pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Weiglhofer, Hubert

Die Entwicklung der schulischen Gesundheitserziehung unter Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse

Zeitschrift für Didaktik der Naturwissenschaften : ZfDN 3 (1997) 3, S. 35-51

Quellenangabe/ Reference:
Weiglhofer, Hubert: Die Entwicklung der schulischen Gesundheitserziehung unter Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse - In: Zeitschrift für Didaktik der Naturwissenschaften : ZfDN 3 (1997) 3, S. 35-51 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-315035 - DOI: 10.25656/01:31503

https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-315035
https://doi.org/10.25656/01:31503

in Kooperation mit / in cooperation with:

IPN
Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften und Mathematik

https://www.leibniz-ipn.de

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

HUBERT WEIGLHOFER

Die Entwicklung der schulischen Gesundheitserziehung unter Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse

Zusammenfassung:
Im vorliegendem Übersichtsartikel werden Einflußfaktoren auf das gesundheitliche Verhalten von Jugendlichen aus dem Bereich der Sozialwissenschaften vorgestellt und deren Zusammenwirken an einem konkreten Modell erläutert. Durch die Verknüpfung mit dem Konzept des handlungsorientierten Unterrichts wird die Relevanz für die schulische Gesundheitserziehung herausgearbeitet und konkretisiert.

Abstract:
The present article demonstrates how factors, that were taken from the area of social sciences influence juvenile health behaviour. The interaction of these factors is exemplified on a concrete model. Their relevance to health education in school is pointed out by connecting them with the conception of action-guided education.

1. Einleitung

Schulische Gesundheitserziehung zielt darauf ab, beim einzelnen Verhaltensweisen zu bewirken, die der Verbesserung oder der Erhaltung der Gesundheit dienen. Allerdings wird die diesbezügliche Effektivität als eher gering eingeschätzt (Franzkowiak, 1983, Troschke, 1990; Eschenhagen, Kattmann & Rodi, 1993, S. 96 f.). Als ein Grund dafür werden die vielfach immer noch negativ auf Krankheiten und deren Verhütung fixierten Modelle der Aufklärung und Abschreckung angesehen (Hedewig, 1990; Staeck, 1995, S. 66 ff.). Inzwischen ist hinreichend belegt, daß durch Wissen allein kaum Einstellungs- bzw. Verhaltensänderungen erreicht werden können. Auch die Erzeugung von Angst und Schuldgefühlen reicht nicht aus, um längerfristige Veränderungen zu erzielen (Hyland & Birrell, 1979; Rundall & Bruvold, 1988; Schützwohl & Schulz-Kindermann, 1991). Zunehmend wird erkannt, daß Aufklärung nur eine unterstützende Funktion in einem ganzheitlichen Lebensweisenkonzept haben kann, indem das Gesundheitsverhalten des einzelnen in einem sozialen Zusammenhang gesehen wird und sowohl das Verhalten als auch die „Verhältnisse" Beachtung finden (Gropengießer & Gropengießer, 1985; Hörmann, 1986; Hurrelmann, 1990, S. 198 ff.; Priebe, Israel & Hurrelmann, 1993; Staeck, 1995, S. 70 ff.). Im ersten Grundsatzdokument der WHO zur Gesundheitsförderung, der Ottawa Charta (1986), ist dieses erweiterte Verständnis von Gesundheit zugrunde gelegt. Darauf aufbauend erfuhr der Begriff der Gesundheitserziehung ebenfalls eine Veränderung; das Element der Gesundheitsförderung fand Eingang in die Konzepte der schulischen Gesundheitserziehung.
Neuere Programme der Gesundheitserziehung tragen diesen Zusammenhängen von psychosozialen Einflußfaktoren besser Rechnung. Innerhalb des individuellen Verhaltens haben allgemeine gesundheitsförderliche Ansätze zur Lebensbewältigung, sog. „life skills" (Botvin & Tortu, 1988; Botvin et al., 1989; Botvin et al., 1990; Elias et al., 1994; Leppin, Hurrelmann & Freitag, 1994; Arbeitskreis Prävention Mainz, 1995) an Bedeutung gewonnen. Dieser Interventionsansatz ist stark verhaltensorientiert und hat zum Ziel, Kompetenzen in Hinblick auf Streßbewältigung, Konfliktregelung, Kommunikation, Widerstand gegenüber Gruppendruck, eigener Entscheidungsfähigkeit und Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls zu fördern. Die Bedeutung des sozialen Einflusses auf individuelles Verhalten konnte in vielen empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden. Der Grundstein sehr vieler Verhaltensweisen, auch gesundheitsabträglicher wie Rauchen oder Alkoholkonsum, wird in der Familie gelegt (Santi et al., 1990; Bertrand et

al., 1993; Kline & Canter, 1994). Mit zunehmender Ablösung vom Elternhaus wird die Gleichaltrigengruppe und deren Einfluß immer größer (Salomon et al., 1984; Kirby, 1992; Bertrand et al., 1993; Seiffge-Krenke, 1994). Die Schule nimmt - gewollt oder ungewollt - ebenfalls Einfluß auf die Gesundheit der Heranwachsenden - und der Lehrer. Begriffe wie Schulstreß (Hurrelmann, 1990; Seiffge-Krenke, 1994; Rudow, 1994), „Burnout" (Gamsjäger, 1994; Lechner u.a., 1995), Schulleistungsschwierigkeiten (Holler-Nowitzki, 1994) oder mangelnde Integration (Eder, 1995) sind allgemein bekannt. Neben dem individuellen Verhalten spielen die strukturellen Gegebenheit der Schule wie Schul- und Klassengrößen, finanzielle und räumliche Ausstattung, Partizipation an Entscheidungsprozessen, schulinterne Fortbildungsmöglichkeiten u. ä. eine wesentliche Rolle (Lechner u. a., 1995; Kern, Rasky & Noack, 1995). Freilich haben darüber hinaus gesellschaftliche Einflüsse wie vorherrschende Ideologien, gängige wissenschaftliche Auffassungen, Botschaften der Massenmedien und nicht zuletzt strukturelle Gegebenheiten wie finanzielle Lage, Wohnsituation oder Freizeitmöglichkeiten bedeutenden Einfluß auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Abbildung 1 zeigt das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren. Allerdings sind bei den letztgenannten Faktoren die Einflußmöglichkeiten der Schule, im besonderen der schulischen Gesundheitserziehung kaum gegeben. Deshalb beschränkt sich die folgende Auswahl von Einflußgrößen auf die Darstellung derjenigen Faktoren, welche im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung relevant sind: Individuelle Faktoren wie Wissen, Emotionen, Verhaltensweisen, Aspekte des sozialen Nahraums wie sozialer Rückhalt und Integration und struktureller Gegebenheiten der Schule wie Arbeitszeit, Unterrichtsabläufe oder Leistungsanforderungen.

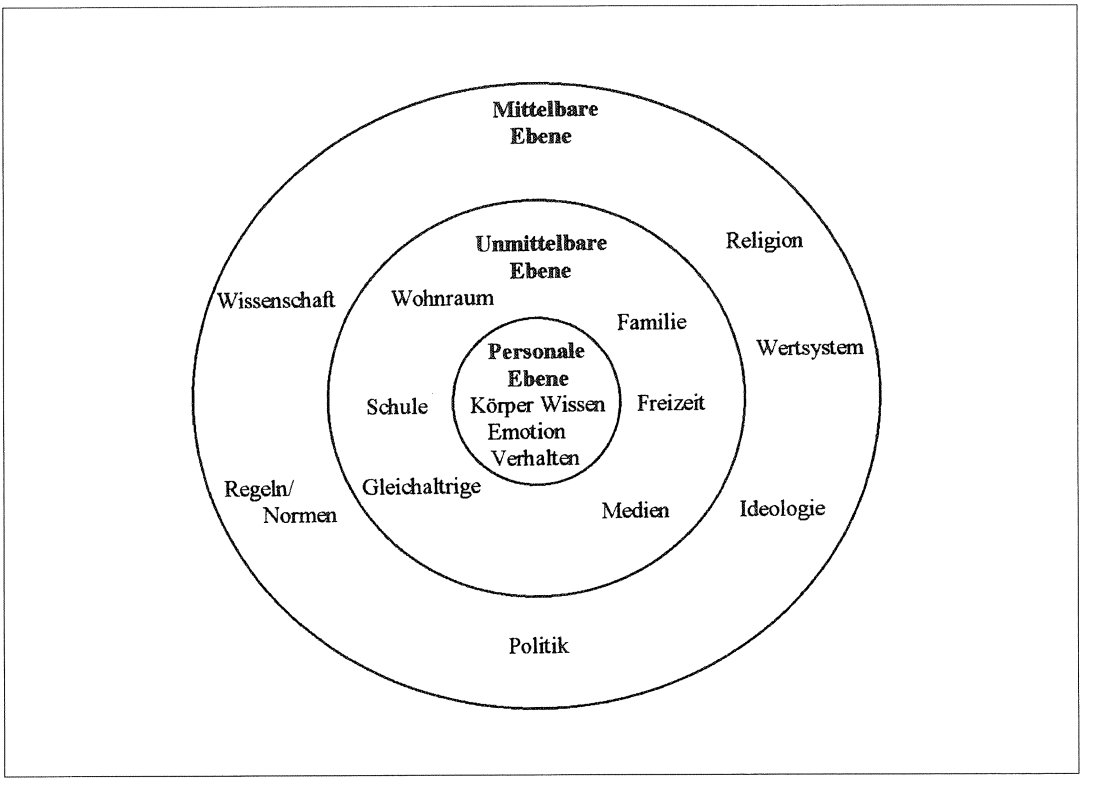

Abb. 1: Gesundheitliche Einflußfaktoren

2. Einflußfaktoren auf gesundheitliche Verhaltensweisen

2.1 Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit oder „Gesundheit als Selbstverständlichkeit"

Jeder Mensch hat zu sich und der ihn umgebenden Welt bestimmte Annahmen. Diese Annahmen hängen in sich zusammen und sind thematisch miteinander verknüpft, weshalb auch von „subjektiven Theorien" gesprochen werden kann. Sie haben Bedeutung für die rasche Einordnung von Situationen, ermöglichen nachträgliche Erklärungen eingetretener sowie die Vorhersage künftiger Ereignisse und sind handlungssteuernd.
Schaefer (1987) stellte in seinen Untersuchungen zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit fest, daß in Deutschland Gesundheit eher statisch als Zustand bzw. als Fehlen von Krankheit assoziiert wird. In den ebenfalls untersuchten Entwicklungsländern Philippinen und Jordanien konnte eine wesentlich umfassendere, das soziale und religiöse Leben und die Umwelt miteinbeziehende Begriffsbestimmung festgestellt werden. Das läßt darauf schließen, daß Gesundheitsvorstellungen durch gesellschaftliche und historische Einflüsse stark mitgeprägt werden. Brumby et al. (1985) kam bei einer Begriffsbestimmung zur Gesundheit bei Schülern und Studenten zu ähnlichen Ergebnissen. Vor allem die körperliche Dimension stand im Vordergrund (Fitness, Ernährung), mentale und soziale Dimensionen waren gering vertreten, vielfach wurde von einem Krankheitsmodell ausgegangen. Horn und Wolf (1991) fanden unter Rostocker Schülern hingegen zum Begriff Gesundheit vorwiegend positive Assoziationen wie Ernährung, Wohlbefinden, Sport oder Hygiene. Der Begriff Krankheit fand sich in der Häufigkeitsauszählung erst an fünfter Stelle. Millstein & Irwin (1987) fanden in ihrer Untersuchung bei Schülern zwischen 11 und 18 Jahren heraus, daß bei Jüngeren Gesundheit stärker mit Krankheit assoziiert wird als bei Älteren. Ab etwa 10 Jahren werden auch psychische Aspekte in die Definition aufgenommen (vgl. auch Nordlohne & Kolip, 1994). Je älter die Kinder werden, desto häufiger wird Gesundheit als ein eigenständiger Zustand definiert, die Definitionen werden komplexer. Generell wird von Jugendlichen Gesundheit als Selbstverständlichkeit betrachtet, über die man sich nicht weiter den Kopf zerbricht. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen erfüllen vielfach soziale Funktion wie Dazugehören, erwachsen Wirken. Gesundheit wird bei Heranwachsenden oftmals definiert über sportliche und körperliche Leistungsfähigkeit, besonders bei Burschen, und das Ausfüllen jugendtypischer Tätigkeiten wie Schul- oder Discobesuch. Mit zunehmendem Alter erlangen, besonders bei Mädchen, auch psychische und Befindensaspekte wie Glücklichsein, Spaß und gute Laune Haben an Bedeutung (Kolip, 1994).

2.2 Angst als Handlungsauslöser oder „Allzuviel kann sich ins Gegenteil verkehren"

Vielfach werden im Rahmen von Gesundheitserziehungsprogrammen bedrohliche oder abschreckende Informationen eingesetzt, in der Hoffnung, damit größere Wirksamkeit zu erzielen. Auch in Modellen und Konstrukten zur Erklärung gesundheitlichen Verhaltens wird vielfach der Aspekt der Bedrohung als ein wesentlicher Handlungsauslöser angesehen (vgl. Health Belief Model, Becker, 1974; Theorie der Schutzmotivation, Rogers, 1975). Dabei wird zwischen der individuell unterschiedlich wahrgenommenen Schwere bzw. Gefährlichkeit einer Krankheit oder Risikosituation und der wahrgenommenen persönlichen Gefährdung unterschieden. Beispielsweise wird AIDS allgemein von Jugendlichen als gefährliche und bedrohliche Krankheit angesehen. Das läßt sich auch aus der teilweise krassen Überschätzung der Zahlen der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen ableiten (Weiglhofer, 1994). Allerdings besteht weitestgehend die Überzeugung, selbst nicht bedroht und auch in der Lage zu sein, entsprechende Schutzmaßnahmen zu treffen. AIDS wird von Jugendlichen als persönlich verursacht und der Schutz davor als persönlich steuerbar wahrgenommen (Bengel, 1991). Ein anderes

Beispiel ist der Zigarettenkonsum: Den meisten Rauchern ist die gesundheitsschädigende Wirkung ihres Tuns bekannt, dennoch kommen sie von der Zigarette nicht weg. Körperliche Abhängigkeit, Gewohnheitsbildungen, individuelle Selbstbelohnungsmechanismen, kognitive Umdeutungen und ähnliches mehr führen dazu, ihr Rauchverhalten wider besseren Wissens dennoch beizubehalten. Weiters ist zu bedenken, daß bei Jugendlichen vielfach (noch) keine Symptome vorliegen, die auf eine reale Bedrohung hinweisen, oder diese Anzeichen negiert oder umgedeutet werden. Die Bedrohung als handlungsleitendes Motiv wird durch andere Motive wie Spaß, Geselligkeit, Erwachsensein Wollen usw. überlagert. Die gesundheitlich schwerwiegenden Auswirkungen liegen in weiter Ferne und beeinflussen das unmittelbare Handeln nur sehr bedingt. Außerdem werden Botschaften mit furchterregenden Inhalten ab einem bestimmten individuell unterschiedlichen Maß an Drohgehalt abgewertet, verdrängt oder als unglaubwürdig hingestellt, d. h. es treten Reaktanzphänomene auf (vgl. Gniech & Grabitz, 1984). Dennoch hat das Motiv der Bedrohung in der Prävention nicht ausgedient, da es unabhängig von der persönlichen Einstellung zu einer Krankheit oder einem Risikofaktor eine wichtige Handlungsgrundlage darstellt. Entscheidend für die Akzeptanz der präventiven Botschaft ist ein optimales Maß bedrohlicher Information, so daß sowohl die Gruppe der im präventiven Sinn Gefestigten als auch Unentschlossene oder Gefährdete keine Abwehrhaltung entwickeln. Dabei ist die Einschätzung der persönlichen Verwundbarkeit bedeutsam. Bei Überlegungen wie „das passiert mir doch nicht" werden problematische Aspekte eher ignoriert und somit treten keine emotionalen Spannungen auf, die zur Reduktion drängen (vgl. Theorie der Kognitiven Dissonanz, Festinger, 1957).

2.3 Handlungskompetenz: bereits die Einschätzung der persönlichen Fähigkeiten entscheidet, ob nachfolgend Handlungen gesetzt werden

Neben emotionaler Beteiligung und entsprechenden Kenntnissen ist für eine nachfolgende Handlung die Überzeugung erforderlich, persönlich in der Lage zu sein, präventives oder gesundheitsförderliches Verhalten ausführen zu können. Diese persönlich vorgenommene Einschätzung vor dem Ausführen einer Handlung wird als Kompetenzerwartung bezeichnet (Schwarzer, 1992). Für die Einschätzung der eigenen Kompetenzen ist insbesondere der Aspekt der Kontrollerwartung oder -überzeugung bedeutsam. Nimmt man an, daß es vorwiegend in der eigenen Hand liegt, die Gesundheit zu beeinflussen, zu verbessern, das heißt, daß es auf interne Faktoren wie persönliche Fähigkeiten, Anstrengungen ankommt, so wird die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich aktiv zu werden größer sein, als wenn man annimmt, das eigene Schicksal hänge von externen Faktoren wie anderen Menschen, Institutionen oder dem Schicksal und dem Zufall ab (Lohaus, 1990, S. 105-112; Greve & Krampen 1991; Lohaus, 1992).

Im sozial-kognitiven Prozeßmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer, 1992, siehe Darstellung weiter unten) nimmt das Konstrukt der Kompetenzerwartung eine zentrale Stellung ein. Diese Kompetenzerwartung ist ein wirkungsvoller Parameter zu Erklärung nachfolgender Intentions- bzw. Verhaltensbildung. „Forschungsarbeiten haben wiederholt gezeigt, daß die Risikowahrnehmung eine viel schwächere Motivationswirkung nach sich zieht als die Kompetenzerwartung. Demnach spielt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten eine deutlich größere Rolle zur Regulation schwieriger Anforderungen" (Schwarzer, 1994, S. 911). Dies ist ein klarer Hinweis darauf, daß das Augenmerk mehr auf die Kompetenzentwicklung zu legen ist, wie dies auch in der Gesundheitsförderung zum Ausdruck kommt.

2.4 Sozialer Rückhalt und soziale Integration oder „Von der Familie zur Gleichaltrigengruppe"

Eine ganz entscheidende Einflußgröße für individuelles Handeln stellt das soziale Netz dar, in dem jemand agiert. Sowohl gesundheitsschädliche als auch gesundheitsförderli-

che Verhaltensweisen werden durch die Herkunftsfamilie wie auch durch Freunde und Bekannte in starkem Maße beeinflußt. Dabei spielt sowohl die Integration in die jeweilige Subgruppe, als auch qualitative und quantitave Aspekte sozialer Beziehungen eine Rolle (vgl. Schwarzer & Leppin, 1990). Im Bereich der Risikofaktoren liegen zahlreiche Untersuchungen zum sozialen Einfluß von Familie und Gleichaltrigen auf gesundheitschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen (Salomon et al. 1984; Santi et al. 1990; Bertrand et al. 1993; Santi et al. 1994), Alkoholkonsum (Kline & Canter, 1994) oder riskantes Sexualverhalten (Kirby, 1992; Seiffge-Krenke, 1994) vor.

In einer periodisch wiederkehrenden repräsentativen Fragebogenerhebung im Auftrag der WHO an über dreitausend österreichischen Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren konnte festgestellt werden, daß durch folgende Einflußfaktoren das Rauchen bei Jugendlichen in sehr hohem Ausmaß bestimmt wird: Schlechte Akzeptanz der Schulsituation, überdurchschnittlich viel Taschengeld, Eltern rauchen, geringe bis gestörte Kommunikation mit den Eltern, überdurchschnittlich viel Zeit wird mit Freunden verbracht (Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1995, S. 20 - 55). Diese Zusammenhänge gelten in ähnlicher, allerdings nicht ganz so ausgeprägter Art und Weise nicht nur für den Zigaretten- sondern auch für Alkoholkonsum. Vergleichbare Beziehungen lassen sich auch zum Medikamentenkonsum, zu ungesundem Ernährungsverhalten und Bildschirmkonsum feststellen. Dahinter läßt sich ein gemeinsames Element individueller Lebensgestaltung festmachen und ermöglicht in Form von Lebensstilbeschreibungen einen gewissen Grad an Zuordnung.

Die Aktiv-Passiv-Dimension spielt dabei eine wichtige Rolle. Gesundheitsschädigendes Verhalten wie Rauchen, Alkohol Trinken, ungesunde Ernährung und in eingeschränktem Umfang Medikamenteneinnahme und überdurchschnittlicher Fernseh- und Videokonsum ist der Passiv-Dimension zuzuordnen. Passivität und Rückzug entsteht häufig dann, wenn jemand sich in seiner unmittelbaren Umgebung (Schule, Freundeskreis, Familie) schlecht zurechtfindet und die eigenen Möglichkeiten des Agierens als gering eingestuft werden (externe Kontrollüberzeugungen). Andererseits ist die jugendliche Entwicklung gekennzeichnet durch das Bedürfnis nach erlebnisreicher Lebensgestaltung. So wird im gegenteiligen Extremfall Unzufriedenheit mit familiären oder schulischen Gegebenheiten durch besonders aktionsreiche und reizintensive Auslebensformen kompensiert.

Petermann, Müller, Kersch und Röhr (1997, S. 123 ff.) konnten in ihrer Untersuchung an Leipziger Schülern feststellen, daß zwischen spezifischen Formen der Freizeitgestaltung wie „volle Pulle Musik hören", „übermütig durch die Nachbarschaft ziehen" oder „austoben bei Pop- und Rockkonzerten" und intensivem Alkohol- und Tabakgebrauch ein deutlicher Zusammenhang besteht. Während die befragten 16jährigen, die sich als alkoholabstinent einstuften, in einem größeren Ausmaß Jugendklubs oder Sportstätten aufsuchten, bevorzugten „Vieltrinker" eher Kneipen, Spielhallen oder Discos zur Befriedigung von Geselligkeit und teilweise auch Gewalt.

Für Heranwachsende ist die Abnabelung vom Elternhaus und die Hinwendung zur Gruppe der Gleichaltrigen kennzeichnend. So ist es nicht verwunderlich, daß sowohl in der Freizeit als auch in der Schule die Integration bei den Mitschülern als wesentliche Komponente des Wohlbefindens angesehen wird. Bei einer repräsentativen Befragung an über fünftausend österreichischen Schülern im Alter zwischen 11 und 15 Jahren gaben knapp zwei Drittel an, gut in die Schule (Klasse) integriert zu sein, allerdings nimmt diese Einschätzung mit dem Alter ab, bezogen auf die Schultypen fühlten sich Gymnasiasten besser integriert als Hauptschüler (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 1997, S. 40). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Eder (1995, S. 66-69) aus einer Befragung an über viertausend Schülerinnen und Schülern aus ganz Österreich.

2.5 Lebenswelt Schule: nicht nur das Verhalten, auch die Verhältnisse beeinflussen die Gesundheit

Neben individuellen und sozialen Einflußfaktoren haben die strukturellen Bedingungen der Schule einen bedeutenden Einfluß auf gesundheitsförderliche bzw. -abträgliche Verhaltensweisen. So liegt die wöchentliche Arbeitszeit von Schülern weit jenseits einer 40-Stunden-Woche. Wöchtliche Zeitbeanspruchungen (Unterrichtsstunden, Wegaufwand, häusliche Arbeitszeit) von durchschnittlich fünfzig Stunden pro Woche in Hauptschule und gymnasialer Unterstufe und fünfzig bis sechzig Stunden in der Oberstufe bzw. in berufsbildenden mittleren und höheren Schulen sind Realität (Eder, 1995). Auch der Lebensraum Schule selbst wirkt sich auf subjektives Gesundheitsempfinden, Krankheitserfahrungen und auf Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten aus. In der WHO-Studie „Health Behaviour in School-Aged Children" an über fünftausend 11, 13 und 15jährigen österreichischen Schülern konnte ein enger Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitsgefühl und der Beurteilung der Leistung durch die Lehrer festgestellt werden. Je schlechter Schüler in ihrer schulischen Leistung von den Lehrern eingestuft werden, umso geringer ist ihr subjektives Gesundheitsgefühl. Je positiver hingegen das Schulklima (Wohlbefinden, Belastung, Integration, wahrgenommene Unterstützung durch Lehrer, Mitbestimmungsmöglichkeit) wahrgenommen wird, umso positiver wird auch die persönliche Gesundheit und die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben eingeschätzt. Im Bereich somatischer Befindlichkeitsstörungen klagen Schüler, die sich von der Schule sehr belastet fühlen, doppelt so oft über Rückenschmerzen wie nicht gestreßte Jugendliche. Ein ähnlicher Zusammenhang besteht bei der Häufigkeit von Bauch- und Kopfschmerzen. Eine weit verbreitete Befindlichkeitsbeeinträchtigung ist die morgendliche Müdigkeit. Wiederum besteht zwischen der Auftretenshäufigkeit und Setting-Variablen wie Schulleistung, dem Wohlbefinden in der Schule, dem Schulklima, der Beziehung zu Lehrern und Klassenkameraden ein deutlicher Zusammenhang. Auch die Neigung zu Nervosität steigt unter schlechten Schulbedingungen deutlich an. Unterdurchschnittliche Schüler neigen in vermehrtem Ausmaß zur Einnahme von Medikamenten gegen Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Nervosität. Die Zusammenhänge zwischen Häufigkeit des Zigaretten- und Alkoholkonsums und Wohlbefinden in der Schule, Integration, Qualität des Verhältnisses zu den Lehrern und des Klassenklimas konnten erneut bestätigt werden (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 1997).

3. Sozial-kognitives Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns oder „das Zusammenspiel der Einflußfaktoren"

In der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie findet man eine Vielzahl von Modellen, in denen kognitive, emotionale und soziale Einflußfaktoren zur Erklärung von Risiko- oder Gesundheitsverhalten herangezogen werden (vgl. Schwarzer, 1992). Für die schulische Gesundheitserziehung erweisen sich vor allem diejenigen Konstrukte als hilfreich, die bestimmte Kognitionen (Überzeugungen, Intentionen, Erwartungen) für die Handlungssteuerung zugrunde legen. (Schulisches) Lernen bedeutet in einem hohen Ausmaß die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen, wodurch wiederum Verhalten und Gefühle beeinflußt werden. Ausgehend von Erfahrungen und bisherigem Wissen werden neue Informationen, soweit sie für den einzelnen bedeutungsvoll sind, mit Erwartungen in Bezug auf Situationen, Handlungen, Ergebnissen und Folgen verknüpft. Erwartungen haben sich als sehr gute Prädiktoren für zukünftiges Verhalten im Gesundheitsbereich erwiesen. Handelt es sich beispielsweise um ein Risikoverhalten, werden Einschätzungen über Schweregrad und die Wahrscheinlichkeit einer persönlichen Gefährdung vorgenommen. Darüber hinaus wird überlegt, welche

Gegenmaßnahmen, Ressourcen zur Bewältigung und Alternativen zur Verfügung stehen. Insbesondere Überlegungen bezüglich der persönlichen Handlungskompetenz beeinflussen eine mögliche spätere Handlung. Auch soziale Erwartungen über Auffassungen und Reaktionen von Mitmenschen (Eltern, Freunde, Lehrer) werden berücksichtigt. Reift die Absicht, eine bestimmte Handlung auszuführen, werden Überlegungen zur Durchführung, zu den Ergebnissen und Folgen vorab angestellt. Auch während der Handlung selbst findet eine ständige gedankliche Kontrolle der Abläufe statt und im Anschluß eine Bewertung, welche wiederum Auswirkungen auf weitere Handlungsüberlegungen hat.

Im folgenden wird nun ein Handlungsmodell vorgestellt, das die weiter oben beschriebenen Faktoren berücksichtigt und in ein Ablaufschema bringt. In dem als sozial-kognitives Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns (Schwarzer, 1992, S. 65 ff.) bekannt gewordenen Konstrukt wird zwischen einer Phase der Intentionsbildung (Motivation) und einer Phase der Handlungsrealisierung (Volition) unterschieden (siehe Abb. 2).

Danach ist im Falle einer Risikokonstellation (Rauchen, AIDS etc.) die Wahrnehmung einer Bedrohung Voraussetzung für gesundheitsrelevantes Handeln. Dies löst eine selektive Suche nach Informationen über Einschätzungen der Risikohandlungen, über mögliche Folgen und Gegenmaßnahmen aus. Entsprechend den Vorerfahrungen werden diese Informationen selektiv aufgenommen und mögliche Szenarien gedanklich durchgespielt (Ergebniserwartung). Risikowahrnehmung und Ergebniserwartung bleiben allerdings wirkungslos, wenn die betroffene Person die eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen als gering einstuft.

Unter Einbeziehung persönlicher Ressourcen oder auch Barrieren wird eine Kosten-Nutzen Rechnung aufgestellt. Fällt das Ergebnis im gesundheitsförderlichen Sinne positiv aus, so entwickelt sich eine Handlungsintention. Daraufhin wird überlegt, welche konkreten Handlungsschritte angebracht sind und ob für deren Ausführung ausreichend Kompetenzen vorhanden sind. Es erfolgt der Übergang von der Handlungsintention zu einem konkreten Handlungsvorsatz (Volition). Volition wird dabei als Sammelbegriff für alle hand-

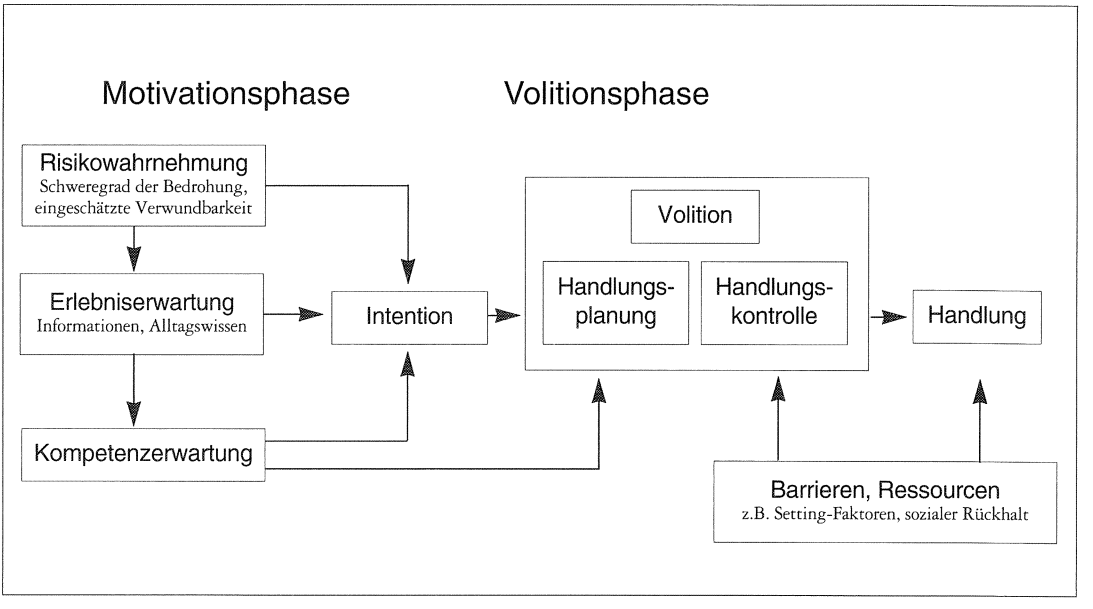

Abb. 2: Motivations- und Volitionsphase des sozial-kognitiven Prozeßmodells des Gesundheitsverhaltens, verändert nach Schwarzer (1992, S. 75).

lungsbezogenen Kognitionen direkt vor, während und nach einer Handlung verstanden und wird von der Motivationsphase abgegrenzt, die sich auf die Intentionsbildung beschränkt. Während der aktiven Phase der Handlungsdurchführung laufen ständig Ausführungskontrollen ab, und es treten Abschirmtendenzen gegenüber Einflüssen auf, die von der Handlung ablenken.
Nach Abschluß der Handlung wird diese bewertet, Erfolge und Mißerfolge werden registriert und interpretiert. Dabei spielen ähnlich wie bei der Kompetenzerwartung beispielsweise Kausalattributionen eine Rolle, d. h. ob ein Erfolg den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben wird (internal attribuiert) oder auf äußere Umstände oder Personen zurückgeführt wird (external, siehe dazu auch das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen, Greve & Krampen, 1991). Eine erfolgreiche Handlungsbewertung kann bereits wiederum der Beginn einer neuen Motivationsphase sein. Die Handlung selbst wird allerdings nicht nur von Kognitionen bestimmt, sondern auch von situativen Gegebenheiten, Barrieren, strukturellen Bedingungen, den tatsächlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten einer Person und ganz besonders von sozialen Einflüßen wie beispielsweise der Freundes- oder Gleichaltrigengruppe, die für ein bestimmtes Verhalten sowohl hinderlich als auch förderlich sein können.

3.1 Folgerungen für die schulische Gesundheitserziehung

3.1.1 Risiko-, Förderungswahrnehmung:

Dieses Modell wurde empirisch vorwiegend im Risikofaktorenbereich (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel etc.) auf seine Tauglichkeit überprüft. Übertragen auf das Gebiet der Gesundheitserziehung stellt sich bei Heranwachsenden beispielsweise der Aspekt der Bedrohung bzw. der Betroffenheit vielfach anders dar. Teils fehlen (noch) unmittelbare gesundheitliche Beeinträchtigungen und damit ein Leidensdruck oder die persönliche Verwundbarkeit wird völlig unterschätzt. Eine emotionale Beteiligung wird allerdings nicht nur durch furchterregende Inhalte, sondern auch durch das Hervorstreichen positiver Aspekte wie erhöhte Leistungsfähigkeit, bessere Integration in einer Gruppe, verbessertes Kommunikationsverhalten etc. erreicht. Deshalb wird in Abb. 3 neben der Risikowahrnehmung auch der Begriff der Förderungswahrnehmung eingeführt. Entscheidend ist, bei den Schülern für das jeweils gesundheitsrelevante Thema spezifische Kognitionen in bezug auf subjektive Betroffenheit und Entwicklungsmöglichkeiten auszulösen.

3.1.2 Ergebniserwartung

Eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitserziehung besteht darin, Informationen über Vor- und Nachteile bestimmter Verhaltensweisen zu liefern, alternative Handlungsmöglichkeiten anzubieten, ganz allgemein das Wissen um ein gesundheitsrelevantes Thema zu erweitern. Neben Faktenwissen ist es ganz entscheidend, das Alltagswissen, die subjektiven Theorien des einzelnen bei der Vermittlung zu berücksichtigen. So hat beispielsweise das Zigarettenrauchen für Heranwachsende meist eine funktionale Bedeutung (vgl. Franzkowiak, 1986; Nordlohne, 1992). Es geht darum, Unbekanntes auszuprobieren, imponieren zu wollen, erwachsen zu erscheinen, in einer Gruppe integriert zu sein. Die mit dem Zigarettenkonsum verbundenen Erwartungen müssen bekannt sein und in die unterrichtliche Arbeit auch Eingang finden. Schüler unterliegen vielfach auch Fehleinschätzungen. So wird der Anteil der Raucher unter Jugendlichen teilweise stark überschätzt. Diese Überschätzung liefert vielfach eine (vordergründige) Legitimierung für den eigenen Zigarettenkonsum (Weiglhofer, 1992).

3.1.3 Kompetenzerwartung

Da die Kompetenzerwartung einen wesentlichen Prädiktor für gesundheitsförderliches Verhalten darstellt, liefert deren Erfassung und Veränderung beispielsweise durch eine schulische Intervention einen wichtigen Nachweis über die Wirksamkeit einer derarti-

gen Maßnahme. Von R. Schwarzer und seinen Mitarbeitern wurde ein Fragebogeninstrument entwickelt, das sich sowohl bezüglich der Messung einer generalisierten Kompetenzerwartung als auch in Bereichen wie gesunde Ernährung, Reduktion des Zigarettenkonsums bei Erwachsenen, Ausübung sportlicher Aktivitäten, Kondombenutzung als zuverlässig erwiesen hat (Schwarzer, 1993, 1994a). Im schulischen Kontext kann das die Entwicklung allgemeiner Lebensfertigkeiten bedeuten (Selbstwertgefühl, Kontaktfähigkeit, Streßbewältigung etc.), aber auch, je nach gewähltem Thema, spezifische Kompetenzen wie den Aufbau eines argumentativen Repertoires gegen Zigarettenangebote oder verbessertes Prüfungsverhalten in einem bestimmten Unterrichtsgegenstand beinhalten. Auch der Faktor der schulischen Kompetenzerwartung spielt im Gesamtgefüge Gesundheit eine bedeutsame Rolle. Wenn ein Schüler davon überzeugt ist, bei entsprechender Anstrengung die schulischen Anforderungen erfüllen zu können oder bei Problemen Hilfestellung durch Lehrer erfährt, so werden damit möglicherweise Rückzugstendenzen oder die Entwicklung untauglicher Formen einer Problembewältigung, wie es der Suchtmittelkonsum vielfach darstellt, hintangehalten. Hierbei sind vielfach Kompetenzen angesprochen, die über die Möglichkeiten des einzelnen hinausgehen und die strukturellen Bedingungen in Schule und Freizeit betreffen, sei dies die Klassengröße, die Schulordnung, Spiel- und Kommunikationsmöglichkeit auf dem Schulareal außerhalb der Unterrichtszeit oder Spiel- und Sportplätze in der Wohnumgebung.

3.1.4 Intention - Volition

Den Abschluß der einleitenden Motivationsphase stellt die Herausbildung einer Handlungsabsicht dar, die in einem nächsten Schritt, der Volitionsphase, konkretisiert wird. Dieser Prozeß der Intentionsbildung bzw. der sich daran anschließende Prozeß der Volition, d. h. der Konkretisierung und Planung konkreter Handlungsschritte, ist derzeit weitgehend unerforscht. Was kann in der jeweiligen Altersgruppe als optimales Maß der Risikoeinschätzung angesehen werden und ab welcher Intensität treten Abwehrstrategien auf? Wie können Ergebnis- und Kompetenzerwartungen in der Form initiiert werden, daß Lust auf konkrete Umsetzung entsteht? Auf welche Weise werden persönliche Meinungen und Erfahrungen der Schüler aktiviert und in den Planungsprozeß eingebracht? Wie können die unterschiedlichen Erfahrungen gebündelt und einer gemeinsamen Bearbeitung zugeführt werden? Welche Mischung zwischen spezifischen Gesundheitsthemen und allgemeinen Lebensfertigkeiten ist in Hinblick auf die präventiven Effekte anzustreben? Die Faktoren der Risikoabwägung, der Ergebniserwartung und der Handlungskompetenz bauen in hohem Ausmaß auf individuelle Erfahrungen auf und können nur dann in eine Intentionsbildung und in weiterer Folge in konkrete handlungsorientierte Schüleraktivitäten münden, wenn der einzelne Schüler ausreichend Gelegenheit erhält, diese Erfahrungen zu aktivieren und im Klassenverband oder Kleingruppen auszutauschen. Besonders die Kleingruppe eignet sich, in diesem geschützten Rahmen persönliche Überlegungen offenzulegen.

3.1.5 Schülerhandeln

Über den Wissenserwerb hinausgehend ist es von entscheidender Bedeutung, konkrete Handlungsfelder im Unterrichtsverlauf zu eröffnen, die auch eine Relevanz außerhalb der Schule in der jeweiligen Lebenssituation der Schüler haben. Soll Wissen und Verhalten auch außerhalb der Schule umsetzbar sein, so muß es trainiert werden, um es in entsprechenden Situationen einsetzen zu können (Fußballspielen beispielsweise lernt man auch nur durch Mitmachen und nicht durch einen Vortrag darüber). Freilich darf dabei nicht übersehen werden, daß die Schule nicht „das Leben selbst" ist, der Charakter des „Probehandelns" also immer wieder zutage tritt. Dennoch bietet sich eine handlungsorientierte Unterrichtsgestaltung geradezu an, dieses sozial-kognitive Prozeßmodell in der Schule umzusetzen.

4. Verknüpfung des sozial-kognitiven Prozeßmodells gesundheitlichen Handelns mit dem Konzept des handlungsorientierten Unterrichts

Vorbereitungsphase → Einstiegsphase → Erarbeitungsphase → Auswertungsphase

Das sozial-kognitive Prozeßmodell des Gesundheitsverhaltens soll nun mit dem Unterrichtskonzept des handlungsorientierten Unterrichts (vgl. Meyer, H. 1987; Gudjons, H. 1994; Bauer, H. 1996) verknüpft werden. Die entscheidende Frage ist dabei: gelingt es, bei den Schülern für gesundheitsrelevante Themen spezifische Kognitionen in bezug auf subjektive Betroffenheit und Relevanz, wesentliche Inhalte, Lösungsmöglichkeiten und Fähigkeiten der Umsetzung zu entwickeln. Die Handlungsorientierung erweist sich in diesem Zusammenhang als eine ganz wesentliche Komponente. Nach H. Meyer (1987, S. 402 ff.) zeichnet sich der handlungsorientierte Unterricht durch ein ausgewogenes Verhältnis von Kopf- und Handarbeit der Schüler aus. Unterricht sollte so oft wie möglich zu Handlungsprodukten kommen, die augenblicklich und auch später noch für den Schüler Gebrauchswert haben. Meyer unterscheidet in seinem Planungsraster folgende Phasen des handlungsorientierten Unterrichts:

Im folgenden werden nun die beiden Prozeßmodelle aufeinander abgestimmt und ein kombiniertes Schema auf individueller und unterrichtlicher Ebene dargestellt (siehe Abb. 3). Durch die Berücksichtigung individueller Handlungsverläufe kann die Motivation für Unterrichtsprozesse besser gesteuert und auch erhöht werden. Entscheidende Bedeutung für den weiteren Verlauf des Unterrichtsgeschehens kommt dabei der Einstiegsphase zu, in der auf individueller Ebene die motivationalen Strukturen (Emotionen, Erwartungen im Wissens- und Kompetenzbereich) aufgebaut werden. In der Einstiegsphase werden die Weichen für die Konkretisierung und Umsetzung eines Themas in der Erarbeitungs- und Auswertungsphase gestellt. In der Erarbeitungs- und auch Auswertungsphase wird das Augenmerk neben der Aufrechterhaltung der Motivation vor allem auf das Bereitstellen von Ressourcen und auf das Überwinden von Hindernissen bei der Umsetzung zu legen sein.

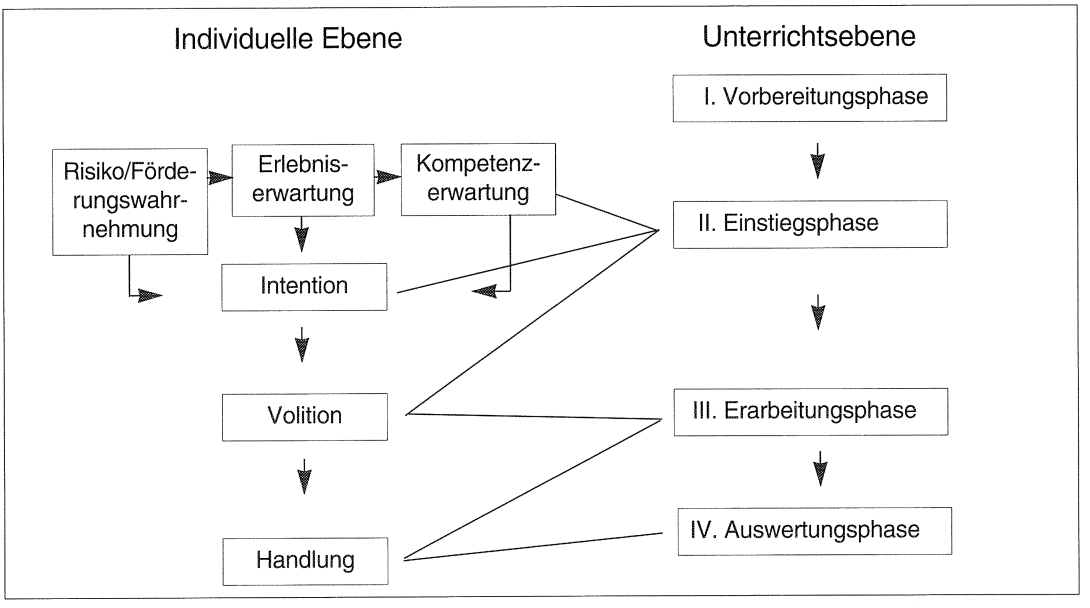

Abb. 3: Verknüpfung des handlungsorientierten Unterrichts mit dem Modell des sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltens.

4.1 Vorbereitungsphase

Lehrer und Schüler verständigen sich prinzipiell darüber, über ein bestimmtes gesundheitsrelevantes Thema arbeiten zu wollen. Die Möglichkeit der Mitbestimmung der Schüler stellt dabei ein wesentliches motivationsförderndes Element dar. Seitens des Lehrers werden fachwissenschaftliche, curriculare und organisatorische Vorgaben geklärt, Lernvoraussetzungen und Interessen der Schüler erkundet, Arbeitsmaterialien für den Einstieg entwickelt und gesammelt und Lehrziele formuliert. Eine „Programmvorschau einige Tage zuvor soll den Schülern eine Einstimmung auf das Thema ermöglichen und für den Lehrer Rückmeldungen für die Formulierung von Hypothesen über Handlungsziele der Schüler bringen.

4.2 Einstiegsphase

Den Schülern werden Unterrichtszugänge eröffnet und eine erste Orientierung und Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglicht. In der Einstiegsphase treffen die Vorgaben des Lehrers auf die Ideen, Erfahrungen und Interessen der Schüler. Bezogen auf gesundheitliches Verhalten werden Risiken und die Größe der persönlichen Bedrohung eingeschätzt, bei gesundheitsförderlichen Themen die Vorteile eines bestimmten Verhaltens abgewogen. Damit sind wir gleichzeitig beim ersten Parameter unseres Prozeßmodells auf der individuellen Ebene, der Risiko-, Förderungswahrnehmung. Sich mit einem gesundheitsrelevanten Thema auseinandersetzen heißt auch, Überlegungen anzustellen, welche Vor- und Nachteile dieses Verhalten bringt, welche alternativen Handlungsmöglichkeiten es gibt; nach dem Verlaufsschema auf individueller Ebene befinden wir uns dabei beim Faktor Ergebniserwartung. Lösungsvorschläge werden bedacht, neue Informationen zum bestehenden Wissen in Beziehung gesetzt, eigene Kompetenzen und Fähigkeiten ausgelotet (Kompetenzerwartung). Nachdem ein gewisser Überblick vorhanden ist, werden Ideen für den weiteren Unterrichtsgang entwickelt, Interessen erkundet, Kompromisse geschlossen und letztlich konkrete Themenfelder zusammengestellt. Das Thema wird zunehmend klarer erfaßt, allgemeine Intentionen werden in konkrete Handlungspläne übergeführt. Im individuellen Ablauf vollzieht sich der Übergang von der Stufe der Intention auf die der Volition, geht die Einstiegsphase in die Erarbeitungsphase über.

Die konkrete Umsetzung in der Erarbeitungsphase kann erst begonnen werden, wenn in der Einstiegsphase die Lehrziele und Schülervorstellungen aufeinander abgestimmt, die weitere Vorgangsweise geplant und mit den Schülern Handlungsergebnisse vereinbart worden sind. In diesen Prozeß der Planung wird leider meistens viel zu wenig investiert, da in unserem Schulsystem fast ausschließlich die Lehrenden über Inhalt und methodische Umsetzung entscheiden. Inhalte, die sich in Handlungen niederschlagen sollen, bedürfen jedoch in einem viel höherem Ausmaß der Identifikation und Zustimmung der Lernenden als dies bei Inhalten ohne konkrete Handlungsrelevanz der Fall ist. Dieser einleitende Prozeß des Auswählens, des Abwägens von Alternativen kann nur in Gang gebracht werden, wenn von einem großen Teil der Schüler einer Klasse dem Thema gegenüber eine prinzipielle Aufgeschlossenheit besteht und im Laufe der Entwicklung des Themas auch tatsächlich Wahlmöglichkeiten vorhanden sind.

4.3 Erarbeitungsphase

In der Erarbeitungsphase arbeiten Lehrer und Schüler meist in Gruppen an den gestellten bzw. ausgewählten Aufgaben. Hierbei ist eine sorgfältige Arbeitsplanung unumgänglich, da sich diese Tätigkeit meist über mehrere Unterrichtseinheiten erstreckt und vielfach auch Aktivitäten außerhalb des Klassenzimmers einschließt. Im Zuge dieser konkreten Ausführungsvorsätze gewinnt zunehmend die Kompetenzerwartung an Bedeutung. Welche Aspekte des Themas sind für mich (für uns als Gruppe) relevant? Wie kann (können) ich (wir) sie konkret umsetzen? Habe(n) ich (wir)

die dazu nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten? Der Horizont der Gesamtthematik wird eingeengt auf konkrete Handlungsvorsätze, die sich aus den situativen Gegebenheiten einer Schulklasse entwickelt haben. Aktivitäten werden geplant, dazu erforderliche Ressourcen geprüft, Hindernisse bedacht und anschließend diese Vorsätze durchgeführt. Während des Handlungsvollzugs erfolgt eine ständige Bewertung und es kann durchaus vorkommen, daß ursprünglich fixierte Intentionen verändert bzw. der Realität angepaßt werden, d. h. die Handlung als Auslöser für eine neuerliche Intentionsbildung fungiert.
Die im folgenden angeführten Beispiele sind der Thematik „Zigarettenkonsum" entnommen und auf Schülerinnen und Schüler der fünften und sechsten Jahrgangsstufe bezogen. Wie bereits angeführt, begünstigen folgende Faktoren den Griff zur Zigarette: Familiäres Rauchverhalten, geringe bis gestörte Kommunikation mit den Eltern, rauchende Freunde, konsumorientierte Freizeitgestaltung, schlechte Akzeptanz der Schulsituation. Mit diesen Themenfeldern sollen sich die Schüler in der Einstiegsphase auseinandersetzen und zusammen mit dem Lehrer Ideen für die Umsetzung in der Erarbeitungsphase entwickeln. Mögliche Bearbeitungsfelder könnten wie folgt formuliert werden:

Themenspezifische Bereiche (vgl. Weiglhofer & Erlacher, 1990):

- Eltern werden über ihr (Nicht)Raucherverhalten befragt:
  Begründungen für (Nicht)Rauchen sollen angeführt werden, und sie erzählen von der Zeit, als sie so alt waren wie ihre Kinder jetzt, wie sie damals über Zigaretten gedacht haben. Die Antworten werden gesammelt, in der Kleingruppe besprochen, die persönlichen Meinungen dazu eingebracht, dokumentiert und in der Gesamtklasse ausgetauscht.
- Wie kann ich Zigarettenangebote ablehnen?
  Entwickeln von Argumenten, selbstbewußtem Auftreten, Umsetzung in Situationsspielen.
- Meine besten Gründe, warum ich nicht rauche:
  Jeder Schüler wählt die für ihn passendsten Begründungen aus und stellt sie der Klasse vor.
- Auswirkungen des Zigarettenrauches auf den Körper und Durchführung einfacher Experimente dazu (Taschentuchversuch, Auswirkungen auf Puls, Hauttemperatur...)
- Botschaften der Zigarettenwerbung analysieren und Nichtraucher-Werbung entwickeln

Kommunikation mit den Eltern:

- Wie sag ich's meinen Eltern?
  Unangenehmes wie Versagen bei Prüfungen, Verlust oder Beschädigung von Gegenständen etc. wird in der Kleingruppe besprochen, ein Rollenspiel oder Sketch daraus entwickelt und am Elternabend vorgespielt.
- Wie kann ich zeigen, daß ich kein kleines Kind mehr bin?
  Übernahme von Aufgaben, Selbständigkeit, Leistungen. Ein Brief an die Eltern wird verfaßt.

Freunde:

- Wie erlange ich die Anerkennung/Akzeptanz meiner Freunde?
  Persönliche Stärken einbringen, Imponiergehabe, Hilfsbereitschaft...
  Schüler sammeln und bewerten die einzelnen Vorschläge
- Wobei mache ich mit - wobei nicht? Bewußte Entscheidungen treffen:
  Auf Kärtchen werden Entscheidungssituationen dargestellt (mitspielen lassen, Einkäufe, Alkohol trinken...). Schüler geben dazu ihre Entscheidung ab und begründen sie.

Schulsituation:

- Wir machen ein Schularbeiten/Prüfungen-Anti-Angst-Training:
  Über eigenes Befinden sprechen, Wünsche, Bedürfnisse thematisieren, Ziele formulieren, Bewältigungsverhalten entwickeln (Bewegung, Entspannung, Atmung, kognitive Umdeutung, positive Selbstinstruktion...) und in Realsituationen einsetzen
- Brief an meinen Klassenlehrer:
  An meinem Lehrer nehme ich wahr..., schätze ich..., erwarte ich mir Hilfe..., am Unterricht gefällt mir (nicht)....
- Das Klassenzimmer wird unser „Wohnraum":
  Möbel, Kästen, Ruheecke, Pflanzen...

Freizeitgestaltung:

- Wir organisieren eine „Freizeit-Börse":
  Ideen und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung werden gesammelt und ausgetauscht, Ressourcen in der Wohn- und Schulumgebung erforscht.

4.4 Auswertungsphase

In der Auswertungsphase werden die Arbeitsergebnisse im Klassenplenum vorgestellt, vorgespielt oder in eine Klassendiskussion eingebracht. Expertenwissen, das in der Kleingruppe erworben wurde, wird an die Mitschüler weitergegeben. Bezüglich der Effektivität, Glaubwürdigkeit und Kompetenz von Gleichaltrigen oder etwas älteren Schülern, welche nach einer entsprechenden Einschulung Vermittlungs- und Anleitungsaufgaben übernehmen, liegen durchaus ermutigende Ergebnisse vor (vgl. Murray, Richards, Luepker & Johnson, 1987; Telch, Miller, Killen, Cooke & Maccoby, 1990; Logan, 1991; Weiglhofer, 1992; Komro, Perry, Veblen-Mortenson & Williams, 1994; Fabiano 1994). Eine zusätzliche Aufwertung erhalten diese Aktivitäten, wenn sie über das Klassenzimmer hinausgehend, in Form von (Rollen)Spielen, Plakaten, Fotoausstellungen, Videofilmen u.ä. bei Elternabenden, Schulfesten oder Projekttagen bekannt gemacht werden.

Über die zeitliche Erstreckung wirksamer unterrichtlicher Präventionsarbeit liegen unterschiedliche Ergebnisse vor (Silvestri & Flay, 1989; Perry, Klepp & Sillers, 1989; Botvin/Baker, 1990). Wird, wie hier vorgestellt, ein umfassender Ansatz verfolgt, so ist ein zeitlicher Rahmen von zumindest zwanzig Stunden realistisch. Um den jeweiligen Fachunterricht in zeitlicher und personaler Hinsicht dadurch nicht allzusehr zu belasten, ist ein fachübergreifendes Vorgehen unumgänglich. Da sich Einstellungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen über lange Zeiträume entwickeln und auch verändern, ist es allerdings mit Einmalaktionen nicht getan. Bezogen auf Zigarettenkonsum würde das beispielsweise bedeuten: Nach einem ersten themenpezifischen Einstieg in der Orientierungsstufe (Experimentierphase) sollten Auffrischungseinheiten („booster sessions", vgl. Flay & Ryan, 1985; Brink & Simons-Morton, 1988) bei 14-15jährigen (Phase der Gewöhnung an die Zigarette) und 17-18jährigen (teilweise bereits Reduktionsphase) anschließen.

In diesem Prozeß der Motivierung für das Thema, der inhaltlichen Vorgaben, der Projektbegleitung ist die Rolle des Lehrers naturgemäß eine ganz wesentliche. Dabei stellt sich nun die Frage, welche Parameter Initiativen von Lehrern Themen der Gesundheitsförderung gegenüber fördern und welche hinderlich sind. Derzeit ist uns wenig bekannt, ob diesbezügliche individuelle, gruppenspezifische oder strukturelle Merkmale existieren. Bezogen auf den Einsatz gesundheitsförderlicher Curricula dürfte ein wesentlicher Faktor ein vorbereitendes Lehrertraining und auch die Existenz eines Schulkoordinators für Fragen der Gesundheitserziehung sein (Smith, McCormick, Steckler & McLeroy, 1993). All-

gemein als hinderlich für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Ideen in einer handlungsorientierten Form können die gering ausgeprägten Managementstrukturen (Informationsfluß, Enscheidungseinbindung, Schulentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit etc.) von Schulen angesehen werden, weiters Informations- und Kommunikationsprobleme von Lehrern untereinander, vor allem an großen Schulen, Polarisierungstendenzen im Lehrkörper, eine gering ausgeprägte Schulpartnerschaft (Lehrer/Eltern/Schüler/ Öffentlichkeit) und eine unzureichende budgetäre und räumliche Ausstattung von Schulen (Kern, Rasky & Noack, 1995).

Literatur:

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), Action control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.

Arbeitskreis Prävention Mainz (Hg.) (1995). Life-Skills - was ist das? Mainz: P. Sabo.

Bauer, H. (1996). Handlungsorientiert unterrichten - aber wie? Ein Leitfaden zur Einführung des handlungsorientierten Unterrichts. Neusäß: Kieser.

Becker, M. H. (Ed.), (1974). The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NY: Slack.

Bengel, J. (1991). AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 40, 356-362.

Bertrand, L. D., & Abernathy, T. J. (1993). Predicting cigarette smoking among adolescents. Using cross-sectional and longitudinal approaches. Journal of School Health, 63 (2), 98-102.

Botvin, G. J., & Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In R. H. Price et al. (Eds.), Fourteen ounces of prevention (S. 98-110). Washington: Hemisphere.

Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., & Kerner, J. (1989). A skill training approach to smoking prevention among Hispanic youth. Journal of Behavioral Medicine, 12 (3), 279-296.

Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. D., & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. Addictive Behaviors, 15 (1), 47-63.

Botvin, G. J., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3year study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (4), 437-446.

Brink,S. G., & Simons-Morton, D. G. (1988). Developing comprehensive smoking control programs in school. Journal of School Health, 58 (5), 177-180.

Brumby, M., Garrard, J, & Auman, J. (1985). Student's perceptions of the concept of health. European Journal of Science Education, 7 (3), 307-323.

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (1995). Gesundheitsverhalten als Lebensstil. Wien: Eigenverlag.

Eder, F. (1995). Das Befinden von Schülerinnen und Schülern in öffentlichen Schulen. Innsbruck u. a.: Studien Verlag.

Elias, M. J., Kress, J. S., Gager, P. J., & Hancock, M. E. (1994). Adolescent health promotion and risk reduction: cementing the social contract between pediatricians and the school. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 71 (1), 87-110.

Eschenhagen, D., Kattmann, U., & Rodi, D. (1993). Fachdidaktik Biologie. 2. Aufl., Köln: Aulis.

Fabiano, P. M. (1994). From personal health into community action: Another step forward in peer health education. Journal of American College Health, 43 (3), 115-121.

Festinger, L. (1957). Theory of Cognitive Dissonance. Stanford: University Press. Deutsche Ausgabe M. Irle, & V. Möntmann (1978). Leon Festinger: Theorie der Kognitiven Dissonanz. Bern u. a.: Huber.

Flay,B. R., & Ryan,K. B. (1985). Are social-psychological smoking prevention programs effective? The Waterloo Study. Journal of Behavioral Medicine, 8 (1), 37-59.

Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1983). Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheitserziehung, Forschung und Politik. International Journal of Health Education, 1, 30-40.

Franzkowiak, P. (1986). Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen. Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen. Berlin u. a.: Springer.

Gamsjäger, E. (1994). Burnout: eine empirische Studie über das Ausbrennen der HauptschullehrerInnen im Bundsland Sazburg unter Berücksichtigung situativer Variablen in Abhängigkeit zu Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsstrategien. Salzburg: Univ., Diss.

Gniech, G., & Grabitz, H. J. (1984). Freiheitseinengung und psychologische Reaktanz. In D. Frey & M. Irle (Hg.), Theorien der Sozialpsychologie. (Band I, S. 48-73). Bern u. a.: Huber.

Greve, W., & Krampen, G. (1991). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten. In J. Haisch & H. P. Zeitler, Gesundheitspsychologie (S. 223-241). Heidelberg: Asanger.

Gropengießer, I., & Gropengießer, H. (1985). Gesunde Schule. Unterricht Biologie, 9 (106), 4-14.

Gudjons, H. (1994). Handlungsorientiert lehren und lernen: Schüleraktivierung - Selbsttätigkeit - Projektarbeit. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

Hedewig, R. (1990). Drogenprävention und Erziehung zur Genußfähigkeit. Friedrich Jahresheft, VIII, 121-125.

Holler-Nowitzki, B. (1994). Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter: schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streßreaktionen. Weinheim: Juventa.

Horn, F., & Wolff, H. (1991). Gesundheit - Vorstellungen Jugendlicher und Hinweise für die Unterrichtsgestaltung. Unveröffentlichtes Manuskript.

Hörmann, G. (1986). Perspektiven der Gesundheitserziehung. Pädagogische Rundschau, 40 (4), 465-486.

Hurrelmann, K. (1990). Familienstreß - Schulstreß - Freizeitstreß. Weinheim u. a.: Beltz.

Hyland, M., & Birrell, J. (1979). Government Health Warnings and the "Boomerang" Effect. Psychological Reports, 44 (1), 643-647.

Kern, R., Rasky, R., & Noack, R. H. (1995). Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Forschungsbericht 95/1 aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.

Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. Journal of School Health, 62 (7), 280-287.

Kline, R. B., & Canter, W. A. (1994). Can educational programs affect teenage drinking? A multivariate perspective. Journal of Drug Education, 24 (2), 139-149.

Kolip, P. (1994). „Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle." Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Männer und Frauen. In P. Kolip (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden (S. 139-159). Weinheim u. a.: Juventa.

Komro, K. A., Perry, C. L., Veblen-Mortenson, S., & Williams, C. L. (1994). Peer participation in project Northland: A community-wide alcohol use prevention project. Journal of School Health, 64 (8), 318-322.

Lechner, F., Reiter, W., Riesenfelder, A., Mitschka, R., Fischer, A., & Schaarschmidt, U. (1995). Das Befinden von Lehrerinnen und Lehrern an österreichischen Schulen. Forschungsbericht im Auftrag des BMUK. Innsbruck u. a.: Studienverlag.

Leppin, A., Hurrelmann, K., & Freitag, M. (1994). Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer. Zeitschrift für Pädagogik, 40 (6), 871-889.

Logan, B. N. (1991). Adolescent substance abuse prevention: An overview of the literature. Family & Community Health, 14 (1), 25-36.

Lohaus, A. (1990). Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21 (1), 76-87.

Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hg.) (1997). hbsc/2: Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. Endbericht. Wien: Eigenverlag.

Meyer, H. (1987). UnterrichtsMethoden. 2. Praxisband. Frankfurt a. M.: Scriptor.

Millstein, S. G., & Irwin, Jr., C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? Health Psychology, 6, 515-524.

Murray, D. M., Richards, P. S., Luepker, R. V., & Johnson, C. A. (1987). The prevention of cigarette smoking in children: Two- and three-year follow-up comparison of four prevention strategies. Journal of Behavioral Medicine, 10 (6), 595-611.

Nordlohne, E. (1992). Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter. Weinheim u. a.: Juventa.

Nordlohne, E., & Kolip, P. (1994). Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17jähriger Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung. In P. Kolip (Hg.), Lebenslust und Wohlbefinden (S. 121-138). Weinheim u. a.: Juventa.

Perry, C. L., Klepp, K. I., & Sillers, C. (1989). Community-wide strategies for cardiovascular health: the Minnesota Heart Health Youth Program. Health Education Research, 4 (1), 87-101.

Petermann, H., Müller, H., Kersch, B., & Röhr, M. (1997). Erwachsen werden ohne Drogen. Weinheim u. a.: Juventa.

Priebe, P., Israel, G., & Hurrelmann, K. (1993). Gesunde Schule. Weinheim u. a.: Beltz.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology, 91, 93-114.

Rudow, B. (1994). Die Arbeit des Lehrers. Bern u. a.: Huber.

Rundall, T. G., & Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. Health Education Quarterly, 15 (3), 317-334.

Salomon, G., Stein, Y., Eisenberg, S., & Klein, L. (1984). Adolescent smokers and nonsmokers: Profiles and their changing structure. Preventive Medicine, 13, 446-461.

Santi, S., Best, J. K., Brown, K. S., & Cargo, M. (1990). Social environment and smoking initiation. The International Journal of the Addictions, 25 (7-8), 881-903.

Santi, S. M., Cargo, M., Brown, K. S., Best, J. A., & Cameron, R. (1994). Dispositional risk factors for smoking-stage transitions: A social influences program as an effect modifier. Addictive Behaviors, 19 (3), 269-285.

Schaefer, G. (1987). Der Biologie-Lehrer als Gesundheitserzieher. Eine programmatische Synopse.Publikation Nr. 8 des Verbandes Deutscher Biologen e. V.

Schützwohl, M., & Schulz-Kindermann, F. (1991). AIDS-Prävention: Kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS und Verhaltensänderung. Das Öffentliche Gesundheitswesen, 53 (4), 167-174.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Metaanalyse. Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Schwarzer, R. (1993). Measurement of Perceived Self-Efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin: Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.

Schwarzer, R. (1994).Volitionstheorie der Gesundheitserziehung. Zeitschrift für Pädagogik, 40 (6), 907-922.

Schwarzer, R. (1994a). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica, 40 (2), 105-123.

Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Silvestri, B., & Flay, B. R. (1989). Smoking education: Comparison of practice and state of the art. Preventive Medicine, 18 (2), 257-266.

Smith, D. W., McCormick, L. K., Steckler, A. B., & McLeroy, K. R. (1993). Teachers' use of health curricula: Implementation of growing healthy, Project SMART, and the teenage health teaching modules. Journal of School Health, 63 (8), 349-354.

Staeck, L. (1990). Gesundheitserziehung heute: Überwindung traditioneller Konzepte. Friedrich Jahresheft, VIII, 25-29.

Staeck, L. (1995). Zeitgemäßer Biologieunterricht: eine Didaktik. Düsseldorf: Cornelsen.

Telch, M. J., Miller, L. M., Killen, J. D., Cooke, S., & Maccoby, N. (1990). Social influences approach to smoking prevention: The effects of videotape delivery with and without same-age peer leader participation. Addictive Behaviors, 15 (1), 21-28.

Troschke, J.v. (1990). Rauchen in der Jugend und seine Folgen - Strategien der Verhütung. Sozialpädiatrie, 12 (9), 636-642.

Weiglhofer, H., & Erlacher, I. (1990). Materialien zum Thema Rauchen. Für den Unterricht ab der achten Schulstufe. Wien: Bundeskanzleramt, Sektion Volksgesundheit.

Weiglhofer, H. (1992). Bericht an das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz über die Begleiterhebung zu den Unterrichtsmaterialien zum Thema Rauchen. Salzburg: Unveröffentlichter Bericht.

Weiglhofer, H. (1994). Bericht an das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz über die Begleiterhebung zu den Unterrichtsmaterialien zum Thema AIDS. Salzburg: Unveröffentlichter Bericht.

Weiglhofer, H. (1994). Wie müssen Medien konzipiert sein, um einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten zu können? Medien-Impulse, 2 (1), 39-42.

Dr. Hubert Weiglhofer ist Bundeslehrer im Universitätsdienst am Institut für Didaktik der Naturwissenschaften an der Universität Salzburg.

Dr. Hubert Weiglhofer
Institut für Didaktik der Naturwissenschaften
Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34
A-5020 Salzburg
e-mail: Hubert.Weiglhofer@sgb.ac.at