



Bericht zum ExpertInnenworkshop
„Seelische Gesundheit im schulischen Setting“

Impressum:

- Herausgeber:** Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
Fonds Gesundes Österreich
- Verfasser:** Dr. Wolfgang Dür, Mag. Robert Griebler, Ludwig Boltzmann Institut
für Medizin- und Gesundheitssoziologie
- Konzept:** Maga. Gerlinde Rohrauer (FGÖ)
Maga. Drin. Beatrix Haller (bm:ukk)
- Layout:** Lehner_Kippes

Bundesministerium für Unterricht,
Kunst und Kultur,
Abteilung Schulpsychologie und
Bildungsberatung
Freyung 1,
1014 Wien
Tel.: 01/531 20/2533

Fonds Gesundes Österreich
ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH
Mariahilfer Straße 176
1150 Wien
Tel.: 01/895 04 00 - 10

März 2007

Autor/innen und Zitation des Berichtes:

Dür, W., Griebler, R. (2007). Bericht zum ExpertInnenworkshop. „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS). Im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur und des Fonds Gesundes Österreich: Wien.

Download im Internet:

www.schule.at/gesundheit oder
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/expertinnenworkshop-seelische-gesundheit-im-schulischen-setting>

Setting Schule – zentraler Handlungsbereich für die Förderung der seelischen Gesundheit

Seit 2003 ist „Seelische Gesundheit“ ein Schwerpunktbereich des Fonds Gesundes Österreich. Der FGÖ fördert und initiiert in diesem Bereich nicht nur Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte, sondern auch Aktivitäten der Forschung, Fort- und Weiterbildung, Information- und Aufklärung sowie der Vernetzung.

Bereits im Jahr 2005 hat der Fonds Gesundes Österreich als nationaler Partner des EU-Projekts „EMIP“ einen „Expert/innenworkshop Seelische Gesundheit“ veranstaltet mit dem Ziel, eine Bestandsaufnahme relevanter Akteur/innen, Strategien und Aktivitäten durchzuführen, Handlungsfelder im Bereich „Mental Health Promotion“ in Österreich zu definieren und die Vernetzung der Akteur/innen zu fördern.

Die Schule ist für Kinder und Jugendliche eine zentrale Lebenswelt, in der bereits seit Jahren Maßnahmen und Projekte zur Förderung der seelischen Gesundheit umgesetzt und auch vom Fonds Gesundes Österreich gefördert werden. Laut einer im Jahr 2005 erschienenen europäischen Strategie (Jané-Llopis, Anderson, 2005) stellt „Mental Health Promotion“ in der Schule auch einen von zehn prioritären Handlungsbereichen für die Förderung der „seelischen Gesundheit“ dar.

Beim gegenständlichen Expert/innenworkshop, der im Dezember 2006 in Kooperation mit dem bm:ukk organisiert wurde, wurde ein Bereich der „Mental Health Promotion“ herausgegriffen: „Seelische Gesundheit im Setting Schule“.

Ziel des Workshops war, einen Beitrag zum Transfer zwischen Forschung und Praxis zu leisten und den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung der Personen und Akteur/innen zu fördern, die sich für die „seelische Gesundheit“ der Kinder und Jugendlichen in den Schulen engagieren.

Mag.^a Gerlinde Rohrauer

Fonds Gesundes Österreich

Gesundheitsreferentin mit Schwerpunkt seelische Gesundheit

Die psychologische Gesundheitsförderung - ein Beitrag der Schulpsychologie und Bildungsberatung zur seelischen Gesundheit und zur Schulqualität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Gesundheitsförderung in der Schule als eine von zehn zentralen Handlungsbereichen zur Förderung der seelischen Gesundheit und zur Prävention von psychischen Erkrankungen.

Die psychologische Gesundheitsförderung hat daher einen besonders wichtigen Stellenwert im Rahmen der Förderung der Schulqualität. Ziel ist der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis, die Entwicklung von Pilotprojekten und der nationale und internationale Erfahrungsaustausch von Expert/innen und Praktiker/innen des Schulwesens und der Gesundheitsförderung. Wichtige Teilbereiche der psychologischen Gesundheitsförderung sind die Gewaltprävention, Suchtprävention, Sexualerziehung, Persönlichkeitsbildung, Burn-Outproblematik, Förderung eines positiven Schul- und Klassenklimas, Lernberatung.

Das Unterrichtsressort hat fünf Schulqualitätsbereiche definiert

- Lehren und Lernen
- Lebensraum Klasse und Schule
- Schulpartnerschaft und Außenbeziehungen
- Schulmanagement und Professionalität
- Personalentwicklung.

Als ersten Schritt hat die Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung gemeinsam mit dem Fonds Gesundes Österreich den Expert/innenworkshop „Seelische Gesundheit im Setting Schule“ konzipiert und internationale und nationale Expertinnen und Experten zum Erfahrungsaustausch und Weiterentwicklung des Themas „Seelische Gesundheit im Setting Schule“ eingeladen.

MinR Mag.^a Dr.ⁱⁿ Beatrix Haller

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung

Inhalt

1	Einleitung: Warum soll die psychische/seelische Gesundheit im Kontext der Schule gefördert werden?	6
2	„Seelische Gesundheit im schulischen Setting“. Ein Workshop von und für Expert/innen.	8
2.1	Fragestellungen	9
2.2	Programm	9
2.3	Methode	10
3	Wie effektiv und erfolgreich sind schulische Strategien zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit?	10
3.1	“School mental health promotion: evidence for effectiveness from systematic reviews” (Sarah Stewart-Brown)	11
3.2	„Gesünder? Bewegter? Besseres Klima? Gesundheitsfördernde Schulen auf dem Prüfstand“ (Wolfgang Dür)	14
4	Projekte zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit	18
4.1	„Erfahrungen und Ergebnisse aus Projekten und Programmen zur Förderung der seelischen Gesundheit im deutschsprachigen Raum“ (Christian Haring)	18
4.1.1	Eigenständig werden	19
4.1.2	Das Züricher Ressourcen Modell (ZRM®)	20
4.1.3	Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (ALF)	21
4.1.4	Mind Matters	21
4.1.5	Gesundheit und Optimismus (GO)	22
4.1.6	KLASSE!	23
4.1.7	Thesen	24
4.2	Ergebnisse der Arbeitsgruppen	24
4.2.1	Stärken und Schwächen	25
4.2.2	Zielsetzungen	26
4.2.3	Zielgruppen	26
4.2.4	Akteure	27
4.2.5	Handlungsfelder, Hindernisse und Ressourcen	28
4.2.6	Forschung	29
5	Konsequenzen für die Konzeption der psychischen/ seelischen Gesundheitsförderung in Österreich	32
5.1	Begriffe, Konzepte, Maßnahmen	32
5.1.1	Begriffe	32
5.1.2	Überlegungen für Maßnahmen zur Förderung der psychischen/ seelischen Gesundheit	33
5.2	Zusammenfassung und Ausblick	35
	Literatur	37
	Anhang A: Liste der Teilnehmer/innen	42
	Anhang B: Kurzberichte der Arbeitsgruppen	45

1 Einleitung: Warum soll die psychische/seelische Gesundheit im Kontext der Schule gefördert werden?

Psychische Erkrankungen bzw. Einschränkungen der psychischen/seelischen Gesundheit rangieren in den modernen, „high income“ Gesellschaften unter den top ten Krankheiten, die die größte Krankheitslast verursachen. Dies verdeutlichen die Ergebnisse einer für die europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) publizierten Analyse für das Jahr 2000, die unter den zehn am häufigsten für Alltagsbehinderungen verantwortlichen Krankheiten allein vier psychische Störungen anführt (Depression, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen, Alkoholmissbrauch und Selbstverletzungen; vgl. Üstün et al. 2004). Auch Untersuchungen der WHO unterstreichen die Bedeutung von Depressionen in den Industrieländern (vgl. Murray & Lopez 1996). Berücksichtigt man die Schwere der Beeinträchtigung und die Dauer der Erkrankung, liegt sie heute schon auf Platz 2 und wird bis zum Jahr 2020 zu jener Krankheit avancieren, die für die meisten krankheitsbedingten Alltagsbehinderungen verantwortlich sein wird. Für das Jahr 2020 wird außerdem eine Steigerung der durch psychische Störungen bedingten Krankheitskosten um weltweit 15% angenommen (Murray & Lopez 1996).

Offizielle Schätzungen gehen davon aus, dass derzeit bis zu 25% der EU-Bürger/innen an einer psychischen Krankheit leiden, allen voran wiederum Depressionen und Angststörungen (ESEMeD 2004). Bei den 15- bis 44-Jährigen lassen sich bereits jetzt rund 20% aller an Krankheiten verlorenen gesunden Lebensjahre (Disease Adjusted Lost Years) psychischen Krankheiten zuschreiben (WHO 2001a).

Beeinträchtigungen der psychischen/seelischen Gesundheit stellen jedoch nicht nur bei Erwachsenen ein bedeutsames Gesundheitsproblem dar, sondern sind bereits unter Kindern und Jugendlichen weit verbreitet. Weltweit, d.h. auch in den EU-Ländern, leiden derzeit rund 20% aller 8- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Krankheit, wobei schätzungsweise 5% der Störungen so gravierend sind, dass eine akute psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung notwendig ist und ca. 10% chronisch psychisch krank sind (Ihle & Esser 2002, Wittchen 2000). Die häufigsten Störungen, die vielfach kombiniert vorliegen (Steinhausen 2002, Ihle & Esser 2002), sind Angststörungen (Schulangst, Schul- und Sozialphobie) mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%, aggressiv-dissoziale Störungen (aggressives Verhalten, Bullying, etc.) mit 7,5%, sowie depressive und hyperkinetische Störungen (z.B. ADHS) mit jeweils ca. 4-6%.

Harmlosere, aber gleichwohl nicht zu verharmlosende psychische Leiden werden hingegen für weit größere Gruppen von Kindern und Jugendlichen berichtet. In einer für Österreich repräsentativen Untersuchung (vgl. Eder 1995:48) gaben beispielsweise 48%, 81% bzw. 75% der befragten Jugendlichen (8. bis 12. Schulstufe) an, selten bis oft an Schulangst, Prüfungsangst bzw. unter Ängsten zu leiden, dass alles zu viel werden könnte. Für etwa ein Fünftel der Jugendlichen ist dieses Gefühl bereits zu einem ständigen Begleiter geworden. Gemäß der in der HBSC-Studie¹ verwendeten Skala zur Messung von psychosomatischen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Nervosität, Gereiztheit, Schlafstörungen, Schwindel, Angst, Bauchschmerzen, schlechtes Allgemeinbefinden, Müdigkeit und Erschöpfung, leiden 34% der 11-jährigen und 43% der 15-jährigen Burschen, sowie 40% der 11-jährigen und 60% der 15-jährigen Mädchen an derartigen Beschwerden (Dür & Mravlag 2002:18). Bedenklich ist auch, dass rund jede/r sechste 11- bis 15-jährige Schüler/in in Österreich seine subjektive Gesundheit nur als „eher gut“ oder „schlecht“ bewertet (UNICEF 2007:35).

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass neben der Familie vor allem der Schule eine bedeutsame Rolle in der Entstehung psychischer Beeinträchtigungen bzw. in der Erhaltung der psychischen/seelischen Gesundheit von Schüler/innen (vgl. Erhart et al. 2006) zukommt. Eine ganz zentrale Dimension ist hierbei die Qualität der sozialen Beziehungen zwischen den Schulpartnern, die in Hinblick auf Unterstützung und Integration betrachtet werden (Cole et al. 1997, Gore & Aseltine 1995). Schüler/innen, die ausreichend Akzeptanz und Unterstützung durch ihre Mitschüler/innen und Lehrer/innen erfahren, sind seltener von psychosomatischen Beschwerden, Ängsten und Niedergeschlagenheit betroffen und weisen eine höhere Lebenszufriedenheit sowie ein höheres Maß an psychischer Stabilität auf. Studien konnten außerdem belegen, dass die Bewältigbarkeit von Belastungen durch ein hohes Ausmaß an Unterstützung seitens der Lehrer/innen und Mitschüler/innen wesentlich erhöht und deren negative Effekte deutlich abgemildert werden können (Aro et al. 1987, Cheung 1995, Cole et al. 1997, Gore & Aseltine 1995, Natvig et al. 1999 und 2003).

Auch das Schulklima steht in einem Zusammenhang mit der Gesundheit sowie dem Verhalten von Schüler/innen: Während ein positives Schulklima generell das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten reduziert und einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit von Schüler/innen ausübt (Kuperminc et al. 2001, Resnick et al. 1993, Nutbeam et al. 1993, Samdal et al. 2000), spielt ein negatives Schulklima - schlechtes Klassenklima, mangelndes Vertrauensverhältnis zwischen den Schulpartnern, hoher Aggressionspegel in der Klasse - nachweislich eine signifikante Rolle für die Entstehung von gewalttätigem Verhalten (Thomas et al. 2006, Natvig et al. 2001, Schäfer & Korn 2001, Klicpera & Gasteiger-Klicpera 1994).

Eine andere Subdimension des Schulklimas ist das subjektiv erlebte Ausmaß an Partizipation in der Schule und am Schulleben, verstanden im Sinne der Einbindung in die Schulgestaltung, in Aktivitäten wie Schulfeste, Schuldemokratie etc.. Die subjektiv empfundene Partizipation wirkt sich einerseits günstig auf die Anpassung der Schüler/innen an die Schule aus (Mortimore 1998) und erhöht im Weiteren auch ihre Schulzufriedenheit und ihr subjektives Wohlbefinden (Samdal et al. 1999, Samdal & Dür 2000, Dür & Griebler 2004).

Eine weitere wichtige Dimension im Zusammenhang von Schule und psychischer/seelischer Gesundheit stellt die Art und Weise dar, wie Schüler/innen ihre Schule erleben bzw. wie erfolgreich sie in der Bewältigung ihrer schulischen Aufgaben tatsächlich sind. Je mehr sich die Mädchen und Burschen durch die Schule belastet und gestresst fühlen, desto häufiger leiden sie auch unter psychischen Beschwerden. Ergebnisse der internationalen HBSC-Studie verdeutlichen beispielsweise, dass sich in Österreich und Deutschland rund 10% bis 30% der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen - je nach Alter und Geschlecht - durch die Schule „stark belastet“ fühlen (vgl. Samdal et al. 2004). Es überrascht deshalb nicht, dass dieser Schulstress die subjektive Gesundheit von Schüler/innen (Roeser et al. 2000, Samdal & Dür 2000), ihr psychisches Wohlbefinden (Coleman & Collinge 1991, Finn 1989, Mortimore 1998, Schrank & Zimmerman 1994) und schließlich auch das Vorkommen von Krankheiten (Steptoe 1991) negativ beeinflusst. Für österreichische Schüler/innen gilt, dass 39% der Jugendlichen, die sich sehr stark durch die Schule unter Druck gesetzt fühlen, fast täglich unter psychischen Beschwerden (Nervosität, Ängste, etc.) leiden. Noch deutlicher wird dies in Bezug auf den Schulerfolg. Hier zeigt sich, dass die Bewertungen der schulischen Leistungen einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mädchen und Burschen haben: über 48% der Jugendlichen, die sich selbst im unteren Klassendurchschnitt erleben, leiden fast täglich an psychischen Beschwerden, während unter den Schüler/innen, die sich selber als sehr gut einstufen, nur 10% in diese Kategorie fallen (BMGF 2004).

Auch die Zufriedenheit mit der Schule erweist sich - ähnlich wie die Arbeitszufriedenheit

– als bedeutender Faktor in Bezug auf die Gesundheit von Schüler/innen: Je weniger sie gegeben ist, d.h. je weniger gern die Schüler/innen in die Schule gehen und je weniger sie den Aufenthalt in der Schule mögen, umso eher haben sie dort auch eine schlechte Performance und fühlen sich durch das, was in der Schule von ihnen verlangt wird, überfordert (Moon & Callahan 1999). Je geringer die Schulzufriedenheit, desto höher die Wahrscheinlichkeit von psychosomatischen Beschwerden und desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Schüler/innen auch in akademischer Hinsicht versagen (Calabrese 1987, Hurrelmann et al. 1994, Jessor 1991, Nutbeam & Aarö 1991, Nutbeam et al. 1993).

Die Schule tritt jedoch nicht nur als Verursacher psychischer Beeinträchtigungen sowie eines verminderten psychischen Wohlbefindens auf, sondern ist zugleich auch jener Ort, an dem die psychische/seelische Gesundheit von Schüler/innen erfolgreich gefördert werden kann (Stewart-Brown 2006, vgl. Abschnitt 2.1). Die schulische Gesundheitsförderung wird daher nicht zu unrecht als eine der 10 zentralen Handlungsbereiche zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von psychischen Erkrankungen erklärt (Jané-Llopis & Anderson 2005), nicht zuletzt, da vor allem in der Schule psychosoziale Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgebaut und vermittelt werden.

Die Schule sollte daher so organisiert sein, dass die Schüler/innen mit machbaren Herausforderungen konfrontiert sind, durch deren Bewältigung sie ihre Potenziale entfalten können. Dafür braucht man „ein positives soziales Klima und eine belastungsarme Atmosphäre“, in der die Schüler/innen den Lebensraum Schule, die Formen des Zusammenlebens und des Lernens, ihren Möglichkeiten entsprechend mitgestalten und kontrollieren können. Diese und ähnliche Themen standen im Zentrum des Expert/innenworkshops zur „seelischen Gesundheit im schulischen Setting“, der im Dezember 2006 stattgefunden hat.

2 „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“. Ein Workshop von und für Expert/innen.

Am 11. Dezember 2006 wurde vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (bm:ukk), Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung, sowie vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ein eintägiger Expert/innenworkshop veranstaltet, mit den Zielen:

- (a) die international steigende wissenschaftliche Evidenz zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit im Kontext der Schule darzustellen,
- (b) den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis anzuregen und
- (c) zum Erfahrungsaustausch von Expert/innen und Akteur/innen im schulischen Umfeld beizutragen.

Der Workshop hat im Kardinal König Haus im 13. Wiener Bezirk stattgefunden. Zielgruppen waren rund 80 Expert/innen (vgl. Anhang A) aus dem Bereich der (schulischen) Gesundheitsförderung und Prävention sowie „mental health“ Expert/innen, Schulpsycholog/innen, Landesschulrät/innen, Vertreter/innen von Lehrer/innengewerkschaften, Elternvereinen, Pädagogischen Instituten und Lehrerbildungszentren.

Das Programm (vgl. Abschnitt 1.2) sah eine Zweiteilung vor:

- (a) drei Hauptvorträge zur Darstellung des wissenschaftlichen „State of the Art“ in Bezug auf die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten im schulischen Kontext sowie

(b) Arbeitsgruppen, um einen Austausch von Expert/innen des Schulwesens und der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen sowie um gemeinsame Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Themas „Seelische Gesundheit im schulischen Kontext“ zu entwickeln.

2.1 Fragestellungen

Der Expert/innenworkshop versuchte vor allem folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Erfahrungen und Ergebnisse gibt es in Bezug auf Suizid-, Gewalt- und Suchtprävention in Schulen?
- Was sind die Möglichkeiten, Grenzen und Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung durch „Life-Skills“-Ansätze?
- Wie kann der Arbeitsplatz Schule gesundheitsfördernd gestaltet werden und Stress sowie Burnout verhindert werden?
- Wie können sich die Ansätze der Schulentwicklung und der Gesundheitsförderung in ihrer Wirkung unterstützen?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, um erfolgreiche gesundheitsfördernde Prozesse in Schulen zu etablieren, und wie können diese geschaffen werden?
- Welche Qualifizierungsmaßnahmen, Lehrgänge und Fortbildungsangebote sind bereits vorhanden und wie sollen diese (weiter)entwickelt werden? Wo sollen Forschungsschwerpunkte gelegt werden?
- Wie wird im Setting Schule soziale und gesundheitliche Ungleichheit thematisiert?

2.2 Programm

Moderation: Dr. Christian Scharinger

10.00 Begrüßung durch die Veranstalter

10.15 - 11.00 “What is the evidence of school health promotion in improving mental or physical health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?”, Prof. Dr. Sarah Stewart-Brown, Chair of Public Health Divisional Director of Research, Warwick Medical School, GB Vortrag in Englischer Sprache

11.00 - 11.30 „Erfahrungen und Ergebnisse aus Projekten und Programmen zur Förderung der seelischen Gesundheit und insbesondere der Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention im deutschsprachigen Raum“, Prim. Univ. Doz. Dr. Christian Haring, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Primarius im Psychiatrischen Krankenhaus des Landes Tirol, Hall i.T.

11.30 - 11.45 Pause

11.45 - 12.15 „Gesünder? Bewegter? Besseres Klima? Gesundheitsfördernde Schulen am Prüfstand“, Mag. Dr. Wolfgang Dür, Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie anschließend Diskussion der Vorträge

12.30 - 14.00 Mittagspause

14.00 - 15.30 Arbeitsgruppen „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“

15.30 - 15.45 Pause

15.45 - 16.30 Fortsetzung Arbeitsgruppen

16.30 - 17.00 Zusammenfassung und Ausblick

2.3 Methode

Der Expert/innenworkshop wurde im Auftrag des Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (bm:ukk) und des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) von Mitarbeitern des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie begleitet und dokumentiert. Die Dokumentation stützt sich außerdem auf eine Sammlung von Kurzberichten, die von den Leiter/innen der einzelnen Arbeitsgruppen erstellt wurden (vgl. Anhang B).

Der vorliegende Bericht fasst die wesentlichen Inhalte und Ergebnisse des Workshops zusammen und gibt Empfehlungen der Expert/innen wieder, die Handlungsfelder für die Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit im schulischen Setting angeben.

3 Wie effektiv und erfolgreich sind schulische Strategien zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit?

Zahlreiche (Modell-)Projekte versuchen, im schulischen Kontext die psychische/seelische Gesundheit von Schüler/innen zu fördern. Aus einer wissenschaftlichen - aber auch bildungspolitischen - Perspektive stellt sich diesbezüglich jedoch die Frage, wie effektiv, erfolgreich und nachhaltig diese Anstrengungen zur Steigerung der psychischen/seelischen Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens tatsächlich sind.

Sowohl der Vortrag von Professor Sarah Stewart-Brown vom Health Sciences Research Institute der Warwick Medical School („School mental health promotion: evidence for effectiveness from systematic reviews“) als auch das Referat von Dr. Wolfgang Dür vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie („Gesünder? Bewegter?

Besseres Klima? Gesundheitsfördernde Schulen auf dem Prüfstand“) haben sich dieser Frage gewidmet und geben Einblick in die vorherrschende Evidenz.

Im Folgenden werden die Inhalte und wesentlichen Ergebnisse dieser beiden Vorträge zusammengefasst dargestellt.

3.1 “School mental health promotion: evidence for effectiveness from systematic reviews” (Sarah Stewart-Brown)

Der Vortrag von Professor Stewart-Brown hat sich im Zusammenhang mit der Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit im schulischen Kontext inhaltlich auf drei wesentliche Bereiche fokussiert: (a) auf das Konzept der psychischen/seelischen Gesundheit, (b) auf die Ergebnisse zur Effektivität schulischer Maßnahmen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit und (c) auf Empfehlungen in Richtung Politik, Praxis und Wissenschaft.

Einführend wurde das Konzept der psychischen/seelischen Gesundheit gestreift: Im Anschluss an die Definition der Weltgesundheitsorganisation zum Begriff der Gesundheit (WHO 1948) wurde die „psychische/seelische Gesundheit“ als ein komplexes Konstrukt beschrieben, das sich nicht in der Abwesenheit von psychischen Erkrankungen erschöpft, sondern auch ein allgemeines psychisches Wohlbefinden umfasst, d.h. auch eine eigenständig-positive Seite besitzt. Im Zusammenhang mit der psychischen/seelischen Gesundheit werden dabei Begriffe wie „subjective well-being“ (individuelles Glücksempfinden, Sich-Wohlfühlen, Zufriedenheit mit dem eigenen Leben), „psychological well-being“ (Autonomie, Selbstakzeptanz, persönliches Wachstum, Sinnfindung, positive Beziehungen zu anderen, ‚Meisterschaft‘ im Alltag), „emotional and social well-being“ (ausgeprägter Selbstwert, gute Beziehungen mit Gleichaltrigen und Erziehenden, Verhaltensunauffälligkeit, emotionale Stabilität) und „emotional intelligence/literacy“ (bewusster Umgang mit Gefühlen, Respekt für eigene oder fremde emotionale Zustände, Fähigkeit, das Denken und Fühlen zu integrieren und Gefühle zu kommunizieren) verwendet, die allesamt das Konstrukt der psychischen/seelischen Gesundheit umkreisen und bestimmen.

Im zweiten Teil ihres Vortrags stellte Professor Stewart-Brown die Ergebnisse systematischer Reviews zu Förderungsprogrammen der psychischen/seelischen Gesundheit im schulischen Kontext vor, denen das zuvor beschriebene Konzept der psychischen/seelischen Gesundheit zugrunde lag. Sie stützte sich hierbei auf die Ergebnisse folgender Metaanalysen:

- Lister Sharpe D, Chapman S, Sasia A, Stewart-Brown S. Health Promoting Schools and Health Promoting Schools; two systematic reviews. Health Technology Assessment 1999;3(22)1-207.
- Stewart-Brown S. 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 Euro. 2006² Green J, Howes F, Waters E, Maher E, Oberklaid F. Promoting the social and emotional health of primary school aged children: reviewing the evidence base for school based interventions International Journal of Mental Health Promotion 2005;7:30-36.
- Tennant R, Goens C, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of interventions to promote mental health and prevent mental illness in children and young people J Public Mental Health – forthcoming.

² Eine deutsche Fassung des Artikels ist auf der Homepage des FGÖ erhältlich: www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/expertinnenworkshop-seelische-gesundheit-im-schulischen-setting/2007-01-19.0561721305/download

Die dargestellten Metastudien haben sich auf die Auswirkungen schulischer Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme fokussiert, die das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit, die soziale Kompetenz sowie Verhaltensprobleme, wie Gewalt und Aggressionen, sowie Angst, Suizidendenzen, Depressionen und die psychische/seelische Gesundheit im Allgemeinen beleuchteten.

Die Reviews schlossen alle Gesundheitsförderungsaktivitäten ein,

- die gesamte Schule erfasst haben (Veränderungen von Schulkultur und umfeld, Personalentwicklung, Veränderung der Kernprozesse, Einbindung der Angehörigen),
- informations- oder skill-basierte Klassenprojekte, Trainings- und Übungsprogramme, Programme für spezielle Risikogruppen durchgeführt haben, oder
- Programme für Eltern angeboten haben (von der Schule angeboten)

Die Ergebnisse der Metastudien verdeutlichen, dass sich vor allem gesamtschulische Ansätze zur Gesundheitsförderung als effektiv erwiesen haben, d.h. Ansätze, welche die wesentlichen Elemente des Konzepts der „Gesundheitsfördernden Schulen“ berücksichtigen: Veränderungen der Schulumgebung, Aufbau von Wissen und Fähigkeiten im Rahmen des Unterrichts, Einbeziehung von Angehörigen und der Gemeinde sowie die aktive Einbeziehung der gesamten Schule (vgl. Stewart-Brown 2006). Die Analysen legen außerdem nahe, dass Gesundheitsförderungsprogramme, die keinen derartigen Ansatz verfolgen, dann höhere Erfolgchancen besitzen, wenn sie eine längerfristige Perspektive verfolgen und auf Gesundheitsförderung, anstatt auf Prävention, setzen (vgl. Green et al. 2005, Lister Shape et al. 1999, Stewart-Brown 2006).

In Bezug auf Depressionen und Selbstachtung gilt, dass vor allem Interventionen im Bereich der Primärprävention Erfolge verbuchen konnten, während gezielte Programme zur Steigerung der Selbstachtung nur moderate und wissensbasierte Interventionen nur geringe Erfolge erzielen konnten. In Bezug auf Programme zur Suizidprävention konnte eine Reduktion der Suizidwahrscheinlichkeit, von Depressionen, von Stress und Wut erreicht werden. Effekte in Bezug auf das gesundheitsrelevante Wissen sowie Einstellungen konnten hingegen nicht nachgewiesen werden.

Die Evaluation von Präventionsprogrammen zu aggressivem Verhalten hat ergeben, dass es äußerst unterschiedliche Programme und Ansätze gibt, die erfolgreich sind, sofern sie über eine gute Implementation verfügen und sich auf „high risk groups“ beziehen. In diesem Zusammenhang haben sich kognitionsbezogene wie auch verhaltensbezogene Strategien als effektiv erwiesen, wobei spezifische Interventionen bessere Erfolge erzielt haben als Maßnahmen, die in die Schulroutine integriert waren. Am effektivsten waren Programme, die an unterschiedlichen Settings ansetzten und einen primärpräventiven Ansatz verfolgten. Geschulte Programmleiter/innen und eine längere Laufzeit trugen zur Effektivität der Programme bei. Auch Programme, die sich auf ein Deeskalationstraining zur Verbesserung von Beziehungen konzentriert haben, erwiesen sich als effektiv, wobei die Interventionen sowohl im Grundschulbereich als auch in weiterführenden Schulen wirksam waren (Stewart-Brown 2006).

Was den Substanzkonsum anbelangt, so verdeutlichen die Metaanalysen, dass die meisten Programme zur Rauchprävention, die entweder auf Gesundheitserziehung, auf die Steigerung sozialer Kompetenzen oder aber auf beides gesetzt haben, bisher kaum oder nur begrenzt erfolgreich waren. Auch in Bezug auf Drogenpräventionsprogramme konnten

bisher nur geringe Effekte nachgewiesen werden. Wissensvermittlung, verhaltensbezogene Programme und Programme zur Steigerung von Lebenskompetenzen konnten nur geringe Erfolge verbuchen und haben im besten Fall zu einer kurzfristigen Verzögerung und Reduktion in Bezug auf den Einstieg und den Konsum von legalen und illegalen Substanzen geführt. Obwohl die Effektivität insgesamt gering ausfiel, haben interaktive Programme zur Entwicklung persönlicher Fähigkeiten den größten Erfolg erzielt.

Programme zur Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung haben sich als eine effektive Strategie zur schulischen Gesundheitsförderung erwiesen, wobei es alters- und geschlechtsspezifische Effekte gab, insofern, dass Mädchen und ältere Schüler stärker davon profitierten. Die erfolgreichsten Programme waren auch hier jene Ansätze, die die gesamte Schule einschließlich des Angebots von gesunder Verpflegung in der Schulkantine umfassten. Bei jungen Frauen waren auch Peer-Interventionen effektiv, insbesondere hinsichtlich der Förderung einer gesunden Ernährung. Bei Lehrer/innen war deren Qualifizierung eine wichtige Voraussetzung für die Effektivität der Interventionen. In Bezug auf Bewegung haben sich vor allem umfassende Maßnahmen als erfolgreich erwiesen. Diese haben zu nachhaltigen und langfristigen Effekten geführt.

Die Evaluation des Konzepts der „Gesundheitsfördernden Schule (GFS)“ hat ergeben, dass der Ansatz der GF-Schule zu Verbesserungen in der sozialen und materiellen Umgebung sowie in der Personalentwicklung geführt hat, wie auch zu einer Verbesserung des schulischen Verpflegungs- und Bewegungsangebotes sowie zu einer Veränderung des sozialen Klimas in einem gesundheitsförderlichen Sinne beigetragen hat. Einige, aber nicht alle Studien stellten auch positive Effekte in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten und auf die Gesundheit selbst fest. Es gibt demnach nur eine begrenzte Evidenz über die positiven Effekte des Konzepts „Gesundheitsfördernde Schule“ auf Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens, wie zum Beispiel eine Stärkung des Selbstwertgefühls und eine Verminderung von aggressivem Verhalten gegenüber Schwächeren (Bullying) (vgl. Stewart-Brown 2006).

Allgemein kann deshalb gesagt werden, dass vor allem Interventionen erfolgreich sind, die sich mit gesunder Ernährung, Bewegung, psychischer/seelischer Gesundheit und Unfallprävention beschäftigen (Lister Shape et al. 1999). Die Ergebnisse des WHO HEN-Report (Stewart-Brown 2006) belegen, dass – in Bezug auf die psychische/seelische Gesundheit - vor allem ganzheitliche und längerfristige Programme wie z.B. die Gesundheitsfördernde Schule effektive mittel- bis langfristige Ergebnisse in der Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit erzielen und damit erfolgreich zur Prävention von psychischen Krankheiten beitragen konnten.

Professor Stewart-Brown betonte in ihrem Vortrag jedoch auch, dass systematische Reviews neben einer Vielzahl an Stärken auch Schwächen besitzen und deshalb ebenfalls kritisch gelesen werden müssen. Während die Stärken vor allem darin bestehen, dass Reviews meist umfassend sind, nur „controlled studies“ einschließen, klare Ein- und Ausschlusskriterien besitzen und zu einer kritischen Bewertung der Ergebnisse gelangen, liegen die Schwächen vor allem darin, dass man wenig über die Qualität der Gesundheitsförderungsprogramme an sich erfährt, dass sie auf quantitative Studien limitiert sind und kaum Informationen über die Implementation von GF-Programme bereitstellen. Systematic Reviews liefern demnach wichtige Ergebnisse zur Effektivität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, sind jedoch aus der Sicht der Implementation wenig ergiebig, da sie kaum etwas über die einzelnen Programme und deren Implementation preisgeben. Auf dieser Ebene muss auf die dahinterliegenden Einzelstudien zurückgegriffen werden. Außerdem verdeutlichen die vorgestellten Metaanalysen, dass sich die Evaluationen von GF-Programmen häufig auf Ergebnisevaluationen beschränken, obwohl für die Bewertung der GF-Maßnahmen in

Hinblick auf ihre Effektivität vor allem auch Prozessevaluationen nötig wären.

Resümierend sprach Sarah Stewart-Brown deshalb in ihrem Vortrag folgende Empfehlungen in Richtung Politik, Praxis und Wissenschaft aus:

- Programme zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit sollten, da sie besonders effektiv sind, integraler Bestandteil aller Programme zur schulischen Gesundheitsförderung sein, vor allem auch deshalb, da sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch zur Reduktion von Drogenmissbrauch und zur Verbesserung anderer gesundheitsrelevanter Lebensstilelemente beiträgt, die von der emotionalen Befindlichkeit abhängen.
- GF-Programme sind vor allem dann erfolgreich und nachhaltig, wenn sie möglichst viele Elemente des Konzepts der Gesundheitsfördernden Schule aufgreifen, d.h. die gesamte Schule einbinden, Organisations- bzw. Schulentwicklung betreiben und ein längerfristiges Vorhaben darstellen.
- Will man mehr über das Ge- und Misslingen von GF-Programmen in Erfahrung bringen, ist es vor allem wichtig, dass die Interventionen auch im Sinne einer Prozessevaluation begleitet werden. Die Wissenschaft muss deshalb noch viel stärker als bisher auf komplexere Evaluationsdesigns setzen, die sowohl eine Ergebnis- als auch eine Prozessevaluation beinhalten. Dies setzt jedoch wiederum die nötigen Ressourcen voraus, um derartige Untersuchungen durchführen zu können.

3.2 „Gesünder? Bewegter? Besseres Klima? Gesundheitsfördernde Schulen auf dem Prüfstand“ (Wolfgang Dür)

Der Gesundheitssoziologe Wolfgang Dür stellte die Ergebnisse einer Benchmarking-Studie vor, die vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst Kultur (bm:ukk) im Zuge der österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC-Studie³)“ in Auftrag gegeben wurde, und einen Vergleich von „Regelschulen“ und Schulen des Österreichischen Netzwerks für Gesundheitsfördernde Schulen (ÖNGFS) in Bezug auf Indikatoren zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zum Schulklima vorgenommen hat (vgl. Dür & Griebler 2006).

Ziel der Untersuchung war die Beantwortung der Frage, was das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es an den österreichischen Netzwerkschulen umgesetzt worden ist, für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und das Zusammenleben in der Schule bisher gebracht hat, und wie erfolgreich die gesetzten Interventionen tatsächlich waren.

Operiert wurde hierbei mit dem sogenannten Black-Box-Ansatz (vgl. Stewart-Brown 2006). Durchgeführt wurde ein Vergleich von GF-Schulen und Regelschulen, ohne genau zu wissen, was, wie lange, wie intensiv und wie qualitätsgesichert von den einzelnen ÖNGF-Schulen (Schulen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen) tatsächlich Aktivitäten in Richtung Gesundheitsförderung unternommen wurden, und ohne zu wissen, wie sich die Regelschulen im Vergleich dazu im Bezug auf die Gesundheitsförderung verhalten haben. Gleichzeitig fehlten in Österreich Informationen über die Ausgangssituation der Netzwerkschulen, die es erst ermöglicht hätten, den Status quo als Verbesserung, Stillstand oder Verschlechterung interpretieren zu können. Es war daher nicht möglich, zwischen den tatsächlichen Interventionen und deren Ergebnissen auf individueller, interaktioneller und organisationeller Ebene einen direkten Zusammenhang herzustellen.

³Vgl. www.univie.ac.at/lbimngs bzw. www.hbsc.org

Die Untersuchung musste deshalb mit der Grundannahme operieren, dass die Netzwerkschulen im Sinne der Gesundheitsförderung in Summe aktiver gewesen sind als die Regelschulen und daher in Bezug auf bestimmte Indikatoren der Gesundheit im Schulkontext gegenüber den Regelschulen Vorteile erarbeitet haben müssten, die dann in einem Vergleich der beiden Gruppen von Schulen sichtbar werden. Außerdem wurde unterstellt, dass sich die Netzwerkschulen beim Eintritt in das Österreichische Netzwerk der Gesundheitsfördernden Schulen, was die Gesundheit der Schüler/innen und Lehrer/innen, das Sozialklima, das Vorhandensein von gesundheitsrelevanten Einrichtungen und weiteren gesundheitsrelevanten Indikatoren anbelangt, nicht von den Regelschulen unterschieden haben. Unterschiede in der Bewertung dieser Bereiche könnten demnach – zumindest teilweise – auf die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an diesen Schulen zurückgeführt werden.

Für die Festlegung dessen, was gesundheitsrelevante Indikatoren sind, wurde das Modell von Don Nutbeam (2000) verwendet, das die Kausalzusammenhänge zwischen konkreten Maßnahmen und Gesundheit über mehrere Stufen koppelt (vgl. Abb. 1). Die Grundannahme dieses Modells ist, dass die Gesundheit nur von einem Individuum selbst direkt „hergestellt“ werden kann, nicht jedoch von Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung, die nur über Zwischenstufen, so genannte „intermediate outcomes“, ihr Ziel erreichen können. Diese Zwischenstufen sind Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf diese Determinanten und Einzelmaßnahmen zur Veränderung der Einflussfaktoren. Dabei besteht eine weitere Annahme des Modells darin, dass die Determinanten der Gesundheit auf einem Abstraktionsniveau angesiedelt sind, das durch Maßnahmen nicht direkt erreichbar ist. Konkrete Maßnahmen können immer nur Einzelfaktoren der Determinanten erreichen oder nur deren Bedingungsfeld verändern. So ist das Geschlecht, beispielsweise eine Determinante, jedoch nicht veränderbar. Wohl aber kann die genderspezifische Ausrichtung einer Schule verändert werden, so dass das Geschlecht weniger oder gar nicht mehr als Determinante wirkt.



Abbildung 1: Outcome-Modell der Gesundheitsförderung nach Don Nutbeam 2000

Ähnlich verhält es sich etwa auch mit der Schulkultur: auch diese muss erst in Aspekte heruntergebrochen werden, die von konkreten Maßnahmen tatsächlich veränderbar sind, beispielsweise der Umgang mit Bullying, der dann nicht nur das Gewaltverhalten reduziert, sondern weit reichende Kulturveränderungen bewirken kann. Wollte man also nachweisen, dass die Durchführung von GF-Maßnahmen an Schulen einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit von Schüler/innen und Lehrer/innen hat, so müssten grundsätzlich auf allen

vier Ebenen des Modells Veränderungen erfolgt sein. Ausgehend von diesem Modell mussten also folgende Fragen geklärt werden:

1. Wurden an den ÖNGF-Schulen mehr Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit durchgeführt?
2. Weisen die ÖNGF-Schulen ein besseres Sozialklima auf?
3. Weisen die Schüler/innen und Lehrer/innen von ÖNGF-Schulen günstigere Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen auf?
4. Weisen die Schüler/innen und Lehrer/innen von ÖNGF-Schulen eine bessere Gesundheit auf?

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen, dass an ÖNGF-Schulen insgesamt mehr Maßnahmen zum Thema Ernährung durchgeführt wurden: Dies äußert sich in Form von Projekten, dem regelmäßigen Kontakt zu Ernährungsberater/innen sowie in der Verabschiedung von Ernährungsprogrammen und Regeln zur gesunden Ernährung. Während 21% der ÖNGF-Schulen über eine schriftlich festgelegte Regelung zur gesunden Ernährung verfügen, gilt dies nur für 7% der Regelschulen. 23% der Netzwerkschulen standen mindestens einmal wöchentlich Ernährungsberater/innen zur Verfügung, wohingegen dies nur bei 10% der Regelschulen der Fall war. An insgesamt drei Viertel aller ÖNGF-Schulen (77% vs. 61%) wurden in den vergangenen drei Jahren Ernährungsprojekte durchgeführt, wobei in 65% der Schulen (vs. 40%), der/die Schularzt/-ärztin in die Durchführung der Ernährungsprojekte eingebunden war. Ähnliches galt auch für den Bereich der Bewegung, wo sich gezeigt hat, dass 26% (vs. 12%) der Netzwerkschulen über eine formell verankerte Regelungen verfügen, was Bewegung und Sport anbelangt.

In Bezug auf Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung zeigte sich, dass ÖNGF-Schulen signifikant häufiger formelle Qualitätsgruppen etabliert und eingerichtet haben (64%) als dies in Regelschulen geschehen ist (46%). Damit wurde ein wertvoller Grundstein für eine kontinuierliche und verbindliche Qualitätsentwicklung an diesen Schulen gelegt, der laut Dr. Dür besonders positiv hervorstreichen ist.

Ein Vergleich der ÖNGF-Schulen mit den Regelschulen im Hinblick auf eine Reihe von möglichen disziplinären Problemen an Schulen ließ keine signifikanten Unterschiede erkennen. Nur was das Rauchen am Schulgelände anbelangt konnte festgestellt werden, dass ÖNGF-Schulen sich insgesamt häufiger mit diesem Problem konfrontiert sahen. Dies kann jedoch laut dem Experten folgendermaßen interpretiert werden: man kann darin eine Folge des strengeren und konsequenteren Umgangs mit dem Rauchverhalten von Schüler/innen sehen. Es verdeutlicht eine höhere Aufmerksamkeit seitens der Lehrer/innen und der Schulleitung, die zu begrüßen ist.

Basierend auf den Bewertungen der Schulleiter/innen werden Kooperationsbeziehungen zwischen Lehrer/innen in ÖNGF-Schulen signifikant besser bewertet, als dies an den anderen Schulen der Fall ist: Während 64% der Schulleiter/innen an ÖNGF-Schulen den Umgang der Lehrerschaft miteinander als freundlich beschreiben, trifft dies nur auf 44% der Schulleiter/innen von Regelschulen zu. Für den HS- und BMS/BHS-Bereich wird außerdem sichtbar, dass die Schüler/innen signifikant häufiger „ernst und wichtig“ genommen werden, als an den Regelschulen: So stimmen 94% (vs. 67%) der Schulleiter/innen von Hauptschulen des Netzwerks der Aussage völlig zu, dass die Probleme der Schüler/innen an ihrer Schule ernstgenommen werden. Auch an BMS/BHS-Netzwerkschulen konnte festgestellt werden, dass die Lehrer/innen häufiger auf die Vorschläge der Schüler/innen eingehen und dass Schüler/innen an BMS/BHS-Netzwerkschulen durchschnittlich seltener lächerlich gemacht werden als an den BMS/BHS-Regelschulen.

Was die Gesundheit der Schüler/innen anbelangt, d.h. ihre subjektive Einschätzung der Gesundheit, die Häufigkeit von psychosomatischen Beschwerden sowie die Einschätzung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, waren kaum signifikante Unterschiede zwischen den Schüler/innen der ÖNGF-Schulen und den Schüler/innen der anderen Schulen feststellbar. Die vereinzelt feststellbaren Unterschiede betrafen ausschließlich die weibliche Schülerschaft und wiesen keine schultypübergreifende Struktur auf.

Anders hingegen stellte sich die Situation in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen dar. Hier verdeutlichten die Ergebnisse der Untersuchung, dass es tendenzielle Verbesserungen beider Geschlechter und Altersgruppen gegeben hat, was das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum anbelangt. Dies gilt jedoch nur für den HS- und AHS-Bereich. Signifikante Verbesserungen hinsichtlich des Ernährungsverhaltens konnten bei den 15-jährigen AHS-Schüler/innen festgestellt werden. In Bezug auf das Gewaltverhalten zeigten sich nur bei den 15-jährigen AHS-Mädchen signifikante Unterschiede, nicht jedoch bei den anderen Schüler/innen. Bei den 15-jährigen BMS/BHS-Schüler/innen ließen sich insgesamt jedoch keine Unterschiede hinsichtlich des Gesundheits- und Risikoverhaltens beobachten.

Punktuelle Verbesserungen wurden auch im Bereich der Schulfriedenheit und im Belastungsmaß der Schüler/innen festgestellt. Die Steigerung der Schulfriedenheit, verstanden als Maß des allgemeinen Wohlfühlens an der Schule, sowie die Reduktion von Belastungen konnte jedoch interessanterweise nur bei den 11- bis 13-jährigen AHS-Burschen und bei den 15-jährigen BMS/BHS-Mädchen beobachtet werden.

Kaum signifikante Veränderungen wurden im Bereich der Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehungen festgestellt. Ein anderes Bild zeigte sich hingegen, was die Bewertung der Lehrer/innen-Schüler/innen-Beziehungen anbelangt. Hier ließen sich systematische Verbesserungen der Kooperationsbeziehungen vor allem bei den 11- bis 13-jährigen AHS-Burschen und bei den 15-jährigen BMS/BHS-Mädchen beobachten.

Insgesamt wurden in allen Schultypen Verbesserungen festgestellt, wenngleich auf unterschiedlichen Ebenen. Systematische Verbesserungen, d.h. geschlechts-, alters- und schultypübergreifende Ergebnisse ließen sich hingegen in der Untersuchung nicht beobachten, was jedoch, so der Experte, unter Berücksichtigung der bisherigen Erkenntnisse aus den Evaluationen des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen in Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der durchgeführten GF-Maßnahmen an den Wiener GF-Schulen (vgl. Dietscher & Dür 2003, 2005, 2006, Dietscher, Dür & Griebler 2004), nicht weiter überrascht. Außerdem haben die Ergebnisse zu den GF-Aktivitäten gezeigt, dass auch die Regelschulen in Hinblick auf die Gesundheitsförderung nicht völlig untätig waren.

Bei den Lehrer/innen ließen sich bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Unterschiede im Vergleich von ÖNGF-Schulen mit den anderen Schulen feststellen, was die Gesundheit, das Rauchverhalten, das Beobachten von Gewalthandlungen an der Schule und die Kooperation der Lehrerschaft anbelangt. Einzige Ausnahme bildet die Bewertung der Schulleitung an AHS-Schulen, wo sich gezeigt hat, dass AHS-Lehrer/innen, die an einer ÖNGF-Schule unterrichten, ihre Schulleitung signifikant häufiger als „Autoritär denn als Kolleg/in“ beurteilen (35% zu 24%). Dies kann, wie aus anderen Evaluationen von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung bekannt ist, häufig auch als ein Beleg für eine zunehmende Sensibilisierung – in diesem Fall der Lehrerschaft gegenüber der Schulleitung – verstanden werden, die damit – so paradox dies auch klingen mag – positiv zu bewerten wäre. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die eher positiven Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung auf der Ebene der Lehrer/innenbefragung nicht nachvollzogen werden konnten.

Insgesamt hat die Studie damit gezeigt, dass die ÖNGF-Schulen nur punktuell günstigere Ergebnisse aufweisen, was die Gesundheit der Schüler/innen und Lehrer/innen anbelangt. Im Bereich der Gesundheitsdeterminanten hingegen, d.h. dem Gesundheits- und Risikoverhalten, dem Gewaltverhalten, den Kooperationsbeziehungen, lassen sich jedoch tendenzielle Verbesserungen beobachten. Die Ergebnisse sind in diesem Bereich allerdings noch immer als „schmal“ und unsystematisch zu bewerten. Insgesamt können die Ergebnisse aber in Anbetracht der Heterogenität der Maßnahmen in Dauer, Intensität und Komplexität sowie Qualität der Durchführung, die aufgrund der Evaluationen des Wiener Netzwerks auch den anderen ÖNGF-Schulen unterstellt werden kann, als ermutigend angesehen werden. Außerdem lässt sich der Eindruck gewinnen, so der Experte, dass immer noch zuviel auf Einzelprojekte und -maßnahmen und zu wenig auf eine nachhaltige Settingentwicklung, d.h. Schulentwicklung, gesetzt wird. Es müsste noch viel stärker als bisher darum gehen, eine bessere Verbindung zwischen Gesundheitsförderung und Schulentwicklung herzustellen, die vor allem die Verbesserung der Kernprozesse, d.h. der Lehr-/Lernprozesse (vgl. auch Paulus 2003) sowie eine allgemeine Settingentwicklung einschließt.

4 Projekte zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit

Der folgende Abschnitt gibt basierend auf dem Vortrag von Primarius Christian Haring, Vorsitzender der österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention („Erfahrungen und Ergebnisse aus Projekten und Programmen zur Förderung der seelischen Gesundheit im deutschsprachigen Raum“) einen Überblick über Projekte zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit im deutschsprachigen Raum.

In einem zweiten Teil werden anschließend die Ergebnisse der Arbeitsgruppen aufgearbeitet und zusammengefasst.

4.1 „Erfahrungen und Ergebnisse aus Projekten und Programmen zur Förderung der seelischen Gesundheit im deutsch-sprachigen Raum“ (Christian Haring)

Im Zuge des Vortrags von Primarius Haring wurden insgesamt sechs spezifische Programme und Initiativen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit vorgestellt, die sich schwerpunktmäßig auf die Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit, auf Suchtprävention, Verhaltensprobleme, Stressbewältigung, emotionale Probleme, Suizidprävention, Essstörungen und den Aufbau von Lebenskompetenzen konzentrieren.

Die teils individuumsbezogenen teils settingsbezogenen Programme werden nun im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

4.1.1 Eigenständig werden⁴

„Eigenständig werden“ ist ein Unterrichtsprogramm, das für Schüler/innen der 1. bis 4. Schulstufe konzipiert wurde und zur Förderung der Gesundheit und zur Persönlichkeitsentwicklung im schulischen Kontext eingesetzt wird. Das Programm basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Lebenskompetenzansatz und fördert die Selbstwahrnehmung, das Einfühlungsvermögen, die Kommunikationsfertigkeiten, den adäquaten Umgang mit belastenden Situationen sowie die Problemlösungskompetenzen der Schüler/innen. Selbstwertgefühl, Toleranz und Gemeinschaft sind deshalb zentrale Themen des Programms.

Durch die Vermittlung persönlicher und sozialer Lebenskompetenzen (z.B. Kooperationsfähigkeit, Kommunikationsfertigkeiten) und spezifischer protektiver Fertigkeiten (z.B. Problembewältigung, Stress-Management) soll mit Hilfe dieses Programms der Erstkonsum von Drogen zeitlich verzögert bzw. ein schon bestehender Konsum von Substanzen und Drogen reduziert werden.

Die Förderung der Lebenskompetenzen hat sich in vielen Untersuchungen als effektive Methode zur Verhütung von Sucht, Gewalt, Aggression und Stress erwiesen.

Mit Hilfe des Programms sollen den Schüler/innen in drei Bereichen spezifische Lebenskompetenzen vermittelt werden:

- **Ich** [Sich selbst kennenlernen, Selbstvertrauen, Eigenverantwortung]
- **Ich und die Anderen** [Verständigung, Gruppe, Beziehungen]
- **Ich und meine Umwelt** [Erkennen, Handeln, Vorausschauen]

Das Programm „Eigenständig werden“ verfolgt insgesamt im Wesentlichen drei Ziele und hat mittlerweile in Österreich eine große Verbreitung gefunden (vgl. Abb.2):

1. Dem Kind schrittweise die nötigen Lebenskompetenzen zu vermitteln, die ihm helfen, sich in der heutigen Welt zurechtzufinden und auch unvorhergesehenen Situationen kompetent zu begegnen.
2. Durch gezielte Gesundheitsförderung kontinuierlich gesundheitsrelevante Ressourcen zu fördern und in weiterer Folge Unfällen, Verhaltensstörungen, Suchtverhalten, Misshandlungen und sexuellem Missbrauch vorzubeugen.
3. Zwischen der Schule, der Familie und dem sozialen Umfeld des Kindes partnerschaftliche Beziehungen aufzubauen und zu fördern.

Das Unterrichtsprogramm „Eigenständig werden“ besteht aus:

- einem Handbuch für Lehrkräfte mit pädagogischen Überlegungen, didaktischen Hinweisen und Anregungen für die Zusammenarbeit mit den Eltern und der
- Sammlung von je 10 – 12 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr zu den Themenbereichen: Ich / Ich und die anderen / Ich und meine Umwelt

In Österreich wurde das Programm „Eigenständig werden“ in einer Pilotphase (2002-2006) von SUPRO⁵ als Koordinator in Kooperation mit den Suchtpräventionsstellen in den Bundesländern - gefördert von FGÖ und Mentor Privatstiftung – umgesetzt. Eine österreichweite Umsetzung erfolgt derzeit (2006-2009), getragen von Rotary, Mentor Privatstiftung, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (bm:ukk) und der ARGE Suchtvorbeugung.

⁴Vgl. www.eigenstaendig.net

⁵Vgl. www.supro.at

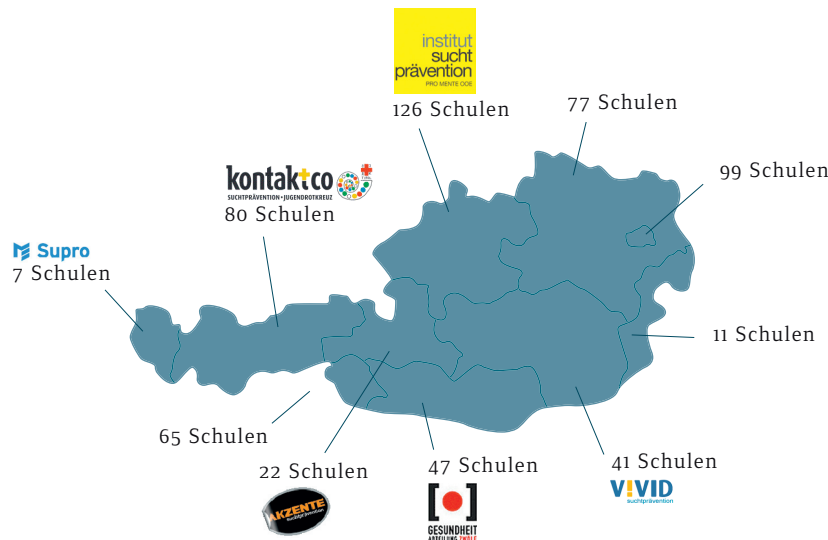


Abbildung 2: Verbreitung des Projekts „Eigenständig werden“ in Österreich

4.1.2 Das Züricher Ressourcen Modell (ZRM®)⁶

Das Züricher Ressourcen Modell wurde für die Universität Zürich entwickelt und ist ein systematisch aufgebautes Training, das Handlungswissen in den Bereichen Selbstkompetenz und Sozialkompetenz vermitteln soll und einer laufenden Wirksamkeitsüberprüfung unterzogen wird.

Mit dem „Zürcher Ressourcen Modell“ erkennen Jugendliche, in welcher Lebenslage sie gerade stehen und was ihnen besonders wichtig ist. Sie durchschauen, wohin sie am sinnvollsten ihre Aufmerksamkeit und Energien lenken sollten. Das Training unterstützt Jugendliche bei der Entwicklung einer eigenen Identität, die ihnen eine zukunftsgerichtete Lebensplanung und -gestaltung ermöglicht.

Mit dem ZRM für Jugendliche wurde demnach ein Selbstmanagement-Training entwickelt, mit dem Jugendlichen eine Möglichkeit (an die Hand) gegeben wird, auf spielerische und motivierende Art ihre individuelle Persönlichkeit mit all ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten zu erforschen, klare Ziele zu formulieren und diese im Alltag realistisch umzusetzen. Dabei unterstützen sich die Peers gegenseitig, so lernen sie, Hilfe zu geben und Hilfe anzunehmen. Die Jugendlichen werden zu Selbstexpert/innen, die später auch als Erwachsene in der Lage sind, Veränderungen in ihrem Leben mit ihren persönlichen Werten abzugleichen, zu modifizieren und konstruktiv in ihre Persönlichkeit zu integrieren.

ZRM-Trainer/innen unterstützen Jugendliche bei ihren Entwicklungsaufgaben und wollen ihnen zeigen, wie sie ihre geheimen Stärken freilegen, schätzen und zielgerichtet nutzen können. Die Trainings werden für Jugendliche ab dem 10. Lebensjahr sowohl als Einzelcoaching als auch als Gruppensetting angeboten.

4.1.3 Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (ALF)⁷

„Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten“ (ALF) ist ein Lebenskompetenzprogramm für Schüler/innen der 5. und 6. Klasse, das für die schulische Suchtprävention entwickelt wurde. Hinter ALF steht die Überzeugung, dass Kinder und Jugendliche nicht nur über die Gefahren des Drogenkonsums informiert sondern auch in ihrer Persönlichkeit und Lebenskompetenz gestärkt werden müssen, damit sie erfolgreiche Problemlösestrategien entwickeln und anwenden, durchdachte Entscheidungen treffen, Freundschaften knüpfen oder verständlich kommunizieren können.

Der ALF-Unterricht soll folglich zur Entwicklung und Stärkung von diesen Lebensfertigkeiten beitragen, mit dem Ziel, dass Jugendliche später sowohl dem Tabak als auch dem Alkohol gegenüber kritischer eingestellt sind. Hierbei sollen sowohl die allgemeinen Lebenskompetenzen gestärkt, die Kommunikations-fähigkeiten verbessert als auch Stress- und Problembewältigungsfähigkeiten aufgebaut werden.

Für die 5. und 6. Klasse steht den Lehrer/innen zur Durchführung von ALF ein hochstrukturiertes Manual zur Verfügung. In der 5. Klasse besteht ALF aus 12 Unterrichtseinheiten, in denen jeweils 90 Minuten lang suchtpreventive Themen behandelt werden. In der 6. Klasse umfasst das ALF-Curriculum acht Einheiten. In den Curriculumseinheiten werden die jeweiligen Themen des Programms behandelt. Dazu werden Kleingruppenarbeit, Rollenspiele und Gruppen-diskussionen eingesetzt.

Inhalte:

- 5. Klassen: Information zu Rauchen und Alkohol, Gruppendruck widerstehen, Kommunikation und soziale Kontakte, Gefühle ausdrücken, Selbstsicherheit, Beeinflussung durch Medien und Werbung widerstehen, Entscheidungen treffen, Problemlösung, Freizeitgestaltung
- 6. Klassen: Gruppendruck widerstehen, Einstellung zu Rauchen und Alkohol, Klassenklima verbessern, Problemlösung, Kommunikation, Freundschaften, mit Angst umgehen, positives Selbstbild

4.1.4 Mind Matters⁸

„Mind Matters“ stellt ein Programm zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit dar, das sich an Schulen der Sekundarstufe I richtet. Das Programm liefert den beteiligten Schulen gesundheitsförderliche Impulse, mit dem Ziel, das System Schule insgesamt in ein gesundheitsförderliches Umfeld zu verwandeln.

Das Programm wurde Mitte der 90'er Jahre von drei australischen Universitäten entwickelt, in einem Modellversuch evaluiert und erfolgreich an vielen australischen Schulen umgesetzt. Sowohl das Konzept als auch die Materialien wurden für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Das Projekt wird derzeit in deutschen und schweizer Schulen umgesetzt.

Mind Matters verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und setzt an den drei großen Interventionsbereichen der Schule an: dem Lehren und Lernen, der Schulkultur und -umwelt sowie an den Partnerschaften und Diensten. Das Programm kann dabei helfen

- eine schulische Organisationskultur zu entwickeln, die eine sichere und stimulierende

⁷ Vgl. www.gesundheitspsychologie.net/praev/alf.html

⁸ Vgl. www.mindmatters-schule.de

Umwelt fördert und es allen Schulmitgliedern ermöglicht, frei von Belästigung, Rassismus, Stigmatisierung oder Mobbing lernen, arbeiten und spielen zu können.

- die Vernetzung mit Familien, schulischem Umfeld und sozialen Diensten zu unterstützen.
- das Lehren und Lernen in gesundheitsförderliche Bahnen zu lenken.

Mind Matters bietet Schulen ein umfangreiches Material für die Schulentwicklung und den Unterricht. Mit Mind Matters liegen zahlreiche Unterrichtsmaterialien vor, die wichtige Themen psychischer Gesundheit und Krankheit, wie Stärkung der Resilienz, Mobbing und Belästigung, Verlust und Trauer, Umgang mit Veränderung, Herausforderung und Stress sowie das Verstehen von psychischen Krankheiten behandeln und sich in die verschiedenen Unterrichtsfächer integrieren (z.B. Deutsch, Darstellendes Spiel, Gemeinschaftskunde, Biologie, Sport oder Religion/Ethik) lassen.

Die expliziten Ziele von Mind Matters sind:

- Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten aller Schulmitglieder
- Bewältigungskompetenzen und generelle Schutzfaktoren fördern
- Verbesserung des Gesundheitszustands psychisch belasteter Schulmitglieder
- Selbstwertgefühl und Optimismus fördern
- Wissen und Problemlösefähigkeit verbessern
- Suizidprävention
- Mehr Respekt und Toleranz im Unterricht
- Verbesserung von Lehren und Lernen
- Steigerung der Bildungsqualität
- Aufbau einer unterstützenden und fürsorglichen Schulkultur
- Aufbau von Netzwerken und Partnerschaften

4.1.5 Gesundheit und Optimismus (GO)⁹

„Gesundheit und Optimismus“ ist ein störungsspezifisches Programm zur Prävention von Angst und Depressionen bei Jugendlichen (15 - 17 Jahre), das besonders für den schulischen Einsatz geeignet ist.

Das Präventionsprogramm setzt hierbei auf kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte, die sich als besonders wirksam zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen erwiesen haben.

Ziele des Projekts sind:

- Eine Vertiefung des Kenntnisstandes der Schüler/innen über Angst und Depression sowie über Interventionsmöglichkeiten. Die Kursteilnahme soll befähigen, einen möglichen Krankheitsbeginn im späteren Leben frühzeitig zu erkennen und so die

Chancen einer erfolgreichen Behandlung zu optimieren.

- Eine Reduktion von bestehenden Symptomen von Angst und Depression.
- Eine Verminderung der Rate neuauftretender Symptome von Angst und Depression.

Diese Ziele sollen erreicht werden durch:

- die Vermittlung von Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome,
- die Beeinflussung des störungsrelevanten Denkstils (z.B.: Fehlinterpretationen der Ursachen von Erfolg und Misserfolg, Katastrophisieren, Fehlinterpretation körperlicher Vorgänge, generalisierende und globalisierende pessimistische Erklärungsmuster),
- praktisches Training gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, Verhaltensmodifikation durch Selbstbeobachtung, Rollenspiele etc.,
- eine Steigerung der sozialen Kompetenzen.

4.1.6 KLASSE!¹⁰

„KLASSE!“ ist ein Bündel von Maßnahmen und Materialien, die für die 9. Schulstufe entwickelt wurden, mit dem Ziel, die psychosoziale Gesundheit zu fördern. Im Rahmen von Schulungen und Reflexionstreffen werden engagierte Klassenvorstände durch das Schuljahr begleitet und dabei unterstützt, zusammen mit den Klassensprecher/innen ein gutes Klassen- und Lernklima zu schaffen.

Im Laufe eines Schuljahres werden hierbei wiederholt praxiserprobte und bewährte pädagogische Maßnahmen gesetzt, die dazu beitragen, dass in der Klasse und in der Beziehung zum Klassenvorstand ein Klima der Offenheit, des gegenseitigen Respekts und Vertrauens entstehen kann. Viele der angebotenen Methoden eignen sich zur Bearbeitung vorhandener Konflikte, wobei in gravierenden Fällen auch externe Mediator/innen beigezogen werden können.

Das Projekt dient neben der Förderung des Klassenklimas auch dem Umgang mit psychosozialen Problemen, wobei Selbstachtung und -vertrauen, gute Freunde haben und ein kompetentes Helfernetz in schwierigen Zeiten wichtige Säulen der psychosozialen Gesundheit darstellen. Damit soll sowohl Problemen vorgebeugt werden als auch daraus resultierenden Verhaltensweisen wie Substanz-missbrauch, Selbstverletzungen, suizidales Verhalten, etc. präventiv entgegengewirkt werden.

„KLASSE!“ beinhaltet Elemente, die sich gut in Klassenvorstandsstunden und in das soziale Lernen einbauen lassen. Bei der Entwicklung des Programms wurde Wert darauf gelegt, dass sich die Aktivitäten gut in die üblichen schulischen Tätigkeiten und Rahmenbedingungen integrieren und keinen großen Zusatzaufwand erfordern. Dies gilt auch für Tätigkeiten, die im Sinne des Peers-Gedankens von den Klassensprecher/innen umgesetzt werden können.

In Österreich wurde das Programm „KLASSE!“ von kontakt & co¹¹, Suchtprävention Jugendrotkreuz (Innsbruck) in enger Kooperation mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Hall, gefördert von FGÖ und Rotary-Club Tirol, umgesetzt.

¹⁰ Vgl. www.kontaktco.at/publikationen/klasse-folder.pdf

¹¹ Vgl. www.kontaktco.at

4.1.7 Thesen

Gegen Ende des Vortrags wurden von Primarius Haring fünf Thesen in Bezug auf die Wirksamkeit von Programmen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit sowie zur Prävention von psychischen Krankheiten formuliert, die im Folgenden wiedergegeben werden.

1. Präventionsprogramme erreichen die Engagierten und haben „Eisbrecher-Funktion“, aber noch keinen gesundheitspolitisch greifbaren Wirkungsgrad.
2. Projektvielfalt ist an sich gut, jedoch braucht es als Basis ein österreichweit standardisiertes Basisprogramm, das von der Volksschule bis in die Oberstufe reicht, da es ansonsten zu einem Wildwuchs von „Präventions-Schrebergärten“ kommt.
3. Präventionsprogramme müssen sich wie ein Chamäleon in den Schulalltag und in die Schulstruktur einnisten, um umgesetzt zu werden und in breiterem Umfang längerfristig finanzierbar zu sein.
4. Präventionsprogramme müssen auch einen unmittelbar spürbaren Nutzen für die Beteiligten haben. Allein die Aussicht, etwaige künftige Probleme zu mindern, bietet nicht genügend Anreiz und Motivation.
5. Um eine Weiterentwicklung und Verbesserung der GF- und Präventionsprogramme zu gewährleisten, sind Überprüfungen der Wirksamkeit, d.h. Evaluationsstudien, notwendig.

4.2 Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Um den Wissensaustausch der Expert/innen zu gewährleisten sah das Programm Arbeitsgruppen (AG) vor, die sich auf unterschiedliche Aspekte der psychischen/seelischen Gesundheitsförderung im schulischen Kontext fokussiert hatten.

Insgesamt standen acht AGs auf dem Programm, die sich mit den folgenden Inhalten beschäftigt haben.

Arbeitsgruppen:

Seelische Gesundheit im schulischen Setting

Thema 1: Suizid- und Suchtprävention

Einführung und Moderation: Mag. Gerald Gollner, kontakt+co

Thema 2: Gewaltprävention

Einführung und Moderation: Mag. Heinz Teufelhart, Schulpsychologie und Bildungsberatung, Wien

Thema 3: Life-Skills, Persönlichkeitsentwicklung

Einführung und Moderation: Mag.^a Ingrid Rabeder-Fink, Dr.in Ilse Polleichtner, Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ

Thema 4: Schule als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz – Burnout-Prävention

Einführung und Moderation: Dr.in Theresia Gabriel, IBG – Institut für humanökologische Unternehmensführung

Thema 5: Schulentwicklung

Einführung und Moderation: Hofrat Direktor Norbert Häfele, BRG und BORG Dornbirn Schoren

Thema 6: Qualifizierung

Einführung und Moderation: Mag.^a Eva Mitterbauer, Gesundheitsförderungszentrum am Pädagogischen Institut des Bundes

Thema 7: Forschung

Einführung und Moderation: Mag.^a Christina Dietscher, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Thema 8: (Un)gleiche Bildungschancen, (Un)gleiche Gesundheitschancen

Einführung und Moderation: Mag.^a Doris Kuhness, Styria vitalis

Der inhaltliche Ablauf der Arbeitsgruppen war in drei Teile unterteilt: eine Einführung in das Thema, Diskussion und die Benennung wichtiger Handlungsfelder. Die genauen Inhalte können den Kurzberichten der AGs entnommen werden (vgl. Anhang B). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zusammenfassend dargestellt.

4.2.1 Stärken und Schwächen

In den AGs wurden die Stärken und Schwächen der bisherigen Aktivitäten und Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung resümiert. Hierbei wurden im Wesentlichen die folgenden Punkte genannt, die teilweise auch in den Vorträgen bereits Erwähnung fanden.

Stärken

Als Stärke ist zu nennen, dass bereits zahlreiche Aktivitäten sowie Energien zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit zur Verfügung stehen. Dies verdeutlichen beispielsweise die bereits genannten Programme (z.B. „Eigenständig werden“ und „KLASSE!“; vgl. Abschnitt 4.1), als auch die existenten Netzwerke und Organisationen, die sich mit der Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit befassen (vgl. Abschnitt 4.2.4), sowie die Initiativen des Fonds Gesundes Österreich und des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur¹².

Schwächen

Die Schwächen der bisherigen Aktivitäten und Maßnahmen lassen sich wie folgt bündeln:

- fehlender Masterplan: Aus Sicht der Expert/innen fehlen derzeit verbindliche Grundsätze und Rahmenpläne, die die notwendigen Ziele und Bereiche der psychischen/seelischen Gesundheitsförderung darlegen.
- mangelnde Koordination und Transparenz: Der schulischen Gesundheitsförderung mangelt es – so die Expert/innen – an Koordination und Transparenz. Was fehlt ist ein verbindlicher Rahmen, sowie mehr Transparenz,

¹² Vgl. <http://www.give.or.at/gesunde-schule/start.htm>

was auch eine bessere Vernetzung der Gesundheitsförderungsakteure und –aktivitäten erlauben würde.

- mangelnde Unterstützung: Die Unterstützungsleistungen, d.h. auch jene Rahmenbedingungen, wodurch Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung wahrscheinlicher und umsetzbarer werden würden, werden als zu gering, die bürokratischen Hürden hingegen weiterhin als zu hoch eingestuft.
- mangelnde Kooperation mit Expert/innen der Gesundheitsförderung und den Gemeinden: Schulen sollten stärker als bisher Ressourcen aus ihrer Umwelt in ihre schulischen Aktivitäten zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit einbeziehen.
- fehlende Evaluationen über die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen, die als Basis für die Weiterentwicklungen und für die Verbesserungen der bisherigen Anstrengungen herangezogen werden könnten.

Im Zusammenhang mit den Thesen von Primarius Haring (vgl. Abschnitt 4.1.7) lässt sich festhalten, dass es deutliche Überlappungen zwischen den Thesen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit und der formulierten Schwächen gibt.

4.2.2 Zielsetzungen

Die Zielsetzungen der Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen/seelischen Gesundheit fokussieren sich im Wesentlichen auf zwei Bereiche:

- (a) auf die allgemeine Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit im alltäglichen Schulbetrieb und
- (b) auf die spezifische Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit bei besonders vulnerablen Personengruppen.

Die Umsetzung muss deshalb teils themenspezifisch mit gezielten und spezifischen Maßnahmen erfolgen und kann teils auch durch die Veränderung der Schulkultur, des Schulklimas, des Schulumfeldes und der schulischen Kernprozesse in Richtung „gesunde Schule“ erreicht werden, d.h. durch die Veränderung der alltäglichen Routinen.

4.2.3 Zielgruppen

Als Zielgruppen der Aktivitäten zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit wurden in den AGs die Schüler/innen, das Lehrpersonal aber auch die Elternschaft genannt. Besonders hervorstreichend sind hier vor allem besonders vulnerable, schwer erreichbare und sozial benachteiligte Personengruppen.

Gleichzeitig gilt die Schule als Organisation, als Adressat dieser Maßnahmen, da es bei der schulischen Gesundheitsförderung vor allem auch um die Entwicklung der Schule bzw. um die positive Veränderung der schulischen Kernprozesse (Lehren und Lernen) in Richtung Gesundheitsförderung geht.

4.2.4 Akteure

Im Zuge der Arbeitsgruppen wurde eine große und vielfältige Zahl von Akteuren genannt, die der Gesundheitsförderung an Schulen dienen (könnten), die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit beansprucht.

- **bm:ukk** - Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
- **BMGFJ** - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- **Hauptverband der Sozialversicherungsträger**
- **Gebietskrankenkassen der Länder**
- **FGÖ** – Fonds Gesundes Österreich
- **Landesschulräte/Stadtschulrat** (LRS/SSR) , die Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheitsförderung bilden.
- Schulaufsicht, die Gesundheitsförderungsaktivitäten unterstützt, jedoch als abgegrenzte Projekte.
- Schulpsychologische Dienste der Länder, die sowohl individuelle Beratung im Anlassfall, als auch Coaching, Supervision und Workshops anbieten.
- Schulärzte/-innen
- Schulleitungen
- Pädagogische Institute (PI) und Pädagogische Hochschulen (PHS)
- Beratungseinrichtungen (z.B. Lehrer/innenberatungsstellen, regionale Fachstellen für Suchtprävention (z.B. Kontakt & Co, VIVID, SUPRO, SWD)
- Regionale und nationale Netzwerke (z.B. Netzwerk der Sucht- und Suizidprävention (ARGE), Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS), regionale Netzwerke Gesundheitsfördernder Schulen, etc.)
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsbildung
- ÖJRK –Jugendrotkreuz Österreich
- Einrichtungen der aks-Austria (Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise in den Bundesländern)
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- etc.

4.2.5 Handlungsfelder, Hindernisse und Ressourcen

Die Handlungsempfehlungen der AGs lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen bündeln: der Politik, der Schule, der Klasse und dem Individuum.

Politik

- Schaffung neuer Grundsätze für das Bildungswesen im Sinne des niederländischen Vorbilds: die Schule muss „Sorge für die Kinder“ tragen. Dies könnte beispielsweise auch durch eine Reformierung des Schulunterrichtsgesetzes von 1962 erfolgen.
- Erarbeitung eines Masterplans zur Schulentwicklung, der die Gesundheitsförderung als einen integralen Bestandteil der schulischen Qualitäts- und Lehrplanentwicklung sieht und die Schule ganzheitlich in den Blick nimmt, sowie die Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen
- Reformierung des Dienst- und Besoldungsrechts von Lehrer/innen: Überarbeitung des Berufsbilds, Schaffung von gleichwertigen Werteinheiten für schulische und gesundheitsförderliche Entwicklungsaufgaben
- Entwicklung von Strukturen, die für mehr Koordination, Transparenz und Synergien sorgen, mit dem Ziel einer effizienteren Nutzung der vorhandenen Strukturen und Netzwerke (ev. durch die Etablierung einer österreichischen Plattform für schulische Gesundheitsförderung)
- Inhaltliche Schwerpunktsetzungen, Guidelines und Standards zur Förderung von Programmen und Projekten an sozialen Brennpunkten, mit besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter bzw. vulnerabler Personengruppen
- Unterstützung und Finanzierung: Bereitstellung von Unterstützungsleistungen, die finanziell und legislativ abgesichert sind
- Kompetenzaufbau bei Lehrkräften (capacity building) durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen (z.B. im Bereich der mental-health-promotion, etc.)
- Evaluation der Anstrengungen zur Fokussierung und Förderung der erfolgreichen und effektiven Maßnahmen; Weiterentwicklung der bisher weniger wirksamen Maßnahmen

Schule

- Entwicklung standortbezogener Konzepte vor dem Hintergrund verbindlichen Grundsätze (z.B. Leitlinien, Masterplan, etc.)
- Einrichtung einer institutionalisierten Vernetzung von Lehrer/innen und anderen Unterstützungseinrichtungen
- Entwicklung der schulischen Kernprozesse in Richtung Empowerment und Partizipation (z.B. aktivierende Unterrichtsformen wie Eigenverantwortliches Arbeiten, etc.)
- Sensibilisierung der Lehrer-, Schüler- und Elternschaft für Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention

- Durchführung von Elternschulungen im schulischen Setting

Klasse

- Verbesserung der Klassengemeinschaft und der Peer-Kontakte, Förderung der Integration sowie der Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen durch die Einführung von Buddy-Systemen, durch soziales Lernen und durch die Einführung von KoKoKo¹³ - Stunden

Individuum

- Ausbau der Unterstützungsangebote für Lehrer/innen (Ansprech-partner/innen, Supervisionen, Trainings, etc.)

4.2.6 Forschung

In der AG zum Thema Forschung wurden zwei Hauptfragestellungen diskutiert:

1. Was sind mögliche Beiträge der Forschung zur psychischen/seelischen Gesundheitsförderung im Setting Schule?
2. Welche Handlungsempfehlungen für zukünftige Schwerpunktsetzungen können formuliert werden?

Ad 1. Mögliche Beiträge der Forschung zur psychischen/seelischen Gesundheits-förderung im Setting Schule

Wissenschaft und Forschung können die Praxis der psychischen/seelischen Gesundheitsförderung im Setting Schule im Wesentlichen in vier Bereichen unterstützen:

- Entwicklung von Theorien / Konzepten

Hier geht es darum, Klarheit über den Gegenstand zu gewinnen: Was ist das Thema? Wie kann etwa psychische/seelische Gesundheit von psychischen Erkrankungen, aber auch von somatischer und sozialer Gesundheit abgegrenzt werden?

- Epidemiologie / Determinantenforschung

Epidemiologie ist die Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Erkrankungen. Sie kann u.a. differenzierte Daten über die Größe des Problems (z.B. Unterschiede nach Geschlecht oder Altersgruppen) liefern und aufgrund empirischer Studien Rückschlüsse auf die Entstehungsbedingungen (Determinanten) der untersuchten

Gesundheitsprobleme liefern. Fragestellungen, die für die seelische Gesundheit im Setting Schule interessieren, sind unter anderem: Wie sehr sind Schüler/innen und Lehrer/innen von Problemen der psychischen/seelischen Gesundheit betroffen? Welche Gruppen sind besonders stark / gering betroffen (Geschlecht, Alter)? Welche Faktoren im Schulalltag beeinflussen die Entwicklung psychischer / seelischer Gesundheit / psychischer Erkrankungen?

¹³ Kommunikation – Kooperation – Konfliktlösung

- Erforschung der Evidenz von Interventionen
(Psychische/seelische) Gesundheit kann nicht direkt beeinflusst werden, sondern nur über eine Einflussnahme auf die entsprechenden Determinanten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen daher immer Bezug auf Gesundheitsdeterminanten nehmen. Mit komplexen wissenschaftlichen Methoden kann die Wirksamkeit verschiedener Interventionen verglichen werden, sodass besonders wirksame Maßnahmen identifiziert werden können.
- Tool-Entwicklung (Tools für Implementierung und Evaluation)
Für die erfolgreiche (psychische/seelische) Gesundheitsförderung an einzelnen Schulen ist es wichtig, dass auf bestehende Erfahrungen und Erkenntnisse über erfolgreiche Maßnahmen zurückgegriffen werden kann. Damit wird vermieden, dass das Rad immer wieder neu erfunden wird, und es können auch Fehlinvestitionen in unwirksame Maßnahmen vermieden werden. Die Wissenschaft kann dazu durch Identifikation, Synthese und Verbreitung erfolgreicher Modelle der Implementierung und Evaluation von Maßnahmen beitragen.

Bezogen auf das Thema psychische/seelische Gesundheit im Setting Schule können sich die vier möglichen Beiträge der Forschung wiederum auf zumindest vier Fragestellungen konzentrieren:

- Wie beeinflusst die Organisation der schulischen Kernaufgaben Lehren und Lernen die psychische/seelische Gesundheit von Lehrer/innen und Schüler/innen?
- Wie wirkt sich die psychische/seelische Gesundheit von Lehrer/innen auf die psychische/seelische Gesundheit der Schüler/innen aus?
- Welchen Einfluss auf die psychische/seelische Gesundheit hat die Organisation der Kooperation mit Gemeinde und Schulpartnern?
- Welchen Einfluss auf die psychische/seelische Gesundheit hat die Gestaltung der Schule als räumliches und soziales Umfeld?

Theorien, Konzepte und Determinantenforschung zur psychischen/seelischen Gesundheit sind international bereits weit entwickelt, so hat z.B. die Weltgesundheitsorganisation zahlreiche Publikationen zu diesem Thema herausgegeben, die auch online verfügbar sind. Obwohl es auch Publikationen zur Evidenz von Interventionen der psychischen/seelischen Gesundheitsförderung in der Schule gibt (vgl. Stewart-Brown 2006), ist die Forschung hierzu schwierig, weil es im Bereich der seelischen Gesundheitsförderung nur wenige ausreichend standardisierte Interventionen gibt, deren Ergebnisse ohne weiteres verglichen werden können. Und selbst wenn die Wirksamkeit bestimmter Interventionen nachgewiesen werden kann, stellt sich die Frage, inwieweit diese Interventionen einfach von einem Land zu einem anderen oder auch nur von einer Schule zu einer anderen mit gleicher Wirkung übertragen werden können.

Eine große Herausforderung für Forschung und Praxis besteht daher darin, einerseits allgemeines Wissen über die Wirksamkeit von Interventionen zu erzeugen, andererseits Tools zu entwickeln, die ausreichend spezifisch sind, um die Bedingungen an einer individuellen Schule berücksichtigen zu können.

Ad 2. Handlungsempfehlungen für den Bereich Forschung

Um psychische/seelische Gesundheitsförderung in der schulischen Praxis gut unterstützen zu können, sollten Forscher/innen Produkte für unterschiedliche Abnehmer/innen erzeugen:

- Entscheidungsträger/innen – z.B. Schul- und Gesundheitspolitiker/innen:
Für diese Zielgruppe geht es insbesondere um Produkte, die die Entscheidung für Investitionen in (psychische/seelische) Gesundheitsförderung im Setting Schule unterstützen können: „Making the Case“: Entscheidungsträger/innen muss klar gemacht werden, dass erfolgreiche psychische/seelische Gesundheitsförderung in der Schule möglich ist und dass dies keine Zusatzleistung der Schule darstellt, sondern wesentlich zur Erfüllung allgemein-schulischer Ziele beiträgt. Um dies zu untermauern, müssen ausreichend fundierte Argumente zusammengetragen werden, zum Beispiel jenes, dass Schüler/innen, die sich in der Schule wohlfühlen, auch die besseren Lernergebnisse haben. Bereitstellen evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen: Zur Erleichterung der Entscheidung, in welche Maßnahmen investiert werden soll, braucht es Zusammenstellungen von Forschungsergebnissen über die Wirksamkeit von Interventionen, idealer Weise auf Basis von sogenannten Metastudien. Vorliegende Metastudien sollten für Entscheidungs-träger/innen aufbereitet werden und in Bereichen, wo solche Studien noch nicht existieren, sollte die Machbarkeit neuer Studien geprüft werden.
- Praktiker/innen aus Schule, Schulpsychologie, etc.: Praktiker/innen benötigen insbesondere Unterstützung für die Umsetzung von Maßnahmen in ihrem beruflichen Alltag: Maßnahmen für die psychische/seelische Gesundheit von Lehrer/innen: Die psychische/seelische Gesundheit von Lehrer/innen ist eine wichtige Voraussetzung für die Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit von Schüler/innen. Entsprechend braucht es auch Forschung und Tool-Entwicklung für lehrer/innenbezogene Maßnahmen. Entwicklung von konkreten, anwendungsbezogenen Tools: Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Determinanten psychischer/seelischer Gesundheit sollten Tools für die Implementierung und Evaluierung konkreter Maßnahmen in österreichischen Schulen entwickelt werden. Dabei ist insbesondere auch auf die spezifischen Bedingungen des österreichischen Schulsystems einzugehen, z.B. könnten Maßnahmen mit den 5 Bereichen des QIS (Qualität in der Schule, vgl. www.qis.at) verbunden werden, um eine Integration der Maßnahmen in die Schulentwicklung zu ermöglichen. In der Entwicklung von Tools sollte auch auf die Rahmenbedingungen von Interventionen Bezug genommen werden, so wirken z.B. manche Programme besser, wenn nicht nur in der Schule, sondern gleichzeitig auch in der Familie angesetzt wird. Die Tools sollten schließlich entsprechende Anleitungen bzw. Trainingsmodule für Lehrer/innen oder andere Intervenierende (z.B. Schulpsycholog/innen, Peers) beinhalten. Bewertungskriterien für Programme: Eine Unterstützungsleistung für Praktiker/innen könnte auch die Entwicklung von Auswahlkriterien für verfügbare Programme sein (z.B. Bewertung von Programmen nach ihrer Eignung für bestimmte Alters-, Geschlechts- und Risikogruppen).
- Wissenschaft:
Last but not least ist natürlich auch die Wissenschaft selbst eine Kundin der

Wissenschaft. Ihr geht es insbesondere um die Weiterentwicklung globalen Wissens. Weiterer Untersuchung bedarf etwa die Frage, inwieweit der Schulalltag die (psychische/seelische) Gesundheit der Betroffenen beeinflusst und welche Veränderungen des Regelschulalltags daher aus Sicht der (psychischen/seelischen) Gesundheitsförderung erstrebenswert sind.

Alle geschilderten Beiträge sollten idealer Weise in inter- bzw. transdisziplinärer Weise gemeinsam mit Praktiker/innen erarbeitet werden. Dazu müssen jedoch auch die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen.

5 Konsequenzen für die Konzeption der psychischen/ seelischen Gesundheitsförderung in Österreich

5.1 Begriffe, Konzepte, Maßnahmen

Der folgende Abschnitt greift Überlegungen zu den Begrifflichkeiten der psychischen/seelischen Gesundheit und der „mental-health-promotion“, zu Determinanten und Dimensionen der psychischen/seelischen Gesundheit und für Maßnahmen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit auf.

5.1.1 Begriffe

„There is no health without mental health“, wie es von der World Federation of Mental Health (WFMH¹⁴) formuliert wurde. Doch was ist unter dem Begriff der „mental health“ zu verstehen?

In Analogie zur Gesundheitsdefinition der WHO (1948) kann auch für die psychische/seelische Gesundheit gelten, dass sie mehr darstellt als nur das Freisein von psychischer Krankheit, wobei auch die psychische Krankheit Teil des Konzepts ist.

Die WHO definiert **psychische/seelische Gesundheit** deshalb als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2001b). Der Begriff „mental health“ – (zu Deutsch: psychische, seelische oder mentale Gesundheit) schließt demnach sowohl ein allgemeines Wohlbefinden und die allgemeine Funktionsfähigkeit, d.h. Erfüllbarkeit der sozialen Rollen, im Alltag ein.

Im Greenpaper der EU zur psychischen/seelischen Gesundheit werden hingegen die **psychischen Erkrankungen** angesprochen. Sie „umfassen psychische Gesundheitsprobleme und –belastungen, Verhaltensstörungen in Verbindung mit Verzweiflung, konkreten psychischen Symptomen und diagnostizierbaren psychischen Störungen wie Schizophrenie und Depression“ (EU-Greenpaper 2005).

International wird der Begriff „mental health“ verwendet, im deutschsprachigen Raum sind die Begriffe psychische Gesundheit, seelische Gesundheit und mentale Gesundheit gebräuchlich und werden meist äquivalent verwendet. Die Bedeutungszuschreibungen unterscheiden sich jedoch sowohl in der Bevölkerung als auch bei Expert/innen (eine

¹⁴ Vgl. www.wfmh.org

qualitative Untersuchung dazu siehe Illès & Abel 2002). Die Auftraggeber (bm:ukk, FGÖ) verwenden die Begriffe „psychische Gesundheit“ bzw. „seelische Gesundheit“, daher wird diese Diktion im vorliegenden Bericht verwendet.

Der Begriff der „mental-health-promotion“ hingegen befindet sich noch im Fluss und kann zuallererst im Anschluss an die Ottawa-Charta (WHO 1986) als ein Prozess verstanden werden, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Um ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.

Die psychische/seelische Gesundheitsförderung - so wie die Gesundheitsförderung im Allgemeinen - kann demnach im Sinne der Health Education Authority (vgl. EMIP 2005) als ein trans- und interdisziplinäres und sozio-kulturelles Unterfangen gefasst werden, mit dem Ziel, Bedingungen zu schaffen, die das Wohlbefinden von Einzelnen, Gruppen und Gemeinschaften fördern.

Die psychische/seelische Gesundheitsförderung impliziert folglich die Schaffung individueller, sozialer, organisationaler, gesellschaftlicher Bedingungen und Umweltbedingungen, die eine optimale psychologische, psychomotorische und psychosoziale Entwicklung und die Reduktion von Problemen der psychischen/seelischen Gesundheit ermöglichen. Darüber hinaus könnte psychische/seelische Gesundheitsförderung jede Aktivität sein, die durch den Ausbau von förderlichen Faktoren bzw. durch die Reduktion von kontraproduktiven Faktoren die Entwicklung der psychischen/seelischen Gesundheit sowohl bei Individuen als auch bei Gemeinschaften begünstigt und unterstützt.

Effektive psychische/seelische Gesundheitsförderung führt zu verbessertem Wohlbefinden, weniger menschlichem Leid, einer niedrigeren Inzidenz und Prävalenz psychischer/seelischer Störungen, besserer Nutzung von Betreuungsleistungen, höherer Lebensqualität, verbessertem sozialen Funktionieren, verbesserter sozialer Integration und verwandten Ergebnissen, wobei Partizipation, Empowerment und intersektorale Kooperation besondere Schlüsselbegriffe in diesem Zusammenhang darstellen (EMIP 2005).

5.1.2 Überlegungen für Maßnahmen zur Förderung der psychischen/seelischen Gesundheit

Der psychische Zustand von Menschen wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: unter anderem biologische (z.B. genetische, geschlechtliche), individuelle (z.B. persönliche Erfahrungen), familiäre und soziale Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) sowie wirtschaftliche und Umweltfaktoren (z.B. sozialer Status und Lebensbedingungen) (EU-Greenpaper 2005; vgl. Tab.1).

Individuelle Determinanten	
Psychische und psychosoziale	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft und Geburt • frühe Kindheit • Lebensereignisse • Emotionen, Kognitionen, Handlungen • Identität, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl • Autonomie • Anpassungsfähigkeiten • Bildung und Wissen • subjektive Bedeutsamkeit des Lebens
Physische	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Konstitution und Belastbarkeit
Umwelt-Determinanten	
Sozio-strukturelle	<ul style="list-style-type: none"> • gesellschaftsbezogene Policies • organisationsbezogene Policies • Zugang zu Bildung • Qualität von und Zugang zu gesundheitlichen Diensten
Soziokulturelle	<ul style="list-style-type: none"> • vorherrschendes gesellschaftliches Wertesystem (Chancengleichheit, Menschenrechte) • gesellschaftlicher Stellenwert psychischer Gesundheit • Regeln der sozialen Interaktionen • soziale Kriterien psychischer Gesundheit und Krankheiten • Abweichungstoleranz
Ökonomische	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu finanziellen Ressourcen
Ökologische	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Wohnen • physische Umweltbedingungen

Tabelle 1: Individuelle und umweltbezogene Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit (vgl. Steinmann 2005)

1. Unterstützung von Eltern und Familien in den ersten Lebensjahren
2. **Psychische Gesundheitsförderung in der Schule**
3. Psychische Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und Prävention von arbeitsbedingtem Stress
4. Psychisch gesundes Altern
5. Spezifische Berücksichtigung der Bedürfnisse von Risikogruppen für psychische Störungen und Erkrankungen
6. Prävention von Depression und Selbstmord
7. Prävention von Gewalt und negativen Folgen von Substanzenmissbrauch
8. Zusammenarbeit mit dem primären und sekundären Gesundheitssektor
9. Abbau von (sozialer) Benachteiligung und Prävention von Stigmatisierung
10. Zusammenarbeit mit anderen Sektoren zur Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen

Die Schule kann außerdem nicht auf alle Bereiche der psychischen/seelischen Gesundheit in gleicher Weise reagieren und Einfluss nehmen. Sie kann jedoch aktive Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergreifen, als „Helfer“ in Erscheinung treten (Förderung) und zur Früherkennung psychischer/seelischer Beeinträchtigungen und Störungen beitragen.

Die psychische/seelische Gesundheit kann jedoch nicht direkt durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung verbessert werden, sondern lässt sich nur über die Veränderung von Einflussfaktoren und Determinanten beeinflussen (Nutbeam 2000; vgl. auch Abschnitt 3.2). Tools und Maßnahmen müssen deshalb auf diesen Ebenen ansetzen.

5.2 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lassen sich die Empfehlungen des Expert/innenworkshops wie folgt bündeln:

Zunächst ergeben sich Aufgabenstellungen für die Politik. Zuerst geht es um die Schaffung neuer Leitlinien und Grundsätze für das Schulwesen, die den Anforderungen eines modernen Bildungswesens gerecht werden. Als Vorbild könnte die niederländische Schulreform dienen, deren Kernaussage und Ausgangspunkt die breitest verstandene „Sorge für die Kinder“ ist. Dies könnte auch durch eine Novellierung des Schulorganisationsgesetzes von 1962 erfolgen.

Für die ausständige Schulentwicklung wird ein Masterplan benötigt, in welchem die Gesundheitsförderung einen integralen Bestandteil darstellt, um die schulische Qualitäts- und Lehrplanentwicklung sowie die Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen in einem ganzheitlichen Zusammenhang zu sehen. Insbesondere müssen Strukturen gefördert werden, die für Koordination, Transparenz und Synergien sorgen können. Dies soll eine sektorenübergreifende Maßnahmenentwicklung fördern.

Um für die notwendigen schulischen und gesundheitsförderlichen Entwicklungsaufgaben Ressourcen zu schaffen, sollte weiters das Dienst- und Besoldungsrechts für Lehrer/innen geändert werden. Wesentlicher Punkt darin: Überarbeitung des Berufsbilds und Schaffung von gleichwertigen Werteinheiten für schulische und gesundheitsförderliche Entwicklungsaufgaben.

Für die Umsetzung der Gesundheitsförderung benötigen die Schulen Leitlinien und Standards, inhaltliche Vorgaben sowie Programme und Projektdesigns, an denen die Entwicklung zur guten und gesunden Schule standortspezifisch orientiert werden kann.

Um an einzelnen Schulen Kompetenzen für die Schulentwicklung und Gesundheitsförderung aufzubauen, müssen weiters spezielle Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten werden (capacity building). Außerdem sollten Supervisionen und Trainings zur Verfügung stehen.

Zum Nachweis der Wirksamkeit von Interventionen und Maßnahmen auf allen Handlungsebenen (Bund, Länder, Bezirk, Schule, Klassenzimmer) müssen Evaluationen stattfinden, vor allem auch, um ein organisationales Lernen zu ermöglichen.

Auf Schulebene ergeben sich hingegen folgende Aufgaben. Für die Entwicklung der Qualität und der Gesundheitsförderung an Schulen benötigt jede einzelne Schule ein standortbezogenes Konzept, das auf den Leitlinien und Standards des Masterplans basiert. Für die Entwicklung dieser Konzepte sollten jedoch Angebote gemacht werden.

Als Leitlinie für die Erarbeitung dieser standortbezogenen Entwicklungskonzepte sollen Partizipation und Empowerment als anleitende Prinzipien fungieren. Sofern die Unterrichtsqualität betroffen ist, ist dabei an moderne aktivierende Unterrichtsformen zu denken, wie etwa Eigenverantwortliches Arbeiten, Unterrichtsprojekte, etc.

Um die Implementation eines standortbezogenen Schulentwicklungskonzeptes zu gewährleisten, müssen Lehrer-, Schüler- und Elternschaft für Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisiert werden. Dafür sind auch Elternschulungen erforderlich.

Für die kompetente Unterstützung der Implementierung der Gesundheitsförderung sollen Schulpsycholog/innen und Schulärzt/innen einbezogen werden. Darüber hinaus sollen Schulen mit externen Einrichtungen kooperieren. Die für die Gesundheitsförderung verantwortlichen Lehrer/innen sollen in einem Netzwerk Unterstützung finden.

Auf Ebene der Schulklassen sollte es vorwiegend um die Verbesserung der Klassengemeinschaft gehen. Zur Förderung der Integration sowie der Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen sollen Konzepte wie Mentoring, Mediation, Buddy-Systeme für Schüler/innen und Lehrer/innen, ein Curriculum „Soziales Lernen“ sowie KoKoKo-Stunden eingeführt werden.

Aus Sicht der Wissenschaft ist die Förderung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsförderung in der Schule für Kinder und Jugendliche sowie die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten eine unabdingbare Zusatzbedingung zu den bisherigen Bestrebungen.

Spezifische Empfehlungen aus den acht thematischen Arbeitsgruppen (Suizidprävention, Suchtprävention, Gewaltprävention, Life-Skills, etc.) sind im Anhang dargestellt.

Auch für 2007 sind weitere Aktivitäten und Vorhaben geplant. Zum einen wird die psychische/seelische Gesundheit in der Schule (ebenso wie Bewegung und Ernährung) weiterhin vom Fonds Gesundes Österreich als zentraler Förderbereich behandelt (www.fgoe.org). Zum anderen wurde die „gesunde Schule“, ein neues Projekt von Unterrichts-, Gesundheitsministerium und SV-Hauptverband, in einer Kickoff-Veranstaltung mit

Unterrichtsministerin Claudia Schmied, Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky und Hauptverbands-Präsident Erich Laminger am 26. März 2007 vorgestellt. Die inhaltliche Ausrichtung des Projektes basiert auf einem Strategiepapier, welches einen umfassenden Gesundheitsbegriff definiert und die Verantwortung des Einzelnen in den Mittelpunkt stellt. Das Projekt soll die Themen Gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht, psychosoziales Wohlbefinden und Umweltschutz an die Schulen tragen und diese bei der Entwicklung von gesundheitsfördernden Initiativen unterstützen. Besonderes Augenmerk soll auf die Qualitätssicherung und das Entwickeln von Instrumenten, mit denen die Ergebnisse der Gesundheitsförderung messbar werden, gelegt werden (www.bmukk.gv.at).

Die Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung des Unterrichtsressorts engagiert sich im Rahmen der psychologischen Gesundheitsförderung verstärkt in den folgenden Bereichen: Schul- und Klassenklimainterventionen, Sucht- Gewaltprävention, Burnoutproblematik, Bildungs- und Lernberatung, Coaching von Schulleitungen und Fortbildungen für Pädagoginnen und Pädagogen (www.schulpsychologie.at).

Außerdem ist vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur und vom Fonds Gesundes Österreich ein erneuter Expert/innenworkshop geplant (Dezember 2007), der sich speziell mit den psychosozialen Bedingungen an Schulen und deren Bedeutung für die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und für die Gesundheitsförderung befassen soll.

Literatur

- Aro, H., Paronen, O., Aro, S. (1987): Psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry* 22:171–176.
- BMGF (2004): Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern (Factsheet). Wien: Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS); AutorInnen: Dür, W., Fürth, K., Griebler, R.
- Calabrese, RL (1987): Alienation: its causes and impact on adolescent health, *The High School Journal*, 70, 14-18.
- Cheung, SK. (1995): Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Soc Behav Pers*; 23: 83-91.
- Cole, DA, Martin, JM, Powers, B. (1997): A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *J Child Psychol Psychiatry*; 38: 505-514.
- Coleman, P., Colline, J. (1991): In the Web: Internal and external influences affecting school improvement. *School Effectiveness and School Improvement*, 2, 262 – 285.
- Dietscher, C., Dür, W. (2003): Evaluation des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Jahresbericht 2003. Wien: ÖGMS, LBIMGS.
- Dietscher, C., Dür, W. (2005): Evaluation des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Jahresbericht 2005. Wien: ÖGMS, LBIMGS.
- Dietscher, C., Dür, W. (2006): Evaluation des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Jahresbericht 2006. Wien: ÖGMS, LBIMGS.
- Dietscher, C., Dür, W., Griebler, R. (2004): Evaluation des Wiener Netzwerks

- Gesundheitsfördernder Schulen. Jahresbericht 2004. Wien: ÖGMS, LBIMGS.
- Dür, W., Griebler, R. (2004): Partizipative Strukturen in der Schule, soziale Ungleichheit und die Gesundheit der Schüler/innen. Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie. In: Jungbauer-Gans, M. Kriwy, P.: Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden, 97-120.
- Dür, W., Griebler, R. (2006): Gesünder? Bewegter? Besseres Klima? Gesundheitsfördernde Schulen auf dem Prüfstand. Zusatzerhebung und -auswertung der österreichischen ÖNGF-Schulen im Zuge des 7. österreichischen WHO-HBSC-Survey. Endbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Dür, W., Mravlag, K. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6.WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. Wien: LBIMGS.
- Eder, F. (Hg.)(1995): Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule, Bildungsforschung des Bundesministeriums für Unterricht und Kulturelle Angelegenheiten Nr. 8, Studienverlag, Innsbruck und Wien.
- EMIP (2005): EMIP Manual. Guidelines for the Project on Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries (2004-2006). European Mental Health Implementation Project.
- Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Nickel, J. (2006): School and School Environment as a Determinant for Psychosomatic Complaints, *Psychother Psych Med* 2006; 56, DOI: 10.1055/s-2006-934245.
- ESEMeD (2004): Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 109, Suppl. 420, 21-27.
- EU-Greenpaper (2005): Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel.
- Finn, JD (1989): Withdrawing from school. *Review of Educational Research*, 59(2), 117-142.
- Friedman, R. M., Katz-Levey, J. W., Manderschied, R. W., & Sondheimer, D. L. (1996): Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. In R. W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.), *Mental health, United States, 1996* (pp. 71-88). Rockville, MD: Center for Mental Health Services.
- Gore, S., Aseltine, RH Jr. (1995): Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *Am J Community Psychol*; 23: 301-327.
- Green, J., Howes, F., Waters, E., Maher, E., Oberklaid, F. (2005): Promoting the social and emotional health of primary school aged children: reviewing the evidence base for school based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2005: 7:30-36.

- Hurrelmann, K., Leppin, A., Nordlohne, E. (1994): Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule. In: Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B. M. (Hg.): Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition Sigma. S. 283-304.
- Ihle, W., Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau Oktober 2002 Vol. 53, No. 4, 159-169 Hogrefe-Verlag Göttingen.
- Illés, C., Abel, T. (2002): Psychische Gesundheit: Eine qualitative Studie im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
- Jané-Llopis, Anderson (2005): Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe.
- Jessor, R. (1991): Risk behaviour in adolescence: a psychological framework for understanding and action, *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (1994): Aggression in den Schulen, Abteilung für angewandte und klinische Psychologie der Universität Wien.
- Kuperminc, GP, Leadbeater, BJ, Blatt, SJ (2001): School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
- Lister Sharpe, D., Chapman, S., Sasia, A., Stewart-Brown, S. (1999): Health Promoting Schools and Health Promoting Schools; two systematic reviews. *Health Technology Assessment* 1999;3(22)1-207.
- Moon, TR, Callahan, CM (1999): Reliable distinctions in attitudes towards school. *Research in Middle Level Education Quarterly*, 22 (4), 59-72.
- Mortimore, P. (1998): *The Road to Improvement: Reflections on school effectiveness*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Murray, C., Lopez, A. (eds) (1996): *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Harvard University Press, Cambridge, pp 247-293.
- Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrøm U (2001) School-related stress experience as a risk factor for bullying behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 561-575.
- Natvig, GK, Albrektsen, G, Qvarnstrøm, U (2003): Methods of teaching and class participation in relation to perceived social support and stress: Modifiable factors for improving health and well-being among students. *Educational Psychology*, 23, 261-274.
- Nutbeam D., Aarö, L. (1991): Smoking and pupil attitudes towards school: the implication for health education with young people, *Health Education Research*, 6, 415-421.
- Nutbeam, D, Smith, C, Moore, L, Baumann, A (1993): Warning: Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. In: *Journal of paediatrics and child health*, Vol. 29, 25-30.

- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, 259-267.
- Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In: K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 92-116). Luzern: Sauerländer.
- Resnick, HR, Kilpatrick, DG, Dansky, Saunders, BE, Best, CB (1993): Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Roeser, RW, Eccles, JS, Sameroff, AJ (2000): School as a context of early adolescents' academic and social-emotional development: A summary of research findings. In: *Elementary School Journal*, 100, 5, 443-471.
- Samdal, O., Dür, W. (2000): The school environment and the health of adolescents. In: WHO (2000), 49-61.
- Samdal, O., Dür, W., Freeman, J. (2004): Life circumstances of young people: School. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (Hrsg.): *Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2004, 42-51.
- Samdal, O., Wold, B., Bronis, M. (1999): The relationship between students' perceptions of the school environment, their satisfaction with school and perceived academic achievement: A international study. In: *School Effectiveness and School Improvement*, 10, 3, 296-320.
- Samdal, O., Wold, B., Klepp, K. I. et al. (2000): Students' perception of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*;8, 141 – 167.
- Schäfer, M., Korn, S. (2001): *Tackling violence in schools: A Report from Germany*.
- Schunk, D. H., Zimmerman, B. J. (1994): *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steinhausen, HC (2002): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, Urban und Fischer Verlag, München.
- Steinmann, R.M. (2005): *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Steptoe, A. (1991): The links between stress and illness. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 6, 633-644.
- 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 Euro.
- Tennant, R, Goens, C, Barlow, J, Stewart-Brown, S. (forthcoming): A systematic review of interventions to promote mental health and prevent mental illness in children and young people. *J Public Mental Health*.

- Thomas, DE, Bierman, KL, Group, TC. (2006): The impact of classroom aggression on the development of aggressive behavior problems in children. *Dev Psychopathol.* 2006 Spring;18(2):471-87.
- UNICEF Report (2007): Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Innocenti Report Card 7. Florence: The United Nations Children's Fund.
- Üstün, TB, Ayuso-Mateos, JL, Chatterji, S., Mathers, C., Murray, CJL (2004): Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 184: 386-392.
- WHO (1948). Constitution. World Health Organization.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Geneva.
- WHO (2001a): The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2001b): Strengthening mental health promotion. World Health Organisation, Geneva (Fact sheet no. 220).
- Wittchen, HU (2000); "Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen". Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

Anhang A: Liste der Teilnehmer/innen

Tabelle 2: Übersicht Teilnehmer/innen

	Name	Organisation
Mag ^a .	Inge Absolon-Plank	Pädagogisches Institut des Bundes in Salzburg
Dr.	Harald Aigner	bm:ukk
Dr.	Margit Amlacher	Landesschulrat Kärnten, Schulpsychologie und Bildungsberatung
Dr.	Gebhard Baldauf	Landsschulrat für Tirol Schulpsychologie Lienz
Dr.	Sonja Bauer	GIVE Servicestelle für Gesundheitsbildung
Mag ^a .	Hildegund Bauer-Polt	Pädagogisches Institut der Stadt Wien
Dr.	Ulrike Baum	Landesschulrat Kärnten . Schulpsychologin
Dr.	Werner Braun	Landesschulrat Burgenland - Schulpsychologie und Bildungsberatung
	Klaus Burmann	Bezirksschulinspektor Land Salzburg
	Bogner Christine	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag ^a .	Eva Maria Deutsch	Styria vitalis
Mag ^a .	Christina Dietscher	LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Dr.	Christa Eckhard	Schulpsychologische Beratungsstelle Horn
Mag ^a .	Ingrid Egger-Agbonlahor	NÖ Schulpsychologische Beratungsstelle
Mag.	Christian Ehetreiber	ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus
	Barbara Fasching-Lieber	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
HR Dr.	Herbert Faymann	Stadtschulrat Wien - Schulpsychologische Beratungsstelle
	Brigitte Fitsch	kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Mag ^a .	Ingrid Förderl-Höbenreich	ARCUS Sozialnetzwerk GmbH
	Andrea Fraundorfer	Österreichische Kinderfreunde
Prof. Mag.	Josef-Gerry Fuchsbaur	Zentralausschuss
Dr.	Theresia Gabriel	IBG Institut für humanökologische Unternehmensführung
Dr.	Johanna Geyer	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Mag.	Gerald Gollner	Kontakt+co
Mag.	Herbert Grassberger	Handicap Kids
Mag.	Robert Griebler	LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Hofrat Dir.	Norbert Häfele	BRG und BORG Dornbirn Schoren
Dr.	Brigitte Haider	Verband der Elternvereine an den höheren und mittleren Schulen Wiens

Mag ^a .	Sabine Harzl	Landesschulrat für Steiermark, Schulpsychologie-Beratungsstelle
	Ulrike Hefel	Pädagogisches Institut des Landes Vorarlberg
	Thomas Holzgruber	Hauptschule Lunz am See
Dr.	Brigitte Hrdina-Rabensteiner	Stadtschulrat Wien, Schulpsychologie und Bildungsberatung
	Heidi Jütte	Österreichischer Familienbund
Dr.	Jelle Kahlhammer	Landesschulrat für Salzburg
Mag ^a .	Elisbeth Kern	Fachstelle für Suchtvorbeugung
Dr.	Wilhelm Kersche	Berufsschulen Klagenfurt-Stadt, Klagenfurt-Land
RRn	Gertrud Kertelics	Bezirksschulinspektorin Wien
Mag ^a .	Eva Kitayimbwa	Institut für Bildungswissenschaft
Mag ^a .	Deborah Klingler-Katschnig	Aids Hilfe Wien
Mag ^a .	Doris Kölbl	bm:ukk
Mag. (FH)	Vera Krammer	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Mag ^a .	Martina Krieger	Fonds Soziales Wien
Dr.	Gabriele Krones	Landesschulrat für Steiermark, Schulpsychologie-Beratungsstelle
Mag ^a .	Doris Kuhness	Styria vitalis
	Andrea Ladstätter	Pädagogisches Institut des Landes Tirol
Mag ^a .	Irene Lanner	AMD Salzburg
Mag ^a .	Andrea Lehner	GIVE Servicestelle für Gesundheitsbildung
Mag ^a .	Maria Leibetseder	ARCUS Sozialnetzwerk GmbH
Mag ^a .	Christiane Leimer	Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit
Hofrätin Dr.	Lensing	Landesschulrat für Oberösterreich, Schulpsychologie und Bildungsberatung
Dr.	Josef Lenzi	Landesschulrat für Kärnten; Schulpsychologie und Bildungsberatung
	Johannes Lickl	Landesschulrat Steiermark - Bezirksschulinspektor
	Karl Liebming	Bezirksschulrat Bruck/Mur
Mag ^a .	Helene Mainoni-Humer	Landesschulrat für Salzburg - Schulpsychologie-Bildungsberatung
Dr.	Susanne Mayer	Höhere Grafische Bundes- und Versuchslehranstalt
Mag ^a .	Eva Mitterbauer	Gesundheitsförderungszentrum am Pädagogischen Institut des Bundes

	FranzNösterer	Bezirksschulinspektor Oberösterreich
Mag ^a .	Judith Pannos	Stadtschulrat Wien
Dr.	Elisabeth Penz-Feil	Landesschulrat für Niederösterreich
HR Dr.	Christine Petsch	Beratungsstelle für berufsbildende Pflichtschulen - Wien
Dr.	Martin Plöderl	Christian-Doppler Klinik Salzburg
Dr.	Ilse Polleichtner	Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ
Mag ^a .	Ingrid Rabeder-Fink	Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ
Mag ^a .	Dominika Raditsch	bm:ukk
Dr. MinR	Sepp Redl	bm:ukk
Mag ^a .	Karin Reis-Klingspiegl	Styria vitalis
DDr.	Andrea Richter	Landesschulrat Niederösterreich, Schulpsychologie und Bildungsberatung
Dr.	ErichRobetin	Landesschulrat für Niederösterreich
Mag ^a .	Gerlinde Rohrauer	Fonds Gesundes Österreich
Mag ^a .	Eva Rohrer	Fonds Gesundes Österreich
Mag ^a .	Dorothea Rucker	Pädagogisches Institut des Bundes in Salzburg
	IlseSchmid	Steirischer Landesverband der Elternvereine an Öffentlichen Pflichtschulen
	Sonja Schmidinger	Fachstelle für Suchtvorbeugung
	Brigitte Schröder	Österr. Zentrum f. Persönlichkeitsbildung und soz. Lernen
	Sara Sebinger	OÖ Gebietskrankenkasse, Forum Gesundheit
	Maria Smahel	Österreichischer Dachverband der Elternvereine an den öffentlichen Pflichtschulen
Mag ^a .	Judith Spanswagner	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Mag.	Stefan Spitzbart	Hauptverband d. Österr. SV- Träger (HVB)
	Ertl Susanne	Stadtschulrat Wien
Mag.	Heinz Teufelhart	Schulpsychologie und Bildungsberatung Wien
Dr.	Agnes Turner	Universität Klagenfurt
Mag.	Andreas Wachter	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
Dr.	Otmar Wiesmeyr	Landesschulrat für Oberösterreich, Schulpsychologie und Bildungsberatung
Dr.	Elisabeth Wilkens	bm:ukk
	Karin Windl	NÖ Schulpsychologische Beratungsstelle
Mag ^a .	Claudia Winklhofer	Pädagogisches Institut des Bundes in Salzburg
	Michaela Zingerle	Styrian Summer Art
Dr.	Josef Zollneritsch	Schulpsychologie-Bildungsberatung-Landesschulrat Steiermark

Anhang B: Kurzberichte der Arbeitsgruppen

ExpertInnenworkshop „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“¹¹.

Dezember 2006, Kardinal König Haus, 1130 Wien

Thema 1: Suizid- und Suchtprävention 14.00 – 17:00 Uhr

In der Einleitung wurde kurz die Ausgangslage in Österreich und die schulische Situation in Bezug auf die Themen Sucht und Suizid skizziert.

1. Phase 14.00 - 15.30 h (90 min) AG 1 Suizid- und Suchtprävention

Prävention wirkt

In Bezug auf die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten zur Förderung der seelischen Gesundheit im Setting Schule gab es von Seiten der TeilnehmerInnen keinen weiteren Diskussionsbedarf. Die Ausführungen des Vormittags sowie der jeweilige Wissenstand waren offenbar hinreichend und überzeugend.

Zur Situation in Österreich (Umfeldanalyse)

Nicht zuletzt auf Grund seiner überschaubaren Größe und der politischen Untergliederung in die 9 Bundesländer hat sich in Österreich ein im europäischen Vergleich bemerkenswert gutes Netzwerk der Sucht- und Suizidprävention entwickelt. Insbesondere die Strukturen der Suchtprävention sind durch die Etablierung der Fachstellen in den Bundesländern, die im Rahmen der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung eng kooperieren, weitaus besser ausgebaut als dies etwa in der Schweiz oder Deutschland der Fall ist. Die kürzlich angebahnten Kontakte zur ÖGS (Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention) stellen darüber hinaus sicher, dass die beiden Netzwerke künftig gut zusammenarbeiten. Die Schnittstelle zum Schulbereich ist die Schulpsychologie, die ebenfalls in allen Bundesländern sowie auf der ministerialen Ebene strukturell gut verankert ist. Einer guten Einbindung der SchulärztInnen ist auf jeden Fall Rechnung zu tragen.

Stärken und Schwächen im jeweiligen Themenbereich

Grundsätzlich waren sich die GesprächsteilnehmerInnen einig, dass die expertengestützte pädagogische Tätigkeit von Lehrkräften die sinnvollste Form der Umsetzung schulischer Sucht- und Suizidprävention darstellt. Der Schwachpunkt des Modells liegt aber in der derzeit vor-herrschenden Beliebigkeit auf Seiten der Schulen bzw. der Lehrer/innen. Es braucht daher klarere Rahmenvorgaben, die in den einzelnen Schulen dahingehend wirken, dass die an sich vielfach bestehenden Ressourcen und Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne schulischer Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt und systematisch wahrgenommen werden. Notwendig ist ein verbindliches „Dach“ im Sinne eines Masterplans, der durch alle Ebenen

der Schule konsequent kommuniziert und umgesetzt wird (mit Fokussierung u.a. auf den Lehrplan). Die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Einführung eines Schulfaches „Soziales Lernen“ wurde intensiv und kontroversiell diskutiert, eine eindeutige gemeinsame Position konnte hierzu allerdings nicht gefunden werden.

Zusammenarbeit in der schulischen „mental health promotion“ Ein Teil der engagiert geführten Diskussion bezog sich auf Begrifflichkeiten und inhaltlich stimmiger Zuordnungen. In Bezug auf Maßnahmen der universellen (primären) Prävention bestand Einigkeit, dass beispielsweise im Bereich von Präventionsprogrammen mit dem Fokus auf life-skills gleichermaßen sucht- wie suizidpräventive Basisarbeit stattfindet, d.h. dass es nicht sinnvoll ist, auf dieser Ebene parallel Programme zu entwickeln und anzubieten. Allerdings dürfen Besonderheiten und Unterschiede in bestimmten Bereichen nicht außer Acht gelassen werden.

Im Feld der Tabakprävention sind beispielsweise völlig andere Faktoren relevant als bei der Aufarbeitung parasuizidaler Handlungen. Die Fachdisziplinen können also nicht einfach in einen vermeintlich homogenen Topf geworfen und im Sinne einer „Generalprävention“ vermischt werden, sondern müssen in Teilbereichen eigenständig ihre Themen wahrnehmen.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der „mental health promotion“ im Setting Schule. Es wurden vier konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die sich mit den Ergebnissen der nachfolgenden Arbeitsgruppe (Thema 1 + 3) weitgehend decken und deshalb im nachstehenden Abschnitt verschriftlicht sind.

2. Phase 15.45 - 16.30 h (45 min)

AG 1 + 3 Suizid- und Suchtprävention + Life-Skills

Vier konkrete Handlungsempfehlungen

1) Vorhandene Netzwerke und Strukturen nutzen

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, die ÖGS, die Schulpsychologie und die Schulärzt/innen sind ein gutes Fundament einer expertengestützten schulischen Sucht- und Suizidprävention. Diese Strukturen sollten genutzt und weiter ausgebaut werden.

2) Kanalisierung der Projektvielfalt: Österreichisches Life-Skill-Präventionsprogramm

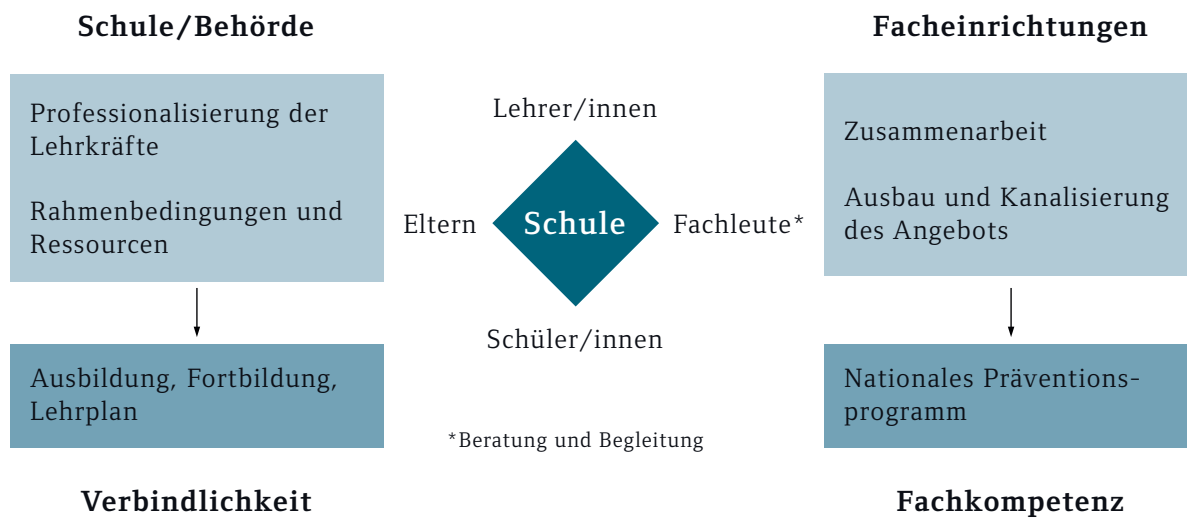
Der Wildwuchs an Projekten ist nicht unbedingt effizient und für die Schulen eher eine Überforderung als eine Hilfe. Daher sollten jene Bemühungen forciert werden, die auf eine Bündelung der Angebote hinzielen. Aufbauend auf „Eigenständig werden“ und im Kontakt mit der ÖGS arbeitet die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung derzeit an der Entwicklung eines Langzeitpräventionsprogramms, das von der 1. bis zur 9. Schulstufe reicht und künftig das nationale Basis- und Standardangebot für drei Viertel der Schulen sein sollte (nicht jede Schule ist für die Umsetzung eines Programms zu gewinnen, manche wollen Spezifisches und Besonderes – hierzu können fachliche Empfehlungen gegeben werden, um den Schulen die Entscheidung zu erleichtern).

3) Professionalisierung der Lehrkräfte

Im Rahmen Aus- und Fortbildung der Lehrer/innen ist der seelischen Gesundheit an Schulen sowie der Sucht- und Suizidprävention verstärkt Rechnung zu tragen.

4) Verbindlicher Handlungsrahmen / Auftrag der Schulen

Verbindlichere Rahmenbedingungen und Ressourcen für die schulische Gesundheitsförderung (inkl. Sucht- und Suizidprävention) sind zu schaffen, wenn sie einen selbstverständlichen Platz im Schulalltag erhalten und nicht weiterhin relativ beliebig und als good-will-Aktionen durchgeführt werden sollen.



Rückfragen an den Moderator: Mag. Gerald Gollner, kontakt+co Suchtprävention
Jugendrotkreuz Tel. 0512/585730, E-Mail: gerhard.gollner@kontaktco.at

Arbeitsbericht Thema 2: Gewaltprävention

Mag. Teufelhart

I. Bisheriges, Bestandsaufnahme

- Kurze Präsentation des Gewaltpräventionsmodells von Olweus
- Gewalt von Schülern/innen und wie sie entsteht: persönliche, familiäre, schulbezogene, gesellschaftliche Faktoren
- Pädagogische Bedingungen für das Lernen von Verhalten (destruktiv/konstruktiv)
- Begegnung und Umgang mit der Gewalt von Schülern/innen:
- Einigung am Schulstandort über Konzept und Struktur: z.B. Einbezug von Eltern, kein Einbezug von Eltern; Art der Rückmeldungen an Eltern; Ordnung und Differenzierung von Zuständigkeiten
- Kein schuleinheitliches Konzept
- Einbezug außerschulischer Referenten für schulische Projekte zur Gewaltprävention, z.B. Peer-Mediation, von außerschulischen Referenten vorbereitetes Konzept zur stundenweisen Durchführung durch Lehrkräfte; differenzierte Beteiligung von Schülern/innen, Lehrern/innen, Eltern und Gemeinde, stets erforderlich für außerschulische Experten: genaue Auftragsklärung, Anliegen

II. Zukünftiges, Vorschläge

- Verstärkte Supervision für Lehrer: anderer Name zur Erleichterung des Zugangs, regelmäßig anzubieten
- Jede Schule soll Ansprechpartner zu Gewalt und Gewaltprävention haben, Unterstützung bei Vernetzung
- Eventuell schulisches Einsatzteam (inklusive außerschulischer Helfer) zum Einsatz bei Gewalt/Mobbing
- In APS: zur Bürokratischen Entlastung: Besetzung mit Sekretariat, ganztägige Anwesenheit von Lehrern/innen
- Mehr Elternbildung

III. gemeinsame Vorschläge

(mit Gruppe zu Thema 8: (un)gleiche Bildungschancen, (un)gleiche Gesundheitschancen)

- Wirksame Vernetzungen
- Eine für die Schule zuständige Person zur Hilfe bei sozialer Benachteiligung
- Gemeinsame Basisausbildung (Pädagogik) für Kindergärtner/innen, VS- und HS-Lehrer/innen usw. zur besseren Kooperation, zur Erhöhung der erforderlichen Kompetenz
- Bedarfsorientierte Lehrerfortbildung
- Erstellung von Programmen zur sozialen Integration

Thema 3: Life-Skills, Persönlichkeitsentwicklung

In unserer Präsentation versuchten wir anhand des Projektes „eigenständig werden“ zentrale Qualitäts- kriterien von Programmen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von Schüler und Schülerinnen heraus zu arbeiten:

Folgende **Qualitätskriterien** erachten wir als besonders relevant:

- Das verwendete Programm soll fachlich fundiert sein und die Implementation sollte wissenschaftlich begleitet werden (Evaluation).
- Nur langfristige Maßnahmen sind wirksam.
- Von besonderer Bedeutung ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung der Lehrpersonen, die das Programm dann mit den SchülerInnen umsetzen. Hier erscheint ein zeitliches Ausmaß von 24 Einheiten als Mindestanforderung. Mehr Zeit würde eine intensivere Auseinandersetzung gewährleisten.
- Umfassende Unterrichtsmaterialien, die erprobte Methoden, Übungen und Spiele enthalten.
- Lehrkräfte benötigen Begleit- und Unterstützungsangebote (Supervision).
- Die Eltern sollten ebenso umfassend informiert werden.

Um eine optimale Durchführung von Life-Skills-Programmen zu gewährleisten, sollten folgende **Voraussetzungen** gegeben sein:

- Zeitliche Ressourcen
- Persönlicher und beruflicher Nutzen für Lehrkräfte

- Mehrere Lehrkräfte arbeiten gemeinsam an einem Projekt
- Unterstützung durch das Lehrerkollegium
- Gemeinsame pädagogische Grundhaltung
- Unterstützung durch die Schulleitung
- Unterstützung durch die Schulaufsicht

Für den Erfolg von Life-Skills-Programmen ist entscheidend, die Förderung von Lebenskompetenzen als pädagogische Grundhaltung zu entwickeln. Persönlichkeitsentwicklung ist als langfristiger Prozess zu verstehen und kann nicht an einzelne Lehrkräfte delegiert werden. Die Förderung der Persönlichkeit der Schüler und Schülerinnen sollte ein grundsätzliches Anliegen von Schule sein und daher sollten alle Lehrkräfte befähigt werden, die sozialen und personalen Kompetenzen (Selbstwahrnehmung, Kommunikation, Konfliktlösekompetenz, Stressmanagement und aktives Problemlösen) der jungen Menschen zu fördern und zu stärken.

Daher wäre es sinnvoll die dazu nötigen Lehrer-Kompetenzen bereits in der Lehrer-Ausbildung zu verankern bzw. in weiterer Folge Ausbildungen schulintern anzubieten.

Für die Durchführung von Life-Skills-Programmen sind zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Thema 4: Schule als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz – Burnout-Prävention

Einführung und Moderation: Mag.a Dr.in Theresia Gabriel, IBG – Institut für humanökologische Unternehmensführung

1) Kurze Einführung in das AG-Thema

- Kurze Vorstellung des Begriffs Burnout und Arbeitsvermögen aus Sicht IBG. Arbeitsvermögen kann dann nachhaltig bestehen, wenn MitarbeiterInnen können (Arbeitsbewältigung), wollen (Arbeitsinteresse) und dürfen (Zusammenarbeit). Diese Säulen der Gesundheit am Arbeitsplatz haben jeweils individuelle Aspekte, organisationsbezogene und Kultur-bezogene Aspekte. Ziel präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen muss es sein, nicht nur an einzelnen Individuen und deren Verhalten als auch an der Organisation und Kultur, den sog. Verhältnissen anzusetzen. Gerade bei Burnout kann man von einem Phänomen sprechen, dass aus einer gefährlichen Mischung von Personenbezogenem (z.B. hoher Leistungsanspruch, nicht Nein sagen können), Privatem (z.B. familiäre Probleme, Schulden), Organisationsbezogenem (z.B. unrealistische Leistungsziele, Ressourcenknappheit) und Sozialem (z.B. Leistungsgedanke, Wirtschaftskrise) entsteht.

2) Moderation der Arbeitsgruppe als Kleingruppe

Ressourcen: In der Arbeitsgruppe wird gesammelt, was es an Gesundheitsförderlichem, das zur Burnout-Prävention beiträgt bereits gibt.

- LehrerInnenberatungsstellen (z.B. Einstiegsbegleitung, Begleitung Älterer)
- Schulpsychologische Dienste bieten, in den Bundesländern unterschiedlich organisiert, sowohl individuelle Beratung im Anlassfall, Coaching sowie Supervision und Workshops (z.B. Psychohygiene) an. Aufgrund der knappen Stundenanzahl wird stark die Vernetzung mit kostenlosen bzw. kostengünstigen Beratungsanbietern sowie Krankenkassen gesucht. Da Angebote oft am LSR stattfinden, ist hier Niederschwelligkeit und Datenschutz eine Barriere der Teilnahme. Themen der Beratungen werden den Schulräten rückgemeldet – bisher ohne Feedback.
- Schulmedizin
- StützlehrerInnensystem
- die Schulaufsicht organisiert eigene pädagogische Beiräte, unterstützt Gesundheitsförderungsaktivitäten, jedoch als abgegrenzte Projekte
- Supervision und Austausch zwischen Lehrenden wirkt gesundheitsfördernd. Supervisionsangebote via PI, PHS sind nicht niederschwellig und schlecht geeignet. Weiters ist die Zukunft der Angebote des PHS noch unklar. Auch fehlen Ressourcen das breit an zu bieten.
- PI (PHS): Schulentwicklung, Schulprogramm
- Landesschulräte bilden Arbeitsgruppen zum Thema Gesundheitsförderung
- Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe der SchülerInnen erweisen sich indirekt als gesundheitsfördernd für Lehrende, da im Rahmen der Ausbildung als MultiplikatorIn eigenes gesundheitsverhalten reflektiert werden kann.
- Via Medien: „bewegte Pause“

Handlungsfelder: aus Sicht der Arbeitsgruppe IV bräuchte es ...

- Bestehende Angebote noch besser vernetzen, AkteurInnen informieren
- Nutzen des „Schatzes“ durch LSR, SSR (Feedback zu organisationsbezogenen Themen aus Coaching und/oder Supervision)
- Realistisches Berufsbild fördern
- PI/PHS: weniger Fokus auf Ausbildung sondern auf Fortbildung
- Generationenbalance: neue Arbeitszeitmodelle ermöglichen, Tandems bilden aus überlasteten Erfahrenen und überforderten EinsteigerInnen, Perspektiven für Erfahrene anbieten...
- Sensibilisierung der LehrerInnenschaft für Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention als Wert
- Gesundheitsförderung für Lehrende „getarnt“ via Gesundheitsförderung für SchülerInnen (siehe oben)
- Sensibilisierung der Schulleitenden für ihre Rolle Erhalten des Arbeitsvermögens der LehrerInnen und Unterstützung für diese, bestehende Freiräume zu nutzen

- Mehr Ressourcen für Schulpsychologie etc.

3) Moderation der Arbeitsgruppe nach „Zusammenlegung“ mit Thema 5: Schulentwicklung und Gesundheitsförderung

Die Frage ob und warum die beiden thematischen Arbeitsgruppen zusammengeführt werden, wird mit „Ja“ beantwortet. Prävention und Gesundheitsförderung heißt immer auch Ansetzen an Strukturen und somit Organisationsentwicklung. Und Schulentwicklung „darf nicht auf den Lehrerenden allein aufgehängt werden“ sondern umfasst die Individuen ebenso wie Organisation und Kultur. Beide fördern dadurch Nachhaltigkeit im Personalbereich.

Supervision trägt nicht nur zu Prävention bei, sondern bedeutet auch Professionalisierung und damit Schulentwicklung.

Die heutige Schulstruktur sei unprofessionell, nicht entsprechend den wissenschaftlichen Evidenzen. Es gilt, sich mutig den Paradigmenwechseln auch im Schulbereich zu stellen und kreativ Neuerungen zu schaffen. Dies bedeutet naturgemäß tiefgreifende Veränderungen, z.T. auch gesetzlicher Natur.

Wichtig ist, Ziele realistisch zu halten und nicht mehr Ressourcen zu fordern., wo es keine gibt und geben wird.

Der Dialog soll fortgeführt werden.

Thema 5: Schulentwicklung und Gesundheitsförderung Workshops – Phase 1

Leitung: Dir. Norbert Häfele

TN: Jelle Kahlhammer, Eva Deutsch, Thomas Holzgruber, Maria Smahel, Hubert Grassberger, Robert Griebler, Ernst Schwald

Input:

Dir. Häfele stellt das Projekt seiner Schule, B.O.RG Dornbirn-Schoren, vor: „Ganzheitliche Schulentwicklung“ im Projekt „Gesunder Lern- und Lebensraum Schule“, das mit Juni 2005 nach über einjähriger Arbeit beim FGÖ eingereicht und dort auch genehmigt wurde. Die Umsetzung wird vorbereitet, die Zusicherung der finanziellen Mittel ist noch nicht im vollen Umfang definitiv. – PP-Folien im Anhang.

Arbeitsschritte

1. „Was gibt's?“ (Umfeldanalyse)

Die TN benennen eine Reihe, eine große und vielfältige Zahl von Institutionen, Aktionen, Wettbewerben, die der Gesundheitsförderung an Schulen dienen (könnten). Das ist durchaus positiv.

GIVE	styria vitalis	contact&co	ÖJRK
AUVA	SUPRO	Bewegte Schule	PeerMediation

KLASSE (und weitere im Referat von Dr. Haring genannte Initiativen)

Faire Schule	NGFS	Kinder in die Mitte	klug & fit
--------------	------	---------------------	------------

2. Stärken und Schwächen?

Viele davon sind nur einigen bekannt, manche allen, eine koordinierende Hand ist nicht erkennbar, selbst nicht im bm:ukk, wo allein mehrere „Projekte“ parallel angesiedelt sind.

Auch die Institutionen wie FGÖ sind nicht „umfassend“ auf die Schulen eingestellt; styria vitalis ist eine Organisation, die sehr gezielt und ganzheitlich dem Schulwesen in der Steiermark als Partner zur Verfügung steht.

Wenn jemand/eine Schule etwas „haben“ will, ist es zu bekommen. Allerdings sind die Anstrengungen, die für die Anträge erforderlich sind, häufig enorm. Bis das eingereichte Projekt auch zur Realisierung freigegeben wird, ist die Begeisterung häufig schon abgeflaut.

Die Evaluation oder auch nur eine Betrachtung über den „Out-Come“, gesamthaft und auch zu den Angeboten im einzelnen, ist nicht Standard und findet überhaupt kaum wahrnehmbar statt (ev. über die Vergabe von Awards). Dies ist vergleichbar mit der Situation bei den Schulversuchen.

Als positives Beispiel wird der MNW-Fonds, angesiedelt bei IMST3, genannt, bei dem der Dialog zwischen Organisation und Projektnehmer/innen optimal ist.

Die Trennlinie zwischen Gesundheitsentwicklung an Schulen und Schulentwicklung ist meist nicht scharf gezogen – dies ist kein Nachteil!

Sehr häufig wird aus einem Anstoß zur Gesundheitsentwicklung ein umfassendes Projekt, das die Schulentwicklung auch als Organisationsentwicklung im Auge hat.

3. Vernetzung? Bedarf und Bereitschaft? Konkrete Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der „mental health promotion“ – Unter Einbeziehung der Phase II

Ergebnisse

- I. „Pädagogik der Zukunft“** Aber auch veränderte Schulstruktur(en)
- II. Schul-/Gesundheitsentwicklung standortbezogen statt Top-Down-Modell – Aber mit verbindlichen Grundsätzen (Leitbild)**
- III. Regionale/vertikale Vernetzungen – Lernen von andern, Angebote in Strukturen nutzen**
- IV. Das bm:ukk entwickelt und verantwortet einen Masterplan – Die vielen Projektangebote brauchen eine Plattform**
- V. Gesundheitserziehung braucht wissenschaftliche Wahrnehmung – Evaluation als zusätzliche Sicherung**

Die konkreten Handlungsempfehlungen im Detail mit Motivenbericht

I. „Pädagogik der Zukunft“ – Aber auch veränderte Schulstruktur(en)

Der Unterricht stärkt die Eigenverantwortlichkeit, ist differenziert und ist getragen von Respekt für sich und die andern – Schule als Ort des gemeinsamen Lernens für alle Beteiligten, Schule als Kultur bildender Ort.

Eine zukunftsweisende Schulstruktur fördert Partizipation statt Partialisierung, Verantwortung statt Hierarchie und Kommunikation statt Kompetenzabgrenzung. Die derzeitige Stagnation ist nicht (ausschließlich) in der mangelnden Bereitschaft der Lehrer/innen zu Veränderungen begründet.

Die Grundsätze des Bildungswesens der Niederlande können hier Vorbild oder zumindest Anregung sein: „Sorge für die Kinder“ im Mittelpunkt

II. Schul-/Gesundheitsentwicklung standortbezogen statt Top-Down-Modell – Aber mit verbindlichen Grundsätzen (Leitbild)

Gesamtheitliche Schul-/Gesundheitsentwicklung auf der Basis eines commitments ist additiven Aktionen, bei aller Vielfalt, die dadurch entstehen mag, vorzuziehen. Für solche Entwicklungen ist auch ausdrücklich finanzielle Vorsorge zu treffen. Ansonsten ist nur geringe Kontinuität zu erwarten.

Wo bundeseinheitliche Regelungen einsetzen sollen, sind diese in einem Dialog zu implementieren. – Das vorliegende „Standortbezogene Förderkonzept“ des bm:bwk kann bzw. soll durchaus integrierter Bestandteil einer gesamtheitlichen Schul-/Gesundheitsentwicklung am Standort sein.

Nur einer gesamtheitlichen Schul-/Gesundheitsentwicklung am Standort wird es gelingen, aus Beteiligten Betroffene zu machen und schlussendlich alle Mitglieder der Schulgemeinschaft auch persönlich an einem Standort in der Entwicklung der Schule dabei zu haben.

III. Regionale/vertikale Vernetzungen – Lernen von andern, Angebote in Strukturen nutzen

Grundsätzlich ist der eigene Anstoß am Standort durchaus entscheidend und ist – die Freiwilligkeit in der Schul-/Gesundheitsentwicklung vorausgesetzt – unabdingbar.

Die vielen Angebote und Unterstützungen für Projekte können durch geförderten informellen Erfahrungsaustausch und strukturell unterstützte Netzwerke deutlich für mehr Nutzen und Professionalität in den Schulen sorgen. Beispiele in einzelnen Bundesländern, bei fachorientierten Kooperationen (wie z. B. auch IMST3) oder für bestimmte Schulformen ausgelegte Professionalisierungsprogramme zeigen dies deutlich.

Die neu angelegte bzw. anzulegende Fort- und Weiterbildung der Lehrer/innen an Österreichs Schulen gibt hier sicher auch die Möglichkeit, diese notwendigen Verknüpfungen finanziell (teilweise) herzustellen und abzusichern.

IV. Ministerium entwickelt und verantwortet den Masterplan – Die vielen Projektangebote brauchen eine Plattform

Ein Konkurrenzdruck zwischen verschiedenen Angeboten wird nicht so viele positive Energie entwickeln wie klare und koordinierte unterstützende Maßnahmen, die zudem finanziell und legislativ abgesichert sind.

Es ist zu verhindern, dass der Burn-Out-Effekt, der mangels feststellbarer Erfolge nach einer langen Entwicklungsperiode (Evaluation fehlt) überall einstellen kann, sogar im bm:bwk positive Entwicklungsansätze lähmt.

Gänzlich kontraproduktiv wäre es, angesichts momentan nicht verhandelbarer Dienst-, Besoldungs- (etc.) –rechtsänderungen überhaupt nur zuzuwarten. Die (zusätzliche) Bereitstellung von Werteeinheiten für Entwicklungsaufgaben (als Vorstufe für die Einrichtung eines Mittleren Managements an Schulen) wird daher befürwortet.

V. Gesundheitserziehung braucht wissenschaftliche Wahrnehmung – Evaluation als zusätzliche Sicherung

Die Abfolge von Aktivitäten in letzter Zeit (Tagungen des bm:bwk, Workshops) zeigen den Wunsch nach Veränderung, die zu einer „Bewegung“ werden könnte/soll.

Für die bisherigen, aber noch mehr für zukünftige Entwicklungen in der Schul-/Gesundheitsentwicklung ist eine breit angelegte und begleitende Evaluation unbedingt notwendig. Das leitet sich unter anderem aus den (negativen) Erfahrungen bei den Schulversuchen ab.

Jedwede Entwicklung im Schulwesen kann durch die (wenigstens mögliche) Einbettung in den (internationalen) wissenschaftlichen Diskurs, und das muss Evaluation auf dieser Ebene leisten können, nur gefördert werden.

Für das Protokoll verantwortlich: Dir. Norbert Häfele Dornbirn-Schoren, am 14. Dezember 2006

Thema 6 Ergebnisprotokoll der AG Qualifizierungen

Es wurde nach folgenden Fragen gearbeitet: WER soll WOFÜR WIE qualifiziert werden.

Sammlung von Ideen	Handlungsempfehlungen
WER	
Schulleitung	Module „Gesundheitsförderung“ im Führungskräftelehrgang
Schulaufsicht	Funktion als Coach wahrnehmen (immer noch wird vorwiegend kontrolliert und überprüft)
Eltern	Grundinformation über Gesundheitsförderung im Rahmen diverser Veranstaltungen
LehrerInnen, speziell JG/Klassen-Vorstände	
SchulärztInnen	
KindergärtnerInnen	
BuffetbetreiberInnen, Schulküche	Einhaltung des Buffeterlasses sichern
NUPIS ¹	
WOFÜR	
Sensibilität entwickeln, diagnostischer Blick!	Aus- und Fortbildung Supervision, Coaching
Kommunikation: für <ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Teamarbeit 	
Vernetzung zwischen <ul style="list-style-type: none"> • SchulpartnerInnen • KollegInnen 	
qualitativer Unterricht	
Lernprozess steuern	
Reflexion d. Unterrichts, Aktionsforschung betreiben	
Umgang mit Problemsituationen	
Strategien für <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung • Prävention • Intervention 	

¹ NUOIS = Nicht-Unterrichtende-Personen (Sekretärin, Schulwart)

Grundlagenwissen (Gewalt, ADHS Burnout, Suchtproblematik etc.)	spezielle Seminare, Infomaterial
WIE	
Ausbildung der LL	„Lebenskompetenztraining“ und Schlüsselqualifikationen, Persönlichkeitsbildung, Selbstreflexion
Grundlageninformation	themenspezifische Seminare
Fortbildung	berufsbegleitend (verpflichtend), KOSTENFREI!
	verpflichtende pädagogische Tage gemeinsam mit den SchulpartnerInnen
	SCHILF (schulinterne Lehrerfortbildung)

Weitere Forderungen:

- gesetzliche Verankerung bzw. best practice von QIS² / RAHMENBEDINGUNGEN schaffen
- „Sozial“bildungs-Standards (f. SchülerInnen), fair play
- Kommunikations“räume“ (für LehrerInnen und SchulpartnerInnen) schaffen, z.B.: Runder Tisch, Stammtisch
- gesetzliche „Fesseln“ lösen (z.B. externe ExpertInnen dürfen allein in der Klasse sein)

Thema 7 Was kann die Wissenschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit im Setting Schule beitragen?

Workshop im Rahmen der FGÖ-Tagung „Seelische Gesundheit im schulischen Setting“, 11.12.2006, Wien

Workshop-Kurzbericht: Mag. Christina Dietscher (Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien)

Teilnehmer/innen

Am Workshop beteiligt waren eine Vertreterin des FGÖ, eine Forscherin, eine Elternvertreterin, die Mitarbeiterin einer Wiener Drogenberatungseinrichtung und die Moderatorin.

Themen

Es wurden zwei Hauptfragestellungen diskutiert:

1. Was sind mögliche Beiträge der Forschung zur seelischen Gesundheitsförderung im Setting Schule?

²QIS – Qualität in Schule

2. Welche Handlungsempfehlungen für zukünftige Schwerpunktsetzungen können formuliert werden?

1. Mögliche Beiträge der Forschung zur seelischen Gesundheitsförderung im Setting Schule

Wissenschaft und Forschung können die Praxis der seelischen Gesundheitsförderung im Setting Schule im wesentlichen in vier Bereichen unterstützen:

1. Entwicklung von Theorien / Konzepten

Hier geht es darum, Klarheit über den Gegenstand zu gewinnen: Was ist das Thema? Wie kann etwa seelische Gesundheit von psychischen Erkrankungen, aber auch von somatischer und sozialer Gesundheit abgegrenzt werden?

2. Epidemiologie / Determinantenforschung

Epidemiologie ist die Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung und den sozialen Folgen von Erkrankungen. Sie kann u.a. differenzierte Daten über die Größe des Problems (z.B. Unterschiede nach Geschlecht oder Altersgruppen) liefern und aufgrund von empirischen Studien Rückschlüsse auf die Entstehungsbedingungen (Determinanten) der untersuchten Gesundheitsprobleme liefern.

Fragestellungen, die für die seelische Gesundheit im Setting Schule interessieren, sind unter anderem:

- Wie sehr sind Schüler/innen und Lehrer/innen von Problemen der seelischen Gesundheit betroffen?
- Welche Gruppen sind besonders stark / gering betroffen (Geschlecht, Alter)?
- Welche Faktoren im Schulalltag beeinflussen die Entwicklung seelischer Gesundheit/psychischer Erkrankungen?

3. Erforschung der Evidenz von Interventionen

(Seelische) Gesundheit kann nicht direkt beeinflusst werden, sondern nur über eine Einflussnahme auf die entsprechenden Determinanten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen daher immer Bezug auf Gesundheitsdeterminanten nehmen.

Mit komplexen wissenschaftlichen Methoden kann die Wirksamkeit verschiedener Interventionen verglichen werden, sodass besonders wirksame Maßnahmen identifiziert werden können.

4. Tool-Entwicklung (Tools für Implementierung und Evaluation)

Für erfolgreiche (seelische) Gesundheitsförderung an einzelnen Schulen ist es wichtig, dass auf bestehende Erfahrungen und Erkenntnisse über erfolgreiche Maßnahmen zurückgegriffen werden kann. Damit wird vermieden, dass das Rad immer wieder neu erfunden wird, und es können auch Fehlinvestitionen in unwirksame Maßnahmen vermieden werden. Die

Wissenschaft kann dazu durch Identifikation, Synthese und Verbreitung erfolgreicher Modelle der Implementierung und Evaluation von Maßnahmen beitragen.

Bezogen auf das Thema seelische Gesundheit im Setting Schule können sich die vier möglichen Beiträge der Forschung wiederum auf zumindest vier Fragestellungen konzentrieren:

- Wie beeinflusst die Organisation der schulischen Kernaufgaben Lehren und Lernen die seelische Gesundheit von Lehrer/inne/n und Schüler/inne/n?
- Wie wirkt sich die seelische Gesundheit von Lehrer/inne/n auf die seelische Gesundheit der Schüler/inne/n aus?
- Welchen Einfluss auf die seelische Gesundheit hat die Organisation der Kooperation mit Gemeinde und Schulpartnern?
- Welchen Einfluss auf die seelische Gesundheit hat die Gestaltung der Schule als räumliches und soziales Umfeld?

Theorien, Konzepte und Determinantenforschung zur seelischen Gesundheit sind international bereits weit entwickelt, so hat z.B. die Weltgesundheitsorganisation zahlreiche Publikationen zum Thema herausgegeben, die auch online verfügbar sind (vgl. http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=mental_health). Obwohl es auch Publikationen zur Evidenz von Interventionen der seelischen Gesundheitsförderung in der Schule gibt (vgl. Stewart-Brown 2006), ist die Forschung hierzu schwierig, weil es im Bereich der seelischen Gesundheitsförderung nur wenige ausreichend standardisierte Interventionen gibt, deren Ergebnisse ohne weiteres verglichen werden können.

Und selbst wenn die Wirksamkeit bestimmter Interventionen nachgewiesen werden kann, stellt sich die Frage, in wie weit diese Interventionen einfach von einem Land zu einem anderen – das vielleicht ein ganz anderes Schulsystem hat – oder auch nur von einer Schule zu einer anderen mit gleicher Wirkung übertragen werden können.

Eine große Herausforderung für Forschung und Praxis besteht daher darin, einerseits entsprechend allgemeines Wissen über die Wirksamkeit von Interventionen zu erzeugen, andererseits Tools zu entwickeln, die ausreichend spezifisch sind, um die Bedingungen an einer individuellen Schule berücksichtigen zu können.

2. Handlungsempfehlungen für den Bereich Forschung

Um seelische Gesundheitsförderung in der schulischen Praxis gut unterstützen zu können, sollten Forscher/innen Produkte für unterschiedliche Abnehmer/innen erzeugen:

Entscheidungsträger/innen – z.B. Schul- und Gesundheitspolitiker/innen:

Für diese Zielgruppe geht es insbesondere um Produkte, die die Entscheidung für Investitionen in seelische Gesundheitsförderung im Setting Schule unterstützen können:

- **„Making the Case“:** Entscheidungsträger/innen muss klar gemacht werden, dass erfolgreiche seelische Gesundheitsförderung in der Schule möglich ist und dass dies keine Zusatzleistung der Schule darstellt, sondern wesentlich zur Erfüllung allgemein-

schulischer Ziele beiträgt. Um dies zu untermauern, müssen ausreichend fundierte Argumente zusammengetragen werden, zum Beispiel jenes, dass Schüler/innen, die sich in der Schule wohlfühlen, auch die besseren Lernergebnisse haben.

- **Bereitstellen evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen:** Zur Erleichterung der Entscheidung, in welche Maßnahmen investiert werden soll, braucht es Zusammenstellungen von Forschungsergebnissen über die Wirksamkeit von Interventionen, idealer Weise auf Basis von sogenannten Metastudien. Vorliegende Metastudien sollten für Entscheidungsträger/innen aufbereitet werden, und in Bereichen, wo solche Studien noch nicht existieren, sollte die Machbarkeit neuer Studien geprüft werden.

Praktiker/innen aus Schule, Schulpsychologie, etc.

Praktiker/innen benötigen insbesondere Unterstützung für die Umsetzung von Maßnahmen in ihrem beruflichen Alltag:

- **Maßnahmen für die seelische Gesundheit von Lehrer/innen:** Die seelische Gesundheit von Lehrer/inne/n ist eine wichtige Voraussetzung für die Förderung der seelischen Gesundheit von Schüler/inne/n. Entsprechend braucht es auch Forschung und Tool-Entwicklung für Lehrer/innen bezogene Maßnahmen.
- **Entwicklung von konkreten, anwendungsbezogenen Tools:** Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Determinanten seelischer Gesundheit sollten Tools für die Implementierung und Evaluierung konkreter Maßnahmen in österreichischen Schulen entwickelt werden. Dabei ist insbesondere auch auf die spezifischen Bedingungen des österreichischen Schulsystems einzugehen, z.B. könnten Maßnahmen mit den 5 Bereichen des QIS (Qualität in der Schule, vgl. www.qis.at) verbunden werden, um eine Integration der Maßnahmen in die Schulentwicklung zu ermöglichen. In der Entwicklung von Tools sollte auch auf die Rahmenbedingungen von Interventionen Bezug genommen werden, so wirken z.B. manche Programme besser, wenn nicht nur in der Schule, sondern gleichzeitig auch in der Familie angesetzt wird.

Die Tools sollten schließlich entsprechende Anleitungen bzw. Trainingsmodule für Lehrer/innen oder andere Interventionsfachkräfte (z.B. Schulpsycholog/innen, Peers) beinhalten.

- **Bewertungskriterien für Programme:** Eine Unterstützungsleistung für Praktiker/innen könnte auch die Entwicklung von Auswahlkriterien für verfügbare Programme sein (z.B. Bewertung von Programmen nach ihrer Eignung für bestimmte Alters-, Geschlechts- und Risikogruppen).

Wissenschaft:

Last but not least ist natürlich auch die Wissenschaft selbst eine Kundin der Wissenschaft. Ihr geht es insbesondere um die Weiterentwicklung globalen Wissens. Weiterer Untersuchung bedarf etwa die Frage, in wie weit der Schulalltag die (mentale) Gesundheit der Betroffenen beeinflusst und welche Veränderungen des Regelschulalltags daher aus Sicht der (mental) Gesundheitsförderung erstrebenswert sind.

Alle geschilderten Beiträge sollten idealer Weise in inter- bzw. transdisziplinärer Weise gemeinsam mit Praktiker/innen erzeugt werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Forschung nur durch entsprechende Forschungsförderung einen optimalen Beitrag im Feld leisten kann.

Thema 8

(Un)gleiche Bildungschancen – (Un)gleiche Gesundheitschancen

Welchen Betrag kann Mental Health Promotion zur Unterstützung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher im Setting Schule leisten?

Mag. Doris Kuhness (Styria vitalis)

WorkshopteilnehmerInnen:

Sarah Sebinger (OÖGKK), Andrea Fraundorfer (Schulkompetenzzentrum der Kinderfreunde), Dr. Elisabeth Penz-Feil (Landesschulrat NÖ), Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Dr. Sepp Redl (BMGF), NN (Gesundheitsforum Niederösterreich)

Ablauf des Workshops

- Herstellen einer gemeinsamen Diskussionsbasis zum Thema „(Un)gleiche Bildungschancen – (Un)gleiche Gesundheitschancen“ [Power-Point-Präsentation mit Zwischendiskussion]
- Diskussion: Welchen Beitrag kann Mental Health Promotion im Setting Schule zur Unterstützung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher leisten?

Kurze Hintergrundinformation

Soziale Benachteiligungen von Kindern und Jugendlichen

Der **sozioökonomische** Status der Familie beeinflusst den Gesundheitszustand von Kindern.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien fühlen sich subjektiv ungesünder, weisen eine höhere Beschwerdebhäufigkeit und Erkrankungsrate, eine schlechtere Zahngesundheit, häufigere unfallbedingte Krankenhausaufenthalte oder auch häufiger schweres Asthma auf. (Dür et al, 2000; Klocke/Hurrelmann, 1998, Michaelis/Bauch, 1991 und 1993, Geyer/Peter, 1998, Mielck et al, 1996 zitiert nach Pott und Lehrmann, 2003).

Weiters zeigen Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien tendenziell häufiger gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Universität Bielefeld, 2001, zitiert nach Pott und Lehrmann, 2003). Insgesamt fallen 1.044.000 Personen in Österreich unter die Armutsgefährdungsschwelle von 60% des Medianeinkommens. Knapp 15 % der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahren tragen ein erhöhtes Armutsrisiko (Till-Tetschert et al., 2003).

Der **Bildungsstatus** ist, neben Einkommen und Beruf, ein Merkmal durch das die soziale Lage von Personen beschrieben wird. Andere wichtige Dimensionen, die unterschiedliche soziale Lagen von Personen beschreiben und für die Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand

bestehen, sind z.B. das Alter, Geschlecht, der Familienstand, die Nationalität, aber auch die Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen.

In Bezug auf den Bildungsstatus tragen in Österreich Erwachsene mit niedrigem Bildungsstatus (z.B. Pflichtschule oder Lehre als höchste abgeschlossene Berufsausbildung) ein höheres Risiko, mit Behinderung oder in schlechter Gesundheit zu leben oder den eigenen Gesundheitszustand schlechter zu beurteilen (z.B. Noack, 1998; Meggeneder und Sebinger, 2005).

Schule, soziale Benachteiligung und mentale Gesundheit

Die Chance für Kinder nach der 4. Klasse Volksschule eine maturaführende Schule zu besuchen, steigt mit dem Bildungsstatus der Eltern – aber nicht nur: SchülerInnen, die bereits eine AHS-Unterstufe besuchen, haben gegenüber SchülerInnen, die die Hauptschule besuchen, prinzipiell eine weitaus höhere Chance, nach der 4. Klasse weiter eine maturaführende Schule zu besuchen. (Schlögl und Lachmayr, 2004).

Der Ausbildungsstatus Jugendlicher (11 – 15 Jahre) selbst, das heißt, welchen Schultyp (Hauptschule, AHS oder Berufsbildende Höhere Schulen) sie aktuell besuchen, erzeugt aber per se nur geringe Unterschiede in deren Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands und keine Unterschiede in Bezug auf die mentale Gesundheit (Dür et al, 2000).

Dür et al (2000) zeigen in ihrer Arbeit zum Thema „Soziale Ungleichheit und Schule“, welche auf den Daten des WHO-HBSC-Surveys aus dem Jahr 1998 beruht, auf, dass die **Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen** bei 11 – 15-jährigen Jugendlichen in Österreich (ausgedrückt in Anzahl von Freunden, Ausgrenzungserfahrungen oder auch der Erfahrung, von Eltern oder LehrerInnen unterstützt zu werden) einen weitaus bedeutenderen Einfluss auf mentale Gesundheit und Wohlbefinden hat als die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht. Die Unterschiede in der Verfügbarkeit dieser sozialen Ressourcen korrelieren mit der Schichtzugehörigkeit des/der Jugendlichen nur leicht.

Was die Verfügbarkeit dieser sozialen Ressourcen anbelangt, gibt es sehr wohl Unterschiede in Bezug auf den aktuell besuchten Schultyp, aber auch in Bezug auf das Geschlecht der SchülerInnen: HauptschülerInnen (besonders Knaben) verfügen z.B. über weniger soziale Unterstützung als SchülerInnen, die eine AHS oder BMHS besuchen. SchülerInnen mit häufigen Ausgrenzungserfahrungen, wenig FreundInnen und wenig Unterstützungserfahrungen (besonders Mädchen) tragen ein stark erhöhtes Risiko, an psychosomatischen Beschwerden zu leiden und sich unglücklich zu fühlen (Dür et al, 2000).

Die für Jugendliche wichtigen sozialen Ressourcen sind eher außerhalb als innerhalb der Familie zu finden. Um altersgemäße Lebensinteressen realisieren zu können, benötigen Jugendliche den Anschluss an die Peer-Gruppen.

Die **Schule als wichtige Sozialisationsinstanz** bekommt hier eine bedeutende Rolle: Die meisten Freundschaften (60%) werden innerhalb der Klasse geschlossen (Strohmeier und Spiel, 2005). SchülerInnen, die über keinerlei soziale Peer-Ressourcen verfügen, haben z.B. ein neun Mal höheres Risiko, sich fast immer unglücklich und unzufrieden zu fühlen.

Doch auch LehrerInnen können Positives zur Förderung der psychischen Gesundheit der SchülerInnen beitragen: SchülerInnen, die damit rechnen, bei Problemen auf die Unterstützung von LehrerInnen zählen zu können, weisen hochsignifikant weniger mentale Beschwerden auf als solche, die mit keinen derartigen Unterstützungen rechnen (Dür et al, 2000).

Last but not least haben Eltern ebenfalls eine große Wirkungsmöglichkeit: Jugendliche, die auf die Unterstützung der Eltern in Krisensituationen zählen können, zeigen ebenfalls signifikant weniger mentale Beschwerden und fühlen sich gesünder.

Welchen Beitrag kann Mental Health Promotion im Setting Schule zur Unterstützung sozial benachteiligter Kinder und Jugendliche leisten?

Das Konzept der Schulischen Gesundheitsförderung bzw. die Förderung von mentaler Gesundheit im Setting Schule können ein Unterstützungsinstrument sein, um die Folgen ungleicher sozialer Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen positiv zu beeinflussen. Wichtig ist prinzipiell, dass diese Maßnahmen so ausgerichtet sind, dass sie zielgerichtet die Bedürfnisse und Probleme jener Gruppen berücksichtigen, deren Gesundheitschancen relativ schlechter sind als die des Durchschnitts.

Im Workshop wurden eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten gesammelt, die die Chancengleichheit bezüglich der **Erreichung eines höheren Bildungsstatus** (unter dem Aspekt des Aufbaus persönlicher Gesundheitsressourcen) für Kinder aus bildungsferneren und sozial benachteiligten Familien erhöhen könnten. Andererseits wurden Ideen gesammelt, die auf die **Förderung der mentalen Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher** (auch unter dem Aspekt der fehlenden sozialen Ressourcen) über die Schule selbst abzielen.

Bestandsaufnahme bereits vorhandener Programme und Projekte

In Bezug auf bereits vorhandene Interventionen zu diesen Bereichen wurde aus Zeitgründen keine explizite Bestandsaufnahme gemacht. Die OÖGKK plant die Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojekts mit Volksschulen mit hohem Anteil an sozial benachteiligten Kindern.

Mental-Health-Promotion im Setting Schule & sozial benachteiligte Kinder & Jugendliche

Folgende Interventionsmöglichkeiten, welche auf verschiedenen Ebenen gesetzt werden können, wurden gesammelt und diskutiert und könnten empfohlen werden:

1. Gesellschaftspolitische Ebene

Hier können die AkteurInnen in der Gesundheitsförderung im Sinne der Übernahme von

Anwaltschaft für Kinder und Jugendliche mit schlechteren Gesundheitschancen für folgende Themen eintreten:

- Zugang zu gleichen Bildungschancen und Qualifikation für Kinder und Jugendliche sozial benachteiligter Schichten erhöhen (z.B. Berücksichtigung des Aspekts, inwieweit die frühe Differenzierung des Schulsystems zur Benachteiligung in möglichen Bildungswegen führt).
- Betonung der Wichtigkeit der Schaffung von Zukunftsperspektiven für Kinder und Jugendliche (z.B. Verfügbarkeit von Lehrstellen, Chancen am Arbeitsmarkt).
- Entwicklung von gesundheitsfördernden Lebenswelten – gleiche Chancen auf unterstützende soziale Umwelten (Familie, Schule, Nachmittagsbetreuung, Nachbarschaft, Gemeinde...) herstellen und entsprechende Interventionen fördern.
- Schaffung bzw. Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen in der Schule, die individuelle Förderungsmöglichkeiten, Aufbau von Beziehungen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern und die Entwicklung persönlicher Potenziale von SchülerInnen fördern (Stichwort: z.B. Klassengröße).
- Programme und Projekte in und für Schulen an „sozialen Brennpunkten“ fördern
- Weiterentwicklung der LehrerInnen- bzw. PädagogInnen-Ausbildung
 - in Bezug auf Aspekte von Mental Health & Aspekte sozialer Benachteiligung und den Einfluss- möglichkeiten von LehrerInnen
 - in Bezug auf die Vernetzung zwischen verschiedenen Schnittstellen, in denen sich Kinder bewegen (Kindergarten – Schule – Nachmittagsbetreuung) – Schaffung von institutionalisierten Austauschmöglichkeiten
 - in Bezug auf gemeinsame Ausbildungen von PädagogInnen (vom Kindergarten bis zur Berufsschule)

2. Schulebene – Mental Health Promotion im Setting Schule (Focus sozial Benachteiligte)

Interventionen über Schulentwicklung

- Durchführung von Mental-Health-Promotion-Projekten im Setting Schule
 - an sozialen Brennpunkten und/oder
 - mit besonderer Berücksichtigung benachteiligter Zielgruppen,welche das Ziel verfolgen, Mental-Health-Aspekte in der eigenen Schule über verschiedene unterschiedliche? Schulentwicklungsthemen zu berücksichtigen.
- Kommunikation der Einflussmöglichkeiten von LehrerInnen auf die mentale Gesundheit von SchülerInnen und Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten
- Einrichtung einer institutionalisierten Vernetzung von LehrerInnen und anderen Unterstützungseinrichtungen (z.B. Lernbetreuung, Schulpsychologie, Sozialarbeit) für Kinder mit besonderen Problemlagen in der Schule
- Verfügbarmachen von Elternschulungen im Setting Schule – für relevante Zielgruppen ansprechende, motivierende Interventionsformen finden

Interventionen auf Klassenebene

Programme und Projekte zu folgenden Themenbereichen:

- Förderung von Klassengemeinschaft, Peer-Kontakte (z.B. durch Buddy-Systeme, Soziales Lernen, KoKoKo-Stunden),
- Förderung eines ressourcenorientierten, wertschätzenden Umgangs zwischen LehrerInnen und SchülerInnen bzw. SchülerInnen und SchülerInnen,
- Einsatz von aktivierenden Unterrichtsmethoden, individuellen Förderungsmöglichkeiten,
- Förderung sozialer Integration über spezifische Projekte und Programme.

Interventionen auf individueller Ebene

- individuelle Bildungsberatung für alle SchülerInnen – Förderung, dass gerade sozial benachteiligte SchülerInnen und deren Eltern diese Bildungsberatungen in Anspruch nehmen (können)
- Unterstützungsangebote für Opfer von Bullying

Die oben genannte Liste zeigt beispielhaft Möglichkeiten auf, wie SchülerInnen, die in Bezug auf ihre sozialen Ressourcen (ökonomisch und in Bezug auf soziale Beziehungen) eher geringere Chancen auf eine positive (psychische) Gesundheitsentwicklung haben, gefördert werden könnten.

In der anschließenden Diskussion mit der Gruppe, die sich mit dem Thema Gewalt- und Suizidprävention auseinandersetzte, wurden keine weiteren Punkte hinzugefügt.

Verwendete Literatur

Dür, W.; Halbmeier, E.; Mravlag, K.; Schuß, I.; Stidl, T. (2000): **Schule und Ungleichheit in Österreich**. Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998, Zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit bei Jugendlichen (hbsc/10) Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien. <http://www.univie.ac.at/lbimngs/berichte/hbsc10.pdf>. Aufgesucht im November 2006.

Meggeneder, O. und Seibinger, S. (2005). **Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Handlungsbedarf für die Gesundheitsförderung?**. In: WISO (2005), 28/ 4: S 80–106.

Mielck, A. (2000). **Soziale Ungleichheit und Gesundheit**. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Noack, R.H. (1998). **Gesundheit und Sozialstatus**. Wiener Klinische Wochenschrift (1998) 110/11: S 383–387.

Pott, E. und Lehmann, F. (2003). **Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen**. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2003). Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte.

Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln: BzGA. http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60622000.pdf. Aufgesucht im November 2006.

Schlögl, P. und Lachmayr, N. (2004). **Motive und Hintergründe für Bildungswegentscheidungen in Österreich**. Wien: Österreichisches Institut für Bildungsforschung. http://www.oeibf.at/_TCgi_Images/oeibf/20061213101934_oeibf_0302_Bildungswegentscheidungen.pdf. Aufgesucht im November 2006.

Til -Tentschert U., Lamei N., Bauer, M. (2003). **Armut und Armutsgefährdung in Österreich**. Statistik Austria. http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/9/2/3/CH0338/CMS1064227005975/10_armutsgefaehrdung.pdf. Aufgesucht im November 2006.

Strohmaier, D. und Spiel, Ch. (2005). **Interkulturelle Beziehungen an Wiener Schulen (IBW): Freundschaften und Feindschaften in multikulturellen Klassen**. Projektbericht. http://www.univie.ac.at/Psychologie/bildungspsychologie/download/bericht_end_interkulturelle_beziehungen.pdf. Aufgesucht im November 2006.

