

Die Gesunde Schule – ein Projekt zur Gesundheitsförderung an Schulen im Rahmen der praxisgestützten Gemeindemedizin

Anna Forsthoff, Armin Wiesemann, Berthold Musselmann, Reginald Scheidt

Zusammenfassung

Im Rahmen der präventivmedizinisch ausgerichteten (und hochschulunterrichtsbezogenen) Gemeindemedizin sind gesundheitsfördernde Maßnahmen an Schulen ein wichtiges Tätigkeitsfeld. Dabei kommt den lokalen Hausärzten eine sachkundige Schlüsselrolle zu. In einer gut vorbereiteten Kooperation von Hausärzten und Lehrern/Schulen einer Gemeinde wurde das Gesundheitsverhalten aller Schüler (n=1743) und auch deren Eltern und Lehrer mittels eines Dialog-Fragebogens untersucht, der während einer Schulgesundheitsstunde im Rahmen von zwei Projektwochen ausgefüllt wurde. Ein Jahr später folgte eine zweite Erhebung bei einem kleineren Teil der Schüler. Ein Einfluss der gesamten Aktion auf das Gesundheitsverhalten der Schüler (Rauchen, Ernährung) ließ sich nur andeutungsweise erkennen, wenngleich sich das Gesundheitsklima der gesamten Gemeinde nach Ansicht der Eltern, Lehrer und Ärzte verbesserte.

Die Kooperation »Gesunde Schule« zwischen Lehrern und Ärzten (und Schülern) wurde zwar als erfolgreich eingestuft, die Schulen ihrerseits zogen jedoch keine nennenswerten eigenständigen Konsequenzen daraus.

Summary

The healthy school – a health promoting project in the context of practice supported Community Medicine

Health promoting measures in the context of preventative oriented (and university related) Community Medicine are an important field of activity in schools. Thereby, the local family doctor plays a competent key role. In a well prepared co-operation between family doctors and teachers/schools in one community, the health behaviour of pupils (n=1743) as well as their parents and teachers was examined by way of questionnaire. This was carried out during the schools' health lesson within the scope of a project lasting two weeks. A year later, a second survey was carried out from a smaller number of the pupils. The influence of the whole campaign on the health behaviour of the pupils (smoking and nutrition) was only suggestively observable although the health climate of the entire community had improved according to parents, teachers and doctors. In spite of the co-operation »Healthy Schools« between teachers and doctors (and schools) being rated as successful, the schools drew no individual conclusions for themselves from the project.

Key Words:

Community Medicine, family doctor, health behaviour, schools, pupils.



■ Das gesunde Schulfrühstück in einer Östringer Grundschule

Einleitung

Nachdem in den letzten Jahrzehnten zunehmend präventivmedizinische Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingesetzt werden, finden in diesem Zusammenhang jetzt auch Kinder und Jugendliche vermehrt Beachtung (4, 5), zumal einige chronische Gesundheitsstörungen wie z.B. Allergien ebenso zuzunehmen scheinen wie Ernährungsfehlverhalten, Bewegungsmangel und Drogenmissbrauch (4). Da es in unserem Gesundheitswesen keine Instanz für Gesundheitserziehung gibt, andererseits aber gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen gerade im Kindes- und Jugendalter besonders sinnvoll erscheinen, werden immer wieder einzelne Jugendgesundheitsprojekte auf den Weg gebracht. Diese sind offenbar nicht oder schlecht evaluiert, so dass ein großer Bedarf an Überprüfung gesundheitsfördernder Projekte besteht.

Gesundheitsförderung: ausgerechnet in der Schule?

Die Schule ist als Ort der Gesundheitsförderung besonders geeignet. Mindestens 15000 Stunden eines ent-

Anna Forsthoff, Poccistraße 2, 80336 München

scheidenden Stadiums ihres Lebens verbringen Jugendliche in der Schule. Außerdem stellt die Schule eine Alternativinstanz zum Elternhaus dar, die Schülerinnen und Schüler finden dort weitere Vertrauenspersonen, die zugleich eine Vorbildfunktion einnehmen. So können Fehler, die sich im Elternhaus im Rahmen der Gesundheitserziehung eingeschlichen haben, möglicherweise ausgeglichen werden. Die Schule stellt damit einen idealen Einstiegsort für die Gesundheitsförderung dar (1, 6, 10).

Um einen Ausgangswert für präventivmedizinische Ansatzpunkte zu schaffen und um auch die Schüler der Gemeinde zu erreichen, initiierten wir das Projekt »Gesunde Schule«, welches von 1996-1998 in Östringen (Raum Karlsruhe) durchgeführt wurde. Wir sehen darin Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (13). Das Ziel ist es, einen Prozess in Gang zu bringen, an dem sich Schüler, Eltern, Lehrer und die Ärzteschaft einer Gemeinde beteiligen (8, 10, 16), nach dem Sprichwort »es braucht ein ganzes Dorf, um die Kinder großzuziehen.«

Mit unserer dialog-betonten, umfassenden Erhebung zum Gesundheitsverhalten in allen Schulen einer Gemeinde wollten wir

- Informationen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Schüler (und Erwachsenen) erhalten und
- erfahren, welche Auswirkungen derartige Aktionen auf das Gesundheitsbewusstsein der Betroffenen und auf die angestrebte langfristige Kooperation der Schulen mit den Hausärzten der Gemeinde haben.
- die Hypothese aufstellen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen im Rahmen bisheriger kommunaler Ansätze nicht evaluiert sind.

Methoden

Auf der Basis der hausärztlich verantworteten »Gemeindemedizin« in der Stadt Östringen (15) wurde die Konzeption für das Projekt »Gesunde Schule« entwickelt. Die Planung erfolgte in Arbeitsgruppen, die sich aus Bürgern der Gemeinde zusammensetzten: viele Eltern, Lehrer, sowie Ärzten und einzelne Schüler waren beteiligt. Die Arbeitsgruppen bereiteten in mehrfachen gemeinsamen Sitzungen Projektwochen für die Schulen vor. Der Themenkatalog für die »Gesunde Schule« richtete sich nach dem Interesse der Mitwirkenden und beinhaltete u.a. die Schwerpunkte Rauchen, Ernährung, Umgang mit Stress, Drogen und Alkohol, Allergien und Umwelt, sowie AIDS, Infektionen, Sexualverhalten (11, 16). Dialogbögen wurden parallel dazu entwickelt und sollten einen Überblick ermöglichen über den Gesundheits-

zustand und das Gesundheitsverhalten der Schüler (und der Erwachsenen). Aufgrund der Erfahrungen mit vorausgegangenen Schulgesundheitsprojekten (14, 16) wurden zwei Dialogbögen entwickelt, einer für die Schüler bis einschließlich zwölf Jahre, ein weiterer für die Älteren und die Erwachsenen.

Vom 2. bis 18. Oktober 1996 fanden an allen Schulen in Östringen die Projektwochen statt. Im Rahmen einer Schulstunde wurden verschiedene gesundheitsbezogenen Themen erörtert und in diesem Zusammenhang auch die (anonymen) Fragebögen ausgegeben, die nach der Schulstunde wieder eingesammelt wurden. Dies gewährleistete einen Rücklauf von 98% und konnte einen ausreichenden Zeitrahmen für das Ausfüllen der Bögen garantieren.

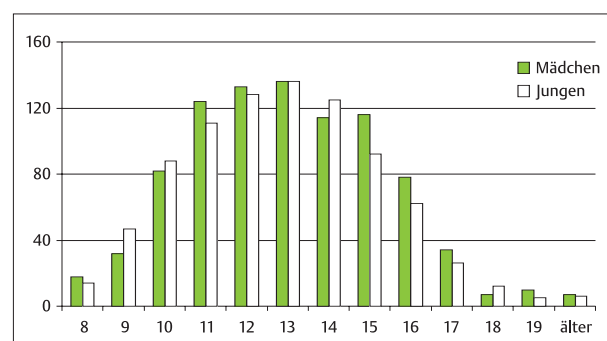
Nach zwei Jahren führten am wir Gymnasium in Östringen eine Nacherhebung durch, wobei es einerseits um das Interesse der Schüler an Informationen zur Gesundheit generell ging und andererseits die wichtigsten Themen der Dialogbögen wieder angesprochen wurden.

Aus Gründen des von einigen wenigen Eltern reklamierten Datenschutzes war es nicht möglich, die Schüler in Bezug zu den Angaben und Verhaltensweisen der Eltern zu setzen.

Die Zahl der erreichten Schülerinnen und Schüler ist in der Nacherhebung deutlich kleiner, da diese nur am Gymnasium stattfand, so dass die Ergebnisse nicht repräsentativ sind für die gesamte Anzahl der Schüler.

Der Kontakt zu den Schulen blieb erhalten, um eine dauerhafte Kooperation zwischen Ärzteschaft und Schulen zu etablieren. Ein »Gesundheitstag« des Biologie-Leistungskurses mit Besuch des Institutes für Sportmedizin sowie des Institutes für Sozialmedizin der Universität Heidelberg war eine Veranstaltung, die aus dieser Kooperation entstand.

Es wurde eine deskriptive statistische Analyse durchgeführt.



■ **Abb. 1: Altersverteilung der Schüler (n=1743): Kinder 8–13 Jahre (n=938), Jugendliche 13–15 Jahre (n=558), Jugendliche über 15 Jahre (n=247)**

Tabelle 1: Ergebnisse der Erhebungen

Mädchen	Alter < 13		Alter 13–15		Alter ab 16	
	Erst- erheb. n=456	Nach- erheb. n = 67	Erst- erheb. n = 299	Nach- erheb. n = 72	Erst- erheb. n = 136	Nach- erheb. n = 51
Ich bin Raucher.	18%	1%	18%	3%	24%	31%
Ich habe schon mal Drogen probiert.	1%	5%	17%	18%	26%	39%
Ich achte auf meine Ernährung.	71%	82%	66%	78%	78%	90%
Ich habe seit dem Gesundheitsprojekt mehr auf die Gesundheit geachtet.	15%		10%		2%	
Ich kann mich an den Fragebogen von 1996 zum Thema Gesundheit erinnern.	45%		74%		55%	

Jungen	Alter < 13		Alter 13–15		Alter ab 16	
	Erst- erheb. n = 482	Nach- erheb. n = 76	Erst- erheb. n = 259	Nach- erheb. n = 46	Erst- erheb. n = 111	Nach- erheb. n = 38
Ich bin Raucher.	19%	1%	12%	7%	32%	26%
Ich habe schon mal Drogen probiert.	1%	8%	15%	13%	39%	37%
Ich achte auf meine Ernährung.	63%	76%	45%	78%	50%	73%
Ich habe seit dem Gesundheitsprojekt mehr auf die Gesundheit geachtet.	7%		11%		3%	
Ich kann mich an den Fragebogen von 1996 zum Thema Gesundheit erinnern.	46%		65%		57%	

Ergebnisse

Vorläufig ausgewählte Ergebnisse

Kollektiv: Von 1778 Schüler-Fragebögen konnten 1743 ausgewertet werden. Die Gesamtzahl von 3645 Teilnehmern schloss Eltern und Lehrer ein. Die verschiedenen Altersgruppen der Schüler zeigt *Abbildung 1*.

Gesundheitsverhalten: In *Tabelle 1* werden nur die wichtigsten Ergebnisse im Vergleich zur Nacherhebung aufgeführt, wobei der Rückgang der Raucher, aber auch ein leichter Anstieg der Drogenprobierer auffällt. Die Jungen sind in der Nacherhebung deutlich interessierter am Thema Ernährung. Zwischen 5% und 15% der Schülerinnen und Schüler geben an ihr Verhalten für die eigene Gesundheit bewusst durch das Projekt verändert zu haben. **Die zu geringe Anzahl der Schüler in der Nacherhebung hat allerdings zu Verzerrungen geführt.**

Auffallend waren noch die Antwort-Ergebnisse zu den Themen Bewegung und Schmerzen: immerhin treiben etwa 60% der Mädchen und 70% der Jungen mindestens 2x/Woche Sport. Andererseits geben ca. 10% der jüngeren Jungen und 20% der älteren an, häufiger Schmerzen zu haben. Bei den Mädchen sind dies 14% bzw. 21%.

Ergebnis der Projektrecherche

Im Zusammenhang mit dem Projekt »Gesunde Schule« interessierten uns vergleichbare Projekte und Erhebungen. Das Landesgesundheitsamt in Baden-Württemberg unterstützt ca. 300 verschiedene Projekte zur Gesundheitsförderung an Schulen, die meist von gemeinnützigen Vereinen und Drogenberatungsstellen durchgeführt werden. Von 300 Projekten gaben 69 an, über eine Dokumentation zu verfügen, davon lagen uns 39 vor, von diesen wiederum waren nur bei drei Evaluationen vorhanden. Zwei größere Projekte in Westfalen und Bayern werden z.Zt. evaluiert (6, 12).

Diskussion

Inwieweit die positiven Ergebnisse der Östringer Gemeindemedizin (15) auf die Schüler übertragen werden können, konnte mit dieser Erhebung noch nicht ausreichend geklärt werden. Vergleiche mit den wenigen anderen evaluierten Schulgesundheitsprojekten (2, 3) lassen keine auffallenden Unterschiede erkennen. Unsere Dialogbögen leisten eine Gesundheitserhebung, die einen Überblick gibt über das Gesundheitsbewusstsein und Verhalten der Jugendlichen einer Gemeinde, wobei der Themenkatalog dem anderer Untersuchun-

gen mit ähnlichen Zielen entsprach (3, 16) und ausreichend aussagefähig sein dürfte.

Wie in jeder anderen Form des Unterrichtens auch, können junge Menschen in der Gesundheitserziehung nur im Zusammenhang mit ihren vorausgegangenen sozialen Erfahrungen sinnvoll lernen. Daher ist es unerlässlich Methoden einzusetzen, die es uns ermöglichen die bereits vorhandenen Kenntnisse, Überzeugungen und Ansichten der Lernenden offenzulegen; der Dialog (Schulstunde, Einzelprojekte zu Medikamenten, Pflege Stress, Gesundheitsparcours mit Publikation in den Stadtnachrichten hat u.E. diese Bedingungen erfüllt.

Kritisch zu betrachten sind folgende Aspekte: die Nacherhebung war weniger umfangreich, da sie nur am Gymnasium stattfand, so dass sie – was Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins der Jugendlichen nach zwei Jahren betrifft – nicht repräsentativ für alle Schüler ist. Außerdem war der Rücklauf bei weitem nicht so groß wie bei der ersten Erhebung (nur 60%). Dies lag aber nicht an mangelndem Interesse der Schüler, sondern daran, dass nicht alle Klassenlehrer die Bögen ausgeteilt hatten. Die äußerst schwierige Beeinflussbarkeit des Rauchverhaltens von Teenagern ist bekannt (9).

Dass die Schülerinnen und Schüler bei der Befragung nach zwei Jahren geringeres Interesse an weiterführenden Projekten zeigten (40% der Mädchen, 16% der Jungen wünschten weitere Aktivitäten und Informationen), liegt vermutlich an der mangelnden Bereitschaft der Schule, den gewünschten und eingeschlagenen Weg in weitgehender Eigenverantwortung fortzusetzen. Nach Aussage zweier Lehrer fehlt häufig die Unterstützung von Seiten der Schulbehörde.

Die Initiierung des Projektes »Gesunde Schule« erfolgte durch Allgemeinärzte, die aktuelle Kooperation der Pädagogen war ermutigend; eine wünschenswerte Eigeninitiative der Schulen zur Fortsetzung der erfolgreichen Zusammenarbeit fehlte leider: es bleiben zwar nach internationalem Konsens (7) und dem Modell der Östringer Gemeindemedizin präventivmedizinische Tätigkeiten auch eine wesentliche Aufgabe der lokalen Hausärzte (5, 14), die kommunale Kooperation (7) oder eine größeres Engagement des öffentlichen Gesundheitsdienstes wie in Holland oder Dänemark (2) sind jedoch u.E. unabdingbar für ein langfristiges Gelingen.

Die Auswirkungen des die Eltern und Lehrer einschließenden Schulgesundheitsprojektes auf das Gesundheitsbewusstsein der gesamten Gemeinde sind schwer zu messen und müssen vor allem im Zusammenhang mit der gesamten Gemeindemedizin gesehen werden. Die Auswirkungen auf die Lehrer scheinen eher gering zu sein, denn wir konnten am Gymnasium nur einen Projekttag des Biologie-Leistungskurses an medizinischen Instituten der Universität Heidelberg ins Leben rufen, ei-

genständig durch die Schule organisierte Nachfolgeprojekte blieben aus, obwohl weitere ärztliche Kooperation signalisiert wurde und »Nachhaltigkeit« von allen Beteiligten als erforderlich erkannt wurde.

Die Realschule zeigte eine ausgezeichnete Dokumentation der Schulgesundheitstage, das Gymnasium zeigte vor allem Interesse an der Präsentation der Ergebnisse, sowohl im Elternbeirat als auch auf der Lehrerkonferenz. Konsequenzen ergaben sich allerdings nicht daraus.

Die Etablierung einer dauerhaften Einrichtung wie einer Gesundheits-AG gelang nicht.

Nur 1% aller in Baden-Württemberg vom Landesgesundheitsamt geförderten Projekte verfügen über eine Evaluation! Damit sind eine große Zahl finanziell unterstützter gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht evaluiert! Vergleiche mit unserem Projekt sind damit schwierig, sind aber wichtig, um zu sehen, welche Ansätze der Gesundheitsförderung erfolgreich sind. Es besteht ein großer Bedarf an Daten, die uns zeigen könnten, wo Schwerpunkte zu setzen wären und wie die Motivation von Schülern und vor allem Lehrern zu steigern wäre, und in welcher Form Gesundheitsförderung wirkungsvoll ist. Hier müssen wir uns vorläufig an internationalen Beispielen orientieren.

Schlussfolgerungen

1. Die Schule ist durch unsere Erhebung und die damit verbunden Vorbereitungen und Nachbereitungen in »Bewegung« geraten, ohne jedoch das langfristige Angebot der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Kooperation verbindlich aufzugreifen. Dies wäre notwendig, da systematische Gesundheitserziehung nach wie vor an deutschen Schulen kaum existiert.
2. Es lässt sich leider noch nicht sagen, dass die Schülerinnen und Schüler ihr Gesundheitsbewusstsein aufgrund unseres Projektes verändert haben, aber es konnte gezeigt werden, dass mit dem gemeindemedizinischen Ansatz zur »Gesunden Schule« die Schüler erreicht werden können und dieses Vorgehen daher ein wichtiger Schritt ist auf dem Weg der Gesundheitsförderung. Hausarzt (und Kinderarzt) sehen den Jugendlichen eher selten in ihrer täglichen Praxis. Durch ärztliche Tätigkeit im Gemeinderahmen ist es jedoch möglich, den Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern und Einfluss auf das Gesundheitsverhalten zu gewinnen.
3. Nur solche Schulgesundheitsprojekte sollten finanziell unterstützt werden, die eine evaluative Komponente aufweisen.

Literatur

1. Arnold K, Finn A, Lang E: Zur Lage der Gesundheitserziehung an den allgemeinbildenden Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. Pädagogische Rundschau 1986; 40: 449.
2. Bouchier CAM, Rover de CM, Vries-Lequin de I et al: Improving prevention in Dutch child health care in schools. Eur J Public Health 1999; 9: 200–04.
3. Edmundson E, Parcel GS, Feldman HA et al: The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of dietary and physical activity behavior. Prev Med 1996; 25: 442–54.
4. Hurrelmann K, Nordlohne E: Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. TW Pädiatrie 1993; 6: 218–22.
5. Jäger-Roman E, Wiesemann A: Jugendmedizin in Deutschland – Ziele und Möglichkeiten hausärztlicher Intervention. Z Allg Med 2000; 76: 457–61.
6. Meye RM: Prävention als Unterrichtsfach. Dt Ärztebl 2000; 3: A–88.
7. Maesener Jde, Derese A: Community-oriented primary care. Eur J Gen Pract 1998; 4: 49–50.
8. Nüssel E, Scheuermann W, Wiesemann A, Scheidt R: Zusammenarbeit von Ärzten und Lehrern – praktische Erfahrungen aus der Eberbach Wiesloch Studie In: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg (Hrsg.) VUD Verlag; Freudenstadt 1986; 4: 59–77.
9. Reid D: Failure of an intervention to stop teenagers smoking (Editorial). Brit Med J 1999; 319: 934–35.
10. Schall E (1994): School-based health education: what works? Am J Prev Med; 10 (3S): 30–32
11. Schneider V (1987): Konzepte für eine Gesundheitserziehung in Schulen. In: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg (Hrsg.) 4: 97–110. VUD Verlag, Freudenstadt
12. Schwandt P, Geiss HY, Ritter MM et al: The prevention education program (PEP). A prospective study of efficacy of family-oriented lifestyle modification in the reduction of cardiovascular risk and disease. J Clin Epidemiol 1999; 52: 791–800.
13. Stone E J, Perry C L: United States: perspectives in school health. J Sch Health 1990; 60: 363–69.
14. Wiesemann A: Ganzheitliche Wege zur Gesundheit, 150–51. chronomed, Emsdetten 1990.
15. Wiesemann A, Klimm HD, Nüssel E: Das Östringer (Präventions-) Modell: Ergebnisse hausärztlich verantworteter »gemeindebezogener Verhaltensmedizin«. Z ärztl Fortbild 1996; 90: 59–66.
16. Wiesemann A, Fay K, Scheidt R, Scheuermann W: Welchen Beitrag können niedergelassene Ärzte zur Gesundheitsförderung an Schulen leisten? Soz. Präventivmedizin 1996; 41: 79–89.

Zur Person

Anna Forsthoff
Poccistraße 2
80336 München

Geb. 21.03.74 in Berlin, Studium 1993–1999 Universität Heidelberg, 1999–2000 an Univ. René Descartes in Paris
3. Staatsexamen Juni 2000
Seit Juli 2000 Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig Maximilians Universität München, Schwerpunkt Bipolare affektive Erkrankungen.

Co-Autoren:

PD Dr. med. Armin Wiesemann, Dr. Berthold Musselmann
Ärzte und Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin
Dr. med Reginald Scheidt
Abteilung Klinische Sozialmedizin der Universität Heidelberg