

Gibt es Evidenz dafür, dass schulische Gesundheitsförderung zur Gesundheitsverbesserung oder Krankheitsprävention beiträgt? Insbesondere: Wie effektiv ist das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“?

März 2006



Inhaltsangabe

Dieser Überblicksbericht des HEN (Health Evidence Network) versucht die Effektivität schulischer Gesundheitsförderung und insbesondere des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“ zu belegen.

Diese Zusammenstellung von Metastudien deckt die Bereiche seelische / psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung, Bewegung, Substanzenge- und missbrauch, schulischer Fahrunterricht und Interventionen durch Peers ab. Der Bericht zeigt, dass Programme zu unterschiedlichen Themen unterschiedlich effektiv sind. Schulische Programme zur Förderung seelischer / psychischer Gesundheit, gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung gehören zu den effektivsten, wohingegen Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch und Selbstmord zu den unwirksamsten schulischen Gesundheitsförderungsprogrammen gehören.

HEN, initiiert und koordiniert vom WHO-Regionalbüro für Europa, ist ein Informationsdienst für Entscheidungsträger/innen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und des Gesundheitswesens in den Staaten von WHO-Europa. Aber auch andere Interessierte können von HEN profitieren.

Dieser HEN-Bericht ist eine Auftragsarbeit, für deren Inhalte die Autor/inn/en verantwortlich zeichnen. Der Bericht repräsentiert daher nicht notwendiger Weise den offiziellen Standpunkt der WHO Europa. Die enthaltenen Analysen wurden, koordiniert vom HEN-Team, einer internationalen Überprüfung unterzogen.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006:

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? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, accessed December 20, 2006).

The translators of this publication are responsible for the accuracy of the translation:

Christina Dietscher, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie; Jennifer Blaak

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa sind an das Referat Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

© World Health Organization 2006

© Für die deutschsprachige Fassung: Fonds Gesundes Österreich 2007

ZUSAMMENFASSUNG.....	4
DAS THEMA	4
ERGEBNISSE.....	4
EMPFEHLUNGEN FÜR ENTSCHEIDUNGSTRÄGER/INNEN	4
EINBEZOGENE METASTUDIEN	5
MITWIRKENDE	6
EINLEITUNG	7
SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	7
„GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULEN“	7
PROBLEMSTELLUNG	8
VERWENDETE STUDIEN	8
ERGEBNISSE	9
METASTUDIEN ZUR SCHULISCHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	9
FÖRDERUNG SEELISCHER / PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND PRÄVENTION PSYCHISCHER	
ERKRANKUNGEN	10
PRÄVENTION VON SUBSTANZENMISSBRAUCH	12
FÖRDERUNG GESUNDER ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG.....	13
SONSTIGE THEMEN	13
GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULEN	14
DISKUSSION	15
FEHLENDE EVIDENZ	15
WIDERSPRÜCHLICHE EVIDENZ.....	15
GESCHLECHTS- UND ALTERSSPEZIFISCHE ERGEBNISSE	15
KOSTENEFFEKTIVITÄT.....	16
AUSSAGEKRAFT DER EVIDENZ.....	16
FORSCHUNGSANSÄTZE UND IHRE EIGNUNG FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	17
SCHLUSSFOLGERUNGEN	18
SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	18
GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULEN	19
VERALLGEMEINERBARKEIT DER ERGEBNISSE	19
EMPFEHLUNGEN FÜR ENTSCHEIDUNGSTRÄGER/INNEN	19
ANHANG 1: METHODIK UND DEFINITION ZENTRALER BEGRIFFE	21
EINSCHLUSSKRITERIEN	21
AUSSCHLUSSKRITERIEN	21
DEFINITION VON SCHULE	21
DEFINITION SCHULISCHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	22
DEFINITION DER INITIATIVE „GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULE“	22
ANHANG 2: ANGABEN ZU DEN EINBEZOGENEN METASTUDIEN.....	23
LITERATUR	26

Zusammenfassung

Das Thema

Schulische Gesundheitsförderung hat sich, basierend auf umfassenden Erkenntnissen aus Forschung und Praxis, während der letzten 50 Jahre parallel zur Gesundheitsförderung in anderen Settings etabliert. In den 1990er Jahren entwickelte die WHO in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und dem Europarat das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“. Es handelt sich dabei um einen multifaktoriellen Ansatz, der die Vermittlung von Gesundheitswissen und -fähigkeiten im Rahmen des Unterrichts, die Entwicklung der Schule als soziales und materielles Umfeld und die Beziehungen der Schule zu ihrer Gemeinde umfasst. Dieser Forschungsbericht untersucht die Effektivität schulischer Gesundheitsförderung und insbesondere des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“. Der vorliegende Bericht baut auf die letzte umfassende Zusammenstellung von Metastudien in diesem Bereich auf, die 1997 veröffentlicht wurde.

Ergebnisse

Der vorliegende Bericht ist eine Zusammenstellung der Ergebnisse qualitativ hochwertiger, systematischer Metastudien, die sich auf seelische / psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung, Bewegung, Substanzenmissbrauch, schulischen Fahrunterricht und Peer-Ansätze der Gesundheitsförderung beziehen.

Metastudien zu Programmen der Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit in der Schule (einschließlich von Programmen zur Prävention von Gewalt und aggressivem Verhalten) zeigen, dass diese Programme zu den erfolgreichsten im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung gehören. Unter den erfolgreichen Programmen sind wiederum jene, die die ganze Schule einbeziehen und die von langer Dauer und hoher Intensität sind, am effektivsten. Neue Metastudien zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung bestätigten eine frühere Metastudie, wonach multifaktorielle Interventionen, insbesondere solche, die auch Veränderungen in der Schulumgebung beinhalten, effektiv sind. Vier neue Metastudien über Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch bestätigen frühere Ergebnisse, wonach diese Programme relativ ineffektiv sind. Programme zur Prävention von Selbstmord konnten Selbstmordwahrscheinlichkeit, Depressionen, Stress und Wut reduzieren, aber weniger mächtige Studien lassen einen potenziell schädlichen Effekt auf männliche Jugendliche vermuten. In einigen (aber nicht allen) Studien hat sich Gesundheitsförderung durch Peers im Vergleich zu von Lehrer/inn/en angeleitete Interventionen als effektiver erwiesen, und diese Ansätze wurden von den beteiligten Jugendlichen hoch geschätzt.

Eine systematische Studie, welche die Gesundheitsergebnisse von Programmen evaluierte, die Elemente des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“ verwendeten, bezog auch kleinere Studien von variablem Niveau mit ein. Es wurden deutliche positive Auswirkungen auf die Schule als soziales und materielles Umfeld festgestellt, und manche Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die Programme einen positiven Einfluss auf gesundheitsrelevantes Verhalten (Ernährung, Bewegung) hatten. Keine der analysierten Studien behandelte die Kosten-Effektivität der Programme oder Interventionen.

Empfehlungen für Entscheidungsträger/innen

Schulische Gesundheitsförderung kann die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern verbessern. Programme zur Förderung seelischer / psychischer Gesundheit, gesunder Ernährung und Bewegung gehören zu den effektivsten. Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch haben sich als ineffektiv erwiesen und sollten eventuell in umfassendere Ansätze zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit integriert werden. Programme zur Selbstmordprävention können zwar die Selbstmordwahrscheinlichkeit reduzieren, aber eine mögliche schädliche Wirkung auf männliche Ju-

gendliche sollte berücksichtigt werden. Auch wenn Programme, die auf Gesundheitsförderung durch Peers basieren, von den Jugendlichen hoch geschätzt werden, ist ihre Effektivität nicht eindeutig bewiesen.

Es gibt Evidenz für einige zentrale Bestandteile des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“ – demnach sollten Programme langfristig und multifaktoriell angelegt sein, die ganze Schule umfassen und angemessene Wissensvermittlung beinhalten. Allerdings ist die Evidenz für viele Faktoren, die zu einem erfolgreichen Gesundheitsförderungsprogramm beitragen, mangelhaft, ebenso wie die Evidenz für das Gesamtkonzept „Gesundheitsfördernde Schule“. Eine ganzheitliche Evaluation der entsprechenden Programme in ihren lokalen Settings wäre notwendig.

Einbezogene Metastudien

Der vorliegende Bericht basiert auf systematischen Metastudien, die wiederum auf Kontrollstudien zu Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung beruhen. Studien zu schulischen Gesundheitsdiensten und Screening-Programmen wurden nicht berücksichtigt.

Mitwirkende

Autorin

Sarah Stewart-Brown
Professor of Public Health
Division of Health in the Community
Warwick Medical School, LWMS
The University of Warwick
Coventry CV4 7AL
Großbritannien
Tel: 0044 (0) 24 765 74510
Fax: 0044 (0) 24765 28373
Email: sarah.stewart-brown@warwick.ac.uk

Herausgeber

Prof. Karen Facey, Dr. Leena Eklund und Prof. Alicia Granados, Health Evidence Network, WHO Regionalbüro für Europa

Gutachter

Prof. Matti Rimpelä, National Research and Development Centre for Welfare and Health (Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Gesundheit und Wohlfahrt) (STAKES) Finnland;
und
Dr. Vivian Rasmussen, Child and Adolescents Health Programme WHO Regional Office for Europe (Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche, WHO-Regionalbüro für Europa)

Einleitung

Schulische Gesundheitsförderung

Seit den 1950er Jahren werden Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung zunehmend im Setting Schule umgesetzt (1). Zunächst konzentrierten sich die Programme darauf, Kindern Wissen über Gesundheit und deren Determinanten zu vermitteln, aber es wurde früh erkannt, dass es ebenso wichtig ist, Kinder in der Entwicklung persönlicher Fähigkeiten zu unterstützen, die es ihnen erlauben, ungesunde Lebensstile abzulehnen. Die meisten aktuellen Programme vermitteln solche Fähigkeiten.

Die Entwicklung von Programmen zur schulischen Gesundheitsförderung wurde von der Entwicklung der Gesundheitsförderung insgesamt beeinflusst. Die Alma-Ata-Erklärung von 1978 (2), die darauf abzielt, den WHO-Staaten einen Rahmen für die Entwicklung von Gesundheitsstrategien zu geben, forderte intersektorale Ansätze der Gesundheitsförderung sowie die Einbeziehung der Öffentlichkeit in die Entwicklung und Bereitstellung von Gesundheitsprogrammen.

„Gesundheitsfördernde Schulen“

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (3) betonte die Bedeutung der Umwelt und der Entwicklung persönlicher Fähigkeiten für Gesundheit und Gesundheitsförderung. Insbesondere die Forderung nach der Entwicklung persönlicher Fähigkeiten trug zur Herausbildung des Settings-Ansatzes der Gesundheitsförderung bei und bildete die Grundlage für die Entwicklung des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“, das in den 1990er Jahren unter Leitung der WHO und in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und dem Europarat entstand.

1995 gab die WHO eine Liste von Leitlinien heraus, die von Schulen, die den Status „Gesundheitsfördernde Schule“ anstreben, einzuhalten sind (4). Diese Leitlinien umfassen sechs Bereiche:

1. Schulische Richtlinien und Regeln zur Gesundheit
2. Die materielle Schulumgebung
3. Die soziale Schulumgebung
4. Beziehungen der Schule zu ihrer Gemeinde
5. Die Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen
6. Schulische Gesundheitsdienste.

Schulen, die als „Gesundheitsfördernde Schulen“ anerkannt sein wollen, entwickeln Programme zur Förderung von Gesundheit, die über die Vermittlung von Gesundheitswissen und -fähigkeiten hinausgehen. Sie übernehmen auch Verantwortung für die Schule als soziale und materielle Umwelt und entwickeln Beziehungen zur Gemeinde.

Bei der Implementierung der „Gesundheitsfördernden Schule“ in Europa und Australien wurde die Bedeutung gesamtschulischer Ansätze betont (5): Eine Studie beschreibt den wesentlichen Beitrag des sogenannten „versteckten Lehrplans“ (hidden curriculum) für die Verstärkung erwünschter bzw. die Vermeidung unerwünschter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, die im expliziten (formalen) Lehrplan unterrichtet werden. Dieser „versteckte Lehrplan“ umfasst:

- die von der schulischen Atmosphäre bestimmten Werte und Normen (Kultur)
- die Disziplinarregeln an der Schule
- die vorherrschenden Verhaltensnormen
- das Verhalten der Lehrer/innen gegenüber den Schüler/inne/n
- die von der Schule durch die Art ihres Funktionierens implizit vermittelten Wertvorstellungen.

Spätere Leitlinien für „Gesundheitsfördernde Schulen“ (6) greifen ähnliche Themen auf, wie etwa die folgenden:

- Entwicklung guter Beziehungen innerhalb der Schule
- Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Lehrer/innen
- Förderung der Selbstachtung der Schüler/innen
- Berücksichtigung der Vorbildwirkung der Lehrer/innen bei gesundheitsrelevanten Themen.

In Übereinstimmung mit der Erklärung von Alma-Ata betont das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ die Bedeutung partizipativer Ansätze. Das Engagement und die Einbeziehung der Schule werden als Schlüssel zum Erfolg betrachtet, und Schulen werden ermutigt, Programme vor dem Hintergrund ihrer sonstigen Strategien und Plänen zu entwickeln (7).

Das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ ist inzwischen weit verbreitet. Seit 1997 haben sich 37 Länder am Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen beteiligt (8), und eine englische Studie aus 1997 ergab, dass drei Viertel der Regionalbehörden Programme im Bereich „Gesundheitsfördernde Schulen“ umsetzten (9). Im Jahr 2006 sind insgesamt 43 Länder beteiligt. Inzwischen unterstützen auch einige Regierungen die Entwicklung Gesundheitsfördernder Schulen. In Großbritannien hat das *Department for Education and Skills* in Zusammenarbeit mit der *Health Development Agency* einen auf dem Konzept der Gesundheitsfördernden Schule beruhenden nationalen Standard zur schulischen Gesundheitsförderung entwickelt. Auch in Australien (10, 11), im asiatisch-pazifischen Raum (12) und in Südafrika (13) wurde die Initiative „Gesundheitsfördernde Schule“ aufgegriffen.

Problemstellung

Frühere Initiativen zur schulischen Gesundheitsförderung wurden entsprechend der Tradition des medizinischen Modells mit dem Ziel der Prävention spezifischer Krankheiten oder Gesundheitsprobleme entwickelt. Inzwischen gibt es Programme für alle wesentlichen Gesundheitsprobleme des 20. und 21. Jahrhunderts, darunter Drogen- und Alkoholmissbrauch, Rauchen, gesunde Ernährung, Bewegung, psychische Erkrankungen, Fettleibigkeit, sexuelle Gesundheit einschließlich HIV/AIDS, und Verletzungen. Viele zeitgemäße Programme zur schulischen Gesundheitsförderung, einschließlich des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“, das die gesamte Schule umfasst, verfolgen ganzheitliche Ziele, die sowohl die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schüler/innen, der Lehrer/innen und der Eltern als auch die Prävention von Krankheiten umfassen. Daher kann der Effekt dieser Programme nicht nur über Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten gemessen werden.

Dieser zusammenfassende Bericht untersucht die Effektivität von Initiativen zur schulischen Gesundheitsförderung im allgemeinen und die Effektivität des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“ im besonderen.

Verwendete Studien

Dieser Bericht basiert auf einer umfassenden Analyse von Metastudien zum Einfluss schulischer Gesundheitsförderungsinitiativen auf ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens. Er baut auf Ergebnissen einer umfassenden, qualitativ hochwertigen Studie auf, die 1997 im Auftrag des britischen „Health Technology Assessment Programme“ (14) durchgeführt wurde. Weitere Informationen zur Methode, zu Auswahlkriterien und Definitionen von verwendeten Grundkonzepten finden sich in Anhang 1.

Ergebnisse

Es wurden fünfzehn Metastudien identifiziert, von denen sich die meisten auf ein bestimmtes Gesundheitsthema oder einen bestimmten Ansatz bezogen. Fünf Studien behandelten die Förderung seelischer / psychischer Gesundheit, drei die Prävention von Substanzenmissbrauch, zwei gesunde Ernährung und Bewegung und zwei Peer-Ansätze der Gesundheitsförderung. Aber alle Studien benutzten unterschiedliche Einschluss- und Ausschlusskriterien, und die inhaltliche Überschneidung zwischen den Studien war relativ gering. Ein Bericht (15) umfasste zwei Metastudien: eine über Programme zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit, eine zweite über Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung. Diese Arbeit untersuchte auch Metastudien zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit von Jugendlichen und Literatur zu hinderlichen und förderlichen Faktoren effektiver Gesundheitsförderung bei Jugendlichen. Die Ergebnisse der beiden Studien sind im vorliegenden Bericht sowohl in das Kapitel über seelische / psychische Gesundheit als auch in das Kapitel über Bewegung eingearbeitet. Drei Metastudien (15-17) bezogen sich auf Programme zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen in unterschiedlichsten Settings. Sie wurden für den vorliegenden Bericht berücksichtigt, weil sich die große Mehrheit der zugrunde liegenden Studien auf Interventionen in Schulen bezog.

Ausgangspunkt für den vorliegenden Bericht über „Gesundheitsfördernde Schulen“ war eine Zusammenstellung von Metastudien des britischen „Health Technology Assessment Programme“ (14). Diese Studie beinhaltete eine vergleichende Analyse von Studien zu Initiativen, die Elemente des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“ aufgriffen. Die Ergebnisse wurden in den vorliegenden Bericht eingearbeitet. Es wurden zwei weitere Metastudien identifiziert, die das Konzept „Gesundheitsfördernde Schulen“ untersuchten; aber sie erfüllten die Einschlusskriterien für diesen Bericht nicht. Bei einer dieser Studien (8) handelt es sich um eine unsystematische Studie, die Inhalte und Gesundheitsergebnisse von elf Studien zu Gesundheitsförderungsprogrammen im Grundschulbereich vergleicht. Die andere Studie (18) ist eine systematische Meta-Analyse von 86 Studien über schulische Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Prävention von Rauchen, Alkoholmissbrauch und Sonnenschutz; diese Analyse ging der Frage nach, in wie weit die untersuchten Interventionen Bestandteile der „Gesundheitsfördernden Schule“ integriert hatten, beinhaltet aber keine Analyse von Gesundheitsergebnissen.

Der nächste Abschnitt fasst die Ergebnisse des Berichts des britischen „Health Technology Assessment Programme“ (14) zusammen und gibt die Ergebnisse von 15 neueren Metastudien, zusammengefasst nach Thema oder methodischem Ansatz, wieder. Eine Tabelle, die die inhaltlichen Schwerpunkte und Ergebnisse jeder Metastudie zusammenfasst, findet sich in Anhang 2.

Metastudien zur schulischen Gesundheitsförderung

Schulische Gesundheitsförderung und „Gesundheitsfördernde Schulen“: zwei systematische Metastudien (14)

Zweiunddreißig Metastudien – zu Interventionen in den Bereichen Ernährung und Bewegung, Sicherheit, seelische / psychische Gesundheit, sexuelle Gesundheit, Substanzenmissbrauch, Mundhygiene und Sonnenschutz – waren in die Analyse eingeschlossen. Es gab wesentlich mehr Metastudien über Programme zu Substanzenmissbrauch, Ernährung und Bewegung als zu den anderen Themen. Es wurde nur eine Metastudie gefunden, die sich mit seelischer / psychischer Gesundheit befasste. Die meisten Interventionen bedienten sich ausschließlich unterrichtsbezogener Ansätze, die auf die Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten der Schüler/innen abzielten. Manche Interventionen kombinierten einen unterrichtsbezogenen Ansatz mit Veränderungen von Schulkultur und -umfeld oder mit der Einbeziehung von Angehörigen und Gemeinde. Obwohl die Art der umfeldbezogenen Ansätze je nach Gesundheitsthema variierte, waren Interventionen, die solche Ansätze beinhalteten, effektiver als Ansätze, bei denen das nicht der Fall war. Interventionen, die Angehörige einbezogen, unterschieden sich

nach Intensität und Ansatz und waren in vielen Studien unzureichend beschrieben. Im großen und ganzen waren aber Interventionen, die Angehörige einbezogen, effektiver als jene, bei denen das nicht der Fall war. Fast alle Interventionen, die unter Einbeziehung der Angehörigen durchgeführt wurden, führten zu einem verbesserten Gesundheitswissen, aber für eine Verbesserung von gesundheitsrelevanten Einstellungen und von Gesundheitsverhalten gibt es keine klare Evidenz.

Für fast alle Bereiche konnten einige effektive oder zumindest teileffektive Programme gefunden werden; aber viele Programme scheinen unwirksam zu sein, und bei einigen wenigen wurden unerwünschte Wirkungen festgestellt. Interventionen zur Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung, zur Unfallprävention und zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit scheinen am effektivsten zu sein. Am wenigsten effektiv sind Programme zur Prävention von Substanzmissbrauch, zur Förderung von sexueller Gesundheit und Mundhygiene.

Förderung seelischer / psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen

Zwei Metastudien bezogen sich auf Programme zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit, und drei bezogen sich auf Programme zur Prävention von Gewalt und aggressivem Verhalten. Die drei letzteren wurden inkludiert, weil Gewalt und aggressives Verhalten psychisch ungesund sind, Ausdruck für Probleme der seelischen / psychischen Gesundheit sein können, Störungen begünstigen und bekanntermaßen die seelische / psychische Gesundheit Dritter beeinträchtigen. (19).

Systematische Metastudie universeller Ansätze zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit in Schulen (20)

Diese Metastudie identifizierte 17 Studien über Interventionen, die auf die Förderung bestimmter Aspekte der seelischen / psychischen Gesundheit bzw. auf die Prävention bestimmter Aspekte psychischer Erkrankungen bei Schüler/innen abzielten. Der Bericht berücksichtigt nur Kontrollstudien mit zumindest 40 Fällen pro intervenierter oder Kontrollgruppe und mit weniger als 30% Ausfallrate bei der Follow-Up-Erhebung. Die untersuchten Interventionen reichten von Programmen, die lediglich auf die klassenbezogene Entwicklung von Fähigkeiten abzielten (durch Einbeziehung externer Expert/innen und Veränderungen der Schule als soziales Umfeld) bis zu umfassenden mehrjährigen Programmen unter Einbeziehung der ganzen Schule und der Angehörigen, die sowohl auf eine Veränderung der Schulkultur als auch auf Lehrangebote im Klassenzimmer abzielten. Die Interventionen bezogen sich auf Konfliktlösung, asoziales Verhalten, Prävention von Depressionen und Selbstmord, sowie auf die Förderung der Selbstachtung und der emotionalen Kompetenz.

Als wirksam erwiesen sich Programme, die einen gesamtschulischen Ansatz verfolgten und die wesentliche Elemente des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“ berücksichtigten, zum Beispiel Veränderungen der Schulumgebung, die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten im Rahmen des Unterricht, die Einbeziehung von Angehörigen und der Gemeinde und die aktive Einbeziehung der gesamten Schule. Die Analyse legt nahe, dass Programme, die keinen gesamtschulischen Ansatz verfolgten, höhere Erfolgchancen hatten, wenn sie länger als ein Jahr dauerten und auf die Förderung seelischer / psychischer Gesundheit und nicht auf die Prävention psychischer Erkrankungen abzielten.

Hinderliche und förderliche Faktoren für die Gesundheit von Jugendlichen (15)

Diese Metastudie verarbeitete Studien über Interventionen zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit Jugendlicher, insbesondere solcher aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Ziel der Metastudie war es, hinderliche und förderliche Faktoren für die seelische / psychische Gesundheit von Menschen der untersuchten Altersgruppe herauszuarbeiten. Für diese Arbeit wurden 30 Studien

und sieben Metastudien identifiziert. Vier der sieben Metastudien befassten sich mit seelischer / psychischer Gesundheit allgemein, zwei konzentrierten sich auf die Prävention von Selbstmord und eine auf die Förderung der Selbstwirksamkeit (die Fähigkeit, in einer Stresssituation mit Umwelanforderungen zurecht zu kommen) und das Selbstkonzept (ein Aspekt des Selbstwertgefühls, der die individuelle Selbstwahrnehmung betrifft).

Sechzehn der dreißig gefundenen Einzelstudien waren in die vier systematischen Metastudien inkludiert. Nur fünf der verbleibenden 14 Studien wurden in die neue Metastudie aufgenommen. Zwei dieser fünf Studien thematisierten die Prävention von Depressionen, eine die Prävention von Selbstmord, und zwei Studien evaluierten Programme zur Förderung des Selbstwertgefühls. Die Methoden der untersuchten Interventionen reichten von drei Vorträgen bis zu einem acht Einheiten umfassenden Programm zur Entwicklung von gesundheitsförderungsbezogenen Fertigkeiten.

Die Ergebnisse der Studien und Metastudien sind unterschiedlich, mit einer Tendenz zu mittleren bis hohen Effekten bei Interventionen im Bereich der Primärprävention, und moderaten Effekten bei Interventionen zur Förderung des Selbstwertgefühls. Rein wissenschaftliche Programme waren gar nicht effektiv. Die Metastudie über schulische Programme zur Selbstmordprävention stellte eine Reduktion der Selbstmordwahrscheinlichkeit, von Depressionen, von selbst wahrgenommenem Stress und von Wut fest; aber die Effekte auf gesundheitsrelevantes Wissen und Einstellungen waren begrenzt, und es wurden auch einige problematische Effekte festgestellt, insbesondere bei männlichen Jugendlichen.

Effekte schulischer Interventionsprogramme auf aggressives Verhalten: eine Metaanalyse (21)

Für diese Metastudie wurden 221 Arbeiten identifiziert. Die Metaanalyse bestätigt, dass die untersuchten Programme aggressives Verhalten reduzieren konnten. Bei den methodisch rigorosesten Studiendesigns wurden größere Reduktionen festgestellt als bei anderen Designs. Bei Jugendlichen aus Risikogruppen zeigten sich stärkere Rückgänge als bei weniger gefährdeten Jugendlichen. Bei Kindern bis zu 5 Jahren und Jugendlichen ab vierzehn Jahren zeigten sich im Vergleich zu anderen Altersgruppen deutlichere Effekte. Weniger effektiv waren schlecht implementierte Programme, aber unterschiedliche Typen von Programmen waren hinsichtlich ihrer Effektivität vergleichbar. Außerdem zeigen die Studien, dass spezifische, zusätzliche Interventionen bessere Erfolge erzielten als Maßnahmen, die in die Schulroutine integriert waren.

Schulische Gewalt unter Kindern und Jugendlichen: Eine Metaanalyse der Effektivität aktueller Programme (22)

Diese Metastudie fasst 16 Arbeiten über Programme zur schulischen Gewaltprävention zusammen. Die Programme basierten auf kognitiven, Verhaltens- und kombinierten Ansätzen für alle Altersgruppen. Die Ergebnisse der einzelnen Studien legen nahe, dass sowohl kognitive als auch Verhaltensansätze effektiv sein können. Am effektivsten waren Programme, die an unterschiedlichen Settings ansetzten und einen primärpräventiven Ansatz verfolgten. Geschulte Programmleiter und eine längere Laufzeit trugen zur Effektivität der Programme bei.

Schulische Programme zur Gewaltprävention (23)

Diese Metastudie bearbeitete 44 randomisierte Kontrollstudien zu Interventionen, die zumindest teilweise in Schulen durchgeführt worden waren. 38 dieser Kontrollstudien vergleichen intervenierte mit nicht intervenierten Gruppen. Studien, die zur Messung des aggressiven Verhaltens standardisierte Instrumente verwendeten, ergaben einen geringen bis mäßigen Rückgang des aggressiven Verhaltens. Eine kleinere Anzahl von Studien, die auch Reaktionen von Schulen und Schulverwaltung auf aggressives Verhalten untersuchte (zum Beispiel Nachsitzen, Schulverweis) ergab mäßige Verbesserungen, aber die Ergebnisse waren kaum signifikant. Die beiden Programme zum Deeskalationstraining und

zur Verbesserung von Beziehungen erwiesen sich als effektiv. Die Interventionen wirkten sowohl im Grundschulbereich als auch in weiterführenden Schulen. Die meisten Programme hatten Burschen als Zielgruppe, aber Programme, die sich auf beide Geschlechter bezogen, waren effektiver.

Prävention von Substanzenmissbrauch

Drei Metastudien hatten ihren Fokus auf Studien über Maßnahmen zur Prävention von Substanzenmissbrauch: Eine bezog sich ausschließlich auf illegale Drogen, eine ausschließlich auf Rauchen, und eine auf Kombinationen von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Eine dieser Studien basierte auf Metastudien.

Schulische Programme zur Raucherprävention (24)

Diese Analyse bezieht sich auf 76 randomisierte Kontrollstudien (mit und ohne Einbeziehung von Angehörigen und Gemeinden), die Raucherraten vor und nach Interventionen verglichen. Die Interventionen der sechzehn validesten Studien wurden folgenden Interventionstypen zugeordnet: Information, Sozialkompetenz, soziale Einflüsse, soziale Einflüsse in Kombination mit Sozialkompetenz, und gemischte Programme. Die Hälfte der Studien zu sozialen Einflüssen zeigte positive Ergebnisse. Es gab auch begrenzte Evidenz für die Effektivität multifaktorieller Ansätze, einschließlich solcher, bei denen die Gemeinde einbezogen war. Aber es mangelt an hochwertiger Evidenz zur Effektivität von Programmen, die soziale Einflüsse und Sozialkompetenz verbinden.

Schulische Drogenpräventionsprogramme für Jugendliche: 1998 Metaanalysen (25)

In diese Metaanalyse wurden 207 Studien zu universellen schulischen Präventionsprogrammen für Schüler/innen der 6.-12. Stufe (in den USA) einbezogen. Einige Studien bezogen sich ausschließlich auf Alkohol, andere ausschließlich auf das Rauchen und einige auf Drogen insgesamt. Die Programme wurden in folgende Gruppen unterteilt: Reine Wissensvermittlung, rein verhaltensbezogen, bezogen auf Entscheidungen / Werte / Überzeugungen, Wissen und Verhalten kombiniert, DARE („drug abuse resistance education“, zu Deutsch in etwa Schulung der Widerstandsfähigkeit gegen Drogenmissbrauch), soziale Einflüsse, umfassende Lebenskompetenzen, Systemveränderungen. Regressionsanalysen zeigen, dass Präventionsprogramme, die auf nicht interaktiver Wissensvermittlung beruhten, weniger effektiv waren als solche, die interaktive Methoden verwendeten. Obwohl interaktive Programme, die die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten stärkten, insgesamt erfolgreicher waren, war das Ausmaß des Nutzens auch bei diesen gering. Und obwohl kleinere Programme fast doppelt so effektiv waren wie umfangreichere, variierte die Wirkung nur zwischen gering und sehr gering.

Drogenerziehung bei Jugendlichen: Eine systematische Studie (16)

Diese Metastudie fasst 62 Arbeiten über psycho-edukative Interventionen zusammen, die darauf abzielten, Drogenkonsum zu verhindern oder zu verzögern bzw. drogenbedingte Schäden bei Kindern und Jugendlichen (zwischen 8 und 25) zu minimieren. Achtzehn Studien wiesen eine gewisse Wirksamkeit der Programme nach, aber nur zwei Studien lieferten ausreichende Evidenz für tatsächliche Effekte auf den Drogenkonsum. Eine Metaanalyse von Follow-Up-Befragungen ein Jahr nach der Intervention ergab geringe Effekte zugunsten der Interventionsgruppen. Nach zwei Jahren waren die Effekte noch geringer. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Programme den Drogenkonsum im besten Fall kurzfristig verzögern und die konsumierten Mengen kurzfristig reduzieren konnten.

Förderung gesunder Ernährung und Bewegung

Zwei Metastudien über Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung wurden identifiziert – eine ausschließlich zu Bewegung, eine zu Bewegung und gesunder Ernährung.

Hinderliche und förderliche Faktoren für die Gesundheit von Jugendlichen (15)

Diese Metastudie analysierte Studien über Interventionsprogramme zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung bei Jugendlichen, insbesondere bei solchen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Zweiundzwanzig Studien über Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung und zwölf Studien zur Förderung körperlicher Aktivität erfüllten die Einschlusskriterien. Nur sieben dieser Studien können als ausreichend systematisch für eine weiterführende Analyse bezeichnet werden. Vier der sieben Studien behandelten Bewegung und gesunde Ernährung, drei Studien thematisierten ausschließlich gesunde Ernährung. Es handelte sich nur um Programme für weiterführende Schulen, und alle umfassten multifaktorielle Interventionen. Die meisten Programme waren effektiv, aber es gab alters- und geschlechtsspezifische Effekte: Mädchen und ältere Schüler profitierten stärker. Die effektiven Programme verfolgten Ansätze, die die gesamte Schule umfassten, einschließlich des Angebots von gesunder Verpflegung in der Schulkantine. Bei jungen Frauen waren auch Peer-Interventionen effektiv, insbesondere hinsichtlich der Förderung gesunder Ernährung. Bei Lehrer/innen war deren Qualifizierung eine wichtige Voraussetzung für die Effektivität der Intervention.

Effekte von Interventionen zur Förderung von Bewegung bei Jugendlichen: Analyse und Metastudie (17)

Diese Metastudie beruht auf 14 abgeschlossenen und 8 noch laufenden Studien. Die meisten Studien bezogen sich auf Schulen und Schüler/inn/en in den letzten Jahren der Grundschule. Es gab nur wenige Studien über gemeindebezogene Maßnahmen, und deren Ergebnisse waren unterschiedlich. Die erfolgreichsten Interventionen waren jene mit den umfassendsten Maßnahmen. Einige Studien konnten zeigen, dass die Teilnahme an Bewegungsprogrammen nachhaltige, langfristig positive Wirkungen hatte.

Sonstige Themen

Vier weitere Studien wurden untersucht: eine über Programme zur Prävention von Essstörungen, eine zur Wirkung von schulischem Fahrunterricht auf die Prävention von Verkehrsunfällen, und zwei zu den Effekten von Interventionen durch Peers.

Schulische Programme zur Prävention von Essstörungen (26)

Neunundzwanzig Kontrollstudien wurden untersucht, davon neunzehn allgemeine Programme und zehn mit spezifischen Zielsetzungen. Alle Studien beschrieben unterrichtsbezogene Ansätze, einige verwendeten kognitive Methoden und Ansätze, die versuchen, den Betroffenen Unterschiede in der subjektiven und objektiven Körperwahrnehmung zu vermitteln. Allgemeine Präventionsprogramme hatten einen Effekt auf das relevante Wissen, aber nur bei zweien konnten Verhaltensänderungen nachgewiesen werden. Programme mit spezifischen Zielsetzungen waren effektiver: Für fünf von acht Programmen wurden positive Verhaltensänderungen beschrieben.

Schulischer Fahrunterricht zur Prävention von Verkehrsunfällen (27)

Für diese Metastudie wurden 3 randomisierte Kontrollstudien identifiziert. Diese Studien kommen zum Ergebnis, dass Fahrunterricht in der Schule zum früheren Erwerb des Führerscheins führt, aber es gibt keine Evidenz dafür, dass dieser Unterricht auch die Anzahl von Verkehrsunfällen reduziert.

Gesundheitsförderung für Jugendliche durch Peers: eine systematische Metastudie zu unterschiedlichen Ansätzen (28)

Dieser Bericht fasst 64 Kontrollstudien über Maßnahmen an Schulen und in Gemeinden zusammen, deren hauptsächlichste Methode der persönliche Kontakt zwischen Jugendlichen und speziell geschulten Peers war. Unterschiedlichste Ansätze der Erziehung durch Peers wurden evaluiert, aber Studien wurden ausgeschlossen, wenn die Peers nur teilweise in die Umsetzung multifaktorieller Maßnahmen eingebunden waren, wenn sie anderen Umsetzern assistierten, oder wenn es sich lediglich um Peer-Beratung handelte. Ebenso ausgeschlossen wurden Studien über Peer-Mediation oder solche, bei denen sich die Peer-Interventionen auf Videos, Theater oder Rundbriefe beschränkten. Nur zwölf Studien konnten als systematisch bezeichnet werden, und sieben von diesen bewerteten die Peer-Methode als effektiv. Fünf systematische Studien, die Peer-Interventionen mit Interventionen durch Lehrer/innen verglichen, kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Qualitative Evaluationen berichteten nahezu enthusiastisch über die hohe Akzeptanz von Peer-Interventionen bei Jugendlichen.

Schulische Gesundheitserziehung durch Peers und durch Erwachsene: eine kritische Bewertung vorliegender Vergleichsstudien (29)

Für diese Metastudie wurden 13 Kontrollstudien identifiziert, die schulische Gesundheitserziehung durch Peers mit Gesundheitserziehung durch Erwachsene verglichen. Methodologische Schwächen der Studien erlauben es nicht, eindeutige Schlussfolgerungen zu ziehen, aber die Metastudie legt nahe, dass Peers Verbesserungen von Gesundheitswissen und -verhalten bei Kindern und Jugendlichen mindestens ebenso effektiv herbeiführen können wie Erwachsene.

Gesundheitsfördernde Schulen

Schulische Gesundheitsförderung und „Gesundheitsfördernde Schulen“: zwei Metastudien (14)

Für diese Analyse wurden 12 kontrollierte Prä-Post-Studien verglichen, die schulische Interventionen zur Gesundheitsförderung in drei Bereichen evaluierten: Schulklima, -umgebung oder beides; Unterricht, Einbeziehung von Angehörigen / Gemeinde oder beides; und Modelle der aktiven Beteiligung der gesamten Schule. Die untersuchten Schulen mussten nicht unbedingt am Programm „Gesundheitsfördernde Schule“ beteiligt sein, und auch Studien zu Programmen vor den 1990er Jahren wurden inkludiert. Nur zwei Studien mit randomisierter Gruppenzuteilung waren ausreichend mächtig. Keine der Schulen implementierte alle Aspekte des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“. Es wurde aber eine förderliche Wirkung dieses Ansatzes auf folgende Bereiche festgestellt: die Schule als soziale und materielle Umgebung, Personalentwicklung, das schulische Verpflegungsangebot, das Angebot von Bewegungsprogrammen und das soziale Klima der Schule. Einige, aber nicht alle Studien stellten Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens (z.B. der Essgewohnheiten) und der Gesundheit selbst fest (z.B. körperliche Fitness). Es gab begrenzte Evidenz für positive Effekte des Konzeptes „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“). Viele der Studien waren klein und von ungewisser Qualität.

Diskussion

Fehlende Evidenz

Wie aus der oben erwähnten Studie zu „Gesundheitsfördernden Schulen“ (14) abgeleitet werden kann, gibt es keine Studien zu Initiativen, die diesen Ansatz zur Gänze umgesetzt haben. Dies wird auch von zwei anderen Studien (8, 10) bestätigt, die allerdings nicht in die vorliegende Metastudie inkludiert wurden, weil sie entweder nicht systematisch genug waren oder weil sie keine Daten zu Gesundheitsergebnissen enthielten. Und auch eine weitere Metastudie (30) zu „Gesundheitsfördernden Schulen“, die erst veröffentlicht wurde, nachdem die Literatursuche für den vorliegenden Bericht abgeschlossen war, kommt zum selben Ergebnis. Die in diesen Überblicksbericht inkludierte Metastudie zu „Gesundheitsfördernden Schulen“ (14) bezog auch einige Studien zu Ansätzen mit ein, die dem Konzept „Gesundheitsfördernde Schulen“ ähneln, auch wenn die betroffenen Schulen nicht formell an Programmen „Gesundheitsfördernder Schulen“ beteiligt waren und ihre Interventionen daher nicht als Maßnahmen einer „Gesundheitsfördernden Schule“ bezeichneten. Einige Studien, die auch in die Metastudie zur seelischen / psychischen Gesundheit in diesem Bericht einfließen, insbesondere die Arbeit von Wells et al. (20), bezogen sich auf Initiativen, die fast alle Aspekte des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“ umsetzten, ohne diese Bezeichnung zu verwenden und ohne sich in ihrer Entwicklung daran orientiert zu haben.

Widersprüchliche Evidenz

Zwei Metastudien (15, 22) legen nahe, dass universelle, primärpräventive Maßnahmen effektiver sind als Maßnahmen mit spezifischen Zielsetzungen, aber zwei andere Metastudien (21, 26) kommen zu gegenteiligen Ergebnissen. Diese Unterschiede können durch die verwendeten Ergebnismaße erklärt werden. Die Effekte zielgerichteter Interventionen können am besten mit Outcome-Instrumenten nachgewiesen werden, wie sie für klinische Populationen gültig sind. Aber aufgrund von Deckeneffekten sind die mit diesen Instrumenten erzielbaren Messwerte nicht unbedingt geeignet, Veränderungen bei sogenannten „normalen Jugendlichen“ zu erfassen. Die Auswahl geeigneter Messinstrumente ist also von zentraler Bedeutung für das Studiendesign, und Instrumente zur Erfassung ganzheitlichen Wohlbefindens müssen zum Teil erst entwickelt werden, damit die Effekte mancher schulischer Gesundheitsförderungsprogramme nachgewiesen werden können.

Nach Abschluss der Literaturrecherche für diesen Bericht erarbeitete das Health Evidence Network (HEN) einen Überblicksbericht zur Selbstmordprävention an Schulen (31). Dafür wurden strengere Einschlusskriterien verwendet als für die Arbeit von Shepherd und Co. (15). In dem aktuellen HEN-Überblicksbericht wird festgestellt, dass Programme, die auf Verhaltensänderungen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien abzielen, bei „normalen“ Schüler/inne/n effektiv sind. Es wurde auch festgestellt, dass schulische Präventionsprogramme, die auf die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten und den Ausbau sozialer Unterstützung abzielten, geeignet scheinen, Risikofaktoren bei stark gefährdeten Jugendlichen zu verringern und Schutzfaktoren zu erhöhen. Mögliche negative / unerwünschte Effekte wurden nicht festgestellt, da diese von weniger mächtigen Studien diagnostiziert worden waren, die nicht über die Qualität verfügten, in den aktuellen Überblicksbericht eingeschlossen zu werden.

Geschlechts- und altersspezifische Ergebnisse

Mehrere Metastudien stellten geschlechtsspezifische Ergebnisse fest, einige Maßnahmen scheinen bei Mädchen und andere bei Burschen effektiver zu sein. In einigen Studien wurden auch Alterseffekte festgestellt, wobei einige Interventionen bei älteren und andere bei jüngeren Kindern effektiver zu sein scheinen. Da diese Ergebnisse zum Teil auf nachträglichen Analysen der Studiendaten beruhen, ist

ihre Gültigkeit fraglich. Es sollte versucht werden, die Ergebnisse in prospektiven Untersuchungen zu reproduzieren.

Kosteneffektivität

Keine der Studien enthielt Angaben zu den Kosten oder der Kosteneffektivität von Programmen schulischer Gesundheitsförderung.

Aussagekraft der Evidenz

Der vorliegende Überblicksbericht beruht ausschließlich auf hochwertigen Metastudien zu Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung. In einige davon wurden nur randomisierte Kontrollstudien aufgenommen. Der vorliegende Bericht bietet daher keinen vollständigen Überblick zum Forschungsstand im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung. Metastudien basieren auf experimentellen Studien mit quantitativen Ergebnissen, insbesondere auf randomisierten Kontrollstudien. Die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Forschungsmethoden werden unter Forscher/inne/n im Bereich der Gesundheitsförderung umfassend diskutiert, und eine Gruppe, die an der Entwicklung von Forschungsempfehlungen für die WHO beteiligt ist, kam zu dem Schluss, dass randomisierte Kontrollstudien eine für Gesundheitsförderung ungeeignete, irreführende und unnötig teure Methode sind (32). Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind wirkungslos, wenn sie nicht richtig implementiert werden. Um die Implementierung bewerten zu können, ist neben Kontrollstudien auch die Evaluation von Prozessen erforderlich. Derart kombinierte Verfahren sind aber unüblich, und wenn doch Prozessevaluationen zu Kontrollstudien durchgeführt werden, enthalten auch sie kaum Informationen über die Implementierung der untersuchten Programme. Dieses Problem verschärft sich noch bei Metastudien, die aufgrund limitierter Textlängen nicht einmal Informationen zum Typ der untersuchten Intervention enthalten.

Viele Forscher wiesen auf die geringe Qualität der gefundenen Studien hin. In diejenigen Metastudien, die nur auf Arbeiten basieren, die strengen methodologischen Kriterien genügen, konnte nur eine Minderheit der vorhandenen Studien inkludiert werden. Schwierigkeiten der Durchführbarkeit von Kontrollstudien und die Vor- und Nachteile dieser Forschungsmethode im Bereich der Gesundheitsförderung wurden kaum diskutiert. Viele Forscher/innen empfehlen die Durchführung von mehr hochwertigen randomisierten Kontrollstudien, auch wenn dieses Verfahren nicht notwendiger Weise das optimalste Forschungsdesign für Gesundheitsförderung darstellt. Nur wenige Forscher/innen fanden Daten zu und berichteten über die Qualität der Implementation der untersuchten Interventionen. Die meisten Ergebnisse entsprechen damit dem sogenannten Black Box-Ansatz der Gesundheitsförderung, bei dem versucht wird herauszufinden, ob eine Intervention erfolgreich war, ohne dass danach gefragt wird, wie die Intervention eigentlich durchgeführt wurde.

Bei vielen Studien, die in die Metastudien eingearbeitet wurden, war der Stichprobenumfang zu gering, um eine statistische Aussagekraft garantieren zu können, und bei manchen Studien mit negativen Ergebnissen hätte ein größerer Stichprobenumfang vielleicht zu positiven Resultaten geführt. Andererseits wurde in einer Metastudie festgestellt, dass kleinere Interventionen, die es erlauben, mehr Aufmerksamkeit auf spezifische Aspekte der Implementation zu legen, erfolgreicher waren als größere Interventionen. Erwartungsgemäß stellten einige Forscher/innen fest, dass ungenügend implementierte Maßnahmen weniger effizient waren, und sie hielten auch fest, dass Demonstrationsprojekte effektiver waren als Routinemaßnahmen. Es wurden viele weitere methodologische Probleme erwähnt, unter anderem hohe Ausfallraten bei Follow-Up-Befragungen und die Verwendung von Outcome-Maßen, die für die Art der durch die Interventionen erwartbaren Ergebnisse ungeeignet waren.

Der Vorteil von Kontrollstudien liegt darin, dass sie einer Intervention nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit Ergebnisse attribuieren, die auch ohne die Intervention eingetreten wären oder die nicht

verlässlich reproduziert werden können. In diesem Sinne spielen sie eine wichtige Rolle in der Erzeugung von Evidenz für Gesundheitsförderung, und es ist von Vorteil, die Ergebnisse solcher Studien zu berücksichtigen. Aber die im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse müssen im Lichte der methodologischen Schwächen der zugrunde liegenden Studien interpretiert werden, und Entscheidungsträger/innen müssen zur Kenntnis nehmen, dass es einen Bedarf an weiteren komplexen und teuren Kontrollstudien gibt.

Grenzen dieses Überblicksberichts

Man könnte diesen Überblicksbericht dafür kritisieren, dass Metastudien zur Effektivität schulischer Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen nicht inkludiert wurden. Bei der Literaturrecherche für den vorliegenden Bericht wurde eine entsprechende Metastudie gefunden (33), und gäbe es noch weitere, wären sie sehr wahrscheinlich ebenfalls gefunden worden. Gegenstand der ausgeschlossenen Studie war die Effektivität der medizinischen Eingangsuntersuchungen an Schulen, und die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Qualität der in ihre Metastudie inkludierten Studien so gering war, dass unmöglich eindeutige Schlussfolgerungen zu den Effekten dieser Programme auf die Gesundheit gezogen werden können.

Forschungsansätze und ihre Eignung für Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren nahm die Evidenz für Gesundheitsförderung in Schulen zu und umfasst heute Praxiserfahrungen ebenso wie Beiträge beobachtender und qualitativer Forschung. Aber politische Entscheidungsträger/innen halten diese Wissensbasis im Vergleich zu Erkenntnissen aus randomisierten Kontrollstudien häufig für minderwertig.

Dennoch ist die Angemessenheit randomisierter Kontrollstudien für die Bewertung von Gesundheitsförderungsinterventionen zweifelhaft. Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung adressieren üblicherweise Gruppen von jungen Menschen (entweder eine Klasse oder die gesamte Schule). Aus diesem Grund verwendet man üblicherweise Cluster-Studien-Designs (34). Aber die Stichprobengrößen bei Cluster-Studien können sehr groß sein, und man benötigt daher üblicherweise viele Cluster. Für verlässliche Ergebnisse müsste die Intervention daher in vielen verschiedenen Schulen oder Klassen auf die gleiche Art und Weise implementiert werden. Das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“, das jeder Schule ein gewisses Maß an Autonomie bei der Entwicklung ihrer Programme erlaubt, lässt sich daher nur schwer mit dem Paradigma der randomisierten Kontrollstudien vereinbaren. Unterschiedliche Schulen führen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch unterschiedliche Maßnahmen durch, die so heterogen sein können, dass es keinen Sinn macht, ihre Ergebnisse zu vergleichen. Die Veränderung von Schulklima und -umwelt kann sich über einen langen Zeitraum erstrecken, ebenso wie die aktive Einbeziehung des gesamten Lehrkörpers in die Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Große Cluster-Studien sind nur für Interventionen möglich, die verlässlich und rasch an vielen Schulen zur gleichen Zeit implementiert werden können, und das steht in einem gewissen Widerspruch zur gründlichen Implementierung von Interventionen.

Experimentelle Studien über Initiativen schulischer Gesundheitsförderung können auch dafür kritisiert werden, dass sie die Bedeutung der Implementation vernachlässigen und wenig Verständnis für die aus der bisherigen Erfahrung gewonnene Gesundheitsförderungstheorie zeigen. In der Folge ignorieren Personen in der Praxis oft die Resultate solcher Kontrollstudien.

Immer mehr stellt sich heraus, dass Forschung zur Gesundheitsförderung eine Kombination unterschiedlicher methodologischer Ansätze benötigt, darunter Prozess- und Ergebnisevaluation, quantitative und qualitative Methoden. Der vorliegende Bericht stellt die beste verfügbare, aus einem bestimmten Forschungstyp gewonnene Evidenz zusammen (quantitative Kontrollstudien, die Effekte auf Ge-

sundheitsergebnisse untersuchen), und seine Schlussfolgerungen sollten in Verbindung mit Ergebnissen anderer Forschungsansätze gelesen werden – zum Beispiel des HEN-Berichts zu Faktoren, die die Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen für Kinder und Jugendliche beeinflussen (35).

Schlussfolgerungen

Schulische Gesundheitsförderung

Die Antwort auf den ersten Teil der diesem Bericht zugrunde liegenden Fragestellung, ob es nämlich Evidenz dafür gibt, dass Programme schulischer Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Gesundheitsverbesserung und Krankheitsprävention leisten können, lautet ja: Es gibt eindeutige Evidenz dafür, dass diese Programme effektiv sein können, aber sie sind es bei weitem nicht immer. Der vorliegende Bericht zeigt auch, dass Maßnahmen zur Förderung mancher Gesundheitsaspekte effektiver sind als Maßnahmen zur Förderung anderer Aspekte. Die bedeutendste Entwicklung seit der Publikation der letzten Zusammenstellung von Metastudien zur schulischen Gesundheitsförderung (14) ist die starke Zunahme von Metastudien zu Interventionen im Bereich der seelischen / psychischen Gesundheit, einschließlich von Programmen zur Prävention von Gewalt und aggressivem Verhalten.

Das Resultat, dass schulische Programme zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit effektiv sind, insbesondere dann, wenn sie in Entwicklung und Umsetzung auf Ansätzen aufbauen, die auch in Gesundheitsfördernden Schulen Anwendung finden (dazu gehören die Einbeziehung der gesamten Schule, Veränderungen der Schule als psychosoziales Umfeld, die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, die Einbeziehung von Eltern und Gemeinde, und längerfristige Maßnahmen), kann durchaus als Hauptergebnis der vorliegenden Studie bezeichnet werden. Metaanalysen, die auf quantitativen Methoden beruhen, ergaben mäßige bis große Effekte.

Unterschiedliche Typen von Programmen sind auch unterschiedlich effektiv. Programme, die auf Konfliktlösung und die Reduktion von Gewalt und aggressivem Verhalten abzielten, gehörten zu den effektivsten. Es gibt Evidenz dafür, dass Programme zur Prävention von Selbstmord die Selbstmordwahrscheinlichkeit reduzieren, aber weniger mächtige Studien weisen auf mögliche negative Wirkungen auf männliche Jugendliche hin. Programme zur Stärkung des Selbstwertgefühls sind weniger effektiv. Maßnahmen zur Stärkung des Selbstwertgefühls werden häufig mit anderen Programmen kombiniert – zum Beispiel mit Programmen zur Prävention von Substanzenmissbrauch. Eine Metastudie kam zu dem Schluss, dass Programme, die ausschließlich auf die Stärkung des Selbstwertgefühls abzielen, erfolgreicher sind als solche, die dieses Ziel mit anderen Zielsetzungen kombinieren.

Der vorliegende Bericht bestätigt die Ergebnisse früherer Metastudien, wonach Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch zu den erfolglosesten Maßnahmen schulischer Gesundheitsförderung zählen. Im besten Fall zögern diese Maßnahmen den ersten Drogenkonsum hinaus und können die konsumierten Mengen verringern, aber die meisten Programme sind gänzlich ineffektiv. Die Ergebnisse früherer Metastudien, wonach Programme zur sexuellen Gesundheit ineffektiv sind, konnten nicht durch neuere Studien widerlegt werden (14). Die Ergebnisse der Metastudie über Programme zur Unfallprävention widersprechen den Ergebnissen einer früheren Metastudie, wonach Maßnahmen zur Unfallprävention als relativ effektiv eingestuft wurden. Schulischer Fahrunterricht wurde als ineffektiv oder sogar kontraproduktiv bewertet.

Wie bereits die letzte Zusammenstellung von Metastudien (14) kommt auch die vorliegende Studie wieder zu dem Schluss, dass Programme zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung effektiv sind. Die entsprechenden Programme gehörten zu den am besten entwickelten, und die meisten erfolgreichen Programme zielten auch auf die Entwicklung des schulischen Umfelds und die Einbeziehung

der Eltern ab. So wie bei Maßnahmen zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit gibt es auch in diesem Bereich unterschiedliche Typen von effektiven Programmen.

Gesundheitsfördernde Schulen

Bei jenen Programmen schulischer Gesundheitsförderung, die positive Effekte auf die Gesundheit oder das Gesundheitsverhalten von jungen Menschen erzielen konnten, handelte es sich überwiegend um komplexe, multifaktorielle und auf mehreren Ebenen ansetzende Maßnahmen (Unterricht, schulisches Umfeld, Gemeinde). Diese Charakteristika sind auch Teil des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“, und in diesem Sinne unterstützen die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes die Einschätzung, dass dieser Ansatz wirksam ist. Die Ergebnisse der Überblicksstudie bestätigen auch, dass intensive und langfristige Interventionen nachweislich effektiver sind als kurzfristige und weniger intensive Maßnahmen. Auch dieses Ergebnis entspricht dem Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“, das ebenfalls von intensiven, langfristigen Interventionen ausgeht.

Keine Metastudie untersuchte bzw. diskutierte mögliche Beiträge anderer Schlüsselfaktoren des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schule“ – beispielsweise die Einbeziehung der gesamten Schule in die Entwicklung der Programme oder die Änderung des Schulklimas. Die meisten der Studien, die in die Metastudien einfließen, behandelten vergleichsweise kurzfristige, klassenbezogene Programme zur Verbesserung von Wissen und Fähigkeiten. Solche Programme gehörten zu den ineffektivsten.

Die Antwort auf den zweiten Teil der eingangs gestellten Frage – nämlich, ob das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ wirksam ist – lautet also ja und nein. Es gibt Evidenz für die Wirksamkeit mancher Charakteristika dieses Ansatzes, aber keine Evidenz dafür, dass das Konzept in seiner Gesamtheit effektiver ist als andere Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung.

Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse

Der Großteil der Studien, die in die Metastudien in diesem Bericht einfließen, wurde in den USA durchgeführt, was bei der Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse für den europäischen Raum berücksichtigt werden muss. Der Großteil der inkludierten Studien bezog sich auf ganze Schulen, in dieser Hinsicht sind die Ergebnisse also vergleichbar. Einige Metastudien legen nahe, dass bestimmte Maßnahmen bei Populationen mit hohem Gefährdungspotenzial erfolgreicher sind als bei weniger gefährdeten Gruppen, aber im allgemeinen gingen die Metastudien nicht auf den möglichen Einfluss kultureller Faktoren auf die Effektivität der Programme ein.

Empfehlungen für Entscheidungsträger/innen

Schulische Gesundheitsförderung kann effektiv sein, insbesondere in Bezug auf seelische / psychische Gesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung. Aber sie ist keinesfalls immer erfolgreich, und Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch gehören zu den am wenigsten wirksamen. Investitionen in Programme zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit sind also wahrscheinlich sinnvoller als Investitionen in Programme zur Prävention von Substanzenmissbrauch.

Auf Grundlage der verfügbaren Evidenz kann behauptet werden, dass die Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit integrierter Bestandteil aller Programme zur schulischen Gesundheitsförderung sein sollte und dass die effektive Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zur Reduktion von Drogenmissbrauch und zur Verbesserung anderer gesundheitsrelevanter Lebensstile beiträgt, die von der emotionalen Befindlichkeit abhängen. Berücksichtigt man die relative Wirkungslosigkeit von Programmen zur Prävention von Substanzenmissbrauch, kann

es für Schulen und Gesundheitsbehörden mehr Sinn machen, in Programme zur Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit als in die letzteren zu investieren.

Auch Programme zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung sind erfolgreich. Obwohl Programme zur Selbstmordprävention die Selbstmordwahrscheinlichkeit reduzieren können, sollten mögliche nachteilige Wirkungen auf männliche Jugendliche berücksichtigt werden. Auch Gesundheitsförderungsinterventionen durch Peers scheinen vielversprechend zu sein, obwohl die Wirksamkeit dieses Ansatzes nicht verlässlich bewiesen ist.

Es gibt bisher keine experimentellen Studien, die das Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ in seiner Gesamtheit erfassen. Aber mehrere Metastudien weisen darauf hin, dass Teile dieses Konzeptes – zum Beispiel multifaktorielle Ansätze – zur Effektivität beitragen. Veränderungen der Schule als Umfeld sind besonders wichtig. Dauer und Intensität der Programme sind ebenfalls ausschlaggebend für ihren Erfolg.

Da der vorliegende Bericht auf Metastudien von Kontrollstudien beruht, kann er Fragen nach Faktoren für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderungsinterventionen nicht direkt beantworten. Dazu gehören Fragen wie: Wie genau funktioniert diese Maßnahme? Warum ist sie in einem bestimmten Kontext erfolgreich und in einem anderen nicht? Wie könnte die Effektivität der Maßnahme gesteigert werden? Trotzdem gibt es Evidenz dafür, dass längerfristige, multifaktorielle, die gesamte Schule umfassende Ansätze effektiver sind. Bei diesen Faktoren handelt es sich um wesentliche Bestandteile des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“, aber es gibt keine Studien, die diesen Ansatz insgesamt evaluieren.

Es besteht Bedarf an weiterführender Forschung zur schulischen Gesundheitsförderung. Diese Forschung sollte sich zur Ermittlung erfolgreicher und weniger erfolgreicher Maßnahmen einer Vielzahl von Methoden bedienen. Es sollten Outcome-Maße verwendet werden, die für die untersuchten Populationen und den jeweiligen Interventionstyp (universell oder spezifisch) angemessen sind, Fragen der Implementierung sollten berücksichtigt werden, und nach Möglichkeit sollte auch die Kosteneffektivität evaluiert werden.

Anhang 1: Methodik und Definition zentraler Begriffe

Dieser Überblicksbericht beruht auf einer systematischen Literaturrecherche, die zur Identifikation von Metastudien zu den Effekten schulischer Gesundheitsförderungsprogramme auf ausgewählte Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden durchgeführt wurde. Folgende Datenbanken wurden für den Zeitraum 1997 bis Ende 2003 durchsucht:

- Medline (1996 bis zur 2. Novemberwoche 2003)
- EMBASE (1996 bis zur 50. Woche 2003)
- PSYCINFO (1985 bis 2. Dezemberwoche 2003)
- ERIC (1997 bis Jänner 2004)
- CINAHL (1982 bis zur 1. Dezemberwoche 2003)
- ASSIA (von Anfang bis November 2003)
- British Education Index (1976 bis September 2003)
- ISI Social Science Citation Index (1997 bis 2003, Recherche am 5. Jänner 2004)
- EPPICENTRE und HDA PROMIS (Recherche am 5. Jänner 2004)

Für die Recherche wurde dieselbe Strategie angewendet wie für die Zusammenstellung von Metastudien im Rahmen des britischen Health Technology Assessment Programme von 1997.

Einschlusskriterien

Metastudien wurden inkludiert, wenn sie

- ab 1997 veröffentlicht worden waren
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Schulen behandelten
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen für junge Menschen behandelten, die hauptsächlich in Schulen umgesetzt wurden
- systematisch waren – d.h. wenn untersuchte Maßnahmen, Setting, Vergleichswerte und Ergebnisse explizit beschrieben wurden
- umfassende Angaben zur Literaturrecherche einschließlich Quellenangaben enthielten
- Angaben zu *a priori* definierten, auf der methodologischen Qualität der Studien basierenden Ein- und Ausschlusskriterien enthielten
- zumindest eine experimentelle Studie enthielten (randomisierte Studie, Kontrollstudie oder Prä-Post-Studie)
- Studien umfassten, die den Einfluss von schulischer Gesundheitsförderung auf Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens untersuchten.

Ausschlusskriterien

Berichte wurden ausgeschlossen, wenn sie:

- sich nur auf Screening-Programme bezogen oder
- Programme behandelten, die ausschließlich Menschen mit bestimmten Krankheiten oder Gesundheitsproblemen als Zielgruppe hatten
- hauptsächlich schulische Gesundheitseinrichtungen untersuchten
- vor 1997 veröffentlicht worden waren.

Definition von Schule

Da schulische Gesundheitsförderung auch in die Gemeinde hineinreicht und auch in Einrichtungen wie Colleges umgesetzt werden kann, ist es erforderlich, unser Verständnis von „Schule“ zu definieren. Für diesen Bericht wurden Schulen als Einrichtungen für junge Menschen zwischen dem vierten

und dem neunzehnten Lebensjahr definiert, die Grundschul- und weiterführenden Unterricht bis zur Universitätsreife anbieten. Es wurden alle Studien eingeschlossen, die Schulen mit einbezogen, unabhängig davon, in welchem Setting die untersuchten Interventionen durchgeführt wurden. Die untersuchten Programme konnten sich an alle mit der Schule zusammenhängenden Gruppen richten, an Personal und Eltern ebenso wie an junge Menschen.

Definition schulischer Gesundheitsförderung

Hauptthema des vorliegenden Berichts sind Initiativen zur schulischen Gesundheitsförderung. Wir entschieden uns, Studien zur sekundären und tertiären Prävention auszuschließen, auch wenn sie auf Gesundheitsverbesserung abzielten. Ausgeschlossen wurden also Screening-Programme mit dem Ziel der Früherkennung und möglichst frühzeitigen Behandlung von Erkrankungen, und Programme zur Förderung der Gesundheit von Personen, die an bestimmten Krankheiten oder Gesundheitsproblemen leiden. Wir haben also nicht gezielt nach Studien zur Effektivität schulischer Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen gesucht.

Definition der Initiative „Gesundheitsfördernde Schule“

Als „Gesundheitsfördernde Schule“ wurde im Kontext des vorliegenden Berichts ein schulisches Gesundheitsförderungsprogramm bezeichnet, wenn eine Schule die Leitlinien der WHO für „Gesundheitsfördernde Schulen“ einhielt, sich aktiv am Programm beteiligte, ihre Aktivitäten auf Unterricht und Schulumgebung bezog und die Angehörigen der Schüler/innen und / oder die Gemeinde in deren Umsetzung integrierte.

Insgesamt wurden für diesen Bericht Abstracts zu 448 Publikationen heruntergeladen und auf Relevanz überprüft, und 45 Artikel und Berichte wurden detaillierter analysiert.

Anhang 2: Angaben zu den einbezogenen Metastudien

Autoren und Erscheinungsjahr	Thema	Anzahl berücksichtigter Studien	Ergebnisse	Anmerkungen
Wells et al. 2003	<i>Seelische / psychische Gesundheit</i> Kontrollstudien über Interventionen zur allgemeinen Förderung der seelischen / psychischen Gesundheit	17	Einige Programme waren effektiv. Die erfolgreichen Programme verwendeten überwiegend einen die gesamte Schule umfassenden Ansatz, dauerten in der Regel länger als ein Jahr und zielten eher auf die Förderung seelischer / psychischer Gesundheit als auf die Prävention psychischer Erkrankungen ab.	Narrative Studie, aus der keine durchschnittlichen Effekte abgeleitet werden können.
Wilson et al. 2003	<i>Seelische / psychische Gesundheit</i> Kontrollstudien über Programme zur Prävention von Gewalt und aggressivem Verhalten	221	Durchschnittliche Reduktion der Standardabweichung der gemessenen Gewalt und Aggression um ein Drittel. Am wenigsten erfolgreich bei Kindern zwischen 6 und 13 Jahren (erfolgreicher bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren und bei Jugendlichen ab 14 Jahren).	Metaanalyse der Ergebnisse einer Vielzahl von Ansätzen. Demonstrationsprogramme und solche, die mit randomisierten Kontrollstudien evaluiert wurden, zeigten größere Effekte. Studien ab 1950 erfasst.
Scheckner et al. 2002	<i>Seelische / psychische Gesundheit</i> Kontrollstudien über Programme zur Prävention von Gewalt in der Schule	16	Durchschnittliche Reduktion der Standardabweichung um mehr als ein Drittel in der einen Hälfte der Studien und um weniger als ein Drittel in der anderen Hälfte. Effektivität wurde gesteigert durch: primärpräventive Ansätze, Umsetzung in mehreren Settings, Dauer der Programme und Qualifikation des Personals.	Aufgrund kleiner Fallzahlen keine Metaanalyse möglich.
Mytton et al. 2002	<i>Seelische / psychische Gesundheit</i> Randomisierte Kontrollstudien zu Gewaltpräventionsprogrammen für Hochrisikogruppen bzw. im Sinne der Sekundärprävention	44	Durchschnittliche Reduzierung der Standardabweichung um ein Drittel bei allen Studien. Sowohl Deeskalationstraining als auch Beziehungstraining waren erfolgreich.	Metaanalyse der Ergebnisse unterschiedlicher standardisierter Erhebungen. Die meisten Programme bezogen sich auf Burschen.
Shepherd et al. 2002	<i>Seelische / psychische Gesundheit</i> Kontrollstudien zu Selbstmordprävention, Depressionen und Selbstschädigung, die noch nicht in hochwertigen Metastudien berücksichtigt waren.	14 davon 5 ausreichend systematisch	Widersprüchliche Ergebnisse. Primärprävention war erfolgreicher als Sekundärprävention, aber Selbstmordprävention war weniger erfolgreich. Programme zur Stärkung des Selbstwertgefühls hatten eine moderate Wirkung.	Untersuchte verschiedenste Ansätze, von Vorträgen bis zu Maßnahmen zur Förderung persönlicher Kompetenzen. Schlussfolgerungen beruhen sowohl auf Meta-Metastudien als auch auf Ergebnissen neuerer Studien.
Thomas 2002	<i>Substanzenmissbrauch</i> Randomisierte Kontrollstudie über unterrichtsbezogene Pro-	76	Keine einheitlichen Ergebnisse. Am effektivsten waren Programme, die soziale Einflüsse bearbeiteten, aber nur die Hälfte von diesen zeigte positive Wirkung.	Die Ergebnisse basieren auf den 16 validesten Studien. Eingeschlossen waren auch Pro-

Autoren und Erscheinungsjahr	Thema	Anzahl berücksichtigter Studien	Ergebnisse	Anmerkungen
	gramme zur Raucherprävention, mit oder ohne Einbeziehung von Angehörigen oder Gemeinde			gramme zur kombinierten Raucher- und Drogenprävention.
Tobler 2000	<i>Substanzenmissbrauch</i> Kontrollstudien zu universellen Programmen der schulischen Drogenprävention.	207	Keine einheitlichen Ergebnisse. Die durchschnittliche Wirkung war gering bis sehr gering. Interaktive Programme zur Förderung persönlicher Fähigkeiten waren eher erfolgreich als Programme, die auf reiner Wissensvermittlung beruhten.	Eingeschlossen waren Programme, die ausschließlich Rauchen oder ausschließlich Alkohol behandelten. Metaanalyse mit Regression. Kleinere Studien ergaben eher positive Effekte als größere.
White et al. 1998	<i>Substanzenmissbrauch</i> Kontrollstudien zu Interventionen zur Prävention des Konsums illegaler Drogen	62	Achtzehn Studien lieferten eine gewisse Evidenz für die Effektivität der Programme. Der durchschnittliche Einfluss ein Jahr nach der Intervention war gering, zwei Jahre nach der Intervention sehr gering.	Metaanalyse verschiedenster Ansätze. Die Autoren schlussfolgern, dass von den Programmen nicht mehr als ein kurzfristiges Hinauszögern und eine kurzfristige Reduktion des Drogenkonsums erwartet werden kann.
Shepherd et al. 2002	<i>Gesunde Ernährung und Bewegung</i> Kontrollstudien über Interventionen zur Bewegungsförderung	22 zu gesunder Ernährung; 12 zu körperlicher Bewegung, davon 7 methodologisch hochwertig	Die meisten Programme waren effektiv. Größte Wirkung bei Mädchen und älteren Schüler/inne/n. Effektive Programme bezogen die gesamte Schule mit ein und boten gesunde Verpflegung in der Schule an. Spezifische Schulung der Lehrer/innen war ein ausschlaggebender Faktor.	Ausschließlich Maßnahmen in weiterführenden Schulen und mit multifaktoriellen Ansätzen.
Stone 1998	<i>Gesunde Ernährung und Bewegung</i> Kontrollstudien zu bewegungsbezogenen Maßnahmen.	14	Keine einheitlichen Ergebnisse. Die erfolgreichsten Programme waren jene mit den intensivsten Interventionen. Einige Programme waren nachhaltig wirksam.	Maßnahmen in kommunalen Settings waren inkludiert.
Grave 2003	<i>Essstörungen</i> Kontrollstudien zur Prävention von Essstörungen	29	Keine einheitlichen Ergebnisse. Programme mit spezifischen Zielsetzungen waren erfolgreicher in der Herbeiführung von Verhaltensänderungen.	–
Roberts 2003	<i>Prävention von Verletzungen</i> Randomisierte Kontrollstudien zu schulischem Fahrunterricht.	3	Programme führten zu früherem Führerscheinwerb, aber nicht zur Reduktion von Verkehrsunfällen.	–
Harden et al. 2001	<i>Peer-Ansätze</i> Kontrollstudien zu Interventionen durch Peers.	64, davon 12 ausreichend systematisch	7 von 12 systematischen Studien wiesen eine Wirkung nach, aber Studien, die Interventionen durch Peers mit Interventionen durch Lehrer/innen verglichen, kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen.	Ausgeschlossen waren Studien zu Interventionen, bei denen Peers nur eine Randrolle spielten. Qualitative Studien, aber auch Meta-

Autoren und Erscheinungsjahr	Thema	Anzahl berücksichtigter Studien	Ergebnisse	Anmerkungen
				studien ergaben eine hohe Zustimmung der Jugendlichen zu Peer-Ansätzen.
Mellanby 2000	<i>Peer-Ansätze</i> Kontrollstudien zu Interventionen durch Peers.	13	Gleichaltrige waren mindestens so effektiv wie Erwachsene.	–
Lister-Sharpe et al. 1999	<i>Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“</i> Experimentelle Studien (auch nicht kontrollierte Studien) zu Interventionen, die sich am Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ orientierten.	12	Keine einheitlichen Ergebnisse zu Verhaltensänderungen. Manche Interventionen hatten Effekte auf gesunde Ernährung, Bewegung und möglicherweise auch auf das Selbstwertgefühl und „Bullying“ (Aggression gegenüber Schwächeren). Es gab Effekte auf die Schule als soziales und materielles Umfeld.	Methodologisch vielfältige, hauptsächlich kleinere Studien. Maßnahmen der „Gesundheitsfördernden Schule“ wurden als solche definiert, wenn sie sich auf folgende drei Aspekte bezogen: Schulklima und -umgebung, Unterricht, Einbeziehung von Angehörigen / Gemeinde.

Literatur

1. WHO. Expert Committee on School Health Services: report on the first session, Geneva, 7-12 August 1950. Geneva, World Health Organization, 1951 (Technical Report Series, No. 30; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_30.pdf, accessed 23 December 2005).
2. WHO. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, accessed 23 December 2005).
3. WHO. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17–21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. Ontario, Canada, Health and Welfare Canada, 1986; or Geneva, World Health Organization, 1986.
4. WHO Regional Office for Europe. Regional guidelines: development of health-promoting schools: a framework for action. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1996 (Health Promoting Schools, Series 5; <http://whqlibdoc.who.int/wpro/1994-99/a53203.pdf>, accessed 23 December 2005).
5. Piette D, Rasmussen V, eds. Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools – the EVA Project: a manual for national coordinators of the ENHPS and their collaborators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
6. Parsons C, Stears D, Thomas C. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 1996, 55:311–321.
7. Nutbeam D. The health promoting school: closing the gap between theory and practice. *Health Promotion International*, 1992, 7:151–153.
8. St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 1999, 14(1):51–69.
9. Health Education Authority. Health Promoting Schools: National Survey Report. London, Health Education Authority, 1997 (unpublished).
10. Lynagh M et al. Lessons learned from the Hunter Region health promoting schools project in New South Wales, Australia. *The Journal of School Health*, 1999, 69(6):227–232.
11. Booth M, Samdal O. Health promoting schools in Australia: models and measurement. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1997, 21(4): 365–370.
12. Rowling L, Ritchie J. Health promoting schools: issues and future directions for Australia and the Asia-Pacific Region. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 1996–1997, 9:33–37.
13. Swart D, Reddy P. Establishing networks for health promoting schools in South Africa. *Journal of School Health*, 1999, 69:47–50.
14. Lister-Sharp D et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 1999, 3(22):1–207.
15. Shepherd J et al. Barriers to, and facilitators of, the health of young people: a systematic review of evidence on young people’s views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating – Vol. 2: complete report. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, 2002 (http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/composite_report01/Vol%202_Web.pdf, accessed 23 December 2005).
16. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 1998, 93(10):1475–1487.
17. Stone E et al. Effects of physical activity interventions in youth: review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):298–315.
18. Lynach M, Schofield J, Sanson-Fisher R. School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):43–60 (<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/1/43>, accessed 25 January 2006).
19. Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 24 December 2005).
20. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education Journal*, 2003, 103(4):197–220.
21. Wilson SJ, Lipsey MW, Derzon JH. The effects of school-based intervention programs on aggressive behaviour: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71(1):136–149.
22. Scheckner S et al. School violence in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of current interventions. *Journal of School Violence*, 2002, 1(2):5–33.
23. Mytton J et al. School-based violence prevention programs: systematic review of secondary prevention trials. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002, 156(8):752–762.
24. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2, Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293

- (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001293/frame.html>, accessed 25 January 2006).
25. Tobler N et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 2000, 20(4):275–336.
 26. Grave RD. School-based prevention programs for eating disorders: achievements and opportunities. *Disease Management & Health Outcomes*, 2003, 11(9):579–593.
 27. Roberts I, Kwan I, the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. School based driver education for the prevention of traffic crashes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, Issue 3. Art. No.: CD003201. DOI: 10.1002/14651858.CD003201 (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003201/frame.html>, accessed 25 January 2006).
 28. Harden A, Oakley A, Oliver S. Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Education Journal*, 2001, 60(4):339–353.
 29. Mellanby AR, Rees JB, Tripp, JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 2000, 15(5):533–554.
 30. Mukoma W, Flisher A. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 2004, 19(3):357–368.
 31. WHO Regional Office for Europe. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83583.pdf>, accessed 24 December 2005).
 32. WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document number: EUR/ICP/IVST 05 0103; <http://www.who.dk/document/e60706.pdf>, accessed 3 January 2006).
 33. Barlow J, Stewart-Brown S, Fletcher J. A systematic review of the school entry medical. *Archives of Disease in Childhood*, 1998, 78(4):301–311.
 34. Donner A, Klar N. Design and analysis of cluster randomization trials in health research. London, Arnold, 2000.
 35. WHO Regional Office for Europe. What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e86766.pdf>, accessed 24 December 2005).