

Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse



Herausgeber:
Verein Programm Klasse 2000 e. V.
Feldgasse 37, 90489 Nürnberg
www.klasse2000.de
info@klasse2000.de

Autoren: Julia Feldmann und Thomas Duprée

Gestaltung und Druck:
osterchrist druck & medien GmbH
Nürnberg

Fotos:
Klasse2000 (S. 4, S. 8, S. 11/12),
Fotolia.com © BillionPhotos.com (S. 15),
Fotolia.com © Robert Kneschke (S. 16)

Oktober 2018

Gedruckt auf Circlematt white aus 100% Altpapier.

Inhaltsverzeichnis

1. Klasse2000.....	3
1.1 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.....	4
1.2 Ziele und Themen von Klasse2000.....	5
2. Wichtige Begriffe.....	6
2.1 Gesundheit.....	6
2.2 Salutogenese.....	7
2.3 Risikofaktoren.....	8
2.4 Resilienz und Schutzfaktoren.....	9
2.5 Prävention.....	10
2.6 Gesundheitsförderung.....	11
2.7 Gesundheitskompetenz.....	12
2.8 Lebenskompetenzen.....	13
3. Theorien und Modelle.....	14
3.1 Förderung von Lebenskompetenzen.....	14
3.2 Theorie des Problemverhaltens.....	14
3.3 Sozial-kognitive Lerntheorie.....	15
3.4 Gesundheitsverhaltensmodelle.....	16
3.5 Modell der sozialen Informationsverarbeitung.....	17
4. Durchführung von Klasse2000 orientiert an der Wirksamkeitsforschung zu Prävention und Gesundheitsförderung.....	18
5. Evaluationsergebnisse zu Klasse2000.....	19
5.1 Wirksamkeit von Klasse2000.....	19
5.2 Prozessevaluation.....	20
5.3 Zusammenfassung.....	21
Literatur.....	22

1. Klasse2000

Klasse2000 ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung für die Grundschule. Seit dem Programmstart im Jahr 1991 nahmen über 1,6 Millionen Kinder teil. Bei Klasse2000 sollen Kinder durch die Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen in ihrer Persönlichkeit gestärkt und bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils unterstützt werden. Das Programm beruht dabei auf dem Ansatz der Förderung von Lebenskompetenzen (Botvin & Griffin, 2004; WHO, 1994) und folgt dem Grundverständnis der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986). Bei der Programmkonzeption wurde auf Theorien des Gesundheitsverhaltens, der Suchtprävention und der Gewaltprävention sowie auf lerntheoretische und entwicklungspsychologische Grundlagen zurückgegriffen.

Klasse2000 umfasst von der 1. bis zur 4. Klassenstufe jeweils 13 bis 15 Unterrichtseinheiten, die in den teilnehmenden Schulklassen durchgeführt werden. Speziell dazu geschulte Fachkräfte, die Klasse2000-Gesundheitsförderinnen und -förderer, besuchen die Schulklassen zwei- bis dreimal pro Schuljahr und gestalten jeweils eine Unterrichtseinheit. Die restlichen Einheiten führen die Lehrkräfte anhand von erprobtem und direkt einsetzbarem Unterrichtsmaterial durch. Dabei begleitet die Symbolfigur KLARO die Kinder durch das Programm. Die Eltern werden durch einen Informationsabend, jährliche Elternbriefe und die Elternzeitung KLARO-Text einbezogen. Zudem sollen sie durch Material, das die Kinder mit nach Hause nehmen, und Erzählungen der Kinder erreicht werden.

Im Folgenden wird der theoretische Hintergrund von Klasse2000 aufgezeigt und anhand von Beispielen aus dem Programm veranschaulicht. Dies umfasst die Darstellung relevanter Begriffe sowie die Beschreibung der zugrunde liegenden Theorien und Modelle. Außerdem werden Evaluationsergebnisse des Programms dargestellt.

Steckbrief des Programms Klasse2000

Klasse2000

Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung in der Grundschule und zur Gewalt- und Suchtprävention in Deutschland

Erreichte Kinder seit 1991: > 1,6 Millionen

Durchführung durch Lehrkräfte und externe Gesundheitsförderinnen und -förderer

13- 15 Unterrichtsstunden pro Schuljahr (1.- 4. Klasse)

Finanziert über Spenden und Fördergelder in Form von Patenschaften für einzelne Schulklassen (2018: 220 € pro Schuljahr)

Ausführliche Unterrichtsmanuale und Materialien für Lehrkräfte und Gesundheitsförderinnen und -förderer, Informationsmaterial für Eltern

Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen in fünf zentralen Themenbereichen:

- Gesund essen & trinken
- Bewegen & entspannen
- Sich selbst mögen & Freunde haben
- Probleme & Konflikte lösen
- Kritisch denken & Neinsagen

1.1 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Das Robert Koch-Institut führt die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) durch, um Daten zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erheben. Hier zeigen sich unter anderem folgende Ergebnisse:

- 95,7 % der Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als sehr gut oder gut ein (Poethko-Müller, Kuntz, Lampert & Neuhauser, 2018).
- Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei den 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen betrug nach Angaben der Eltern 16,9 % (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert & Hölling, 2018).
- 15,4 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren sind übergewichtig und 5,9 % davon leiden unter Adipositas (Schienkiewitz, Brettschneider, Damerow & Schaffrath Rosario, 2018).
- Mehr als die Hälfte der Kinder, die als 2- bis 6-Jährige übergewichtig oder adipös sind, sind dies auch noch im Jugendalter (Schienkiewitz, Damerow, Mauz, Vogelgesang, Kuhnert & Schaffrath Rosario, 2018).
- 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen von 3 bis 17 Jahren erreichen die Bewegungsempfehlung der WHO und sind damit täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv (Finger, Varnaccia, Borrmann, Lange & Mensink, 2018).
- 16,9 % der Mädchen und 22,2 % der Jungen konsumieren mindestens einmal täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (Mensink, Schienkiewitz, Rabenberg, Bormann, Richter & Haftenberger, 2018).
- 7,4 % der Mädchen und 7,0 % der Jungen im Alter von 11 bis 17 rauchen gelegentlich oder täglich (Zeiher, Starker & Kuntz, 2018). Bei der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) lag der Anteil der Raucher unter den Jugendlichen noch bei 21,4 %.
- Das Rauchverhalten bleibt beim Übergang ins Erwachsenenalter relativ stabil, d. h. Jugendliche, die mit dem Rauchen angefangen haben, behalten dies auch häufig als junge Erwachsene bei (Mauz et al., 2018).

In regelmäßigen Abständen führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Studien durch, um das Suchtverhalten und den Drogenkonsum von Kindern und Jugendlichen zu ermitteln. Dabei ließ sich Folgendes erfassen:

- 10,6 % der 12- bis 17-Jährigen trinken regelmäßig Alkohol (mindestens einmal in der Woche) und 14,1 % der 12- bis 17-Jährigen praktizieren mindestens einmal im Monat Rauschtrinken (Orth, 2017a).

- 9,6 % der 12- bis 17-Jährigen rauchen gelegentlich oder ständig (Orth, 2016).
- 8,7 % der 12- bis 17-Jährigen haben schon einmal Cannabis konsumiert (Orth & Merkel, 2018).
- Computerspiel- und internetbezogene Störungen finden sich bei 5,8 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und bei 2,8 % der 18- bis 25-jährigen Erwachsenen (Orth, 2017b).

Insgesamt geht es den meisten Kindern und Jugendlichen in Deutschland gesundheitlich gut. Dennoch deuten die Daten auch auf bestehende Risiken und Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung hin, z. B. hinsichtlich Übergewicht, Rauchverhalten und dem Konsum von Alkohol. Besonders auch im Bereich Bewegungsförderung besteht noch ein hohes Potential, da lediglich 1/4 der Mädchen und 1/3 der Jungen die Bewegungsempfehlung der WHO erreichen. Gesundheitsverhalten und Gewohnheiten, die in der Kindheit oder Jugend angenommen werden, bleiben oft bis ins Erwachsenenalter bestehen, z. B. das Rauchverhalten. Hier scheint es angezeigt, schon früh mit dem Aufbau gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu beginnen.



1.2 Ziele und Themen von Klasse2000

Ziele von Klasse2000 sind die Vorbeugung von Sucht und Gewalt sowie die Förderung eines gesunden Lebensstils durch die Stärkung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen bei den Kindern. Die Kinder lernen, wie ihr Körper funktioniert und was sie selbst für ihre Gesundheit tun können. Es soll eine positive Einstellung zum eigenen Körper und der eigenen Gesundheit vermittelt sowie persönliche und soziale Fertigkeiten gefördert werden. Dazu werden bei Klasse2000 folgende fünf Themenfelder behandelt:

- Gesund essen & trinken
- Bewegen & entspannen
- Sich selbst mögen & Freunde haben
- Probleme & Konflikte lösen
- Kritisch denken & Neinsagen

Gesund essen & trinken. Dieses Themenfeld hat seinen Schwerpunkt vor allem in den ersten beiden Jahrgangsstufen. Gegen Ende des ersten Schuljahrs lernen die Kinder die Zusammensetzung eines gesunden Pausenbrots und Wasser als wichtigsten Durstlöscher kennen. Anschließend wird das Gelernte bei einem gemeinsamen Klassenfrühstück umgesetzt. In der zweiten Jahrgangsstufe wird Wissen zu den Verdauungsorganen vermittelt und mit den Kindern die Ernährungspyramide erarbeitet. Ein Pausenbrotprojekt regt die Kinder an, täglich Gemüse oder Obst und Wasser für die Pause mitzubringen. In der dritten und vierten Jahrgangsstufe werden die Inhalte nochmals aufgegriffen und wiederholt.

Bewegen & entspannen. Auch dieses Themenfeld wird vorwiegend während der ersten beiden Schuljahre behandelt. Zu Beginn der ersten Jahrgangsstufe beschäftigen sich die Kinder mit der Atmung und dem Zusammenhang von Bewegung und Atmung. Sie erlernen mit der KLARO-Atmung eine Methode, um die eigene Atmung zur Entspannung und Emotionsregulation einzusetzen. Weiterhin unterscheiden die Kinder zwischen verschiedenen Bewegungsintensitäten und analysieren ihr eigenes Bewegungsverhalten. Es werden Möglichkeiten erarbeitet, mehr Bewegung in den Schulalltag zu integrieren. Dieses Ziel verfolgen auch „KLAROs Bewegungspausen“, die gleich zu Programmbeginn eingeführt werden. Diese kurzen Bewegungseinheiten können regelmäßig während des Unterrichts eingebaut werden, um Bewegung im Klassenalltag zu fördern. Das Thema Entspannung steht dann besonders in der zweiten Klasse im Vordergrund. Den Kindern wird die Bedeutung von Entspannung und Pausen vermittelt, sie unterscheiden zwischen Anspannung und Entspannung und lernen Entspannungsmöglich-

keiten kennen. In der dritten und vierten Jahrgangsstufe werden die Inhalte des Themenfelds noch einmal vertiefend aufgegriffen, um die Bewegung in der Freizeit und im Klassenalltag weiter zu fördern. Weiterhin wird Bewegungsmangel durch die Nutzung von Bildschirmmedien thematisiert und eine Reduktion von Sitzzeiten bei der Mediennutzung angeregt.

Sich selbst mögen & Freunde haben. Im Themenfeld „Sich selbst mögen & Freunde haben“ soll in der ersten Jahrgangsstufe ein angenehmes Klassenklima durch einen freundlichen und unterstützenden Umgang untereinander gefördert werden. Es werden Gesprächsregeln erarbeitet, die im Rahmen von KLAROs Kreisgesprächen eingesetzt werden können. Außerdem beschäftigen sich die Kinder mit eigenen Stärken und Schwächen und überlegen, wie sie sich gegenseitig unterstützen können. Gegen Ende der zweiten Jahrgangsstufe werden die Kinder darin gefördert, Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen und zu unterscheiden, mit unangenehmen Gefühlen umzugehen und sich in andere einzufühlen. In der dritten Jahrgangsstufe sollen nochmals vor allem die Teamfähigkeit und der Klassenzusammenhalt gestärkt werden, u. a. durch vertrauensbildende Spiele, die Beschäftigung mit eigenen Stärken und Schwächen, die Förderung von Zusammenarbeit und die Durchführung eines Klassenprojekts. In der vierten Jahrgangsstufe wird schließlich noch das Thema Freundschaft behandelt.

Probleme & Konflikte lösen. Dieses Themenfeld rückt zu Beginn der dritten Jahrgangsstufe in den Mittelpunkt. Mit KLAROs Zauberformel erlernen die Kinder ein Schema zur Konfliktlösung, das helfen soll, Impulse zu kontrollieren und Konflikte gewaltfrei zu lösen. Es werden Möglichkeiten zum Umgang mit Wut und Angst sowie Problemlösestrategien erarbeitet. Außerdem beschäftigen sich die Kinder damit, wie man Streit und unfaires Verhalten verhindern oder beenden kann und sie lernen, Ich-Botschaften zu formulieren, um Konflikte zu lösen.

Kritisch denken & Neinsagen. Suchtpräventive Inhalte werden in der vierten Klasse beim Themenfeld „Kritisch denken & Neinsagen“ vermittelt. Die Kinder erhalten Informationen über Alkohol und Rauchen und werden angeleitet, sich mit diesen Themen kritisch auseinanderzusetzen. Sie sollen lernen, Strategien der Werbung zu durchschauen, Gruppendruck zu erkennen und „Nein“ zu sagen, wenn ihnen Suchtmittel angeboten werden. Außerdem reflektieren sie ihren Konsum von Bildschirmmedien. Im Rahmen eines Experiments sollen dieser Konsum eingeschränkt und sinnvolle Alternativen dazu entwickelt werden.

2. Wichtige Begriffe

2.1 Gesundheit

Gesundheit ist ein Begriff, der sich nur schwer bestimmen lässt. Frühere Gesundheitsdefinitionen beschreiben Gesundheit negativ durch die Abgrenzung zur Krankheit, d. h. Gesundheit wird hier als die Abwesenheit von Krankheit gesehen (Lippke & Renneberg, 2006). Dagegen definierte die WHO in ihrer Verfassung von 1948 Gesundheit in einem positiven Sinne: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen.“ Hierbei stellt sie das subjektive Empfinden und die Selbsteinschätzung (Wohlbefinden) einer Person in den Mittelpunkt und bestimmt Gesundheit auf mehreren Ebenen (körperlich, geistig, sozial). Obwohl diese Definition auch vielfach kritisiert wurde, z. B. wegen ihres subjektiven Blickwinkels und des utopischen Ziels des vollständigen Wohlbefindens, hat sie wichtige Impulse für Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung geliefert (Hurrelmann & Richter, 2013).

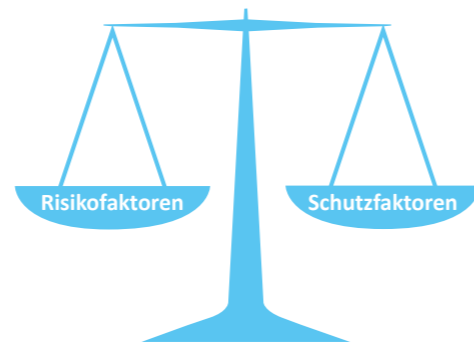
Hurrelmann und Richter (2013) schlagen eine fächerübergreifende Definition von Gesundheit vor, welche sich an Leitvorstellungen von Gesundheit und Krankheit orientiert, die in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen anerkannt sind:

» *Gesundheit ist ein Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (S. 147) «*

Gesundheit ist demnach ein Gleichgewichtsstadium, das im Verlauf des Lebens immer wieder hergestellt werden muss, indem sowohl innere als auch äußere Anforderungen gelöst werden (siehe Abbildung 1). Hierbei kann es auch vorkommen, dass die Herstellung dieses Gleichgewichts nur teilweise oder nur zeitweilig gelingt (Hurrelmann & Richter, 2013).



Krankheit
als *nicht* gelungene Bewältigung von ...



Gesundheit
als gelungene Bewältigung von ...

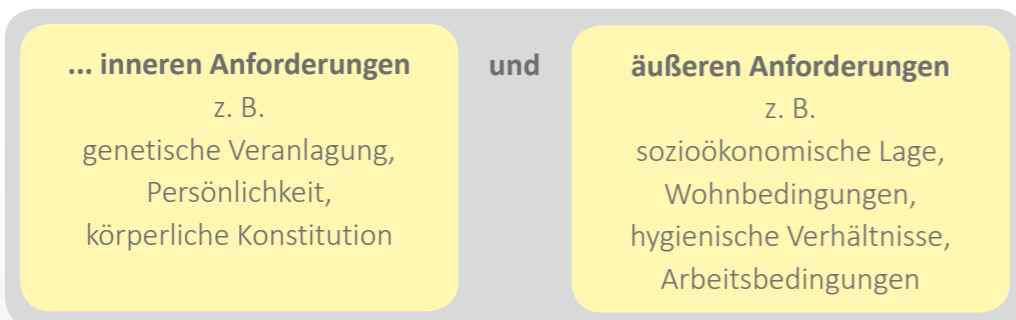


Abbildung 1. Gesundheitsdefinition nach Hurrelmann & Richter (2013) (eigene Darstellung)

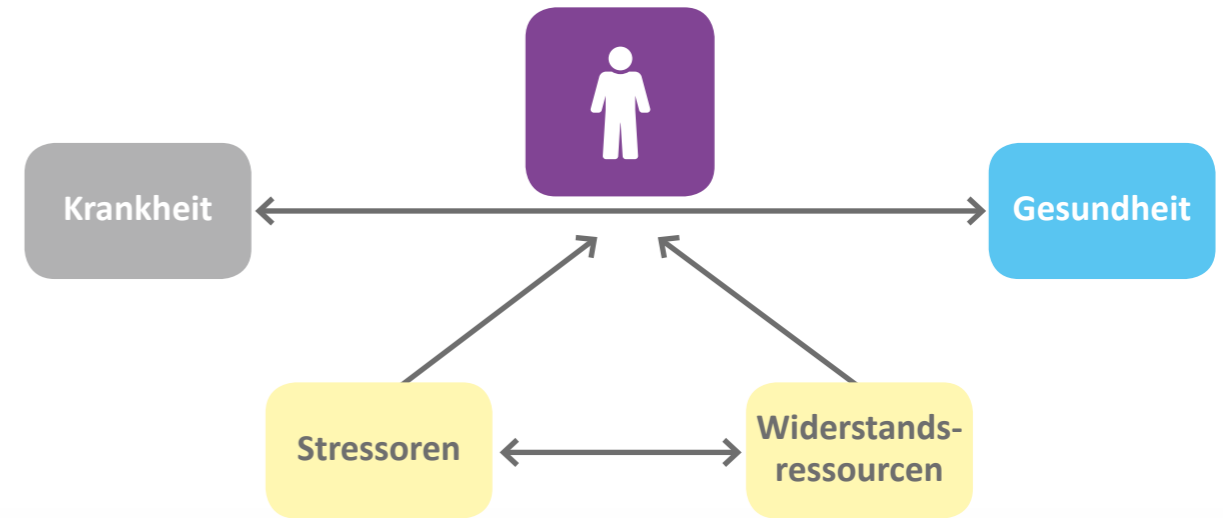


Abbildung 2. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung)

2.2 Salutogenese

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte in den 1970er Jahren das Konzept der Salutogenese. Im Gegensatz zur Pathogenese, die sich mit der Entstehung von Krankheiten beschäftigt, geht die Salutogenese der Frage nach, wie Menschen ihre Gesundheit bewahren und fördern können, auch wenn sie Belastungen oder gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind (Franke, 2015). Dieser Perspektivwechsel hat bis heute sehr großen Einfluss auf die Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung.

Antonovsky (1997) kritisiert die kategoriale Einteilung von Menschen in krank oder gesund und geht stattdessen von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit aus, innerhalb dessen sich Menschen während ihres Lebens einordnen lassen (siehe Abbildung 2). Eine Person ist demnach nicht entweder gesund oder krank, sondern näher an dem einen oder anderen Pol. Der Platz innerhalb des Kontinuums bestimmt sich durch das Zusammenspiel von Stressoren und Widerstandsressourcen. Als entscheidende Faktoren für eine Bewegung hin zum Pol Gesundheit werden die generalisierten Widerstandsressourcen angenommen, denn sie ermöglichen die Bewältigung von Stressoren und die Person erlebt, dass sie diesen nicht hilflos gegenübersteht (Franke, 2015). Zu den Widerstandsressourcen zählen beispielsweise eine gute körperliche Verfassung, kognitive (z. B. Intelligenz, Wissen) und psychische Ressourcen (z. B. Selbstvertrauen, Optimismus), Gesundheitswissen, soziale Unterstützung, materielle Sicherheit und gesellschaftliche Bedingungen wie beispielsweise Frieden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Modell der Salutogenese ist das sogenannte Kohärenzgefühl (engl.: Sense of coherence, SOC; oft auch als Kohärenzsinn bezeichnet). Dieses bezeichnet eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnhaft ist und man seine Herausforderungen meistern kann (Franke, 2015).

Nach Antonovsky (1997) umfasst das Kohärenzgefühl drei zentrale Komponenten:

- **Verstehbarkeit:** Die Ereignisse, Erlebnisse und Zusammenhänge des Lebens werden als erklärbar, geordnet, verstehbar und vorhersehbar wahrgenommen.
- **Handhabbarkeit:** Es stehen Ressourcen zur Verfügung, um Anforderungen zu begegnen.
- **Bedeutsamkeit:** Das Leben und seine Aufgaben werden als sinnhaft und bedeutsam empfunden.

Antonovsky (1997) geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl beeinflusst, welche Position eine Person innerhalb des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums einnimmt und dass es zur Bewegung in Richtung des gesunden Pols beiträgt. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung lässt sich ableiten, dass es darum geht, Bedingungen zu schaffen, in denen es Menschen gelingt, ein hohes Ausmaß des Kohärenzgefühls herzustellen, da sie es dann schaffen können, Anforderungen mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen (Franke, 2015).

2.3 Risikofaktoren

» Risikofaktoren werden epidemiologisch definiert als erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Krankheit zu erwerben, einen bestimmten Gesundheitsschaden vorzeitig zu erleiden, eine definierte Selbst-, Interaktions- oder Entwicklungsstörung auszuprägen, Lebensqualität zu verlieren oder vorzeitig zu versterben. Risikofaktoren sind nicht gleichzusetzen mit Ursachen oder Kausalitäten. (Franzkowiak, 2018b, S. 1) «

Das Risikofaktorenmodell erforscht statistisch, welche Faktoren sich bei Erkrankten häufiger oder seltener finden als bei Gesunden (Schüz & Möller, 2006). Es kann Aussagen über die Erkrankungswahrscheinlichkeit in der Gesamtbevölkerung oder in Bevölkerungsgruppen treffen, allerdings sagt es nichts über das individuelle Risiko einer einzelnen Person aus (Franzkowiak, 2018b). Nicht alle Menschen, bei denen Risikofaktoren vorliegen, erkranken tatsächlich.

Ein niedriger sozialer Status, mit dem oft geringere materielle, soziale und bildungsbezogene Ressourcen verbunden sind, kann als wichtiger übergeordneter Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Entwicklungsrisiken, Suchtgefährdung und weitere psychische Störungen angesehen werden (Franzkowiak, 2018b).

Das Risikofaktorenmodell lässt sich einer pathogenetischen Sichtweise zuordnen, die sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten beschäftigt und zeigt Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen auf. Im Gegensatz dazu steht im Mittelpunkt der salutogenetischen Perspektive sowie von Konzepten zur Gesundheits- und Resilienzförderung die Bestimmung und Stärkung von Schutzfaktoren.

Nach Franzkowiak (2018b) kann unterschieden werden zwischen

- verhaltens-, lebensweisen- und persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren (z. B. Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Stressbelastung)
- sozialstrukturellen, ökologischen oder settingbezogenen Risikofaktoren (z. B. Kontakt mit Schadstoffen, Lärm, Luftverschmutzung, Schichtarbeit)
- unabänderlichen Risikofaktoren (z. B. Alter, Geschlecht, genetische oder organische Merkmale)



2.4 Resilienz und Schutzfaktoren

Schutzfaktoren (andere Begriffe: Resilienzfaktoren, Protektivfaktoren oder Ressourcen) verringern die Wahrscheinlichkeit, dass sich bei vorhandenen Belastungen Krankheiten oder Störungen entwickeln und stärken die körperliche und psychische Gesundheit (Lyssenko & Bengel, 2016). Die Identifizierung und Förderung von Schutzfaktoren ist eng mit dem Konzept der Resilienz verbunden. Unter Resilienz ist nach Lyssenko und Bengel (2016) folgendes zu verstehen:

» Der Begriff Resilienz (aus dem Englischen: *resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität*) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit. Bei Kindern und Jugendlichen meint Resilienz eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Erwachsenenalter wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet. (S. 1) «

Resilienz oder resilientes Verhalten zeigt sich, wenn eine Person eine Risikosituation, z. B. das Aufwachsen in Armut oder Gewalterfahrungen, erfolgreich bewältigt (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Resilienz ist dabei keine angeborene Persönlichkeitseigenschaft, sondern ist als Entwicklungs- und Anpassungsprozess zu verstehen, der sich im komplexen Zusammenspiel von Person und Umwelt ausbildet (Wustmann, 2011). Dabei stellt das Vorhandensein von schützenden Faktoren die Basis für die Entwicklung von Resilienz dar.

Die Schutzfaktoren einer Person lassen sich in personale Schutzfaktoren (z. B. Persönlichkeitsmerkmale, Bewältigungsstrategien und körperliche Merkmale) und Schutzfaktoren der sozialen Umwelt unterteilen (z. B. Merkmale der Familie) (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Hierbei umfassen die personalen Schutzfaktoren auch die sogenannten Resilienzfaktoren.

Diese sechs Faktoren mit einer unterstützenden Wirkung auf die Resilienz konnten in Studien identifiziert werden (nach Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009):

- Selbstwahrnehmung
- Selbststeuerung
- Selbstwirksamkeit
- soziale Kompetenz
- Umgang mit Stress
- Problemlösen

Diese Faktoren finden sich auch in den Lebenskompetenzen der WHO (1994) wieder.

Das Konzept der Resilienz sowie Forschungsbefunde zu Resilienz- und Schutzfaktoren sind in Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung eingeflossen. Programme zur Resilienzförderung setzen bei der Person und ihrem sozialen Umfeld (Familie, Schule, Gemeinde) an. Da es Überschneidungen zu den Lebenskompetenzen der WHO (1994) gibt, bestehen große Ähnlichkeiten zu Lebenskompetenzförderprogrammen. So ist nach Bühler & Heppekausen (2005) „Lebenskompetenzförderung auch potenzielle Resilienzförderung“ (S. 20).

2.5 Prävention

Unter Prävention versteht man „alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen“ (Franzkowiak, 2018a). Dazu gehören sowohl medizinische Maßnahmen als auch psychologische, erzieherische und politische.

Um präventive Maßnahmen zu planen, benötigt man Wissen über die Entstehung (Pathogenese) und Verbreitung von Erkrankungen (Schüz & Möller, 2006). Hierbei ist auch das Wissen über Risikofaktoren bedeutend, d. h. über Faktoren, die das Auftreten der Erkrankung begünstigen oder den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflussen können.

Präventionsmaßnahmen lassen sich unterschiedlich klassifizieren. Je nach Zeitpunkt von Maßnahmen wird unterschieden zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Caplan, 1964 nach Schüz & Möller, 2006):

- **Primäre Prävention:** Verhütung von Neuerkrankungen, z. B. durch Impfungen, Reduktion von Risikofaktoren wie Rauchen oder ungesunder Ernährung.
- **Sekundäre Prävention:** Verhindern des Fortschreitens oder der Manifestation einer Krankheit, z. B. durch Früherkennung und Frühbehandlung.
- **Tertiäre Prävention:** Behandlung bereits Erkrankter mit dem Ziel der Abmilderung von Folgeschäden, Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und Verhinderung von Rückfällen, z. B. medikamentöse Behandlung von Diabetes.

Alternativ kann je nach Zielgruppe der Prävention zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden werden (Gordon, 1983):

- **Universelle Prävention** richtet sich an die gesamte Bevölkerung oder große Teilgruppen, z. B. Suchtprävention in der Schule.
- **Selektive Prävention** richtet sich an Bevölkerungsgruppen, deren Risiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht ist, z. B. Drogenaufklärungskampagnen für die Partyszene.
- **Indizierte Prävention** richtet sich an Personen mit gesichertem Risiko oder manifesten Störungen, z. B. Programme für jugendliche Drogenkonsumenten.

Außerdem kann unterschieden werden nach Verhaltens- und Verhältnisprävention (nach Franzkowiak, 2018a):

- **Verhaltensprävention:** Beeinflussung oder Änderung des Verhaltens von Personen (z. B. Aufklärungskampagnen zum Rauchen, Gesundheitskurse).
- **Verhältnisprävention:** Beeinflussung oder Änderung der gesundheitsrelevanten sozialen, kulturellen, ökologischen oder materiellen Umweltbedingungen oder von Gesetzen, Regeln, Systemen oder Einrichtungen (z. B. Tabaksteuererhöhung, Werbeverbote, Schaffung öffentlicher Bewegungsräume).

Klasse2000 lässt sich entsprechend der Klassifikationen als primäre Prävention oder universelle Prävention verstehen. Im Schwerpunkt ist das Programm dem verhaltenspräventiven Ansatz zuzuordnen, will aber auch darüber hinaus durch verhältnispräventive Elemente Impulse in das schulische Setting geben, z. B. durch die konzeptuelle Unterstützung der Schulleitungen durch den Leitfaden zur Schulentwicklung „Schule2020“ oder das Heft zur Lehrergesundheit „Gut, gesund und gerne“. Daneben wird den Schulen mit „KLAROs Kiosk“ eine verhältnispräventive Erweiterung des Programms zur Verfügung gestellt, mit dem Material für die Durchführung eines Schülerprojekts zur gesunden Pausenversorgung.



2.6 Gesundheitsförderung

Im Gegensatz zur Prävention, die auf die Verhinderung von Krankheiten zielt und besonders Risikofaktoren in den Blick nimmt, setzt Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen. Menschen sollen zu einer höheren Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre Gesundheit gelangen und befähigt werden, diese zu verbessern (Kaba-Schönstein, 2018). Gesundheitsförderung ist dabei ein umfassendes gesellschaftspolitisches Konzept, das einerseits die Gesundheitsressourcen, -potentiale und -kompetenzen des Einzelnen stärken, aber andererseits auch die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen verbessern will.

In der Jakarta-Erklärung (WHO, 1997) wurden diese Strategien bestätigt und für das 21. Jahrhundert weiterentwickelt. Dort heißt es:

» Gesundheitsförderung wird von den Menschen selbst und mit ihnen verwirklicht und kann nicht verordnet werden. Gesundheitsförderung verbessert sowohl die Handlungskompetenzen des Einzelnen im Umgang mit seiner Gesundheit als auch die Potentiale von Gruppen, Organisationen oder Gemeinschaften, Einfluß auf die Determinanten für Gesundheit zu nehmen. (S. 12) «

Eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung ist der Settingansatz, der die Aufmerksamkeit auf die Lebenswelten und Rahmenbedingungen lenkt, in denen Menschen ihren Alltag verbringen und die auch auf die Gesundheit einwirken, z. B. Kindergärten, Schulen, Betriebe und Kommunen (Hartung & Rosenbrock, 2015). Das Setting kann dabei zum einen den Rahmen bieten, in dem man eine Zielgruppe erreicht, z. B. die Durchführung eines Programms in der Schule, zum anderen kann es aber auch selbst Gegenstand von Veränderungsprozessen sein, z. B. die Förderung der Organisationsentwicklung hin zur gesundheitsförderlichen Schule.

Die WHO legte in der Ottawa-Charta (1986) die wichtigsten Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung in einem Mehrebenenansatz fest:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten
- Unterstützen von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen (z. B. Selbsthilfegruppen)
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen (z. B. gesundheitsbezogene Bildung, Sozialkompetenz)
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (hinsichtlich der Förderung von Gesundheit)

2.7 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz oder Health Literacy wird im medizinischen Versorgungssystem nach Abel, Jordan, Sommerhaider und Bruhin (2018) als „die Fähigkeit des Individuums verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln“ (S. 1), während der Begriff aus Sicht der Gesundheitsförderung noch darüber hinaus geht und zusätzlich praktisches Wissen und Fähigkeiten bezüglich Gesundheit und Krankheit, dem eigenen Körper und gesundheitlich relevanten Lebensbedingungen beschreibt. Sie zeigt sich z. B. darin, welche Lebensmittel eine Person auswählt, wie sie soziale Kontakte pflegt, ob sie raucht oder wie sie hinsichtlich medizinischer Behandlungen entscheidet.

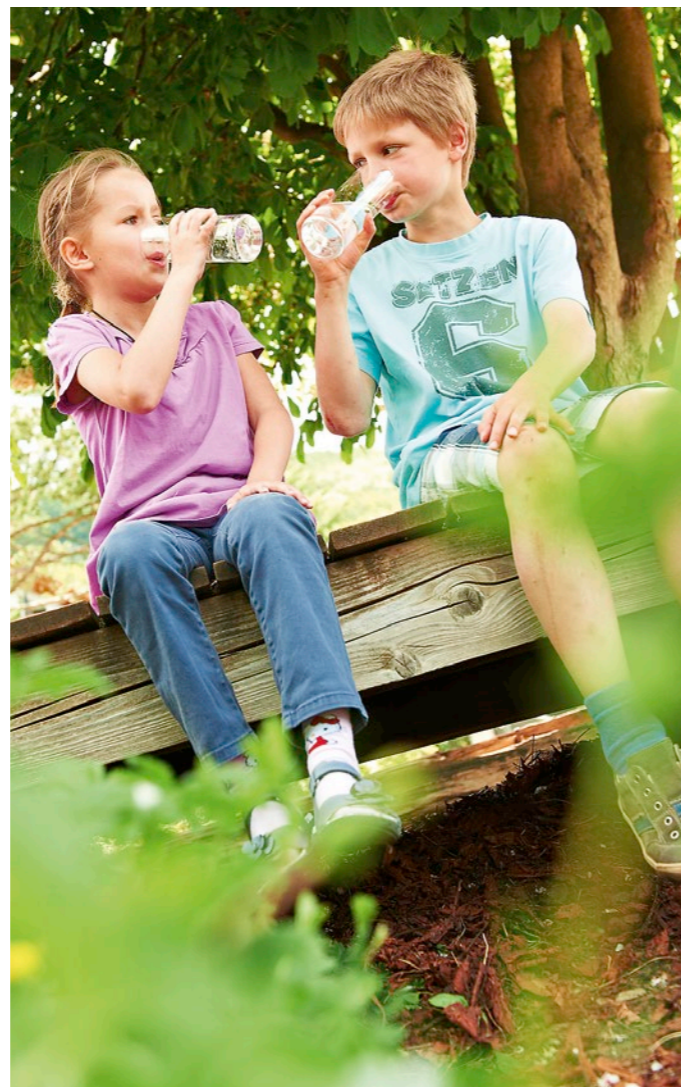
Sørensen et al. (2012, nach JG Redaktion, 2015) definieren Gesundheitskompetenz wie folgt:

» Gesundheitskompetenz ist mit Bildung verknüpft und umfasst Kompetenzen, Wissen und Motivation einer Person, um auf gesundheitsrelevante Informationen zuzugreifen, sie verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Diese Fertigkeiten sollen die betreffende Person in ihrem Alltag befähigen, von solidem Wissen getragene Entscheidungen in den Bereichen der medizinischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu treffen, um ihre Lebensqualität dauerhaft zu fördern und zu verbessern. (S. 11) «

Der Begriff Kompetenz ist allgemein im pädagogischen Kontext von großer Bedeutung und hat nach Hallmann (2015) drei Dimensionen:

- **Kognitive Dimension:** Vorhandensein von Wissen, um Zusammenhänge zu verstehen und angemessene Entscheidungen treffen zu können.
- **Wertedimension:** Vorhandensein von verbindlichen Werten, die als Richtlinien für das individuelle Verhalten dienen können, und die Fähigkeit, Situationen unter Einbezug unterschiedlicher Interessen zu bewerten.
- **Handlungsdimension:** Fähigkeit, vielschichtige Situationen zu planen, das gewählte Verhalten durchzuführen und anschließend zu überprüfen, ob Verbesserungen möglich sind.

Zum Beispiel müssen die schädlichen Folgen des Rauchens bekannt sein (kognitive Dimension), es muss in der Gesellschaft eine ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen geben (die sich u. a. in Rauchverboten, Warnhinweisen und Altersbeschränkungen ausdrückt), an der sich Kinder und Jugendliche orientieren (Wertedimension). Auf dieser Grundlage können sie sich entscheiden, Angebote zum Rauchen abzulehnen, dies in entsprechenden Situationen auch tun, und dann reflektieren, ob das Verhalten erfolgreich war oder noch verbessert werden kann (Handlungsdimension).



2.8 Lebenskompetenzen

Lebenskompetenzen sind psychosoziale Fertigkeiten, die es Personen ermöglichen, mit den Aufgaben und Schwierigkeiten des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen (WHO, 1994). Die Weltgesundheitsorganisation definiert folgende zehn zentrale Lebenskompetenzen (deutsche Übersetzung bei Bühler & Heppekausen, 2005):

- **Fertigkeit, Entscheidungen zu treffen**, um konstruktiv mit Entscheidungen im Alltag umzugehen, indem man z. B. unterschiedliche Möglichkeiten bedenkt und die Folgen abwägt.
- **Problemlösefertigkeit**, um konstruktiv Schwierigkeiten im alltäglichen Leben anzugehen.
- **Kreatives Denken**, das es ermöglicht, verschiedene Alternativen und Konsequenzen des Handelns zu überdenken und flexibel in Alltagssituationen zu reagieren. Es trägt zur Entscheidungsfertigkeit und Problemlösefertigkeit bei.
- **Kritisches Denken**, um Informationen sowie Erfahrungen objektiv zu analysieren und Einflussfaktoren auf Einstellungen und Verhalten zu erkennen.
- **Kommunikative Kompetenz**, die dazu befähigt, sich verbal und nonverbal situationsangemessen auszudrücken, und z. B. die eigene Meinung, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern.
- **Interpersonale Beziehungsfertigkeiten**, die helfen, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten.
- **Selbstwahrnehmung**, bei der es um das Erkennen der eigenen Person einschließlich von Stärken, Schwächen und Wünschen geht, was helfen kann, Stressoren und Belastungen zu erkennen.
- **Empathie** (Einfühlungsvermögen) als die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinversetzen zu können.
- **Gefühlsbewältigung**, die das Bewusstwerden und Erkennen eigener und fremder Gefühle, den angemessenen Umgang mit Gefühlen sowie das Erkennen des Zusammenhangs von Gefühlen und Verhalten umfasst.
- **Stressbewältigung**, die das Erkennen von Stressursachen und -folgen sowie den Einsatz stressreduzierender Verhaltensweisen beinhaltet.

Die Förderung von Lebenskompetenzen lässt sich sowohl als Strategie der Gesundheitsförderung als auch der Prävention auffassen. Vor allem für Kinder und Jugendliche wurden entsprechende Programme konzipiert (Bühler & Heppekausen, 2005). Lebenskompetenzprogramme konnten sich als aussichtsreiche Strategie für die Gesundheitsförderung und verschiedene gesundheitsbezogene Präventionsbereiche erweisen (Jerusalem & Meixner, 2009). Auch Klasse2000 basiert auf dem Ansatz zur Förderung von Lebenskompetenzen, welcher daher im Folgenden noch genauer dargestellt werden soll.

» Lebenskompetent ist, wer sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen führen kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst und Gefühle und Stress bewältigen kann. «

(Bühler und Heppekausen, 2005, S. 16).

3. Theorien und Modelle

Klasse2000 stützt sich bei der Programmkonzeption auf verschiedene gesundheitspsychologische, lerntheoretische und entwicklungspsychologische Grundlagen und Theorien. Diese Theorien und Modelle geben Aufschluss über Ursachen und Entwicklungsbedingungen von Gesundheits- und Risikoverhalten. Außerdem liefern sie Hinweise für die methodisch-didaktische Gestaltung von Programmen. Im Folgenden werden zentrale Theorien und Modelle vorgestellt, die in die Konzeption von Klasse2000 eingeflossen sind.

3.1 Förderung von Lebenskompetenzen

Der Ansatz zur Förderung von Lebenskompetenzen wurde maßgebend in der Arbeitsgruppe um Botvin entwickelt (z. B. Botvin & Griffin, 2004; Botvin, Griffin, Paul & Macaulay, 2003; Botvin & Kantor, 2000). Er hat sich als erfolgsversprechender Ansatz in der Suchtprävention (Beelmann, 2016; Tobler, et al. 2000), aber auch insgesamt für die Gesundheitsförderung und verschiedene weitere Präventionsbereiche erwiesen (Jerusalem & Meixner, 2009). Durch Lebenskompetenzprogramme sollen zum einen unspezifisch generelle Lebenskompetenzen gefördert werden und zum anderen spezifische Fertigkeiten und Wissen zum jeweiligen Präventionsbereich vermittelt werden. Wie in Abschnitt 2.8 dargestellt, definiert die WHO (1994) zehn zentrale Lebenskompetenzen, die Personen befähigen sollen, die Herausforderungen ihres Alltags zu bewältigen. Hier von ausgehend fördert Klasse2000 Kinder in diesen allgemeinen Kompetenzen und will sie damit in ihrer Persönlichkeit stärken, während daneben spezifisches Wissen und Fertigkeiten die Gesundheitsförderung und Suchtprävention betreffend vermittelt werden, beispielsweise Wissen über gesunde Ernährung, Informationen über die Gefahren von Alkohol und Zigaretten und Strategien, um Angebote zum Substanzkonsum abzulehnen.

Der Lebenskompetenzansatz basiert auf unterschiedlichen theoretischen Konzepten und lässt sich vor dem Hintergrund verschiedener Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhaltens-theorien einordnen (siehe Bühler & Heppekausen, 2005). In Bezug auf die salutogenetische Sichtweise, bei der die Herstellung und Aufrechterhaltung der Gesundheit im Mittelpunkt steht, können Lebenskompetenzen so als „generalisierte Widerstandsressourcen“ aufgefasst werden, die zur erfolgreichen Bewältigung von Belastungen und Problemen beitragen und die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Kohärenzsinns ermöglichen. Im Rahmen des Resilienzansatzes kann die Förderung von Lebenskompetenzen als Möglichkeit zur Resilienzförderung angesehen werden (Bühler & Heppekausen, 2005). Im Hinblick auf das Risiko- und Schutzfaktorenmodell

wollen Lebenskompetenzprogramme Problemverhalten vorbeugen, indem sie Schutzfaktoren stärken und Risikofaktoren verringern (Piontek & Bühler, 2009).

Weitere theoretische Konzepte, aus denen sich die Ziele und Methoden des Lebenskompetenzförderansatzes ableiten lassen, sind die Theorie des Problemverhaltens (Jessor & Jessor, 1977) und die Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1979), die im Folgenden näher vorgestellt werden.

3.2 Theorie des Problemverhaltens

Die Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor (1977) will das Auftreten und die Entstehung jugendlichen Problemverhaltens erklären. Die Autoren greifen dabei eine funktionalistische Sichtweise auf, die davon ausgeht, dass Jugendliche dann auf Problemverhalten wie z. B. den Substanzkonsum zurückgreifen, wenn sie bei Anforderungen und Belastungen keine passenden unproblematischen Bewältigungsstrategien zur Verfügung haben (Raithel, 2003). So kann beispielsweise jugendliches Rauchverhalten die Funktion haben, die Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu finden oder die Übernahme der Erwachsenenrolle zu demonstrieren (Schwarzer, 2004).

Laut Jessor und Jessor (1977) entsteht Problemverhalten aus dem Zusammenspiel verschiedener Merkmale und kann durch psychologische und soziale Faktoren erklärt werden. Sie unterscheiden das Persönlichkeitssystem, das System der wahrgenommenen Umwelt und das Verhaltenssystem. Das Persönlichkeitssystem enthält persönliche Überzeugungen, motivationale Aspekte und Selbstkontrolle. Das System der wahrgenommenen Umwelt umfasst z. B. den Einfluss von Eltern und Freunden, Stress, Vorbilder und den Umgang mit Problemverhalten im Umfeld. Das Verhaltenssystem beinhaltet sowohl bereits vorhandenes Problemverhalten als auch konventionelles Verhalten. Für jedes dieser Systeme können Variablen definiert werden, die entweder Schutz- oder Risikofaktoren für Problemverhalten darstellen. Risikofaktoren für Problemverhalten sind beispielsweise ein geringes Selbstwertgefühl, geringe elterliche Kontrolle oder Unterstützung und bereits vorhandenes Problemverhalten, z. B. in anderen Lebensbereichen.

Die Theorie berücksichtigt damit verschiedene Einflussfaktoren der Person und des Umfelds bei der Entstehung von Problemverhalten und bietet so Ansatzpunkte für die Prävention. Sie geht davon aus, dass unterschiedliche Problemverhaltensweisen wie z. B. Substanzmissbrauch oder Verhaltensauffälligkeiten durch gemeinsame Einflussfaktoren erklärt werden



können. Hierdurch wird es möglich, generelle Schutz- und Risikofaktoren für verschiedene Problemverhaltensweisen zu bestimmen (Dlugosch & Fischer, 2009). Die Förderung von Lebenskompetenzen knüpft daran an, da hier allgemeine Kompetenzen und Fertigkeiten gefördert werden sollen, die sich nicht nur spezifisch auf einen Problembereich beziehen, sondern generell dazu beitragen sollen, dass Kinder und Jugendliche befähigt werden, die verschiedenen Anforderungen des Lebens gut zu bewältigen, ohne dabei auf problematisches Verhalten zurückzugreifen. Auch Klasse2000 will so durch eine breite Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen Kindern ermöglichen, ihr Leben in vielen Bereichen kompetent zu gestalten, sich gut um sich selbst zu kümmern und Beziehungen einzugehen. Kinder sollen im Programm befähigt werden, Substanzkonsum abzulehnen und Verhaltensalternativen für problematisches Verhalten zu erwerben.

3.3 Sozial-kognitive Lerntheorie

Die von Bandura entwickelte sozial-kognitive Lerntheorie beschäftigt sich mit Lernprozessen, die auf die Beobachtung des Verhaltens von Modellpersonen zurückgehen (Lernen am Modell). Viele menschliche Verhaltensweisen werden durch die Beobachtung anderer erlernt, wobei nicht jedes beobachtete und damit gelernte Verhalten auch tatsächlich nachgeahmt wird (Bandura, 1979). Die Wahrscheinlichkeit hierfür hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie beispielsweise von den beobachteten Konsequenzen eines Verhaltens für das Modell und den Erwartungen des Beobachters über das Ergebnis der Handlung. Demnach führen Beobachter eher beobachtetes Verhalten aus, wenn sie davon ausgehen, dass dieses positive Folgen hat.

Auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen können durch Beobachtung gelernt werden, z. B. indem Kinder das Ernährungsverhalten oder den Umgang mit Alkohol und Zigaretten

sowie dessen Konsequenzen bei Vorbildern beobachten und nachahmen. So kann man aus der Theorie ableiten, dass bei Kindern die Wahrscheinlichkeit zum Substanzkonsum steigt, wenn sie beispielsweise bei Eltern beobachten, wie diese Alkohol zur Entspannung nutzen oder miterleben, wie bei Gleichaltrigen der Konsum soziale Kontakte erleichtert (Petraitis, Flay & Miller, 1995).

Aus der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura entwickelte sich auch das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (z. B. Bandura, 1997). Selbstwirksamkeit bezeichnet die Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen eine gewünschte Handlung erfolgreich ausführen zu können. Je höher die Selbstwirksamkeit eingeschätzt wird, umso mehr Energie wird in die tatsächliche Umsetzung des Verhaltens investiert. Daher stellt die Stärkung von Selbstwirksamkeit auch einen wichtigen Aspekt von Präventionsprogrammen dar. Die Selbstwirksamkeit wird am meisten durch eigene Erfahrungen und Erfolge gestärkt, sie kann aber auch durch Modelllernen und verbale Verstärkung (z. B. Zuspruch) erhöht werden.

Abgeleitet aus der sozial-kognitiven Lerntheorie will Klasse2000 Lernprozesse anstoßen, indem Kinder Modelle für gesundheitsförderliches Verhalten und den Umgang mit Alkohol und Zigaretten erleben und eine realistische Einschätzung der kurz- und langfristigen Konsequenzen des Konsums erhalten. Durch verhaltensnahe Übungen und Rollenspiele, z. B. zur Ablehnung von Zigaretten, soll die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden und die Kinder Zutrauen gewinnen, das vermittelte Verhalten auch im Alltag zeigen zu können.

3.4 Gesundheitsverhaltensmodelle

Gesundheitsverhaltensmodelle versuchen, Gesundheitsverhalten zu erklären und vorherzusagen, indem sie Einflussfaktoren sowie deren Zusammenspiel darstellen. Sie bilden eine wichtige Grundlage für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und zeigen Ansatzpunkte für Interventionen auf.

Zu den Gesundheitsverhaltensmodellen zählen beispielsweise die Theorie der Schutzmotivation (*Protection Motivation Theory*; Rogers, 1975), die Theorie des geplanten Verhaltens (*Theory of planned behavior*, TPB; Ajzen, 1991), das *Health Belief-Modell* (HBM, Becker, 1974; Rosenstock, 1966), die sozial-kognitive Theorie (Bandura, 1997; 2004) oder das Trans-theoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM; Prochaska & DiClemente, 1983). Die verschiedenen Modelle beziehen teilweise unterschiedliche Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten ein, weisen aber auch Überschneidungen dahingehend auf, welche Aspekte sie als relevant erachten. Nach Lippke und Renneberg (2006) lassen sich fünf zentrale Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten identifizieren (Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Risikowahrnehmung, Ziele und Pläne), die in einem guten Modell berücksichtigt werden sollten, wobei allerdings die meisten Modelle nicht alle fünf Faktoren beinhalten.

Ein Modell, das alle Faktoren einbezieht und auch Elemente aus anderen Theorien integriert, ist das sozialkognitive Modell des Gesundheitsverhaltens (*Health Action Process Approach*, HAPA; Schwarzer, 1992; 2004). Dieses Modell will den Prozess darstellen und erklären, in dem Menschen gesundheitsförderliches Verhalten annehmen und aufrechterhalten. Es unterscheidet zunächst eine Motivationsphase, in der die Absicht (Intention) gebildet wird, ein gesundheitsförderliches Verhalten durchzuführen oder ein schädliches Verhalten zu unterlassen. Dieser Vorgang wird durch die Risikowahrnehmung, die Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst. Sobald man die Absicht zu einer Verhaltensänderung gefasst hat, folgt die Volitionsphase, bei der es um die Planung und Durchführung des intendierten Verhaltens geht. Hierbei muss die Intention in konkrete Handlungspläne übersetzt werden und die anschließende Handlung überprüft und reguliert werden. Die Prozesse in dieser Phase werden beeinflusst durch die Selbstwirksamkeitserwartung sowie durch Ressourcen und Hindernisse für die Handlungsausführung.

Gesundheitsverhaltensmodelle zeigen Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten auf und geben damit Hinweise, welche Aspekte in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt werden sollten. Abgeleitet daraus sollen auch bei Klasse2000 die zentralen Faktoren mitberücksichtigt werden. Durch Aufklärung und Information über Gesundheitsrisiken und -gefahren, z. B. über die Risiken des Rauchens, soll die Risikowahrnehmung beeinflusst werden. Um auf die Ergebniserwartung einzuwirken, wird Wissen über gesundheitsrelevantes Verhalten und dessen Folgen vermittelt. Die Kinder werden dabei angeleitet, sich selbst Verhaltensziele zu setzen (z. B. regelmäßige Bewegung, Konsum von Bildschirmmedien) und die Handlungsausführung zu planen und zu überprüfen. Besondere Bedeutung kommt in den Modellen der Selbstwirksamkeit zu. Diese soll bei Klasse2000 beispielsweise durch praktische Übungen und Erfahrungen wie Rollenspiele gestärkt werden.



3.5 Modell der sozialen Informationsverarbeitung

Aggressives Verhalten bei Kindern kann durch das Modell der sozialen Informationsverarbeitung (Crick & Dodge, 1994) erklärt werden. Dieses beschreibt, wie in sozialen Situationen Informationen verarbeitet werden und welcher innere Prozess den Handlungen in diesen Situationen zugrunde liegt. In diesem Prozess unterscheiden die Autoren sechs Schritte: Ein Kind, das beispielsweise beim Spiel von einem anderen gestoßen wird, muss sich zunächst einen Überblick über die Situation verschaffen. So muss es die vorhandenen sozialen Hinweisreize wahrnehmen und entschlüsseln (1), z. B. die Körperhaltung und den Blick des Gegenübers. Im zweiten Schritt werden die hierdurch erhaltenen Informationen interpretiert und bewertet (2), z. B. ob das Verhalten des anderen ein Versehen oder Absicht war. Anschließend findet eine Zielbestimmung statt (3), d. h. das Kind wählt aus, welches Ziel es in der Situation verfolgen will, beispielsweise Stärke zu demonstrieren oder die Freundschaft zum Gegenüber zu bewahren. Hieran anknüpfend werden aus den bisherigen Erfahrungen bekannte Handlungsalternativen abgerufen oder neue entwickelt (4). Anschließend bewertet das Kind diese Alternativen und entscheidet sich für eine Reaktion (5). Dabei spielt es eine Rolle, welchen Erfolg die Handlung im Hinblick auf die gesetzten Ziele verspricht und welche Konsequenzen nach einer

Handlung zu erwarten sind. Daneben ist hier die Selbstwirksamkeitserwartung bedeutend, da die Handlungen auch danach bewertet werden, ob man sich zutraut, diese tatsächlich durchzuführen. Das Kind könnte hier beispielsweise abwägen, welche Konsequenzen zu erwarten sind, wenn es den anderen nun auch schubst und ob es stark genug ist, diesen Angriff wirklich durchführen zu können. Im sechsten Schritt wird die ausgewählte Handlung letztlich umgesetzt (6). Dieser gesamte Prozess findet vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen und des Wissens der Person über sich selbst, andere Personen und soziale Situationen statt und wird davon beeinflusst.

Bei aggressiven Kindern und Jugendlichen verläuft dieser Prozess an mehreren Stellen ungünstig. Sie erinnern beispielsweise mehr aggressive Hinweisreize aus der Umgebung (z. B. Dodge & Frame, 1982). Bei der Interpretation der Hinweisreize schreiben sie anderen eher feindselige Absichten zu (z. B. Coie, Dodge, Terry & Wright, 1991; Dodge & Frame, 1982; Zelli, Dodge, Lochmann, Laird & Conduct Problems Prevention Research Group, 1999). Weiterhin finden sie weniger Handlungsalternativen und schätzen die Folgen aggressiven Verhaltens positiver ein (Zelli et al., 1999).

Hieraus lassen sich Ansatzpunkte für die Gewaltprävention ableiten. So sollen bei Klasse2000 Kinder in der Wahrnehmung und Interpretation sozialer Situationen gefördert werden, z. B. indem sie lernen, Gefühle bei sich und anderen zu erkennen und sich empathisch in andere einzufühlen. Weiterhin sollen den Kindern Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten für Konfliktsituationen vermittelt werden, wie z. B. KLAROs Zauberformel oder Ich-Botschaften, die sinnvolle Alternativen zu aggressivem Verhalten darstellen. Auch durch die Schulung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit soll das Handlungsrepertoire der Kinder erweitert werden.

4. Durchführung von Klasse2000 orientiert an der Wirksamkeitsforschung zu Prävention und Gesundheitsförderung

Wissenschaftliche Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, die die Daten mehrerer Einzelstudien zusammenfassen, liefern Erkenntnisse darüber, welche Ansätze der Prävention wirksam sind und welche Kriterien die Effektivität beeinflussen. Neben den bisher dargestellten Modellen und Ansätzen sowie den eigenen Evaluationsergebnissen bildet dieser Wissensstand eine wichtige theoretische Grundlage für das Klasse2000-Programm.

Grundsätzlich zeigt sich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention positive Effekte haben, die im kleinen bis mittleren Bereich liegen (Beelmann, 2016). Im Bereich der Suchtprävention sind nach Beelmann Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen zu empfehlen, da sie deutlichere Effekte erzielen als andere Ansätze, z. B. Informationskampagnen. Für diesen Bereich zeigt sich insgesamt, dass strukturierte und interaktive Programme, die konkrete Kompetenzen vermitteln und Verhalten einüben, am erfolgversprechendsten sind (Beelmann, 2006). Eine Metaanalyse (Beelmann, Pfof & Schmitt, 2014), die die Ergebnisse mehrerer deutschsprachiger Programmevaluationen zusammenfasst, kommt zu dem Ergebnis, dass sich bei Lebenskompetenzprogrammen eine durchschnittliche Effektgröße von $d = .22$ ergibt, was einen kleinen Effekt darstellt.

Onrust, Otten, Lammers und Smit (2016) untersuchten im Rahmen einer Metaanalyse Studien zur Wirksamkeit schulbasierter Programme in Bezug auf verschiedene Altersgruppen. Es zeigt sich, dass bei Grundschulern universelle Programme effektiver sind als gezielte Programme für Risikogruppen. Als lohnend für Grundschüler erweisen sich demnach allgemeine Programme, die Basisfertigkeiten wie soziale Kompetenzen, Selbstkontrolle und Problemlösekompetenz sowie gesundes Verhalten vermitteln, während typische Strategien der Drogenprävention als nicht effektiv erscheinen.

Eine weitere Übersicht über den Forschungsstand liefert die von der BzGA herausgegebene Expertise zur Suchtprävention (Bühler & Truhl, 2013). Diese beurteilt die Wirksamkeit suchtpräventiver Maßnahmen anhand qualitativ hochwertiger Übersichtsartikel. Für das Handlungsfeld Schule kommt sie zu dem Ergebnis, dass in der Alkoholprävention alkoholspezifische Programme sowie bestimmte Lebenskompetenz- und Verhaltensmanagementansätze wirksam sind. Bei der Prävention illegaler

Drogen erweisen sich umfassende, kompetenzorientierte Programme mit interaktiven Methoden als effektiv. Nicht empfohlen werden können die alleinige Informationsvermittlung und affektive Erziehung, bei der man z. B. Selbstwert oder Motivation fördern will. Im Bereich der Tabakprävention zeigte sich die Wirksamkeit von tabakpräventiven Klassenwettbewerben und von Programmen, die auf dem Modell des sozialen Einflusses, auf dem Lebenskompetenzansatz oder dem kognitiv-behavioralen Kompetenzansatz beruhen. Daneben erwiesen sich auch tabak- und alkoholpräventive Maßnahmen, die am System Schule ansetzen, als empfehlenswert. Im Handlungsfeld Schule wird das Programm Klasse2000 von Bühler und Truhl als eines von drei evidenzbasierten Praxisbeispielen vorgestellt.

Klasse2000 orientiert sich an den Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Präventionsprogrammen und achtet auf eine theoretische Fundierung, regelmäßige Evaluationen sowie die methodisch-didaktische Gestaltung. Die Inhalte werden erlebnis- und handlungsorientiert vermittelt und es kommen interaktive Methoden zum Einsatz. Um den Transfer in den Alltag zu fördern, wird auf verhaltensbezogene Lernstrategien wie beispielsweise Rollenspiele, Verhaltensverträge und den Einsatz von Verstärkern zurückgegriffen. Das Unterrichtsprogramm ist im Sinne eines Spiralcurriculums aufgebaut, so dass sich wichtige Inhalte in zunehmender Komplexität in den einzelnen Jahrgangsstufen wiederholen, z. B. die Themen Ernährung und Bewegung.

Daneben deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass auch die Qualität der Umsetzung von Maßnahmen in der Praxis von Bedeutung für die Wirksamkeit ist (Dusenbury, Brannigan, Falco & Hansen, 2003). Hier scheint es wichtig, Bedingungen zu schaffen, die eine möglichst gute und breite Umsetzung in der Praxis fördern. Bei Klasse2000 sollen durch den Einsatz der Gesundheitsförderinnen und -förderer, welche die Lehrkräfte bei der Programmdurchführung unterstützen, sowie durch die Bereitstellung von einsatzbereiten Materialien und strukturierten Manualen gute Bedingungen für eine erfolgreiche und regelmäßige Umsetzung des Programms geschaffen werden.

5. Evaluationsergebnisse zu Klasse2000

Die Wirksamkeit von Klasse2000 auf unterschiedliche Zielvariablen konnte im Rahmen mehrerer Studien nachgewiesen werden, die von externen Forschungsinstitutionen durchgeführt wurden. Daneben wird das Programm intern regelmäßig auf der Prozessebene untersucht. Einige zentrale Ergebnisse dieser Evaluationen werden im Folgenden dargestellt.

5.1 Wirksamkeit von Klasse2000

Die Wirksamkeit von Klasse2000 wurde im Rahmen einer vierjährigen Kontrollgruppenstudie in Hessen belegt (Isensee & Hanewinkel, 2009; Maruska, Isensee & Hanewinkel, 2011), die vom Kieler Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) durchgeführt und durch die AOK Hessen finanziert wurde. Es wurden 119 Grundschulklassen (Stichprobengröße am Ende der vierten Klasse: $n = 1.333$) bei der Untersuchung einbezogen. Die beteiligten Lehrkräfte, Schulleitungen sowie die Schulkinder wurden mehrmals während der vier Grundschuljahre mittels Fragebogen befragt. Hierbei wurden Kinder, die an Klasse2000 teilnahmen, mit Kindern aus Kontrollklassen verglichen, in denen das Programm nicht durchgeführt wurde.

Bei der Schülerbefragung zeigte sich ein signifikanter Effekt des Programms auf den Einstieg in den Substanzkonsum: Kinder, die an Klasse2000 teilgenommen hatten, begannen im Verlauf der vierten Jahrgangsstufe seltener mit dem Konsum von Zigaretten und Alkohol, als Kinder aus Kontrollklassen. Außerdem verfügten Klasse2000-Kinder im Vergleich zur Kontrollgruppe über ein größeres Wissen im Bereich Gesundheit und schätzten ihre Möglichkeiten, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können, höher ein. Einschätzungen der Lehrkräfte zeigten, dass problematische Verhaltensweisen, z. B. mangelndes Selbst-

wertgefühl sowie Stress und körperliche Beschwerden, bei Klasse2000-Kindern über die Grundschulzeit tendenziell stärker abnahmen. Auf Klassenebene ließ sich sowohl aus Sicht der Lehrkräfte als auch aus Sicht der Kinder bei Teilnahme an Klasse2000 eine positivere Entwicklung des Klassenklimas beobachten. Auf Ebene der Schule zeigten sich bei einer Programmteilnahme weitere positive Auswirkungen, wie z. B. die Einführung weiterer Projekte zur Gesundheitsförderung.

Zwei Nachbefragungen der Schulkinder, die etwa 16 Monate (6. Klasse) und etwa 36 Monate (7. Klasse) nach Abschluss von Klasse2000 stattfanden, konnten auch mittelfristig positive Effekte des Programms auf den Substanzkonsum nachweisen (Maruska, Isensee & Hanewinkel, 2010; Maruska, Isensee und Hanewinkel, 2012; Isensee, Maruska & Hanewinkel, 2015). Zu beiden Nachbefragungszeitpunkten hatte unter den Klasse2000-Kindern, verglichen mit der Kontrollgruppe, ein geringerer Anteil schon mindestens einmal in seinem Leben geraucht (Lebenszeitprävalenz). Daneben war der Anteil der Kinder, die seit Programmende in der vierten Klasse erstmalig geraucht hatten (Inzidenz), in der Klasse2000-Gruppe signifikant geringer. In Abbildung 3 sind die Werte für die zweite Nachbefragung dargestellt. Beim Alkoholkonsum zeigte sich in der ersten Nachbefragung, dass von den Klasse2000-Kindern ein geringerer Anteil schon einmal Alkohol getrunken hatte. Bei der zweiten Nachbefragung konnte dieser Unterschied nicht mehr nachgewiesen werden. Jedoch deuten sich hier Unterschiede bei der Intensität des Konsums an: Kinder aus der Klasse2000-Gruppe zeigten eine geringere Konsummenge, seltener Binge Drinking oder Rauscherfahrungen als Kinder der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 4).

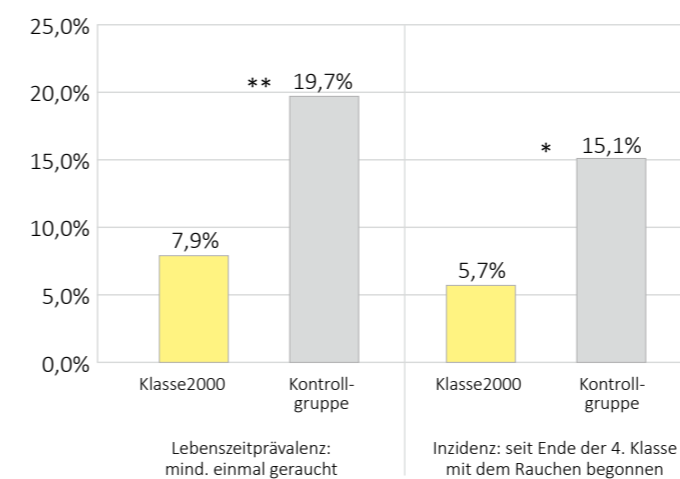


Abbildung 3. Lebenszeitprävalenz und Inzidenz des Rauchens in der 2. Nachbefragung (7. Jahrgangsstufe); * $p < .05$, ** $p < .01$ kontrolliert nach Alter, Geschlecht und Schultyp

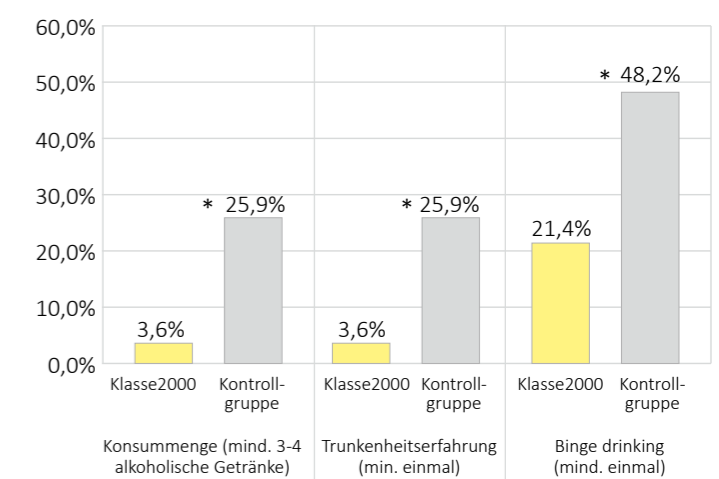


Abbildung 4. Konsummenge, Trunkenheitserfahrung und Binge drinking unter den heimlichen Alkoholkonsumenten; * $p \leq .05$, kontrolliert nach Alter, Geschlecht und Schultyp

Eine weitere Studie zur Wirksamkeit von Klasse2000 wurde von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Nordrhein-Westfalen durchgeführt und durch die Mondelez International Foundation gefördert. Im Mittelpunkt dieser dreijährigen Untersuchung stand die Frage, welche Effekte Klasse2000 auf die Ernährung und das Bewegungsverhalten der teilnehmenden Kinder hat (Kolip, 2017; Kolip & Greif, 2016). Hierzu wurden im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie die Kinder von 128 Schulklassen und deren Eltern befragt. Hierbei zeigte sich zunächst, dass sich das erhobene Gesundheitsverhalten bei den Kindern im Laufe der Grundschulzeit insgesamt verschlechtert. Es konnten Effekte von Klasse2000 nachgewiesen werden, die vorwiegend im Schutz vor einer Verschlechterung lagen. Aus den Daten der Elternbefragung ergab sich beispielsweise, dass der Anteil der Kinder, die sich über die Grundschulzeit hinweg beim Konsum von Obst und Gemüse, von Süßigkeiten, von Fast Food und von Softdrinks verschlechtern, in der Kontrollgruppe signifikant größer war, als in der Klasse2000-Gruppe. In den Angaben der Kinder finden sich positive Befunde hinsichtlich des Wasserkonsums: In der Klasse2000-Gruppe verbesserte sich ein größerer Anteil der Kinder beim Wasserkonsum (3 Gläser Wasser am Tag oder mehr). Daneben verschlechterte sich bei diesem Merkmal in der Kontrollgruppe ein größerer Anteil der Kinder. Beim Limonadenkonsum zeigte sich in der Kinderbefragung ein unerwarteter Effekt, denn hier ist der Anteil der Kinder, die sich verschlechterten, in der Klasse2000-Gruppe stärker gestiegen. Deshalb wurde das Klasse2000-Programm in diesem Punkt überprüft und angepasst.

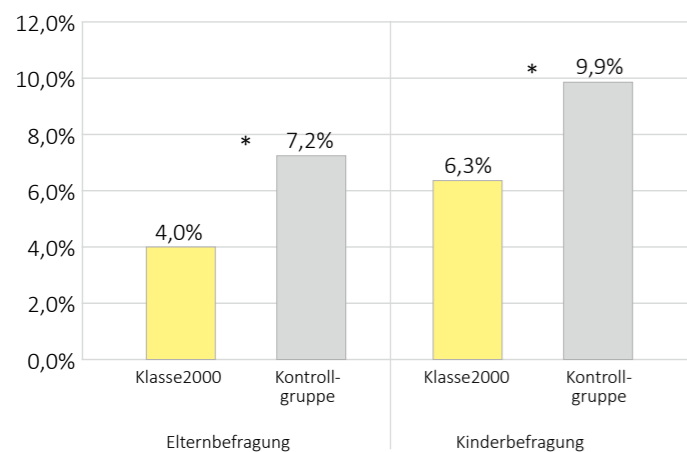


Abbildung 5. Anteil der Kinder, deren Bewegungsverhalten sich von einem aktiven zu einem passiven Schulweg verschlechtert hat; * p < .05

Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens lässt sich sowohl in den Daten der Elternbefragung als auch bei der Kinderbefragung feststellen, dass mehr Kinder der Kontrollgruppe im untersuchten Zeitraum zu einem passiven Schulweg wechselten (siehe Abbildung 5). Zu Bewegungsgewohnheiten und Bewegungsfreude finden sich sonst keine Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei diese Aspekte bereits zu Beginn in beiden Gruppen hoch eingeschätzt wurden und daher eventuell auch nur wenig Steigerung möglich war.

5.2 Prozessevaluation

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich die Wirkung eines Programms entfalten kann, ist die konzepttreue Umsetzung in die Praxis, d. h., dass Programmelemente wie geplant durchgeführt werden. Hierfür wiederum bilden die Akzeptanz und Praktikabilität des Konzepts im schulischen Alltag wichtige Grundlagen. Klasse2000 wird daher regelmäßig auf der Prozessebene hinsichtlich der Zufriedenheit der Beteiligten und der Umsetzung des Programms evaluiert. Dazu finden meist Fragebogenerhebungen bei den Beteiligten statt. In den letzten Jahren wurden Schulleitungen, Paten, Lehrkräfte sowie Gesundheitsförderinnen und -förderer befragt. Die Ergebnisse dieser Erhebungen fließen in die Überarbeitung des Programms ein.

Lehrerbefragungen. Bei Befragungen der durchführenden Lehrkräfte zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm und besonders mit der Zusammenarbeit mit den externen Gesundheitsförderinnen und -förderern (siehe Beer 2013; 2014; 2015; 2016; Feldmann, 2018). Bei der aktuellsten Erhebung aus dem Jahr 2017 (Feldmann, 2018) wurden Lehrkräfte, die das Programm in der ersten Jahrgangsstufe durchgeführt hatten, per Fragebogen befragt. Sie bewerteten das Programm der ersten Jahrgangsstufe insgesamt auf einer fünfstufigen Notenskala von „1 = sehr gut“ bis „5 = mangelhaft“ mit dem Durchschnittswert 1,73. Auch die weiteren abgefragten Aspekte des Programms wurden positiv beurteilt. So wurden die Unterrichtsthemen im Schnitt mit 1,57, die Didaktik und Methodik mit 1,86, die Schülermaterialien mit 1,84, die Passung zu den Zielen des Bildungsplans mit 1,81 und die Aufteilung in Basis- und Aufbaustunden mit 1,69 bewertet. Besonders positiv wurde die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsförderinnen und -förderern (1,46), deren Umgang mit den Kindern (1,48) und ihre fachliche Kompetenz (1,48) beurteilt. Im Vergleich am kritischsten wurde deren didaktisch-methodische Kompetenz (1,72) eingeschätzt. Die Lehrkräfte führten im

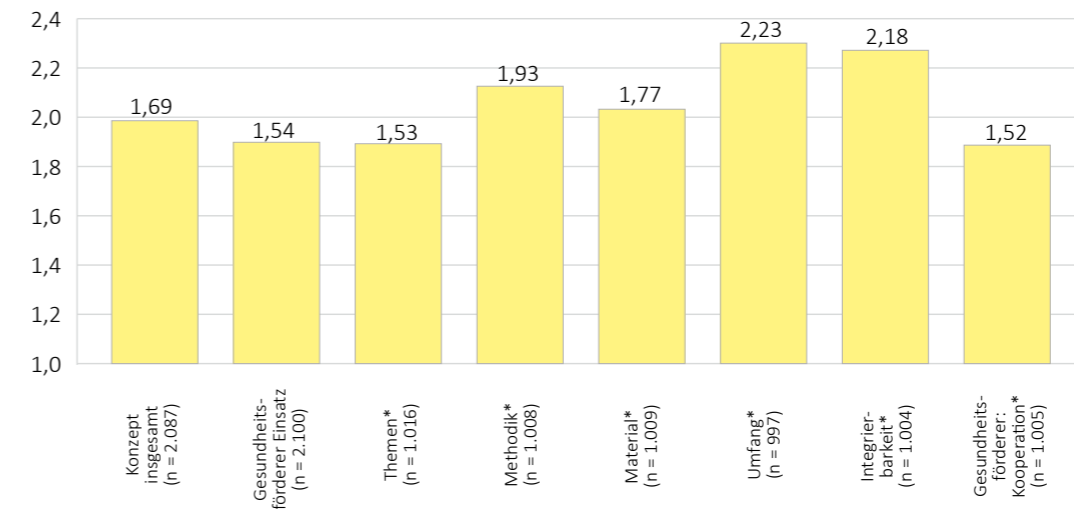


Abbildung 6. Durchschnittliche Bewertung verschiedener Aspekte des Klasse2000-Programms durch die Schulleitungen auf einer fünfstufigen Notenskala.

*: Diese Bewertungen wurden nur von Schulleitungen erfragt, die das Programm bereits selbst in einer Klasse durchgeführt hatten.

Schnitt pro Klasse 10,4 der 13 vorgeschlagenen Unterrichtseinheiten teilweise oder vollständig durch. Verbesserungsbedarf sehen die Lehrkräfte vor allem beim Umfang des Programms, beim didaktischen Nutzen der Drehscheibe „KLAROs starke Pause“ und der Perforation des Schülerhefts.

Befragung der Gesundheitsförderinnen/-förderer. In den Jahren 2012 bis 2015 wurden die Gesundheitsförderinnen und -förderer jährlich über die jeweilige Klassenstufe anonym mit einem Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit mit dem Klasse2000-Programm befragt. Sie bewerteten das Programm in den einzelnen Klassenstufen auf einer fünfstufigen Notenskala von „1 = sehr gut“ bis „5 = mangelhaft“ mit Werten von 1,65 bis 2,03. Die Themen der Gesundheitsfördererstunden wurden überwiegend mit „gut“ oder „sehr gut“ bewertet.

Im Jahr 2015 erfasste der Fragebogen zusätzlich zu den Fragen zur Bewertung des Programms auch die Zufriedenheit der Gesundheitsförderer und -förderinnen mit ihrer Tätigkeit. Dabei zeigte sich, dass sie zu 95,3 % zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrer Arbeit für Klasse2000 waren. Zu 40 % waren sie durch persönlichen Kontakt zu Klasse2000 gekommen, zu 17 % durch Informationen aus Fachkreisen und zu 15 % durch die Schulen. Die Dauer ihrer Tätigkeit für Klasse2000 betrug im Durchschnitt 5,5 Jahre.

Schulleiterbefragungen. Auch die Ergebnisse einer im Jahr 2016 durchgeführten Schulleiterbefragung (Roßnagel, 2017; n = 2.126) bestätigten die hohe Akzeptanz des Programms. Die Schulleitungen wurden unter anderem um eine Bewertung verschiedener Aspekte von Klasse2000 auf einer fünfstufigen Notenskala von „1 = sehr gut“ bis „5 = mangelhaft“ gebeten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt. Die besten Durchschnittsnoten erhielten der Einsatz und die Kooperation

mit den Gesundheitsförderinnen und -förderern (1,54) sowie die Themen des Programms (1,53). Am schlechtesten wurden der Umfang und die Integrierbarkeit des Programms in den Ablauf des Schuljahres beurteilt. Das Konzept insgesamt wurde im Mittel mit 1,69 beurteilt.

Weiterhin zeigte die Befragung, dass 97,6 % der befragten Schulleitungen Klasse2000 anderen Schulen weiterempfehlen würden. 62,4 % der Schulleitungen sprachen dem Programm eine große Rolle im Schulentwicklungsprozess hin zu einer gesundheitsförderlichen Schule zu und 16,8 % gaben an, dass Klasse2000 diesen Prozess angestoßen habe.

5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Wirksamkeit von Klasse2000 auf den Substanzkonsum und bestimmte Aspekte des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens nachgewiesen werden konnte. Befragungen der verschiedenen Beteiligten zeigen eine hohe Akzeptanz des Programms. Am positivsten unter den Programmmerkmalen beurteilten Lehrkräfte und Schulleitungen in den verschiedenen Befragungen dabei immer wieder den Einsatz der externen Gesundheitsförderinnen und -förderer. Auch zukünftig soll das Programm regelmäßig auf der Prozessebene evaluiert werden, um Rückmeldungen über die Durchführung in der Praxis und einen möglichen Verbesserungsbedarf zu ermitteln. Weitere Studien auf der Wirkungsebene im Hinblick auf andere Zielvariablen des Programms sind geplant.

- Abel, T., Jordan, S., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2018). Health Literacy/ Gesundheitskompetenz. In BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i065-1.0>.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision process*, 50, 179–211.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31, 143–164.
- Becker, M.H. (Ed.) (1974). The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Slack.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgswissenschaft. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 151–162.
- Beelman, A. (2016). Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung und Prävention. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Buckisch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer et al. (Hrsg.), *Schule und Gesundheit* (S. 267–283). Weinheim: Beltz Juventa.
- Beelmann, A., Pfost, M. & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22, 1–14.
- Beer, S. (2013). Bundesweite Befragung teilnehmender Lehrer der 1. Klassen. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/downloads/evaluation/bericht_lehrerbefragung_1.klasse.pdf
- Beer, S. (2014). Bundesweite Befragung teilnehmender Lehrer der 2. Klassen. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/downloads/evaluation/Bericht_Lehrerbefragung_2.Klasse-2014.pdf
- Beer, S. (2015). Bundesweite Befragung teilnehmender Lehrer der 3. Klassen. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Bericht_Lehrerbefragung_3.Klasse.pdf
- Beer, S. (2016). Bundesweite Befragung teilnehmender Lehrer der 4. Klassen. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Bericht_Lehrerbefragung_4.Klasse.pdf
- Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25, 211–232.
- Botvin, G.J., Griffin, K., Paul, E. & Macaulay, A.P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 12, 1–17.
- Botvin, G.J. & Kantor, L.W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol research & health*, 24, 250–257.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Köln: BZgA.
- Bühler, A. & Thrl, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“. Köln: BZgA.
- Coie, J.D., Dodge, K.A., Terry, R. & Wright, V. (1991). The role of aggression in peer relations: an analysis of aggression episodes in boys' play groups. *Child development*, 62, 812–826.
- Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Dlugosch, G.E. & Fischer, U.C. (2009). Theorien und Modelle zur Drogenprävention. In R. Hanewinkel & B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch* (S. 11–49). Tübingen: dgvt.
- Dodge, K.A. & Frame, C.L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child development*, 53, 620–635.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health education research*, 18, 237–256.
- Feldmann, J. (2018). Evaluation des Programms Klasse2000. Befragung der teilnehmenden Lehrkräfte der 1. Jahrgangsstufe im Schuljahr 2016/17. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/downloads/evaluation/Lehrerbefragung_2017_-_Bericht_1_Jahrgangsstufe.pdf
- Finger, J.D., Varnaccia, G., Borrmann, A., Lange, C. & Mensink, G.B.M. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS-Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 24–31. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-006.2>
- Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i104-1.0>.
- Franzkowiak, P. (2018a). Prävention und Krankheitsprävention. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i091-1.0>
- Franzkowiak, P. (2018b). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <https://doi.org/10.17623/bzga:224-i102-1.0>
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). Resilienz. München: Ernst Reinhardt.
- Gordon, S.R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98, 107–109.
- Hallmann, J. (2015). Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i070-1.0>
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2015). Settingansatz/Lebensweltansatz. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i106-1.0>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie* (8. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2009). Klasse2000: Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. www.ift-nord.de/downloads/Klasse2000_Abschlussbericht.pdf
- Isensee, B., Maruska, K. & Hanewinkel, R. (2015). Langzeiteffekte des Präventionsprogramms Klasse2000 auf den Substanzkonsum. Ergebnisse einer kontrollierten Studie an Schülerinnen und Schülern in Hessen. *Sucht*, 61, 127–137.
- Jerusalem, M. & Meixner, S. (2009). Lebenskompetenzen. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (S. 141–157). Heidelberg: Springer.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- JG Redaktion (2015). Gesundheitskompetenz: Entwicklung, Studien und Ziele. *Journal Gesundheitsförderung*, 3 (1), 11–13.
- Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i033-1.0>
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 37–45. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Kolip, P. (2017). Die Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf Bewegung und Ernährung. Ergebnisse einer randomisierten Warte-Kontrollgruppenstudie zur Evaluation des Programms Klasse2000. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12, 211–217. <http://dx.doi.org/10.1007/s11553-017-0585-2>
- Kolip, P. & Greif, N. (2016). Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht-64Seiten.pdf
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7–12). Heidelberg: Springer.
- Lysenko L. & Bengel J. (2016). Resilienz- und Schutzfaktoren. In: BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i101-1.0>
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2010). Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Welche Effekte gibt es über die Grundschulzeit hinaus? www.ift-nord.de/downloads/Klasse2000_Nachbefragung_Abschlussbericht.pdf
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2011). Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. *Sucht*, 57, 301–312.
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2012). Das Unterrichtsprogramm Klasse2000: Effekte auf den Substanzkonsum und Gesundheitsverhalten 3 Jahre nach Ende der Intervention. www.ift-nord.de/downloads/Klasse2000_Abschlussbericht2012.pdf
- Mauz, E., Kuntz, B., Zeiher, J., Vogelgesang, F., Starker, A., Lampert, T. & Lange, C. (2018). Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of health monitoring*, 3, 66–70. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-012>
- Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 32–39. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-007>
- Onrust, S.A., Otten, R., Lammers, J. & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical psychology review*, 44, 45–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2017a). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2017b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilband Computerspiele und Internet. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. & Merkel, C. (2018). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:225-ALKSY16-CAN-DE-1.0>
- Petratis, J., Flay, B.R. & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 117, 67–86.
- Piontek, D. & Bühler, A. (2009). Fördern Lebenskompetenzenprogramme wirklich Kompetenzen? In R. Hanewinkel & B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch* (S. 183–196). Tübingen: dgvt.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 8–15. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-004>
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390–395.
- Raithe, J. (2003). Riskante Verhaltensweisen im Jugendalter. Ein Literaturüberblick und eine lebensstilbezogene Forschungsperspektive. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 23, 286–301.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of psychology*, 91, 93–114.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Milbank memorial fund quarterly*, 44, 94–127.
- Roßnagel, T. (2017). Evaluation des Programms “Klasse2000” – Auswertung der Schulleiterbefragung 2016. Schlussbericht zum 31.01.2017. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Schulleiterbefragung_2016_-_Schlussbericht_06_2017.pdf
- Schüz, B. & Möller, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 143–155). Heidelberg: Springer.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 16–23. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005>
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Mauz, E., Vogelgesang, F., Kuhnert, R. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of health monitoring*, 3, 76–81. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-013>
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–243). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The journal of primary prevention*, 20, 275–335.
- World Health Organization (1948). Präambel zur Satzung. Genf: WHO.
- World Health Organization (Hrsg.) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1997). *Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf
- Wustmann, C. (2011). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen.
- Zeihner, J., Starker, A. & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of health monitoring*, 3, 40–46. <http://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-008>
- Zelli, A., Dodge, K.A., Lochmann, J.E., Laird, R.D. & Conduct Problems Prevention Research Group. The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of personality and social psychology*, 77, 150–166.

Schirmherrschaft:



Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Partner der deutschen Lions Clubs

