

Schulische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder – Die Teilnahme von Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ am Programm Klasse2000 und die Akzeptanz und Umsetzung aus Sicht der Lehrkräfte

von

**Christina Storck
Thomas Duprée
Andrea Dokter**

Aus: Erich Marks & Wiebke Steffen (Hrsg.):
Solidarität leben - Vielfalt sichern
Ausgewählte Beiträge des 14. Deutschen Präventionstages
Forum Verlag; Auflage: 1 (10. August 2011), Seite 175-192

ISBN 3936999872 (Printausgabe)
ISBN 978-3936999877 (E-Book)

Schulische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder – Die Teilnahme von Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ am Programm Klasse2000 und die Akzeptanz und Umsetzung aus Sicht der Lehrkräfte

Zusammenfassung

Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht stellt einen zentralen Erklärungsfaktor für den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen dar. Aktuelle Studien zeigen, dass in Deutschland Kinder und Jugendliche aus sozial schlechter gestellten Familien größere gesundheitliche Probleme haben als Gleichaltrige aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status. Im Zentrum von Präventionsbemühungen sollten demzufolge soziale Gruppen stehen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen am stärksten benötigen. Diese sind jedoch in der Praxis schwer zu erreichen. Vor dem Hintergrund dieses von Bauer (2005) beschriebenen „Präventionsdilemmas“ wird am Beispiel von Klasse2000 untersucht, in welchem Umfang Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ an dem Unterrichtsprogramm teilnehmen und wie sich dort Akzeptanz und Praktikabilität des Programms darstellen. Datengrundlage bildet eine bundesweite Befragung teilnehmender Lehrkräfte.

24% der Lehrkräfte, die Klasse2000 an ihrer Schule durchführen, geben an, an einer Schule aus einem „sozialen Brennpunkt“ zu unterrichten. Lehrkräfte aus diesen „Brennpunkt-Schulen“ beurteilen das Unterrichtskonzept positiver als ihre Kollegen. Unterschiede hinsichtlich Intensität und Konzepttreue der Programmumsetzung bestehen nicht. Insgesamt zeigt sich, dass Klasse2000 von Lehrern an Grundschulen in sozialen Brennpunkten akzeptiert wird und erfolgreich implementiert werden kann.

1 Hintergrund

Mit dem Einsatz von Programmen zur schulischen Gesundheitsförderung in der breiten Praxis wächst der Bedarf, die Qualität der Umsetzung dieser Maßnahmen sicherzustellen. Selbst gut evaluierte Programme können nur dann wirken, wenn sie Kinder, die diese Maßnahmen besonders benötigen, in der Praxis auch tatsächlich erreichen.

Ein besonderer Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht für Kinder und Jugendliche, deren soziale und familiäre Ausgangsbedingungen haben, die ihre Entwicklung maßgeblich beeinträchtigen. Diese Beeinträchtigung kann sich auf ihre kognitive und psychosoziale Entwicklung und auf ihre schulischen und beruflichen Startchancen beziehen. Soziale Benachteiligung kann durch Armut, mangelnde familiäre Unterstützung, durch geringe Kenntnisse von Kulturtechniken, wie beispielsweise der Sprache, oder durch geringe oder wenig gebrauchte schulisch-berufliche Qualifikationen bedingt sein.

In Deutschland hat sich die Verteilungsungleichheit in den letzten Jahren noch verschärft. Armut betrifft heute zunehmend häufiger ehemals gut situierte Mittellagen. Kinder und Jugendliche stellen in Deutschland mittlerweile diejenige Altersgruppe dar, die am häufigsten von Armut bedroht ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006). Armut betrifft neben Erwerbslosen und kinderreichen Familien häufig die Haushalte von Alleinerziehenden. Im Jahr 2009 war fast jede fünfte Familie mit minderjährigen Kindern in Deutschland eine Familie einer alleinerziehenden Mutter oder eines alleinerziehenden Vaters. In Alleinerziehendenhaushalten, die zu 90% von Frauen bestritten werden, nimmt aufgrund der eingeschränkten Erwerbs- und Einkommenschancen unweigerlich auch das Armutsrisiko zu. Insbesondere Frauen mit jungen Kindern verfügen häufig über ein geringes Familieneinkommen (Statistisches Bundesamt, 2010). Armut betrifft auch verstärkt Familien mit Migrationshintergrund. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund, die unter der Armutsrisikoschwelle leben, ist mit 26,3% mehr als doppelt so hoch wie bei Nicht-Migranten (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2010).

Armut bedeutet einen schlechten Start ins Leben. Betroffene Kinder und Jugendliche weisen häufig nicht nur schlechtere schulische und berufliche Startchancen auf, sondern auch Beeinträchtigungen in der kognitiven, psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung. Auf den Zusammenhang zwischen benachteiligter Lebenslage und psychischer und körperlicher Gesundheit haben in den letzten Jahren viele Studien hingewiesen. Einige Faktoren, die für die gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich sind, lassen sich direkt auf die finanziellen Engpässe der Haushalte zurückführen. Hierzu gehören beispielsweise schlechtere Wohnbedingungen, ein Wohnumfeld mit wenig Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, mangelnde Erholungsmöglichkeiten und Unterschiede in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Armut geht aber auch mit Belastungen und Anstrengungen einher, die zu Konflikten in den Familien führen können. Besonders belastet ist das Familienklima bei zusätzlichen Problemen der Eltern, wie beispielsweise Sucht, schweren Erkrankungen oder während Trennungs- und Scheidungsphasen. Darüber hinaus sind es Aspekte der täglichen Lebensführung und geringe Schutzfaktoren, die sich negativ auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand auswirken (vgl. Abb. 1).

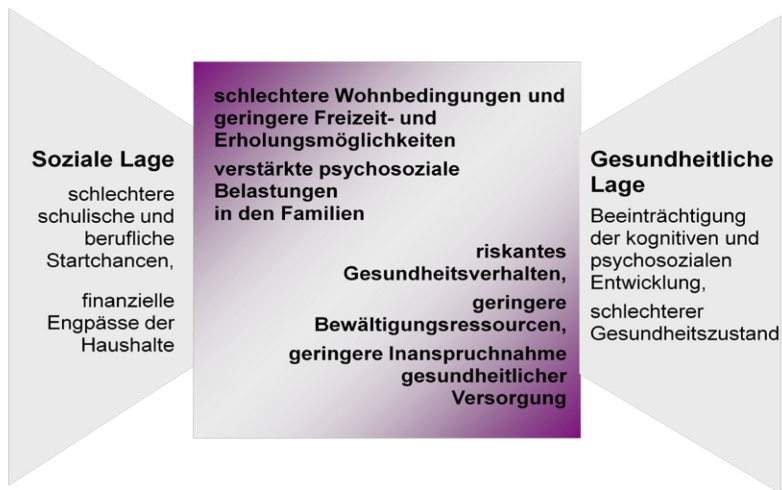


Abbildung 1: Zusammenhang von Sozialer und gesundheitlicher Lage. Abbildung auf der Grundlage der Zusammenstellung von Mielck (2003).

Die vom Robert-Koch-Institut durchgeführte repräsentative Erhebung zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigt über alle Teilstudien hinweg einen Zusammenhang zwischen den Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen und ihrer sozialen Schicht (Kurth, 2006). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus essen weniger Obst und Gemüse und mehr Fast Food (Mielck, 2000). Sie treiben seltener Sport (Lampert et al., 2007) und zeigen eine geringere motorische Leistungsfähigkeit (Starker et al., 2007). Darüber hinaus beschäftigen sie sich häufiger und länger mit elektronischen Medien (Lampert, Sygusch & Schlack, 2007). Diese Unterschiede stehen in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht, Adipositas (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007) und Essstörungen (Hölling & Schlack, 2007).

Im Bereich des Substanzkonsums lässt sich ein Zusammenhang von Nikotinkonsum und sozialer Lebenslage belegen. Kinder und Jugendliche mit geringer Schulbildung rauchen 4-5mal häufiger als Gleichaltrigen mit höherem Bildungsniveau. Für den Konsum von Alkohol sind Zusammenhänge mit der Schulart weniger konsistent belegt. Morgenstern, Wiborg, Isensee & Hanewinkel (2009) konnten zeigen, dass Jugendliche mit Konsumerfahrung häufiger männlich, älter, Hauptschüler und Raucher sind. Oft weisen sie schlechtere Schulleistungen auf und neigen stärker zu Renitenz und Sensation Seeking als ihre Altersgenossen, die keine oder wenig Erfahrungen mit Alkohol haben. Der starke negative Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzter Schulleistung und dem Alkoholkonsum macht deutlich, dass es ein zentrales Ziel präventiver Maßnahmen sein sollte, einen frühen Erstkonsum zu verhindern, um ne-

gativen Auswirkungen auf die weitere Entwicklung und die Zukunftschancen der Jugendlichen vorzubeugen.

Neben den genannten gesundheitlichen Problemen und Risikoverhaltensweisen zeigen sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger Hinweise auf psychische Probleme. Sie verfügen über geringere persönliche und soziale Ressourcen, die eine gesunde psychische Entwicklung unterstützen (Hölling et al., 2007; Erhart et al., 2007). Eine zentrale Schlussfolgerung der „BELLA-Studie“ zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Ravens-Sieberer et al., 2007) lautet, dass die Stärkung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen das wesentliche Ziel präventiver Maßnahmen sein sollte. Der bedeutsamste protektive Faktor ist ein stabiles und unterstützendes soziales Umfeld innerhalb der Familie. Vielen Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien wird diese innerfamiliäre Unterstützung nicht oder nur eingeschränkt zuteil. Damit kommt der Schule als zweitwichtigster Lebenswelt der Kinder für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts und die Ausbildung persönlicher und sozialer Kompetenzen eine zentrale Bedeutung zu. Die Förderung der genannten Kompetenzen kann Kinder und Jugendliche für den Umgang mit Belastungen und kritischen Lebensereignissen stärken.

2 Die Schule – ein ideales Setting für Gesundheitsförderung?

Schulische Gesundheitsförderung hat Konjunktur. In einigen Bundesländern wächst auch von Seiten der Kultusministerien der Druck, Gesundheitsförderung in den Schulen zu verankern. In Deutschland stehen inzwischen mehr als 20 evaluierte Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen zur Verfügung, die in der Schule eingesetzt werden können.

Auf den ersten Blick erscheint das Setting Schule zur Umsetzung präventiver Maßnahmen ideal. Es ist plausibel, dass Maßnahmen erfolgreicher sind, wenn sie in der zentralen Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden - nach dem Elternhaus also in der Schule. Darüber hinaus sichert die allgemeine Schulpflicht die Erreichbarkeit der Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft über eine lange Zeitspanne.

Sollen durch pr ventive Maßnahmen die Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung und zum Umgang mit Belastungen verbessert werden, so müssen diese so früh wie möglich in der individuellen Biographie einsetzen. Gerade die Grundschule bildet eine ideale Basis für die Durchführung präventiver Maßnahmen zu einem Zeitpunkt, wenn Verhaltensmuster noch vergleichsweise flexibel sind und Kinder bereit sind, vieles auszuprobieren. Sie nehmen in dieser Phase gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen an, die relativ stabil sind. Lohaus und Mitarbeiter (2004) konnten zeigen, dass das Gesundheitsverhalten im Grundschulalter eine hohe Vorhersagekraft für das Jugendalter besitzt. Somit sollten Präventionsmaßnahmen frühzeitig einsetzen und kontinuierlich erfolgen, ein Einsatz im Grundschulbereich erscheint vielversprechend.

In jüngeren Studien sind darüber hinaus Faktoren in den Schulen selbst identifiziert worden, die zu gesundheitlichen Belastungen und zur Krankheitsentstehung beitragen und somit geeignete Ansatzpunkte für schulische Gesundheitsförderung bieten. Hierzu gehören das Lehrer-Schüler-Verhältnis und Lehrer-Schüler-Eltern-Verhältnis, das Klassenklima, mangelndes Gesundheitswissen, fehlende Bewegung und Entspannung und ungesunde Ernährung in den Pausen. Konzepte einer gesundheitsfördernden Schule widmen sich auch der Frage, wie die Schule strukturell als ein gesunder Arbeitsplatz und Lebensraum gestaltet werden kann.

Soll verhaltensbezogene Präventionsarbeit mit den Kindern durchgeführt werden, so kann dies nur gelingen, wenn die Ziele der Bildungsinstitution Schule mit denen des Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramms übereinstimmen. Nur so wird das Projekt nicht als zusätzlicher Aufwand empfunden, sondern lässt sich als intensiver und wertvoller Baustein im schulischen Bildungsprozess verankern. Die Akzeptanz und Praktikabilität des Konzepts im schulischen Alltag bildet die Grundlage dafür, dass sich die Wirkung des Programms entfalten kann. Viele Anforderungen, die im Bildungs- bzw. Erziehungsauftrag der Schule im Schulgesetz verankert sind, finden sich in den Inhalten von Lebenskompetenzprogrammen wieder. So bildet beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, eigene Gedanken und Ideen Anderen transparent zu machen und umgekehrt sich in die Gedankenwelt Anderer hinein versetzen zu können, einen zentralen Pfeiler des Bildungsbegriffs und damit eine wichtige Basis für alle weitergehenden Aspekte der Bildung, wie moralisches Denken und Handeln, Kreativität oder instrumentelle Fertigkeiten. Die Förderung von Lebenskompetenzen versteht sich somit nicht nur als gesundheitsbezogene Maßnahme, sondern auch als Wegbereiter von Lernprozessen. Ein positives Schul- und Klassenklima, welches ein vorrangiges Ziel klassenbezogener Präventionsmaßnahmen darstellt, wirkt sich ebenfalls günstig auf die Lernleistung der Schülerinnen und Schüler aus. Der Bildungsauftrag der Schule und die Ziele eines Programms zur Gesundheitsförderung lassen sich gut miteinander verschränken, so dass Synergieeffekte entstehen können.

Das Setting Schule bietet somit die Möglichkeit, Kinder zu erreichen, die Gesundheitsförderung aufgrund ihrer Lebensbedingungen und ihrer sozialen Herkunft besonders benötigen. In Deutschland steht für die schulische Förderung von Lebenskompetenzen eine vielfältige Auswahl an Konzepten und Programmen zur Verfügung (Bühler & Heppekausen, 2005). Untersuchungen zeigen jedoch, dass diese Adressatengruppe in der Praxis und auch im schulischen Kontext besonders schwierig zu erreichen ist. Dieses Problem wird von Bauer (2005) als das Präventionsdilemma beschrieben: Mit Angeboten zur universellen Prävention an den allgemeinbildenden Schulen erreichen wir nicht die Kinder, die am meisten gefährdet sind. Dies lässt sich exemplarisch durch die folgenden Untersuchungsergebnisse stützen: Die Kampagne zur Tabakprävention „Be smart – Don’t start“ zeigt die stärksten Effekte an Gesamtschulen

und Gymnasien. In Hauptschulen konnten keine Wirkungen nachgewiesen werden (Wiborg, Hanewinkel & Kliche, 2002). Das Problem beginnt bereits bei der Implementierung der Programme. Dies zeigen Studien zur Implementierung von „Lions Quest Erwachsene werden“, einem Schulprogramm zur Förderung von persönlichen und sozialen Kompetenzen, das bundesweit zur Suchtprävention in den Klassenstufen 5-10 eingesetzt wird. Evaluationen zeigen, dass Schulformen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Schülerinnen und Schülern Lions Quest seltener verwenden als Schulen in der oberen Schulformhierarchie (Bittlingmayer & Hurrelmann, 2005; Bittlingmayer & Sirch, 2006). Auch die konkrete Umsetzung des Programms erfolgt in Schulen mit leistungsstärkeren Kindern intensiver. Die Autoren folgern, dass Kinder und Jugendliche, die theoretisch im Zentrum solcher Maßnahmen stehen sollten, in der Praxis nur schwer zu erreichen sind. Dabei sei das dreigeteilte Schulsystem als ein wichtiger Faktor zu sehen, der die Erreichbarkeit der Zielgruppe erschwert. Vor diesem Hintergrund soll das Grundschulprogramm Klasse2000 vorgestellt und aufgezeigt werden, wie sich die Implementierung von Klasse2000 an deutschen Grundschulen gestaltet.

3 Das Programm Klasse2000

Klasse2000 ist ein außercurriculares Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Gewalt- und Suchtvorbeugung in der Grundschule. Das Unterrichtsprogramm mit der Leitfigur KLARO (vgl. Abb. 2) wurde 1991 am Institut für Präventive Pneumologie in Nürnberg entwickelt und seither zunehmend an deutschen Grundschulen verbreitet. Träger ist der gemeinnützige Verein Programm Klasse2000 e.V.

Das Unterrichtskonzept umfasst 12-16 Klasse2000-Unterrichtsstunden pro Jahrgangsstufe. Die Klasse2000-Unterrichtsstunden werden in Zusammenarbeit von Klassenlehrern und Fachkräften, den so genannten Klasse2000-Gesundheitsförderern, durchgeführt. Die Gesundheitsförderer sind als Honorarkräfte oder ehrenamtlich für den Verein Programm Klasse2000 tätig, kommen aus pädagogischen, medizinischen oder psychologischen Berufen und werden für ihren Einsatz bei Klasse2000 speziell geschult. Am häufigsten sind die Berufsgruppen der Sozialpädagogen, Ärzte und Gesundheitspädagogen vertreten. Sie begleiten die Kinder in der Regel über die vier Jahre ihrer Grundschulzeit und führen 2-3mal pro Schuljahr Impulsstunden durch, die Lehrer und Schüler motivieren, an den gesundheitsbezogenen Themen weiterzuarbeiten.



Abb. 2: Die Identifikationsfigur „KLARO“.

Inhaltlicher Kern des Programms ist die Förderung von Lebenskompetenzen. Darunter werden soziale und persönliche Kompetenzen wie Empathie, Konfliktlösefähigkeit, erfolgreich kommunizieren, sich entspannen und Stress bewältigen gefasst, ebenso wie Problemlösefähigkeiten und Selbstregulation, beispielsweise der Umgang mit „Gefühlsstürmen“.

Darüber hinaus sind im Curriculum körperbezogene Inhalte enthalten. Die Kinder lernen den Aufbau und die Funktionsweise ihres eigenen Körpers kennen und erfahren, was ihr Körper braucht, um gesund zu bleiben. Klasse2000 enthält somit über die psychosozialen Kompetenzen hinaus Elemente zur gesunden Ernährung und Bewegung. In der 4. Jahrgangsstufe werden suchtspezifische Inhalte zu den Alltagsdrogen Alkohol und Nikotin vermittelt.

Die Eltern werden durch einen Elternabend, regelmäßige Briefe und eine jährliche Elternzeitschrift informiert und aktiv in das Projekt eingebunden. Schulleiter werden mit einem Konzept in der Schulentwicklung unterstützt. Die Broschüre „Schule2020“ zeigt praxisnah Schritte auf, um die Schule insgesamt zu einer „gesundheitsfördernden Schule“ zu entwickeln. Das „Klasse2000“-Zertifikat, das 2007 eingeführt wurde, ist eine Auszeichnung für Schulen, die über mehrere Jahre hinweg mit allen Klassen am Programm teilnehmen und darüber hinaus das Programm Klasse2000 zu einem Teil ihres Schulprogramms werden lassen.



Abb. 3: Inhalte und Komponenten des Programms Klasse2000.

Die Finanzierung erfolgt durch private Spenden in Form von Patenschaften für einzelne Schulklassen (220 € pro Klasse und Jahr).

Das Programm Klasse2000 wird fortlaufend vom Verein Programm Klasse2000 e.V. evaluiert, häufig in Kooperation mit anderen Institutionen. Auf der Grundlage der Ergebnisse und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wird das Unterrichtskonzept überarbeitet und verbessert. Studien im Rahmen der Prozessevaluation belegen eine breite Basis der Akzeptanz und eine hohe Intensität der Programmdurchführung in der Praxis. Im Durchschnitt werden rund 75% der Inhalte der Lehrerstunden vermittelt (Storck, Duprée & Bölskei, 2007). Die suchtspezifische Wirksamkeit von Klasse2000 wurde bereits in einer Pilotstudie mit den Schulklassen aus den Jahren 1991/92 bis 1994/95 bestätigt (Bölskei et al., 1997).

2009 wurde eine externe Langzeitstudie in Hessen unter der Leitung des IFT-Nord abgeschlossen. Die Ergebnisse belegen positive Wirkungen des Programms auf Klassen-, Schul- und individueller Ebene (Isensee & Hanewinkel, 2009). Kinder der Interventionsklassen beginnen im vierten Schuljahr seltener mit dem Konsum von Zigaretten und Alkohol als Kinder der Kontrollklassen. Für den ersten heimlichen Alkoholkonsum bleibt die Assoziation mit der Gruppenzugehörigkeit auch erhalten bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und zuhause gesprochener Sprache. Auf Klassenebene zeigt sich sowohl in den Einschätzungen der Lehrkräfte als auch im Schülerurteil in den Interventionsklassen eine signifikant bessere Entwicklung des Klassenklimas. Die überwiegende Mehrheit der befragten Schulleiter erlebte das Programm als Bereicherung für ihren Schulalltag. Die Durchführung des Programms führt in etwa der Hälfte der Interventionsschulen zu weiteren Initiativen und strukturellen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Dass der Einsatz von Klasse2000 in den Schulen oft nicht

isoliert erfolgt, zeigt auch, dass sich am Ende der Untersuchung knapp drei Viertel der Schulen in einem Prozess hin zu einer Gesundheitsfördernden Schule befinden.

Seit der ersten Durchführung des Programms mit ca. 300 Klassen in Bayern im Jahr 1991/92 konnte sich Klasse2000 zunehmend im Bundesgebiet verbreiten. Klasse2000 hat seit seiner Einführung im Schuljahr 1991/92 mehr als 730.000 Kinder erreicht. Im Schuljahr 2009/10 nahmen über 359.000 Kinder aus 15.428 Grundschulklassen in allen Bundesländern an Klasse2000 teil [Stand: 30.06.2010]. Eine Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts über die Anzahl an Grund- und Förderschulen in den Bundesländern ergab, dass im Schuljahr 2007/08 17,2% aller Grundschulen im Bundesgebiet an Klasse2000 teilnahmen. Dieser Anteil war im Saarland mit 46,5% und in Schleswig-Holstein mit 33,2% am höchsten. Klasse2000 ist damit das in Deutschland am weitesten verbreitete Präventionsprogramm für die Grundschule.

4 Fragestellung und Untersuchungsmethode

4.1 Fragestellung

Das Setting Grundschule ermöglicht durch die allgemeine Schulpflicht ein frühzeitiges Zugehen auf Kinder aus allen sozialen Gruppen. Diese werden zu diesem Zeitpunkt noch gemeinsam erreicht, bevor in Deutschland die Weichen zur sozialen Selektion mit dem Übergang in ein dreigliedriges Schulsystem nach der 4. Jahrgangsstufe gestellt werden. Somit ist die grundsätzliche Erreichbarkeit der spezifischen Zielgruppe durch das Programm Klasse2000 gewährleistet. Auf Schul- bzw. Klassenebene ergeben sich jedoch möglicherweise Barrieren, die in den spezifischen Teilnahmevoraussetzungen für das Programm Klasse2000 begründet sind. Die Notwendigkeit der Finanzierung könnte eine Kommstruktur schaffen, durch die sich vorwiegend Schulen aus Regionen am Programm beteiligen, deren Kinder sozial und gesundheitlich wenig belastet sind. Dieser potenziellen Hürde wird in der Praxis versucht entgegenzuwirken. Bei der Förderung der Verbreitung des Programms Klasse2000 kommen zwei verschiedene Strategien zum Tragen:

Zum einen geht eine Vielzahl der Neuanmeldungen auf die Eigeninitiative der Schule, deren Eltern- oder Lehrerschaft zurück. Das Aufbringen des Patenschaftsbetrags erfolgt in diesen Fällen in der Regeln selbstorganisiert, d.h. die Kosten für die Programmdurchführung werden vom Förderverein der Schule, von der Elternschaft der teilnehmenden Klasse oder von Spenden aus regionalen Betrieben oder Gesundheitseinrichtungen (Ärzten, Apotheken, Therapeutenpraxen) bestritten. Gleichzeitig wird versucht, den Prozess der Verbreitung des Programms zu unterstützen. Hier ermöglichen Großpaten, wie derzeit beispielsweise die Gmünder Ersatzkasse in Baden-Württemberg, eine breite Teilnahme von Schulen am Programm. Die Lions Clubs, die im Rahmen ihrer

Kinder- und Jugendarbeit das Programm Klasse2000 unterstützen, versuchen insbesondere Schulen aus sozialen Brennpunkten durch die Herstellung von Kontakten zu Sponsoren oder Teilfinanzierungen die Teilnahme am Programm zu ermöglichen. Auch die Zusammenarbeit mit regionalen Ämtern und Fachstellen, deren Mitarbeiter zum Teil im Dienstauftrag als Gesundheitsförderer für Klasse2000 tätig sind, soll dazu beitragen, dass die Verteilung in Richtung der Schulen und Kinder gesteuert wird, die Gesundheitsförderung am dringendsten benötigen.

Neben der Notwendigkeit der Finanzierung ist eine weitere Barriere denkbar, die auch im Setting Grundschule ein „Präventionsdilemma“ bewirken könnte: Lehrkräfte aus Schulen mit einem hohen Anteil an Kindern aus schwierigen Lebenslagen könnten Schwierigkeiten haben, Unterrichtsstunden zur Verhaltensmodifikation zusätzlich zum Kernunterricht durchzuführen. Wenig leistungsstarke Kinder, die gemeinhin mit geringeren Handlungsressourcen ausgestattet sind, haben vermutlich größere Schwierigkeiten, die Inhalte zu erfassen und einen Transfer in den Alltag herzustellen. Die Vermittlung bedarf möglicherweise eines höheren Zeitaufwands, der die Umsetzung des außercurricularen Programms weiter erschwert. Die genannten Faktoren müssten sich auf die Akzeptanz und Durchführungstreue auswirken.

Die vorliegende Studie untersucht die Frage, inwiefern diese besondere Unterstützungstruktur von Klasse2000 dazu beiträgt, Schülerinnen und Schülern aus sozialen Brennpunkten eine Teilnahme am Programm zu ermöglichen. Hierfür werden Ergebnisse einer bundesweiten Lehrerbefragung vorgestellt. Die Lehrkräfte wurden gebeten einzuschätzen, ob die Schule, an der sie unterrichten, im Hinblick auf Kriterien wie ein hoher Anteil an Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund und eine hohe Arbeitslosigkeit in der Region zu einem „sozialen Brennpunkt“ zugehörig ist. In der Studie wurde erfasst, ob sich die Akzeptanz und die Intensität der konzepttreue Umsetzung des Programms Klasse2000 in den betreffenden Klassen aus „sozialen Brennpunkten“ unterscheidet und ob das Unterrichtskonzept für die besonderen Bedürfnisse von sozial benachteiligten Kindern aus Sicht der Lehrkräfte praktikabel erscheint. Eine ausführliche Darstellung des Studiendesigns und der Ergebnisse findet sich bei Storck, Duprée & Bölskei (2008).

4.2 Prozedur der Datenerhebung

Am Ende des Schuljahrs 2005/06 wurden 9104 Fragebögen an alle bundesweit am Programm Klasse2000 teilnehmenden Lehrkräften verschickt. Die Teilnahme war freiwillig, die Rücksendung erfolgte anonym. Acht Wochen später wurde per Email an die Schulleitungen an die Befragung erinnert. Auf ein direktes Nachfassen durch ein erneutes Anschreiben wurde verzichtet.

4.3 Stichprobe

Datengrundlage für die Auswertungen bildeten 3756 Fragebögen, die fristgerecht ausgefüllt zurückgeschickt wurden. Dies entspricht einem Rücklauf von 41,3%. 3478 der antwortenden Lehrkräfte waren weiblich (92,6%), 253 männlich (6,7%), 25 machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Der Altersbereich lag im Mittel bei 46 Jahren.

4.4 Erhebungsinstrumente

Die Fragebögen erfassten Beurteilungen des Unterrichtskonzepts sowie Aspekte der Programmumsetzung. Aspekte der Programmdurchführung wurden anhand von drei Faktoren erfasst:

1. Prozentsatz umgesetzter Programminhalte
2. konzepttreue Durchführung und
3. aktive Beteiligung der Schülerinnen und Schüler

Für die Erfassung der Umsetzung gaben die Lehrkräfte zu jedem Unterrichtsvorschlag an, ob und zu welchem Anteil sie die Unterrichtsinhalte der betreffenden Unterrichtseinheit umgesetzt haben. Zusätzlich bewertete sie die jeweilige Unterrichtsstunde anhand einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „mangelhaft“. Die konzepttreue Umsetzung wurde mit der Frage „Haben Sie sich bei der Umsetzung der Unterrichtseinheiten an die Vorschläge des Lehrerhefts gehalten?“ (4=ja, vollständig; 3=ja, weitgehend; 2=zum Teil; 1=nein, eher nicht; 0=nein, überhaupt nicht) erfasst. Eventuelle Abweichungen wurden offen erfragt. Die aktive Beteiligung der Schüler wurde von den Lehrkräften prozentual geschätzt.

Der Begriff „sozialer Brennpunkt“ ist wissenschaftlich nicht scharf definiert. Zudem ist es im Rahmen einer Lehrerbefragung nicht möglich, valide sozioökonomische Daten der Schülerinnen und Schüler zu erheben. Aus diesen Gründen wurde die Zugehörigkeit zu einem sozialen Brennpunkt über die Einschätzung der Lehrkräfte abgeschätzt. Die Zugehörigkeit wurde über zwei Indikatoren definiert: ein hoher Migrantenanteil und/oder eine hohe Arbeitslosigkeit in der Region. Die Einstufung folgt somit der subjektiven Einschätzung der Lehrkraft und spiegelt wieder, ob diese ihren Arbeitsort als „Brennpunkt-Schule“ bezeichnen würden. Ihr liegen keine amtlichen Statistiken zugrunde.

4.5 Auswertungsmethode

Für die Beschreibung der Stichproben wurden absolute und relative Häufigkeiten sowie Mittelwerte und Standardabweichungen ermittelt. Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Signifikanzniveaus von $p < .05$ wurden als statistisch signifikant betrachtet. Die Auswertungen wurden mit dem Programm SPSS Version 14.0 durchgeführt.

5 Ergebnisse

5.1 Anteil Klassen aus „Brennpunkt-Schulen“

Insgesamt gaben 23,5% der Lehrkräfte an, dass ihrer Kenntnis nach die Schule, an der sie unterrichten zu einem „sozialen Brennpunkt“ gehöre. Dieser Prozentsatz ist in der Gruppe, die vor vier Jahren mit dem Programm begonnen hat, mit 21,4% am geringsten, in der 1. Jahrgangsstufe mit 24,6% am höchsten. Dies bedeutet, dass der Anteil an Klassen aus sozialen Brennpunkten innerhalb von vier Jahren kontinuierlich gesteigert werden konnte (vgl. Abb. 4).

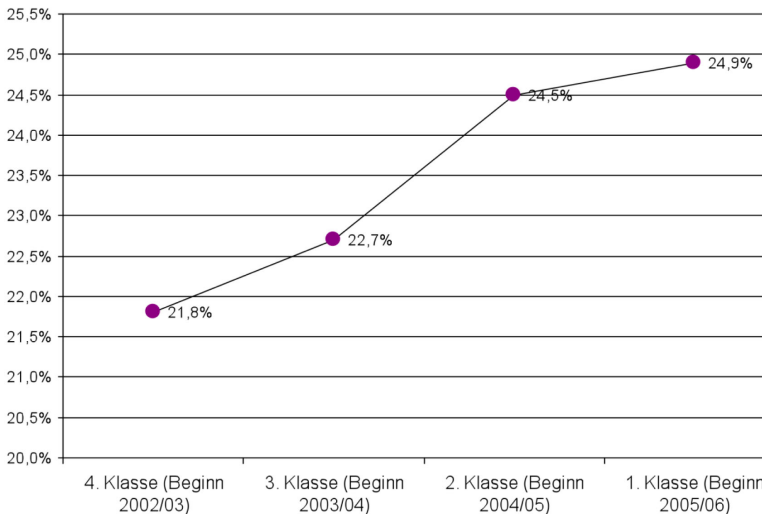


Abb. 4: Anteil an Klassen aus „sozialen Brennpunkten“. Ergebnisse der bundesweiten Lehrerbefragung im Schuljahr 2005/06. Erläuterungen im Text.

Der Anteil der Grundschullehrer, die nach eigener Einschätzung an Schulen aus sozialen Brennpunkten unterrichten, ist in Berlin (57,3%), Brandenburg (42,1%) und Mecklenburg-Vorpommern (58,3%) überdurchschnittlich hoch. Insgesamt ist jedoch die Verbreitung von Klasse2000 gerade in diesen Bundesländern vergleichsweise gering. In den übrigen Bundesländern liegt der Anteil an „Brennpunkt-Klassen“ im Bereich von 16,7% (Bayern) bis 27,3% (Hessen).

5.2 Bewertung des Unterrichtskonzepts

Die Rückmeldungen und Bewertungen der Lehrkräfte konnten zeigen, dass die große Mehrheit erfolgreich mit dem Programm Klasse2000 gearbeitet hat. Auf einer fünfstufigen Skala von 4 („sehr gut“) bis 0 („mangelhaft“) lagen die Beurteilungen für das Unterrichtskonzept, die Ziele, Methoden und die eingesetzten Materialien im oberen Skalenbereich. Lehrkräfte aus „sozialen Brennpunkten“ beurteilten das Unterrichtskonzept insgesamt positiver als ihre Kollegen (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Beurteilung des Klasse2000-Unterrichtskonzepts durch die Lehrkräfte.

	„gefällt“ (insgesamt) MW ¹ und SD ²	Ziele MW ¹ und SD ²	Methode MW ¹ und SD ²	Materialien MW ¹ und SD ²
Lehrkräfte aus sozialen Brennpunkten	3,13 (SD=0,75)*	3,29 (SD=0,66)	2,96 (SD=0,83)	3,08 (SD=0,81)
Andere	3,06 (SD=0,73)*	3,26 (SD=0,68)	2,98 (SD=0,77)	3,02 (SD=0,78)
Insgesamt	3,08 (SD=0,73)	3,26 (SD=0,66)	2,98 (SD=0,79)	3,04 (SD=0,79)

*p < 0,05 Signifikanz des Mittelwertunterschieds

¹MW = Mittlere Bewertung auf einer 5stufigen Skala von 0 („mangelhaft“) bis 4 („sehr gut“)

²SD = Standardabweichung

5.3 Aspekte der Programmdurchführung

In der Programmumsetzung unterscheiden sich Lehrer aus „Brennpunkt-Schulen“ nicht von ihren Kollegen. Im Durchschnitt setzen sie 75,4% der Unterrichtsinhalte um. Ein weiterer Indikator dafür, dass ein Programm den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht wird, ist eine konzepttreue Umsetzung. Je höher diese ausfällt, desto weniger Modifikationsbedarf wird im Einzelfall in der Umsetzung gesehen. Im Mittel halten sich 80% aller Lehrkräfte vollständig oder weitgehend an das vorgegebene Konzept (MW=3,09, SD=0,63, Skala von 0 bis 4). Lehrkräfte aus Brennpunkt-Schulen halten sich dabei ebenso genau an die manualisierte Grundlage wie andere Lehrkräfte.

Insgesamt schätzen die antwortenden Lehrkräfte die aktive Beteiligung von Schülerinnen und Schülern an den Klasse2000-Unterrichtsstunden sehr hoch ein. Durchschnittlich sind 83,4% der Schüler aktiv eingebunden, wobei die Angaben zwischen 5 und 100% variieren. Die aktive Beteiligung von Schüler und Schülerinnen aus Brennpunkt-Schulen wird von den Klassenlehrern mit durchschnittlich 82,2% um 0,4 Prozentpunkte geringer eingeschätzt als die Beteiligung von Schülern anderer Schulen.

6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Ausgangspunkt war die Frage, in welchem Ausmaß Klasse2000 Kinder aus benachteiligten Gruppen erreicht. Das Programm ist speziell für die Grundschule konzipiert und bietet so die Möglichkeit, alle Kinder unabhängig von ihrer soziokulturellen Herkunft gemeinsam primärpräventiv zu erreichen. Die Notwendigkeit der Finanzierung könnte eine Schwelle darstellen, die dazu führt, dass insbesondere Schulen aus gut situierten Regionen am Programm teilnehmen.

Die Bezeichnung „sozialer Brennpunkt“ ist ein sozialpolitischer Begriff, der wissenschaftlich nicht klar definiert ist. Jede Form der Erfassung der regionalen Zugehörigkeit zu einem Brennpunkt enthält zwangsläufig eine gewisse Unschärfe, die Erfassung sozioökonomischer Daten einer Region ist im Rahmen einer Befragung von Lehrkräften nicht möglich. Aus diesem Grunde wurden in der vorliegenden Untersuchung die subjektiven Einschätzungen der Lehrer als Datengrundlage herangezogen. Diese haben insofern eine hohe ökologische Validität als sie die aus Lehrersicht besonderen Bedürfnisse der Schulklassen widerspiegeln. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser „gefühlte Anteil“ von sozialen Brennpunkten auf Seiten der Grundschullehrer höher ist als der tatsächliche. Darüber hinaus wurde der Prozentsatz auf Klassenebene und nicht auf Schulebene erfasst. Da städtische Schulen und damit auch vermehrt Schulen aus sozialen Brennpunkten eine höhere Anzahl an Parallelklassen eines Jahrgangs aufweisen als Schulen in besser situierten Regionen ist anzunehmen, dass der Prozentsatz teilnehmender *Schulen* aus sozialen Brennpunkten unter den ermittelten 25% liegt.

Vor dem Hintergrund, dass Klasse2000 überwiegend privat finanziert wird, überrascht jedoch das Ergebnis, dass in den vergangenen Jahren der Anteil an Klassen aus „sozialen Brennpunkten“ steigen konnte. Dies konnte aufgrund der besonderen Unterstützungsstruktur von Klasse2000, die vor allem von Lions Clubs getragen wird, gelingen, indem gezielt Schulen aus benachteiligten Regionen Anschlag und Unterstützung angeboten wurde. Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Notwendigkeit Anschubhilfe zu leisten und dabei die langfristige Unterstützung von Schulen in strukturschwachen Regionen zu gewährleisten. Zudem erscheint es sowohl aus ökonomischen als auch aus beeinflussungsstrategischen Gründen sinnvoll, sich in der Verteilung finanzieller Mittel für gesundheitsfördernde Maßnahmen auf bewährte und erprobte Programme zu fokussieren anstatt kurzfristige Modellprojekte zu fördern, die wenig Möglichkeiten bieten, in die breite Fläche umgesetzt zu werden.

Klasse2000 ist nicht spezifisch für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder konzipiert. Aus Sicht der Lehrkräfte erweist es sich jedoch als gut handhabbar und kann einfach den individuellen Bedürfnissen einzelner Schulklassen angepasst werden. Um diese Differenzierung teilnehmenden Lehrkräften noch zu erleichtern, werden aktuell die Arbeitsmaterialien (Schülerhefte und Arbeitsblätter) in einem von der Robert-

Bosch-Stiftung finanzierten Projekt in verschiedene Leistungsstufen untergliedert. Dabei wird während des Entwicklungsprozesses partizipativ gearbeitet, indem Lehrkräfte aus dem Förderschulbereich im Rahmen von Workshops die Bedarfsbestimmung und Zielklärung vornehmen und während der gesamten Entwicklungsphase beratend einbezogen werden. So soll der gezielte Einsatz des Programms in Klassen mit Kindern, die Prävention besonders benötigen in Zukunft noch stärker ausgebaut werden.

Literatur

- Bauer, U. (2005). Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS.
- Bittlingmayer, U.H., Hurrelmann, K. (2005). Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg) Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Berlin: Springer, 173-192.
- Bittlingmayer, U.H., Sirch, U. (2006). „Erwachsen werden“ an deutschen Schulen. Eine Implementierungsstudie in den ausgewählten Bundesländern Hamburg, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Abschlussbericht der Bielefelder Begleitforschung im Auftrag der gemeinnützigen Lions Quest e.V. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Bölskei, P.L., Hörmann, A., Holleederer, A., Jordan, S., Fenzel, H. (1997) Suchtprävention an Schulen. Besondere Aspekte des Nikotinabusus. Prävention und Rehabilitation 9, 82-88.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005) Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Gesundheitsförderung konkret 6. Köln: BZGA.
- Die Beauftragung der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2010). 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2010/07/2010-07-07-ib-bericht.html> [30.07.10].
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 800-809.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 794-799.

- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 784-793.
- Isensee, B., Hanewinkel, R. (2009). Klasse2000: Evaluation des Unterrichtsprogramms in Hessen. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung. Kiel: IFT-Nord. Verfügbar unter: <http://www.ift-nord.de/publikationen/projektbezogen.html&projekt=Klasse2000> [30.07.10].
- Kurth, A. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 736-42.
- Kurth, B.M. (2006). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49, 1050-1058.
- Lampert, T., Sygusch, R. & Schlack, R. (2007). Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 643-652.
- Lohaus, A., Klein-Hessling, J., Ball, J., Wild, M. (2004). The Prediction of Health-related Behaviour in Elementary School Children. *Journal of Health Psychology* 9(3), 375-379.
- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Mielck, A. (2003). Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In BZgA (Hrsg.). *Gesundheitsförderung für Sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* 22, 10-19.
- Morgenstern, M., Wiborg, G., Isensee, B., Hanewinkel, R. (2009). School-based alcohol education: results of a cluster-randomized controlled trial. *Addiction* 104, 402–12.
- Ravens-Sieberer U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Starker, A., Lampert, T., Worth, A., Oberger, J., Kahl, H. & Bös, K. (2007). Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 775-783.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006). Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010). Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Storck, C., Duprée, T., Dokter, A. & Bölskei, P.L. (2007). Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die Umsetzung schulbasierter Präventionsprogramme in der Praxis am Beispiel Klasse2000. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2, 19-25.
- Storck, C., Duprée, T. & Bölskei, P.L. (2008). Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen? Verbreitung und Umsetzung des Programms Klasse2000. *Prävention und Gesundheitsförderung* 3(2), 95-102.
- T. Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50, 634-642.
- Wiborg, G., Hanewinkel, R., Kliche, K.O. (2002). Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don’t Start“: eine Analyse nach Schularten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127, 430-436.

Inhalt

Vorwort 1

I. Der 14. Deutsche Präventionstag im Überblick

Christian Wulff

Grußwort des Niedersächsischen Ministerpräsidenten und Schirmherrn 5

Deutscher Präventionstag und Veranstaltungspartner

Hannoveraner Erklärung 9

Erich Marks / Karla Schmitz

Der 14. Deutsche Präventionstag 2009 im Überblick 13

Wolfgang Schäuble

Was hält die Gesellschaft zusammen? 37

Wiebke Steffen

Gutachten für den 14. Deutschen Präventionstag:
„Solidarität leben - Vielfalt sichern“ 45

Rainer Strobl / Olaf Lobermeier

Evaluation des 14. Deutschen Präventionstages 117

II. Praxisbeispiele und Forschungsberichte

Inge Kloepfer

Aufstand der Unterschicht - was auf uns zukommt 155

Horst von der Hardt

Die Bedeutung von Prävention und frühen Hilfen in der
Kinder- und Jugendmedizin 165

Christina Storck / Thomas Duprée / Andrea Dokter

Schulische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder –
Die Teilnahme von Grundschulen aus „sozialen Brennpunkten“ am
Programm Klasse2000 und die Akzeptanz und Umsetzung aus Sicht
der Lehrkräfte 175

<i>Romy Bartels</i> Gewalt- und Kriminalitätsprävention bei Jugendlichen durch soziale Integration und Bildung - Vom Bundesamt geförderte Maßnahmen zur Integration jugendlicher Zuwanderer	193
<i>Frank Buchheit / Safiye Erdoğan / Thomas Roos</i> Heimatland Baden-Württemberg - gemeinsam in Sicherheit leben	211
<i>Herbert Schubert / Katja Veil</i> „Nachbarschaftlichkeit“-Solidarität als Faktor der sozialräumlichen Kriminalprävention	229
<i>Heidemarie Ballasch</i> Schulversuch „Islamischer Religionsunterricht“ in Niedersachsen - Auf dem Weg zum Islamischen Religionsunterricht als ordentliches Unterrichtsfach	247
<i>Lüder Bischoff</i> „Prävention durch Partizipation in der Lebenswelt einer Schule“	257
<i>Andrea Große-Wiesmann</i> „Vielfältige Arbeit – Präventive Effekte“	263
<i>Kerstin Bunte / Shérif Wouloh Korodowou</i> Thérapie Sociale - ein innovativer Ansatz für gelungenes interkulturelles Zusammenleben in der Kommune	273
<i>Manuel Eisner / Denis Ribeaud</i> Was bringt universelle Frühprävention von Gewalt? Ergebnisse des Zürcher Projektes zur Sozialen Entwicklung von Kindern	291
III Autoren	304