SOKRATES
FIT UND STARK PLUS II

Abschlussbericht der Programmevaluation

Abschlussbericht über die Ergebnisse der Implementierung und Evaluation von SOKRATES - fit und stark plus II - Gesundheitsförderungsprogramm für den Unterricht in den Klassenstufen 5 und 6.

IFA gGmbH
Institut für angewandte Prävention und Gesundheitsforschung

Prof. Dr.med. Karla Misek-Schneider
April 2019

Inhalt

1. Einleitung ... 3

1.1. Relevanz des Themas ... 3

1.2. Programmkonzeption ... 6

2. Evaluation ... 8

2.1. Ablauf der Evaluation und Methodik ... 8

2.2. Evaluation - Beschreibung der Stichprobe ... 11

2.2.1 Stichprobe (Interventions- bzw. Kontrollgruppe) und Geschlecht (N=351) ... 12

2.2.2 Stichprobe und Migrationshintergrund (MiHi) (N=351) ... 12

2.2.3 Stichprobe und Häufigkeit der Testteilnahme (N=351) ... 12

2.2.4. Fazit ... 13

3. Evaluation – Ergebnisse ... 14

3.1. Befragung der Lehrkräfte ... 14

3.1.1. Motivation und Freude am Programm ... 14

3.1.2. Positive Effekte des Programms ... 15

3.1.3. Qualität des Programms ... 15

3.1.4. Fazit der Lehrkraftbefragung ... 16

3.2. Ergebnisse der Klassenbefragung ... 16

3.2.1. Ergebnisse ... 17

3.2.2. Fazit der Ergebnisse der SuS-Befragung ... 17

3.3. Ergebnisse der Stichprobentestung ... 18

3.3.1 Ergebnisse im Bereich „Gesundheitsverhalten allgemein“ (GEKI) ... 19

3.3.2. Ergebnisse im Bereich „Umgang mit Stress und Problemen“ (SSKJ3-8) ... 22

4. Zusammenfassung und Fazit ... 36

7. Literaturverzeichnis (kann bei IFA angefordert werden**)** ... 41

8. Abstract ... 41

Vorwort

Die Konzeption und Evaluation dieses Unterrichts-Programms zur Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung SOKRATES wäre ohne die großzügige finanzielle Unterstützung und Begleitung durch die AOK NORDWEST nicht möglich gewesen. Dafür möchten wir uns bedanken, namentlich bei unserer Fürsprecherin Frau Kerstin Berszuck.

Wir danken herzlich allen an der Evaluations-Studie beteiligten Schulen und hier besonders auch den durchführenden Lehrkräften für ihr Engagement und ihre wertvolle Unterstützung. Ebenso geht unser Dank an die vielen Schulkinder, die geduldig und immer mit viel Interesse aber auch kritischem Feedback an den Befragungen und Testungen teilgenommen haben.

Weiterhin gilt unser Dank den Wissenschaftler*innen und Masterstudierenden der TH Köln und der Universität Lübeck, die mit großem Einsatz und exzellenten Fachkenntnissen diese Evaluation erst möglich gemacht haben.

Für alle, die mehr über die Implementierungsphase und die Ergebnisse der Evaluation erfahren möchten, stellt die IFA gGmbH die drei Masterarbeiten, die im Rahmen dieses Projektes entstanden sind, auf Anfrage gerne zur Verfügung (www.***ifa-ggmbh.de***).

Mittlerweile sind seit der Evaluation zwei Jahre vergangen und das Sokrates Programm wird von sehr vielen Schulen in Schleswig- Holstein angefordert und durchgeführt. Die Resonanz ist durchweg sehr positiv. Im Herbst des Jahres 2019 werden es dann ca. 6000 Schulkinder sein, die dann aktuell am Programm teilnehmen.

Im Namen der IFA gGmbH

Prof.Dr.med. Karla Misek-Schneider

1. Einleitung

SOKRATES ist ein modularisiertes Schulprogramm zur Förderung eines gesunden Lebensstils und einer selbstwertschätzenden Persönlichkeit. Es ist konzipiert für die Klassenstufen 5 und 6 und stellt eine Weiterführung von fit und stark plus I, dem erfolgreichen Programm zur Gesundheitsförderung für Grundschulen dar. Immer wieder war von Lehrkräften der Wunsch geäußert worden, dieses Programm um eine Fortführung für die 5. und 6. Klassen zu erweitern.

Im Jahr 2015 bis 2017 wurde dieses Programm an 5 Schulen, 14 Klassen und über 350 Schulkindern (SuS)[1] eingeführt, erprobt und evaluiert. Die folgenden Ausführungen berichten nun in Kurzform über das Vorgehen bei der Evaluation und die gewonnenen Ergebnisse.

1.1. Relevanz des Themas

Das Alter zwischen 10 und 13 Jahren stellt eine wichtige Übergangsphase zwischen Kindheit und Jugendalter dar. In dieser Phase der Transition vollzieht sich bei den meisten Kindern die Pubertät mit ihren körperlichen und psychosozialen Umbrüchen. Auch findet in dieser Zeit in den meisten Bundesländern ein kompletter Wechsel der Schule und Schulform statt. Für die Kinder bedeutet das in der Regel ein Abschiednehmen von gewohnten Lehrpersonen, Freund*innen und Gewohnheiten und die Begegnung mit neuen Leistungsanforderungen, genderbezogenen Erwartungen und die Auseinandersetzung mit anderen Gleichaltrigen. Daher bringt diese Phase sehr oft große Verunsicherungen mit sich und erfordert für die Kinder eine Neuorientierung in vielen Bereichen. Das wiederum führt zu einer Erhöhung der Vulnerabilität für das Auftreten von Gesundheitsstörungen, seelischen Ausnahmenzuständen oder auch psychischen Erkrankungen.

Aktuelle Studien über den Gesundheitszustand von Kindern konstatieren für diesen Altersbereich ((KIGGS Studien der letzten 15 Jahre).

- Eine hohe Prävalenz von emotionalen und verhaltensbedingten Auffälligkeiten
- Erste Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und anderen Drogen
- Einen signifikanten Anstieg von Essstörungen insbesondere bei Mädchen
- Eine hohe Adipositasrate
- Einen sprunghaften Anstieg der Medienzeiten

[1] SuS= Abkürzung für Schüler und Schülerinnen

Die KiGGS Studien zeigen weiterhin, dass sich gerade in dem Altersbereich zwischen 9 bis 14 Jahren ein hoher Prozentsatz – nahezu 17% -an psychischen Auffälligkeiten finden.
Dabei werden – auch in der aktuellen KiGGs Welle - Jungen deutlich häufiger als auffällig beschrieben (19,1%) als Mädchen (14,5%). Auch dersozioökonomische Status der Kinder spielt eine relevante Rolle; Kinder, die in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status aufwachsen sind signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten als Kinder aus besser gestellten Familien. Jedes vierte Mädchen und fast jeder dritte Junge aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ist psychisch auffällig, während das nur bei jedem 15. Mädchen und jedem 8. Jungen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status der Fall ist. Dieses Ergebnismuster zu den Unterschieden der psychischen Gesundheit nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status findet sich in jeder der drei großen KiGGs Studien (Klipker et al. 2018).
Die Ergebnisse der KiGGS Studien waren in verschiedenen Bereichen beunruhigend. Als Schlussfolgerung daraus formulierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA einen akuten Handlungsbedarf und plädierte für die Entwicklung spezifischer Präventionsmaßnahmen und für die Konzeption von Programmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Politik, Krankenkassen und angewandte Forschung unterstützten diese Forderungen durch Finanzierung, Konzeption und Implementierung entsprechender Projekte. Diesen Schlussfolgerungen und Finanzierungsideen trägt das Sokrates Programm Rechnung, sowohl mit seinen Zielen, seiner Konzeption als schulisches Unterrichtsprogramm und seiner Finanzierung durch Gesundheitskassen und Spenden.

Das Programm SOKRATES möchte mit seinen auf die Stärkung eines gesundheitsfördernden Lebensstils und der Stärkung von Persönlichkeitsbildung, Resilienz und Bewältigungskompetenz ausgerichteten Modulen, die Kinder in dieser Übergangs-Phase begleiten. Realisiert wird dieses Programm im Lebensbereich Schule. Hier kann jedes Kind erreicht werden, ungünstige familiäre und sozioökonomische Einflussfaktoren können so abgemildert werden und der Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schulen unterstützt werden. Schulen arbeiten in erster Linie im Interesse der Förderung und der Entwicklung jedes Kindes; dazu

gehört die größtmögliche Entfaltung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten. Ein solches ganzheitliche Verständnis des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrages wird durch die Ziele des Gesundheitsförderprogramms Sokrates vervollständigt. Diese stellen die Stärkung von sozialen und persönlichen Wohlbefinden und Kompetenzen und die Förderung von Achtsamkeit mit sich selbst, seinen Mitmenschen sowie mit seiner Umwelt in den Mittelpunkt.

Weitere interessante und für die Programmentwicklung aufschlussreiche Ergebnisse zum Wohlbefinden, Meinungen und Wünschen von Kindern in der Altersgruppe zwischen 9 und 14 Jahren bieten die LBS Kinderbarometer Studien[2]. Eine zentrale Frage dieser Untersuchungen ist die nach dem subjektiven Gefühl von „Wohlbefinden“. Die meisten der befragten Kinder gaben im letzten Kinderbarometer 2018 an, wie auch schon in den vergangenen Jahren, sich im Allgemeinen ziemlich wohl zu fühlen; nur 10% waren da anderer Meinung. Der Freundeskreis ist der Lebensbereich, in dem sich die Kinder am wohlsten fühlen. Dagegen schneidet der Lebensbereich „Schule“ deutlich negativer ab; jedes 8. Kind fühlt sich hier unwohl. Insgesamt haben Schule und Familie den größten Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden.

Bei den Fragen zur Gesundheit und Ernährung zeigt sich, dass ein Großteil der Kinder sich selten krank fühlt; allerdings kommt hierbei dem Gefühl des allgemeinen Wohlbefindens eine starke Bedeutung zu. Kinder, die niedrige Werte in der Skala „Allgemeines Wohlbefinden“ aufweisen, geben signifikant häufiger an, krank zu sein anders ausgedrückt, je niedriger das Wohlbefinden desto häufiger fühlen sich die Kinder krank. Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen.

Im Bereich des Ernährungsverhalten fällt auf, dass jedes dritte Kind gar nicht oder selten vor der Schule frühstückt; dieses Verhalten ist besonders stark in Familien mit Migrationserfahrung oder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Allerdings

2 Das LBS-Kinderbarometer befragt in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderschutzbund seit 20 Jahren regelmäßig über 10.000 Kinder im Alter zwischen 9 und 14 Jahren (Klasse 4 bis 7 aller Schulformen) nach ihrer Befindlichkeit, Gesundheit, Schule Freizeit Medien und ihrer Meinung zu bestimmtem Themen. Start war 1997 in NRW, seit 2007 sind alle Bundesländer vertreten.

gehören für über 90% aller befragten Kinder täglich eine warme Mahlzeit und der Verzehr von Obst und Gemüse zum normalen Alltag.

Die Ergebnisse dieser Studien wurden bei der inhaltlichen Gestaltung des Sokrates Programms berücksichtigt; so beinhaltet es z.B. ein sog. „Schulmodul“, um den Lebensraum Schule lebens- und liebenswerter zu gestalten; des weiteren enthält es Module zur Stärkung von Freundschaften und zum Umgang mit belastenden Situationen und Stress, ebenso solche wie zur Relevanz von genussvollem Essen und Mahlzeiten.

Insgesamt zeigen die Studienergebnisse ebenso wie die Erfahrungen von Familien, Schulen und Ärzt*innen, dass diese Übergangsphase von Kind zum Jugendlichen mit ihren Veränderungen und Herausforderungen einen prägenden Einfluss auf das Erleben von Wohlbefinden und die Herausbildung eines gesundheitsfördernden Lebensstils einnimmt. Bisher hat sich Prävention und Gesundheitsförderung nur wenig dieser Altersgruppe zugewendet; so existieren nur wenige entsprechende Programme für diese Altersgruppe.

1.2. Programmkonzeption

Das Sokrates Programm basiert auf Ergebnissen und Schlussfolgerungen aktueller wissenschaftlicher Studien zur Altersgruppe der 10 bis 13jährigen Kinder in Deutschland. Es wurde als ein Konzept der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule konzipiert und gründet sich somit auf bestimmten Vorannahmen und theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie:

- Das Verständnis des Gesundheitsbegriffes der WHO, die Gesundheit nicht nur als körperliche Kategorie, sondern auch als psychosoziale Kategorie begreift
- Die grundlegende Theorie der Gesundheitsförderung nach Antonovsky, die das Konzept des Wohlbefindens und die Förderung von Resilienz (Widerstandsfähigkeit) und Ressourcen in den Mittelpunkt stellt; hier wird die These vertreten, dass jeder Mensch sein eigenes Wohlbefinden selbst positiv beeinflussen kann (Antonovsky 1997)

- Die Berücksichtigung erprobter und bewährter Konzepte der Prävention, etwa den „Setting“[3] Ansatz.
- Die Berücksichtigung aktueller Studien zur gesundheitlichen Lage und zu Lebensstilen von 10 bis 13jährigen Kindern[4].

In den von der IFA gGmbH entwickelten Modulen und Unterrichtsmaterialien von SOKRATES stehen Selbstverantwortung für das eigene Wohlbefinden, die Stärkung sozialer und emotionaler Kompetenzen sowie die Herstellung eines konstruktiven und angenehmen Klassenklimas im Mittelpunkt ebenso wie die Förderung von Achtsamkeit mit sich selbst, seinen Mitmenschen und mit seiner Umwelt.

Realisiert wird das Programm im Lebensbereich Schule. Hier kann jedes Kind erreicht werden, ungünstige familiäre und sozioökonomische Einflussfaktoren können so abgemildert werden und der Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schulen unterstützt werden. Schulen arbeiten in erster Linie im Interesse der Förderung und der Entwicklung jedes Kindes; dazu gehört die größtmögliche Entfaltung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten. Dieses ganzheitliche Verständnis des schulischen Bildungs- und Erziehungsauftrages wird durch die Ziele des Gesundheitsförderprogramms Sokrates vervollständigt.

Vermittelt wird das Programm in der jeweiligen Schule durch angeleitete Lehrkräfte. In der Regel sind diese Lehrkräfte die Vertrauenslehrkräfte der jeweiligen Klasse, denen ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien und -vorlagen in Form von vier Grund-Modulheften und drei Zusatzmodulen bereitgestellt werden. Die Inhalte sind modern und altersentsprechend konzipiert; sie stellen Handeln und Erleben der Kinder in den Vordergrund und sind flexibel im Unterricht einsetzbar. Das gesamte Programm wird in 2 Schuljahren vermittelt.

Das Programm beinhaltet:

- Eine Schulungseinheit für die Klassenlehrkräfte
- Ein fortlaufendes Coaching-Angebot für die Klassenlehrkraft
- Modulhefte: 01 echt und fair, 02 echt stark, 03 echt fit, 04 echt clever

---

3 Ein Setting wird einerseits als soziales System beschrieben, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Andererseits ist es ein System, in dem die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden können.. Beispiele für einzelne Settings sind Stadt, Stadtteil, Kommune, Betrieb beziehungsweise Unternehmen, Krankenhaus, ambulante Praxis, Pflegeeinrichtung, Familie, Kindertageseinrichtung, Schule und Hochschule.

4 Nicht alle der für die Programmkonzeption relevanten wissenschaftlichen Studien finden in diesem Abschlussbericht Erwähnung; weitere werden in den beiden Beiträgen zur Stressbewältigung und zum Umgang mit Schmerz detaillierter beschrieben (siehe Anhang).

- Zusatzmodul: 01 Kennenlern-Fahrt für die Klasse 5
- Zusatzmodul: 02 Begleitheft Schule
- Alle Schulungen und Coachings werden von pädagogischen Fachkräften der IFA gGmbH durchgeführt
- Alle Modulhefte enthalten von der IFA gGmbH detailliert ausgearbeitete pädagogische Materialien: Instruktionen für die Lehrkräfte und Arbeitsblätter für die Schülerinnen und Schüler

Die Modulhefte 01 bis 04 bilden mit ihren ausgearbeiteten Unterrichts- und Übungsblättern den Kern des Programms. In Ihren Inhalten spiegeln sich die ***Ziele des Programms:***

Zwei Module thematisieren die *Förderung von Gesundheitskompetenz und eines gesundheitsfördernden Lebensstils* (wie etwa: das Wissen um gesundheitliche Risiken, die Erfahrung mit eigenen Körperreaktionen und Einschätzung von diesen sowie den Aufbau von präventiven Verhaltensweisen und die Stärkung von Resilienz und Selbstwirksamkeit); die beiden anderen Module widmen sich besonderen der *Stärkung von sozial-emotionalen Kompetenzen* (wie etwa: Kommunikations- und Teamfähigkeit, Konfliktlösung, Stressbewältigung, Toleranz und Fairness und ebenfalls Resilienz und Selbstwirksamkeit)

2. Evaluation

2.1. Ablauf der Evaluation[5] und Methodik

Die Implementierungs- und Evaluationsphase erstreckte sich über einen Zeitraum von 2 Schuljahren, von August 2015 bis August 2017. In dieser zweijährigen Erprobungsphase sollte mithilfe verschiedener Bausteine und unterschiedlicher qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden folgende Fragen bearbeitet und beantwortet werden:

1. *Verbessern sich bei den teilnehmenden Schüler*innen Kenntnisse über Gesundheitsrisiken und präventive Verhaltensweisen in den klassischen Gesundheitsförderungsbereichen „Schutzverhalten“ und „Ernährungsverhalten“. Sind diese Effekte signifikant stärker als bei den nicht-teilnehmenden Schüler*innen?*
2. *Verbessern sich Stresserleben und Stressbewältigung und der Umgang mit Konflikten durch die Teilnahme am Sokrates Programm. Sind diese Effekte signifikant stärker als bei den nicht-teilnehmenden Schüler*innen?*

[5] Siehe auch Anhang „Ablauf und Planung der Evaluation in der Pilotphase“

3. *Verbessert sich die Achtsamkeit der teilnehmenden Schüler*innen hinsichtlich Risiken und Faktoren, die ihr körperliches und seelischen Wohlbefinden gefährden. Zeigen Sie mehr und günstige Verhaltensweisen zur Herstellung ihres eigenen Wohlbefindens als zu Beginn des Programms? Sind diese Effekte signifikant stärker als bei den nicht-teilnehmenden Schüler*innen?*
4. *Passen die Inhalte und Ziele des Programms zu den Bedürfnissen und Interessen der teilnehmenden Schüler*innen?*
5. *Wird das Programm durch die teilnehmenden Schüler*innen und Lehrkräfte als gewinnbringend und effektiv eingeschätzt?*
6. *Was sind aus Sicht der Schüler*innen und der Lehrkräfte die Stärken des Programms und welche Schwächen weist es auf?*

Es wurden **14 Klassen in 5 Schulen** in diese Testphase einbezogen. Alle Schulen befinden sich in der Hansestadt Lübeck, Schleswig Holstein und stellen eine Mischung verschiedener Schulformen für die 5. und 6. Klassen dar: So konnte das Programm unter unterschiedlichen pädagogischen und psychosozialen Rahmen-bedingungen erprobt werden; es waren 2 Grund- und Gemeinschaftsschulen, 2 Gemeinschaftsschulen und ein Gymnasium dabei; 3 der Schulen waren sogenannte „Brennpunktschulen“[6].Den 9 Interventionsklassen (mit Programmanwendung) standen 5 Kontrollklassen (ohne Programmanwendung) gegenüber.

Die Evaluation fand von 2015 bis 2017 statt. Das folgende Schema demonstriert den Ablauf dieser Studie

[6] Also Schulen mit besonderen Herausforderungen, die in sozial problematischen Stadtteilen liegen und deren Schüler*Innen ein hohes Ausmaß an(sozial_)pädagogischen Unterstützungsbedarf aufweisrn

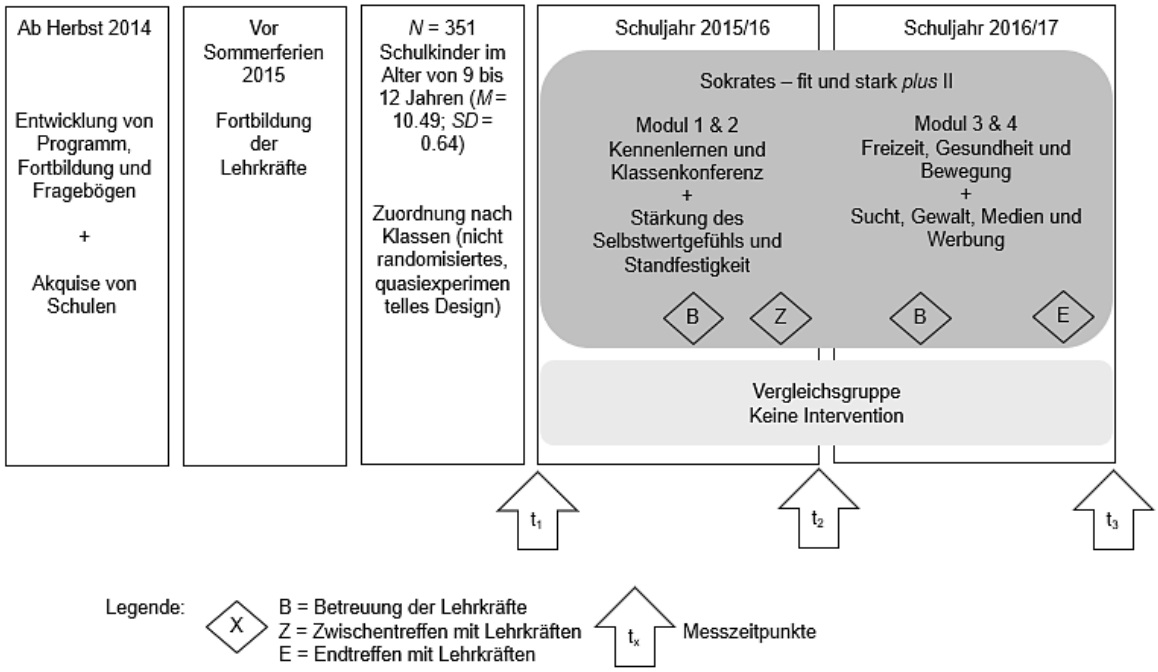


Abb.1 Ablauf der Implementierung und Evaluationsphase

Die Evaluation bestand aus verschiedenen Bausteinen, die zum einen zur Prüfung und Verbesserung des Programms sowie des Weiteren zur Erforschung der gewünschten Effekte und förderlicher Rahmenbedingungen dienen sollten.

Baustein 1: **Befragung der durchführenden Lehrkräfte**

Die teilnehmenden Lehrkräfte gaben eine **regelmäßige Bewertung der Module** mithilfe eines standardisierten Feedbackbogens ab. Diese Rückmeldung diente zur Verbesserung der Programmqualität sowie zur Bewertung der Module bzw. des gesamten Programms.

Baustein 2: **Gruppendiskussion mit teilnehmenden Schulkindern**

Eine qualitative Untersuchung mit Schüler*Innen aus ausgewählten Klassen nach 1 Jahr Programmteilnahme über ihre Erfahrungen mit Sokrates. Die Durchführung und Auswertung erfolgte durch die TH Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Masterstudiengang Pädagogik und Management.

Baustein 3: **Evaluation durch standardisierte Testverfahren**

Dreimalige Testung (TO = vor Programmbeginn, T1 = nach einem Jahr Programmteilnahme und T2 = nach Beendigung des 2jährigen Programms) der teilnehmenden Schüler*Innen (Interventionsgruppe) mithilfe eines Sets an standardisierten Testverfahren und Vergleich der Ergebnisse mit denen von nicht teilnehmenden Schüler*Innen (Kontrollgruppe). Diese

Evaluation erfolgte in Zusammenarbeit mit der TH Köln Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften und der Universitätsklinik Lübeck, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des UKSH, Campus Lübeck.
Die Testung in den 14 Klassen erfolgte im August 2015 (TO), im August 2016 (T1) und Juli 2017(T2).

Das Set der eingesetzten Testverfahren bestand aus 4 Fragebögen (jeweils die paper and pencil version in der unten aufgeführten Reihenfolge).

1. Dem „***SSKJ 3-8***“, einem standardisierten Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche
2. Dem „***GEKI***“, einem standardisierten Fragenbogen zum Gesundheitsverhalten von Kindern
3. Dem „***Kidscreen***“ einem standardisierten Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft
4. Dem „***Schmerzfragebogen****“,* ein Fragebogen zum Auftreten und zum Umgang mit Schmerzen konzipiert von der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerzmedizin des UKSH, Campus Lübeck

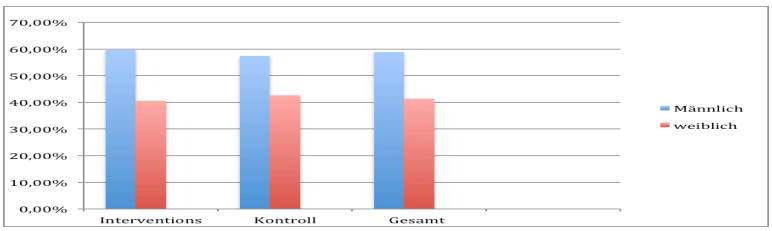
Für die Testung standen jeweils 60 Minuten zur Verfügung; die Testungen fanden in den jeweiligen Schulen statt und wurden von Masterstudierenden der Universität Hamburg und der Universität Halle durchgeführt.

2.2. Evaluation - Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden in den **14 Klassen 351 Kinder**[7] in die zweijährige Testphase einbezogen und mit den oben beschriebenen Testverfahren zu drei Testzeitpunkten (vor Beginn, nach einem Jahr Programmdurchlauf und nach zwei Jahren direkt nach Beendigung des Programms) getestet. Diese Grundgesamtheit von 351 Kindern teilt sich nach Intervention und Kontrollgruppe auf

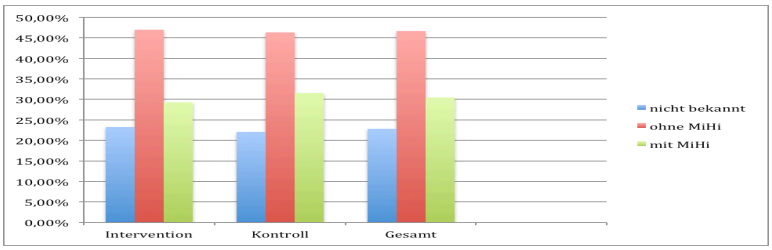
[7] Es haben mehr Kinder teilgenommen, da deren Testbögen jedoch so stark unvollständig waren, konnten sie nicht in der Auswertung berücksichtigt werden.

2.2.1 Stichprobe (Interventions- bzw. Kontrollgruppe) und Geschlecht (N=351)



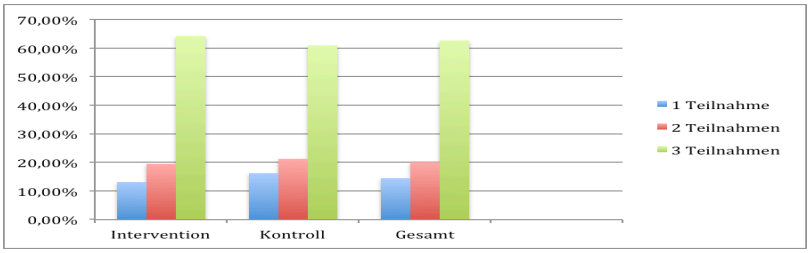
Das Verhältnis der Aufteilung von weiblichen und männlichen SuS ist sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe sehr ähnlich; ungefähr 60 % der SuS sind männlich, ungefähr 40 % sind weiblich. Zwischen der Interventions- und Kontroll-gruppe lässt sich in Bezug auf die Geschlechterverteilung kein signifikanter Unterschied finden. Somit können beide Gruppen gut miteinander verglichen werden.

2.2.2 Stichprobe und Migrationshintergrund8 (MiHi) (N=351)



Auch die Variable „Migrationshintergrund“ zeigt keine bedeutsamen Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Bei ca. 22 % war dieser nicht bekannt, bei ca. 30 % gab es einen Migrationshintergrund und bei ca. 45 % gab es keinen Migrationshintergrund.

2.2.3 Stichprobe und Häufigkeit der Testteilnahme (N=351)



[8] Migrationshintergrund wurde angenommen, wenn mindestens ein Elternteil nicht in der BRD geboren ist.

Wie aus diesem Säulendiagramm gut ersichtlich, fanden sich auch in dieser Variable keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe; ca. 60% der SuS haben an allen drei Testzeitpunkten an der Testung teilgenommen, 20 % an 2 Terminen und ca. 13 % nur an einem Termin.

2.2.4. Fazit

Interventions- und Kontrollgruppe weisen keine gravierenden Unterschiede hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Migrationshintergrund oder Testteilnahme; ein Vergleich beider Gruppen ist somit zulässig.

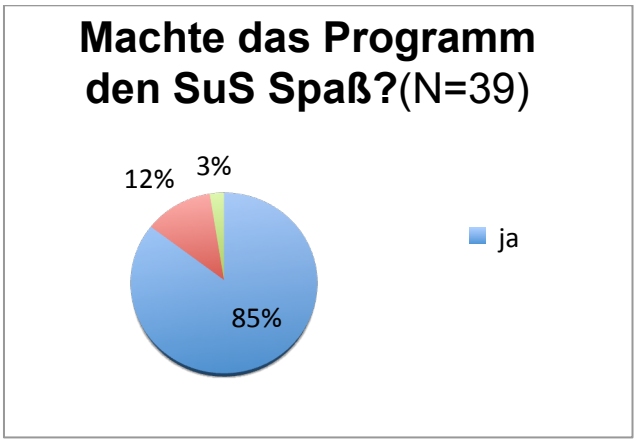
3. Evaluation – Ergebnisse

3.1. Befragung der Lehrkräfte

Im Folgenden werden die drei Bausteine der Evaluation dargestellt. In Kap.4 und 5 wird auf die Befragung der durchführenden Lehrkräfte (Baustein 1) und die der teilnehmenden Schüler*Innen (SuS) eingegangen, deren Resultate sowohl der Ergebnis-Evaluation aber auch der Programmoptierung Prozess-Evaluation dienen. Im Kap. 6, dem Kernbereich der Evaluation, werden die Ergebnisse des dreimaligen Einsatzes der Fragebogentests in den zwei Jahren der Programmdurchführung beschrieben und gewürdigt.

Insgesamt waren in der Implementierungsphase 18 Lehrkräfte[9] der teilnehmenden Schulen an der Programmdurchführung von „Sokrates“ beteiligt. Sie wurden während des Programmdurchlaufes und dann auch abschließend mit einem standardisierten Feedbackbogen zu ihren Erfahrungen und ihrer Bewertung der einzelnen Module und des Gesamtprogramms befragt. Insgesamt konnten 39 Feedbackbögen ausgewertet werden; zu jeder Klasse lagen mindestens ein Feedbackbogen zu Beginn des Programms und mindestens 1 Bogen nach Beendigung des Programms vor. So konnten 39 Feedbackbögen ausgewertet werden. Abschließend und zusammenfassend wird das Programm folgendermaßen von den durchführenden Lehrkräften bewertet:

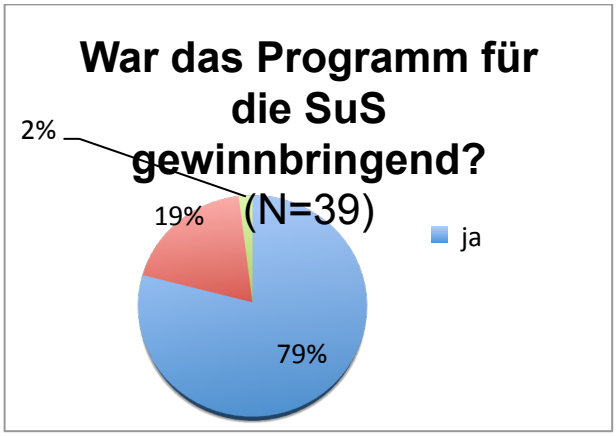
3.1.1. Motivation und Freude am Programm



85% der teilnehmenden Lehrkräfte urteilt, dass das Programm den Kindern Spaß gebracht und Spaß gemacht habe und die Kinder gerne mitmachten.

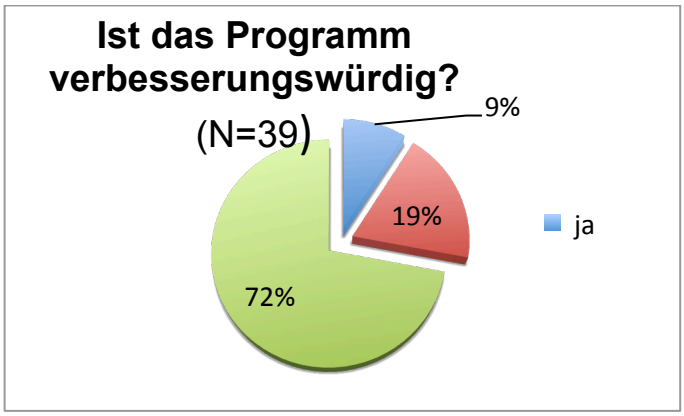
[9] Insgesamt waren 14 Klassen an der Evaluation beteilig.: Die Lehrkräfteanzahl war jedoch höher, da es sich bei einigen Klassen um so genannte „Integrationsklassen“ gehandelt hat, die mit 2 Lehrkräften arbeiten.

3.1.2. Positive Effekte des Programms



79% der Lehrkräfte bewerten das Programm als gewinnbringend für die Schüler und Schülerinnen und nur 2 % verneinen diese Frage.

3.1.3. Qualität des Programms



Nur 9% der teilnehmenden Lehrkräfte halten das Programm für insgesamt verbesserungswürdig und sogar 72 % verneinen diese Frage.

Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten:

1. *Der Bereich „ Qualität des Programms“*

Das Programm findet in seinem Aufbau, seinen Zielvariablen (Modulziele), seinen zur Verfügung gestellten Materialien (Konzepte der Durchführung, Arbeitsbögen für die Schüler*innen, etc.) einen sehr hohen Zuspruch bei der durchführenden Lehrerschaft. Nur 28% wünschen sich hier ganz oder teilweise Verbesserungen.

2. *Der Bereich „Effektivität des Programms“*

Auch der Gewinn für die Schüler und Schülerinnen wird von 4/5 der durchführenden Lehrkräfte als hoch eingeschätzt, das Programm wird als effektiv bewertet.

3. *Der Bereich „Motivation und der teilnehmenden “ SuS“*

Dieser Bereich wird besonders positiv gewertet; 85 % der durchführenden Lehrkräfte schätzen das Programm wegen seiner motivierenden und Freude bereitenden Wirkung auf die SuS. Trotz der oft schwierigen Rahmenbedingungen[10] nahmen – so der Eindruck und die Bewertung der Lehrkräfte - die Klassen sehr gerne an den Sokrates-Stunden teil und hatten großen Spaß an den Inhalten und dem Aufbau des Programms.

3.1.4. Fazit der Lehrkraftbefragung

Insgesamt lassen diese Ergebnisse den Schluss zu, dass „Sokrates“ sowohl inhaltlich wie auch von seinem Aufbau und seinen Materialien her gut zu den Rahmenbedingen einer schulischen Durchführung passt. Die Inhalte und die Art der Darbietung passen gut zu den Bedürfnissen der Schüler und Schülerinnen in dieser Entwicklungsphase. Sie zeigten sich durchweg gut motiviert für die Sokrates Stunden und hatten sichtlich Spaß und Freude an den Materialien und Aufgaben. Das Gesamturteil der Lehrkräfte ist sehr positiv; 80 % beurteilen das Programm als sehr gewinnbringend und effektiv für die teilnehmenden Klassen.

3.2. Ergebnisse der Klassenbefragung

Nach einem Jahr Programmdurchführung wurde mit 5 zufällig ausgewählten Klassen der Interventionsgruppe eine qualitative Untersuchung im Sinne einer „Gruppendiskussion“ [11]

[10] Sokrates fand oft in der 7 oder letzten Stunde des Schulalltags statt, nachdem die Kinder schon viele Stunden Unterricht hinter sich hatten bzw. nicht alle Lehrkräfte konnten sich frei entscheiden, ob sie das Programm teilnehmen wollen, sie wurden durch die Schulleitung beauftragt)

[11] Das Gruppendiskussionsverfahren dient der Erhebung einer Gruppenmeinung, die wiederum für eine größere Gruppe (hier: die ganze Schulklasse) steht. Die Meinung der einzelnen Schülerinnen steht also nicht im Fokus, sondern die explizite und implizite kollektive Haltung und Wissenstatbestände der Gruppe, die ja eine natürliche, homogene Gruppe ist, da sie sich jeweils aus Schülerinnen derselben Klasse zusammensetzt. Durch die gemeinsamen Unterrichts-Stunden oder -einheiten entsteht eine „konjunktiver Erfahrungsraum“, den die SchülerInnen miteinander teilen und der eine Sichtbarwerdung der kollektiven Orientierungen, also der kollektiven Werthaltungen, ermöglicht. (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010, 103 ff.) Dieses Verfahren wurde gewählt, weil es für die empirische Untersuchung von Fragestellungen bezüglich der Sichtweisen von Kindern gut geeignet ist, denn es handelt sich um eine offenes und kommunikatives Verfahren, bei denen die

durchgeführt. Angeleitet und durchgeführt wurde dieses Forschungsvorhaben von der Fakultät der angewandten Sozialwissenschaften der TH Köln und einer Masterstudierenden[12].

Mit dem Ziel einer vorläufigen Evaluation und den weiteren Zielen der Programmoptimierung und Programmweiterentwicklung ging diese Studie der Frage nach, ob das Programm aus der subjektiven Sicht der teilnehmenden Schüler und Schülerinnen effektiv ist und ob sie mit Inhalten und Durchführung zufrieden sind. Die Gruppendiskussion wurde leitfadenunterstützt mit 5 Klassen, bzw. einer 7köpfigen Stichprobe aus jeder dieser fünf Klasse durchgeführt und mit der dokumentarischen Methode ausgewertet.

3.2.1. Ergebnisse

Es stellte sich heraus, dass aus Sicht der Schülerinnen und Schüler 3 der 5 Klassen von dem Programm stark profitieren und 4 von 5 Klassen das Programm schätzen und mögen. Viele Vorschläge wurden gemacht, wie Durchführung und Inhalte zu verbessern bzw. zu optimieren wären, etwa eine gesonderte „Sokrates Stunde“ in den Stundenplan zu integrieren und auch mögliche Probleme aus dem privaten Bereich in die Übungen aufzunehmen. Als besonders positiv und effektiv werden die interaktiven und spielerischen Elemente des Programms bewertet.

3.2.2. Fazit der Ergebnisse der SuS-Befragung

Die Sichtweise der teilnehmenden Schüler*innen aus der Gruppendiskussion deckt sich weit überwiegend mit der Beurteilung der durchführenden Lehrkräfte; auch die Klassen schätzen das Sokrates-Programm als effektiv ein und engagieren sich für dessen Inhalte und Methodik mit positivem Feedback und Verbesserungsvorschlägen. Ebenso wie die Lehrkräfte betonen die allermeisten, dass sie gerne und mit Motivation und Freude an den Sokrates-Stunden teilnehmen. Weiterhin scheint das Programm passend und besonders motivierend auch für die Klassen der Brennpunktschulen zu sein, die sich in der Befragung besonders positiv äußerten und lebhaft an der Diskussion teilnahmen.

Schülerinnen selbst zu Wort kommen und das Gesagte teils selbst auswählen und strukturieren, somit also eher wenig von Erwachsenen gelenkt werden (vgl. Vogl 2005, 29f.)

[12] angeleitet durch Prof. Dr. phil. Friederike Siller und Prof. Dr. med. Karla Misek-Schneider; unveröffentlichte Masterthesis von Silke Krohne: Gesundheitsförderung in weiterführenden Schulen. Eine Teilevaluation des Programms Fitundstarkplus 2- „Sokrates“, Köln 2016.

3.3. Ergebnisse der Stichprobentestung

Dieser Baustein repräsentiert das Kernstück der Evaluation. Hier geht es um die Frage, ob die Teilnahme am zweijährigen Programm „ Sokrates“ messbare Veränderungen im Bereich allgemeiner und psychosozialer Gesundheitskompetenz und sozial emotionaler Kompetenz bei den Schulkindern bewirkt (siehe auch Kapitel 2, Zielbereiche und forschungsleitende Hypothesen)

Hier wurden 4 Testverfahren eingesetzt, von denen 3 in standardisierten Testformen vorliegen und häufig in verschiedenen Studien im Bereich der Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Diese Testverfahren sollten die Effekte des Programms in den definierten Zielbereichen[13] des Programms darstellen.

Die Datenmessung für alle 4 Testverfahren erfolgte dreimal, zu Beginn der Programmteilnahme (T0) nach einem Jahr Programmteilnahme (T1) und direkt nach Beendigung des Programms (T2). Die Testverfahren lagen in Paper Pencil Form vor, die Befragung fand in den jeweiligen Klassenräumen statt (Dauer ca. 60 Minuten). Die Umsetzung der Befragung erfolgte durch Masterstudierende der Universität Hamburg und Halle. Alle Daten wurden anonymisiert.

Insgesamt wurden 351 Schulkinder befragt, die sich in Kontrollgruppe und Interventionsgruppe gliedern. Jedes Kind wurde mit dem Fragebogenset dreimal befragt Die umfangreiche Datenerhebung, Dateneingabe und Datenverarbeitung wurde durch Mitarbeiter und Masterstudierende der teilnehmendrn Hochschulen durchgeführt.

Ausgewertet wurden die Daten der Testverfahren mit der Software SPSS Inc[14]. Durchgeführt und angeleitet wurden diese Berechnungen von

1. Dr. Holger Spiekermann und Doris Keil M.A. (beide Technische Hochschule Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Masterstudiengang Management und Pädagogik). Diese zeichnen sich verantwortlich für die Datenberechnungen des GEKI und des Stressverarbeitungs-Fragebogens für Kinder und Jugendliche SSKJ.
2. Prof. Dr. Michael Hüppe (Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin UKSH Lübeck) und Julian Gärtner M.Sc., (Masterstudiengang

[13] Siehe Anhang: Konzeption der Evaluation
[14] Die Software SPSS Inc. ist ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten und wird häufig im sozialwissenschaftlichen Bereich eingesetzt.

Gesundheitspsychologie Universität Lübeck). Diese zeichnen sich verantwortlich für die Datenberechnungen des KID-SCREEN und des Schmerzfragebogen

Als statistische Analyseverfahren wurden eingesetzt:

Verfahren zur Darstellung von Entwicklungsverläufen, Regressionsanalysen und T-Tests.

Signifikanzniveaus:

A = 0.05 = signifikant

α = 0.01 = sehr signifikant

α ≤ 0.001 = hoch signifikant

Im Folgenden werden nur die wichtigsten Ergebnisse referiert; ausführliche Beschreibungen und Darstellungen finden sich in den beiden wissenschaftlichen Beiträgen von Doris Keil (Thema Stressbewältigung) und Julian Gärtner (Schmerzen und Wohlbefinden).[15]

3.3.1 Ergebnisse im Bereich „Gesundheitsverhalten allgemein" (GEKI)

Die u.a. Ergebnisse wurden erhoben auf Grundlage der Daten, die durch das standardisierte **Testverfahren GEKI** erhoben wurden. Sie beziehen sich auf den Vergleich „Interventionsgruppe (IG) vs. Kontrollgruppe (KG)" über alle drei Testzeitpunkte hinweg, also über den Verlauf von 2 Jahren Programmdurchführung.

Der GEKI ist ein standardisierter Fragebogen zum Gesundheitsverhalten von Grundschülern und Grundschülerinnen (1.*Auflage 2013,* von *Stefanie Meier*, *Heike Eschenbeck*, *Carl-Walter Kohlman, Hogrefe Verlag Göttingen)*

Einsatzbereich : Er ist konzipiert für Kinder im Alter zwischen 8 und 12 Jahren. Der GEKI eignet sich zur Diagnostik gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sowie potenzieller Risikoverhaltensweisen im Rahmen von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation z.B. in Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen oder Arztpraxen. Einzel- oder Gruppentest.

[15] Fachartikel zu den Themenbereichen wurden bei passenden wissenschaftlichen Zeitschriften zur Veröffentlichung eingereicht und befinden sich zurzeit im peer-review verfahren.

Inhalt: Der GEKI besteht aus zwei Teilen A und B mit insgesamt 29 Items. Mit Teil A **(„Schutzverhalten“)** wird erfasst, inwiefern Kinder in den Bereichen „Sicherheit im Straßenverkehr“, „Sonnenschutz“ und „Zahnhygiene“ gesundheitsförderliches Verhalten zeigen. Mit Teil B **(„Ernährungsverhalten“)** wird mit Hilfe der Subskalen „Ungesunde Ernährung“, „Gesunde Ernährung“ und „Schulfrühstück“ erfasst, inwiefern Kinder sich gesundheitsförderlich ernähren bzw. inwiefern sie am Einkauf von Lebensmitteln und deren Zubereitung beteiligt sind. Das Verfahren lässt sich gut zur Planung, Implementation und Evaluation von Interventionen einsetzen.

3.3.1.1..Ergebnisse des GEKI im Gruppenvergleich

„Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG)

*Skala: Gesamtschutzverhalten (*Sicherheit im Straßenverkehr“, „Sonnenschutz“ und „Zahnhygiene“)

- Hier zeigen die Mädchen (62,1%) und die Jungen (60%) der Interventionsgruppe in den 2 Jahren deutliche, **höchst signifikante Verbesserungen (≤ 0.1%)** nach 2 Jahren Programmteilnahme; auch die Kinder der Kontrollgruppe (Mädchen 58% bzw. Jungen 57,7%) verbessern sich deutlich in dieser Variable, wenn auch nicht so stark wie die der Interventionsgruppe. Die Unterschiede in den Verbesserungen zwischen den Gruppen verpassen bei der statistischen Prüfung knapp das Signifikanzniveau.
- Im Vergleich der Geschlechter finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen
- Betrachtet man die Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (MiHi), so zeigt sich, das die Kinder mit MiHi zu Beginn des Programms deutlich schlechtere Werte in dieser Variable aufweisen als die Kinder ohne MiHi (66% der Kinder mit MiHi weisen in dieser Variable zu Prorammbeginn Werte im unteren Skalenbereich auf, Kinder ohne MiHi nur zu 50 %). Nach Beendigung des Programms finden sich nur noch 33% im unteren Skalenbereich und erreichen damit das Niveau der Kinder ohne MiHi. Diese Tendenz ist besonders deutlich in der Interventionsgruppe ausgeprägt. Allerdings konnten aufgrund der geringen Anzahl an Personen mit MiHi in der Kontrollgruppe keine Signifikanzen errechnet werden.

Skala: Gesamternährungsverhalten („Ungesunde Ernährung“, „Gesunde Ernährung“ und „Schulfrühstück“)

- In dieser Variable zeigt sich eine höchst signifikante Verbesserung (≤ 0.1%) der Interventionsgruppe nach 2 Jahren Programmteilnahme. Diese Zunahme

ist höchst signifikant stärker (≤ 0.1%) als Veränderungen bei der Kontrollgruppe.

- Hier sind es vor allem die Mädchen der Interventionsgruppe, die die stärksten Zunahmen vorweisen; 51 % verbessern sich, anders als die Mädchen der Kontrollgruppe, die kaum Verbesserungen über die Zeit erzielen; dieser Unterschied zwischen den beiden weiblichen Gruppen erweist sich im T- Test als signifikant. Anders verhält es sich bei den Jungen; zwar verbessern sich alle Jungen, Kontroll- wie Interventionsgruppe in dieser Variable, es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den männlichen Gruppen.
- Bei Betrachtung des Faktors Migrationshintergrund zeigt sich, dass in der Interventionsgruppe die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund sich im Programmverlauf deutlich verbessern (Gruppe im oberen Skalenbereich nimmt von 50 auf 62% zu). Dieser Anstieg fällt allerdings etwas geringer als bei den Kinder ohne Migrationshintergrund (Gruppe im oberen Skalenbereich nimmt von 50 auf 75% zu). In der Kontrollgruppe ist eine nur geringere Verbesserung bei allen Kindern zu verzeichnen. Aufgrund der geringen Anzahl an Personen bei den Untergruppen wurden keine Signifikanzen errechnet.

3.3.1.2. Fazit

Es lässt sich festhalten, dass alle Kinder, die an diesem Sokrates Programm teilgenommen haben, ihre Kenntnisse in den Bereichen Sicherheit und Gesundheitsschutz **hoch signifikant** erweitern konnten und mehr Schutzverhaltensweisen aufweisen. Allerdings findet sich dieser Effekt ebenso - wenn auch geringer -bei der Kontrollgruppe ohne Programmteilnahme.

Für den Bereich des Ernährungsverhaltens zeigt sich eine starke Verhaltens- und Wissens-Verbesserung bei der Interventionsgruppe; diesmal erweist sich der Unterschied zur Kontrollgruppe als **hoch signifikant**. Diese **hoch signifikante Verbesserung von** Kenntnissen über Ernährung und gesundes Ernährungsverhalten findet sich bei beiden Geschlechtern: bei den Mädchen jedoch ist er besonders stark, auf **hoch signifikanten Niveau** nachweisbar.

Interessant ist die Betrachtung des Faktors Migrationshintergrund. Von den insgesamt 351 Kindern aus den untersuchten Klassen gaben nur 77 einen Migrationshintergrund an; 157 weisen keinen Migrationshintergrund auf und über 100 Kinder machten darüber keine

verwertbare Angabe. Bei den 77 Kinder mit Migrationshintergrund sind zu Beginn des Programms deutlich schlechtere Skalenwerte im GEKI zu registrieren als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund; sie konnten sich jedoch durch die Programmteilnahme und über den allgemeinen Entwicklungsverlauf deutlich verbessern und erreichten der letzten Datenerhebung nach 2 Jahren Programmteilnahme die Skalenwerte der Schulkinder ohne Migrationshintergrund. Aufgrund der geringen Personenzahl in den Untergruppen konnte ein statistisches Prüfverfahren nicht eingesetzt werden, um diese Ergebnis auf Signifikanz zu prüfen.

3.3.2. Ergebnisse im Bereich „Umgang mit Stress und Problemen“ (SSKJ3-8)

Der Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche SSKJ ist ein Persönlichkeits-Struktur-Test, ein sog. klinischer Test. Er ist ein für die Status- und Prozessdiagnostik geeignetes standardisiertes Selbstberichtverfahren zur multidimensionalen Diagnose habitueller Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 13 Jahren.
Der „SSKJ 3 – 8“ genannt[16]fragt nach Stresserleben, Umgang mit Stress und physischen und psychischen Symptomen.[17] Der Fragebogen ist in drei Bereiche geteilt, die verschiedene Gebiete des Stressgeschehens erfassen. Im ersten Bereich wird die Vulnerabilität für potenzielle Stressoren erhoben (Variable 1). Der zweite Teilbereich bezieht sich auf die Stressbewältigungsstrategien (Variable 2) Der dritte Teil des Fragebogens befasst sich mit der Stresssymptomatik, die physische und psychische Symptome unterscheidet (Variable 3). Die statistische Datenauswertung erfolgte über das Programm Statistical Package for the Social Sciences (im Folgenden SPSS genannt).
Wesentlich für diese Untersuchung ist, eine Entwicklung zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten aufzeigen zu können. Dazu wurden Entwicklungstabellen angelegt, die die jeweilige Entwicklung in jeder Dimension, zwischen den jeweiligen Zeitpunkten T0 zu T1, T1 zu T2 und T0 zu T2 jeweils für die Interventions- bzw. Kontrollgruppe aufzeigen. In den folgenden Ergebnisdarstellungen werden jeweils Teile der einfaktoriellen Varianzanalyse mit

[16] Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Klein-Heßling, J.: SSKJ 3-8. Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Göttingen, Bern, 2006.
[17] Die Fragen richten sich an Schüler/innen der Klassenstufen drei bis acht, die jeweils in Zweier-Klassenstufen zusammengefasst sind, zu denen vergleichbare Normwerte vorliegen. Zielgruppe dieser Untersuchung sind die Klassenstufen fünf und sechs. Das Neukonstrukt des ehemaligen „Fragebogen[s] zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung – SSKJ“ wurde 2006 vom Autorenkollektiv Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann und Klein-Heßling entwickelt und bietet verschiedene Möglichkeiten zur differenzierten Stressmessung.

Messwiederholung erläutert[18]. Bei dieser wird zunächst die Prüfung auf Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test durchgeführt. Anschließend wird auf Sphärizität mit Hilfe des Mauchly-Tests überprüft, wobei gegebenenfalls die Greenhouse-Geisser-Korrektur zur Anwendung kommt. Mit Hilfe der paarweisen Vergleiche und einem Bonferroni-korrigierten Post hoc-Test wird festgestellt welche Messzeitpunkte sich ggf. signifikant voneinander unterscheiden. Für diese Untersuchung wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0{,}05$ festgelegt.[19]

3.3.2.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des SSKJ

„Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG)"

Beim Vergleich der gesamten Interventions- mit der gesamten Kontrollgruppe zeigt sich, dass die Interventionsgruppe nach 2 Jahren Programmteilnahme **deutlich günstigere Bewältigungsstrategien in Stress oder Konfliktsituationen herausgebildet hat als die Kontrollgruppe in der gleichen Zeit.**

So setzt die IG **weniger destruktiv-ärgerbezogene Emotionen** in Stresssituationen ein; d.h. bei Problemen reagiert sie weniger verzweifelt oder wütend mit vornehmlich nach außen gerichteten Verhaltensweisen, wie z.B.„ Herum-Schreien", „Türenschlagen" oder desgleichen.

Dafür reagiert sie in Stresssituationen **signifikant häufiger** als die Kontrollgruppe **mit „konstruktiv palliativer Emotionsregulation**", also nach innen gerichteten emotionsregulierenden Mechanismen und versucht der Situation mit Ruhe, Entspannung und vor allem Gelassenheit zu begegnen.

Auch auf der Skala „**Problemorientierte Bewältigungsstrategien**" schneidet die Interventionsgruppe besser ab als die Kontrollgruppe.

Am deutlichsten und sehr stark zeigt sich der positive Effekt des Sokrates Programm in der Zunahme der günstigen Bewältigungsstrategie **„Suche nach sozialer Unterstützung",** also der Suche in Stress- und Konfliktsituationen nach Beistand und Hilfe durch Freund_*innen, Lehrkräften oder Eltern. **Die Kontrollgruppe schneidet in diesem Bereich hoch signifikant schlechter ab als die Interventionsgruppe.**

---

[18] Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung, oder auch einfaktoriell repeated measures ANOVA (rmANOVA), gilt als sehr effiziente Art der Forschung, da dieselben Personen mehrmals gemessen werden und sich dadurch die Varianz besser einschätzen lässt (Hemmerich, 2018).

[19] Zur genaueren Beschreibung und Erläuterung der einzelnen Verfahren siehe zum Beispiel Welkowitz, J., Cohen, B.H., Ewen, R. B., 2006: Introductory Statistics for the Behavioural Sciences, New Jersey, John Wileyand Sons.

3.3.2.2 Fazit

Nach zwei Jahren zeigen sich deutliche positive Effekte des Gesundheitsförderungs-Programms SOKRATES im Bereich Stress und Umgang mit Stresssituationen.

Anders als bei der Kontrollgruppe findet sich bei der Interventionsgruppe eine Zunahme an günstigen Stressbewältigungs-Strategien, vor allem im Bereich der konstruktiv-palliativen problemorientierten Bewältigung; sie reagieren weniger als die Kontrollgruppe mit Ärger, Wut, Angst oder körperlichen Symptomen auf Stress sondern begegnen diesen Situationen vermehrt mit Ruhe und Gelassenheit oder suchen bewusst Entspannungsmöglichkeiten auf. Die Kinder scheinen gelernt zu haben, sich Hilfe, Beistand und Unterstützung in Stress- und Problemsituationen zu suchen. Diese signifikanten Effekte finden sich bei beiden Geschlechtern, bei den Jungen als auch bei den Mädchen der Interventionsgruppe.

Die Ergebnisse im einzelnen:

Variable 1 - Stressvulnerabilität

Der Begriff der Vulnerabilität umschreibt eine besondere Anfälligkeit oder, vom Wortstamm abgeleitet, Verletzlichkeit einer Person gegenüber bestehenden Risiken (Ball/Peters 2007: 132). Stress kann als ein solches Risiko betrachtet werden, weshalb die Vulnerabilität in der Stressforschung eine große Rolle spielt. Vulnerabilität beschreibt damit die Stressanfälligkeit.

Die in der Evaluation erhobenen Daten zur Stressvulnerabilität der Kinder zeigen, dass die Stressvulnerabilität über den Interventionszeitraum gesunken ist Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt einen signifikanten bis sehr signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0{,}022$).

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (gesamte Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung Stanineeinheiten	in	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	5	1,4	3,5	3,5
	-6,00	3	,9	2,1	5,6
	-5,00	3	,9	2,1	7,7
	-4,00	13	3,7	9,1	16,8
	-3,00	9	2,6	6,3	23,1

	-2,00	20	5,7	14,0	37,1
	-1,00	19	5,4	13,3	50,3
	,00	26	7,4	18,2	68,5
	1,00	19	5,4	13,3	81,8
	2,00	13	3,7	9,1	90,9
	3,00	8	2,3	5,6	96,5
	4,00	3	,9	2,1	98,6
	5,00	2	,6	1,4	100,0
	Gesamt	143	40,6	100,0	
Fehlend	System	209	59,4		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 2: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Die Abnahme der Stressvulnerabilität ist besonders in der Gruppe der männlichen Schüler deutlich und daher sehr signifikant ((p ≤ 0,03).

Anders verhält es sich bei der Kontrollgruppe.

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (gesamte Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-5,00	1	,3	1,1	1,1
	-4,00	4	1,1	4,5	5,7
	-3,00	9	2,6	10,2	15,9
	-2,00	7	2,0	8,0	23,9
	-1,00	11	3,1	12,5	36,4
	,00	25	7,1	28,4	64,8
	1,00	13	3,7	14,8	79,5
	2,00	10	2,8	11,4	90,9

	3,00	3	,9	3,4	94,3
	4,00	3	,9	3,4	97,7
	5,00	1	,3	1,1	98,9
	6,00	1	,3	1,1	100,0
	Gesamt	88	25,0	100,0	
Fehlend	System	264	75,0		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 3: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Auch in der Kontrollgruppe ist die Stressvulnerabilität über den gemessenen Zeitraum gesunken, jedoch nur minimal und nicht signifikant.

Insgesamt zeigt sich die klare Entwicklung, dass in der Interventionsgruppe die Stressvulnerabilität von Messzeitpunkt T0 bis Messzeitpunkt T2 deutlich stärker abgenommen hat als in der Kontrollgruppe (Differenz: 13,9 %). Diese Entwicklung lässt sich in allen Teilgruppen der Interventionsgruppe aufzeigen. Insbesondere die Jungen scheinen von der Intervention profitiert zu haben, denn in der männlichen Interventionsgruppe liegt die Rate der Jungen, die über den Zeitverlauf weniger stressanfällig sind, bei 55,4 %, während in der Kontrollgruppe mit 36 % nur etwas über ein Drittel der Jungen angeben, dass ihre Stressanfälligkeit gesunken sei. Damit beträgt die Differenz der beiden Gruppen in dieser Kategorie 19,4 %, was deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtgruppe liegt. Die Statistische Prüfung zeigt einen sehr signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Vor diesem Hintergrund lässt für Variable 1 festhalten, dass die Stressvulnerabilität der Kinder im Zuge der Intervention mit dem Gesundheitsförderprogramm „Sokrates“ statistisch bedeutsam - sehr signifikant - abgenommen hat. Bei der gesamten Kontrollgruppe kann ebenfalls eine minimale Abnahme der Stressvulnerabilität verzeichnet werden, jedoch wesentlich geringer und auch nicht signifikant wie bei der Interventionsgruppe. Interessant ist, dass diese Effekt bei den Mädchen der Kontrollgruppe nicht vorhanden ist.

Variable 2- Stressbewältigungsstrategien

Da Kinder im Laufe ihres Lebens, einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt sind, benötigen sie zur Bewältigung dieser Belastungen geeignete Strategien. Es gibt verschiedene Ansätze, Bewältigungsstrategien zu klassifizieren (Beyer/ Lohaus 2007: 15). In dem Ansatz zur

Transaktionalen Stresskonzeption wird, nach Folkman und Lazarus (1980), zwischen problemorientierten und emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien unterschieden (Lukas 2012: 19). Das Autorenkollektiv um Lohaus (2006) differenziert diese zwei Kategorien detaillierter aus und fügt weitere hinzu, so dass sich am Ende die fünf folgenden Bewältigungsdimensionen bzw.-strategien ergeben:

1. *Suche nach sozialer Unterstützung*
2. *Problemorientierte Bewältigung*
3. *Vermeidende Bewältigung*
4. *Konstruktiv-palliative Emotionsregulation*
5. *Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation (Lohaus et al. 2006: 8).*

Als günstig zu werten sei, wenn vermehrt ein Bewältigungsmuster aus „Suche nach sozialer Unterstützung“, „Problemorientierter Bewältigung“ und „Konstruktiv-palliativer Emotionsregulation“ im Vordergrund stünden. Überwiegendes Bewältigungsverhalten aus den Kategorien „Vermeidende Bewältigung“ und „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ wird als eher ungünstig angesehen (ebenda: 24 f.).

Bei der Strategie ***„Suche nach sozialer Unterstützung“*** geht es darum, ob und in welchen Situationen sich die Kinder an Personen ihres Umfeldes wenden, wenn eine Belastungssituation vorliegt. Die Evaluation des Sokrates Programmes in dieser Kategorie der zweiten Variablen zeigt folgende Ergebnisse: Die Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigt, dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0{,}032$).

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (gesamte Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-8,00	1	,3	,7	,7
	-7,00	1	,3	,7	1,5
	-5,00	4	1,1	2,9	4,4
	-4,00	3	,9	2,2	6,6
	-3,00	10	2,8	7,3	13,9

	-2,00	17	4,8	12,4	26,3
	-1,00	18	5,1	13,1	39,4
	,00	24	6,8	17,5	56,9
	1,00	21	6,0	15,3	72,3
	2,00	21	6,0	15,3	87,6
	3,00	9	2,6	6,6	94,2
	4,00	3	,9	2,2	96,4
	5,00	4	1,1	2,9	99,3
	7,00	1	,3	,7	100,0
	Gesamt	137	38,9	100,0	
Fehlend	System	215	61,1		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 8: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Die Entwicklungstabelle der Interventionsgruppe zeigt eine signifikante Steigerung hin zur Suche nach mehr sozialer Unterstützung von Messzeitpunkt T0 zu T2.

In der Kontrollgruppe verhält sich dieses anders:

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (gesamte Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	1	,3	1,2	1,2
	-5,00	4	1,1	4,7	5,8
	-4,00	5	1,4	5,8	11,6
	-3,00	8	2,3	9,3	20,9

	-2,00	9	2,6	10,5	31,4
	-1,00	13	3,7	15,1	46,5
	,00	22	6,3	25,6	72,1
	1,00	9	2,6	10,5	82,6
	2,00	9	2,6	10,5	93,0
	3,00	4	1,1	4,7	97,7
	4,00	1	,3	1,2	98,8
	5,00	1	,3	1,2	100,0
	Gesamt	86	24,4	100,0	
Fehlend	System	266	75,6		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 9: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Bei der gesamten Kontrollgruppe zeigt sich in der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ ein deutlich gegenteiliger Effekt als bei der Interventionsgruppe. Während ca. ein Viertel der Probanden/innen (22 Probanden/innen, entspricht 25,6 %) keine Veränderung im Verhalten angibt, gibt fast die Hälfte der Probanden/innen (40 Probanden/innen, entspricht 46,5 %) an, im Zeitverlauf von T0 zu T2 weniger soziale Unterstützung zu suchen.
Es sind vor allem die Mädchen die ihr Verhalten ändern; über die Hälfte der Probandinnen (34 Probandinnen, entspricht 55,7 %) zeigt hier eine Verhaltensänderung über den Programmverlauf in Richtung Suche nach mehr sozialer Unterstützung. Dies kann eindeutig mit der Programmteilnahme erklärt werden, da z.B. bei den Mädchen der Kontrollgruppe findet sich diese positive Entwicklung überhaupt nicht nachzuweisen ist.
Somit lässt sich außerdem eine große Diskrepanz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe feststellen. Die Kontrollgruppe zeigt über alle Teilgruppen hinweg eine deutliche Entwicklung in Richtung weniger Suche nach sozialer Unterstützung. Damit zeigt sich die Auswirkung des Gesundheitsförderprogrammes „Sokrates“ auf die Teilnehmer/innen noch stärker. Wie stark diese Auswirkung ist, wird deutlich, wenn man die weiblichen Probandengruppen miteinander vergleicht. Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Kategorie „Suche nach mehr sozialer Unterstützung“ beträgt 26 % und damit mehr als ein Viertel. Dieses Ergebnis ist signifikant ($p \leq 0,01$).

Ein besonderes Augenmerk erfordert die männliche Probandengruppe, bei der sich der sehr positive Trend dieser Kategorie in der Interventionsgruppe nicht so deutlich widerspiegelt. Dementsprechend muss als nächstes analysiert werden, warum das Programm in dieser Kategorie die männlichen Teilnehmer nicht erreicht und Korrekturen und Erweiterungen vorgenommen werden.

Insbesondere die Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ stützt sich auf den ressourcenorientierten Ansatz, bei dem sich ein Individuum sein Beziehungssystem zu Nutze machen kann (Jacobi/ Esser 2003: 257 ff.). Wie sich in der Auswertung der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ zeigt, ist dieser Ansatz zumindest von den Mädchen etabliert und gestärkt worden.

Die sehr positiven Ergebnisse der weiblichen Probanden in der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ lassen sich auf Grundlage des Ansatzes von Kontrollüberzeugungen deuten. Wie Rotter sagte, ist die internale Kontrollüberzeugung kontingent zum eigenen Verhalten (Rotter 1966: 1 ff.). Die eigenen Anstrengungen und Fähigkeiten sind Ursache für Verhaltensfolgen. Wenn vermehrt Strategien wie die Suche nach sozialer Unterstützung als Hilfsmittel zur Stressbewältigung herangezogen werden, zeigt das eine Steigerung in der internalen Kontrollüberzeugung, die mit Hilfe des Sokrates Programmes in Modulen wie „Stärkung des Selbstwertgefühls“ vermittelt wird. Man kann auch sagen, das Vertrauen auf die **eigene Selbstwirksamkeit für das Bewältigen von Problemen steigt.** Stresssituationen werden dann als subjektiv kontrollierbar und negative Wirkungen von Stressoren treten nicht oder in abgeschwächter Form auf (Kohlmann 1990: 53).

Bei einer weiteren Stressbewältigungsstrategie, die sog- **„Problemorientierte Bewältigung“** bezieht sich auf die Veränderung der stressauslösenden Situation. Kinder mit hohem Stress verfügen meist über eine niedrige Problemlösekompetenz: nahezu jedes sechste Kind weiß nicht, wie es Probleme eigenständig angehen kann (Bepanthen-Kinderförderung 2015: 2).

Es liegen in dieser Studie keine signifikanten Ergebnisse zu dieser Kategorie vor.; allerdings zeigt sich ein deutlicher Trend in der Zunahme von problemorientierten Strategien in Stresssituationen bei der Interventionsgruppe, der sich in der Kontrollgruppe nicht fand. Der statistische Vergleich verfehlte jedoch knapp das Signifikanzniveau.

Die „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ und die „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ bilden den Kern der emotionsregulierenden Strategien. Deren Aufgabe besteht in der Steuerung von Stressreaktionen. Gefühle und körperliche Erregung, die sich als Reaktion auf Belastungen angestaut haben können, werden unter Kontrolle gebracht (Lohaus/ Domsch/Fridrich 2007: 58). Die „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ bezieht sich vor allem auf nach innen gerichteten emotionsregulierenden Aktivitäten, wie zum Beispiel die Suche nach Ruhe und Entspannung.

In der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulierung“ zeigte sich mithilfe der Varianzanalyse mit Messwiederholung und Greenhouse-Geisser-Korrektur, dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt sowohl einen höchst signifikanten Unterschied zwischen T0 und T1 ($p \leq 0{,}009$), als auch einen höchst signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0{,}007$).

Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1 (gesamte Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	1	,3	,7	,7
	-6,00	2	,6	1,3	2,0
	-5,00	2	,6	1,3	3,4
	-4,00	6	1,7	4,0	7,4
	-3,00	13	3,7	8,7	16,1
	-2,00	19	5,4	12,8	28,9
	-1,00	22	6,3	14,8	43,6
	,00	18	5,1	12,1	55,7
	1,00	21	6,0	14,1	69,8
	2,00	13	3,7	8,7	78,5
	3,00	13	3,7	8,7	87,2
	4,00	12	3,4	8,1	95,3
	5,00	1	,3	,7	96,0
	6,00	5	1,4	3,4	99,3
	8,00	1	,3	,7	100,0
	Gesamt	149	42,3	100,0	
Fehlend	System	203	57,7		

Gesamt		352	100,0		

.

Abb. 12: Entwicklung der„Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1 (gesamte Interventionsgruppe

Die gesamte Interventionsgruppe zeigt zwischen Messzeitpunkt T0 und Messzeitpunkt T1 eine sehr ausgeglichene und nahezu gleiche Verteilung sowohl von Probanden/innen, die angeben, dass sie mehr konstruktiv-palliativ emotionsregulierende Strategien nutzen (43,6 %), als auch denen, die diese Strategien über den Zeitverlauf weniger verwenden (44,4). Nur 12,1 % der Teilnehmer/innen ist auf dem ursprünglichen Stand verblieben.

Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1 (gesamte Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-6,00	4	1,1	4,3	4,3
	-5,00	2	,6	2,2	6,5
	-4,00	3	,9	3,2	9,7
	-3,00	9	2,6	9,7	19,4
	-2,00	18	5,1	19,4	38,7
	-1,00	18	5,1	19,4	58,1
	,00	16	4,5	17,2	75,3
	1,00	9	2,6	9,7	84,9
	2,00	10	2,8	10,8	95,7
	3,00	1	,3	1,1	96,8
	4,00	2	,6	2,2	98,9
	5,00	1	,3	1,1	100,0
	Gesamt	93	26,4	100,0	
Fehlend	System	259	73,6		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 13: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“

Bei der Kontrollgruppe ergibt sich in der Entwicklung zwischen T0 und T1 ein völlig anderes Bild als bei der Interventionsgruppe. Ein sehr hoher Prozentsatz (58,1 %) gibt an in diesem Zeitverlauf weniger auf konstruktiv-palliative emotionsregulierende Verhaltensweisen zurückzugreifen. Lediglich 24, 9 %, und damit nicht einmal ein Drittel der Kontrollgruppe, führen an, diese Strategien verstärkt zu nutzen.
Damit unterscheiden sich die Entwicklung von Interventions- und Kontrollgruppe deutlich-höchst signifikant - voneinander ($p \leq 0{,}001$).
Im Geschlechtervergleich zeigt sich bei der Kontrollgruppe, dass insbesondere die Jungen im Verlauf der Studie immer weniger konstruktiv-palliativer emotionsregulierender Strategien benutzen.
zeigt die männliche Interventionsgruppe zeigt eine geringere Tendenz zu einer stärkeren Nutzung konstruktiv-palliativer emotionsregulierender Strategien als die der Mädchen.
Die Stressbewältigungsstrategie **„Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“** beschreibt ein extrovertiertes, nach außen gerichtetes Regulationsverhalten. Dabei handelt es sich um spannungslösende Aktivitäten, die durch einen destruktiven Charakter gekennzeichnet sind, zum Beispiel vor Wut die Tür zuschlagen. Im statistischen Vergleich von Interventionsgruppe mit Kontrollgruppe fand sich zwar kein signifikanter Unterschied, jedoch ein deutlicher Trend, der ein statistisches Signifikanzniveau knapp verfehlte. Bei den Kinder der Interventionsgruppe, insbesondere bei den Jungen, fand sich für diese Dimension eine deutliche Abnahme.
Als Fazit lässt sich vor diesem Hintergrund für Variable 2 festhalten, dass bei den Bewältigungsstrategien der Suche nach sozialer Unterstützung und der Konstruktiv-palliativen Emotionsregulation durch das Sokrates Programm positive Ergebnisse erzielt wurden. Im Geschlechtervergleich zeigte das Programm besonders bei den Mädchen große Wirkungen im Bereich der Zunahme dieser Suche nach sozialer Unterstützung; bei den Jungen fand sich eine besonders gute und positive Wirkung im Bereich der Nutzung konstruktiv-palliativer emotionsregulierender Strategien.

Variable 3 – Stresssymptomatik-

Stresserleben geht oftmals mit einer Vielzahl von Beschwerdesymptomen einher, wobei zwischen physischen und psychischen Symptomen unterschieden wird.

Die Ergebnisse der Datenanalyse des SSKJ zeigen, dass sich im Erhebungszeitraum die Stresssymptome sowohl in der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe verstärkt haben. Dieses Resultat ist zunächst einmal ernüchternd deckt sich aber mit Studien zur

Stressforschung bei Kindern, die für diese Altersphasen einen Anstieg des Stressbelastung gefunden haben. Warum gerade die Interventionskinder in den 2 Jahren des Programms erhöhte Werte in der Kategorie der Stresssymptomatik aufweisen kann nur vermutet werden. So wird in der Fachwelt angenommen, dass dies eine Auswirkung der hohen Selbständigkeits- und Leistungsanforderungen darstellt, die nach der Grundschule an die Kinder herangetragen werden Diskutiert wird auch der Einfluss von körperlichen Veränderungen der Präpubertät und Pubertät auf das körperliche Wohlbefinden.
Vielleicht haben die Interventionskinder aber gerade durch die Sensibilisierung im Sokrates Programmes gelernt, eine höhere Achtsamkeit für sich, ihren Körper und ihr seelisches Wohlbefinden zu entwickeln, was zur Folge haben kann, dass sie Störungen und Unwohlsein eher wahrnehmen und bereit sind, darüber sprechen.

3.3.3. Evaluation - Ergebnisse im Bereich Schmerzen und Umgang mit Schmerzen (Schmerzfragebogen) sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität (Kid-SCREEN)

Schmerzen sind im höheren Kindesalter weit verbreitet und verändern sich, ebenso wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität, in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Ferner haben Schmerzen einen negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Schulbasierte Prävention oder Gesundheitsförderung kann dem positiv entgegenwirken. Daraus ergibt sich die Fragestellung, inwieweit sich Schmerzen und Lebensqualität bei 10- bis 13-jährigen Schulkindern, unter Interventionsbedingungen, über die Zeit entwickeln und welche Unterschiede auftreten.
Das für die Pilotphase konzipierte Programm Sokrates in der ersten Version enthält in dieser kein spezifisches Modul, das sich mit Schmerzen und dem Umgang mit Schmerzen beschäftigt. Da Schmerzhäufigkeit und Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenhängen, erschien es für die Weiterentwicklung des Programms relevant, zu überprüfen, wie sich dieser bei der untersuchten Gppe von Schulkindern darstellt und entwickelt.
Aus diesem Grund wurde im Evaluationsdesign in Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie und Schmerzmedizin der Universitätsklinikums Schleswig Holstein in Lübeck ein dort entwickelter Fragebogen zur Schmerzerfassung und ein Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in das Set der eingesetzten Testverfahren aufgenommen. Die Zusammenfassung dieses Teils der Studie kann als PDF bei der Ifa gGmbH angefordert werden.

Dabei erfolgte die multidimensionale Erfassung von Schmerzen (Lokalisation, Häufigkeit, durchschnittliche Dauer, erstmaliges Auftreten, stärkste und durchschnittliche

Schmerzintensität, Schmerzqualität, sowie schmerzbezogene Beeinträchtigungen) durch den **Schmerzfragebogen für Jugendliche**, welcher von Hüppe und Nau in Kooperation mit Kröner-Herwig und Hechler (2015) erstellt wurde. Dieser Fragebogen orientiert sich dabei am deutschen Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche (Schroeder et al., 2010). Er setzt sich aus insgesamt 13 Items zusammen. 12 Items beziehen sich auf den Zeitraum der letzten drei Monate. Eine Ausnahme ist ein Item zum erstmaligen Auftreten der Hauptschmerzen, hierbei werden größere Zeiträume abgefragt.

Die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (physisches, psychisches, familiäres, soziales und schulisches Wohlbefinden) wurden mittels der deutschen Version des **KIDSCREEN-27 Fragebogens für Kinder und Jugendliche** im Alter von 8 bis 18 Jahren gemessen (Ravens-Sieberer et al., 2005; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Dieser Fragebogen wurde durch eine internationale Zusammenarbeit von 13 europäischen Ländern entwickelt. Der Fragebogen ist als Selbst- und Fremdrating (z. B. für Eltern) erhältlich. Der KIDSCREEN-27 stellt die verkürzte Form des KIDSCREEN-52 Fragebogens dar und setzt sich aus insgesamt 27 Items, zusammen.

Bei der Überprüfung der Interventionseffekte konnte hatte keinen Einfluss auf die Schmerzcharakteristika und die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Programmteilnahme nachgewiesen werden, lediglich auf die schmerzbezogenen Beeinträchtigungen. Für die Kinder der Interventionsgruppe konnten Interventionseffekte auf die Häufigkeit von schmerzbezogenen Beeinträchtigungen im schulischen und familiären Bereich nachgewiesen werden. So wiesen am Ende der Projektphase ($t3$) wiesen deutlich **mehr Schulkinder der Kontrollgruppe Beeinträchtigungen im schulischen ($\varphi = 0.180$) und familiären Bereich ($\varphi = 0.183$) auf, als die Schulkinder der Interventionsgruppe**. Entgegen zeigten sich keine Einflüsse der Intervention auf die Schmerzcharakteristika und die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Schulkinder.

Diese geringen Effekte sind vor allem auf die universelle Präventionsstrategie eines universersell konzipierten Gesundheitsförderungsprogramms und der dadurch fehlenden spezifischen Schmerzinhalte des Programmes zurückzuführen. Schmerzreduktion stellt, wie schon erwähnt, keine Zielvariable des Sokrates Programm dar. So zeigt eine Metaanalyse von verschiedenen Studien zur Gesundheitsförderung von Beelmann, Pfost und Schmitt (2014), dass der universeller Präventionsansatz der Gesundheitsförderung, im Vergleich zu einer selektiven und indizierten Strategie einer spezifischen Präventionsmässnahme, geringere Effektstärken aufweist. Die geringen Effekte von universellen Programmen sind möglicherweise auch auf die Heterogenität der untersuchten Gruppe zurückzuführen; das Vorhandensein von Schmerzen war für die Zuteilung in die Interventions- oder

Kontrollgruppe kein relevantes Kriterium. Bei einer solchen universellen Strategie spielt der „Bedarf“ also das Vorhandensein von Schmerzen keine Rolle (Schüz & Möller, 2006; Rivet-Duval, Heriot & Hunt, 2011; Ahlen, Lenhard & Ghaderi, 2015; Beelmann, 2016; Bauer & Bittlingmayer, 2016) und setzt damit schwache Effekte.

Ein weiterer Grund für die geringen bzw. ausbleibenden Effekte im Bereich Schmerzen können die altersbezogenen körperlichen Veränderungen sein, wie z.B. die Vor- oder pubertären hormonellen Schwankungen und Veränderungen, die sich zunehmenden körperlichen Unwohlsein und Schmerzen ausdrücken können.

Vermutlich spielt auch eine Rolle, dass dieser Schmerzfragebogen, eigentlich für ältere Kinder (Jugendliche konzipiert) mit seinen differenzierten Antwortmöglichkeiten die Kinder die Kinder stark forderte; sehr viele Kinder haben dieses ´Fragebogen unvollständig ausgefüllt.

Die in der Evaluations-Studie gewonnen Daten weisen auf einen ein zur Weiterentwicklung des Sokrates Programms sehr interessanten Aspekt hin. Beim Betrachten des Zusammenhangs von Schmerzen und gesundheits- bezogener Lebensqualität bei den Schulkindern der Studie ist zu erkennen, dass Kinder mit Schmerzen ein niedrigeres physisches und psychisches Wohlbefinden haben, als Schulkinder ohne Schmerzen. Außerdem sind die Schmerzcharakteristika negativ mit den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert. Bisherige Studien konnten nachweisen, dass Schmerzen zu einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern führen (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007; Ravens- Sieberer et al., 2012; Ellert et al., 2014; Krause et al., 2016; Solé et al., 2018). Beispielsweise Ellert und Kollegen (2014) aufzeigen, dass 7- bis 17-jährige Kinder ohne Schmerzen eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität angaben, als gleichaltrige Kinder mit einmaligen oder rekurrierenden Schmerzen. Aus diesem Grunde erscheint es sinnvoll - flankierend zu den Kernmodulen des Sokrates Programms ein Zusatzmodul zum Themenbereich „Schmerz und Umgang mit Schmerzen“ zu entwickeln.

4. Zusammenfassung und Fazit

SOKRATES ist ein modularisiertes Schulprogramm zur Förderung eines gesunden Lebensstils und einer selbstwertschätzenden Persönlichkeit. Es ist konzipiert für die Klassenstufen 5 und 6 und stellt eine Weiterführung von fit und stark plus I, dem erfolgreichen Programm zur Gesundheitsförderung für Grundschulen dar. Im Jahr 2015 bis

2017 wurde dieses Programm an 5 Schulen, 14 Klassen und über 350 Schulkindern (SuS)[20] eingeführt, erprobt und evaluiert. Die folgenden Ausführungen berichten nun über die Programmkonzeption und das Vorgehen bei der Evaluierung und die wichtigsten gewonnenen Ergebnisse.

Entwickelt wurde das Programm, da das Alter zwischen 10 und 13 Jahren eine wichtige Übergangsphase zwischen Kindheit und Jugendalter darstellt. In dieser Phase der Transition vollzieht sich bei den meisten Kindern die Pubertät mit ihren körperlichen und psychosozialen Umbrüchen. Auch findet in dieser Zeit in den meisten Bundesländern ein kompletter Wechsel der Schule und Schulform statt. Für die Kinder bedeutet das in der Regel ein Abschiednehmen von gewohnten Lehrpersonen, Freund*innen und Gewohnheiten und die Begegnung mit neuen Leistungs-anforderungen, genderbezogenen Erwartungen und die Auseinander-setzung mit anderen Gleichaltrigen.

Daher bringt diese Phase sehr oft große Verunsicherungen mit sich und erfordert für die Kinder eine Neuorientierung in vielen Bereichen. Das wiederum führt zu einer Erhöhung der Vulnerabilität für das Auftreten von Gesundheitsstörungen, seelischen Ausnahmenzuständen oder auch psychischen Erkrankungen wie mehrere wissenschaftlichen Studien belegen. Auch werden hier wichtige Weichen für die Bewältigung der weiteren herausfordernden Entwicklungsphasen wie der Pubertät und den frühen Jugendjahren gestellt.

Das Sokrates Programm basiert auf Ergebnissen und Schlussfolgerungen aktueller wissenschaftlicher Studien zur Altersgruppe der 10 bis 13jährigen Kinder in Deutschland. Es wurde als ein Konzept der Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule konzipiert und gründet sich auf bestimmten Vorannahmen und theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention

In den von der IFA gGmbH entwickelten Modulen und Unterrichtsmaterialien von SOKRATES stehen Selbstverantwortung für das eigene Wohlbefinden, die Stärkung sozialer und emotionaler Kompetenzen sowie die Herstellung eines konstruktiven und angenehmen Klassenklimas im Mittelpunkt ebenso wie die Förderung von Achtsamkeit mit sich selbst, seinen Mitmenschen und mit seiner Umwelt. Realisiert wird das Programm im Lebensbereich Schule.

Vermittelt wird das Programm in der jeweiligen Schule durch angeleitete Lehrkräfte. denen ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien und -vorlagen in Form von vier Grund-Modulheften

[20] SuS= Abkürzung für Schüler und Schülerinnen

und drei Zusatzmodulen bereitgestellt werden. Das gesamte Programm wird in 2 Schuljahren vermittelt.

Die Modulhefte 01 bis 04 bilden mit ihren ausgearbeiteten Unterrichts- und Übungsblättern den Kern des Programms. In Ihren Inhalten spiegeln sich die ***Ziele des Programms;*** Zwei Module thematisieren die *Förderung von Gesundheitskompetenz und eines gesundheitsfördernden Lebensstils* (wie etwa: das das Wissen um gesundheitliche Risiken und einen gesundheitsfördernden Lebensstil,um eigene Körperreaktionen sowie den Aufbau von präventiven Verhaltensweisen und Stärkung von Resilienz); die beiden anderen Module widmen sich besonderen der *Stärkung von sozial-emotionalen Kompetenzen* (wie etwa: Achtsamkeit, Kommunikations- und Teamfähigkeit, Konfliktlösung, Stressbewältigung, Toleranz und Fairness)

Im Rahmen der zweijährigen Implementierungs- und Evaluationsphase (Ende 2015 bis Ende 2017) des gesundheitsfördernden Unterrichtsprogramm SOKRATES wurden mehrere Befragungen und Testverfahren bei den durchführenden Lehrkräften und bei den teilnehmenden Schulkindern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm und dessen Materialien sich gut in den Schul-Unterricht und Schulalltag integrieren lassen. Die Kinder mögen diese Sokrates Stunden, da sie unterhaltsam wie abwechslungsreich sind und sich von den anderen Fach-Stunden mit hohem Leistungsanspruch und -druck positiv absetzen. Sie schätzen die Inhalte der Stunden da diese an ihren Interessen und Problemen ansetzen. Die Lehrkräfte loben die gut vorbereiteten Module und die ausgearbeiteten Unterrichtsmaterialien; die durchgeführte Evaluationsstudie mit Interventionsgruppe und Kontrollgruppe konnte aufzeigen, dass das Programm deutliche positive Trends und vor allen Dingen auch statistisch **signifikante Effekte** in den gewünschten Zielbereichen setzt, wie z.B. im Bereich der allgemeinen und traditionellen Gesundheitsförderung, auf dem Gebiet der Persönlichkeitsentwicklung und im Feld der Stress- und Konfliktbewältigung. Auch für den Umgang mit Schmerzen, bzw. für die damit eng verbundene gesundheitsbezogene Lebensqualität, ließ sich ein Effekte in einer Kategorie nachweisen: Kinder, die am Programm teilgenommen hatten, fühlten sich durch Schmerzen weniger in ihrem Lebensalltag oder ihrem sozialen Leben beeinträchtigt.

Im Einzelnen lassen sich die Ergebnisse der Evaluation folgendermaßen zusammenfassen:

1. **In der Befragung der teilnehmenden Lehrkräfte findet sich eine hohe Akzeptanz des Programms.**

Die Lehrkräfte schätzen die modulare und flexibel einzusetzende Struktur, die zur Verfügung gestellten Materialien und die empfohlenen Methoden und Vorgehensweisen als effektiv für

die Schulkinder und als höchst förderlich für die Beziehung zwischen Lehrkraft und Klasse ein. Das demonstrieren die überwiegend positiven Rückmeldungen der durchführenden Lehrkräfte. 79% halten das Programm für gewinnbringend und sogar 85 % bejahen die Frage, ob das Programm der Klasse und der Lehrkraft Freude bereitet hat.

2. **Die Resonanz bei den teilnehmenden Schülerinnen und Schülern ist sehr positiv.**

Bei der qualitativen empirischen Untersuchung (Gruppendiskussion mit 5 zufällig ausgesuchten teilnehmenden Klassen) zeigt die inhaltsanalytische Auswertung, daß 3 von 5 Klassen deutlich von dem Programm profitieren. Alle 5 Klassen engagieren sich stark mit Vorschlägen für eine bessere Einbettung der „SOKRATES"- Stunde in den Unterrichtsalltag. Keine der 5 Klassen möchte auf Sokrates Stunden verzichten. 4 von 5 Klassen bewerten Inhalte und Methoden als sehr positiv und schätzen besonders die spielerischen und interaktiven Elemente des Programms. Diese würden sich nach Meinung der Schulkinder deutlich von den sonst „…eher langweiligen oder nur leistungsfordernden…" anderen Unterrichtsstunden absetzen.

3. **Das Programm setzt nachweisbar starke und statistisch signifikante Effekte in den traditionellen Zielbereichen von Gesundheitsförderung wie „gesundes Ernährungsverhalten und - wissen" „ Wissen um gesundheitliche Risiken" und „Förderung von Schutzverhaltensweisen". Es bewirkt signifikant günstigere Verhaltensstrategien und Überzeugungen insbesondere im Bereich der „Stress- und Konfliktbewältigung". Es führt zu Stärkung von „Achtsamkeit" und erhöht die „Resilienz".**

Kinder, die an diesem Programm teilgenommen haben, weisen - im Vergleich zur Kontrollgruppe - signifikant bessere Kenntnisse mehr Kenntnisse um gesundheitliche Risiken und gesundheitsfördernde Verhaltensmöglichkeiten im Bereich „ gesunde Ernährung und gesundes Ernährungsverhalten" auf. Sie zeigen deutliche Verbesserungen in ihren sog. Schutzverhaltensweisen, wie „Sicherheit im Straßenverkehr", „Sonnenschutz" und „Zahnhygiene".

In Bereichen der „Konflikt-, Problem- und Stressbewältigung" greifen sie signifikant häufiger zu positiven Bewältigungsstrategien; sie reagieren in solchen Situationen deutlich weniger mit Angst, Ärger oder gar Aggressionen sondern achten mehr auf sich, suchen Distanzierung durch Ruhe oder Entspannung oder holen sich Hilfe und Unterstützung durch andere Personen

Die nachgewiesenen Effekte sind signifikant (5%Niveau), sehr signifikant (1% Niveau) und teilweise auch höchst signifikant (unter 1%Niveau). Diese Ergebnisse konnten anhand der statistischen Analysen des Datenmaterials der vier eingesetzten standardisierten Testverfahren (GEKI, SSKJ 3-8, KIDS-SCREEN und Schmerzfragebogen nach Hüppe et. al) nachgewiesen werden (3malige Testung von 351 Schülerinnen und Schülern mit jeweils der gleichen Testbatterie und ausgewertet mit SPSS Analyseverfahren wie Regressionsanalyse und T-Test).

4. **Die Ergebnisse der Evaluation lassen den Schluss zu, dass das Programm eine sinnvolle und vor allem effektive Unterstützung für Schüler und Schülerinnen in dieser nicht einfachen Übergangsperiode zwischen 10 und 12 Jahren darstellt**.

Das Programm unterstützt so die Bildungsziele der weiterführenden Schulen. Es ergänzt diese, um die Bereiche der Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsförderung, also für Bereiche, die im weiteren Leben der Kinder die Rolle von Schlüsselkompetenzen einnehmen können.

7. Literaturverzeichnis (kann bei IFA angefordert werden)

8. Abstract

Sokrates ist ein modularisiertes zweijähriges Unterrichtsprogramm zur Stärkung eines gesundheitsfördernden Lebensstils und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung für das 5. und 6. Schuljahr. Es wird realisiert im Lebensraum Schule und durch geschulte Lehrkräfte in den Unterricht integriert. Dazu bietet es - gegliedert in thematisch relevante Module- detaillierte Unterrichtsmaterialien und methodisch-didaktische Vorschläge sowie begleitende Medienprodukte und Anregungen zur Schulentwicklung. Das Programm wurde 2015 bis 2017 implementiert und evaluiert. Die Evaluation wurde durchgeführt von der Universität Lübeck und der TH Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. An der Evaluation teilgenommen haben 351 Kinder in 14 Klassen von 5 Schulen in der Hansestadt Lübeck, aufgeteilt in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. Neben der Befragung der teilnehmenden Lehrkräfte und der Klassen wurden die Kinder im Verlauf der zweijährigen Programmdauer an drei Messzeitpunkten mit einem Set von standardisierten Fragebogen getestet.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Programm in den gewünschten Zielbereichen der Gesundheitskompetenzen und der sozial emotionalen Kompetenzen wirksam ist. So lässt sich nachweisen, dass die Kinder, die an dem Programm teilgenommen haben, im Vergleich zu der Kontrollgruppe hier deutliche und signifikante Verbesserungen erreicht haben.

Die Interventionsgruppe steigerte signifikant ihre Wissens- und Verhaltenskompetenzen in den klassischen Präventionsbereichen, wie dem des Ernährungsverhaltens und der Schutzverhaltensweisen (Zahnhygiene, Hautschutz und Straßenverkehr). Interessant erscheint hier, dass diese Zunahme bei Kindern mit Migrationshintergrund besonders markant ist.

Im Umgang mit Stress-, persönlichen Problemen und Konfliktsituationen konnten die am Programm teilnehmenden Kinder signifikant mehr günstige Einstellungen, Zuversicht und Bewältigungsstrategien ausbilden als die Kinder der Kontrollgruppe; sie gingen insgesamt achtsamer mit sich und ihrem Wohlbefinden um.

Im Bereich Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Schmerzen ließen sich bei der Interventionsgruppe positive Effekte auf die Häufigkeit schmerzbezogener Beeinträchtigungen im schulischen und familiären Bereich nachweisen.

Das Programm wurde vom weit überwiegenden Anteil (79%) der teilnehmenden Lehrkräfte als effektiv und gewinnbringend für die Klassengemeinschaft und die Beziehung von Lehrkraft und Klassen bewertet. Die teilnehmenden Kinder schätzten besonders die spielerischen und interaktiven Elemente des Programms und die humorvollen Beispiele und Aufgaben; nahezu alle möchten nicht auf die Sokrates-Stunden im Unterricht verzichten.

Die Evaluationsstudie belegt, dass das Sokrates Programm eine sinnvolle und effektive Unterstützung bei der Herausbildung eines gesundheitsfördernden Lebensstils darstellt. Die Konzeption lässt sich gut und flexibel in den allgemeinen Unterricht einbauen und hat positive Effekte auf das Klassenklima. In der oft schwierigen Übergangsphase zwischen Kindheit und Jugend unterstützt und ergänzt es damit die Bildungsziele der weiterführenden Schulen um die Bereiche der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderung.