

1. Problem und Themenhintergrund – Projektbegründung / Stand der Forschung

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind bedeutsame Themen der Sozialen Arbeit (vgl. Schilling/Zeller 2007, S. 121 ff.). Diese gewachsene Bedeutung belegen etliche Veröffentlichungen, die das Gesundheitsthema im Kontext der verschiedenen Handlungsfelder der Sozialen Arbeit aufgreifen und bearbeiten (vgl. Hurrelmann u.a 2007, Homfeld 2002, Klemperer 2010, Kuhn u.a 2009, Sting/Zurhorst 2000 u.v.a.m.). Zahlreiche gesundheitsbezogene Studienschwerpunkte sind inzwischen an Fachbereichen der Sozialen Arbeit etabliert, eigene Studiengänge der Gesundheitswissenschaft eingerichtet worden. Gleichzeitig hat sich die „Gesundheitswissenschaft“ als eigenständige Disziplin begründet (vgl. Blättner/Waller 2011; Hurrelmann u.a. 2006; Kolip 2002).

1.1 Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

Von gestiegenem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Über die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland lagen bis vor wenigen Jahren keine repräsentativen Daten vor. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts, der sogenannten KIGGS-Studie (2003-2006)¹, konnte erstmals ein Gesamtbild zur gesundheitlichen Lage und Situation von Kindern und Jugendlichen vorgelegt werden.

Zentrale Aussagen sind u.a.: Bei den aktuell 14,2 Mio. Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland leben, zeigt sich im Vergleich zu früheren Generationen eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Störungen sowie von den akuten zu den chronischen Erkrankungen. Dazu gehören u.a. frühe Eltern-Kind-Bindungs- und Regulationsstörungen, umweltmitbedingte Erkrankungen wie z.B. Allergien, Bewegungsmangel und Übergewicht, Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensprobleme:

- Bei 1,8 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren liegen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor.
- Bei 600.000 Kindern und Jugendlichen wurde bereits eine ADHS diagnostiziert.
- 1,5 Millionen der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren sind sportlich inaktiv.
- Etwa 750.000 der 3- bis 17-Jährigen sind adipös.
- Insgesamt weisen 22 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 12 bis 17 Jahren Symptome von Essstörungen auf. Mädchen sind davon etwa doppelt so häufig betroffen wie Jungen (unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere Krankheitsbilder zusammengefasst, neben Adipositas u.a. auch Magersucht, Ess-/Brechsucht und die *Binge Eating Disorder*. Essstörungen zählen damit zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen im Kindes- und Jugendalter).
- Darüber hinaus ist festzustellen, dass pro Jahr etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen mindestens eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung im häuslichen Bereich, in der Freizeit, beim Sport oder in der Schule erleiden.

Weitere epidemiologische Untersuchungen (z.B. die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie "Health Behaviour in School-aged Children" [HBSC-Studie]², die Life-child-Studie³) bestäti-

¹ Die Materialien zur KIGGS-Studie können im Internet auf der folgenden Seite des RKI bezogen werden:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html

² HBSC-Studie im Internet unter: <http://www.gbe->

[bund.de/gbe10/abrechnung.prc abr test logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchst ring=1446](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc abr test logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchst ring=1446)

gen diese Tendenzen. Psychische Störungen, Bewegungsmangel und falsche Ernährung von Kindern und Jugendlichen stehen bei diesen Untersuchungen immer wieder im Mittelpunkt der gesundheitlichen Risiken. Zu diesen Einzelthemen liegen ebenfalls spezifische Studien vor (z.B. DONALD – Studie zur Ernährungssituation, WIAD-Studie zum Bewegungsverhalten, eihms-survey zur Stressbewältigung), die diese Risikofelder der Krankheitsprävention differenziert ausweisen.

1.2 Kinder und Jugendgesundheit in der Jugendhilfe

Der 13. Kinder- und Jugendbericht⁴ (Sachverständigenkommission 2010), der vom Deutschen Jugendinstitut für die Bundesregierung erstellt wurde, befasst sich erstmals mit dem Aspekt der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe in Form einer Problem- und Leistungsbilanz. Im Mittelpunkt stehen Bedarf und Angebote im Biografieverlauf - von der vorgeburtlichen Schwangerenversorgung bis zu Maßnahmen für junge Erwachsene - unter besonderer Beachtung der Aspekte soziale Ungleichheit und Exklusion von Menschen mit Behinderung. Einen Fokus legt die Expertise auf die Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheits-, Bildungswesen und Behindertenhilfe sowie die Lücken zwischen diesen Versorgungssystemen.

Zu Recht betont der Kinder- und Jugendbericht, dass die bisher weitgehend auf den Erwerb von sozialem Lernen, auf die Vermittlung von kulturellen und personalen Kompetenzen sowie auf die Befähigung zu praktischem Handeln ausgerichtete pädagogische außerschulische Praxis in einem ganzheitlichen Sinne weiterzuentwickeln ist: Stärker als bisher müssen Körper bzw. Leiblichkeit sowie Gesundheit und Wohlbefinden Inhalte fachlicher Praxis der Kinder- und Jugendhilfe werden. Denn die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung lässt sich nur angemessen denken, wenn dabei Gesundheit und Wohlbefinden und damit auch die Achtsamkeit gegenüber dem Körper, dem eigenen wie dem der anderen, einbezogen sind (ebd. S. 17).

Die Sachverständigenkommission fordert, dass Gesundheitsförderung als fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu entwickeln sei. Im Mittelpunkt soll stehen, wie in den jeweiligen Handlungsfeldern (z.B. Einrichtungen der Kinderbetreuung, Kitas, Horteinrichtungen, Jugendzentren, Jugendverbänden, Jugend), ggf. im Zusammenspiel mit anderen Akteuren, altersgerecht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert und gesundheitliche Belastungen vermieden werden können.

1.3 Programme und Aktionen der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

Gesundheitsförderliche Programme sind zunehmend in den verschiedenen Handlungsfeldern von Kindern und Jugendlichen entwickelt worden. Konzepte der „Gesunden Schule“ sind entstanden und Gesundheit ist in zahlreichen Schulprofilen zu finden⁵. Den Stand der gesundheitsbezogenen Angebote und Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe beschreibt der 13. Kinder- und Jugendbericht ausführlich (ebd. S. 183 ff).

Sichtbar wird ein weit verzweigtes Netz von Angeboten für Eltern, Kinder, Jugendliche in den verschiedenen Einrichtungen und Leistungsbereichen, von der frühen Elternberatung, über die Erziehungs- und Betreuungseinrichtungen in Krabbelgruppen, Kitas und Horteinrichtungen für Kinder, bis hin zu Angeboten der verbandlichen Jugendarbeit, der Jugendarbeit des

³ Die Life-Child-Studie im Internet unter: <http://www.uni-leipzig.de/~life/forschungsschwerpunktkinder.html>

⁴ Den 13. Kinder- und Jugendbericht gibt es als Download auf den Internetseiten des Deutschen Jugendinstituts (www.dji.de) in der Rubrik (abgeschlossene) Projekte oder in gebundener Form als Bundestagsdrucksache 16/12860 kostenpflichtig beim Bundesanzeiger-Verlag

⁵ Auch Schulprofile in speziellen Themenfeldern der Gesundheitsförderung sind zu finden, z.B. Konzept der „Bewegten Schule“, Aktionen und Konzepte zur gesunden Ernährung an Schulen, Streitschlichter – und Antimobbing – Programme an Schulen etc.

organisierten Sport, der mobilen und offenen Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit, den Hilfen zur Erziehung und der Jugendberufshilfe.

Die Berichtersteller ziehen folgende Bilanz: „Während der 11. Kinder- und Jugendbericht noch forderte, dass ´die Förderung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in dem Sinne eine Aufgabe der Kinder und Jugendhilfe werden muss, dass sie die Prävention verstärkt, gesundheitsbewusste Lebensweisen fördert und die Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen unterstützt` (Deutscher Bundestag 2002, S. 49 in ebd. S. 240), kann heute festgehalten werden, dass in allen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe – wenn auch mit erkennbaren Unterschieden – das Thema auf der Tagesordnung steht und an vielen Stellen bereits mit der Umsetzung begonnen wurde. Der Gang durch die Praxisfelder offenbart eine breite Projektpraxis mit einem deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Kindertagesbetreuung“ (ebd. S. 240). Erkennbar sind in diesem Zusammenhang Schwerpunkte im Bereich gesundheitlicher Präventionsprojekte, wobei besonders die Themenkomplexe Bewegung, Ernährung und Körpererfahrung aufgegriffen werden. Selten werden jedoch diese Aspekte themenübergreifend bearbeitet!

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Leistungen und Angebote der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Schule, Kinder- und Jugendhilfe - im Vergleich zu Angeboten für Kinder - seltener auf Jugendliche als Zielgruppe ausgerichtet sind!

Eine Ursache könnte sein, dass Jugendlichen die Dimension bzw. Motivation Gesundheit subjektiv selbst kaum als bedeutsam erscheint.

Kinder seien die wichtigsten Adressaten von Gesundheitsförderung, meinen Schleider und Huse (2011, S. 107) „da das Gesundheitsverhalten vs. schädigendem Verhalten bei ihnen noch nicht determiniert ist, sie eine hohe Lernfähigkeit und –bereitschaft haben, Stoffwechsel und Immunologie noch nachhaltig geprägt werden können und sich Eltern und Bezugspersonen oft stark für die Gesundheit der Kinder interessieren“ . Bei Jugendlichen stehe „der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen maßgeblich entgegen, dass auf dieser Altersstufe manches gesundheitlich riskantes Verhalten (z.B. Alkoholkonsum) statistisch schon als ´normal´ betrachtet werden muss und eigenes gesundheitsgefährdendes Verhalten nicht als solches erkannt werden“ (ebd. S. 108).

Die Gegenwarts- und Erlebnisorientierung von Jugendlichen (vgl. Hurrelmann / Quensel 2012, Michels 2011) mag ein weiterer Grund für die Zurückhaltung bei gesundheitsfördernden Angeboten in der Praxis sein. Zwar leben auch Kinder erlebnis- und gegenwartorientiert, doch Jugendliche entscheiden sich oft gegen Apelle aus der Erwachsenenwelt für riskante Lebensstile. Eine Erklärung für riskante Lebensstile (vgl. Heindl 2007, S. 32) ist u.a., dass diese riskante Lebensstile kurzfristig positiv, verstärkende Wirkungen von Genuss und Spaß haben, positive Gefühle erzeugen, die sozial von relevanten Bezugsgruppen geteilt werden.⁶

Jugendliche gelten in der Gesundheitsförderung als „schwierige Zielgruppe“ und die Entwicklung entsprechender Konzepte in Theorie und Praxis ist eine große Herausforderung, die bisher nicht hinreichend wahrgenommen wird! Gleichwohl wird die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung mit Jugendlichen in der fachwissenschaftlichen Diskussion betont. Pinquart/Silbereisen (2009, S. 61) stellen hierzu fest: „Im Jugendalter entstehen und verfestigen sich viele gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten), und Verhaltensweisen der Jugendlichen sind die wichtigsten Ursachen für Todesfälle in diesem Altersabschnitt (z.B. Unfälle, Suizid). Damit ist das Jugendalter ein wichtiges Zeitfenster für Präventionsmaßnahmen“.

⁶ Weitere Erklärungen für gesundheitlich riskante Lebensstile sind nach Heindl (2007, S. 32) in Anlehnung an Faltermaier, T. (2005): Problematiken zeigen sich nicht unmittelbar, sondern Schäden entstehen als Langzeitfolgen; als Teil einer Alltagskultur betrifft Risikoverhalten zentrale Lebensbereiche wie Essen, Trinken, Bewegung, Sexualität; Ausprägung eines „unrealistischen Optimismus“ – mir passiert schon nichts!

1.4 Der EBS- Ansatz und das Projekt GUT-DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Als eines der wenigen Praxisprojekte, die diesem Anspruch systematischer gesundheitsfördernder Programmentwicklung für die Zielgruppe der Jugendlichen erfolgreich gerecht zu werden scheint, ist die Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Mehrfach wird im oben erwähnten 13. Kinder- und Jugendbericht die GUT DRAUF – Aktion als positives Beispiel erwähnt (Sachverständigenkommission 2010, S. 208 und 214 ff.).

GUT DRAUF ist ein Programm der BZgA zur Verbesserung der Gesundheit von Mädchen und Jungen im Alter von 12 bis 18 Jahren. Mit einem GUT DRAUF zugeordnetem Konzept „Tut mir gut“ richtet sich die BZgA mit ihrer Aktion an Kinder im Alter zwischen 5 bis 11 Jahren.⁷

Die Anfänge der Jugendaktion GUT DRAUF liegen bereits in den 1990er – Jahren und das Projekt hat sich kontinuierlich bis heute zu einem erfolgreichen Ansatz der Gesundheitsförderung entwickelt.⁸

Der inhaltliche Ansatz basiert auf dem EBS- Konzept. Mit dem EBS- Konzept ist gemeint, dass die GUT-DRAUF-Angebote sich auf die Inhaltsbereiche gesunde Ernährung, ausreichender Bewegung sowie gelingender Stressregulation beziehen.



Abbildung: EBS – Konzept der GUT DRAUF Aktion (eigene Darstellung)

Das gesundheitsrelevante Verhalten von Jugendlichen soll in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressregulation gefördert werden.

⁷ Hinweise auf das Projekt GUT DRAUF und weitere Informationen zu den nachfolgenden Ausführungen sind auf der Internetseite <http://www.gutdrauf.net/> zu finden. Ein Info – Flyer ist diesem Konzept beigelegt!

⁸ Rückblicke, Einblicke und wissenschaftliche Beiträge können dem Band 15 zur Gesundheitsförderung KONKRET entnommen werden (BZgA 2011).

Um dieses Ziel zu erreichen, werden GUT DRAUF-Angebote in den institutionellen Handlungsfeldern gefördert, in denen sich Jugendliche in ihrem Alltag aufhalten und hier ein qualifiziertes Angebot zur Gesundheitsförderung erhalten.

Die Institutionen in den Handlungsfeldern Schule, Jugendhilfe, Sportverein, Jugendreisen, Jugendunterkünfte und Ausbildungsbetriebe können sich als GUT DRAUF – Partner mit einem GUT-DRAUF-Gütesiegel der BZgA zertifizieren lassen, wenn sie in einem Auditverfahren die gesundheitsfördernde Qualität ihrer Strukturen und Angebote nach entwickelten Standards nachweisen.

Um diese GUT-DRAUF-Qualitätsstandards zu erreichen, müssen die Institutionen einen mehrstufigen Prozess der Beratung und Qualifizierung durchlaufen.

Ein wichtiges Element dieser Qualitätsentwicklung ist die Schulung der leitenden und pädagogischen Mitarbeiter_innen der GUT-DRAUF-Partnerorganisationen. In einer für die Partner kostenlosen Schulung erhalten die Multiplikatoren ein Basiswissen zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Angeboten und Maßnahmen in den Bereichen gesunde Ernährung, abwechslungsreiche Bewegung und gelingende Stressregulation. Methodische Qualitätskriterien wie beispielsweise „Partizipation“, „Erlebensorientierung“, „Verknüpfung von Aktion und Reflexion“ sind verknüpfend mit diesen Inhaltbereichen verbunden.

Als strategisches Element wird derzeit im Steuerungsgremium der GUT DRAUF – Aktion diskutiert, ob Interventionsmaßnahmen über die Eltern (ergänzend zum bisherigen Ansatz) geeignet erscheinen, das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen positiv zu beeinflussen.

1.5 Elterneinfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Für die konzeptionelle Arbeit der BZgA als Behörde insgesamt ist der Themenschwerpunkt „Gesund aufwachsen“ ein wichtiger „Baustein“ zukünftiger Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Eltern werden als zentrale Zielgruppe benannt, um eine gesunde Entwicklung von Kindern nachhaltig stärker als bisher zu fördern. Begründet wird diese Elternorientierung mit Aussagen, die bereits in einschlägigen Veröffentlichungen der Kindheitsforschung im Zusammenhang mit Gesundheit beschrieben und erarbeitet wurden (vgl. Röhrle 2007, S. 153 ff.). Der große Einfluss von Eltern auf das Verhalten, sowie Einstellungen und Motive von Kindern in verschiedenen Handlungsbereichen (so auch Ernährung, Bewegung und Stressregulation) wird in der Kindheitsforschung insgesamt betont. Und so zielt die Gesundheitsförderung von Kindern besonders auf die Kompetenzen der Eltern ab, die nicht vorausgesetzt werden (können).

Wenn Eltern mit ihren Einflüssen auf ihre Kinder (gemeint sind Kinder & Jugendliche) in der fachwissenschaftlichen Diskussion thematisiert werden, zeigt sich auch hier eine deutliche Akzentuierung der frühen bis mittleren Kindheitsphase. Das späte Kindheitsalter oder gar das Jugendalter ist im Vergleich nur selten umfassend bearbeitet und untersucht (vgl. beispielsweise Deusinger 2002; Flick 1998, S. 33 ff.; Ziegenhain 2007, S. 153 ff.).

Neben dem Mangel an theoretischen Diskursen und Modellen zum Einfluss der Eltern auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen sind auch praktische Ratgeber für Eltern meist auf das (frühe) Kindheitsalter bezogen (vgl. beispielsweise Petermann/de Vries 2007).

In der gesundheitspädagogischen Beratung wird die Einbeziehung der Eltern nicht empfohlen, „bestenfalls sollte also die Peergroup (und sei es nur qua Bezug auf ihre Werte) miteinbezogen werden“ (Schleider/Huse 2011, S. 108).

Auch auf der Ebene empirischer Untersuchungen zum Elterneinfluss finden sich fast ausschließlich Untersuchungen zum Kindheitsalter. Beispielsweise untersucht Wenzel (2008) im

Rahmen seiner empirischen Studie die „innerfamiliäre Lernkultur“ auf der Ebene der Eltern – Kind – Beziehung. Sommer 2000, der die Rolle sozialer Unterstützung bei der Aufnahme und Fortführung gesundheitsbezogenen Verhaltens in seiner empirischen Studie untersucht, nimmt dabei besonders die Kindheitsphase in den Blick.

Die Gründe für die geringe Thematisierung des Elterneinflusses auf Jugendliche in der Praxis der Jugendarbeit und Theorieexkursen mögen in den Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen liegen, die u.a. gerade die Loslösung vom Elternhaus und Elterneinfluss als notwendige (und gesunde) Herausforderung beschreiben. Die Loslösung von familiären Strukturen ist für Jugendliche ein wichtiger Schritt zur Entwicklung der eigenen Identität. „Familie ist in diesem Sinne auch ein Widerstandsort von Jugendlichen, an dem sich Differenzen und Unterschiedlichkeiten in der Auseinandersetzung mit den Eltern fast notwendigerweise ergeben müssen“ (Michels 2011, S. 20). Die Entwicklung der ökonomischen Selbständigkeit von Jugendlichen hat sich vor dem Hintergrund von Bildungsreform und Arbeitsmarktsituation durchschnittlich weiter in spätere Lebensalter verschoben. Jugendliche leben aus diesem Grund wieder länger bei ihren Eltern. In diesem Spannungsfeld zwischen Eltern und Jugendlichen sind Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten der beteiligten Personen (z.B. Essverhalten, Bewegungsverhalten und Stressregulation) anzunehmen, aber bisher weder in der Theoriebildung des Gesundheitsverhaltens (vgl. Ahlrich 1999, S. 187 ff.; Schwarzer 1996, S. 1 ff.) sowie in der empirischen Forschung hinreichend bearbeitet.

2. Forschungsinteresse und Zielsetzung der Untersuchung

Der Einfluss von Eltern auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen ist ein vernachlässigtes und bisher in Theorie und empirischer Forschung kaum bearbeitetes Thema. Wie die oben beschriebene Forschungslage verdeutlicht, liegen hier allenfalls fragmentarisch Ansätze vor. Gleichzeitig wurde die Relevanz einer solchen Theorie- und Modellbildung verdeutlicht. Das Forschungsvorhaben besitzt daher eine innovative Perspektive.

Ziel des Forschungsvorhabens ist die Untersuchung des Elterneinflusses auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen.

Auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens sollten dabei die Bereiche Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten und Stressregulation als besondere Felder untersucht werden.

Da keine empirischen Untersuchungen zum Setting der Fragestellungen im Forschungsfeld vorliegen, sollte eigene **empirische Untersuchung** Erkenntnisse zum Einfluss der Eltern auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen – besonders in den Bereichen Bewegung/Sport, Ernährung und Stressregulation hervorbringen, die zur Gestaltung von Interventionsprogrammen der Gesundheitsförderung geeignet Orientierung geben können.

3. Durchführung und Zeitplan

Die Arbeitsplanung war in folgenden Schritten geplant:

1. Phase (April bis Juli 2013)

Entwicklung der Untersuchungsinstrumente (Befragung von Eltern und Jugendlichen), Auswahl der Stichprobe aus dem Umfeld der GUT DRAUF-Aktion, Durchführung der Befragung, Sicherung der Untersuchungsergebnisse (bei Interviews durch Transkription, bei schriftlicher Befragung durch Aufnahme in eine Datenbank), Beschreibung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse.

2. Phase (August bis September 2013)

Zusammenfassung der Ergebnisse in einem Untersuchungsbericht. Berichterstattung über Untersuchungsergebnisse und Modellentwicklung in den Lenkungsgremien der BZgA. Diskussion über mögliche Schlussfolgerungen für die Einbeziehung der Eltern (Elternkompetenz) in die Planung von Maßnahmen in der GUT DRAUF-Aktion.

Dieser geplante Ablauf des Forschungsprojekts konnte aufgrund der Komplexität der Untersuchungen (Erstellung des Untersuchungsinstruments, Durchführung der Befragung an den beteiligten Schulen, Auswertungsaufwand der Daten) nicht eingehalten werden, so dass die Berichterstattung nunmehr erst Mitte 2014 erfolgen kann!

3.1 Beschreibung der Untersuchungsdurchführung

Die Erstellung des Untersuchungsinstruments erwies sich – entgegen der Planung – als sehr arbeits- und zeitaufwendig. Dies lag einerseits an den sehr umfangreichen Analysen vorhandener Untersuchungsinstrumente und in diesem Zusammenhang an der Erarbeitung eigenständiger Fragebogen-Items sowie der Entwicklung geeigneter Skalierungsformate. Andererseits waren zahlreiche Akteure in den Prozess der Instrumentenentwicklung mit einzubeziehen (z.B. Experten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, thematische Experten aus den Bereichen Stressregulation, Ernährung und Schule aus dem Projekt GUT DRAUF sowie den Experten des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg). Durch verschiedene Feedback-Schleifen, in denen der Fragebogen immer wieder diskutiert und verändert wurde, entstanden im Arbeitsplan des Forschungsprojekts erhebliche Verzögerungen. Hinzu kam, dass der Pre-Test des Fragebogens mit SchülerInnen durch die schwierige Zusammenarbeit mit den beteiligten Schulen zu weiteren Zeitverzögerungen geführt hat.

Schließlich konnte der Fragebogen erst Ende August fertig gestellt und mit 2500 Exemplaren an die Schulen verteilt werden (vgl. Fragebogen als Anlage 1 und Instruktionsanleitung für die LehrerInnen als Anlage 2).

Die Befragung wurde in Schulen aus der Aktion GUT DRAUF durchgeführt. In der Zeit von Mai bis Juli 2013 wurden die 53 potentiellen Schulen zur Mitarbeit an der Befragung angeschrieben (vgl. Schulanschreiben im Anhang – Anlage 3). Die Bereitschaft zur Durchführung der Befragung konnte nur nach mehrmaligen „Erinnerungsaktionen“ bei 15 Schulen erreicht werden, die insgesamt die Befragung von ca. 2500 SchülerInnen in Aussicht stellten. Die Befragung an den Schulen wurde zeitlich durch die unterschiedlichen Sommer- und Herbstferienzeiten in den verschiedenen Bundesländern erschwert. Zudem stellte sich die Herstellung der Elterneinverständniserklärungen als sehr schwierig heraus (vgl. Anlage 4: Elterneinverständniserklärungen). In einer Schule wurde der Fragebogen von den Eltern diskutiert – was nicht in der Absicht der Untersuchungsleitung lag, da hier mögliche Quellen einer Verzerrung der Antworten durch die Jugendlichen zu befürchten waren – und die Schule zog nach dieser Diskussion ihre Zusage der Beteiligung zurück (Teile der Befragung gingen Eltern zu weit in den privaten Erziehungsbereich hinein!). Bis Ende November wurden nun insgesamt 1.522 Fragebögen von 12 Schulen zurück geschickt.

3.2 Dateneingabe und Auswertung der Ergebnisse

Die Dateneingabe und Berechnung erfolgte im Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum in Berlin (SFZ), die diese Arbeiten über einen Werkvertrag (finanziert aus den Forschungsdrittmitteln der BZgA) übernommen haben (vgl. Anlage 5: Leitungsübersicht des SFZ). Die zugeschickten Fragebögen von an der FHD mit entsprechender Kennung erfasst und dann schließlich an das SFZ verschickt.

Parallel zu den beschriebenen Arbeiten, die mit der Erstellung des Forschungsinstruments und der Erhebung der Forschungsdaten verbunden waren, wurden intensive fachwissenschaftliche Arbeiten zum Forschungsthema unternommen, die in der fachlichen Fundierung des Gesamtberichts eingeflossen sind.

Hierzu gehörten u.a.:

- Erstellung von synthetischen Variablen z.B. Sozialstatus der Eltern, Migrationshintergrund der Jugendlichen
- Erfassung und Berechnung des Erziehungsstils der Eltern
- Diskussion, Analyse, Interpretation und Darstellung der Untersuchungsergebnisse
- Formulierung von Hypothesen zum Zusammenhang von Ergebnisdimensionen (Berechnung und Interpretation von Kreuztabellen) sowie deren Darstellung und Interpretation

Im Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum in Berlin (SFZ) waren Thomas Hanf, Reinhold Liebscher und Heidrun Schmidtke maßgeblich an der Untersuchung beteiligt. Ohne die Zahlreichen fachlichen Diskussionen und Berechnungen der Daten, wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

4. Mitwirkende und Kooperationspartner

Das Forschungsprojekt wurde in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) realisiert. Die BZgA ist eine Bundesbehörde und untersteht dem Bundesgesundheitsministerium.⁹

Die Kooperation der FHD mit der BZgA besteht seit mehreren Jahren. So wurden bereits Lehrveranstaltungen im Fachbereich mit dem GUT DRAUF-Basisbildungszertifikat versehen, welches die studentischen Teilnehmer_innen erhielten. Die Mitwirkung des Untersuchungsleiters in der Projektberatung ist im Bereich des Qualitätsmanagements bereits seit Jahren gegeben.

Neben der finanziellen Unterstützung erfolgte über die Zusammenarbeit mit der BZgA ein Zugang zur Untersuchungsstichprobe (Eltern und Jugendliche). Die Kontakte der Partnerorganisationen konnte systematisch genutzt werden.

Auch bei der Erstellung des Untersuchungsinstruments (Fragebogen) waren Mitwirkende des Projekts GUT DRAUF einbezogen. Wichtige Hinweise zur Fertigstellung des Fragebogens kamen von Prof. Dr. A. Lohaus, Prof. Dr. B. Methfessel, Dr. M. Ommen, Prof. Dr. N. Posse, Prof. Dr. S. Schaal und Benita Schulz.

Bereits in der Vorbereitung wurde die Mitwirkung von zwei studentischen Mitarbeiterinnen genutzt (C. Berkenkamp und B. Wendt).

⁹ Die Anschrift der BZgA ist 51109 Köln, Ostmerheimer Str. 220. Die Aufgaben und Themenfelder der BZgA können im Internet nachgelesen werden unter: <http://www.bzga.de/>

5. Finanzierung des Projekts

Kosten für das Forschungsvorhaben entstanden durch Reisen im Kontext der Untersuchungsdurchführung und Berichterstattung sowie ggf. für die Mitwirkung von studentischen Mitarbeiter_innen. Insbesondere die Mitarbeit des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums (SFZ) – die über einen Werkvertrag abgewickelt wurde – erzeugte Kosten, die durch die Zuwendung der BZgA in Höhe von 6.200 € bezahlt werden konnten.

6. Hinweise zur Ergebnisdarstellung der Untersuchung

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse (Fragebogen mit Angaben und fehlenden Werten Anlage 6) erfolgt in 7 Kapiteln.

- Beschreibung der Stichprobe der Untersuchung

In diesem Teilkapitel werden die soziodemografischen Angaben der Untersuchungsstichprobe dargestellt. Zudem werden die Strukturen der Schulen thematisiert, die synthetischen Variablen (Sozialstatus und Erziehungsstil der Eltern) diskutiert und beschrieben.

- Dimensionen des Gesundheitsverhaltens der Jugendlichen

Die Items zum Gesundheitsverhalten der Jugendlichen werden in diesem Teilkapitel beschrieben.

- Dimensionen des Bewegungsverhaltens der Jugendlichen und der Eltern

Im Mittelpunkt dieses Teilkapitels steht die Ergebnisdarstellung der Items, die sich auf das Bewegungs- und Sportengagement der Jugendlichen und Eltern beziehen. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach soziodemografischen Merkmalen wird vorgenommen und beschrieben. Bezogen auf verschiedene Zusammenhänge von Merkmalsausprägungen werden Hypothesen aufgestellt und durch die Berechnung von Kreuztabellen überprüft. Dies gilt besonders für Zusammenhänge zwischen dem Elternverhalten und dem Bewegungsverhalten bzw. Sportengagement der Jugendlichen.

- Dimensionen des Ernährungsverhaltens der Jugendlichen und der Eltern

Wie im Kapitel zuvor werden in diesem Teilkapitel die Ergebnisse der Items zum Ernährungsverhalten der Jugendlichen und Eltern sowie unterschiedlichen Differenzierungen und zusammenhängenden Korrelationen beschrieben und analysiert.

- Dimensionen des Stressregulationsverhaltens der Jugendlichen und der Eltern

Die Items zur Stressregulation werden in diesem Teilkapitel analog zur Darstellungsstruktur der beiden vorangegangenen Kapitel dargestellt und analysiert.

- Kenntnisse der Jugendlichen zu GUT DRAUF und Einschätzungen zur Partizipation der Eltern

Die Items zur Kenntnis der Jugendlichen sowie zur Einschätzung der Jugendlichen, ob sich ihre Eltern an einem Interventionsprogramm im Kontext der Gesundheitsförderung an ihrer Schule beteiligen würden, steht im Mittelpunkt dieses Teilkapitels.

- Zusammenfassung der Erkenntnisse zum Einfluss der Eltern auf das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen in den Bereichen Bewegung/Sport, Ernährung und Stressregulation

Die Untersuchung erzeugte eine Vielzahl an Informationen zum Gesundheitsverhalten der Jugendlichen und deren Eltern. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammenfassend dargestellt, die sich auf den Elterneinfluss auf das Gesundheitsverhalten – in den Bereichen Bewegung/Sport, Ernährung und Stressregulation – formulieren lassen.