

HEPS

supports school health policy



HEPS Inventory Tool

Ein Tool zur Bestandsaufnahme und Qualitätsbewertung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung

German language

■ IMPRESSUM

Titel

HEPS Inventory Tool

Ein Tool zur Bestandsaufnahme und Qualitätsbewertung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung

Autoren

Kevin Dadaczynski, Peter Paulus, Nanne de Vries, Silvia de Ruiter, Goof Buijs

Danksagung

S. Bowker (Welsh Assembly Government, Wales), E. Flaschberger (Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research, Österreich), S. Nic Gabhainn (National University of Ireland, Galway, Irland), A. Jociute (State Environmental Health Centre, Litauen), A. Lee (NHS Health Schottland), D. Piette (Freie Universität Brüssel, Belgien), V. Simovska (Danish School of Education, Aarhus Universität, Kopenhagen, Dänemark), K. Sokou (Institut für Kindergesundheit, Griechenland), N.G. Viig (Universität Bergen, Norwegen), N. de Vries (Universität Maastricht, Niederlande), B. Woynarowska (Universität Warschau, Polen).

Wir möchten dem Bildungspanel des HEPS Projektes für dessen Anmerkungen und Beiträge danken.

Erscheinungsdatum

Mai 2010

NIGZ-Code: OJ072131

ISBN/EAN: 978-90-6928-265-7

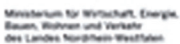
Anschrift: Customer Service NIGZ, P.O. Box 500, NL - 3440 AM Woerden, Niederlande

Die vorliegende Veröffentlichung kann kostenfrei über die HEPS Website bezogen werden:
www.hepseurope.eu

Finanzierung

Die vorliegende Veröffentlichung ist ein Ergebnis des HEPS Projekts, das im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsprogramms der Europäischen Union gefördert wurde.

Das HEPS Projekt wird von der niederländischen Organisation für Gesundheitsforschung und -entwicklung (ZonMw) mitfinanziert.



provincie limburg



Übersetzt durch Wilkens c.s. Medical Translations. Diese Veröffentlichung wurde nicht rückübersetzt, um Genauigkeit zu gewährleisten. Weder NIGZ noch die HEPS Partner sind für etwaige Ungenauigkeiten verantwortlich.

© NIGZ, 2010. Die Vervielfältigung dieser Veröffentlichung oder eines Teils dieser Veröffentlichung im Folio- oder Digitalformat ist ohne vorherige schriftliche Genehmigung nicht gestattet. Anfragen bezüglich der Vervielfältigung der Abbildungen oder des Textes sind an folgende Adresse zu richten: Uitgeverij NIGZ – P.O. Box 500 – NL - 3440 AM Woerden – Niederlande – E-Mail: uitgeverij@nigz.nl

HEPS Inventory Tool

Ein Tool zur Bestandsaufnahme und zur Qualitätsbewertung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung

Kevin Dadaczynski, M.Sc. ¹⁾

Peter Paulus, Ph.D ¹⁾

Nanne de Vries, Ph.D ²⁾

Silvia de Ruiter, M.Sc. ³⁾

Goof Buijs, M.Sc. ³⁾

¹⁾ Leuphana Universität Lüneburg

²⁾ Universität Maastricht, Niederlande

³⁾ Niederländisches Institut für Gesundheitsförderung NIGZ

■ INHALT

Einführung	5
1 Der Bedarf an Qualität in der (schulischen) Gesundheitsförderung	9
1.1 Historische Entwicklung und Definition grundlegender Begriffe	9
1.2 Über welche „Qualität“ reden wir?	11
1.3 Das HEPS Qualitätsmodell	12
2 Das HEPS Inventory Tool	13
2.1 Der HEPS Prozess der Bestandsaufnahme	13
2.1.1 Schritt 1: Einrichtung einer Arbeitsgruppe	13
2.1.2 Schritt 2: Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien	13
2.1.3 Schritt 3: Erfassung relevanter Interventionen und Informationen	14
2.1.4 Schritt 4: Analyse und Beschreibung der Intervention	14
2.1.5 Schritt 5: Überprüfung und Feedback	14
2.1.6 Schritt 6: Veröffentlichung der Ergebnisse	15
2.1.7 Schritt 7: Periodische Aktualisierungen	17
2.2 Die HEPS Qualitätscheckliste	17
2.2.1 Bewertung von Interventionen – Allgemeines Vorgehen	17
2.2.2 Bewertung und Interpretation der Indikatoren und Qualitätsdimensionen	18
2.2.3 Potenzielle Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge	19
3 Das HEPS Inventory Tool in der Praxis: Zwei Beispiele	21
3.1 Das “Children’s Health Interventional Trial” (CHILT) aus Deutschland	21
3.2 Das Schulungsprogramm “Growing through adolescence” aus Schottland	26
Anhang 1 HEPS Qualitätscheckliste	29
Anhang 2 Glossar grundlegender Begriff	45
Literaturverzeichnis	51

■ EINFÜHRUNG

Das Wohlergehen unserer Kinder ist uns ein wichtiges Anliegen; sie sind die Zukunft Europas. Derzeit ist etwa jedes vierte Kind übergewichtig. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, unterstützt das HEPS Projekt Länder in Europa bei der positiven und nachhaltigen Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung an Schulen. Dabei nutzt HEPS den Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung als effektives Mittel für die Entwicklung schulischer Gesundheitspolitik. Als europäisches Projekt ist HEPS mit dem SHE Netzwerk (Schools for Health in Europe network) verbunden und verfolgt folgende allgemeine Ziele:

1. Die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von effektiven nationalen Strategien und nachhaltigen Programmen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen aller EU-Mitgliedsstaaten.
2. Die Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung von umfassenden, nachhaltigen und evidenzbasierten Schulprogrammen in den Mitgliedsstaaten zur Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung auf der Grundlage des Konzepts der gesundheitsfördernden Schule.

In den EU-Mitgliedsstaaten gibt es zahlreiche Initiativen, die auf eine Reduzierung der Anzahl übergewichtiger Kinder abzielen und dabei einen praxisnahen Ansatz im Hinblick auf die Entwicklung von Aktivitäten, Programmen und Unterrichtsmethoden verfolgen. Derzeit verfügt jedoch keines der EU-Mitgliedsstaaten über ein effektives nationales Schulprogramm. Als europaweites Projekt für die Entwicklung nationaler Strategien möchte HEPS diese Lücke schließen. Bei der nachhaltigen Umsetzung dieser Programme an den Schulen möchte HEPS die erforderliche Unterstützung bereitstellen.

→ Das HEPS Schoolkit

- Im Rahmen des HEPS Projekts soll das HEPS Schoolkit entwickelt werden. Das HEPS Schoolkit soll die EU-Mitgliedsstaaten bei der Entwicklung von nationalen Strategien zur Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen unterstützen. Es basiert auf dem Konzept der gesundheitsfördernden Schule und umfasst die folgenden sechs Module:

- 1. HEPS Guidelines: ein Set an grundlegenden Prinzipien zur Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen, das sich an Organisationen richtet, die in den Ländern Europas auf nationaler Ebene tätig sind.
- 2. HEPS Advocacy Guide: ein Tool für all diejenigen, die sich für die Entwicklung einer nationalen Schulpolitik zur Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung einsetzen.
- 3. HEPS Inventory Tool: ein Set an Qualitätskriterien für Schulprogramme zur Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung.
- 4. HEPS Tools for Schools: ein Manual, das allen Schulen in den EU-Mitgliedsstaaten als Grundlage für die Einführung und Umsetzung eines Schulprogramms zur Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung dienen soll.
- 5. HEPS Teacher Training: ein Fortbildungsprogramm für Lehrkräfte im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen.
- 6. HEPS Monitoring Tool: eine Methode mit der überprüft werden kann, wie effektiv das HEPS Schoolkit in den einzelnen Mitgliedsstaaten umgesetzt wurde.

ÜBER DAS HEPS INVENTORY TOOL

Dieses Tool soll als Orientierungshilfe für die Entwicklung einer strukturierten Bestandsaufnahme von verfügbaren (nationalen oder regionalen) schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung dienen. Anhand des Tools sollen seine Nutzer einschätzen können, wie eine gute schulische Intervention in diesem Bereich aufgebaut ist. Mit Hilfe der in Kapitel 2 und in Anhang 1 vorgestellten Qualitätsindikatoren können EU-Mitgliedsstaaten die Qualität von bestehenden schulischen Interventionen bewerten und eine nachhaltige Qualitätsentwicklung fördern.

Im vorliegenden Dokument wird der Begriff „Intervention“ definiert als „geplante gesundheitswissenschaftlich basierte Maßnahmen, die auf die systematische

und nachhaltige Änderung individuellen Verhaltens und/oder der Rahmenbedingungen ausgerichtet sind. Gesundheitsinterventionen zielen dabei entweder auf die Förderung der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens (Gesundheitsförderung) oder auf die Prävention von Krankheiten ab“ (1).

Das HEPS Inventory Tool ist in zweierlei Hinsicht komplementär: Einerseits dient das Tool als Leitfaden für die Erstellung einer Bestandsaufnahme aller verfügbaren schulischen Interventionen; andererseits gibt das Tool eine Reihe von Qualitätsindikatoren vor, welche die einzelnen EU-Mitgliedsstaaten auf der Grundlage ihrer eigenen Erfahrungen und Entwicklungen weiter ausbauen können. Außerdem stellt das HEPS Inventory Tool als Bestandteil des HEPS Schoolkits eine Ergänzung zu den anderen HEPS Modulen dar, welche ebenfalls den Prozess der Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen unterstützen

ZIELE UND ZIELGRUPPE DES INVENTORY TOOLS

Das HEPS Inventory Tool soll alle im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung aktiven Personen und Institutionen dabei unterstützen, die Qualität und Transparenz von schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung auf strukturierte Weise zu fördern. Als Hauptbestandteil des HEPS Inventory Tools stellt die HEPS Qualitätscheckliste ihren Nutzern Indikatoren zur Verfügung, mit denen die Qualität von bestehenden schulischen Interventionen in diesem Bereich bewertet werden kann. Das Inventory Tool gewährleistet, dass umfassende Erkenntnisse über die Qualität der schulischen Gesundheitsförderung sowohl Gesundheits- als auch Bildungsaspekte beinhalten. Mithilfe standardisierter Qualitätsindikatoren und eines entsprechenden Rahmenmodells sollen die Benutzer dazu angeregt werden, eine Bestandsaufnahme aller bestehenden Interventionen in diesem Bereich zu erstellen. Dies schafft die Voraussetzung dafür, eine auf Qualitätskriterien basierte Empfehlung vielversprechender schulischer Interventionen vornehmen zu können.

Die wichtigste Zielgruppe des HEPS Inventory Tools sind nationale und regionale Einrichtungen, unter anderem staatliche Organisationen (z. B. Ministerien oder Kommunen), öffentliche Organisationen (z. B. Krankenkassen) sowie nichtstaatliche oder private

Organisationen (z. B. Stiftungen oder Verbände), die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und insbesondere im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung aktiv sind. Die vorliegende Publikation soll diese Interessengruppen bei der Erstellung einer nationalen oder regionalen Bestandsaufnahme bestehender schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung unterstützen.

Dabei gehören Schulen nicht zur direkten Zielgruppe des HEPS Inventory Tools. Schulen können jedoch die Qualitätsbewertung und die Bestandsaufnahme als Grundlage für die Auswahl von Interventionen heranziehen, welche ihren Qualitätsanforderungen und den schulischen Anforderungen entsprechen. Auch für Anbieter von bereits entwickelten Interventionen und für Organisationen, die neue Interventionen entwickeln, kann das HEPS Inventory Tool von Nutzen sein, da dieses relevante Qualitätskriterien sowie Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung von Interventionen aufzeigt.

WARUM UND WOFÜR WIRD DAS HEPS INVENTORY TOOL VERWENDET?

Aufgrund der Tatsache, dass in Europa die Zahl der Schüler mit Übergewicht stets weiter ansteigt, wird in den meisten EU-Mitgliedsstaaten die Entwicklung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung vorrangig behandelt. Auch wenn internationale Untersuchungsergebnisse eine Reihe von Indikatoren erbracht haben, welche die Qualität gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Schule bestimmen, haben die meisten EU-Mitgliedsstaaten bisher keine Qualitätsverfahren, welche einen spezifischen Fokus auf schulspezifische Interventionen aufweisen. Es besteht daher eine Lücke zwischen den auf Studien basierenden Erkenntnissen und dem, was in der Praxis umgesetzt wird (2). Ausgehend von dem Konzept der gesundheitsfördernden Schule stützt sich das HEPS Inventory Tool auf internationale Erfahrungen und Belege im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung. Mithilfe von einheitlichen Qualitätsindikatoren will das HEPS Inventory Tool die oben genannte Lücke schließen. Regionale und nationale Interessensgruppen aller EU-Mitgliedsstaaten sollen ferner dazu angeregt werden, ihr Engagement im Bereich der Qualität und Qualitätsentwicklung zu forcieren.

Das HEPS Inventory Tool schlägt bestimmte Methoden und Strategien für die systematische Erfassung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung vor, wobei der Schwerpunkt auf der Qualitätsbewertung und der Qualitätsentwicklung liegt. Das HEPS Inventory Tool bietet:

- ein schrittweises Vorgehen zur Entwicklung einer nationalen oder regionalen Bestandsaufnahme bestehender schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung;
- ein umfassendes Verständnis im Hinblick auf Qualität und dessen Dynamik im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung;
- spezifische Qualitätsindikatoren, mit Hilfe derer die Qualität bereits entwickelter schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung umfassend beurteilt werden kann.

Alle Module des HEPS Inventory Tools sollen als Inspirationsquelle dienen, die seine Nutzer durch den Prozess der Qualitätsentwicklung und Qualitätsentwicklung leitet. Da der Entwicklungs- und Erfahrungsstand in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten stark voneinander abweicht, wurde das HEPS Inventory Tool so konzipiert, dass es an die spezifischen Anforderungen der einzelnen EU-Mitgliedsstaaten angepasst werden kann.

■ KAPITEL 1

DER BEDARF AN QUALITÄT IN DER (SCHULISCHEN) GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Das folgende Kapitel bietet eine Einführung in das Feld der Qualität von (schulischer) Gesundheitsförderung. Dabei sollen die historische Entwicklung, die verschiedenen Verständnisse sowie die wichtigsten Definitionen des Begriffs Qualität und verwandter Begriffe aufgezeigt werden. Weiterhin werden unterschiedliche Qualitätsansätze auf Ebene der Schule erläutert. Schließlich soll das HEPS Qualitätsmodell vorgestellt und erläutert werden.

1.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG UND DEFINITION GRUNDLEGENDER BEGRIFFE

In den letzten zehn Jahren haben Begriffe wie Qualität, Qualitätsentwicklung und -bewertung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Qualität ist mittlerweile zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsförderung geworden. Während es nach Verabschiedung der Ottawa Charta (3) ausreichend war, überhaupt gesundheitsförderliche Aktivitäten zu unternehmen, wird aktuell erwartet, dass entsprechende Interventionen in diesem Bereich bestimmte Standards zu erfüllen haben. Mittlerweile müssen alle Anbieter sicherstellen, dass ihre Aktivitäten bestimmten qualitativen Anforderungen entsprechen und die beabsichtigten Ziele erreichen. Dies ist das Ergebnis verschiedener Entwicklungen, wie zum Beispiel der zunehmenden Professionalisierung sowie der Tatsache, dass sich die Gesundheitsförderung als wirksames Pendant zum traditionellen medizinischen Modell, welches auf eine lange Entwicklungsgeschichte zurückblickt, behaupten muss (3). Zudem gilt in Zeiten mangelnder Finanzmittel, dass messbare Qualität zu einer Grundvoraussetzung für die Bereitstellung von Fördermitteln ist.

Als Folge dieser Entwicklung wurde eine stärkere Betonung auf die Entwicklung von Qualitätskonzepten und -instrumenten gelegt, welche die Qualität der gesundheitsförderlichen Praxis und Forschung verbessern sollen. Viele der derzeitigen Entwicklungen basieren auf Methoden und Konzepten, welche im medizinischen Bereich ihren Ursprung haben (z. B. die evidenzbasierte Medizin). Auch wenn diese Methoden und Konzepte für den medizinischen Sektor nützlich

sind, ist es nicht möglich, diese uneingeschränkt auf den Bereich der Gesundheitsförderung zu übertragen (3, 4). Die Gesundheitsförderung, einschließlich der schulischen Gesundheitsförderung, stützt sich auf andere Werte und Grundsätze. Das SHE Netzwerk (Schools for Health in Europe network) hat für die schulische Gesundheitsförderung in Europa folgende fünf Werte und Grundsätze definiert: Gleichheit, Befähigung zur Selbsthilfe (Empowerment), Handlungskompetenz, Demokratie und Partizipation (5). Es ist bedeutend, dass die Qualität im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung auf diesen Prinzipien und Werten beruht.

Auch wenn Qualität und andere verwandte Begriffe wie Qualitätssicherung im Bereich der (schulischen) Gesundheitsförderung mittlerweile weit verbreitet sind, mangelt es bislang noch an einer allgemeinen Definitionen für diese Termini. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass Qualität auf unterschiedlichen persönlichen oder institutionellen Interessen, Wahrnehmungen, Interpretationen sowie Verständnissen (z. B. Ideale von Gesundheit und Krankheit) beruht. Um dieser Tatsache ausreichend Rechnung zu tragen, wird allgemein zwischen einer „Experten-“, einer „Nutzer-“ als auch einer „Management-Perspektive“ unterschieden (6, 7).

Die **Perspektive des Experten** bezieht sich auf Fachkräfte im Bereich der Gesundheitsförderung und fragt danach, ob die Intervention oder Maßnahme auf Wissen basiert und ob deren Umsetzung in einer Weise realisiert wird, die den Anforderungen von Experten gerecht wird. Diese Perspektive wird auch „technische Qualität“ genannt. Die **Perspektive des Nutzers** hingegen konzentriert sich auf diejenigen Personen, denen die Intervention zugute kommen soll. Im Rahmen dieser Perspektive wird geprüft, ob die Intervention bzw. Maßnahme der Zielgruppe das bietet, was diese möchte oder benötigt (Aspekt der Zufriedenheit usw.). Schließlich wird im Rahmen der **Management-Perspektive** geprüft, ob die verfügbaren Ressourcen effizient eingesetzt werden.

Diese drei Perspektiven machen deutlich, wie schwer es ist, Qualität umfassend zu definieren. Das weit verbreitete Konzept des American Institute of Medicine definiert Qualität als „das Ausmaß, in dem Gesund-

Tabelle 1: Qualitätsbewertung auf Schulebene (Auswahl)

Qualitätsbewertungstools auf Setting-/Schulebene	Land
Audit Gesunde Schule	GER
Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung	GER
Healthy schools assessment tool	UK
INDI9 – Self evaluation tool for Czech HPS model	CZ
Instrumente für Qualitätsentwicklung und Evaluation an Schulen (IQES)	GER
National healthy school audit	UK
Qualitäts-Kriterien gesundheitsfördernder Schulen/Radiales Profil	CH
School Mental health quality assessment questionnaire (SMHQAQ)	USA
The health promotion school national certificate	POL

Tabelle 2: Qualitätsinstrumente zur Bewertung von Gesundheitsinterventionen (Auswahl)

Qualitätsbewertungstools für Gesundheitsinterventionen	Land
Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	GER
European quality instrument for health promotion (EQUIHP)	EU
Preffi („Prevention Effect Management Instrument“)	NL
Qualität in der Prävention (QiP)	GER
Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	GER
Quint essenz	CH
SchoolBeat Checkliste	NL
Succeeding with health promotion projects	SE
The program plan index	USA

heitsleistungen für Individuen oder Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen“ (8).

Auch wenn bei dieser Definition der Schwerpunkt auf dem Fachwissen (Experten-Perspektive) und den Gesundheitsoutcomes liegt, eignet sie sich dennoch als Ausgangspunkt für die Erklärung zweier unterschiedlicher Qualitätsparadigmen (9). Beim ersten wird die Qualität zu einem bestimmten Zeitpunkt anhand bestimmter Kriterien und Standards bewertet („Erfüllungsparadigma“). Sobald eine Maßnahme oder Intervention die Kriterien und Standards erfüllt, gilt diese als qualitativ. Beim dynamischeren „Optimierungsparadigma“ liegt der Fokus nicht nur auf der Erfüllung bestimmter Kriterien, sondern auf der kontinuierlichen und systematischen Verbesserung der Qualität einer Intervention. Da die schulische Gesund-

heitsförderung von ihrem Wesen her sehr komplex ist und in einer Umwelt agiert, die ständigen Veränderungen unterworfen ist, sollte das Optimierungsparadigma eine primäre Bedeutung einnehmen. Das HEPS Inventory Tool sollte daher nicht ausschließlich auf die Bewertung der Qualität von schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung begrenzt sein, sondern auch Wege zur ihrer Qualitätsverbesserung aufzeigen.

Ein weiterer wichtiger Begriff, der in den Bezugsrahmen des Optimierungsparadigma fällt, ist die „Qualitätssicherung“. Auch wenn dieser Begriff unterschiedlich gebraucht wird, besteht dahingehend Einigkeit, dass sich die Qualitätssicherung auf einen kontinuierlichen und dynamischen Prozess bezieht, im Rahmen dessen wünschenswerte Qualitätsstufen bewertet und gegebenenfalls Maßnahmen zur seiner

Verbesserung eingeleitet werden (10, 11). Dieser Prozess schließt Aktivitäten wie die Festlegung von Qualitätsstandards, die Messung der Ergebnisse, Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität sowie regelmäßige Überprüfungen mit ein (11).

Das HEPS Inventory Tool ist auf die Qualitätssicherung gerichtet und schafft die Voraussetzungen für Qualitätsverbesserungen. Innerhalb des Prozesses sollen Bereiche aufgedeckt werden, deren Qualität unzureichend ist und daher verbessert werden müssen. Da es sich hierbei um ein fortlaufendes und dynamisches Verfahren handelt, kann die Qualitätssicherung als ein kontinuierlicher Zyklus von Bewertung und Verbesserung umschrieben werden. Dies unterscheidet die Qualitätssicherung von der Evaluation, die sich eher auf Outcomes, die zu einem bestimmten (End-) Zeitpunkt vorliegen, konzentriert..

1.2 ÜBER WELCHE „QUALITÄT“ REDEN WIR?

Wenn von Qualität die Rede ist, ist der Bezugsrahmen nicht immer deutlich. Bei der schulischen Gesundheitsförderung können mindestens zwei Ebenen unterschieden werden (12).

a) Qualität von Settings und Organisationen

Diese Qualitätsebene bezieht sich sowohl auf die gesundheitsfördernde Schule als auch auf die Schule als Organisation. Es gibt zahlreiche unterschiedliche Ansätze, welche die Qualität aus der Settingperspektive betrachten. Die meisten dieser Ansätze betten Qualität in entsprechende Politik- und Strategierichtlinien ein.

In diesem Zusammenhang kann der Erfolg von Schulen anhand von internen und externen Audits beurteilt werden. Audits können auch Indikatoren zur Messung der Bildungsqualität umfassen und somit einen direkten Vergleich mit gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren ermöglichen (z. B. Instrumente zur Qualitätsentwicklung und Evaluation an Schulen (IQES, SEIS-Anschub). Eine Auswahl dieser Tools ist in Tabelle 1 aufgeführt.

b) Qualität von Gesundheitsinterventionen im Setting Schule

Diese Qualitätsebene bezieht sich mehr auf bestimmte Gesundheitsinterventionen, die häufig von externen Gesundheitsdiensten angeboten werden. Um beurteilen zu können, ob diese Interventionen die Qualitätsanforderungen erfüllen, bedarf es bestimmter Kriterien und Indikatoren. Auch wenn hier Fortschritte erzielt wurden, richten sich die meisten der in diesem Bereich in den letzten Jahren entwickelten Qualitätsinstrumente auf allgemeine gesundheitsfördernde Interventionen und weniger auf settingspezifische Angebote innerhalb der Schule. In Tabelle 2 sind einige dieser Qualitätsinstrumente aufgeführt.

Bei der Bewertung von Qualität muss deutlich sein, auf welchen Bezugsrahmen sich die Bewertung bezieht. Aufgrund des Mangels an schulbasierten Qualitätsinstrumenten liegt der Fokus des HEPS Inventory Tools auf schulische Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung.

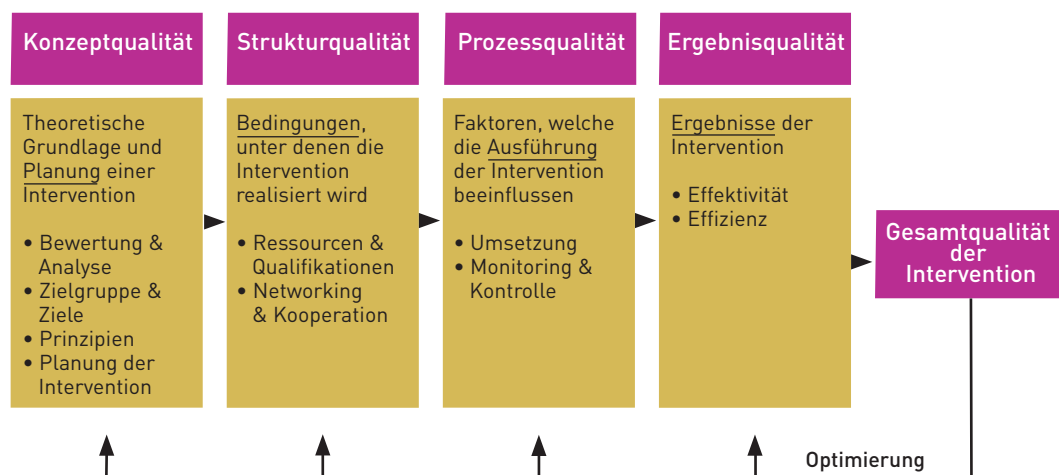


Abbildung 1: Das zyklische HEPS Qualitätsmodell

1.3 DAS HEPS QUALITÄTSMODELL

Wie bereits erwähnt, handelt es sich beim Begriff Qualität um ein breit gefasstes Konzept, das auf verschiedenen Perspektiven beruht. Um die Qualität von schulischen Interventionen in ihrem gesamten Umfang bewerten zu können, müssen alle relevanten Aspekte einer Intervention in Betracht gezogen werden und nicht nur ein bestimmter Aspekt, wie zum Beispiel die erzielten Ergebnisse. Nach Donebedian kann Qualität auf der Grundlage der folgenden drei Dimensionen beurteilt werden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (13).

Mit der **Strukturqualität** sind in erster Linie die Bedingungen gemeint, unter welchen die Intervention realisiert wird. Hierzu zählen zum Beispiel die Organisationsstruktur, materielle Ressourcen (z. B. Geräte), finanzielle Ressourcen sowie personelle Ressourcen (z. B. qualifizierte Mitarbeiter). Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Aktivitäten, die im Verlauf der Implementation der Intervention vollzogen werden, wie zum Beispiel Support, Überwachung, Erreichbarkeit und Akzeptanz der Zielgruppe. Die **Ergebnisqualität** umfasst die erwünschten und unerwünschten Veränderungen innerhalb der Zielgruppe und des Settings. Von hoher Bedeutung sind hierbei Aspekte der Effektivität und der Effizienz.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden diese Dimensionen häufig übernommen und angewendet. Dabei wurde an anderer Stelle vorgeschlagen, dass die Qualität einer Intervention auch andere Aspekte wie die Analyse und Planung zu berücksichtigen habe (9, 14). Da sich beide Aspekte auf dieselbe Phase einer Intervention beziehen, wird an dieser Stelle der Begriff der **Konzeptqualität** verwendet. Diese Dimension nimmt Bezug auf die konzeptuelle Grundlage der Intervention und umfasst unter anderem die Bedarfsanalyse, die Definition der Zielgruppen und Zielsetzungen sowie die Entwicklung von Interventionsmethoden.

Das HEPS Qualitätsmodell (siehe Abbildung 1) baut auf die oben beschriebenen Qualitätsdimensionen auf. Als strukturierte Abfolge (Sequenz) spiegelt das Modell einen ganzheitlichen Qualitätsansatz wider. Um die Qualität einer gesundheitsbezogenen Intervention beurteilen zu können, sollte jede Qualitätsdimension berücksichtigt werden. Wie das dargestellte Modell zeigt, beeinflusst jede der Dimensionen die jeweils folgende. So können zum Beispiel Fehler, die in der

Planungsphase auftreten, zu Unstimmigkeiten und Umsetzungsproblemen in der Prozess- und Evaluationsphase führen. Wenn in der Planungsphase keine oder lediglich unspezifische Ziele formuliert wurden, können diese im Rahmen der Evaluation nicht hinreichend bewertet werden. Ausgehend vom Optimierungsparadigma ist das HEPS Qualitätsmodell als Zyklus konzeptualisiert. Das bedeutet, dass die Ergebnisse der Qualitätsbewertung für eine kontinuierliche Optimierung der Qualität genutzt werden sollten.

■ KAPITEL 2

DAS HEPS INVENTORY TOOL

Anhand des HEPS Inventory Tools ist es möglich, eine nationale oder regionale Bestandsaufnahme aller bestehenden schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung zu erstellen. Im Folgenden soll zunächst erläutert werden, wie eine solche Bestandsaufnahme schrittweise erarbeitet werden kann. Im zweiten Teil soll auf die HEPS Qualitätscheckliste als Hauptbestandteil des Inventory Tools eingegangen werden.

2.1 DER HEPS PROZESS DER BESTANDSAUFNAHME

Mit Hilfe der systematischen Erfassung von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung kann eine Übersicht bestehender Interventionen geschaffen werden, die den Schulen die Auswahl von Interventionen, welche ihren Anforderungen und Erwartungen entspricht, erleichtert. Die Erarbeitung einer Bestandsaufnahme sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene wird Zeit und personelle Ressourcen in Anspruch nehmen. Eine klare Struktur kann den zeitlichen Aufwand erheblich strukturieren. Folgende sieben Schritte werden hierbei vorgeschlagen:

1. Einrichtung einer Arbeitsgruppe
2. Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien
3. Erfassung relevanter Interventionen und Informationen
4. Analyse und Beschreibung der Intervention
5. Überprüfung und Feedback
6. Veröffentlichung der Ergebnisse
7. Periodische Aktualisierungen

In den folgenden Abschnitten sollen die einzelnen Schritte näher erläutert werden.

2.1.1 Schritt 1: Einrichtung einer Arbeitsgruppe

Zunächst muss eine Arbeitsgruppe gegründet werden, welche die Aufgabe hat, die bestehenden schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung zu erfassen. Auch wenn es

hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung keine Einschränkungen gibt, sollte jedes Mitglied über Erfahrung im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung, der gesunden Ernährung oder körperlichen Bewegung verfügen. Die Arbeitsgruppe kann sich aus Mitgliedern einer oder mehrerer Organisationen zusammensetzen, die im Idealfall sowohl aus dem Bereich der Gesundheitsförderung als auch dem Bildungssektor stammen sollten. Da die Entwicklung einer nationalen Bestandsaufnahme zeit- und arbeitsintensiver ist, sollten der Arbeitsgruppe in einem solchen Fall mehrere Stakeholder angehören (z. B. Ministerien, Universitäten und Stiftungen). Um Missverständnissen im Hinblick auf die Rolle der Mitglieder vorzubeugen, empfiehlt es sich, zu Beginn des Arbeitsprozesses die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der einzelnen Mitglieder festzulegen.

2.1.2 Schritt 2: Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien

Bevor mit einer Bestandsaufnahme verfügbarer schulischer Interventionen begonnen wird, sollten der Schwerpunkt sowie die Kriterien für die Aufnahme von Interventionen festgelegt werden. Je spezifischer die Einschlusskriterien formuliert sind, desto gezielter kann nach entsprechenden Interventionen recherchiert werden. Bei der Definition von Einschlusskriterien können folgende Fragen hilfreich sein: *An welche Zielgruppe sollte sich die Intervention richten? Welcher Reichweite sollte die Intervention sein? Auf welche geographische Ebene sollte die Intervention abzielen? Welchen Gegenstand sollte die Intervention abdecken?*

Ausgehend vom Konzept der gesundheitsfördernden Schule können folgende Einschlusskriterien als sinnvoll bezeichnet werden:

- Die Intervention wird hauptsächlich im Schulsetting umgesetzt, also an Primar- und Sekundarschulen.
- Die Intervention zielt auf Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren ab und/oder auf das unterrichtende bzw. nicht unterrichtende Schulpersonal.
- Schwerpunkt der Intervention ist die Gesundheitsförderung und Prävention. Interventionen, deren Schwerpunkt auf der Therapie oder der Rehabilitation liegt, werden nicht berücksichtigt.

- Die Intervention zielt auf gesunde Ernährung und körperliche Bewegung ab und umfasst ebenfalls Aspekte der psychischen Gesundheit.
- Die Intervention wurde bereits entwickelt und wird aktuell auf nationaler (oder regionaler) Ebene umgesetzt.
- Es liegen ausreichend Informationen über die Intervention vor.

2.1.3 Schritt 3: Erfassung relevanter Interventionen und Informationen

Nachdem die Einschlusskriterien definiert wurden, kann die Arbeitsgruppe damit beginnen, die Interventionen zu erfassen, welche diesen Kriterien entsprechen. Die Art der erforderlichen Informationen hängt u.a. von den im zweiten Schritt definierten Einschlusskriterien, von den zuvor festgelegten Beschreibungsdimensionen (siehe Schritt 4) sowie von den für die Bewertung der Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen ab (siehe Abschnitt 2.2).

Für die Identifikation relevanter Interventionen können verschiedene Quellen zu Rate gezogen werden. Hierzu zählen zum Beispiel Onlinedatenbanken, Veröffentlichungen oder Informationen, die im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen erfasst wurden. Auf nationaler Ebene haben viele EU-Mitgliedsstaaten Datenbanken entwickelt, auf die mit Hilfe einer Suchmaschine zugegriffen werden kann. Hier sind zum Beispiel die Datenbank für Ernährung und Bewegung (peb), die Datenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland, die „I-database“ in den Niederlanden oder die Datenbank Gesunde Schule in Österreich zu nennen (siehe Abschnitt „Nützliche Internetquellen“ am Ende des Dokuments). Als Ausgangspunkt für die systematische Erfassung von verfügbarer Literatur können wissenschaftliche Datenbanken hilfreich sein. Andere relevante Quellen sind die nationalen oder regionalen Netzwerke zur schulischen Gesundheitsförderung sowie die nationalen Koordinatoren des SHE Netzwerkes, die in die Arbeitsgruppe einbezogen oder um Informationen über bestehende Interventionen gebeten werden können. Darüber hinaus können Organisationen, die im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen aktiv sind in Form einer Umfrage zu bestehenden schulischen Interventionen in diesem Bereich befragt werden. Sobald entsprechende Informationen identifiziert wurden, ist es sinnvoll, Kontakt mit dem Anbieter der Intervention aufzu-

nehmen, um zusätzliche Informationen (z. B. Evaluationsergebnisse) anzufordern.

2.1.4 Schritt 4: Analyse und Beschreibung der Intervention

Nachdem alle relevanten Interventionen erfasst wurden, müssen die Informationen zu jeder Intervention systematisiert und analysiert werden. Bei der Systematisierung werden relevante von irrelevanten Informationen getrennt und die Daten derart zusammengefasst, dass eine deutliche und umfassende Beschreibung der Intervention erstellt werden kann. Die Analyse ist Bestandteil der Qualitätsbewertung; ihr Ergebnis sollte in die Beschreibung der Intervention aufgenommen werden. In Abschnitt 2.2 wird ausführlich beschrieben, wie eine Qualitätsbewertung einer schulischen Intervention im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung durchzuführen ist. Die Qualitätsbewertung und die Beschreibung der Intervention sollten von mindestens zwei Personen vorgenommen werden. Dadurch können die Ergebnisse der Qualitätsbewertung und die Beschreibung miteinander verglichen und etwaige Unterschiede diskutiert bzw. ausgeräumt werden. Um einen direkten Vergleich zwischen den in die Bestandsaufnahme aufgenommenen Interventionen ziehen zu können, sollte ein standardisiertes Beschreibungsformat verwendet werden. Auf der Grundlage bestehender Beschreibungsdimensionen (15-17) wurde ein Format entwickelt, welches verschiedene für Schule und weitere Interessensgruppen relevante Kategorien enthält. In Kapitel 3 sind zwei Beispiele aufgeführt, denen dieses Beschreibungsmodell zugrunde liegt.

2.1.5 Schritt 5: Überprüfung und Feedback

Schließlich sollte der Anbieter der Intervention darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass seine Intervention in die Bestandsübersicht aufgenommen wurde. Der Anbieter sollte gebeten werden, die Beschreibung zu überprüfen und gegebenenfalls zu vervollständigen. Dadurch wird der Anbieter in den Entwicklungsprozess einbezogen, womit die Fehlerwahrscheinlichkeit reduziert werden kann.

Jeder Anbieter, dessen Intervention in die Bestandsübersicht aufgenommen wurde, sollte über das Ergebnis der Qualitätsbewertung eine Rückmeldung erhalten. Wie bereits in Kapitel 1 angeführt wurde, ist das

HEPS Inventory Tool ein Instrument zur Qualitätssicherung (siehe Abschnitt „HEPS Qualitätsmodell“). Dies erfordert ebenfalls Maßnahmen zur Optimierung der Qualität (11), wobei das Geben von Feedback an die Anbieter der Intervention eine entsprechende Möglichkeit darstellt. Jedes Feedback sollte die Ergebnisse der Bewertungen der einzelnen Qualitätsdimensionen sowie eine Beschreibung der Stärken und Schwächen der Intervention umfassen. Je detaillierter diese Beschreibungen sind (insbesondere in Bezug auf die Schwächen), desto effektiver kann der Anbieter Veränderungen zur Verbesserung der Intervention vornehmen. Eine gute Möglichkeit die Bewertungsergebnisse zu veranschaulichen ist, einen Vergleich mit den Qualitätsergebnissen aller anderen Interventionen vorzunehmen. Diese Benchmarks können für alle Qualitätsdimensionen (Konzept, Struktur, Prozess, Ergebnis) oder für die ein-

zelnen Kriterien der HEPS Qualitätscheckliste (Abschnitt 2.2) verwendet werden. Zusätzlich zum Feedback über die Schwächen der Intervention können auch Maßnahmen zu deren Optimierung genannt werden.

2.1.6 Schritt 6: Veröffentlichung der Ergebnisse

Nachdem alle Interventionsbeschreibungen von den Anbietern geprüft wurden, kann das Bestandsverzeichnis veröffentlicht werden. Mögliche Barrieren, die eine Verbreitung der Übersicht bei den Organisationen verhindern, die am meisten davon profitieren könnten (z. B. Schulen oder Interessensgruppen aus dem Gesundheitssektor), sollten weitestgehend vermieden werden. So könnte die Bestandsübersicht beispielsweise kosten-

Tabelle 3: Format für die Beschreibung von schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung

Kategorie	Beschreibung
1. Titel	Name der Intervention.
2. Anbieter	Kurze Beschreibung des Anbieters, der die Intervention bereitstellt, einschließlich Art der Organisation und Kontaktdaten.
3. Zielgruppe	Informationen zur (primären und sekundären) Zielgruppe der Intervention unter Berücksichtigung des Alters, der Klassenstufe, des Geschlechts und sozioökonomischer Merkmale.
4. Ziele	Genau Beschreibung der Ziele, die mit der Intervention verfolgt werden. Gibt es kurz- und langfristige Ziele? Zielt die Intervention auf die Prävention eines bestimmten gesundheitsgefährdenden Verhaltens oder auf die Förderung von Kompetenzen oder Bedingungen, die eine gesunde Ernährung und/oder körperliche Bewegung fördern?
5. Reichweite	Informationen zur Reichweite der Intervention. Dies beinhaltet auch Informationen zur Umsetzungsebene (klassenbasiert, Schulebene oder das weitere Schulumfeld).
6. Inhalt	Neben einer Beschreibung der allgemeinen Inhalte sind hier die einzelnen Elemente der Intervention ausführlich aufzuführen. Diese können in Kategorien eingeteilt werden, zum Beispiel: verhaltens- vs. verhältnisbezogenen Inhalte, Komponenten auf Klassenebene vs. Schulebene.

7. Methoden & Didaktik	Beschreibung der Methoden und der Didaktik, die im Rahmen der Intervention angewendet werden, zum Beispiel Wissensvermittlung, gruppenspezifische Übungen, Fortbildungen usw. Ferner sind hier die bei der Umsetzung verwendeten Materialien (Broschüren, DVDs etc.) zu nennen.
8. Dauer	Informationen zur Dauer der Intervention, einschließlich des übergreifenden Zeitrahmens, der für die gesamte Intervention veranschlagt wird sowie die für einzelne Module/Elemente/Sitzungen benötigte Zeit (einschließlich Anzahl der Sitzungen pro Woche) etc.
9. Umsetzung des Programms	Informationen zu den Kompetenzen, über welche die Personen verfügen müssen, die das Programm umsetzen. Hierzu zählen eine Beschreibung der erforderlichen Qualifikationen sowie etwaiger Schulungen, die zur Umsetzung der Intervention erforderlich sind. Falls einzelne Module unterschiedliche Qualifikationen und berufliche Erfahrungen erfordern, sollten auch hierzu Informationen gegeben werden.
10. Schulung/ Manual	Hier ist anzugeben, ob Lehrkräfte bzw. die Personen, die das Programm ausführen, an einem Fortbildungskurs teilnehmen sollten und/oder ob dieser angeboten wird. Unter welchen Bedingungen, für welche Zielgruppen und mit welcher Häufigkeit wird dieser angeboten? Gibt es ein Manual zur Intervention?
11. Kosten	Informationen zu den gesamten Kosten, die für die Ausführung der Intervention aufzuwenden sind. Insbesondere die Kosten für die Schulen, darunter Personal- und sonstige Kosten (Fortbildungen, Material), Ressourcen für die Vorbereitung usw. sind hier zu nennen.
12. Evaluation	Informationen zur Evaluation der Intervention in Bezug auf Prozesse und Ergebnisse sind hier zu nennen. Welche Art von Evaluation wurde durchgeführt (Prozessevaluation, Wirksamkeitsevaluation, Evaluation von Kosten-Nutzen etc.)? Wurden die Wirkungen der Intervention im Hinblick auf die Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung dokumentiert?
13. Qualitätsbewertung	Auf Basis der Ergebnisse der HEPS Qualitätscheckliste wird hier die Qualität der Intervention angegeben. Neben Informationen zu den Qualitätsdimensionen, wird die Gesamtqualität der Intervention bewertet und deren Stärken und Schwächen aufgezeigt. Eine Empfehlung, ob die Intervention als „Model guter Praxis“ dient, kann gegeben werden.
14. Verschiedenes	Hier sind alle Informationen aufzuführen, die nicht in den obigen Kategorien genannt wurden, jedoch unerlässlich für das Verständnis der Intervention sind (z. B. Literaturangaben).

los oder sehr günstig abgegeben werden. Eine flächendeckende Verbreitung kann ferner erzielt werden, indem man sich mit unterschiedlichen Strategien an unterschiedliche Zielgruppen wendet. So wäre zum Beispiel die Durchführung einer Konferenz denkbar, auf welcher die Bestandsübersicht vorgestellt und verbreitet wird. Auch sollte den Interessensgruppen, die auf regionaler oder nationaler Ebene im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung aktiv sind und/ oder Schulen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung unterstützen, ein Exemplar der Bestandsübersicht zugesendet werden. Entsprechend tätige Organisationen können ihrerseits ebenfalls zur Verbreitung beitragen. Auch das Internet als effektives Verbreitungsmedium sollte ausreichend berücksichtigt werden. Das HEPS Inventory Tool kann auf verschiedenen bildungs- und gesundheitsbezogenen Websites, die für gesundheitsbezogene Interessensgruppen und für Schulen relevant sind, eingestellt werden. Ferner können entsprechende Newsletterdienste genutzt werden, um auf die Bestandsübersicht hinzuweisen. Die Ergebnisse der Übersicht könnten ebenfalls in bestehende themenrelevante Datenbanken übertragen werden (siehe Schritt 3). Falls keine regionale oder nationale Datenbank besteht, könnte die Bestandsübersicht schulischer Interventionen Anlass für die Neuentwicklung einer solchen sein.

2.1.7 Schritt 7: Periodische Aktualisierungen

Entsprechend des zyklischen Verständnisses von Qualitätssicherung kann die Qualitätsentwicklung als ein fortlaufender Prozess der Bewertung und Verbesserung beschrieben werden. Folglich muss nach einer bestimmten Periode die Qualität einer Intervention erneut geprüft werden. Dadurch kann die Qualität einer Intervention zu verschiedenen Zeitpunkten miteinander verglichen werden, um festzustellen ob diese eine positive Qualitätsentwicklung durchlaufen hat. Angesichts der zunehmenden Bedeutung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der schulischen Interventionen auf diesem Gebiet in den nächsten Jahren steigen wird. Es empfiehlt sich daher, das Bestandsverzeichnis schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung regelmäßig zu aktualisieren.

2.2 DIE HEPS QUALITÄTSCHECKLISTE

Als wichtigste Komponente des HEPS Inventory Tools enthält die HEPS Qualitätscheckliste eine Reihe von Kriterien und Indikatoren, anhand derer die Nutzer die Qualität bestehender schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung bewerten können. Diese Checkliste kann ferner als Grundlage für die Entwicklung von neuen schulischen Interventionen im Gesundheitsbereich dienen. Die Kriterien und Indikatoren sind das Ergebnis einer umfassenden Analyse bestehender Qualitätsinstrumente im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (18-24) und basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung an Schulen (25-37). Ausgehend von dem im Abschnitt 1.3 beschriebenen HEPS Qualitätsmodell wurden den einzelnen Qualitätsdimensionen unterschiedliche Kriterien zugeordnet, die wiederum eine Reihe von relevanten Indikatoren umfassen. Ein Indikator kann als „speziell ausgewähltes Maß, welches auf eine gute oder schlechte Qualität hinweist“ definiert werden (10). Die HEPS Qualitätscheckliste wurde von regionalen und nationalen Interessensgruppen aus der Gesundheitsförderung und Bildung in verschiedenen EU-Mitgliedsstaaten getestet. Die HEPS Qualitätscheckliste ist dem Anhang 1 zu entnehmen. Im Folgenden werden Instruktionen zur Nutzung der Checkliste gegeben.

2.2.1 Bewertung von Interventionen – Allgemeines Vorgehen

Die HEPS Qualitätscheckliste umfasst 37 Indikatoren, welche auf zehn Kriterien und vier Qualitätsdimensionen verteilt sind. Die Indikatoren sind sowohl für den Bereich der Gesundheitsförderung als auch für den Bereich der Bildung relevant. Das zugrundeliegende Qualitätsmodell (siehe Abschnitt 1.3) ermöglicht eine umfassende Qualitätsbewertung aller Phasen einer Intervention (Planung, Umsetzung und Evaluation).

Im Allgemeinen bezieht sich die Qualitätsbewertung auf die schulische Intervention selbst (also auf die Frage, wie der Anbieter diese geplant und organisiert hat) und nicht auf die Art und Weise, auf welche die Intervention an einer spezifischen Schule umgesetzt wurde. Wenn man berücksichtigt, dass die Qualitätscheck-

liste ein Bewertungstool ist, sollte die Bewertung auf der Grundlage von veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Informationen des Anbieters vorgenommen werden und nicht auf der Grundlage der Erfahrungen der jeweiligen Schule.

Quellen für die Bewertung

Zu den verwendungsfähigen Quellen zählen veröffentlichte Materialien wie Manuale, Bücher und wissenschaftliche Artikel, die sich mit der Evaluation oder dem theoretischen Modell einer bestimmten Intervention befassen. Auch die Ergebnisse externer Evaluationen können in die Qualitätsbewertung aufgenommen werden. Falls die Informationslage unzureichend ist, kann der Anbieter um zusätzliche Informationen wie zum Beispiel unveröffentlichte Berichte, Fallstudien, Manuale etc. gebeten werden. Informationen, die nicht in schriftlicher Form zur Verfügung stehen, sollten für die Qualitätsbewertung auch nicht verwendet werden (siehe Abschnitt 2.2.3).

Gutachter

Wie bereits in Abschnitt 2.1.4 erwähnt, sollte die Qualitätsbewertung einer Intervention von mindestens zwei voneinander unabhängigen Gutachtern durchgeführt werden. Dies hat den Vorteil, dass die Bewertungsergebnisse miteinander verglichen und etwaige Diskrepanzen diskutiert und geklärt werden können. Beide Gutachter sollten möglichst mit dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention vertraut sein, insbesondere mit dem Bereich der schulischen Gesundheitsförderung. Da die Qualitätscheckliste für das Schulsetting entwickelt wurde, sollte jede schulische Intervention im Idealfall von einer Fachperson aus dem Bildungssektor und einer Fachperson aus dem Bereich der Gesundheitsförderung bewertet werden (18). Dadurch kann gewährleistet werden, dass die schulische Realität auf angemessene Weise berücksichtigt wird. Ferner empfiehlt es sich, bei der Bewertung durch einen unerfahrenen Gutachter eine erfahrene Fachperson hinzuzuziehen.

Hilfsmittel zur Bewertung

Um die Arbeit mit den in der HEPS Qualitätscheckliste aufgeführten Indikatoren zu vereinfachen und um sicherzustellen, dass diese auf einem einheitlichen Verständnis basieren, wurden die einzelnen Indikatoren ausführlich beschrieben (siehe Anhang 1). Vor der Beurteilung der Qualität einer Intervention sollten die Erläuterungen zu den einzelnen Indikatoren sorgfältig

gelesen werden. Aus diesen geht hervor, was mit jedem Indikator gemeint ist und wann die an diesen Indikator gestellten Anforderungen erfüllt sind. Die in der Qualitätscheckliste neben jedem Qualitätsindikator aufgeführte Seitenzahl verweist auf die Seite, auf welcher der jeweilige Indikator ausführlicher beschrieben ist. Ferner wurde ein Glossar zu den in der Checkliste verwendeten wichtigsten Begriffen erstellt, das im Anhang 2 aufgeführt ist.

Zeitaufwand

Wie viel Zeit benötigt wird, um die Qualität einer Intervention anhand der HEPS Qualitätscheckliste zu beurteilen, ist abhängig von verschiedenen Aspekten, wie zum Beispiel dem Umfang der Intervention, der Verfügbarkeit von Informationen sowie der Erfahrung des Gutachters. Die Ergebnisse des Pre-Tests zeigen, dass die für eine Bewertung benötigte Zeit variiert. Gutachter, die bereits über Erfahrung im Bereich der Qualitätsbewertung und im Umgang mit der HEPS Qualitätscheckliste verfügen, werden weniger Zeit für die Beurteilung benötigen.

2.2.2 Bewertung und Interpretation der Indikatoren und Qualitätsdimensionen

Um aufzudecken, ob jeder Indikator Schwächen oder Stärken aufweist, wurde in der HEPS Qualitätscheckliste ein Bewertungsformat integriert. Zur Bewertung der einzelnen Indikatoren stehen drei Bewertungsoptionen zur Verfügung: „Ja“, „Teilweise“ und „Nein“, wobei jede Option einer anderen Punktzahl entspricht.

Ja (2 Punkte):	zeigt an, dass die Anforderungen des Indikators in vollem Umfang erfüllt wurden.
Teilweise (1 Punkt):	zeigt an, dass die Anforderungen des Indikators zum Teil erfüllt wurden.
Nein (0 Punkte):	zeigt an, dass die Anforderungen des Indikators nicht erfüllt wurden.

Wenn ein Indikator aufgrund mangelnder Informationen nicht bewertet werden kann, kann dieser mit „Nein“ (nicht erfüllt, 0 Punkte) bewertet werden. Am Ende der Bewertung einer Dimension müssen die einzelnen Punkte summiert und die Summe in das Feld

„Gesamtpunktzahl“ eingetragen werden. Nachdem die Gesamtpunktzahl berechnet wurde, kann der Wert mit der Bewertungstabelle, welche am Ende einer jeden Dimension zu finden ist, verglichen und interpretiert werden. Im Ergebnis kann jede Dimensionen mit einer hohen Qualität (2 Punkte), einer durchschnittlichen Qualität (1 Punkt) oder einer niedrigen Qualität (0 Punkte) bewertet werden (siehe rechte Spalte „Endpunktzahl“).

Nach der Bewertung und Interpretation jeder Qualitätsdimension kann ein finaler Gesamtwert errechnet werden (rechte Spalte). Anhand der Gesamtbewertungstabelle am Ende der Checkliste kann festgestellt werden, ob die gesamte Intervention von hoher, durchschnittlicher oder niedriger Qualität ist.

Um die Qualität einer schulischen Intervention im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung richtig interpretieren zu können, empfiehlt es sich, nicht nur die Gesamtbewertung der Intervention, sondern auch die Bewertungsergebnisse für die einzelnen Dimensionen zu berücksichtigen. Dies ermöglicht ein detailliertes Bild der Intervention mit ihren Stärken und Schwächen.

Wie bereits in Abschnitt 2.1.5 erwähnt wurde, lassen sich die Ergebnisse der Qualitätsbewertung noch besser veranschaulichen, indem man die Ergebnisse bzw. Punktzahlen einer Intervention mit den Ergebnissen aller anderen Interventionen vergleicht. Anhand dieses Benchmarks können ebenfalls verbesserungsfähige Bereiche ermittelt werden. Wenn die Qualitätsbewertung aller schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung abgeschlossen ist, können die erzielten Punktzahlen in eine Datenbank übertragen werden. Nachdem für die bewerteten Interventionen der erreichte Durchschnittswert aller Qualitätsdimensionen errechnet wurde, kann ermittelt werden, welche der Interventionen über oder unter dem Durchschnittswert liegt. Bei diesem Vorgehen ist jedoch zu beachten, dass die Interventionen auch vergleichbar sein müssen, also ähnliche Rahmenbedingungen aufweisen sollten, wie zum Beispiel die Art der Schule, die Reichweite, die Umsetzungsebene usw.

2.2.3 Potenzielle Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge

Auch wenn die HEPS Qualitätscheckliste ihre Nutzer in der Bewertung der Qualität von schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung unterstützen möchte, können bei der Arbeit mit der Checkliste verschiedene Probleme auftreten. Im Folgenden sollen einige dieser potenziellen Probleme aufgeführt und Lösungsvorschläge genannt werden.

Erfassung von Informationen

Für die Bewertung einer schulischen Intervention sind viele Informationen erforderlich, wie zum Beispiel publizierte Materialien und Bücher etc., aber auch unveröffentlichte Informationen, wie zum Beispiel so genannte „graue Literatur“. Es ist möglich, dass zu bestimmten Indikatoren keine Informationen eingeholt werden können, welche die Bewertung des betreffenden Indikators erlauben würde. Dies gilt insbesondere für unveröffentlichte Informationen, deren Zugang eingeschränkt ist, oder für solche Fälle, in denen schlichtweg keine Informationen vorliegen. Um sicherzustellen, dass alle verfügbaren Informationen in die Bewertung mit einfließen, empfiehlt es sich, bereits in einem frühen Stadium den Anbieter in den Bewertungsprozess zu integrieren. Informationen, die nicht schriftlich vorliegen (z. B. eine mündliche Mitteilung des Anbieters) können nicht für die Bewertung verwendet werden. Informationen, die dem Gutachter nicht zur Verfügung stehen, stehen auch der Person nicht zur Verfügung, welche die Intervention durchführen sollen. Dies kann als Qualitätsmangel bewertet werden.

Qualifikation des Gutachters

Ein weiteres Problemfeld betrifft den Gutachter, also die Person, welche die HEPS Qualitätscheckliste anwendet. Die für die Arbeit mit der Checkliste benötigten Kenntnisse und Erfahrungen sollten nicht unterschätzt werden. Es ist daher sinnvoll, unerfahrene Personen zunächst zu schulen, um fehlerhaften Qualitätsbewertungen vorzubeugen. Darüber hinaus sollte die Bewertung so objektiv wie möglich vorgenommen werden. Der Gutachter sollte keinesfalls von äußeren Umständen beeinflusst werden, die einer unvoreingenommenen Qualitätsbewertung im Wege stehen. Es wäre beispielsweise unangemessen, wenn ein Gutachter, der die Qualität einer Intervention bewerten soll, persönlich an deren Entwicklung beteiligt war.

Verschiedene Interventionsarten

Es wird davon ausgegangen, dass alle in der HEPS Qualitätscheckliste formulierten Indikatoren große Relevanz für alle bestehenden schulischen Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung haben. Aufgrund gewisser Unterschiede können jedoch bestimmte Indikatoren für bestimmte Interventionsarten von größerer Bedeutung sein als andere. Auch wenn generell zwischen verschiedenen Formen gesundheitsfördernder Interventionen unterschieden werden kann (19, 22), sind für die HEPS Qualitätscheckliste lediglich zwei Interventionsformen relevant. Hierbei handelt es sich um Interventionen, die bereits entwickelt und umgesetzt, jedoch noch nicht evaluiert wurden sowie um Interventionen, die entwickelt, umgesetzt und evaluiert wurden. Für bereits evaluierte Interventionen können alle Indikatoren problemlos angewendet werden. Die Indikatoren der vierten Qualitätsdimension (Ergebnisqualität) sind jedoch schwierig bei Interventionen anwendbar, die noch nicht evaluiert wurden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Interventionen, die noch nicht evaluiert wurden, von niedriger Qualität sind, so dass aus diesem Grund in erster Instanz die Bewertung anhand der ersten drei Qualitätsdimensionen ausreichend ist. Dies gilt insbesondere für regionale Interventionen, bei denen aufgrund mangelnder Ressourcen eine unmittelbare und umfangreiche Evaluation nicht ohne weiteres möglich ist. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass für die Bewertung der Gesamtqualität einer Intervention jede der vier Qualitätsdimensionen von Bedeutung ist. Wenn über einen längeren Zeitraum keine Evaluation durchgeführt wurde, ist dies als Qualitätsmangel zu bewerten. Interventionen, die sich noch im Entwicklungsstadium befinden, sollten nicht anhand der HEPS Qualitätscheckliste bewertet werden.

Anwendung auf verschiedenen Ebenen

Die Zielgruppe des HEPS Inventory Tools sind nationale und regionale Interessensgruppen, die im Gesundheits- und Bildungsbereich tätig sind. Auch wenn die HEPS Checkliste eher eine höhere Kompatibilität mit nationalen Interventionen aufweist, hat der Pre-Test zu diesem Verfahren ergeben, dass ein hoher Anteil der Befragten der Meinung ist, dass sich die Checkliste auch für regionale Interventionen eignet. Aufgrund der Tatsache, dass lokal begrenzte Interventionen in der Regel kleiner sind und nur in eingeschränktem Maße über Ressourcen verfügen, wird

davon ausgegangen, dass in solchen Fällen einige der Indikatoren der HEPS Qualitätscheckliste nur begrenzt in Betracht gezogen werden können. Eine der zukünftigen Herausforderungen wird daher sein, die HEPS Qualitätscheckliste an die Anforderungen auf lokaler Ebene anzupassen.

Aussagekraft und Kontextabhängigkeit

Die HEPS Qualitätscheckliste basiert auf empirischen Belegen und praktischen Erfahrungen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung im Setting Schule. Auch wenn die HEPS Qualitätscheckliste mit ihren Kriterien und Indikatoren normative Anforderungen und Standards beinhaltet, die auf einer Expertenperspektive beruhen (siehe Abschnitt 1.1), sollten die Checkliste und ihre Ergebnisse in erster Linie als Orientierung und Inspiration für Qualität und deren Entwicklung betrachtet werden. Dies impliziert nicht automatisch, dass die mit einer hohen Qualität bewerteten Intervention auch für eine bestimmte Schule von hohem Wert ist, oder umgekehrt, dass eine mit einer niedrigen Qualität bewerteten Intervention für eine Schule uninteressant ist. Die Bedeutsamkeit einer Intervention für eine Schule hängt von den Rahmenbedingungen und den spezifischen Bedürfnissen der Schule ab. Wir empfehlen, nicht nur Interventionen von hoher oder durchschnittlicher Qualität, sondern auch Interventionen von niedriger Qualität in die Bestandsübersicht aufzunehmen. Dadurch erhalten Schulen die Möglichkeit, eine Intervention auszuwählen, die ihren spezifischen Anforderungen gerecht wird.

■ KAPITEL 3

DAS HEPS INVENTORY TOOL IN DER PRAXIS: ZWEI BEISPIELE

Im vorliegenden Kapitel soll die praktische Anwendung des Inventory Tools anhand von zwei Beispielen schulischer Interventionen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung veranschaulicht werden. Beide Interventionen - das Children's Health Interventional Trial (CHILT) aus Deutschland und das Schulungsprogramm „Growing through Adolescence“ aus Schottland - wurden mit Hilfe der HEPS Qualitätscheckliste bewertet und gemäß des in Abschnitt 2.1.4 vorgestellten Formats beschrieben. Das Ergebnis der Bewertung dieser beiden Interventionen ist weiter unten beschrieben.

3.1 DAS „CHILDREN'S HEALTH INTERVENTIONAL TRIAL“ (CHILT) AUS DEUTSCHLAND

CHILT ist ein deutsches Programm, das in verschiedene Teilinterventionen unterteilt werden kann, welche von der allgemeinen Prävention bzw. Gesundheitsförderung (CHILT I – gesunde Ernährung und Bewegung) bis hin zur selektiven Prävention (CHILT III – Prävention/Therapie von Adipositas) reichen. Im vorliegenden Beispiel liegt der Schwerpunkt auf CHILT I, da dieses

Teilprogramm auf die Gesundheitsförderung gerichtet ist und alle Grundschüler zur Zielgruppe hat, wohingegen CHILT III nicht im Schulsetting umgesetzt wird und sich an adipöse Kinder und Jugendliche richtet. Die CHILT-Intervention wurde über eine Internet- und Literaturrecherche identifiziert. Die Intervention CHILT I wurde auf der Grundlage von im Internet und in verschiedenen Literaturdatenbanken verfügbaren Manuellen, Büchern und Artikeln bewertet. Nach Durchlaufen einer ersten Bewertung wurde CHILT I anhand des standardisierten HEPS Formats (siehe Abschnitt 2.1.4) beschrieben. Der Anbieter der CHILT-Intervention wurde über die Qualitätsbewertung in Kenntnis gesetzt und gebeten, zusätzliches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen, das für die Bewertung hilfreich sein könnte.^{a)} Auf der Grundlage der Kommunikation mit dem Anbieter wurde eine erneute Beurteilung durchgeführt und die Beschreibung der Intervention angepasst. Der Anbieter wurde schließlich erneut gebeten, die Interventionsbeschreibung auf ihre Korrektheit hin zu überprüfen. Das Ergebnis der Bewertung und des Beschreibungsprozesses ist in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Beschreibung des Programms „Children's Health Interventional Trial I“ (CHILT-I)

Titel	CHILT- Programm – Children's Health Interventional Trial
Anbieter	Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Abteilung III – Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Am Sportpark Müngersdorf 6 50933 Köln, E-Mail: chilt@dshs-koeln.de , Internet: http://www.chilt.de
Zielgruppe	Zielgruppe von CHILT-I sind Schüler der Grundschule (Klasse 1 bis 6). Je nach Interventionsebene kann zwischen drei Zielgruppen unterschieden werden. ^{b)} CHILT-I zielt auf die allgemeine Prävention ab und richtet sich daher an alle Grundschul Kinder, also auch an jene, bei denen kein Risiko für Übergewicht vorliegt. CHILT-II richtet sich an Kinder, bei denen ein entsprechendes Risiko vorliegt und deren BMI über der 90. Perzentile liegt. CHILT-III ist ein Präventionsprogramm für adipöse Kinder und Jugendliche (≥ 97. Perzentil). CHILT III wird außerhalb des Schulsettings durchgeführt.

a) Wir danken Frau Dr. Dr. Christine Graf (Deutsche Sporthochschule Köln) für ihre wertvolle Unterstützung.

b) Die vorliegende Interventionsbeschreibung bezieht sich auf CHILT-I.

Ziele	<p>Das Hauptziel des Projekts CHILT-I ist es, Grundschulschülern Spaß an Gesundheit und Bewegung zu vermitteln. Insbesondere will CHILT-I den Energieverbrauch im Schulalltag (Unterricht und Pausen) erhöhen, den Sportunterricht optimieren und das Gesundheitswissen von Schülern verbessern. Das Projekt hat sich ferner zum Ziel gesetzt, die Anzahl der Kinder, die Gefahr laufen übergewichtig zu werden, zu reduzieren.</p>
Reichweite	<p>Das Projekt wird auf Klassenebene und im schulischen Umfeld durchgeführt. Im Rahmen des CHILT-I Projekts erteilen Lehrkräfte Gesundheitsunterricht; womit das Projekt primär auf die Klassenebene gerichtet ist. Außerdem werden die Kinder mithilfe verschiedener Spielutensilien wie Seilen, Bällen und Klettergerüsten dazu angeregt, sich in den Pausen mehr zu bewegen.</p>
Inhalt	<p><u>Klassenebene:</u> Gesundheitsunterricht zum Thema gesunde Ernährung und körperliche Bewegung sowie aktive Gestaltung von Pausen. <u>Schulische Umgebung:</u> Förderung der körperlichen Bewegung in der Freizeit und den Pausen.</p> <p>Die Lehrkräfte wurden gebeten, den Kindern einmal pro Woche (ca. 30 Minuten) Gesundheitsunterricht zu erteilen und jeden Morgen mindestens eine Aktivpause (von ca. 5 Minuten) zwischen den Stunden zu gestalten. Die Lehrer wurden außerdem gebeten, Pausen durchzuführen, in denen die Kinder zu körperlicher Bewegung angeregt werden. Nach einer Einführungsschulung erhielten die Lehrkräfte Unterrichtsmaterial für den Gesundheitsunterricht sowie Unterlagen zur Förderung der körperlichen Bewegung während des Schulalltags. Das Unterrichtsmaterial für die Gesundheitserziehung umfasst verschiedene Themen wie biologischer Hintergrund (31 Unterrichtseinheiten), Ernährung (13 Unterrichtseinheiten), psychosoziale Aspekte (16 Unterrichtseinheiten), Hygiene (9 Unterrichtseinheiten), Rezepte (6 Unterrichtseinheiten) sowie weitere Themen. Die Unterlagen zum Gesundheitsunterricht umfassen insgesamt 106 Unterrichtseinheiten.</p> <p>Um Schüler zu mehr körperlicher Bewegung im Unterricht, in den Pausen und im Sportunterricht anzuregen, wurde zusätzliches Unterrichtsmaterial für die Lehrkräfte entwickelt. Diese Unterlagen enthalten Vorschläge für Rückentraining (12 Übungen), für den Sportunterricht (6 Koordinationsübungen, 6 Übungen zur Muskelstärkung, 7 Ausdauerübungen; 2 Übungen im Bereich Akrobatik, 3 Übungen im Bereich Rhythmus und Tanzen, 3 Schwimmübungen, 4 Übungen im Bereich Teamarbeit und Wettbewerb und 20 Laufspiele), für aktive Pausen (32 Entspannungsübungen und 26 Bewegungsübungen, nach Raumbedarf geordnet) sowie Vorschläge für die Gestaltung eines bewegungsfreundlichen Schulhofs. Ferner enthalten die Unterlagen eine Anleitung für das Testen motorischer Fähigkeiten. Die Gestaltung eines bewegungsfreundlichen Schulhofs wird in einzelnen Schritten beschrieben. 13 Spiele wurden entwickelt, die an die vorhandenen schulischen Einrichtungen angepasst werden können. Weiterhin werden weitere externe Partner und potentielle Unterstützer benannt. Alle Unterrichtsmaterialien können interdisziplinär eingesetzt werden.</p>

Methoden & Didaktik	<p>Alle angewandten Methoden und Didaktiken sind dynamisch und reichen von Diskussionsrunden über Spiele und Rezepte bis hin zu Gruppenübungen usw. Für den Gesundheitsunterricht liegen Arbeitsblätter in Kopieform vor. Die Arbeitsblätter haben eine einheitliche Struktur und enthalten Informationen zur Zielsetzung, zu den Materialanforderungen bzw. zur Vorbereitung, zur Gruppenform (z. B. Stuhlkreis), zur Umsetzung, zur benötigten Zeit und zur Zielgruppe. Ferner enthalten die Arbeitsblätter didaktische Hinweise und Verweise zu anderen Übungen und Arbeitsblättern. Die Unterlagen zum CHILT-I Programm wurden in Form von zwei Büchern veröffentlicht, die ebenfalls eine CD mit allen Kopiervorlagen enthält. Je nach schulischem Bedarf und dem Bedarf der Schüler können Lehrkräfte die Unterlagen flexibel verwenden und durch andere Unterlagen, die in diesem Bereich erhältlich sind, ergänzen. Häufig wird auf bereits vorhandenes Unterrichtsmaterial verwiesen. Querverweise zwischen den beiden Büchern sind hervorgehoben und ermöglichen eine interaktive Arbeitsweise.</p>
Dauer	<p>Das Unterrichtsmaterial soll so lang wie möglich über verschiedene Jahre eingesetzt werden. Das Pilotprojekt wurde über einen Zeitraum von nahezu vier Jahren durchgeführt. Der Gesundheitsunterricht fand einmal pro Woche statt und dauerte jeweils 20 bis 30 Minuten. Im Rahmen des Programms sollte der Unterricht jeden Morgen durch eine aktive Pause von 5 Minuten unterbrochen werden.</p>
Umsetzung des Programms	<p>Die CHILT-I-Intervention wird in erster Linie von den Grundschullehrkräften umgesetzt, die hierzu in den Bereichen Gesundheitsunterricht und Bewegung im Schulalltag weitergebildet werden. Zu den für die Umsetzung des Programms erforderlichen Qualifikationen liegen keine Informationen vor.</p>
Schulung/ Manual	<p>Die Anbieter der CHILT-I Intervention bieten eine Einführungsschulung für Grundschullehrkräfte an, die den Gesundheitsunterricht erteilen sollen. Hierbei stehen drei Ziele im Vordergrund: 1) Sensibilisierung der Lehrkräfte in Bezug auf die Notwendigkeit für eine gesunde Lebensweise; 2) Unterstützung der Lehrkräfte bei der Entwicklung und Umsetzung von Unterrichtseinheiten im Bereich der Gesundheit und körperlichen Bewegung; 3) Entwicklung der didaktischen Kompetenzen der Lehrkräfte im Bereich der Förderung von körperlicher Bewegung, wobei der Fokus auf allgemeinen Aktivitäten und auf der Aneignung von Fertigkeiten liegt. Zusätzlich zu der Einführungsschulung können Lehrkräfte auf freiwilliger Basis an Workshops zu bestimmten Themen teilnehmen. Alle für die Umsetzung der Intervention benötigten Unterlagen werden den Lehrkräften zur Verfügung gestellt.</p>
Kosten	<p>Die Einführungsschulung für Lehrkräfte und das für den Gesundheitsunterricht benötigte Unterrichtsmaterial sind mit Kosten verbunden. Die Kosten für die Einführungsschulung betragen etwa 200,- € pro Lehrkraft. Die beiden Bücher zum Gesundheitsunterricht kosten jeweils 35,- €. Es liegen keine Informationen über weitere Kosten vor.</p>

Evaluation	<p>Der Gesundheitsunterricht wurde unterschiedlich häufig durchgeführt: von einmal pro Schulhalbjahr bis zu zweimal pro Woche über einen Zeitraum von vier Jahren. Auch die Häufigkeit der aktiven Pausen während des Unterrichts reichte von zweimal pro Woche bis hin zu dreimal am Morgen. Nach einem Zeitraum von vier Jahren wurde geprüft, welchen Effekt das CHILT-I Programm auf das Übergewicht und die körperlichen Fähigkeiten hat. Hierbei wurden die Ergebnisse von zwölf Grundschulen mit fünf Kontrollschulen verglichen. Die Ergebnisse lassen keinen Effekt im Hinblick auf die Inzidenz von Übergewicht oder Adipositas in der Interventionsgruppe erkennen. An den Schulen, an denen die Intervention mit einem höherem Engagement umgesetzt wurde, konnten bei den Schülern jedoch niedrigere BMI-Werte festgestellt werden. Hinsichtlich der Ausdauerleistung konnte bei den Kindern der Interventionsgruppe in geringfügigem Maße bessere, jedoch keine signifikant besseren Ergebnisse festgestellt werden. Auch hinsichtlich der Koordination war bei den Kindern der Interventionsgruppe nur eine unbedeutende Verbesserung feststellbar. Bei den Kindern der Interventionsgruppe war jedoch im Bereich der motorischen Fähigkeiten, wie zum Beispiel beim Querspringen und beim rückwärts Balancieren eine signifikante Verbesserung zu beobachten. Die Wirksamkeit von Gesundheitswissen oder gesundheitsförderlichem Verhalten auf gesunde Ernährung, körperliche Bewegung oder bildungsbezogene Outcomes wurde nicht überprüft.</p>
Qualitätsbewertung ^{c)}	<p>Unter Verwendung der HEPS Qualitätscheckliste erbrachte die Qualitätsbewertung des CHILT-I Programms 50 von insgesamt 74 Punkten. Auf einer 3-Punkt-Skala (hohe, durchschnittliche oder niedrige Qualität) spiegelt dieses Ergebnis eine hohe Qualität wider. Differenziert nach den vier Dimensionen der HEPS Qualitätscheckliste ergibt sich folgendes Bild:</p> <ul style="list-style-type: none"> Konzeptqualität: 28 von 34 Punkten (hohe Qualität) Strukturqualität: 10 von 14 Punkten (hohe Qualität) Prozessqualität: 6 von 12 Punkten (durchschnittliche Qualität) Ergebnisqualität: 6 von 14 Punkten (durchschnittliche Qualität) <p>Auf der Grundlage dieses Ergebnisses kann festgestellt werden, dass CHILT-I im Bereich der Konzept- und Strukturqualität besondere Stärken und im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität einige Schwächen aufweist. Was die Konzeptqualität angeht, so beruht CHILT-I auf einer Bedarfsanalyse und einem theoretischen Fundament. Die Zielgruppe und die Ziele des Programms sind eindeutig definiert. Das Programm ist auf verschiedene Schulebenen ausgerichtet (Klassenebene, Schulumwelt) und basiert auf einem umfassenden Gesundheitskonzept. Das Programm CHILT-I sieht nur eine begrenzte Einbeziehung der Familie vor. Ferner ist die Intervention nur in beschränktem Maße mit Bildungszielen verknüpft. In Bezug auf die Strukturqualität kann festgestellt werden, dass ein sehr gutes, umfangreiches Manual zum Programm zur Verfügung steht, welches Lehrkräften eine Vielzahl an Übungen bietet. Darüber hinaus liegt ein Schulungsprogramm vor. Es wurde jedoch nicht festgelegt, welche Module wie in der Planung vorgesehen durchzuführen sind. Strategien zur dauerhaften Einbeziehung externer Partner sind nicht vorgesehen bzw. werden nicht beschrieben. Es liegen keine Informationen darüber vor,</p>

^{c)} Die Qualitätsbewertung basiert auf einer strengen Beurteilung der Intervention. Informationen, die zur Bewertung eines bestimmten Indikators nicht vorlagen, wurden als Qualitätsmangel eingestuft.

	<p>wie der Anbieter die Umsetzungsphase überwachen kann. Bezüglich der Ergebnisqualität kann festgestellt werden, dass die bei der Evaluation eingesetzten Methoden auf allgemein akzeptierten Standards basieren. Es liegen nur wenige Informationen zur Wirksamkeit auf Bildungsauscomes und zur Effizienz der Intervention vor.</p>
<p>Verschiedenes</p>	<p><u>Veröffentlichungen zum Programm CHILT-I:</u> Graf, C., Koch, B. & Dordel, S. (2008). CHILT-G. Gesundheitsförderung Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p>Dordel, S., Koch, B. & Graf, C. (2008). CHILT-B. Bewegungsförderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p><u>Ausgewählte wissenschaftliche Veröffentlichungen</u> Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Tokarski, W., Gerber, A., Predel, H.-G. & Dordel, S. (2008). School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. <i>Journal of Sports Sciences</i>, 10, 987-994.</p> <p>Graf, C., Tokarski, W., Predel, H.-G., Koch, B. & Dordel, S. (2006). Overweight and obesity in childhood – how can physical activity help? <i>Physical Education and Sport</i>, 50, 54-59.</p> <p>Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.-G. (2005). Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project). <i>Journal of Sport Science and Medicine</i>, 4, 291-299.</p>

3.2 DAS SCHULUNGSPROGRAMM „GROWING THROUGH ADOLESCENCE“ AUS SCHOTTLAND

Tabelle 5: Beschreibung des Schulungsprogramms „Growing through Adolescence“

Titel	Growing Through Adolescence
Anbieter	NHS Health Scotland Elphinstone House Glasgow G2 2AF
Zielgruppe	Das Schulungsprogramm wurde für die Schulung von Lehrkräften an Grundschulen (letzte Jahrgangsstufen) und weiterführenden Schulen (erste Jahrgangsstufen) entwickelt. Die Zielgruppe kann in zweierlei Hinsicht definiert werden: Das Programm stellt eine Ressource zur kontinuierliche, professionellen Weiterentwicklung von Lehrkräften dar. Andererseits sind es Kinder und Jugendliche, die letztendlich durch das Programm profitieren sollen. Bei der Evaluation des Schulungsprogramms hat sich gezeigt, dass die Schulung auch für das nicht unterrichtende Schulpersonal sowie für schulexterne Einrichtungen von Nutzen sein kann (z. B. für Fachkräfte im Bereich der körperlichen Bewegung und für das Cateringpersonal).
Ziele	Aufgrund eines Mangels an umfassendem Schulungsmaterial, das zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Lehrkräften und anderen, im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung Tätigen herangezogen werden kann, wurde das Schulungsprogramm „Growing Through Adolescence“ (GTA) entwickelt. Aufbauend auf den Kompetenzen und Erfahrungen von Lehrkräften sollen Schulungsleiter diese in die Lage versetzen, ein breites Themenspektrum mit Bezug zu jungen Menschen und deren Essgewohnheiten im Kontext der gesundheitsfördernden Schule zu bearbeiten. Jede Schulungssitzung oder Aktivität umfasst eindeutige und realisierbare Ziele, die für erfahrene Schulungsleiter durchführbar sind.
Reichweite	Das Schulungsprogramm basiert auf einem psychosozialen Verständnis von Gesundheit und auf einem ganzheitlichen Schulansatz der gesunden Ernährung. Das Manual bietet einen umfassenden, evidenzbasierten Überblick über den Bereich der gesunden Ernährung bei jungen Menschen und geht auf viele der physischen, sozialen, psychischen und emotionalen Aspekte dieses komplexen Themengebiets ein. Das Programm kann auf schulischer oder regionaler Ebene eingesetzt werden. Es ist nicht für den Unterricht bestimmt.
Inhalt	Buch 1: bietet Evidenz und einen Überblick Buch 2: bietet das Schulungsmaterial oder Aktivitäten Factsheets Es sei darauf hingewiesen, dass die europäische Version des GTA-Schulungsprogramms in einem Buch (anstelle von zwei Büchern) veröffentlicht wurde.

Methoden & Didaktik	<p>Buch 1 enthält aktuelle, auf Großbritannien bezogene Fakten und Informationen zur Ernährung und zur Energiebilanz.</p> <p>Buch 2 enthält eine Reihe von interaktiven und anregenden Aktivitäten, die teilnehmendes Lernen fördern sollen.</p> <p>Die Factsheets haben eine einheitliche Struktur und sind nützliche Hilfsmittel bei der Durchführung der Schulung. In einem separaten Abschnitt wird auf die Bedeutung der Planung und Vorbereitung der Schulung eingegangen. Die Querverweise zwischen den beiden Büchern sind hilfreich bei der Vorbereitung und Durchführung der Schulung. Die Methodik, die dem Schulungsprogramm zugrunde liegt, wird in dem Paragraphen, der sich mit der Planung und Durchführung der Schulung beschäftigt, weiter untermauert.</p>
Dauer	<p>In den Unterlagen werden keine zeitlichen Vorgaben für die Dauer der Schulungsmodule gemacht. Das Programm enthält Vorschläge für Schulungseinheiten, die in eine eintägige Veranstaltung eingebunden werden können. Der Inhalt des Schulungsprogramms ist so flexibel aufgebaut, dass sowohl ein- als auch dreitägige Schulungsveranstaltungen durchgeführt werden können.</p>
Umsetzung des Programms	<p>Das Schulungsprogramm dient als Grundlage für Schulungen oder für die kontinuierliche, professionelle Weiterbildung von Lehrkräften und sollte von Schulungsleitern verwendet werden, die im Bereich Gesundheit oder Bildung tätig sind. Eines der Module befasst sich mit der Planung und der Organisation der Schulung.</p>
Schulung/ Manual	<p>Vor der Ausgabe des Manuals zum Schulungsprogramm wurden landesweit Schulungen für Schulungsleiter angeboten. Aufgrund des Erfolgs dieser Schulungen wurden diese auch auf regionaler Ebene durchgeführt. So konnten Partnerorganisationen aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich zusammengebracht und lokale Ressourcen zur weiteren Unterstützung der Umsetzung hinzugezogen werden.</p>
Kosten	<p>Personen, die an der Schulung teilgenommen haben, können das Handbuch zur Schulung kostenlos erwerben. Außerhalb Schottlands wird für das Handbuch ein Betrag von ca. 50,00 € erhoben. Die Schulung wird kostenlos vom NHS HS durchgeführt.</p>
Evaluation	<p>Bei der Evaluation des GTA-Programms lag der Schwerpunkt auf der Durchführung der Schulung, den hierfür erforderlichen Ressourcen und den zukünftigen Herausforderungen. Die einzelnen Ergebnisse der Evaluation sind weiter unten aufgeführt.</p> <p>Von September bis Dezember 2007 wurde eine Prozessevaluation des GTA-Programms durchgeführt. Hierbei wurden Interessensgruppen aus dem Gesundheitssektor sowie Anbieter von Schulungen für Schulungsleiter befragt. Ferner wurden durch Beobachtung der bzw. Teilnahme an der Schulung sowie anhand von Informationsgesprächen Daten zur Evaluation gesammelt. Auch wurden die Teilnehmer der Schulung sowie lokale Teilnehmer befragt und</p>

	<p>Interviews mit strategischen Partnern durchgeführt. Darüber hinaus wurden Fallstudien in die Evaluation einbezogen.</p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation sind: GTA ist ein relevantes, innovatives Programm mit entsprechendem Schulungsmaterial. Lokale Schulungsleiter haben nur wenig Gebrauch vom GTA-Programm gemacht. Über die Rolle der Schulungsleiter und über den Zweck des GTA-Schulungsmaterials bestehen noch Unklarheiten. Lokale Partnerschaften bzw. Netzwerke sind für den Erfolg der GTA-Schulung von großer Bedeutung. Lehrkräfte, die an Schulen unterrichten, sollten in das Programm mit eingebunden werden.</p> <p>Die wichtigsten Punkte der Evaluation werden bei der zukünftigen Durchführung des GTA-Programms berücksichtigt. http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p>								
Qualitätsbewertung	<p>Unter Verwendung der HEPS Qualitätscheckliste erbrachte die Qualitätsbewertung des GTA-Programms 51 von insgesamt 74 Punkten. Auf einer 3-Punkte-Skala (hohe, durchschnittliche oder niedrige Qualität) spiegelt dieses Ergebnis eine hohe Qualität wider. Differenziert nach den vier Dimensionen der HEPS Qualitätscheckliste ergibt sich folgendes Bild:</p> <table border="0"> <tr> <td>Konzeptqualität</td> <td>31 von 34 Punkten (hohe Qualität)</td> </tr> <tr> <td>Strukturqualität</td> <td>10 von 14 Punkten (hohe Qualität)</td> </tr> <tr> <td>Prozessqualität</td> <td>4 von 12 Punkten (niedrige Qualität)</td> </tr> <tr> <td>Ergebnisqualität</td> <td>6 von 14 Punkten (durchschnittliche Qualität)</td> </tr> </table> <p>Anmerkungen</p> <p>Die Qualitätsbewertung des Programms „Growing Through Adolescence“ ergab 51 von insgesamt 74 Punkten, was einer hohen Qualität entspricht. GTA ist keine Intervention bzw. kein Programm, das auf die Umsetzung auf Schul- oder Schülerebene ausgerichtet ist; vielmehr handelt es sich um ein Hilfsmittel bzw. eine Methode zur kontinuierlichen Weiterbildung. Da die Fragen bzgl. der Prozess- und Ergebnisqualität nicht auf das GTA-Programm zutreffen, wurde in diesem Bereich nur ein niedriges bzw. durchschnittliches Bewertungsergebnis erzielt. Als Methode zur ständigen beruflichen Weiterbildung und in Bezug auf die Konzept- und Strukturqualität kann die Intervention jedoch als Modell guter Praxis betrachtet werden.</p>	Konzeptqualität	31 von 34 Punkten (hohe Qualität)	Strukturqualität	10 von 14 Punkten (hohe Qualität)	Prozessqualität	4 von 12 Punkten (niedrige Qualität)	Ergebnisqualität	6 von 14 Punkten (durchschnittliche Qualität)
Konzeptqualität	31 von 34 Punkten (hohe Qualität)								
Strukturqualität	10 von 14 Punkten (hohe Qualität)								
Prozessqualität	4 von 12 Punkten (niedrige Qualität)								
Ergebnisqualität	6 von 14 Punkten (durchschnittliche Qualität)								
Verschiedenes	<p>Das GTA-Programm basiert auf umfangreichen Untersuchungen, Pilotprojekten und Tests. Neben der schottischen Version liegt auch eine europäische Version des Programms vor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx • NHS Health Scotland (2005). <i>Growing through Adolescence</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; www.euro.who.int/document/e87579.pdf • NHS Health Scotland (2007) <i>Evaluation of Growing Through Adolescence Resource and Associated Training for Trainers Course</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx • www.healthscotland.com 								

■ ANHANG 1

HEPS QUALITÄTSCHECKLISTE

Checkliste zur Bewertung der Qualität von schulischen Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung.

Bevor Sie mit der Beurteilung einer schulischen Intervention der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung beginnen, sollten Sie die Anweisungen in Abschnitt 2.2 sorgfältig durchlesen. Weitere Informationen können Sie den in Anhang 2 aufgeführten Erläuterungen zu den einzelnen Indikatoren sowie dem Glossar entnehmen.

Titel der Intervention:

Gutachter

Name:

Organisation:

E-Mailadresse:

Datum der Bewertung:

Qualitätsdimension 1: Konzeptqualität (ja = 2 Punkte, teilweise = 1 Punkt, nein = 0 Punkte)

1.	Bewertung & Analyse	Seite	Punkte
1.1	Basiert die Intervention auf einer Bedarfsanalyse (z. B. auf epidemiologischen Daten oder auf Daten zu Lernergebnissen)?	36	
1.2	Basiert die Intervention auf einer Bewertung des Schulkontextes, in dem die Intervention umgesetzt werden soll?	36	
2.	Zielgruppe & Ziele		
2.1	Wurde die Zielgruppe klar und spezifisch definiert?	36	
2.2	Wurden die Ziele klar und spezifisch beschrieben?	36	
3.	Prinzipien & Ansatz der gesundheitsfördernden Schule		
3.1	Basiert die Intervention auf einem positiven und ganzheitlichen Gesundheitskonzept, das auf die Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung ausgerichtet ist?	37	
3.2	Sieht die Intervention die aktive Partizipation aller Schüler der Schule vor?	37	
3.3	Richtet sich die Intervention auf das Verhalten von Einzelpersonen/von Gruppen sowie auf die Bedingungen an der Schule, welche einen Einfluss auf die gesunde Ernährung und körperliche Bewegung haben?	37	
3.4	Berücksichtigt die Intervention die gesamte Schule (Klasse, Schule und die Schulgemeinde)?	37	
4.	Interventionsplanung		
4.1	Basiert die Intervention auf wissenschaftlichen Erkenntnissen?	38	
4.2	Bezieht die Intervention die Eltern/ Familie mit ein?	38	
4.3	Kombiniert das Programm Maßnahmen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung?	38	
4.4	Umfasst die Intervention Aspekte der psychischen Gesundheit (z. B. Körperbild, Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien) die im Zusammenhang mit der Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung stehen?	38	
4.5	Ist die Intervention mit den Bildungszielen der Schule verknüpft?	39	
4.6	Wurden Lehrkräfte oder andere Fachkräfte aus dem Bildungsbereich bei der Entwicklung der Intervention einbezogen?	39	

4.7	Beruhen die Dauer und die Intensität der Intervention auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungswerten?	39	
4.8	Entsprechen die Interventionsmethoden dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schule?	39	
4.9	Entsprechen die Methoden und der Inhalt der Intervention den Anforderungen der Zielgruppe (z. B. Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund)?	40	

Gesamtpunktzahl		
Punkte	Beurteilung	Endpunktzahl
34 - 24	Hohe Konzeptqualität	2
23 - 12	Durchschnittliche Konzeptqualität	1
11 - 0	Niedrige Konzeptqualität	0

Bitte kreisen Sie die Endpunktzahl in der rechten Spalte ein, die der erreichten Punktzahl in der linken Spalte entspricht.

Qualitätsdimension 2: Strukturqualität (ja = 2 Punkte, teilweise = 1 Punkt, nein = 0 Punkte)

5. Ressourcen & Qualifikationen		Seite	Punkte
5.1	Sind die Kosten, die der Schule für die gesamte Intervention entstehen, eindeutig beschrieben?	40	
5.2	Sind die benötigten finanziellen und sonstigen Ressourcen den Interventionszielen angemessen?	40	
5.3	Sind die zur Durchführung der Intervention erforderlichen Kompetenzen (z. B. Qualifikationen, Fähigkeiten) eindeutig beschrieben?	40	
5.4	Liegt ein Schulungsprogramm vor, um die für die Umsetzung benötigten Fähigkeiten zu vermitteln?	41	
5.5	Liegt ein Manual für die Umsetzung der Intervention vor?	41	
6. Networking & Kooperation			
6.1	Werden Strategien beschrieben, mit deren Hilfe relevante außerschulische Partner in die Intervention einbezogen werden können?	41	
6.2	Regt die Intervention zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit mit Organisationen, Gruppen oder Personen außerhalb des Schulsettings an?	41	

Gesamtpunktzahl		
Punkte	Beurteilung	Endpunktzahl
14 - 10	Hohe Strukturqualität	2
9 - 5	Durchschnittliche Strukturqualität	1
4 - 0	Niedrige Strukturqualität	0

Bitte kreisen Sie die Endpunktzahl in der rechten Spalte ein, die der erreichten Punktzahl in der linken Spalte entspricht.

Qualitätsdimension 3: Prozessqualität (ja = 2 Punkte, teilweise = 1 Punkt, nein = 0 Punkte)

7. Durchführung & Umsetzung		Seite	Punkte
7.1	Werden Lehrkräfte und Schüler dahingehend berücksichtigt, wie die Intervention durchgeführt wird?	41	
7.2	Weist die Durchführung der Intervention eine Passung mit dem Schulalltag und den schulischen Rahmenbedingungen auf?	42	
7.3	Werden Komponenten beschrieben, die für die Durchführungsgenauigkeit wesentlich sind?	42	
7.4	Werden die Personen, welche die Intervention durchführen (z. B. Lehrkräfte) kontinuierlich unterstützt (z.B. Beratung/ Supervision)?	42	
8. Monitoring & Kontrolle			
8.1	Werden die verwendeten Methoden, mit denen der Interventionsprozess evaluiert werden soll, beschrieben (z. B. Ausführungsgenauigkeit, Zufriedenheit, Akzeptanz)?	42	
8.2	Wurden Strategien zur Verbesserung der Intervention auf der Grundlage der Ergebnisse der Prozessevaluation beschrieben?	43	

Gesamtpunktzahl		
Punkte	Beurteilung	Endpunktzahl
12 – 9	Hohe Prozessqualität	2
8 – 4	Durchschnittliche Prozessqualität	1
3 – 0	Niedrige Prozessqualität	0

Bitte kreisen Sie die Endpunktzahl in der rechten Spalte ein, die der erreichten Punktzahl in der linken Spalte entspricht.

Qualitätsdimension 4: Ergebnisqualität (ja = 2 Punkte, teilweise = 1 Punkt, nein = 0 Punkte)

9. Effektivität		Seite	Punkte
9.1	Werden mit der Intervention die in der Planung formulierten Ziele erreicht?	43	
9.2	Weisen die Ergebnisse der Intervention eine positive Wirkung auf die Gesundheit, vor allem hinsichtlich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung, auf?	43	
9.3	Gibt es Hinweise darauf, dass die positive Wirkung auf gesundheitsbezogene Parameter über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen bleibt.	43	
9.4	Basieren die Evaluationsmethoden auf anerkannten wissenschaftlichen Standards?	44	
9.5	Wirkt sich die Intervention positiv auf Bildungsoutcomes aus (z. B. Lernverhalten, schulische Leistungen, Schulklima, Schulabsentismus)?	44	
10. Effizienz			
10.1	Steht der Gesamtaufwand (Kosten, Zeit) im Verhältnis zur Effektivität der Intervention?	44	
10.2	Stehen die Kosten (z. B. Vorbereitungszeit, Personal) für die Schule/Lehrkräfte im Verhältnis zum Nutzen der Intervention?	44	

Gesamtpunktzahl		
Punkte	Beurteilung	Endpunktzahl
14 – 10	Hohe Ergebnisqualität	2
9 – 5	Durchschnittliche Ergebnisqualität	1
4 – 0	Niedrige Ergebnisqualität	0

Bitte kreisen Sie die Endpunktzahl in der rechten Spalte ein, die der erreichten Punktzahl in der linken Spalte entspricht.

Zusammenfassung

In der nachstehenden Tabelle können Sie das Ergebnis der einzelnen Bewertungen zusammenfassen. Bitte tragen Sie in der mittleren Spalte das Ergebnis der Bewertung der einzelnen Qualitätsdimensionen ein und in der rechten Spalte die Endpunktzahl, die der abschließenden Bewertung jeder Dimension entspricht (siehe Tabelle oben). Nach Summierung der Endpunktzahlen können Sie das Gesamtergebnis mit der Bewertungstabelle vergleichen.

Qualitätsdimension	Erreichte Punktzahl	Endpunktzahl
Konzeptqualität	_____ /34	
Strukturqualität	_____ /14	
Prozessqualität	_____ /12	
Ergebnisqualität	_____ /14	
Gesamt		

Gesamtpunktzahl	Gesamtbewertung der Interventionsqualität
8-6	Hohe Interventionsqualität
5-4	Durchschnittliche Interventionsqualität
0-3	Niedrige Interventionsqualität

Beschreibung der Indikatoren

Im Folgenden werden die einzelnen Indikatoren kurz beschrieben. Diese Beschreibungen sind als Unterstützung für die Qualitätsbewertung mit der HEPS Checkliste gedacht. Bitte lesen Sie sich die Beschreibungen sorgfältig durch, bevor Sie zur Bewertung übergehen. Kursiv hervorgehobene Begriffe sind im Glossar definiert.

1. Konzeptqualität

1.1 Basiert die Intervention auf einer Bedarfsanalyse (z. B. auf epidemiologischen Daten oder auf Daten zu Lernergebnissen)?

Ausgangspunkt jeder Intervention ist eine umfassende und systematische Analyse des Gesundheitsproblems, seiner Reichweite und seiner Folgen [9, 18, 19, 21, 39]. Eine solche Analyse umfasst zum Beispiel die Erfassung von epidemiologischen Daten zur Prävalenz und/oder Inzidenz von Übergewicht, körperlicher Inaktivität und verwandten Gesundheitsproblemen im Kindes- und Jugendalter. Ferner sollten Daten zur Verteilung des Problems im Hinblick auf das Geschlecht, Alter und den sozioökonomischen Hintergrund vorliegen. Aus der verfügbaren Literatur sollte hervorgehen, welche individuellen (Krankheiten) und gesellschaftlichen (Kosten) Konsequenzen mit diesem Problem verbunden sind.

1.2 Basiert die Intervention auf einer Bewertung des Schulkontextes, in dem die Intervention umgesetzt werden soll?

Basierend auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse (1.1) sollte eine Analyse der Schule durchgeführt werden, in der die Intervention umgesetzt werden soll [19]. Diese Analyse kann zum Beispiel Informationen zur Art der Schule und/oder zur Klassenstufe enthalten, in der die Intervention durchgeführt werden soll. Auch Informationen zu den spezifischen Zugangsmöglichkeiten (z. B. Schulleiter/-in), zu den Barrieren (z. B. kein Interesse unter den Lehrkräften) und zu positiven Einflussfaktoren (z. B. die Motivation der Schulleitung, die Erlaubnis der Eltern), die die Durchführung der Intervention beeinflussen, sollten in die Analyse aufgenommen werden. Hilfreich sind ferner Informationen zum subjektiven Bedarf, zur Umsetzungsbereitschaft und zu den Wünschen der Schüler und Lehrkräfte. Diese Informationen können anhand von Interviews, Fragebögen oder durch eine Analyse bereits etablierter Interventionen gesammelt werden.

2.1 Wurde die Zielgruppe klar und spezifisch definiert?

Es muss deutlich sein, für welche Zielgruppe die Intervention entwickelt wurde [10, 18, 19, 20, 21]. Je genauer hierbei die Zielgruppe definiert wurde, desto besser. Hierdurch kann später beurteilt werden, ob die Zielgruppe auch erreicht wurde. Ferner sollten zur näheren Beschreibung der Zielgruppe Einschlusskriterien genannt werden, wie zum Beispiel das Alter, das Geschlecht, die Art der Schule, die Klassenstufe und der BMI (z. B. Jungen und Mädchen der Grundschule mit spezifischem Fokus auf 10- bis 12-Jährige). Wenn die Intervention auf verschiedene Zielgruppen abzielt, ist jede Gruppe zu definieren. Ausschlusskriterien wie BMI oder Art der Schule können ebenfalls herangezogen werden. Die HEPS Qualitätscheckliste ist nicht für Interventionen gedacht, deren Zielgruppe adipöse Jugendliche oder Jugendliche mit *Folgestörungen* oder Folgeerkrankungen sind und bei denen der Schwerpunkt auf Therapie liegt. Die HEPS Qualitätscheckliste wurde für die schulische Gesundheitsförderung entwickelt.

2.2 Wurden die Ziele klar und spezifisch beschrieben?

Es muss deutlich sein, was mit der Intervention erreicht werden soll [10, 18, 19, 20, 21]. Der Schlüssel für den Erfolg von Interventionen liegt in der Formulierung klarer und spezifischer Ziele. Eine Zielsetzung sollte spezifisch und klar definiert sein und keinen Raum für Interpretationen bieten. „Spezifisch“ meint hierbei, dass das Ziel anhand von messbaren Parametern definiert sein muss, auf deren Änderung die Intervention abzielt. Zum Beispiel: Erhöhung der Anzahl an Stunden pro Woche, in denen Jungen und Mädchen im Alter von 8 bis 10 Jahren auf dem Spielplatz körperlich aktiv sind. Spezifische und messbare Ziele sind die Grundvoraussetzung für die Bewertung des Grads der Zielerreichung. Unspezifische und unklare Ziele ste-

hen einer aussagekräftigen Evaluation entgegen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass jede Veränderung als Erfolg gewertet werden kann. Ziele müssen realistisch und sinnvoll sein. Es wäre beispielsweise erstrebenswert, die Anzahl der übergewichtigen Kinder um 100 % zu reduzieren. Dieses Ziel ist jedoch unrealistisch und hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, die auch außerhalb des Einflusses von Schule liegen.

3.1 Basiert die Intervention auf einem positiven und ganzheitlichen Gesundheitskonzept, das auf die Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung ausgerichtet ist?

Ein positives Gesundheitskonzept konzentriert sich auf Ressourcen, Kompetenzen und Fähigkeiten von Menschen, die es ihnen ermöglichen, tägliche Herausforderungen anzunehmen und gesunde Entscheidungen zu treffen [19, 21, 40]. Interventionen, die auf diesem positiven Konzept der Gesundheitsförderung basieren, stärken die Gesundheit, indem sie die Kompetenzen und Fähigkeiten von Personen fördern, so dass diese in die Lage versetzt werden, Verantwortung für ihr Leben und ihre Gesundheit zu übernehmen, beispielsweise im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung. Interventionen, die sich ausschließlich auf die Behandlung von Risiken und Beschwerden konzentrieren, indem sie Personen als Patienten betrachten, basieren nicht auf einem positiven Gesundheitskonzept.

3.2 Sieht die Intervention die aktive Partizipation aller Schüler der Schule vor?

Bei der Durchführung von Interventionen ist es wichtig, ist, dass die Schülerinnen und Schüler, welche die Hauptzielgruppe von schulischen Interventionen sind, nicht nur wie passive Empfänger von Maßnahmen behandelt werden, sondern wirklich an der Intervention beteiligt sind und hierin eine aktive Rolle spielen [41, 42]. „Aktiv“ bedeutet hierbei, dass Partizipation keine Floskel ist, deren Anforderungen bereits dann erfüllt sind, wenn Kinder und Jugendliche beim Entscheidungsprozess anwesend sind und über die Ergebnisse in Kenntnis gesetzt werden. Interventionen, die auf einer aktiven Partizipation basieren, geben den Schülerinnen und Schülern die Macht, Einfluss auszuüben und gemeinsam mit den Erwachsenen Entscheidungen herbeizuführen. Der Grad der aktiven Partizipation variiert je nach Altersgruppe. Bei älteren Kindern sollte der Partizipationsgrad höher ausfallen.

Beispiele: Entscheidungen werden ohne die Schülerinnen und Schüler getroffen (keine Partizipation); Schülerinnen und Schüler werden in den Entscheidungsprozess mit einbezogen, haben jedoch keine Entscheidungsbefugnis (partielle Partizipation); Schülerinnen und Schüler können Entscheidungen herbeiführen bzw. Entscheidungen und Maßnahmen beeinflussen (aktive Partizipation).

3.3 Richtet sich die Intervention auf das Verhalten von Einzelpersonen/von Gruppen sowie auf die Bedingungen an der Schule, welche einen Einfluss auf die gesunde Ernährung und körperliche Bewegung haben?

Interventionen, die das individuelle Verhalten beeinflussen und gleichzeitig das schulische Umfeld berücksichtigen, haben eine wesentlich höhere Erfolgschance. Dieser Ansatz richtet sich auf die Änderung von gesundheitsbezogenem Verhalten, wie zum Beispiel die Durchführung von Diäten und körperliche Bewegung, aber auch auf verwandte Aspekte, wie den Umgang mit Stress, dem eigenen Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeit. Diese Art Interventionen setzen direkt auf der individuellen Ebene an.

Mit den schulischen Rahmenbedingungen ist in erster Linie die physische, ökonomische und soziale Umgebung der Schule gemeint, welche einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern oder Jugendlichen, wie beispielsweise der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung, haben. Hierzu zählen Maßnahmen wie zum Beispiel die Gestaltung von Spielplätzen, Schulhöfen oder Schulkantinen oder die Reduzierung der in Schulen vorhandenen Verkaufsautomaten.

3.4 Berücksichtigt die Intervention die gesamte Schule (Klasse, Schule und die Schulgemeinde)?

Dieser Indikator bezieht sich auf den ganzheitlichen Schulansatz von Gesundheit sowie auf die Notwendigkeit, dass Interventionen verschiedene Ebenen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Schule berücksichtigen

sollten [43, 44]. Die Schulklasse ist sicherlich eine Handlungsebene, der Begriff „Schule“ bezieht sich jedoch auf das Schulgebäude im weiteren Sinne. Hiermit sind also nicht nur die Klassenräume gemeint, sondern auch andere Bereiche der Schule, wie zum Beispiel die Kantine, die Gänge und Pausenräume. Mit der Schulumgebung sind die Außenbereiche der Schule gemeint, wie zum Beispiel der Schulhof, die zur Schule gehörenden Spielplätze usw. Darüber hinaus zählen zur weiteren Schulgemeinde schulexterne Einrichtungen wie zum Beispiel Sportvereine, Beratungs- und Gesundheitsdienste. Die Intervention muss nicht auf all diese Ebenen abzielen, sollte sich jedoch über mehr als eine Ebene erstrecken.

4.1 Basiert die Intervention auf wissenschaftlichen Erkenntnissen?

Jede Intervention sollte auf einer fundierten wissenschaftlichen Theorie sowie auf wissenschaftlichen Studien beruhen [10, 32]. Eine theoretische Grundlage macht deutlich, was die Determinanten eines gesundheitsbezogenen Themas sind und beschreibt, auf welche Weise verschiedene Faktoren miteinander in Zusammenhang stehen. Darüber hinaus liefert eine wissenschaftliche Theorie evidenzbasierte Informationen dazu, wie bestimmte Faktoren anhand von strukturierten und geplanten Maßnahmen beeinflusst werden können. Jede Interventionsbeschreibung sollte detaillierte Informationen zur theoretischen Basis enthalten, die der Intervention und insbesondere ihrem Inhalt und methodischen Ansatz zugrunde liegt. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der empirischen Forschung, welche die theoretische Basis untermauern, sollten in der Interventionsbeschreibung ebenfalls dargelegt werden.

4.2 Bezieht die Intervention die Eltern/ Familie mit ein?

Nicht nur die Schule vor allem, auch die Familie und das soziale Umfeld haben einen Einfluss auf das Verhalten in Bezug auf gesunde Ernährung und körperliche Bewegung [25, 29, 28, 38]. Durch die Einbeziehung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder anderer Familienmitglieder in die Intervention kann sichergestellt werden, dass die initiierten Einstellungs- und Verhaltensänderungen auch im Familienkreis eingebettet, gefördert und aufrechterhalten werden. Die Einbindung von Eltern bzw. Familie kann sich positiv auf die Kooperationsbereitschaft auswirken und eine stärkere Sensibilität für das Thema ermöglichen. Der Grad der Beteiligung der Eltern bzw. Familie hängt vom Alter der Kinder bzw. Jugendlichen ab [20]. Insbesondere bei jungen Kindern, deren Ess- und Bewegungsgewohnheiten stark vom häuslichen Umfeld geprägt sind, sollten die Eltern bzw. Familien in höherem Umfang einbezogen werden. Dies könnte spezielle Schulungen für Eltern oder verschiedene Eltern-/ Lehrerkonferenzen sowie gemeinsame Aktivitäten in der Schule umfassen. Mit steigendem Alter der Zielgruppe (insbesondere, wenn es sich um Jugendliche handelt), kann das Ausmaß an Elterneinbezug reduziert werden. Es sollte jedoch stets ein minimaler Einbezug vorliegen, der in Form einer Eltern-/Lehrerkonferenz oder eines Informationsblatts zu Beginn der Intervention erreicht werden kann.

4.3 Kombiniert das Programm Maßnahmen der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung?

Kombinierte Ansätze, die sich sowohl auf die gesunde Ernährung als auch auf die Bewegung beziehen, erzielen in der Regel den größten Effekt [20, 29, 27, 28]. Ein Beispiel für eine Intervention mit einem kombinierten Ansatz wäre eine Unterrichtseinheit im Bereich Fitness und Ernährung, kombiniert mit einem regelmäßig stattfindenden Frühstücksclub und der Gestaltung eines bewegungsfreundlichen Schulhofs.

4.4 Umfasst die Intervention Aspekte der psychischen Gesundheit (z. B. Körperbild, Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien) die im Zusammenhang mit der Förderung einer gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung stehen?

Gesunde Ernährung und körperliche Bewegung stehen in direktem Zusammenhang mit verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit. Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche sind häufiger von psychosomatischen Beschwerden und Störungen betroffen [45]. Ferner ist körperliche Inaktivität in der Kindheit und Jugend mit einem niedrigen Selbstwertgefühl verbunden [46]. Interventionen, die auf die Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung abzielen, sollten Aspekte der psychischen Gesundheit nicht vernachlässigen. Entsprechende Aspekte sollten erkennbar sein und in die Intervention

einbezogen werden. Beispielsweise fördert die Intervention eine positive Körperwahrnehmung oder verbessert die Bewältigungsstrategien, so dass unangemessenes Verhalten in Stresssituationen vermieden werden kann. Auch die Förderung des Selbstwertgefühls, der Selbstwirksamkeit oder anderer individueller Ressourcen sollte in entsprechenden Interventionen berücksichtigt werden.

4.5 Ist die Intervention mit den Bildungszielen der Schule verknüpft?

Primäre Aufgabe von Schulen ist die Erfüllung der Bildungs- und Erziehungsverantwortung gegenüber Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsbezogene Interventionen im Setting Schule haben mehr Aussicht auf Erfolg, wenn diese den Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule ausreichend berücksichtigen [47]. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass körperliche Inaktivität und Übergewicht mit schlechteren Schulleistungen verbunden sind [48]. Je mehr bei der Planung von Interventionen bildungsbezogene Indikatoren und deren Zusammenhang mit der Gesundheit berücksichtigt werden, desto besser. Bildungsbezogene Indikatoren umfassen u.a. schulische Leistungen, Lernfähigkeit, das soziale Klima an der Schule sowie Schulabsentismus. Wenn die Intervention diesen Aspekt explizit berücksichtigt, kann der Qualitätsindikator als erfüllt betrachtet werden.

4.6 Wurden Lehrkräfte oder andere Fachkräfte aus dem Bildungsbereich bei der Entwicklung der Intervention mit einbezogen?

Lehrkräfte, Schulleitungen oder andere im Bildungsbereich tätige Fachkräfte (z. B. Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter) stellen eine wichtige Zielgruppe bei der Planung von Interventionen dar. Da das schulische Umfeld der primäre Tätigkeitsbereich dieser Personen ist, können sie am besten beurteilen, welche Maßnahmen sinnvoll sind und welche nicht. Lehrkräfte und andere Fachkräfte aus dem Bildungsbereich sollten daher in die Planung von schulischen Interventionen eingebunden werden, insbesondere dann, wenn sie diese ausführen sollen [18]. Ihre Unterstützung zum Inhalt und zu den Methoden kann sich in der Planungsphase als sehr wertvoll erweisen. Eine aktive Beteiligung dieser Personen in der Planung fördert die Motivation und das Bewusstsein in Bezug auf die Intervention. Darüber hinaus kann dadurch die fehlende Passung zwischen der Planung und der tatsächlichen Durchführung vermieden werden. Interventionen, die Lehrkräfte und andere Fachkräfte aus dem Bildungsbereich auf systematische und aktive Weise in die Planung der Intervention mit einbeziehen, erfüllen die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators.

4.7 Beruhen die Dauer und die Intensität der Intervention auf wissenschaftlichen Kenntnissen und Erfahrungswerten?

Reviews haben gezeigt, dass Interventionen, die über einen längeren Zeitraum (z. B. von sechs Monaten) durchgeführt werden, effektiver sind als kurzfristige Interventionen [29]. Dies bedeutet nicht notwendigerweise, dass Interventionen von mindestens sechsmonatiger Dauer per se qualitativ und kürzere Interventionen minderer Qualität sind. Es muss eindeutig beschrieben sein, warum die Intervention über einen bestimmten Zeitraum und in einer bestimmten Intensität (z. B. in einer Häufigkeit von dreimal pro Woche) durchgeführt werden soll. Diese Erklärung sollte auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.

4.8 Entsprechen die Interventionsmethoden dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schule?

Der Ansatz der gesundheitsfördernden Schule (wie in den Abschnitten 3.1 bis 3.4 beschrieben) erfordert Methoden und Strategien, die auf demokratischen Grundsätzen und auf dem Partizipationsprinzip beruhen. Die Einbindung verschiedener Gruppen, wie zum Beispiel der Lehrkräfte, Schüler und Familien, unterstützt diesen Ansatz. Methoden, die dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schule zugrunde liegen, zielen auf Empowerment, also auf die Befähigung von Kindern und Jugendlichen und helfen diesen, ihre Handlungskompetenz zu erweitern [49]. Diese Methoden sehen u. a. Gruppenarbeit, Diskussionskreise, gemeinsame Aktionen, Spiele und Simulationübungen vor [50]. Diese sollen keinen moralisierenden Charakter tragen (im Sinne des erhobenen Zeigefingers). Geeignete Methoden beinhalten positive Botschaften, die das Verantwortungsgefühl und die Handlungskompetenz bezüglich des eigenen gesundheitsbezogenen Ver-

haltens, einschließlich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung, positiv beeinflussen.

4.9 Entsprechen die Methoden und der Inhalt der Intervention den Anforderungen der Zielgruppe (z. B. Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund)?

Der Inhalt und die angewendeten Methoden einer Intervention müssen auf die Zielgruppe zugeschnitten sein, insbesondere in Bezug auf das Geschlecht, das Alter sowie auf den sozioökonomischen und kulturellen Hintergrund. Hinsichtlich des Alters der Zielgruppe sollten die Methoden die unterschiedlichen physischen und kognitiven Entwicklungsstadien berücksichtigen. Kleinkinder beispielsweise haben im Vergleich zu Jugendlichen andere sportliche Interessen und Bewegungsfähigkeiten. Außerdem ist die Einbeziehung der Familie bei Kindern wichtiger als bei Jugendlichen. Das Körperbild ist insbesondere für Mädchen ein relevantes Thema, wohingegen Themen wie Mobbing oder Videospiele (als sitzende Verhaltensweise) von größerer Relevanz für Jungen sind. Auch multikulturelle Aspekte sollten bei der Intervention berücksichtigt werden. Essverhalten und Essgewohnheiten werden stark von kulturellen Normen und Werten beeinflusst. Interventionen, deren Inhalte und Methoden die Besonderheiten der Zielgruppe umfassend und systematisch berücksichtigen, erfüllen die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators.

2. Strukturqualität

5.1 Sind die Kosten, die der Schule für die gesamte Intervention entstehen, eindeutig beschrieben?

Aus der vorhandenen Beschreibung muss hervorgehen, welche Anforderungen die Intervention an die Ressourcen der Schule stellt. [19, 21]. So können Schulen feststellen, welcher Aufwand mit der Durchführung der Intervention verbunden ist. Wenn im Voraus nicht genau feststeht, welche Kosten der Schule entstehen werden, kann sich dies nachteilig auf die Implementierung auswirken und den Erfolg der Intervention beeinträchtigen. Neben der für die Durchführung der Intervention benötigten Zeit müssen Schulen personelle, materielle und finanzielle Ressourcen aufbringen. Interventionen, die umfassende Informationen zu diesen Ressourcen bereitstellen, erfüllen die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators. Im Idealfall sollten auch Informationen dazu bereitgestellt werden, wie die Ressourcen aufgebracht werden können (z. B. durch Sponsoring oder Spendenaktionen).

5.2 Sind die benötigten finanziellen und sonstigen Ressourcen den Interventionszielen angemessen?

Es ist zu prüfen, ob die Ziele der Intervention und die für deren Durchführung erforderlichen gesamten Ressourcen (nicht nur auf schulischer Ebene) in einer Balance stehen [10, 18]. Insbesondere in Zeiten knapper Mittel ist dieser Aspekt von großer Relevanz. Auf Grundlage der vorhandenen Informationen zu den benötigten finanziellen Ressourcen einerseits und den Zielen der Intervention andererseits kann eine angemessene Bilanz gezogen werden. Ergebnisse anderer externer Evaluationen können hierbei hilfreich sein.

5.3 Sind die zur Durchführung der Intervention erforderlichen Kompetenzen (z. B. Qualifikationen und Fähigkeiten) eindeutig beschrieben?

Die zur Durchführung der Intervention erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen müssen bekannt sein [10, 18, 19, 20, 21]. Während bestimmte Interventionen einen akademischen Grad im Bereich Hauswirtschaft, Ernährungs-, Sportwissenschaften oder im Bereich Public Health erfordern, sind für andere Interventionen Erfahrungen und Fertigkeiten im psychologischen Bereich gefragt. Auch wenn zur Durchführung der Intervention keine besonderen Kompetenzen oder Fertigkeiten erforderlich sind, sollten nähere Informationen zum Anforderungsprofil bereitgestellt werden, da sonst nicht festgestellt werden kann, welche Person zur Umsetzung am besten geeignet ist. Wenn nicht feststeht, wer die Gesamtverantwortung für die Durchführung der Intervention hat, kann deren Realisierung auch nicht überprüft werden. Dies könnte sich als sehr kontraproduktiv erweisen und den Erfolg der Intervention beeinträchtigen.

5.4 Liegt ein Schulungsprogramm vor, um die für die Umsetzung benötigten Fähigkeiten zu vermitteln?

Wenn die Intervention spezielle Kompetenzen erfordert, sollte ein Schulungsprogramm vorliegen, um die Lehrkräfte oder andere Personen auf die Durchführung vorzubereiten [18, 19, 20]. Wenn kein Schulungsprogramm vorliegt, jedoch spezielle Kompetenzen und Qualifikationen für die Intervention erforderlich sind, könnte dies als Qualitätsmangel gewertet werden, was in der Durchführungsphase zu Problemen führen kann. Informationen zur Häufigkeit entsprechender Schulungen, zu deren Kosten und zur erforderlichen Teilnahme sind wünschenswert.

5.5 Liegt ein Manual für die Umsetzung der Intervention vor?

Zur Intervention sollte ein detailliertes Manual vorliegen, aus dem hervorgeht, wie die einzelnen Module der Intervention auszuführen sind [20]. In diesem Manual oder Leitfaden sollten die Prozesse und der Inhalt der gesamten Intervention beschrieben sein. Auch eine umfassende Beschreibung der Intervention und ihrer Module darf nicht fehlen. Im Idealfall sollte das Manual auch Informationen zu den erforderlichen Materialien sowie zu potenziellen Problemen und deren Lösungen enthalten. Ein solches Manual gewährleistet, dass die Intervention wie geplant durchgeführt wird, womit eine hohe Durchführungsqualität gesichert wird.

6.1 Werden Strategien beschrieben, mit deren Hilfe relevante außerschulische Partner in die Intervention einbezogen werden können?

Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung, die auch das weitere schulische Umfeld mit einbeziehen, sind vielversprechender als Interventionen, die ausschließlich auf der Schulebene (z. B. die Klasse) agieren. Relevante Partner außerhalb des Settings Schule sind zum Beispiel lokale Sport- und Jugendvereine, Gesundheitsbehörden, Krankenkassen, Beratungsstellen, Restaurants, aber auch Eltern, Familienangehörige usw. Informationen oder Empfehlungen zur Einbeziehung von lokalen Partnern und Organisationen, die im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung aktiv sind, sind äußerst nützlich. Durch die Einbindung von externen Organisationen und Personen können produktive Kooperationen gebildet werden [19, 21].

6.2 Regt die Intervention zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit mit Organisationen, Gruppen oder Personen außerhalb des Schulsettings an?

Das Netzwerk zwischen der Schule und dem schulischen Umfeld sollte über den gesamten Zeitraum der Durchführungsphase Bestand haben. Interventionen von hoher Qualität stellen Informationen zum Aufbau von dauerhaften Netzwerken bzw. Kooperationen bereit. Es werden Methoden und Strategien für die Zusammenarbeit mit relevanten Partnern entwickelt, die zu einem integralen Bestandteil des Schulalltags werden und auf die Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung gerichtet ist.

3. Prozessqualität

7.1 Werden Lehrkräfte und Schüler dahingehend berücksichtigt, wie die Intervention durchgeführt wird?

Dieser Qualitätsindikator bezieht sich auf den Grad der Einbeziehung von Schülern und Lehrkräften während der Durchführungsphase. Partizipation und Einbeziehung vom Stadium der Planung bis hin zur Durchführung sollten ein integraler Bestandteil der gesamten Intervention sein [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Zu fragen ist, ob sich Schüler und Lehrer zur Art und Weise der Durchführung äußern dürfen. In der Durchführungsphase können Schüler und Lehrkräfte zum Beispiel bei der Gestaltung des Schulhofs und der Spieleinrichtungen, bei der Frage, welches Essen zubereitet werden soll und welche Gesundheitsthemen in der Klasse diskutiert werden sollen, mit eingebunden werden. Weitere Beispiele sind im HEPS Leitfaden aufgeführt [51]. Es sollten detaillierte Informationen darüber vorliegen, wie eine aktive Beteiligung bei der Durchführung der Intervention gewährleistet wird.

7.2 Weist die Durchführung der Intervention eine Passung mit dem Schulalltag und den schulischen Rahmenbedingungen auf?

Der tägliche schulische Ablauf und die schulischen Rahmenbedingungen spiegeln die Art und Weise der Schulorganisation wider. Hiermit sind zum Beispiel die Verwaltungsstruktur, der Stundenplan, der Lehrplan und alle Aktivitäten außerhalb des Lehrplans, wie zum Beispiel Schulkonferenzen, gemeint. Erfolgreiche Interventionen müssen sicherstellen, dass die Intervention auf adäquate Weise in den schulischen Ablauf eingebettet ist. Die einzelnen Module der Intervention werden innerhalb der Schulzeiten durchgeführt, ohne dass hierdurch der reguläre Unterricht beeinträchtigt wird. Unterrichtseinheiten zur gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung werden nahtlos in den regulären Unterricht integriert, und externe Personen, die zur Implementierung der Intervention herangezogen werden, haben die Lehrkräfte über ihre Vorgehensweise informiert. Wenn bei der Planung der Intervention der schulische Ablauf und die schulischen Rahmenbedingungen auf systematische Weise berücksichtigt wurden, sind die Anforderungen dieses Qualitätsindikators erfüllt.

7.3 Werden Komponenten beschrieben, die für die Durchführungsgenauigkeit wesentlich sind?

Interventions- oder Durchführungsgenauigkeit bezieht sich auf die Frage, ob die gesamte Intervention oder einzelne Interventionsmodule wie geplant ausgeführt wurden. Der Begriff bezeichnet den Übereinstimmungsgrad zwischen der Planung und der Ausführung. Ohne diese Informationen kann nicht beurteilt werden, ob ein schlechtes Ergebnis das Resultat einer ineffektiven Intervention ist oder einer Intervention, welche schlecht ausgeführt wurde [37]. Eine Möglichkeit zur Erhöhung der Ausführungsgenauigkeit besteht darin festzulegen, welche Interventionsmodule wie geplant und ohne Anpassungen durchgeführt werden müssen und welche Module eine gewisse Flexibilität zulassen. Ohne diese Angaben wird die Ausführungsgenauigkeit beeinträchtigt, was sich wiederum nachteilig auf die Wirksamkeit der Intervention auswirken kann. Aus der verfügbaren Literatur und der Interventionsbeschreibung sollte daher hervorgehen, welche Module für den Erfolg der Intervention unabdingbar sind. Module, die angepasst werden können, sollten gesondert und zusammen mit einer genauen Beschreibung der möglichen Änderungen beschrieben werden.

7.4 Werden die Personen, welche die Intervention durchführen (z. B. Lehrkräfte) kontinuierlich unterstützt (z.B. Beratung/ Supervision)?

Die für die Durchführung der Intervention verantwortlichen Personen sollten bei der Realisierung und Lösung von Problemen kontinuierlich unterstützt werden [18, 21]. Kontinuierlich bedeutet hierbei, dass der Anbieter der Intervention zusätzlich zur Einführungsschulung eine regelmäßige Betreuung anbietet. Die Betreuung kann in Form eines "Helpdesks" erfolgen, welcher telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werden kann. Weitere Möglichkeiten sind regelmäßig stattfindende Besprechungen oder die Betreuung durch eine erfahrene Fachkraft. In der Interventionsbeschreibung sollten auch Informationen zur Häufigkeit der verfügbaren Betreuung sowie zu deren möglichen Kosten enthalten sein.

8.1 Werden die verwendeten Methoden, mit denen der Interventionsprozess evaluiert werden soll, beschrieben (z. B. Ausführungsgenauigkeit, Zufriedenheit, Akzeptanz)?

Bewertung und Monitoring sind wichtige Aspekte bei der Durchführung der Intervention [9, 19, 21, 37, 52]. Probleme, die in diesem Stadium auftreten, beeinträchtigen die Wirksamkeit der Intervention. Wenn Probleme in einem frühen Stadium erkannt werden, können noch rechtzeitig Maßnahmen zu deren Beseitigung eingeleitet werden. Bei der Überwachung werden Aspekte wie die Ausführungsbereitschaft, die Zufriedenheit mit der geplanten Umsetzung und der Grad der Akzeptanz der Intervention bewertet. Die Interventionsgenauigkeit (siehe 7.3) kann anhand der Häufigkeit, der Dauer sowie dem Ausmaß, indem die Intervention wie geplant durchgeführt wird beurteilt werden. Aus der verfügbaren Literatur oder der Interventionsbeschreibung sollte hervorgehen, wie das Monitoring realisiert wird und welche Methoden und Materialien zur Bewertung des Prozesses verwendet werden.

8.2 Wurden Strategien zur Verbesserung der Intervention auf der Grundlage der Ergebnisse der Prozess-evaluation beschrieben?

Es sollten Strategien und Empfehlungen vorliegen, die angeben wie Probleme, die im Rahmen der Prozess-evaluation ermittelt wurden, überwunden werden können. Hierbei geht es darum, Problembereiche zu beschreiben, die typischerweise während der Durchführung auftreten und Lösungen aufzuzeigen, die von den für die Durchführung verantwortlichen Personen umgesetzt werden können. Dies könnten u.a. Strategien zur Erhöhung der Umsetzungsbereitschaft und Motivation sowie Empfehlungen wie die verfügbaren Ressourcen optimaler genutzt werden können (Zeit, Personal etc.) sein.

4. Ergebnisqualität

9.1 Werden mit der Intervention die in der Planung formulierten Ziele erreicht?

Die Effektivität und der Erfolg einer Intervention lassen sich vor allem daran messen, ob die der Intervention zugrunde liegenden Ziele verwirklicht wurden [18, 19, 21]. Es muss jedoch nachgewiesen werden können, dass die in der Planung formulierten Ziele auch tatsächlich erreicht wurden. Um zu evaluieren, ob und in welchem Ausmaß die Ziele erreicht wurden, ist, vorauszusetzen, dass die Ziele zu Beginn der Intervention klar definiert wurden (siehe Punkt 2.2). Es sollten Informationen dazu vorliegen, ob die Ziele für die gesamte Zielgruppe oder nur für bestimmte Teilgruppen erreicht wurden, zum Beispiel für Personen eines bestimmten Alters, Geschlechts usw. Wenn die Ziele nicht oder nur teilweise erreicht wurden, sollte eine kritische Bewertung der Ursachen hierfür verfügbar sein.

9.2 Weisen die Ergebnisse der Intervention eine positive Wirkung auf die Gesundheit, vor allem hinsichtlich der gesunden Ernährung und körperlichen Bewegung, auf?

Eine erfolgreiche und wirksame Intervention muss positive Veränderungen in Bezug auf die gesunde Ernährung und körperliche Bewegung aufzeigen. Es gibt viele Parameter, anhand derer festgestellt werden kann, ob eine Intervention wirksam ist oder nicht [10, 53]. Positive Effekte der ersten (unmittelbaren) Ebene lassen sich an den schulischen Strukturen und Vorgehensweisen, am Wissensstand in Bezug auf gesunde Ernährung und körperliche Aktivität, an der Einstellung sowie an den Verhaltensintentionen ablesen. Als Ergebnis auf der mittleren Ebene wären zum Beispiel Verhaltensänderungen zu nennen, die sich beispielsweise an einer intensiveren Sportausübung und einer Zunahme des Verzehrs von Obst und Gemüse erkennen lässt. Weiterhin finden sich hier Ergebnisse mit Bezug auf eine gesunde Schulumgebung, wie zum Beispiel der Aufbau einer gesunden Schulkantine, die Gestaltung von bewegungsfreundlichen Einrichtungen oder die Reduzierung der Zahl der Verkaufsautomaten. Ergebnisse wie zum Beispiel der Rückgang übergewichtiger Kinder lassen sich nur schwer nachweisen, da sich entsprechende Wirkungen nicht unmittelbar nach Abschluss der Intervention, sondern erst nach einem längeren Zeitraum einstellen. Ergebnisse dieser Art stehen am Ende einer langen Ergebnisleiter. Die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators sind erfüllt, wenn die Intervention in Bezug auf gesunde Ernährung und körperliche Bewegung ein positives Ergebnis der ersten und der mittleren Ergebnisebene aufzeigt.

9.3 Gibt es Hinweise darauf, dass die positive Wirkung auf gesundheitsbezogene Parameter über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen bleibt.

Interventionen, welche von hoher Qualität sind müssen aufzeigen, dass die positiven Effekte auch nach einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen bleiben. Je länger der positive Effekt auf das gesundheitsbezogene Verhalten anhält, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind oder der Jugendliche das positive Verhalten beibehält. Die langfristigen Effekte einer Intervention können nur anhand von so genannten Follow-Ups ermittelt werden. Interventionen, bei denen festgestellt werden kann, dass mindestens ein positiver Effekt über einen Zeitraum von einem halben Jahr bestehen bleibt, erfüllen die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators.

9.4 Basieren die Evaluationsmethoden auf anerkannten wissenschaftlichen Standards?

Aus den zur Evaluation der *Intervention* vorliegenden Informationen muss hervorgehen, dass die verwendeten Methoden und Vorgehensweisen auf anerkannten wissenschaftlichen Standards beruhen [18, 19]. Es müssen Informationen zum Studiendesign, zu den zugrunde liegenden Fragen, die sich aus der Planung der *Intervention* ergeben haben, zu den Indikatoren und Variablen sowie zu den Methoden, die zur Datenerfassung und zur statistischen Analyse verwendet wurden, vorliegen. Anhand des Studiendesigns und der Studienmethoden muss festgestellt werden können, ob die beobachteten Effekte auch auf die *Intervention* zurückzuführen sind.

9.5 Wirkt sich die Intervention positiv auf Bildungsergebnisse aus (z. B. Lernverhalten, schulische Leistungen, Schulklima, Schulabsentismus)?

Jede *Intervention*, die im Setting Schule durchgeführt wird, hat auch bildungsbezogene Outcomes zu berücksichtigen [18, 44]. Zu den schul- und bildungsbezogenen Indikatoren zählen u.a.: Lernmotivation, Schulklima, schulische Leistungen sowie Schulabwesenheit. Was die Bildungsergebnisse betrifft, so ist auch hier zwischen den kurzfristigen, den mittel- und langfristigen Ergebnissen zu unterscheiden. Positive Veränderungen im Bereich der Lernmotivation und des Schulklimas können zu den direkten und mittelfristigen Ergebnissen gezählt werden, wohingegen Veränderungen im Bereich der schulischen Leistungen und der Schulabwesenheit eher langfristige Ergebnisse darstellen. Wenn die *Intervention* eine positive Wirkung auf eines der oben genannten Bildungsergebnisse aufzeigen kann, erfüllt sie die Anforderungen des vorliegenden Qualitätsindikators.

10.1 Steht der Gesamtaufwand (Kosten, Zeit) im Verhältnis zur Effektivität der Intervention?

Auch wenn die *Intervention* positive Effekte hervorbringt, bedeutet dies noch nicht, dass sie effizient ist. Im Rahmen einer *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* sollten die Ausgaben mit den Ergebnissen verglichen werden. Zu den mit der *Intervention* verbundenen Ausgaben zählen zum Beispiel Personal-, Material- und Zeitkosten, wohingegen das Ergebnis anhand von nicht-monetären Effekten gemessen werden kann, die aus der *Wirksamkeitsanalyse* hervorgehen. Die *Intervention* kann als effizient bezeichnet werden, wenn die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* eine positive Bilanz aufweist. Im Idealfall hat der Anbieter der *Intervention* das Ergebnis der *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* mit dem anderer schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Aktivität verglichen. Die zum Vergleich herangezogenen Interventionen sollten jedoch dieselben Merkmale aufweisen und auf vergleichbaren Rahmenbedingungen basieren.

10.2 Stehen die Kosten (z. B. Vorbereitungszeit, Personal) für die Schule/Lehrkräfte im Verhältnis zum Nutzen der Intervention?

Die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* sollte auch die Perspektive der Schulen einbeziehen, an denen die *Intervention* durchgeführt werden soll [18]. Die Zeit, welche die Schulen für die Vorbereitung der *Intervention* aufwenden müssen sowie die Personalkosten gehören zu den Ausgaben; die Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf die Bildung der Schüler und in zweiter Linie auf deren Gesundheit. Subjektive Wahrnehmungen der Lehrkräfte, der Schulleitungen sowie anderer, im Bildungsbereich tätiger Fachkräfte, sind ebenfalls in die Bilanz der Schule aufzunehmen. Die *Intervention* kann als effizient betrachtet werden, wenn die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* auf Schulseite eine positive Bilanz aufweist. Im Idealfall hat der Anbieter der *Intervention* das Ergebnis der *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* mit dem anderer schulischer Interventionen im Bereich der gesunden Ernährung und körperlichen Aktivität verglichen. Die zum Vergleich herangezogenen Interventionen sollten jedoch dieselben Merkmale aufweisen und auf vergleichbaren Rahmenbedingungen basieren.

■ ANHANG 2

GLOSSAR GRUNDLEGENDER BEGRIFFE

Begriff	Beschreibung
Ansatz der gesundheitsfördernden Schule	Als gesundheitsfördernde Schulen werden Schulen bezeichnet, die bestrebt sind, ihre Kapazitäten zur Schaffung eines gesunden Lebens-, Lern- und Arbeitsumfelds (Settings) beständig zu verbessern. Gesundheitsfördernde Schule beziehen bei ihren Bemühungen, die Gesundheit von Schülern zu fördern, Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit und Bildung sowie Lehrkräfte, Schüler, Eltern und Behörden mit ein. Sie setzen alle vorhandenen Maßnahmen zur Gesundheits- und Bildungsförderung ein und sind bestrebt, ein entsprechendes Umfeld sowie einschlägige Programme und Dienste im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung bereitzustellen. Gesundheitsfördernde Schulen führen Vorschriften, Vorgehensweisen und andere Maßnahmen ein, die das Selbstwertgefühl der Schüler respektieren, verschiedene Möglichkeiten zur Erlangung von Erfolg bieten und positiven Einsatz, gute Vorsätze sowie persönliche Leistungen anerkennen. Gesundheitsfördernde Schulen sind bestrebt, die Gesundheit des Personals, der Gemeinschaft, der Schüler und deren Familien zu verbessern; sie arbeiten mit Einrichtungen zusammen, um besser nachvollziehen zu können, auf welche Weise die Kommune zu Gesundheit und Bildung beiträgt (40).
Benchmark	Benchmarks können definiert werden als die Nutzung von Vergleichsdaten vergleichbarer Interventionen, Aktivitäten usw. zur Festlegung eines Standards für die beste Vorgehensweise, so dass der Erfolg gemessen und der Verbesserungsbedarf festgestellt werden kann.
Bewältigung	Alle kognitiven und verhaltensbezogenen Bestrebungen einer Person, interne und externe Herausforderungen, welche aus der Transaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt entstehen und die Person belasten oder überfordern, zu bewältigen (diese zu reduzieren, zu minimieren, zu überwinden oder zu tolerieren) (55).
BMI	Der Body-Mass-Index (BMI) gibt das Verhältnis von Gewicht und Größe an und wird üblicherweise zur Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas verwendet. Der Body-Mass-Index wird folgendermaßen berechnet: Gewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Metern in Quadrat (kg/m ²) (54).
Effektivität	Die Angemessenheit einer Intervention in Bezug auf ihren beabsichtigten Effekt (56).
Effizienz	Die Beziehung zwischen einem Ergebnis und einer Maßnahme, die zur Erreichung des Ergebnisses eingesetzt wurde (56).

Empowerment (Befähigung)	In der Gesundheitsförderung bezeichnet der Begriff Empowerment den Prozess, durch welchen Personen Kontrolle über alle Entscheidungen und Handlungen, die ihre Gesundheit beeinflussen, erhalten (40).
Evidenzbasierte Gesundheitsförderung	Die Nutzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und systematischen Untersuchungen zur Ermittlung der Ursachen und Faktoren eines Gesundheitsproblems sowie der Einsatz der effektivsten gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Bewältigung des in einem bestimmten Kontext und bei bestimmten Bevölkerungsgruppen festgestellten Gesundheitsproblems (39).
Folgeerkrankungen	Folgestörungen sind Erkrankungen, die von einer vorherigen Krankheit oder von einem Ereignis hervorgerufen wurden. Diabetes Typ 2, hoher Blutdruck oder Herzinfarkte sind zum Beispiel von Adipositas hervorgerufene Folgeerkrankungen.
Ganzheitlicher Schulansatz von Gesundheit	<p>Ein ganzheitlicher Schulansatz ist durch folgende Aspekte gekennzeichnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> · eine auf Partizipation ausgerichtete, handlungsorientierte und in den Lehrplan integrierte Methode zur Gesundheitserziehung · die Berücksichtigung der schülereigenen Konzepte von Gesundheit und Wohlbefinden · die Entwicklung von gesunden schulischen Maßnahmen · die Gestaltung der materiellen und sozialen Umgebung der Schule · die Entwicklung von Lebenskompetenzen · die effektive Einbeziehung von Familien und Gemeinschaft · die effiziente Nutzung von Gesundheitsdiensten (5) <p>Ein ganzheitlicher Schulansatz von Gesundheit ist nicht nur auf die Gesundheit der Schüler gerichtet, sondern auch auf die Gesundheit der Lehrer und des nicht unterrichtenden Personals. Anhand von Maßnahmen wie zum Beispiel dem Ansatz der guten gesunden Schule soll ferner die Bildungsqualität gefördert werden (47).</p>
Gesundheitsdeterminanten	Gesundheitsdeterminanten umfassen eine Vielzahl von Faktoren, die den Gesundheitsstatus von Individuen, Gruppen und der gesamten Population beeinflussen. Zu diesen Faktoren zählen das sozioökonomische Umfeld, die persönliche Lebensumgebung sowie die individuellen Eigenschaften und Verhaltensweisen einer Person (40).
Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (40).

Gesundheitsintervention	Gesundheitsinterventionen können allgemein als gesundheitswissenschaftlich begründete Eingriffe definiert werden, die zum Ziel haben, individuelles Verhalten und/ oder organisatorisch-gesellschaftliche Rahmenbedingungen systematisch und nachhaltig zu verankern. Dabei kann zwischen zwei Interventionsarten unterschieden werden: Interventionen, die auf die Gesundheitsförderung / das Wohlbefinden gerichtet sind und Interventionen, die auf die Vermeidung von Krankheiten (Prävention) abzielen (1).
Gesundheitsrisiko	Ein sozialer, ökonomischer oder biologischer Status, Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen, die mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine spezifische Krankheit, einen schlechteren Gesundheitszustand oder einer Verletzungsgefahr verbunden sind oder diese verursachen. (40).
Handlungskompetenz	Handlungskompetenz ist die Fähigkeit, positive Veränderungen in Bezug auf die Gesundheit in aktiver Weise herbeizuführen (49).
Interventionsgenauigkeit	Die Interventionsgenauigkeit bezieht sich auf die Frage, ob und in welchem Maße die gesamte Intervention oder einzelne Module der Intervention im Setting Schule der Planung entsprechend ausgeführt wurde(n) (37). Sie beschreibt den Grad der Übereinstimmung zwischen der Planung und der Umsetzung.
Inzidenz	Anzahl der in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt auftretenden neuen Fälle (57).
Kosten-Wirksamkeit	Das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis beschreibt die Beziehung zwischen dem finanziellen Aufwand einerseits und dem Ergebnis (der Wirkung) einer Intervention andererseits. Bei einem positiven Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis übersteigt das Ergebnis (die Wirksamkeit) den für eine Intervention erforderlichen finanziellen Aufwand.
Monitoring	Die kontinuierliche oder regelmäßige systematische Erfassung von Daten zur Überprüfung von Prozessen und Ergebnissen (31).
Nachhaltigkeit	Beabsichtigte Auswirkungen eines Projekts, die über die Dauer des Projekts hinausreichen (56).
Partizipation	Partizipation erfolgt auf verschiedenen Ebenen und kann „teilnehmen“ oder „teilhaben“ bzw. „beteiligen“ bedeuten. Letzteres impliziert die Einbeziehung in den Entscheidungsprozess in Bezug auf kontextbezogene Sachverhalte (wie zum Beispiel Schule). Diese Definition geht davon aus, dass Personen die Möglichkeit der Selbstbestimmung und Mitbestimmung über gesundheitliche Belange erhalten.
Periodenprävalenz	Der Begriff „Prävalenz“ bezieht sich auf die Anzahl der Fälle zu einem bestimmten Zeitpunkt, wohingegen mit „Periodenprävalenz“ die Anzahl der Fälle in einem bestimmten Zeitraum (1 Monat, 12 Monate usw.) gemeint sind.

Prävalenz	Anzahl der in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen Fälle (56).
Prävention	Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, die auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Menschen gerichtet ist, orientiert sich die Prävention an der Gesundheitserhaltung durch Vermeidung von Risiken und Krankheiten. Je nach Zeitpunkt kann zwischen primärer Prävention (Vermeidung der Entstehung einer Krankheit), sekundärer Prävention (frühe Diagnose von Krankheiten) und tertiärer Prävention (Vermeidung eines Rückfalls) unterschieden werden.
Psychosomatische Beschwerden	Psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen sind durch physische Symptome gekennzeichnet, die jedoch nicht vollständig auf eine neurologische oder organische Erkrankung zurückzuführen sind (58).
Qualitätsindikator	Ein spezielles Maß, welches auf eine gute oder schlechte Qualität hindeutet (10).
Schulklima	Die Qualität und Häufigkeit der Interaktionen unter und zwischen Erwachsenen und Schülern (59).
Selbstwert	Unter Selbstwert versteht man den Eindruck, den man von sich selbst hat oder den Grad der eigenen Bewertung. Der Selbstwert beschreibt eine günstige oder ungünstige Einstellung gegenüber sich selbst (60).
Selbstwirksamkeit	Glaube an die eigenen Fähigkeit zur Beeinflussung von Ereignissen, die das eigene Leben betreffen.
Sitzende Verhaltensweisen	Verhaltensmuster, das körperliche Inaktivität oder nur ein geringes Maß an körperlicher Aktivität beinhaltet. Beispiele für ein solches Verhaltensmuster sind: Fernsehen, Tätigkeit am Computer, Videospiele usw.
Sozioökonomischer Status (SöS)	Der „sozioökonomische Status“ beschreibt die wirtschaftliche und soziale Position einer Person oder einer Familie im Vergleich mit anderen. Der sozioökonomische Status wird in der Regel vom Familieneinkommen bestimmt.
Stress	Stress wird aufgrund des Verhältnisses einer Person zu ihrer Umgebung verursacht. Hierbei ist im Besonderen eine Umgebung gemeint, die als beanspruchend oder belastend erfahren wird und die daher das eigene Wohlbefinden beeinträchtigt (55).
Übergewicht	Obwohl keine einheitliche Definition von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vorliegt, wird zur Messung im Allgemeinen ein geschlechts- und altersspezifischer Durchschnittswert verwendet (Wert, unter den ein bestimmter Anteil der beobachteten Fälle fällt). In Europa wird Übergewicht ab dem 85. Perzentil definiert und Adipositas ab dem 95. Perzentil des BMI (36).

Umsetzung (Implementation)

Dieser Begriff beschreibt, wie gut ein Programm oder eine Intervention in die Praxis umgesetzt wird (52). Die verschiedenen Aspekte der Implementierung sind Ausführungsgenauigkeit, Häufigkeit und Dauer der Intervention sowie die Qualität der Bereitstellung und der Grad der Akzeptanz der Teilnehmer (37).

■ LITERATURVERZEICHNIS

1. Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). Gesundheitserziehung in Schulen. In: B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitserziehung (160-170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Rätty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education, Suppl.* 1, 10-14.
3. WHO (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. Verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271-284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). SHE strategic plan 2008-2012. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion. Köln, BZgA.
7. Øvretveit, J. (1996). Quality in health promotion. *Health Promotion International*, 11, 55-62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). *Medicare – A strategy for quality assurance*. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In: BZgA (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* (38-50). Köln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
11. Parish, R. (2001). Health promotion. Towards a quality assurance framework. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171-184). Copenhagen, WHO.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221-228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.
14. Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* (51-72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiter de, S. (2008). Summary Dutch toolkit overweight in schools. Woerden, NIGZ.
16. Bühler, A. & Heppekaufen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland*. Köln, BZgA.
17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Gesundheitspsychologie*, 3, 119-143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions. In Leurs, M. (Ed.) *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion* (69-81). Enschede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIPH)*. Verfügbar unter: <http://ws5.evision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>
20. BZgA (2006). *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents*. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). *Quality criteria for projects version 5.0*. Verfügbar unter: <http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality—criteria—50.pdf>.
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0*. Verfügbar unter: <http://www.nigz.nl/index—en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54>.
23. BZgA. (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Köln, BZgA.
24. Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. *Anforderungen und Lösungen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.

26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 337-353.
27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54 (No. RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njik, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780-1789.
29. Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617-622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189-196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Pædiatrica*, 96, 12-18.
33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review. London, Health Education Authority.
34. Sluijs van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20, 1-73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education. Supp.2*, 30-36.
38. Müller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 249-254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
40. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation – the health of children and young people. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
43. Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. Copenhagen, WHO.
44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe - the case of School Health Promotion, *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248-254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67-73.
46. Valois, R. F., Umstattd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321-327.
47. Paulus, P. (2009). *Anschub.de. Ein Programm zur Förderung der guten gesunde Schule*. Münster: Waxmann.
48. Taras, H. (2005). Physical Activity and Student Performance at School. *Journal of School Health*, 75, 214-218.
49. Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12, 419-428.

50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. ENHPS.
51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). HEPS Guidelines. Guidelines on promoting healthy eating and physical activity in schools. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). Why Program Implementation is Important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
53. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
54. WHO (2006). Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
56. Quint-Essenz (2008). Glossar. Verfügbar unter: <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiehlström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Geneva, WHO.
58. Oatis, M. D. (2002). Psychosomatic Illness in Children and Adolescents. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001): School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
60. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Nützliche Internet-Quellen

1. **Qualitätsinstrumente für Interventionen im Bereich Gesundheit (Auswahl)**
 - Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
<http://www.bzga.de>
 - European quality instrument for health promotion (EQUIHP)
<http://subsites.nigz.nl/system3/site2>
 - Preffi
<http://www.preffi.nl>
 - Qualität in der Prävention
<http://www.uke.de/extern/qip>
 - Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
<http://www.bzga.de>
 - Quint Essenz
<http://www.quint-essenz.ch>

2. **Datenbanken zum Thema gesunde Ernährung und körperliche Bewegung (Auswahl)**
 - Plattform für Ernährung und Bewegung
<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
 - Plattform: „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
 - I-database (nur in niederländischer Sprache verfügbar)
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
 - Datenbank „Gesunde Schule“ Österreich
<http://gs.bmgfj.gv.at>

3. Sonstige Internetquellen

- Schools for Health in Europe (SHE) network
<http://www.schoolsforhealth.eu>
- HEPS supports school health policy
<http://www.hepseurope.eu>

DIE PARTNER VON HEPS

Das HEPS Projekt wird vom niederländischen Institut für Gesundheitsförderung (NIGZ) unter Zusammenarbeit mit folgenden Partnern koordiniert:

1. Freie Universität Brüssel, Belgien
2. Welsh Assembly Government, Wales
3. Danish School of Education, Aarhus Universität, Kopenhagen, Dänemark
4. Institut für Kindergesundheit, Griechenland
5. Universität Maastricht, Niederlande
6. Staatlicher Gesundheitsdienst (NHS Health), Schottland
7. Universität Warschau, Polen
8. Universität Bergen, Norwegen
9. Leuphana Universität Lüneburg, Deutschland
10. National University of Ireland, Galway, Irland
11. Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research, Österreich
12. State Environmental Health Centre, Gesundheitsministerium, Litauen