

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fachbereich Ökotrophologie
Studiengang Gesundheit

Gesundheitsbezogenes Wohlbefinden von Kindern in der Grundschule

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 20.10.2006

Vorgelegt von: Alexandra Schlömer
Droopweg 5
20537 Hamburg

Matrikelnummer: 1690722

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. D. Krüger

Zweite Prüfende: A. Schröder, Diplom- Gesundheitswirtin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Kindergesundheit.....	4
2.1. Stand der Forschung zur Gesundheit von Kindern.....	6
2.2. Kindergesundheit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht.....	9
3. Lebensqualität und Wohlbefinden.....	17
3.1. Wohlbefinden in der Schule.....	20
3.2. Gesundheit und Wohlbefinden aus der Sicht von Kindern.....	25
3.3. Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	26
4. Projektbeschreibung.....	27
5. Methodik der Datenerhebung.....	29
6. Darstellung der Ergebnisse.....	32
6.1. Fragen zur Person.....	32
6.2. Fragen zum eigenen Wohlbefinden.....	33
6.3. Fragen zur Qualität des Unterrichts.....	36
6.4. Fragen zur Qualität des Lebensraumes Schule.....	38
6.5. Fragen dazu, was eine gute und gesunde Schule ausmacht.....	42
6.6. Entwicklungs- und klassenspezifische Unterschiede.....	46
7. Diskussion der Ergebnisse.....	49
8. Ausblick.....	54
9. Zusammenfassung.....	56
10. Abstract.....	57
11. Literaturverzeichnis.....	58
12. Anhang.....	63

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Subjektive Wohlbefinden nach Diener& Lucas (2000).....	19
Abb. 2: Gefallen an der Schule.....	34
Abb. 3: Nichtgefallen an der Schule.....	35
Abb. 4: Einschätzung der Unterrichtsqualität.....	37
Abb. 5: Einschätzung des/ der Lehrer/ in.....	38
Abb. 6: Unterstützung bei Schwierigkeiten.....	39
Abb. 7: Wohlgefühl in der Klasse.....	40
Abb. 8: Verbesserungsvorschläge Klasse.....	41
Abb. 9: Einschätzung des Begriffs Gesundheit.....	43
Abb. 10: Verbesserungsvorschläge Schule.....	44
Abb. 11: Gute und Gesunde Schule.....	45
Abb. 12: Entwicklungsspezifische Unterschiede.....	47
Abb. 13: Entwicklungsspezifische Unterschiede.....	47
Abb. 14: Klassen- bzw. schulspezifische Unterschiede.....	48
Abb. 15: Klassen- bzw. schulspezifische Unterschiede.....	48
Abb. 16: Klassen- bzw. schulspezifische Unterschiede.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragen zur Person.....	33
-----------------------------------	----

1. Einleitung

Das Wohlbefinden als Teil der psychischen Gesundheit hat einen entscheidenden Einfluss auf den gesamten Gesundheitszustand und die Lebensqualität eines Menschen. Die Komplexität dieses subjektiven Empfindens spiegelt sich in der Vielzahl an theoretischen Konzepten und Ansätzen wider, die Wohlbefinden zu beschreiben versuchen. Häufig wird der Begriff Wohlbefinden synonym zu spezifischen positiven Gefühlen wie Freude oder Glück verstanden und mit Zufriedenheit gleichgesetzt, obwohl Zufriedenheit nur die kognitive Dimension des Wohlbefindens beschreibt (vgl. z.B. Emmons & Diener, 1986; Diener & Larsen, 1993). Für die gesunde Entwicklung von Kindern spielt das Wohlbefinden in der Schule eine bedeutende Rolle. Mit dem Eintritt in die Schule vollzieht sich nach dem Kindergarten eine maßgebliche Erweiterung des kindlichen Lebensraumes. Das Wohlbefinden in der Schule beinhaltet eine spezifische Gefühlsqualität und ist von verschiedenen Einflussfaktoren in der Schule abhängig (vgl. Hascher, 2004).

Vor dem Hintergrund der Dauer einer Schullaufbahn und der Erkenntnis, dass in der Schule elementare Entwicklungsaufgaben vollzogen werden, die auch Einfluss auf den späteren Lebensentwurf haben, gewinnt das Wohlbefinden in der Schule in der Forschung an Bedeutung. In den Schulalltag ist die Förderung des Wohlbefindens noch nicht adäquat integriert. Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag zur Untersuchung der Bedingungen für Wohlbefinden und Lebensqualität in der Grundschule geleistet werden. Bezug nehmend auf den derzeitigen Forschungsstand, wird anhand eines standardisierten Erhebungsinstrumentes das Wohlbefinden von Kindern in zwei Hamburger Grundschulen (n= 86) mit Methoden qualitativer Sozialforschung untersucht.

Angesichts einer salutogenetischen Betrachtungsweise wird angenommen, dass das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Kindern in der Grundschule von unterschiedlichen Einflussfaktoren bedingt werden. Hieraus können vielfältige Interventionsansätze insbesondere für Lehrer abgeleitet werden.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick des Bereichs Kindergesundheit unter der Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes gegeben. Anschließend werden die Bedeutungen von Wohlbefinden und Lebensqualität thematisiert und ein Bezug zur Schule hergestellt. Des Weiteren erfolgt eine kurze Darstellung des Projektes in dessen Rahmen sich der Grundgedanke für diese Arbeit entwickelt hat. Darauf folgt eine Erläuterung der Methodik der Datenerhebung und die Darstellung der Ergebnisse

mit anschließender Diskussion. Den Abschluss dieser Arbeit bilden ein Ausblick und die Zusammenfassung der dargestellten Erkenntnisse.

2. Kindergesundheit

Kinder und Jugendliche gelten im Allgemeinen als eine gesunde und körperlich aktive Bevölkerungsgruppe. Jüngste sozialepidemiologische Daten belegen jedoch, dass diese Altersgruppe mit steigender Tendenz über psychosomatische Beschwerden klagt, Haltungsfehler aufweist und vermehrt übergewichtig ist. Die Ursachen hierfür sind multifaktorell. Kinder sind schon in frühen Jahren einer Vielzahl von Belastungen und Stressoren durch ihre Umwelt und ihr nahes Umfeld ausgesetzt. Neben den Schwierigkeiten, die eine normale Entwicklung mit sich bringt, müssen sich Kinder vielfach mit ihrem sozialen Status (Kinderarmut), den Folgen der Trennung der Eltern und der Konfrontation mit einem neuen Lebenspartner, mangelnden Spielräumen und ungeeignetem Medienkonsum auseinandersetzen. Entsprechend ihrer individuellen Ressourcen können diese Belastungsfaktoren beeinträchtigend auf Lebensqualität und Wohlbefinden eines Kindes wirken - und können somit auch zu erheblich gesundheitsbelastenden Faktoren werden. Scheinbar ist die gesundheitliche Verfassung von Kindern mehr als befriedigend. Infektionskrankheiten, so genannte Kinderkrankheiten, haben in den vergangenen Jahrzehnten stetig abgenommen und sind durch verbesserte hygienische Gegebenheiten und Lebensumstände, sowie durch die entsprechenden Impfmöglichkeiten in Deutschland, weitgehend unter Kontrolle. Insbesondere die Säuglings- und Kindersterblichkeit konnte durch die verbesserten Lebensbedingungen und eine gute medizinische Versorgung erheblich minimiert werden¹. Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen sind inzwischen überwiegend Einflüsse innerhalb der vorgeburtlichen Phase und der Geburt. Dies sind z.B. Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt bzw. zu geringes Geburtsgewicht, Atemstörungen und wenige bakterielle Infektionen. Kinder sterben heute an Verletzungen oder Vergiftungen, deren Auslöser vor allem Unfälle sind. Dennoch

¹ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert Koch Institut, 2004

besteht eine große Diskrepanz zwischen dem natürlichen Gesundheitspotenzial von Kindern und Jugendlichen und den tatsächlich auftretenden Krankheitsbildern. Chronische Erkrankungen wie Allergien, Asthma, Adipositas, Neurodermitis und unterschiedliche Arten von Kopfschmerz nehmen zu und werden besonders von Jugendlichen häufig beschrieben. Einen Anstieg bei psychosomatischen Erkrankungen und psychischen Störungen durch Lebens- und Umweltgewohnheiten zeigen auch verschiedene Studien auf.

Gerade hier liegt ein entscheidender Ansatz für die Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung will die Festigung ungesunder Lebensweisen möglichst frühzeitig verhindern, bevor sich gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden einstellen. Gesundheitsförderung bedeutet darüber hinaus auch die Stärkung der Faktoren, die Gesundheit ermöglichen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht bilden sich gesundheitlich bedeutsame Verhaltens- und Lebensweisen sehr früh heraus und sind später nur schwer zu ändern². Insbesondere das späte Kindesalter und das frühe Jugendalter sind äußerst sensibel für die Stabilisierung bedeutsamen Risikoverhaltens. Nach Hurrelmann ist dieses Risikoverhalten für fast alle Jugendlichen (ab Pubertät, Mädchen bereits ab 11,5 J, Jungs ab ca. 12,5 J.) normal und unvermeidlich. Es dient unter anderem entscheidend dem Erkunden der eigenen sozialen Rolle, dem Finden der eigenen Identität und dem Festigen der Hierarchie in der Peer- Group unter Gleichaltrigen oder dem Abheben von Gleichaltrigen oder Jüngeren. Das Ausmaß ist abhängig von verschiedenen Faktoren. Das Naturell des Jugendlichen spielt ebenso eine Rolle wie die Standards, die von Gleichaltrigen gesetzt werden. Darüber hinaus beeinflussen auch soziale und familiäre Hintergründe diesen Prozess, der je nach Individuum und seinem sozialen Gefüge mehr oder minder stark ausgeprägt ist und unterschiedlich lange andauert, bevor das Verhalten wieder angepasster wird. Bei einem Jugendlichen gibt es im Gegensatz zu dem meist fremdbestimmten Leben eines Kindes einen raumgreifenden eigenen Verantwortungsbereich. Die Annahme von (und Motivation für) Gesundheitsförderung wird in großem Maße selbst bestimmt. Daher ist eine stabile Grundlage, die schon im Kindesalter in Kooperation mit Umfeld und Bezugspersonen gefestigt wurde besonders wichtig. Ein so genannter Settingansatz, der die vorgenannten Aspekte berücksichtigt, verspricht den größten Erfolg für Gesundheitsförderung. Des Weiteren

² Z.B. Chen und Kandel, 1995

ausschlaggebend ist die Akzeptanz der Maßnahmen, die nur durch eine zielgruppenspezifische Interaktion erreicht werden kann.

2.1. Stand der Forschung zur Gesundheit von Kindern

Auch wenn es sehr wenige Forschungsergebnisse gibt, die sich mit der Ursachenfindung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Kindesalter beschäftigen, und die Datengrundlage zu diesem Thema sehr spärlich ist, kann man davon ausgehen, dass sich die Ursachen für die Häufung der Beschwerden schon in der frühen Kindheit manifestieren. Man weiß, dass gesundheitsförderliches Verhalten (z.B. Frühstück, Ernährung, Zahnpflege, Bewegung) im Laufe des Jugendalters abnimmt, während gesundheitsgefährdendes Verhalten, z.B. Bewegungsmangel, exzessiver Medienkonsum, Alkoholkonsum, Rauchen und Konsum illegaler Drogen deutlich zunimmt. In jüngster Zeit zeigen nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung allerdings Maßnahmen gegen Zigarettenkonsum (Erhöhung der Preise, Werbeverbot, Raucherdebatte, etc) erste Erfolge. So verzeichnet die BzgA immer weniger junge Erstkonsumenten und einen allgemein geringeren Raucheranteil innerhalb der Bevölkerung. Diesem kleinen Teilerfolg, von dem man noch nicht einschätzen kann wie nachhaltig er ist, gingen Jahrzehnte lang gesundheitliche Schäden und hohe Krankheitskosten als Folge von Rauchen voraus. Erst durch gezielte Erhebungen des Gesundheitsverhaltens und Krankheitsaufkommens durch den Konsum von Tabak und besonders die intensive Beobachtung des Konsumverhaltens der Zielgruppen, konnten effektive Maßnahmen ergriffen werden. In Anbetracht der steigenden Morbidität körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen und angesichts der verhältnismäßig geringen Datenerhebungen von Gesundheitsbeeinträchtigungen, deren Grundlagen und Folgen man schon in der Kindheit beobachten kann, ist das Thema Kindergesundheit ein Brennpunkt. Eine der wenigen Untersuchungen zur Belastung der körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist die Health Behavior School Study (HBSC, Currie et al. 2004/ WHO). Hier wurden Kinder zwischen 11 Jahren und 15 Jahren aus West-, Zentral-, Nord-, und Osteuropa nach Auftreten von Kopf- u. Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Nacken- und

Schulderschmerzen, sowie der Häufigkeit von Befindlichkeiten wie Gereiztheit, Schlafstörungen, Nervosität, Angst und Erschöpfung befragt. Der Gesamtindex zur psychosomatischen Gesundheit zeigt einen Geschlechtseffekt und einen Alterseffekt:

1. Mädchen berichten mehr Beschwerden.
2. Beschwerden und Belastungen nehmen im Laufe des Jugendalters zu.

Bereits im Kindesalter sind heute vier Formen von körperlich basierten chronischen Krankheiten verbreitet (vgl. Hurrelmann, 2000):

- Stoffwechselstörungen wie Diabetes, bei etwa 0,4% aller Kinder
- Neuronale Erkrankungen, besonders Anfallsleiden (Epilepsie), in chronischer Form bei ca. 0,5- 1% aller Kinder
- Rheumatische Erkrankungen bei ca. 0,5 %, wobei Jugendliche häufiger als Kinder betroffen sind
- Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Binde- und Stützgewebes. Hierzu gehören auch angeborene Entwicklungsstörungen des Skeletts und fortschreitende Muskelerkrankungen, z.B. Myopathien und Muskeldystrophien, bei bis zu 3% der Kinder und Jugendlichen.

Diese Zahlen klingen nur mäßig besorgniserregend. Auch wenn diese Erkrankungen die Kinder zumeist ein Leben lang beeinträchtigen, scheint das Aufkommen eher gering. Problematischer hingegen sind tatsächlich psycho- und soziosomatische Störungen (vgl. Hurrelmann 2000), die bislang wenig erfasst sind und eine stark zunehmende Tendenz aufweisen. Sie finden ihre Ursache in einem mangelnden Gleichgewicht von Körper, Psyche und Umwelt. Dies äußert sich insbesondere durch gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z.B. Fehlsteuerungen des Immunsystems (Asthma, Neurodermitis) aufgrund einer defizitären Abwehr von Infektionskrankheiten oder Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens. Gerade hier führt das vielfältige Angebot für industrielle, meist kalorienreiche und fette Kinderernährung in Kombination mit Fast Food, oder Fast Food ähnlichen Nahrungsmitteln zu einer selbstverschuldeten Fehlernährung. Weitere Folgen eines Ungleichgewichts von Körper, Geist und Psyche können auch die Fehlsteuerung der Sinneskoordination (durch Bewegungsmangel, fehlende Reize) und eine mangelnde Fähigkeit sein, psychische und soziale Anforderungen zu bewältigen, was zu einem Konsum von psychoaktiven Substanzen führen kann. Hier zeigt sich die Vielfältigkeit

von möglichen Belastungen für Heranwachsende, die auch durch Unwissenheit und mangelndes Interesse von Eltern und Kindern entstehen.

Lohaus, Fleer, Freytag und Klein-Heßling publizierten schon 1996 eine Studie über 607 Kinder zwischen 7 Jahren und 10 Jahren, in der die Häufigkeit bestimmter Beschwerden erfasst wurde. Demnach gaben 36% der befragten Kinder an, mehrmals in der vorangegangenen Woche erschöpft gewesen zu sein und noch einmal 36 % gaben an, einmal erschöpft gewesen zu sein. 30% klagten über mehrmalige Einschlafschwierigkeiten in der vorangegangenen Woche und 29% gaben dies als einmaliges Vorkommen in der Woche vor der Erhebung an. Die Ergebnisse lassen also darauf schließen, dass bereits im Grundschulalter gesundheitliche Beschwerden oder Beeinträchtigungen alltäglich sind. Die Teilstichprobe der in Deutschland erhobenen Daten der HBSC Studie³ gibt u. a. über die „erlebten Gesundheit“ Auskunft, also über die persönlichen Einschätzungen der befragten Kinder und Jugendlichen. Diese konnten mit ausgezeichnet, gut, einigermaßen oder schlecht antworten. Dabei bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse der anderen Länder der Studie: Mindestens 4 von 5 Jugendlichen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet ein, dabei werten Jungen häufiger als Mädchen positiv. Auch hier nehmen im Laufe des Jugendalters die weniger guten Bewertungen zu. Nach Ravens- Sieberer et al. steht die selbstberichtete allgemeine Gesundheit in Zusammenhang mit dem Wohlstandsniveau der Herkunftsfamilien. Demnach schätzen Kinder und Jugendliche aus unteren sozialen Schichten ihren Gesundheitszustand deutlich ungünstiger ein als Kinder und Jugendliche aus den oberen sozialen Schichten. Laut der wenigen Untersuchungen gibt es starke Hinweise auf die Zunahme von Erkrankungen und Beschwerden, die auch psychosoziale Ursachenfaktoren haben.

³ durch Ravens- Sieberer, Thomas, Erhart, 2003

2.2. Kindergesundheit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht

Gesundheit ist ein abstrakter und dehnbarer Begriff, der sehr von den individuellen Erfahrungen und Lebensentwürfen einer Person abhängt. Die aktuelle Definition der WHO beschreibt Gesundheit als einen Zustand umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (wellness). Das in Klammern gesetzte Wort „Wellness“ unterstreicht die Aktualität dieser Definition. Der Begriff „wellness“ aus dem Englischen beinhaltet sowohl das körperliche Wohlbefinden, also Fitness und einen krankheitsfreien Gesundheitszustand, sowie ein seelisch-geistiges Wohlbefinden („well-being“). Hierfür spielen auch ökologische und soziale Faktoren wie die Umwelt und das Umfeld, Persönlichkeit und die inneren und äußeren Ressourcen einer Person eine entscheidende Rolle.

Gesundheit wird nach Antonovsky durch die Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben beeinflusst. In seiner Theorie der Salutogenese beschreibt er das Kohärenzgefühl (engl. Sense of Coherence, SOC), welches für Antonovsky mitverantwortlich für das Erhalten bzw. stabilisieren von Gesundheit ist. Menschen mit einem großen Kohärenzgefühl bleiben eher gesund und können aufkommende Krankheiten schneller bewältigen, da sie ein starkes Vertrauen besitzen, „dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky, 1979, S. 213, übersetzt von Becker, 1997, S. 10⁴).

Ereignisse oder Entwicklungen werden von Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl als strukturiert und geordnet wahrgenommen. Sie besitzen ein Gefühl der Bewältigbarkeit und betrachten das eigene Leben als sinnvoll. In Verbindung mit weiteren Faktoren wie z.B. materiellem Wohlstand, Wissen, Unabhängigkeit, Ich-Identität und sozialer Unterstützung wirkt dieses innere Vertrauen unterschiedlichen Formen von Stress und widrigen Situationen positiv entgegen.

Ein Individuum muss nach Antonovsky seine bio-psychozialen generalisierten Widerstandsquellen koordinieren, gewichten und organisieren.

Nach Antonovsky gibt es hier drei Kategorien:

⁴ Becker, P,1997, Psychologie der seelischen Gesundheit Band 1

Persönlichkeit:

- Wissen und Intelligenz
- Ich- Identität
- Rationalität
- Flexibilität beim Lösen von Problemen
- Präventive Gesundheitsorientierung = Vermeiden von Stressoren, Aufsuchen von Vorsorgeuntersuchungen, Bewegung und körperliche Aktivität.

Organismus:

- physikalische und biochemische Konstitution/ Immunsystem.

Soziales System:

- materiellen Wohlstand
- soziale Unterstützungssysteme
- intakte Sozialstrukturen
- eine funktionierende Gesellschaft.

Die funktionale Gemeinsamkeit sieht er im Kohärenzgefühl begründet (sense of coherence: SOC), das zu einer erfolgreichen Spannungsbewältigung beiträgt.

Antonovsky stellt drei konstituierte Dimensionen des Kohärenzgefühls heraus:

- Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
 - Dieser Begriff beschreibt das Gefühl eines Menschen, bekannte und auch unbekannte Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können.
- Bewältigbarkeit (sense of manageability)
 - Dies ist die Überzeugung des Menschen, dass er geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen gerecht zu werden. Hierzu gehört auch der religiöse Glaube oder der Glaube an die Hilfsbereitschaft von Mitmenschen.
- Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)
 - Das Gefühl von Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit meint das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet. Dies ist ein wichtiger Aspekt in Antonovskys Theorie der Salutogenese, da ohne ein ausgeprägtes Sinnempfinden das Leben im Übermaß als Last empfunden wird.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Laufe der Kindheit und Jugend aus den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen. Während es in der Adoleszenz noch veränderbar sein kann, ist es mit etwa dreißig Jahren ausgebildet und schwer abänderbar. Wie stark sich das Kohärenzgefühl ausprägt, hängt nach Antonovsky vor allem von den gesellschaftlichen Gegebenheiten, insbesondere der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen ab. Empirische Untersuchungen zum Kohärenzgefühl in der Kindheit fehlen bisher. Dennoch kann man davon ausgehen, dass das Mikrosystem, also die unmittelbare Umgebung eines Kindes (Familie, nahe Bezugspersonen, Erzieher, Lehrer, Freunde) erheblichen Einfluss auf die Bildung des Kohärenzgefühls nehmen. Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen Jahren in der Literatur unterschiedliche Ansätze diskutiert, um Kinder zu stärken und ihre individuellen Ressourcen zu stabilisieren. Die WHO entwickelte 1994 die Leitlinien für basale Lebensfertigkeiten. Dazu gehören die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, Problemlösung und Zielsetzung, Kreatives Denken und auch kritisches Denken (einschließlich der Erklärung von Normen und Werten), Kommunikation mit interpersonellen Fähigkeiten und Selbstsicherheit, Selbstbewusstsein, Empathie, Emotions- und Stressbewältigung. Auch wurden verschiedene Programme zur Gesundheitsförderung im Kindesalter initiiert, die Richtlinien der WHO und Erkenntnisse des Salutogenesemodells berücksichtigen. Eines davon ist das ICH-BIN-ICH Projekt des Pädagogischen Seminars der Georg-August-Universität Göttingen, welches seinen Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung legt. Das Projekt wurde von 1995 bis 1999 erprobt und evaluiert und wird seit 2000 in Grundschulen Niedersachsens, Nordrhein-Westfalens und Mecklenburg-Vorpommerns eingesetzt. In der Schule spielt das Selbstwertgefühl eine entscheidende Rolle⁵. „Die Besonderheit des Projektes besteht darin, dass der Fokus nicht auf dem Vermindern der Risiken des Lebens, sondern dem Entwickeln von Kompetenzen im Umgang mit diesen Risiken liegt“ (Krause u.a. 2000, S.5)⁶.

Die meisten Schulanfänger haben zu Beginn ein relativ hohes Selbstbewusstsein. Sie wurden in ihrer bisherigen Entwicklung von ihren Eltern unterstützt, gelobt und auch mit ihren vermeintlichen Schwächen getragen. Wenn etwas nicht auf Anhieb gelang, machten sie die Erfahrung, dass es irgendwann schon klappen würde. Durch die

⁵ Krause, Ch., Wiesmann, U., Hannich, H.-J., Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern, 2004, S. 260

⁶ Krause, Ch., Hannich, H.-J., Stückle, C., Widmer, C., Rohde, C., Wiesmann, U., Selbstwert stärken- Gesundheit fördern. Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr, 2000

Schule werden die Lebensbedingungen der Kinder verändert. Dies kann einerseits entwicklungsfördernd sein, andererseits birgt es verschiedene Risiken- insbesondere auf das Selbstwertgefühl bezogen. Hier wird nun einerseits zunehmend die Produktivität und das Erwerben verschiedener Kompetenzen bewertet. Das Kind macht die Erfahrung von Zuneigung, Lob und Tadel aufgrund seiner Leistung. Für Kinder mit Lernschwierigkeiten ergibt sich daraus schnell ein Kreislauf von unterschiedlichen Empfindungen wie Liebesverlust der Eltern, Selbstzweifel und Erschütterung des Selbstvertrauens. Dies wirkt sich auf seine emotionale, subjektive Befindlichkeit aus und unter Umständen auf die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Auch die sozialen Beziehungen in der Schule tragen entscheidend zum Selbstwert und somit zum Wohlfühl der Kinder bei.

In der Vergangenheit wurde die Belastbarkeit von Kindern wenig berücksichtigt. Im Vordergrund der meisten Forschungsbereiche standen die Beschwerden der älteren Bevölkerung. Doch auch Kinder leiden unter der Zunahme von Belastungsfaktoren. Der rasche Wandel der Lebensbedingungen und die gesellschaftlichen Veränderungen fördern zwar einerseits die produktive Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit ihrer Lebenswelt, da sie mehr Freiräume haben und selbständiger entscheiden können, andererseits entstehen hierdurch auch Belastungen, denen nicht alle Kinder und Jugendlichen gewachsen sind. Notwendige Handlungskompetenzen, ökonomische und soziale Voraussetzungen sind nicht gleich entwickelt und verteilt, so dass die steigenden Herausforderungen bei entsprechenden Defiziten erhebliche Stressoren sein können. Kinder und Jugendliche können in den verschiedensten Bereichen ihrer Lebenswelt auf Beeinträchtigungen stoßen. Erhebliche Belastungen können so beispielsweise schon in der Familie auftreten. In dieser wichtigen Sozialisationsinstanz sollte die Versorgung, emotionale Unterstützung, Sicherheit und Verlässlichkeit gegeben sein. Doch durch die sich wandelnden Familienstrukturen und erschwerte Lebensumstände wie etwa Geschwisterlosigkeit, allein erziehende Elternteile, Arbeitslosigkeit und somit materielle Not, können diese Aufgaben oft nicht mehr erfüllt werden. Darüber hinaus werden Heranwachsende häufig mit Störfaktoren in ihrer Freizeit konfrontiert. Ihre Freizeit ist heutzutage zum einen übermäßig durch Sportvereine, Nachhilfe, Musikschule, o. ä. oder aber von den Medien (vor allem Fernsehen, Video, DVD, Computerspiele) bestimmt. Ungünstiger und vor allem unkontrollierter Medienkonsum

ist gerade in Wohngebieten mit einem niedrigen sozialen Status, sog. sozialen Brennpunkten weit verbreitet. Es fehlen schulferne Kontakte und Lebensräume zum Spielen in denen Kinder sich mit Gleichaltrigen auseinander setzen können. Erhebliches Belastungspotential findet man auch in der Schule. Hier sollen Heranwachsende mit systematischer Bildung und Erziehung gefördert werden. Einerseits stehen die Anregung, der Aufbau und die Förderung von gesellschaftlich gewünschten Fähigkeiten und Fertigkeiten im Vordergrund. Andererseits sollen soziale und emotionale Kompetenzen gebildet werden. Schulische Bildung und Erziehung sollte aber auch die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und Widerstandsressourcen, die das Kohärenzgefühl stärken und somit zu Gesundheit beitragen, gewährleisten. Die Institution Schule kann einen so genannten Schutzfaktor darstellen. Positive Erfahrungen mit der Schule werden vor allem dann assoziiert, wenn Schüler mit hohem aber angemessenem Leistungsstandart konfrontiert werden, ihnen verantwortungsvolle Aufgaben übertragen wurden und Lehrer respekt- und verständnisvoll sind. Darüber hinaus sind klare, konsistente und gerechte Regeln und ein konstruktives Feedback, Anerkennung, Lob und Ermutigung ein entscheidender Faktor. Soziale Kontakte in der Schule zu Lehrern als Bezugsperson oder zu Peers, sind bedeutsam für den emotionalen Beistand, für Abstand von familiären Problemen, für die Unterhaltung oder für das Einholen von Rat. Die Schule gilt als ein zentrales Instrument der Lebensplanung⁷. Paulus (1995, S. 264) bezeichnet die Schule jedoch als erheblichen „Risikofaktor“ für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Durch die vielfältigen Anforderungen in der Schule ist sie ein Stressor, der auch Ängste auslösen kann und somit die Gesundheit von Heranwachsenden negativ beeinflusst. Der Leistungszwang in der Schule und die frühe Selektion als Folge der sehr unterschiedlichen Voraussetzungen der Kinder einer Klasse, die oft nicht kompensiert werden können, verschärft vor allem die Situation von Kindern benachteiligter Familien. Lehrpläne sind in der Regel sehr eng gefasst und lassen wenig Raum für freies Interaktions- und Kommunikationsgeschehen. So werden Kinder häufig auf ihr Leistungspensum reduziert und nicht auf der Grundlage ihrer gesamten intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten beurteilt. Die Auswirkungen von Stress in der Schule wurden 1998 in einer Göttinger Längsschnittstudie mit Hilfe des Stressfragebogens von Lohaus (1996) erhoben⁸. Der Fragebogen ist in drei Abschnitte unterteilt, wovon

⁷ Hurrelmann, K., Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, 1994, S. 129

⁸ Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P., Klein- Heßling, J., Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und

sich der erste Teil mit der Einschätzung fiktiver Schulsituationen beschäftigt. Im zweiten Teil werden die vorhandenen Stressbewältigungsstrategien der Kinder ermittelt und im dritten Teil das aktuelle Ausmaß der Stresssymptome. Bei den Drittklässlern (n= 163) wurden nur 8% der Kinder ohne Stress identifiziert, wogegen zum Zeitpunkt der Befragung 40% der Kinder unter hohem Stress bzw. hoch durchschnittlichem Stress standen. Die daraus resultierenden Symptome definieren ein Defizit der Kinder, die Belastungen zu bewältigen. So weisen 63,8 % der Jungen und Mädchen Erschöpfung auf, 45,3% Schlaflosigkeit (hier insgesamt mehr Jungen mit 51,25%, als Mädchen mit 39,75) und 44,7% geben Appetitlosigkeit an. Das Symptom Kopfschmerzen beschrieben 44,1% (Mädchen 51,8%, Jungen 36,5%) der befragten Kinder, Bauchschmerzen insgesamt 39,3% (Mädchen 45,75%, Jungen 32,5%). Im Jahr 2001 wurde eine zweite Längsschnittpopulation im Raum Niedersachsen und Nordrhein- Westfalen nach einem eigens entwickelten Befindlichkeitsprofil (vgl.Ch. Krause et al Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern, 2004, S. 77- 84) befragt. Diese Kinder wurden innerhalb der ersten Schulwoche interviewt. Hier zeigte sich, dass bereits zum Schulanfang 10% der Kinder (Mädchen 12,2%, Jungen 7,2%) angaben, in der vorangegangenen Woche erschöpft gewesen zu sein. Schlaflosigkeit in der Woche vor der Befragung gaben 14,6% der Mädchen und 12,1% der Jungen an (~9,7%). 12% der Jungen und 8,4% der Mädchen waren meist müde.

Darüber hinaus sind auch die institutionellen Rahmenbedingungen nicht auf ein stärkendes und gesundheitsförderliches Miteinander in der Schule ausgelegt. Diese Tatsache wird insbesondere durch die große Anzahl der krankheitsbedingt berufsunfähigen Lehrkräfte unterstrichen. Sie leiden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten unter Ängsten, Depressionen und neurotisch-funktionellen Störungen und Burnout- Symptomen (vgl. z. B. Rudow, 1994).

Das Empfinden der Belastungen und somit auch die Symptome, die durch z.B. Stress ausgelöst werden, sind individuell verschieden. Menschen können sie unterschiedlich gut verarbeiten. Seit einiger Zeit wird die Fähigkeit untersucht, Widerstände und Belastungen unterschiedlichster Herkunft zu bewältigen. Warum zerbricht ein Mensch an gewissen Umständen seiner Lebenssituation und ein zweiter, der ähnlich ungünstige Voraussetzungen hat, geht verhältnismäßig unbeschadet seiner Wege?

Im entwicklungspsychologischen Kontext spricht man von *Resilienz*, wenn trotz einer starken Gefährdung durch multiple Stressoren über einen längeren Zeitraum das innere Gleichgewicht einer Person aufrechterhalten bleibt und sie Störungen gegenüber widerstandsfähig bleibt.

Für den Kontext der hier relevanten Altersgruppe kann Resilienz definiert werden als die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Resilienz zielt insofern auf psychische Gesundheit trotz Risikobelastungen, d.h. auf Bewältigungskompetenz, ab. Unter Resilienz werden dabei drei Erscheinungen subsumiert, die auch miteinander wirken oder in einer Wechselbeziehung zueinander stehen können:

1. die positive, gesunde Entwicklung trotz hohem Risikostatus, z.B. chronischer Armut, elterlicher Psychopathologie, sehr junger Elternschaft (gemeint sind auch so genannte Multiproblemmilieus),
2. die beständige Kompetenz unter extremen Stressbedingungen, z.B. elterlicher Trennung und Scheidung, Wiederheirat eines Elternteils,
3. die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen wie Tod eines Elternteils, Gewalterfahrungen, Naturkatastrophen oder Kriegs- und Terrorerlebnisse (Bender/ Lösel 1998; Werner 2000).

Resilienz bezieht sich damit nicht nur auf die Abwesenheit von psychischen Störungen, sondern auch auf den Erwerb und Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen der normalen kindlichen Entwicklung trotz risikoreicher Lebensumstände (Masten/ Coatsworth 1998; Rutter 2000).

Im Vergleich zu früheren Ansätzen wird heute davon ausgegangen, dass Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal bezeichnet, sondern vielmehr eine Kapazität, die im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird (Rutter 2000). Empirische Forschungsergebnisse (z.B. Kauai-Längsschnittstudie Werner, Smith, 1982, 1992, 2001, Mannheimer Risikokinderstudie, Laucht et al., 1999, 2000) zeigen, dass die Basis für die Entwicklung von Resilienz dabei in besonderen risikomildernden Faktoren begründet ist, die sowohl in der Person des Kindes als auch in seiner Lebensumwelt lokalisiert sein können. Aufgrund dieser konstitutionellen, erlernten oder sozialen Ressourcen unterscheiden sich die Menschen in ihrer Fähigkeit zur Belastungsregulation (Bender/ Lösel 1998).

Resilienz und Selbstwirksamkeit sind entscheidende Aspekte für das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen. Nur mit einer inneren Sicherheit und der Bereitschaft Belastungen und Heraus- und Anforderungen entgegenzutreten ist der Lebenswandel unserer Zeit zu bewältigen. Mit der Fähigkeit die unterschiedlichen Lebenssituationen differenziert einschätzen zu können, steigt das Empfinden von Lebensqualität und Wohlbefinden. Ohne diese psychische Widerstandsfähigkeit fällt es schwer, Momente des Glücks, der Zufriedenheit und der Freunde zu erkennen und sich an ihnen aufzubauen. In Folge dessen ist die Gefahr der Resignation hoch und ein Mangel an Motivation denkbar, um Unzufriedenheitsfaktoren ändern zu können und sich ggf. auch notwendige Unterstützung zu suchen. Dauerhaft wirkt sich dies auf die gesamte psychische Verfassung aus und negative Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen sind mehr als denkbar. Um diesen Konsequenzen entgegenzutreten, ist die Resilienzförderung, auch hinsichtlich einer Stabilisierung von Wohlbefinden und Lebensqualität eine elementare Aufgabe der Frühpädagogik und somit auch ein Interventionsfeld für die Schule.

3. Lebensqualität und Wohlbefinden

Der Ursprung des Forschungsfeldes Lebensqualität lässt sich in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung finden. Hier wurden überwiegend die objektiven Lebensbedingungen größerer Bevölkerungsgruppen erkundet. Der Schwerpunkt lag insbesondere auf der subjektiven Bewertung unterschiedlicher sozialer und ökonomischer Faktoren, die das Leben bzw. den Lebenswandel beeinflussen (z. B. Einkommen, materielle Sicherheit, politische Unabhängigkeit, soziale Gerechtigkeit, Rechtssicherheit).

Im Verlauf vollzog sich die Entwicklung zu einem individuumsbezogenen Konzept. Heute stellt gesundheitsbezogene Lebensqualität ein zentrales psychologisches Forschungsthema dar, welches auch verstärkt als Evaluationskriterium in der Medizin herangezogen wird.⁹

Die Bedeutung der Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität steigt insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. Diabetes, Asthma, Chronische Schmerzen aber auch die Fachbereiche Onkologie, Kardiologie sowie die Psychiatrie nutzen die Erkenntnisse.

Nachdem in der Vergangenheit vorwiegend erwachsene Patienten im Fokus der Forschung standen, wird in den vergangenen Jahren auch zunehmend die Lebensqualität von Kindern untersucht.

Eine allgemein gültige Definition des Begriffs gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich schwerlich fassen, da er sich kaum von verwandten Konzepten wie Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück abgrenzen lässt. Eine operationale Definition betrachtet die gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt. Es beinhaltet körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und des Handlungsvermögens aus der subjektiven Sicht der Betroffenen. Hiernach bezieht sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf die subjektiv wahrgenommene, erlebte Gesundheit (vgl. Bullinger, 1991, 2000, 2002; Bullinger, Ravens- Sieberer & Siegrist, 2000b; Flipp & Ferring, 1991; Spilker, 1996b).¹⁰

Die WHO legt in ihrer Definition gesundheitsbezogener Lebensqualität den Schwerpunkt auf die gesamte Lebenssituation und die kulturellen Besonderheiten auch hinsichtlich des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele,

⁹ Bullinger, 1997, 2000, 2002; Gimmler, Lenk & Aumüller, 2002; Kind, 2001; Schölmerich & Thews, 1990

¹⁰ Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Band 2, 2003

Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen der betroffenen Menschen. Beeinflusst wird die individuelle Lebensqualität durch die körperliche Gesundheit, den psychologischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit und die sozialen Beziehungen, sowie durch ökologische Umweltmerkmale (vgl. The WHOQOL- Group, 1994).

Der Begriff Wohlbefinden fand seine Anwendung zunächst nur in psychologischen Disziplinen. Anfangs wurden verschiedene Definitionen diskutiert. So beschrieb beispielsweise Becker¹¹ 1980 Wohlbefinden als die Häufigkeit positiver Gefühle und Abwesenheit negativer Gefühle, Selbstakzeptierung und die Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung. Wenn man dies auf das Wohlbefinden in der Schule transferiert kann man einen Zusammenhang zum schulischen Lebensraum herleiten. Becker hat hier Wohlbefinden an Aspekte der Persönlichkeit gebunden- da die Schule maßgeblich zur Persönlichkeitsentwicklung beiträgt, ist hier eine enge Verbindung zu sehen. Für Mayring war der Begriff Wohlbefinden 1991 ein Fachbegriff, der Glück, Zufriedenheit, Freude und Belastungsfreiheit beinhaltet. Auch hier kann man Schule mit einbeziehen, da die beschriebenen Emotionen auch in der Schule von Schülern und Lehrern empfunden werden. Einige aktuelle Ansätze der psychologischen Wohlbefindensforschung differenzieren für das subjektive Wohlbefinden einen gefühlsmäßigen und einen bewertenden Aspekt. So wird in der einschlägigen Literatur davon ausgegangen, dass sich das subjektive Wohlbefinden aus einer emotionalen oder affektiven Komponente und einer kognitiv- evaluierenden Komponente zusammensetzt. Die emotionale Komponente lässt sich erneut unterteilen in den positiven und negativen Affekt sowie Glück (siehe Abb. 1., vgl. Diener& Lucas, 2000)

¹¹ Becker,P.1980,Prävention von Verhaltensstörungen und Förderung der psychischen Gesundheit

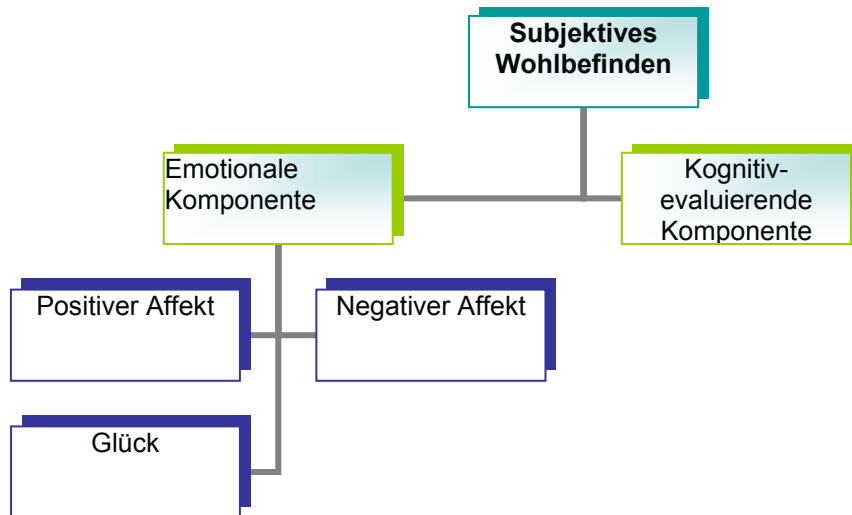


Abb. 1. Subjektives Wohlbefinden nach Diener & Lucas

Bisher erschienen negative Emotionen und Erfahrungen als dringlicher und führten in der Wissenschaft dadurch zu einer mangelnden Berücksichtigung positiver Emotionen. Dies ist aus evolutionärer Sicht nachvollziehbar, da negative Faktoren häufig unmittelbare Probleme oder Gefahren aufzeigen, die in irgendeiner Form nach Intervention verlangen.

Dieses Konzept der Störungen verliert zunehmend an Relevanz. Vielmehr wird immer häufiger der umgekehrte Ansatz in Betracht gezogen, der positive Emotionen und Erfahrungen stabilisieren und stärken will, um negative Auswirkungen zu vermeiden.

Wohlbefinden stellt dabei einen Teil der psychischen Gesundheit dar und bezieht sich auf die subjektive Einschätzung des eigenen Lebens einer Person. Generell lassen sich die Begriffe Lebensqualität und Wohlbefinden nicht strikt voneinander trennen. Vielmehr stehen sie in einer Beziehung zueinander und bedingen sich gegenseitig.

Diese Arbeit stützt sich auf die zuletzt erläuterte Definition und der Annahme Wohlbefinden fördern zu können, um die psychische Gesundheit zu stabilisieren und somit Bewältigungskapazitäten zu erhalten.

3.1. Wohlbefinden in der Schule

Die ersten Ansätze der Forschung zum Thema Wohlbefinden in der Schule fanden sich in einer Studie von Fend, Knörzer, Nagl, Specht und Văth- Suszdzara 1976 zum Thema Schulangst. Fend et al. subsumierten aus ihren Forschungen zu Schulangst und ihre Folgen auf Motivation und Leistungsfähigkeit der Schüler zwei pädagogische Ziele:

1. Angst zu vermindern, da sie- wie die Misserfolgsorientierung das subjektive Wohlbefinden eines Schülers einschränkt und
2. das Wohlbefinden, d.h. die Erfolgsszuversicht und die Schulfreude, zu erhöhen, welche zu leistungsunterstützenden Attributionsmustern führen und damit zur Leistungssteigerung beitragen können¹².

Die vielleicht umfangreichste Studie bisher zum Befinden in der Schule stellte Eder 1995 vor. Er definierte das Befinden in der Schule aus den Teilkomponenten Wohlbefinden, Zufriedenheit, Angst, depressive Verstimmung, psychische Belastung, emotionale Selbstsicht, Selbstkonzept und Selbstwertgefühl. Diese sind für ihn durch die subjektiven Aspekte des Denkens und Fühlens bestimmt. In Anlehnung an Lewin (1963) beschreibt Eder das Befinden eines Menschen als affektiv- wertende Selbstwahrnehmung einer Person in ihrem Lebensraum. Den Begriff Wohlbefinden wertete er als Befinden in positiver Ausprägung und lehnte ihn an die WHO- Definition von Gesundheit (1946) an. In seiner regionalen Studie¹³ (n= 4160, davon 1897 Jungen und 2263 Mädchen) mit Volksschulkindern mit Empfehlungen für Gymnasium und Hauptschule zog Eder einerseits die Selbstwahrnehmung hinsichtlich der Schule (Einstellung zur Schule, Zufriedenheit mit der Schule, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, psychische Belastung durch Schule und emotionale Stimmung) heran. Als zweite Komponente setzte er die Umweltwahrnehmung, d.h. Befriedigung bzw. Beeinträchtigung physischer Bedürfnisse, soziale Integration, Akzeptanz bei Lehrern und Mitschülern, Möglichkeit zur Selbstverwirklichung und Erfüllung kognitiver Bedürfnisse ein. Hier zeigten die Ergebnisse, dass die Angaben sehr von der Schulstufe und vom Schultyp abhängig sind. Während die Kinder der 4. Klassen noch eher gern zur Schule gingen (23% sehr gern, allerdings wählte Eder nur die extremen

¹² Vgl: Fend et al. 1976, S. 145

¹³ Eder, F. 1995. Das Befinden von Schülerinnen und Schülern in öffentlichen Schulen. Ergebnisse der Repräsentativerhebung

Formen „sehr gern“ und „überhaupt nicht gern“ in seiner Untersuchung), so nahm dies bei älteren Kindern stetig ab (5. Kl. noch 14% „sehr gern“, 12 Kl. nur 3% „sehr gern“). Die restlichen Ergebnisse der Studie beziehen sich auf ältere Jahrgänge, die aufgrund des Schwerpunkts dieser Arbeit (Grundschule) an dieser Stelle ausgespart werden. Das Wohlbefinden in der Schule ist nicht nur mit einem allgemeinen *Sich-wohl-fühlen* zu beschreiben, sondern beinhaltet eine spezifische Gefühlsqualität (vgl. Hascher, 2004, S. 290). Hascher verweist auf sechs Wohlbefindensbereiche:

1. positive Einstellungen und Emotionen zur Schule
2. Freude und Anerkennung in der Schule
3. Schulischer Selbstwert
4. keine Sorgen wegen der Schule
5. keine körperlichen Beschwerden durch die Schule
6. keine sozialen Probleme in der Schule.

Diese sechs verbundenen und doch für sich stehenden Aspekte werden von einigen schulspezifischen Faktoren beeinflusst:

1. soziale und didaktische Merkmale des Unterrichts bei Klassenlehrer/ innen
2. empfundener Leistungsdruck
3. Schulleistungen der Schüler/ innen
4. Diskriminierung von Mitschüler/ innen
5. Interaktion in den Schulpausen.

Das Wohlbefinden in der Schule unterliegt vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit demnach einer multifaktoriellen Abhängigkeit. Es bedarf unterschiedlicher Ansätze einer aktiven Schulentwicklung.

Der Bereich Schule ist nach dem Kindergarten ein familienergänzendes und mitunter auch –ersetzendes Element im Leben eines Kindes. Einmal geprägt durch die Dauer einer Schullaufbahn verbunden mit den länger werdenden Schultagen durch beispielsweise die Einrichtung von Ganztagschulen und darüber hinaus durch die immensen Entwicklungsschritte, die in dieser Zeit vollzogen werden (müssen).

Folgende Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz gehören nach Havighurst zur Mittleren Kindheit (6-12J.) (nach Dreher & Dreher, 1985, S59):

1. Erlernen körperlicher Geschicklichkeit, die für gewöhnliche Spiele notwendig ist
2. Aufbau einer positiven Einstellung zu sich als einem wachsenden Organismus
3. Lernen, mit Altersgenossen zurecht zu kommen
4. Erlernen eines angemessenen männlichen oder weiblichen Rollenverhaltens
5. Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben, Rechnen
6. Entwicklung von Konzepten und Denkschemata, die für das Alltagsleben notwendig sind
7. Entwicklung von Gewissen, Moral und Werteskala
8. Erreichen persönlicher Unabhängigkeit
9. Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen.

Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre weisen auf die Bedeutung der frühen Kindheit für die Entwicklung von gesundheitsrelevanten Lebensgewohnheiten hin. Während sich das Kind in den frühen Lebensabschnitten von Eltern und Umfeld noch sehr fremdbestimmt entwickelt, nimmt im Schulalter die familiäre Kontrolle nach und nach ab. In der Adoleszenz übernehmen Heranwachsende immer stärker die Verantwortung für ihr Leben und die damit verbundenen gesundheitsrelevanten Lebensgewohnheiten, wie z.B. Ernährungsverhalten und körperliche Aktivität aber auch ihrer persönlichen Denkschemata und Wertvorstellungen.

Nach dem Kindergarten ist die Schule ein viel versprechendes Setting für Verhaltens- und Verhältnisprävention und kann so dazu beitragen, nicht nur unterrichts- und bildungsspezifisch ein solides Fundament aufzubauen. Laut den Schuleingangsuntersuchungen einiger Bundesländer (RKI, 2004)¹⁴ besuchen ausländische Kinder im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft deutlich seltener einen Kindergarten. Dies bedeutet für Grundschulen, insbesondere für Schulen in sog. sozialen Brennpunktgebieten mit erhöhtem Migrationsaufkommen, verstärkte Anforderungen in verschiedenen Bereichen. So müssen neben der Stärkung von sozialen Kompetenzen beispielsweise auch Entwicklungs- und Sprachdefizite, die bisher durch fehlende Förder- oder Früherkennungsmaßnahmen unerkannt und

¹⁴ Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, RKI, 2004

unbeobachtet blieben, kompensiert werden, um den Kindern die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen.

Von den wenigen erfassten Daten im deutschsprachigen Raum bezieht sich nur ein sehr geringer Teil auf den Primarschulbereich. Der Großteil der Studien bezieht sich auf die Jahrgänge ab der 5. Klasse aufwärts. International beschäftigt man sich schon länger mit dem Thema der Mentalen Gesundheit von Kindern, welches auch das Wohlbefinden in der Schule beinhaltet. Beispielsweise ist in Kanada das mittlere Kindesalter (dort 6 Jahre- 12 Jahre) ein allgemeingültiges Interessengebiet in der sozialen Forschung. Hier gibt es vielfältige Studien, die die Notwendigkeiten von Wohlbefinden und der mentalen Gesundheit von Kindern im Kontext zur allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung darlegen. So hat man nicht nur erkannt, dass diese Altersgruppe einen großen Teil der kanadischen Bevölkerung ausmacht (nahezu 3 Millionen der gesamten Bevölkerung sind Kinder zwischen 6 J. und 12J¹⁵.), sondern auch wertvoll für die zukünftigen gesundheitlichen Gegebenheiten sind. So betonen Hertzman und Power¹⁶ anhand ihrer Ergebnisse nachdrücklich, dass es starke Hinweise auf die Einflüsse in der Kindheit bezüglich ihrer lebenslangen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden gibt. Sie machen deutlich, dass die Lebensumstände von Kindern (damit sind neben der Familie auch das nähere und weitere Umfeld und insbesondere die Schule mit ihren vielfältigen Risikofaktoren gemeint) einen großen Bereich des allgemeinen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit sowie deren Beeinträchtigungen nachhaltig beeinflussen. Der National Longitudinal Survey of Children and Youth¹⁷ zeigt auf, dass 29% der kanadischen Kinder diesbezüglich gefährdet sind. Hier wurden unter anderem auch Einkommen der Eltern (Kinder mit niedrigem sozialem Status wiesen eine erhöhte Vulnerabilität auf), kognitive Fähigkeiten und soziale Kompetenzen und Verhalten der Kinder berücksichtigt.

In Vergleichen über mehrere Jahre¹⁸ wurde festgestellt, dass die Zahl der anfälligen Kinder konstant blieb. Insgesamt wurden annähernd 56% der Kinder als mental stabil mit einem gut entwickelten Wohlbefinden identifiziert. Über 16% der Kinder wurden hinsichtlich eines Risikofaktors (z.B. Armut oder soziale Benachteiligung, Entwicklungsdefizite hinsichtlich kognitiver oder sozialer Kompetenzen,

¹⁵ Statistics Canada, Annual Demographic Statistics, 2005

¹⁶ Hertzman,C.,Power,C. A Life Course Approach to Health and Human Development, 2006

¹⁷ Statistics Canada, Annual Demographic Statistics, 2005

¹⁸ The Child and Adolescent Task Group of the F/P/T/ Advisory Committee on Population Health and Health security, 2004

Verhaltensauffälligkeiten) als anfällig eingestuft. Zwei Jahre später galten die gefährdeten 16% als resilient und mental stabil, während 15 % der 56% der 2 Jahre zuvor als mental gesund bezeichneten Kinder nun deutlich negative Entwicklungen vollzogen hatten und so als gefährdet einzustufen waren. Insgesamt wurden 13% der untersuchten Kinder in ihrem Wohlbefinden und in ihrer mentalen Gesundheit als dauerhaft beeinträchtigt ausgewiesen.

Eine Studie des Canadian Council on Social Development¹⁹ mit Daten aus 2001 unterstreicht die besondere Belastung von Kindern hinsichtlich ihres Wohlbefindens und der mentalen Gesundheit mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen aber auch von Kindern, die durch Lernschwierigkeiten oder kognitive Defizite beeinträchtigt sind. Besonders besorgniserregend ist hier die Erkenntnis, dass nur etwa die Hälfte der betroffenen Kinder (wovon ca. 40% schwere oder sehr schwere Beeinträchtigungen aufwiesen) speziell gefördert oder mit ihrer Familie unterstützt wurden.

Auch in Deutschland wird die Zahl der Kinder mit Entwicklungsdefiziten und Verhaltensauffälligkeiten (auch durch den großen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund) immer größer. Gerade in der Schule wird dies deutlich. Hier kann das Zusammentreffen von betroffenen und nicht betroffenen Kindern einerseits eine Chance sein (normal entwickelte und mental stabile Kinder mit einem gefestigten familiären Hintergrund können gefährdete Kinder unterstützen), es birgt aber auch eine Vielzahl von Risiken. Hier muss zukünftig auch im Primarschulbereich gezielt interveniert werden, um gefährdete Kinder möglichst frühzeitig aufzufangen und zu stabilisieren. Fehlt eine effektive Unterstützung, zeigt die Erfahrung, dass auch mental gesunde Kinder in ihrem Wohlbefinden in der Schule stark beeinträchtigt sind. Dies wirkt sich nicht nur auf die Motivation und Leistungsfähigkeit in der Schule aus, welche maßgeblich für den weiteren Schulerfolg ausschlaggebend sind (und somit für den weiteren Lebensentwurf), sondern auch auf die psychische und in der Folge unter Umständen auch auf die körperliche Gesundheit der Kinder.

Um den Gesundheitszustand der Bevölkerung auch vor dem demographischen Hintergrund zu verbessern, müssen gezielte Maßnahmen ergriffen werden. Diese Erkenntnisse müssen auf bildungspolitischer Ebene erfasst und umgesetzt werden. Der derzeitige Lehrermangel an Schulen und die Erhöhung der Kinderanzahl in Grundschulklassen ist dem wenig zuträglich.

¹⁹ The Canadian Council on Social Development: The Progress of Canada's Children, Ottawa, 2006

3.2. Gesundheit und Wohlbefinden aus der Sicht von Kindern

„Für Kinder und Jugendliche ist Gesundheit selbstverständlich, persönliche Ressourcen erscheinen unerschöpflich und gesundheitliche Risiken irrelevant, da Gesundheitsschäden zeitlich weit entfernt und kaum vorstellbar sind“ (Jerusalem, 2002, S.17²⁰).

Jüngere Kinder verstehen den Begriff „Gesundheit“ noch im Sinne von der Abwesenheit von Krankheit. Der Begriff Gesundheit erscheint ihnen ziemlich abstrakt, da für sie Gesundheit nicht fühlbar ist. Krankheit hingegen, z. B. ein „krankes“, gebrochenes Körperteil oder Bauchschmerzen sind deutlich spürbar. Die Vorstellung älterer Kinder wird mit zunehmendem Alter differenzierter und eigenständiger. Ab ca. acht Jahren verändern sich die Assoziationen von einem negativ definierten Konzept zu einem positiv belegten Konzept. Gründe dafür könnten zum einen Erfahrungswerte und Lerneffekte sein, die von außen, beispielsweise vom Elternhaus oder Schule, an das Kind herangetragen werden. Hinzu kommen die Entwicklungsschritte und die Selbsterfahrungen eines Kindes. Es spürt wann es ihm gut geht und was ihm gut tut. Mit zunehmenden kognitiven Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen ist es immer mehr in der Lage, dieses zu erkennen und zu verbalisieren. Im Erwachsenenalter legen sie sich eine eigene Definition von Gesundheit zu, die von ihren persönlichen Erfahrungen und Lebensverläufen geprägt ist.

3.3. Geschlechtsspezifische Unterschiede

In einer Untersuchung von Starfield und Riley zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen²¹ zeigt sich, dass Jungen ihre körperliche und seelische Gesundheit deutlich besser einschätzten als Mädchen. Auch Bullinger et al. weisen bezüglich der Ursprungsfassung des KINDL-Fragebogens darauf hin, dass Mädchen ihre körperliche Gesundheit schlechter einschätzten als Jungen²². Ravens- Sieberer bestätigt dies nach einer Untersuchung mit dem KINDL- Fragebogen 2000. Hier gaben vor allem jugendliche Mädchen an, sich in der vorangegangenen Woche krank gefühlt zu haben²³. Lang berichtet, dass

²⁰ Jerusalem, M., 2002, Gesundheitsförderung in Schule und Elternhaus

²¹ Starfield and Riley, 1998, S. 92

²² Bullinger et al., 1994, S.73

²³ Ravens- Sieberer, 2000, S.151

Wohlbefinden in der Schule bei Jungen schlechter eingeschätzt wurde als bei Mädchen. Des Weiteren ergaben sich bei Bullinger et al. in einer Untersuchung von 397 Kindern und Jugendlichen auch Unterschiede zwischen den einzelnen Schultypen. Während Grundschüler insgesamt die höchsten Werte auf der Gesamtskala der Lebensqualität erzielten, wurde dies im Zusammenhang mit Sozialleben bei Gymnasiasten am schlechtesten beurteilt. Hauptschüler beurteilten ihr Zurechtkommen im Alltag besser als Gymnasiasten²⁴.

²⁴ Bullinger et a., 1994, S.73

4. Projektbeschreibung

Die folgende Arbeit bezieht sich auf das Forschungsprojekt „Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, welches am Forschungsschwerpunkt Public Health in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse durchgeführt wurde. Das Projekt fand als kontrollierte Interventionsstudie in 14 Hamburger Grundschulen über den Zeitraum von vier Jahren zwischen 2002 und 2006 statt.

Grundlage des Projekts ist ein partizipativer Ansatz, der durch die Verknüpfung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention eine nachhaltige Verbesserung von Lernen und Leben in der Schule anstrebt. Das Projekt vereint und erweitert unterschiedliche Ansätze von Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung unter dem Begriff der „Gesunden Schule“ in Deutschland. Das primakids-Projekt beinhaltet drei Bereiche von Interventionen:

- Primärprävention und Gesundheitsförderung von Kindern
- Schulentwicklung
- Lehrergesundheit

Im Bereich der Gesundheitsförderung von Schülerinnen und Schülern wurden an 9 Schulen Interventionsmaßnahmen durch Lerneinheiten zur Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Wahrnehmung, Konfliktlösung und Stressbewältigung ergriffen, um das gesundheitsrelevante Verhalten der Schüler zu verändern. Daneben dienten 5 weitere Schulen als Kontrollgruppe. In allen Schulen wurden jährlich Befragungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten durchgeführt sowie die Körpergröße und das Gewicht der teilnehmenden Kinder gemessen, um mögliche Veränderungen aufzuzeigen und die Effekte zu messen.

Im zweiten Projektbereich sollten durch Schulentwicklung Veränderungen der Verhältnisse in zwei der Schulen angestrebt werden. Dabei wurden Gesundheitsförderung und Schulentwicklung verbunden und in einen Zusammenhang gestellt.

Die Vorgehensweise basiert auf einer Ist- Analyse der Schulsituation, einer Moderation zur Schulprogrammentwicklung und der Prozessbegleitung zur Organisationsentwicklung. Im Zuge der Organisations- und Schulentwicklung wurde die Gesundheit der Lehrkräfte berücksichtigt. Als Grundlage diente hier die Entwicklung eines Coachingkonzepts, welches die bessere Bewältigung der

Anforderungen im schulischen Alltag, dem Abbau von Belastungen und die Stabilisierung gesundheitlicher Ressourcen anstrebt.

Mit der Ist- Analyse wurde in Anlehnung an die Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung das Ziel verfolgt, die momentane Schulsituation und die Schulverhältnisse diagnostizieren, um Ansatzpunkte für Veränderungen herauszustellen. Die Ist- Analyse sollte die Ausgangsposition der Schulen und ihrer Mitarbeiter und Schüler festlegen und die Fragen „Wo stehen wir?“, „Wo wollen wir hin?“ und „Wie gelangen wir dorthin?“ beantworten. Im Rahmen des Schulentwicklungsprozesses wurden in beiden Schulen aus den Lehrerkollegien heraus Projektgruppen gebildet, die die Schwerpunkte und Prioritäten der Organisationsentwicklung an den Schulen festlegen sollten. Es sollten die Ressourcen von Personen und in der Organisation analysiert werden, um innerschulische Kooperation und Motivation zu erhöhen und Belastungen besser bewältigen zu können. Die Ist- Analyse wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens für alle an der Schule Beteiligten (Schulleitung, Lehrer, Sekretärin, Hausmeister und Schüler) vor dem Hintergrund der vier Ebenen der Schulentwicklung (Unterrichtsentwicklung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung und Evaluation und Qualitätssicherung) erstellt und nach dem Public Health Action Cycle analysiert. Dies beinhaltete eine Problemdefinition mit anschließender Strategieformulierung und der Implementation und Umsetzung der gewählten Maßnahmen. Die Interviewleitfäden wurden in ihren Schwerpunkten auf den Tätigkeitsbereich der jeweiligen Beteiligten der Schule abgestimmt. Im Rahmen des Schülerfragebogens der Ist- Analyse im Schulentwicklungsprozess wurden auch Daten erhoben, die sich auf das Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern in der Grundschule beziehen, die die empirische Grundlage dieser Diplomarbeit bildeten. Für diese Arbeit erfolgte die Erhebung von Schülerdaten der beiden Grundschulen, die in den Projektbereich Schulentwicklung involviert waren. Beide Schulen haben um die 300 Schüler und verfügen über ein Kollegium mit ca. 20 Lehrern. Schule A liegt in einem sozial benachteiligten Einzugsgebiet, während Schule B der sozialen Mittelschicht zuzuordnen ist.

5. Methodik der Datenerhebung

Eine auf Selbstauskünften beruhende Datenerhebung, insbesondere bei Kindern ist in der Regel nicht unproblematisch. Neben möglichen Fehleinschätzungen der Aussagen und der individuellen Tagesbefindlichkeit, können auch allein die örtlichen Gegebenheiten und organisatorischen Rahmenbedingungen des Messverfahrens das Testergebnis beeinflussen. Um annähernd dieselben Voraussetzungen für Objektivität zu schaffen, ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument notwendig²⁵.

Typische unerwünschte Antworttendenzen sind beispielsweise eine übermäßig positive Selbstdarstellung, Tendenz zur Mitte (sich nicht festlegen zu wollen) oder Memorierungsprobleme (Gedächtnis- und Erinnerungsschwierigkeiten). Zu beachten bei der Auswahl des Messverfahren und der entsprechenden Items sind die kognitive Verständlichkeit und die Bereitschaft der Befragten offen Auskünfte zu erteilen.

Zur Erhebung der gewünschten Daten wurde die qualitative Form gewählt, um möglichst freie und unverfälschte Ansichten der Kinder über den Lebensraum Schule zu erhalten. Die in der vorliegenden Arbeit angewandte Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 2000) basiert auf ein induktiv gebildetes Kategoriensystem. Durch die Zuordnung aller Aussagen in einzelne Kategorien, ihrer Reduktion, Paraphrasierung und Generalisierung war es möglich das umfangreiche Material zu sortieren und auszuwerten. Nach der Analyse des Materials erfolgte unter Rückbezug zu den einzelnen Fragestellungen die Interpretation der Ergebnisse.

Für die Auswertung wurden neben den, im Verfahren beschriebenen, Hauptkategorien Subkategorien gebildet, welche die unterschiedlichen Aussagen der Kinder für die Ergebniserfassung vereinheitlichten.

Verfahren

Als Grundlage für die Erstellung des standardisierten qualitativen Fragebogens der Schüler auf den sich diese Arbeit stützt dienten Recherche und Vergleich unterschiedlicher Erhebungen und Studien, die sich mit der selbsteinschätzenden Befragung Kindern und ihrem Wohlbefinden auseinandersetzten: KINDL- Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen²⁶, Salzburger Kindersurvey²⁷, Das Befindlichkeitsprofil in

²⁵ Mummendey, 1979

²⁶ Überarbeitete Fassung von Ravens- Sieberer und Bullinger, 2000

unterschiedlichen Versionen aus Dänemark (im Rahmen des Projektes „Gesunde Städte“), Child Health Questionnaire²⁸, Deutscher Kindersurvey²⁹. Auch hier wurden die Ebenen der Schulentwicklung im Rahmen der für Schüler relevanten Bereiche berücksichtigt.

Der Interviewleitfaden für Schüler gliederte sich in die Hauptkategorien A: Fragen zur Person (Geschlecht, Alter), B: Fragen zum eigenen Wohlbefinden, C: Fragen zur Qualität des Unterrichts, D: Fragen zur Qualität des Lebensraumes Schule und E: Fragen dazu, was eine gute und gesunde Schule ausmacht. Nach der Entwicklung der einzelnen Items wurde der Fragebogen von den Mitarbeitern/-innen des Projekts mit Kindern aus dem Freundes- und Bekanntenkreis auf die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der Fragen getestet und optimiert.

Es wurde für die Befragung aus beiden Schulen je 43 Kinder aller vier Grundschulklassen unter Berücksichtigung der Einverständniserklärungen der Eltern nach dem Zufallsprinzip (jedes vierte Kind der Klassenliste) von den Klassenlehrerinnen ausgewählt. Es wurde darauf geachtet ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis von Jungen und Mädchen zu erhalten. Die einzelnen Interviewleitfäden wurden für die Anonymisierung codiert.

Zunächst wurden die Fragebögen beider Schulen nach Klassen einzeln qualitativ und quantitativ ausgewertet und die Ergebnisse dann zu je einem Gesamtbild für beide Schulen zusammengefügt.

²⁷ Bucher, 2000

²⁸ Landgraf et al. 1996

²⁹ Lang, 1985

Diese Arbeit bezieht sich auf folgende Fragen des Schülerinterviewleitfadens:

B2: Was gefällt dir gut an dieser Schule?

B3: Was gefällt dir an dieser Schule nicht so gut?

C1: Macht dir der Unterricht Spaß?

C2: Wie findest du deine (n) Lehrer (in) ?

D5: An wen kannst du dich bei Schwierigkeiten wenden?

D7: Fühlst du dich in deiner Klasse wohl?

D8: Was könnte getan werden damit du dich noch wohler fühlst?

E1: Was ist für dich Gesundheit?

E2: Was könnte man tun, um deine Schule noch besser zu machen?

E3: Meine Schule ist eine gute Schule, weil.....

Diese ausgewählten Items lassen einen Zusammenhang mit den in Kapitel 3.1. beschriebenen sechs Wohlbefindensbereiche nach Hascher (2004) erkennen und sollen das Wohlbefinden in der Schule der befragten Kinder darstellen. Anhand der Auswertung sollen die für das Wohlbefinden von Kindern in der Grundschule wichtigen Faktoren herausgestellt werden, um zukünftig effektive Maßnahmen für die Verbesserung der Lebensqualität und der Lernmotivation in der lebensbegleitenden Institution Schule ergreifen zu können.

6. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse, der für diese Arbeit relevanten Fragen werden im folgenden Abschnitt in der Reihenfolge der Hauptkategorien dargestellt. Die Angaben erfolgen in Prozent, wobei die Dezimalstellen gerundet wurden. Durch die qualitative, offene Fragestellung wurden Mehrfachangaben ermöglicht, um tiefere Einblicke in den Schulalltag der Kinder zu bekommen. Im Folgenden wird zunächst ein klassen- und schulübergreifender Gesamteindruck beschrieben. Des Weiteren werden die Unterschiede bei Angaben zwischen 1. und 4. Klasse in beiden Schulen anhand zweier Fragestellungen dargestellt. Diese Differenzen ergeben sich hauptsächlich durch den altersgemäßen Entwicklungsverlauf der Kinder.

6.1. Fragen zur Person

Für die Erhebung der Daten wurden insgesamt 86 Schüler von zwei Schulen befragt. In der Stichprobe sind Mädchen in gleicher Anzahl vertreten, wie Jungen (siehe Tabelle 1). In Schule A wurden mit 24 mehr Mädchen befragt als Jungen. In Schule B nahmen mit gleicher Anzahl mehr Jungen an der Befragung teil. Die Kinder beider Schulen sind von der 1. Klasse bis zur 4. Klasse zwischen 6 Jahren und 10 Jahren alt.

Schüler gesamt	Gesamt Schule A	Gesamt Schule B	Anteil Mädchen/Jungen Schule A	Anteil Mädchen/Jungen Schule B
n= 86	n= 43	n= 43	M: 24, J: 19	M:19, J:24
Klasse 1	12	10	M: 7, J: 5	M: 5, J: 5
Klasse 2	10	10	M: 9, J: 1	M:4, J: 6
Klasse 3	9	11	M: 3, J: 6	M: 5, J: 6
Klasse 4	12	12	M: 5, J: 7	M: 5, J: 7
Alter Klasse 1	6 Jahre: 5 7 Jahre: 5 8 Jahre: 2	6 Jahre: 4 7 Jahre: 6		
Alter Klasse 2	7 Jahre: 4 8 Jahre: 6	7 Jahre: 3 8 Jahre: 6 9 Jahre: 1		
Alter Klasse 3	8 Jahre: 3 9 Jahre: 6	8 Jahre: 1 9 Jahre: 9 10 Jahre: 1		
Alter Klasse 4	9 Jahre: 4 10 Jahre: 8	9 Jahre: 3 10 Jahre: 9		

Tabelle 1: Fragen zur Person

Das Wohlbefinden der Kinder wurde anhand folgender Fragen erfasst, deren Ergebnisse beider Schulen an dieser Stelle in der Reihenfolge des Fragebogens dargestellt werden.

6.2. Fragen zum eigenen Wohlbefinden

Was gefällt Dir gut an dieser Schule?

Zum Gefallen an der Schule gab es in der Schule A insgesamt 72 Aussagen. 63 Prozent der Kinder machten Äußerungen, die der Subkategorie *Beschäftigung/ Spielen* zugeordnet werden konnten (siehe Abb. 2). 58% der Nennungen bezogen sich auf einzelne Fächer oder Unterrichtsmerkmale (*Fächer/ Unterricht*). 19% der Kinder lobten ihre Lehrer und 16% bezogen ihre Freunde mit ein. Unter dem Aspekt

Sonstiges (12%) wurden Einzelnennungen, wie z.B. „wenig Streit“, „der Kiosk“, oder „die Hausaufgaben“ zusammengefasst. Ein Kind der Schule A gab an, die verlässliche Betreuung bis 13 Uhr zu mögen.

In der Schule B machten die befragten Kinder zusammen 65 Angaben zum Thema. Mit 63% waren die häufigsten Nennungen im Bereich *Fächer/Unterricht* anzusiedeln. 30% der Kinder waren zufrieden mit den *Beschäftigungs- und Spielmöglichkeiten*. Für 28% waren ihre *Lehrer* ein wichtiger Aspekt der Frage, für 23% ihre *Freunde*. Unter *Sonstiges* wurden 7% der Aussagen gesammelt, wie z.B. „kurze Schultage“ und „die geringe Gewalt im Vergleich zu anderen Schulen“. Ein Kind der Schule B antwortete auf diese Frage mit: „Nichts“.

Im Gesamtüberblick gab es an der Schule A mehr positive Aussagen hinsichtlich des Gefallens an der Schule. Der Schwerpunkt der Angaben lag hier auf den Bereichen Beschäftigung/Spielen und Fächer/Unterricht, während in der Schule B die bejahenden Antworten unterschiedlicher waren. In beiden Schulen nahmen die Lehrer einen höheren Stellenwert ein, als die Freunde.

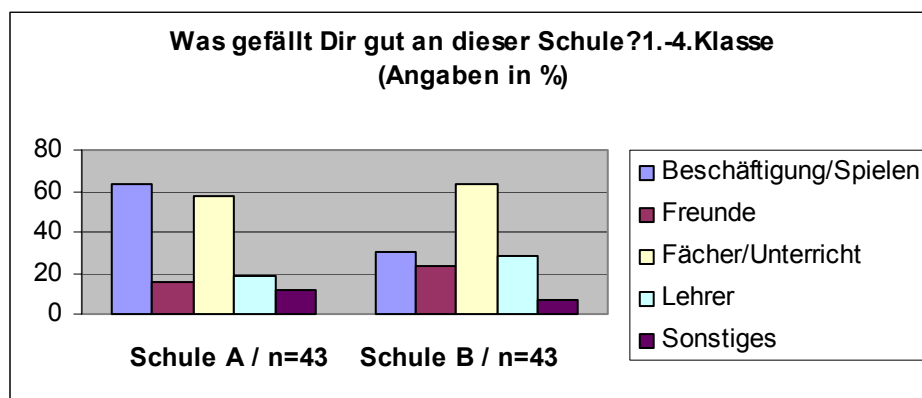


Abb. 2. Gefallen an der Schule

Was gefällt Dir an dieser Schule nicht so gut?

Zu der Frage, was ihnen an dieser Schule nicht so gut gefallen würde konzentrierten sich die meisten der insgesamt 46 Nennungen der Schule A auf das *Verhalten ihrer Mitschüler* (Abb. 3). 56% der befragten Kinder beschwerten sich über die Rücksichtslosigkeit und das Streitauftreten ihrer Klassenkameraden. Es wurden verschiedene Einzelangaben gemacht, die unter *Sonstiges* mit 19% eingeordnet

wurden. Hierunter fallen beispielsweise Dinge, wie „der bellende Hund des Hausmeisters“, und „das Schneeballverbot auf dem Schulhof“. Es wurde auch der asphaltierte Schulhof wegen der Verletzungsgefahr beim Hinfallen bemängelt. 16% der Kinder in Öjendorf äußerten ein Nichtgefallen an einzelnen *Unterrichtsfächern*, 7% bemängelten das *Verhalten ihrer Lehrer*. So wurden unter anderem „ungerechte Sanktionen“ oder „strenge Lehrer genannt.“ Ebenfalls 7% gaben an, ihnen würde *alles gefallen*. 2% der Kinder antworteten auf diese Frage mit „weiß ich nicht“, welches zur Kategorie *Kein Vorschlag* wurde.

Auch in der Schule B lag der Fokus aller 40 Nennungen auf dem *Mitschülerverhalten* (51%). An zweiter Stelle rangieren hier mit je 12% die Subkategorien *Einzelne Fächer* und *Sonstiges*. Letzteres beschreibt Themen, wie „getrennte Schulhöfe für Jüngere und Ältere“, „Einsamkeit, wenn Freunde krank sind“ oder „zu wenig Hausaufgaben“. Ein Kind beschwerte sich über Schulverweise, weil diese ja eher eine Belohnung, als eine Strafe für die Übeltäter seien. 9% der Kinder fiel nichts Negatives ein, so dass sie unter *Alles gefällt* anzusiedeln waren. 7% konnten *keinen Vorschlag* machen. 2% der Kinder beschwerten sich über *strenge Lehrer*.

Insgesamt ist auffallend, dass an beiden Schulen ähnliche Werte für die Kategorie Mitschülerverhalten zu verzeichnen sind. Das Thema Streit, Gewalt, Ärger und Aggression scheint in allen Klassen beider Schule ein Schwerpunktthema zu sein. Dies konnte unabhängig vom sozialen Einzugsgebiet der Schulen verzeichnet werden.

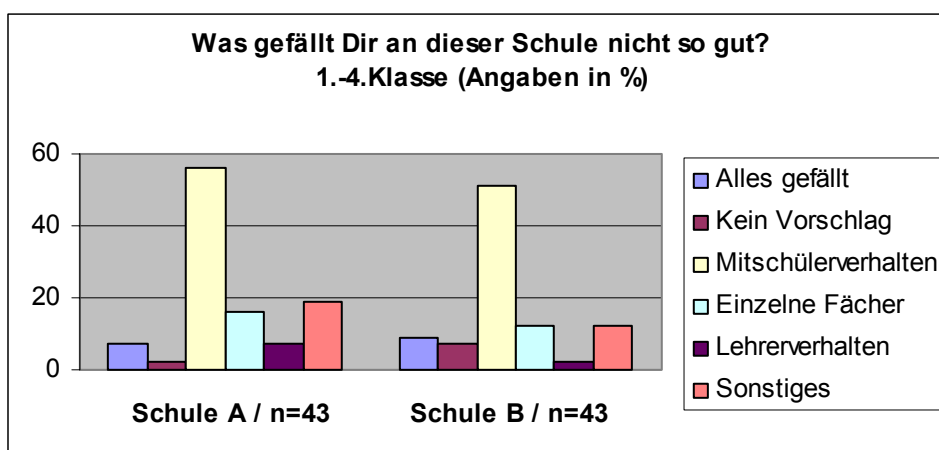


Abb. 3. Nichtgefallen an der Schule

6.3. Fragen zur Qualität des Unterrichts

Macht Dir der Unterricht an dieser Schule Spaß?

63% der Gesamtangaben der befragten Schüler der Schule A zum Spaß am Unterricht wurden unter der Kategorie *Zufrieden mit Unterricht* gesammelt und beinhalten unter anderem Angaben zu „interessanten Themen“ und „Abwechslungsreichtum“, aber auch zum Spaß an Lernen und Erfolg (Abb. 4). Des Weiteren wurde gelobt, dass einige Lehrer wenig schreien würden und man im Unterricht frühstücken könne. 47% der Angaben bezogen sich auf einzelne Fächer (*Beliebte Fächer*). *Unzufrieden mit dem Unterricht* allgemein waren 21% der Schüler und bezeichneten vor allem störendes Mitschülerverhalten und Unruhe, aber auch „strenge Lehrer“ als Ursache. Darüber hinaus bezogen sich 7% der Angaben auf *Unbeliebte Fächer*.

In der Schule B erfolgten 65% allgemein positive Angaben (*Zufrieden mit Unterricht*), welche den Fokus vorwiegend auf den Spaß am Lernen mit Erfolg und auf die Verständlichkeit des Lehrstoffes legen. Aber auch Assoziationen wie „abwechslungsreich“ oder „interessant“ wurden genannt. 35% der Bezeichnungen berücksichtigten *Beliebte Fächer*. 5% der Aussagen ließen auf eine allgemeine *Unzufriedenheit mit dem Unterricht* schließen, in denen die Lautstärke der Lehrer und langweiliger Unterricht beanstandet wurden.

Insgesamt wurden zu dieser Frage an beiden Schulen verhältnismäßig eher wenige Beschreibungen abgegeben. Beachtenswert ist die geringe Negativquote der Schule B. Sieht man sich die negativen Antworten der einzelnen Klassen differenziert an, wird ein störendes Verhalten durch Mitschüler deutlich, die insbesondere in der Schule A scheinbar nicht ausreichend durch Lehrerinterventionen behoben werden.

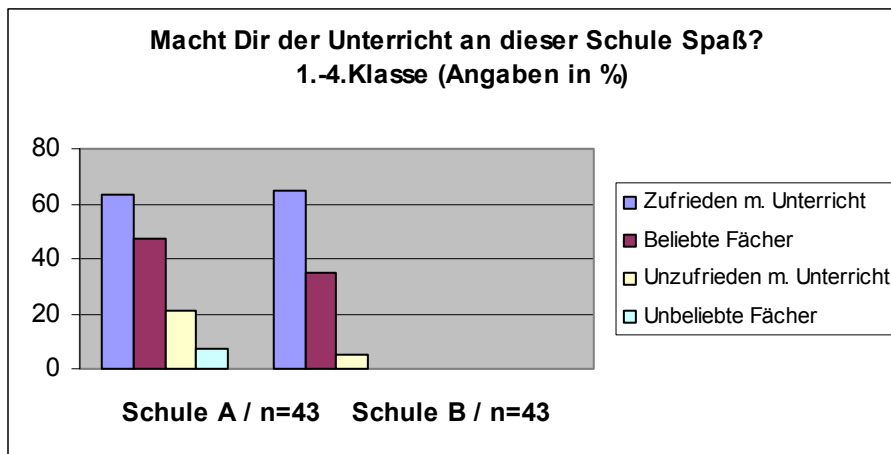


Abb. 4. Einschätzung der Unterrichtsqualität

Wie findest Du Deine (n) Lehrer/ in?

In der Schule A wurden zum/ zur Lehrer/in 91 Aussagen getroffen. 63% der Schüler bezeichnete ihre/n Lehrer/in als *Gut*, 47% nannte die Assoziation *Nett*. 49% der befragten Kinder befanden sie/ihn als *Hilfsbereit* (Abb. 5). 16% der Antworten ließen sich unter der Kategorie *Streng* bündeln und 9% gaben an, ihr/e Lehrer/in wären *Nicht immer gut*. 28% der Angaben betrafen die Subkategorie *Sonstiges*. Hier wurden Aussagen wie „witzig“ oder „bedürfnisorientiert“ und „sorgt für Ruhe“ gesammelt.

In der Schule B konnten 76 Antworten zugeordnet werden, wovon 53% die Disposition *Gut* beinhalteten und in 49% der Angaben die Beschreibung *Nett* zu finden waren. 37% bezeichneten ihre/n Lehrer/in gegenwärtig als *Hilfsbereit*, 5% als *Streng*. Als *Nicht immer gut befanden* 16% ihre/n Lehrer/in. Unter dem Punkt *Sonstiges*, der mit 16% zu verzeichnen war, sind Gedanken wie „gesteht Schuld ein“, „selten krank“ oder „höflich“ vereint. Diesem Unterpunkt ist auch die Aussage eines Kindes zugeordnet, das keinen Vorschlag machen konnte.

Im Ganzen betrachtet wurden in der Schule A mehr Aspekte der Lehrer zusammen getragen, wobei die meisten Leitgedanken der Kinder beider Schulen positiv belegt waren. Kritisch betrachtet sind aber gerade die negativen Nennungen aussagekräftig. So bezeichnen 25% der Kinder in der Schule A ihre Lehrer als *Streng* oder *nicht immer gut* (Schule B 21%). Leider wurde dies meist nicht begründet. Hier wäre es interessant gewesen intensiver nach Argumenten zu fragen.

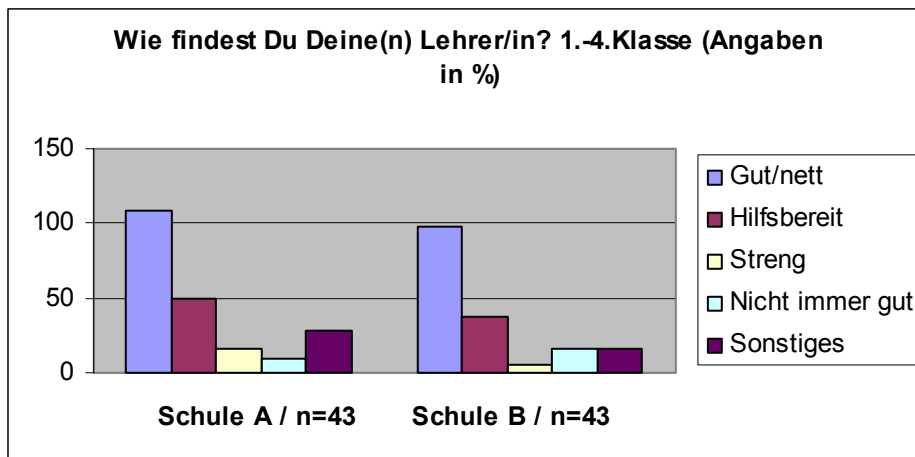


Abb. 5. Einschätzung des/ der Lehrers/ in

6.4. Fragen zur Qualität des Lebensraumes Schule

An wen kannst Du dich bei Schwierigkeiten wenden?

In der Schule A gingen aus der Frage nach Hilfe und Unterstützung bei Problemen und Schwierigkeiten 16 Angaben hervor. Alle Kinder (100%) gaben an, sich bei Schwierigkeiten oder Problemen an ihre/n *Lehrer/in* wenden zu können (Abb. 6). Darüber hinaus nannten 25% ihre *Freunde* als Ansprechpartner und 8% der Nennungen waren unter *Sonstiges* zu ordnen. Das waren Darlegungen, wie „sich wehren“ oder „ zum Klassensprecher gehen“.

In der Schule B wurden 15 Vorschläge gemacht, wovon 75% die *Lehrer* betrafen. 17% der befragten Kinder bezogen ihre *Freunde* in Problemsituationen mit ein, ebenso viele Kinder gaben an sich an ihre Eltern zu wenden. Mit ebenfalls 17% wurde der Punkt *Sonstiges* vermerkt, bei dem die Aussagen von „ignorieren“, „sich wehren“ über Klassensprecher und Streitschlichter bis zu Hilfe von der Schulleitung reichten.

Im Ganzen betrachtet haben die Kinder der Schule B vielfältiger Bezugspersonen genannt, die sie bei Schwierigkeiten unterstützen könnten. In der Schule A liegt der Schwerpunkt für Hilfestellung bei Problemen deutlich bei den Lehrern. Der Klassensprecher scheint nur für wenige Kinder eine Alternative. Unter Umständen könnte der Klassensprecher auch unter der Kategorie *Freunde* genannt worden sein. Streitschlichter scheint es an dieser Schule nicht zu geben oder werden von den Schülern nicht wahrgenommen

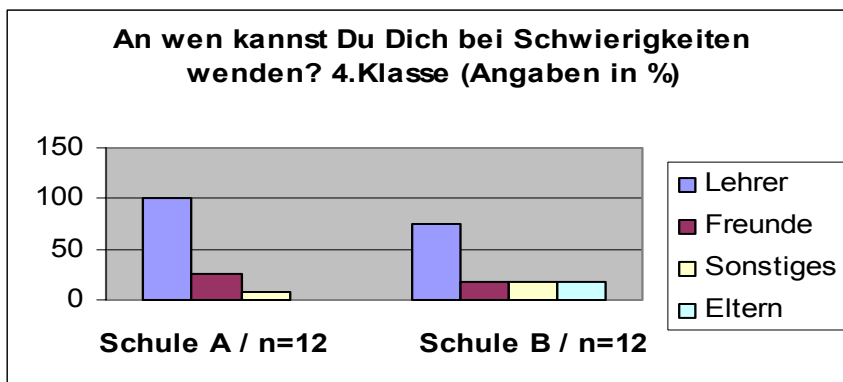


Abb. 6. Unterstützung bei Schwierigkeiten

Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl?

Die Angaben zu der Frage nach dem Wohlbefinden in der Klasse (siehe Abb. 7) enthielten in der Schule A 91% *positive Angaben*, die den Fokus auf das allgemeine Wohlfühl legten. Das beinhaltet neben Angaben wie: „Ja, ich fühle mich wohl, weil...“ auch Antworten wie: „Ja, ich fühle mich allgemein wohl, aber...“. Hier finden sich dann Einschränkungen, die den *negativen Aussagen* zugeordnet wurden. Gründe für das Wohlfühl in der Schule A waren vor allen die Freunde und das Spielen oder der Austausch mit ihnen und nette Lehrer. Eingeschränkt war das Wohlfühl bei 14% der Kinder, welches vorwiegend mit Streit, Gewalt, Störungen und Lärm im Unterricht durch Mitschüler begründet wurde. Einige Kinder gaben auch an sich nicht wohl zu fühlen, weil sie wenig Kontakt zu Mitschülern und keine Freunde hätten. Zwei Kinder würden lieber in ihre Parallelklasse gehen.

In der Schule B wurde im gleichen Verfahren vorgegangen. So ergaben sich 86% *positive Nennungen* mit Gründen, wie: „...weil ich viele Freunde habe“ oder „...wir zusammenhalten“. 26% der befragten Kinder in der Schule B fühlen sich *eingeschränkt oder gar nicht wohl* in ihrer Klasse. Sie begründeten dies mit dem hohen Streitaukommen innerhalb des Klassenverbandes, Störungen im Unterricht oder dem Wunsch lieber in die Parallelklasse gehen zu wollen. Es gab auch deutliche negative Aussagen zum Thema Gewalt.

Das Gesamtbild lässt auf ein höheres Wohlbefinden in den Klassen der Schule A schließen, wobei man berücksichtigen muss, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Jahrgängen gibt. Während es in der Schule A in den Klassen 1 und 2

deutlich mehr negative Argumente gibt, als in den Klassen 1 und 2 der Schule B, erfolgt in den Klassen 3 und 4 eine Umkehrung des Verhältnisses. Da die älteren Jahrgänge in ihrer kognitiven Entwicklung weiter sind, ist ihre Argumentation in einigen Bereichen differenzierter und gewichtiger, wodurch es zu Verzerrungen des Gesamteindrucks kommen kann.

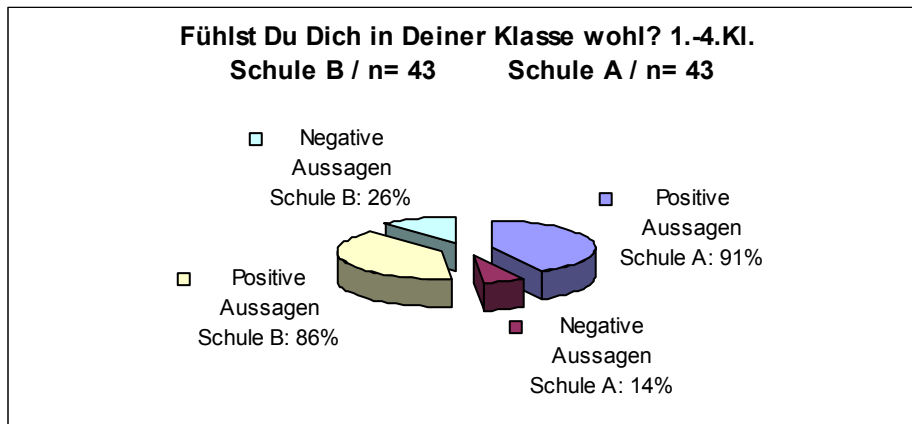


Abb. 7. Wohlfühl in der Klasse

Was könnte getan werden, damit Du Dich (noch) wohler fühlst?

23% der 43 getroffenen Aussagen zu möglichen Veränderungsmaßnahmen innerhalb der Klasse in der Schule A waren Nennungen, wie: „...mir gefällt alles“ oder „...man muss nichts besser machen“(Abb. 8). Diese wurden unter *Kein Bedarf* gebündelt. Ebenfalls 23% der Angaben wurden unter *Sonstiges* zusammengefasst. Diese Nennungen waren zu vielfältig, um sie in eine Kategorie zu ordnen. Beispielsweise gab es Ausführungen, die die Vergrößerung der Klassenzimmer betrafen oder andere Tischordnungen. Einige Kinder wünschten sich eine bessere Ausstattung und neue Bücher, andere ihren Freund aus der Parallelklasse in ihrer Klasse. 19% der Angaben waren *unterrichtsbezogen*, d.h. es wurde sich z.B. mehr Sportunterricht gewünscht und mehr Kunst. Es sollte mehr gelüftet werden und der Unterricht könnte spielerischer gestaltet werden und mehr Spaß machen. Einige Kinder bemängelten die wenige Computernutzung im Unterricht. 14% der Schüler hatten keine Idee (*Kein Vorschlag*), was man besser machen könnte, sagten aber auch nicht aus, sie wären zufrieden. Mit weniger *Gewalt* und *Streit* beschäftigten sich 12% der Ausführungen, mit mehr *Beschäftigung/Spielen* 9%. Hier lag der Fokus auf mehr Möglichkeiten, z.B. zum Fußballspielen ein Tor oder einfach mehr Zeit zum Spielen.

Die Schule B hatte ebenfalls 43 Vorschläge zu verzeichnen, wobei 21% der Kinder *keinen Bedarf* sahen, Dinge zu ändern. Ferner hatten 14% *keinen Vorschlag* zu machen, ohne jedoch Zufriedenheit zu äußern. 21% der Antworten wurden unter *Sonstiges* geordnet, wie z.B. „neben dem Freund sitzen“, und „weniger Hausaufgaben“. Einige Kinder ersehnen sich Schultiere, andere wollen einen sauberen Schulhof. Ein Kind plädierte für ein Ballspielverbot, weil es Angst hatte von einem Ball getroffen zu werden. 19% der Angaben bezogen sich auf den Bereich *Gewalt/ Streit*, was beides vermindert werden soll. Mit dem *Unterricht* konnten 14% der Nennungen in Verbindung gebracht werden. Es ging hier vorwiegend um die Vermeidung von Störungen und Lärm, wie das Reinrufen von Mitschülern oder den Wunsch nach mehr Sport- und Kunstunterricht. Es wurden sich weniger Hausaufgaben gewünscht oder gar keine Hausaufgaben vor und nach dem Wochenende. Dem Thema *Beschäftigung/Spielen* fielen 14% der Ausführungen zu, worunter mehr Spielzeit und längere Pausen oder auch mitspielen dürfen eingeordnet wurden.

Beide Schulen hatten sehr klare Verbesserungsvorschläge, von denen einige mit geringem Aufwand auch umzusetzen wären. Auffällig sind die ähnlichen Werte der Kategorie *Kein Vorschlag*. Bei gleicher Anzahl von Nennungen gibt es zu dem Thema *Streit/Gewalt* einen erheblichen Unterschied von 7%. In der Schule B scheint der Wunsch nach weniger Streit und Gewalt deutlich stärker, was ein erhöhtes Aufkommen vermuten lässt. Vor dem Hintergrund, dass die Schule B in einem Einzugsbereich mit mittlerem sozialen Status liegt, überrascht dieses Ergebnis, da ein erhöhtes Gewaltpotential eher einem niedrigen sozialen Status zugeordnet wird.

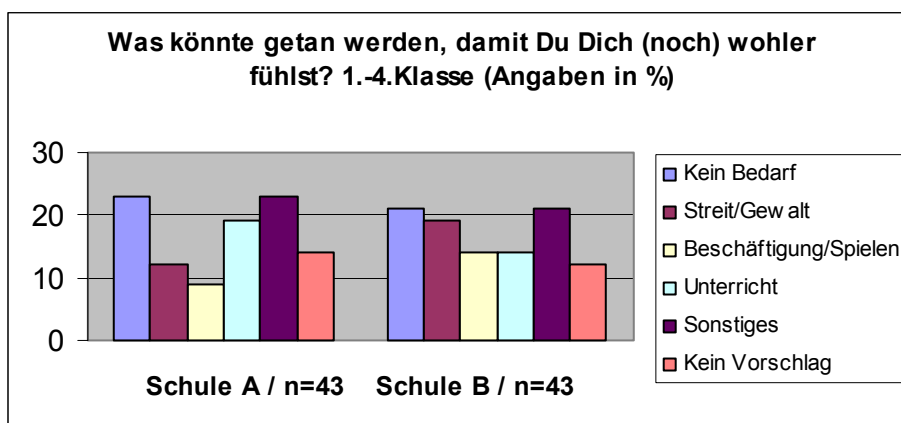


Abb. 8. Verbesserungsvorschläge Klasse

6.5. Fragen dazu, was eine gute und gesunde Schule ausmacht

Was ist für Dich Gesundheit?

Zu dem Thema Gesundheit wurden in der Schule A 55 Aussagen getroffen (Abb. 9). 35% der Kinder verbanden mit Gesundheit eine *Gesunde Ernährung* und 30% die Tatsache *nicht krank* zu sein. Insgesamt 26% der Nennungen waren Einzelvorschläge, die unter Sonstiges gefasst wurden, wie z.B.: „...keinen Unfall haben“, „...mit den Eltern verstehen“, „...normal“ oder „...nicht zur Oma zu müssen“. Des Weiteren sind hier auch die Aspekte Bewegung und Fitness verzeichnet. 19% der befragten Schüler verknüpften Gesundheit mit der Möglichkeit zum Spielen und Freunde zu haben. 16% fühlten sich gesund, wenn sie sich *glücklich* oder *einfach wohl* fühlten. Für 2% der Kinder ließ sich keine Beschreibung für Gesundheit finden (*Kein Vorschlag*).

Mit 50 genannten Assoziationen erfolgten in der Schule B 5 Aussagen weniger zu Gesundheit, als in der Schule A. 44% der Kinder stellten Gesundheit und *Gesunde Ernährung* in einen Zusammenhang. Nächst höchster Wert mit 23% ist der Bereich *Sonstiges*, der Aspekte wie „frische Luft“, „keine Gewalt“, „Geburtstag haben“ oder „regelmäßig zum Zahnarzt gehen“ umfasst. Für 16% der Schüler der Schule B bedeutet Gesundheit *nicht krank* zu sein. Jeweils 12% der Nennungen waren den Themen *Freunde/Spielen* und *Wohlfühl/Glücksgefühl* zuzuordnen. 5% der Kinder wussten nicht, wie sie Gesundheit beschreiben sollten (*Kein Vorschlag*).

Bei dieser Frage ist deutlich zu sehen, dass die Kinder in beiden Schulen Gesundheit stark mit gesunder Ernährung gleichsetzen, aber auch ein zum Teil sehr differenziertes Bild von Gesundheit aufzeigen konnten. Vielen Kindern ist bewusst, dass Gesundheit unterschiedliche Einflussfaktoren, wie z. B. soziale Kontakte oder Glücksempfinden, beinhaltet und nicht allein von Ernährung und Bewegung bedingt wird.

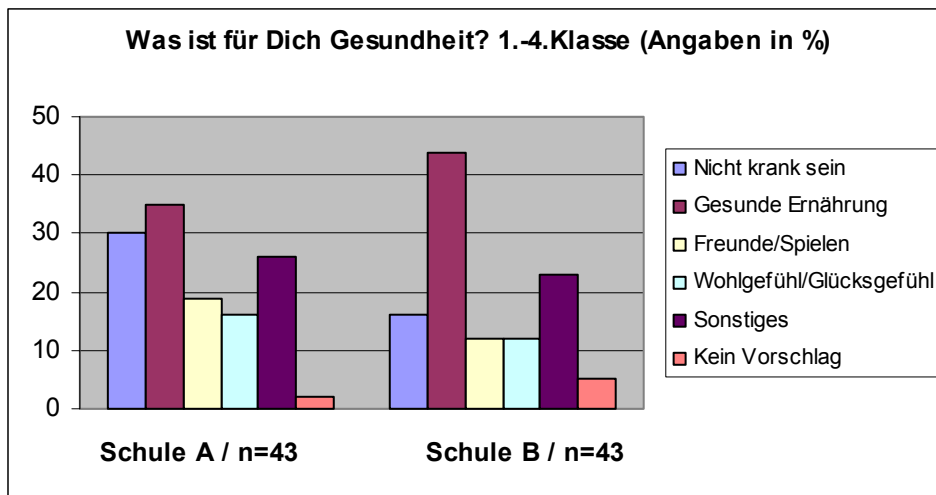


Abb. 9. Einschätzung des Begriffs Gesundheit

Was könnte man tun, um Deine Schule (noch) besser zu machen?

In der Schule A gab es 45 konkrete Verbesserungsvorschläge zur Erhöhung der Schulqualität (siehe Abb. 10) seitens der befragten Kinder. 28% davon betrafen das Themengebiet *Beschäftigung/Spielen*. Hier wurden zum einen Wünsche nach Spielgeräten und Zubehör aufgenommen, wie z.B. Rutsche, Fußballtor oder größerer Schulhof. Darüber hinaus wurden aber auch Rahmenbedingungen zum Spielen, wie beispielsweise längere Pausen. Unter dem Begriff *Sonstiges* mit 21% wurden einzelne Vorschläge verbunden, etwa wie „keine strengen Lehrer“, „ein Arzt an der Schule“, „größere Klassen“, oder „Tiere in der Schule“. 19% der Angaben birgt der Themenbereich *Streit/Gewalt*, die in allen Fällen vermindert werden sollten. Mit *Unterricht/ Struktur* beschäftigten sich 14% der Nennungen. Hier wurde vor allem auf einen ungestörten Unterricht Wert gelegt. 16% der Kinder konnten keine Anregungen geben und wurden der Kategorie *Kein Vorschlag* zugeordnet. 7% der Schüler waren zufrieden mit der Situation und sahen keine Notwendigkeit für Veränderungen (*Alles gefällt*).

Für die befragten Kinder der Schule B lag der wichtigste Veränderungsansatz im Bereich *Beschäftigung/Spielen*. Hierzu wurden 42% der 42 Aussagen gemacht. Auch hier ging es vor allem um Wünsche nach Beschäftigungsmöglichkeiten, neuen Spielgeräten und längeren Pausen. Unter dem Aspekt *Sonstiges* mit 19% finden sich Erklärungen wie „mehr Vertretungslehrer“, „weniger herumliegender Müll“, „Obst in Klasse zum ständigen Verzehr“ oder „hier müsste alles besser organisiert sein“. Die

Kategorie *Streit/Gewalt* wurde mit 16% verzeichnet. 12% der teilnehmenden Kinder konnte *keinen Vorschlag* machen. Dem Unterpunkt *Unterricht/Struktur* kamen 9% der Stimmen zu. Die Kinder strebten besonders weniger Unruhe während des Unterrichts an.

Vergleicht man alle Angaben zu dieser Frage, liegt der Fokus in beiden Schulen auf dem Bereich *Beschäftigung/Spielen*. Es ist zu berücksichtigen, dass der Wert in der Schule B trotz 3 Darlegungen (der Gesamtangaben) weniger, mit 42% deutlich über dem der Schule A liegt. Ansonsten sind die Prioritäten beider Schulen ähnlich verteilt, allerdings ist zu bemerken, dass in der Schule B kein Kind vollkommen zufrieden zu sein scheint („Alles gefällt“ in Schule A 7%, Schule keine Nennung).

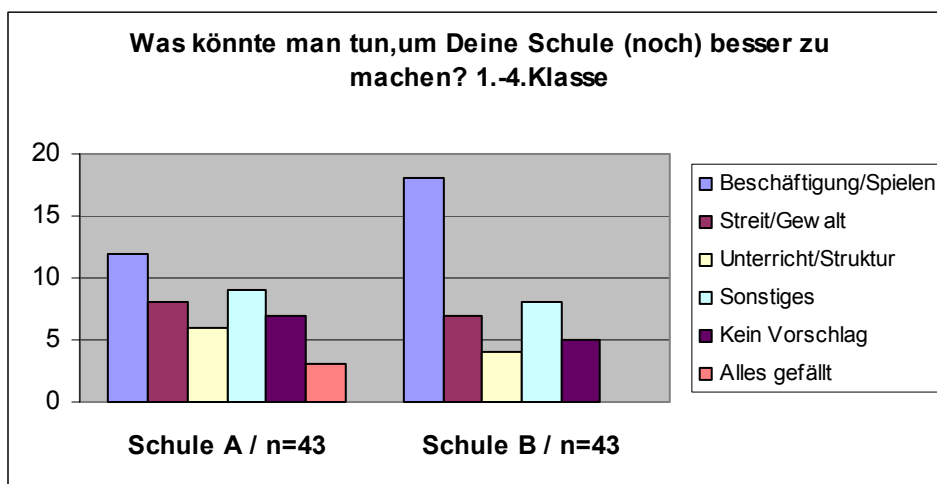


Abb. 10. Verbesserungsvorschläge Schule

Meine Schule ist eine gute Schule, weil...

Zu dem Fortführungssatz „Meine Schule ist eine gute Schule, weil....“ (Abb.11) wurden in der Schule A 47 Aussagen getroffen. Den größten Anteil machte der Bereich *Freunde* mit 30% der Stimmen aus. 23% der Kinder begründeten die Qualität der Schule mit Angaben zu *Lernen/ Unterricht*. Die häufigste Aussage war hier „... weil ich hier etwas lerne“, o. ä. Ebenfalls 23% der Nennungen wurden unter dem Punkt *Sonstiges* eingeordnet. Es gab Antworten, wie „... weil sie wichtig ist“, oder „... es wenig Streit gibt“. Auch einzelne Angaben von Kindern, die keine Idee hatten, warum ihre Schule eine gute Schule sein könnte, wurden hier zugeordnet. Mit den guten oder netten *Lehrern* beschäftigten sich 21% der Daten. 12% wurden dem Bereich *Beschäftigung/ Spielen* zugeordnet. In diesen Aussagen ging es vor allem um

die Möglichkeit des Spielens, die Pausen und den Schulhof mit seinen Beschäftigungsmöglichkeiten (Fußballplatz, Spielplätze).

In der Schule B fokussierte sich der größte Teil der insgesamt 55 Aussagen mit 47% auf den Bereich *Lehrer*. Für 33% der Kinder waren ihre *Freunde* ein wichtiger Aspekt der Schule und für 30% das Thema *Beschäftigung/Spielen*. Hier wurden besonders die Pausen mit ihren Beschäftigungsmöglichkeiten hervorgehoben. 12% der Nennungen wurden unter der Subkategorie *Sonstiges* gesammelt. Neben dem Spaß, der mit der Schule verbunden wurde, waren dies Aussagen über die Größe der Schule mit ihren Schulhöfen und zu außerschulischen Aktivitäten.

Während es in der Schule A eine relativ gleichmäßige Verteilung der Angaben auf die einzelnen Unterpunkte gab, so lag das Zentrum der Angaben im Kapellenweg deutlich bei den Lehrern. Interessant ist hier die Tatsache, dass dem Punkt Lernen/ Unterricht nur 7% der Nennungen zuzuordnen waren. An dieser Stelle ist des Weiteren beachtenswert, dass es bei dieser Frage in der Schule B 30% positive Angaben zu dem Bereich Beschäftigung/Spielen gab. In der vorhergehenden Frage zu Veränderungen, um die Schule noch besser zu machen, lag der Schwerpunkt der Aussagen ebenfalls auf diesem Gebiet. Hier scheint es eine große Diskrepanz zu geben, deren Begründung aus den Daten nicht ersichtlich ist und nur durch weitere Befragungen erfolgen könnte.

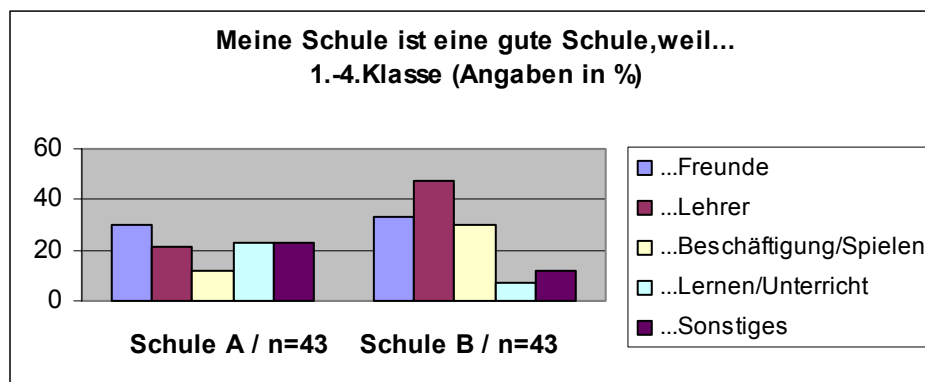


Abb. 11. Gute und Gesunde Schule

6.6. Entwicklungs- und klassenspezifische Unterschiede

Die schul- und klassenübergreifende Zusammenfassung war notwendig, um die Daten miteinander zu vergleichen und auszuwerten. Dieses Verfahren birgt aber auch das Risiko, die Unterschiede einzelner Fragen oder Klassen zu relativieren oder zu verzerren. Nicht immer sind die Ergebnisse eindeutig. Zuweilen gibt es erhebliche Abweichungen bei den Angaben zu unterschiedlichen Fragen eines Themengebietes. Des Weiteren sind Unterschiede zu verzeichnen, die zu einem großen Anteil auf die Entwicklungsunterschiede zwischen der 1. und der 4. Klasse zurückzuführen sind. Es gibt darüber hinaus auch Unterschiede der Klassen zwischen den beiden Schulen. Diese Diskrepanzen sollen anhand zweier Fragestellungen beispielhaft deutlich gemacht werden. So wurde in der Schule B wiederkehrend auf den Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten hingewiesen. Bei der Frage, warum die eigene Schule eine gute Schule sei, wurde der Punkt Beschäftigung/ Spielen deutlich positiver bewertet, als in der Schule A. Nachfolgend werden daher einzelne Ergebnisse nach Klassenstufen detailliert dargestellt, um Abweichungen oder Besonderheiten zu erörtern.

Was gefällt Dir gut an dieser Schule?

Bei der ersten bearbeiteten Frage zum Gefallen an der Schule (Abb. 12, Abb. 13) wird deutlich, welche Entwicklungsschritte sich von der 1. bis zur 4. Klasse vollziehen. In der 1. Klasse liegt der Fokus in beiden Schulen auf dem Gefallen an einzelnen Fächern. Unter dem Punkt *Sonstiges*, der in der Schule A erheblich ausgeprägter ist, wurden Einzelnennungen zusammengefasst. In der Schule A gab es, im Gegensatz zur Schule B, somit neben einer Häufung der Bereiche *Einzelne Fächer* und *Pausen/ Spielen* auch vielfältige Einzelangaben.

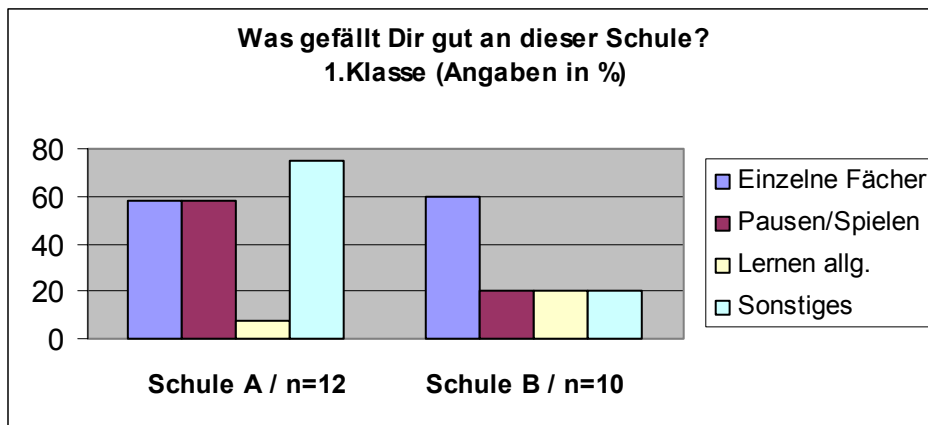


Abb. 12. Entwicklungsspezifische Unterschiede 1. Klasse

In den 4. Klassen schienen die Lehrer erheblich an Bedeutung gewonnen zu haben (Abb. 12). Einzelne Fächer sind immer noch wichtig, aber nun auch in der Schule B nicht mehr allein ausschlaggebend. Pausen und Spielen, für Schule A schon in der 1. Kl. entscheidend, zählt in Klasse 4 nun in beiden Schulen zum meistgenannten Aspekt. Der Bereich *Unterricht/ Lernen* wurde in beiden Schulen gleich bewertet. Auffällig ist hier, dass die *Freunde* in der Schule A nur als Einzelnennung unter *Sonstiges* eingeordnet werden konnten, während sie in der Schule B ein wichtiger Faktor waren. Interessant ist auch die Diskrepanz zwischen den Nennungen zu *Lehrern* und *Unterricht*, was die Vermutung zulässt, dass Lehrer nicht unmittelbar mit dem Unterricht in Verbindung gebracht werden. Hier wird deutlich, dass Lehrer in der Grundschule auch außerhalb des Unterrichts eine wichtige Bezugsperson darstellen.

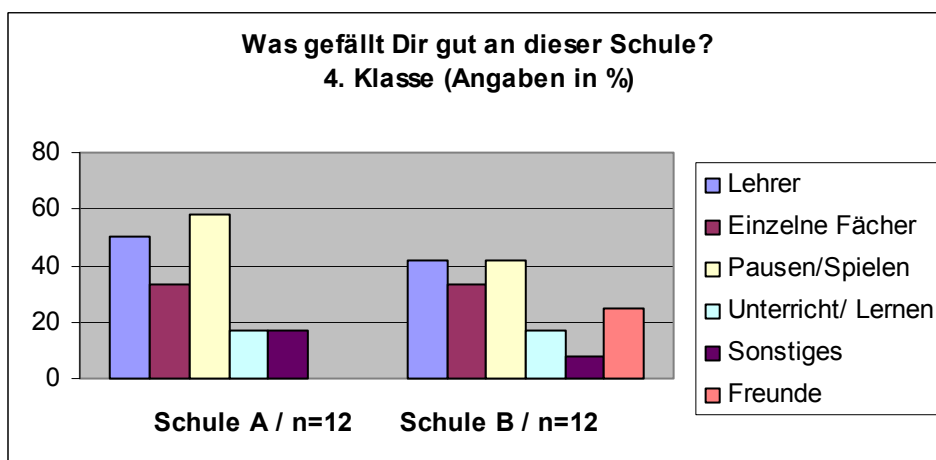


Abb. 13. Entwicklungsspezifische Unterschiede 4. Klasse

Macht Dir der Unterricht an dieser Schule Spaß?

Deutliche Unterschiede der einzelnen Klassen beider Schulen sind bei der Frage zur Qualität des Unterrichts besonders offenkundig.

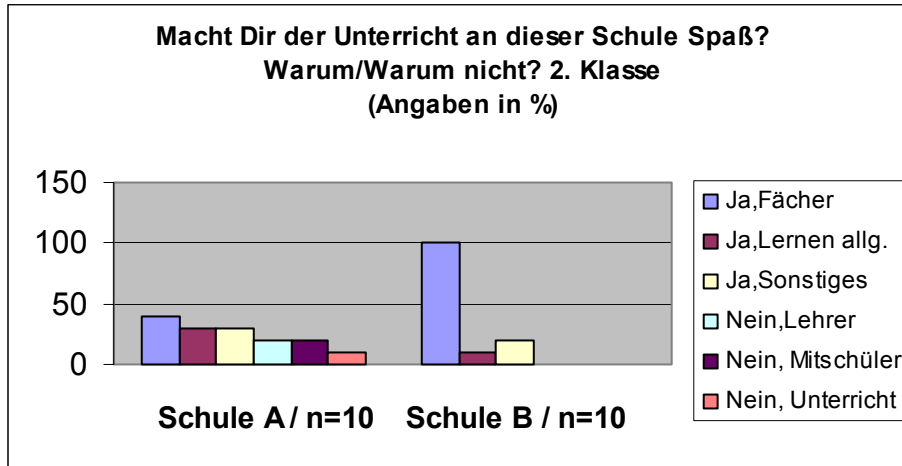


Abb. 14. Klassen- und schulspezifische Unterschiede 2. Klasse

Die 2. und 3. Klasse der Schule B haben keine negativen Aspekte zum Unterricht genannt und auch keine Einschränkungen hinsichtlich Unterrichtsstörungen durch Mitschüler angegeben. In der Schule A hingegen wurden deutlich auch ablehnende Bewertungen getroffen (siehe Abb. 14, 15, 16).

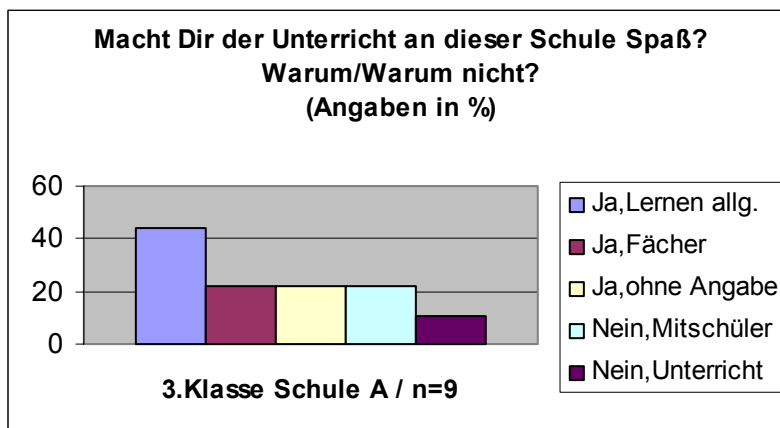


Abb. 15. Klassen- und schulspezifische Unterschiede 3. Klasse, Schule A

Die geringe Negativquote der Schule B erscheint beachtenswert, da es ein deutliches Missverhältnis zwischen der Unterrichtsbewertung und der Bewertung der Lehrer gibt. Hier erfolgten auch negative Angaben. Dieser Unterschied könnte darauf hinweisen,

dass der emotionalen Betrachtungsweise der Kinder personenbezogen eine stärkere Gewichtung zukommt. Unter Umständen ist es aber auch so, dass die Lehrer der Schule B ein hohes Durchsetzungsvermögen im Unterricht aufweisen, welches förderlich für einen ungestörten Unterricht sein könnte. Für die Beziehung zu den Schülern könnte diese Konsequenz hingegen einschränkend sein.

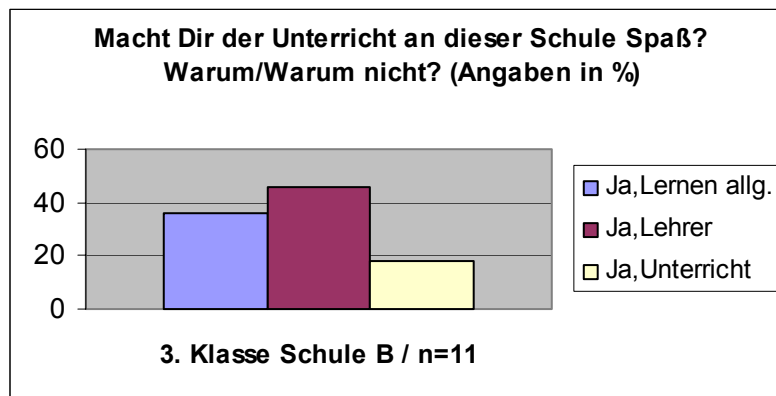


Abb. 16. Klassen- und schulspezifische Unterschiede 3. Klasse, Schule B

7. Diskussion der Ergebnisse

Das Wohlbefinden stellt einen entscheidenden Aspekt für die Gesundheit einer Person dar. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Tatsache, dass die Schule durch die gesellschaftlichen Veränderungen einen immer höheren Stellenwert im Leben eines Kindes einnimmt, ist auch das Wohlbefinden in der Schule ein elementarer Gesichtspunkt für eine positive Schulentwicklung. Trotz einer Vielzahl von Ansätzen und durchgesehenen Studien bleibt unklar, wie sich Wohlbefinden in der Schule ausdrückt, manifestiert und unter welchen Bedingungen es sich entwickelt. Rheinberg (1999) beschrieb Wohlbefinden in der Schule als das Ergebnis einer ganzheitlichen Bewertung der aktuellen Situation und formulierte die dahinter stehende Motivation als emotionsbedingt. Bergmann und Eder (1995) setzten Wohlbefinden in der Schule mit Zufriedenheit gleich. Eder erweiterte diese Ansicht zu Wohlbefinden als ein Befinden positiver Ausprägung. Als Komponenten für Wohlbefinden definieren Jerusalem und Mittag (1999) sowohl positive als auch negative Emotionen und Kognitionen: Zufriedenheit, Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber schulischen Anforderungen, Depressivtendenzen, Lebenseinstellungen

und die Bewertung der Lern- und Schulumwelt (vgl. Hascher, 2004, S. 133) International, insbesondere in Kanada oder auch in Australien, gibt es diesbezüglich inzwischen eine breitere Datengrundlage. Viele dieser Studien sind durch Unterschiede in bildungspolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht auf hiesige Verhältnisse übertragbar. Um vergleichbare Daten zu erhalten mangelt es an einer einheitlichen Terminologie und Konzeptionen der Wohlbefindensforschung. Zusammenfassend kann herausgehoben werden, dass es einen spezifischen Effekt gibt, der sich weitgehend unabhängig von anderen Faktoren erweist (z.B. Schultyp, kulturelle Zugehörigkeit, Geschlecht): Das Wohlbefinden nimmt im Laufe der Schuljahre ab. Dies zeigte sich in der Abnahme der generellen Zufriedenheit mit der Schule (Eder, 1995), in einer Reduktion des Wohlbefindens bei Fend (1997) und der Lernfreude bei Jerusalem & Mittag (1999), Diese Entwicklung war in diesen Studien bereits in den ersten Schuljahren zu verzeichnen (Helmke 1993, vgl. Hascher 2004). Auch die Aussage, sie gingen gern zur Schule, trafen Kinder mit zunehmender Schulerfahrung seltener (Werres 1996). Eine Begründung für die Zunahme von negativen Bewertungen im Zusammenhang mit der Schulfriedenheit könnte die voranschreitende kognitive Entwicklung der Kinder sein. Ältere Schüler können ihre Unzufriedenheit differenzierter darstellen. Darüber hinaus können sie allein aufgrund der längeren Dauer ihrer Schulzeit mehr negative Erfahrungen und Misserfolge zu verzeichnen haben. Hiermit wäre das Alter aufgrund seiner Entwicklungsaufgaben als Determinant für Wohlbefinden zu identifizieren und muss bei der Förderung von Wohlbefinden in der Schule besonders berücksichtigt werden.

Die dargestellte Untersuchung kann nicht den Anspruch erheben übertragbare Gesetzmäßigkeiten zu generalisieren. Sie kann aber einen Einblick in die Schulsituation aus Sicht der befragten Kinder geben und mögliche Handlungsansätze für die Förderung von Wohlbefinden aufzeigen.

Bei der Auslegung der Ergebnisse dieser Untersuchung müssen zwei Aspekte beachtet werden. Einerseits wurde der Fragebogen nicht ausschließlich für die Erhebung von Wohlbefinden und Lebensqualität entwickelt. Darüber hinaus basieren die Daten auf der subjektiven Selbsteinschätzung der befragten Kinder. Wie auch unter Kapitel 3 erörtert, birgt dieses Verfahren neben dem Vorteil ein möglichst unverfälschtes Bild der Schulsituation zu erhalten, auch Risiken im Verlauf der Auswertung.

Verzerrungen der Ergebnisse können des Weiteren nicht nur durch die Selbsteinschätzung der Kinder, sondern auch durch einzelne Interpretationen der Autorin erfolgt sein.

Diese Erhebung lässt dennoch einige Schlussfolgerungen zu. So ist davon auszugehen, dass das Wohlbefinden und die Lebensqualität in der Grundschule vorwiegend von emotionalen und sozialen Bedingungen abhängig sind. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Qualität der Lehrer, ihre Einstellungen, ihr Handeln und ihr Bild, was sie von ihren Schülern haben, für das Wohlbefinden von Kindern ein entscheidender Faktor sind. Sie sind bei Problemen oder Schwierigkeiten der erste Ansprechpartner für die Kinder, wenn diese sich nicht selbst zu helfen wissen. Lehrer begründen das Bild, das die Kinder vom Unterricht und den Lehrinhalten haben. Die Unterrichtsqualität und der Lehrstil sind richtungweisend für die schulische Entwicklung der Schüler. Hierzu zählt auch im Unterricht ungestört und nicht eingeschränkt durch das Verhalten der Mitschüler arbeiten zu können. Besonders deutlich wird dies im Rahmen dieser Erhebung bei der Frage zur Unterrichtsqualität beschrieben. Häufig wurden als Einschränkungen für das Wohlbefinden Unterrichtsstörungen durch laute, unachtsame Mitschüler verantwortlich gemacht. Aussagekräftig sind an dieser Stelle insbesondere die negativen Antworten zum Unterricht der Schule A, welche sich zum größten Teil auf das Verhalten der Mitschüler beziehen. Hier kann man vermuten, dass Lehrer mit der Unterrichtssituation zuweilen überfordert sind. Dies könnte durch den Klassenschlüssel verursacht sein. Entweder scheinen zu viele Kinder auf zu engem Raum arbeiten zu müssen oder in einer Klasse sind mehrere Kinder, die sich noch nicht in das Klassengefüge oder in den Schulalltag integriert haben. Den Lehrern der Schule A scheint es nicht immer zu gelingen Störungen zu unterbinden, welches eine erhebliche Einschränkung für das Unterrichtsklima bedeutet.

In der Schule B wurden die Unterrichtsstörungen durch Mitschülerverhalten geringer bewertet. Lobend hingegen wurden im Rahmen der Befragung Durchsetzungsvermögen und Maßnahmen, die für Ruhe sorgen besonders in der Schule B hervorgehoben. Andererseits gab es bei der Einschätzung ihrer Lehrer in der Schule B auch Äußerungen, die die Lautstärke einiger Lehrer im Unterricht nicht bevorzugten. Dies deutet an, dass hier ein eher autoritärer Unterrichtsstil verfolgt wird, der auch negative Aspekte mit sich bringen könnte. So scheint die emotionale Bindung der Kinder zu ihren Lehrern in der Schule A intensiver. Diese Annahme wird

durch das Ergebnis der Frage zur Unterstützung bei Schwierigkeiten bekräftigt. Hier geben Kinder der Schule B deutlich mehr Alternativen zum Lehrer an, was zunächst auf ein größeres Bewusstsein für mögliche Unterstützungsquellen schließen lässt. Es könnte aber auch darauf hindeuten, dass die Kinder weniger Vertrauen zu ihren Lehrern haben und sie aus diesem Grund ihre Unterstützung an anderer Stelle suchen. Verfolgt man diese Annahme, könnte man vermuten, dass es ein Missverhältnis zwischen Konsequenz und Autorität einerseits und Respekt, Anerkennung und Wohlwollen von den Lehrern gegenüber den Kindern gibt. Hier wäre unter diesen Voraussetzungen ein elementarer Ansatz für die Förderung des Wohlbefindens der Schüler zu erkennen.

Der gute Kontakt zu Mitschülern ist der zweite äußerst bedeutsame Aspekt für das Wohlbefinden in der Schule A und in der Schule B. Bei einem Großteil der Angaben wurden das Spielen und die Beschäftigung mit den Freunden positiv hervorgehoben, womit die Ergebnisse anderer empirischer Studien bestätigt wurden (vgl. Hauck-Bühler, 1994, Fend, 1997). Die Schulklasse ist ein soziales Netzwerk mit einer Vielzahl von Interaktionen und Kommunikationen. Positive soziale Kontakte in der Schule können protektive Funktionen haben. Beispielsweise durch Unterhaltung, Rat und positives Feedback geben oder das Leisten von emotionalen Beistand. Darüber hinaus können soziale Peer-Kontakte die Kommunikationsfähigkeit und ein interpersonales Bewusstsein fördern. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen andererseits deutlich, dass rücksichtsloses Verhalten von Mitschülern, Gewalt und Streit untereinander zu erheblichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität in der Schule führt. Streit und Gewalt wurden wiederkehrend in beiden Schulen bei den Fragen zu Negativaspekten der Schule, wie auch zu Verbesserungsvorschlägen genannt. Aus dieser Perspektive scheint das Thema Streit und Gewalt in beiden Schulen unabhängig vom sozioökonomischen Status ein Schwerpunkt zu sein. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass der Wert für die Vermeidung von Streit und Gewalt bei der Frage zur Verbesserung der Schulqualität in der Schule B deutlich höher liegt, als in der Schule A. Dieses Ergebnis passt nicht in das Verhältnis der anderen Aussagen der Schule B. Auf den ersten Blick ist es nicht stimmig, dass einerseits die Freunde so einen hohen Stellenwert einnehmen und der Zusammenhalt untereinander gelobt werden und es auf der anderen Seite ein sehr hohes Streit- und Gewaltaufkommen zu geben scheint. Diese Unstimmigkeit könnte

verschiedene Ursachen haben. Unter Umständen wurde das Thema Gewalt an der Schule B, wie jüngst an vielen Schulen, vor der Erhebung besonders thematisiert. Eventuell ist die Gewichtung der Freunde aber auch ganz schlüssig, wenn man bedenkt, dass man sich gemeinsam stärker fühlt und sich einerseits zusammen besser schützen andererseits aber auch stärker profilieren kann. An dieser Stelle wäre es interessant, weitere Informationen zu sammeln, um an dem Thema Streit und Gewalt in der Schule zu arbeiten.

Anhand der Werte, die bei den einzelnen Fragestellungen erzielt wurden, deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass das Wohlbefinden zu einem großen Teil von emotionalen und sozialen Komponenten abhängig ist und bestätigt insofern vorangegangene Studien zu diesem Thema. Ein respektvolles Miteinander und ein harmonisches Schulklima sind ausschlaggebende Faktoren für das Wohlbefinden von Kindern in der Schule. Beschäftigungsmöglichkeiten und die schulische Umgebung sind weitere Einflussfaktoren, die allerdings meines Erachtens in ihrer Gewichtung niedriger einzuschätzen sind.

Insgesamt scheint das Wohlbefinden in der Schule A höher zu sein, obschon es an der Schule B zu einigen Fragen, z.B. zur Unterrichtsqualität weniger negative Aussagen gibt. Diese Vermutung wird insbesondere durch die Fragen zu Verbesserungsvorschlägen in Klasse und Schule deutlich. Hier gibt es in der Schule B im Gegensatz zur Schule A sehr wenige Angaben, die auf vollkommene Zufriedenheit schließen lassen. Dieses Ergebnis scheint darauf hinzuweisen, dass Wohlbefinden in der Schule independent zu sozialem Status und ungünstigen Wohnbedingungen sind. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Schule für Kinder mit erschwerenden sozialen Gegebenheiten eine Kompensationsfunktion erfüllt. Die Schule bietet neben ihrem Lehrauftrag auch Unterhaltung, Erholung und Ablenkung von familiären Schwierigkeiten. Schule bietet für diese Kinder auch einen Schutzraum, in dem sie unterstützt und gefördert werden. Dies drückt sich offensichtlich mit einem im Verhältnis höheren Wohlbefinden in der Schule aus.

8. Ausblick

Gesellschaftspolitisch wird das deutsche Bildungssystem ständig diskutiert und in Frage gestellt. Hinsichtlich eines eindeutigen Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Bildung bzw. Leistung wird einerseits der vorhandene Forschungsbedarf in Deutschland deutlich. Auf der anderen Seite ist es wichtig erhobene Ergebnisse und die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen in den Schulalltag zu implementieren, um neben den Reformierungsansätzen, die von bildungspolitischer Seite unverändert angestrebt werden, Kindern zukünftig die besten Voraussetzungen für Gesundheit und Bildung in der Schule schaffen zu können. Das Wohlbefinden und die Lebensqualität in der Schule spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Schule muss als ein elementarer Lebensraum für Kinder gesehen werden, der ihre ganzheitliche Entwicklung, Gesundheit, psychische Stabilität und nicht nur ihre Ausbildung nachhaltig beeinflusst.

Bisherige Studien und auch die ausgewiesenen Tendenzen der Erhebung, auf die sich diese Arbeit stützt, unterstreichen, dass die Förderung des Wohlbefindens neben curricularen Inhalten die Schulumwelt, und insbesondere auch die Schulkultur umfassen muss. Wie gehen wir miteinander um? Wie erleben wir Schule? Schützt und unterstützt unsere Schule ihre Mitglieder? – sind Schlüsselfragen für ein gesundes Schulklima.

Lehrer, als wichtigste Bezugsperson für Kinder in der Schule, sollten sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Für Kinder sind Respekt, Verständnis und Anerkennung elementare Faktoren. Neben konsistenten, gerechten Regeln und Konsequenz, benötigen Kinder auch Ermutigung und aktives Interesse an ihrer Person- nicht nur unterrichts- und leistungsbezogen. Lehrer sind Schlüsselpersonen für ein wertschätzendes Klima im Klassenverband und auch darüber hinaus.

Zusammenfassend kann erklärt werden, dass die Förderung des Wohlbefindens zu einem elementarer Aspekt der Gesundheitsförderung in der Schule werden muss, der aus einer psychosozialen Perspektive sowohl den Lebenskontext der Kinder als auch die Prozesshaftigkeit von Verhalten zu berücksichtigen hat. Im Bereich der Primärprävention kann die Förderung des Wohlbefindens der spezifischen Gesundheitsförderung zugeordnet werden, die sich anhand lern- und handlungstheoretisch begründbaren Erziehungsmaßnahmen den Aufbau von gesundheitsprotektiven Verhaltensstilen zum Ziel gesetzt hat. Hierzu zählt neben der

Vermittlung von Ressourcen zum Umgang mit alltäglichen und besonderen Belastungen (Stressbewältigung) auch insbesondere die Stärkung der Persönlichkeit durch den Aufbau von Lebenskompetenzen. Das Ziel ist hierbei, allen Schulmitgliedern ein konstruktives Verhalten zu ermöglichen und Problemverhalten überflüssig zu machen. Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit als Vermittler erfolgreicher Selbst- und Verhaltensregulation ist dabei ebenfalls ein wesentlicher Faktor.

Da Schule ein sehr komplexes System darstellt, wird eine Veränderung zur Schule zu einem Ort des Wohlbefindens Zeit brauchen. Umstrukturierungsmaßnahmen müssen sich an die schulspezifischen Bedürfnisse und Gegebenheiten anpassen, um wirkungsvoll zu sein. Die Beteiligten einer Schule verbinden mit einer gesunden Schule teilweise sehr unterschiedliche Inhalte. In einer Studie von Freitag (1998) nannten die Schüler/ innen die Sauberkeit der Schule und die Ökologie/ Gestaltung der Klassenräume (Diese wurden bei der Untersuchung dieser Arbeit z. B. auch in der Schule B genannt). Die Lehrkräfte sahen hingegen das Wohlbefinden als eine Konsequenz einer gesunden Schule wie auch die Verbundenheit zur Schule. Schulentwicklung hinsichtlich einer Förderung des Wohlbefindens bedarf demnach einer Berücksichtigung der Sichtweisen möglichst aller Schulmitglieder.

Die vorgelegten Ergebnisse müssen in weiteren Untersuchungen verifiziert werden, um einen Beitrag zur Entwicklung von Handlungskonzepten für die Verbesserung des Wohlbefindens in der Schule und die Stabilisierung der psychischen Gesundheit von Kindern leisten zu können

Abschließend lässt sich sagen, dass eine weitere theoretische Fundierung entwicklungsgemäßer Förderung des Wohlbefindens und die Konzeption entsprechender Interventionstheorien eine wichtige Aufgabe der zukünftigen Forschung darstellen

9. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist herauszufinden, welche Bedingungen und Umstände für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Kindern in der Grundschule verantwortlich sind. Der aktuelle Bezug ergibt sich aus der momentanen bildungspolitischen Diskussion zur Reformierung des Bildungswesens. Dies wird als notwendig erachtet, da neben wirtschaftlichen Aspekten und Kosteneinsparungen auch einem geringen Leistungsniveau und Defizite der Bildung von Hamburger Schülern entgegenzuwirken ist. Da nur gesunde Kinder Leistung erbringen können und die Belastungen vielschichtig sind, gewinnt auch die Gesundheitsförderung in der Schule an Bedeutung. Hierbei ist die Förderung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit der Kinder ein elementarer Bestandteil.

In den Schulalltag ist die Förderung des Wohlbefindens noch nicht zufrieden stellend integriert. Wohlbefinden ist nicht allein mit „sich wohl fühlen“ zu beschreiben, sondern umfasst ein komplexes Konstrukt sich einander bedingender Einflussfaktoren. Die aktuelle Forschung zum Thema Wohlbefinden und Lebensqualität von Kindern ist insbesondere in Deutschland noch nicht ausgereift. Es bestehen weder einheitliche Terminologien noch übertragbare Konzeptionen, die Interventionen in der Schule unterstützen könnten. Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag zur Untersuchung der Bedingungen für Wohlbefinden und Lebensqualität in der Grundschule geleistet werden. Bezug nehmend auf den derzeitigen Forschungsstand, wurde anhand eines standardisierten Erhebungsinstrumentes das Wohlbefinden von Kindern in zwei Hamburger Grundschulen (n= 86) mit Methoden qualitativer Sozialforschung untersucht. Die Einzugsgebiete der Schulen werden einem unterschiedlichen sozialen Status zugeordnet.

Im Rahmen einer salutogenetischen Betrachtungsweise wird angenommen, dass Wohlbefinden und Lebensqualität von Kindern in der Schule durch unterschiedliche Gesichtspunkte beeinflusst werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen die emotionalen und sozialen Komponenten von Wohlbefinden und bestätigen so vorhandene Studien. Lehrer haben einen entscheidenden Anteil an der Förderung des Wohlbefindens der Kinder und somit ihrer Lebensqualität in ihrer Schule. Des Weiteren deutet die Untersuchung darauf hin, dass das Empfinden von Wohlbefinden in der Schule unabhängig vom sozialen Status des Einzugsgebietes der Schule ist.

10. Abstract

The destination of the available investigation is to be found out, which conditions and circumstances for the well-being and the quality of life of children in the primary school are responsible. The current purchase results from the momentary political discussion about the education and for the reformation of the training system. This is judged as emergency little, since apart from economic aspects and cost savings also a small proficiency level and deficits of the education of Hamburg pupils is to be worked against

Since only healthy children achievement can furnish and the loads are multilayered, also the health promotion in the school at meaning wins. Here the promotion of the well-being and the psychological health of the children is an elementary component. Into the school everyday life the promotion of the well-being is not yet content placing integrated. Well-being is not alone with "a well- being Feeling" to describe, but covers themselves a complex construct each other causing factors of influence. The current research about well-being and quality of life from children did not develop in particular in Germany yet.

Neither uniform terminologies nor transferable conceptions, which could support interventions in the school, exist. With the available work a contribution is to be made for the investigation of the conditions for well-being and quality of life in the primary school. Reference taking to the present state of research, was examined on the basis a standardized collection instrument the well-being by children in two Hamburg primary schools (n = 86) with methods of qualitative social research. The catchment areas of the schools are assigned to a different social status.

In the context of a salutogenetic viewpoint it is accepted that well-being and quality of life are affected by children in the school by different criteria.

The results of this investigation underline the emotional and social components of well-being and confirm so existing studies. Teachers have a crucial portion of the promotion of the well-being of the children and thus their quality of life in their school. The moreover one the investigation points on the fact that feeling of well-being is independent in the school of the social status of the draw-in area of the school.

11. Literaturverzeichnis

Active Healthy Kids Canada: Canada`s Report Card on Physical Activity for Children and Youth, Toronto, 2006

Antonovsky, A., 1981, aus: Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern, Krause, CH., Wiesmann, U., Hannich, H.-J., Pabst Science Publishers, 2004

Antonovsky, A., (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey- Bass, San Francisco

Antonovsky, A., (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: DGVT- Verlag

Becker, P. (1980). Prävention von Verhaltensstörungen und Förderung der psychischen Gesundheit. In W. Wittling (Hrsg.), Handbuch der klinischen Psychologie, Band 2, Psychotherapeutische Interventionsmethoden (S.47- 77). Hoffmann& Campe

Becker, P., (1997). Psychologie der seelischen Gesundheit Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik (2. Auflage), Göttingen, Hogrefe

Bender, D./ Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J./ Siegrist, J./ Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen (S. 117- 145). Berlin: Springer

Bengel, J. Strittmatter, R., Willmann, H. "Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert". Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bullinger, M., Mackensen, S., Kirchberger, I. (1994). KINDL- Ein Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2, S. 64- 67

Bullinger, M. (1997) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin

Bullinger, M. (2000). Lebensqualität- Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens- Sieberer, U., Cieza, A.

- (Hrsg.). Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-
 Methode- Anwendungen (S. 13- 24). Landsberg: Ecomed
- Chen, K., Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the
 mid- thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85,
 (P. 41- 47) Aus: Lohaus, A., Jerusalem, M., Klein- Heßling, J. (Hrsg.) (2006).
 Gesundheitsförderung im Kindes und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O.,
 Rasmussen, V.B. (Eds.) (2004). *Young people`s health in context. Health behavior in
 school- aged children (HBSC) study: International report from the 2001/ 2002 survey.*
 Copenhagen: World Health Organization
- Eder, F. (1995). Das Befinden Schülerinnen und Schüler in öffentlichen Schulen-
 Ergebnisse der Repräsentativerhebung. In Eder, F. (Hrsg.): *Das Befinden von
 Kindern und Jugendlichen in der Schule* (S. 24- 68). Innsbruck: Studienverlag
- Fend, H. (1997). *Der Umgang mit der Schule in der Adoleszenz (Band IV)*, Bern:
 Huber
- Gimmler, A., Lenk, Ch. & Aumüller, G. (Eds.) (2002). *Health and Quality of Life.
 Philosophical, medical and cultural aspects*, Münster: LIT- Verlag
- Hascher, T. (2004). *Wohlbefinden in der Schule*, Münster: Waxmann
- Hauck- Bühler, B. (1994). *Schule als Erfahrungsraum*. In Bovet, G., Huwendiek, V.
 (Hrsg.): *Leitfaden Schulpraxis* (S. 63- S. 90). Berlin: Cornelsen
- Helmke, A. (1993). Die Entwicklung der Lernfreude vom Kindergarten bis zur 5.
 Klassenstufe. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 7 (S. 77- 86)
- Hertzman, C, Power, C. (2006). *A Life Course Approach to Health and Human
 Development*. In: Heymann, J., Hertzman, C., Barer, M.L. and Evans, M.G. (Eds.)
Healthier Societies: From Analysis to Action, Chapter 4, S. 83- 106, New York:
 Oxford University Press
- Hurrelmann, K. (1994). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress-
 Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. 2. Auflage. Weinheim, Basel:
 Beltz
- Jerusalem, M., Pekrun, R. (Hrsg.) (1999). *Emotion, Motivation und Leistung*.
 Göttingen: Hogrefe
- Jerusalem, M., Mittag, W. (1999). *Selbstwirksamkeit, Bezugsnormen, Leistung und
 Wohlbefinden in der Schule*. In Jerusalem, M., Pekrun, R. (Hrsg.) (1999). *Emotion,
 Motivation und Leistung* (S. 223- 245), Göttingen: Hogrefe

- Jerusalem, M. (2002). Gesundheitsförderung in Schule und Elternhaus. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, W. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe
- Kind, P. (2001). Measuring quality of Live in evaluating clinical interventions: An overview. *Annals of Medicine*, 33, (P. 323- 327)
- Krause, Ch., Wiesmann, U., Hannich, H.-J. (2004). Subjektive Befindlichkeit und Selbstwertgefühl von Grundschulkindern (S. 260). Lengerich: Pabst Science Publishers
- Krause, Ch., Hannich, H.-J., Stückle, C., Widmer, C., Rohde, C., Wiesmann, U. (2000). Selbstwert stärken- Gesundheit fördern. Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr. Donauwörth: Auer- Verlag
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (1999). Was wird aus Risikokindern? Die Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S.71-93). München: Ernst Reinhardt
- Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2000) Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung interdisziplinär, 19. Jg. (S. 48- 63).
- Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P., Klein- Heßling, J. (1996). Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter (SSK), Göttingen: Hogrefe
- Lohaus, A., Jerusalem, M., Klein- Heßling, J. (Hrsg.) (2006). Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Masten, A.S., Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist* , 53 (2) (P. 205-220).
- Mayring, P. (1991). Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag und Deutscher Studienverlag.
- Mummendey, H. D. (1979). Methoden und Probleme der Messung von Selbstkonzepten. In: Filipp, S. H. (Hrsg.). Selbstkonzept – Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven (S. 171- 189). Stuttgart: Klett

- Paulus, P. (1995). Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen. Die Deutsche Schule, 8 (S. 262-281)
- Ravens- Sieberer, U., Görtler, E., Bullinger, M. (2000). Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen- eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung, in: das Gesundheitswesen, Vol. 62 (S. 148- 155)
- Ravens- Sieberer, U., Thomas, C., Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In. Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens- Sieberer, U. (Hrsg.). Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (. S. 19- 98). Weinheim: Juventa
- Rheinberg, F. (1999). Motivation und Emotionen im Lernprozess: Aktuelle Befunde und Forschungsperspektiven. In: Jerusalem, M., Pekrun, R. (Hrsg.). Emotion, Motivation und Leistung (S. 189- 204). Göttingen: Hogrefe
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch Institut
- Rudow, B. (1994). Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrtätigkeit, Lehrerbelastung und Lehrergesundheit. Bern: Huber
- Rutter, M.: Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff, J.P./ Meisels, S.J. (Hrsg.) (2000). Handbook of early childhood intervention. Cambridge (P. 651- 682). Cambridge University Press
- Starfield, B., Riley, A.: Profiling Health and illness in Children Adolescents, in: Drotar, D. (1998). Measuring Health- Related Quality Of Life In Children And Adolescents (P. 85- 104). Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London
- Schumacher, J., Klaiber, A., Brähler, E. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe- Verlag
- The Child and Adolescent Task Group of the F/P/T/ Advisory Committee on Population Health and Health Security, 2004. Middle Childhood: taking Action Together, Ottawa: Health Canada
- The Canadian Council on Social Development: The Progress of Canada`s Children, Ottawa, 2006

- Werner, E., Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A Study of resilient children.* McGraw- Hill, New York
- Werner, E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood.* Cornell University, Ithaca
- Werner, E., Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery.* Cornell University, Ithaca
- Werres, W. (Hrsg.) (1996). *Schüler in Schule und Unterricht* (S. 29- 39), Frankfurt a. M.: Lang
- Wustmann, C. (2001). *Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen. Neue Impulse aus der Forschung*, in: *Bildung, Erziehung, Betreuung von Kindern in Bayern*, 6. Jg., Nr.2, (S. 7- 13).

12. Anhang

Schule:

Datum:

Codierungsnummer:

A	Zur Person
A1	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
A2	Alter Jahre:
B	Fragen zum eigenen Wohlbefinden
B1	Gehst Du gern in diese Schule?
B2	Was gefällt Dir an dieser Schule gut?
B3	Was gefällt Dir an dieser Schule nicht so gut?
C	Zur Qualität des Unterrichts
C1	Macht Dir der Unterricht an dieser Schule Spaß? Wenn ja, warum macht Dir der Unterricht Spaß? Wenn nein, warum macht Dir der Unterricht keinen Spaß?
C2	Wie findest Du Deine LehrerIn? (Unterstützung, Hilfe bei Schwierigkeiten)

D	Zur Qualität des Lebensraumes Schule
D1	Kennst Du die Regeln in Deiner Klasse und in Deiner Schule? Wenn ja, hältst Du Dich an diese Regeln?
D2	Wie findest Du Deine Schule? (Bezug auf Schulgebäude, Klassenräume, Schulhof, Unterrichtsmaterialien)
D3	Was machst Du in der Pause? (Beschäftigungsmöglichkeiten, Freunde)
D4	Was isst Du in der Schule? (Frühstück, Mittagessen, Art und Herkunft der Nahrung)
D5	An wen kannst Du Dich bei Schwierigkeiten wenden? (Streitigkeiten, sonstige Probleme)
D6	Warum hast Du einen guten Sitzplatz in der Klasse? (Sitzordnung, Sichtverhältnisse, Bequemlichkeit - Ergonomie)

D7	Fühlst Du Dich in Deiner Klasse wohl? (auf die Kinder bezogen) Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
D8	Was könnte getan werden, damit Du Dich (noch) wohler fühlst?
E	Gute Schule, gesunde Schule
E1	Was ist für Dich Gesundheit? (Wohlbefinden)
E2	Was könnte man tun, um Deine Schule besser zu machen?
E3	Meine Schule ist eine gute Schule, weil...

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe und nur die angegebenen Hilfsmittel angewendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Alexandra Schlömer