch bilanzieren. Die Schulleitungen sahen für die dauerhafte Implementierung einer schulärztlichen Untersuchung an ihren Schulen zum Zeitpunkt T_{2GF} weniger Hürden als zum Zeitpunkt T_{1GF}. Dies wird unterstützt, dadurch dass der damit verbundene organisatorische und zeitliche Aufwand für die Schule seltener als zu groß beurteilt wurde (nicht signifikant).

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Nachstehend werden die Ergebnisse hinsichtlich der im Antrag formulierten Projektziele bewertet. Dies erfolgt entlang der im Modellvorhaben festgelegten Zielbereiche. In die Bewertung fließen die Erkenntnisse der Prozessbegleitung, des Prozessmonitorings und der Befragung im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation ein. Abschließend erfolgt eine Gesamtbewertung.

7.1 Zielerreichung

Das Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ ist mit dem Ziel angetreten, ein neues Konzept zu entwickeln und zu erproben, welches den Ansatz der medizinischen/ präventiven Früherkennungsuntersuchung/ Screening mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule kombiniert. Hierdurch können zum einen gezielt gesundheitliche Risiken bei Kindern erkannt und in der präventiven und medizinischen Versorgung adressiert werden; zum anderen kann dieses Wissen für eine passgenaue, d. h. an den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler orientierte (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen genutzt werden.

In die Ausgestaltung und Umsetzung der einzelnen Komponenten der Gesundheitsuntersuchung, der schulärztlichen Untersuchung, der Schulgesundheitsberichte und der Aktivitäten der Gesundheitsförderung, flossen neben dem aktuellen Forschungsstand auch das Fachwissen von Expertinnen und Experten sowie Erfahrungen mit der Praxis im Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereich ein. Hierdurch konnte eine hohe Qualität der Inhalte sowie der Prozesse sichergestellt werden. Die interne Prozessevaluation sowie die Feedback-Schleifen mit den Partnerinnen und Partnern des Modellvorhabens waren eine verlässliche Quelle, die einzelnen Arbeitsschritte zu prüfen und zu optimieren. Zudem ermöglichte die regelmäßige Reflexion der inhaltlichen Umsetzung und der gewählten Vorgehensweisen durch die beiden Beiräte es, die jeweiligen Arbeitsgrundlagen kritisch zu reflektieren und ggf. zu modifizieren.

Die Komplexität des Modellvorhabens und die damit verbundene breite Zielstellung wurden durch die Entwicklung eines Zielesystems strukturiert, welches für den Arbeitsprozess außerordentlich produktiv war (siehe Kapitel 4.2). Hierdurch wurde eine ausgezeichnete Grundlage geschaffen, das Modellvorhaben insgesamt und für jede Teilkomponente zu strukturieren und hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität überprüfbar zu machen.

Nachstehend wird die Zielerreichung zunächst entlang der Zielebenen und der für die Prozess- und Ergebnisevaluation formulierten Fragestellungen bearbeitet (siehe Kapitel 4.3). In der Bewertung sind

auch die konzeptionellen Eckpunkte integriert, die vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Modellvorhaben diskutiert und bewertet werden. Abschließend erfolgt mit der Gesamtbewertung eine übergreifende Schlussbetrachtung, in der auch Fragen einer möglichen Verstetigung behandelt werden.

7.1.1 Konnte das Modellvorhaben erfolgreich, d. h. der Konzeption entsprechend, und unter den gegebenen Vor-Ort-Bedingungen umgesetzt werden? (Zielbereich 1)

Das Konzept der Gesundheitsuntersuchung ließ sich in der engen Kooperation zwischen Schul- und Gesundheitsbereich im Projektzeitraum in drei verschiedenen Modellregionen umsetzen. Dabei konnte nicht nur jede Komponente für sich erfolgreich durchgeführt werden, sondern auch das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten erwies sich im Modellvorhaben als schlüssig und beförderte den Gesamtprozess.

Für die gelingende Realisierung des Konzeptes Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen lassen sich zentrale Bedingungen und Einflussfaktoren auf Basis der gemachten Erfahrungen und der vorliegenden Ergebnisse benennen. Des Weiteren ergab das Modellvorhaben auch wertvolle Hinweise auf hemmende und störende Einflussfaktoren, die der Umsetzung des Modellvorhabens im Speziellen und der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Grundschule im Allgemeinen entgegenstehen.

Die Umsetzung des Modellvorhabens haben die nachstehenden Faktoren/ Kriterien befördert bzw. zum Teil erst möglich gemacht:

1. Eine optimale Vorbereitung für die Entwicklung und Umsetzung des Gesamtkonzeptes des Modellvorhabens stellten die Erkenntnisse der Machbarkeitsstudie dar.

Die Vorarbeit durch die Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a), in die umfangreiche Recherchen und Expertenwissen aus dem Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereich einfließen, hat zentrale Herausforderungen, Anforderungen und Durchführungsbedingungen erarbeitet, die die Umsetzung des Modellvorhabens optimal unterstützen. Neben dem inhaltlichen Input, bspw. zum Untersuchungskonzept für die schulärztliche Untersuchung, konnten darüber hinaus konkrete Qualitätsanforderungen für die einzelnen Komponenten der Gesundheitsuntersuchung benannt werden. Hierdurch stand den Projektbeteiligten bereits zu Beginn des Modellvorhabens ein hoher Erkenntnisstand zur Verfügung, der kontinuierlich für die Umsetzung genutzt werden konnte, da er u. a. bestehende Anforderungen im Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereich enthielt.

- 2. Eine verbindliche Unterstützung des Modellvorhabens und eine enge Abstimmung zu Projektbeginn durch zentrale Entscheidungsträger des Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereichs in den teilnehmenden Kommunen und Ländern sind sicherzustellen.**

Für die Teilnahme am Modellvorhaben wurden Bedingungsfaktoren definiert, die von den teilnehmenden Kommunen und Ländern zu erfüllen waren. Dies war erstens die verbindliche Zusammenarbeit des Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereichs auf Ebene der jeweiligen Landesministerien sowie in den Kommunen und zweitens die Bereitschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), als Partner im Projekt mitzuwirken. In einem intensiven Austauschprozess im Vorfeld des Modellvorhabens wurden die gegenseitigen Erwartungen und Anforderungen ausgetauscht und eine verbindliche Kooperationsstruktur vereinbart. Letztgenanntes beinhaltete ein hohes Commitment der beteiligten Modellregionen und Länder, bspw. in dem Sinne, dass die Durchführung des Modellvorhabens durch verbindliche Ansprechpersonen unterstützt wird. Durch diesen intensiven Aushandlungsprozess, der sich zeitlich aufwendiger als ursprünglich geplant gestaltete, wurde eine gute und tragfähige Grundlage für die gemeinsame Projektarbeit geschaffen, die die gesamte Projektlaufzeit währte.

- 3. Für die Durchführung des Modellvorhabens ist die enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Bildungs-, Schul- und Gesundheitsbereich systematisch zu integrieren und kontinuierlich zu pflegen.**

Eine zentrale Prämisse des Modellvorhabens war die enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems bei der Durchführung des Modellvorhabens. Obwohl die Partnerinnen und Partner des Modellvorhabens in den unterschiedlichen Projektphasen unterschiedliche Rollen und Verantwortlichkeiten hatten, erfolgte zu allen Projektzeitpunkten eine gemeinsame, d. h. perspektivenübergreifende Beratung zu den jeweiligen Inhalten und Prozessen. Hierdurch wurde nicht nur die inhaltliche Ausgestaltung, in die die Anforderungen, Zielsetzungen und Handlungsprinzipien der beiden Systeme gleichberechtigt eingingen, substantiell unterstützt, sondern es floss auch wertvolles Kontext- und Systemwissen beider Bereiche in die Durchführung des Modellvorhabens ein. Eine wichtige Voraussetzung dafür war, dass eine Wertschätzung gegenüber der fachlichen Expertise der beteiligten Partnerinnen und Partner sowie die Bereitschaft, gemeinsame Ansätze und Lösungsansätze zu entwickeln, bestanden.

4. Eine Grundbedingung für eine gelingende Partnerschaft bei der Etablierung der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule ist die Anerkennung der Schulen als eigenständiges System.

Die gute, verlässliche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Schulen war ein Kernstück der Umsetzung des Modellvorhabens. Dies setzt voraus, Schulen als autonomes und eigenständiges System mit eigener Zielsetzung und unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren anzuerkennen, die Perspektiven, Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Schulen wahrnehmen und einordnen sowie die unterschiedlichen Interessenslagen abschätzen zu können. Dabei ist der Individualität der Schulen Rechnung zu tragen. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten sowie die Bereitschaft der Schulen, sich für die Gesundheitsförderung an der Schule einzusetzen, waren im Modellvorhaben sowohl der Ausgangs- als auch der Referenzpunkt der Zusammenarbeit. Auf dieser Basis gelang es im Sinne der Kooperation und Partizipation, gemeinsam mit den Grundschulen, die Schritte auf dem Weg hin zu einer guten, gesunden Schule zu entwickeln, die der jeweiligen Schule und den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren entsprachen.

5. Die Initiierung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung an den Grundschulen sollte optimalerweise durch interne Prozesse gesteuert und durch externe Begleitung unterstützt werden.

Die zentrale handlungsorientierende Grundannahme der Umsetzung und Implementierung des Gesundheitsförderprozesses an den Grundschulen war, diesen als festen Bestandteil der kontinuierlichen Schulentwicklung zu betrachten. Nur so, so die umfangreichen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis, kann ein auf Dauer angelegter Struktur- und Kulturwandel hin zu einer gesunden Lebenswelt Grundschule erfolgen. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei, die Gesundheitskompetenz der Akteurinnen und Akteure in den Schulen sowie des Gesamtsystems Schule zu entwickeln und zu befördern. Erfahrungen mit Einzelprojekten können zur Ausbildung der Gesundheitskompetenz in Schulen beitragen, jedoch bleiben sie oftmals in ihrem Gesamteffekt auf das Schulsystem begrenzt, da sie meist auf einzelne Akteursgruppen oder Einzelpersonen in der Schule fokussieren und eine begrenzte Reichweite und zu kurze Projektlaufzeiten haben, um langfristige Veränderungsprozesse zu erzielen. Neben fachlichem Wissen fehlt es auch an Kompetenzen im Bereich des Veränderungsmanagements sowie der Prozess- und Strukturentwicklung. Zudem stehen den Schulen sehr eingeschränkte Ressourcen für die erforderlichen Veränderungsprozesse, die sich aus einer Ausrichtung auf die Gesundheitsförderung in der Lebens-

welt und deren Implementierung ergeben, zur Verfügung. In der Folge bleibt die Gesundheitsförderung eine zusätzliche Aufgabe zu den bestehenden, umfangreichen Verpflichtungen im Schulalltag. Im Modellvorhaben wurde jede Schule vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Kontextbedingungen, Schulkultur und Erfahrungen mit Gesundheitsförderung bei der Auswahl und Durchführung ihrer Aktivität zur Gesundheitsförderung individuell begleitet. Dabei wurde bewusst auf die Selbstkompetenz und Befähigung der Schulen gesetzt und auf jedwede Form des Paternalismus im Sinne von Vorgaben möglicher Schwerpunktbereiche für die Aktivitäten der Gesundheitsförderung an der Schule oder der Projektauswahl verzichtet. Gleichwohl wurden Schulen in dem Entscheidungsprozess durch die Zusammenarbeit in den Steuergruppen unterstützt. Dies reichte von der Bereitstellung von Informationen und Kontakten bis hin zur Beschaffung von Materialien für die Aktivitäten. Damit wird der Entscheidungs- und auch Durchführungsprozess in die Verantwortung der Schulen gestellt und somit zu einem internen, bestenfalls langfristig zu einem intrinsischen, d. h. in den Strukturen und der Schulkultur verankerten Prozess, der – wo erforderlich – eine externe Unterstützung erhält.

Die Umsetzung des Konzeptes der Gesundheitsuntersuchung ließ sich im Modellvorhaben realisieren. Zusammenfassend lassen sich hierfür Faktoren benennen, die die Umsetzung befördert haben bzw. die eine Herausforderung darstellten. In der nachstehenden Übersicht sind die mit den Partnerinnen und Partnern in den Modellregionen konsolidierten Aspekte im Einzelnen aufgeführt:

Förderliche Faktoren	Herausfordernde Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enge Zusammenarbeit mit den Partnerinnen bzw. Partnern und gemeinsames Auftreten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderung gesetzlicher bzw. struktureller Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablierte Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren aus dem Schul- und Gesundheitsbereich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parallele Projekte in den teilnehmenden Schulen der Modellregion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohe Bereitschaft der Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personelle Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitschaft und Engagement der Eltern bei der schulärztlichen Untersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereitschaft zur Flexibilität
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Großes Potenzial, umfangreiche Erfahrungen, eine hohe Expertise und ein großes Engagement, die Gesundheit der Kinder zu verbessern und gesunde Lebenswelten zu schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue Anforderungen/ Herausforderungen in den Schulen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klima der Wertschätzung 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begleitende Information relevanter Gremien und Öffentlichkeitsarbeit 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatz einer Koordinatorin 	

Deutlich wird, dass die gute und partnerschaftliche Koordination sowie die Bereitschaft, die jeweilige Expertise in die Umsetzung und Durchführung des Modellvorhabens einzubringen, sehr bedeutsam für das Gelingen der verschiedenen Prozesse des Modellvorhabens waren. Auch stellten sie eine sehr gute Voraussetzung dar, die im Verlauf der Durchführung entstehenden Veränderungen zu erkennen und im Sinne des Gesamtvorhabens umzusetzen.

7.1.2 Fand das Modellvorhaben eine hohe Akzeptanz bei den Schülerinnen bzw. Schülern sowie bei den beteiligten Akteursgruppen? (Zielbereich 2)

Ein wichtiger Ausgangspunkt des Modellvorhabens war, dass es kein selektives Angebot ist und damit alle Kinder erreicht werden sollen. Dies sollte zum einen mit dem Angebot der schulärztlichen Untersuchung und zum anderen mit den Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den Grundschulen erzielt werden. Entsprechend wurden die beiden Komponenten der Gesundheitsuntersuchung so angelegt, dass für Eltern und die Akteurinnen bzw. Akteure an den teilnehmenden Grundschulen ein hoher Informationsgrad zu den Zielen des Modellvorhabens sowie zur Durchführung der einzelnen Komponenten bestand.

Insgesamt haben 61 % der Kinder in den Modellregionen die schulärztliche Untersuchung in Anspruch genommen. Damit bleibt die Teilnahmequote unter dem Anspruch, alle Kinder zu erreichen, ist aber gleichwohl als ein gutes Ergebnis für ein freiwilliges Angebot im Rahmen eines Forschungskontextes zu interpretieren. So wird bspw. im Rahmen wissenschaftlicher Erhebungen eine Teilnahmequote in dieser Höhe als gut bewertet. Hinsichtlich der teilnehmenden Kinder zeigt sich, dass eine gute Verteilung nach Bildungsindex der Eltern und Migrationshintergrund existiert. Die aufgrund der umfangreichen Materialien bestehende Befürchtung, Eltern mit einem geringeren Bildungsgrad und Migrationshintergrund nicht zu erreichen, erfüllte sich erfreulicherweise nicht. Im Gegenteil bestand insbesondere bei den Eltern mit Migrationshintergrund ein hohes Interesse an einer schulärztlichen Untersuchung. Das Angebot der mehrsprachigen Materialien wurde von den Eltern genutzt, jedoch in einem erheblich kleineren Umfang, als zu Beginn des Projektes vermutet. Bei Eltern mit hohem Bildungsgrad war eine kritischere Haltung gegenüber der schulärztlichen Untersuchung erkennbar. Hier wurde die gute kinderärztliche Versorgung des eigenen Kindes betont und als Argument für die Nicht-Teilnahme angeführt. Ihnen war der spezifische Ansatz des Modellvorhabens, die Kombination eines Screenings mit dem Ansatz der Ge-

sundheitsförderung in der Lebenswelt Schule, während der Informationsabende schwerer zu vermitteln, da sie häufig keinen Nutzen in einer (aus ihrer Sicht) zusätzlichen kinderärztlichen Untersuchung sahen.

Die Ergebnisse der Evaluation deuten auf einen hohen Zuspruch der Eltern zum Modellvorhaben hin. Die Hälfte der Eltern beurteilte das Angebot einer zusätzlichen schulärztlichen Untersuchung zur U-Untersuchung als sinnvoll. Deutlich positiver fielen die Bewertung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung und das Angebot von gesundheitsförderlichen Maßnahmen an der Grundschule ihres Kindes aus.

Auch die teilnehmenden Schulen, die Partnerinnen und Partner des Modellvorhabens und die Untersuchungsteams wurden zur Akzeptanz mit den Zielen und der Durchführung des Modellvorhabens befragt. Auch hier zeichnet sich eine in weiten Teilen hohe Zustimmung ab.

Als wesentliche Kernergebnisse lassen sich für die Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung festhalten:

1. Die Ziele und der Nutzen des Modellvorhabens und insbesondere der schulärztlichen Untersuchung sind adressatengerecht zu vermitteln.

Im Rahmen des Pilottests zeigte sich, wie wichtig die Vermittlung der Ziele und des Nutzens des Modellvorhabens für die Entscheidung der Eltern und insbesondere für eine Teilnahme an der schulärztlichen Untersuchung war. Hierzu trägt die Verständlichkeit der Informationen bei; deutlich stärker jedoch fällt der Nutzen für das eigene Kind ins Gewicht. Viele Eltern fühlten sich grundlegend gut über die Gesundheit des Kindes informiert, so dass eine weitere Untersuchung für ihr Kind nicht unbedingt als erforderlich betrachtet wurde. Auch fiel manchen Eltern die Abgrenzung zu den weiteren Angeboten der Früherkennungsuntersuchung (U10, U11) und zur medizinischen Versorgung durch den Kinder- und Jugendarzt schwer. Diese Erkenntnisse wurden bereits in der Überarbeitung nach der Pilotierung aufgegriffen und das Alleinstellungsmerkmal der schulärztlichen Untersuchung sowie die Verknüpfung dieser mit den Aktivitäten zur Gesundheitsförderung noch stärker herausgestellt. Des Weiteren wurde ein hohes Maß an Transparenz zum Untersuchungsverlauf sowie die Möglichkeit der direkten Rückfrage gegeben.

2. Die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat zu einer hohen Akzeptanz bei den Eltern beigetragen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen bestens aufgestellt. Er verfügt über eine umfangreiche Expertise in der Durchführung von Reihenuntersuchungen und in der Einschätzung der Relevanz von gesundheitlichen Risiken und Problemen für die weitere Entwicklung des Kindes sowie für die erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht. Zudem sind die Eltern durch die Schuleingangsuntersuchung mit

dem KJGD persönlich vertraut und kennen somit die Arbeits- und Vorgehensweise bei der Durchführung der Untersuchung. Im Modellvorhaben unterstützte die Vertrautheit mit den Mitarbeiterinnen des KJGD die Akzeptanz der schulärztlichen Untersuchung. Zudem nahmen die durchführenden Untersuchungsteams an den Elternabenden zur Vorstellung des Modellvorhabens und der schulärztlichen Untersuchung teil, so dass die Eltern wussten, durch wen ihre Kinder in der Schule untersucht wurden, und konkrete Fragen stellen konnten.

3. Die Darstellung des Mehrwertes des Modellvorhabens ist für die Schulen zentral und sollte eng mit den Zielsetzungen und Aufgaben der Schulen verknüpft sein.

Wesentlichen Einfluss auf die Akzeptanz des Modellvorhabens nehmen die Relevanz und der Nutzen des Modellvorhabens für die Zielsetzung und Aufgaben der Schulen. Entsprechend ist ein Zielabgleich des Modellvorhabens mit den Interessen und Möglichkeiten der Schulen entscheidend, um diese für eine kontinuierliche Bereitschaft zur Beteiligung zu gewinnen. Dies bedeutet konkret, dass eine allgemeine Zustimmung zu den Zielen des Modellvorhabens nicht ausreichend und für jede Schule eine Übersetzung der Ziele in den eigenen Schulalltag erforderlich ist. Dies schließt auch eine realistische Abschätzung der Möglichkeiten der einzelnen Schule ein, da eine Über- und Unterforderung bzw. eine mangelnde Passung zu Akzeptanzverlusten führt. Zudem wirken Einflussfaktoren des Schulkontextes, wie Änderungen in der personellen Ausstattung, oder gesellschaftliche und politische Veränderungen auf die Akzeptanz und auch die Möglichkeiten, an dem Modellvorhaben aktiv und in der von den Schulen ursprünglich intendierten Form mitzuwirken, ein.

Die Ausrichtung des Modellvorhabens auf die Schülerinnen und Schüler der teilnehmenden Schulen trug wesentlich zur Akzeptanz des Modellvorhabens bei. Die teilnehmenden Schulen hatten ein großes Interesse daran, zu erfahren, wie die gesundheitliche Lage ihrer Schülerinnen und Schüler ist, sowie daran anknüpfend sich für die Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler zu engagieren. Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung konnten wichtige Hinweise für die Grundschulen aufzeigen und durch die breit angelegte Interventionsstrategie individueller Prävention und der Gesundheitsförderung in den Schulen vielfältige Möglichkeiten, gesundheitliche Risiken zu adressieren, bereitstellen. Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bestätigten auch die Akteurinnen und Akteure in den Schulen in der Eigenwahrnehmung vorhandener gesundheitlicher Problematiken ihrer Schülerinnen und Schüler, was zugleich zu einer Reflexion des eigenen Handelns im Kontext der Gesundheitsförderung beitrug. Die Erfahrungen mit der Durchführung des Modellvorhabens in den beteiligten Grundschulen weisen auf den

hohen Einfluss der Schulleitungen auf die Akzeptanz und die aktive Teilnahme an den einzelnen Komponenten der Gesundheitsuntersuchung hin. Eine hohe Motivation der Schulleitung im Bereich der Gesundheitsförderung beförderte den Gesamtprozess und trug zu einer lösungsorientierten Umsetzung bei. Auch die beteiligten Lehrerinnen und Lehrer trugen wesentlich zum Gelingen der Umsetzung des Modellvorhabens bei. Dies zeigte sich bspw. bei der Durchführung der schulärztlichen Untersuchung, wo Lehrerinnen und Lehrer deutlich motivierend auf die Teilnahme der Kinder wirken konnten. Im Nachhinein stellte es sich als besonders wichtig heraus, dass neben den Schulleitungen vor allem auch die Klassenlehrerinnen bzw. Klassenlehrer die Vorteile der Gesundheitsuntersuchung erkannten und das Modellvorhaben aktiv unterstützten. Wichtig waren auch die Elternabende, auf denen die Koordinatorinnen zum Teil gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst den Eltern das Modellvorhaben vorstellen. Es hat sich gezeigt, dass auf den ersten Elternabenden des neuen Schuljahres eine höhere Teilnehmerzahl erreicht werden konnte, als auf den zusätzlich für das Modellvorhaben veranstalteten Informationsabenden.

4. Die Konzeption des Modellvorhabens muss gut an die Strategien und zukünftige Ausrichtung der beteiligten Organisationen des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems andocken.

Die Übereinstimmung der Zielsetzung des Projektes und mit denen der eigenen Organisation sowie der erwartete Nutzen, der sich aus der Teilnahme am Modellvorhaben ergibt, sind wesentliche Einflussfaktoren auf die Motivation und die Akzeptanz für und während der Projektdurchführung. Entsprechend ist ein Ausloten der unterschiedlichen Erwartungshaltungen kein einmaliger Prozess zu Projektbeginn, sondern kontinuierlich in der Projektdurchführung sicherzustellen. Zentral dabei sind die jeweiligen Interessen klar und transparent herauszuarbeiten und vor dem Hintergrund der gegebenen Möglichkeiten eines Modellvorhabens zu berücksichtigen. Eine hohe Bedeutung haben dabei bestehende Diskrepanzen in der Ziel- und Nutzenerwartung, die es zu benennen und für den Projektverlauf zu bewerten gilt.

Durch den zu Projektbeginn intensiven Austausch mit den Partnerinnen und Partnern des Modellvorhabens wurden die unterschiedlichen Interessen an einer Teilnahme sehr deutlich. Darin spiegelten sich auch die Erwartungen für die eigene Organisation deutlich wider, die zum Teil weit über die gemeinsame Durchführung des Modellvorhabens hinausgingen und grundlegende Fragen der Rollen der einzelnen Akteurinnen und Akteure in der Etablierung und Implementierung der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule im Besonderen und in der Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen adressierten. Diese unterschiedlichen Interessen

waren im Modellvorhaben transparent und ermöglichten es so, einen Weg in der gemeinsamen Bearbeitung zu finden, der die Kompetenzen und Zuständigkeiten der Partnerinnen und Partner sowie weiterer Akteurinnen und Akteure des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems wertschätzte und entsprechend berücksichtigte.

Auch lassen sich im Modellvorhaben Belastungen erkennen, die einen negativen Effekt auf die Akzeptanz hatten. Dies sind:

- Organisation und Durchführung des Modellvorhabens
 - Hoher Aufwand für die teilnehmenden Grundschulen, insbesondere durch die begleitende Evaluation
 - Umfang und Ablauf der Verteilung der Materialien in den Schulen
- Inhaltliche Ausgestaltung des Modellvorhabens
 - Offene Vorgehensweise bei der Bewertung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung und bei der Ableitung der Aktivität der Gesundheitsförderung
 - Anderes Konzept der Gesundheitsförderung in der Grundschule und entsprechend andere Erwartungen durch die Akteurinnen und Akteure der Schule
- Veränderungen in der Schule bzw. neue Anforderungen im Schulalltag
 - Personalwechsel in den Schulen
 - Parallele Projektaktivitäten

7.1.3 Ist mit dem Modellvorhaben eine valide Erfassung von Gesundheitsrisiken/-ressourcen für die schulische Entwicklung bzw. in der Lebenswelt Grundschule gelungen und ließen sich daraus passgenaue Aktivitäten der Gesundheitsförderung/ Prävention ableiten, die die Chancen auf Schulerfolg bzw. Gesundheit in der Lebenswelt Grundschule erhöhen? (Zielbereich 3)

Das Konzept der schulärztlichen Untersuchung konnte im Modellvorhaben erfolgreich umgesetzt werden. So erwiesen sich der Umfang und die Art der Erhebung, Testung bzw. körperlichen Untersuchung als geeignet, eine Vorstellung zu den gesundheitlichen Risiken und der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie zu lebensweltrelevanten Einflussfaktoren für die Gesundheit zu bekommen. Auch konnten die Informationen aus dem Elternfragebogen gut während der schulärztlichen Untersuchung einbezogen und beide Datenquellen für die Erstellung der Schulgesundheitsberichte optimal genutzt werden.

Die breite Ausrichtung der Untersuchungsinhalte bringt als Folge den Einsatz eines sehr umfassenden Erhebungsinstrumentes mit sich. Dabei wurden – wo möglich und sinnvoll – erprobte und zum Teil validierte Instrumente eingesetzt mit dem Vorteil, dass deren Anwendbarkeit in der Adressatengruppe bereits geprüft wurde und Möglichkeiten des Vergleichs und der Einordnung der im Modellvorhaben ermittelten Untersuchungsbefunde bestehen. Die Ausfüllqualität des Fragebogens der teilnehmenden Eltern war über alle Bildungsgruppen hinweg hoch, so dass auf eine gute Verständlichkeit des Fragebogens geschlossen werden kann.

Die Bereitstellung der Ergebnisse mit den für das Modellvorhaben konzipierten Schulgesundheitsberichten schuf einen sehr guten Übergang zwischen der schulärztlichen Untersuchung und den Aktivitäten der Gesundheitsförderung. Diese ermöglichten es den Akteurinnen und Akteuren der Schulen, wesentliche gesundheitliche Risiken und Ressourcen bei den Schülerinnen und Schülern sowie bei den lebensweltrelevanten Einflussfaktoren für die Gesundheit zu erkennen und Handlungsschwerpunkte abzuleiten, die sie in für die Schule passende Aktivitäten der Gesundheitsförderung überführen konnten. Neben der intensiven Begleitung durch die Koordinatorinnen erwies sich auch die Entwicklung eines Prozessablaufs, der die Einrichtung und Zusammensetzung von Steuergruppen, die Taktung und Inhalte der Treffen der Steuergruppen sowie Eckpunkte für die durchzuführenden Aktivitäten an den teilnehmenden Schulen festlegte, als fördernd für diese Phase des Modellvorhabens.

Für die beiden Komponenten der Gesundheitsuntersuchung lassen sich zentrale Faktoren identifizieren, die einen wesentlichen Einfluss auf die Zielerreichung, Durchführbarkeit und die Qualität haben.

1. Die Erfassung der Gesundheit der Kinder sollte breit angelegt sein und neben gesundheitlichen Risiken und Ressourcen auch lebensweltrelevante Einflussfaktoren beinhalten.

Das Untersuchungskonzept der schulärztlichen Untersuchung hat sich im Modellvorhaben bewährt, da hierdurch gute Rückschlüsse auf die Gesundheit jedes Kindes und deren gesundheitliche Ressourcen und Belastungen in der Lebenswelt Schule gezogen werden konnten. Mit dem im Modellvorhaben entwickelten Erhebungsinstrument konnten zentrale Einflussfaktoren (Risiken und Ressourcen) für die individuelle Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie in der Lebenswelt Grundschule ermittelt werden. Dabei erwiesen sich die ausgewählten Untersuchungsbereiche als aussagekräftig für die Beurteilung der Gesundheit und der schulischen und gesundheitlichen Entwicklung der Schülerinnen und Schüler. Die Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie lebensweltrelevanter Einflussfaktoren ermöglichte eine

Berücksichtigung verhältnisbezogener Einflussfaktoren und stellen damit eine wichtige Ergänzung zu den individuumzentrierten Aspekten dar.

Für die schulärztliche Untersuchung hat es sich bewährt, bereits vorhandene und zum Teil validierte Instrumente zu nutzen. So konnten eine valide Erhebung des jeweiligen Aspektes der Gesundheit sichergestellt und ein Vergleich mit vorhandenen Untersuchungsergebnissen eröffnet werden. Auch profitierte das Modellvorhaben davon, dass die Instrumente hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit umfangreich getestet waren. Insgesamt betrachtet spricht die hohe Ausfüllqualität des Elternfragebogens im Modellvorhaben für die gute Verständlichkeit des Erhebungsinstrumentes.

Allerdings bringt der umfangreiche Elternfragebogen den Nachteil des großen Erhebungsaufwandes bei den Eltern mit sich, der sich im Rahmen des Modellvorhabens jedoch nicht als hemmend auf die Teilnahme der Eltern auswirkte.

2. Klare Prozessabläufe und deren enge Abstimmung mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort tragen zur Transparenz, zur gemeinsamen Ausgestaltung und zur Qualität der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses bei.

Die im Modellvorhaben gewählte Vorgehensweise, die Durchführung der einzelnen Prozessschritte sehr detailliert zu planen und vorzubereiten sowie diese im Vorfeld mit den Projektpartnerinnen und Projektpartnern und den teilnehmenden Schulen zu besprechen, war in den einzelnen Projektphasen ausgesprochen hilfreich. Zudem schuf es die Bedingungen für eine einheitliche Vorgehensweise in den Modellregionen und zwischen den unterschiedlichen beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

Die für diesen Zweck entwickelten Qualitätshandbücher erwiesen sich im Modellvorhaben als von großem Nutzen für die Qualität der Durchführung. Durch die Bereitstellung von Checklisten, Bewertungsbögen und Hintergrundinformationen konnte eine hohe interne Konsistenz in der Durchführung der einzelnen Komponenten realisiert werden. Sie ermöglichten eine kleinschrittige Bewertung der einzelnen Projektkomponenten im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs und die Identifikation von fördernden und hemmenden Faktoren. Diese konnten projektbegleitend in ihrem Umfang, d. h. ob sie für eine einzelne Grundschule, für eine Modellregion oder übergreifend auftreten, eingeschätzt werden.

Darüber hinaus schaffte diese Vorgehensweise mit der Festlegung der einzelnen Prozessschritte und der zu erreichenden Zielwerte eine hohe interne Transparenz und stellte zugleich eine sehr gute Grundlage für die begleitende Prozessevaluation dar.

Des Weiteren wurden für die teilnehmenden Schulen und die Untersuchungsteams jeweils spezifische Informationsblätter verfasst, die eine Übersicht zu den Abläufen der einzelnen Projektkomponenten beinhalten, die in einem persönlichen Gespräch vorgestellt wurden. Angestrebt wurde damit, eine hohe Transparenz zu den einzelnen Prozessschritten herzustellen und eine Ablaufsicherheit der unterschiedlichen Akteursgruppen zu erreichen. Diese Vorgehensweise hat sich im Modellvorhaben bewährt und war auch für die Erreichung der intendierten Ziele und damit für die Qualität der Umsetzung gewinnbringend. Allerdings lässt sich dies nur mit einem gewissen Aufwand und entsprechenden Ressourcen erreichen. Der Distribution von Informationen an alle zu beteiligenden Akteurinnen und Akteure kommt dabei eine herausragende Rolle zu, die am besten gelingt, wenn die bestehenden Kommunikationskanäle der jeweiligen Schulen gezielt einbezogen werden.

3. Die Rückmeldung zur schulärztlichen Untersuchung sollte neben dem Befund auch Handlungsempfehlungen und Erläuterungen enthalten.

Das Zusammenspiel aus Elternbefragung und der schulärztlichen Untersuchung erwies sich insbesondere für die Ermittlung individueller Risikofaktoren als überzeugender Ansatz. Hierdurch konnten gesundheitliche Risiken erkannt werden, die einer weiteren ärztlichen Abklärung bedürfen und für die ggf. bislang fehlende oder nicht ausreichende präventive bzw. therapeutische Maßnahmen initiiert werden können. In diesem Zusammenhang kommt der Rückmeldung an die Eltern eine hohe Bedeutung zu, da mit dieser Information die nächsten Handlungsschritte initiiert werden können. Entsprechend sollte die Rückmeldung an die Eltern gut verständlich sein und konkrete Handlungsempfehlungen enthalten sowie die Möglichkeit bieten, Rückfragen zu stellen. Die Rückmeldungen zur schulärztlichen Untersuchungen an die Eltern im Modellvorhaben wurden im Rahmen der Evaluation von den Eltern als insgesamt gut bewertet.

Erweiternd sollte zukünftig überlegt werden, ob der Rückmeldung ergänzende Informationen zum identifizierten Gesundheitsrisiko bzw. ausführliche Informationen zu möglichen Handlungsschritten, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, an die Hand gegeben werden. Hierdurch kann auch einer potenziellen Verunsicherung der Eltern entgegen gewirkt werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die Eigeninitiative der Eltern durch ein besseres Verständnis und konkrete Handlungsimpulse zu befördern. Insbesondere da Eltern hieran ein hohes Interesse zeigen, würde eine Chance ungenutzt bleiben.

4. Der Darstellung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie eine wichtige Basis für den Prozess der Gesundheitsförderung an den Schulen sind.

An die Darstellung der Ergebnisse stellen sich besondere Herausforderungen, da sie über eine umfassende Information hinausgehen und konkrete Impulse für Handlungs- und Umsetzungsschritte geben sollen. Im Modellvorhaben wurde ein Berichtsformat entwickelt, in welches Kernindikatoren zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie Aspekte zur Lebenswelt der teilnehmenden Schule aufgenommen wurden. In den Berichten wurde eine knappe und grafisch-visuell unterstützte Darstellung gewählt, so dass eine schnelle Orientierung zu den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen für die Akteurinnen und Akteure der Schule möglich wurde. Auf dieser Basis konnten die Schulen eine Bewertung ihrer Daten vornehmen und diese in Relation zu den eigenen Beobachtungen und Einschätzungen der gesundheitlichen Risiken bzw. der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler sowie zu den bisherigen und aktuellen Aktivitäten der Gesundheitsförderung an der Schule stellen. Entsprechend wurde auf eine extern vorgenommene Priorisierung und konkrete Projektvorschläge in den Berichten bewusst verzichtet und diese Auseinandersetzung konzeptuell in die Arbeit der Steuergruppe an den teilnehmenden Schulen integriert. Hierdurch konnte der oben geschilderte Prozess der Bewertung und Reflexion in den Schulen breit angelegt werden, d. h. gemeinsam mit den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren in der Schule erfolgen. Eine Unterstützung erfolgte durch die Koordinatorinnen in der Modellregion sowie bei Interesse der Schulen durch die Untersuchungsteams.

Dadurch dass die vorliegenden Daten die Gesundheit der an der jeweiligen Schule unterrichteten Kinder darstellten, lieferten sie nicht nur einen sehr guten Überblick zur Ausgangslage, sondern schafften damit auch einen hohen Anreiz, sich mit diesen Erkenntnissen auseinanderzusetzen. Die hierdurch zur Verfügung stehenden Orientierungspunkte setzten in den teilnehmenden Grundschulen unmittelbar eine Auseinandersetzung mit der Gesundheit in Gang, die mehrheitlich zu weiterführenden Aktivitäten in den Grundschulen führte.

Die Ergebnisse des Modellvorhabens ergaben jedoch auch, dass nicht alle teilnehmenden Grundschulen mit dieser offenen Vorgehensweise einverstanden waren und sich konkrete Handlungsvorschläge für die Aktivitäten der Gesundheitsförderung an ihrer Schule gewünscht bzw. erwartet hätten. Um diese in der Qualität zu erreichen, wie es mit dem Vorgehen des Modellvorhabens intendiert war, hätte im Vorfeld ein noch engerer Austausch mit den Schulen für die jeweils spezifische Auswahl der Aktivitäten der Gesundheitsförderung erfolgen müssen, da

diese an die vorhandenen Erfahrungen bzw. aktuellen Aktivitäten der Schule andocken sollten. Eine solche Auswahl ist allerdings extern nur begrenzt zu leisten, da sie eher einem allgemeinen Orientierungsrahmen als der schulspezifischen Ausgangssituation verpflichtet bleibt.

- 5. Die Messung der Effekte der Gesundheitsförderung auf das Wohlbefinden aller Akteurinnen und Akteure in der Schule sowie auf den Schulerfolg der Schülerinnen und Schüler sollte in den Schulalltag integriert und über die Gesundheitsberichterstattung langfristig beobachtet werden.**

Im Rahmen des Modellvorhabens konnten nur kurzfristige Effekte der durchgeführten Komponenten der Gesundheitsförderung gemessen werden. Der Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden in der Prozess- und Ergebnisevaluation und insbesondere die Maßnahmen des Prozessmonitorings erwiesen sich als gute Grundlage, die Einschätzung und Bewertung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure zu erfassen. Die Durchführung eines Abschlussgespräches an den teilnehmenden Schulen im Anschluss an die Aktivität der Gesundheitsförderung bot einen guten Rahmen, die gemeinsame Arbeit zu reflektieren und Ideen für den weiteren Gesundheitsförderprozess an der Schule zu entwickeln.

Wünschenswert wäre ein in den Schulen etabliertes, schlankes und dauerhaft angelegtes Monitoring zur gesundheitlichen Situation der Schülerinnen und Schüler sowie zu den Effekten der Gesundheitsförderung auf das Wohlbefinden in der Lebenswelt Grundschule und auf den Schulerfolg. Die mit der schulärztlichen Untersuchung vorliegenden Erkenntnisse bilden eine gute Basis, an die es sich anzuknüpfen lohnen würde. Zusätzlich sollten weitere Indikatoren zur Messung des Schulerfolges integriert werden.

Die Nutzung der Daten über die einzelnen Schulen hinaus im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist grundsätzlich möglich, wie die Schuleingangsuntersuchungen und die Schulreihenuntersuchungen zeigen. Damit wäre ein kommunales oder landesweites Monitoring der Entwicklung der Gesundheit der Kinder und der Lebenswelt Grundschule im Sinne der guten, gesunden Schule denkbar.

Insgesamt betrachtet liegt ein überzeugendes Untersuchungskonzept für die schulärztliche Untersuchung von Schülerinnen und Schülern der dritten Klasse vor. Dem Vorteil einer umfassenden Erhebung unterschiedlicher Komponenten der Gesundheit und gesundheitsrelevanter Aspekte der Lebenswelt Grundschule steht der Nachteil eines langen Elternfragebogens gegenüber. Hier sollte in einer weiteren Bilanzierung zwischen Aufwand, d. h. Länge des Fragebogens, und Nutzen, d. h. die zu gewinnenden Informationen zur Beurteilung der gesundheitlichen Risiken und der Gesundheit für den Schulerfolg und damit die Möglichkeit, konkrete Schritte in der Schule ableiten zu können, abgewogen werden. In jedem Fall müsste eine computerassistierte Eingabe der Daten erfolgen, so dass kein Mehraufwand für die Dateneingabe entsteht. Hier kann bereits an gut funktionierende Systeme der Schuleingangsuntersuchung und der Schulreihenuntersuchungen angeknüpft werden. Hinsichtlich der aktuell bewährten Praxis ist es wahrscheinlich, dass im Fragebogen zwischen Pflichtfeldern und freiwilligen Feldern zu unterscheiden ist. Dies wäre eingehend mit den Beauftragten für den Datenschutz zu klären, mit dem Ziel, bundesweite Lösungsoptionen zu erarbeiten. Die Einbeziehung der Lehrerinnen und Lehrer in die Erhebung der gesundheitlichen Lage der Schülerinnen und Schüler ist ein interessanter Aspekt, der im Rahmen des Modellvorhabens nicht abschließend für die schulärztliche Untersuchung umgesetzt werden konnte. An dieser Stelle würde es sich lohnen, über unterschiedliche Erhebungsformen nachzudenken.

7.1.4 Konnte das Modellvorhaben zur Etablierung bzw. Schaffung von nachhaltigen Strukturen der Gesundheitsförderung/ Prävention in der Lebenswelt Grundschule und zur stabilen Vernetzung der zu beteiligenden Akteurinnen bzw. Akteure beitragen? (Zielbereich 4)

Das Modellvorhaben hat im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in den Modellregionen beigetragen. Dies wurde am intensivsten durch die Zusammenarbeit mit den Partnerinnen und Partnern der Schul- und Gesundheitsämter sowie mit den Schulen erreicht. Auch lassen sich Initiativen in den Modellregionen erkennen, die auf eine Verstetigung der Partnerschaft zwischen Bildung und Gesundheit bzw. auf die in den Schulen initiierten Aktivitäten der Gesundheitsförderung hindeuten.

Grundlegend lassen sich für diesen Zielbereich folgende wesentliche Schlussfolgerungen ziehen, die nachstehend ausgeführt sind.

1. Ein Systemwandel zu einer gesunden Lebenswelt Grundschule gelingt mit kleinen Veränderungsschritten.

Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung sollten nicht nur eine hohe Passung zu den in der schulärztlichen Untersuchung ermittelten gesundheitlichen Risiken (rsp. Ressourcen) der Kinder

aufweisen, sondern auch so ausgewählt werden, dass sie langfristig an der Schule durchgeführt bzw. genutzt werden können. Entsprechend sollten die Projekte im Schulalltag gut integrierbar und hinsichtlich der aufzuwendenden Ressourcen im Rahmen der den Schulen zur Verfügung stehenden Mittel finanzierbar bzw. umsetzbar sein.

Alle Schulen konnten für sich Schwerpunkte zur Förderung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler identifizieren und aus diesen einen prioritären Bereich auswählen. Auch gelang es den meisten Schulen gut, im Austausch mit den Mitgliedern der Steuergruppen eine adäquate Aktivität der Gesundheitsförderung zu entwickeln und in dem knappen zur Verfügung stehenden Zeitfenster (ca. acht Monate) umzusetzen. In einigen Schulen war die Aktivität der Gesundheitsförderung bereits so angelegt, dass sie Teil der Schulentwicklung war; in anderen Schulen gingen aus den umgesetzten Aktivitäten der Gesundheitsförderung konkrete Schritte einer dauerhaften Implementierung hervor.

2. Der Förderung einer strukturbildenden und langfristig angelegten Unterstützung sollte bei der Entwicklung der Grundschulen zu einer gesunden Lebenswelt Vorzug gegenüber der Durchführung von Einzelprojekten gegeben werden.

In der Lebenswelt Grundschule besteht ein grundlegendes Missverhältnis zwischen der Anzahl der durchgeführten Projekte zur Gesundheitsförderung, die einen verhaltens- und/oder verhältnisorientierten Schwerpunkt haben, und der Anzahl an Schulen, an denen eine langfristige Verankerung der Gesundheitsförderung als Teil des Schulsystems und der Schulkultur gelungen ist. Der Anteil der Schulen, die sich zu einer gesunden Lebenswelt entwickelt haben, ist in Deutschland insgesamt betrachtet noch immer sehr gering (siehe Kapitel 4.1.2.2). Eine weitere Problematik stellt die hohe Anzahl von Einzelprojekten an Grundschulen selbst dar, die für die Schulen oftmals mit enormen Kraftanstrengungen verbunden sind und aufgrund der geringen Nachhaltigkeit zur „Erschöpfung“ des Systems sowie der einzelnen Akteurinnen und Akteure beitragen können.

Im Modellvorhaben konnte diese Stimmungslage in vielen Grundschulen sowie die Herausforderung, die die Durchführung eines zusätzlichen Projektes für den Schulalltag mit sich bringt, ebenfalls beobachtet werden. Die Etablierung einer festen Ansprechpartnerin bzw. eines festen Ansprechpartners (Kordinatorin bzw. Koordinator in den Modellregionen), die die einzelnen Akteurinnen und Akteure bei der Durchführung unterstützt und die Schulen über die Projektlaufzeit intensiv begleitet, erwies sich im Modellvorhaben als einer der zentralen Faktoren, den Gesamtprozess an den Schulen zu befördern. Hierdurch traten Entlastungseffekte für die Schu-

len auf, da für den Gesamtprozess sowie in konkreten Bedarfsfällen auf die Unterstützung der Koordinatorin zurückgegriffen werden konnte. Zugleich konnte die einzelne Schule durch die Zusammenarbeit der Koordinatorin mit den anderen Grundschulen und den Partnerinnen und Partnern in der Modellregion von Erkenntnissen, Synergien und Vernetzungsmöglichkeiten profitieren. Die Tätigkeit einer Koordinatorin bzw. eines Koordinator ist anspruchsvoll und umfasst neben der Fachkompetenz auch Kompetenzen im Bereich des Projektmanagements, der Moderation und des Veränderungsmanagements in Schulen sowie eine hohe Kommunikations- und Kooperationskompetenz.

3. Eine Verstetigung gelingt, wenn sich die Organisationen des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems auf gemeinsame Ziele und deren partnerschaftliche Umsetzung verständigen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind als Thema fest in das Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystem verankert (siehe Kapitel 4.1). Die jeweils gewählten Schwerpunkte und Strategien sind abhängig von den Zuständigkeiten und Kontextbedingungen der jeweiligen Organisation. Obgleich die Ausrichtung sich weitgehend an den Prinzipien der Gesundheitsförderung orientiert und damit eine hohe Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Organisationen besteht, können sich die Fokussierung und insbesondere die Vorstellungen zur Zielerreichung zwischen den Organisationen des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems erheblich differieren.

Eine wichtige Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist eine Transparenz dieser spezifischen Zielsetzungen zwischen den Partnerinnen und Partnern des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems, da sie die entscheidende Grundlage für die gemeinsame, d. h. sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Durchführung des Modellvorhabens bietet. Dies erfordert ein grundlegendes Verständnis über die Strukturen und Arbeitsweisen der Partnerorganisation, die Anerkennung der Expertise und die Kommunikation auf gleicher Augenhöhe. Zudem ist eine strukturelle Verankerung des Arbeitsbereichs Gesundheitsförderung und Prävention in der jeweiligen Institution sowie der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit erforderlich. Hierdurch kann dem oftmals an Einzelpersonen gebundenen Prozess der Gesundheitsförderung in Grundschulen entgegengewirkt werden.

Entsprechend sind die Festlegung auf Gesundheitsförderung und Prävention als wesentliche Aufgabe der jeweiligen Organisation, die kontinuierliche Unterstützung durch die Leitungsebenen, die Bereitstellung von Ressourcen und die Benennung von verbindlichen Ansprechpersonen stark unterstützend für eine nachhaltige Verankerung. Des Weiteren muss sichergestellt

werden, dass innerhalb der Organisation des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen für den Bereich der Gesundheitsförderung in Schulen etabliert sind.

4. Der Nutzen der begleitenden Evaluation (Prozessevaluation) muss für die Projektbeteiligten erkennbar sein und in einem positiven Verhältnis zum Aufwand für diese stehen.

Die Evaluation des Modellvorhabens lieferte nicht nur die Möglichkeit, die Ergebnisse hinsichtlich der Zielerreichung zu überprüfen, sondern auch die Bewertung der unterschiedlichen beteiligten Akteurinnen und Akteure kennenzulernen und in die Beurteilung einzubeziehen. Um eine möglichst differenzierte Analyse der einzelnen Zielstellungen zu erreichen, war die Erhebung entsprechend umfangreich. Nicht alle für das Projekt relevanten Daten sind jedoch auch für die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure von Bedeutung. Hieraus ergibt sich ein grundlegender Interessenkonflikt zwischen den Teilnehmenden und den Durchführenden der Evaluation mit der Folge, dass auf der Seite der Teilnehmenden das mehrfache Ausfüllen umfangreicher Erhebungsinstrumente als hohe Belastung empfunden wird und dass auf der Seite der Durchführenden nur hohe Rücklaufquoten zu einem aussagekräftigen Ergebnis führen.

Im Modellvorhaben konnte ein guter Weg gefunden werden, mit diesem Dilemma umzugehen, ohne die Möglichkeit zu haben, dieses gänzlich zu lösen. Insbesondere durch den engen Austausch der Koordinatorinnen mit den Schulen ist es gelungen, trotz der von den Schulen empfundenen Belastung durch die Evaluation einen hohen Rücklauf zu erzielen. Im Laufe des Modellvorhabens wurden bereits Ergebnisse der Evaluation in den Prozess eingebracht. Als Erweiterung von Evaluationskonzepten sollte zukünftig immer auch der Nutzen für die Teilnehmenden und ein Rückmeldesystem der Evaluationsergebnisse integriert werden. Letztgenanntes muss allerdings vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Überlegungen erfolgen, um mögliche negative Effekte, insbesondere auf die Ergebnisevaluation, zu vermeiden.

7.1.5 Gesamtbewertung

Abschließend wird eine Gesamtbewertung der Durchführung des Modellvorhabens entlang der Zielebenen und der konzeptionellen Eckpunkte der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) vorgenommen. Hierzu wurde die Erfüllung der Ziele für das Gesamtprojekt bewertet und für die zwei Komponenten – die schulärztliche Untersuchung und die Aktivitäten der Gesundheitsförderung – differenziert (siehe Tabelle 38). Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt durch eine farbliche Hervorhebung: Grün bedeutet dabei, dass dieser Aspekt zufriedenstellend und im Sinne des Konzeptes umgesetzt werden konnten; Orange wurde verwendet, wenn die Umsetzung hinter den Erwartungen zurückblieb, und Rot, wenn eine Realisierung nicht erreicht werden konnte.

Insgesamt betrachtet konnten in der Durchführung des Modellvorhabens die konzeptuellen Eckpunkte (BZgA 2013a) umgesetzt werden (siehe Tabelle 38). Bei manchen Aspekten blieb die realisierte Umsetzung etwas hinter den Erwartungen zurück. Dies betrifft bspw. die Teilnahme an den schulärztlichen Untersuchungen, die im Mittel bei knapp 61 % lag und als gutes Ergebnis vor dem Hintergrund der Kontextbedingungen zu beurteilen ist. Das Ziel, alle Schülerinnen und Schüler der dritten Klasse zu erreichen, konnte damit jedoch nicht erfüllt werden. Dieser Anspruch lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nur durch eine gesetzliche Verpflichtung, nicht jedoch durch ein freiwilliges Angebot verwirklichen. Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung schlossen hingegen alle Kinder der jeweils durch die Maßnahme adressierten Kinder ein.

Tabelle 38: Gesamtbewertung des Modellvorhabens auf Basis der Zielbereiche und der konzeptionellen Eckpunkte

	Gesamtvorhaben	Umsetzung Komponente SU	Umsetzung Komponente GF
Zielbereiche			
Zielbereich 1: Gelingende und erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens	Grün	Grün	Grün
Zielbereich 2: Hohe Akzeptanz und Beteiligung an der Gesundheitsuntersuchung	Grün	Orange	Grün
Zielbereich 3: Identifikation von Gesundheitsrisiken/-ressourcen und Ableitung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten	Grün	Grün	Grün
Zielbereich 4: Schaffung/ Etablierung relevanter Strukturen und Beteiligung bzw. Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren	Grün	Grün	Orange

	Gesamtvorhaben	Umsetzung Komponente SU	Umsetzung Komponente GF
Konzeptuelle Eckpunkte			
a. Kooperativer Ansatz			
b. Kein selektives Angebot			
c. Komplementärer Ansatz			
d. Alle relevanten Faktoren einbeziehen			
e. Nutzen für die Kinder und die Schule			
f. Partizipation			
g1. Impulse für Aktivitäten der Gesundheitsförderung			
g2. Vernetzung der Akteurinnen und Akteure			
h1. Rückinformation an die Eltern und Gesundheitsberichterstattung			
h2. Evaluation im Längsschnitt			

SU: Schulärztliche Untersuchung, GF: Gesundheitsförderung

Ein Vorschlag der Machbarkeitsstudie (BZgA 2013a) bei der schulärztlichen Untersuchung auch die Bewertung der Lehrerinnen und Lehrer einzubeziehen, konnte nicht umgesetzt werden. Dies hätte neben einem deutlichen höheren Erhebungsaufwand auch eine wesentliche Veränderung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen bedeutet, die im Rahmen des Modellvorhabens nicht leistbar waren. Lehrerinnen und Lehrer waren in den meisten Schulen jedoch aktiv in die Bewertung der Ergebnisse und der Entwicklung der Aktivitäten der Gesundheitsförderung involviert, so dass ihre Beobachtungen im weiteren Prozess berücksichtigt werden konnten.

Auch konnte im Modellvorhaben eine Verknüpfung mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung nicht realisiert werden. Der hohe Aufwand, der sich aus der Verknüpfung der Daten nicht nur aus datenschutzrechtlicher Sicht ergibt, ließ eine Umsetzung im Modellvorhaben nicht zu. Als Alternative wurden Trendanalysen zwischen den Daten der Schuleingangsuntersuchung und der schulärztlichen Untersuchung des Modellvorhabens festgelegt. Im Modellvorhaben zeigte sich, dass auch hier deutliche Grenzen in der Umsetzung bestehen. Dies liegt zum einen an Veränderungen der Erhebungsmethodik, die zum einen der Anpassung an eine höhere Altersstufe der Kinder und einem gemeinsamen, d. h. in allen Modellregionen eingesetzten Untersuchungskatalog geschuldet ist. Zum anderen ist der Aufwand, die Daten für die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Schulen zu aggregieren, sehr hoch und war im Rahmen des Modellvorhabens nicht zu leisten, so dass kein unmittelbarer Vergleich möglich war.

7.1.6 Beitrag des Modellvorhabens zur Förderung der Gesundheit der Kinder und einer gesunden Lebenswelt Grundschule

Das Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ ist mit einem neuen und komplexen Ansatz der Gesundheitsförderung in Schulen angetreten, der auf den umfangreichen Erkenntnissen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter und in der Lebenswelt Schule aufbaut. Die Erkenntnisse des Modellvorhabens Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen leisten einen wichtigen Beitrag zur weiteren Ausgestaltung dieses Interventionsfeldes.

Wesentliche Ausgangspunkte des Modellvorhabens waren die Betrachtung der Gesundheitsförderung als Teil der Schulentwicklung, wie es im Konzept der guten, gesunden Schule (Paulus 2003, 2010; Paulus et al. 2014; Bertelsmann Stiftung 2006; Verein Anshub.de 2010) spezifiziert wurde, und die Verbindung der individuell ausgerichteten Screeninguntersuchung mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Zudem wurden die neuen Anforderungen an Schulen durch die Inklusion im Modellvorhaben integriert und in der Formulierung des Metaziels ‚Gute, gesunde und inklusive Schule‘ aufgegriffen. Das Metaziel beschreibt dabei den grundlegenden theoretisch-konzeptionellen Rahmen und dient damit primär als Orientierung für die Ausgestaltung der Durchführung wie auch der Evaluation der Gesundheitsuntersuchung.

Der neue und innovative Charakter des Modellvorhabens Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen lässt sich anhand nachstehender Aspekte konkretisieren:

- die Breite des Ansatzes, der eine Förderung der Gesundheit der Kinder über alle Komponenten des Präventionsspektrums, d. h. von der Gesundheitsförderung bis hin zur Tertiärprävention, bedienen kann
- die Beförderung der Reflexion des eigenen Handelns, der eigenen Rolle, der Aufgaben und Möglichkeiten im Bereich Bildung und Gesundheit in den Schulen bzw. der einzelnen Akteurinnen und Akteure durch das Wissen um die Gesundheit der eigenen Schülerinnen und Schüler
- die Identifikation von passenden Anknüpfungspunkten für die Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung, die nicht voraussetzungslos umgesetzt werden können, sondern individuell an die jeweilige Schule anpasst sein müssen und damit an die Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure der Schule andocken und den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler entsprechen
- die Hervorhebung der Kompetenz von Schulen bei der Entwicklung ihrer Schule zu einer gesunden Lebenswelt durch den auf die interne Prozessentwicklung abgestellten Ansatz des Gesundheitsför-

derprozesses mit einer an den Bedürfnissen der jeweiligen Schule orientierten externen Begleitung und Unterstützung sowie einer Bereitstellung von Ressourcen

Der Präventionsansatz des Modellvorhabens ist komplex, da er neben der Gesundheitsförderung auch die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einschließt, die durch die individuelle Rückmeldung an die Eltern adressiert werden. Hierdurch können für das einzelne Kind neben den Angeboten der Gesundheitsförderung in der Schule auch durch präventive und therapeutische Angebote bei entsprechender Vorstellung bei der Kinder- und Jugendärztin bzw. beim Kinder- und Jugendarzt gesundheitliche Risiken minimiert und ihr Einfluss auf die Schulentwicklung reduziert werden.

Der enge Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung ist für die Akteurinnen und Akteure der Schulen nicht abstrakt, sondern Teil ihrer täglichen Realität. Unterschiede nach sozialem Status beim Schulerfolg, in der Gesundheit sowie in der Wechselwirkung zwischen Bildung und Gesundheit werden erlebt. Entsprechend ist das Zusammenspiel zwischen Gesundheit und Bildung eine untrennbare Komponente des Schulalltags und der Schulentwicklung. Zentral ist, dass Schulen die in der Gesundheitsförderung liegenden Möglichkeiten zur Reduktion der Chancenungleichheit erkennen und nutzen können. In der Konsequenz sind spezifische Maßnahmen für die Schulen zu entwickeln bzw. bereits vorhandene Maßnahmen an den jeweiligen Schulkontext anzupassen. Dabei sollte stets die Verringerung der Chancenungleichheit ein wichtiges Ziel sein und in allen Maßnahmen Berücksichtigung finden. Ein wesentlicher Motor dafür ist, an den Kompetenzen, Interessen und Möglichkeiten der jeweiligen Schulen anzusetzen und diese auszubauen, um die Veränderungsprozesse optimal zu befördern. Die Schulen bestimmen dabei die Schritte und das Tempo des Veränderungsprozesses, und auch kleinere Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an den Schulen sollten gewürdigt werden.

8 Gender-Mainstreaming-Aspekte

Die Genderperspektive wird dem Ansatz des Gender Mainstreamings folgend sowohl bei der Gremienzusammensetzung als auch bei den Projekthaltungen berücksichtigt. Bei der Gremienzusammensetzung wurde auf eine Gleichverteilung von Frauen und Männern geachtet. Dies konnte nur im Evaluationsbeirat realisiert werden. Der Anteil der Frauen hat im Beirat deutlich überwogen.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung stellte die Genderperspektive eine zentrale querschnittliche Dimension dar, die in allen Projektschritten einbezogen wurde. So wurden bei der Vorbereitung in den Modellregionen, z. B. den Status-quo-Berichten, alle Daten geschlechterdifferenziert erfasst. Zudem wurden Geschlechteraspekte bei der Entwicklung des Untersuchungsinventars sowohl bei der Auswahl der zu berücksichtigenden Aspekte als auch bei der Auswahl der Untersuchungsinstrumente beachtet.

Auch bei der Ansprache der Eltern im Vorfeld der Beteiligung wurden Gründe im Team diskutiert, die für oder gegen eine Teilnahme aus Sicht eines Mädchen oder eines Jungen sprechen könnten. Im Verlauf der Untersuchung zeigten sich nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede in den Teilnahmeraten der schulärztlichen Untersuchung, die sich insgesamt damit decken, dass Mädchen (Frauen) offener und interessierter sind, an Studien teilzunehmen. Eine systematische Verzerrung nach Geschlecht (gender bias) bestand diesbezüglich nicht; auch wurde die schulärztliche Untersuchung von Jungen und Mädchen gerne durchgeführt und vergleichbar positiv bewertet.

Bei der Datenauswertung wurde eine Stratifizierung der Daten nach Geschlecht, Bildungsindex der Eltern und Migrationshintergrund vorgenommen. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt, wo möglich, nach alters- und geschlechterdifferenzierten Vergleichswerten (z. B. Übergewicht und Adipositas, Grobmotorik). Die nach Geschlecht stratifizierten Daten wurden auch den Schulen in einem Kurz- und Langbericht präsentiert, so dass spezifische Risiken für Mädchen und Jungen in der Schule sichtbar wurden.

Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung wurden mit einer Ausnahme (Fußball-Tore für eine Mädchen-Fußball-AG) stets für beide Geschlechtergruppen angeboten. Hinsichtlich der bestehenden gesundheitlichen Risiken war dies sicherlich eine angemessene Entscheidung, die auch bspw. bei dem Angebot einer Back-AG der Entwicklung von Geschlechterstereotypen entgegenwirken kann, wenngleich dies nicht das explizite Ziel der Aktivität war.

Auch in der Evaluation werden die Daten differenziert nach Geschlecht ausgewertet. Dies ist jedoch nur für die Gruppe der Schülerinnen und Schüler möglich. Bei den anderen Akteursgruppen wurde zur Wahrung der Anonymität auf eine Erhebung der Geschlechterzugehörigkeit verzichtet.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Nachfolgend sind die in den Modellregionen durchgeführten Veranstaltungen aufgeführt. In einer zweiten Übersicht wurden die Presseberichte zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ zusammengefasst.

Veranstaltungen

Modellregion Kreis Recklinghausen

- Auftaktveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 8. Mai. 2014. Kreishaus Recklinghausen, Recklinghausen.
- Informationsveranstaltung zum Modellvorhaben. 22. September 2014. Kreishaus Recklinghausen, Recklinghausen.
- Abschlussveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 6. Juli 2016. Kreishaus Recklinghausen, Recklinghausen.

Modellregion Stadt Flensburg

- Auftaktveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 25. Juni 2014. Grundschule Ramsharde, Flensburg.
- 2. Auftaktveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 25. Juni 2014. Hohlwegschule, Flensburg.
- Abschlussveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 14. Juli 2016. Dansk Skoleforening for Sydslesvig e. V., Flensburg.

Modellregion Stadt Kassel

- Informationsveranstaltung zum Modellvorhaben. Schulleiterdienstversammlung. 26. Juni 2014. Kassel.
- Auftaktveranstaltung zum Modellvorhaben ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘. 24. September 2014. Rathaus. Kassel.

Modellregion Kreis Recklinghausen

- Hertener Allgemeine. 04.11.2014: Untersuchung bei den Drittklässlern. Online nicht verfügbar.
- Lokalkompass.de. Untersuchung von Drittklässlern: Modellprojekt des Gesundheitsamts soll Bildungschancen verbessern. Online verfügbar unter:
<http://www.lokalkompass.de/recklinghausen/politik/untersuchung-von-drittklaesslern-modellprojekt-des-gesundheitsamts-soll-bildungschancen-verbessern-d443703.html> (Stand: 28.09.2016)
- Ärzte Zeitung. 08.05.2014: ÖGD-Ärzte wieder in die 3. Klasse. Online verfügbar unter:
http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/oegd/article/860433/modellprojekt-oegd-aerzte-3-klasse.html (Stand: 28.09.2016)
- Kreis Recklinghausen. Der vestische Kreis. Der Landrat. 08.05.2014: Modellprojekt startet im Kreis Recklinghausen. Untersuchungen von Drittklässlern sollen Bildungschancen verbessern. Online verfügbar unter: http://www.kreis-re.de/dok/aktuelles/LR/Internet/gesundheit_grundschule.pdf (Stand: 28.09.2016)
- Deutsches Ärzteblatt. 09.05.2014. Gesundheitsuntersuchung in der Grundschule soll Kindergesundheit verbessern. Online verfügbar unter:
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58598> (Stand: 28.09.2016)
- Glocke online - Tageszeitung in den Kreisen Warendorf und Gütersloh. Ohne Datum. Gesundheits-Check für Grundschüler. Online verfügbar unter: <http://www.die-glocke.de/Gesundheits-Check-fuer-Grundschueler-9896ead4-e4a0-46d5-9be0-f7cbfb81a6eb-ds> (Stand: 28.09.2016)
- Nachrichten Heute Deutschland. 08.05.2014. Gesundheits-Check für Grundschüler
- Idr – Informationsdienst Ruhr. 08.05.2014. Kreis Recklinghausen startet bundesweites Modellprojekt zur Kindergesundheit. Online verfügbar unter:
<http://www.informationsdienst.ruhr/archiv/detail/archiv/2014/may/artikel/kreis-recklinghausen-startet-bundesweites-modellprojekt-zur-kindergesundheit.html> (Stand: 28.09.2016)
- Bild. 08.05.2014. Modellversuch: Recklinghausen untersucht Drittklässler. Online verfügbar unter:
<http://www.bild.de/regional/koeln/modellversuch-recklinghausen-untersucht-drittklaessler-35879056.bild.html> (02.11.2016)
- News4teachers. Das Bildungsmagazin. 10.05.2014. Modellprojekt für mehr Schuluntersuchungen startet. Online verfügbar unter: <http://www.news4teachers.de/2014/05/modellprojekt-fuer-mehr-schuluntersuchungen-startet/>

- Radiovest.de. lokalnachrichten. 09.05.2014. Pilotprojekt: Drittklässler im Kreis sollen medizinisch untersucht werden. Online verfügbar unter:
<http://www.radiovest.de/vest/lokalnachrichten/lokalnachrichten>
- Presseservice. 08.05.2014. Modellprojekt zur Untersuchung von Drittklässlern startet im Kreis Recklinghausen. Online verfügbar unter: <http://www.presse-service.de/data.cfm/static/880407.html> (Stand: 28.09.2016)
- Pressrelations. Schneller mehr wissen. 08.05.2014. 'Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen'/ Startschuss des Modellprojekts fällt im Landkreis Recklinghausen. Online nicht verfügbar.
- WDR. Studio Essen. 08.05.2014. Recklinghausen: Schuluntersuchungen sollen vorbeugen. Online nicht verfügbar.
- Focus online. 08.05.2014. Modellversuch: Recklinghausen untersucht Drittklässler. Online verfügbar unter: http://www.focus.de/regional/recklinghausen/schulen-modellversuch-recklinghausen-untersucht-drittklaessler_id_3829199.html (28.09.2016)
- Westfalen heute. 08.05.2014. Gesundheitscheck für Grundschüler startet im Kreis Recklinghausen. Online nicht verfügbar.
- westline. 08.05.2014. Modellversuch: Recklinghausen untersucht Drittklässler. Online nicht verfügbar.
- Westfälische Rundschau. 03.11.2014: Modellprojekt soll Untersuchungslücke schließen. Online verfügbar unter: <http://www.derwesten.de/wr/staedte/unservest/pilotprojekt-soll-untersuchungsluecke-von-schuelern-schliessen-id9998235.html> (02.11.2016)
- Gesund Aufwachsen im Revier. 17.02.2015: GrundGesund im Kreis Recklinghausen – Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen. Online verfügbar unter: <http://www.gesund-aufwachsen.ruhr/grundgesund-im-kreis-recklinghausen-gesundheitsuntersuchung-in-grundschulen/> (02.11.2016)
- Kölner Rundschau. 08.05.2014: Modellversuch: Recklinghausen untersucht Drittklässler. Online verfügbar unter: <http://www.rundschau-online.de/modellversuch--recklinghausen-untersucht-drittklaessler-4267872> (02.11.2016)
- Berliner Zeitung. 08.05.2014: Modellversuch: Recklinghausen untersucht Drittklässler. Online verfügbar unter: <http://www.berliner-zeitung.de/modellversuch--recklinghausen-untersucht-drittklaessler-4267872> (02.11.2016)

Modellregion Stadt Flensburg

- Flensburger Tageblatt. 19.11.2014: Modellprojekt: Schuluntersuchungen für Drittklässler. Online verfügbar unter: <http://www.shz.de/lokales/flensburger-tageblatt/schuluntersuchungen-fuer-drittklaessler-id8228121.html> (Stand: 28.09.2016)
- MoinMoin. 10.12.2014: Gesunde Schüler lernen leichter. Online verfügbar unter: <http://www.moinmoin.de/detailansicht-news/gesunde-schueler-lernen-leichter.html> (Stand: 28.09.2016)
- Flensburger Tageblatt. 05.10.2016: Flensburger Schulen stellen sich vor – Falkenbergschule. Online verfügbar unter: http://www.falkenbergschule-flensburg.de/fileadmin/Ordner_Redakteure/Zeitungsartikel/Interview_Teil_1.jpg (02.11.2016; http://www.falkenbergschule-flensburg.de/fileadmin/Ordner_Redakteure/Zeitungsartikel/Interview_Teil_2.jpg (02.11.2016)
- Kölner Stadtanzeiger. 18.11.2014: Gesundheitsprojekt für Grundschüler in Flensburg gestartet. Online verfügbar unter: <http://www.ksta.de/gesundheitsprojekt-fuer-grundschueler-in-flensburg-gestartet-311434> (02.11.2016)

Modellregion Stadt Kassel

- Krankenkassen. Deutschland. 24_09_2014: Drittklässler-Gesundheit wird in Kasseler Modellversuch untersucht. Online verfügbar unter: <http://www.krankenkassen.de/dpa/255970.html> (Stand: 28.09.2016)
- Hessische Niedersächsische Allgemeine. 29.09.2014: Drittklässler-Gesundheit wird in Kasseler Modellversuch untersucht. Online verfügbar unter: <http://www.hna.de/kassel/stadt-kassel/drittklaessler-gesundheit-kasseler-modellversuch-untersucht-3923160.html> (Stand: 28.09.2016)
- Bild. 24.09.2014. Drittklässler-Gesundheit wird in Kasseler Modellversuch untersucht.
- mittelhessen.de. 24.09.2014. Drittklässler-Gesundheit wird in Kasseler Modellversuch untersucht. Online verfügbar unter: http://www.mittelhessen.de/hessen-welt/hessen-news_artikel,-Drittklaessler-Gesundheit-wird-in-Kasseler-Modellversuch-untersucht-_arid,346230.html (Stand: 28.09.2016)

- Welt. 24.09.2014. Drittklässler-Gesundheit wird in Kasseler Modellversuch untersucht. Online verfügbar unter: <https://www.welt.de/regionales/hessen/article132561376/Drittklaessler-Gesundheit-wird-in-Kasseler-Modellversuch-untersucht.html> (Stand: 28.09.2016)
- Apotheken.de. Palmenapotheke. 22.05.2014. Gesundheitscheck in Schulen. Modellprojekt gestartet. Online verfügbar unter: <http://www.apotheken.de/club/34117/palmen-apotheke/leistungen/news-detail/article/gesundheitscheck-in-schulen/?cv=nc%3F%27&cHash=9201a819500f38dabf0e9a0b9663766b> (Stand: 28.09.2016)
- Frankfurter Neue Presse. 24.09.2014: Besuch vom Amtsarzt – Modellversuch zur Gesundheit von Drittklässlern. Online verfügbar unter: <http://www.fnp.de/rhein-main/Modellversuch-zur-Gesundheit-von-Drittklaesslern;art1491,1049201> (02.11.2016)
- Pharmazeutische Zeitung Online. 24.09.2014. Kinder: Modellversuch zur Gesundheit. Online verfügbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=54351> (02.11.2016)
- RTL Hessen. 17.02.2015. Gesundheitscheck bei Kasseler Grundschulern. Dokumentation.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)

Als Ergebnis des Modellvorhabens Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen liegt ein evaluiertes Konzept einschließlich erprobter Prozessabläufe und umfangreicher Materialien für die einzelnen Komponenten vor. Hervorzuheben ist, dass mit dem Angebot der Gesundheitsuntersuchung alle Schülerinnen und Schüler erreicht werden und Kinder eine umfängliche Unterstützung ihrer Gesundheit erhalten können. Dies gelingt dadurch, dass mit der schulärztlichen Untersuchung sowie den Aktivitäten der Gesundheitsförderung Impulse sowohl für die individuelle als auch für die kollektive Gesundheit von Schülerinnen und Schüler gegeben werden. Zugleich erhalten Schulen über die Daten zur Gesundheit ihrer Schülerschaft spezifische und konkrete Hinweise darauf, wo Ressourcen und Risiken in der Gesundheit ihrer Schülerschaft bzw. in ihrer Lebenswelt bestehen, die Schulen sowohl unmittelbar für die Schülerinnen und Schüler als auch im Sinne der Organisationsentwicklung zu einer gesunden Lebenswelt nutzen können.

Die Durchführung des Modellvorhabens zeigte, dass sich eine enge Kooperation mit den Akteurinnen und Akteuren des Schul- und Gesundheitsbereich in den Modellregionen gut etablieren ließ und dies eine zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung des Modellvorhabens war. Hierzu müssen allerdings langfristige Strukturen geschaffen werden, in denen eine regelhafte Kooperation der unterschiedlichen Systeme möglich wird. Wesentlich hierfür ist, die Verständigung auf gemeinsame Ziele und die strukturelle Verankerung des Themenfeldes ‚Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Schule‘ in dem jeweiligen System.

Die Voraussetzungen für die Nutzung sowohl des Gesamtkonzeptes als auch der einzelnen Komponenten sind mit Abschluss des Modellvorhabens gegeben. Konkret sind folgende Varianten des Transfers in die Routine denkbar:

- Flächendeckende Einführung der Gesundheitsuntersuchung in einem Land
- Selektive bzw. bedarfsorientierte Einführung der Gesundheitsuntersuchung auf kommunaler oder Landesebene.

Bei Erstgenanntem hängt die Einführung stark von den jeweils gegebenen Voraussetzungen auf Landesebene ab. So ließen sich Komponenten der Gesundheitsuntersuchung in den Ländern mit bereits vorhandener flächendeckender Durchführung von schulärztlichen Untersuchungen in der Grundschule integrieren. Hierdurch könnte der Transfer der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung in die Lebenswelt Grundschule und somit der Ausbau der Gesundheitsförderung in den Schulen befördert werden. In Ländern, in denen keine flächendeckende schulärztliche Untersuchung in der Grundschule

durchgeführt wird, wäre ein solches Angebot mit der Bereitstellung umfangreicher Ressourcen für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung verbunden und steht damit in enger Abhängigkeit von politischen Entscheidungen auf Ebene der Länder und der Kommunen. Darunter fällt auch die Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Allgemeinen und des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Besonderen.

Alternativ ist auch ein selektives Angebot der Gesundheitsuntersuchung denkbar. Hier könnte im Bedarfsfall, z. B. auf Wunsch einer Kommune oder auf Wunsch von Schulen, diese angeboten werden. Die Durchführung könnte sowohl die Verbesserung der Gesundheit von Kindern als auch die Etablierung der Gesundheitsförderung in Schulen unterstützen, indem Daten zur aktuellen gesundheitlichen Lage der Schülerinnen und Schüler vorliegen. Auf dieser Basis können passgenaue gesundheitsbezogene Interventionen in den Schulen entwickelt und darüber hinaus spezifische Gesundheitsziele abgeleitet werden. Des Weiteren schaffen sie die Grundlage, den Fortschritt in der Förderung der Gesundheit von Schülerinnen und Schüler sowie in der Entwicklung von Schulen zu einer gesunden Lebenswelt zu evaluieren.

Durch die Konzeption der schulärztlichen Untersuchung bestehen enge Schnittstellen zur Schuleingangsuntersuchung, und sie könnte damit ein weiterer Baustein in der Erfassung der Gesundheit von Kindern im Lebenslauf sein. Damit würde nicht nur eine gute Basis für eine lebenslaufbezogene Betrachtung der Gesundheit von Kindern geschaffen, sondern auch für eine Bewertung der Effekte fördernder Maßnahmen im Nachgang bspw. der Schuleingangsuntersuchung. Allerdings sind in diesem Zusammenhang die entsprechenden formalen Voraussetzungen zu prüfen, die im besten Fall eine solche längsschnittliche Verknüpfung der Daten erlauben.

Die Ergebnisse des Modellvorhabens weisen auf zentrale fördernde und hemmende Faktoren in der Entwicklung von Grundschulen zu gesunden Lebenswelten hin, die ausführlich in Kapitel 8 beschrieben wurden. Hervorzuheben sind:

- die Etablierung einer engen Kooperation zwischen dem Schul- und Gesundheitsbereich,
- die strukturelle Unterstützung der Lebenswelt Schule zur Entwicklung einer guten, gesunden Schule,
- die individuelle Begleitung der Schulen im Prozess der Gesundheitsförderung z. B. durch eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator und
- die Bereitstellung von an die Bedarfe von Schulen angepassten Materialien in Form eines Schulgesundheitsberichtes und einer Toolbox.

Eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes erfolgt. Die Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben können instruktiv für die weiteren Aktivitäten in diesem Feld sein, insbesondere sollte der Entwicklung von unterstützenden Strukturen Vorrang vor der Förderung von Einzelprojekten gegeben werden. Sie weisen zudem darauf hin, dass die Beteiligung an und die Durchführung von unterschiedlichen Projekten zur Gesundheitsförderung die Kompetenzen und Möglichkeiten der Schulen, eigenständig im Sinne der Gesundheitsförderung zu handeln, nicht ausreichend befördern. Eine sinnvolle Unterstützung könnte die Einrichtung eines begleitenden Unterstützungssystems im Sinne der im Modellvorhaben eingesetzten Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren sein. Diese Schlüsselstellen sollten bestmöglich kommunal verankert und gut vernetzt mit den Strukturen vor Ort und den Schulen sein. Neben Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Schulentwicklung sollten diese Personen auch über Kompetenzen im Veränderungsmanagement und der Begleitung von komplexen Prozessen verfügen. Interessant wäre es, ein solches Modell zu erproben, um die noch offenen Fragen beantworten zu können, z. B.: Wo genau sollte eine solche Stelle angesiedelt sein? Wie kann die Begleitung der Schulen optimal gestaltet werden und welche Effekte auf die Entwicklung der Schulen zu einer gesunden Lebenswelt lassen sich damit erzielen?

Ein zusätzlicher Aspekt, der Schulen und weitere Akteursgruppen bei der Etablierung einer guten, gesunden und inklusiven Schule unterstützen könnte, wäre die Systematisierung unterschiedlicher Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung. Aufgrund der hohen Anzahl von Einzelprojekten ist es für Akteurinnen und Akteure schwierig, einen Überblick zu den vorhandenen Projekten zu bekommen. Auch die Auswahl eines für die Schule geeigneten, d. h. den Veränderungsprozess in der Schule befördernden Projektes ist mitunter für die Akteurinnen und Akteure in den Schulen eine hohe Anforderung, die nicht immer zufriedenstellend gelingt. Im Rahmen des Modellvorhabens wurde eine Tool-Box erstellt, die die Schulen bei der Verstetigung der Aktivitäten unterstützen soll. Bewusst wurden darin vor allem Projekte zusammengestellt, die unter schulischen Alltagsbedingungen durchgeführt werden können, d. h. die keinen allzu großen Ressourceneinsatz fordern. Die Tool-Box ist derzeit auf die drei teilnehmenden Modellregionen und die Länder zugeschnitten. Eine Erweiterung auf Bundesebene könnte eine interessante Überlegung sein. Für den langfristigen Nutzen wäre jedoch auch die Pflege einer solchen Tool-Box zu prüfen.

Eine weitere sinnvolle Ergänzung wäre die Möglichkeit, ein Coaching für Gesundheitsförderung an Grundschulen zu entwickeln und zu etablieren. Hier kann bereits auf die umfangreichen Erfahrungen in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und insbesondere der Landesprogramme zurückgegriffen werden. Das Coaching sollte den Schulen kostenfrei angeboten werden.

Konkrete Empfehlungen für die Umsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit lassen sich aus den Erkenntnissen des Modellvorhabens ableiten, die für die Weiterentwicklung der guten, gesunden und inklusiven Schule und somit auch für die Umsetzung des Präventionsgesetzes in dieser Lebenswelt von Bedeutung sind. Hierzu trägt der Ansatz des Modellvorhabens bei, der in mehrfacher Weise integrativ ist, da er sowohl die unterschiedlichen Präventionsansätze mit seiner individuellen und kollektiven Orientierung vereint als auch zu einer engen und nachhaltigen Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure beiträgt.

Die Entscheidungs- und Handlungsebenen des Modellvorhabens sind primär auf kommunaler und Landesebene angesiedelt. Diese spielen ebenso bei der konkreten Umsetzung des Präventionsgesetzes gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale Rolle. Auf Bundesebene kann eine Unterstützung durch übergreifende Impulse (z. B. Handlungsempfehlungen, Rahmenempfehlungen) bzw. die gezielte Förderung von Initiativen erfolgen, die nachstehend aufgeführt sind:

1. Unterstützung der Länder und Kommunen bei der Einführung einer Gesundheitsuntersuchung bzw. der Integration von Komponenten der Gesundheitsuntersuchung in Kommunen bzw. im Land, z. B. mit der Förderung eines Transferprojektes
2. Unterstützung der Länder und Kommunen darin, dass bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule
 - a. eine enge Zusammenarbeit zwischen Bildung- und Gesundheitsbereich etabliert wird,
 - b. bereits zu Projektbeginn Schulen unterstützt werden, Strategien zur Verstetigung zu entwickeln,
 - c. Schulen individuell unterstützt werden, langfristig und auf Organisationsentwicklung angelegte Maßnahmen durchführen zu können und
 - d. ein unterstützendes und begleitendes System zur Implementierung von Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule entwickelt und angeboten wird.
3. Weiterentwicklung und Ausbau der Gesundheitsförderung in Deutschland zum Lernenden System durch
 - a. eine systematische und transparente Bereitstellung von Informationen zur Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule,
 - b. eine Unterstützung des Dialogs innerhalb der Lebenswelt Schule sowie zwischen den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen
 - c. eine Etablierung eines nationalen Diskurses zur gesunden Lebenswelt Schule mit enger Beteiligung kommunaler und landesbezogener Akteurinnen und Akteure bzw. Expertinnen

- und Experten aus dem Bildung- und Gesundheitsbereich, z. B. zu Vernetzung, zu Gelingensbedingungen, zum Transfer in andere Lebenswelten und zur Qualität
- d. Schaffung eines übergreifenden Monitoringsystems bzw. von Schnittstellen zwischen etablierten Monitoringsystemen des Bildungs-, Schul- und Gesundheitssystems, mit der Festlegung von Schlüsselindikatoren zur langfristigen Beobachtung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Schülerinnen und Schülern
4. Fortentwicklung des Interventionsfeldes durch begleitende Forschung, die möglichst interdisziplinär, d. h. durch Bildung- und Gesundheitswissenschaften, erfolgen sollte.

11 Publikationsverzeichnis

Derzeit werden umfassende wissenschaftliche Publikationen zum Modellvorhaben erstellt. Hier erfolgt eine enge Abstimmung mit der BZgA und dem BMG im Sinne des besonderen Charakters des Projektes – als Modellvorhaben – und vor dem Hintergrund der Besonderheiten des Zuwendungsrechtes. Bereits erfolgte, nachgehend spezifizierte Vorträge und Publikationen wurden im Vorfeld abgestimmt und genehmigt.

Vorträge

Babitsch, Birgit (2014): Vorstellung des Modellvorhabens ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ ‚GrundGesund‘. Koordinierungsgespräch zwischen den Referentinnen und Referenten für Gesundheitsförderung der Kultusverwaltungen der Länder und der BZgA. Köln.

Babitsch, Birgit; Maslon Eveline (2014): Vorstellung des Modellvorhabens ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ ‚GrundGesund‘. Vorstandssitzung des Berufsverbandes der Ärzte und Ärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. 21. März 2014. Magdeburg.

Babitsch, Birgit (2015): Ergebnisse des Modellvorhabens ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ ‚GrundGesund‘. Parlamentarisches Frühstück. 10. September 2015. Berlin.

Babitsch, Birgit (2015): GrundGesund – die Grundschul-Gesundheitsuntersuchung für Drittklässler. Statuskonferenz „Schulen gesundheitsförderlich entwickeln und erhalten“. 18. November 2015. Fulda

Babitsch, Birgit (2016): Vorstellung der Ergebnisse des Modellvorhabens ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ ‚GrundGesund‘. Koordinierungsgespräch zwischen den Referentinnen und Referenten für Gesundheitsförderung der Kultusverwaltungen der Länder und der BZgA. 18. Oktober 2016. München.

Publikationen

Babitsch, Birgit; Cruel, Eva; Maslon, Eveline; Töppich, Jürgen (2015): Gesundheitsförderung im Grundschulalter – Das Modellvorhaben »Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen« (»GrundGesund«). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sonderband 01. Köln, S. 207-222.

Babitsch, Birgit (2015): GrundGesund – die Grundschul-Gesundheitsuntersuchung für Drittklässler. Statusbericht 13. Dokumentation der Statuskonferenz 2015. „Schulen gesundheitsförderlich entwickeln und erhalten“. Bonn.

12 Literaturverzeichnis

- ACKEREN, I. VAN, ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA, O., BINNEWIES, C., CLAUSEN, M., DORMANN, C., PREISENDÖRFER, P., ROSENBUSCH, C. & SCHMIDT, U. 2011. Evidenzbasierte Schulentwicklung. Ein Forschungsüberblick aus interdisziplinärer Perspektive. *Die Deutsche Schule*, 103 (2), 170-184.
- AEKNO - ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN. 2016. Gesund macht Schule. Online verfügbar unter: <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5290> [besucht am 02.11.2016].
- ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN, ÄRZTEKAMMER HAMBURG & AOK RHEINLAND/HAMBURG - Die Gesundheitskasse (Hrsg.). 2016. Gesund macht Schule. Online verfügbar unter: <http://www.gesund-macht-schule.de/page.asp?pageID=25> [besucht am 20.10.2016].
- AG:QME - ARBEITSGRUPPE "QUALITÄTSMANAGEMENT UND EVALUATION". 2009. Feststellung der "Basisdaten" der Einrichtungen im Netzwerk "Bildung und Gesundheit". Evaluationskonzept. 1. Düsseldorf.
- AID INFODIENST VERBRAUCHERSCHUTZ, ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT (Hrsg.). 2010a. Bunt ist gesund – Gemüse und Obst. Baustein zur Ernährungsbildung in der Grundschule. Bonn.
- AID INFODIENST VERBRAUCHERSCHUTZ, ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT (Hrsg.). 2010b. 5 Sterne fürs Frühstück. Bausteine zur Ernährungsbildung in der Grundschule. Bonn.
- AID INFODIENST VERBRAUCHERSCHUTZ, ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT (Hrsg.). 2010c. So schmeckt mir Werbung. Baustein zur Verbraucherbildung für die Klassen 3 bis 6. Bonn.
- AID INFODIENST VERBRAUCHERSCHUTZ, ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT (Hrsg.). 2010d. aid-Ernährungsführerschein. Bonn.
- AID INFODIENST VERBRAUCHERSCHUTZ, ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT (Hrsg.). 2015. Für Gemüseforscher und Obstdetektive. Module zur Ernährungsbildung für die Grundschule. Bonn.
- AOK HESSEN. 2016. Gesunde Kinder. Gesunde Zukunft. Online verfügbar unter: <https://dafuer-sind-wir-aok.de/gkgz/fit-und-gesund-in-kita-und-schule/> [besucht am 27.10.2016].
- AUGSTE, C., JAITNER, D. & STORR, U. 2012. Schuleingangsuntersuchung offenbart soziale Unterschiede bei Körperkomposition, Bewegungsverhalten und motorischem Entwicklungsstand. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 63 (9), 283-288.
- BA - BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. 2015a. Strukturdaten und -indikatoren. Flensburg. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201506/iiia4/zdf-sdi/sdi-119-0-201506-pdf.pdf> [besucht am 31.10.2016].
- BA - BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. 2015b. Strukturdaten und -indikatoren. Kassel. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201506/iiia4/zdf-sdi/sdi-435-0-201506-pdf.pdf> [besucht am 31.10.2016].
- BA - BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. 2016a. Strukturdaten und -indikatoren. Recklinghausen. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiia4/zdf-sdi/sdi-375-0-pdf.pdf> [besucht am 11.10.2016].
- BA - BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. 2016b. Strukturdaten und -indikatoren. Flensburg. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiia4/zdf-sdi/sdi-119-0-pdf.pdf> [besucht am 26.10.2016].
- BA - BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. 2016c. Strukturdaten und -indikatoren. Kassel. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201512/iiia4/zdf-sdi/sdi-435-0-201512-pdf.pdf> [besucht am 26.10.2016].
- BABITSCH, B. 2013. Vorhabensbeschreibung. Zuwendungsantrag an die BZgA. Osnabrück.

- BABITSCH, B. & GÖTZ, N. A. 2016. Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter und die Herausforderungen für die Präventions- und Versorgungsforschung. *Kinder- und Jugendmedizin*, 16 (3), 167-172.
- BAILEY-DAVIS, L., HORST, M., HILLEMIEIER, M. M. & LAUTER, A. 2012. Obesity disparities among elementary-aged children: data from school-based BMI surveillance. *Pediatrics*, 130 (6), 1102-1109. doi: 10.1542/peds.2012-0192.
- BALTUSSEN, R., NAUS, J. & LIMBURG, H. 2009. Cost-effectiveness of screening and correcting refractive errors in school children in Africa, Asia, America and Europe. *Health policy*, 89 (2), 201-215. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.06.003.
- BALU UND DU. 2016. Balu und Du. Online verfügbar unter: <http://www.balu-und-du.de/home/> [besucht am 26.10.2016].
- BARDEHLE, D. & RAZUM, O. 2011. Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Deutschland. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, 173-190.
- BARKHOLZ, U., GABRIEL, R., JAHN, H. & PAULUS, P. 2001. *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit*. Norderstedt: Libri.
- BARMER GEK. 2016. *Gesunde Schule – Gute Schule*. Online verfügbar unter: <https://www.barmer-gek.de/gesundheitscampus/gesundheitswelten/schulen/auf-dem-weg-zu-einer-gesunden-schule/weg-zur-gesunden-schule-3804> [besucht am 27.10.2016].
- BAUMANN, T. 2013. *Atlas der Entwicklungsdiagnostik. Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- BEELMANN, A. 2016. Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (Hrsg.). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys »Health Behaviour in School-aged Children«*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 267-283.
- BEN-SHLOMO, Y. & KUH, D. 2002. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31 (2), 285-293. doi: 10.1093/ije/31.2.285.
- BERLIT, P. (Hrsg.). 2011. *Klinische Neurologie. 3., erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- BERLIT, P. (Hrsg.). 2014. *Basiswissen Neurologie. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- BERTELSMANN STIFTUNG (Hrsg.). 2006. *Die gute gesunde Schule. Definition, Prinzipien, Handlungsfelder, Merkmale, Strategien und andere Konzepte*. Gütersloh. Online verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_20065_20066_2.pdf [besucht am 28.10.2016].
- BERTELSMANN STIFTUNG. (Hrsg.). 2012. *Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter*. Gütersloh.
- BERTHOLD, B. 2008. *Einschulungsregelungen und flexible Eingangsstufe. Recherche für den Nationalen Bildungsbericht 2008 im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts*. Stand: Februar 2008. München.
- BEZIRKSAMT STEGLITZ-ZEHLENDORF. 2015. *Elternfragebogen zur Einschulungsuntersuchung*. Online verfügbar unter: <http://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/politik-und->

verwaltung/aemter/gesundheitsamt/kinder-und-jugendgesundheitsdienst/artikel.91465.php [besucht am 20.05.2015].

- BITTLINGMAYER, U. H., SAHRAI, D. & SIRCH, U. 2007. Die integrierte schulische Elternarbeit von „Erwachsen werden“. Eine Wirksamkeitsanalyse von Elternmaterialien an deutschen Schulen. Abschlussbericht der Bielefelder Begleitforschung. Bielefeld.
- BKK BV, DGUV, AOK-BV & vdek - BKK BUNDESVERBAND, BGAG - INSTITUT ARBEIT UND GESUNDHEIT DER DEUTSCHEN GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG, AOK-BUNDESVERBAND & VERBAND DER ERSATZKASSEN (Hrsg.). 2008. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. iga.Report. 13. Essen, Dresden, Bonn, Siegburg. Online verfügbar unter: http://www.von-herzen-gesund.de/wp-content/uploads/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf [besucht am 02.11.2016].
- BKK DACHVERBAND. 2016. Fit von klein auf. BKK Gesundheitsförderung für Kitas und Grundschulen. Online verfügbar unter: <http://www.fitvonkleinauf.de/grundschulen/> [besucht am 26.10.2016].
- BLANCK, J. M. 2015. Schulische Integration und Inklusion in Deutschland. Eine vergleichende Betrachtung der 16 Bundesländer. In: Kuhl, P., Stanat, P., Lütje-Klose, B., Gresch, C., Pant, H. A. & Prenzel, M. (Hrsg.). Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Wiesbaden: Springer VS, 153-177.
- BMEL - BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT. 2016. Das EU-Schulobst- und -gemüseprogramm. Online verfügbar unter: http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/KitaSchule/_Texte/DossierKitaUndSchule.html;jsessionid=42661C50A64381D107C760421FE93DFB.2_cid288?nn=391874¬First=false&docId=1067744 [besucht am 26.10.2016].
- BMEL & BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT & BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.). 2014. „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/AktionsplanINFORM.pdf?__blob=publicationFile [besucht am 31.10.2016].
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). 2009. Motorik-Modul. Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Forschungsreihe. 5. Baden Baden: Nomos-Verlag.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.). 2010. Evaluation des Modellprojekts Ausbildungsorientierte Elternarbeit im Jugendmigrationsdienst. Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken, Jugendliche im Übergang Schule und Beruf fördern. Berlin.
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.). 2008. Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf [besucht am 31.10.2016].
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.). 2009. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren. Wissenschaftliche Expertise der Charité und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Berlin. Online verfügbar unter: http://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/Studie_Expertise_zum_Thema_Fruherkennungsuntersuchungen_bei_Kindern_im_Alter_von_6_bis_10_Jahren.pdf [besucht am 02.11.2016].

- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.). 2010. Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziel_e/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf [besucht am 31.10.2016].
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2016. Präventionsgesetz. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> [besucht am 26.10.2016].
- BMU - BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ UND REAKTORSICHERHEIT (Hrsg.). 2013. Wasser ist Leben. Arbeitsheft für Schülerinnen und Schüler. Grundschule. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bmub.bund.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/Bildungsmaterialien/gs_wasser_schueler.pdf [besucht am 26.10.2016].
- BOBAN, I. & HINZ, A. (Hrsg.). 2003. Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Halle. Online verfügbar unter: <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20German.pdf> [besucht am 03.11.2016].
- BÖS, K., WORTH, A., HEEL, J., OPPER, E., ROMAHN, N., TITTLBACH, S., WANK, V. & WOLL, A. 2004. Testmanual des Motorik-Moduls im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts. Themenheft Haltung und Bewegung. Wiesbaden.
- BOOTH, T. & AINSCOW, M. 2002. Index for inclusion: developing learning and participation in schools. London. Online verfügbar unter: <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20English.pdf> [besucht am 03.11.2016].
- BORCHERT, S. & KOLBE, M. 2012. Audit Gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention - KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 41. Köln, 100-106.
- BORRMANN, A., MENSINK, G. & KiGGS STUDY GROUP. 2015. Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Welle 1. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 58 (9), 1005-1014. doi: 10.1007/s00103-015-2208-4.
- BORTZ, J. & DÖRING, N. 2006. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- BORTZ, J. & SCHUSTER, C. 2010. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- BRÄGGER, G. & POSSE, N. 2007a. Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen IQES. Band 1: Schritte zur guten Schule. Bern: h.e.p. Verlag ag.
- BRÄGGER, G. & POSSE, N. 2007b. Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen IQES. Band 2: Vierzig Qualitätsbereiche mit Umsetzungsideen. Bern: h.e.p. Verlag ag.
- BRAUN-FAHRLÄNDER, C., WÜTHRICH, B., GASSNER, M., GRIZE, L., SENNHAUSER, F. H., Varonier, H. S., VUILLE, J.-C. & SCARPOL-TEAM. 1997. Validation of a rhinitis symptom questionnaire (ISAAC core questions) in a population of Swiss school children visiting the school health services. Pediatric Allergy and Immunology, 8 (2), 75-82. doi: 10.1111/j.1399-3038.1997.tb00147.x.
- BRETTSCHNEIDER, A.-K., SCHAFFRATH ROSARIO, A., KUHNERT, R., SCHMIDT, S., WIEGAND, S., ELLERT, U. & KURTH, B.-M. 2015. Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports. BMC Public Health, 15:1101. doi: 10.1186/s12889-015-2467-x.

- BRUHN, M. 2005. Unternehmens- und Marketingkommunikation. Handbuch für ein integriertes Kommunikationsmanagement. München: Verlag Vahlen.
- BUCKSCH, J. & SCHLICHT, W. 2014. Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 65 (1), 15-21. doi: 10.5960/dzsm.2012.077.
- BUCKSCH, J., FINNE, E., GOHRES, H., BILZ, L., MOOR, I., RICHTER, M., KOLIP, P. & HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2016. Die Methodik des HBSC-Surveys 2013/14. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (Hrsg.). Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys »Health Behaviour in School-aged Children«. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 35-46.
- BUHEITEL, G. 2014. Allgemeine Symptomatik, Anamnese, klinische und ergänzende Untersuchungen. In: Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J. & Zepp, F. (Hrsg.). Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1335-1348.
- BUHREN, C. G. & ROLFF, H.-G. 2012. Handbuch Schulentwicklung und Schulentwicklungsberatung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- BVA & DOG - BERUFSVERBAND DER AUGENÄRZTE DEUTSCHLANDS & DEUTSCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT. 1998. Augenärztliche Basisdiagnostik bei Patienten ab dem 7. Lebensjahr. Leitlinie Nr. 4. Online verfügbar unter: <http://augeninfo.de/leit/leitlinie.php?nr=leit04> [besucht am 02.11.2016].
- BVA & DOG - BERUFSVERBAND DER AUGENÄRZTE DEUTSCHLANDS & DEUTSCHE OPHTHALMOLOGISCHE GESELLSCHAFT. 2011. Versorgung von Sehbehinderten und Blinden. Leitlinie Nr. 7. Online verfügbar unter: <http://augeninfo.de/leit/leit.php> [besucht am 02.11.2016].
- BVKJ - BERUFSVERBAND DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE. 2014. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Online verfügbar unter: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/vorsorge/> [besucht am 07.11.2014].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2000. Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 8. 2. Auflage. Köln. Online verfügbar unter: https://www.bzga.de/botmed_60608000.html [besucht am 20.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2002. Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in der Grundschule. Köln. Online verfügbar unter: http://www.bzga.de/botmed_20420000.html [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2008. Suchtprävention in der Grundschule. 1. Naschen. 2. Arzneimittel. Materialien zur Suchtprävention für die 1. bis 4. Klasse. Köln. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=1570> [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2009a. Suchtprävention in der Grundschule. Fernsehen. Materialien zur Suchtprävention für die 1. bis 4. Klasse. Köln. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/unterrichtsmaterialien/nachschulform/?idx=1718> [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2009b. Fußball, Fitness, Ernährung. Materialien für den Sachunterricht in der Grundschule. Köln. Online verfügbar unter: http://www.bzga.de/botmed_20480000.html [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2010. Suchtprävention in der Grundschule. Nichtrauchen. Materialien zur Suchtprävention für die 3. und 4. Klasse. Köln. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=2023> [besucht am 27.10.2016].

- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2013a. Machbarkeitsstudie Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen. Köln. Online verfügbar unter: <https://www.bzga.de/?id=start&sid=1126> [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2013b. Unterricht in Bewegung. Materialien für die Grundschule (1. - 4. Klasse). Köln.
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2015. Gut hinsehen und zuhören! - Ratgeber für pädagogische Fachkräfte zum Thema „Mediennutzung in der Familie“. Aktualisierte Neuauflage. Köln. Online verfügbar unter: http://www.bzga.de/botmed_20282000.html [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. 2016a. GUT DRAUF. Online verfügbar unter: <https://www.gutdrauf.net/index.php> [besucht am 27.10.2016].
- BZgA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.). 2016b. gesund und munter. Unterrichtsmaterialien. Köln. Online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=138> [besucht am 27.10.2016].
- CABLE, N. 2014. Life course approach in social epidemiology: an overview, application and future implications. *Journal of Epidemiology*, 24 (5), 347-352. doi: 10.2188/jea.JE20140045.
- CHRISTIAN, D., TODD, C., DAVIES, H., RANCE, J., STRATTON, G., RAPPORT, F. & BROPHY, S. 2015. Community led active schools programme (CLASP) exploring the implementation of health interventions in primary schools: headteachers' perspectives. In: *BMC Public Health*, 15:238. doi: 10.1186/s12889-015-1557-0.
- CIERPKA, M. & SCHICK, A. 2006. Das Fördern von emotionalen Kompetenzen mit FAUSTLOS bei Kindern. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.). *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 286-301.
- CIERPKA, M. & SEIFFGE-KRENKE, I. 2009. Die Entwicklung des gesunden Kindes. In: Bitzer, E. M., Walter, U., Lingner, H. & Schwartz, F.-W. (Hrsg.). *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2-18.
- COHEN, J. F. W., RIMM, E. B., AUSTIN, S. B., HYATT, R. R., KRAAK, V. I. & ECONOMOS, C. D. 2014. A food service intervention improves whole grain access at lunch in rural elementary schools. *Journal of School Health*, 84 (3), 212–219. doi: 10.1111/josh.12133.
- COTÉ, P., KREITZ, B. G., CASSIDY, J. D., DZUS, A. K. & MARTEL, J. 1998. A study of the diagnostic accuracy and reliability of the Scoliometer and Adam's forward bend test. *Spine*, 23 (7), 769-803.
- DADACZYNSKI, K. 2012. Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20 (3), 141-153. doi: 10.1026/0943-8149/a000072.
- DADACZYNSKI, K., PAULUS, P., NIESKENS, B., & HUNDELOH, H. 2015. Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 5 (2), 197-218. doi: 10.1007/s35834-015-0122-3.
- DADACZYNSKI, K., BUCKSCH, J. & PAULUS, P. 2016. Schulische Gesundheitsförderung aus Sicht von Schulleitungen. Umsetzungsstand und Einflussfaktoren. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (Hrsg.). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys »Health Behaviour in School-aged Children«*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 246-266.
- DAMMER, I. 2011. Gelingende Kooperation („Effizienz“). In: Becker, T., Dammer, I., Howaldt, J., Killich, S. & Loose, A. (Hrsg.). *Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg*. 3., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 37-47.

- DASEKING, M., OLDENHAGE, M., PETERMANN, F. & WALDMANN, H.-C. 2009. Die Validität der Sprachskala des SOPESS unter Berücksichtigung der Erstsprache. *Gesundheitswesen*, 71 (10), 663-668. doi: 10.1055/s-0029-1239510.
- DASEKING, M., PETERMANN, F. & SIMON, K. 2011. Zusammenhang zwischen SOPESS-Ergebnissen und ärztlicher Befundbewertung. *Gesundheitswesen*, 73 (10), 660-667. doi: 10.1055/s-0031-1286278.
- DEGEVAL - Gesellschaft für Evaluation. 2008. Standards für Evaluation. 4., unveränderte Auflage. Mainz. Online verfügbar unter: www.degeval.de/fileadmin/user_upload/Sonstiges/STANDARDS_2008-12.pdf [besucht am 31.10.2016].
- DEUTSCHE HERZSTIFTUNG. 2016. Skipping Hearts. Online verfügbar unter: <http://www.skippinghearts.de/> [besucht am 26.10.2016].
- DFG - DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT. 2013. Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Denkschrift. Empfehlungen der Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“. Ergänzte Auflage. Weinheim: WILEY-VCH Verlag. Online verfügbar unter: <http://www.dfg.de/> [besucht am 20.10.2016].
- DGKJ - DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER UND JUGENDMEDIZIN. 2010. Kleinwuchs. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ). Nr. 027/023. Version 01/2010. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.pmstiftung.eu/fileadmin/dokumente/Dokumente-Krankheiten_PPM/Minderwuchs/Leitlinien/Leitlinie_Minderwuchs.pdf [besucht am 14.11.2014].
- DGKJ - DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER UND JUGENDMEDIZIN. 2011. Hochwuchs. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ). Nr. 027/024. Version 01/2011. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-024|_S1_Hochwuchs_2011-abgelaufen.pdf [besucht am 14.11.2014].
- DGPK - DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE KARDIOLOGIE. 2013a. S2k Leitlinie Pädiatrische Kardiologie, Pädiatrische Nephrologie und Pädiatrie: Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/023-040.html> [besucht am 18.11.2014].
- DGPK - DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE KARDIOLOGIE. 2013b. S2k Leitlinie Pädiatrische Kardiologie: Abklärung eines Herzgeräuschs im Kindes- und Jugendalter. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/023-001.html> [besucht am 18.11.2014].
- „die initiative - Gesundheit - Bildung - Entwicklung - Niedersächsische Landesinitiative zur Verbreitung von qualitätsvollen Programmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertageseinrichtungen. o. J. Qualitätskriterien für die Aufnahme von Angeboten in die Informationsportale Schule und Kita. Hannover. Online verfügbar unter: www.dieinitiative.de [besucht am 20.10.2016].
- DITTON, H. 2013a. Kontexteffekte und Bildungsungleichheit: Mechanismen und Erklärungsmuster. In: Becker, R. & Schulze, A. (Hrsg.). *Bildungskontexte. Strukturelle Voraussetzungen und Ursachen ungleicher Bildungschancen*. Wiesbaden: Springer VS, 173-206.
- DITTON, H. 2013b. Wer geht auf die Hauptschule? Primäre und sekundäre Effekte der sozialen Herkunft beim Übergang nach der Grundschule. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 16 (4), 731-749. doi: 10.1007/s11618-013-0440-y.
- DOBBINS, M., DE CORBY, K., ROBESON, P., HUSSON, H. & TIRILIS, D. 2009. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21 (1):CD007651. doi: 10.1002/14651858.CD007651.
- DUMONT, H., MAAZ, K., NEUMANN, M. & BECKER, M. 2014. Soziale Ungleichheiten beim Übergang von der Grundschule in die Sekundarstufe I: Theorie, Forschungsstand, Interventions- und

- Fördermöglichkeiten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17 (S2), 141-165. doi: 10.1007/s11618-013-0466-1.
- DUSOLT, H. 2008. Elternarbeit als Erziehungspartnerschaft. Ein Leitfaden für den Vor- und Grundschulbereich. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- EGERTER, S., BRAVEMAN, P., SADEGH-NOBARI, T., GROSSMAN-KAHN, R. & DEKKER, M. 2009. Education matters for health. Issue Brief 6: Education and Health. Princeton.
- EISSING, G. & DÜSTERHAUS, A. 2015. Der Einfluss sozialer Faktoren auf den „Body Mass Index“. Auswertung der Daten der Dortmunder Schuleingangsuntersuchung. Prävention und Gesundheitsförderung, 10 (4), 328-334. doi: 10.1007/s11553-015-0515-0.
- ELLERT, U., BRETTSCHEIDER, A.-K., RAVENS-SIEBERER, U. & KiGGS STUDY GROUP. 2014. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57 (7), 798-806. doi: 10.1007/s00103-014-1978-4.
- ERHART, V., OTTOVA, V. & RAVENS-SIEBERER, U. 2010. Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 59-69.
- ESSAU, C. A., OLAYA, B., ANASTASSIOU-HADJICHARALAMBOUS, X., PAULI, G., GILVARRY, C., BRAY, D., O'CALLAGHAN, J. & OLLENDICK, T. H. 2012. Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21 (3), 232-245. doi: 10.1002/mpr.1364.
- EVANS, C. E. L., CHRISTIAN, M. S., CLEGHORN, C. L., GREENWOOD, D. C. & CADE, J. E. 2012. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 y. The American Journal of Clinical Nutrition, 96 (4), 889-901. doi: 10.3945/ajcn.111.030270.
- EVANS, R., SAPPENFIELD, W., OXAMENDI, M., VICKERS, C., SHERRY, B., BENSYL, D. & PARK, S. 2009. Assessment of body mass index screening of elementary school children - Florida, 2007-2008. Morbidity and Mortality Weekly Report, 58 (17), 460-463.
- FACHAUSSCHUSS KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST (KJGD) IM MINISTERIUM FÜR UMWELT, GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ DES LANDES BRANDENBURG (Hrsg.). 2010. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Zossen. Online verfügbar unter: http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Kinderschutz-Partner/Gesundheit/Handbuch_Aug_2010_endv.pdf [besucht am 02.11.2016].
- FACHAUSSCHUSS KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST (KJGD) IM MINISTERIUM FÜR UMWELT, GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ DES LANDES BRANDENBURG (Hrsg.). 2014. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Zossen.
- FAYTER, D., NIXON, J., HARTLEY, S., RITHALIA, A., BUTLER, G., RUDOLF, M., GLASZIOU, P., BLAND, M., STIRK, L. & WESTWOOD, M. 2008. Effectiveness and cost-effectiveness of height-screening programmes during the primary school years: a systematic review. Archives of Disease in Childhood, 93 (4), 278-284. doi: 10.1136/adc.2006.109843.
- FELIX FIT TEAM. 2016. Mach mit bei Felix Fit. Online verfügbar unter: <http://www.felix-fit-team-hoexter.de/> [besucht am 26.10.2016].
- FLICK, U., KARDORFF, E. VON & STEINKE, I. (Hrsg.). 2015. Qualitative Forschung: ein Handbuch. 11. Auflage. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- FONG, D. Y., LEE, C. F., CHEUNG, K. M., CHENG, J. C., NG, B. K., LAM, T. P., MAK, K. H., YIP, P. S. & LUK, K. D. 2010. A meta-analysis of the clinical effectiveness of school scoliosis screening. *Spine*, 35 (10), 1061-1071. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181bcc835.
- FOTHERGILL, A., SATHERLEY, P. and WEBBER, I. 2003. A systematic review on the effectiveness of school nurse implemented mental health screening available for adolescents in schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (5), 625-626. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00638.x.
- 5 AM TAG. 2015. 5 am Tag. Obst & Gemüse. Online verfügbar unter: <http://www.5amtag.de/> [besucht am 26.10.2016].
- FUNK, M. B., BAUSBACK-SCHOMAKERS, S., HANSCHMANN, K. M., GERHARDS, B., KUHN, K. & KRACKHARDT, B. 2015. Gewichtsentwicklung im frühen Grundschulalter. Prävalenz, Inzidenz und Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58 (10), 1110-1117. doi: 10.1007/s00103-015-2220-8.
- G-BA - GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2014. Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> [besucht am 02.11.2016].
- G-BA - GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2016a. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1333/RL_Kinder_2016-11-24_iK-2017-01-28.pdf [besucht am 02.11.2016].
- G-BA - GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2016b. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) in der Fassung vom 26. Juni 1998 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998 in Kraft getreten am 28. August 1998 zuletzt geändert am 21. Juli 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.10.2016 B4. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf [besucht am 02.11.2016].
- G-BA - GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2016c. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung). Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2287/> [besucht am 20.11.2016].
- GAGNON, C., MATHIEU, J. & DESROSIERS, J. 2004. Standardized Finger-Nose Test validity for coordination assessment in an ataxic disorder. *Canadian Journal of Neurological Science*, 31 (4), 484-489. doi: 10.1017/S031716710000367X.
- GEORGALAS, C., XENELLIS, J., DAVILIS, D., TZANGAROULAKIS, A. & FEREKIDIS, E. 2008. Screening for hearing loss and middle-ear effusion in school-age children, using transient evoked otoacoustic emissions: a feasibility study. *The Journal of Laryngology and Otology*, 122, 1299-1304. doi: 10.1017/S0022215108002156.
- GERALD, J. K., GRAD, R., BAILEY, W. C. & GERALD, L. B. 2010. Cost-effectiveness of school-based asthma screening in an urban setting. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125, 643-650. doi: 10.1016/j.jaci.2009.12.984.
- GIESE, C. & HAUFE, K. 2005. Steuergruppe - eine Definition. BLK-Programm „Demokratie lernen & leben“. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.pedocs.de/volltexte/2008/182/pdf/Steuergruppe.pdf> [besucht am 12. Mai. 2015].
- GOODMAN, R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.

- GOODMAN, R. 1999. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (5), 791-799. doi: 10.1111/1469-7610.00494.
- GRIMMETT, C., CROKER, H., CARNELL, S. & WARDLE, J. 2008. Telling parents their child's weight status: psychological impact of a weight-screening program. *Pediatrics*, 122 (3):e682-8. doi: 10.1542/peds.2007-3526.
- GULLEDGE, B. D. 2009. Body mass index (BMI) report cards: should schools be responsible for screening?. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34 (4):209. doi: 10.1097/01.NMC.0000357910.02982.b5.
- GUNAWARDENA, N., KUROTANI, K., INDRAWANSA, S., NONAKA, D., MIZOUE, T. & SAMARASINGHE, D. 2016. School-based intervention to enable school children to act as change agents on weight, physical activity and diet of their mothers: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13:45. doi: 10.1186/s12966-016-0369-7.
- GUZMAN, M. P., JELLINEK, M., GEORGE, M., HARTLEY, M., SQUICCIARINI, A. M., CANENGUEZ, K. M., KUHLTHAU, K. A., YUCEL, R., WHITE, G. W., GUZMAN, J. & MURPHY, J. M. 2011. Mental health matters in elementary school: first-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20 (8), 401-411. doi: 10.1007/s00787-011-0191-3.
- HAAS, J. & MÜTZEL, S. 2008. Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie in Deutschland. Eine empirische Übersicht und theoretische Entwicklungspotentiale. In: Stegbauer, C. (Hrsg.). *Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 49-62.
- HÄHNE, C., BILZ, L., DÜMMLER, K. & MELZER, W. 2008. Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.). *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Dresdner Studien zur Erziehungswissenschaft und Sozialforschung*. Weinheim, München: Juventa, 137-154.
- HAGE - HESSISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG. 2011. *Gesund aufwachsen*. Online verfügbar unter: <http://www.hage.de/aktivitaeten/gesund-aufwachsen.html> [besucht am 26.10.2016].
- HAILEAMLAK, A., LEWIS, S. A., BRITTON, J., VENN, A. J., WOLDEMARIAM, D., HUBBARD, R. & WILLIAMS, H. C. 2005. Validation of the International Study of Asthma and Allergies in Children (ISAAC) and U.K. criteria for atopic eczema in Ethiopian children. *British Journal of Dermatology*, 152, 735-741. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06511.x.
- HBSC-Team Deutschland. 2011. *Studie Health Behaviour in School-aged Children. Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“*. Bielefeld. Online verfügbar unter: www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Methodik_2009_10.pdf [besucht am 20.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015a. *Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14*. Halle. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_subjektiver_gesundheitszustand_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015b. *Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14*. Halle. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Koerpergewicht_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015c. *Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14*. Halle. Online verfügbar

- unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_koerperl_aktivitaet_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015d. Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14. Halle. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_sportl_aktivitaet_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015e. Fernsehkonsum an Schultagen von Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14. Halle. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_fernsehkonsum_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015f. Nutzung von Computer und Spielkonsole bei Kindern und Jugendlichen. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14. Halle. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_computer_spielkonsole_2013_14.pdf [besucht am 27.10.2016].
- HEELAN, K. A., BARTEE, R. T., NIHISER, A. & SHERRY, B. 2015. Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska Story. *Childhood Obesity*, 11 (5), 600-607. doi: 10.1089/chi.2015.0005.
- HENDERSHOT, C., TELLJOHANN, S. K., PRICE, J. H., DAKE, J. A. & MOSCA, N. W. 2008. Elementary school nurses' perceptions and practices regarding body mass index measurement in school children. *The Journal of School Nursing*, 24 (5), 298-309. doi: 10.1177/1059840508323094.
- HESEKER, H. & BEER, S. 2004. Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47 (3), 240-245. doi: 10.1007/s00103-003-0789-9.
- HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM (Hrsg.). 2012. Projekt Schnecke. Bildung braucht Gesundheit II. Wiesbaden. Online verfügbar unter: http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/fileadmin/content/Themen/Bewegung_ab_2012/FaltblattSchneckeStand3.8.2012.pdf [besucht am 02.11.2016].
- HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM. 2016. Schule & Gesundheit. Online verfügbar unter: <http://www.schuleundgesundheit.hessen.de/> [besucht am 26.10.2016].
- HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM & LANDESPORTBUND HESSEN (Hrsg.). 2016. Schule und Sportverein – gemeinsam für einen bewegten Tag. Wiesbaden/Frankfurt am Main.
- HILITZER, U., BUCKSCH, J., KOLIP, P. & HBSC-STUDIENVERBUND DEUTSCHLAND. 2015. Eine Bestandsaufnahme struktureller Rahmenbedingungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 77 (4), 257-262. doi: 10.1055/s-0034-1372575.
- HINZ, A. 2004. Vom sonderpädagogischen Verständnis der Integration zum integrationspädagogischen Verständnis der Inklusion!?. In: Schnell, I. & Sander, A. (Hrsg.). *Inklusive Pädagogik*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 41-74.
- HINZ, A. & BOBAN, I. 2013. Ganztagschulentwicklung auf der Basis des Index für Inklusion - ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit Schulen im Land Sachsen-Anhalt. *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, (2). Online verfügbar unter: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/10/10> [besucht am 02.11.2016].
- HÖLLING, H., SCHLACK, R., KAMTSIURIS, P., BUTSCHALOWSKY, H., SCHLAUD, M. & KURTH, B.-M. 2012. Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55 (6/7), 836-842. doi: 10.1007/s00103-012-1486-3.

- HÖLLING, H., SCHLACK, R., PETERMANN, F., RAVENS-SIEBERER, U., MAUZ, E. & KiGGS STUDY GROUP. 2014. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57 (7), 807-819. doi: 10.1007/s00103-014-1979-3.
- HOVESTADT, G. 2004. Organisation und Steuerung von Kindertageseinrichtungen in Dänemark, Finnland und den Niederlanden. Eine Studie im Auftrag des Senates der Freien und Hansestadt Hamburg. Rheine.
- HPZ - HEIDELBERGER PRÄVENTIONSZENTRUM. 2016. Faustlos. Online verfügbar unter: www.faustlos.de [besucht am 26.10.2016].
- HUBBARD, K., ECONOMOS, C. D., BAKUN, P., BOULOS, R., CHUI, K., MUELLER, M. P., SMITH, K. & SACHECK, J. 2016. Disparities in moderate-to-vigorous physical activity among girls and overweight and obese schoolchildren during school- and out-of-school time. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13:39. doi: 10.1186/s12966-016-0358-x.
- HURRELMANN, K. 2016. Bildung und Gesundheit im Jugendalter. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (Hrsg.). Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys »Health Behaviour in School-aged Children«. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 18-34.
- HURRELMANN, K. & SETTERTOBULTE, W. 2008. Gesundheitliche Ressourcen und Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen. In: Brägger, G., Israel, G. & Posse, N. (Hrsg.). Bildung und Gesundheit. Argumente für gute und gesunde Schulen. Bern: h.e.p. Verlag, 55-95.
- HUSSY, W. & JAIN, A. 2002. Experimentelles Hypothesenprüfen in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- INSTITUT FÜR SCHULENTWICKLUNGSFORSCHUNG. 2003. IFS-Schulbarometer: ein mehrperspektivisches Instrument zur Erfassung von Schulwirklichkeit. Beiträge zur Bildungsforschung und Schulentwicklung. 1. Dortmund: IFS-Verlag.
- INSTITUT FÜR SPORT UND SPORTWISSENSCHAFT. (o. J.). Motorik-Modul. Beschreibung der Motorischen Tests. Karlsruhe.
- ISHIHARA, S. 1996. The series of plates designed as a test for colour-deficiency. Concise edition. Tokyo: Kanehara & Co., LTD.
- IT.NRW - INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN. 2016. Kommunalprofil Kreis Recklinghausen. Regierungsbezirk Münster. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <https://www.it.nrw.de/kommunalprofil/I05562.pdf> [besucht am 03.11.2016].
- JENKINS, M. A., CLARKE, J. R., CARLIN, J. B., ROBERTSON, C. F., HOPPER, J. L., DALTON, M. F., HOLST, D. P., CHOI, K. & GILES, G. G. 1996. Validation of questionnaire and bronchial hyperresponsiveness against respiratory physician assessment in the diagnosis of asthma. International Journal of Epidemiology, 25 (3), 609-616.
- JOBCENTER KREIS RECKLINGHAUSEN (Hrsg.). 2014. Jahresbericht 2013. Online verfügbar unter: http://www.jobcenter-kreis-recklinghausen.de/common/library/dbt/download.php?dbt_section=pressemitteilungen&file=download&id=117 [besucht am 26.10.2016].
- JOHANNSEN, U. 2003. Die Gesundheitsfördernde Schule. Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsförderung durch Organisations- und Schulentwicklung. Justus-Liebig-Universität Gießen. Dissertation. Online verfügbar unter: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2003/1253/> [besucht am 20.10.2016].

- JOHANNSEN, U. 2007. Die gesundheitsfördernde Schule. Gesundheitsförderung durch Organisations- und Schulentwicklung. Saarbrücken: VDM Verlag.
- JOHNSON, S. B., PILKINGTON, L. L., LAMP, C., HE, J. & DEEB, L. C. 2009. Parent reactions to a school-based body mass index screening program. *Journal of School Health*, 79 (5), 216-223. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00401.x.
- JOINER, C. I. 2009. Body mass index (BMI) report cards: should schools be responsible for screening?. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34 (4):208. doi: 10.1097/01.NMC.0000357909.64863.bo.
- KAMTSIURIS, P., BERGMANN, E., RATTAY, P. & SCHLAUD, M. 2007. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 836-850. doi: 10.1007/s00103-007-0247-1.
- KAPOOR, M., LAHAM, S. G. & SAWYER, J. R. 2008. Children at risk identified in an urban scoliosis school screening program: a new model. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, 17 (6), 281-287. doi: 10.1097/BPB.0b013e328311d4d8.
- KARACHALIOS, T., SOFIANOS, J., ROIDIS, N., SAPKAS, G., KORRES, D. & NIKOLOPOULOS, K. 1999. Ten-year follow-up evaluation of a school screening program for scoliosis. Is the forward-bending test an accurate diagnostic criterion for the screening of scoliosis?. *Spine*, 24 (22), 2318-2324.
- KIDSCREEN-GROUP. 2004a. Kidscreen-10 Index. Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Elternversion für Deutschland. o. O. Online verfügbar unter: https://www.kidscreen.org/app/download/5872639964/KIDSCREEN-10+index_parents_sample_Germany.pdf?t=1394530181 [besucht am 26.10.2016].
- KIDSCREEN-GROUP. 2004b. Kidscreen-52. Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Elternversion für Deutschland. o. O. Online verfügbar unter: https://www.kidscreen.org/app/download/5872640864/KIDSCREEN-52_parents_sample_Germany.pdf?t=1394530238 [besucht am 26.10.2016].
- KIDSCREEN GROUP EUROPE. 2006. The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- KILGOUR, L., MATTHEWS, N., CHRISTIAN, P. & SHIRE, J. 2015. Health literacy in schools. Prioritising health and well-being issues through the curriculum. *Sport, Education and Society*, 20 (4), 485-500. doi: 10.1080/13573322.2013.769948.
- KILIAN, H., LEHMANN, F., RICHTER-KORNWEITZ, A., KABA-SCHÖNSTEIN, L. & MIELCK, A. (2016). Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59 (2), 266-273. doi: 10.1007/s00103-015-2287-2.
- KLEMM, K. 2015. Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten. Gütersloh. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_IB_Klemm-Studie_Inklusion_2015.pdf [besucht am 02.11.16].
- KLICHE, T. 2010. Qualitätssicherung: Konzeption und Praxisstrategien. In: Paulus, P. (Hrsg.). *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim, München: Beltz Juventa Verlag, 145-169.
- KLICHE, T., TÖPPICH, J., KAWSKI, S., KOCH, U. & LEHMANN, H. 2004. Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47 (2), 125-132. doi: 10.1007/s00103-003-0771-6.

- KLICHE, T., KOCH, U., LEHMANN, H. & TÖPPICH, J. 2006. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49 (2), 141-150.
- KMK - SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. 2012. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf [besucht am 02.11.2016].
- KMK - SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. 2016. Primarstufe. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/bildung-schule/allgemeine-bildung/primarstufe.html> [besucht am 02.11.2016].
- KOGLIN, U. & PETERMANN, F. 2013. Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In: Petermann, F. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Wien, u. a.: Hogrefe Verlag, 101-118.
- KOOPERATION FÜR NACHHALTIGE PRÄVENTION (KNP). 2016. Die Projektdatenbank. Online verfügbar unter: <https://www.knp-forschung.de/?uid=18479f7a15194b082fbc47a624e99bd3&id=projekte&idx=79> [besucht am 02.11.2016].
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT (Hrsg.). 2012. Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen. Der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« 2012/2013. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/broschuere-gesundes-aufwachsen/?uid=183c7f0180c0603dbde942ef6d7d6bf3> [besucht am 20.10.2016].
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT. 2015. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin.
- KOOPERATIONSVERBUND GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT. BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG & GESUNDHEIT BERLIN-BRANDENBURG. 2016. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> [besucht am 31.10.2016].
- KORSCH, F., PETERMANN, U., SCHMIDT, S. & PETERMANN, F. 2013. Kognitive, sprachliche, motorische und sozial-emotionale Defizite bei verhaltensauffälligen Schulanfängern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62 (6), 405-419. doi: 10.13109/prkk.2013.62.6.405.
- KOHTZ, J. & REININK, G.-L. 2011. Mit Gesundheit gute Schule machen. Das Landesprogramm Bildung und Gesundheit. Prävention, 4, 113-115.
- KRÄMER, N., ENGLERT, S., MICHEL, R., PETSCHT, A. & FRANKENBERGER, R. 2011. Zahngesundheit bayerischer Schulkinder 2009. Ergebnisse aus der 5. DAJ-Studie. Bayerisches Zahnärzteblatt, 4, 66-69.
- KREIS RECKLINGHAUSEN (Hrsg.). 2011. Bildungsbericht Kreis Recklinghausen 2011. „Keiner geht verloren – Beste Bildung für alle!“. Recklinghausen. Online verfügbar unter: http://www.pedocs.de/volltexte/2012/6938/pdf/Kreis_Recklinghausen_2011_Bildungsbericht.pdf [besucht am 14.11.2016].
- KREIS RECKLINGHAUSEN (Hrsg.). 2014. Demografiebericht für den Kreis Recklinghausen. 2000 – 2010 – 2020 – 2030. Recklinghausen. Online verfügbar unter: https://www.castrop-rauxel.de/Inhalte/Wohnen_Wirtschaft/Wirtschaft/Demographiebericht_Kreis_RE_2006.pdf [besucht am 21.10.2016].

- KREIS RECKLINGHAUSEN (Hrsg.). 2016. Zahlen, Daten, Fakten im Kreis Recklinghausen. Online verfügbar unter: http://www.kreis-re.de/Inhalte/Buergerservice/_index2.asp?seite=angebot&id=18841 [besucht am 21.10.2016].
- KRÖNER, C. & KOLETZKO, B. 2010. Basiswissen Pädiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- KROMEYER-HAUSCHILD, K., WABITSCH, M., KUNZE, D., GELLER, F., GEIß, H. C., HESSE, V., HIPPEL, A. VON, JAEGER, U., JOHNSON, D., KORTE, W., MENNER, K., MÜLLER, G., MÜLLER, J. M., NIEMANN-PILATUS, A., REMER, T., SCHAEFER, F., WITTCHEN, H.-U., ZABRABNSKY, S., ZELLNER, K., ZIEGLER, A. & HEBEBRAND, J. 2001. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149 (8), 807-818.
- KROMREY, H. 2001. Evaluation - ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. *Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105-132.
- KUCKARTZ, U., DRESING, T., RÄDIKER, S. & STEFER, C. 2008. *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2., aktualisierte Auflage.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage.
- KUGLER, K. 1970. Vergleichende Untersuchungen zur diagnostischen Tauglichkeit zeichnerischer Reproduktionsleistungen im Vorschul- und Schulalter. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 32, 51-65.
- KUO, E., VANDER STOEP, A., McCAULEY, E. & KERNIC, M. A. 2009. Cost-effectiveness of a school-based emotional health screening program. *Journal of School Health*, 79 (6), 77-85. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00410.x.
- KURTH, B.-M. 2007. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 533-546. doi: 10.1007/s00103-007-0214-x.
- KURTH, B.-M. & SCHAFFRATH ROSARIO, A. 2010. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53 (7), 643-652. doi: 10.1007/s00103-010-1083-2.
- LAAKSONEN, C. 2012. Health-related quality of life in school children - Validation of instrument, child self assessment, parent-proxy assessment and school nursing documentation of health check-ups. University of Turku, Thesis. Turku. Online verfügbar unter: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74564/Laaksonen%20DISS.pdf?sequence=1> [besucht am 02.11.2016].
- LAGER, A. C., FOSSUM, B., RÖRVALL, G. & BREMBERG, S. G. 2009. Children's overweight and obesity: local and national monitoring using electronic health records. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37 (2), 201-205. doi: 10.1177/1403494808098507.
- LAHRMANN, G. & STROH, F. 2008. Systemarchitekturen für die Informationslogistik. In: Dinter, B. & Winter, R. (Hrsg.). *Integrierte Informationslogistik.* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 137-165.
- LAMPERT, T. & KURTH, B.-M. 2007. Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), A2944-A2949.
- LAMPERT, T., SYGUSCH, R. & SCHLACK, R. 2007. Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 643-652. doi: 10.1007/s00103-007-0225-7.
- LAMPERT, T., MÜTERS, S., STOLZENBERG, H., KROLL, L. E. & KIGGS STUDY GROUP. 2014. Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1).

- Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57 (7), 762-770.
doi: 10.1007/s00103-014-1974-8.
- LAMPERT, T., RICHTER, M., SCHNEIDER, S., SPALLEK, J. & DRAGANO, N. 2016. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (2), 153-165.
doi: 0.1007/s00103-015-2275-6.
- LANDESAMT FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ SACHSEN-ANHALT. 2014. Gesundheit von Drittklässlern in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der Untersuchungen der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2009/2010 – 2012/2013 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008/2009. Magdeburg. Online verfügbar unter: http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/service/gbe/berichte/sr3.pdf [besucht am 27.10.2016].
- LANDESAMT FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ SACHSEN-ANHALT. 2015. Indikatoren der Untersuchung der 3. Klassen. Themenfeld SR3. Online verfügbar unter: <https://lpsa-lav.azurewebsites.net/gbe-netkuj/indikatoren/sr3.html> [besucht am 29.7.2015].
- LANDESHAUPTSTADT DRESDEN. 2005. Schulärztliche Untersuchung in öffentlichen Schulen. Fragebogen und Befund. Dresden.
- LANDESHAUPTSTADT DRESDEN. 2010. Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Dresden 2009. Dresden.
- LANDESPORTBUND NORDRHEIN-WESTFALEN. 2016. NRW bewegt seine Kinder!. Online verfügbar unter: <http://www.sportjugend-nrw.de/unser-engagement/nrw-bewegt-seine-kinder/> [besucht am 27.10.2016].
- LANDESPORTVERBAND SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2016. Schule und Verein. Online verfügbar unter: <https://www.lsv-sh.de/index.php?id=132> [besucht am 27.10.2016].
- LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT SACHSEN-ANHALT. 2016. Audit Gesunde Schule. Online verfügbar unter: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/arbeitsfelder-schule2.php> [besucht am 27.10.2016].
- LANGE, M., BUTSCHALOWSKY, H., JENTSCH, F., KUHNERT, R., SCHAFFRATH ROSARIO, A., SCHLAUD, M., KAMTSIURIS, P. & KIGGS STUDY GROUP (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57 (7). doi: 10.1007/s00103-014-1973-9.
- LANGFORD, R., BONELL, C., JONES, H., POULIOU, T., KOMRO, S. M. K., GIBBS, L., MAGNUS, D. & CAMPBELL, R. 2015. The World Health Organization's health promoting schools framework: a cochrane systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 15:130. doi: 10.1186/s12889-015-1360-y.
- LEONE, A., AULISA, A., PERISANO, C., RE, T. & GALLI, M. 2010. Advantages of a two-step procedure for school-based scoliosis screening. La radiologia medica, 115 (2), 238-245. doi: 10.1007/s11547-009-0429-z.
- LEVINE, R. S., CONNOR, A. M., FELTBOWER, R. G., ROBINSON, M. & RUDOLF, M. C. 2009. Weighing and measuring primary school children: evaluation of the TRENDS model for implementation of Department of Health guidelines. Child Care Health Development, 35 (3), 365-368.
doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00925.x.
- LIGA.NRW - LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN. (o. J.). Jugendärztliche Definitionen. Eine Loseblattsammlung für die schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- LIGA.NRW - LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN. 2008. Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Online

- verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/dsu/jahresbericht_dsu_2006.pdf [besucht am 20.10.2016].
- LIGA.NRW - LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN. (Hrsg.). 2009. Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS. Online verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/nocms/jahresberichte/reports/2011/up3/sopess_punkte/sopess.html [besucht am 20.10.2016].
- LINCHEY, J. & MADSEN, K. A. 2011. State requirements and recommendations for school-based screenings for body mass index or body composition. 2010. Preventing Chronic Disease, 8 (5):A101.
- LÖSER, J. M. & WERNING, R. 2015. Inklusion - allgegenwärtig, kontrovers, diffus? Erziehungswissenschaft 26 (51), 17-24.
- LÜTJE-KLOSE, B., LANGER, M.-T., SERKE, B. & URBAN, M. (Hrsg.). 2011. Inklusion in Bildungsinstitutionen. Eine Herausforderung für die Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- LUKRAFKA, J. L., FUCHS, S. C., MOREIRA, L. B., PICON, R. V., FISCHER, G. B. & FUCHS, F. D. 2010. Performance of the ISAAC questionnaire to establish the prevalence of asthma in adolescents: a population-based study. Journal of Asthma, 47 (2), 166-169. doi: 10.3109/02770900903483766.
- LVGFSH - LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2016a. Lebenslust-Leibeslust. Online verfügbar unter: <http://lvgfsh.de/gesundheitsfoerderung/arbeitsschwerpunkte/servicebuero-kita-und-schule/lebenslust.php> [besucht am 26.10.2016].
- LVGFSH - LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2016b. Rück(g)rat – Ergonomie und Bewegung in der Schule. Online verfügbar unter: <http://lvgfsh.de/gesundheitsfoerderung/arbeitsschwerpunkte/servicebuero-kita-und-schule/rueckgrat.php> [besucht am 26.10.2016].
- LVG & AFS - LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT & AKADEMIE FÜR SOZIALMEDIZIN NIEDERSACHSEN. 2013. Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover.
- LYSSENKO, L., ROTTMANN, N. & BENGEL, J. 2010. Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53 (10), 1067-1072. doi: 10.1007/s00103-010-1127-7.
- LWL - LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE. 2016. Interaktive Westfalenkarte. Online verfügbar unter: <https://www.lwl.org/LWL/Jugend/Schulen/Schulentwicklungsplanung/kreis-recklinghausen> [besucht am 29.11.2016].
- LWL, DHS & UNIVERSITÄT HILDESHEIM - LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (LWL), DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS) & UNIVERSITÄT HILDESHEIM. 2011. Evaluationsbericht zum Bundes- und LWL-Projekt Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe und im erzieherischen Jugendschutz. Hamm, Münster, Hildesheim.
- LZG.NRW - LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2012. Evaluationstools. Methodenkoffer. Grundschule. Online verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/methodenkoffer/instrumente-im-setting/grundschule/index.html [besucht am 20.10.2016].
- LZG.NRW - LANDESZENTRUM GESUNDHEIT NORDRHEIN-WESTFALEN. 2014. Reports der Schuluntersuchungen. Report 2014. Online verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kinderges/reports/Report_2014/index.html [besucht am 12.08.2014].

- MADSEN, K. A. 2011. School-based body mass index screening and parent notification: a statewide natural experiment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165 (11), 987-992.
doi: 10.1001/archpediatrics.2011.127.
- MADSEN, K. A. & LINCHY, J. 2012. School-based BMI and body composition screening and parent notification in California: methods and messages. *Journal of School Health*, 82 (6), 294-300.
doi: 10.1111/j.1746-1561.2012.00700.x.
- MAGSF - MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FAMILIE DES LANDES BRANDENBURG (Hrsg.). 2008. *Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen. Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. 6. Zossen.* Online verfügbar unter: http://www.buendnis-gesund-aufwachsen.de/fileadmin/redaktion/dokumente/Plenum/Anlage_3_Protokoll_2_Plenum.pdf [besucht am 02.11.2016].
- MAHLAU, K., DIEHL, K., VOß, S. & HARTKE, B. 2011. Das Rügener Inklusionsmodell (RIM) – Konzeption einer inklusiven Grundschule. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, (11), 464-472.
- MAIS - MINISTERIUM FÜR ARBEIT, INTEGRATION UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN. 2015. *Integrationsprofil Recklinghausen. Daten zu Zuwanderung und Integration. Ausgabe 2015.* Online verfügbar unter: http://www.integrationsmonitoring.nrw.de/integrationsberichterstattung_nrw/Integration_kommunal/Integrationsprofile/Ausgabe_2015/Integrationsprofile---Kreis-Recklinghausen.pdf [besucht am 21.10.2016].
- MAN, S. A. DE, ANDRE, J. L., BACHMANN, H., GROBBEE, D. E., IBSEN, K. K., LAASER, U., LIPPERT, P. & HOFMAN, A. 1991. Blood pressure in childhood: pooled findings of six European studies. *Journal of Hypertension*, 9 (2), 109-114.
- MANZ, K., SCHLACK, R., POETHKO-MÜLLER, C., MENSINK, G., FINGER, J., LAMPERT, T. & KiGGS STUDY GROUP. 2014. Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57 (7), 840-848.
doi: 10.1007/s00103-014-1986-4.
- MATTLE, H. & MUMENTHALER, M. 2010. *Kurzlehrbuch Neurologie. 3., vollständig überarbeitete Auflage.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- McGOEY, T., ROOT, Z., BRUNER, M. W. & LAW, B. 2015. Evaluation of physical activity interventions in children via the reach, efficacy/effectiveness, adoption, implementation, and maintenance (RE-AIM) framework: a systematic review of randomized and non-randomized trials. *Preventive Medicine*, 76, 58-67. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.04.006.
- MDS - MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). 2015. *Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014.* Essen, Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/Praeventionsbericht-2015.pdf> [besucht am 26.10.2016].
- MEDUSANA STIFTUNG (Hrsg.). 2001. *Die MediPäds - Lehrer und Ärzte im Team.* Bünde.
- MEDUSANA STIFTUNG (Hrsg.). 2002. *Das Praxisbuch I: Ein Handbuch für Lebendiges Gesundheitslernen im Projekt. Die Medipäds - Lehrer und Ärzte im Team.* Stuttgart.
- MFKJKS NRW - MINISTERIUM FÜR FAMILIE, KINDER, JUGEND, KULTUR UND SPORT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.). 2010. *Motorischer Test für Nordrhein-Westfalen. Testanleitung mit DVD.* Düsseldorf.

- MGSFF - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.). 2003. Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. 3., neu bearbeitete Fassung. Düsseldorf.
- MICHAELSEN-GÄRTNER, B. & WITTERIEDE, H. 2010. Schulische Gesundheitsinterventionen und Qualitätsentwicklung. Ein systematischer Überblick. In: Paulus, P. (Hrsg.). Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim, München: Beltz Juventa Verlag, 111-144.
- MIELCK, A. 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- MIßLING, S. & ÜCKERT, O. 2014. Inklusive Bildung: Schulgesetze auf dem Prüfstand. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Studie_Inklusive_Bildung_Schulgesetze_auf_dem_Pruefs_tand.pdf [besucht am 02.11.2016].
- MLR & AID - MINISTERIUM FÜR LÄNDLICHEN RAUM UND VERBRAUCHERSCHUTZ BADEN-WÜRTTEMBERG & AID INFODIENST (Hrsg.). 2009. Expedition Schule. Materialien zur Ernährung Klasse 1-6. Stuttgart.
- MÖLLMANN, A. 2011. Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf/> [besucht am 02.11.2016].
- MOOR, I., PFÖRTNER, T. K., LAMPERT, T., RAVENS-SIEBERER, U., RICHTER, M. & HBSC-Team Deutschland. 2012. Sozioökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002–2010. Gesundheitswesen, 74 (S01), S49-S55. doi: 10.1055/s-0032-1312633.
- MOOR, I., RATHMANN, K., STRONKS, K., LEVIN, K., SPALLEK, J. & RICHTER, M. 2014. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. Journal of Epidemiology and Community Health, 68 (10), 912-921. doi: 10.1136/jech-2014-203933.
- MOSER, V. (Hrsg.). 2013. Die inklusive Schule. Standards für die Umsetzung. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- MOYNIHAN, S., JOURDAN, D. & McNAMARA, P. M. 2013. An examination of health promoting schools in Ireland. Health Education 116 (1), 16-33.
- MSGWG - MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, WISSENSCHAFT UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2014. Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2012/2013. Kiel. Online verfügbar unter: http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleinguntber2012.pdf [besucht am 26.10.2016].
- MSGWG - MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, WISSENSCHAFT UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2015a. Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2013/2014. Kiel. Online verfügbar unter: http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleinguntber2013.pdf [besucht am 26.10.2016].
- MSGWG - MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, WISSENSCHAFT UND GLEICHSTELLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2015b. Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2014/2015. Kiel. Online verfügbar

- unter: http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleingunntber2015.pdf [besucht am 26.10.2016].
- MS S-A - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES SACHSEN-ANHALT (Hrsg.). 2010. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchung in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. Magdeburg. Online verfügbar unter: https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/service/gbe/berichte/kgbericht_2011.pdf [besucht am 20.10.2016].
- MSW NRW - MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN. 2016. Landesprogramm Bildung und Gesundheit (BuG). Online verfügbar unter: <http://www.bug-nrw.de/> [besucht am 26.10.2016].
- MUCKELBAUER, R., LIBUDA, L., CLAUSEN, K. & KERSTING, M. 2011. Ansätze der Übergewichtsprävention durch verbessertes Trinkverhalten im Setting Grundschule. Die "trinkfit"-Studie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54 (3), 339-348. doi: 10.1007/s00103-010-1224-7.
- MÜLLER, K. & EHMKE, T. 2013. Soziale Herkunft als Bedingung der Kompetenzentwicklung. In: Prenzel, M., Sälzer, C., Klieme, E. & Köller, O. (Hrsg.). PISA 2012 - Fortschritte und Herausforderungen in Deutschland. Münster, New York: Waxmann, 245-274.
- MUUVIT HEALTH AND LEARNING OY LTD. 2016. Muuvit. Bewegt Kinder – Unterstützt Lehrkräfte!. Online verfügbar unter: <http://www.muuvit.com/de> [besucht am 26.10.2016].
- Nagel-Prinz, S. M. & Paulus, P. 2012. Wie geht es Kita-Leitungen? Gesundheitliche Belastungen von Führungskräften in Kindertageseinrichtungen. Prävention und Gesundheitsförderung, 7 (2), 127-134. doi: 10.1007/s11553-012-0335-4.
- NAIDOO, J. & WILLS, J. 2010. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln.
- NEUGEBAUER, U. & BEYWL, W. 2006. Methoden zur Netzwerkanalyse. Zeitschrift für Evaluation, 2, 249-286.
- NEUHAUSER, H., POETHKO-MÜLLER, C. & KiGGS STUDY GROUP. 2014. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 57 (7), 779-788. doi: 10.1007/s00103-014-1976-6.
- NEUMANN, M., BECKER, M. & MAAZ, K. 2014. Soziale Ungleichheiten in der Kompetenzentwicklung in der Grundschule und der Sekundarstufe I. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17 (S2), 167-203. doi: 10.1007/s11618-013-0468-z.
- NIESKENS, B., SCHUMACHER, L. & SIELAND, B. 2014. Gelingensbedingungen für die Entwicklung guter gesunder Schulen. Ein Leitfaden mit Empfehlungen, Checklisten und Arbeitshilfen. Hamburg, Düsseldorf.
- NOTHHAFFT, S. 2008. Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung im Auftrag des BMFSFJ. München. Online verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/BewertungLaendergesetzgesamt.pdf [besucht am 26.10.2016].
- NPK – NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ. 2016. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016. Berlin. Online

- verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> [besucht am 26.10.2016].
- NUTBEAM, D. 1998. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44. doi: 10.1093/heapro/13.1.27.
- OELZE, J., OTTO, A. & SCHULZ, H. 2015. Bewegungsverhalten und Motorik im Grundschulalter. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge*, 56 (1), 54-91.
- OLDENHAGE, M., DASEKING, M. & PETERMANN, F. 2009. Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Das Gesundheitswesen*, 71 (10), 638-647. doi: 10.1055/s-0029-1239514.
- OPPER, E., WORTH, A., WAGNER, M. & BÖS, K. 2007. Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 879-888. doi: 10.1007/s00103-007-0251-5.
- OSSWALD, K. 1996. Der Zeichnerische-Reproduktions-Versuch (ZRV) als diagnostisches Siebtestverfahren zur Feststellung kognitiver Leistungsfähigkeiten. Eine empirische Untersuchung an deutschen und französischen Vorschulkindern und Schülern der ersten Klassen. Münster: Lit Verlag.
- OTTOVA, V., HILLEBRANDT, D., KOLIP, P., HOFFARTH, K., BUCKSCH, J., MELZER, W., KLOCKE, A., RICHTER, M., RAVENS-SIEBERER, U. & HBSC-TEAM DEUTSCHLAND. 2012a. Die HBSC-Studie in Deutschland – Studiendesign und Methodik. *Gesundheitswesen*, 74 (S01), S8-S14. doi: 10.1055/s-0032-1312642.
- OTTOVA, V., HILLEBRANDT, D., RAVENS-SIEBERER, U. & HBSC-TEAM DEUTSCHLAND. 2012b. Trends in der subjektiven Gesundheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie 2002 bis 2010. *Gesundheitswesen*, 74 (S01), S15-S24. doi: 10.1055/s-0032-1312640.
- PAULUS, P. 2003. Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In: Aregger, K. & Lattmann, U. P. (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte - Praxisbeispiele - Perspektiven*. Luzern: Sauerländer, 93-114.
- PAULUS, P. (Hrsg.). 2010. *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Weinheim, München: Beltz Juventa Verlag.
- PAULUS, P. & MICHAELSEN-GÄRTNER, B. 2008. Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung. *Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität. Handreichung mit Indikatorenlisten und Toolbox*. Lüneburg.
- PAULUS, P. & WITTERIEDE, H. 2008. *Schule – Gesundheit – Bildung: Bilanz und Perspektiven*. Projekt F 2033. Dortmund. Online verfügbar unter: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2033.pdf> [besucht am 23.10.2016].
- PAULUS, P., SCHUMACHER, L., SIELAND, B., BURROWS, E., RUPPRECHT, S. & SCHWARZENBERGER, K. 2014. *Evaluationsbericht. Gemeinsam gesunde Schule entwickeln. Eine Initiative der DAK-Gesundheit*. Lüneburg. Online verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/Evaluationsbericht_Gemeinsam_gesunde_Schule_entwickeln-1405112.pdf [besucht am 03.11.2016].
- PAULUS, P. & DADACZYNSKI, K. 2016. Aktuelle Trends und Herausforderungen in der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. & Richter, M. (Hrsg.). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys »Health Behaviour in School-aged Children«*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 284-311.

- PAULUS, P., HUNDELOH, H. & DADACZYNSKI, K. 2016. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. Chancen durch das neue Präventionsgesetz. *Prävention und Gesundheitsförderung* 11 (4), 237-242.
- PAWSON, R. & TILLEY, N. 1997. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications.
- PÉNEAU, S., GONZÁLEZ-CARRASCOSA, R., GUSTO, G., GOXE, D., LANTIERI, O., FEZEU, L., HERCBERG, S. & ROLLAND-CACHERA, M. F. 2016. Age at adiposity rebound: determinants and association with nutritional status and the metabolic syndrome at adulthood. *International Journal of Obesity*, 40 (7), 1150-1156. doi: 10.1038/ijo.2016.39.
- POMMIER, J., GUÉVEL, M.-R. & JOURDAN, D. 2010a. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10:43. doi: 10.1186/1471-2458-10-43.
- POMMIER, J., JOURDAN, D., BERGER, D., DOORNE, C. VAN, PIORECKA, B. & DE CARVALHO, G. S. 2010b. School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries. *European Journal of Public Health*, 20 (2), 182-188. doi: 10.1093/eurpub/ckp117.
- POSSE, N. & BRÄGGER, G. 2008. Wege zur guten, gesunden Schule. Argumente und Handlungskonzepte einer integrierten Gesundheits- und Qualitätsförderung. In: Brägger, G., Israel, G. & Posse, N. (Hrsg.). *Bildung und Gesundheit. Argumente für gute und gesunde Schulen*. Bern: h.e.p. Verlag, 19-54.
- POTVIN, L., HADDAD, S. & FROHLICH, K. L. 2001. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (Hrsg.). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications. European Series. 92. Copenhagen, 19-54.
- QUISS KOORDINIERUNGSSTELLE (Hrsg.). 2005. Abschlussbericht der Projektgruppe „Innovationen im Bildungswesen“ zum BLK-Programm "Qualitätsverbesserung in Schulen und Schulsystemen" (QuiSS). Oberhausen. http://www.pedocs.de/volltexte/2008/361/pdf/abschlussbericht_quiss_projektgruppe.pdf [besucht am 26.10.2016].
- RATTAY, P., STARKER, A., DOMANSKA, O., BUTSCHALOWSKY, H., GUTSCHE, J., KAMTSIURIS, P. & KIGGS STUDY GROUP. 2014. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57 (7), 878-891. doi: 10.1007/s00103-014-1989-1.
- RAVENS-SIEBERER, U. 2016a. KIDSCREEN. Online verfügbar unter: <http://www.kidscreen.org> [besucht am 02.11.2016].
- RAVENS-SIEBERER, U. 2016b. KINDL. Online verfügbar unter: <http://www.kindl.org> [besucht am 02.11.2016].
- RAVENS-SIEBERER, U. & BULLINGER, M. 2000a. KINDL^R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. Manual. Hamburg. Online verfügbar unter: <http://www.kindl.org/deutsch/manual> [besucht am: 02.11.2016].
- RAVENS-SIEBERER, U. & BULLINGER, M. 2000b. Kid- und Kiddo-KINDL^R. Elternversion. Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Online verfügbar unter: <http://www.kindl.org> [besucht am 02.11.2016].
- RAVENS-SIEBERER, U., ELLERT, U. & ERHART, M. 2007a. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 810-818. doi: 10.1007/s00103-007-0244-4.

- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., BETTGE, S. & ERHART, M. 2007b. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 871-878. doi: 10.1007/s00103-007-0250-6.
- RAVENS-SIEBERER, U., ERHARDT, M., RAJMIL, L., HERDMANN, M., AUQUIER, P., BRUIL, J., POWER, M., DUER, W., ABEL, T., CZEMY, L., MAZUR, J., CZIMBALMOS, A., TOUNTAS, Y., HAGQUIST, C., KLIROE, J. & EUROPEAN KIDSCREEN GROUP. 2010. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. Quality of Life Research, 19 (10), 1487-1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5.
- RAVENS-SIEBERER, U., OTTOVA, V., HILLEBRANDT, D., KLASSEN, F. & HBSC-TEAM DEUTSCHLAND. 2012. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der deutschen HBSC-Studie 2006-2010. Gesundheitswesen, 74 (S01), S33-S41. doi: 10.1055/s-0032-1312641.
- REICH, K. (Hrsg.). 2012. Inklusion und Bildungsgerechtigkeit. Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- REININK, G.-L. & NELLEN, M. 2012. Das Ende der Projektitis! Ressortübergreifende Zusammenarbeit in den Handlungsfeldern „Gesunde Ernährung“ und „Mehr Bewegung“. Die interministerielle Arbeitsgruppe (IMAG) „NRW IN FORM“. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 12 (1), 8-9.
- RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (Hrsg.). 2009. Soziale Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RICHTER, M., MOOR, I. & LENTHE, F. J. VAN. 2012. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. Journal of Epidemiology and Community Health, 66 (8), 691-697. doi: 10.1136/jech.2010.125500.
- RIEDLER, J. 2014. Symptome und klinische Befunde häufiger respiratorischer Krankheiten. In: Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J. & Zepp, F. (Hrsg.). Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1235-1241.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT. (o. J.). Fragebogen. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erhebung 2003 bis 2006. Berlin.
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2005. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?__blob=publicationFile [besucht am 03.11.2016].
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2008. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile [besucht am 03.11.2016].
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2010. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/soz_ungleichheit_kinder.pdf?__blob=publicationFile [besucht am 03.11.2016].
- RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2013. Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). 2., erweiterte Auflage. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online

verfügbar unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_Referenzperzentile.pdf?__blob=publicationFile [besucht am 13.11.2014].

RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2014. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: August 2014. *Epidemiologisches Bulletin*, 34, 305-340. Online verfügbar unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html [besucht am 7.11.2014].

RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.). 2015. *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS*. Berlin. Online verfügbar unter:

[http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf#search=%22Medizinischer%20Dienst%20\(MDK\)%22](http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf#search=%22Medizinischer%20Dienst%20(MDK)%22) [besucht am 26.10.2016].

RKI - ROBERT KOCH-INSTITUT. 2016. KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html> [besucht am 02.11.2016].

RKI & LGL - ROBERT KOCH-INSTITUT & BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (Hrsg.). 2012. *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/evaluation_praevention.pdf;jsessionid=E338A8EB2696C0623ACAE3621CE6E67D.2_cid363?__blob=publicationFile [besucht am 03.11.2016].

ROESER, R. W., ECCLES, J. S. & STROBEL, K. R. 1998. Linking the study of schooling and mental health: selected issues and empirical illustrations at the level of individual. *Educational Psychologist*, 33 (4), 153-176. doi: 10.1207/s15326985ep3304_2.

ROLFF, H.-G. 2001. *Schulentwicklung konkret: Steuergruppen – Bestandsaufnahme – Evaluation*. Seelze: Kallmeyer.

ROLLAND-CACHERA, M. F., AKROUT, M. & PÉNEAU, S. 2016. Nutrient intakes in early life and risk of obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (6), 564. doi: 10.3390/ijerph13060564.

ROOTMAN, I., GOODSTADT, M., HYNDMAN, B., MCQUEEN, D. V., POTVIN, L., SPRINGETT, J. & ZIGLIO, E. (Hrsg.). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications. European Series. 92. Copenhagen.

ROUND, R., MARSHALL, B. & HORTON, K. 2008. *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne.

RÜSSMANN, W. 2003. Basisuntersuchungen der Strabismologie. *Der Ophthalmologe*, 100 (5), 416-432. doi: 10.1007/s00347-002-0749-z.

SABIRIN, J., BAKRI, R., BUANG, S. N., ABDULLAH, A. T. & SHAPIE, A. 2010. School scoliosis screening programme - a systematic review. *Medical Journal of Malaysia*, 65 (4), 261-267.

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ (Hrsg.). 2013. *Kinder-, jugend- und zahnärztliche Untersuchungen und „optiSTART“ als beispielhafte gesundheitsförderliche Maßnahme im Bereich Übergewichtsprävention des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen*. Dresden. Online verfügbar unter: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/19595> [besucht am 20.10.2016].

- SALVIA, J. & YSSELDYKE, J. 1971. An analysis of the reliability and validity of the Ishihara Color Plates with mentally retarded males. *Perceptual and Motor Skills*, 33 (1), 243-246.
doi: 10.2466/pms.1971.33.1.243.
- SAYAL, K., OWEN, V., WHITE, K., MERRELL, C., TYMMS, P. & TAYLOR, E. 2010. Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164 (5), 462-469. doi: 10.1001/archpediatrics.
- SCHÄDLER, J. & DORRANCE, C. 2011. Barometer of Inclusive Education - Konzept, methodisches Vorgehen und Zusammenfassung der Forschungsergebnisse ausgewählter europäischer Länder. *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, (4). Online verfügbar unter: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/75/75> [besucht am 02.11.2016].
- SCHEIDT-NAVE, C., ELLERT, U., THYEN, U. & SCHLAUD M. 2007. Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 750-756. doi: 10.1007/s00103-007-0237-3.
- SCHENK, L., ANTON, V., BAER, N.-R. & SCHMITZ, R. 2016. Ernährungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Public Health Forum*, 24 (3), 205-208.
- SCHIENKIEWITZ, A., BRETTSCHEIDER, A.-K., SCHAFFRATH ROSARIO, A., LANGE, C. & KURTH, B.-M. 2016. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 32 (5), 177-180. doi: 10.1055/s-0042-112607.
- SCHLACK, R., HÖLLING, H., KURTH, B.-M. & HUSS, M. 2007. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 827-835. doi: 10.1007/s00103-007-0246-2.
- SCHLACK, R., KURTH, B.-M. & HÖLLING, H. 2008. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizin in Forschung und Praxis*, 13 (4), 245-260.
- SCHÖNI, M. H. 2013. Atmungsapparat. In: Baumann, T. (Hrsg.). *Atlas der Entwicklungsdiagnostik. Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 253-262.
- SCHOTT, T. & KUNTZ, B. 2011. Sozialepidemiologie: Über Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, 159-171.
- SCHOTT, K., HUNGER, M., LAMPERT, T., SPENGLER, S., MESS, F. & MIELCK, A. 2016. Soziale Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität bei Jugendlichen: Analyse der MoMo-Daten mithilfe der metabolischen Äquivalente (MET). *Gesundheitswesen*, 78 (10), 630-636. doi: 10.1055/s-0034-1398556.
- SCHWAGER, M. & PILGER, D. 2013. Der Index für Inklusion als Evaluationsinstrument. Erfahrungen an der Gesamtschule Holweide. *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, (2). Online verfügbar unter: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/12/12> [besucht am 02.11.2016].
- SCHWARTZ, A. E., LEARDO, M., ANEJA, S. & ELBEL, B. 2016. Effect of a school-based water intervention on child body mass index and obesity. *JAMA pediatrics*, 170 (3), 220-226.
doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3778.

- SCHWOHL, J. & STURM, T. (Hrsg.). 2010. Inklusion als Herausforderung schulischer Entwicklung. Widersprüche und Perspektiven eines erziehungswissenschaftlichen Diskurses. Bielefeld: Transkript Verlag.
- SEIS DEUTSCHLAND. 2011. Das SEIS-Qualitätsverständnis. Hildesheim. Online verfügbar unter: http://www.seis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/raw_material/documents/SEIS_Qualitaetsverstaendnis.pdf. [besucht am 12.02.2014].
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN. 2012. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundausswertungen/ga2011_netz.pdf [besucht am 02.11.2016].
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (Hrsg.). 2013a. Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Modellprojekt der AG GPRS der AOLG. Gesundheitsberichterstattung. Spezialbericht 2013-1. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2013_1.pdf [besucht am 20.10.2016].
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN. 2013b. Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundausswertungen/ga2012_netz.pdf [besucht am 20.5.2015].
- SHE network - The Schools for Health in Europe network. 2013. School health promotion: evidence for effective action. SHE factsheet. 2. Utrecht.
- SIMON, E., DIRKSEN, C. D. & BÖGELS, S. M. 2013. An explorative cost-effectiveness analysis of school-based screening for child anxiety using a decision analytic model. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22 (10), 619-630. doi: 10.1007/s00787-013-0404-z.
- SIMON, T. & KRUSCHEL, R. 2013. Gesundheitsförderung mithilfe des Index für Inklusion?. *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, (2). Online verfügbar unter: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/13/13> [besucht am 02.11.2016].
- SKARŻYŃSKI, H., KOCHANEK, K., SENDERSKI, A., SKARŻYŃSKI, P. H., LUDWIKOWSKI, M., KOPACZEWSKI, M. & BRUSKI, L. 2010. Organization of the hearing screening examinations in Polish schools in rural areas and small towns. *Cochlear Implants International*, 11 (S1), 143-147. doi: 10.1179/146701010X12671177647669.
- SKARŻYŃSKI, H. & PIOTROWSKA, A. 2012a. Prevention of communication disorders - screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement. *Medical Science Monitor*, 18 (4), SR17-21. doi: 10.12659/MSM.882603.
- SKARŻYŃSKI, H. & PIOTROWSKA, A. 2012b. Screening for pre-school and school-age hearing problems: European Consensus Statement. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76 (1), 120-121. doi: 10.1016/j.ijporl.2011.10.016.
- SKLAD, M., DIEKSTRA, R., RITTER, M. DE, BEN, J. & GRAVESTIJN, C. 2012. Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?. *Psychology in the Schools*, 49 (9), 892-909. doi: 10.1002/pits.21641.

- SNGS - SCHWEIZERISCHES NETZWERK GESUNDHEITSFÖRDERNDER SCHULEN. 2010. Qualitäts-Kriterien Gesundheitsfördernde Schule. 2. Auflage. Luzern.
- SOTO, C. & WHITE, J. H. 2010. School health initiatives and childhood obesity: BMI screening and reporting. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11 (2), 108-114. doi: 10.1177/1527154410374218.
- SOVIO, U., KAAKINEN, M., TZOULAKI, I., DAS, S., RUOKONEN, A., POUTA, A., HARTIKAINEN, A. L., MOLITOR, J. & JÄRVELIN, M. R. 2014. How do changes in body mass index in infancy and childhood associate with cardiometabolic profile in adulthood? Findings from the Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *International Journal of Obesity*, 38 (1), 53-59. doi: 10.1038/ijo.2013.165.
- SPALLEK, J., ZEEB, H. & RAZUM, O. 2011. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology*, 8:6. doi: 10.1186/1742-7622-8-6.
- STADT FLENSBURG. 2015. Sozialatlas 2015. Datenbasis bis 31.12.2014. Flensburg. Online verfügbar unter: http://www.flensburg.de/media/custom/2306_1100_1.PDF?1451897637 [besucht am 26.10.2016].
- STADT FLENSBURG. 2016. Stadtportrait. Online verfügbar unter: <http://www.flensburg.de/Leben-Soziales/Stadtportrait> [besucht am 21.11.2016].
- STADT HALLE. (o. J.). Elternbrief und Fragebogen zur Einschulungsuntersuchung. Halle. Online verfügbar unter: http://www.halle.de/push.aspx?s=/VeroeffentlichungenBinaries/682/939/Kinder_und_Jugendgesundheit.pdf [besucht am 21.11.2016].
- STADT KASSEL (Hrsg.). 2015. Jahresbericht 2014. Zahlen, Daten, Fakten. Statistische Informationen. Kassel. Online verfügbar unter: http://www.serviceportal-kassel.de/imperia/md/content/cms01/07rathaus-info/statistik/jahresbericht_2014.pdf [besucht am 26.10.2016].
- STADT LEIPZIG (Hrsg.). 2011. Daten und Fakten zur Kindergesundheit in der Stadt Leipzig 2011. Leipzig. verfügbar unter: https://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Deiz5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Startseite/kindergesundheitsbericht_2011.pdf [besucht am 12.12.2012].
- STADTPORTAL KASSEL. 2016a. Schulen & Bildung. Schulen. Grundschulen. Online verfügbar unter: <http://www.kassel.de/links/4606.html> [03.11.2016].
- STADTPORTAL KASSEL. 2016b. Kassels Stadtteile. Online verfügbar unter: <http://www.kassel.de/stadt/stadtteile/> [besucht am 22.11.2016].
- STAKE, R. E. 1967. The couenance of educational evaluation. *Teachers College Record*, 68, 523–540.
- STAMM, M. 2003. Evaluation und ihre Folgen für die Bildung: eine unterschätzte pädagogische Herausforderung. Münster: Waxmann Verlag.
- STANGE, W., KRÜGER, R., HENSCHEL, A. & SCHMITT, C. (Hrsg.). 2013. Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Praxisbuch zur Elternarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- STATISTISCHES AMT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN. 2016. Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Schleswig-Holsteins 2015. Fortschreibung auf Basis des Zensus 2011. Statistische Berichte. Kennziffer: A I 1 - j 15 SH. Hamburg. Online verfügbar unter: http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_I_1_j_S/A_I_1_j_15_SH.pdf [besucht am 21.11.2016].
- STEWART-BROWN, S. 2006. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. Copenhagen. Online

- verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf [besucht am 20.10.2016].
- STILLER, B. 2014. Arterielle Hypertonie. In: Hoffmann, G. F., Lentze, M. J., Spranger, J. & Zepp, F. (Hrsg.). Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1417-1422.
- STUBBS, J. M. & ACHAT, H. M. 2009. Individual rights over public good? The future of anthropometric monitoring of school children in the fight against obesity. *The Medical Journal of Australia*, 190 (3), 140-142.
- STUFFLEBEAM, D. L. 2007. CIPP Evaluation Model Checklist. Kalamazoo. Online verfügbar unter: http://www.wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/cippchecklist_mar07.pdf [besucht am 09.01.2014].
- SWAINE, B. R. & SULLIVAN, S. J. 1993. Reliability of the scores for the finger-to-nose test in adults with traumatic brain injury. *Physical Therapy*, 73 (2), 71-78.
- TECHNIKER KRANKENKASSE. 2013. Bleib locker! - Stressbewältigung für Kinder. Online verfügbar unter: <https://www.tk.de/tk/kursinhalte-im-ueberblick/stress-u-entspannung/bleib-locker/135088> [besucht am 26.10.2016].
- TECHNIKER KRANKENKASSE. 2016. Gesunde Schule. Online verfügbar unter: <https://www.tk.de/tk/vorsorge-und-frueherkennen/gesunde-lebenswelten/gesunde-schule/39340> [besucht am 27.10.2016].
- TEMPEL, N., BÖDEKER, M., REKER, N., SCHAEFER, I., KLÄRS, G. & KOLIP, P. 2013. Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Köln.
- THAISS, H., KLEIN, R., SCHUMANN, E. C., ELLSÄBER, G., BREITKOPF, H., REINECKE, H. & ZIMMERMANN E. 2010. Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53 (10), 1029-1047. doi: 10.1007/s00103-010-1134-8.
- UGRAS, A. A., YILMAZ, M., SUNGUR, I., KAYA, I., KOYUNCU, Y. & CETINUS, M. E. 2010. Prevalence of scoliosis and cost-effectiveness of screening in schools in Turkey. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 23 (1), 45-48. doi: 10.3233/BMR-2010-0247.
- UNESCO - UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. 1994. Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse. Angenommen von der Weltkonferenz „Pädagogik für besondere Bedürfnisse: Zugang und Qualität“. Salamanca, Spanien, 7.-10. Juni 1994. Salamanca. Online verfügbar unter: <https://www.unesco.de/fileadmin/medien/Dokumente/Bibliothek/salamanca-erklaerung.pdf> [besucht am 20.10.2016].
- UNESCO - UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. 2009. Policy guidelines on inclusion in education. Paris. Online verfügbar unter: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001778/177849e.pdf> [besucht am 20.10.2016].
- UNESCO - UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. 2012. Addressing exclusion in education. A guide to assessing education systems towards more inclusive and just societies. Paris. Online verfügbar unter: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002170/217073e.pdf> [besucht am 20.10.2016].
- UNFALLKRANKENKASSE NORDRHEIN-WESTFALEN. 2016. Schulentwicklungspreis Gute gesunde Schule. Online verfügbar unter: <http://schulentwicklungspreis.de/index.php?id=1> [besucht am 27.10.2016].
- UNIVERSITÄT BIELEFELD. 2006. Fragebogen zur Situation von Jugendlichen. 9. Klasse. Bielefeld.
- VALLE, S. O., KUSCHNIR, F. C., SOLÉ, D., SILVA, M. A., SILVA, R. I. & DA CUNHA, A. J. 2012. Validity and reproducibility of the asthma core International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)

- written questionnaire obtained by telephone survey. *Journal of Asthma*, 49 (4), 390-394.
doi: 10.3109/02770903.2012.669440.
- VERBRAUCHERZENTRALE NORDRHEIN-WESTFALEN. 2009. Gesunde Ernährung und Esskultur: Materialbausteine für den GanzTag. Online verfügbar unter: <http://www.verbraucherzentrale.nrw/Gesunde-Ernaehrung-und-Esskultur-Materialbausteine-fuer-den-GanzTag> [besucht am 26.10.2016].
- VERBRAUCHERZENTRALE NORDRHEIN-WESTFALEN. 2011. Woher kommt mein Essen? Bildungsmaterial PS. Online verfügbar unter: <http://www.verbraucherzentrale.nrw/Woher-kommt-mein-Essen> [besucht am 26.10.2016].
- VEREIN ANSCHUB.DE (Hrsg.). 2010. Die gute gesunde Schule gestalten. Stationen auf dem Weg der Schulprogrammentwicklung. 3. Auflage. Gütersloh.
- VODAFONE STIFTUNG (Hrsg.). 2012. Qualitätsmerkmale schulischer Elternarbeit. Ein Kompass für die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus. Düsseldorf. Online verfügbar unter: https://www.vodafone-stiftung.de/uploads/tx_newsjson/vfst_qm_elternarbeit_web.pdf [besucht am 20.10.2016].
- WABITSCH, M. & Kunze, D. (federführend für die AGA). 2015. Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.a-g-a.de> [besucht am 02.11.2016].
- WALTER, U., KRAUTH, C., LIERSCH, S., SAYED, M., WINDEL, I., CLAUS, M., SCHNOOR, K. & HOFFMANN, H. 2013. Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement - Entwicklung einer Kennzahlentoolbox, Bewertung der Zielerreichung, der Wirksamkeit und der Kosten. Abschlussbericht des BMBF-Projekts. Hannover.
- WEIN, L. M., YANG, Y. & GOLDHABER-FIEBERT, J. D. 2012. Assessing screening policies for childhood obesity. *Obesity*, 20, 1437-1443. doi: 10.1038/oby.2011.373.
- WEYER, J. 2011. Zum Stand der Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften. In: Weyer, J. (Hrsg.). Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. 2. Auflage. München: Oldenbourg Verlag, 39-69.
- WHITE, J., REHKOPF, D. & MORTENSEN, L. H. 2016. Trends in socioeconomic inequalities in body mass index, underweight and obesity among English children, 2007-2008 to 2011-2012. *PLoS One*, 11 (1):e0147614. doi: 10.1371/journal.pone.0147614.
- WILLE, N., BETTGE, S., RAVENS-SIEBERER, U. & BELLA STUDY GROUP. 2008. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17 (S1), 133-147. doi: 10.1007/s00787-008-1015-y.
- WILLHÖFT, C., EHNLE-LOSSOS, M., GRILLENBERGER, M., HANSEN-DOOSE, A., HEYER, A., HOSE, A., MATTHES-STIEBEL, J., SCHACK, P. S. & HOFFMANN, I. 2013. „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-REGIONEN". Evaluation des Modellvorhabens. *Adipositas*, 7 (2), 75-83.
- WMA - WELTÄRZTEBUND. 2013. Deklaration von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Helsinki, Fortaleza. Online verfügbar unter: http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration-von-Helsinki_2013_DE.pdf [besucht am 20.10.2016].
- WOCKEN, H. 2010. Integration & Inklusion. Ein Versuch die Integration vor der Abwertung und die Inklusion vor Träumereien zu bewahren. In: Stein, A.-D., Krach, S. & Niediek, I. (Hrsg.). Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen. Möglichkeitsräume und Perspektiven. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 204-234.
- WOERNER, W., BECKER, A., FRIEDRICH, C., KLASSEN, H., GOODMAN, R. & ROTHENBERGER, A. 2002. Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire

(SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (2), 105-112. doi: 10.1024//1422-4917.30.2.105.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONALBÜRO FÜR EUROPA. 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen. Online verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1
[besucht am 20.10.2016].

WRIGHT, M., BLOCK, M. & UNGER, H. VON 2007. Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung: Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 7 (3), 4-5.

WRIGHT, M., BLOCK, M., & UNGER, H. VON 2008. Stufen der Partizipation. Online verfügbar unter:
<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>
[besucht am 20.10.1016].

YOUTHINMIND. 2014. Auswertung der Fremdbeurteilungsbögen des SDQ-D. Online verfügbar unter:
<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=German> [besucht am: 09.10.2014].

ANHANG



Anhang

Ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Projektsteuerung	
Name	Zeitraum
Anke Riss	1. November 2013 bis 31. Juli 2016
Ellen Tinnefeld	1. November 2013 bis 28. Februar 2015
Jette Lange	1. November 2013 bis 30. September 2014
Ann-Christin Schipper	7. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2015
Jule Kötter	4. April 2015 bis 15. Oktober 2015
Evaluation	
Name	Zeitraum
Eva Cruel	1. November 2013 bis 5. Juni 2015
Sebastian Flottmann	1. Juli 2014 bis 31. Juli 2015
Inga Frye	1. August 2015 bis 9. Oktober 2015