Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Schulische Gesundheitsförderung im Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I

Konzeption eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms zur Unterstützung des Übergangs von der Primar- in die Sekundarstufe I sowie eines Messinstrumentes zur sozial-emotionalen Kompetenz

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

an der Europa-Universität Flensburg

Vorgelegt von: Carmen Schumacher (M.A.)

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Petra Hampel
Europa-Universität Flensburg

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Kevin Dadaczynski
Hochschule Fulda

Flensburg, den 18.01.2023

Danksagung

Während einer Pandemie empirische Studien im schulischen Setting durchzuführen, ist für alle Beteiligten sehr schwierig und es war ein sehr steiniger Weg bis zur Fertigstellung dieser Arbeit. Daher möchte ich mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt und motiviert haben.

Zunächst möchte ich mich herzlich bei den Schüler*innen und Eltern, die trotz der Herausforderungen aufgrund der COVID-19-Pandemie an meinen Befragungen sowie den Interviews teilgenommen haben, bedanken. Ohne diese, die Entwicklung eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Gesundheitsförderungsprogramms, nicht möglich gewesen wäre.

Ein weiterer Dank gilt den Schulleitungen und allen beteiligten Lehrer*innen sowie Schulsozialarbeiter*innen, die trotz zahlreicher pandemiebedingter Belastungen, meine wissenschaftliche Erhebung an den Schulen unterstützt haben und mir eine Umsetzung trotz Pandemie ermöglicht wurde. Besonders bedanken möchte ich mich bei dem Gesundheitsplaner der Stadt Flensburg Michael Kraus für die Kooperationsmöglichkeit und Anbahnung der Kontakte zu den Schulen zur Realisierung meines Forschungsvorhabens und den beiden Schulgesundheitsfachkräften Nicole Treike und Eike Rode, die mir bei der Organisation und Umsetzung der Befragungen an den Schulen stets mit Rat und Tat zur Seite standen.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen ehemaligen Kolleginnen Dr. Carina Wilkens und Dr. Anne Neumann für die Unterstützung und Motivation während dieser Arbeit sowie das angenehme Arbeitsklima in unserer gemeinsamen Zeit an der Uni bedanken. Ein weiteres Dankeschön geht an unsere ehemaligen und aktuellen wissenschaftlichen Hilfskräfte Anna Börm, Sarina Marwedel, Mara Burmeister, Annabelle Duhnke und Pia Schepp, die mich besonders bei den zahlreichen Transkriptionen und der Dateneingabe unterstützt haben.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinen Freunden und meiner Familie besonders für den emotionalen Rückhalt und die Unterstützung während dieser Arbeit und meines gesamten Studiums bedanken.

Ein besonderer Dank gilt meiner Erstgutachterin Frau Prof. Dr. Petra Hampel für die intensive und beispiellose Betreuung meiner Dissertation. Vielen Dank für die hilfreichen Anregungen, die konstruktive Kritik und die Bestärkung zur Umsetzung dieser Dissertation sowie die Motivation trotz Pandemie an dem Vorhaben festzuhalten, nicht aufzugeben und kreative Lösungen zu finden. Außerdem möchte ich mich bei meinem Zweitgutachter Herrn Prof. Dr. Kevin Dadaczynski für die wertschätzende Betreuung und Begutachtung meiner Arbeit bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 1

Abstract 6

1 Theoretischer Hintergrund 11

1.1 Problemstellung und Überblick 11

1.2 Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I 14

1.2.1 Schulische Rahmenbedingungen in Schleswig-Holstein 16

1.2.2 Gesundheitliche Lage von Schüler*innen in der Übergangsphase 17

1.2.3 Belastungen und Ressourcen in der Übergangsphase 21

1.2.4 Stressverarbeitung in der Übergangsphase 32

1.3 Schulische Gesundheitsförderung 34

1.3.1 Begriffsbestimmung 34

1.3.2 Ziele und Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung 38

1.3.3 Stand der Forschung 45

1.3.4 Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule 48

1.3.5 Umsetzung der schulische Gesundheitsförderung in der Übergangsphase 55

1.4 Sozial-emotionale Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter 58

1.4.1 Begriffsbestimmung 58

1.4.2 Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen 65

1.4.3 Einfluss sozial-emotionaler Kompetenzen auf die Gesundheit 67

1.4.4 Messinstrumente zur Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen 70

1.4.5 Förderprogramme und Interventionen 76

1.5 Relevanz der Thematik 81

2 Aufbau des Promotionsvorhabens 84

2.1 Studiendesign 84

2.2 Forschungsansatz 85

2.3 Datenerhebung der qualitativen Untersuchungsanteile 89

2.3.1 Leitfadengestütztes Interview 89

2.3.2 Fokusgruppen mit Expert*innen 91

2.3.3 Befragung von Kindern und Jugendlichen 92

2.3.4 Telefon- und Videointerviews 94
2.3.5 Leitfadenentwicklung 95
2.3.6 Sampling und Zugang zum Feld 99
2.3.7 Interviewdurchführung 102
2.4 Datenerhebung der quantitativen Untersuchungsanteile 105
2.4.1 Fragebogenentwicklung 105
2.4.2 Testdurchführung in den Schulen 112
2.4.3 Online-Befragung 114
2.5 Auswertungsverfahren der qualitativen Untersuchungsanteile 115
2.5.1 Datenaufbereitung 115
2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse 117
2.6 Auswertungsverfahren der quantitativen Untersuchungsanteile 121
2.6.1 Dateneingabe 121
2.6.2 Missing Data 122
2.6.3 Methodenbezogene Auswertung 122
3 Teilstudie I: Bedarfs- und Bedürfnisanalyse 125
3.1 Fragestellungen 125
3.2 Stichprobenbeschreibung 126
3.3 Auswertungsverfahren 131
3.4 Ergebnisse Teilstudie I 135
3.4.1 Ergebnisse Bedarfsanalyse 135
3.4.2 Ergebnisse Bedürfnisanalyse 174
3.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie I 188
3.5.1 Hauptfragestellung 188
3.5.2 Nebenfragestellungen I und II 206
3.6 Fazit 216
4 Programmentwicklung 218
5 Teilstudie II: Kommunikative Validierung 234
5.1 Fragestellungen 234
5.2 Stichprobenbeschreibung 234

5.3 Auswertungsverfahren 235
5.4 Ergebnisse Teilstudie II 236
5.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie II 242
5.6 Fazit 244
6 Teilstudie III: Erfassung sozial-emotionale Kompetenz 246
6.1 Fragestellungen 246
6.2 Stichprobenbeschreibung 248
6.3 Auswertungsverfahren 253
6.4 Ergebnisse Teilstudie III 255
6.4.1 Ergebnisse Teilstudie 3a 255
6.4.2 Ergebnisse Teilstudie 3b 257
6.4.3 Ergebnisse Teilstudie 3c 260
6.4.4 Ergebnisse Teilstudie 3d 285
6.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie III 295
6.5.1 Teilstudie 3a 297
6.5.2 Teilstudie 3b 297
6.5.3 Teilstudie 3c 298
6.5.4 Teilstudie 3d 303
6.6 Fazit 309
7 Übergreifende Diskussion 310
7.1 Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I 312
7.2 Schulische Gesundheitsförderung 314
7.3 Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen 319
7.4 Kernbotschaften des Promotionsvorhabens 324
7.5 Methodendiskussion 325
7.5.1 Qualitative Methoden 325
7.5.2 Quantitative Methoden 334
8 Handlungsempfehlungen und Implikationen 339
8.1 Übergang in die Sekundarstufe I 340
8.2 Schulische Gesundheitsförderung 347

8.3 Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen 349
9 Schlussfolgerungen **352**
Literaturverzeichnis **357**
Anhang A Verzeichnisse **381**
Anhang A1 Abbildungsverzeichnis 381
Anhang A2 Tabellenverzeichnis 387
Anhang A3 Kastenverzeichnis 390
Anhang B Teilstudie I **392**
Anhang B1 Elterninformation Teilstudie I 392
Anhang B2 Zustimmungserklärung Interviews 393
Anhang B3 Leitfäden Teilstudie I 394
Anhang B4 Interviewprotokoll 400
Anhang C Teilstudie II **401**
Anhang D Teilstudie III **402**
Anhang D1 Teilstudie 3a 402
Anhang D2 Teilstudie 3b Elterninformation Grundschule 403
Anhang D3 Teilstudie 3b Elterninformation Online-Befragung 404
Anhang D4 Teilstudie 3b Faktorenanalysen 406
Anhang D5 Teilstudie 3b Eliminierte Items 411
Anhang D6 Teilstudie 3c Leitfaden Expert*inneninterviews 412
Anhang D7 Teilstudie 3d Elterninformation 413
Anhang D8 Teilstudie 3d Vergleich Primar- und Sekundarstufe 414
Anhang D9 Teilstudie 3d Gesamt 419
Anhang E Arbeitsblatt Transitionskompetenz **421**
Eidesstattliche Versicherung 422

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund. Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I ist für viele Schüler*innen ein kritisches Lebensereignis und ein wesentlicher Zeitpunkt in der Bildungsbiografie, der häufig mit Belastungen auf verschiedenen Ebenen einhergeht. In Schleswig-Holstein findet der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe nach dem vierten Schuljahr statt und fällt damit in die Entwicklungsphase der beginnenden Pubertät, die ihrerseits mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen einhergeht und sich mit den Belastungen aufgrund des Schulwechsels kumulieren kann. Diese von multiplen Herausforderungen geprägte Phase hat einen wesentlichen Einfluss auf die mentale Gesundheit der Schüler*innen und es zeigt sich eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Erkrankungen während dieser Übergangsphase. Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung können dieser Entwicklung entgegenwirken, allerdings werden aktuell nur wenige Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, die speziell auf die Übergangsphase ausgerichtet sind, umgesetzt. Insgesamt werden bereits zahlreiche Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung in den Schulen durchgeführt, jedoch beschränkt sich ein Großteil der Maßnahmen auf die Vermittlung von Wissen und weniger auf die Entwicklung von Kompetenzen und es fehlt an übergreifenden Konzepten, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen. Außerdem müssen die ganzheitlichen Ansätze wie die *„Gute gesunde Schule“* stärker in den Schulen implementiert werden. Als wesentlich für die Übergangsphase haben sich zudem die sozial-emotionalen Kompetenzen von Schüler*innen herausgestellt, welche in der Übergangsphase als Ressourcen fungieren können. Allerdings fehlt es derzeit an validen Messinstrumenten, die die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zuverlässig erfassen.

Ziele und Fragestellungen. Das vorliegende Promotionsvorhaben hatte zum Ziel, mittels qualitativer Bedarfs- und Bedürfnisanalysen ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I zu konzipieren sowie ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und psychometrisch zu prüfen. Bei der ersten Teilstudie stand die Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms im Zentrum, welches anhand der Ergebnisse konzipiert und in Teilstudie II kommunikativ validiert wurde. Dabei berücksichtigte das Programm die Bedarfe aus Sicht der Expert*innen und Eltern und den Stand der Forschung sowie die Bedürfnisse der betreffenden Schüler*innen, um mit dem Programm die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I gesundheitsförderlich zu gestalten und auf eine Vernetzung der beteiligten Akteur*innen hinzuwirken. Die dritte Teilstudie hatte zum Ziel, anhand eines Mixed-Methods-Ansatzes ein Messinstrument für die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und sukzessive zu modifizieren.

Methodik. Bei der vorliegenden Arbeit handelte es sich um eine multiperspektivische Studie, der in Teilen ein Mixed-Methods-Design zugrunde lag. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden drei Teilstudien durchgeführt. Die qualitative Teilstudie I umfasste eine Stichprobe von n= 20 Interviews, die mit Expert*innen, Schüler*innen und Eltern im Rahmen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse durchgeführt wurden. Dabei handelte es sich um Einzelinterviews und Fokusgruppen, die zum Teil telefonisch durchgeführt wurden. Aufbauend auf die Ergebnisse der Teilstudie I, wurde ein Gesundheitsförderungsprogramm konzipiert. In Teilstudie II wurde die Konzeption anhand einer Fokusgruppe mit Expert*innen des schulischen Settings kommunikativ validiert, um daraus Optimierungen des Programms abzuleiten. In Teilstudie III wurde ein Mixed-Methods-Design umgesetzt, welches anhand von vier Studienteilen das Messinstrument qualitativ und quantitativ überprüfte und schrittweise Modifikationen vorgenommen wurden. Die letzte quantitative Prüfung umfasste eine Stichprobe von N = 424 Schüler*innen aus der Primar- und Sekundarstufe I. Die qualitativen Studienanteile wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2022) mit der Software MAXQDA 2020 ausgewertet und die quantitativen Daten wurden methodenbezogen mittels Reliabilitäts- und exploratorischen Faktorenanalysen statistisch mit SPSS 28 untersucht.

Ergebnisse und Diskussion Teilstudie I. In der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I treten psychische, soziale und schulische Belastungen auf, die die psychische Gesundheit der Schüler*innen negativ beeinflussen und das Risiko für psychische Störungen erhöhen können. Insbesondere die erhöhten Leistungsanforderungen an der weiterführenden Schule und Erwartungen der Eltern können zu Ängsten und Leistungsdruck bei den Schüler*innen führen. Weiterhin befürchten die Schüler*innen bestehende Freundschaften nach dem Schulwechsel zu verlieren, sich an der weiterführenden Schule nicht zurechtzufinden, dem Unterricht nicht gerecht zu werden und Konflikte mit den neuen Mitschüler*innen und Lehrer*innen. Diese Belastungen sollten in einem übergangsbezogenen Gesundheitsförderungsprogramm berücksichtigt werden, da die Schüler*innen zum Teil nicht über adaptive Stressverarbeitungsstrategien verfügen. Weiterhin erwiesen sich insbesondere soziale und personale Ressourcen wie Familie und Freunde sowie Selbstwirksamkeit und sozial-emotionale Kompetenzen als Schutzfaktoren während der Übergangsphase, die einen erfolgreichen Übergang unterstützen. Hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms sollte dieses im vierten Jahrgang vor der Übergangsempfehlung umgesetzt werden und im fünften Jahrgang erwies sich ein frühzeitiger Beginn ebenfalls als vorteilhaft. Ferner ist wesentlich, dass das Programm regelmäßig umgesetzt, in den schulischen Alltag integriert und anhand eines manualisierten Konzeptes alle Beteiligten einbezieht. Als Trainer*in ist eine externe qualifizierte Fachkraft günstig, um die Wirksamkeit und Akzeptanz bei den Schüler*innen sicherzustellen. Darüber hinaus sollten die Eltern in das Programm eingebunden werden, da dies ein wesentlicher Förderfaktor ist, trotz dessen sich die Umsetzung der Elternbeteiligung als Barriere

herausstellte. In Bezug auf die Integration eines Peer-Education-Ansatzes in das Programm, zeigte sich diese als förderlich, sofern entsprechende Rahmenbedingungen wie die Unterstützung der Multiplikatoren*innen gegeben sind. Insgesamt zeigten sich im Rahmen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse keine wesentlichen Unterschiede zwischen den drei Perspektiven und es konnten die Bedarfe und Bedürfnisse in dem Gesundheitsförderungsprogramm gut integriert werden.

Programmentwicklung. Das bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm „**Schulwechsel Ahoi** – Ein Gesundheitsförderungsprogramm für den Übergang in die Sekundarstufe I“ hat zum Ziel die Transitionskompetenz der Schüler*innen zu fördern und die Stressverarbeitungskompetenzen zu verbessern, um den Schüler*innen einen flexibleren und günstigeren Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen zu ermöglichen. Außerdem soll das Programm die personalen Ressourcen, sozial-emotionale Kompetenz sowie die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen stärken, um insgesamt die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I gesundheitsförderlich zu gestalten. Das Programm setzt sich aus zwei Teilen zusammen und begleitet die Übergangsphase vom Beginn des vierten Schuljahres bis zum Ende des ersten Halbjahres des fünften Schuljahres. Dabei liegt der Schwerpunkt im vierten Schuljahr auf der Vorbereitung des Übergangs und der Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien und im fünften Schuljahr auf Maßnahmen, die den Zusammenhalt in der neuen Klasse sowie die sozialen Kompetenzen der Schüler*innen stärken und die Stressverarbeitungskompetenzen weiter verbessern.

Für die Primarstufe enthält das Programm vier Module, die sich aus 12 Einheiten (90 Minuten pro Einheit) zusammensetzen. Im fünften Schuljahr werden die vier Module in acht Einheiten mit jeweils 90 Minuten im ersten Halbjahr umgesetzt. Dabei werden die Trainingssitzungen überwiegend im Klassenverband von einer qualifizierten Fachkraft umgesetzt und nach Absprache kann die Klassenlehrkraft ebenfalls an den Trainingssitzungen teilnehmen. Das Training wird in den Schulalltag integriert und während der Schulzeit durchgeführt, um eine möglichst hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten. Das Gesundheitsförderungsprogramm beinhaltet in der Primar- und Sekundarstufe jeweils die vier Module Transitionskompetenz, Stressbewältigung, sozial-emotionale Kompetenz und Entspannung.

Ergebnisse und Diskussion Teilstudie II. Die kommunikative Validierung durch eine Fokusgruppe mit Expert*innen ergab im Wesentlichen eine gute Passung des Konzeptionsentwurfes an die Bedarfe und Bedürfnisse des schulischen Settings und wurde von den Expert*innen positiv beurteilt. Zudem wurde auf mögliche zeitliche, finanzielle und personelle Barrieren hingewiesen, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden sollten. Weiterhin sollte bei der Umsetzung des Programms auf mögliche Sprachbarrieren geachtet werden.

Ergebnisse und Diskussion Teilstudie III. Die Teilstudie III hat aufgezeigt, dass hinsichtlich der Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen, ein deutlicher Bedarf an standardisierten Messinstrumenten besteht, da diese Kompetenzen in den verschiedensten Bereichen immer weiter an Relevanz gewinnen. Die Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen benötigt zudem valide Messinstrumente, um die Effektivität und Wirksamkeit der Trainingsprogramme nachweisen zu können und diese anhand von Evaluationen weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Teilstudie III konnte im Verlauf mit dem SEMOlino ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und erste psychometrische Prüfungen durchgeführt werden. Insbesondere die qualitative Teilstudie 3c sowie deren kommunikative Validierung lieferte bedeutsame Erkenntnisse, die die Modifikation des Fragebogens wesentlich beeinflusst haben und zudem durch die quantitativen Ergebnisse der Teilstudie 3d weitestgehend bestätigt wurden. Der SEMOlino weist, in der vorläufig letzten Version (39 Items mit acht Subtests; drei Sekundärtests) im Rahmen der vorliegenden Arbeit, eine weitestgehend gute Passung zum Konstrukt der sozial-emotionalen Kompetenz auf. Diese Struktur kann als Basis für weiterer Revisionen verwendet werden.

Handlungsempfehlungen und Implikationen. Auf der Basis der drei Teilstudien können Handlungsempfehlungen und Implikationen für den Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I, die schulische Gesundheitsförderung sowie die Erfassung von sozial-emotionalen Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter jeweils für die Praxis und die Forschung abgeleitet werden. Hinsichtlich des Übergangs in die Sekundarstufe I, wurde das bedarfs- und bedürfnisgerechte Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* entwickelt, welches zur gesundheitsförderlichen Begleitung des Transitionsprozesses an Grund- und weiterführenden Schulen implementiert werden kann. Weiterhin sollten die an dem Transitionsprozess beteiligten Akteur*innen miteinander vernetzt werden, um ein einheitliches Konzept für den Übergang in die Sekundarstufe I zu etablieren und die Kooperation zwischen den Akteur*innen weiter auszubauen. Ferner ist eine Sensibilisierung für die übergangsbezogenen Belastungen auf allen Ebenen notwendig sowie eine bildungspolitische Diskussion zur Übergangspraxis im deutschen Bildungssystem. Für die schulische Gesundheitsförderung wird unabhängig von der Übergangsphase in die Sekundarstufe I empfohlen, den Stellenwert von Gesundheit und deren Zusammenhang mit Bildung durch eine stärkere Verankerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in die schulischen Curricula zu erhöhen sowie zukünftig verstärkt ganzheitliche Ansätze an den Schulen zu etablieren, die einen nachhaltigen Einfluss auf die Schulkultur haben. Hinsichtlich der Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen untermauerte die vorliegende Arbeit den Bedarf an validen Messinstrumenten in diesem Bereich und die Relevanz für die Evaluation von Förderprogrammen sowie Diagnostik. Der entwickelte Fragebogen sollte in zukünftigen Studien weiter revidiert werden, um einen Beitrag zur Schließung der

Forschungs- und Versorgungslücke zu leisten und zudem sollten weitere Messinstrumente für diese Kompetenzen entwickelt werden. Erst durch solche Messinstrumente wird die entsprechende weiterführende Forschung auf diesem Gebiet möglich.

Schlussfolgerung. Die vorliegende Studie hat verdeutlicht, dass ein relevanter Bedarf an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase sowie generell an der Umsetzung von ganzheitlichen Ansätzen im schulischen Setting besteht. Der Stellenwert der schulischen Gesundheitsförderung und deren Zusammenhang mit Bildungsprozessen ist im deutschen Schulsystem weiterhin zu wenig verankert und es bedarf weiterführender Diskussionen, um Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung nachhaltig und dauerhaft an den Schulen zu etablieren. Auch die Praxis der Übergangsgestaltung an deutschen Schulen muss diskutiert werden, um den Transitionsprozess für alle Beteiligten transparenter zu gestalten und den übergangsbezogenen Belastungen entgegenzuwirken. Dabei ist insbesondere die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen wesentlich sowie eine bildungspolitische Diskussion erforderlich, die den Zeitpunkt des Übergangs im deutschen Schulsystem reflektiert sowie es ermöglicht, gesundheitsförderliche Maßnahmen in den regulären Curricula zu verankern. Dies stellt die Basis für eine nachhaltige und erfolgreiche Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung dar, da zeitliche, finanzielle sowie personelle Barrieren bei der Umsetzung eine bedeutsame Rolle spielen. Das vorliegende Promotionsvorhaben liefert mit dem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase einen Ansatzpunkt für die praktische Umsetzung insbesondere auf verhaltenspräventiver Ebene. Zusätzlich sollten die Beteiligten im Rahmen des Programms sensibilisiert und vernetzt werden, was auf der verhältnispräventiven Ebene eine Veränderung der Schulkultur zur Folge hat und die Integration von weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen ermöglicht sowie langfristig zur Umsetzung von ganzheitlichen Ansätzen beiträgt. Mit der Teilstudie III und der Entwicklung des Messinstrumentes wurde zudem untermauert, dass ein großer Bedarf an weiteren Messinstrumenten für die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen besteht, die für die Forschung und die Evaluation von Präventionsprogrammen sowie Diagnostik verwendet werden können. Daher leistete die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungs- und Versorgungslücke und es liegt mit der letzten Version des SEMOlino ein Fragebogen vor, der in weiteren Studien revidiert und normiert werden kann.

Abstract

School health promotion in the transition from primary to secondary school

Theoretical background: For many school pupils, the transition from primary to secondary school is a critical event in their lives and a critical point in their educational biography, which is frequently accompanied by stress on several different levels. In Schleswig-Holstein, the transition from primary to secondary school takes place after the fourth school year, and therefore falls into the developmental phase of puberty, which in turn is accompanied by physical and psychosocial changes, and stress can therefore accumulate due to the change in schools. This phase, marked by multiple challenges, has a significant impact on the mental health of the pupils and there is an increased vulnerability towards mental illness during this transitional phase. It is possible to counteract this development using measures to promote health in schools, but few measures in the area of mental health which specifically target the transitional phase are currently being implemented. Overall, numerous measures to promote health in schools are already being implemented, but many of them are limited to the transfer of knowledge and focus less on the development of skills, and there is a lack of overlapping concepts linking the relevant issues in the education sector to those in the health sector. In addition, holistic approaches such as the *"Good Healthy School"* initiative must be more strongly implemented in schools. The social-emotional skills of pupils have also proven to be essential for the transitional phase, in which they can be used as resources. However, there is currently a lack of valid measurement tools that reliably record the social-emotional skills of children and adolescents.

Objectives and questions. This doctoral project aimed to develop a school-based health promotion programme for the transitional phase from primary to secondary education using qualitative requirements and needs analyses, and to develop and psychometrically test a measurement tool for recording the social-emotional skills of children and adolescents. The first substudy focused on the requirements and needs analysis concerning a health promotion programme, which was designed based on the results and communicatively validated in the second substudy. In doing so, the programme took into consideration the requirements of experts and parents and the current state of research, and the needs of the pupils concerned in order to develop a health-promoting transitional phase from primary to secondary school by utilizing the programme and to work towards networking of the actors involved. The third sub study aimed to develop and successively modify a method to measure the social-emotional skills of children and adolescents using a mixed methods approach.

Methodology. This dissertation was a multi-perspective study partially based on a mixed methods design. Three substudies were conducted to answer the questions. Qualitative substudy I comprised a sample of N = 20 interviews conducted with experts, pupils and parents

as part of the requirements and needs analysis. These were individual interviews and focus groups, some of which were conducted via telephone. Based on the results of substudy I, a health promotion program was designed. In substudy II, the concept was communicatively validated using a focus group consisting of experts involved in the school setting, in order to derive options to optimise the programme. In substudy III, a mixed methods design was implemented, which qualitatively and quantitatively tested the measurement tool based on four study sections and made gradual modifications. The final quantitative study comprised a sample of N = 424 pupils from the primary and secondary school. The qualitative study components were evaluated using content analysis according to Mayring (2022) by MAXQDA 2020 software and the quantitative data was methodically and statistically examined by SPSS 28 using reliability and exploratory factor analyses.

Results and discussion of substudy I. Psychological, social and school-related stress occurs during the transitional phase from primary to secondary education, which can negatively affect the mental health of school pupils and increase their risk of developing mental disorders. In particular, the increase in performance requirements at secondary school and expectations of the parents can lead to fears and pressure to perform. Furthermore, pupils fear losing existing friendships after changing schools, not finding their way around the secondary school, not being able to meet the standards required in their lessons and conflicts with their new classmates and teachers. These pressures should be taken into account in a transitional health promotion programme, as some students do not have the necessary adaptive stress processing strategies. Furthermore, social and personal resources such as family and friends, self-efficacy and social-emotional skills have proven to act as protective factors during the transitional phase and support a successful transition. The health promotion programme should be implemented in the fourth grade before the recommendation for transition, and an early start was also found to be advantageous in the fifth grade. Furthermore, it is essential that the programme is implemented regularly, is integrated into everyday school life and involves all participants using a manualised concept. It is advantageous to employ an external qualified specialist as a trainer, to ensure effectiveness and acceptance by the students. In addition, parents should be involved in the programme, as this is an essential funding factor, but despite this, the implementation of parental participation turned out to be a barrier. The integration into the programme of a peer education approach was found to be beneficial, provided that appropriate framework conditions were met, such as the support of the multipliers. Overall, no significant differences between the three perspectives resulted from the requirements and needs analysis, and the requirements and needs could be well integrated into the health promotion programme.

Program development. The requirements, needs and school-based health promotion programme "***Schulwechsel Ahoi*** – A health promotion programme for the transition to secondary

education" aims to promote the transitional skills of the pupils and to improve their stress processing skills in order to enable them to manage transition-related stress more flexibly and positively. In addition, the programme is intended to strengthen the personal resources, social-emotional skills and self-efficacy of the students to develop a generally health-promoting transitional phase from primary to secondary school. The programme consists of two parts and accompanies the transitional phase from the beginning of the fourth school year to the end of the first half fifth school year. The focus in fourth grade is on preparing for the transition and imparting stress management strategies, and in fifth grade, on measures that strengthen cohesion in the new classroom and the social skills of the students, which further improve stress processing skills.

The programme contains four modules in primary level, which are composed of 12 units (90 minutes per unit). In the fifth grade, the four modules are implemented in eight units of 90 minutes each in the first half of the year. The training sessions are conducted predominantly in the classroom by a qualified specialist and the class teacher may also participate in the training sessions by arrangement. The training is integrated into everyday school life and conducted during school hours to ensure the highest accessibility. At primary and lower secondary school level, the health promotion programme includes the four modules Transitional Skills, Stress Management, Social-Emotional Skills and Relaxation.

Results and discussion of substudy II. The communicative validation by a focus group of experts essentially found that the concept design fits well to the requirements and needs of the school setting and was assessed positively by the experts involved. In addition, possible time, financial and staffing barriers were indicated, which should be taken into consideration when implementing the programme. Furthermore, possible language barriers should be taken into account when implementing the program.

Results and discussion of substudy III. Substudy III has shown that there is a clear need for standardised measurement tools to assess the social-emotional skills of children and adolescents, as these skills are becoming increasingly relevant in a wide variety of areas. The promotion of social-emotional skills also requires valid measurement tools in order to be able to prove the effectiveness and efficacy of the training programmes and to further develop them based on evaluations. As part of substudy III, a measurement tool was developed for recording the social-emotional skills of children and adolescents using SEMOlino and the first psychometric tests were conducted. In particular, qualitative substudy 3c and its communicative validation provided significant findings which had a major influence on the modification of the questionnaire and which were also largely confirmed by the quantitative results of substudy 3d. The provisional final version (39 items with eight subtests; three secondary tests) of the

SEMOlino has generally proven to be a good fit to the construct of social-emotional skills. This structure can be used as a basis for further revisions.

Recommendations for action and implications. On the basis of the three substudies, recommendations for action and implications were derived for practice and research on the topics of the transition from primary to secondary school, school health promotion and the recording of social-emotional skills in childhood and adolescence. With regard to the transition to secondary school, the needs-based health promotion programme *"Schulwechsel Ahoi"* was developed, which can be implemented to accompany the process of transition in primary and secondary schools. Furthermore, the actors involved in the transition process should network with one another in order to establish a uniform concept for the transition to secondary education and to further expand their cooperation. There is also a need to raise awareness of transition-related stress at all levels and to discuss educational policy on transitional practice in the German education system. Regardless of the transitional phase to secondary education, it is recommended that the importance of health and its connection to education should be increased through a stronger anchoring of health-promoting measures in school curricula and the future establishment of more holistic approaches in schools that have a lasting influence on school culture. Regarding to the assessment of social-emotional skills, this thesis has underpinned the need for valid measuring tools in this area and the relevance for the evaluation of funding programmes as well as diagnostics. The questionnaire which was developed should be further revised in future studies in order to contribute to closing the gap in research and care, and to develop further measurement tools for these skills. It is only through such measurement tools that corresponding further research in this field can become possible.

Conclusion. This study has shown that there is a relevant need for measures to promote health in schools in the transitional phase, as well as for the implementation of holistic approaches in the school setting. In the German educational system, too little importance is still placed on the promotion of health in schools and its connection to educational processes, and further discussions are needed to establish measures to promote health in schools in a sustainable and lasting manner. The practice of transition planning at German schools also has to be discussed in order to make the transition process more transparent for all parties involved and to counteract transition-related stress. In particular, networking of the various actors is essential as well as an educational policy discussion that reflects the transitional period in the German educational system and makes it possible to anchor measures to promote health in the regular school curricula. This forms the basis for a sustainable and successful implementation of health promotion in schools, as temporal, financial and staffing barriers play a significant role here. With the health promotion programme for the transitional phase, this doctoral project provides a starting point for its practical implementation, especially at the behavioural preventive level. On this basis, the programme can raise awareness and networking among

stakeholders, resulting in a change in school culture at the environmental preventive level, enabling the integration of further measures to promote health, and contributing in the long term to the implementation of holistic approaches. Substudy III and the development of the measuring tool also underlined that there is a great need for further measuring tools to record the social-emotional skills of children and adolescents, which can be used in the research and evaluation of prevention programmes as well as diagnostics. Therefore, this thesis has contributed to closing this gap in research and care and the final version of the SEMOlino provides a questionnaire which can be revised and standardised in further studies.

1 Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel beinhaltet die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit. Die drei Schwerpunkte Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I, schulische Gesundheitsförderung sowie die sozial-emotionalen Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter werden näher beleuchtet. Darin enthalten sind zudem die Forschungsstände zu den jeweiligen Thematiken und die gesundheitswissenschaftliche Fundierung.

1.1 Problemstellung und Überblick

Übergangsphasen sind oft belastend und können kurz- und langfristig die psychische Funktionen beeinflussen (West, Sweeting & Young, 2010, S. 35). Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe ist ein normatives kritisches Lebensereignis, welches von den Kindern und Jugendlichen Anpassungsleistungen an höhere schulische Anforderungen sowie neue soziale Umfelder erfordert (Nowland & Qualter, 2020, S. 227). Diese Veränderungen im schulischen sowie sozialen Bereich führen bei vielen Schüler*innen zu Ängsten (F. Rice, Frederickson & Seymour, 2011, S. 251). Damit einhergehen können Belastungen auf verschiedenen Ebenen und die Übergangsphase ist assoziiert mit einer erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich psychischer Probleme (Mackenzie, McMaugh & O'Sullivan, 2012, S. 300). In der Regel erfolgt der Übergang in die Sekundarstufe in Deutschland im Alter zwischen 10 und 11 Jahren und fällt damit mit physiologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen zusammen, die mit der beginnenden Pubertät einhergehen, welche im Zusammenspiel zu einer Verstärkung der übergangsbezogenen Belastungen führen können (Benner & Graham, 2009, S. 360). Weiterhin kann sich der Übergang in die Sekundarstufe auf verschiedene Weise negativ auf die psychosoziale Anpassung der Schüler*innen auswirken, was sich in schlechteren Noten, geringerer Anwesenheit, erhöhter Angst und Verhaltensproblemen zeigt (Anderson, Jacobs, Schramm & Splittgerber, 2000, S. 331). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen psychischer Funktionsfähigkeit und schulischem Erfolg während und unmittelbar nach dem Schulübergang weitestgehend unklar (Riglin, Frederickson, Shelton & Rice, 2013, S. 507).

Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen des Übergangs in die Sekundarstufe, wurde die Übergangsphase als potentiell geeigneter Zeitpunkt für die Umsetzung von verhaltensbezogenen Interventionsprogrammen identifiziert (Vitaro & Tremblay, 2008, S. 995). Darüber hinaus haben das schulische Umfeld und die Bindung von Eltern und Schüler*innen an ihre Schule einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Schüler*innen, weshalb die Schule als geeigneter Ort für die Umsetzung wirksamer Maßnahmen hinsichtlich des Übergangs angesehen werden kann (Viner et al., 2012, S. 1650). International führen die meisten Schulen formalisierte Programme durch, um die Schüler*innen beim Schulübergang zu unterstützen, allerdings unterscheiden sich diese erheblich in Inhalt und Schwerpunkt (zusammenfassend s. Evangelou et al., 2008). Im deutschsprachigen Raum werden jedoch aktuell wenige

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt, die speziell auf die Unterstützung der Übergangsphase ausgerichtet sind. Insgesamt existieren in Deutschland bereits eine Vielzahl an Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung in Form evaluierter Programme, allerdings werden diese häufig aufgrund mangelnder Zeit und thematischer Passung nicht umgesetzt, obwohl die Programme den Schulen bekannt seien (Schwager, Gläser, Wick & Berger, 2019, S. 5). Daher war es das Ziel des vorliegenden Promotionsvorhabens, ein bedarf- sowie bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe zu konzipieren und zu evaluieren. Die geplante Evaluation konnte allerdings aufgrund der COVID-19-bedingten Einschränkungen nicht umsetzt werden.

Fokussiert werden sollen neben den übergangsbezogenen Belastungen die Förderung der Transitionskompetenzen der Schüler*innen sowie die Stressverarbeitung während der Übergangsphase. Dabei können die sozial-emotionale Kompetenz und die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen als wesentliche personale Ressource hervorgehoben werden (Niemack, 2019, S. 89). Allerdings existieren im deutschsprachigen Raum nach wie vor keine validierten Messinstrumente für Kinder und Jugendliche, die die sozial-emotionalen Kompetenzen situationsunabhängig messen und als mehrdimensionales Konstrukt erfassen, obwohl an der zuverlässigen Erfassung von sozial-emotionalen Kompetenzen intensiv geforscht wird (Hartmann & Methner, 2022, S. 27). Um das konzipierte Gesundheitsförderungsprogramm entsprechend evaluieren zu können und aufgrund des Fehlens eines validen Messinstrumentes wurde im Rahmen dieser Promotion ein Fragebogen zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und erste psychometrische Prüfungen vorgenommen.

Das vorliegende Promotionsvorhaben umfasst einen theoretischen Teil, in dem der aktuelle Forschungsstand zur schulischen Gesundheitsförderung während der Übergangsphase sowie zur sozial-emotionalen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen dargestellt wird und einem empirischen Teil, der die Methodik sowie die Ergebnisse der drei Teilstudien präsentiert. In **Kapitel 1** erfolgt zunächst die Darstellung der schulischen Rahmenbedingungen zum Übergang in die Sekundarstufe I sowie der gesundheitlichen Lage der Zielgruppe und den Belastungen, Ressourcen und der Stressverarbeitung während des Transitionsprozesses. In Kapitel 1.3 wird die schulische Gesundheitsförderung begrifflich bestimmt sowie Ziele und Ansätze erläutert und auf Programme der schulischen Gesundheitsförderung sowie deren Umsetzung eingegangen. Darauffolgend wird in Kapitel 1.4 der Begriff der sozial-emotionalen Kompetenz bestimmt, deren Entwicklung sowie Auffälligkeiten in diesem Bereich skizziert und der Einfluss auf die Gesundheit dargestellt. Außerdem werden bisherige Messinstrumente und Förderprogramme zur sozial-emotionalen Kompetenz vorgestellt.
Nach einer Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes und der Relevanz der Thematik wird in **Kapitel 2** der Aufbau des Promotionsvorhabens hinsichtlich des Studiendesigns,

der Forschungsmethode, der Datenerhebung, -durchführung und -auswertung erläutert. Das **Kapitel 3** stellt die erste Teilstudie zur Bedarfs- und Bedürfnisanalyse, die **Kapitel 4** und **5** die Konzeption des Gesundheitsförderungsprogrammes für die Übergangsphase sowie dessen kommunikative Validierung und **Kapitel 6** die Entwicklung des Messinstrumentes mit den jeweils relevanten Forschungsfragen, der Stichprobenbeschreibung, den Ergebnissen und der Ergebnisdiskussion dar. Eine übergreifende Diskussion der Ergebnisse erfolgt in **Kapitel 7**. Darauffolgend werden in **Kapitel 8** relevante Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Forschung formuliert und die vorliegende Arbeit endet in **Kapitel 9** mit einer Schlussfolgerung.

1.2 Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel ein bedarfs- und bedürfnisorientiertes sowie schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I zu entwickeln und zu evaluieren. Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I ist eine Schlüsselsituation in der Bildungsbiografie von Kindern und Jugendlichen und kann als normatives kritisches Lebensereignis betrachtet werden, welches sich auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Im folgenden Kapitel werden nach einer entwicklungspsychologischen Einordnung der Zielgruppe dieser Arbeit und der Bestimmung des Transitionsbegriffs zunächst die schulischen Rahmenbedingungen für die Übergangsphase in Schleswig-Holstein dargestellt und anschließend die gesundheitliche Lage von Schüler*innen in der Übergangsphase skizziert. Weiterhin wird auf die Belastungen und Ressourcen in der Übergangsphase eingegangen und durch gesundheitswissenschaftliche Theorien untermauert.

Entwicklungspsychologische Einordnung. Der Abschnitt der Kindheit bzw. Jugend wird unterschiedlich definiert und wird nach Warschburger (2018, S. 466) *„in der Literatur uneinheitlich abgegrenzt".* Auf gesetzlicher Ebene ist im Bereich des achten Buches Sozialgesetzbuch (§ 8 SGB VIII), im sogenannten Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) festgehalten, dass ein Kind ist, *„wer noch nicht 14 Jahre alt ist"* (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII). Vogl (2015, S. 15) bezieht die Kindheit hingegen lediglich auf den Bereich zwischen Geburt und der Vollendung des 12. Lebensjahres. Warschburger (2018, S. 466) bezeichnet als Kindheit *„den Lebensabschnitt zwischen Geburt bis zum Eintritt in die Pubertät".* Sie unterteilt die Kindheitsphase in das Säuglingsalter (1. Lebensjahr), Kleinkindalter (12-24/30 Monate), frühe Kindheit (ca. 2-6 Jahren) und die mittlere Kindheit (von 6 bis 11/14 Jahren). Je nach Entwicklungsstufe sind Kinder mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die bewältigt werden müssen.

Die vorliegende Arbeit fokussiert sich vorwiegend auf die mittlere Kindheit, allerdings befinden sich die Schüler*innen in der Übergangsphase in die Sekundarstufe I je nach Einteilung schon im Übergang zum Jugendalter. Die mittlere Kindheit ist für die Kinder mit einer Vielzahl von Entwicklungsaufgaben verbunden, wie beispielsweise die persönliche Unabhängigkeit, ein sich verändernder Körper oder die Ausbildung eines emotionalen Verständnisses (Siegler, Eisenberg, DeLoache & Saffran, 2016, S. 6). Nach Havighurst (1953) und Pearson (1972) beinhaltet die mittlere Kindheit folgende Entwicklungsaufgaben:

- Erwerb schulischer Kompetenzen (Schreiben, Lesen, Rechnen),
- Erwerb sozialer Kompetenzen
- Selbstbewusstsein ausbilden,
- Selbstkonzept ausdifferenzieren,

- Beziehungen mit Gleichaltrigen und Freundschaften aufbauen,
- Männliches oder weibliches Rollenverhalten einüben,
- Entwicklung von kognitiven Konzepten und Denkschemata,
- Umgang mit sozialen Systemen lernen, Rollen einüben,
- Wertorientierungen und -prioritäten aufbauen.

Während des Lebensabschnittes der mittleren Kindheit gewinnen die Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers) an Bedeutung für die Kinder und Jugendlichen. Freundschaftsbeziehungen einzugehen und einen Platz in Gleichaltrigengruppen zu finden, sind nach Traub (2006) besonders wesentliche Entwicklungsaufgaben in der mittleren Kindheit. Hinzu kommt noch der vermehrte Kontakt zu anderen Erwachsenen außerhalb der Familie (wie z.B. Lehrkräften) und die damit zusammenhängenden Erfahrungen. Da diese Begegnungen häufig im Setting Schule stattfinden, entscheidet die Bewältigung auch über das Wohlbefinden innerhalb dieses Settings und der Weiterentwicklung spezieller Kompetenzen, die aus den Erfahrungen und dem Umgang damit stammen (Gloger-Tippelt & König, 2009, S. 11).

Transition. Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Nach Griebel und Niesel (2015, S. 37–38) sind Transitionen *„Lebensereignisse, die die Bewältigung von Diskontinuitäten auf mehreren Ebenen erfordern, Prozesse beschleunigen, intensiviertes Lernen anregen und als bedeutsame biografische Erfahrungen von Wandel in der Identitätsentwicklung wahrgenommen werden“*. Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe ist dabei für die Schüler*innen mit zahlreichen Veränderungen (z.B. neue Personen, neue Institution, neue Tagesabläufe) verbunden. Zudem wirken sich die längerfristigen Veränderung während des Übergangs auf das soziale Umfeld der Schüler*innen aus und in Abhängigkeit von der Verarbeitung dieses Veränderungen ergeben sich Auswirkungen auf die individuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Griebel & Niesel, 2015, S. 19). Weiterhin ist der Übergang auf die weiterführende Schule für die Bildungsbiografie der Kinder und Jugendlichen *„hoch bedeutsam“*, da in Deutschland die Durchlässigkeit des Bildungssystems zwischen den verschiedenen Schulformen weiterhin sehr gering ist und wesentlich mehr Schüler*innen Abwärts- als Aufwärtswechseln (Munser-Kiefer & Martschinke, 2018, S. 13).

Nach van Gennep (2005) können Übergangsphasen im allgemeinen in drei Phasen unterteilt werden. Eine Trennungsphase, Schwellenphase und eine Angliederungs- bzw. Anpassungsphase. Dabei erfolgt in der Trennungsphase eine Ablösung vom Alten, in der Schwellenphase stehen sowohl Altes als auch Neues parallel im Mittelpunkt und es werden alte Gewohnheiten verändert sowie neu kombiniert. In der Anpassungsphase muss das Individuum sich über Anpassungsleistungen an die neuen Umgebungen und Erwartungen anpassen, um die Herausforderung des Übergangs zu bewältigen (Munser-Kiefer & Martschinke, 2018, S. 16). In Bezug

auf den Übergang auf eine weiterführende Schule können diese drei Phasen nach Griebel und Niesel (2015, S. 15) durch eine vorgeschaltete Orientierungsphase ergänzt werden, die mit der Selektionsentscheidung abschließt (s. Abb. 1). Diese Phasen, insbesondere die Orientierungsphase, stellen Ansatzpunkte für das geplante Gesundheitsförderungsprogramm dar, um den Übergang gesundheitsförderlich zu gestalten.

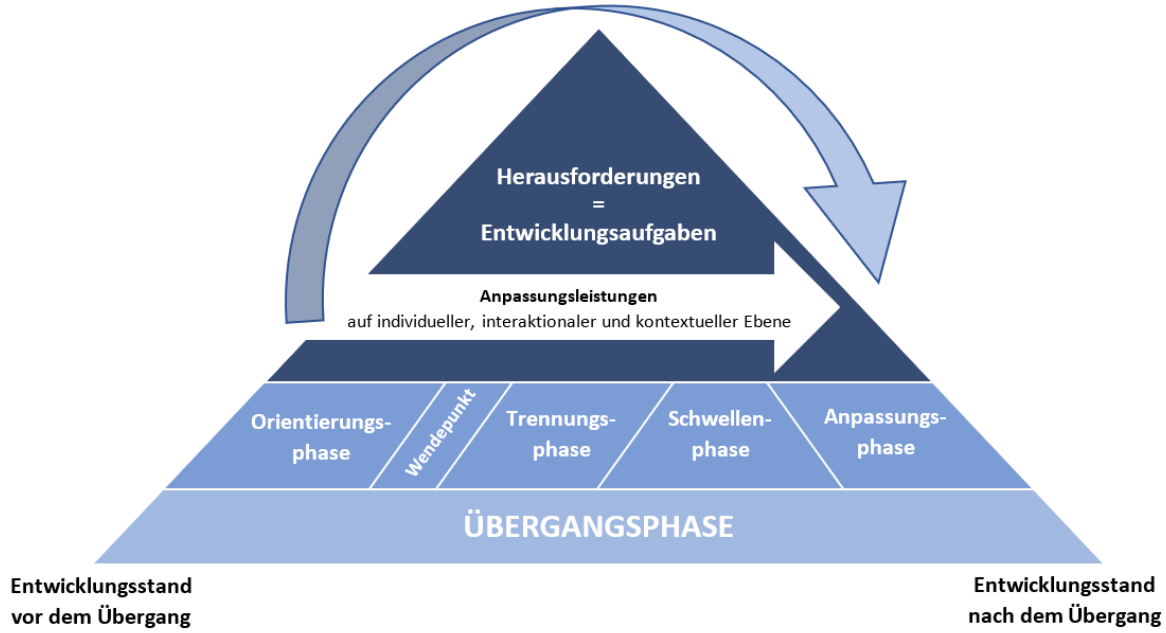


Abbildung 1: Phasen des Übergangs in Anlehnung an Griebel und Niesel, 2015; van Genepp,1999 (modifiziert nach Munser-Kiefer & Martschinke, 2018, S. 16).

1.2.1 Schulische Rahmenbedingungen in Schleswig-Holstein

Je nach Bundesland bestehen hinsichtlich des Übergangs in die weiterführende Schule unterschiedliche Rahmenbedingungen und rechtliche Situationen. Dabei wird in Deutschland entweder nach vier oder nach sechs Schuljahren eine Entscheidung über den Übergang an eine weiterführende Schule getroffen. In den Entscheidungsprozess werden verschiedene Aspekte wie die schulischen Leistungen während der Grundschulzeit, die Leistungsbereitschaft, die Prognose zum Lernverhalten in der Sekundarstufe I sowie die Abschlussoptionen, die die verschiedenen Schulformen anbieten, einbezogen (Bellenberg, 2018, S. 41).

Nach der KMK (2015, S. 5) ist das Votum der Grundschule die Grundlage für die Entscheidung bzw. soll je nach Landesrecht eine Entscheidungshilfe darstellen. Dabei unterscheidet sich die Übergangsempfehlung (synonym Entwicklungsbericht, Bildungsempfehlung, Förderprognose oder Grundschulgutachten) in ihrer Verbindlichkeit je nach Bundesland. Die Tabelle 1 stellt die unterschiedlichen Situationen im Hinblick auf die Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung dar.

Tabelle 1: Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung (modifiziert nach Bellenberg, 2018, S. 47).

	Verbindlichkeit	Länder
1	Hohe Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung für die Eltern	Bayern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
2	Niedrige Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung für die Eltern	Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland
3	Verzicht auf eine konkrete Übergangsempfehlung, Eltern entscheiden auf der Grundlage einer kompetenzorientierten Leitungsbeschreibung	Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein

Gemeinsam mit den Bundesländern Bremen und Niedersachen wird in Schleswig-Holstein auf eine konkrete Übergangsempfehlung verzichtet und die Eltern entscheiden sich auf der Grundlage einer kompetenzorientierten Leistungsbeschreibung. In Schleswig-Holstein können Schüler*innen und Eltern sich zwischen den beiden weiterführenden Schulformen Gymnasium und Gemeinschaftsschule entscheiden. Am Ende des ersten Halbjahres des vierten Schuljahres erhalten die Schüler*innen und Eltern in Schleswig-Holstein mit den Halbjahreszeugnissen einen tabellarischen, kompetenzorientierten Entwicklungsbericht. Dieser enthält keine konkrete Empfehlung für eine bestimmte Schulform, allerdings müssen die Eltern an einem verpflichtenden Beratungsgespräch mit der Grundschullehrkraft zum Entwicklungsbericht teilnehmen. Danach können die Eltern unabhängig vom Entwicklungsbericht sich für eine Schulform entscheiden (Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2017).

1.2.2 Gesundheitliche Lage von Schüler*innen in der Übergangsphase

Nachfolgend wird die gesundheitliche Lage in Bezug auf die psychische Gesundheit von Schüler*innen bzw. Kindern und Jugendlichen in der Übergangphase in die Sekundarstufe dargestellt. Dabei werden Befunde aus nationalen sowie internationalen Studien einbezogen sowie die gesundheitliche Lage im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie skizziert.

International Survey of Childrens Well-Being

In Deutschland zeigte sich die Schule im International Survey of Childrens Well-Being (ISCWeB) von 2015, an dem 15 Länder teilnahmen, als der am schlechtesten bewertete Lebensbereich verglichen mit Familie, Freunden und Freizeit. Weiterhin wurde deutlich, dass zehnjährige Kinder in Deutschland gegenüber der Aussage *„Ich gehe gerne zur Schule“* eher abgeneigt waren und es bei zwölfjährigen Schüler*innen sogar einen Trend zur Verschlechterung dieser Einstellung gab (Rees & Main, 2015, S. 76). Die Autor*innen der Studie postulierten, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Übergang in die Sekundarstufe I und der Befindlichkeit der Schüler*innen geben könnte. Dabei könnten die Altersunterschiede im

internationalen Vergleich eventuell anhand der unterschiedlichen Zeitpunkte der Schulübergänge, der an der Studie teilnehmenden Länder erklärt werden (Rees & Main, 2015, S. 76).

> „*It would be interesting to explore whether the significant variations noted here are linked to countries where children typically change schools between the ages of 10 and 12 as this is a factor that may potentially explain some of the age-related variations*“ (Rees & Main, 2015, S. 76).

Zudem lag die deutsche Schule in der gleichen Studie im Ranking aller positiv ausgerichtet gestellter Fragen und Aussagen an die Schüler*innen signifikant unter dem Durchschnitt der Werte der anderen Länder (Rees & Main, 2015, S. 74). Als Erklärungen werden in der Studie die Wahrnehmung der Selbstverständlichkeit von Schule, beziehungsweise die Schulpflicht einiger Länder herangezogen, verglichen mit ärmeren Ländern, in denen der Zugang zur Schule nicht garantiert und Bildung ein Privileg ist. Andererseits könne es in westlichen Ländern ebenfalls durch übersteigerten Ehrgeiz und Konkurrenzdenken, häufig ausgehend von den Eltern, zu einer negativen Einstellung gegenüber der Schule kommen (Rees & Main, 2015, S. 75).

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Die repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS vom Robert-Koch-Institut lieferte folgende Ergebnisse hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Laut der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) waren 21,9% der 9- bis 17-jährigen psychisch auffällig. In der KiGGS Welle 1 (2009-2012) lag der Anteil bei 20,2% (Ellert, Brettschneider & Ravens-Sieberer, 2014, S. 801; Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer & Mauz, 2014, S. 808). In der KiGGS Welle 2 (2014-2017) lag die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei 16,9% und ist damit rückläufig (Kuntz et al., 2018, S. 25). Dabei ließ sich ein deutlicher Geschlechterunterschied zwischen Jungen (19,1%) und Mädchen (14,5%) feststellen. Die Gründe für einen solchen Rückgang könnten die verbesserte Versorgungslage, Maßnahmen zur Prävention und die Förderung der psychischen Gesundheit, wirtschaftliche, politische oder gesellschaftliche Veränderungen, wie Elterngeld, der Ausbau von Kindertagesstätten oder eine geringere Arbeitslosenquote sein (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert & Hölling, 2018, S. 39). Nichtsdestotrotz ist die *„Anzahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf einem nach wie vor hohen Niveau“* (Klipker et al., 2018, S. 42). Deshalb ist es insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19-bedingten Folgen für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen von großer Bedeutung, Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie medizinische und psychosoziale Versorgungen bereitzustellen (Klipker et al., 2018, S. 42; Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 573).

Hinsichtlich der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens zeigte sich in der KIGGS Studie, dass es signifikante Unterschiede in der psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von der besuchten Schulart gibt. Jugendliche, die kein Gymnasium besuchten, wiesen signifikant häufiger psychische Auffälligkeiten auf und übten häufiger Risikoverhaltensweisen aus. Diese Effekte blieben zudem unter statistischer Kontrolle des soziökonomischen Status weitestgehend signifikant (Waldhauer, Kuntz & Lampert, 2018, S. 379).

BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“ (BELLA)

Zusätzlich zu den KiGGS-Erhebungen gab es weitere Befragungen. Die BELLA-Studie ist das Modul zur psychischen Gesundheit und zur Lebensqualität von KiGGS und umfasst eine Unterstichprobe von 2.863 Familien. Teilnehmende der BELLA-Studie wurden wiederholt in vier weiteren Erhebungswellen befragt. Die Studie ist als Kohorten- und Querschnittsbefragung angelegt. Es wurden Teilnehmer*innen vergangener BELLA-Befragungen erneut befragt und neue Teilnehmer*innen aufgenommen (Klasen, Reiß et al., 2017, S. 56).

In der aktuellsten Studie, BELLA Welle 4, wurde für 7- bis 10-Jährige Kinder eine Einschätzung der Eltern zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität abgegeben, für 11- bis 13-Jährige wurden Eltern- sowie Selbsteinschätzung erfragt und für Jugendliche ab 14 Jahren wurde lediglich die Selbsteinschätzung erhoben. Außerdem wurde die BELLA Welle 4 erstmals ausschließlich als Online Befragung durchgeführt (Klasen, Reiß et al., 2017, S. 57–58).

Die Hauptergebnisse der Welle 4 können wie folgt zusammengefasst werden: Im Durchschnitt zeigten 20,9% der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 7-13 Jahren Tendenzen zu psychischen Auffälligkeiten. Im zeitlichen Verlauf zeigte die BELLA Studie zudem, dass 40,7% der langfristig teilnehmenden auffälligen Kinder, sechs Jahre später auch noch psychisch auffällig waren (Klasen, Meyrose, Otto, Reiß & Ravens-Sieberer, 2017, S. 402). Außerdem zeigte die Studie, dass Eltern internalisierende Auffälligkeiten ihrer Kinder niedriger einschätzten als ihre Kinder selbst. Bei Mädchen traten häufiger Symptome von internalisierenden Störungen wie Depression und Angst auf, bei Jungen häufiger Symptome von externalisierenden Störungen wie ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (Klasen, Meyrose et al., 2017, S. 403). Des Weiteren hat die Studie ergeben, dass die Versorgung der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen unzureichend ist, demnach standen nur rund 21% von ihnen in Kontakt mit Fachpersonal und rund 88% der Kinder und Jugendlichen hatte bereits Kontakt zu einem Allgemein- oder Kinderarzt. Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind laut der Studie u.a. ein niedriger sozialer Status der Familie, psychische oder physische Erkrankungen eines Elternteils, Einelternfamilien, oder Arbeitslosigkeit der Eltern (Klasen, Meyrose et al., 2017, S. 403f.). Außerdem sind ein positives Familienklima und soziale Unterstützung Schutzfaktoren gegenüber psychischen Auffälligkeiten. Dabei hat die Studie ergeben, dass je

ausgeprägter die Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sind, desto weniger litten sie an psychischen Erkrankungen (Klasen, Meyrose et al., 2017, S. 405).

Weiterhin konnte über eine Analyse der BELLA-Daten bei einer Stichprobe von 446 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren nachgewiesen werden, dass die Qualität von Peer-Beziehungen als Prädiktor für die Schwere von depressiven Symptomen fungiert und 22% der Varianz in der Symptomschwere über die Qualität der Peer-Beziehung erklärt werden können (Adedeji et al., 2022, S. 5).

Zudem sind demografische Entwicklungen für Bildungsprozesse immer mit zu berücksichtigen. Die steigende Anzahl von Kindern mit einem Migrationshintergrund könnte sich gegebenenfalls als ein stärker zu berücksichtigender Faktor in schulischen Komplexen entwickeln (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 26).

COPSY-Studie

Für Kinder und Jugendliche haben sich im Zuge der COVID-19-Pandemie und durch die entsprechenden Maßnahmen zur Bekämpfung einige grundlegende Veränderungen in ihrem Alltag und Familienleben ergeben. Gewohnte Abläufe wie der Besuch der Schule oder der Kindertagesstätte waren über Monate nicht möglich. Auch Freizeitaktivitäten wie Spielgruppen, Feste und Treffen mit anderen Kindern und Familien sind untersagt worden. Daher fehlte vielen Kindern die soziale Interaktion mit anderen Personen, um sozial-emotionale Kompetenzen ausbilden und festigen zu können. Die repräsentative Studie **COPSY** (**CO**VID-19 und **psy**chological health) konnte aufzeigen, dass sich Kinder und Jugendliche in Deutschland durch die Umstände und Einschränkungen, die mit der Pandemie einhergehen, stark belastet fühlten (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 573–575). Deren gesundheitsbezogene Lebensqualität und mentale Gesundheit sind seitdem signifikant gesunken, Angstzustände und Depressionen haben zugenommen. Vor allem Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und beengten Wohnbedingungen waren häufiger von den negativen Auswirkungen betroffen (Ravens-Sieberer, Kaman et al., 2022, S. 882–884). Die Abbildung 2 verdeutlicht die Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen während der einzelnen Pandemie- bzw. Befragungswellen.

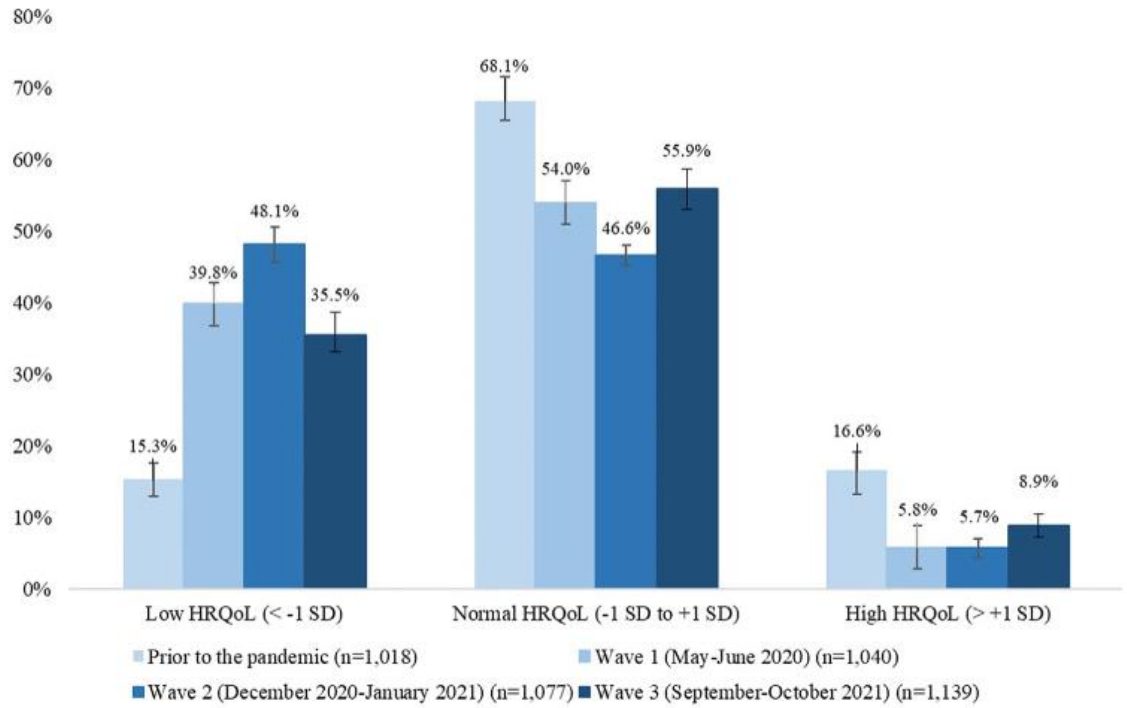


Abbildung 2: Prozentuale Anteile der Kinder und Jugendlichen mit niedriger, normaler und hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität, gemessen vor der COVID-19-Pandemie (BELLA-Studie), in Welle 1, Welle 2 und Welle 3 der COPSY-Studie (entnommen aus Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 574).

1.2.3 Belastungen und Ressourcen in der Übergangsphase

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den Belastungen und Ressourcen von Schüler*innen in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I. Dabei wird zunächst die theoretische Fundierung in Form der transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus (1984) beschreiben und anschließend empirische Befunde zu den Belastungen der Zielgruppe dargestellt. Weiterhin wird als ressourcenorientierter Ansatz die Salutogenese nach Antonovsky (1979) erläutert und durch die Studienlage zu den Ressourcen von Kindern und Jugendlichen während des Transitionsprozesses ergänzt.

1.2.3.1 Belastungen in der Übergangsphase

Transaktionale Stresstheorie. Die biologische Stresstheorie nach Selye beschreibt Stress als eine unspezifische Reaktion des Körpers auf einen Stressor, allerdings ist die Theorie nicht in der Lage zu erklären, warum Individuen auf ähnliche Stressoren mit unterschiedlichen Reaktionen reagieren, da die biologische Stresstheorie die subjektive Einschätzung der Situation des Individuums nicht berücksichtigt (Kohlmann & Eschenbeck, 2018, S. 172; Reimann & Pohl, 2006, S. 219). Hier setzt die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus an. Dabei beschreibt Lazarus Stress als eine Form der Transaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, die miteinander in einer ständigen Wechselbeziehung (Transaktion) stehen (Lazarus & Folkman, 1986, S. 63). Dabei ist die Stresstheorie nach Lazarus bis heute der prominenteste Ansatz in der Stressforschung.

Kasten 1: Stressdefinition nach Lazarus und Folkman (1986, S. 63).

Nach Lazarus und Folkman (1986, S. 63) bezeichnet psychologischer Stress „*eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam erlebt wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern.*“

Im Rahmen dieser dynamischen Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt verändert sich nicht nur das Verhalten des Individuums, sondern die Umwelt wird ebenfalls durch die Handlungen des Individuums beeinflusst. Das Individuum trägt daher aktiv zum Stresserleben und Bewältigungsverhalten bei (Lazarus & Folkman, 1986, S. 64).

Die transaktionale Stresstheorie setzt sich aus zwei zentralen Konstrukten zusammen. Zum einen dem Konzept der kognitiven Bewertung (cognitive appraisal) und zum anderen dem Coping-Konzept (Lazarus & Folkman, 1984, S. 31). Im Folgenden wird zunächst das Konzept der kognitiven Bewertung erläutert und das Coping-Konzept wird im Anschluss detaillierter dargestellt.

Die subjektive Einschätzung einer Stresssituation ist bei der transaktionalen Stresstheorie von zentraler Bedeutung. Die Stresssituation wird von der Person interpretiert, was sich auf die Umwelt auswirkt und sie verändert, woraus die wechselseitige Beeinflussung von Beanspruchung und Bewältigungsressourcen entsteht. Dabei stehen der Stellenwert des eigenen Wohlergehens und das Repertoire an Bewältigungsressourcen bei der Bewertung der Anforderungen im Zentrum (Lazarus & Folkman, 1984, S. 55). Überdies lässt sich die kognitive Bewertung nach Lazarus und Folkman (1984) in drei verschiedene Arten unterteilen.

Primäre Bewertung („primary appraisal“). Bei der primären Bewertung wird die Bedeutung des Ereignisses für die Person eingeschätzt. Dabei kann die Situation als irrelevant, positiv oder belastend eingestuft werden (s. Tab. 2). Sollte ein Stressor als belastend eingeschätzt werden, lassen sich wiederum drei Möglichkeiten der Bewertung unterscheiden. Zum einen kann der Stressor als Bedrohung gesehen werden, was die Erwartung einer Schädigung oder eines Verlustes in der Zukunft beinhaltet. Diese Bewertung geht mit negativen Gefühlen einher. Zum anderen kann ein Stressor von der Person als eine Herausforderung bewertet werden, welche möglicherweise erfolgreich bewältigt werden kann. Dabei werden die möglichen positiven Konsequenzen, die in der Zukunft liegen, wahrgenommen und häufig erlebt das Individuum in dieser Situation emotionale Mischzustände. Außerdem kann ein Stressor vom Individuum als Schädigung oder Verlust beurteilt werden. Diese Beurteilung folgt aus einer bereits eingetretenen Schädigung, was voraussetzt, dass das Ereignis in der Vergangenheit oder

Gegenwart liegt und negative Gefühle wie Angst oder Trauer auslöst (Kohlmann & Eschenbeck, 2018, S. 172; Lazarus & Folkman, 1984, S. 31–35).

Tabelle 2: Differenzierung der drei Arten primärer Bewertung (Lazarus & Launier, 1981; entnommen aus Hampel & Petermann, 2017, S. 21).

Differenzierungs-merkmal	**Primäre Bewertung**		
Art der Bewertung	**Schaden/Verlust**	**Bedrohung**	**Herausforderung**
Erwarteter Bewältigungserfolg	Misserfolg	Misslingen der Bewältigung möglich	Erfolg
Zeitdimension	vergangenheits- bzw. gegenwartsorientiert	zukunftsorientiert	zukunftsorientiert
Resultierende Emotion	negative Emotion	negative Emotion: Angst	unspezifische Erregung
Resultierende Motivation	gering	Vermeidungstendenz	erhöht

Sekundäre Bewertung („secondary appraisal“). Bei der sekundären Bewertung erfolgt durch das Individuum die Einschätzung, über welche Bewältigungsressourcen es verfügt und ob diese zur erfolgreichen Bewältigung der Situation ausreichen. Dies zielt darauf ab, einer Beeinträchtigung entgegenzuwirken. Dabei lassen sich die Ressourcen in physische, soziale, psychologische und materielle Ressourcen unterteilen. Sollten diese Ressourcen von der Person als unzureichend bewertet werden, wird die Situation als stressauslösend erlebt. Zudem wird aufgrund der vorhandenen Ressourcen die Auswahl des Bewältigungsverhaltens bestimmt (Lazarus & Folkman, 1984, S. 35). Die primäre und sekundäre Bewertung erfolgen zeitlich nicht zwingend nacheinander, vielmehr können sie sich auch gegenseitig beeinflussen (Hampel & Petermann, 2017a, S. 22).

Neubewertung („reappraisal“). Die dritte Form der kognitiven Bewertung in der transaktionalen Stresstheorie ist die Neubewertung. Voraussetzung für diese Neubewertung ist, dass die Person bereits versucht hat, die Situation zu bewältigen. Infolgedessen verändern sich die Bedingungen der Ausgangssituation und die Situation wird möglicherweise aus einem anderen Blickwinkel betrachtet. Hieraus entsteht das ständige Wechselspiel zwischen den Anforderungen an das Individuum und seinen Bewältigungsressourcen, die immer wieder neu bewertet werden müssen, da sie sich mit jedem Bewältigungsversuch verändern (Lazarus & Folkman, 1984, S. 38). Das Coping-Konzept, welches sich mit der Bewältigung von Stressoren befasst, ist neben dem Konzept der kognitiven Bewertung das zweite zentrale Konstrukt in der transaktionalen Stresstheorie nach Lazarus, dabei sind die kognitiven Bewertungen für die Bewältigungsversuche von großer Bedeutung (Lazarus & Folkman, 1984, S. 38).

Kasten 2: Definition Stressbewältigung nach Lazarus und Folkman (1984, S.141; Übersetzung nach Faltermaier, 2017; S. 95).

Nach Lazarus und Folkman (1984, S.141) kann Stressbewältigung definiert werden *„als die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen einer Person, mit den spezifischen externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, die so eingeschätzt werden, dass sie ihre eigenen Ressourcen beanspruchen oder übersteigen“.*

Überdies wird bei der Beschreibung von Bewältigungsversuchen offengelassen, ob sie sich als erfolgreich erweisen oder nicht, da das Coping-Konzept von Lazarus keinen Erfolg der Bewältigungsversuche voraussetzt. Des Weiteren können Bewältigungsversuche sich sowohl in einem beobachtbaren Verhalten äußern, als auch eine intrapsychische Reaktion darstellen. Es lässt sich aber eindeutig festhalten, dass die Bewältigungsversuche immer zum Ziel haben, emotionale Belastungen abzubauen. Nach Lazarus können dabei zwei Funktionen von Coping unterschieden werden. Zum einen die problemorientierten und zum anderen die emotionsorientierten Bewältigungsversuche (Lazarus, 2005, S. 253).

- **Problemorientiertes (instrumentelles) Coping**
  Das problemorientierte Coping zielt auf die Beziehung von Individuum und Umwelt ab. Primär soll das Problem selbst, welches zu Belastungen führt, geändert werden, z.B. Reduzierung von hohen Anforderungen am Arbeitsplatz durch ein Gespräch mit dem Vorgesetzten.

- **Emotionsorientiertes (palliatives) Coping**
  Der Schwerpunkt bei den emotionsorientierten Bewältigungsversuchen liegt auf den durch den Stressor ausgelösten Emotionen. Die negativen Gefühle sollen hierdurch abgebaut werden (Lazarus, 2005, S. 254).

Darüber hinaus lassen sich nach Lazarus und Folkman (1984) vier inhaltliche Formen von Bewältigungsversuchen unterscheiden. Dabei können die unterschiedlichen Formen sowohl problemorientierte oder emotionsorientierte Funktionen übernehmen. Die Bewältigungsversuche können sich inhaltlich zum einen in Informationssuche und direkten Handlungen und zum anderen in der Unterlassung von Handlungen oder in Form von intrapsychischen Bewältigungsstrategien, äußern (Lazarus & Folkman, 1984, S. 45). Die nachfolgende Abbildung 3 stellt die Komponenten der Stresstheorie nach Lazarus, einschließlich der Ansatzpunkte für die Intervention schematisch dar. Hierbei sollen bei den als belastend empfundenen Anforderungen sowie bei den Bewältigungsversuchen eine Verbesserung erzielt werden.

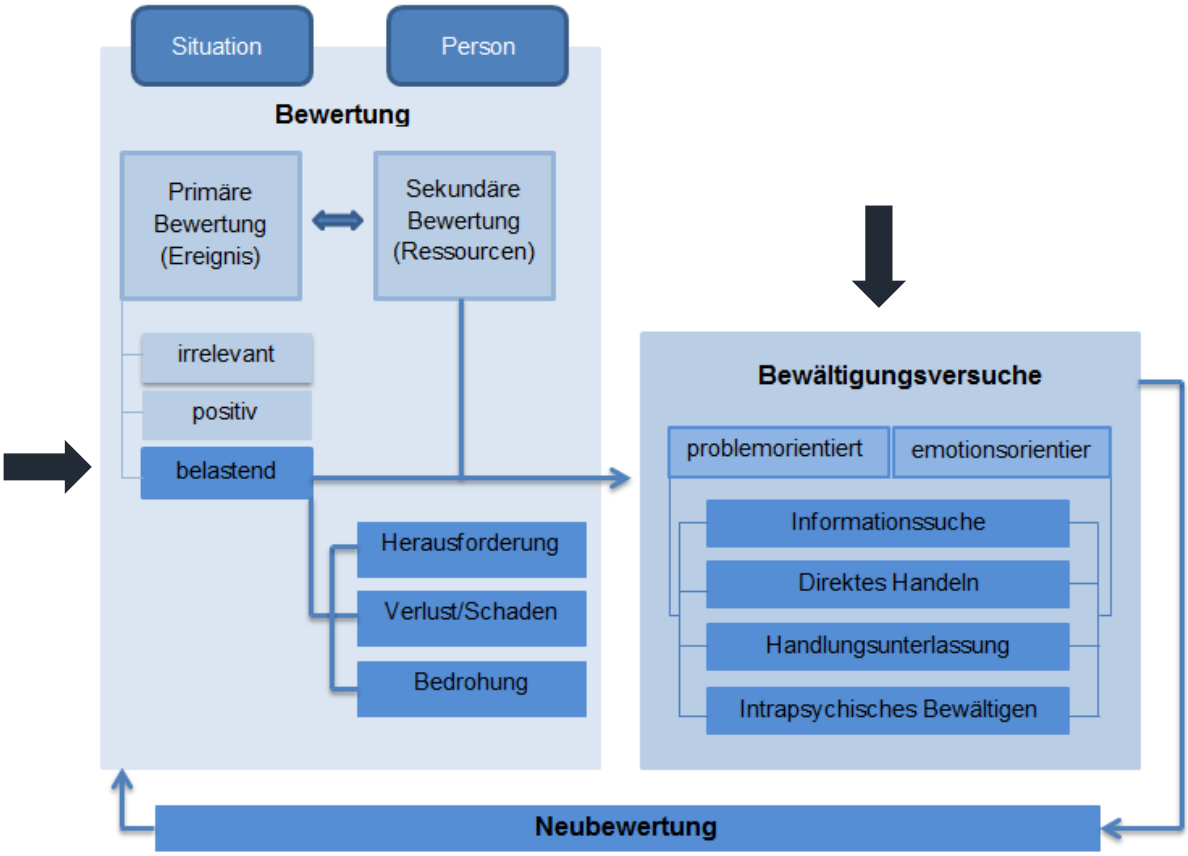


Abbildung 3: Transaktionales Stressmodell kombiniert mit dem Bewältigungskonzept nach Lazarus (1974; in Anlehnung an Schwarzer, 2004, S. 153.).

Insgesamt war die transaktionale Stresstheorie für die Entwicklung der Module des Gesundheitsförderungsprogramms als theoretische Fundierung von wesentlicher Bedeutung, da das Erkennen der Subjektivität des Stresserlebens eine zentrale Rolle bei der Stressverarbeitung spielt und diese für einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I sehr bedeutsam ist. Das Gesundheitsförderungsprogramm setzt insbesondere bei den als belastend erlebten Situationen und den daraus resultierenden Bewältigungsversuchen an, weil den Kindern und Jugendlichen in ihrer Entwicklungsphase weniger geeignete Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen als Erwachsenen. Im Verlauf der Intervention sollen die Kinder und Jugendlichen in dem Modul zur Stressverarbeitung ihre Stressoren identifizieren und für sich geeignete Bewältigungsstrategien entwickeln, um die Beanspruchungen in der Schule zu reduzieren.

Belastungen. In der heutigen Zeit sind Kinder und Jugendliche einer Vielzahl von Stressoren zugleich ausgesetzt (Beck, Lange & Tröster, 2016, S. 145). Diese setzen sich aus kritischen Lebensereignissen sowie Alltagsproblemen zusammen. Nicht-normative kritische Lebensereignisse sind für Kinder und Jugendliche nicht normative Anforderungen, die nicht von jedem Kind oder Jugendlichen bewältigt werden müssen. Kritische Lebensereignisse werden als „*Ereignisse im Leben eines Menschen, die in der Folge von der betroffenen Person ein hohes*

Maß an sozialer Wiederanpassungsleistung erfordern“ verstanden (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 34). Für Kinder und Jugendliche sind ein Umzug, eine schwere Krankheit eines Elternteils, die Erfahrung von Gewalt und Trennung oder Tod eines Elternteils kritische Lebensereignisse. Lohaus und Vierhaus (2019, S. 311) nennen zusätzlich das Miterleben eines Unfalls, einer Naturkatastrophe oder eines Krieges als kritische Ereignisse. Diese Ereignisse können psychische Auffälligkeiten hervorrufen oder begünstigen und sind abhängig von dem Bewältigungspotential des Betroffenen (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 311).

Als Alltagsprobleme werden „*alltägliche Spannungen und Probleme*“ angesehen (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 34), die sich in schulische, soziale oder familiäre Situationen unterscheiden. Kinder und Jugendliche berichten häufig von stressauslösenden Situationen, die mit schulischen Anforderungen in Verbindung stehen (Domsch, Lohaus & Fridrici, 2016, S. 16). In der Schule stellen Probleme mit Hausaufgaben, schwierige Klassenarbeiten oder schlechte Noten Alltagsstressoren dar. In sozialen Situationen sind Streitigkeiten, Konflikte mit Freund*innen oder Gleichaltrigen oder schlechte Nachrede als Stressoren anzusehen. Im familiären Bereich treten Streit mit Eltern oder Geschwistern als Stressoren auf (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 34).

Weiterhin konnten Hampel und Petermann (2017b) in einer Studie mit n=577 Kindern und Jugendlichen herausstellen, dass ältere Schüler*innen sowie Mädchen eine geringe Lebensqualität aufwiesen und häufiger maladaptive Stressverarbeitungsstrategien anwendeten. Dies unterstützt den Ansatz mit Gesundheitsförderungsprogrammen bereits im Grundschulalter anzusetzen bevor ungünstige Stressverarbeitungsmuster sich während und nach der Transition in die weiterführende Schule verfestigen (Hampel & Petermann, 2017b, S. 68).

Die internationale Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) erfasst das Gesundheitsverhalten und die psychosoziale Gesundheit von Kindern im schulpflichtigen Alter (11, 13 und 15 Jahren). In Deutschland wurde die Studie zuletzt im Schuljahr 2017/18 durchgeführt und in Form von thematischen Faktenblättern veröffentlicht. In diesen wurden z.B. die Themen subjektive Gesundheit und Beschwerdelast, Lebenszufriedenheit, schulische Belastung, Mobbing, Körpergewicht, Konsumverhalten, Bewegung, Alkoholkonsum sowie Verletzungen behandelt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020). Laut der HBSC-Studie empfanden 25% der Kinder und Jugendlichen schulische Anforderungen als „einigermaßen stark“ oder „sehr stark“ belastend. Die Ergebnisse zeigten, dass sich mehr Mädchen (27,0%) als Jungen (23,0%) belastet fühlten. Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Anzahl bei den Mädchen. Und bei Jungen ist die Anzahl im Alter von 13 Jahren (18,6%) am niedrigsten. Demgegenüber ist ein Unterschied zwischen den Geschlechtern im Alter von 11 Jahren kaum feststellbar. Auch hier spielt der soziökonomische Status eine Rolle, denn Kinder und Jugendliche

aus Familien mit niedrigem Status fühlen sich durch die Schule stärker belastet als Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem Status (John, Pahlke, Fischer & Bilz, 2020).

Außerdem stellte die HBSC-Studie heraus, dass bei den Teilnehmer*innen in den letzten sechs Monaten mindestens zwei psychosomatischen Beschwerden pro Woche auftraten. Mädchen (34,2%) litten dabei vermehrt unter Beschwerden als Jungen (19,7%). Gleichgerichtet zu der Thematik schulischer Belastungen nimmt der Anteil der Mädchen im Laufe des Alters verstärkt zu. Bei den Jungen ist demgegenüber lediglich ein leichter Anstieg im Alter zu verzeichnen. Vermehrt sind die Kinder und Jugendlichen von Einschlafproblemen (22,9%), Kopfschmerzen (13,8%), Rückenschmerzen (13,0%) sowie von Bauchschmerzen (9,7%) betroffen (Wüstner & Ravens-Sieberer, 2020). Beck et al. (2016, S. 150) stellten in einer anderen Studie fest, dass Mädchen Alltagsstressoren als belastender empfinden und verstärkt Symptome wie Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen oder Schlafprobleme zeigen.

Das hohe Stresserleben der Kinder in der Grundschule hat zur Folge, dass *„der Übergang in die weiterführende Schule als bedrohlich wahrgenommen wird“* (Simanowski, Klotz, Augustin & Krajewski, 2018, S. 72). So nehmen die Anforderungen an die Kinder in der Grundschule und während des Übergangs zu (Simanowski et al., 2018, S. 74). Der Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule ist Teil eines typischen Entwicklungsprozesses und wird von allen Kindern absolviert (Domsch et al., 2016, S. 18). Simanowski et al. (2018, S. 80) vertreten die Ansicht, dass der Übergang dennoch nicht grundsätzlich als negatives Ereignis bewertet werden soll, das von zunehmenden psychischen Symptomen gekennzeichnet ist. Dies belegen die Autor*innen durch eine Studie, in der der Einfluss von Regulationsfertigkeiten auf psychische Stresssymptome von Dritt- und Fünftklässler*innen untersucht wurde. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten der befragten Schüler*innen mit der neuen Umgebung und den Anforderungen eines Übergangs umgehen können. Außerdem zeigt sich die erste Aufregung beim Übergang nur kurzfristig. Deshalb kommen die Autor*innen zu dem Schluss, dass sich die Stresssymptome bei Schüler*innen der dritten und fünften Klasse *„uneinheitlich verändern“* (Simanowski et al., 2018, S. 80).

Der Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule kann sich insbesondere auf die psychische Gesundheit von Kindern auswirken und somit das Wohlbefinden beeinträchtigen (W. Beelmann, 2013, S. 10). Kinder und Jugendliche können die Anforderungen an Übergängen dann zufriedenstellend bewältigen, wenn die Bezugssysteme der Kinder und Jugendlichen zusammenwirken (Weber-Liel, Mayhack, Kracke & Noack, 2019, S. 9) und der individuelle Entwicklungsstand der Heranwachsenden mit den Kontextbedingungen übereinstimmt (Neuenschwander, 2017, S. 5).

Ein Großteil der Schüler*innen berichtet vor dem Übergang von Sorgen und Unsicherheiten in Bezug auf die neue Schule und emotionalen Problemen (Sniedze-Gregory, Felgate, O'Grady,

Buckley & Lietz, 2021, S. 46; Waters, Lester & Cross, 2014b, S. 161). Eine Längsschnittstudie mit Schüler*innen aus England zeigte, dass die Schüler*innen vor dem Übergang sich die meisten Sorgen darum machten, dass sie sich in der neuen Schule nicht zurechtfinden, alte Freunde verlieren, Nachsitzen müssen oder über die Hausaufgaben (F. Rice et al., 2021, S. 286). Die Abbildung 4 verdeutlicht die Sorgen der Schüler*innen vor dem Übergang, kurz danach und ein Jahr nach dem Übergang. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass in England der Übergang auf die weiterführende Schule erst nach dem sechsten Schuljahr erfolgt.

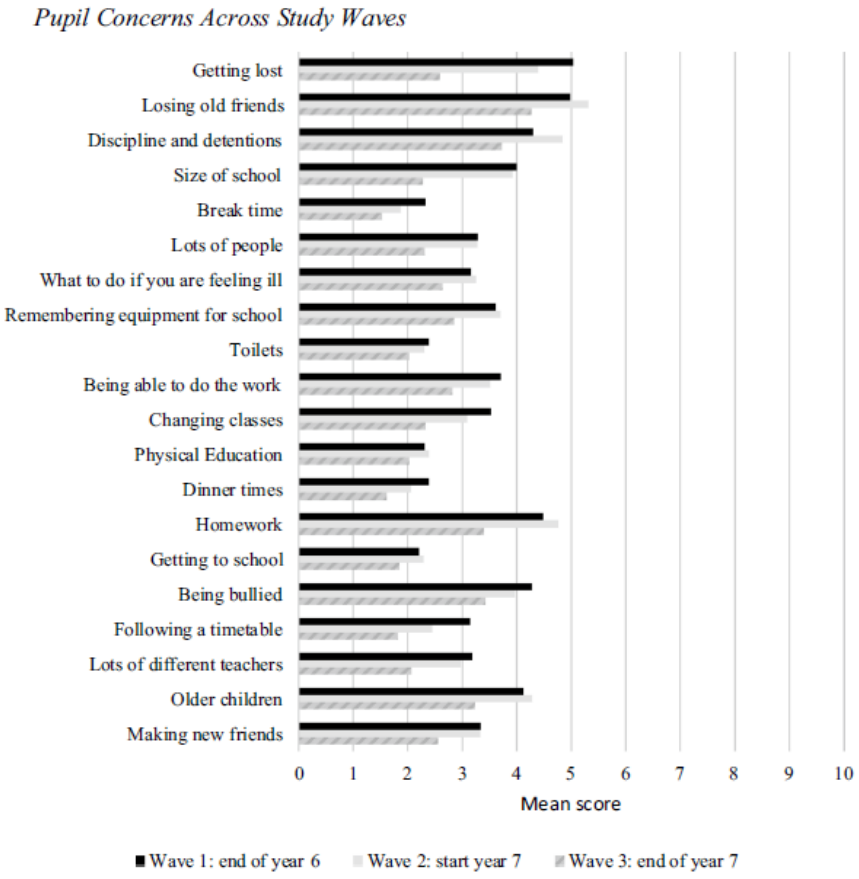


Abbildung 4: Sorgen der Schüler*innen vor, kurz nach und ein Jahr nach dem Übergang in die Sekundarstufe I (entnommen aus F.Rice, 2021, S. 286).

Im Vordergrund stehen in der Übergangsphase die sozialen Beziehungen, neue Schulumgebungen und erhöhte Leistungsanforderungen in der weiterführenden Schule (F. Rice et al., 2021, S. 286; Waters et al., 2014b, S. 163). Hinsichtlich des Erwartungsdrucks seitens der Eltern konnte bereits in Studien bestätigt werden, dass wenn die Eltern die Schüler*innen übermäßig kontrollieren, sehr hohe Leistungserwartungen haben und weniger fördern, die Schüler*innen eher von negativen Übergangserfahrungen und depressiven Symptomen berichteten (West et al., 2010, S. 33). Weiterhin konnten F. Rice et al. (2021, S. 298) feststellen, dass Grundschullehrkräfte die Erwartung hatten, dass Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf und schlechteren schulischen Leistungen sich an der weiterführenden

Schule weniger gut einleben als ihre Mitschüler*innen ohne Förderbedarf und dies ebenfalls negativ auf das Wohlbefinden der Schüler*innen nach dem Übergang auswirke.

1.2.3.2 Ressourcen in der Übergangsphase

Salutogenese. Das Konzept der Salutogenese geht zurück auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, der damit im Jahr 1979 das bis dato vorherrschende rein biomedizinische Krankheitsmodell kritisierte und diesem ein Modell gegenüberstellte, das sich vorwiegend damit beschäftigt, was den Menschen gesund erhält und nicht lediglich danach forscht, was ihn krank macht (Antonovsky, 1997, S. 29; Lindström & Eriksson, 2019, S. 24). Dabei stützt sich das Konzept auf vier zentrale Komponenten, die in Interaktion zueinanderstehen und die Gesundheit eines Menschen beeinflussen (Antonovsky, 1997, S. 15–16). Diese Komponenten werden im Folgenden detaillierter erläutert.

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Antonovsky kritisierte die dichotome Trennung in krank oder gesund, wie sie in dem traditionellen Denkmodell des biomedizinischen Krankheitsmodells vorgesehen wird (Antonovsky, 1997, S. 23). Antonovsky sieht Gesundheit nicht als Gegenteil von Krankheit, sondern es wird als ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum dargestellt. Auf dem Kontinuum befinden sich zwei Pole, absolute Gesundheit und absolute Krankheit. Alle Menschen bewegen sich auf dem Kontinuum entweder in die positive oder negative Richtung. Somit wird eine dichotome Trennung in krank oder gesund verhindert. Überdies sind die beiden Extrempole vollkommene Gesundheit oder völlige Krankheit für einen lebenden Menschen nicht erreichbar, da nach Antonovsky jeder Mensch gesunde bzw. kranke Anteile in sich hat, daher kommt es vielmehr darauf an, wie weit der jeweilige Mensch von den Extrempolen entfernt ist (Antonovsky, 1997, S. 23–24; Lindström & Eriksson, 2019, S. 34).

Stresskonzept und Stressbewältigungsprozess. Ein weiteres zentrales Element im Konzept der Salutogenese ist das Stresskonzept und der Stressbewältigungsprozess.

Kasten 3: Stressoren nach Antonovsky (1997, S.72).

Dabei definiert Antonovsky (1997, S.72) Stressoren als *„eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“.*

Das Individuum versucht, diesen Spannungszustand zu bewältigen und sollte dieser Bewältigungsversuch erfolgreich verlaufen, bewegt sich das Individuum nach Antonovsky´s Auffassung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit. Andernfalls wird bei nicht erfolgreicher Bewältigung beim Individuum ein Stresserleben verursacht, was zu

Folge hat, dass das Individuum sich auf dem Kontinuum in Richtung Krankheit bewegt. Antonovsky unterscheidet die Stressoren in exogene und endogene Stressoren, welche sowohl psychosoziale, physikalische und biochemische Stressoren umfassen. Des Weiteren sieht Antonovsky Stressoren nicht als Ausnahmen, sondern versteht sie als Teil des alltäglichen Lebens, die nicht zwingend zu vermeiden sind. Die Stresssituation muss nach Antonovsky nicht zwangsläufig negative Konsequenzen für die Gesundheit haben, denn entscheidender als der Stress selbst, sind die Bewältigungsmöglichkeiten, die dem Individuum zur Verfügung stehen. Erst wenn die Belastungen die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen, kann es zu Gesundheitsproblemen bzw. Krankheiten kommen (Antonovsky, 1997, S. 26).

Allgemeine Widerstandsressourcen. Ebenfalls ein zentrales Konstrukt im Modell der Salutogenese sind die allgemeinen Widerstandsressourcen. Sie sollen nach Antonovsky aufzeigen, welche Ressourcen es einem Menschen ermöglichen, Belastungen effektiv zu bewältigen (Reimann & Hammelstein, 2006, S. 15). Die allgemeinen Widerstandsressourcen haben eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit eines Menschen und können in vielen unterschiedlichen Belastungssituationen wirksam werden. Dabei lassen sich die Widerstandsressourcen in unterschiedliche Kategorien einteilen. Zum einen gibt es körperliche Widerstandsressourcen, wie z.B. die Immun-Kompetenz, materielle Ressourcen wie Geld, Vermögen oder Besitz und zum anderen sozial-interpersonale Ressourcen wie soziale Unterstützung und stabile soziale Netze und personal-psychische Ressourcen wie z.B. Ich-Identität, Kontrollüberzeugungen, Wissen, Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenzen (Faltermaier, 2017, S. 158; Reimann & Hammelstein, 2006, S. 15) .

Kohärenzgefühl. Ein weiteres Kernstück des Modells von Antonovsky ist das sogenannte Kohärenzgefühl oder „Sense of Coherence“.

Kasten 4: Definition Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997, S.16).

Nach Antonovsky (1997, S.16) wird das Kohärenzgefühl definiert *„als eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftiger Weise erwartet werden kann“.*

Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Kohärenzgefühls und der Verfügbarkeit von allgemeinen Widerstandsressourcen (Reimann & Hammelstein, 2006, S. 16). Zudem besteht das Kohärenzgefühl aus folgenden drei Komponenten. Das Gefühl der Verstehbarkeit beschreibt die Überzeugung, dass die eigene Lebenswelt verstehbar und erklärbar ist. Dem Gefühl der Bewältigbarkeit ist zu eigen, dass das Individuum die Zuversicht hat, die Anforderungen in seinem Leben prinzipiell bewältigen zu können und das Gefühl der

Sinnhaftigkeit drückt aus, dass das eigene Leben als sinnvoll erlebt wird und es sich lohnt, sich dafür zu engagieren (Antonovsky, 1997, S. 34). In der nachfolgenden Abbildung 5 wird das Modell der Salutogenese einschließlich der Ansatzpunkte für die Intervention.

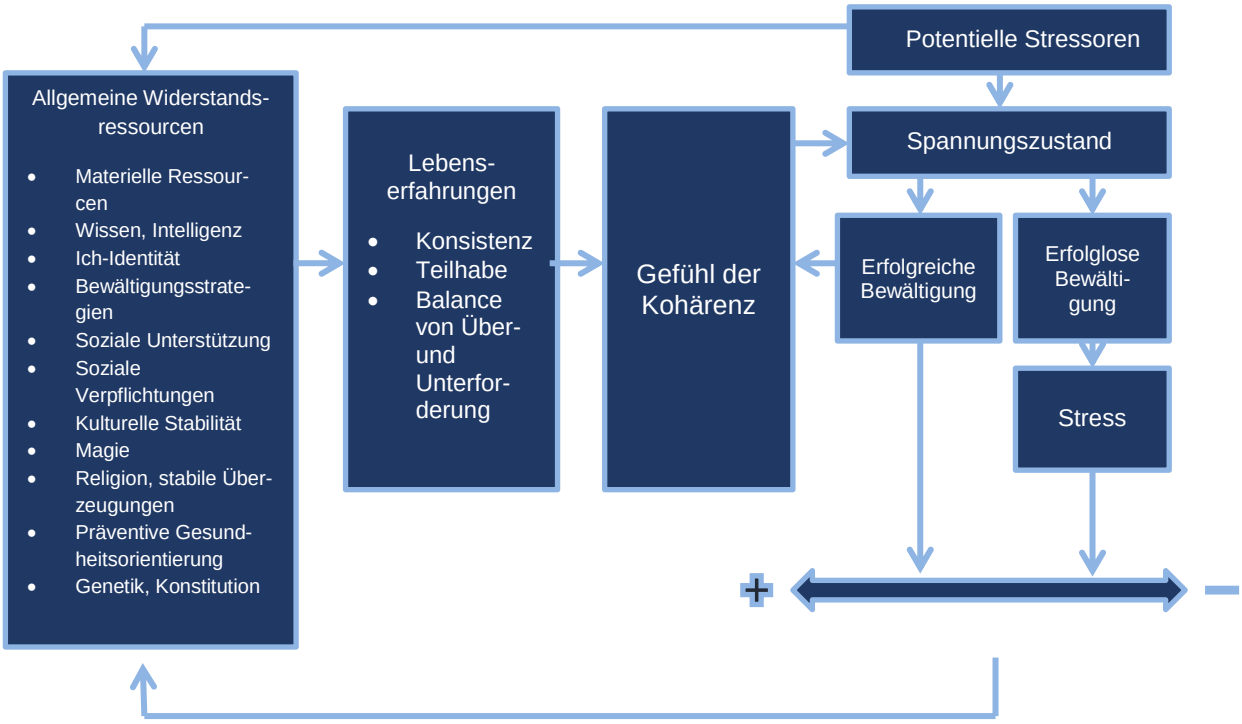


Abbildung 5: Modell der Salutogenese (in Anlehnung an Faltermaier, 2017, S.66).

Im Rahmen des geplanten Gesundheitsförderungsprogramms sollen die Schüler*innen ihr Bewältigungsverhalten anhand der Stärkung von psychosozialen Ressourcen (personal-psychischen und sozial-interpersonalen) verbessern. Dabei steht insbesondere die Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen als personal-psychische Ressource zur Unterstützung und gesundheitsförderlichen Gestaltung der Übergangsphase im Vordergrund. Die allgemeinen Widerstandsressourcen sollten gestärkt und erweitert werden, um somit Spannungszustände bzw. Belastungen (z.B. während der Übergangsphase) erfolgreich zu verarbeiten. Dabei lag der Fokus insbesondere auf der Stärkung der Transitionskompetenz und Selbstwirksamkeit als personale Ressourcen der Schüler*innen. Zudem sollen die sozial-interpersonalen Ressourcen der Schüler*innen durch eine Verbesserung des Klassenklimas und des Gruppenzusammenhalts gestärkt werden. Des Weiteren soll eine günstige Stressverarbeitung mittels differenzierter Entspannungsübungen trainiert werden.

Ressourcen. Wenn Belastungen bei Kindern und Jugendlichen auftreten, können Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit von Störungen reduzieren und die Entwicklung von Ressourcen unterstützen (Bengel et al., 2009a, S. 23). Ressourcen werden als *„alle Faktoren, die (auch unabhängig von Belastung oder Risikopotential der Situation) positive Effekte auf die Entwicklung zeigen“* definiert (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 35).

Schutzfaktoren bzw. Ressourcen können nach Eschenbeck und Knauf (2018, S. 36) in drei Bereiche unterteilt werden: personale, familiäre und soziale Faktoren. Personale Ressourcen sind individuelle Faktoren und beziehen sich auf biologische oder kognitiv und affektive Gegebenheiten, wie der Gesundheitszustand oder die Intelligenz. Familiäre Faktoren orientieren sich an der Qualität von Beziehung, Bindung und Erziehung. Die sozialen Faktoren werden von dem sozialen Umfeld zur Verfügung gestellt, wie Gleichaltrige oder die Qualität der besuchten Schule (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 36).

Die erste Welle der BELLA-Studie hat die Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen untersucht und kommt zu folgenden Ergebnissen. Personale Ressourcen, wie Kohärenzgefühl, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Selbstwert oder die soziale Kompetenz gelten als Faktoren, die Kinder und Jugendliche unterstützen. Als familiäre Ressourcen werden elterliche Unterstützung und ein positives Familienklima genannt. Die soziale Unterstützung, Schulklima und die eigene soziale Kompetenz werden als soziale Ressourcen angesehen (Bettge & Ravens-Sieberer, 2003, S. 170).

Im Leben eines Kindes spielen zunehmend Gleichaltrige (Peers) eine bedeutsame Rolle. Durch die Beziehung zu Gleichaltrigen können Kinder soziale Kompetenzen erlangen und Gleichaltrige können als emotionale Stütze dienen. Peer-Beziehungen können aber auch einen negativen Einfluss auf die Entwicklung haben (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 311). Domsch et al. (2016, S. 21) vertreten zudem die Ansicht, dass die Familie für Kinder die *„wichtigste Quelle für ihre soziale Unterstützung“* ist. Die Eltern sowie auch die Geschwister unterstützen Kinder bei der Bewältigung von auftretenden Belastungen. Weiterhin erwiesen sich das akademische Selbstkonzept sowie ebenfalls ein förderliches familiäres Umfeld „*als bedeutsame protektive Faktoren in der Phase des Übergangs“* (Niemack, 2019, S. 73).

1.2.4 Stressverarbeitung in der Übergangsphase

Nach Lazarus und Folkman (1984, S. 141) kann zwischen problem- und emotionsorientierten Stressbewältigungsstrategien unterscheiden werden (vertiefend s. Kapitel 1.2.3.1). Zusätzlich können nach Janke, Erdmann und Kallus (2008, S. 69) maladaptive Stressverarbeitungsstrategien differenziert werden, die *„einen Stresszustand im Allgemeinen nicht vermindern, sondern eher vermehren“*. In der Literatur lassen sich verschiedene Stressbewältigungsstrategien differenzieren, die in Tabelle 3 dargestellt werden.

Tabelle 3: Stressbewältigungsstrategien nach Compas et al., 2001; Conner-Smith und Flachsbart, 2007; Skinner et al., 2003 (entnommen aus Kohlmann & Eschenbeck, 2018, S.53).

Strategien	Beispiele
Problemzentrierte Strategien	• Problemlösen • Suche nach instrumenteller Unterstützung
Emotionszentrierte Strategien	• Entspannung • Suche nach emotionaler Unterstützung • Ärgerbezogene Emotionsregulation
Annährung	• Informationssuche • Bedrohungszuwendung
Vermeidung	• Distanzierung • Flucht oder Vermeidung • Bagatellisierung
Engagement	• Problemlösen • Emotionsregulation • Ausdruck negativer Gefühle
Disengagement	• Wunschdenken • Leugnen • Sozialer Rückzug • Substanzmittelkonsum
Primäre Kontrolle (Strategien, die auf die Veränderung der Situation bzw. der Stressreaktion gerichtet sind)	• Problemlösen • Emotionsregulation
Sekundäre Kontrolle (Strategien, der Anpassung an die Situation)	• Akzeptanz • Neubewertung

Insbesondere die fünf Bewältigungsstrategien: Problemlösen, Vermeidung, Bewältigungsreaktion der Anpassung an die Situation, emotionsbezogene Regulation und die Suche nach sozialer Unterstützung konnten bei Kindern und Jugendlichen in Studien nachgewiesen werden. Bei älteren Kindern und Jugendlichen zeigte sich, dass direkte problemorientierte, kognitive und proaktive Strategien bedeutsam sind. Ebenso wurde ein Geschlechterunterschied deutlich: So suchten Mädchen vermehrt nach sozialer Unterstützung und problemzentrierter Bewältigung während Jungen hingegen von kognitiv vermeidenden Strategien berichten und den Einsatz von Ablenkung und Erholung als Strategie nannten (Eschenbeck, 2010, S. 106). Diese Befunde kann die Studie von Beck et al. (2016, S. 152) bestätigen, die die Stressvulnerabilität, -bewältigung und -symptomatik bei Jungen und Mädchen in der dritten und vierten Klasse untersuchte.

Eine weitere Untersuchung zur Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen von Hampel und Petermann (2018, S. 57) zeigte, dass Mädchen geringere emotionsregulierende Strategien und höhere ungünstige Stressverarbeitungsstrategien wie passive

Vermeidung, Resignation oder Aggression als Jungen anwendeten. Zudem zeigte sich erneut, dass Mädchen vermehrt nach sozialer Unterstützung suchten (Hampel & Pössel, 2012, S. 10; Hampel & Petermann, 2017b, S. 63). Des Weiteren wiesen Mädchen eine geringe Bagatellisierung, Ablenkung und positive Selbstinstruktionen auf (Hampel & Petermann, 2017b, S. 63). Dahingegen berichteten Jungen Bagatellisierung als Stressverarbeitung einzusetzen und weniger die Suche nach sozialer Unterstützung (Hampel & Pössel, 2012, S. 7).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Umgang mit Stressoren bedeutender für das Belastungserleben ist, als der Stressprozess selbst. Die Stressverarbeitungsstrategien sind dabei vom Alter, Entwicklungsstand und Geschlecht der Person abhängig (Stelzig & Sevecke, 2019, S. 602).

1.3 Schulische Gesundheitsförderung

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Grundlagen der schulischen Gesundheitsförderung, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie in die bisherige Forschung in diesem Gebiet einordnen zu können. Zunächst werden die Begriffe Gesundheitsförderung und schulische Gesundheitsförderung bestimmt sowie Ziele und Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung dargestellt. Abschließend werden beispielhaft Programme zur schulischen Gesundheitsförderung vorgestellt und speziell auf die schulische Gesundheitsförderung eingegangen.

1.3.1 Begriffsbestimmung

Gesundheitsförderung. Im November 1986 wurde in Ottawa die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung veranstaltet und in diesem Rahmen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die **Ottawa-Charta** zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Gesundheitsförderung hat nach der Ottawa-Charta zum Ziel „*allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“* (WHO, 1986, S. 2). Im Sinne der Ottawa-Charta tragen alle Bereiche der Politik sowie der Gesundheitssektor die Verantwortung für Gesundheitsförderung und es steht im Zentrum von Gesundheitsförderung, über die Entwicklung einer gesunden Lebensweise hinaus, das Wohlbefinden aller Menschen grundlegend zu fördern (WHO, 1986, S. 2).

Kasten 5: Definition Gesundheitsförderung nach Kolip (2020, S. 686).

Nach Kolip (2020, S. 686) bezeichnet **Gesundheitsförderung** „*Interventionshandlungen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen suchen. Ziel ist die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet ist. Deshalb berücksichtigt Gesundheitsförderung sowohl medizinische als auch hygienische, psychische und psychiatrische, kulturelle, familiale, soziale, rechtliche, edukative, ökonomische, architektonische und ökologische Aspekte.“*

Dabei steht in der vorliegenden Arbeit Gesundheitsförderung als Intervention im Vordergrund, die die Lebensbedingungen und Lebensweisen der Zielgruppen beeinflusst und zum Ziel hat, die Gesundheitskompetenz zu fördern und die Gesundheitsdeterminanten positiv zu beeinflussen. Wesentlich ist bei dem Begriff Gesundheitsförderung die **salutogenetische Perspektive**, die im Vergleich zum bio-medizinischen Gesundheitsbergriff die positiven Anteile von Gesundheit in den Vordergrund stellt sowie die Fähigkeiten eines Menschen und die **Resilienz** fokussiert (Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018, S. 18). Es sollen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen die Gesundheit sowie die Ressourcen des Menschen erhalten und gestärkt werden. Dabei ist nach der Ottawa-Charta die umfassende Gesundheitsförderung eine individuelle und gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe, zu deren Umsetzung es erforderlich ist, dass langfristig ein gesellschaftlicher und politischer Transformationsprozess angestoßen wird (WHO, 1986, S. 6; Wirtz et al., 2018, S. 18).

Zur Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen hat sich der Public-Health-Action-Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) nach Rosenbrock (1995, S. 142) etabliert, da er einen *„strukturierenden Organisations- und Handlungsrahmen“* darstellt (Kolip, 2006, S. 234; Wirtz et al., 2018, S. 18). Der Public-Health-Action-Cycle (s. Abb. 6) wurde bei der Planung und Umsetzung der vorliegenden Arbeit und insbesondere dem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I verwendet und soll daher nachfolgend skizziert werden. Der Public-Health-Action-Cycle untergliedert sich in vier Phasen, die nacheinander zyklisch durchlaufen werden und dient neben der Strukturierung der Prozesse insbesondere der Qualitätssicherung während des gesamten Planungs-, Implementations- und Evaluationsprozesses (Kolip, 2006, S. 235). In **Phase I** werden zunächst die Probleme definiert, um explizit zu klären, bei wem und warum interveniert werden sollte sowie festzustellen, was eine Intervention bewirken könnte und zu verdeutlichen, ob eine Intervention gerechtfertigt ist (Kolip, 2006, S. 235). Dabei sollten zum einen Bedarfsanalysen durchgeführt werden, um die objektiven Bedarfe einer Zielgruppe zu ermitteln und zum anderen die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe erhoben werden. Die Bedarfe werden

insbesondere über empirische Studien und Gesundheitsberichterstattung ermittelt und zur Bedürfnisanalyse werden insbesondere das subjektive Befinden der Zielgruppe sowie deren Wünsche hinsichtlich einer Intervention erfragt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden in Teilstudie I die Bedarfe mittels einer Literaturrecherche und der Befragung von Expert*innen des schulischen Settings sowie der Eltern der Schüler*innen ermittelt. Für die Bedürfnisanalyse wurden qualitative Leitfadeninterviews mit den betreffenden Schüler*innen geführt und dabei gezielt nach den Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms gefragt.

In der **Phase II** findet eine Strategieformulierung statt, die einen theoretisch fundierten und datenbasierten Handlungsrahmen festlegt, auf dessen Grundlage geeignete Maßnahmen entwickelt werden. Zudem werden mögliche Barrieren und Herausforderungen bei der Umsetzung identifiziert, um diese bei der Planung berücksichtigen zu können (Ruckstuhl, Somaini & Twisselmann, 2008, S. 14). Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm zu entwickeln. Dabei wurde anhand der Ergebnisse der Teilstudie I sowie der wissenschaftlichen Datenbasis zur Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I und evidenzbasierter Strategien, ein Gesundheitsförderungsprogramm konzipiert.

Die **Phase III** dient der praktischen Umsetzung der geplanten Maßnahmen (Kolip, 2006, S. 235). Ursprünglich war geplant das Gesundheitsförderungsprogramm im Rahmen der vorliegenden Arbeit in den Schulen durchzuführen und zu evaluieren. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Schulschließungen konnte das Programm allerdings nicht in den Schulen durchgeführt werden. Es fand eine Anpassung des Studiendesigns statt und der Konzeptionsentwurf konnte in Teilstudie II lediglich kommunikativ validiert werden.

In der **Phase IV** des Public-Health-Action-Cycle werden die durchgeführten Interventionen evaluiert. Hier können zum einen die Akzeptanz und Durchführbarkeit (formative Evaluation) der Intervention bewertet und zum anderen die Wirksamkeit (summative Evaluation) beurteilt werden. Dabei kann durch eine Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den Zielen die Effektivität bestimmt werden. Weiterhin ist es möglich die Effizienz der Maßnahme zu überprüfen, indem die durchgeführte Maßnahme mit einer etablierten Maßnahme verglichen wird (Kolip, 2006, S. 235; Wirtz, 2018, S. 738–739). Durch diese Bewertung der Maßnahmeneffekte kann beurteilt werden, ob es Veränderungen in der Problemstellung gab und die Ziele der Intervention erreicht wurden. Anhand dessen kann entschieden werden, ob Modifikationen an der Intervention vorgenommen werden müssen oder die Umsetzung einer anderen Strategie angezeigt ist. Es erfolgt nach dem Abschluss der Evaluationsphase eine neue Einschätzung der Problemsituation und der Kreislauf beginnt ggf. von Neuem (Kolip, 2006, S. 235). Da das Gesundheitsförderungsprogramm im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht umgesetzt werden

konnte, war eine Evaluation ebenfalls nicht möglich. Geplant wäre aber sowohl eine formative als auch summative Evaluation gewesen, die die Überprüfung der drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Maßnahme berücksichtigt hätte (Wirtz, 2018, S. 740). Es konnte lediglich eine kommunikative Validierung des Konzeptionsentwurfs in Teilstudie II als Bewertung umgesetzt werden.

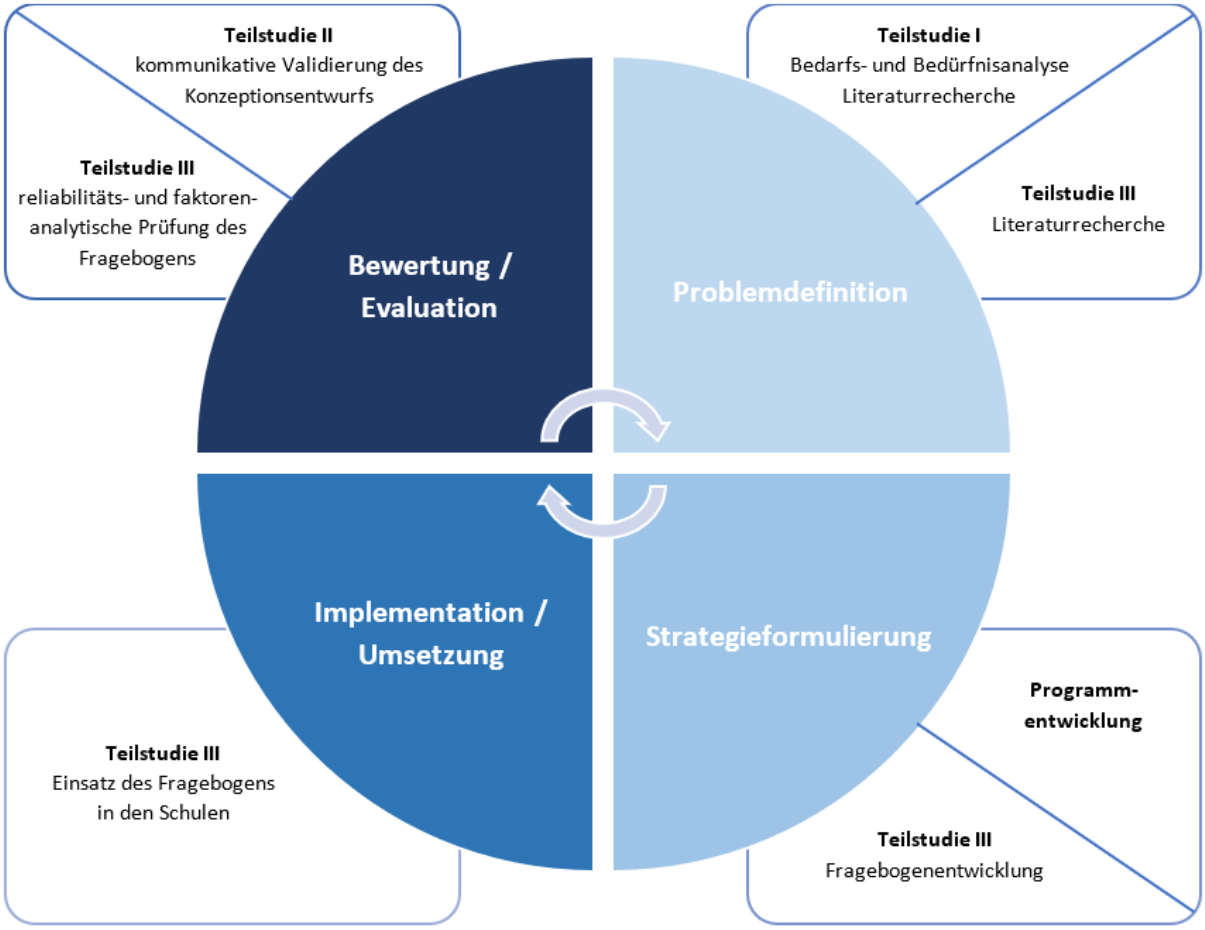


Abbildung 6: Public-Health-Action-Cycle (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 234).

Schulische Gesundheitsförderung. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I entwickelt und kommunikativ validiert. Daher soll im Folgenden auf die schulische Gesundheitsförderung eingegangen werden. Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung war ebenfalls für die schulische Gesundheitsförderung wegweisend und hat die Grundlage für die Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung in Deutschland gelegt (Paulus, 2022, S. 741). Dabei hat sich die Schule zu einem besonders relevanten und geeigneten Setting der Gesundheitsförderung entwickelt, da der Zugang über die Bildungseinrichtung Schule es ermöglicht, alle schulpflichtigen Kinder und Jugendliche aus allen gesellschaftlichen Schichten ohne Stigmatisierung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu

erreichen (Long et al., 2020, S. 416; Mittag & Schaal, 2018, S. 479; Naidoo & Wills, 2019, S. 424). Zudem tragen die Rahmenbedingungen in den Schulen dazu bei, dass Gesundheitsförderungsprogramme leichter implementiert sowie evaluiert werden können und gleichzeitig leistet schulische Gesundheitsförderung einen Beitrag, um die Bildungsqualität zu verbessern.

Ferner ist das schulische Setting für die Schüler*innen von großer Bedeutung, da sie einen großen Teil ihres Lebens in der Schule verbringen und die Schulen dadurch einen wesentlichen Einfluss die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen haben (Höpker, Lampert & Spallek, 2014, S. 454; Long et al., 2020, S. 416). Dem Kindes- und Jugendalter kommt zudem im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten eine besondere Bedeutung zu, da sich im Kindes- und Jugendalter die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter herausbilden. Daher ist es in Kombination mit der Verbreitung von Risikofaktoren im Jugendalter von besonderer Bedeutung die Jugendlichen als bedeutsame Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung anzusehen und ihnen bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote zu machen. Über Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung können somit schon im frühen Kindesalter Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit vermittelt werden (Kaluza & Lohaus, 2006, S. 119–120; Naidoo & Wills, 2019, S. 424).

Kasten 6: Definition schulische Gesundheitsförderung.

Schulische Gesundheitsförderung ist nach Paulus (2022, S. 741) ein *„Klammerbergriff“*, der sowohl die schulische Prävention als auch die Gesundheitserziehung und -bildung umfasst und zum Ziel hat, alle an Schule Beteiligten *„dazu zu befähigen, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und die ihrer Mitmenschen zu übernehmen. Dafür kommen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Strategien zum Einsatz“* (Paulus & Dadaczynski, 2018, S. 478). Schulische Gesundheitsförderung versteht sich *„als ein Prozess, der hilft, unterstützende physische und emotionale Bedingungen in Klassen, ganzen Schulen, Gemeinden und Gesellschaften zu schaffen. Dieser Prozess bedarf der Unterstützung und der Einbeziehung aller schulischen Akteure - Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern etc.“* (Backes & Lieb, 2018, S. 735).

1.3.2 Ziele und Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung

Seit der Ottawa-Charta im Jahre 1986 und dem Beginn der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland vor 35 Jahren hat sich diese zu einem komplexen System weiterentwickelt, welches von einer Vielzahl an Akteuren im schulischen Setting gestaltet wird. Dabei werden in Form von verschiedenen Projekten, Programmen und Ansätzen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule entwickelt und umgesetzt. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt in Form von „*einfach strukturierten Interventionen*“ wie beispielsweise

Unterrichtseinheiten, Projekten zu einzelnen Themen oder „*komplexen Settingprojekten*“, die die gesamte Schulgemeinschaft einbeziehen. Es werden dabei sowohl verhaltens- als verhältnispräventive Strategien angewendet oder beides miteinander kombiniert, allerdings sind die Projekte häufig zeitlich stark begrenzt und die Auswahl der Maßnahmen erfolgt wenig evidenzbasiert (Paulus, 2022, S. 741–742).

Ziele. Seit der Ottawa Charta von 1986 wird Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht verstanden. Basierend auf dieser Erklärung hat die Kultusministerkonferenz 2012 eine Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule veröffentlicht, die Gesundheitsförderung als lebenslangen Prozess begreift, der ein *„unverzichtbares Element einer nachhaltigen Schulentwicklung*“ ist (KMK, 2012, S. 2). Nach dieser Empfehlung verfolgen Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule vielfältige Zielsetzungen. So kann Gesundheitsförderung und Prävention als wesentliche Aufgabe der schulischen und außerschulischen Arbeit angesehen werden. Weiterhin werden aktuelle bildungspolitische Entwicklungen wie beispielsweise Ganztagsschulen, gendersensible Pädagogik oder Inklusion aufgegriffen und schulische Gesundheitsförderung hat dabei zum Ziel, den Schüler*innen, Lehrkräften und weiteren pädagogischen Akteuren, den Erwerb von Kompetenzen zu einer gesundheitsfördernden Lebensgestaltung zu ermöglichen. Fernen werden durch Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule aktuelle gesundheitliche Belastungen (z.B. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit) berücksichtigt und es werden die Lebenswelt sowie der Sozialraum der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien in die Maßnahmen einbezogen (KMK, 2012, S. 3).

In der Handlungsempfehlung der KMK werden Gesundheitsförderung und Prävention als „*integrale Bestandteile von Schulentwicklung*“ sowie als „*Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses“* angesehen und stellen keinesfalls Zusatzaufgaben der Schulen dar (KMK, 2012, S. 3). Wesentliche Variablen, die die Qualität von Schule mitbestimmen, sind das Schulklima und die Lernkultur, daher sollen Aspekte wie Respekt, ein wertschätzender Umgang, Partizipation und Verantwortung bei der Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung stetig als Teile einer gesundheitsfördernden Schulkultur mitgedacht werden. Für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung wurden daher folgende Grundsätze von der KMK (2012, S. 3–4) festgehalten.

Kasten 7: Allgemeine Grundsätze der KMK (entnommen aus KMK, 2012, S. 3–4).

- Verhaltensorientierung
- Verhältnisorientierung
- Partizipation
- Lebensstil und Herkunft
- Ressourcenstärkung
- Stärkung von Lebenskompetenzen
- Integration übergreifender Themen

Bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Schule sollte beachtet werden, dass die Programme verhaltens- und verhältnisorientiert sowie partizipativ sind, den Lebensstil und die Herkunft berücksichtigen, Ressourcen und Lebenskompetenzen stärken und übergreifende Themen integrieren (KMK, 2012, S. 3–4).

Ansätze. Um die Ziele der schulischen Gesundheitsförderung umzusetzen, kommen sowohl individuums- und verhaltensbezogene als auch verhältnisbezogene Strategien zum Einsatz. Zudem haben die Maßnahmen häufig unterschiedliche fachdisziplinäre Hintergründe und leiten sich aus verschiedenen Forschungsrichtungen ab. Dies hat zur Folge, dass diese Maßnahmen unterschiedliche Zielsetzungen haben, die mit einem differenten Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention einhergehen (Paulus, 2022, S. 742). Weiterhin hat sie schulische Gesundheitsförderung mit der Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam, dass das Vorgehen wenig koordiniert ist und aufgrund der Komplexität erscheint das Feld *„fragmentiert und unübersichtlich“*, was häufig in Parallelstrukturen mündet (De Bock, Dietrich & Rehfuess, 2020, S. 8; Paulus, 2022, S. 742). Trotz dieser Vielschichtigkeit lassen sich drei grundlegende Realisierungsformen der schulischen Gesundheitsförderung ableiten: „*Verhaltensbezogene Gesundheitsförderung*“, „*Gesundheitsfördernde Schule“* und „*Gute gesunde Schule“* (Paulus, Hundeloh & Dadaczynski, 2016, 239-238). Diese drei Ansätze werden im Folgenden vertiefend erläutert und in Tabelle 4 überblicksartig dargestellt.

Tabelle 4: Realisierungsformen der schulischen Gesundheitsförderung (entnommen aus Paulus, 2022, S.742).

	Verhaltensbasierter Ansatz	**Gesundheitsfördernde Schule**	**Gute Gesunde Schule**
Ausgangs-punkt	Gesundheitliche Problemstellung	Gesundheitliche Problemstellung	Schulpädagogische Problemstellung
Zielgruppe	Einzelne Personengruppen (z.B. Schüler*innen)	Alle schulischen Personengruppen	Alle schulischen Personengruppen
Sichtweise von Schule	Schule als Ort, an dem die Zielgruppe erreicht werden kann	Schule als Setting, das gesundheitsförderlich gestaltet werden kann	Schule als Institution des Bildungswesens mit Bildungs- und Erziehungsauftrag
Konzept	Gesundheitsförderung in der Schule	Gesundheitsförderung durch die Schule	Bildungsförderung der Schule durch Gesundheit
Motto	Gesundheit zum Thema einzelner Zielgruppen machen	Gesundheit zum Thema der Schule machen	Mit Gesundheit gute Schule entwickeln
Strategie	Veränderung personaler Determinanten von Gesundheit	Veränderung strukturell-systemischer und personaler Determinanten von Gesundheit	Veränderung strukturell-systemischer und personaler Determinanten von Bildung durch Gesundheits-interventionen
Outcomes	Gesundheitsbezogene(s) Wissen, Einstellungen, Verhalten der Zielgruppe(n) Gesundheitsbezogene Lebensweisen Gesundheitsbezogene Lebenskompetenz	Gesundheitsförderlich gestaltete schulische Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen Gesundheitskompetente Schule	Bildungsförderlich gestaltete schulische Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen

Verhaltensbezogene Gesundheitsförderung. Der verhaltensbezogene Ansatz der Gesundheitsförderung entwickelte sich ab den 1970er und 1980er Jahren insbesondere auf der Basis von kognitiv-verhaltensbasierten Interventionen und seitdem ist dieser Ansatz an den Schule weitverbreitet (Paulus, 2022, S. 742). Die verhaltensbezogene Gesundheitsförderung bezieht sich auf die individuellen Determinanten der Gesundheit einzelner Personengruppen, wie z.B. Schüler*innen oder Lehrkräfte und ist am individuellen Verhalten orientiert. Das Ziel dieses Ansatzes ist die Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen, damit Schüler*innen Belastungen und Anforderungen im Schulalltag bewältigen können. Dies geschieht durch Wissensvermittlung und Aufklärung (Dadaczynski, Paulus, Nieskens & Hundeloh, 2015, S. 201). In den meisten Fällen handelt es sich um standardisierte Programme, die sich auf einzelne Themen konzentrieren sowie einem wenig komplexen Aufbau folgen und haben zum Ziel eher kurzfristige Handlungen zu initiieren anstatt nachhaltiger Effekte zu erzielen. Weiterhin werden die Prinzipien des Settingansatzes Partizipation und Empowerment bei diesen Ansätzen in der Regel nicht berücksichtigt (Dadaczynski & Paulus, 2018, S. 265; Paulus, 2022, S. 742). Die verhaltensbezogenen Ansätze haben sich aufgrund geringer Wirksamkeit weiterentwickelt und basieren vermehrt auf dem salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (1997) und fokussieren die gesundheitserhaltenden Faktoren. Weiterhin sind die aktuell umgesetzten Ansätze wesentlich komplexer und legen den Fokus auf die Ressourcen und Schutzfaktoren und deren Förderung. Des Weiteren werden der Resilienzansatz oder das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebenskompetenz (Life Skills) beachtet sowie partizipative Vorgehendweisen angewandt und die Autonomie und Selbstbestimmung der Zielgruppe gestärkt (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 202; Paulus, 2022, S. 742). Beispielsweise sind Programme wie „Klasse2000“ (Krieg & Kliem, 2021) oder „Be smart, don´t start“ (Isensee et al., 2012) bundesweit verbreitete Programme, die sich ausgehend von der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung weiterentwickelt haben und eine wichtige Rolle bei der Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulen spielen (Paulus, 2022, S. 742).

Gesundheitsfördernde Schule. Dieser Ansatz beleuchtet die schulischen Prozesse und Strukturen sowie deren Wirkung auf die Gesundheit (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 201). Die Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hatte zur Folge, dass Gesundheitsressourcen und -potentiale in den Fokus rückten. Dabei wurde die Bedeutung von Gesundheit in primären Lebenswelten, wie z.B. Schule, Betrieb oder Kommune, fokussiert betrachtet. Die Gesundheit wird in diesem Ansatz *„als das Ergebnis eines komplexen Geflechts von individuellen, sozialen, sozioökonomischen und kulturellen Faktoren“* etabliert (Dahlgreen & Whitehead, 1991; zitiert nach Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 201). Ausgehend von der Annahme, dass Schüler*innen, Lehrkräfte und sonstiges pädagogisches Personal viel Zeit am Tag in der Schule verbringen, wird angenommen, dass die Art und Weise der Schulgestaltung und z.B. das Klassenklima einen Einfluss auf die Gesundheit aller Beteiligten

hat. In zahlreichen Studien ließ sich die Wirkung der Schulumgebung auf die Gesundheit besonders von Schüler*innen belegen (Bilz, 2013, S. 285; Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 203; Rathmann, Herke, Hurrelmann & Richter, 2018, S. 335).

Der Ansatz der *„Gesundheitsfördernden Schule"* wurde erstmalig in den 1990er Jahren, initiiert von zwei Schulmodellversuchen, durchgeführt und dadurch wurden *„Impulse zu tiefgreifenden Veränderungen in der schulischen Gesundheitserziehung und Bildung gesetzt"*, die wesentlich zur Verbreitung der schulischen Gesundheitsförderung beigetragen haben (Paulus, 2022, S. 742). An den Modellprojekten nahmen fast alle Bundesländer mit insgesamt 500 Schulen teil (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 203). Die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Modellversuchen bildeten die Basis für das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule". Das Konzept ist ein Prozess der Schulentwicklung, der das Ziel hat, ein gesundheitsförderndes bzw. gesundheitserhaltendes Setting zu entwickeln, welches die Gesundheit der Schüler*innen und Lehrkräfte ganzheitlich betrachtet. Der Ansatz basiert auf den Prinzipien des Settingansatzes Partizipation, Empowerment und Vernetzung und im Zentrum steht das ganzheitliche Gesundheitsverständnis, welches in der Kombination mit der salutogenetischen Perspektive und verhältnisbezogenen Maßnahmen alle an Schule Beteiligten, befähigt, verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umzugehen (Paulus, 2002, S. 973, 2022, S. 743). Die „Gesundheitsfördernde Schule" bezieht sich auf vier Handlungsfelder (a-d) und fünf Grundprinzipien (1-5), die im folgendem dargestellt werden (s. Tab. 5).

Handlungsfelder (a-d):

a. *„Lehren, Lernen und Curriculum:* Gesundheit als Thema von Lehren und Lernen und als Gegenstand von Methodik und Didaktik.
b. *Schulkultur und schulische Umwelt*: Gesundheit als Prinzip der Schulkultur und baulicher Maßnahmen der Schulhofgestaltung.
c. *Dienste und Kooperationspartner*: Einbeziehung außerschulischer Partner zur Stärkung der schulischen Gesundheitsförderung.
d. *Schulisches Gesundheitsmanagement*: Entwicklung und Anwendung von Prinzipien und Strategien des schulbetrieblichen Gesundheitsmanagements" (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 203).

Grundprinzipien (1-5):

1. *„Nachhaltige Initiativen für Schulentwicklung:* Schulische Gesundheitsförderung als Teil der kontinuierlichen Schulentwicklung.
2. *Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff*: Rückgriff auf einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff.

3. *Innere und äußere Vernetzung*: Zusammenarbeit aller schulischer Personengruppen bei der Planung, Durchführung und Auswertung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen und systematischer Aufbau von Partnerschaften zu schulexternen Einrichtungen und Personengruppen.
4. *Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment*: Berücksichtigung der schulischen Ausgangslagen und Bedürfnisse bei der Auswahl von zu bearbeitenden gesundheitlichen Themenfeldern.
5. *Salutogenese*: Anwendung von defizitorientierten Ansätzen der Gesundheitserziehung durch Ausrichtung am Modell der Salutogenese“ (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 204).

Tabelle 5: Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule (entnommen aus Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 203).

<table>
<tr><td colspan="5">Salutogenese (5)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Selbst-bestimmung/ Partizipation & Empowerment (4)</td><td>Lehren, Lernen & Curriculum (a)</td><td></td><td>Schulkultur & schulische Umwelt (b)</td><td rowspan="3">Innere/ äußere Vernetzung (3)</td></tr>
<tr><td></td><td>Gesundheits-fördernde Schule</td><td></td></tr>
<tr><td>Dienste, Kooperati-onspartner (c)</td><td></td><td>Schulisches Gesundheitsma-nagement (d)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und ihrer beeinflussenden Faktoren (2)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung (1)</td></tr>
</table>

Die *„Gesundheitsfördernde Schule“* ist insgesamt ein weitverbreiteter Ansatz in der schulischen Gesundheitsförderung, allerdings gibt es bisher zu wenig Evidenz für die Wirksamkeit der Maßnahmen. In einem Cochrane Review von 2014 konnten zwar teilweise positive Effekte für Interventionen, die einem ganzheitlichen Ansatz im Sinne der gesundheitsfördernden Schule folgten, nachgewiesen werden, allerdings ließ sich der Bildungsauftrag nicht mit den Forderungen des Gesundheitswesens zusammenführen (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 205; Langford et al., 2014, 28; Paulus et al., 2016, S. 240). Insbesondere Lehrkräfte beschrieben die „Gesundheitsfördernde Schule“ als *„etwas von außen Kommendes“* und äußerten, dass sie, die mit dem Konzept verbundenen Aufgaben, als eine zusätzliche Belastung empfanden (Naidoo & Wills, 2019, S. 433). Daher gibt es seit 2002 Bestrebungen die „Gesundheitsfördernde Schule“ und damit die schulische Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Aus diesen Bestrebungen ging der dritte Ansatz hervor, die „Gute gesunde Schule“ (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 205).

Gute gesunde Schule. Der Ansatz der *„Guten gesunden Schule“* entstand aus den Weiterentwicklungen der gesundheitsfördernden Schule und geht dabei weit über diesen Ansatz hinaus. Dabei wird durch diesen Ansatz die aktuellste und wesentlichste Entwicklung der

schulischen Entwicklung abgebildet (Paulus, 2022, S. 743). Die „Gute gesunde Schule“ integriert Verhaltens- und Verhältnisstrategien und beinhaltet die Gesundheits- und Bildungsperspektive (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 201). Denn Gesundheit wird nach diesem Ansatz *„in ihrer langfristigen Bedeutung für eine gelingende Entwicklung und Lebensqualität der Schüler“* anerkannt (Paulus et al., 2016, S. 240). Der Kern des Konzeptes zielt auf die bildungsförderliche Gestaltung der Verhältnisse in den Schulen durch die Gesundheitsinterventionen ab und stellen damit die Bildungsförderung durch Gesundheit in den Vordergrund (Paulus, 2022, S. 743–744). Gesundheit spielt für die Bildung und für das lebenslange Lernen eine wesentliche Rolle. In der „Guten gesunden Schule“ bedeuten Gesundheitsförderung und Prävention die Veränderung der Schule von innen heraus zu vollziehen, das Ansehen der Gesundheit als Ressource von Bildung und die Verbindung von Gesundheit und Schulentwicklung. Einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung können Studien, wie beispielsweise die HBSC-Studie, belegen und untermauern so diesen Ansatz (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 206).

Die „*Gute gesunde Schule“* richtet sich nach zwei Strategien aus: Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung und Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit. Die erste Strategie bezieht sich auf den Erziehungs- und Bildungsauftrag von Schulen im Rahmen von Gesundheit. Fokussiert wird dabei die Integration von vielfältigen Gesundheitsthemen in die Erziehungs- und Bildungsarbeit. Schüler*innen werden qualifiziert, Anforderungen kompetent zu bewältigen und auf ihre Gesundheit positiv einzuwirken. Die zweite Strategie orientiert sich an der *„Verbesserung der Bildungsarbeit und ihrer Bedingungen“* (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 206). Mit Hilfe von Maßnahmen sollen die Dimensionen wie Lehren und Lernen, Management und Führung und Schulklima und -kultur beeinflusst werden. Insbesondere weil es die Hauptaufgabe von Schule ist, den Bildungs- und Erziehungsauftrag zu erfüllen. Die Handlungsfelder werden bei diesem Ansatz aus den Qualitätsdimensionen abgeleitet (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 206f.). Dadaczynski und Paulus et al. (2015, S. 213) bevorzugen den Ansatz der „Guten gesunden Schule“, „*weil er mit den pädagogischen Schulrealitäten die größte Passung aufweist*“.

Die drei unterschiedlichen Ansätze unterscheiden sich in ihrer Ausrichtung und Realisierung. Während die Ansätze der guten gesunden Schule und der gesundheitsfördernden Schule im Vergleich zu dem verhaltensbezogenen Ansatz eher ganzheitliche und settingbezogene Ansätze sind und die Effekte als nachhaltiger und weitreichender eingestuft werden, ist der verhaltensbezogene Ansatz in Schulen mit wenig Erfahrungen oder besonderen Bedarfen möglicherweise besser umzusetzen. Der verhaltensbezogene Ansatz kann mit seiner geringeren Komplexität, und seinen vermeintlich schnellen Auswirkungen ein sinnvoller Einstieg in die schulische Gesundheitsförderung sein. Dieser könne laut Dadaczynski (2012, S. 150) durch ein ganzheitliches schulisches Gesundheitsförderungsprogramm erweitert oder ergänzt

werden. Generell müssen überdies die Bedürfnisse der einzelnen Schule in den Fokus gerückt werden, um den Erfolg nachhaltig gewährleisten zu können. Der allgemeine, aktuelle wissenschaftliche Konsens liegt auf der Wirksamkeit von Ansätzen, welche sich nicht nur auf die Bewusstseinsveränderung von Individuen beschränkt, sondern auf Veränderung sozialer Systeme ausgelegt ist (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 200).

1.3.3 Stand der Forschung

Nach Dadaczynski und Paulus et al. (2015, S. 199) lässt sich die aktuelle Lage zum Stand der Forschung der schulischen Gesundheitsförderung als *„äußerst divers und intransparent“* beschreiben. Außerdem fehle es an komplexen Evaluationsansätzen und deren Anwendung, die insbesondere für die ganzheitlichen Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung eine Evidenzbasis schaffen. Auch Paulus et al. (2016, S. 238) bestätigen, dass die Lage *„unübersichtlich und wenig transparent“* sei. In den letzten Jahren hat sich jedoch der Forschungsstand zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung durch internationale Studien und deren Ergebnisse erheblich verbessert und es sind vermehrt Studien im Hinblick auf metaanalytische Befunde zur Gesundheitsförderung in Schulen zu finden. Allerdings sind solche systematischen Befunde für den deutschsprachigen Raum bisher lediglich vereinzelt vorhanden (A. Beelmann, Pfost & Schmitt, 2014, S. 10; A. Beelmann, 2016, S. 268).

Untersuchungen zufolge werden in Deutschland 70% der Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter an Schulen durchgeführt. Die Teilnehmer*innen sind zwischen 6 und 13 Jahren und der Großteil der Programme fokussiert die Lebenskompetenz der Schüler*innen. Die entsprechenden Trainings werden dabei zu 37% von den Lehrkräften oder Erzieher*innen angeleitet. Am häufigsten werden Programme zur Prävention des Substanzgebrauchs sowie zur Gewalt- und Aggressionsprävention durchgeführt (A. Beelmann et al., 2014, S. 5), wobei diese in der Regel an weiterführenden Schulen umgesetzt werden (Kohlmann, Eschenbeck, Groß & Meier, 2010, S. 90).

Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Maßnahmen und Programmen zur schulischen Gesundheitsförderung (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 213). A. Beelmann (2016, S. 269) fasst die Befunde zur Wirksamkeit von verschiedenen Gesundheitsförderungsprogrammen zusammen. Als die bedeutendsten Thematiken in der Umsetzung der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sind die Themen gesunde Ernährung, Bewegung und Essstörungen zu nennen. Die Förderung dieser Thematiken wird als überwiegend positiv bewertet. Auch bei Programmen, die auf dem Lebenskompetenzansatz basieren, lassen sich positive Effekte feststellen. Beispiele für solche Programme sind ALF (Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten) von Walden, Kutza, Kröger und Kirmes (1998) oder IPSY (Information und Psychosoziale Kompetenz) von Weichold und Silbereisen (2014) (A. Beelmann, 2016, S. 270). Für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich

positive Effekte in Meta-Analysen. Dabei ist anzunehmen, dass eine Verbesserung von 10% bis 30% stattgefunden hat, gemessen an der Verringerung der Risikofaktoren und Symptomen oder an der Förderung von Schutzfaktoren (A. Beelmann, 2016, S. 267–268).

Ein Positionspapier von Paulus et al. (2016) stellt die Möglichkeiten und Handlungsempfehlungen durch das neue Präventionsgesetz für die schulische Gesundheitsförderung und Prävention dar. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG), das am 01.01.2016 in Kraft trat, hat als bedeutendes Ziel die finanzielle Förderung der settingbezogenen Gesundheitsförderung (Bundesrat, 2015, S. 1369). Im Präventionsgesetz und in den Bundes- und Landesrahmenempfehlungen der nationalen Präventions-strategie wird Schule als Lebenswelt genauer noch als „*soziales System des Lernens“* bezeichnet (Bundesrat, 2015, S. 1369; Nationale Präventionskonferenz, 2018, S. 7). Die Einbeziehung der Aspekte Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe der schulischen Personengruppen sollten systematisch in Strukturen und Prozessen der Schule erfolgen. Diese Integration soll partizipativ, auf Wissen basierend sowie verhältnis- und verhaltensbezogen stattfinden (Nationale Präventionskonferenz, 2018, S. 7). Dabei haben die Krankenkassen die Aufgabe, zusammenzuarbeiten und Leistungen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten auszuführen. Hierbei werden die Kassen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt. Es gibt vielfältige Akteure, die an der Schule beteiligt sind, wie beispielsweise Schüler*innen und deren Eltern, Lehrkräfte und die Schulleitung. Aber auch das Personal der Schulsozialpädagogik sowie der Schulsozialarbeit, der Schulpsychologie und des schulärztlichen Dienstes sind von Bedeutung (Paulus et al., 2016, S. 237–238). Paulus et al. (2016, S. 241) bilanzieren, dass „*das neue Präventionsgesetz (…) ein wichtiger Impuls für die weitere Entwicklung der schulischen Prävention und Gesundheitsförderung [ist] und stützt die Umsetzung des Konzepts der guten gesunden Schule“*.

Hinsichtlich der Durchführung von Programmen der schulischen Gesundheitsförderung hat sich in Studien ergeben, dass sich Schüler*innen vermehrt externe Expert*innen als Durchführende des Trainings wünschen. Die Untersuchungen haben auch gezeigt, dass die Jugendlichen selbst als Vermittler*innen eine große Rolle spielen. Eine Vermittlung durch Lehrkräfte oder Eltern erhielt dagegen weniger Bestätigung (Klein-Heßling, Lohaus & Beyer, 2003, S. 375–376; Lohaus, 2021, S. 186). Es muss davon ausgegangen werden, dass die Schüler*innen den Lehrer*innen, wie auch der Schule, teilweise eine negative Bedeutung zuschreiben. Daraus lässt sich ableiten, dass Gesundheitsförderung in der Schule ein anderes Modell der Vermittlung wählen sollte, als die Institution Schule. Andererseits haben Lehrkräfte als Multiplikator*innen die Möglichkeit, die Inhalte eines Trainings auf andere Situationen im Schulalltag zu übertragen und können später darauf zurückgreifen (Lohaus, Domsch & Klein-Heßling, 2016, S. 486).

Im Folgenden wird als Beispiel das Projekt „VorteilJena“ skizziert, welches in einem Teilprojekt die schulisches Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der sozialen Teilhabe untersuchte. Das Verbundprojekt VorteilJena des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, fand von 2014 bis 2018 statt. In diesem Projekt wurden acht verschiedene Teilprojekte mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt und evaluiert. Das Motiv war „Vorbeugen durch Teilhabe“. Dabei wurde der Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe und Gesundheitsproblemen untersucht (Berger, Kraußlach & Strauß, 2019, S. 1). Denn die soziale Teilhabe steht in Wechselwirkung mit Integration und Inklusion und ist das Verbindungsstück zwischen Selbstwert und Selbstwirksamkeit (Berger, Kraußlach, Kirschner et al., 2019, S. 38). Das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit sind für eine erfolgreiche Umsetzung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie für die Förderung psychischen und körperlichen Wohlbefindens von Bedeutung (Bandura, 2004, S. 144).

Die zwei wesentlichen Ziele dieses Projekts waren: die *„Förderung der sozialen Teilhabe als potenziellen Einflussfaktor auf den Erfolg von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung“* und die *„Stärkung des Selbstwerts (bzw. der Selbstwirksamkeit) als vermittelnde Variable zwischen sozialer Teilhabe und Gesundheitsverhalten“* (Berger, Kraußlach & Strauß, 2019, S. 1). In drei Lebensbereichen Schulen, Unternehmen und Senioreneinrichtungen wurden Praxishilfen zur Gesundheitsförderung mit Hilfe der Zielgruppen und beteiligten Akteur*innen entwickelt, evaluiert und übertragen (Berger, Kraußlach & Strauß, 2019, S. 2).

Das Teilprojekt 1 **„Gemeinsam Lernen als Chance“** hatte das Ziel, durch die Stärkung der sozialen Teilhabe im Unterricht zur Entwicklung der Inklusion beizutragen. Dabei wurden den schulischen Akteur*innen zwei Praxishilfen für die Schüler*innen zur Verfügung gestellt: das Kartenset „Gemeinsam Gesund Lernen“ und eine Posterausstellung zur psychischen Gesundheit. Die Materialien wurden bedarfs- und bedürfnisgerecht hinsichtlich der Integration in den Schulalltag entwickelt (Berger, Kraußlach, Kirschner et al., 2019, S. 39). Die Zielgruppe waren Schüler*innen im Alter von 9 bis 18 Jahren. Die Praxishilfen behandelten z.B. die Themen Selbstwert, Gefühle, Lebenskompetenz, Freundschaft, Medien, Angst, Sucht oder Depressionen (Wick, Gläser, Berger & Schwager, 2019, S. 24). Das Material kann ohne Vorbereitung von den Lehrkräften direkt im Unterricht eingesetzt werden (Wick et al., 2019, S. 29). Langfristig sollte das Projekt psychische Erkrankungen und Symptome sowie ernährungs- und bewegungsbedingten Erkrankungen vorbeugen (Berger, Kraußlach, Kirschner et al., 2019, S. 44). Die Praxishilfen dienen als *„Hilfestellungen zur Bewältigung der Herausforderungen durch die Umsetzung des gemeinsamen Unterrichts (…) und außerdem als niederschwelliger Einstieg für eine gesundheitsförderliche Schulkultur“* (Schwager et al., 2019, S. 7).

Die Evaluation fand am Ende des Projekts mit teilweise kontrollierten Studien statt. Eine Randomisierung wurde allerdings von den schulischen Akteur*innen abgelehnt. Die Bereitschaft

zur Teilnahme nahm anlässlich von Zeitmangel, Änderung der Vorgaben durch Ministerien und Mangel an Lehrkräften ab. Aus diesem Grund musste die geplante Größe der Stichprobe verringert werden. Außerdem äußerten Eltern und pädagogisches Personal Bedenken bezüglich einer Studienteilnahme aufgrund der Verschärfung der Datenschutzbestimmungen im Jahr 2018 (Berger, Kraußlach, Kirschner et al., 2019, S. 44). Laut der Bedarfsanalyse von Schwager et al. (2019, S. 5) zeigte sich, dass die langfristige Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen aus Sicht von pädagogischen Fachkräften an Zeitmangel und mangelnder inhaltlichen Passung scheitere. Die Untersuchung von Wick et al. (2019, S. 29) hinsichtlich dieses Programms ergab positive Effekte im Hinblick auf die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen, allerdings nicht in Bezug auf die soziale Teilhabe. Als Gründe nennen die Autor*innen externe Faktoren wie Familie, Peer-Gruppen oder außerschulische Aktivitäten, die die Wirkungen einer solchen Maßnahme verringern. Die Lehrkräfte sowie die teilnehmenden Schüler*innen bewerteten das Programm positiv und gaben Hinweise zur Optimierung (Wick et al., 2019, S. 29).

Nichtsdestotrotz ist laut Naidoo und Wills (2019, S. 427) die Gesundheitsförderung in Schulen unzureichend und der Großteil der Maßnahmen beschränkt sich auf die Vermittlung von Wissen und weniger auf die Entwicklung von Kompetenzen. Dies lässt sich insbesondere durch die rudimentäre Ausbildung von Lehrkräften und die wechselnden inhaltlichen Richtlinien der Regierung zur Gesundheitsförderung erklären (Naidoo & Wills, 2019, S. 427). Außerdem fehle es an übergreifenden Konzepten, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen (Paulus, 2022, S. 746).

Auch Lohaus et al. (2016, S. 498) kommen zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsförderung *„noch immer einen zu geringen Stellenwert in Schulcurricula einnimmt“*. Im Fokus steht die physische Gesundheit, wobei die psychische und soziale Ebene immer mehr an Interesse gewinnen. Oftmals wird angenommen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen zum Nachteil für schulische Leistungen werden, da Gesundheitsförderung im Unterricht Zeit beansprucht. Allerdings ist das physische, psychische und soziale Wohlbefinden eine bedeutende Grundlage für die Leistungsbereitschaft der Schüler*innen. Dementsprechend können Gesundheitsförderung und die Förderung der Leistungsbereitschaft in der Schule nicht isoliert betrachtet werden, denn sie beeinflussen sich gegenseitig: *„Gesundheit und Bildung sind zwei Seiten einer Medaille. Ohne Bildung gibt es keine Gesundheit und umgekehrt“* (Lohaus et al., 2016, S. 498).

1.3.4 Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule

Die WHO (2019, S. 1) definiert psychische Gesundheit als einen *„Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“*

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird ebenfalls in der schulischen Gesundheitsförderung umgesetzt. Dafür können in Programmen insbesondere die Kompetenzen der Schüler*innen gestärkt werden. Liegt der Schwerpunkt des Ansatzes auf den Kompetenzen, so könne dieser als Lebenskompetenz-Ansatz (life skills approach) verstanden werden, der das Ziel hat, die Resilienz der Beteiligten zu steigern. Lebenskompetenzen sind beispielsweise Kommunikation, Empathie, Entscheidungsfindung, Selbstreflexion oder Bewältigungsstrategien (Flaschberger, 2011, S. 200). Diese Ansätze haben sich in den meisten Fällen aus verhaltensbezogenen Ansätzen der schulischen Gesundheitsförderung weiterentwickelt und basieren heute auf einem ressourcenorientierten Verständnis von Gesundheit, welches die Prinzipien Partizipation und Empowerment berücksichtigt. Weit verbreitete Programme mit dem Fokus auf den Lebenskompetenzen sind z.B. „Klasse2000“, „Erwachsen werden“ und „Be smart, don´t start“ (Paulus, 2022, S. 742). Flaschberger (2011, S. 204) stellt abschließend fest, dass „*schulische Leistungsfähigkeit stark mit einer positiven sozialen und emotionalen Entwicklung verbunden ist*“ und deshalb muss das Leitbild der Schule die Förderung der psychischen Gesundheit beinhalten.

Es ist bekannt, dass psychische Auffälligkeiten mit der Schulleistung und den sozialen Entwicklungen der Schüler*innen im Zusammenhang stehen (Fleming, 2005; zitiert nach Franze et al., 2007, S. 221). Aus diesem Grund liegen einige gesundheitsfördernde Projekte in Deutschland vor, die die psychische Gesundheit in der Schule fördern sollen. Hierbei sind beispielsweise die Programme „LIONS Quest“, „MindMatters“ und „Verrückt – nah und?“ zu nennen. Die Durchführung der Programme gelingt zusätzlich zum Unterricht und bedarf eines vermehrten Zeitaufwandes für Schule und Lehrkräfte. Zum Teil müssen diese Programme über eine lange Zeit geplant werden, denn sie enthalten umfassende Manuale und sind mit Schulungen verbunden (Schwager et al., 2019, S. 3).

Im Folgenden werden exemplarisch Programme vorgestellt, die im schulischen Setting in dem Bereich psychische Gesundheitsförderung insbesondere zur Stressbewältigung eingesetzt werden. Im Kapitel 1.4.6 werden zudem Förderprogramme zu sozialen und emotionalen Kompetenzen im schulischen Setting beschrieben. Zunächst werden kurz Programme beschrieben, die ursprünglich nicht für das schulische Setting vorgesehen waren, aber durch Anpassungen ebenfalls in der Schule umgesetzt werden können und anschließend wird explizit auf Programme eingegangen, die schulbasiert konzipiert sind, da im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für den Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe entwickelt werden soll.

Im Bereich Stressbewältigung hat sich für Kinder im Grundschulalter das Programm **„Bleib locker“** von Klein-Heßling und Lohaus (2021) etabliert. Das vorwiegend primärpräventive Programm hat zum Ziel den Umgang mit Stress von Kindern zu verbessern. Die Zielgruppe sind

Kinder der dritten und vierten Klasse (8-10 Jahre) und das Training wird in der ursprünglichen Form im außerschulischen Bereich mit Kleingruppen von 5-8 Kindern durchgeführt. Das Training kann aber ggf. angepasst und in der Schule auch mit größeren Gruppen bzw. Klassen umgesetzt werden. Insgesamt umfasst das Training acht Trainingssitzungen mit einem Umfang von jeweils 90 Minuten und es werden verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt, um den Kindern verschiedene Stressverarbeitungsstrategien zu vermitteln. Zu dem Training liegen Evaluationsstudien vor, die die Wirksamkeit des Trainings nachweisen konnten (Klein-Heßling & Lohaus, 2021; Lohaus, 2021, S. 188).

Ein weiteres Programm im Bereich Stressbewältigung ist **„Cool bleiben – Stress vermeiden. Das Anti-Stress-Training für Kinder“** von Hampel und Petermann (2017a). Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Training ist für Kinder von 6 bis 13 Jahren konzipiert und es liegen verschiedene Varianten mit primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Zielsetzungen mit entsprechend unterschiedlichen Intensitäten vor. Die Umsetzung erfolgt im außerschulischen Setting mit Kleingruppen von 4-6 Kindern und je nach Trainingsvariante und Zielsetzung ist ein präventiver oder therapeutischer Einsatz möglich. Die Sitzungen dauern jeweils 90 Minuten und die Anzahl der Sitzungen richtet sich nach der Trainingsvariante. Die Langversion mit sekundärpräventiver Zielsetzung besteht aus acht Trainingssitzungen und zwei Sitzungen mit Elternbeteiligung. Methodisch werden die Inhalte über verhaltenstherapeutische Prinzipien vermittelt und es kommen Entspannungsverfahren sowie Problemlösestrategien und Selbstinstruktionen zum Einsatz. Für die zweite Version des Trainings konnten hohe Effektstärken für die psychische Stressreaktivität und die Stressverarbeitung nachgewiesen werden (Hampel & Petermann, 2017a; Lohaus, 2021, S. 190–193). Die neueste Version konzentriert sich zudem verstärkt auf Achtsamkeit, auf das Aktivieren von Ressourcen und auf interaktive Methoden zur Psychoedukation (Hampel, Schumacher & Petermann, 2019, S. 244).

Stressbewältigung im Jugendalter - SNAKE

Hintergrund. „SNAKE – Stress nicht als Katastrophe erleben“ von Beyer und Lohaus (2018) ist ein Programm zur Primärprävention von Stress bei Schüler*innen. Dabei steht die Problemlösekompetenz der Jugendlichen als Basisfähigkeit zur Stressbewältigung im Vordergrund. Die theoretische Fundierung bildet die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (1984) mit den zentralen Konstrukten kognitive Bewertung und Stressbewältigung (Beyer & Lohaus, 2018, S. 8–9).

Zielgruppe und Ziele. Das Programm „SNAKE“ richtet sich an Jugendliche der achten bis neunten Klasse (13-15 Jahre) und wird schulbasiert durchgeführt. Dabei ist es das Ziel die Stressbewältigungskompetenzen der Jugendlichen zu stärken, indem durch verschiedene

Übungen die kognitive Bewertung von Belastungen und der Bewältigungsressourcen thematisiert wird (Beyer & Lohaus, 2018, S. 8).

Rahmenbedingungen und Ablauf. Das schulbasierte Training umfasst insgesamt acht Doppelstunden, die im wöchentlichen Abstand durchgeführt werden. Dabei ist das Training modularisiert aufgebaut, um sich an den Bedürfnissen und Interessen der Schüler*innen orientieren zu können. Daher besteht das Training aus dem Basismodul „Problemlösen“, welches bei Bedarf durch drei Ergänzungsmodule erweitert werden kann. Das Basismodul untergliedert sich in fünf Teilbereiche: Problemdefinition, Lösungssuche, Entscheidungsfindung, Erprobung einer Lösung und Bewertung der Lösung, die im gesamten Training durch eine „Stressschlange“ visualisiert werden (Beyer & Lohaus, 2018, S. 25).

Das Ergänzungsmodul „Kognitive Strategien“ befasst sich mit stressbezogenen Kognitionen und deren Auswirkungen. Dabei sollen die Jugendlichen ihre Gedanken in Stresssituationen identifizieren und die Fähigkeit entwickeln, Anforderung positiv zu bewerten sowie ihr Selbstwertgefühl stärken (Beyer & Lohaus, 2018, S. 30). Im Modul „Soziale Unterstützung“ werden mit den Jugendlichen die verschiedenen Formen der sozialen Unterstützung thematisiert und die Kompetenz zur Suche nach sozialer Unterstützung vermittelt, da die soziale Unterstützung eine zentrale Ressource bei der Stressbewältigung darstellen kann. Insgesamt sollen dadurch die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen gestärkt werden (Beyer & Lohaus, 2018, S. 32). Das dritte Ergänzungsmodul „Entspannung und Zeitmanagement“ hat zum Ziel, den Jugendlichen den bewussten Umgang mit Ruhe und Entspannung zu vermitteln sowie Möglichkeiten der Zeitplanung vorzustellen. Dadurch sollen die Jugendlichen für Ruhepausen sensibilisiert und der Stress insgesamt reduziert werden (Beyer & Lohaus, 2018, S. 33). Das Training wird während der regulären Schulzeit von erfahrenen Trainingsleiter*innen, bestenfalls Psycholog*innen, in Kleingruppen durchgeführt (Beyer & Lohaus, 2018, S. 27). In der folgenden Abbildung 7 ist der Trainingsaufbau überblicksartig zusammengefasst.

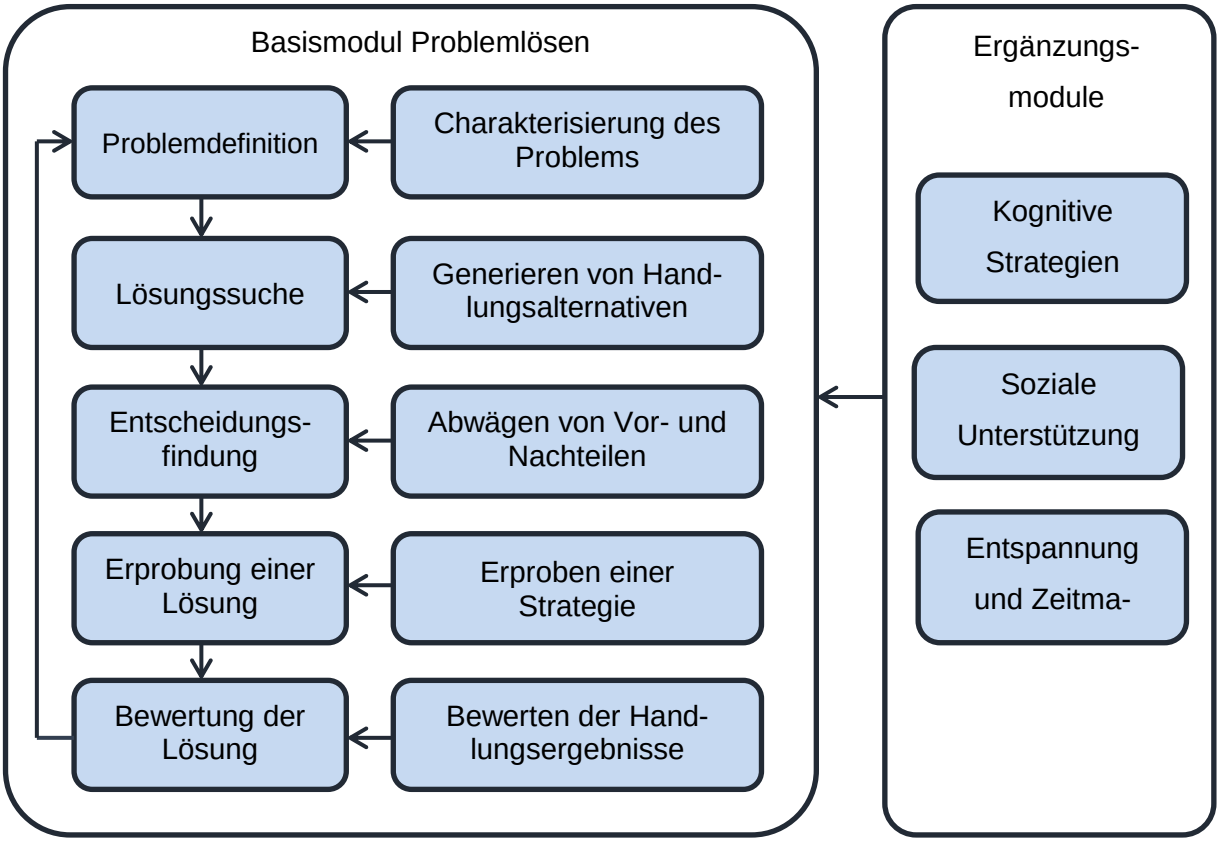


Abbildung 7: Verhältnis zwischen dem Problemlösemodul und dem Ergänzungsmodulen (entnommen aus Beyer & Lohaus, 2018, S.27).

Evaluation. Zur Evaluation des Programms wurde von der Universität Marburg eine Studie mit Interventions-Kontrollgruppendesign durchgeführt. In die Studie konnten 18 Interventions- und 14 Kontrollklassen mit insgesamt 800 Schüler*innen der achten und neunten Klassen einbezogen werden (Beyer & Lohaus, 2018, S. 104). Dabei konnten in den Bereichen Wissenszuwachs, Reduktion wahrgenommener Probleme und Stressbewältigung positive Effekte nachgewiesen werden. Durch das Training zeigten die Schüler*innen der Interventionsklassen deutlich mehr positive Selbstinstruktionen und weniger Problemvermeidung sowie soziale Isolation. Insgesamt wurde das Programm von den Jugendlichen positiv bewertet, allerdings erwies sich die Modulkombination aus dem Basismodul und dem Entspannungstraining als weniger effektiv als die anderen Kombinationen. In Bezug auf Geschlechtseffekte zeigten sich in homogenen Jungengruppen weniger positive Programmwirkungen als in homogenen Mädchengruppen oder geschlechtsgemischten Gruppen (Beyer & Lohaus, 2018, S. 108–116).

MindMatters

Hintergrund. Das Programm MindMatters ist ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Förderung der psychischen Gesundheit von Schüler*innen in der Primar- und Sekundarstufe I. Ursprünglich stammt das Programm aus Australien und wurde von Peter Paulus und seiner

Arbeitsgruppe an der Leuphana Universität Lüneburg auf den deutschsprachigen Raum angepasst. Des Weiteren basiert das Programm auf dem Ansatz der WHO „Gute gesunde Schule“ bei dem Bildung, Erziehung und Gesundheit miteinander verknüpft werden. Auf dieser Basis werden im schulischen Setting sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen etabliert (Dadaczynski, Witteriede, Nieskens & Paulus, 2015, S. 247; Franze et al., 2007, S. 221; Michaelsen-Gärtner & Witteriede, 2009, S. 144).

Zielgruppe und Ziele. Das Programm basiert auf dem Settingansatz zur Gesundheitsförderung in der Schule. Dabei wird die gesamte Schule (Schüler*innen, Lehrer*innen, Schulleitung sowie Eltern) miteinbezogen, da es das Ziel des Programms ist, eine gesundheitsförderliche Schulkultur zu entwickeln, in der alle Mitglieder sich wertgeschätzt und eingebunden fühlen**.** In Bezug auf die Schulstufen richtet sich MindMatters an Schüler*innen der Primar- und Sekundarstufe I. Die Basis des Programms bildet die Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten, die es den Schüler*innen und Lehrer*innen ermöglichen sollen, die Anforderungen des Alltags besser zu bewältigen und infolgedessen die Gesundheit zu fördern (Franze et al., 2007, S. 221).

Rahmenbedingungen und Ablauf. MindMatters kann sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe I eingesetzt werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Programm für die Sekundarstufe I, da hier eine Nähe zur Zielgruppe des in dieser Arbeit zu entwickelnden Gesundheitsförderungsprogramms besteht. Das schulbasierte Training umfasst für die Schüler*innen insgesamt fünf Module und wird in den regulären Unterricht integriert. Dabei werden die Module von Lehrkräften durchgeführt, die eine Fortbildung für das MindMatters Programm absolviert haben. Das manualisierte Programm umfasst in jedem Modul die zentralen Begriffe des MindMatters Programms, umfangreiche Hintergrundinformationen sowie Materialen zur Arbeit mit den Schüler*innen und dem Lehrerkollegium.

Das erste Modul mit dem Titel *„Freunde finden, behalten und dazugehören – Förderung der Resilienz in der Schule“* befasst sich insbesondere mit dem Aufbau von Beziehungen und fördert die Kommunikation, Teamarbeit und positive Einstellung der Schüler*innen. Im zweiten Modul *„Mit Stress umgehen – im Gleichgewicht bleiben – Förderung der Resilienz in der Schule“* werden die Themen Stress und Anforderungen in der Schule thematisiert sowie verschiedene Methoden zum Umgang mit Stress vermittelt. Das dritte Modul *„Mobbing? Nicht in unserer Schule! – Prävention und Handlungsstrategien“* zielt darauf ab das Thema Mobbing in verschiedenen Unterrichtsfächern zu bearbeiten und den Schüler*innen in diesem Zusammenhang Werte für den Umgang miteinander näher zu bringen. Ziel des Moduls *„Rückgrat für die Seele – Umgang mit Verlust und Trauer in der Schule“* ist es den Schüler*innen Strategien zum adäquaten Umgang mit Angst, Trauer und Verlust zu vermitteln und die Thematiken zu enttabuisieren. Das Modul *„Wie geht’s? – Psychische Störungen in der Schule verstehen*

lernen“ gibt einen Überblick über psychische Erkrankungen und soll insbesondere dazu beitragen die Stigmatisierung dieser Erkrankungen abzubauen (Franze et al., 2007, S. 221). Die folgende Abbildung 8 fasst den Aufbau von MindMatters zusammen.

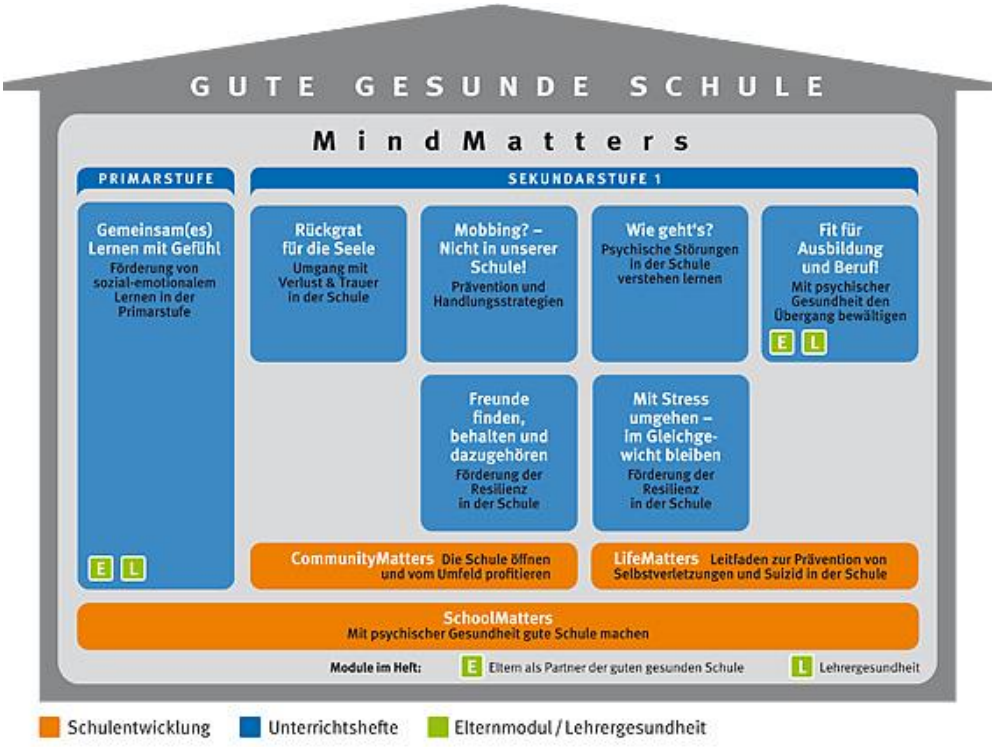


Abbildung 8: Übersicht über MindMatters (entnommen aus Michaelsen-Gärtner, Franze & Paulus, 2007, S.6).

Evaluation. Bei MindMatters handelt es sich um ein wissenschaftlich fundiertes Konzept, welches formativ sowie summativ evaluiert wurde. Das gesamte Programm wurde im Rahmen eines Modellversuchs von 2004-2005 an insgesamt 32 Schulen in Deutschland und der Schweiz extern evaluiert. Dabei handelte es sich um ein Prä-Post-Design mit einer Stichprobe von 633 Lehrkräften und 4019 Schüler*innen, die im Rahmen eines Kohortenvergleichs ohne Kontrollgruppe untersucht wurden. Die Messungen erfolgten im Abstand von einem Jahr jeweils im Frühjahr. Für die summative Evaluation wurde ein Fragebogen verwendet und zusätzlich wurden zur Erhebung der Programmakzeptanz Interviews mit Schüler*innen, Lehrkräften und Schulleitungen durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Lehrer*innen die Schulqualität und das Verhältnis zur Schulleitung nach der Durchführung von MindMatters als positiver bewerten. Zudem wird auch die Kommunikation im Lehrer*innenkollegium als positiver erlebt. Im Hinblick auf die Wirkungen bei den Schüler*innen wurde deutlich, dass diese ihre Schule im Anschluss an das MindMatters Programm als einen Ort mit eindeutigen Verhaltensregeln wahrnehmen, an dem sie lernen mit Konflikten umzugehen. An den Schulen, an denen die Lehrer*innen an schulspezifischen Fortbildungen teilgenommen hatten, konnte zudem nachgewiesen werden, dass die Schüler*innen ein Jahr nach der Teilnahme weniger über psychosomatische Beschwerden, Schulstress, psychische Belastungen durch die Schule und Schulunlust berichteten (Franze et al., 2007, S. 223).

Der nachfolgende Kasten 8 fasst die Merkmale effektiver Programme zur schulischen Gesundheitsförderung nach Mittag und Bieg (2009, S. 340) zusammen.

Kasten 8: Merkmale effektiver Programme zur schulischen Gesundheitsförderung nach Mittag und Bieg (2009, S. 340).

- gute theoretische Fundierung
- risikobezogene und ressourcenorientierte Präventionsstrategie
- Prävention bzw. Förderung auf individueller, sozialer und umweltbezogener Ebene
- settingübergreifend (Schule, Familie, Gemeinde)
- Mehr-Komponenten-Ansatz
- gut strukturierte Implementation (manualisiert und curricular) mit inhaltlicher und methodischer Variabilität
- Umsetzung durch geschultes Personal
- kontinuierliche und langfristige Ausrichtung
- Einbezug aller involvierten Personen, Institutionen und Organisationen
- hohe Implementationsbereitschaft

Zur psychischen Gesundheitsförderung von Schüler*innen in der Primar- und Sekundarstufe I gibt es bereits zahlreiche etablierte und gut evaluierte Programme, die sich auch mit der Stressverarbeitung von Schüler*innen befassen, allerdings gibt es aktuell kein Programm, welches sich explizit mit der Gesundheitsförderung von Schüler*innen in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I beschäftigt und die speziellen Belastungen des Transitionsprozesses konkret berücksichtigt werden. Gleichwohl auch in dieser Phase Programme zur Stressverarbeitung wirksam sind. In der vorliegenden Arbeit soll diese Versorgungslücke durch ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase geschlossen und im Sinne des Konzeptes der Präventionsketten (Richter-Kornweitz, Holz & Kilian, 2018, S. 809) die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Primar- mit der Sekundarstufe I verbunden und die Akteur*innen miteinander vernetzt werden.

1.3.5 Umsetzung der schulische Gesundheitsförderung in der Übergangsphase

Die aktuelle Lage der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention ist relativ uneindeutig und größtenteils nicht hinreichend aufeinander abgestimmt (Paulus et al., 2016, S. 238). Es gibt Schulen, die den Gedanken und die Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung bereits adaptieren. Dabei liegen den jeweilig angewandten gesundheitsfördernden Realisierungen unterschiedliche Theorien, Ausprägungen, Schwerpunkte, Zielgruppen und Laufzeiten zugrunde. Sie beinhalten aber weitestgehend alle den Leitgedanken der Prävention durch Stressbewältigung.

Setting Schule. Die Institution Schule ist ein bedeutender Ort, an dem Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden, da die Zielgruppe dort aufgrund der Schulpflicht gezielt erreicht werden kann (A. Beelmann, 2016, S. 267; Naidoo & Wills, 2019, S. 424). Auch der GKV-Spitzenverband (2018, S. 43) gibt an, dass sich die Schule zur Gesundheitsförderung eignet, da Kinder und Jugendliche einer Altersgruppe wiederzufinden sind. Dies bestätigen auch Lohaus et al. (2016, S. 486) und fügen hinzu, dass in der Schule die Zielgruppe umfangreich erreicht werden kann, um gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen. Jedoch muss angemerkt werden, dass die psychische Erreichbarkeit davon zu unterscheiden ist. Für Schüler*innen kann das Setting Schule auch eine negative Bedeutung haben und demzufolge kann es zu einer innerlichen Abwendung von der Schule kommen. Deshalb kann die Erreichbarkeit der gesamten Schüler*innen begrenzt sein. Dies hat zur Folge, dass Interventionen zur Gesundheitsförderung in der Schule so entwickelt sein müssen, dass sie die Schüler*innen zu aktiver Teilnahme motivieren und diese über die Dauer der Maßnahme erhalten (Lohaus et al., 2016, S. 486). Die Schulen spielen eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung, da die erlangten Gewohnheiten in der Kindheit sich auf das kommende Leben auswirken. Deshalb sind die Schüler*innen eine bedeutende Zielgruppe, bei der Einstellungen und Verhaltensweisen gefördert werden sollten (Naidoo & Wills, 2019, S. 436).

Rahmenbedingungen. In Deutschland ist der Auftrag zur Gesundheitsbildung/-erziehung gesetzlich festgesetzt, in den Bundesländern in unterschiedlichem Umfang verankert und spiegelt sich überwiegend in den Schulgesetzen der Länder wider. Beispielsweise hat das Bundesland Nordrhein-Westfalen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention in das Schulgesetz mitaufgenommen (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 199–200). Allerdings lassen sich Maßnahmen zur Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit nur geringfügig in den Lehrplänen der Schulen wiederfinden. Die Relevanz dieser Programme wird verdeutlicht, aber die Umsetzung ist keine Pflicht. Der Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“ zeigt Wirkung und trägt zur Verbesserung der Gesundheit, Bildung und Wohlbefinden der Schüler*innen bei (Naidoo & Wills, 2019, S. 436).

In den letzten Jahren wurden in Deutschland viele Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen umgesetzt. Der Umfang der Maßnahmen liegt zwischen einzelnen Events, begrenzten Projekten, Programmen bis zu umfangreichen Entwicklungsvorhaben für die gesamte Schule (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 199; Paulus, 2022, S. 741). Eine Maßnahme kann aber ebenfalls ein Settingprojekt auf Landes- und Bundesebene sein, wie beispielsweise das Programm „MindMatters“, welches in Kapitel 1.3.5 näher beschrieben wurde. Die Themen der Maßnahmen reichen von Ernährung, Bewegung, Sucht, Lebenskompetenzen bis hin zu Verhaltensproblemen. Außerdem sind die Bezugspunkte,

Kooperationspartner*innen sowie der Umfang und die Qualität der Maßnahmen vielfältig (Paulus et al., 2016, S. 238). Die Programme zur schulischen Gesundheitsförderung richten sich verstärkt nach den Bedürfnissen der Heranwachsenden (Naidoo & Wills, 2019, S. 427).

Die KMK (KMK, 2012, S. 5–6) gibt Empfehlungen zur Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung in der Schule, denn entscheidend für eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention ist die Umsetzung. Wesentlich ist deshalb die Integration der inneren und äußeren Rahmenbedingungen im Prozess für Gesundheitsförderung und Prävention. Auf der Ebene der Schulleitung hat diese die Aufgabe, Sicherheits-, Arbeits- und Gesundheitsschutz sicherzustellen. Mit Hilfe von Curricula und Fortbildungen für Lehrkräfte und andere an Schule tätigen Fachkräften werden Schwerpunkte im Sinne des Konzepts zur „Guten gesunden Schule“ berücksichtigt. Eine große Rolle spielt zudem die Beteiligung der Eltern. Weiterhin unterstützt der soziale Nahraum die Schüler*innen mit Angeboten, die an der Lebenswelt orientiert sind. Im Unterricht und Schulleben werden Themen und Handlungsfelder (siehe Kasten 2) einbezogen (KMK, 2012, S. 5–6).

Diese Handlungsempfehlungen ähneln der Auffassung des Präventionsgesetzes und die der Unfallversicherungsträger. Diese Übereinstimmung macht eine systematische, strukturierte und nachhaltige Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention möglich, welche durch finanzielle Mittel ab dem Jahr 2016 unterstützt werden (Paulus et al., 2016, S. 238).

Unterstützungsmöglichkeiten. Unterstützung bei der Umsetzung leisten beispielsweise pädagogische Landesinstitute, öffentlicher Gesundheitsdienst, Unfallkassen der Länder, Krankenversicherungen sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (KMK, 2012, S. 6). Am Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention können - wie bereits erwähnt - auch Krankenkassen Unterstützung leisten, beispielsweise in Form von Projekten, Programmen oder Modulen. Laut der GKV wird eine dauerhafte qualifizierte externe Beratung empfohlen, wenn Schulen Gesundheitsförderung kontinuierlich mit einbeziehen wollen (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 44).

Wirksamkeit von Programmen. Bedeutend für die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention ist auch die Verknüpfung mit der pädagogischen Qualitätsentwicklung der Schule. Darüber hinaus muss ebenso die Lehrer*innengesundheit in der schulischen Gesundheitsförderung beachtet werden. Außerdem sind das schulische Umfeld und die dazugehörigen Akteur*innen in die Gesundheitsförderung miteinzubeziehen (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 214).

Die Investition in den Gesundheitsförderungsprozess durch zeitlichen Einsatz und die Bereitschaft zur Teilnahme sowie der Umfang an Aktivitäten tragen maßgeblich zum Erfolg bei (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 44–45). Besonders das persönliche Engagement und die Bereitschaft zur Kooperation der Lehrkräfte sind entscheidend für die Ausführung und die damit einhergehende Wirksamkeit der Maßnahmen (A. Beelmann, 2016, S. 267). Außerdem ist eine Voraussetzung für den Erfolg der Gesundheitsförderung, dass diese an den Bedürfnissen und der Ausgangslage der Zielgruppe auszurichtet ist (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 210). Naidoo und Wills (2019, S. 435) merken außerdem an, dass die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Schule komplex ist. Denn eine Vielzahl von Maßnahmen beruhen auf der *„Entwicklung eines gesundheitsstärkenden Verhaltens“* und dieses ließe sich erst Jahre später beobachten (Naidoo & Wills, 2019, S. 435). Außerdem werden die Möglichkeiten zur Evaluation im schulischen Setting häufig nicht ausreichend ausgeschöpft (De Bock et al., 2020, S. 8).

1.4 Sozial-emotionale Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter

Wie bereits in Kapitel 1.2.3 beschreiben, sind sozial-emotionale Kompetenzen eine wesentliche personale Ressource in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I und können bei der Verarbeitung von Belastungssituationen unterstützen (Perrez & Baumann, 2011, S. 272). Nachfolgend wird der Begriff sozial-emotionale Kompetenz bestimmt und die Entwicklung von sozial-emotionalen Kompetenzen sowie Auffälligkeiten in diesem Entwicklungsbereich erläutert. Weiterhin werden bisherige Messinstrumente zur Diagnostik der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen sowie Förderprogramme vorgestellt und in Beziehung zu der vorliegenden Arbeit gesetzt.

1.4.1 Begriffsbestimmung

Die Bezeichnung „sozial-emotionale Kompetenzen“ ist ein übergeordneter Begriff (Meyer, Hagmann-von Arx & Grob, 2009, S. 235) und setzt sich aus zwei Teilbereichen zusammen: den **sozialen Kompetenzen** und den **emotionalen Kompetenzen**. Die emotionalen Kompetenzen beziehen sich auf den Umgang mit den eigenen und fremden Emotionen und bilden zugleich die Grundlage für die sozialen Kompetenzen, die in der Interaktion mit anderen Personen zum Ausdruck kommen (Saarni, 1999, S. 1–2). Die Entwicklungen der verschiedenen Kompetenzen, die auch Soft-Skills genannt werden (Rohlfs, 2012, S. 186), verlaufen nahezu parallel und beeinflussen sich gegenseitig (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 35). Sie sind abhängig von der Entwicklung der Sprache. Die Kommunikation über die eigenen Emotionen ist eine essenzielle Voraussetzung für den Ausbau emotionaler Kompetenzen und den Erwerb von sozialen Kompetenzen (Meyer et al., 2009, S. 243).

Die sozial-emotionalen Kompetenzen werden nach (Meyer et al., 2009, S. 234) in vier Dimensionen unterteilt:

- Emotionen erkennen
- Emotionen regulieren
- soziale Situationen verstehen
- kompetent handeln

Dazu zählen überfachliche Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Kompromissfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Flexibilität, emotionale Belastbarkeit und (interkulturelle) Kommunikationsfähigkeit. Diese Fertigkeiten geraten aufgrund der Wichtigkeit für den Schulerfolg zunehmend in den Blickpunkt der Forschung (Rohlfs, 2012, S. 186). Kinder und Jugendliche, die über hohe sozial-emotionale Fähigkeiten verfügen, weisen einige Eigenschaften auf, die sie in sozialen Interaktionen und in der Schule positiv hervorheben können. So verfügen diese Kinder häufig über ein besseres Selbstwertgefühl, sind in der Lage, stabile Beziehungen wie Freundschaften zu bilden und aufrechtzuerhalten, sind häufiger beliebt, haben ein gutes Verhältnis zu den Lehrkräften und erzielen bessere Schulleistungen als Kinder mit niedrigen sozial-emotionalen Fähigkeiten (Helmsen, Petermann & Wiedebusch, 2009, S. 671; Meyer et al., 2009, S. 235).

Die Gesamtheit an persönlichen Fähigkeiten zur Gesunderhaltung und Bewältigung von Lebensaufgaben und Herausforderungen wird als psychische oder personale Ressourcen bezeichnet (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 33). Diese individuellen Ressourcen stehen im Zusammenhang mit einer effizienten Selbstregulation und einem positiven Selbstkonzept (Lazarus & Folkman, 1987, S. 141–143; Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29). Diese Ressourcen können nach Antonovsky (1997) als Widerstandressourcen bezeichnet werden, die es einer Person ermöglichen, erfolgreich mit Belastungen und Krisen umzugehen. Dazu zählen sowohl individuelle Faktoren (z.B. genetische Ausstattung, materielle Sicherheit, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) wie auch soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, Integrationsfähigkeit der Gesellschaft) (Franken, 2004, S. 47). Die personalen Ressourcen beeinflussen demnach das soziale Handeln und die persönliche Stressbewältigung maßgeblich. Im Folgenden wird detaillierter auf die beiden Teilbereiche der sozial-emotionalen Kompetenzen eingegangen.

1.4.1.1 Emotionale Kompetenzen

Emotionale Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, mit den eigenen Gefühlen wie auch den Gefühlen von anderen angemessen und kompetent umgehen zu können (Saarni, 2007, S. 29–30) und wird auch als emotionale Intelligenz bezeichnet (Klieme, Artelt & Stanat, 2011, S. 215). Zu diesen Fähigkeiten zählen nach Petermann und Wiedebusch (2016, S. 14) die folgenden fünf Bereiche, die sich im Verlauf der Kindheit entwickeln:

1.) Eigener mimischer Emotionsausdruck

Dem Emotionsausdruck geht die Wahrnehmung und Beurteilung einer Situation voraus. Kleinkinder drücken ihre Emotionen automatisch aus. Wenn die Fähigkeit erlangt wird, das emotionale Erleben vom emotionalen Ausdruck zu trennen, kann die Person Einfluss auf ihr emotionales Ausdrucksverhalten nehmen und dabei die gewünschte Reaktion beim Gegenüber hervorrufen und die Selbstpräsentation strategisch nutzen (Saarni, 1999, S. 17).

2.) Erkennen des mimischen Emotionsausdruckes anderer Personen

Neben dem eigenen Emotionsausdruck ist die Wahrnehmung und Erkennung der Emotionen anderer Personen ein weiterer Aspekt der emotionalen Kompetenz. Durch die Fähigkeit der Empathie erhält die handelnde Person die Möglichkeit, am emotionalen Erleben einer anderen Person teilzunehmen (Helmsen et al., 2009, S. 670).

3.) Sprachlicher Emotionsausdruck

Die emotionale Kommunikation baut auf den Sprachfertigkeiten eines Kindes auf und tritt in der Regel um das zweite Lebensjahr ein. Die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten einer Person verändern sich im Laufe der Entwicklung. Die sprachliche Darstellung der eigenen Emotionen ist notwendig in der Interaktion mit anderen Personen. Soziale Beziehungen sind dadurch geprägt, wie die Interaktionspartner über ihre Emotionen kommunizieren (Saarni, 1999, S. 17).

4.) Emotionswissen und -verständnis

Das Wissen über Emotionen und das Verständnis darüber sind notwendig, um kompetent handeln zu können (Helmsen et al., 2009, S. 670). Dieses Emotionswissen ist kulturell geprägt und wird durch die Gesellschaft und die Familie maßgeblich beeinflusst. Es ermöglicht der handelnden Person, die Ursachen verschiedener Gefühle und mögliche Konsequenzen nachvollziehen zu können (Helmsen et al., 2009, S. 670).

5.) Selbstgesteuerte Emotionsregulierung

Der Ausdruck Emotionsregulation wird häufig mit „*Stressbewältigung*“ oder „*Coping*“ gleichgesetzt (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2018, S. 222). Die selbstständige Emotionsregulation ermöglicht bewusst gesteuertes Verhalten, Kontrolle über die eigenen Gedanken und Emotionen sowie Zielsetzung und Problemlösung (Denham, Bassett, Zinsser & Wyatt, 2014, S. 430–432). Die betreffende Person ist demnach in der Lage, die Qualität, Intensität und Häufigkeit sowie den Verlauf und den Ausdruck der eigenen Emotionen hinsichtlich der persönlich gesetzten Ziele modifizieren zu können (Holodynski, Hermann & Kromm, 2013, S. 198). Die Gründe für die Regulation von Emotionen sind meist sozial oder hedonistisch begründet (Brandstätter et al., 2018, S. 224). Der Mensch strebt im Allgemeinen danach, möglichst häufig und möglichst intensive positive Erfahrungen oder Gefühle hervorzurufen und negativen Emotionen auszuweichen; dies ist das übergeordnete Ziel der Emotionsregulation (Frenzel, Götz

& Pekrun, 2015, S. 205). Es wird versucht, die eigenen Motive auf eine Art zu befriedigen, die dennoch sozial akzeptiert ist (Holodynski et al., 2013, S. 199). Gleichzeitig soll bei anderen meistens ein positiver Eindruck hinterlassen werden oder prosoziale Ziele verfolgt werden. Gegebenenfalls sollen andere Personen durch das eigene Verhalten beeinflusst werden, also soziale Kontrolle ausgeübt werden (Brandstätter et al., 2018, S. 224). Neben der Anpassung an konkrete Handlungsanforderungen, Eindrucksmanagement oder prosozialem Verhalten gibt es noch weitere Gründe für die Emotionsregulation. Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Distanzierung, kognitive Umdeutung haben den Schutz des Selbstwerts als übergeordnetes Ziel (Eder & Brosch, 2017, S. 212). Es gibt zwei Herangehensweisen, die Gefühle zu kontrollieren: Zum einen kann eine Person durch vorausschauende Handlung oder Neubewertung einer emotionsauslösenden Situation die Entstehung der Emotionen beeinflussen, zum anderen können die bereits ausgelösten Emotionen kontrolliert werden (Eder & Brosch, 2017, S. 214).

Ausgeprägte Selbstregulation beinhaltet neben Emotionsregulation und der damit verbundenen Unterdrückung affektiven und impulsiven Verhaltens die bewusste Steuerung von Gedanken und der eigenen Aufmerksamkeit (Rothbart, Sheese, Rueda & Posner, 2011, S. 207–209). Es wird angenommen, dass hohe Kompetenzen in der Emotionsregulation mit allgemeinen sozial-emotionalen Kompetenzen einhergehen (Rademacher & Koglin, 2020, S. 22). Defizite in der Emotionsregulation stehen häufig in Zusammenhang mit externalisierten Verhaltensauffälligkeiten. Dies drückt sich häufig in aggressivem oder hyperaktivem Verhalten aus (Denham et al., 2014, S. 443). Empirische Studien haben aufgezeigt, das verhaltensauffällige Kinder, die aggressiv reagieren, häufig Defizite beim Erkennen von Emotionen (Blair & Coles, 2000, S. 423) sowie dem Verständnis von Emotionen oder sozialen Situation zeigen (Bohnert, Crnic & Lim, 2003, S. 90). Zusätzlich weisen diese Kinder ein geringeres sozialkompetentes Verhalten auf (Malti, 2006, S. 81).

Zusammengefasst ist das übergeordnete Ziel der Emotionsregulation meistens die Verbesserung des Wohlbefindens ist (Eder & Brosch, 2017, S. 214). Um dieses Ziel zu erreichen, können unterschiedliche Strategien angewendet werden. Auch wenn Emotionen mit ihrer Intensität von Mensch zu Mensch unterschiedlich wahrgenommen werden, ist die Person ihnen nicht ausgeliefert, sondern kann aktiv den emotionalen Zustand verändern (Eder & Brosch, 2017, S. 214). Die Emotionsregulation verändert sich im Laufe der Ontogenese von einer völligen Abhängigkeit eines Neugeborenen zu den engsten Bezugspersonen bis hin zur einer selbstständigen Fähigkeit zur Emotionsregulation bei Heranwachsenden und Erwachsenen (Holodynski et al., 2013, S. 201). Kinder benötigen oftmals Unterstützung bei der Regulation ihrer eigenen Gefühle und dem kompetenten Umgang mit den Gefühlen anderer Personen (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 13). Was in der Emotionsregulation als kompetent angesehen wird, ist kulturabhängig (Schmitz & Röhr-Sendlmeier, 2016, S. 115).

1.4.1.2 Soziale Kompetenz

Unter sozialen Kompetenzen wird die *„Gesamtheit des Wissens, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne sozial kompetenten Verhaltens – fördert“* verstanden (Kanning, 2009, S. 15).

Der Begriff soziale Kompetenz umfasst Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es einer Person ermöglichen, soziale Kontakte und Beziehungen zu anderen aufzubauen, die gesellschaftlich und individuell wünschenswert und positiv gestaltet sind (Rohlfs, 2012, S. 187). Rohlfs (2012, S. 187) merkt an, dass *„gesellschaftlich und individuell wünschenswert“* einen Interpretationsspielraum lassen und dadurch soziale Kompetenz schwer zu definieren ist. Die Begrifflichkeiten müssen zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person (Kompetenzen) und deren Verhalten in konkreten Situationen (kompetentes Verhalten) unterschieden werden (Kanning, 2009, S. 15). Kanning (2009, S. 15) definiert sozial kompetentes Verhalten wie folgt: *„Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.“* Als soziale Intelligenz werden Verhaltenskomponenten wie Empathie, Konfliktmanagement, Teamwork, Systemdenken und Mustererkennung verstanden (Boyatzis, Gaskin & Wei, 2015, S. 249).
Soziale Kompetenzen sind ein multidimensionales Konstrukt, welches sich aus unterschiedlichen Teilbereichen zusammensetzt (Kanning, 2009, S. 11). Soziale Kompetenzen können nach Caldarella und Merrell (1997, S. 268) in fünf Dimensionen unterteilt werden:

- Fähigkeit zur Bildung positiver Beziehung zu Gleichaltrigen
- Selbstmanagement-Kompetenzen
- schulische Kompetenzen (z.B. Arbeitsanweisungen befolgen; Hilfe einfordern)
- kooperative Kompetenzen
- positive Selbstbehauptung und Durchsetzungsfähigkeit

Ausgeprägte Sozialkompetenzen ermöglichen das Erreichen von persönlichen Zielen in sozialen Interaktionen auf sozial akzeptierte Art und Weise (Helmsen et al., 2009, S. 670). Dabei soll das eigene Verhalten möglichst viele positive und gleichzeitig möglichst wenig negative Konsequenzen nach sich ziehen (Meyer et al., 2009, S. 235). Kinder mit ausgeprägten Sozialkompetenzen verfügen über einen höheren sozialen Status, sind beliebter unter Peers, werden von Erwachsenen oder Lehrkräften positiver eingeschätzt, sind prosozialer und kooperativer (Raver, 2002, S. 4).

Sozialkompetenzen ermöglichen es, konstruktiv Konflikte zu lösen und die Lernerfolge von Schüler*innen zu erhöhen (Gugel, 2010, S. 4). Zusätzlich wirken sich soziale Kompetenzen positiv auf das Selbstbild und das Selbstwertgefühl einer Person aus (Raver, 2002, S. 3–5).

Soziale Kompetenzen ermöglichen eine bessere Emotionsregulation, wodurch weniger negative Emotionen nach außen getragen werden und die entsprechenden Personen flexibler auf Veränderungen reagieren und sich besser an Situationen anpassen können (Röhr-Sendlmeier & Schmitz, 2010, S. 348). Bei ausgeprägten Sozialkompetenzen erhöht sich die Empathiefähigkeit, wodurch Situationen und die Emotionen anderer detaillierter wahrgenommen werden können (Röhr-Sendlmeier & Schmitz, 2010, S. 349).

Im Gegenzug ist nachgewiesen, dass ein Mangel an Sozialkompetenzen bei Kindern meistens mit Verhaltensauffälligkeiten einhergeht (Hukkelberg, Keles, Ogden & Hammerstrøm, 2019, S. 12). Die Metaanalyse von Hukkelberg et al. (2019, S. 7) bestätigt eine signifikante negative Korrelation zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Sozialkompetenz ($r = -.42$, $p < .01$). Die Förderung der Sozialkompetenzen ist in erster Linie die Aufgabe der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie der Schule (Röhr-Sendlmeier & Schmitz, 2010, S. 348).

Prosoziales Verhalten

„Ein Verhalten, das von der Gesellschaft als nützlich für andere Menschen definiert wird. Das betreffende Verhalten könnte aufgrund einer egoistischen oder altruistischen Motivation erfolgen. Nicht darin eingeflossen ist das Verhalten, das durch berufliche Verpflichtung motiviert ist“ (Levine & Manning, 2014, S. 360).

Zusammenfassend wird nachfolgend das Prismenmodell (s. Abb. 9) des sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014) vorgestellt, da dieses als theoretische Grundlage zur Entwicklung des Messinstrumentes zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen herangezogen wurde. Das Prismenmodell von Denham et al. (2014) basiert auf dem Modell der sozialen Kompetenz von Rose-Krasnor (1997), welches ebenfalls die Form eines Prismas abbildet. Zudem wurden von Denham et al. (2014) Adaptionen an dem Modell anhand des Modells zum sozial-emotionalen Lernen von Payton et al. (2000) vorgenommen und die beiden Modelle zu dem Prismenmodell des sozial-emotionalen Lernens integriert. Bei der Entwicklung des Modells stand im Vordergrund, die verschiedenen Facetten der sozial-emotionalen Kompetenzen theoretisch abzubilden und anhand des Modells zu erklären, dass Schüler*innen mit einem günstigen Profil im Bereich der sozial-emotionalen Kompetenzen bessere schulisches Leistungen erbringen (Denham et al., 2014, S. 427).

Die Grundfläche des Prismas bilden die folgenden vier Hauptkomponenten:

- soziales Verhalten (relationship/ social skills)
- Fähigkeiten der bewussten und reflektierten Entscheidungsfindung (responsible decision making)
- Soziales Bewusstsein und Emotionswissen (social awareness and emotion knowledge)
- Selbstregulation der Emotionen, Kognitionen und des Verhaltens (self-regulation)

Unter den *relationship skills* werden Fähigkeiten gefasst, die dazu beitragen mit anderen in eine positive Interaktion zu treten und diese längere Zeit aufrechtzuerhalten (z.B. Zuhören oder Hilfe suchen). Die Fähigkeiten des *responsible decision making* führen zu einer bewussten und reflektierten Entscheidungsfindung, indem soziale Probleme identifiziert, analysiert und nach prosozialen Lösungsmöglichkeiten gesucht wird. *Social awareness* und *emotion knowledge* beschreiben die Fähigkeiten die Gefühle von anderen zu verstehen und sich in andere hineinzuversetzen sowie die Fähigkeit zur Perspektivübernahme und das Wissen über Emotionen. Als *self-regulation* werden in dem Modell die Fähigkeiten mit Emotionen umzugehen und sich ihnen bewusst zu sein sowie die Emotionsregulation zusammengefasst. Dabei werden *responsible dicision making* und *relationship skills* den sozialen Kompetenzen und self-regulation sowie *social awareness* und *emotion knowledge* den emotionalen Kompetenzen zugeordnet (Denham et al., 2014, S. 428).

In der Spitze des Prismas steht die Effektivität in Interkationen als Ergebnis sozial-emotionalen Lernens und dabei wird nach Rose-Krasnor (1997, S. 130) die soziale Kompetenz als transaktional und kontextabhängig beschrieben. Über die Indexebene des Primas wird diese Kontextabhängigkeit dargestellt, indem die Fähigkeiten in Beziehung zu den Kontexten Peers, Eltern und Lehrer*innen/Schule gesetzt werden. Die Ebene über den Hauptkomponenten beschreibt das erfolgreiche Erreichen von intra- und interpersonalen Zielen, die über Selbstwirksamkeit, die Beziehung zu Peers und Erwachsenen sowie den Status in einer Gruppe erreicht werden können. Insgesamt stehen dem Modell alle verschiedenen Komponenten in einer interaktionalen Beziehung zueinander und es wird dadurch verdeutlicht, dass die emotionalen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in einer engen Beziehung zueinander stehen und nicht getrennt voneinander betrachtet werden sollten (Denham et al., 2014, S. 428–430). Zudem legen Denham et al. (2014, S. 440) über das Modell nahe, dass der erfolgreiche Übergang vom Kindergarten in die Grundschule wesentlich durch sozial-emotionale Kompetenzen beeinflusst wird und hohe Kompetenzen in diesem Bereich den Übergang unterstützen können, indem z.B. die Anpassung an die Schule und die Klasse erleichtert wird. Diese Annahmen könnten auf den Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I übertragen werden.

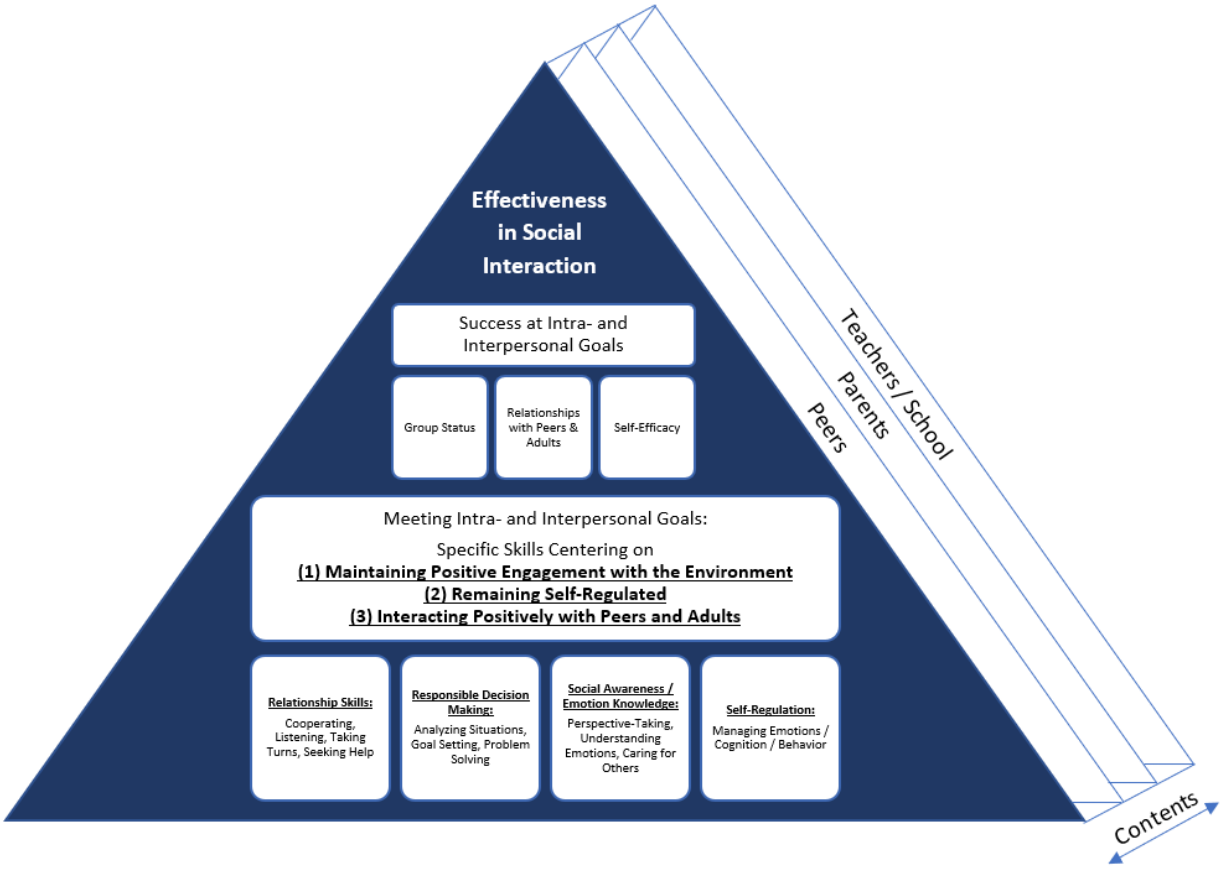


Abbildung 9: Prisma-Modell des sozial-emotionalen Lernens. Modifiziert nach Payton et al. (2000) und Rose-Krasnor (1997; entnommen aus Denham et al., 2014, S. 428).

1.4.2 Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen

Die Ausbildung von Sozialkompetenzen und der Umgang mit den eigenen Emotionen ist ein stetiger Prozess in der Kindheit und baut aufeinander auf. Die Abbildung 10 nach Petermann und Wiedebusch (2016) veranschaulicht die Entwicklung der sozial-emotionalen Kompetenzen in den ersten sechs Lebensjahren.

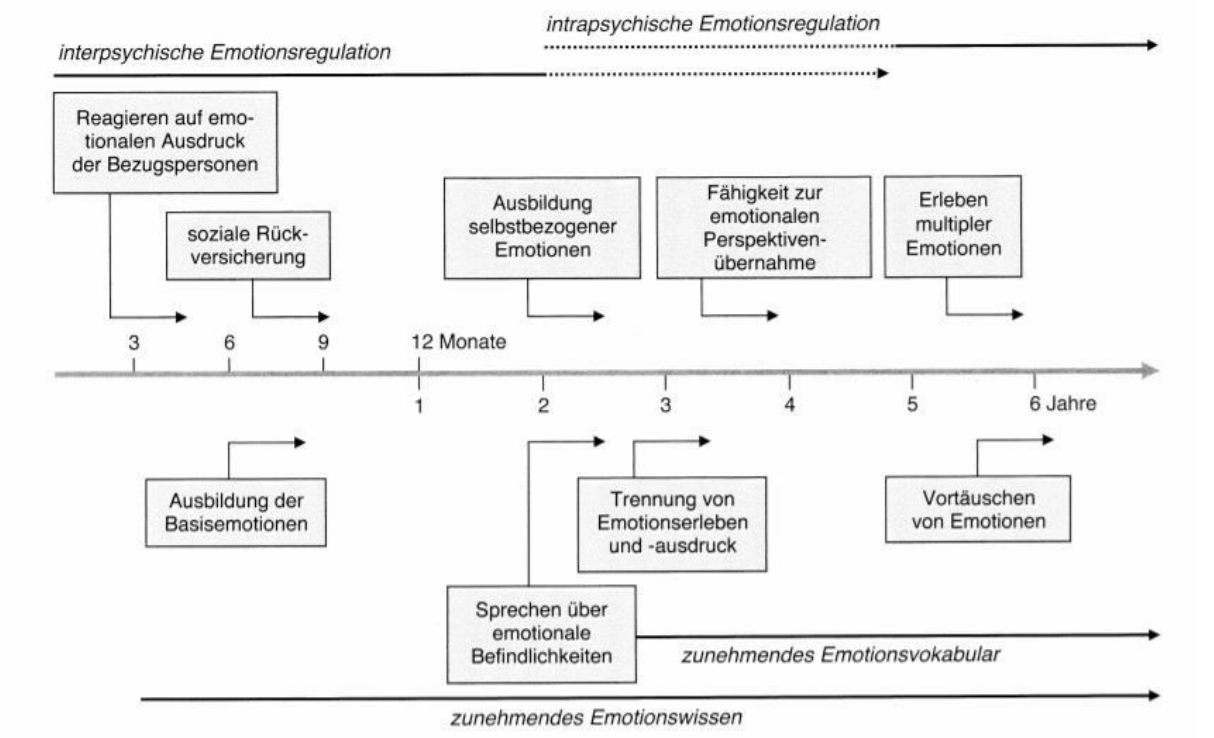


Abbildung 10: Entwicklung der emotionalen Kompetenzen (0-6 Jahre; entnommen aus Petermann & Wiedebusch, 2016, S.36).

Bereits im Säuglingsalter zeigen Kinder erste Anzeichen der Basisemotionen (Kaiser, 2020, S. 69). Weitere Emotionen folgen und gewinnen mit zunehmendem Alter an Komplexität. Nach der Ausbildung der Basisemotionen ist ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung die Ausbildung der Sprache und die Verbalisierung von emotionalen Befindlichkeiten. Abhängig von der sprachlichen Entwicklung des Kindes und dem Einfluss der Eltern variiert der Eintritt über die emotionsbezogene Kommunikation (Kaiser, 2020, S. 69). Meist um den zweiten Geburtstag herum entwickeln die Kinder ein Emotionsvokabular (Kaiser, 2020, S. 69). Dieses Vokabular ist zunächst rudimentär und differenziert sich allmählich aus. Ab dem ersten Lebensjahr entwickelt sich durch die Bewusstwerdung des Selbst die Selbstreflektion (Saarni, 1999, S. 31–32). Ab dem zweiten Lebensjahr bilden sich zusätzlich zu den Primäremotionen die sekundären Emotionen aus. Dies sind selbstbezogene Emotionen wie Stolz, Scham, Schuld, Neid, Verlegenheit und Empathie, die auch soziale Emotionen genannt werden. Durch die Konfrontation mit „*sozial anerkannten Verhaltensstandards"* (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 37) und die Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes werden häufig Sekundäremotionen ausgelöst und die Selbstreflexion gefördert (Denham, 2007, S. 108).

Sowohl die Emotionen als auch die sprachliche Darstellung differenzieren sich im Laufe der Entwicklung weiter aus. Bezugspersonen der Kinder wie Erzieher*innen, Trainer*innen oder Lehrkräfte können neben dem Elternhaus die emotionsbezogene Kommunikation unterstützen. Durch die Fähigkeit der emotionalen Perspektivübernahme ab dem dritten Lebensjahr entwickelt sich allmählich ein umfangreiches Emotionsverständnis und -wissen (Petermann &

Wiedebusch, 2016, S. 36). Die Emotionsregulation entwickelt sich ab der frühen Kindheit und differenziert sich bis in das Jugendalter weiter aus. Dabei verändern sich die behavioralen Kontrollprozesse stetig in Abhängigkeit des allgemeinen Entwicklungsprozesses. Hierbei beeinflussen die neurobiologische Entwicklung, das individuelle Temperament und soziale Einflüsse den Entwicklungsverlauf. Die voranschreitende sprachliche Entwicklung begünstigt den Umgang mit den eigenen Emotionen, da es Kindern mit zunehmendem Alter möglich wird, ihre Gefühle sprachlich auszudrücken (Kullik & Petermann, 2012, S. 28).

Studien haben gezeigt, dass die emotionalen Kompetenzen von Kindern maßgeblichen Einfluss auf Sozialverhalten, Beziehung und schulische Leistungen haben (Denham, 2007, S. 1–2), aber ebenso die physische und psychische Gesundheit beeinflussen (Huber, Plötner, In-Albon, Stadelmann & Schmitz, 2019, S. 1021). Sie bilden die Basis für kompetentes Verhalten in sozialen Interaktionen und dem Aufbau von stabilisierenden Beziehungen.

1.4.3 Einfluss sozial-emotionaler Kompetenzen auf die Gesundheit

Das gegenwärtige und zukünftige Wohlbefinden einer Person wird durch sozial-emotionale Kompetenzen beeinflusst (Meyer et al., 2009, S. 234). Diese tragen maßgeblich zur mentalen und physischen Gesundheit bei. Gesundheit umfasst neben körperlichem Wohlbefinden auch das psychische Wohlbefinden, Freude, Lebenszufriedenheit, Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 16). Seelische Gesundheit wird indirekt positiv durch ein effizientes und aktuelles Bewältigungsverhalten sowie durch das Gesundheitsverhalten unterstützt (Becker, 1992, S. 72–73). Die körperliche Gesundheit wird durch die Förderung der seelischen Gesundheit positiv beeinflusst (Becker, Bös & Woll, 1994, S. 45). Situative Anforderungen werden in Abhängigkeit zu den individuellen Kompetenzen bewertet. Daraus können bei einer negativen Bewertung, stressinduzierte Emotionen wie Ängste und Ärger entstehen. Mangelnde sozial-emotionale Kompetenzen können dazu führen, Herausforderungen weniger erfolgreich bewältigen zu können und demnach Stress auslösen. Im nächsten Schritt werden die Emotionen bzw. der ausgelöste Stress bewältigt. Je nach Erfolg dieses Vorgangs können sich die negativen Emotionen in positive umwandeln und es wird von einem Regulationsgleichgewicht (Homöostase) gesprochen. Anderenfalls verfestigen sich die stressinduzierten Emotionen und können auf Dauer psychische Krankheiten wie Angstzustände, Depressionen oder chronischen Stress auslösen (Lohaus, Domsch & Fridrici, 2007, S. 50–52).

Repräsentative Studien haben aufgezeigt, dass etwa ein Fünftel der Kinder im Vorschulalter nicht über entwicklungsgemäße sozial-emotionale Kompetenzen verfügen (Helmsen et al., 2009, S. 670). Die KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts hat etwa 20% der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren als risikogefährdet für psychische Auffälligkeiten eingestuft (Hölling et al., 2014, S. 818). In einer Studie von Lohaus und Ball (2006, S. 106–108)

gaben 72% der 7-11- Jährigen an, selbst Stress zu erleben. Dabei können die Grundschüler*innen signifikant seltener die Ursachen ihres Stressempfindens und der physischen Indikatoren benennen als ebenfalls befragte Jugendliche. Die Wahrnehmung und Verbalisierung vom Stresserleben verbessert sich in Abhängigkeit vom Alter der Kinder und Jugendlichen. Die Grundschulkinder kannten weniger Stressverarbeitungsstrategien und verfügten über kein differenziertes Wissen zum Thema Stress und dessen Bewältigung und können sich daher keine konkreten Handlungsstrategien anwenden. Daher benötigen Kinder Unterstützung bei der Stressverarbeitung. Eltern, insbesondere die Mütter, werden häufig bei der Stressbewältigung um Unterstützung gebeten. Die Freund*innen werden allerdings erst ab der Pubertät bei der Verarbeitung von Stresssituationen mit eingebunden. Sofern die Eltern bei der Stressreduktion wenig unterstützen, müssen die Kinder den Stress selbstständig verarbeiten und erlernen keine bzw. weniger förderliche Strategien (Lohaus & Ball, 2006, S. 12–13).

Die Untersuchungen von Perrez und Baumann (2011, S. 272) haben aufgezeigt, dass umfangreiche sozial-emotionale Kompetenzen mit der mentalen Gesundheit korrelieren und diese wiederum die physische Gesundheit positiv beeinflusst. *„Persönlichkeitseigenschaften, Motivationslagen, Einstellungsmuster bzw. situationsübergreifende Bewältigungsstile ... (fördern) nicht allein gesundheitsschädigendes Verhalten, sondern (beeinträchtigen) über emotionales Erleben (chronische Disstress-Erfahrungen) und Aktivierung des autonomen Nervensystems die körperliche Gesundheit, indem sie fortgesetzte physiologische Fehlregulierungen bahnen“* (Franken, 2010, S. 162).

Effiziente Selbstregulation, als Teil sozial-emotionaler Kompetenzen, verhilft zu einem positiven Selbstwertgefühl und einer erfolgreichen Stressregulation. Daher kann ein positives Selbstkonzept die Stressverarbeitung und behaviorale Reaktionen modellieren (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29). Eine gesunde Entwicklung unterstützt ein positives Selbstwertgefühl und eine optimistische Einstellung zum Leben und die eigene Zielsetzung. *„Positive Erwartungshaltungen wirken einer pessimistischen, resignativen Einschätzung anforderungsreicher Situationen entgegen; sie puffern gegen die durch Bedrohung oder Verlust ausgelösten negativen emotionalen Reaktionen ab und reduzieren die physiologische Erregung, die langfristig die körperliche und seelische Widerstandskraft der Person beeinträchtigt“* (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29).

Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung können zu Schwierigkeiten in der Pubertät, wie Abfall der schulischen Leistungen und gesundheitsschädlichem Verhalten, führen (Meyer et al., 2009, S. 235; Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 10). Ein Mangel an emotionalen Kompetenzen begünstigt gesundheitsgefährdendes Verhalten wie z.B. übermäßigen Tabak- und Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch und andere Suchtverhalten von Jugendlichen sowie psychopathologische Symptome (Trinidad & Johnson, 2002, S. 95). Externalisierte

Verhaltensauffälligkeiten wie eingeschränktes Sozialverhalten bis hin zu dissozialem Verhalten, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefiziten sind typische Anzeichen für mangelnde sozial-emotionale Kompetenzen (Huber et al., 2019, S. 1021). Der Mangel kann ebenso internalisiert, in Form von Depressionen, Angstzuständen und physiologischen Krankheiten, auftreten (Huber et al., 2019, S. 1021). Präventive Maßnahmen und die frühzeitige Erkennung von Auffälligkeiten ist von besonderer Bedeutung für die Gesunderhaltung. Auf diese Weise kann frühzeitig interveniert, die Entwicklung des Kindes positiv beeinflusst werden und Gesundheit langfristig erhalten bleiben (Denham, 2007, S. 3–5). Dazu werden im Kapitel 1.4.5 Förderprogramme für den Schulalltag vorgestellt.

Defizite im Sozialverhalten haben zum Risiko, sich zu manifestieren und andauernde Probleme auszulösen (Röhr-Sendlmeier & Schmitz, 2010, S. 347). Insbesondere Störungen der Emotionsregulation sind ungünstig, wenn die Anforderungen seitens der Umwelt und die Fähigkeiten des Kindes nicht übereinstimmen, was z.B. bei autistischen Kindern und dysfunktionalem und unsensiblem Verhalten der Eltern gegeben ist (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 118). Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung können nicht nur Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten zur Folge haben, sondern bis hin zu klinisch auffälligen Verhaltensstörungen führen (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 120).

Kinder mit niedrigen sozial-emotionalen Kompetenzen weisen teilweise schwere Beeinträchtigungen und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber der Entwicklung psychischer Störungen auf (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 117). Epidemiologische Studien zeigen, dass 7,5% der Kinder und Jugendlichen unter dissozialen psychischen Störungen leiden (Ihle & Esser, 2002, S. 163). Neben den beschriebenen Einflussfaktoren zählen ebenso persönliche Merkmale eines Kindes zu den Risikofaktoren. Dazu gehören temperamentbedingte Vulnerabilität, Entwicklungsstörung und Entwicklungsretardierungen sowie internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, Trisomie 21, Autismus, Verhaltensstörungen, emotionale Störungen wie Angststörungen und depressive Störungen, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörungen (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 117).

Soziale Unterstützung. In der vorliegenden Arbeit wurde zudem das Konzept der sozialen Unterstützung einbezogen. Dabei kann zwischen quantitativ-strukturellen und qualitativ-funktionalen Aspekten von sozialen Beziehungen unterschieden werden. Die quantitativen Anteile werden als soziale Integration und die qualitativen als soziale Unterstützung beschrieben (Lüscher & Scholz, 2018, S. 213).

Kasten 9: Definition sozialer Unterstützung.

„Soziale Unterstützung ist die Interaktion zwischen zwei oder mehr Personen, um das Leid einer Person, das durch einen Problemzustand hervorgerufen wird, zu beenden, zu mildern oder erträglicher zu gestalten“ (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000; zitiert nach Lüscher & Scholz, 2018, S. 214).

Weiterhin kann die soziale Unterstützung in wahrgenommene, erhalten und gegebene soziale Unterstützung differenziert werden. Als wahrgenommene soziale Unterstützung (*perceived support*) wird die subjektive Überzeugung beschreiben, bei Bedarf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erhalten zu können. Die tatsächlich erhaltene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist die erhaltene soziale Unterstützung (*received support*) und hat das konkrete Geschehen der erhaltenen Hilfeleistungen zum Gegenstand. Außerdem kann zwischen der erhaltenen und gegebenen sozialen Unterstützung (*provided support*) differenziert werden. Dabei steht bei der gegebenen sozialen Unterstützung die Perspektive des zu unterstützenden Interaktionspartners im Vordergrund (Schwarzer & Knoll, 2010, S. 284–285).

Ferner wird hinsichtlich der Funktionen sozialer Unterstützung zwischen emotionaler, instrumenteller und informationeller sozialer Unterstützung unterschieden.

- „***Emotionale Unterstützung*** → auf Emotionen des Empfängers oder der Empfängerin gerichtet; Kommunikation von Mitgefühl, Trost und Wärme
- ***Instrumentelle Unterstützung*** → konkrete Hilfeleistungen; Erledigung von Arbeiten oder Besorgen von Gütern
- ***Informationelle Unterstützung*** → zur Verfügung stellen relevanter Informationen; Übermittlung von Informationen sowie Übermittlung von Ratschlägen (Lüscher & Scholz, 2018, S. 214; Schwarzer & Knoll, 2010, S. 284).

Die soziale Unterstützung wurde als zentrale Variable in der Gesundheitspsychologie, die sich z.B. positiv auf das Stresserleben auswirken kann (Schwarzer & Knoll, 2010, S. 283–285) sowie als Teil von sozial-emotionalen Kompetenzen in den Fragebogen aufgenommen, der im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens entwickelt wurde.

1.4.4 Messinstrumente zur Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen

Nach der Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018, S. 104) ist es in den sonderpädagogischen Förderschwerpunkte zu einer Verschiebung gekommen. Demnach hat die Anzahl der Kinder mit Förderschwerpunkt „*Lernen*“ im Verhältnis abgenommen, der Bedarf im Förderschwerpunkt der „*Sozialen und emotionalen Entwicklung*“ hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten mehr als verdoppelt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018, S. 104). Dennoch existieren bisher wenig normierte Messinstrumente im deutschsprachigen Raum, die die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen messbar machen. Die

meisten beziehen sich auf einen der beiden Kompetenzbereiche und nicht auf sozial-emotionale Kompetenzen als mehrdimensionales Konstrukt. Daher soll in der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen werden, ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Im Folgenden werden anerkannte und häufig verwendete diagnostische Verfahren in den Bereichen sozial-emotionale Kompetenzen, soziale Kompetenzen und emotionale Kompetenzen vorgestellt. Abschließend werden verschiedene Fremdbeurteilungsverfahren in diesen Bereichen lediglich zusammengefasst skizziert, da in der vorliegenden Arbeit ein Selbstbeurteilungsverfahren für Kinder und Jugendliche konstruiert werden sollte.

1.4.4.1 Sozial-emotionale Kompetenzen

IDS-SEK. Ein verbreitetes Messinstrument ist die ***Intelligence and Development Scale Sozial-Emotionale Kompetenz*** **(IDS-SEK)**. Der Intelligenz- und Entwicklungstest ist für Kinder zwischen 5 und 11 Jahren konzipiert (Meyer et al., 2009, S. 235). Das Messinstrument erfasst breitflächig den Entwicklungsstand eines Kindes in kognitiver und allgemeiner Entwicklung und ist an das Pyramidenmodell nach Rose-Krasnor (1997) und das Windradmodell von Halberstadt et al. (2001) angelehnt. Die Subtests können einzeln für Datenerhebungen genutzt werden, sodass die sozial-emotionalen Kompetenzen gesondert mit dem Subtest IDS-SEK erfragt werden können. In vier Subskalen werden die folgenden sozial-emotionalen Fähigkeiten erfragt:

- das Erkennen von Emotionen,
- die gesteuerte Regulation,
- das Verständnis von sozialen Situationen
- das sozialkompetente Handeln

Mithilfe von Bilderkennungen werden Rückschlüsse auf das Emotionswissen gezogen. Zusätzlich wird eine Fremdeinschätzung durch Eltern oder Lehrkräfte eingeholt (Meyer et al., 2009, S. 239). Das Messinstrument wurde in Deutschland, der Schweiz und Österreich an einer Stichprobe von 1420 Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren normiert. Dabei weisen die Subtests eine mittlere bis hohe interne Konsistenz auf. Die Trennschärfe streut überwiegend über dem Kriterium von rit =.30, „*was auf Items hindeutet, die sehr gut zwischen Kindern mit niedrige[n] versus hohe[n] sozial-emotionale[n] Kompetenz trennen“* (Meyer et al., 2009, S. 237). Das Messinstrument wurde an mehreren Verfahren wie dem Wiener Entwicklungstest und drei Fremdbeurteilungsverfahren (Coping with Emotional Situations Scale von Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig & Pinuelas, 1994; Parent Rating Scale of Social Competence von Denham, 2005; Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten von Petermann & Petermann, 2006) validiert (Meyer et al., 2009, S. 235).

LKS. Ein Erhebungsinstrument, welches sowohl soziale als auch emotionale Kompetenzen bei Kindern ab der dritten Klasse erfragt, ist das ***Leipziger Kompetenz-Screening für die Schule (LKS)*** von Hartmann und Methner (2022). Das LKS besteht aus einer Version für Lehrkräfte zur Fremdbeurteilung und einer Version für Kinder zur Selbstbeurteilung. Es wird näher auf den Selbstbericht der Kinder eingegangen, da in der vorliegenden Arbeit ebenfalls ein Messinstrument zur Selbstbeurteilung entwickelt wurde. Neben den sozial-emotionalen Kompetenzen steht die Erfassung des Lern- und Arbeitsverhaltens im Fokus des Selbsteinschätzungsbogens. Der Fragebogen ist für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren anwendbar und kann sowohl in einer Einzelbefragung als auch in Kleingruppen oder Klassen Verwendung finden. Der Schüler*innen-Selbsteinschätzungsbogen besteht aus zwei Teilen und erfasst ressourcenorientierte Kompetenzen. Im ersten Teil werden die sozialen und emotionalen Kompetenzen über die folgenden vier Skalen mit 18 Items erfragt:

- Umgang mit Mitschüler*innen
- Selbstbewusstes Verhalten
- Umgang mit Gefühlen
- Verhalten in Problemsituationen

Im zweiten Teil wird das Lern- und Arbeitsverhalten durch 4 Skalen mit 20 Items erfasst. Das Messinstrument weist mittlere Reliabilitätsindizes auf (rit = .50 - .78) und wurde an einer Stichprobe mit n = 980 Kindern der dritten und vierten Jahrgangsstufe evaluiert. Eine Normierung fand nach den Kriterien Alter und Geschlecht statt. Zur Validitätsprüfung liegen im Manual keine Angaben vor. Lehrkräfte haben an der Entwicklung des Fragebogens mitgewirkt, um eine maximale Praxisnähe zur Schule sicherzustellen. Durch den geringen Umfang ist der Fragebogen im Schulalltag praxistauglich und auf die wesentlichen Aspekte des Sozialverhaltens, der Kommunikation, Emotionsregulation und des Arbeitsverhaltens reduziert (LKS 7). Durch die Themenvielfalt, die dieses Erhebungsinstrument abdeckt, werden die sozial-emotionalen Kompetenzen allerdings nur unzureichend miterfasst (Hartmann & Methner, 2022, S. 27). An der zuverlässigen Erfassung von sozial-emotionalen Kompetenzen wird in der Wissenschaft intensiv geforscht. Dennoch fehlt im deutschsprachigen Raum nach wie vor ein validierter Selbsteinschätzungsbogen für Kinder im Grundschulalter bis zur Pubertät, der situationsunabhängig die benannten Fähigkeiten misst und als mehrdimensionales Konstrukt erfasst (Hartmann & Methner, 2022, S. 27).

1.4.4.2 Soziale Kompetenzen

Selbsteinschätzung sozialer Fertigkeiten. Wenig vorhanden sind bisher zudem Tests auf Grundlage von Selbsteinschätzungen von Kindern und Jugendlichen. Unterschiedliche Ansätze zur Selbsteinschätzung der sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen liefert Kanning (2009). Auf dieser Basis wurde von Jurkowski und Hänze (2014) ein Fragebogen für

Kinder und Jugendliche auf Basis der Selbsteinschätzung konzipiert, der jedoch als umfangreich und zeitintensiv in der Umsetzung zu bewerten ist. Dabei bezieht sich das Messinstrument überwiegend auf die **sozialen Kompetenzen** als multidimensionales Konstrukt und bezieht emotionale Kompetenzen nebensächlich mit ein (Jurkowski & Hänze, 2014, S. 170). In sechs Skalen werden soziale Orientierung, soziale Initiative, Selbstkontrolle, Emotionsregulation, Personenwahrnehmung und Selbstaufmerksamkeit erfasst. Mithilfe von Einschätzungen der sozialen Kompetenzen durch die Lehrkraft und des sozialen Status durch die Mitschüler*innen sowie weiterer Persönlichkeitseigenschaften, sozialer Erwünschtheit und kognitiver Fähigkeiten wurde das Messinstrument validiert. In einer Befragung mit 684 Schüler*innen zwischen 12 und 14 Jahren wurde das neuentwickelte Messinstrument normiert. Die Reliabilitätsindizes wiesen dabei gute bis zufriedenstellende Werte auf (Jurkowski & Hänze, 2014, S. 167–169).

1.4.4.3 Emotionale Kompetenzen

EMO-KJ. Das ***Diagnostik- und Therapieverfahren zum Zugang von Emotionen bei Kindern und Jugendlichen*** von Kupper und Rohrmann (2018) ist ein Verfahren für Kinder und Jugendliche im Alter von 5-16 Jahren, welches im diagnostischen sowie Therapiebereich eingesetzt werden kann und den Zugang zu Emotionen der Kinder und Jugendlichen erhebt. In der Altersgruppe der 9- bis 16-Jährigen wird das Verfahren im Einzel- und Gruppensetting eingesetzt und bei den 5- bis 9-Jährigen aufgrund der eingeschränkten Lese- und Schreibfähigkeiten in Form eines Einzelinterviews verwendet. Über das EMO-KJ werden die Fähigkeit zur Benennung, Differenzierung und Analyse der Intensität einer Bandbreite an verschiedenen grundlegenden Emotionen erfasst. Weiterhin können die situativen und dispositionellen Ausprägungen der Emotionen gemessen werden. Das EMO-KJ beinhaltet ein Diagnostikverfahren und ein Therapieverfahren. Das Diagnostikverfahren setzt sich aus einem Instrument zur Erfassung der Emotionsdifferenzierung und einem Selbstbeurteilungsbogen zusammen. Bei der Emotionsdifferenzierung werden die Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen zur Benennung und Differenzierung der Emotionen glücklich, traurig, verärgert, ängstlich, schüchtern/beschämt, angeekelt und verliebt erfasst. Über den Selbstbeurteilungsfragebogen werden die Emotionen glücklich, traurig, verärgert, ängstlich, schüchtern, angeekelt, stolz und beschämt gemessen werden. Es besteht zudem die Möglichkeit beide Teile unabhängig voneinander einzusetzen. Zusätzlich beinhaltet das EMO-KJ ein Therapieverfahren, welches ebenfalls unabhängig vom Diagnostikverfahren angewendet werden kann und enthält werden Materialen (z.B. Memo-Spiel), die im therapeutischen Setting verwendet werden und, die im Bezug auf die verschiedenen Emotionen den Zugang zu Situationen, Kognitionen, Reaktionen und Verarbeitungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen ermöglichen (Kupper & Rohrmann, 2018).

FEEL-KJ. Der ***Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen*** von Grob und Smolenski (2005) ist ein Messinstrument zur mehrdimensionalen und emotionsspezifischen Erfassung von Emotionsregulationsstrategien für die Emotionen Angst, Trauer und Wut. Der Fragebogen umfasst zwei Sekundärtests zur Erfassung adaptiver Strategien (sieben Subtests) sowie maladaptiver Strategien (fünf Subtests; s. Tab. 6).

Tabelle 6: Subtests des FEEL-KJ.

Adaptive Strategien	Maladaptive Strategien
Problemorientiertes Handeln	Aufgeben
Zerstreuung	Aggressives Verhalten
Stimmung anheben	Rückzug
Akzeptieren	Selbstabwertung
Vergessen	Perseveration
Umbewerten	
Kognitives Problemlösen	

Zusätzlich werden die Strategien Ausdruck, **Soziale Unterstützung** und Emotionskontrolle erhoben, die keiner der beiden Sekundärtests zugeordnet werden. Die Werte für die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der 15 emotionsübergreifenden Strategie-Skalen liegen zwischen α = .69 (Aufgeben) und α = .91 (Soziale Unterstützung). Für die Sekundärskalen betragen sie emotionsübergreifend α = .93 (Adaptive Strategien) und α = .82 (Maladaptive Strategien). Außerdem wurden die Retest-Reliabilitäten (6-Wochen-Stabilität) bestimmt, die für die Strategie-Skalen zwischen r_{tt} = .62 und r_{tt} = .81 und für die zwei Sekundärskalen bei r_{tt} = .81 (Adaptive Strategien) und r_{tt} = .73 (Maladaptive Strategien) liegen. Des Weiteren wurde der FEEL-KJ anhand einer Stichprobe von N = 1446 Kindern und Jugendlichen validiert und es liegen Befunde zur Konstruktvalidität, der faktoriellen Struktur, der differenziellen und kriterienbezogenen Validität vor. Weiterhin liegt eine Normierungsstichprobe mit N = 800 Kindern und Jugendlichen vor, die eine Interpretation der Testwerte in Form von T-Werten und Prozenträngen ermöglicht (Grob & Smolenski, 2005).

Fremdbeurteilungsverfahren. Im Bereich der sozial-emotionalen Kompetenzen existieren im deutschsprachigen Raum insbesondere für Kinder im Grundschulalter überwiegend Fremdbeurteilungsverfahren, die überdies zum Teil auch nur bis zum Alter von sechs Jahren eingesetzt werden können. Es fehlt aktuell in Deutschland an standardisierten und normierten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern ab der dritten Klasse. Hinsichtlich der sozial-emotionalen Kompetenzen wurde von Hoekman, Miedema, Otten und Gielen (2012) die ***Skala zur Einschätzung des Sozial-emotionalen Entwicklungsstandes*** **(SEN)** entwickelt, die über eine Fremdbeurteilung das sozial-emotionale Entwicklungsniveau in Entwicklungsjahren von 0- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen

erhebt. Dabei wird die Einschätzung von Psychologen, Pädagogen oder Psychiatern vorgenommen. Der Fragebogen ist in die zwei Bereiche **soziale** (neun Subtests) und **emotionale Entwicklung** (sieben Subtests; s. Tab. 7) untergliedert und es liegen Kennwerte für die psychometrische Güte aus den Niederlanden vor (Hoekman et al., 2012).

Tabelle 7:Subtests der SEN.

Soziale Entwicklung	Emotionale Entwicklung
Kontaktaufnahme	Selbstbild
Soziale Selbstständigkeit	Emotionale Selbstständigkeit
Moralische Entwicklung	Realitätsbewusstsein
Impulskontrolle	Moralische Entwicklung
Ich-Bewusstsein im sozialen Kontakt	Ängste
Soziales Einschätzungsvermögen	Impulskontrolle
Sozialverhalten	Regulation von Emotionen
Umgang mit Vorschriften und Autoritätspersonen	
Soziale Aspekte der sexuellen Entwicklung	

Für Vorschulkinder liegt mit den ***Verhaltensskalen für das Kindergartenalter (VSK)*** von Koglin und Petermann (2016) ein Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Verhaltensproblemen und sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern im Vorschulalter vor. Das Messinstrument enthält eine Version Eltern (VSK-EL) und eine für pädagogische Fachkräfte (VSK-PF) und besteht aus 49 Fragen zu Verhaltensproblemen und sozial-emotionalen Kompetenzen und 12 ergänzenden Fragen zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Die Verhaltensprobleme werden über vier Subtests (31 Items) und die sozial-emotionalen Kompetenzen über drei Subtests (18 Items) erfragt (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Subtests der VSK.

Verhaltensprobleme	Sozial-emotionale Kompetenzen
Ängstlichkeit	Soziale Kompetenz
Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit	Emotionswissen/Empathie
Aggressives Verhalten	Selbstregulation
Emotionsdysregulation	

Zudem besteht die Möglichkeit der Ermittlung einer „Gesamt-Problemskala“ und „Gesamt-Ressourcenskala“. Außerdem liegen für die VSK Kennwerte für die psychometrische Güte sowie geschlechts- und altersspezifische Normwerte vor (Koglin & Petermann, 2016).

Ebenfalls für den Vorschulbereich kann das ***Inventar zur Erfassung emotionaler Kompetenzen bei Drei- bis Sechsjährigen (EMK 3-6)*** eingesetzt werden. Dabei wird der Fragebogen von Pädagog*innen im Einzelsetting mit dem Kind bearbeitet und es kann durch das EMK-

Screening eine zusätzliche Fremdbeurteilung vorgenommen werden. Über die folgenden fünf Subtests ermöglicht das EMK 3-6 die differenzierte Erfassung der emotionalen Kompetenzen Emotionswissen, Emotionsregulation und Empathie.

- Primäre Emotionen
- Sekundäre Emotionen
- Prosoziales Verhalten
- Empathie
- Belohnungsaufschub

Für das EMK 3-6 liegen Kennwerte für die psychometrische Güte sowie alters- und geschlechtsspezifische Normen vor und für das EMK-Screening besteht zudem über Cut-off-Werte die Möglichkeit der Einteilung in unauffällige und auffällige Skalenwerte (Petermann & Gust, 2016).

1.4.5 Förderprogramme und Interventionen

Aktuell sind bereits diverse Möglichkeiten zur Intervention bei verhaltensbezogenen Auffälligkeiten und zur gezielten Förderung von sozial-emotionalen Kompetenzen vorhanden. Dabei ist eine präzise Diagnostik und die Passung zwischen Interventionsgruppe und -maßnahmen wesentliche Voraussetzung. Die verschiedenen Verfahren können nach Petermann und Wiedebusch (2016, S. 207) in drei Kategorien unterteilt werden: **Primärpräventive Verfahren** für Kinder, die entwicklungsunauffällig sind, können unter anderem in der ganzen Klasse präventiv eingesetzt werden. **Sekundärpräventionsverfahren** sind für Kinder geeignet, bei denen ein höheres Risiko für Störungen in der sozial-emotionalen Entwicklung vorliegt. Sollten bereits Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen Entwicklung bestehen und spezifische Defizite diagnostiziert worden sein, greifen **psychotherapeutische Verfahren**, die nicht in der Schule durchgeführt werden. Besteht Förderbedarf im Förderschwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“, wird das Kind sonderpädagogisch begleitet und die Teilnahme am Regelschulbetrieb angestrebt (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 207–209).

Zudem sind verschiedene Datenbanken vorhanden, die Förderprogramme auflisten. Eine davon ist die *Grüne Liste Prävention*. Auf dieser Plattform werden Förderprogramme dargestellt, die ausreichend fundiert und evaluiert sind. Ziel aller Förderprogramme ist die Stärkung der sozial-emotionalen Kompetenzen, Sensibilisierung in der Gefühlswahrnehmung, Stressbewältigung, und das Erzeugen eines positiven Sozialverhaltens und damit einhergehenden Klassenklimas (zusammenfassend s. Lohaus & Domsch, 2021). Nachfolgend werden zwei schulbasierte Förderprogramme vorgestellt, die die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen fokussieren.

Soziale Kompetenzen. Das **Sozialtraining in der Schule** von Petermann, Jugert, Tänzer und Verbeek (2012) ist ein schulbasiertes Training zur Förderung der sozialen Fertigkeiten von Schüler*innen der 4. bis 6. Klasse und kann der primären/universellen Prävention von externalisierenden und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zugordnet werden. Außerdem enthält das Training alternative Arbeitsmaterialien für jüngere und ältere Kinder und Jugendliche (3. bis 6. Klasse). Das Training ist schulbasiert und wird daher gemeinsam mit allen Schüler*innen im Klassenverband während der Unterrichtszeit durchgeführt. Das Training besteht im Optimalfall aus 20 Sitzungen (jeweils 90 Minuten), die wöchentlich umgesetzt werden. Dabei sind jeweils zwei Sitzungen geschlechtsspezifisch nur für die Mädchen bzw. nur für die Jungen konzipiert. Als Trainer*innen werden Lehrkräfte eingesetzt (zwei Lehrer*innen pro Klasse im Team), die z.B. durch Schulpsycholog*innen in Form einer Lehrer*innenfortbildung geschult und auf die Durchführung des Trainings vorbereitet wurden. Außerdem sollte während des Trainings eine Supervision für die Lehrkräfte angeboten werden (Petermann et al., 2012, S. 43).

Theoretisch basiert das Sozialtraining in der Schule auf dem Modell der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung von Crick und Dodge (1994) sowie der Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (1977). Dabei sind die Ansatzpunkte des Trainings sowohl die kognitiv-emotionalen, als auch die aktionalen sozialen Kompetenzen der Schüler*innen. Das Training enthält die folgenden Module:

- Soziale Fremdwahrnehmung
- Selbstwahrnehmung
- Wahrnehmung und Bewertung
- Wahrnehmung eigener Gefühle (Freude, Angst, Wut, Trauer)
- Generierung von Handlungsalternativen
- Kommunikation und Kooperation
- Stärken und Unterschiede von Mädchen und Jungen
- Stärken und Unterschiede verschiedener Kulturen

Methodisch werden in dem Training insbesondere verhaltenstherapeutische Techniken, Gruppendiskussionen, strukturierte Rollenspiele, Entspannungstechniken, Wahrnehmungs- und Diskriminationsübungen sowie Übungen für den Alltagstransfer eingesetzt. Die Sitzungen sind nach einem einheitlichen Ablaufschema strukturiert (entnommen aus Pfingsten, 2021, S. 234):

- 1. Startphase (u.a. Übungen zur Förderung der Aufmerksamkeit, Befindlichkeitsrunde)
- 2. Besprechen der Verhaltensregeln für die Stunde
- 3. Trainingsphase zum Sitzungsthema
- 4. Schlussphase mit Reflexion und Abschlussspiel

Das Trainingsmanual enthält alle Arbeitsmaterialien als Kopiervorlagen, Durchführungshinweise für die Trainer*innen zur Vorbereitung der Trainingssitzungen sowie eine konkrete Beschreibung der einzelnen Trainingssitzungen und deren Ablauf (Petermann et al., 2012, S. 43–71; zusammenfassend s. Pfingsten, 2021, S. 234).

Eine Vorversion des Trainings wurde anhand einer quasi-experimentellen Studie mit einer Interventionsgruppe (22 Schüler*innen) und einer Kontrollgruppe (21 Schüler*innen) evaluiert. Dabei ergab der Vergleich der beiden Gruppen nach dem Training, dass es in der Interventionsgruppe eine signifikante Abnahme von aggressivem Verhalten, allgemeiner Angstsymptome sowie Schulunlust. In Bezug auf Prüfungsangst und Selbstwirksamkeitserwartungen ließen sich hingegen keine signifikanten Effekte nachweisen. Die aktuelle Trainingsversion wurde anhand eines Prä-Post-Designs mit einer Stichprobe von 100 Schüler*innen im Alter zwischen 8 und 13 Jahren evaluiert. Dabei konnten kurzfristig keine signifikanten Effekte im Bereich der sozialen und emotionalen Verhaltensprobleme (gemessen durch diverse Fragebogen) nachgewiesen werden. Lediglich im Eltern- und Lehrer*innenurteil zeigten sich signifikanten Verbesserungen. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass bei den Schüler*innen keine Effekte nachweisbar waren, da diese bereits zu Beginn des Trainings eher unauffällig waren. Weiterhin wurden keine längerfristigen Trainingseffekte untersucht (Petermann et al., 2012, S. 173–180; zusammenfassend s. Pfingsten, 2021, S. 234).

Emotionale Kompetenzen. Das **Emotionstraining in der Schule** von Petermann, Petermann und Nitkowski (2016) ist ein schulbasiertes Trainingsprogramm zur Förderung der emotionalen Kompetenzen von Schüler*innen von 10 bis 13 Jahren. Dabei werden in dem primärpräventiven Programm das Emotionsbewusstsein und -verständnis, die Emotionsregulation sowie die Empathie fokussiert. Das Training ist schulbasiert und wird daher gemeinsam mit allen Schüler*innen im Klassenverband während der Unterrichtszeit durchgeführt. Das Training besteht aus 11 Sitzungen (jeweils 90 Minuten), die wöchentlich umgesetzt werden. Als Trainer*innen werden Sozialpädagog*innen oder Lehrkräfte eingesetzt, wobei beim Einsatz von Lehrkräften als Trainer*innen berücksichtigt werden sollte, dass diese während des Trainings die Lehrer*innenrolle verlassen und auf eine Benotung verzichtet werden sollte (Petermann et al., 2016, S. 41).

Die Basis des Programms ist die Annahme, dass eine angemessene Emotionsregulation auf dem Emotionsbewusstsein, dem Emotionsverständnis und der Empathie basiert. Ziel des Trainings ist es die Wahrnehmung von eigenen und fremden Emotionen (Emotionsbewusstsein), das Emotionswissen, die Empathiefähigkeit sowie die Emotionsregulationskompetenzen zu verbessern.

In dem Training werden verschiedene Lernmethoden wie Informationsvermittlung, Einzel- und Gruppenarbeiten, Achtsamkeitsübungen, Rollenspiele, Problemlösen sowie Hausaufgaben für

den Alltagstransfer eingesetzt. Die Sitzungen sind nach einem einheitlichen Ablaufschema strukturiert (entnommen aus Holodynski & Rüth, 2021, S. 251):

- 1. Einführungsphase → Begrüßung, kurze Auffrischung der Inhalte der letzten Sitzung, achtsamkeitsbasierte Tonübung (15 Minuten)
- 2. Arbeitsphase → Erarbeitung der neuen Inhalte in drei bis fünf Übungen (50 Minuten)
- 3. Reflexionsphase → Vergleichen der aktuellen Hausaufgabe, Verteilen der zukünftigen Hausaufgabe, Gefühlsquiz (25 Minuten)

Zudem kann das Training in drei Phasen eingeteilt werden. In den ersten drei Sitzungen wird über den Wissenserwerb zu Emotionsauslösern, Erkennung und Differenzierung von Emotionen sowie die Wahrnehmung und das Verständnis eigener Emotionen, das Emotionsbewusstsein und -verständnis der Schüler*innen gefördert. In den Sitzungen 4 bis 7 wird die Emotionsregulation fokussiert. Dabei werden verschiedene Emotionsregulationsstrategien mit den Schüler*innen besprochen und deren Vor- und Nachteile diskutiert. Unter anderem wird in Rollenspielen der flexible und angemessene Einsatz von adaptiven Strategien mit den Schüler*innen trainiert. Die Sitzungen 8 bis 10 thematisieren die Empathie und die Emotionsregulation in sozialen Interaktionen. Dabei wird eine unterstützende Figur (Gefühlehelfer) eingeführt, deren Perspektive von den Schüler*innen eingenommen wird und Problemlösestrategien anhand fiktiver Geschichten erarbeitet werden. Die letzte Sitzung fasst die Trainingsinhalte zusammen und reflektiert den Alltagstransfer.

Das Trainingsmanual enthält alle Arbeitsmaterialien als Kopiervorlagen, Durchführungshinweise für die Trainer*innen zur Vorbereitung der Trainingssitzungen sowie eine konkrete Beschreibung der einzelnen Trainingssitzungen und deren Ablauf. Zudem gehört eine CD-ROM mit den erforderlichen Audiodateien zu dem Manual (zusammenfassend s. (Holodynski & Rüth, 2021, S. 251–252).

Das Emotionstraining wurde anhand mehrerer Studien evaluiert. Die erste Evaluationsstudie auf Basis eines Prä-Post-Kontrollgruppendesigns (N= 543 Schüler*innen) konnte keine signifikanten Effekte in Bezug auf das Emotionsbewusstsein, den Emotionsausdruck und das Wohlbefinden nachweisen (Nitkowski, Laakmann, Petersen, Petermann & Petermann, 2017, S. 179). Eine weitere Evaluationsstudie ebenfalls auf Basis eines Prä-Post-Kontrollgruppendesigns (N= 398) konnte kurzfristige Effekte für die Empathie und die adaptive Regulation von Traurigkeit nachweisen. Es zeigten sich allerdings keine trainingsspezifischen Effekte hinsichtlich des Emotionsbewusstseins, der maladaptiven Regulation von Traurigkeit, dem Optimismus und der Depressivität (Diener, Grundinger, Petermann, Petermann & Gerstenberger, 2020, S. 9–11). Für einen Teil der Stichprobe (N=149) wurden zudem die längerfristigen Effekte untersucht. Die Effekte hinsichtlich der Empathie und der adaptiven Regulation von Traurigkeit waren zum Follow-up nicht mehr nachweisbar. Allerdings zeigte sich eine Verbesserung

des Emotionsbewusstseins im Vergleich von Post- und Follow-up-Test. In Bezug auf die depressive Symptomatik war im Prä-Post-Vergleich keine signifikante Verbesserung nachweisbar, aber zum Follow-up-Zeitpunkt war die depressive Symptomatik im Vergleich zum Prä-Test signifikant reduziert (Petersen, Petermann, Petermann, Diener & Nitkowski, 2019, S. 255–256). Bei allen Studien muss methodisch einschränkend berücksichtigt werden, dass die Zuweisung zu den Interventions- und Kontrollgruppen nicht randomisiert erfolgte und für die Untersuchung der längerfristigen Follow-up-Effekte stand keine Kontrollgruppe zur Verfügung, da es sich um ein Warte-Kontrollgruppendesign handelte.

1.5 Relevanz der Thematik

Übergangsphasen sind oft belastend und können kurz- und langfristig die psychischen Funktionen beeinflussen (West et al., 2010, S. 35). Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe ist ein normatives kritisches Lebensereignis, welches von den Kindern und Jugendlichen Anpassungsleistungen an höhere schulische Anforderungen sowie neue soziale Umfelder erfordert (Nowland & Qualter, 2020, S. 227). Diese Veränderungen im schulischen sowie sozialen Bereich führen bei vielen Schüler*innen zu Ängsten (F. Rice et al., 2011, S. 251). Damit einhergehen können Belastungen auf verschiedenen Ebenen und die Übergangsphase ist assoziiert mit einer erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich psychischer Probleme (Mackenzie et al., 2012, S. 300). In der Regel erfolgt der Übergang in die Sekundarstufe in Deutschland im Alter zwischen 10 und 11 Jahren und fällt damit mit physiologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen zusammen, die mit der beginnenden Pubertät einhergehen, welche im Zusammenspiel zu einer Verstärkung der übergangsbezogenen Belastungen führen können (Benner & Graham, 2009, S. 360). In Schleswig-Holstein findet der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe nach dem vierten Schuljahr statt und fällt damit genau in diese Entwicklungsphase, in der sich die Herausforderungen durch die weiteren Entwicklungsaufgaben und den Übergang kumulieren.

Weiterhin kann sich der Übergang in die Sekundarstufe auf verschiedene Weise negativ auf die psychosoziale Anpassung der Schüler*innen auswirken, was sich in schlechteren Noten, geringerer Anwesenheit, erhöhter Angst und Verhaltensproblemen zeigt (Anderson et al., 2000, S. 331). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen psychischer Funktionsfähigkeit und schulischem Erfolg während und unmittelbar nach dem Schulübergang weitestgehend unklar (Riglin et al., 2013, S. 507). Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen des Übergangs in die Sekundarstufe wurde die Übergangsphase als potentiell geeigneter Zeitpunkt für die Umsetzung von Interventionsprogrammen identifiziert (Vitaro & Tremblay, 2008, S. 995). Darüber hinaus haben das schulische Umfeld und die Bindung von Eltern und Schüler*innen an ihre Schule einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Schüler*innen, weshalb die Schule als geeigneter Ort für die Umsetzung wirksamer Maßnahmen hinsichtlich des Übergangs angesehen werden kann (Viner et al., 2012, S. 1650).

Dabei hat sich die Schule zu einem besonders relevanten und geeigneten Setting der Gesundheitsförderung entwickelt, da der Zugang über die Bildungseinrichtung Schule es ermöglicht, alle schulpflichtigen Kinder und Jugendliche aus allen gesellschaftlichen Schichten ohne Stigmatisierung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen (Long et al., 2020, S. 416; Mittag & Schaal, 2018, S. 479; Naidoo & Wills, 2019, S. 424). Nichtsdestotrotz ist laut Naidoo und Wills (2019, S. 427) die Gesundheitsförderung in Schulen unzureichend und der Großteil der Maßnahmen beschränkt sich auf die Vermittlung von Wissen und weniger auf die

Entwicklung von Kompetenzen. Dies lässt sich insbesondere durch die unzureichende Ausbildung von Lehrkräften und die wechselnden inhaltlichen Richtlinien der Regierung zur Gesundheitsförderung erklären (Naidoo & Wills, 2019, S. 427). Außerdem fehle es an übergreifenden Konzepten, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen (Paulus, 2022, S. 746). Auch Lohaus et al. (2016, S. 498) kommen zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsförderung *„noch immer einen zu geringen Stellenwert in Schulcurricula einnimmt“*. Im Fokus steht die physische Gesundheit, wobei die psychische und soziale Ebene immer mehr an Interesse gewinnen.

International führen die meisten Schulen formalisierte Programme durch, um die Schüler*innen beim Schulübergang zu unterstützen, allerdings unterscheiden sich diese jedoch erheblich in Inhalt und Schwerpunkt (zusammenfassend s. Evangelou et al., 2008). Im deutschsprachigen Raum werden allerdings aktuell wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die speziell auf die Unterstützung der Übergangsphase ausgerichtet sind, durchgeführt. Insgesamt existieren in Deutschland bereits eine Vielzahl an Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung in Form evaluierter Programme, allerdings werden diese häufig aufgrund mangelnder Zeit und thematischer Passung nicht umgesetzt, obwohl die Programme den Schulen bekannt seien (Schwager et al., 2019, S. 5). Daher war es das Ziel des vorliegenden Promotionsvorhabens, ein bedarf- sowie bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe zu konzipieren und zu evaluieren. Die geplante Evaluation konnte allerdings aufgrund der COVID-19-bedingten Einschränkungen nicht umsetzt werden.

Weiterhin haben die theoretischen Ausführungen gezeigt, dass die sozial-emotionalen Kompetenzen sich maßgeblich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken können (Perrez & Baumann, 2011, S. 272) und als personale Ressourcen während der Übergangsphase wirksam werden (Niemack, 2019, S. 88; zusammenfassend s. Spernes, 2022). Gleichzeitig gibt es im deutschsprachigen Raum bisher wenige valide und normierte Messinstrumente, die die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen multidimensional erfassen und es besteht in diesem Bereich ein großer Forschungsbedarf, um zukünftig zuverlässige Messinstrumente in diesem Bereich in Forschung, Diagnostik und schulischer Praxis einsetzen zu können.

Abschließend haben diverse Studien deutlich gemacht, dass die COVID-19-Pandemie gravierende Folgen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hatte, die Kinder und Jugendlichen sich stark belastet fühlten und die gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant gesunken ist (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 575). Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schule von besonderer Relevanz. Zudem zeigen erste Studien, dass die COVID-19-Pandemie ebenfalls einen negativen Einfluss auf die

Belastungen während der Übergangsphase in die Sekundarstufe I hatte und insbesondere die emotionalen Belastungen während der Übergangs in der Pandemie zugenommen haben (Bagnall, Skipper & Fox, 2022, S. 1011). Dies verdeutlicht, dass sich der Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Unterstützung der Übergangsphase in die Sekundarstufe I durch die COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkt hat und die sozial-emotionalen Kompetenzen dabei ein wesentlicher Ansatzpunkt sind.

2 Aufbau des Promotionsvorhabens

Im nachfolgenden Kapitel wird der Aufbau des vorliegenden Promotionsvorhabens dargestellt. Zunächst werden das Studiendesign sowie der Datenerhebungsprozess beschrieben und dabei jeweils getrennt auf die qualitativen und quantitativen Untersuchungsanteile eingegangen. Anschließend folgen die Darstellung der qualitativen Auswertungsverfahren und der statistischen Auswertungsmethoden. Für alle Teilstudien wurde vor Studienbeginn eine Genehmigung durch das Ministerium für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur Schleswig-Holstein erteilt.

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie setzt sich aus drei Teilstudien zusammen. Dabei wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden angewendet. In der **Teilstudie I** wurden mittels eines multiperspektivischen Ansatzes Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Expert*innen des schulischen Settings zur Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogrammes für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I qualitativ interviewt. Aus den Ergebnissen der Teilstudie I wurde ein Entwurf für ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und anschließend in **Teilstudie II** anhand von einer Fokusgruppe mit Lehrer*innen und Expert*innen des schulischen Settings kommunikativ validiert. Ursprünglich war geplant, das Gesundheitsförderungsprogramm in der Schule durchzuführen und anhand einer quasiexperimentellen Kontrollgruppenstudie zu evaluieren. Dies konnte allerdings aufgrund der COVID-19 Pandemie und den darauffolgenden Schulschließungen nicht realisiert werden, weshalb das Studiendesign entsprechend angepasst werden musste. Die **Teilstudie III** basierte auf einem Mixed-Methods-Design und untergliedert sich in vier Teile (Teilstudie 3a-d). Es wurde im Rahmen der Teilstudie III ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und mittels qualitativer sowie quantitativer Verfahren die psychometrische Güte des Messinstrumentes überprüft sowie schrittweise Modifizierungen an dem Fragebogen vorgenommen. Des Weiteren war geplant, das Messinstrument für die Evaluation des Gesundheitsförderungsprogrammes zu verwenden, was ebenfalls aufgrund der COVID-19 Pandemie verschoben werden musste. Das Ziel des Promotionsvorhabens war die Ermittlung von Bedürfnissen und Bedarfen zur Unterstützung des Übergangs, um daraus ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm entwickeln zu können sowie die Entwicklung und erste Überprüfung eines Messinstrumentes zur sozial-emotionalen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt sollte die vorliegende Studie durch für die Forschung und Praxis relevante Handlungsempfehlungen, einen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Gestaltung und Begleitung der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I leisten. Die Abbildung 11 gibt einen Überblick über das Studiendesign.

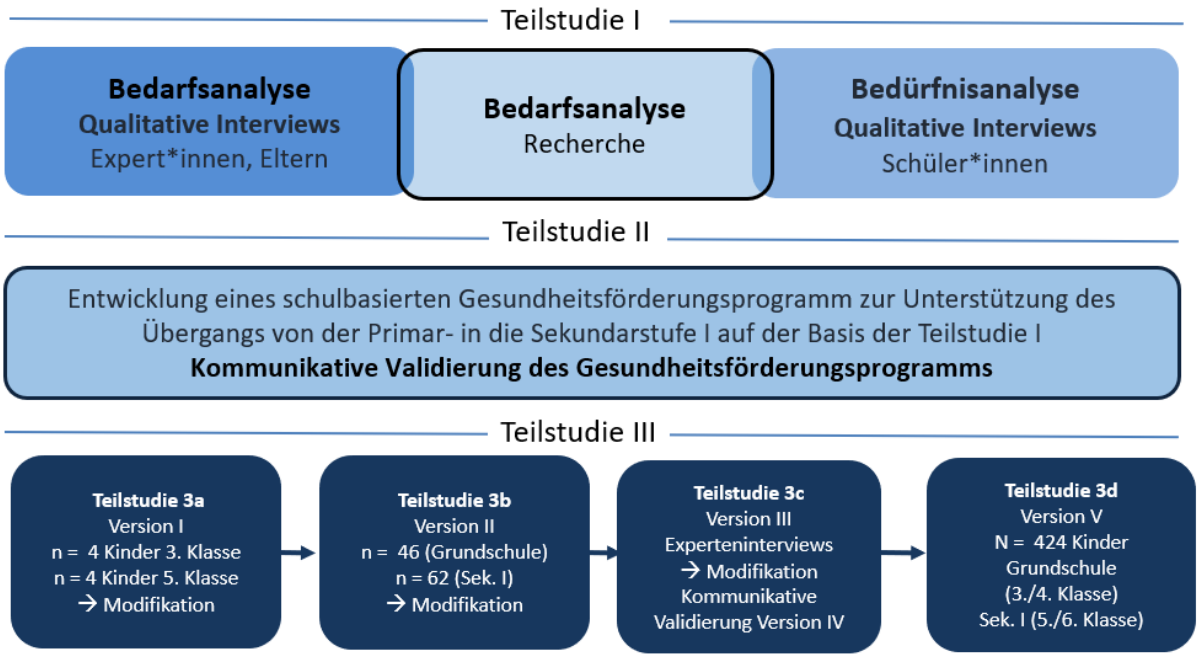


Abbildung 11: Studiendesign des Promotionsvorhabens.

2.2 Forschungsansatz

In den Teilstudien I und II wurde ein qualitativer Forschungsansatz und in der Teilstudie III ein Mixed-Methods-Ansatz umgesetzt. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem qualitativen Forschungsansatz, der besonders durch Philipp Mayring geprägt und sich durch die Verbalisierung von Themen und die anschließende Erstellung eines Transkriptes auszeichnet. Dabei ist es die Absicht der qualitativen Sozialforschung durch die Beschreibung und Interpretation, die erhobenen Daten zu verstehen (Mayring, 2022, S. 17–25). Ziel der qualitativen Sozialforschung ist es, die Bedeutung von sozialen Phänomenen zu rekonstruieren, wobei das Verstehen des Sinns von Handlungen in bestimmten Situationen und Kontexten im Fokus steht (Creswell & Creswell, 2018, S. 180; Mayring, 2022, S. 17–25). Die qualitative Sozialforschung setzt am Einmaligen und Individuellen an und versucht dadurch Zusammenhänge zu erschließen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung ist die qualitative Wissenschaft eher induktiv zu verstehen, da sie sich darauf beruft, dass die menschliche Wirklichkeit vielfach und komplex konstituiert wird (Creswell & Creswell, 2018, S. 180; Mayring, 2022, S. 20).

Dabei beruht die Grundlage der qualitativen Forschung nach Mayring (2016, S. 20–24) auf fünf Grundsätzen, die in der folgenden Abbildung 12 dargestellt werden.

Postulat 1
Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkte und Ziel der Untersuchung sein.

Postulat 2
Am Anfang einer Analyse muss eine genaue und umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches stehen.

Postulat 3
Der Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaften liegt nie völlig offen, er muss immer auch durch Interpretation erschlossen werden.

Postulat 4
Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.

Postulat 5
Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung stellt sich nicht automatisch über bestimmte Verfahren her; sie muss im Einzelfall schrittweise begründet werden.

Abbildung 12: Grundsätze der qualitativen Forschung nach Mayring (2016, S. 20–24).

Daher kann die qualitative Sozialforschung als eine subjektorientierte Forschungsmethode angesehen werden. Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass sie einen praktischen Bezug zu der Problem- bzw. Fragestellung haben. Dabei werden die Befragungen möglichst in einer alltäglichen Umgebung durchgeführt und haben einen Bezug zur jeweiligen Lebenswelt des Interviewten. Infolgedessen kann die Lebenssituation des Subjektes besser nachvollzogen werden und es wird nach der Auswertung der Daten möglich, Implikationen für praktische Tätigkeiten in dem betreffenden Feld abzuleiten. Daher kommt der qualitative Forschungsansatz insbesondere zur Anwendung, wenn das Themenfeld sehr komplex und vielschichtig ist (Creswell & Creswell, 2018, S. 189; Mayring, 2022, S. 19).

Deshalb war der qualitative Forschungsansatz besonders geeignet, um in Teilstudie I die Bedarfe aus Sicht der Expert*innen und die Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben. Mit diesen Erkenntnissen ließ sich eine Konzeption für ein bedarfs- und bedürfnisorientiertes Gesundheitsförderungsprogramm entwickeln und zudem kommunikativ validieren. In der Teilstudie III konnten die qualitativen Anteile im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes im Gegensatz zu alleinigen quantitativen Analysen zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn beitragen. Dabei ist der Mixed-Methods-Ansatz in der Lage, die komplexen Inhalte nicht nur zu erkennen, sondern auch zu verstehen und zu hinterfragen (Creswell & Creswell, 2018, S. 182). Dies ist insbesondere bei der Entwicklung eines neuen Messinstrumentes von Bedeutung, um nicht

ausschließlich die psychometrische Güte im Entwicklungsprozess über quantitative Analysen zu prüfen, sondern über die qualitativen Methoden, Erkenntnisse darüber zu erhalten, wie die Zielgruppe das Messinstrument annimmt, welche Verständnisschwierigkeiten vorliegen sowie welche Zusammenhänge zwischen ungünstigen psychometrischen Kennwerten und der Beschaffenheit des Messinstrumentes vorliegen. Mittels dieser Erkenntnisse können spezifische Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen werden. Für die Erhebung dieser Zusammenhänge reicht ein rein quantitativer Forschungsansatz nicht aus, sodass für die Teilstudie III der Mixed-Methods-Ansatz gewählt wurde.

Die Teilstudie III der vorliegenden Arbeit stützt sich auf einen Mixed-Methods-Ansatz, der dadurch charakterisiert ist, dass sowohl quantitative als auch qualitative Methoden verwendet wurden. Dieser Ansatz wird nachfolgend präzisiert.

Kasten 10: Definition Mixed Methods (entnommen aus Schreier & Odağ, 2020, S. 159).

Nach Schreier und Odağ (2020, S.159) bezeichnet „*Mixed Methods im weitesten Sinne die Kombination sowie die Integration von qualitativen und quantitativen Elementen innerhalb einer Untersuchung oder mehrerer aufeinander bezogener Untersuchungen. Die Kombination kann sich dabei auf die zugrunde liegende wissenschaftstheoretische Position und die Fragestellung, auf die Methoden der Datenerhebung oder der –auswertung oder auch auf die Verfahren der Interpretation und der Qualitätssicherung beziehen“.*

Grundsätzlich weisen die beiden Forschungsansätze unterschiedliche Merkmale (s. Tab. 9) auf, die einander gegenübergestellt werden können, aber sich nicht zwingend gegenseitig ausschließen. Daher kann eine Kombination der beiden Ansätze zu einem größeren Erkenntnisgewinn führen und dem Forschenden ein umfassenderes Bild von dem Forschungsgegenstand ermöglichen. Dabei ist insbesondere die wechselseitige Validierung der Ergebnisse von Bedeutung, da die Stärken und Schwächen der jeweiligen Ansätze sich gegenseitig kompensieren können (Kelle, 2022, S. 165; Schreier & Odağ, 2020, S. 160).

Tabelle 9: Prinzipien qualitativen und quantitativen Forschens (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013, S. 190).

Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
Naturalistische Vorgehensweise	Aktive Manipulation
Offene Verfahren	Vorgegebene Kategorien
Fallorientierung	Variablenorientierung
Holistisch	Elementaristisch
Induktives Vorgehen	Deduktives Vorgehen
Emergente Flexibilität des Designs	Vorgehensweise vor Untersuchung festgelegt
Ziel: Beschreibung, Verstehen	Ziel: Kausalerklärung
Interpretationsbedürftige Daten	Numerische Daten
Forschende als „Messinstrumente“	Standardisierte, objektive Messinstrumente
Theoretische Verallgemeinerung	Statistische Verallgemeinerung
Gütekriterium der Validität	Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität

In Bezug auf die Ergebnisse ist es beim Mixed-Methods-Ansatz grundsätzlich möglich, dass diese sich kongruent, komplementär oder divergent zueinander verhalten. Bei konvergenten Ergebnissen liegt eine Übereinstimmung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse vor, die das Vertrauen in die Gültigkeit der Ergebnisse erhöhen kann. Sofern die Ergebnisse sich ergänzen, aber nicht kongruent sind, spricht man von Komplementarität und sollten die Ergebnisse der beiden Ansätze sich widersprechen, wird dies als Divergenz bezeichnet. In divergenten Ergebnissen liegt die Chance für den Forschenden passendere Erklärungen für diesen Widerspruch zu finden und somit zu einem Erkenntnisfortschritt zu gelangen (Kelle, 2022, S. 167; Lamnek & Krell, 2016, S. 258). Die Funktionen eines Mixed-Methods-Ansatzes lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Kasten 11: Funktionen des Mixed-Methods-Ansatzes (Creswell, 2014, S.225; Lamnek, 2010, S.264; Mayring, 2007, S. 28f.).

- Ermöglichung von wechselseitiger Methodenkritik
- Gegenseitige Ergänzung → umfassenderes Bild des Untersuchungsgegenstandes
- adäquatere Befunde
- Exploration als Grundlage quantitativer Befunde
- Absicherung und Erweiterung quantitativer Ergebnisse
- tiefgründigere Forschung bei divergenten Ergebnissen

(Creswell & Creswell, 2018, S. 225; Kelle, 2022, S. 167; Lamnek & Krell, 2016, S. 264).

Außerdem lassen sich die verschiedenen Mixed Methods-Ansätze anhand verschiedener Kriterien systematisieren. Nach Morse (1991, S. 284) findet sich die Einteilung nach folgenden zwei Kriterien:

- **Kriterium der Reihenfolge** → Es ist entweder eine gleichzeitige (simultane) oder nacheinander folgende (sequenzielle) Erhebung möglich. Bei der sequenziellen Erhebung können entweder die qualitativen oder die quantitativen Daten zuerst erhoben werden.
- **Kriterium der Gewichtung** → Bei einer Mixed Methods-Studie können die Daten unterschiedlich gewichtet sein. Es kann eine Gleichgewichtung vorliegen oder es werden jeweils die qualitativen oder quantitativen Daten stärker gewichtet (Morse, 1991, S. 284).

Für die vorliegende Arbeit wurden in der Teilstudie 3a zunächst die qualitativen Daten erhoben, der Fragebogen anschließend modifiziert und in Teilstudie 3b die quantitativen Daten erhoben. Anhand dieser Ergebnisse wurden weitere Modifikationen vorgenommen und in Teilstudie 3c mit den Expert*innen diskutiert. Darauf aufbauend wurde der Fragebogen erneut angepasst und mit dem modifizierten Messinstrument nachmals quantitative Daten erhoben (Teilstudie 3d). Dementsprechend lag der Teilstudie III ein *„sequenzielles qualitativ-*

quantitatives Design“ zu Grunde (Kelle, 2022, S. 172). In Hinblick auf die Gewichtung lag der Schwerpunkt in Teilstudie III auf den qualitativen Daten, da aufgrund der COVID-19-Pandemie keine ausreichend große Stichprobe generiert werden konnte und die quantitativen Auswertungen auf einer explorativen Ebene stattfanden. Des Weiteren konnte durch die Kombination der beiden Forschungsansätze eine Triangulation realisiert werden. Dabei ist Triangulation definiert als die *„Erfassung eines Gegenstandes durch verschiedene (mindestens zwei) Methoden“* (Hussy et al., 2013, S. 287). Die Triangulation wird in Abbildung 13 verdeutlicht. Zudem konnten bei der Erhebung der qualitativen Daten verschiedene Perspektiven (Schüler*innen, Lehrer*innen, Expert*innen und Eltern) miteinbezogen werden.

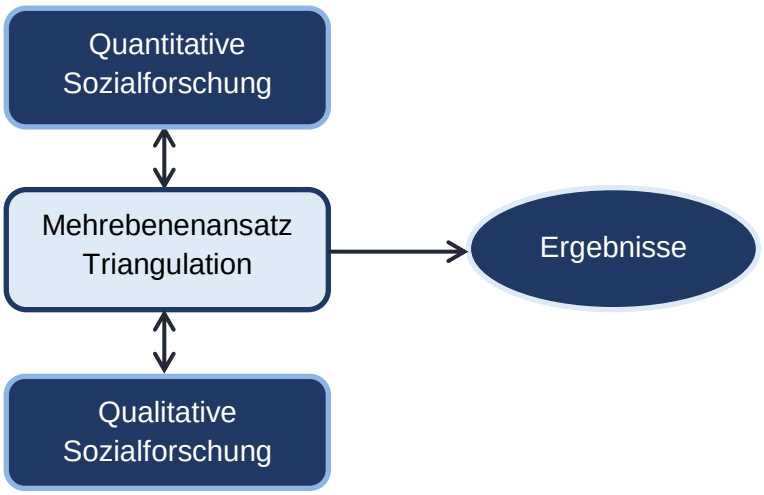


Abbildung 13: Möglichkeiten der Integration quantitativer und qualitativer Analyse auf der Designebene (entnommen aus Lamnek & Krell, 2016, S.266).

2.3 Datenerhebung der qualitativen Untersuchungsanteile

Im folgenden Kapitel werden die Datenerhebungsmethoden der qualitativen Untersuchungsanteile dargestellt, die in allen drei Teilstudien verwendet wurden. Neben dem leitfadengestützten qualitativen Interview, werden das Expert*inneninterview, die Fokusgruppe sowie das Telefon- bzw. Videointerview als Formen des Leitfadeninterviews skizziert. Zudem wird auf die Entwicklung der Leitfäden sowie den Zugang zum Feld und das Sampling eingegangen.

2.3.1 Leitfadengestütztes Interview

Bei der quantitativen Forschung ist der standardisierte *Fragebogen „das zentrale Scharnier zwischen Theorie und Empirie. Je besser der Fragebogen die zentralen Konstrukte der Theorie erfasst, desto besser gelingt die Überprüfung der Hypothesen“* (Reinders, 2016, S. 134). Beim qualitativen Leitfadeninterview ist das zentrale Element der Leitfaden. Dabei übernimmt der Leitfaden eine Steuerungs- und Strukturierungsfunktion (Misoch, 2019, S. 65). Daher steht der Leitfaden während des Interviews im Vordergrund, denn „*der Leitfaden dient dem Interview und nicht das Interview dem Leitfaden*“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 130).

Das Leitfadeninterview gehört zu den semi-strukturierten Erhebungsmethoden und es können alle Formen der Erhebung qualitativer Daten, die einen vorab konstruierten Leitfaden nutzen, darunter zusammengefasst werden. Dabei muss die Strukturierung beim Leitfadeninterview durch den Interviewer in Form des Leitfadens erfolgen (Misoch, 2019, S. 65). Trotzdem kann der Befragte frei auf die Fragen antworten und soll auch beim Leitfadeninterview offene Fragen gestellt bekommen, die erzählgenerierend wirken. Dabei kann der Interviewer über den Leitfaden hinaus Nachfragen oder vertiefende Ad-hoc-Fragen stellen, um die betreffende Forschungsfrage vertiefter zu beantworten. Die Ad-hoc-Fragen werden hier bewusst nicht in den Leitfaden mitaufgenommen, da durch sie eine angenehme Gesprächsatmosphäre hergestellt und eine zu strikte Orientierung am Leitfaden vermieden werden soll (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 130).

Der Leitfaden dient beim Interview als „roter Faden“, an dem der Interviewende sich orientieren kann und somit sicherstellt, dass alle relevanten Themen im Interview angesprochen werden. Die Funktionen des Leitfadens nach Misoch (2019, S. 66) werden im folgenden Kasten 12 zusammengefasst.

Kasten 12: Funktionen des Leitfadens nach Misoch (2019, S. 66).

Funktionen des Leitfadens

- Thematische Rahmung und Fokussierung
- Auflistung aller relevanten Themenkomplexe, die im Interview angesprochen werden müssen
- Bessere Vergleichbarkeit der Daten durch thematische Rahmung
- Strukturierung des gesamten Kommunikationsprozesses

Generell kann der Leitfaden bei der Konzeption unterschiedlich stark strukturiert werden. Es können sowohl die Fragen konkret vorformuliert werden als auch ein Leitfaden in Form einer stichwortartigen Liste der zu erfragenden Themen erstellt werden. Dabei hängen die Art des Leitfadens und die Formulierung der Fragen von der Forschungsfrage, der Interviewmethode und der Erfahrung des Interviewers ab (Misoch, 2019, S. 66; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 127). Aufgrund der stark umgrenzten Fragestellungen in Bezug auf die Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms sowie die Beurteilung und Modifikation des Messinstrumentes, eignete sich das strukturierte Leitfadeninterview besonders gut für die Erhebung, der für die Auswertung nötigen Daten.

2.3.2 Fokusgruppen mit Expert*innen

In allen drei Teilstudien dieser Arbeit wurden zusätzlich zu den Einzelinterviews Fokusgruppen mit Expert*innen als Datenerhebungsmethode eingesetzt. Diese hatten zum Ziel, durch die Gruppeninteraktion und gruppendynamische Prozesse, ergänzende Informationen zu den Einzelinterviews zu gewinnen (Lamnek & Krell, 2016, S. 376; Misoch, 2019, S. 137). Dabei ermöglicht die Fokusgruppe die Erhebung der Positionen mehrerer Personen und gibt gleichzeitig einen Einblick in die Kommunikationsprozesse einer Gruppe. Zudem ist die Atmosphäre während einer Fokusgruppe im Vergleich zu einem Einzelinterview häufig entspannter und das Gruppeninterview nähert sich eher an eine natürliche Gesprächssituation an (Döring & Bortz, 2016, S. 381; Lamnek & Krell, 2016, S. 389).

Des Weiteren können sich die Teilnehmer*innen durch ihre Antworten gegenseitig anregen, was zur Generierung von zusätzlichen Informationen führen kann, welche im Einzelinterview nicht thematisiert worden wären (Döring & Bortz, 2016, S. 381; Misoch, 2019, S. 139). Überdies wird die Fokusgruppe von einem Moderator geleitet, der in den meisten Fällen der Forschende ist und anhand eines Leitfadens die Diskussion unter den Teilnehmer*innen anregt, sie aber nicht beeinflusst oder inhaltlich in das Gespräch eingreift (Przyborski & Riegler, 2020, S. 401; Vogl, 2022, S. 914).

Bei den Fokusgruppen in Teilstudie I und II handelte es sich um Realgruppen, deren Teilnehmer*innen an einer Schule zusammenarbeiteten. Die Fokusgruppe in Teilstudie 3c war eine künstliche Gruppe, deren Teilnehmer*innen sich vorher nur teilweise kannten und nicht zusammen arbeiteten (Lamnek & Krell, 2016, S. 410; Misoch, 2019, S. 137). Alle Fokusgruppen waren zudem Expert*inneninterviews, da die interviewten Personen durch ihre Qualifikation oder Profession über ein spezielles Wissen hinsichtlich der Fragestellung verfügten (Misoch, 2019, S. 119). Bei den Expert*inneninterviews standen nicht die Befragten als Individuum im Vordergrund, sondern fungierten als „*Funktionsvertreter*innen*“ mit speziellem Wissen zu den erfragten Themengebieten (Misoch, 2019, S. 120). Nach Bogner, Littig und Menz (2014, S. 19) sind die durchgeführten Expert*inneninterviews dem systematisierenden Experteninterview zuzuordnen, welches den Schwerpunkt auf die Exploration von praxisbasiertem Handlungs- und Erfahrungswissen der Expert*innen legt. Sowohl bei den Fokusgruppen als auch den Einzelinterviews mit den Expert*innen war es das Ziel, die Erfahrungen und das spezifische Wissen der Expert*innen für die Analyse der Bedarfe (Teilstudie I), Entwicklung des Gesundheitsförderungsförderungsprogramms, kommunikative Validierung (Teilstudie II) sowie die Modifikation des Messinstrumentes (Teilstudie III) zu nutzen.

Im Rahmen dieser Arbeit war das Vorgehen der Fokusgruppen an dem der leitfadengestützten Einzelinterviews orientiert und es wurden für beide Interviewformen Leitfäden verwendet, die

an den jeweiligen Fragestellungen ausgerichtet waren (Bogner et al., 2014, S. 55). Es wurde in Teilstudie I ein Gruppeninterview mit Expert*innen des schulischen Settings zur Bedarfsanalyse geführt, wobei ursprünglich eine weitere Fokusgruppe geplant war, allerdings aufgrund der COVID-19-Pandemie kurzfristig auf telefonische Einzelinterviews umgestellt werden musste. In Teilstudie II wurde ein Gruppeninterview mit Expert*innen zur kommunikativen Validierung des Konzeptionsentwurfs und in Teilstudie III ein Gruppeninterview zur kommunikativen Validierung der Ergebnisse der Einzelinterviews zur Modifikation des Fragebogens geführt. Dabei fungierte die Autorin selbst als Moderatorin und transkribierte im Anschluss mit Unterstützung einer wissenschaftlichen Hilfskraft die Daten. Die Auswertung erfolgte ebenfalls durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022).

2.3.3 Befragung von Kindern und Jugendlichen

Die vorliegende Studie beinhaltete Befragungen von Expert*innen und Eltern sowie Kindern und Jugendlichen, bei deren Befragung bestimmte Besonderheiten beachtet werden müssen. Seit den 1980er Jahren hat sich das gesellschaftliche Bild von Kindern und Jugendlichen und die Einstellung zu deren Befragung in der empirischen Sozialforschung gewandelt (Nachtsheim & König, 2022, S. 1201). Heute gelten Kinder und Jugendliche als eigenständige Akteure, als *„aktive (Ko-)Konstrukte der gesellschaftlichen Wirklichkeit“* sowie *„ernstzunehmende Interviewpartner“* (Mey & Schwentesius, 2019, S. 7; Vogl, 2015, S. 11). Deshalb werden Kinder selbst zu ihrer Lebenswelt befragt, in die Forschung miteinbezogen und zählen somit zu einer befragungswürdigen Gruppe (Vogl, 2015, S. 11).

Besonders wenn die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen erfragt werden sollen, reicht es nicht aus, diese von Erwachsenen als Stellvertreter*innen bestimmen zu lassen (Nachtsheim & König, 2022, S. 1201; Vogl, 2015, S. 11). Denn *„Kinder sehen ihre Umwelt mit anderen Augen als Erwachsene, und nur, wenn wir die kindliche Umwelt auch aus ihrer Sicht erfassen, wenn wir die Kinder selbst berichten und bewerten lassen, kann diese Umwelt adäquat im Hinblick auf kindliche Entwicklung und kindliches Wohlbefinden beurteilt werden“* (Lang, 1985; zitiert nach Vogl, 2015, S. 11). Es lassen sich zahlreiche Gründe finden, warum Kinder selbst zu ihrer Lebenswelt befragt werden sollten, wie insbesondere, dass Kinder am besten über ihre Eindrücke, Bedürfnisse und Gedanken Auskunft geben können. Den Eltern bleiben oftmals einige Lebensbereiche der Kinder verborgen, und so haben sie nur partielle Einblicke in die Lebenswelt der Kinder. Zudem sind Kinder selbst die besten Informant*innen insbesondere, wenn es um Freundschaften, Gleichaltrige, Ängste und Sorgen, Verhalten und gesundheitsbezogene Erfahrungen geht (Nachtsheim & König, 2022, S. 1202; Vogl, 2015, S. 11). Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Arbeit die Viert- und Fünftklässler*innen zu ihren Bedürfnissen hinsichtlich schulischer Gesundheitsförderung befragt, um ein bedürfsorientiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase zu entwickeln.

Die Methoden der qualitativen Sozialforschung können grundsätzlich auch bei Kindern und Jugendlichen Anwendung finden. Doch es ist vorab zu prüfen, ob die ausgewählte Methode angemessen für diese Zielgruppe ist und zur Beantwortung der Forschungsfrage dient (Mey & Schwentesius, 2019, S. 6; Vogl, 2015, S. 14). Letztendlich können die notwendigen Daten nur gewonnen werden, wenn die Methode für die Kompetenzen und den Entwicklungsstand der Kinder geeignet ist (Vogl, 2015, S. 14). Eine allgemeingültige Vorgehensweise ist bei Kindern und Jugendlichen nicht adäquat, da das Vorgehen wesentlich durch die verschiedenen Phasen der Entwicklung beeinflusst wird (Vogl, 2015, S. 83). Ebenso müssen Grenzen der Verfahren sowie der kognitive und soziale Entwicklungsstand beachtet werden, wie die Fähigkeit sich in Interviews oder Diskussionen verbal zu äußern (Mey & Schwentesius, 2019, S. 6; Nachtsheim & König, 2022, S. 1201).

Um die Verhaltens- und Denkformen von Kindern zu identifizieren, eignen sich qualitative Verfahren besser als quantitative Methoden. Durch das Prinzip der Offenheit können Sinn- und Regelsysteme sowie die Lebenserfahrung der Kinder zugänglich gemacht werden. Im Hinblick auf die Natürlichkeit der Situation ist die Sprache der Beteiligten die Basis der Kommunikation (Vogl, 2015, S. 54). So muss der Sprachstil des Forschenden auf die Zielgruppe angepasst sein. Dies heißt für Interviews mit Kindern, dass die Sätze kurz, präzise und in eigenen Worten formuliert werden sollten. Zudem ist auf komplizierte Sätze zu verzichten (Lamnek & Krell, 2016, S. 675). Dies wurde bei der Entwicklung der Leitfäden für die Schüler*innen durchgehend berücksichtigt.

Qualitative Interviews mit Kindern und Jugendlichen bieten die Möglichkeit, dass die Kinder sich selbst einbringen und insbesondere Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Erziehungsberechtigten und den Kindern oder zwischen Lehrkräften und den Schüler*innen aufgedeckt und anerkannt werden können (Nachtsheim & König, 2022, S. 1201). Die Flexibilität in Art, Formulierung und Abfolge der Fragen sind die Vorteile von offenen Interviews mit Kindern und Jugendlichen. Zudem werden Hemmungen bei den Kindern und Jugendlichen aufgrund der natürlicheren Situation verringert (Vogl, 2015, S. 60). Die Vorteile von standardisierten Interviews mit Kindern richten sich nach den Vorteilen standardisierter Verfahren im Allgemeinen (Vogl, 2015, S. 60).

Die Altersempfehlung für qualitative Interviews mit Kindern beginnt bei vier bis fünf Jahren (Mey & Schwentesius, 2019, S. 10; Vogl, 2015, S. 56). Allerdings ist das Mindestalter schlussendlich abhängig vom Grad der Standardisierung, der Methode und dem Inhalt (Vogl, 2015, S. 60).

Zudem ist die Gestaltung der Interviewsituation von großer Bedeutung. Dabei ist auf eine vertraute Umgebung und einen störungsfreien Ort zu achten (Heinzel, 2012, S. 28). Die bekannten Kommunikationsregeln in der Schule gliedern die Antworten der Kinder. Das Agieren mit

Kindern fordert eine freundliche, ermutigende, unterstützende, vorsichtige, rücksichtsvolle und geduldige Haltung von Seiten des Forschenden (Mey & Schwentesius, 2019, S. 11).

Die Befragung von Kindern bedarf grundsätzlich im Vorhinein einer schriftlichen Einverständniserklärung der Eltern oder Erziehungsberechtigten (Vogl, 2015, S. 93). Ebenfalls ist das Einverständnis der Kinder einzuholen, da *„auch die Kinder ein Recht auf Schutz ihrer Privatsphäre haben und nicht ohne weiteres befragt und untersucht werden dürfen“* (Lamnek & Krell, 2016, S. 675).

2.3.4 Telefon- und Videointerviews

Das Telefoninterview ist in der Markt- und Meinungsforschung als Erhebungsmethode eine überwiegend angewandte Methode. Seit den 1980er-Jahren ist das Telefoninterview weltweit als quantitative Methode angesehen. In der qualitativen Forschung ist der Einsatz von Telefoninterviews eine Seltenheit und wird von vielen qualitativen Forscher*innen als kritisch angesehen, da die qualitative Forschung versucht das Subjekt in einer möglichst natürlichen Situation zu befragen und die Situation eines Telefoninterviews eher unnatürlich wirkt. Für qualitative Forschungszwecke sind Telefoninterviews in den meisten Fällen ungeeignet, da die personalen Aspekte von großer Bedeutung sind und diese über ein Telefongespräch nicht vermittelt werden können. Daher sind Face-to-Face-Interviews weiterhin der Goldstandard in der qualitativen Forschung. Telefoninterviews eignen sich für semi-strukturierte Leitfadeninterviews oder für episodische Interviews (Lamnek & Krell, 2016, S. 327; Misoch, 2019, S. 170).

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten für die vorliegende Arbeit ein Großteil der Interviews in Teilstudie I telefonisch und in Teilstudie 3c als Videointerviews geführt werden. Diese Formen des Leitfadeninterviews bergen Vor- und Nachteile. Von Vorteil ist, dass Kosten und Zeit gespart werden, die Anonymität größer ist und es ein höheres Maß an Offenheit hervorbringt (Misoch, 2019, S. 171). Zudem ist eine gute Erreichbarkeit, Nachfragemöglichkeit und Wiederholbarkeit bei Telefoninterviews möglich. Dennoch ergeben sich aus der Interviewform Nachteile wie beispielsweise das Fehlen des visuellen Elements bei Telefoninterviews. Der persönliche Aspekt fehlt bei einem Telefoninterview, und dies führt es zu einem unpersönlichen und anonymen Charakter. Des Weiteren ist dadurch der Kommunikationsfluss nur gering lenkbar (Lamnek & Krell, 2016, S. 327).

In der Kindheitsforschung eignen sich Telefoninterviews bedingt für diese Zielgruppe. Während eines Telefoninterviews kann sich das Autoritätsverhältnis relativieren und es ist möglich, dass die Kinder stärker auf die Beantwortung der Fragen fokussiert sind, da es im Telefonsetting weniger visuelle Ablenkungen gibt (Lamnek & Krell, 2016, S. 674). Telefoninterviews werden laut Vogl (2015, S. 86) aber selten bei Kindern und Jugendlichen angewendet. Es wird davon ausgegangen, dass die vertrauensvolle Atmosphäre bei Telefoninterviews verloren

geht, und die Verständigung aufgrund der Verringerung der Kommunikationskanäle gestört wird. Eine weitere Grenze des Telefoninterviews ist es, dass die Erhebungssituation schwer zu kontrollieren ist und dass mit Drittpersoneneffekten gerechnet werden muss (Misoch, 2019, S. 173).

In Teilstudie 3c wurden mit den Expert*innen Interviews mit dem Videokonferenztool Cisco Webex geführt. Während sich in der quantitativen Forschung Online-Erhebungen bereits etabliert haben, gibt es bei den qualitativen Methoden mit der zunehmenden Präsenz von digitalen Medien im Alltag ebenfalls einen Trend zum Einsatz von digitalen Erhebungsmethoden (Misoch, 2019, S. 177). Das Videointerview ist dem Telefoninterview insofern überlegen, da es zusätzlich die visuellen Informationskanäle abbilden kann und sich dadurch eher einer Kommunikationssituation in Präsenz annähert. Es kann insbesondere die nonverbale Kommunikation (Mimik und Gestik) des Gegenübers wahrgenommen werden, während im Telefoninterview die Kommunikation auf den verbalen Anteil reduziert ist. Durch das Videointerview erhöht sich die soziale Präsenz bei allen Beteiligten und es ist für den Forschenden leichter möglich, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen (Gnambs & Batinic, 2020, S. 107–108; Misoch, 2019, S. 178).

2.3.5 Leitfadenentwicklung

Vor der Entwicklung der Leitfäden wurde anhand der Forschungsfragen der jeweiligen Teilstudie konkretisiert, was genau mit den Interviews aus der jeweiligen Perspektive erhoben werden sollte und darauf aufbauend unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Interviewphasen und dem Stand der Forschung die Leitfäden entwickelt. Bei der Konzeption der Leitfäden wurden die Kriterien zur Leitfadenentwicklung nach Helfferich (2011, S. 180) zur Qualitätssicherung angewendet (s. Kasten 13).

Kasten 13: Kriterien zur Entwicklung der Leitfäden nach Helfferich (2011, S.180).

- Zentrierung der Grundprinzipien qualitativer Forschung und Gewährleistung von Offenheit
- nicht zu viele Fragen
- formal übersichtliche Gestaltung und einfache Handhabung
- Berücksichtigung des Erinnerungs- und Argumentationsflusses, sodass keine abrupten Sprünge oder Themenwechsel erfolgen
- Fragen sind so formuliert, dass sie nicht abgelesen werden müssen
- der Leitfaden lässt dem Interviewten Raum für Erzählungen und dem Interviewer für Nachfragen

Dabei lag in Teilstudie I der Fokus auf den Bedarfen und Bedürfnissen hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms, in Teilstudie II auf der kommunikativen Validierung des Konzeptionsentwurfes, in Teilstudie 3a auf der Verständlichkeitsprüfung des Messinstrumentes

und in Teilstudie 3c auf der Beurteilung des Messinstrumentes sowie anschließender Modifikation. In Teilstudie 3a wurde allerdings kein Gesprächsleitfaden verwendet, sondern lediglich während der Interviews anhand des Fragebogens protokolliert, ob die Items für die Schüler*innen verständlich waren und welche Veränderungen vorgeschlagen wurden.

Bei der Entwicklung der Fragen wurde in allen Leitfäden besonders darauf geachtet, dass die Fragen offen und erzählgenerierend formuliert wurden (Helfferich, 2011, S. 181). Zu Beginn der Leitfäden wurde jeweils eine Einstiegsfrage formuliert, die einen direkten Bezug zur Fragestellung sowie zur Perspektive des Befragten hatte und somit die Interviewten einen Anknüpfungspunkt hatten, der einen unbeschwerten Einstieg in das Gespräch ermöglichte. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass die Interviewten direkt ihre Sicht zum Thema darstellen konnten und zum Erzählen angeregt wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 166). Des Weiteren gaben alle Leitfäden die Möglichkeit, Zwischen- und Verständnisfragen einzubauen und die Fragen während des Gesprächsverlaufs anzupassen oder auszutauschen, was zu einer offenen Gesprächsatmosphäre beitragen sollte (Lamnek & Krell, 2016, S. 321). Bei der Konzeptionierung wurde für die Einzelinterviews eine durchschnittliche Interviewdauer von 45-60 Minuten und für die Fokusgruppen von 90 Minuten geplant. Außerdem wurden sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppeninterviews innerhalb der jeweiligen Personengruppen dieselben Leitfäden verwendet. Nachfolgend wird explizit auf die Leitfäden in den einzelnen Teilstudien eingegangen und alle Leitfäden können dem Anhang entnommen werden.

Teilstudie I. Die drei Leitfäden (Expert*innen, Schüler*innen und Eltern) der Teilstudie I basierten auf einer ausführlichen Literaturrecherche zum Thema Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe und wurden vor der Durchführung der Interviews in einer Arbeitsgruppe diskutiert und modifiziert. Anhand der recherchierten Literatur wurden unter Einbezug des Studienziels die Fragestellungen für die Teilstudie I formuliert, die die Basis der Leitfäden darstellten. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der Leitfaden für die Expert*inneninterviews (Hauptfragestellung) in fünf inhaltliche Themenblöcke untergliedert.

Der erste Block befasste sich mit den Belastungen (Lazarus & Launier, 1981) der Schüler*innen vor und nach dem Übergang in die Sekundarstufe I aus der Perspektive der Expert*innen. Dabei war es das Ziel, alle Belastungen im Zusammenhang mit dem Übergang zu erfassen und daraus entsprechende Bedarfe abzuleiten, die bei der Entwicklung des Gesundheitsförderungsprogramms berücksichtigt wurden. Im zweiten Block wurden die Ressourcen (Antonovsky, 1997) sowie die Stressverarbeitung (Lazarus & Launier, 1981) der Schüler*innen aus der Sicht der Expert*innen exploriert, um diese Erkenntnisse ebenfalls in die Programmkonzeption einfließen zu lassen. Der dritte Block diente der Erfassung von bisherigen Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung im Kontext der Übergangsphase, dem Bedarf an

Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sowie Barrieren bei der Umsetzung solcher Maßnahmen. Dabei war insbesondere von Bedeutung, ob und welche konkreten Bedarfe die Expert*innen an Gesundheitsförderung in der Übergangsphase formulierten und welche Barrieren es bei der Implementation und Umsetzung in der Praxis aus der Sicht der Expert*innen gibt bzw. geben könnte. Die Fragen im vierten Block thematisierten den Aufbau sowie die Elemente und Inhalte des zukünftigen Gesundheitsförderungsprogramms. Hier wurden die Expert*innen zu den Rahmenbedingungen, den Inhalten, der Aufbereitung des Materials sowie der möglichen Integration eines Peer-Education-Ansatzes und der Elternbeteiligung befragt. Der Fokus lag auf konkreten Vorschlägen der Expert*innen zur Gestaltung des Programms, die eine gute Umsetzbarkeit und Integration in den Schulalltag gewährleisten. Zusätzlich enthielt der Leitfaden einen fünften Block zur Konzepterweiterung der Schulgesundheitsfachkräfte, der in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsplanung der Stadt Flensburg erarbeitet und in die Interviews integriert wurde. Die Ergebnisse bezüglich dieses Blocks wurden allerdings gesondert und nicht im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgewertet. Zum Abschluss wurde zur Wertschätzung der Interviewpartner*innen eine Ausstiegsfrage formuliert, bei der diese auf noch nicht genannte Aspekte eingehen konnten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 170). Zudem wurden die Expert*innen gefragt, was sie sich für die Zukunft wünschten, um allen Schüler*innen einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I zu ermöglichen.

Innerhalb der Teilstudie I wurde bei der Entwicklung der Leitfäden berücksichtigt, dass bei der Auswertung auch ein Vergleich der verschiedenen Perspektiven ermöglicht werden sollte. Daher wurden die Leitfäden für alle Zielgruppen miteinander abgeglichen und möglichst die gleichen Themenblöcke in die Leitfäden aufgenommen. Dabei wurden die Inhalte an die jeweilige Zielgruppe angepasst und ggf. Themenblöcke weggelassen oder hinzugefügt.

Der Leitfaden zur Bedürfnisanalyse mit den Schüler*innen umfasste drei Themenblöcke. Es wurden Viert- und Fünftklässler*innen mit diesem Leitfaden interviewt, weshalb es erforderlich war, die Formulierungen der Fragen im Leitfaden entsprechend der Jahrgangsstufe anzupassen, da z.B. die Fünftklässler*innen den Übergang bereits vollzogen hatten. Im Vergleich zu den Expert*innen wurden die Themenblöcke zur schulischen Gesundheitsförderung und zur Konzepterweiterung der Schulgesundheitsfachkraft nicht in den Leitfaden für die Schüler*innen aufgenommen, da diese Blöcke explizit auf das Expert*innenwissen und die Bedarfe abzielten. Zum Einstieg wurde mit den Schüler*innen die Ressourcenwunschblume (Hampel & Petermann, 2017a) bearbeitet, um den Schüler*innen den Einstieg in das Interview zu erleichtern und eine angehnehme Gesprächsatmosphäre zu erzeugen. Anschließend folgten analog zu den Expert*innen die Themen Belastungen (Lazarus & Launier, 1981), Ressourcen (Antonovsky, 1997), Stressverarbeitung (Lazarus & Launier, 1981) sowie der Aufbau und die Inhalte des zukünftigen Gesundheitsförderungsprogramms. Abschließend wurden die

Viertklässler*innen gefragt, was sie sich wünschen würden, um den Übergang in die Sekundarstufe I zu erleichtern und die Fünftklässler*innen konnten äußern, was sie sich wünschen, damit es ihnen an der neuen Schule noch besser geht.

Die Eltern wurden ebenfalls mit einem Leitfaden befragt, der analog zu den Schüler*innen die drei Themenblöcke Belastungen, Ressourcen/Stressverarbeitung sowie Aufbau/Elemente des zukünftigen Programms enthielt. Dabei wurden die Formulierungen der Fragen an die Perspektive der Eltern angepasst und ebenfalls berücksichtigt, ob die Kinder der Eltern in der vierten oder fünften Klasse waren. Zum Abschluss wurden die Eltern gefragt, was sie sich wünschen würden, damit der Schulwechsel aus der familiären Perspektive erleichtert wird bzw. was das Ankommen an der neuen Schule verbessern würde.

Teilstudie II. Aus den Ergebnissen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse der Teilstudie I wurde ein Entwurf für ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und anschließend in Teilstudie II kommunikativ validiert. Der Leitfaden für die Fokusgruppe basierte im Wesentlichen auf dem Konzept. Weiterhin wird das Gesundheitsförderungsprogramm ausführlich in Kapitel 4 dargestellt. Zur kommunikativen Validierung des Konzeptes mit den Expert*innen wurden im Leitfaden Fragen zur Beurteilung des Gesamtkonzeptes, den Rahmenbedingungen, den Inhalten und zur Umsetzbar- und Integrierbarkeit in den Schulalltag gestellt. Zudem wurden die Expert*innen zu Veränderungswünschen und Verbesserungsvorschlägen sowie zu möglichen Herausforderungen und Barrieren bei der Implementation und Umsetzung des Programms in der Schule befragt, um anhand dieser Erkenntnisse Modifikationen an der Konzeption vorzunehmen und dadurch eine Verbesserung der Akzeptanz und Durchführbarkeit des zukünftigen Programms zu erreichen.

Teilstudie 3c. In der Teilstudie 3c sind zwei Leitfäden eingesetzt worden. Der erste wurde für die Einzelinterviews mit den Expert*innen zur Beurteilung und Modifikation des Messinstrumentes verwendet und der zweite für die Fokusgruppe mit den Expert*innen zur kommunikativen Validierung der Modifikationen. Eingeleitet wurden die Interviews durch eine Einstiegsfrage, die auf den persönlichen Gesamteindruck des Messinstrumentes der Expert*innen abzielte. Weiterhin umfasste der Leitfaden für die Einzelinterviews zwei inhaltliche Blöcke, welche sich mit dem Aufbau und dem Inhalt des Fragebogens befassten. Dabei wurden hinsichtlich des Aufbaus der Gesamtumfang, der Itemstamm, die Instruktion, die Beispiele sowie die Antwortskalierung mit den Expert*innen diskutiert. Inhaltlich wurden die Abbildung des Konstruktes, die Verständlichkeit und die Formulierung der Items thematisiert. Außerdem waren die Expert*innen angehalten Vorschläge für Verbesserungen des Messinstrumentes zu machen und darzulegen, welche Inhalte bzw. Subtests noch hinzugefügt und welche Items/Subtest aus ihrer Sicht entfernt werden sollten.

Nach den Einzelinterviews wurde der Fragebogen anhand der Ergebnisse modifiziert und den Expert*innen vor der Fokusgruppe zur Verfügung gestellt. Außerdem wurden zu Beginn der Fokusgruppe, den Teilnehmer*innen die Veränderungen des Fragebogens im Vergleich zu der Vorversion aus den Einzelinterviews in Form einer PowerPoint-Präsentation vorgestellt. Der Leitfaden aus den Einzelinterinterviews wurde für die Fokusgruppe im Wesentlichen übernommen und lediglich durch konkrete Nachfragen zu den vollzogenen Veränderungen des Messinstrumentes ergänzt. Zudem wurde zum Einstieg in die Fokusgruppe gefragt, welche Veränderungen den Expert*innen als besonders günstig oder ungünstig aufgefallen waren. Abgeschlossen wurde die Fokusgruppe mit der Frage, was die Expert*innen sich über das Gesagte hinaus wünschen würden, um ein gut einsetzbares Messinstrument zu erhalten.

2.3.6 Sampling und Zugang zum Feld

Sampling. Auf der Grundlage des qualitativen Forschungsansatzes wurde im Gegensatz zum quantitativen Forschungsansatz eine geringere Stichprobengröße für die Teilstudien I und 3c gewählt, da es in der qualitativen Forschung nicht in erster Linie um Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse geht (Lamnek & Krell, 2016, S. 363). Trotzdem muss die Auswahl der Befragten nach bestimmten Kriterien erfolgen, um ein systematisches Vorgehen und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2022, S. 133). Die Möglichkeiten der Generalisierbarkeit der Ergebnisse hängt dabei im Wesentlichen von der bewussten Fallauswahl und der Samplingstrategie ab (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 227–228). In der vorliegenden Arbeit wurde ein **selektives Sampling** angewendet, bei dem die relevanten soziodemografischen Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Beruf) als „*Indikatoren für bedeutsame Struktureinflüsse gelten*“ und vor der Datenerhebung festgelegt werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 184). Infolgedessen wurde das Sample für die Teilstudien I, II und die Teilstudie 3a und 3c der vorliegenden Arbeit anhand bestimmter Auswahlkriterien bestimmt, die der folgenden Abbildung 14 entnommen werden können. Dabei galten sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppeninterviews in den jeweiligen Teilstudien die gleichen Kriterien. In der Teilstudie I war es das Ziel, innerhalb der Personengruppen eine möglichst homogene Sampleziehung zu erreichen bzw. sollten die Merkmale Geschlecht und Alter bei den Schüler*innen möglichst gleich verteilt sein (Misoch, 2019, S. 210). Bei den Expert*innen des schulischen Settings (Teilstudien I, II und III) waren diese Merkmale nicht ausschlaggebend, da hier das Expert*innenwissen im Vordergrund stand (Misoch, 2019, S. 119). Für die Fokusgruppe mit den Expert*innen des schulischen Settings in Teilstudie II galten die gleichen Samplekriterien wie für die Expert*innen in Teilstudie I. Hier war nur zusätzlich Voraussetzung, dass die Befragten zuvor bereits an den Einzelinterviews in Teilstudie I

teilgenommen hatten, da die Fokusgruppe hauptsächlich der kommunikativen Validierung der Ergebnisse der Teilstudie I diente (Lamnek & Krell, 2016, S. 152).

Samplekriterien Lehrer*innen/Expert*innen

- Klassenlehrer*innen im 4. oder 5. Jahrgang
- Schulsozialarbeiter*innen, Schulgesundheitsfachkraft, Schulleitung
- Tätigkeit an einer der Schulen A, B, C oder D

Samplekriterien Schüler*innen

- Schüler*innen 4. oder 5. Jahrgang
- Schüler*innen an einer der Schulen A, B, C oder D
- Alter zwischen 9 und 12 Jahren

Samplekriterien Eltern

- Kinder im 4. oder 5. Jahrgang
- Kinder besuchen eine der Schulen A, B, C oder D

Abbildung 14: Samplekriterien Teilstudie I.

In den Teilstudien 3a und 3c wurde ebenfalls das selektive Sampling angewendet. Die konkreten Kriterien können der Abbildung 15 entnommen werden. Für die Teilstudie 3a sollte ebenfalls eine Gleichverteilung hinsichtlich Alter und Geschlecht erreicht werden. In der Teilstudie 3c wurden zur Varianzmaximierung Expert*innen mit unterschiedlichen Professionen sowohl aus der Forschung als auch der Praxis ausgewählt (Misoch, 2019, S. 210). Dabei wurde außerdem ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt, dies stand allerdings bei der Fallauswahl nicht im Vordergrund.

Samplekriterien Teilstudie 3a

- Schüler*innen in der Klasse 3 oder 5
- Schüler*innen an einer Grund- oder Gemeinschaftsschule in SH
- Alter zwischen 8 und 12 Jahren

Samplekriterien Teilstudie 3c

- Expertenwissen zum Thema sozial-emotionale Kompetenzen
- berufliche Tätigkeit in Forschung oder Praxis mit Kindern oder Jugendlichen
- Kenntnisse zum Umgang mit Messinstrumenten und deren Beurteilung

Abbildung 15: Samplekriterien Teilstudie 3a und 3c.

Zugang zum Feld. Insgesamt wurden in Teilstudie I vier Personengruppen (Schüler*innen, Expert*innen, Lehrer*innen und Eltern) in die Untersuchung miteinbezogen, um die Bedarfe und Bedürfnisse aus verschiedenen Perspektiven beurteilen zu können (s. Abb. 16). In den qualitativen Teilstudien II (Expert*innen des schulischen Settings), 3a (Schüler*innen) und 3b (Expert*innen sozial-emotionale Kompetenz) wurde jeweils eine Personengruppe einbezogen.

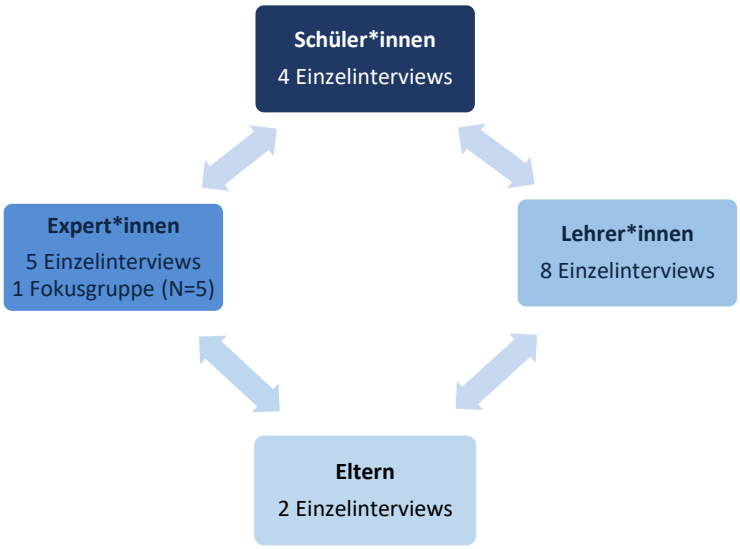


Abbildung 16: Sample der Teilstudie I.

Der Zugang zum Sample der **Schüler*innen** erfolgte in Teilstudie I über den Kontakt zur Gesundheitsplanung der Stadt Flensburg und den Schulgesundheitsfachkräften, die an den Schulen A bis D tätig sind. Nach der Anbahnung des Kontaktes wurde das Forschungsvorhaben von der Autorin an den Schulen vorgestellt und mit den Schulleitungen abgestimmt. Anschließend wurden in den jeweiligen Klassen die Schüler*innen mit einem Informationsschreiben angesprochen, welches zudem die Einverständniserklärung (s. Anhang B) für die Eltern enthielt. Aus den Schüler*innen, die sich freiwillig zu den Interviews bereiterklärten, wurden anhand der Samplekriterien die Schüler*innen für die Interviews ausgewählt. Die Terminabsprache wurde von der Schulgesundheitsfachkraft mit den Eltern und Lehrer*innen koordiniert. Nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie Mitte März 2020 wurde der Kontakt zu den Schüler*innen durch die Schulschließungen wesentlich erschwert und in den Schulen A und C waren keine Interviews mit den Schüler*innen möglich. Beim Zugang zu den **Lehrer*innen** und **Expert*innen** fungierten die Schulgesundheitsfachkräfte ebenfalls als Gatekeeper und wurden zudem selbst als Expert*innen des schulischen Settings interviewt. Die **Eltern** wurden über ein Informationsschreiben, welches von den Klassenlehrkräften weitergeleitet wurde, über die Studie informiert und konnten sich über dieses Anschreiben freiwillig zu den Interviews anmelden. Auch bei den Eltern konnte nach Beginn der COVID-19-Pandemie an den Schulen A und C der Kontakt nicht hergestellt werden, sodass an diesen beiden Schulen keine Elterninterviews möglich waren.

Für die **Teilstudie II** zur kommunikativen Validierung des Konzeptionsentwurfes wurden erneut die Expert*innen und Lehrer*innen aus der Teilstudie I angesprochen und in Form einer Fokusgruppe befragt. Auch hier konnte aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen nur eine der ursprünglich zwei geplanten Fokusgruppen durchgeführt werden.

Die **Teilstudie 3a** wurde für den Primarbereich in Kooperation mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) durchgeführt und über die Masterandin der Kontakt zu einer Grundschule in Lübeck hergestellt. Hier wurden ebenfalls zunächst die Schulleitung und die Lehrer*innen über das Vorhaben informiert und anschließend die Schüler*innen und Eltern über ein Informationsschreiben angesprochen. Nach Einverständnis der Eltern und Schüler*innen, wurden anhand des Versuchsplans die entsprechenden Schüler*innen für die Befragung ausgewählt. Für den Sekundarbereich erfolgte die Akquise der Schüler*innen über persönliche Kontakte der Autorin. Dabei konnten durch ein Schneeballverfahren vier Schüler*innen des 5. Jahrgangs eines Gymnasiums in Flensburg für die Studie gewonnen werden.

In **Teilstudie 3c** erfolgte der Kontakt zu den **Expert*innen** über berufliche Netzwerke der Erstgutachterin der vorliegenden Arbeit. Dabei wurden die Expert*innen von der Autorin per Mail kontaktiert und über das Forschungsvorhaben informiert. Bei einer Zusage zum Interview wurden individuell Termine mit den Expert*innen für das Online-Interview vereinbart. Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten die Interviews nicht in Präsenz stattfinden. Gleichzeitig war es aber möglich, Expert*innen aus dem gesamten Bundesgebiet einzubeziehen.

2.3.7 Interviewdurchführung

Im folgenden Abschnitt wird der Ablauf der einzelnen Interviews näher beschrieben. Es wird dargestellt, wann und wo die Interviews geführt wurden und wie sich die Umsetzung des Leitfadens und der Beziehungsaufbau gestaltet haben.

Zeitlicher Ablauf und Räumlichkeiten. Die Einzel- sowie Gruppeninterviews mit den jeweiligen Personengruppen wurden im Zeitraum zwischen März 2020 (Teilstudie I) und August 2021 (Teilstudie 3c) durchgeführt. Die ersten Interviews für die Teilstudie I wurden Anfang März 2020 vor dem Beginn der COVID-19-Pandemie in Präsenz durchgeführt. Nach mehrfacher Anpassung des Versuchsplans und Fortsetzung der Interviews in telefonischer Form, wurde die Erhebungsphase der Teilstudie I im Juni 2020 beendet. Im Oktober 2020 wurde die Fokusgruppe (Teilstudie II) zur kommunikativen Validierung der Programmkonzeption durchgeführt. Zuletzt wurden im Rahmen der Teilstudie 3c von Mitte Juni bis Mitte Juli 2021 die Expert*inneninterviews und im August 2021 die Fokusgruppe mittels des Videokonferenztools Cisco Webex durchgeführt. Die Terminabsprache mit den Schüler*innen und Eltern erfolgte über die Schulgesundheitsfachkräfte. Bei den Lehrer*innen und Expert*innen des schulischen Settings (Teilstudie I) erfolgte der Kontakt ebenfalls über die Schulgesundheitsfachkräfte. Bei

Teilstudie 3a wurden die Termine eigenständig über die Autorin abgesprochen und bei Teilstudie 3c wurden die Termine mit den Expert*innen per Mail ebenfalls über die Autorin der Arbeit vereinbart. Hierbei wurden alle Teilnehmer*innen zunächst über das Forschungsvorhaben und den allgemeinen Ablauf der Interviews informiert und hatten die Möglichkeit Fragen zu stellen.

Die Befragungen in Teilstudie I und III fanden größtenteils an unterschiedlichen Tagen statt, da die Termine mit den Teilnehmer*innen individuell abgesprochen wurden. Außerdem wurden die Einzelinterviews mit den Schüler*innen in Teilstudie I (vor der COVID-19-Pamdemie) während der Unterrichtszeit in der Schule durchgeführt und die Telefoninterviews führten die Schüler*innen und Eltern von zu Hause aus, außerhalb der Unterrichtszeit. Die Fokusgruppe mit den Expert*innen in Teilstudie II wurde in Präsenz in der Schule in einem Klassenraum durchgeführt. In Teilstudie 3c wurden die Interviews über Cisco Webex an einem, von den Befragten selbst gewählten Ort (z.B. Home Office oder Büro), geführt und der Zeitpunkt konnte von den Expert*innen selbst gewählt werden.

Der zeitliche Umfang der Einzelinterviews variierte zwischen 26 und 90 Minuten, was durch die verschiedenen Persönlichkeiten der Befragten begründet werden kann. Die Fokusgruppen dauerten zwischen 40 Minuten und 75 Minuten. Dies lag ebenfalls an den Persönlichkeiten der Befragten, der unterschiedlichen Teilnehmer*innenanzahl und der jeweiligen Gruppendynamik. Einige Befragte antworteten sehr ausführlich und erörterten ihre Erfahrungen während der Übergangsphase (Teilstudie I) und die Beurteilung des Messinstrumentes (Teilstudie 3c), wohingegen andere Teilnehmer*innen eher knapp und präzise auf die jeweiligen Fragen antworteten. Bei Bedarf wurden in allen Interviews entsprechende Nachfragen gestellt, um die Forschungsfragen angemessen beantworten zu können.

Ablauf. Vor Beginn der Tonbandaufzeichnung wurden die Teilnehmer*innen in allen Interviews noch einmal über das Forschungsvorhaben und die Nutzung der Daten im Rahmen der vorliegenden Arbeit informiert. Dabei wurde insbesondere auf den Datenschutz und die Anonymisierung eingegangen. Es wurde verdeutlicht, dass die Interviews freiwillig erfolgen und alles Gesagte anonymisiert wird, so dass kein Rückschluss auf die jeweilige Person möglich ist. Bei den minderjährigen Schüler*innen (Teilstudie I) wurde zudem vorab das Einverständnis der Eltern eingeholt. Außerdem wurde den Interviewpartner*innen versichert, dass keine Daten an Dritte weitergegeben werden sowie, dass die Daten nur zum Zwecke der Untersuchung verwendet werden. Zudem wurde die Zustimmung zur digitalen Aufzeichnung des Interviews eingeholt und dabei betont, dass die Aufzeichnungen nach Abschluss der Studie gelöscht werden. Insbesondere bei den Telefon- und Videointerviews wurde die Audio- und Videoaufzeichnung noch einmal explizit erwähnt, um sicherzustellen, dass die Befragten mit der Aufzeichnung einverstanden sind, da z.B. bei Telefoninterviews das Aufnahmegerät nicht sichtbar ist.

Sofern an dieser Stelle keine Nachfragen bestanden, wurde bei den Präsenzinterviews die Einverständniserklärung (s. Anhang B) von den Befragten unterzeichnet und anschließend der grobe Ablauf des Interviews erläutert. Dieses Vorgehen war in den Einzel- und Gruppeninterviews identisch. Die Aufnahme erfolgte mit Hilfe eines digitalen Diktiergerätes bzw. über das Videokonferenztool.

Falls die Interviewpartner*innen keine weiteren Nachfragen hatten, wurde anschließend das Gespräch mit der Einstiegsfrage eröffnet. Bei den Schüler*innen (Teilstudie I) wurden die Interviews mit der „Ressourcenwunschblume“ (Hampel & Petermann, 2017a, S. 305) begonnen, um einen positiven Einstieg in die Interviews zu gewährleisten. Zudem konnte während der Interviews z.B. beim Thema Ressourcen auf die Blume eingegangen werden. In den Expert*inneninterviews (Teilstudie I und III) wurden die Gespräche ebenfalls durch eine offene Einstiegsfrage eingeleitet. Bei den Fokusgruppen wurde zusätzlich eine kurze Vorstellungrunde durchgeführt, da nicht alle Teilnehmer*innen sich persönlich kannten. Zudem wurden zu Beginn der Fokusgruppe in Teilstudie 3c den Teilnehmer*innen die Veränderungen an dem Messinstrument in Form einer PowerPoint-Präsentation verdeutlicht. Im Anschluss wurden die bereits im Kapitel 2.3.3 vorgestellten Themenblöcke der jeweiligen Leitfäden nacheinander bearbeitet. Zum Schluss wurden die Interviewpartner*innen gefragt, ob sie noch etwas thematisieren möchten, was im bisherigen Gespräch noch nicht angesprochen wurde. Diese Frage diente der Wertschätzung der Befragten und wirkte einem abrupten Ende des Interviews entgegen. Danach wurde die Tonband- oder Videoaufzeichnung beendet. Nach den Interviews wurde ein Interviewprotokoll / Postskriptum (s. Anhang B) ausgefüllt, falls die Interviewpartner*innen nach dem Ende der Tonbandaufzeichnung noch relevante Aspekte äußerten sowie, um die Interviewsituation zu dokumentieren. Dabei enthielt das Postskriptum Informationen zu den Rahmenbedingungen der Interviews, der Gesprächsdynamik und -atmosphäre sowie nonverbalen Kommunikation der Befragten (Lamnek & Krell, 2016, S. 347). Dies führt zu einem zusätzlichen Informationsgewinn, da das Postskriptum Inhalte dokumentiert, die durch das Transkript nicht abgebildet werden können. Diese Informationen werden für die Auswertung und Interpretation durch das Postskriptum nutzbar gemacht (Lamnek & Krell, 2016, S. 369).

Bei allen Befragungen konnte auf Abweichungen von der geplanten Reihenfolge der Themenblöcke flexibel reagiert und die Leitfadenfragen im Gesprächsverlauf durch entsprechende Adhoc-Fragen ergänzt werden. Die Priorität lag bei den Interviews nicht auf der Einhaltung der Reihenfolge, sondern auf der Beantwortung der Fragestellungen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 169–170). Daher wurde die Reihenfolge des Leitfadens auf die Antworten des Befragten angepasst und entsprechend auf die Äußerungen Bezug genommen. Es erwiesen sich alle Leitfäden als gute Orientierungshilfe und waren für das Forschungsvorhaben passend formuliert. Während der Interviews war das Verhalten der Forscherin zurückhaltend, um die

Interviewpartner*innen und ihre Antworten nicht zu beeinflussen. Der Beziehungsaufbau konnte sowohl in den Einzelinterviews als auch in den Fokusgruppen als positiv bewertet werden und die Interviewsituationen näherten sich aufgrund einer offenen und entspannten Atmosphäre nach kurzer Zeit eher einer natürlichen Gesprächssituation an. Allerdings gestaltete sich insbesondere bei den Telefoninterviews mit den Schüler*innen der Beziehungsaufbau als herausfordernd, da u.a. die nonverbalen Reaktionen während des telefonischen Interviews nicht wahrgenommen werden können (Hüfken, 2022, S. 1024). Wichtig war zudem, dass die Sichtweisen und Erfahrungen der Interviewten im Mittelpunkt standen und weder durch Kommentare oder suggestive Bemerkungen auf- oder abgewertet wurden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 106–107). Des Weiteren entstand der Eindruck, dass alle Beteiligten motiviert und interessiert an dem Forschungsvorhaben teilgenommen und gerne ihre Erfahrungen eingebacht haben. Es gab während der Interviews keine Störungen durch Dritte oder externe Umstände.

2.4 Datenerhebung der quantitativen Untersuchungsanteile

Die Teilstudie III wurde für den Grundschulbereich zum Test der ersten und zweiten Version des Fragebogens in Zusammenarbeit mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) aus dem Master of Education an Grundschulen realisiert. Die folgende Abbildung 17 stellt den Verlauf der Teilstudie III für die Versionen I-V des Fragebogens dar.

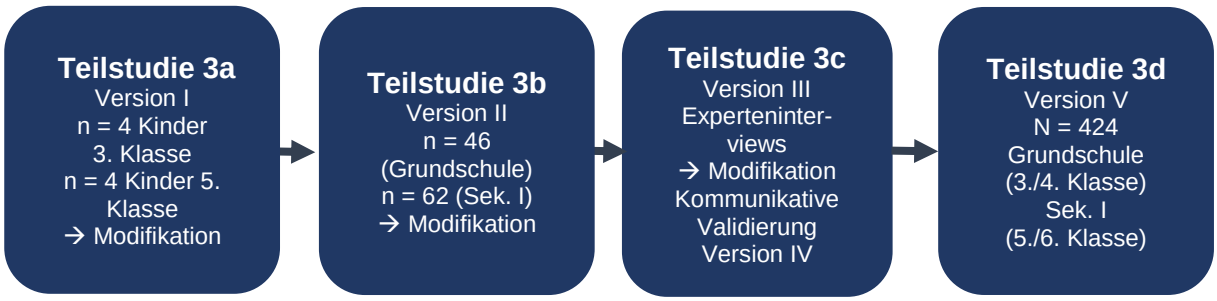


Abbildung 17: Ablauf Teilstudie III.

Im Folgenden wird der Prozess der Fragebogenentwicklung erläutert. Zur Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Schüler*innen, wurden die einzelnen Versionen des Fragebogens stufenweise den Jahrgangsstufen drei bis sechs vorgelegt und nach jeder Prüfung entsprechende Modifikationen vorgenommen.

2.4.1 Fragebogenentwicklung

Version I. Nach der Entwicklung der Items und Zusammenstellung zu einem Fragebogen wurde dieser in Einzelinterviews mit Dritt- und Fünftklässler*innen auf Verständlichkeit geprüft. Dabei erfolgte der Zugang zu den Drittklässler*innen über die Masterarbeit (Staden, 2021), welche an einer Grundschule umgesetzt wurde. Es wurde ein dritter Jahrgang mit einem

Informationsschreiben angesprochen, woraufhin sich die Schüler*innen freiwillig zu den Interviews anmelden konnten. Die Fünftklässler*innen konnten über persönliche Kontakte der Autorin der vorliegenden Arbeit akquiriert werden und alle Teilnehmenden besuchten die gleiche Schule. Im Rahmen der Interviews wurde ein standardisierter Leitfaden (s. Anhang D) verwendet, der vorgab die einzelnen Items des Fragebogens mit den Schüler*innen durchzugehen und zu hinterfragen, wie die Schüler*innen das jeweilige Item verstehen. Dabei hatten die Schüler*innen die Aufgabe die Items mit ihren eigenen Worten wiederzugeben. Bei Verständnisschwierigkeiten wurden diese im Leitfaden protokolliert und Verbesserungsvorschläge für die Formulierung mit den Schüler*innen besprochen. Nach Abschluss aller Interviews wurden die Ergebnisse der Dritt- und Fünftklässler*innen zusammengeführt, die auffälligen Items im kollegialen Rahmen der Autorin diskutiert und die entsprechenden Modifikationen an dem Fragebogen vorgenommen.

Version II. Die modifizierte Version des Fragebogens wurde für die Primarstufe im Rahmen der Masterarbeit (Staden, 2021) an der gleichen Grundschule von Dritt- und Viertklässler*innen bearbeitet. Für die Generierung der Stichprobe wurde der gesamte dritte und vierte Jahrgang der Grundschule mit einem Informationsschreiben angesprochen. Die Eltern und Kinder konnten sich freiwillig zur Teilnahme an der Studie bereit erklären. Anschließend fand die Erhebung unter Anleitung der Masterandin in Form einer Gruppenerhebung während der Unterrichtszeit in einem separaten Raum statt. Die Erhebung in der Sekundarstufe konnte aufgrund der Einschränkungen hinsichtlich der COVID-19-Pandemie nicht in der Schule in Form einer klassischen Paper-Pencil-Version durchgeführt werden. Daher musste der Fragebogen in eine Online-Variante überführt werden. Die Akquise der Stichprobe erfolgte durch den Kontakt zu einem Gymnasium, welches den Link zur Online-Befragung sowie ein Informationsschreiben an den gesamten fünften und sechsten Jahrgang der Schule übermittelte. Bei Einverständnis der Eltern, konnten die Schüler*innen selbstständig von zu Hause aus den Online-Fragebogen bearbeiten. Die Daten der Primarstufe wurden im Rahmen der Masterarbeit reliabilitätsanalytisch sowie hypothesenbezogen in Form von unabhängigen t-Tests ausgewertet (Staden, 2021). Zusätzlich wurden die Daten für die vorliegende Arbeit faktorenanalytisch untersucht. Für die Daten der Sekundarstufe wurden ebenfalls Reliabilitäts- und exploratorische Faktorenanalysen durchgeführt, um die psychometrische Güte des Fragebogens zu überprüfen. Anhand der Ergebnisse wurden die Items revidiert.

Version III und IV. Die dritte Version des Fragebogens wurde im Rahmen der qualitativen Teilstudie 3c mit Expert*innen zum Thema sozial-emotionale Kompetenzen in Form von Videointerviews analysiert und anschließend die Ergebnisse dieser Einzelinterviews bei einem Promotionskolloquium im kollegialen Rahmen diskutiert sowie ferner die entsprechenden Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen. Anschließend wurden ausgewählte Expert*innen erneut für ein Interview angefragt und bei Zusage der angepasste Fragebogen

(Version IV) zur Vorbereitung zugesandt. In Form einer Fokusgruppe wurden den Expert*innen zunächst die Veränderungen im Vergleich zur Vorversion präsentiert und anschließend von den Expert*innen beurteilt, um eine kommunikative Validierung der Ergebnisse der Einzelinterviews zu gewährleisten.

Version V. Im Anschluss an die Expert*inneninterviews und die Fokusgruppe in Teilstudie 3c entstand als Ergebnis der Veränderungen die fünfte Version des Messinstrumentes. Diese wurde in Teilstudie 3d anhand einer größeren Stichprobe (n=424) psychometrisch geprüft und die Ergebnisse dieser vorerst letzten Prüfung in der vorliegenden Arbeit diskutiert. Die Stichprobe wurde zum einen an Grund- und Gemeinschaftsschulen sowie Gymnasien in Schleswig-Holstein geniert. Zusätzlich wurde der Fragebogen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe in Österreich an Grundschulen eingesetzt und diese Daten mit der Stichprobe aus Schleswig-Holstein zusammengeführt. Auch bei der Akquise der Stichprobe für Teilstudie 3d gab es zahlreiche Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie, welche dazu führten, dass die Rücklaufquote geringer ausfiel und die Fragebogen von den Schüler*innen alleine zu Hause ausgefüllt werden mussten. Die Auswertung der Ergebnisse führte zu weiteren Modifikationen an dem Fragebogen, deren Endergebnis die Version VI des Fragebogens waren, die in dieser Arbeit zur Diskussion gestellt wird, aber noch keiner weiteren empirischen Überprüfung unterzogen wurde.

Testkonstruktion. Die folgenden Ausführungen zur Testkonstruktion beziehen sich auf die erste Version des Messinstrumentes. Die Veränderungen während des Modifikationsprozesses werden über die Ergebnisdarstellungen und Diskussionen der Teilstudien 3a bis 3d dokumentiert. Der Fragebogen zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen **(SEMOlino)** wurde anhand der klassischen Testtheorie (Moosbrugger, Gäde, Schermelleh-Engel & Rauch, 2020, S. 277) konstruiert. Dabei erfolgte die Konzeption in Form eines Selbstbeurteilungsverfahrens, da anhand verschiedener Studienergebnisse angenommen werden kann, dass Schüler*innen der dritten bis sechsten Klasse ihre eigenen sozial-emotionalen Kompetenzen selbst beurteilen können. Zudem handelt es sich bei sozial-emotionalen Kompetenzen um Merkmale, deren Einschätzung eine Innensicht erfordern, die durch ein Fremdbeurteilungsverfahren allein nicht geleistet werden kann (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 54).

Itemstamm. Die sozial-emotionalen Kompetenzen werden in dem Fragebogen aus zwei Perspektiven erfasst. Bei den Subtests zur sozialen Unterstützung und zur Selbstregulation sollen sich die Schüler*innen anhand von Beispielen eine für sie bedeutsame Problemsituation vorstellen und vor diesem Hintergrund die Items beantworten. Der Itemstamm „*Wenn ich Probleme habe, …“* wird durch Beispiele zu Belastungssituationen im schulischen und sozialen Kontext erläutert. Bei den Subtests zur Empathie und sozialen Orientierung wird der Itemstamm „*Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben, …“* vorangestellt und ebenfalls durch Beispiele aus dem sozialen und schulischen Bereich verdeutlicht.

Kasten 14: Itemstamm der Version I des SEMOlino.

1. Wenn ich Probleme habe, …

Beispiele für Probleme könnten sein:

- Du hast Dich mit einem Freund oder einer Freundin gestritten.
- Deine Mitschüler haben schlecht über Dich geredet.
- Du hast eine schlechte Note geschrieben.
- Du hast Angst vor der nächsten Klassenarbeit.

2. Wenn andere Kinder oder Jugendliche Probleme haben, …

Beispiele für Probleme könnten sein:

- Andere Kinder oder Jugendliche haben sich mit einem Freund oder einer Freundin gestritten.
- Deine Mitschüler haben schlecht über andere Kinder oder Jugendliche geredet.
- Andere Kinder oder Jugendliche haben eine schlechte Note geschrieben.
- Andere Kinder oder Jugendliche haben Angst vor der nächsten Klassenarbeit.

Struktur des Fragebogens. Die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen erfolgt über insgesamt acht Subtests (45 Items), die sich drei Subdimensionen zuordnen lassen. Die erste Subdimension befasst sich mit der sozialen Unterstützung und wird durch drei Subtests repräsentiert (s. Abb. 18). Die zweite Subdimension ist die Selbstregulation und wird durch einen Subtest abgebildet und die dritte Subdimension erfasst die Empathie und soziale Orientierung. Dabei enthalten die Subtests jeweils unterschiedlich viele Items, um im Rahmen des Entwicklungsprozesses Items, die sich als nicht reliabel und valide erweisen, eliminieren zu können. Die Subtests zur sozialen Unterstützung wurden zum Teil angelehnt an die *„Berliner Social Support Skalen“* von Schwarzer und Schulz (2000) und für das Kindes- und Jugendalter angepasst sowie durch weitere neue Items ergänzt. Die Items zur Selbstregulation wurden teilweise aus dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche von Hampel und Petermann (2016) entnommen und durch zwei weitere Items ergänzt. Bei der Subdimension

zur Empathie und sozialen Orientierung wurden zum Teil Items aus dem Fragebogen zur sozialen Kompetenz von Jurkowski und Hänze (2014) modifiziert und durch neue Items ergänzt. Dabei wurden das Modell des sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014) bei der Entwicklung der Items zu Grunde gelegt. Die Reihenfolge der Items aus den Subtests wurde innerhalb der Subdimensionen permutiert.

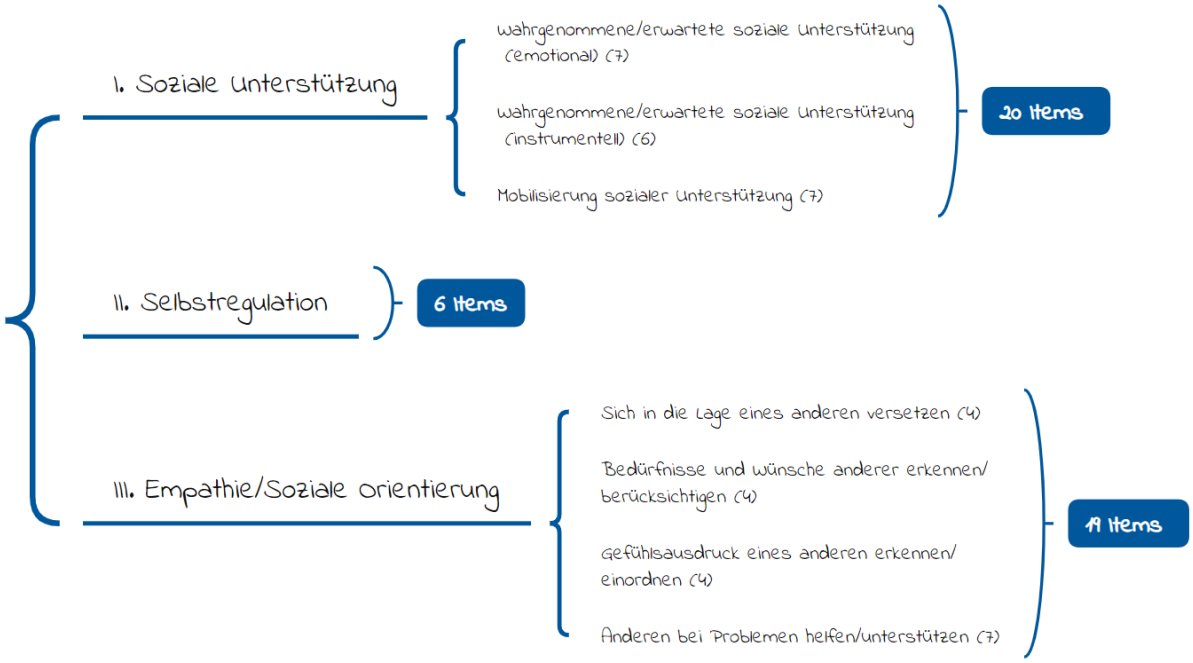


Abbildung 18: Struktur des SEMOlino Version I.

Struktur der Subtests. Im Folgenden wird die Struktur der acht Subtests zusammenfassend beschrieben.

I. Sekundärtest Soziale Unterstützung

1. **Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (emotional):** Die Items dieses Subtests fragen die wahrgenommene soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen ab. Nach Schwarzer und Knoll (2010) kann die wahrgenommene soziale Unterstützung sowohl emotional als auch instrumentell erfolgen. In dem ersten Subtest wurden Items aufgenommen, die die wahrgenommene emotionale soziale Unterstützung erheben. Dabei steht die subjektive Überzeugung bei Problemen, emotionale Unterstützung von anderen Kindern und Jugendlichen zu erhalten im Mittelpunkt. Der Subtest umfasst sieben Items, die prospektiv erfassen, welche Formen der emotionalen Unterstützung die Befragten wahrnehmen und für wie wahrscheinlich sie sie halten. Zum Beispiel: „*Wenn ich Probleme habe, trösten mich andere Kinder und Jugendliche*.“

2. **Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (instrumentell):** Im zweiten Subtest wird über sechs Items ebenfalls die wahrgenommene soziale Unterstützung

erhoben, allerdings bei diesem Subtest auf der instrumentellen Ebene. Dabei bilden die Items konkrete Hilfeleistungen ab, die von den Kindern und Jugendlichen in Problemsituationen wahrgenommen werden können. Zum Beispiel: „*Wenn ich Probleme habe, lösen andere Kinder oder Jugendliche das Problem mit mir zusammen.*“

3. **Mobilisierung sozialer Unterstützung:** Der dritte Subtest erfasst über sieben Items, inwieweit die Kinder und Jugendlichen in Problemsituationen soziale Unterstützung mobilisieren können bzw. für wie wahrscheinlich sie es halten, dass sie bei Problemen die Hilfe von anderen Kindern oder Jugendlichen in Anspruch nehmen. Dabei sind sowohl Items mit der Funktion emotionaler sozialer Unterstützung (z.B. … treffe ich mich mit anderen Kindern oder Jugendlichen, damit sie mich aufheitern.), als auch instrumenteller (z.B. … bitte ich andere Kinder oder Jugendliche, mir zu helfen.) und informationeller sozialer Unterstützung (z.B. … hole ich mir gerne Rat von anderen Kindern oder Jugendlichen.) enthalten.

II. Selbstregulation

4. **Selbstregulation:** Dieser Subtest enthält sechs Items, die verschiedene Möglichkeiten der emotionsbezogenen Selbstregulation abbilden. Dabei wurden die Items zum Teil an den Subtest „Ablenkung/Erholung“ aus dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (Hampel & Petermann, 2016) angelehnt. Das Item „… mache ich es mir erst mal so richtig gemütlich“ wurde vollständig aus dem SVF-KJ übernommen. Insbesondere für unkontrollierbare Problemsituationen spielen emotionsbezogene Bewältigungsstrategien eine wesentliche Rolle (Hampel & Petermann, 2016). Zudem wurde die Selbstregulation als Teil der emotionalen Kompetenz in den Fragebogen aufgenommen.

III. Sekundärtest Empathie/Soziale Orientierung

5. **Sich in die Lage eines anderen versetzen:** Die Subtests fünf bis acht bilden gemeinsam den Sekundärtest „*Empathie/Soziale Orientierung*“ mit dem Itemstamm: *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben*, …“. Der fünfte Subtest besteht aus vier Items, die erfassen, inwieweit die Kinder und Jugendlichen sich in die Lage von anderen Kindern und Jugendlichen hineinversetzen können. Zum Beispiel: *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben, kann ich mir gut vorstellen, wie er oder sie sich fühlt.“*

6. **Bedürfnisse und Wünsche anderer erkennen/berücksichtigen:** Eine weitere Komponente von Empathie ist die Fähigkeit, die Bedürfnisse von anderen Kindern und Jugendlichen zu erkennen und bei Entscheidungen zu berücksichtigen. Diese Aspekte werden in dem Subtest über vier Items abgebildet. Zum Beispiel: *„Wenn andere Kinder*

und Jugendliche Probleme haben, versuche ich mir vorzustellen, was er oder sie sich wünscht."

7. **Gefühlsausdruck eines anderen erkennen und einordnen:** Dieser Subtest erfasst, inwieweit die Kinder und Jugendlichen in der Lage sind die Emotionen von anderen Kindern und Jugendlichen zu erkennen und entsprechend zu interpretieren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für empathisches Verhalten und damit für sozial-emotionale Kompetenz. Dabei wird zum einen erfragt, ob die Kinder und Jugendlichen das allgemeine Befinden von anderen erkennen können (z.B. *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben, kann ich erkennen, wie es ihr oder ihm geht*") und zum anderen nach dem Erkennen der spezifischen Emotionen Trauer und Wut gefragt (z.B. *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben, kann ich erkennen, wenn sie oder er traurig oder wütend ist"*).

8. **Anderen bei Problemen helfen/unterstützen:** Der letzte Subtest befasst sich mit der gegebenen sozialen Unterstützung. Dabei werden über die sieben Items die emotionale, instrumentelle und informationelle soziale Unterstützung abgebildet, die die Kinder und Jugendlichen anderen Kindern und Jugendlichen anbieten bzw. in Problemsituationen konkret umsetzen.

Antwortskalierung. Die Antwortskalierung des Fragebogens wurde aus dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (Hampel & Petermann, 2016) entnommen. Hierbei handelt es sich um eine fünffach abgestufte Wahrscheinlichkeitsskalierung von „0 = auf keinen Fall" bis „4 = auf jeden Fall" (s. Kasten 15). Dabei wird angenommen, dass die Ausprägung der latenten Variable (sozial-emotionale Kompetenz) aus der Auftrittswahrscheinlichkeit, der in den Items abgefragten Aspekte, erschlossen werden kann.

Kasten 15: Antwortskalierung des SEMOlino.



Kennwertbildung. Für die Kennwertberechnung werden die Werte (0-4) der Items für die Subtests aufsummiert und durch die Anzahl der Items geteilt. Diese Subtestmittelwerte repräsentieren die Auftrittswahrscheinlichkeit der abgefragten Aspekte. Zudem können die drei Subtests zur sozialen Unterstützung und die zur Empathie und sozialen Orientierung zu jeweils einem Sekundärtest zusammengefasst werden, sodass hier zusätzliche Kennwerte gewonnen werden können. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Berechnung eines Gesamtmittelwertes über die acht Subtests, welche eine „Gesamtbeurteilung" der sozial-emotionalen Kompetenzen ermöglicht.

2.4.2 Testdurchführung in den Schulen

Im Folgenden wird die Umsetzung der quantitativen Studienanteile (3b und 3d) beschrieben. Dabei werden zunächst die Vorbereitungen erläutert und anschließend die Bedingungen während der Datenerhebung sowie der Versuchsablauf dargestellt.

Vorbereitung. Im Anschluss an die Auswertung der qualitativen Teilstudie 3a wurden die entsprechenden Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen und in **Teilstudie 3b** erste Prüfungen der psychometrischen Güte vorgenommen. Für den Primarbereich wurde in Verbindung mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) eine Grundschule in Lübeck für die Erhebung ausgewählt. Hier wurden in Absprache mit der Schulleitung und der Masterandin die Zeiträume für die Erhebung festgelegt und anschließend die Eltern und Schüler*innen durch ein Informationsschreiben (s. Anhang D) über das Forschungsvorhaben informiert und deren Einverständnis zur Teilnahme eingeholt. Für den Sekundarbereich wurden zwei Schulen für die Studie ausgewählt. Zum einen fand die Erhebung an einem Gymnasium in Flensburg statt, welches sich trotz der Pandemie zur Teilnahme bereiterklärte und der andere Teil der Erhebung wurde von einer wissenschaftlichen Hilfskraft (Master of Education) im Praxissemester an einer Gemeinschaftsschule im Kreis Nordfriesland durchgeführt. An beiden Schulen wurde ebenfalls ein Informationsschreiben verteilt und das Einverständnis der Eltern eingeholt. Allerdings musste die Erhebung an dem Gymnasium in Flensburg aufgrund der COVID-19-Pandemie in einem Online-Format umgesetzt werden. Hierzu erhielten die Eltern und Schüler*innen ein zusätzliches Informationsschreiben (s. Anhang D) und die Einverständniserklärungen mussten von den Eltern per Post an die Studienleiterin zurückgeschickt werden. Bei Einverständnis konnten die Schüler*innen mittels eines QR-Codes die Befragung von zu Hause aus beantworten. Für die **Teilstudie 3d** wurden verschiedenen Schulen in der Stadt Flensburg und im Kreis Schleswig-Flensburg einbezogen. Dabei erfolgte der Kontakt zu den Schulen durch das berufliche Netzwerk der Autorin. Die Informationsschreiben (s. Anhang D) wurden in dieser Teilstudie per Mail oder mit der Post an die Schulen verschickt und von den Klassenlehrkräften an die Schüler*innen und Eltern weitergeleitet. Anschließend wurden die unterschriebenen Einverständniserklärungen von den Schulen an die Autorin geschickt oder persönlich abgeholt. Die Fragebögen wurden von der Autorin codiert und zusammen mit einem zusätzlichen Informationsschreiben und einem Rückumschlag in Umschlägen verpackt. Die Umschläge mit den Fragebögen wurden im Anschluss an die Schulen verteilt oder verschickt. Die Schüler*innen waren angehalten, den Fragebogen zu Hause zu einem selbstgewählten Zeitpunkt auszufüllen.

Zeitraum der Erhebung. Der Erhebungszeitraum der Teilstudie 3b erstreckte sich von März bis Juni 2021. Dabei fand die Online-Erhebung an dem Gymnasium in Flensburg im März 2021 und an der Gemeinschaftsschule im Mai 2021 statt. Der Online-Fragebogen konnte dabei von

den Schüler*innen zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb des Erhebungszeitraumes ausgefüllt werden. In der Gemeinschaftsschule wurde der Fragebogen von der Masterandin verteilt und die Befragung während der „Gemeinsamen selbstorgansierten Lernzeit“ durchgeführt, sodass keine Unterrichtszeit für die Befragung aufgewendet werden musste. Für die Teilstudie 3d lag der Erhebungszeitraum zwischen Oktober bis Dezember 2021. Die Fragebögen wurden in verschlossenen Umschlägen von den Klassenlehrer*innen an die Schüler*innen verteilt, da es infolge der COVID-19-Pandemie nicht möglich war, die Befragung in Präsenz unter der Anleitung der Autorin während der Unterrichtszeit in der Schule durchzuführen. Daher nahmen die Schüler*innen den Fragebogen mit nach Hause und füllten ihn dort selbstständig zu einem selbstgewählten Zeitpunkt aus. Anschließend brachten die Schüler*innen den Fragebogen in dem verschlossenen Rückumschlag wieder mit in die Schule und die Klassenlehrer*innen sammelten die Umschläge ein. Zusätzlich wurden in Teilstudie 3d Daten aus einer Erhebung mit dem Messinstrument aus Österreich integriert. Diese Erhebung fand im Januar 2022 statt.

Versuchsablauf. Der Ablauf der Erhebungen unterschied sich in den einzelnen Teilstudien und musste insbesondere aufgrund der COVID-19-Pandemie mehrfach angepasst werden. In der **Teilstudie 3b** fanden zu einem Präsenzerhebungen an einer Grundschule während der Unterrichtszeit statt, die von einer Masterandin in Kleingruppen angeleitet wurden. Zum anderen wurde in Teilstudie 3b eine Online-Erhebung umgesetzt, die die Schüler*innen selbstständig außerhalb der Home-Schooling-Zeiten ausfüllten und eine Präsenzerhebung in der Gruppe während der selbstorganisierten Lernzeit in der Schule unter der Anleitung einer wissenschaftlichen Hilfskraft. Zudem musste an dieser Schule eine Paper-Pencil-Erhebung durchgeführt werden, die allerdings von den Schüler*innen zu Hause bearbeitet wurde, da zwei Klassen sich zum Zeitpunkt der Erhebung in häuslicher Quarantäne befanden. Bei der **Teilstudie 3d** wurde an allen Schulen die gleiche Form der Erhebung durchgeführt. Die Schüler*innen bekamen den Fragebogen über die Schulen und füllten diesen selbstständig zu Hause aus. Sowohl bei der Online-Befragung als auch bei der häuslichen Befragung hatte die Autorin keinen direkten Einfluss auf die Erhebungsbedingungen. Bei allen Erhebungen wurde den Schüler*innen das Messinstrument in Form eines Fragebogens (Online-Version oder Paper-Pencil) vorgelegt und das Forschungsvorhaben kurz vorgestellt (bei den Präsenzerhebungen mündlich und bei den häuslichen Befragungen durch ein Informationsschreiben).

Die Fragebögen wurden vorab von der Autorin mit Nummern codiert, um eine anonymisierte Durchführung der Erhebung zu gewährleisten. In der Kombination mit den unterschriebenen Einverständniserklärungen wurde eine Codierliste erstellt, die getrennt von den Fragebögen und in einem verschlossenen Stahlschrank aufbewahrt wurde. Diese Vorgehensweise wurde über die Informationsschreiben vorab mit den Eltern kommuniziert. Die codierten Fragebögen wurden in verschlossenen Umschlägen an die Schüler*innen verteilt, die mit den Namen der Schüler*innen beschriftet waren. Zurückgeschickt wurden die Fragebögen in einem codierten

Rückumschlag, der keinen Rückschluss auf die Schüler*innen zuließ. Bei den Präsenzerhebungen wurden die Schüler*innen durch die Masterandin oder die wissenschaftliche Hilfskraft angeleitet, da die Autorin als externe Person die Schulen aufgrund der pandemiebedingten Beschränkungen nicht betreten durfte. Dabei wurde der standardisierte Ablauf durch vorherige Schulung der Masterandin und der wissenschaftlichen Hilfskraft gewährleistet. Bei den häuslichen Erhebungen wurde durch verständliche Informationsschreiben versucht die Erhebungssituation zu standardisieren. Zudem stand die Autorin via Email und telefonisch für Fragen zur Verfügung. Sowohl in den Präsenzerhebungen (mündlich) als auch bei den häuslichen Befragungen (schriftlich), wurden die Schüler*innen gebeten ihre Angaben auf Vollständigkeit zu überprüfen, um das Auftreten von Missing-Data zu reduzieren. Zum Schluss wurden die ausgefüllten Fragebögen von den Masterandinnen eingesammelt oder von den Schüler*innen in Rückumschlägen wieder in die Schulen gebracht und über die Lehrkräften an die Autorin weitergeleitet.

2.4.3 Online-Befragung

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten in Teilstudie 3b teilweise Schüler*innen in Form einer Online-Erhebung befragt werden, was im ursprünglichen Studiendesign nicht vorgesehen war. Mit der zunehmenden Präsenz von digitalen Medien im Alltag und der Verbreitung des Internets, haben analog dazu die Online-Befragungen ebenfalls zugenommen. Im Jahr 2020 wurden bereits 55 % der Befragungen online durchgeführt. Der wesentliche Vorteil von Online-Befragungen sind die zeitliche und räumliche Unabhängigkeit, die insbesondere während der COVID-19-Pandemie notwendig war (Wagner-Schelewsky & Hering, 2022, S. 1052–1053). Ein weiterer Vorteil von Online-Befragungen zeigt sich darin, dass keine Interviewer*innen eingesetzt werden müssen und daher auch keine Interviewereffekte zu erwarten sind. Ferner sind Online-Befragungen ab einer bestimmten Stichprobengröße kostengünstiger als persönliche oder postalische Befragungen, da sich die Kosten für Hard- und Software bei einer großen Teilnehmer*innenzahl bei der Online-Befragung amortisieren. Es entstehen bei der Online-Befragung in der Regel keine Kosten für Einladungen, Fragebogenversand und Reminder sowie Dateneingabe. Zudem entstehen bei der Online-Befragung keine Fehler bei der Dateneingabe, da die Daten direkt auf den Server und anschließend in das Statistikprogramm übertragen werden (Wagner-Schelewsky & Hering, 2022, S. 1053).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Online-Befragung nicht aus ökonomischen oder zeitlichen Gründen gewählt, sondern musste eingesetzt werden, da aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen keine persönlichen Befragungen in den Schulen möglich waren. Daher bestand die einzige Möglichkeit, zeitnah Daten für die Teilstichprobe 3b zu generieren darin, die Befragung in einem Online-Format durchzuführen. Dazu wurde ein Informationsschreiben für die Eltern und Schüler*innen formuliert und über den Abteilungsleiter einer Schule an die Eltern

und Schüler*innen weitergeleitet. Dieses Schreiben enthielt einen Link sowie einen QR-Code zu der Online-Befragung und einen Abschnitt zur Einverständniserklärung, um sicherzustellen, dass die Eltern mit der Teilnahme ihrer Kinder an der Befragung einverstanden waren. Bei Einverständnis schickten die Eltern den unterschriebenen Abschnitt postalisch an die Forscherin zurück. Anschließend erhielten die Familien einen Umschlag mit einer Briefmarke als Aufwandsentschädigung zurück. Die Kinder und Jugendlichen nahmen von zu Hause aus über den Link oder den QR-Code an der Befragung teil. Der Online-Fragebogen wurde mit der Software EvaSys Surveygrid erstellt und die Daten anschließend in die Software SPSS exportiert und statistisch ausgewertet.

2.5 Auswertungsverfahren der qualitativen Untersuchungsanteile

Nachfolgend werden die Auswertungsverfahren der qualitativen Untersuchungsanteile (Teilstudie I, II und 3c) dargestellt. Dabei wird zunächst auf die Datenaufbereitung eingegangen und anschließend die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren erläutert. In diesem Kapitel werden die Auswertungsverfahren übergreifend dargestellt und in den auswertungsbezogenen Kapiteln der jeweiligen Teilstudien konkretisiert.

2.5.1 Datenaufbereitung

Um die qualitativen Daten (Audio- und Videodateien) für die Auswertung nutzbar zu machen, wurden die Daten entsprechend aufbereitet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 509). Dazu mussten während der Interviews digitale Aufzeichnungen der Interviews angefertigt werden. Als zusätzliches Hilfsmittel wurde zudem bei allen Interviews ein Postskriptum verwendet. Abschließend wurden die Audio- und Videodateien transkribiert, um die inhaltsanalytische Auswertung zu ermöglichen.

Postskriptum. Neben dem Leitfaden ist das Postskriptum ein weiteres Hilfsmittel bei leitfadengestützten Interviews. Direkt nach den Interviews wurde von der Interviewerin ein Interviewprotoll ausgefüllt, in dem der Interviewverlauf kurz beschrieben wird. Dies diente zur Unterstützung der Interpretation und Auswertung sowie zur Gesamteinschätzung des Interviews. Zudem konnten hier Aussagen des Interviewees, die nach dem Abschalten des Diktiergerätes getätigt wurden, protokolliert werden (Helfferich, 2011, S. 193; Lamnek & Krell, 2016, S. 347).

Tonträgeraufzeichnung. Zur Erhöhung der Validität der Untersuchung und zur Sicherung der verbalen Daten, wurde während der Interviews (außer in Teilstudie 3a) eine Tonbandaufzeichnung angefertigt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 509). Dadurch konnte die Interviewerin sich voll auf das Interview konzentrieren und musste sich während des Interviews keine Notizen machen. Außerdem kann durch die Tonbandaufzeichnung sichergestellt werden, dass keine Daten verloren gehen. Zudem müssen keine Protokollführer*innen oder ähnliches anwesend sein, was zur Entstehung einer ungestörten und vertraulichen Atmosphäre beiträgt. Allerdings

kann die Tonbandaufzeichnung die Annäherung des Interviews an eine natürliche Gesprächssituation verhindern, da der Interviewte womöglich Informationen zurückhält oder dazu geneigt ist, sozial erwünscht zu antworten. Trotzdem überwiegen die Vorteile der Aufzeichnung hinsichtlich möglicher Informationsverluste und in den meisten Fällen tritt die Aufzeichnung im Verlauf des Interviews in den Hintergrund. Zusätzlich ist zu beachten, dass für die Tonträgeraufzeichnung eine Einwilligungserklärung (s. Anhang B) von allen Interviewten eingeholt werden muss (Gläser & Laudel, 2010, S. 157; Helfferich, 2011, S. 190). Bei den minderjährigen Schüler*innen wurde vorab zusätzlich das Einverständnis der Eltern eingeholt und alle Beteiligten über den Ablauf der Interviews und die Aufzeichnung informiert. Die Präsenz- und Telefoninterviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät und die online geführten Videointerviews mit dem Videokonferenztool Cisco Webex aufgezeichnet. Nach Abschluss der Studie wurden die Aufzeichnungen vernichtet.

Transkription. Bevor die qualitativen Daten nach der Erhebung ausgewertet werden können, müssen sie für die Auswertung aufbereitet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 509). Die quantitativen Daten wurden dazu in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Im qualitativen Bereich müssen die Daten zunächst verschriftlicht werden, das heißt es muss anhand der Tonbandaufnahme ein Transkript von den verbalen Daten erstellt werden. Dadurch soll die Nachvollziehbarkeit für andere Personen ermöglicht und die Validität der Untersuchung erhöht werden. Dabei ist die situations- und inhaltsgetreue Wiedergabe des Gesagten in Bezug auf den Zeitaufwand und die Komplexität nicht zu unterschätzen. Allerdings ist die Transkription für die qualitative Auswertung unerlässlich, da das Material nur in dieser Form systematisch nachvollzogen werden kann (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 509; Lamnek & Krell, 2016, S. 379).

Die für diese Arbeit durchgeführten Interviews, wurden von wissenschaftlichen Hilfskräften und zum Teil von der Autorin selbst transkribiert, um den Gesprächsinhalt möglichst authentisch und genau darzustellen. Allerdings können Aspekte wie Gestik und Mimik, nicht auf das Tonband übertragen werden und sind damit nur schwer im Transkript darzustellen. Daher sind einheitliche Transkriptionsregeln und die Interviewprotokolle von besonderer Bedeutung, um möglichen Informationsverlusten entgegenzuwirken (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 44). Bei der vorliegenden Arbeit wurde die wörtliche Transkription verwendet, die das gesamte verbale Material in schriftlicher Form enthält. Zudem wurden nonverbale Äußerungen wie z.B. lachen in den Transkripten festgehalten. Jedoch wurden höflichkeitsbedingte Zustimmungen und Füllwörter nicht in die Transkripte aufgenommen. In Bezug auf die Transkriptionsregeln wurde sich an den Regeln von Rädiker und Kuckartz (2019, S. 44–45) orientiert. Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurden alle Personennamen in den Transkripten anonymisiert, sodass keinerlei Rückschlüsse auf die jeweiligen Interviewpartner*innen möglich waren. Dabei wurden keine Pseudonyme verwendet, sondern die jeweiligen Personen mit Buchstaben codiert (z.B. Lehrer A). Sollten die Interviewpartner während des Gesprächs Namen oder Orte genannt

haben, wurden diese ebenfalls anonymisiert. Alle Interviews wurden mit der Software MAXQDA 2020 transkribiert.

2.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Im folgenden Abschnitt wird die zur Auswertung der Interviews verwendete qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) erläutert. Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Erfassung von Textbedeutungen unter methodisch kontrollierten Bedingungen (Mayring & Fenzl, 2022, S. 691). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ist mit ihrem streng regelgeleiteten Vorgehen das am häufigsten verwendete Verfahren zur Textanalyse und aufgrund der Hinzunahme von quantitativ-orientierten Verfahren in der Lage, große Materialmengen zu bearbeiten ohne dabei den „*qualitativ-interpretativen*“ Charakter zu verlieren (Mayring & Fenzl, 2022, S. 691). Damit war die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring sehr gut für das vorliegende Forschungsvorhaben geeignet, da die Materialmenge mit der Inhaltsanalyse gut bewältigt werden und die Frage- bzw. Zielstellung mit den Erkenntnissen der Analyse adäquat beantwortet werden konnte. Zudem wird durch das regelgeleitete Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse eine hohe intersubjektive Nachvollziehbar- und Überprüfbarkeit gewährleistet (Mayring & Fenzl, 2022, S. 691).

Grundsätzlich basiert die Inhaltsanalyse auf den im Kasten 16 dargestellten Grundprinzipien (Mayring, 2022, S. 49–53):

Kasten 16: Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (modifiziert nach Mayring, 2022, S. 49-53).

- Das Material wird in ein Kommunikationsmodell eingeordnet
- Die qualitative Inhaltsanalyse geht streng regelgeleitet vor
- Die Systematik der Inhaltsanalyse zeigt sich in vorab festgelegten Analyseeinheiten
- Der Grundvorgang besteht in der regelgeleiteten Zuordnung von Kategorien zu konkreten Textstellen, den inhaltsanalytischen Zuordnungsregeln folgend
- Vorab sollten die inhaltsanalytischen Einheiten festgelegt werden
- Einbezug quantitativer Analyseschritte
- Inhaltsanalytische Gütekriterien werden sinnvoll überprüfbar

Das zentrale Instrument ist dabei das inhaltsanalytische Kategoriensystem. Dieses Kategoriensystem kann in Orientierung an den drei Grundformen **Zusammenfassung, Explikation** und **Strukturierung** mittels verschiedener Techniken entwickelt werden (Mayring, 2022, S. 66).

Grundsätzlich lassen sich nach Mayring (2022, S. 66) drei Grundformen des Interpretierens unterscheiden, welche in folgender Tabelle 10 erläutert werden.

Tabelle 10: Grundformen des Interpretierens nach Mayring (entnommen aus Mayring, 2022, S.66).

Grundform	Definition
Zusammenfassung	*„Ziel dieser Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“*
Explikation	*„Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen etc.) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.“*
Strukturierung	*„Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskategorien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“*

Abgeleitet aus diesen drei Grundformen des Interpretierens sind verschiedene Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt worden. Dies sind die zusammenfassende Inhaltsanalyse und induktive Kategorienbildung, die Explikation und Kontextanalyse sowie die strukturierende Inhaltsanalyse und deduktive Kategorienanwendung (Mayring & Fenzl, 2022, S. 695–696). Bei der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** ist das Ziel eine systematische Reduktion des Materials, in deren Verlauf das Material zunächst in die *„inhaltstragenden Phrasen“* umformuliert und anschließend sukzessiv generalisiert wird.

Im Vergleich dazu werden bei der **induktiven Kategorienbildung** die Schritte Paraphrasierung und Generalisierung weggelassen sowie ein Selektionskriterium definiert, welches die Zusammenfassung des Materials vorgibt. Zusätzlich zum Selektionskriterium muss bei der induktiven Kategorienbildung ein Abstraktionsniveau bestimmt werden, welches angibt, wie allgemein die Kategorien formuliert werden sollen. Anhand dieser inhaltsanalytischen Regeln werden bei der induktiven Kategorienbildung direkt aus dem Material die Kategorien formuliert, was den zentralen Unterschied zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse darstellt, bei der zunächst die Textstellen paraphrasiert sowie generalisiert und erst danach zu Kategorien reduziert werden. Bei der induktiven Kategorienbildung können nach der Formulierung der Kategorien diese zu Hauptkategorien zusammengefasst werden (Mayring & Fenzl, 2022, S. 695).

Eine weitere inhaltsanalytische Technik ist die **Explikation/Kontextanalyse**, welche zum Ziel hat, unklare Materialteile genauer zu untersuchen. Dabei ist die Vorgehensweise ähnlich dem hermeneutischen Vorgehen, allerdings ist die inhaltanalytische Explikation regelgeleiteter.

Zudem können eine weite und enge Kontextanalyse unterschieden werden. Dabei wird im Auswertungsprozess genau definiert, welches zusätzliche Material zur Analyse des unklaren Materialteils herangezogen werden darf. Anschließend erfolgt eine Komprimierung nach den Regeln der Zusammenfassung (Mayring & Fenzl, 2022, S. 696; Mayring, 2022, S. 89). Als weitere inhaltsanalytische Technik gilt die **strukturierende Inhaltsanalyse**, welche auch als **deduktive Kategorienanwendung** bezeichnet werden kann. Bei dieser Technik wird vor der Analyse anhand von Theorien ein Kategoriensystem entwickelt und anschließend auf das Textmaterial angewendet. Die entsprechenden Textstellen werden anhand eines Kodierleitfadens, der die Kategorien definiert und typische Textstellen (Ankerbeispiele) sowie Kodierregeln enthält, den Kategorien zugeordnet. Hier kann zwischen nominalen Kategorienlisten und ordinalen Kategoriensystemen unterschieden werden (Mayring, 2022, S. 96–98). Weiterhin können neben den drei beschriebenen Grundtechniken auch Mischtechniken (Themenanalyse/inhaltliche Strukturierung, Typenanalyse und Parallelformen) unterschieden werden (vertiefend s. Mayring, 2022, S. 103–107).

Anhand des allgemeinen Ablaufmodells der Inhaltsanalyse müssen unabhängig von der Analysetechnik im Verlauf der Analyse die Analyseeinheiten festgelegt werden, um die Inhaltsanalyse zu präzisieren. Die drei Analyseeinheiten untergliedern sich in die Kodiereinheit, die Kontexteinheit sowie die Auswertungseinheit. Diese werden in Kasten 17 definiert.

Kasten 17: Definition der Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen aus Mayring, 2022, S. 60).

- „Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann."
- „Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann."
- „Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden."

Für die vorliegende Arbeit wurden die Analyseeinheiten für alle Teilstudien wie folgt in Tabelle 11 festgelegt.

Tabelle 11: Analyseeinheiten der vorliegenden Studie.

Analyseeinheiten	
Kodiereinheit	sinntragende Phrase
Kontexteinheit	ein Absatz
Auswertungseinheit	alle transkribierten Interviews und Interviewprotokolle

Für die Auswertung der Interviews dieser Arbeit wurde unter Einbezug der Fragestellungen in allen qualitativen Teilstudien die **induktive Kategorienbildung** als Auswertungstechnik verwendet, da diese eine möglichst offene Herangehensweise an das Material und

„gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers“ ermöglichte (Mayring, 2022, S. 85). Dies war bei der Erhebung der Bedarfe und Bedürfnisse in Teilstudie I, der kommunikativen Validierung in Teilstudie II und der Modifikation des Messinstrumentes in Teilstudie III eine zielführende Vorgehensweise, um die Fragestellungen anhand der gebildeten Kategorien zu beantworten. Die Vorgehensweise bei der induktiven Kategorienbildung wird nachfolgend näher erläutert.

Induktive Kategorienbildung. In allen qualitativen Teilstudien wurde die induktive Kategorienbildung als Auswertungstechnik verwendet. Dabei leitete sich die Auswahl der Auswertungstechnik von den Fragestellungen ab (Mayring, 2022, S. 57). Bei der induktiven Kategorienbildung werden die Kategorien direkt aus dem vorliegenden Material gebildet und dem Auswertungsprozess liegt ein strukturiertes Ablaufmodell zugrunde (s. Abb. 19). Zunächst werden die Analyseeinheiten bestimmt und die inhaltsanalytischen Regeln (Selektionskriterium und Abstraktionsniveau) festgelegt. Dabei dient das Selektionskriterium der Definition der Kategorien und legt fest, wann aus einer Textstelle eine Kategorie gebildet werden darf. Die Kategorien sollen dabei möglichst dicht an der *„Sprache des Materials“* formuliert werden, um das Material möglichst gegenstandsnah abzubilden (Mayring, 2022, S. 85). Wesentlich ist außerdem eine möglichst genaue Kategoriendefinition, um eine Berücksichtigung von thematisch irrelevanten Aspekten während der Kategorienbildung zu vermeiden. Materialteile, die für die Fragestellung nicht relevant sind, werden über eine genaue Kategoriendefinition von der Analyse ausgeschlossen.

Zusätzlich zum Selektionskriterium wird ein Abstraktionsniveau bestimmt, welches festlegt, wie genau oder abstrakt die Kategorien formuliert werden sollen (Mayring, 2022, S. 86). Nachdem die inhaltsanalytischen Regeln festgelegt wurden, wird das Material schrittweise durchgearbeitet und bei Erfüllung des Selektionskriteriums sowie unter Einbezug des Abstraktionsniveaus eine Kategorie gebildet. Im Verlauf wird bei Zutreffen des Selektionskriteriums entweder eine neue Kategorie gebildet oder einer der bestehenden Kategorien zugeordnet (Subsumption). Innerhalb des Ablaufmodells der induktiven Kategorienbildung ist nach der Bearbeitung von ca. 10-50% des Materials eine Revision des Kategoriensystems vorgesehen, welche das Ziel der Analyse mit den bereits gebildeten Kategorien abgleicht und die inhaltsanalytischen Regeln hinsichtlich ihrer Passung zum Material und der Fragestellung überprüft (Mayring, 2022, S. 86). Im Rahmen der Revision können die inhaltsanalytischen Regeln angepasst werden, was allerdings zur Folge hat, dass die Analyse erneut begonnen werden muss. Sollten keine Veränderungen vorgenommen werden, wird die Analyse fortgesetzt bis das gesamte Material bearbeitet wurde. Innerhalb dieses Auswertungsprozesses entsteht ein Kategoriensystem, welches ein bestimmtes Thema in Bezug zur Fragestellung abbildet und von Textpassagen aus dem Material untermauert wird. In dem vorliegenden Forschungsvorhaben wurden anschließend aus den Kategorien induktiv Hauptkategorien gebildet (Mayring, 2022, S. 86).

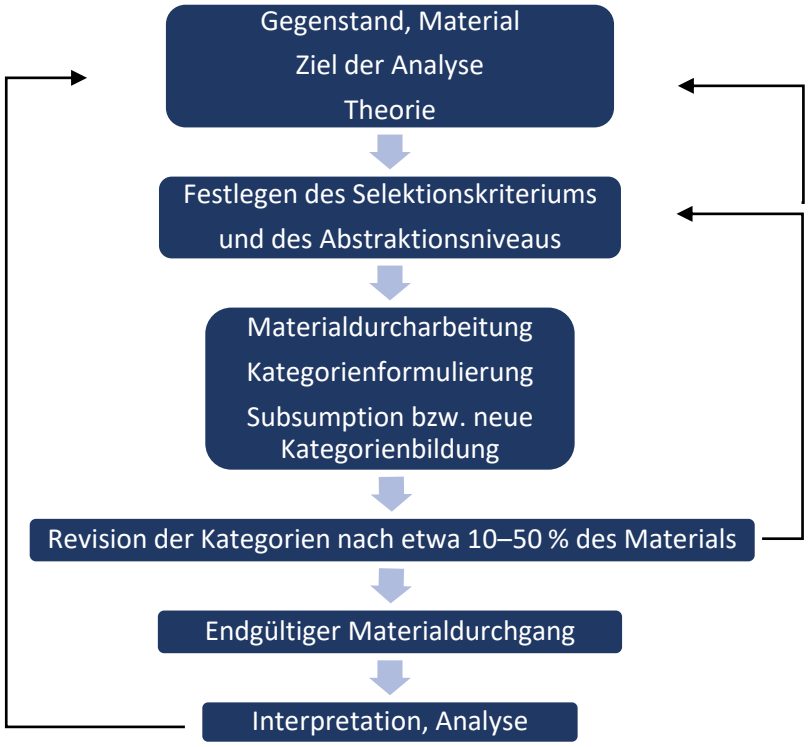


Abbildung 19: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (entnommen aus Mayring, 2022, S.85).

Für die Datenauswertung wurde die Analysesoftware MAXQDA 20 verwendet. Dabei wurden aus den einzelnen Textstellen anhand der inhaltsanalytischen Regeln die Kategorien gebildet und anschließend ggf. zu Hauptkategorien zusammengefasst. Zudem wurden die Visual Tools von MAXQDA genutzt, um die Ergebnisse der verschiedenen Personengruppen miteinander zu vergleichen. Die inhaltsanalytischen Regeln in den jeweiligen Teilstudien können den entsprechenden Kapiteln zu den Auswertungsverfahren entnommen werden.

2.6 Auswertungsverfahren der quantitativen Untersuchungsanteile

Das folgende Kapitel befasst sich mit den verwendeten statistischen Verfahren und der Auswertung der quantitativen Daten. Zunächst wird der Prozess der Dateneingabe, die Codierung der Antwortskalierungen der jeweiligen Fragebögen sowie der Umgang mit Missing-Data erläutert. Im Anschluss werden die methoden- und hypothesenbezogenen Auswertungsverfahren dargestellt. Dabei wurden die statistischen Auswertungen mit dem Statistikprogramm IBM SPSS 28 für Windows durchgeführt. Die grafischen Darstellungen wurden mit Hilfe von Microsoft Excel 2019 erstellt.

2.6.1 Dateneingabe

Die Dateneingabe wurde von geschulten wissenschaftlichen Hilfskräften mit IBM SPSS durchgeführt. Die für die Dateneingabe notwendigen Codierungen der Antwortskalierungen, wurden aus dem Testmanual des SVF-KJ (Hampel & Petermann, 2016) entnommen, da die Antwortskalierung des SEMOlino vom SVF-KJ übernommen wurde.

SEMOlino. Dem SEMOlino lag eine 5-fach abgestufte Antwortskalierung von „auf keinen Fall“ (0) bis „auf jeden Fall“ (4) zugrunde. Die Antwortskalierung und die Codierung können der Tabelle 12 entnommen werden. Für die hypothesenbezogene Auswertung wurden die Subtestmittelwerte verwendet. Dabei stellen niedrige Werte eine geringe Wahrscheinlichkeit dar, dass die Schüler*innen die beschriebenen Reaktionen zeigen. Bei der Entwicklung des SEMOlino wurde darauf geachtet, dass alle Items eines Subtests in der gleichen Richtung formuliert sind. Daher waren bei der Auswertung keine Recodierungen notwendig. Da der Fragebogen im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelt wurde, lagen keine Normwerte vor, die zum Vergleich mit der Stichprobe genutzt werden konnten.

Tabelle 12: Antwortskalierung und Codierung des SEMOlino.

Antwort-skalierung	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
Codierung	0	1	2	3	4

2.6.2 Missing Data

Bei keiner der vorliegenden quantitativen Teilstudien (mit Ausnahme der Online-Stichprobe in Teilstudie 3b) lag ein vollständiger Datensatz vor. Trotzdem konnten durch die übersichtliche Darstellung des Fragebogens, die Anleitung während des Ausfüllens (bei den Präsenzerhebungen) und die Aufforderung zur Nachkontrolle während der Versuchsdurchführung wesentlich dazu beitragen, dass nur wenige Daten in den Fragebögen fehlten. Der Großteil der fehlenden Werte trat bei den häuslichen Erhebungen auf, da hier die Autorin während der Erhebungen nicht anwesend sein und eine ruhige und konzentrierte Arbeitsatmosphäre nicht durch die Autorin sichergestellt werden konnte. Die fehlenden Werte wurden durch Lagemaße substituiert. Dabei wurden die Missing Data bei allen quantitativen Teilstudien durch den Individualmodulwert des jeweiligen Subtests ersetzt (Döring & Bortz, 2016, S. 591). Zudem wurde festgelegt, dass bei Fällen, in denen mehr als zwei Items pro Subtests fehlten, der komplette Fall nicht in die Auswertung einbezogen wurde. Für die soziodemografischen Daten wurden keine Substitutionen vorgenommen.

2.6.3 Methodenbezogene Auswertung

Um die Zuverlässigkeit und die faktorielle Struktur des Messinstrumentes zu überprüfen, wurden im Rahmen der methodenbezogenen Auswertung Reliabilitäts- sowie Faktorenanalysen durchgeführt. Im folgenden Abschnitt werden beide Verfahren und die dazugehörigen Beurteilungskriterien beschrieben.

Reliabilitätsanalyse. Zur Überprüfung der Genauigkeit des neu entwickelten Messinstrumentes wurde eine Reliabilitätsanalyse auf Subtestebene vollzogen. Um die Zuverlässigkeit zu beurteilen, wurde die interne Konsistenz anhand des Alphakoeffizienten nach Cronbach (1951) bestimmt (Döring & Bortz, 2016, S. 468). Dabei wurden die Subtestmittelwerte der einzelnen Subtests verwendet. Die Schätzung der internen Konsistenz durch Cronbachs α ist heute die Standardmethode und beruht auf der Verallgemeinerung der Testhalbierungsmethode (Bühner, 2021, S. 598; Döring & Bortz, 2016, S. 468). Bezüglich der Interpretation der Ergebnisse für Cronbachs α wurden Werte ≥ .70 als befriedigend, Werte ≥ .80 als gut und ≥ .90 als sehr gut betrachtet. Bei Gruppenvergleichen kann ein Wert ab .50 als ausreichend bewertet werden (s. Tabelle 13; Bortz & Döring, 2015, S. 199; Weise, 1975, S. 219).

Tabelle 13: Grenzwerte des Reliabilitätskoeffizienten (Weise, 1975, S. 219).

Cronbachs Alpha	Beurteilung
.50	ausreichend (bei Gruppenvergleichen)
.70	befriedigend
.80	gut
.90	sehr gut

Zusätzlich zur Analyse der internen Konsistenz wurden die Items in Bezug auf ihre korrigierte Trennschärfe (r_{tt}) untersucht. Diese wird an einem positiven Wert r_{tt} >.30 als ausreichend bewertet (Weise, 1975, S. 219). Des Weiteren wurden zur Beurteilung der Reliabilität die Werte für „Cronbachs Alpha, wenn Item gelöscht“ betrachtet, die von SPSS ausgegeben wurden. Sofern sich das Cronbachs Alpha durch die Eliminierung eines oder mehrerer Items wesentlich verbessern würde, wurden bei der vorliegenden Arbeit die betreffenden Items aus dem Subtest gelöscht.

Faktorenanalyse. Über die Reliabilitätsanalyse hinaus, wurde der Fragebogen faktorenanalytisch untersucht, um die faktorielle Validität zu überprüfen. Dazu wurde als Extraktionsmethode die explorative Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation verwendet (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 598). Dabei sollten die Faktorladungen mindestens einen Wert von ≥ .40 haben und faktorrein sein, um als Markiervariable zu gelten (Bortz & Schuster, 2010, S. 396; Hampel, Dickow & Petermann, 2002, S. 279). Zudem wurden die Kommunalitäten (h^2) ab einem Wert von .70 als ausreichend bewertet (Osborne, 2014, S. 10). Als Abbruchkriterium wurden bei der vorliegenden Arbeit das Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert ≥ 1) und der Scree-Test verwendet (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 590). Allerdings wird durch das Kaiser-Guttman-Kriterium häufig die Anzahl der tatsächlichen Faktoren überschätzt und es kommt zu einer Überfaktorisierung. Daher wurde zusätzlich der Scree-Test zur Beurteilung des Eigenwertverlaufs in die Analyse einbezogen (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 590–591). Die

Varianzaufklärung der extrahierten Faktoren sollte > 70% liegen (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2017, S. 939).

Zur Überprüfung der Eindimensionalität bei faktorunreinen Items, wurde der relative Varianzanteil der Markiervariablen an der Gesamtvarianz (a^2/h^2) bestimmt. Dieser sollte nach dem Fürntratt-Kriterium mindestens 50% betragen (Bortz & Schuster, 2010, S. 422; Rost & Schermer, 1989, S. 293). Zusätzlich wurde die an der Kommunalität relativierte Eindimensionalität ($a_1^2/h_2 – a_2^2/h^2$) bestimmt. Dabei muss der Anteil der beiden höchsten Ladungen einer Markiervariablen an der Kommunalität mindestens 25% differieren (Hampel et al., 2002, S. 279; Rost & Schermer, 1989, S. 293). Die zuvor beschriebenen Bewertungskriterien der Faktorenanalyse werden in Tabelle 14 zusammengefasst.

Tabelle 14: Zentrale Beurteilungskriterien bei der Faktorenanalyse.

Bezeichnung	Kriterium
Kaiser-Guttman-Kriterium	$\lambda \geq 1$
Faktorladung (a)	$a \geq .40$
Kommunalität (h^2)	$h^2 \geq .70$
Varianzaufklärung (a^2)	$a^2 > 70\%$
Relativer Varianzanteil der Markiervariable an der Gesamtvarianz	$a^2/h^2 \geq .50$
An der Kommunalität relativierte Eindimensionalität	$a_1^2/h^2 – a_2^2/h^2 \geq .25$

3 Teilstudie I: Bedarfs- und Bedürfnisanalyse

Die erste Teilstudie dieses Promotionsvorhabens hatte zum Ziel, die Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I zu analysieren, um aufbauend auf diesen Ergebnissen, ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm zu konzipieren. Nachfolgend werden zunächst die Fragestellungen und die Stichprobe beschrieben und anschließend die Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse dargestellt sowie diskutiert.

3.1 Fragestellungen

Der qualitativen Teilstudie I lagen folgende Haupt- und Nebenfragestellungen zu Grunde.

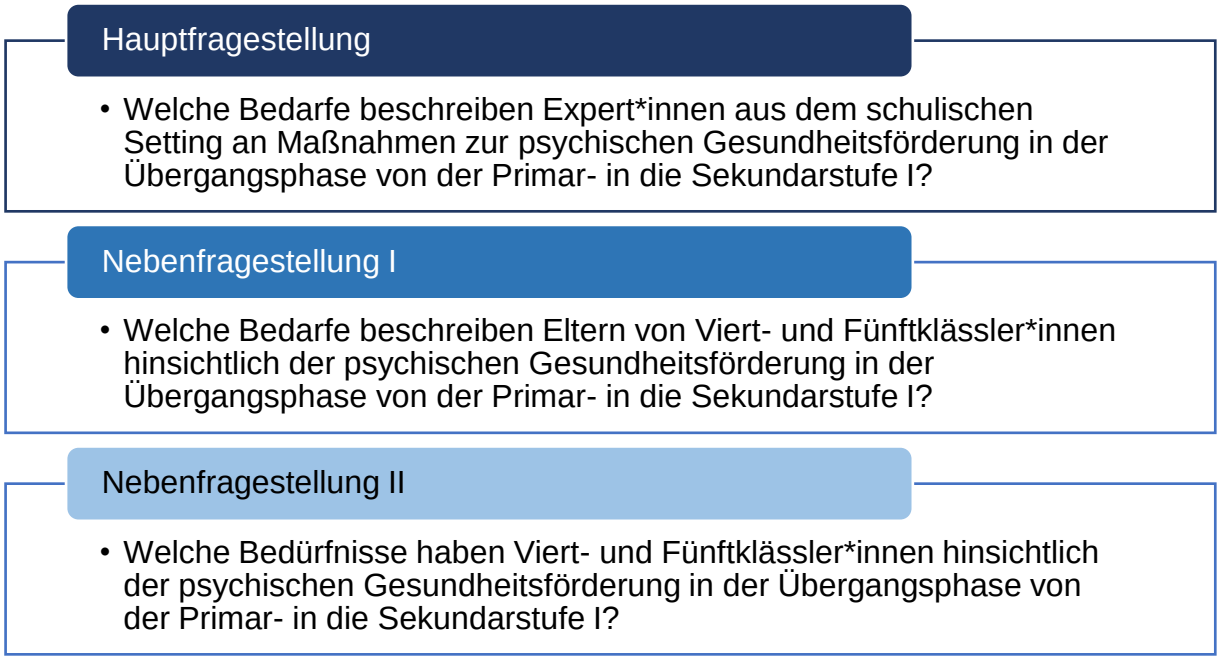


Abbildung 20: Fragestellungen Teilstudie I.

Dabei diente die Hauptfragestellung der Erhebung der Bedarfe aus der Sicht von Expert*innen des schulischen Settings und die beiden Nebenfragestellungen erhoben die Bedarfe aus Sicht der Eltern sowie die Bedürfnisse der Schüler*innen hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms. Ursprünglich war die Bedürfnisanalyse mit den Schüler*innen als Hauptfragestellung vorgesehen, da diese für die Entwicklung eines bedürfnisgerechten Gesundheitsförderungsprogramms am wesentlichsten sind. Allerdings konnten aufgrund der COVID-19-Pandemie weniger Interviews mit Schüler*innen geführt werden als geplant und zudem mussten einige Interviews mit den Schüler*innen kurzfristig telefonisch durchgeführt werden. Diese Umstände ließen annehmen, dass die Ergebnisse der Interviews davon beeinflusst sind und sich daher dafür entschieden wurde, die Interviews mit den Expert*innen des schulischen Settings als Hauptfragestellung zu fokussieren.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe für die Teilstudie I wurde an vier Schulen in Flensburg generiert, die alle in einem Sozialraum lagen. Davon waren zwei Grundschulen (Schule A und B), eine Gemeinschaftsschule (Schule C) und ein Gymnasium (Schule D). Dabei wurden bei der Auswahl der Schulen das Einzugsgebiet sowie die soziale Lage der Schüler*innen einbezogen. Die Schulen A und C hatten dabei einen höheren Anteil an Schüler*innen mit sozialer Benachteiligung als die Schulen B und D. Ursprünglich war geplant an jeder Schule zur Bedarfsanalyse zwei Einzelinterviews mit Lehrer*innen der 4. und 5. Jahrgangsstufe und jeweils eine Fokusgruppe mit Expert*innen des schulischen Settings (Schulleitung, Schulsozialarbeit und Schulgesundheitsfachkraft) sowie einem Elternteil zu führen. Für die Bedürfnisanalyse sollten pro Schule zwei Interviews mit Schüler*innen des 4. bzw. 5. Jahrgangs jeweils mit einer Schülerin und einem Schüler durchgeführt werden. Die Tabelle 15 verdeutlicht das ursprünglich geplante Sample für die Teilstudie I.

Tabelle 15: Ursprünglich geplantes Sample.

Schule A	Schule B	Schule C	Schule D
2 Einzelinterviews Lehrer*innen (4. Klasse)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (4. Klasse)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (5. Klasse)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (5. Klasse)
1 Fokusgruppe Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsfachkraft	1 Fokusgruppe Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsfachkraft	1 Fokusgruppe Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsfachkraft	1 Fokusgruppe Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheitsfachkraft
1 Einzelinterview Eltern (4. Klasse)	1 Einzelinterview Eltern (4. Klasse)	1 Einzelinterview Eltern (5. Klasse)	1 Einzelinterview Eltern (5. Klasse)
2 Einzelinterviews Schüler*innen 4. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 4. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 5. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 5. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)

Die Interviews wurden im März 2020 begonnen und konnten zunächst wie geplant umgesetzt werden. Kurz nach Beginn der ersten Interviews stiegen in Deutschland die Infektionszahlen von SARS-CoV-2 stark an, sodass entsprechende Maßnahmen zur Eindämmung der Virusverbreitung ergriffen werden mussten. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen (u.a. Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen) konnten die Interviews nicht wie geplant fortgeführt und es mussten Anpassungen im Sample vorgenommen werden. Im Rahmen der Bedarfsanalyse konnten fast alle geplanten Interviews realisiert werden, allerdings musste der Großteil der Interviews in telefonischer Form durchgeführt werden, da kurz nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie noch kein geeignetes

Videokonferenztool zur Verfügung stand. Weiterhin konnte nur in Schule B die Perspektive der Schulleitung einbezogen werden, da infolge der pandemiebedingten Herausforderungen keine Schulleitung einen Interviewtermin einrichten konnte. Bei den anderen Interviews mit den Expert*innen des schulischen Settings musste das Format, aufgrund der Kontaktbeschränkungen, von der geplanten Fokusgruppe auf Einzelinterviews umgestellt werden. Die Bedürfnisanalyse sowie die Elterninterviews waren ebenfalls von den pandemiebedingten Einschränkungen betroffen, sodass nur an den Schulen B und D die geplanten Interviews durchgeführt werden konnten. In der Tabelle 16 sind die tatsächlich durchgeführten Interviews grün markiert. An den Schulen A und C war es, trotz mehrerer Versuche der Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung, nicht möglich die Interviews durchzuführen. Aus zeitlichen Gründen musste die Studie trotzdem ohne diese Interviews fortgeführt werden.

Tabelle 16: Endgültig umgesetztes Sample.

Schule A	Schule B	Schule C	Schule D
2 Einzelinterviews Lehrer*innen (4. Klasse) (1 Präsenz, 1 Telefon)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (4. Klasse) (beide Telefon)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (5. Klasse) (beide Präsenz)	2 Einzelinterviews Lehrer*innen (5. Klasse) (beide Telefon)
Schulleitung, Schulsozialarbeit (Einzelinterview Telefon) Schulgesundheits-fachkraft (Einzelinterview Telefon)	1 Fokusgruppe Schulleitung, Schulsozialarbeit, Schulgesundheits-fachkraft (Präsenz)	Schulleitung, Schulsozialarbeit (Einzelinterview Telefon) Schulgesundheits-fachkraft (Einzelinterview Telefon)	Schulleitung, Schulsozialarbeit (Einzelinterview Präsenz) Schulgesundheits-fachkraft (Einzelinterview Telefon)
1 Einzelinterview Eltern (4. Klasse)	1 Einzelinterview Eltern (4. Klasse) (Präsenz)	1 Einzelinterview Eltern (5. Klasse)	1 Einzelinterview Eltern (5. Klasse) (Telefon)
2 Einzelinterviews Schüler*innen 4. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 4. Klasse (1x weiblich; 1x männlich) (Präsenz)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 5. Klasse (1x weiblich; 1x männlich)	2 Einzelinterviews Schüler*innen 5. Klasse (1x weiblich; 1x männlich) (beide Telefon)

Bedarfsanalyse Lehrer*innen. Die Stichprobe der Lehrer*innen bestand aus insgesamt acht Lehrer*innen von vier Schulen. Davon waren vier Grundschul-, zwei Gemeinschaftsschul- und zwei Gymnasiallehrkräfte. Bei allen befragten Lehrkräften handelte es sich um Klassenlehrkräfte im 4. bzw. 5. Jahrgang. Es wurde eine gleichmäßige Verteilung der Geschlechter in der Stichprobe angestrebt, allerding konnte dies bei den Grundschulehrkräften nicht realisiert

werden, da der Großteil der Lehrkräfte an Grundschulen weiblich ist und keine männliche Grundschullehrkraft für die Interviews zur Verfügung stand. Zudem war das Geschlecht der Lehrkräfte als Expert*innen für die Übergangsphase und zur Bedarfsanalyse nicht maßgeblich bedeutsam. Relevanter war die Funktion als Klassenlehrkraft im 4. oder 5. Jahrgang, um sicherzustellen, dass die befragten Lehrkräfte häufig Kontakt zu Schüler*innen in der Übergangsphase hatten und daher ihre Perspektive auf den Transitionsprozess in die Interviews einbringen konnten. Die Lehrer E und G waren zusätzlich zu ihrer Funktion als Klassenlehrer außerdem als Koordinatoren für die Orientierungsstufe (5./6. Klasse) tätig und hatten durch diese Aufgabe noch weiterführende Erfahrungen hinsichtlich der Gestaltung des Übergangs von der Primar- in die Sekundarstufe I. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 60:23 Minuten und fünf der acht Interviews mussten aufgrund der COVID-19-Pandemie telefonisch durchgeführt werden. Die Präsenzinterviews wurden in Besprechungsräumen in den jeweiligen Schulen durchgeführt. Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Stichprobe der Lehrer*innen.

Tabelle 17: Stichprobe der Lehrer*innen.

Proband	Geschlecht	Schule	Klasse	Interviewdauer
Lehrer A	weiblich	Schule A	4. Klasse	39:42 Minuten
Lehrer B	weiblich	Schule B	4. Klasse	46:28 Minuten
Lehrer C	weiblich	Schule B	4. Klasse	71:09 Minuten
Lehrer D	weiblich	Schule A	4. Klasse	73:31 Minuten
Lehrer E	männlich	Schule D	5. Klasse	52:11 Minuten
Lehrer F	weiblich	Schule D	5. Klasse	74:27 Minuten
Lehrer G	männlich	Schule C	5. Klasse	67:03 Minuten
Lehrer H	weiblich	Schule C	5. Klasse	58:33 Minuten

Bedarfsanalyse Expert*innen. Die Stichprobe der Expert*innen des schulischen Settings bestand aus insgesamt sieben Personen von vier Schulen. Dabei wurden fünf Expert*innen in Form von Einzelinterviews befragt und drei Expert*innen im Rahmen einer Fokusgruppe an Schule B kurz vor der COVID-19-Pandemie. Ursprünglich sollten alle Expert*innen in Fokusgruppen befragt werden, allerdings konnte dies aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt werden und die Interviewform wurde kurzfristig auf Einzelinterviews umgestellt. Bei den Expert*innen handelte es sich um Schulsozialarbeiterinnen und Schulgesundheitsfachkräfte, die aufgrund ihrer Tätigkeitsfelder zahlreiche Berührungspunkte mit den Schüler*innen in der Übergangsphase hatten und z.B. durch Schulbesuche der Viertklässler*innen an den weiterführenden Schulen an der Gestaltung der Übergangsphase mitwirkten. Zudem waren insbesondere die Schulsozialarbeiterinnen in Beratungsprozesse hinsichtlich der Wahl einer

weiterführenden Schule involviert. Alle Befragten Expert*innen waren weiblich und damit repräsentiert die Stichprobe gut die Grundgesamt in diesen Berufsfeldern, die ebenfalls hauptsächlich von weiblichen Personen ausgeübt werden. Von den fünf Einzelinterviews wurden vier aufgrund der Pandemie telefonisch durchgeführt und das Präsenzinterview im Büro der Schulsozialarbeiterin in Schule D. Die Fokusgruppe fand in Präsenz im Büro der Schulleitung von Schule B statt und enthielt als einziges Interview die Perspektive der Schulleitung. Für die Einzelinterviews konnte keine weitere Schulleitung gewonnen werden, sodass die Aussagen der Schulleitung aus der Fokusgruppe nicht in die Auswertung einbezogen und nur ergänzend verwendet wurden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Schulgesundheitsfachkräfte jeweils für zwei Schulen zuständig waren. Die Expertin A war an den Schulen A und C tätig und die Expertin C an den Schulen B und D. Die Expertin A wurde daher nur einmal interviewt und dabei sowohl auf die Viert- sowie die Fünftklässler*innen eingegangen. Expertin C war an der Fokusgruppe in Schule B beteiligt und wurde zur Perspektive der Fünftklässler*innen zudem einzeln interviewt. Die Expert*inneninterviews dauerten durchschnittlich 68:73 Minuten und Tabelle 18 stellt die Stichprobe der Expert*innen zusammengefasst dar.

Tabelle 18: Stichprobe der Expert*innen.

Proband	Geschlecht	Schule	Beruf	Interviewdauer
Experte A	weiblich	Schule A	Schulgesund-heitsfachkraft	61:10 Minuten
Experte B	weiblich	Schule A	Schulsozial-arbeit	86:17 Minuten
Experte C	weiblich	Schule D	Schulgesund-heitsfachkraft	61:17 Minuten
Experte D	weiblich	Schule C	Schulsozial-arbeit	89:28 Minuten
Experte E	weiblich	Schule D	Schulsozial-arbeit	52:37 Minuten
Fokusgruppe A (3 Personen)	weiblich	Schule D	Schulleitung, Schulsozial-arbeit, Schulgesund-heitsfachkraft	62:27 Minuten

Bedarfsanalyse Eltern. Zusätzlich zu der Bedarfsanalyse mit den Lehrer*innen und den Expert*innen des schulischen Settings, wurden zwei Interviews mit jeweils einen Elternteil der interviewten Schüler*innen von zwei Schulen durchgeführt. Die Eltern wurden als Expert*innen für ihre Kinder interviewt und konnten ihre Erfahrungen aus dem familiären Alltag vor und nach dem Übergang an die weiterführende Schule in die Interviews einfließen lassen. Dabei war es möglich zu erfragen, wie die Eltern ihre Kinder in dieser Phase erlebten und welche Veränderungen sie zum Beispiel im Verhalten der Kinder wahrgenommen haben.

An den Schulen A und C waren aufgrund der Pandemie keine Interviews möglich, da keine Kontaktmöglichkeiten zu den Eltern bestanden. In beiden Interviews handelte es sich um die Mütter der Schüler*innen. Dabei war Elternteil A die Mutter von Schüler A (4. Klasse) und Elternteil B die Mutter von Schüler C (5. Klasse). Das Interview mit Elternteil A wurde in Präsenz in der Schule durchgeführt, das Interview mit Elternteil B telefonisch und die Interviews dauerten im Durchschnitt 45:29 Minuten.

Tabelle 19: Stichprobe der Eltern.

Proband	Geschlecht	Schule	Klasse	Interviewdauer
Elternteil A	weiblich	Schule B	4. Klasse	38:17 Minuten
Elternteil B	weiblich	Schule D	5. Klasse	52:41 Minuten

Bedürfnisanalyse Schüler*innen. Für die Bedürfnisanalyse wurden insgesamt vier Schüler*innen in Einzelinterviews von zwei Schulen interviewt. Geplant waren ursprünglich acht Interviews an vier Schulen, was allerdings aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt werden konnte. Aufgrund der pandemiebedingt erschwerten Kontaktmöglichkeiten zu den Schüler*innen, waren an den Schulen A und C keine Interviews möglich. Die Interviews mit den Schüler*innen A und B fanden in Präsenz in einem Klassenraum in Schule B statt und die Interviews mit den Schüler*innen C und D mussten telefonisch durchgeführt werden. Um ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zu erhalten, wurden an beiden Schulen aus der vierten bzw. der fünften Klasse jeweils ein Mädchen und ein Junge befragt. Die beiden Viertklässler*innen waren beide 10 Jahre und die Fünftklässler*innen 11 Jahre alt und die Interviews dauerten im Durchschnitt 34:02 Minuten. Die Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Stichprobe der Schüler*innen.

Tabelle 20: Stichprobe der Schüler*innen.

Proband	Geschlecht	Schule	Alter / Klasse	Interviewdauer
Schüler A	männlich	Schule B	10 Jahre 4. Klasse	37:12 Minuten
Schüler B	weiblich	Schule B	10 Jahre 4. Klasse	26:15 Minuten
Schüler C	männlich	Schule D	11 Jahre 5. Klasse	39:25 Minuten
Schüler D	weiblich	Schule D	11 Jahre 5. Klasse	33:54 Minuten

3.3 Auswertungsverfahren

Im folgenden Kapitel wird das Auswertungsverfahren (induktive Kategorienbildung) der Teilstudie I für die Haupt- und Nebenfragestellungen beschreiben. Ziel der Teilstudie I war es, die Bedarfe und Bedürfnisse hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I zu explorieren. Dazu wurden für die induktive Hauptfragestellung 14 Einzelinterviews mit Expert*innen und eine Fokusgruppe herangezogen und sowohl die Einzelinterviews als auch die Fokusgruppen gemeinsam ausgewertet, da die gleiche Fragestellung im Mittelpunkt stand und aufgrund der COVID-19-Pandemie lediglich eine Fokusgruppe durchgeführt werden konnte, deren separate Auswertung nicht zielführend gewesen wäre. Zur Beantwortung der Hauptfragestellung *„Welche Bedarfe beschreiben Expert*innen aus dem schulischen Setting an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?* wurden die Daten anhand der induktiven Kategorienbildung ausgewertet, da die offene Fragestellung eine möglichst *„naturalistische, gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers“* erforderte, was durch die induktive Kategorienbildung gewährleistet werden kann (Mayring, 2022, S. 85). Es sollten aus den Interviews mit den Expert*innen konkrete Bedarfe hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms abgeleitet werden, was mittels einer deduktiven Vorgehensweise nicht möglich gewesen wäre. Bei den Nebenfragestellungen I und II wurde ebenfalls basierend auf den Fragestellungen und dem Ziel der Analyse die induktive Kategorienbildung angewendet (Mayring & Fenzl, 2022, S. 701).

Die **Hauptfragestellung** untergliederte sich in sechs Auswertungsfragen, die mittels der induktiv gebildeten Kategorien beantwortet wurden. Die inhaltsanalytischen Regeln wurden entsprechend festgelegt, sodass über die Selektionskriterien bestimmt werden konnte, wann aus dem Material eine Kategorie gebildet werden durfte. Dabei wurde bei allen Selektionskriterien berücksichtigt, dass die Aussagen sich explizit auf die Übergangsphase beziehen müssen, um eine Kategorie zu bilden. Die Abstraktionsniveaus wurden so bestimmt, dass die Textstellen nur zur Kategorienbildung führten, wenn konkret beschreibbare Aspekte hinsichtlich des Selektionskriteriums genannt wurden. Dabei handelte es sich um ein mittleres Abstraktionsniveau, welches der Bildung von zu vielen Kategorien und einer zu starken Verallgemeinerung der Kategorien entgegenwirken sollte. Die Kategorien mussten konkret genug sein, um aus den Ergebnissen explizite Hinweise für die Programmentwicklung zu erhalten, was bei einem zu hohen Abstraktionsniveau nicht möglich gewesen wäre. In Tabelle 21 werden die inhaltsanalytischen Regeln für die Hauptfragestellung dargestellt.

Tabelle 21: Inhaltsanalytische Regeln Hauptfragestellung.

Forschungsfrage	Welche Bedarfe beschreiben Expert*innen aus dem schulischen Setting an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?
Auswertungsfrage 1	Welche Belastungen erleben Schüler*innen aus Sicht der Experten vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I?
Selektionskriterium	Hinweise auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Schüler*innen resultierend aus dem bevorstehenden oder vollzogenen Übergang in die Sekundarstufe I
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare negative Aspekte, die mit dem Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 2	Welche Ressourcen/Stressverarbeitungsstrategien unterstützen die Schüler*innen aus Sicht der Experten beim Übergang in die Sekundarstufe I?
Selektionskriterium	Hinweise auf verschiedene Ressourcen, die die Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I unterstützen sowie Strategien zum Umgang mit Stress
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare positive Aspekte, die mit der Unterstützung beim Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 3	Wie wird die Gesundheit der Schüler*innen vor dem Hintergrund des Übergangs in der Schule gefördert?
Selektionskriterium	Hinweise auf die Umsetzung von Maßnahmen in der Schule zur Gesundheitsförderung vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Gesundheit der Schüler*innen fördern
Auswertungsfrage 4	Inwiefern besteht aus der Sicht der Expert*innen beim Übergang in die Sekundarstufe I ein Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Schüler*innen?
Selektionskriterium	Hinweise auf den Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule vor dem Hintergrund des Übergangs
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die einen Bedarf an schulischer Gesundheitsförderung in der Übergangsphase verdeutlichen
Auswertungsfrage 5a	Wie kann schulische Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des Übergangs aus Sicht der Experten gut umgesetzt werden?
Selektionskriterium	Hinweise auf die erfolgreiche Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung, die die Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I unterstützt
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die für die erfolgreiche Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung relevant sind
Auswertungsfrage 5b	Was sind mögliche Barrieren bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?

Selektionskriterium	Hinweise auf Hindernisse/Herausforderungen bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Übergangsphase
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung in der Übergangsphase erschweren
Auswertungsfrage 6	Wie sollte ein Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs aus Sicht der Experten aufgebaut sein und umgesetzt werden?
Selektionskriterium	Hinweise auf den Aufbau des Programms, den zeitlichen Rahmen, die Integration in den Schulalltag, die Durchführbarkeit, die Inhalte und den Einbezug von Eltern und Lehrer*innen
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit den Rahmenbedingungen sowie den Inhalten und der Durchführbarkeit in der Schule im Zusammenhang stehen

Kodierleitfaden Nebenfragestellung I. Bei der ersten Nebenfragestellung *„Welche Bedarfe beschreiben Eltern von Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?“* wurde ebenfalls die induktive Kategorienbildung angewendet. Hier sollten die Bedarfe hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase aus Sicht der Eltern erhoben werden. Um die Fragestellung zu beantworten, wurden drei Auswertungsfragen formuliert. Dabei war das erste Selektionskriterium die Belastungen im Zusammenhang mit dem Übergang, das zweite definierte die Ressourcen und die Stressverarbeitung und das dritte beschäftigte sich mit den Inhalten und Elementen des zukünftigen Programms. Es wurde bei dieser Fragestellung ebenfalls ein niedriges bis mittleres Abstraktionsniveau bestimmt, um möglichst alle relevanten Informationen aus dem Material zu extrahieren. Die angewandten inhaltsanalytischen Regeln werden in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Inhaltsanalytische Regeln Nebenfragestellung I.

Forschungsfrage	Welche Bedarfe beschreiben Eltern von Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?
Auswertungsfrage 1	Welche Belastungen erleben Schüler*innen aus der Sicht der Eltern vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I?
Selektionskriterium	Hinweise auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Schüler*innen resultierend aus dem bevorstehenden oder vollzogenen Übergang in die Sekundarstufe I
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare negative Aspekte, die mit dem Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 2	Welche Ressourcen/Stressverarbeitungsstrategien unterstützen die Schüler*innen aus der Sicht der Eltern beim Übergang in die Sekundarstufe I?

Selektionskriterium	Hinweise auf verschiedene Ressourcen, die die Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I unterstützen sowie Strategien zum Umgang mit Stress
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare positive Aspekte, die mit der Unterstützung beim Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 3	Wie sollte ein Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs aus Sicht der Eltern aufgebaut sein und umgesetzt werden?
Selektionskriterium	Hinweise auf den Aufbau des Programms, den zeitlichen Rahmen, die Integration in den Schulalltag, die Durchführbarkeit, die Inhalte und den Einbezug von Eltern und Lehrer*innen
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit den Rahmenbedingungen sowie den Inhalten und der Durchführbarkeit in der Schule im Zusammenhang stehen

Kodierleitfaden Nebenfragestellung II. In Rahmen der Nebenfragestellung II *„Welche Bedürfnisse haben Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?“* wurden die Schüler*innen zu ihren Bedürfnissen in Bezug auf die geplante Entwicklung eines Gesundheitsförderungsprogramms befragt und ebenfalls zur Auswertung induktiv Kategorien gebildet. Dabei sollten durch die Kategorien alle Aspekte erfasst werden, die zur Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms aus Sicht der Schüler*innen relevant waren. Während des Auswertungsprozesses wurden analog zum Leitfaden drei Auswertungsfragen formuliert. Die erste befasste sich mit den Belastungen der Viert- bzw. Fünftklässler*innen vor und nach dem Übergang in die Sekundarstufe I, die zweite verfolgte das Ziel die Ressourcen sowie Stressverarbeitungsstrategien zu explorieren und die dritte beschäftigte sich mit den Wünschen und Vorstellungen der Schüler*innen bezüglich des Programms. Bei allen Auswertungsfragen wurde ein eher niedriges bis mittleres Abstraktionsniveau gewählt, um möglichst alle relevanten Aspekte für die Programmentwicklung konkret zu erfassen und gleichzeitig eine Reduktion das Materials auf die wesentlichen Bestandteile zu erhalten. Die inhaltsanalytischen Regeln für die Nebenfragestellung I können der Tabelle 23 entnommen werden.

Tabelle 23: Inhaltsanalytische Regeln Nebenfragestellung II.

Forschungsfrage	Welche Bedürfnisse haben Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?
Auswertungsfrage 1	Welche Belastungen erleben Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I?
Selektionskriterium	Hinweise auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Schüler*innen resultierend aus dem bevorstehenden oder vollzogenen Übergang in die Sekundarstufe I
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare negative Aspekte, die mit dem Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen

Auswertungsfrage 2	Welche Ressourcen/Stressverarbeitungsstrategien unterstützen die Schüler*innen beim Übergang in die Sekundarstufe I?
Selektionskriterium	Hinweise auf verschiedene Ressourcen, die die Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die Sekundarstufe I unterstützen sowie Strategien zum Umgang mit Stress
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare positive Aspekte, die mit der Unterstützung beim Übergang in die Sekundarstufe I im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 3	Wie sollte ein Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs aus Sicht der Schüler*innen aufgebaut sein und umgesetzt werden?
Selektionskriterium	Hinweise auf den Bedarf, den Aufbau des Programms, den zeitlichen Rahmen, die Integration in den Schulalltag, die Durchführbarkeit, die Inhalte und den Einbezug von Eltern und Lehrer*innen
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit den Rahmenbedingungen sowie den Inhalten und der Durchführbarkeit in der Schule im Zusammenhang stehen

3.4 Ergebnisse Teilstudie I

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie I dargestellt. Dabei erfolgt die Darstellung unterteilt nach der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse. Die Bedarfsanalyse enthält die Ergebnisse für die Haupt- (Expert*innen) und die Nebenfragestellung I (Eltern). Anschließend folgen die Ergebnisse für die Nebenfragestellung II (Schüler*innen). Zunächst wird ein Überblick über das induktiv gebildete Kategoriensystem der Hauptfragestellung gegeben und anschließend anhand der Auswertungsfragen die induktiv gebildeten Kategorien, die zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden, dargestellt. Dabei werden die gebildeten Kategorien anhand von Zitaten aus den Interviews belegt. Die Belege enthalten die anonymisierten Angaben zur Herkunft des Zitates. Die Proband*innen wurden mit Buchstaben (z.B. Experte A) codiert und es wurde jeweils die Absatznummer aus dem Transkript angegeben.

3.4.1 Ergebnisse Bedarfsanalyse

Hauptfragestellung. Hinsichtlich der Hauptfragestellung in Bezug auf die Bedarfe an einem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe aus der Sicht der Lehrkräfte und Expert*innen aus dem schulischen Setting, wurden sechs Auswertungsfragen formuliert, um die Hauptfragestellung zu beantworten. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Hauptfragestellung sowie der Nebenfragestellung I (beide Bedarfsanalyse) gegliedert nach den Auswertungsfragen dargestellt. Dabei werden zunächst die Hauptkategorien im Überblick abgebildet (s. Abb. 21) und anschließend die induktiv gebildeten Kategorien dargestellt. Die Ergebnisse basieren dabei auf acht Einzelinterviews mit Lehrer*innen, vier Einzelinterviews mit Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräften und

einer Fokusgruppe mit Expert*innen, die zusammen unter der Hauptfragestellung ausgewertet wurden. Die Kategorien, die lediglich von den Expert*innen der Primarstufe genannt wurden, sind blau und die der Sekundarstufe grün hervorgehoben.

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, die Belastungen der Schüler*innen in der Übergangsphase aus der Sicht der Expert*innen zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von drei Hauptkategorien (psychische, soziale und schulische Belastungen) zusammengefasst.

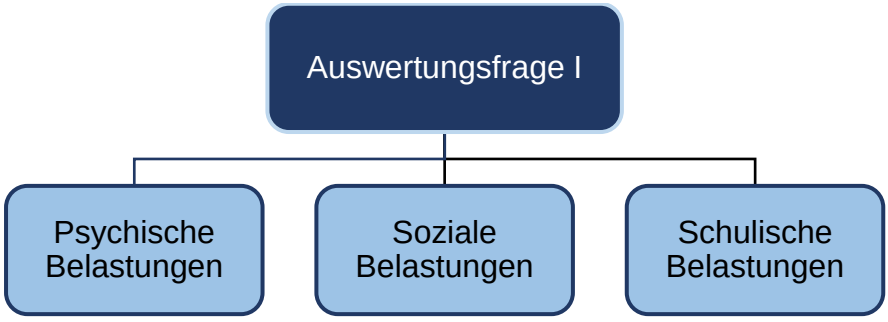


Abbildung 21: Hauptkategorien für die Auswertungsfrage I.

Psychische Belastungen. Es wurden acht Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie psychische Belastungen zusammengefasst wurden (s. Abb. 22).

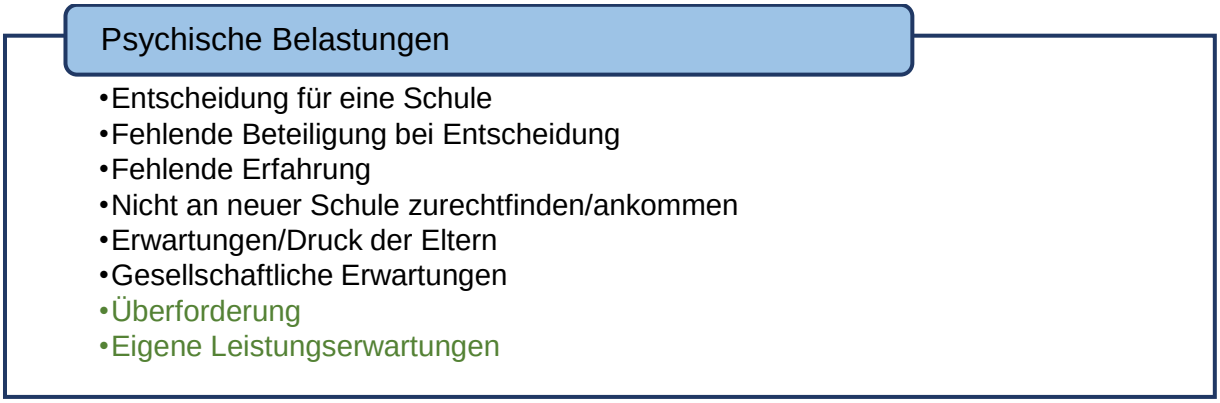


Abbildung 22: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen.

Die Expert*innen nannten als Belastungen in der Übergangsphase die **Entscheidung** für eine weiterführende Schule. Dabei war es aus der Sicht der Expert*innen zusätzlich belastend für die Schüler*innen, dass sie häufig **nicht an der Entscheidung für eine Schule beteiligt** würden und die Eltern die Entscheidung ohne Einbezug der Kinder triefen.

> *„Joar, belastend ist es eben für sie auch (..) eben sich für eine Schule zu **entscheiden**“* (Interview Lehrer B, A. 10).

> *„Da bin ich mir nicht immer sicher, dass die Kinder (..) beteiligt sind. So das ist sicherlich auch dem Wohnort und der räumlichen Situation geschuldet. Und gewählt wurde von*

> *Elternteilen oder weil Geschwister schon auf diese Schule gehen. Und die Angebote sind ja da, sich mehrere Schulen anzugucken. So und (...) ich bin mir nicht immer sicher, dass Kinder da* ***ausreichend beteiligt*** *werden und* ***mitentscheiden dürfen*** *(..). Das glaube ich ist auch schon mal eine Belastung (...)"* (Interview Experte B, A. 26).

Weiterhin äußerten die Expert*innen *„Die Kinder sind sehr aufgeregt (..) können sich logischerweise, weil sie* ***gar nicht die Erfahrungswerte haben****, sie haben sowas ja noch gar nicht erlebt in ihrem Leben, gar nicht vorstellen, was da eigentlich auf sie zukommt*" (Interview Lehrer B, A. 8) und es belaste die Schüler*innen, dass sie befürchten „ *(…) im psychologischen Sinne* ***nicht ankommen****. Also nicht, dass sie nicht vor Ort sind, aber dass sie eben nicht ankommen bei den anderen Kindern, dass sie sich räumlich vielleicht* ***nicht zurechtfinden*** *oder ja die Schulen sind ja einfach viel größer und es sind deutlich ältere Kinder (..). Dass sie Angst haben, dass sie sich da verlaufen oder irgendwie sich* ***nicht orientieren*** *können"* (Interview Lehrer B, A. 8).

Als häufigste Belastung wurde von den Expert*innen der **Druck bzw. die Erwartungen der Eltern** an die Schüler*innen und den Wunsch nach einer Gymnasialempfehlung genannt.

> *„Also ich merke die Belastung, also das was du ja grade gesagt hast. Diese Empfehlung, dass die Kinder wirklich zu mir kommen und auch danach noch "Oh, Mama oder Papa hätte sich ja so eine* ***Gymnasialempfehlung gewünscht.*** *Die habe ich jetzt nicht bekommen." Das merke ich dann tatsächlich auch"* (…) (Fokusgruppe A, A. 17).

Zudem wurden von den Expert*innen die **Erwartungen der Gesellschaft** an die Schüler*innen als Belastung beschrieben.

> *„Und das ist für die Kinder natürlich ein Zwiespalt, also vor allem, wenn sie von der Gesellschaft vorgelebt kriegen, dass das Gymnasium das Non plus ultra ist, fühlt man sich ja nicht gut, wenn man an eine andere Schule geht"* (Interview Lehrer C, A.14).

Zusätzlich zu den sieben beschriebenen Kategorien wurden von den Expert*innen der Sekundarstufe I noch **Überforderung** und die **persönlichen Erwartungen** der Schüler*innen an die **eigenen Leistungen** als Belastungen in der Übergangsphase genannt.

Soziale Belastungen. Die Hauptkategorie soziale Belastungen umfasste acht Kategorien, die in der Abbildung 23 aufgeführt werden.



Abbildung 23: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen.

Bei den Expert*innen der Primarstufe wurden der Verlust von Bezugspersonen und Freundschaften sowie der Vergleich mit Mitschüler*innen und die neue Rolle an der weiterführenden Schule als soziale Belastungen genannt. Als häufigste soziale Belastung nannten die Expert*innen „*diese Angst vor **Verlust von Freundschaften**, die man halt in der Grundschule hat, wenn man dann eben auf getrennte Schulen gehen muss*“ (Interview Lehrer C, A. 10). Zudem beschrieben die Expert*innen, dass sie bei den Schüler*innen Ängste hinsichtlich des **Verlustes von Klassenlehrer*innen** und anderen erwachsenen **Bezugspersonen** an der Grundschule, die den Schüler*innen Stabilität und Verlässlichkeit vermitteln, wahrnahmen. Weiterhin äußerten die Expert*innen, dass der **Vergleich mit den Mitschüler*innen** für die Kinder eine Belastung darstellen kann *„weil sie ja auch schon in der vierten Klasse feststellen, dass sie eigentlich dem **Durchschnitt nicht entsprechen** also eher unterdurchschnittliche Leistungen zeigen. Ja und dann ist das natürlich schon eine Belastung, wenn sie sich fragen "wie soll ich das denn (..) überhaupt schaffen?"* (Interview Lehrer B, A.10).

Bei den Expert*innen der Sekundarstufe lag der Schwerpunkt bei den sozialen Belastungen in den Bereichen Gruppenfindung, neue Umgebung und Klassenzusammensetzung, der Heterogenität der Fünftklässler*innen sowie der fehlenden Unterstützung der Eltern. Insbesondere die Prozesse der **Gruppenbildung** und die dabei entstehenden Dynamiken wurden häufig von den Expert*innen als belastend für die Schüler*innen beschrieben. Eine Lehrkraft beschrieb z.B. die Situation nach dem Schulwechsel folgendermaßen: „*Dann gerade in den Grundschulen sind sie natürlich dann, kurz bevor sie gehen die Großen, kommen dann zu uns und sind die Kleinen. Und versuchen denn auch nochmal wieder erstmal ihre **Position**, ihren Punkt zu finden in dieser Schule und das läuft ganz oft mit **Reibereien**. Und dann natürlich die **neuen Klassensituationen**, die dann auch immer wieder eine Belastung sind, ein Problem*“ (Interview Lehrer G, A.4). Zudem wurde in den Interviews deutlich gemacht, dass die **Heterogenität** aufgrund der unterschiedlichen Lern- und Leistungsvoraussetzungen bei den Fünftklässler*innen aus Sicht der Expert*innen eine Belastung darstelle.

> *„Also kann ich ja natürlich immer nur für meine Schule sprechen. (..) Ich glaube das Hauptproblem ist, dass die alle mit ganz **unterschiedlichen Vorkenntnissen** kommen, also was sie aus der Grundschule heraus mitbringen. Also ich mache Deutsch und Biologie und in Deutsch ist das halt sehr auffällig (…)* (Interview Lehrer F, A. 2).

Ferner wurde von den Expert*innen beschrieben, dass die *„Organisation scheint offenbar erfordert mehr die **Mitarbeit der Eltern** also in dem Sinne, dass die Eltern nachfragen: „Irgendwie hast du alles eingepackt für den nächsten Tag?" Und sowas. Das ist jetzt nicht bei allen. Aber das finde ich schon auffällig, dass immer so ich sage mal fünf sechs sieben Schüler dabei sind, bei denen das irgendwie **Schwierigkeiten** macht, die Sachen dabei zu haben und das führt natürlich irgendwie, wenn das öfters vorkommt auch irgendwie zu **Stress bei den Kindern*** (Interview Lehrer E, A.10).

Schulische Belastungen. Zu der Hauptkategorie schulische Belastungen wurden zehn der induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet, die in Abbildung 24 aufgelistet werden.

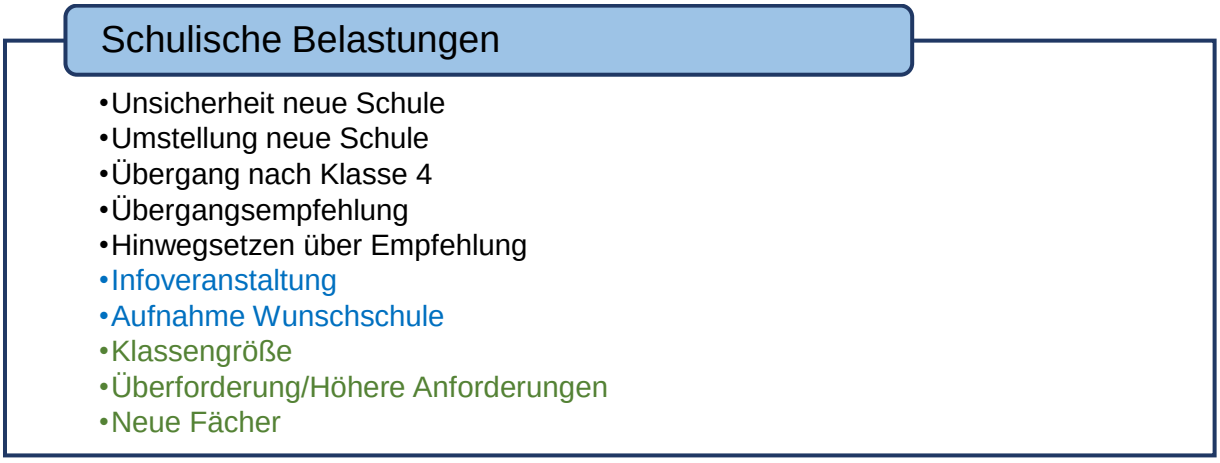


Abbildung 24: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen.

Sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe I beschrieben die Expert*innen, die von den Schüler*innen empfunden **Unsicherheit** in Bezug auf die neue Schule als wesentliche Belastung. Dazu äußerte eine Lehrkraft: *„Also man merkt schon, dass die Kinder das auch mitnimmt eben, weil etwas **Neues** kommt, was sie **nicht einschätzen können**“* (Interview Lehrer D, A. 8). Dabei stellten sich die Kinder die Frage, wie es an der neuen Schule weitergeht, welche Freunde auf dieselbe Schule gehen werden und ob sie gut auf die neue Schule vorbereitet seien, was aus Sicht der Expert*innen bei einigen Kindern zu Unsicherheiten und Ängsten führen könne. Weiterhin thematisierten die Expert*innen die **Umstellung** an der neuen Schule insbesondere hinsichtlich der **Rahmenbedingungen** als Belastung für die Schüler*innen. Die Schüler*innen kämen oft von kleineren Grundschulen und müssten sich zunächst in den größeren weiterführenden Schulen zurechtfinden sowie sich an z.B. neue Räumlichkeiten, neue Gegebenheiten, neue Regeln, Erwartungshaltungen und Ansprüche gewöhnen.

> „*Es ist für jeden Schüler natürlich ein **großer Umbruch**, weil sie aus einem sehr persönlichen, oft sehr kleinen System meistens in ziemlich große Systeme dann übergehen. Die meisten Gemeinschaftsschulen oder auch Gymnasien haben natürlich eine deutlich höhere Schülerzahl als die Grundschulen (…)* (Interview Lehrer G, A. 2).

Des Weiteren wurde es von den Expert*innen als Belastung für die Schüler*innen beschrieben, dass der **Übergang** an die weiterführende Schule in Schleswig-Holstein bereits nach **Klasse vier** erfolge. Dies wurde insbesondere damit begründet, „*dass diese **frühzeitige Selektion** Unruhe bringt“* (Interview Lehrer C, A. 8) und die Kinder bei einem späteren Schulwechsel bereits „*in ihrer **Persönlichkeit** (..) **gestärkter** sind und vielleicht auch schon wissen, wo die Reise hingeht, vielleicht einen Berufswunsch haben (…)* (Interview Lehrer B, A. 4). Im Zusammenhang mit dem Übergang auf die weiterführende Schule wurde zudem von den Expert*innen die Übergangsempfehlung sowie das Hinwegsetzen über die Übergangsempfehlung als belastend für die Schüler*innen geschildert. Speziell die Erwartungen der Eltern sowie die eigene Erwartungen der Schüler*innen an die **Übergangsempfehlung** würden bei den Kindern zu **Leistungsdruck** führen, da ein Großteil ausschließlich die Empfehlung für ein Gymnasium akzeptiert ohne dabei die individuelle Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen. Daher würden sich einige Eltern über die **Empfehlung der Grundschule hinwegsetzen** und ihr Kind trotz einer Gemeinschaftsschulempfehlung an einem Gymnasium anmelden, was aus Sicht der Expert*innen zu Belastungen bei den Kindern führen könne.

> „*Also das ist schon sehr belastend, also dass, die Kinder tun mir wirklich leid. Also das ist wirklich, also es gibt Fälle, wo ich weiß, da sind die sehr unglücklich und es klappt eigentlich hinten und vorne nicht. Aber die Eltern beharren drauf, dass das unbedingt irgendwie alles geschafft werden soll und muss (..)“* (…) (Interview Lehrer E, A. 82).

Zusätzlich zu den genannten Belastungen wurden von den Expert*innen an den Grundschulen die **Informationsveranstaltungen der weiterführenden Schulen** als Belastung für die Schüler*innen formuliert, da diese häufig eher als eine Art „Werbeveranstaltung“ abgehalten und einen verzerrten Eindruck von der Schule vermitteln würden, was bei den Schüler*innen zu falschen Erwartungen führen könne. Weiterhin hätten die Kinder und die Eltern häufig eine **Wunschschule**, auf der sie gerne aufgenommen werden möchten, was während der Anmeldephase zu **Stress** und bei Nicht-Erfüllung des Wunsches zu **Enttäuschungen** führen könne. In der Sekundarstufe I äußerten die Expert*innen, dass die **Klassengröße** sowie die **höheren Anforderungen** auch im Zusammenhang mit **neuen Fächern** zu Belastungen bei den Schüler*innen führen könnten, was ein Experte im Interview wie folgt beschrieb: „*Und ja, also ich find es manchmal echt krasss, was Zehnjährige schon für einen Stress haben, mit dieser **Leistungsanforderung“*** (Interview Experte E, A. 12).

Kasten 18: Fazit Auswertungsfrage I.

Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“

In den Interviews mit den Expert*innen konnten psychische, soziale und schulische Belastungen exploriert werden. Dabei zeigten sich bei den psychischen Belastungen insbesondere der Erwartungsdruck der Eltern sowie der Gesellschaft und Ängste sowie Unsicherheiten im Hinblick auf den Schulwechsel als häufige Belastungen. Bei den sozialen Belastungen standen aus Sicht der Expert*innen der Verlust von Freundschaften und schulische Bezugspersonen nach dem Schulwechsel sowie die Heterogenität der Schüler*innen und die gruppendynamischen Prozesse in der fünften Klasse als Belastungen im Vordergrund. Hinsichtlich der schulischen Belastungen lag der Schwerpunkt auf den erhöhten Leistungsanforderungen sowie auf Belastungen die im Zusammenhang mit der Übergangsempfehlung standen.

Auswertungsfrage II. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, die **Ressourcen** der Schüler*innen in der Übergangsphase aus der Sicht der Expert*innen zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von vier Hauptkategorien (Personale Ressourcen, soziale Ressourcen, Stressverarbeitung und Vorbereitung) zusammengefasst.

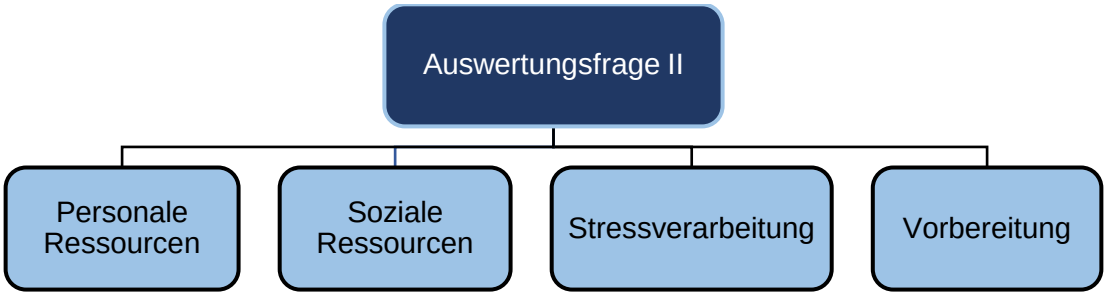


Abbildung 25: Hauptkategorien Auswertungsfrage II.

Personale Ressourcen. Zu der Hauptkategorie **personale Ressourcen** wurden sieben der induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet, die in Abbildung 26 aufgelistet werden.

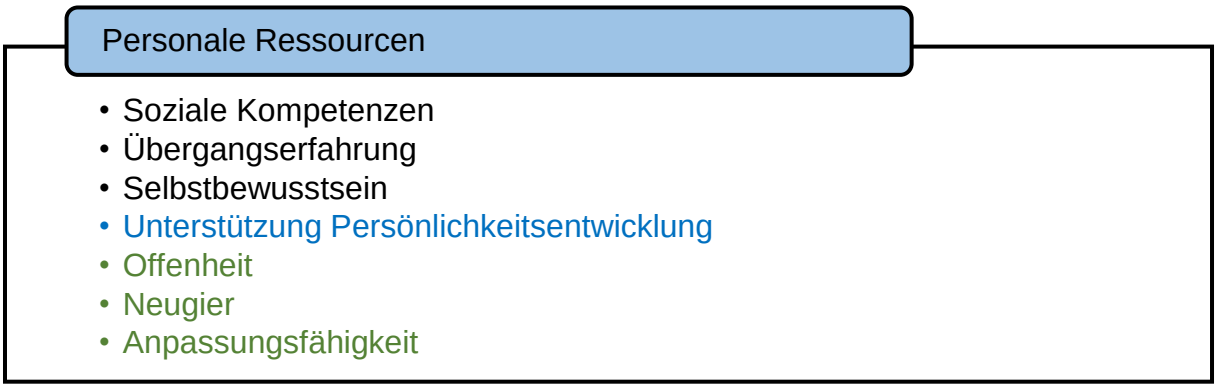


Abbildung 26: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen.

Sowohl von den Expert*innen aus der Primarstufe als auch der Sekundarstufe I wurden soziale Kompetenzen, die Übergangserfahrung sowie Selbstbewusstsein als personale Ressourcen beschrieben, die die Schüler*innen in der Übergangsphase unterstützen. Insbesondere die **sozialen Kompetenzen** wurden von den Expert*innen als hilfreich für einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I bewertet und es zeige sich häufig, dass die Kinder, die sich gegenseitig helfen und eine gut ausgeprägte Teamfähigkeit aufwiesen, mit den Belastungen der Übergangsphase besser umgingen könnten, sodass die Expert*innen zudem betonten, dass die sozialen Kompetenzen der Schüler*innen gefördert werden sollten.

> *„Na, ich denke es ist einfach (...) unabhängig vom Lernen von der Lernfähigkeit ist es natürlich wichtig die sozialen Kompetenzen zu stärken“* (Interview Lehrer C, A. 18).

Weiterhin wurde eine **positive Erfahrung** während des Übergangs als eine Ressource für die Schüler*innen beschrieben. Dabei wurden von den Expert*innen insbesondere die **Stärkung des Selbstwertgefühls** sowie der **Selbstwirksamkeit** nach einem erfolgreichen Übergang als zentrale Ressourcen genannt, die die Schüler*innen weiterhin in ihrer Schul- und beruflichen Laufbahn in Übergangssituationen unterstützen könnten. Dazu äußerte ein Experte folgendes: “*Wenn sie positiv diesen Übergang bewältigen, dann glaube ich, ist es für sie eine **große Ressource**, wenn sie stark rausgehen können. Mit einem guten Gefühl rausgehen können. Ohne jetzt vielleicht Mobbingopfer zu sein oder oder oder. Dann glaube ich, ist (..) wenn sie diesen Übergang gut bewältigen, dann ist es auch eine **psychische Ressource**. Das heißt es ist auf alle Fälle eine (..) eine **Stärkung des Selbstwertgefühls**. **Selbstwirksamkeit,** all diese positiven Aspekte, die ja Gesundheitsförderung letztendlich ausmachen“* (Interview Experte A, A. 16). Ferner nannten die Expert*innen das **Selbstbewusstsein** der Schüler*innen als eine personale Ressource während der Übergangsphase, da Schüler*innen mit einem gewissen Selbstbewusstsein sicherer in ihrem Auftreten sein und in der Anfangsphase durch einen selbstbewussten Umgang mit den Anforderung **weniger Stress** erleben würden.

Von den Expert*innen der Grundschulen wurde zusätzlich die Förderung der **Persönlichkeitsentwicklung** der Kinder als Ressource aufgeführt und äußerten beispielsweise *„das, was den Kindern hilft beim Übergang ist ja, das ist ja so eine Persönlichkeitsförderung“* (Interview Lehrer C, A. 32), da die Kinder durch z.B. Streitschlichterseminare, Teilhabe und eine positive Fehlerkultur ihre **Persönlichkeit stärken** und Erfahrungen machten, die sie beim Übergang in die Sekundarstufe I unterstützen. Ferner nannten die Expert*innen der Sekundarstufe **Offenheit, Neugier und Anpassungsfähigkeit** als wichtige Ressourcen während der Übergangsphase. Die Neugier trage zu einem Interesse an neuen Inhalten und Themen bei und wirke einer „Schulmüdigkeit“ entgegen und die Offenheit erlaube es den Schüler*innen unvoreingenommen mit der Situation an der neuen Schule umzugehen und sich darauf einzulassen.

> *„Offenheit ist ansonsten auch ganz, ganz wichtig, dass sie offen auf diese Situation eingehen und sich drauf einlassen.* ***Neugier, Anpassungsfähigkeit, Offenheit****, (...) damit kann dieser Übergang ganz gut gestaltet werden“* (Interview Lehrer G, A. 12)

Soziale Ressourcen. Zu der Hauptkategorie **soziale Ressourcen** wurden acht der induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet, die in Abbildung 27 aufgeführt werden.

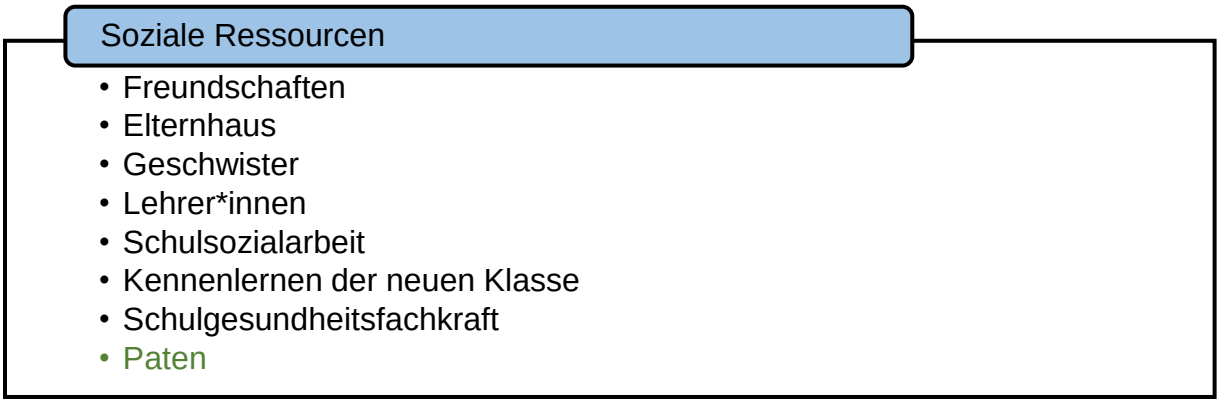


Abbildung 27: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen.

Von den Expert*innen wurden verschiedene soziale Ressourcen genannt, die die Schüler*innen beim Übergang in die Sekundarstufe unterstützen. Am häufigsten wurden **Freundschaften** von den Expert*innen als soziale Unterstützung beschrieben.

> *„Und das ist hier auch so der Tenor und dann sind natürlich auch* ***Freundschaften immer eine wichtige Ressource****, wo eben viel Rückhalt gegeben wird“* (Interview Experte D, A. 73).

Zudem nannten die Expert*innen das familiäre Umfeld als wesentliche soziale Ressource während des Transitionsprozesses. Insbesondere **Eltern und Geschwister** könnten dazu beitragen, dass die Schüler*innen den Übergang erfolgreich bewältigen. Die Eltern seien aus Sicht der Expert*innen *„natürlich ganz klar die* ***Bestärker der Kinder****, wenn sie die Kinder im Übergang bestärken, können sie diesen Übergang natürlich ganz, ganz positiv mitgestalten, wenn sie den Schülern versuchen* ***Unsicherheiten zu nehmen*** *und den Kinder sagen: "Wir sind da, wenn Du Probleme hast, wenn Du Sorgen hast, wenn Du Fragen hast. Wir sind für Dich da und wir sind auch bereit, das zusammen zu lösen"* (Interview Lehrer G, A. 20).

Im schulischen Umfeld wurden von den **Expert*innen** die **Lehrkräfte**, die **Schulsozialarbeiter*innen** sowie die Schulgesundheitsfachkräfte als soziale Ressourcen genannt, die den Übergang wesentlich mitgestalten und die Kinder unterstützen könnten. Die Schulsozialarbeiter*innen sind den Schüler*innen schon von den Grundschulen bekannt und als „Anlaufstelle“ etabliert, welche sich an den weiterführenden Schulen fortsetzt und dadurch **Kontinuität** erzeugt werde. Insbesondere bei der Entscheidung für eine Schule seien die Schulsozialarbeiter*innen **beraterlich** tätig und übernähmen nach dem Übergang **Teambuildingmaßnahmen**

in den neuen Klassen. Weiterhin waren aus Sicht der Expert*innen Lehrer*innen eine wichtige Ressource: *„Lehrer natürlich auch. Keine Frage. Also je besser die Lehrer die Kinder in der vierten Klasse **vorbereiten**, umso leichter haben sie es. Und umgekehrt je besser die Lehrer in der fünften Klasse die Kinder annehmen. Das macht natürlich auch **vieles leichter**“* (Interview Experte C, A. 12). Zum Zeitpunkt der Interviews waren außerdem an den Grundschulen Schulgesundheitsfachkräfte tätig, die zudem stundenweise in den beiden weiterführenden Schulen vertreten waren. Diese Fachkräfte wurden von den Expert*innen als sehr **unterstützend** erlebt und die Zusammenarbeit mit den Lehrkräften und der Schulsozialarbeit in einem **multiprofessionellen Team** als sehr gewinnbringend für die Kinder beschrieben.

> *„Genau, die **Gesundheitsfachkraft** ist ja auch für den Bereich hier bei uns dann zuständig, dass es bei uns auch **entlastend** ist, weil wir dann nochmal unsere Bereiche besser abdecken können und das nicht auch noch obendrauf kommt“* (Interview Experte D, A. 100).

Zusätzlich den bereits genannten sozialen Ressourcen wurden von den Expert*innen der Sekundarstufe **Patensysteme**, die in der fünften Klasse umsetzt würden, als hilfreich beschrieben. Dabei würden Schüler*innen der höheren Jahrgänge als „Pat*innen“ für die Fünftkläss-ler*innen ausgebildet, die das Einleben an der neuen Schule erleichtern, indem sie z.B. als Ansprechpartner*innen bei Fragen zur Verfügung stünden.

Stressverarbeitung. Die Hauptkategorie Stressverarbeitung setze sich aus vier Kategorien zusammen, die der Abbildung 28 entnommen werden können.

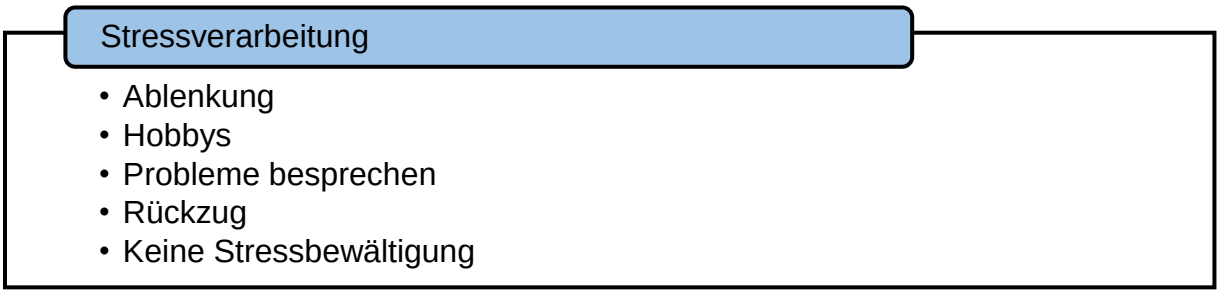


Abbildung 28: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung.

Hinsichtlich der Stressverarbeitung wurden von den Expert*innen **adaptive Strategien wie Ablenkung** durch z.B. Hobbys und die **aktive Ansprache von Problemen**, die die Schüler*innen während der Übergangsphase anwendeten. Zudem wurde berichtet, dass einige Schüler*innen sich in der Übergangsphase **zurückziehen** würden. Des Weiterhin sei bei einigen Expert*innen der Eindruck entstanden, dass es Schüler*innen gibt, die über keine Stressverarbeitungsstrategien verfügten und diese zunächst in der weiterführenden Schule neu aufgebaut werden müssten. Dazu äußerte ein Experte *„(…) wir erleben das, dass viele Schüler **ohne solche Strategien** hier ankommen. Also, dass wir irgendwie oft auch **von Null anfangen** müssen (…). Oder ob das irgendwie, weil die arbeiten ja tatsächlich in den Grundschulen*

auch mit Stressbewältigungsstrategien, das ist ja nichts Neues eigentlich. Aber gefühlt müssen wir hier oft von vorne anfangen, wenn sie kommen und die Klassen sich nicht kennen und die nicht wissen, was sie tun sollen“ (Interview Experte D, A. 25).

Vorbereitung. Eine weitere Hauptkategorie hinsichtlich der Ressourcen war die Vorbereitung des Übergangs und setzte sich aus vier Kategorien zusammen (s. Abb. 29).

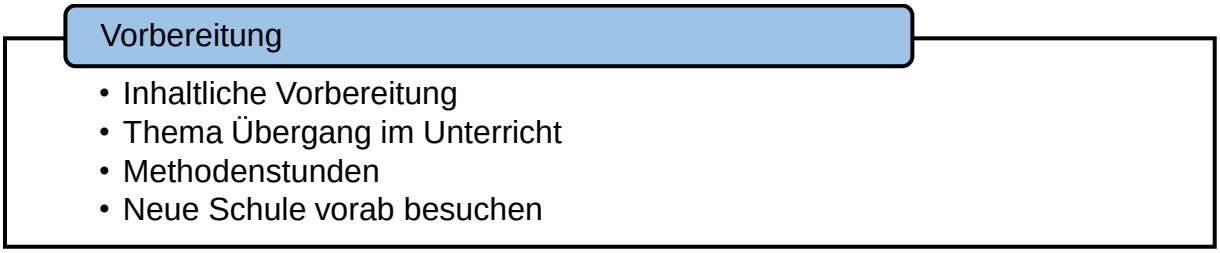


Abbildung 29: Kategorien der Hauptkategorie Vorbereitung.

Folgendes Zitat machte dabei deutlich, dass die Expert*innen die Vorbereitung auf die Sekundarstufe I als wichtige Ressource während der Übergangsphase erachteten: *„Also je besser die Lehrer die Kinder in der vierten Klasse **vorbereiten, umso leichter haben sie es“*** (Interview Experte C, A. 12). In diesem Zusammenhang beschrieben die Expert*innen insbesondere die inhaltliche Vorbereitung in den Hauptfächern durch die Lehrkräfte als wesentlich, um den Kindern einen erfolgreichen Start in der Sekundarstufe I zu ermöglichen. Weiterhin sei es aus Sicht der Expert*innen hilfreich, wenn der **Übergang konkret im Unterricht thematisiert** würde, damit die Schüler*innen die Möglichkeit hätten ihre Sorgen und Ängste zu besprechen und es sei wichtig, dass „(…), *dass man dem **Raum gibt**, entweder in der Gesamtklasse oder eben aber auch in Kleingruppen“* (Interview Lehrer C, A. 16). Zudem sei über die inhaltliche Vorbereitung hinaus relevant, „*dass sie eben (..) bis zur vierten Klasse das **Lernen gelernt haben**, also wie man lernt* (Interview Lehrer B, A. 14), was über **Methodenstunden** in der Primar- sowie der Sekundarstufe umsetzt werden sollte. Des Weiteren könne es aus Sicht der Expert*innen für die Schüler*innen eine Ressource sein, wenn sie die **neue Schule vorab** z.B. in Begleitung der Schulsozialarbeit **besuchen** könnten, damit „*auch diese **Ängste vor dem Neuen** so ein bisschen **genommen** werden“* (Interview Lehrer D, A. 6).

Kasten 19: Fazit Auswertungsfrage II.

Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“

Bei der Auswertung der zweiten Auswertungsfrage hat sich gezeigt, dass aus Sicht der Expert*innen personale sowie soziale Ressourcen von großer Bedeutung für die Übergangsphase sind und adaptive Stressverarbeitungsstrategien sowie die Vorbereitung des Übergangs den Transitionsprozess für die Schüler*innen erleichtern können. Hinsichtlich der personalen Ressourcen waren insbesondere soziale Kompetenzen und ein gesundes Selbstbewusstsein sowie hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, die auch aus der Übergangserfahrung selbst resultieren könnten, relevant. Die sozialen Ressourcen waren sowohl Freunde als auch Familie und auf der schulischen Seite die Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräfte, die die Schüler*innen beim Übergang unterstützen und begleiteten. Darüber hinaus beschrieben die Expert*innen gut ausgeprägte Stressverarbeitungsstrategien wie z.B. Hobbys und Problemlösekompetenzen sowie die inhaltliche und methodische Vorbereitung des Übergangs als wesentliche Ressourcen.

Auswertungsfrage III. Die dritte Auswertungsfrage *„Wie wird die Gesundheit der Schüler*innen vor dem Hintergrund des Übergangs in der Schule gefördert?“* befasste sich mit den derzeitigen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Schüler*innen in der Übergangsphase. Dabei wurden im Auswertungsprozess aus dem Material induktiv sieben Kategorien gebildet, die nicht zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden.

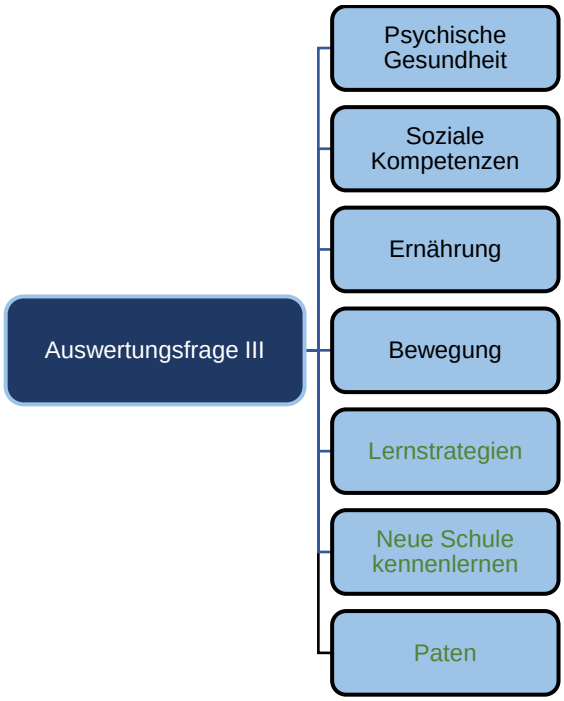


Abbildung 30: Kategorien der Auswertungsfrage III.

Bisherige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Schüler*innen während der Übergangsphase waren aus Sicht der Expert*innen aus der Primar- und Sekundarstufe Maßnahmen aus den Bereichen psychische Gesundheit, soziale Kompetenz, Bewegung und Ernährung. Es wurden von den Expert*innen insbesondere Maßnahmen beschrieben, die beispielsweise über **feste Rituale** und **Ansprechbarkeit** der Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter*innen, die psychische Gesundheit der Schüler*innen fördern sollen.

> *„Um die da nochmal **Ängste zu nehmen**, vielleicht auch **Sorgen** oder auch **Kummer**, was passiert mit mir, um so die psychische Gesundheit nochmal zu stärken“* (Interview Experte A, A. 34).

Weiterhin beschrieben die Expert*innen verschiedene Maßnahmen, die zum Ziel hatten, die sozialen Kompetenzen der Schüler*innen zu fördern. Es würden insbesondere von den Schulsozialarbeiter*innen Trainings zum **Teambuilding** durchgeführt und den Kindern von den Lehrer*innen und pädagogischem Personal ein **respektvoller Umgang** und ein **wertschätzendes Miteinander** vermittelt. Zudem würden Inhalte zur Förderung der sozialen Kompetenzen in den Unterricht integriert, indem z.B. im Sportunterricht Teamspiele durchgeführt oder in anderen Fächern die Arbeit in Kleingruppen geübt wird. Dazu schilderte ein Experte: *„Grade die **Kompetenz in Kleingruppen** (.) tätig zu sein und sich mal **zurücknehmen**. Die Erfahrung zu machen oder überhaupt **teamfähig** zu sein. Dass sie diese Erfahrung machen und als Teampartner gut funktionieren. So das glaube ich ist auch eine wichtige Kompetenz, die für die Psyche und die Erkenntnis darum, dass mir das gelingt (..) unglaublich stärkend.* (Interview Experte B, A. 48).

Ferner nannten die Expert*innen Maßnahmen, die das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Schüler*innen fördern sollten. Dabei würden sowohl von den Lehrkräften die Thematiken im Unterricht ausgegriffen: *„Also ich **spreche ganz oft das Thema Ernährung an**, weil wenn ich einige Frühstücksdosen sehe, dann wird mir immer schlecht, wenn da Kindermilchschnitten, Süßigkeiten, süße Getränke und ich glaube, ich spreche das Thema mindestens einmal in der Woche an“* (Interview Lehrer A, A. 43) als auch von den Schulgesundheitsfachkräften und Schulsozialarbeiter*innen **zusätzliche Angebote** wie z.B. Gemüsekisten und oder bewegte Pausen in den Schulalltag integriert.

Zusätzlich wurden von den Expert*innen der Sekundarstufe die **Vermittlung von Lernstrategien, die neue Schule bewusst kennenzulernen** sowie **Patenschaftssysteme** mit älteren Schüler*innen als gesundheitsförderlich während der Übergangsphase beschrieben.

Kasten 20: Fazit Auswertungsfrage III.

Fazit Auswertungsfrage III „Bisherige Gesundheitsförderung in der Übergangsphase“

Aus den Interviews mit den Expert*innen wurde hinsichtlich der dritten Auswertungsfrage deutlich, dass bereits vielfältige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an den Schulen durchgeführt werden. Dabei stammten die Maßnahmen insbesondere aus den Bereichen psychische Gesundheit (z.B. Stabilität durch feste Rituale), soziale Kompetenzen (z.B. Teamtrainings), Ernährung (z.B. Wasserschule) und Bewegung (z.B. bewegte Pausen). An den weiterführenden Schulen wurde zudem als wichtig erachtet, dass die Schüler*innen ihre neue Schule bewusst kennenlernen und im Unterricht überdies Methodenkompetenzen (z.B. Lernstrategien) vermittelt würden.

Auswertungsfrage IV. Die vierte Auswertungsfrage beschäftigte sich mit dem **Bedarf** an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Übergangsphase aus Sicht der Expert*innen. Dabei wurden im Auswertungsprozess sieben Kategorien gebildet, die nicht zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden und der Abbildung 31 entnommen werden können.

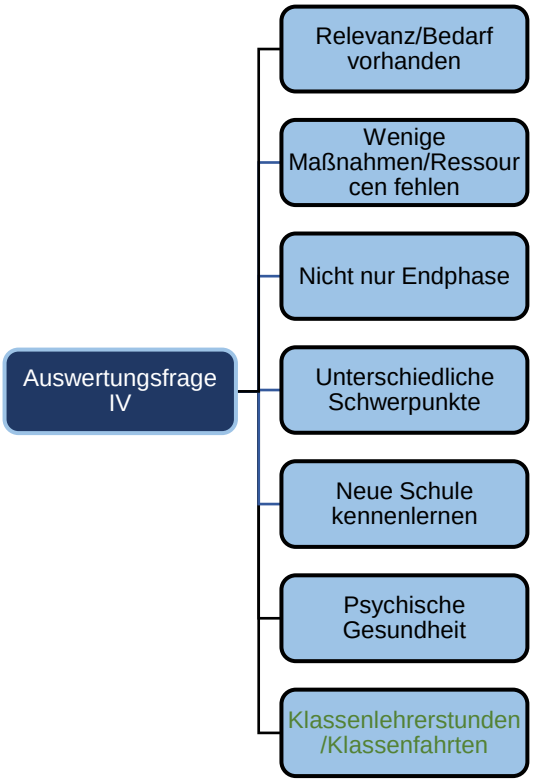


Abbildung 31: Kategorien der Auswertungsfrage IV.

Insgesamt wurde in den Interviews deutlich, dass die Expert*innen einen großen Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Übergangsphase sahen und der Thematik eine **hohe Relevanz** beimaßen, da sie den Übergang in die Sekundarstufe als ein **entscheidendes Ereignis** in der Bildungsbiografie von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Zudem betonten die Expert*innen, „(…) *wenn eine Wahrnehmung dieser Problematik nochmal in den **Fokus** kommt. Kann es insgesamt einfach helfen“* (Interview Lehrer C, A.66) und „(…) *ein Übergang ist halt auf jeden Fall in der Biografie ein **Ereignis, das sich einprägt** und das viele Auswirkungen haben kann und den gilt es dann auch **bestmöglich zu unterstützen*** (…)“ (Interview Experte D, A. 114).

Diese Äußerungen wurden zusätzlich dadurch bekräftigt, dass die Expert*innen in den Interviews darlegten, dass es aktuell wenige gezielte Maßnahmen in der Übergangsphase gäbe und die entsprechenden Ressourcen für die Umsetzung fehlen würden. Es bestünde aus der Sicht der Expert*innen **eindeutig ein Bedarf** an Maßnahmen, allerdings fehle es nicht ausschließlich an finanziellen Ressourcen, sondern vor allem an **zeitlichen Ressourcen** die Maßnahmen im Schulalltag umzusetzen.

> *„Genau! Genau und **Bedarf, Bedarf, Bedarf,** ja. Es ist ganz, ganz schön **schwierig**, diese Dinge irgendwie mit **in den Schulalltag** zu bekommen“* (Interview Experte E, A. 44).

Wesentlich war aus Sicht der Expert*innen zudem, dass die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sich **nicht ausschließlich auf die Endphase** der Primarstufe beziehen, sondern bestenfalls mit dem Beginn des vierten Schuljahres anfangen und während des Schuljahres **kontinuierlich** fortgeführt werden sollten, um nachhaltige Verbesserungen zu erreichen. Außerdem erklärten die Expert*innen, dass jede Lehrer*in unterschiedliche Schwerpunkte während des vierten bzw. fünften Schuljahres setzen würde und daraus sich zusätzlicher Bedarf an strukturierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen ableite, *„dass es eben nicht sowas bleibt, **was einzelne Lehrkräfte mal machen***“ (Interview Lehrer C, A. 64).

Einen weiteren Bedarf sahen die Expert*innen darin, dass die Viertklässler*innen die Möglichkeit haben, dass sie ihre neue Schule bereits **vor dem Schulwechsel kennenlernen** können und wissen wer z.B. ihre Klassenlehrer*in wird, um sich in der Anfangsphase besser zurechtzufinden, was die **psychische Gesundheit der Kinder fördern** würde.

Die Expert*innen der Sekundarstufe nannten zudem Bedarfe an Klassenlehrer*innenstunden und Klassenfahrten, um die Schüler*innen auch in anderen Umfeldern zu erleben und außer-

Kasten 21: Fazit Auswertungsfrage IV.

*ein ganz, ganz wichtiger Punkt, dass man da **Zeit hat**, diese Erfahrungen mit den Schülern zu machen. Dass man sich Zeit nimmt, um Ausflüge zu machen, um **unterrichtsferne Dinge** zu machen, dass man die Schüler **nicht nur eben in dieser Schulsituation** sieht“* (Interview Lehrer G, A. 28).

Kasten 22: Fazit Auswertungsfrage IV „Bedarfe“

Fazit Auswertungsfrage IV „Bedarfe“

Insgesamt verdeutlichten die Expert*innen einen großen Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Übergangsphase und hielten es für eine relevante Thematik. Gleichzeitig beschrieben, die Expert*innen, dass aktuell zu wenige gezielte Maßnahmen in diesem Bereich umgesetzt werden würden und merkten an, dass es häufig an finanziellen und personellen, aber insbesondere an zeitlichen Ressourcen in den bereits vollen Stundentafeln fehle. Inhaltlich war es aus Sicht der Expert*innen wichtig, dass die Schüler*innen Gelegenheiten bekämen, um ihre neue Schule vor dem Schulwechsel kennenzulernen und die Übergangsthematik sowie die psychische Gesundheitsförderung sollten nicht lediglich in der Endphase des vierten Schuljahres thematisiert werden. Weiterhin hielten die Expert*innen es für bedeutsam, dass in der Übergangsphase vermehrt Klassenlehrer*innenstunden und Klassenfahrten stattfänden, um Schüler*innen und Lehrer*innen die Möglichkeit zu geben, sich außerhalb der Unterrichtssituation kennenzulernen.

Auswertungsfrage V. Die fünfte Auswertungsfrage hatte zum Ziel zu explorieren, wie schulische Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des Übergangs aus Sicht der Expert*innen gut umgesetzt werden kann und welche möglichen Barrieren bei der Umsetzung auftreten könnten. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von zwei Hauptkategorien (Förderfaktoren und Barrieren) zusammengefasst (s. Abb. 32).

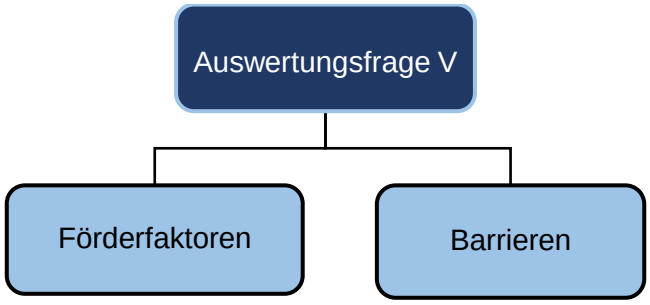


Abbildung 32: Hauptkategorien der Auswertungsfrage V.

Förderfaktoren. Die Hauptkategorie **Förderfaktoren** setze sich aus 11 Kategorien zusammen, die der Abbildung 33 entnommen werden können.

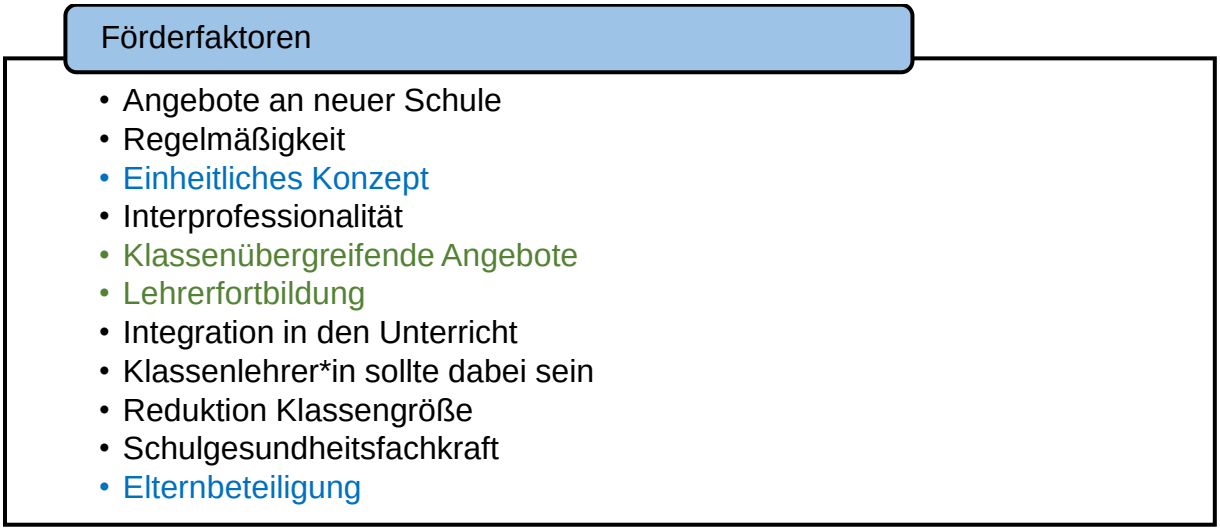


Abbildung 33: Kategorien der Hauptkategorie Förderfaktoren.

Die Expert*innen sagten in den Interviews, dass sie es für förderlich hielten, wenn die Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung in den **Schulalltag** bzw. den regulären Unterricht **integriert** werden würden, um **Regelmäßigkeit** und **Kontinuität** zu erreichen. Weiterhin wurde eine Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung in den **Klassenlehrer*innenstunden** von den Expert*innen vorgeschlagen.

> *„Ne, das müsste halt irgendwie **integriert** werden. So und ich weiß jetzt nicht, was für einen Zeitbedarf da wäre, aber (..) wenn es jetzt, wenn man das jetzt nicht jeden Tag und ständig machen muss, könnte ich mir vorstellen, wir haben ja so **eine Klassenlehrerstunde** in der es um alles Mögliche geht, da könnte man sowas vielleicht auch einbauen (...)“* (Interview Lehrer E, A. 40).

Als weitere Förderfaktoren wurden zudem von den Expert*innen die Umsetzung in Form eines **einheitlichen Konzeptes** und in einem **multiprofessionellen Team** beschrieben. Ein **Grundkonzept** würde insbesondere dazu beitragen trotz z.B. Lehrer*innenwechsels das Konzept weiterhin durchgeführt werden kann und das gesamte Kollegium darüber informiert ist, wie die schulische Gesundheitsförderung in der Übergangsphase umgesetzt wird. Weiterhin beschrieben die Expert*innen *„**Materialien** für bestimmte Projekte, die man vielleicht in der Grundschule startet und in der weiterführenden Schule weiterführen könnte“* (Fokusgruppe A, A. 69) als förderliche Elemente, um eine **Fortführung** in der Sekundarstufe I zu gewährleisten. Ferner wird aus Sicht der Expert*innen ein **multiprofessionelles Team** aus Lehrkräften, Schulsozialarbeit und Schulgesundheitsfachkraft benötigt, welches zudem den **Austausch** zwischen den abgebenden und aufnehmenden Schulen **koordiniert** und dem der entsprechende Raum dafür zur Verfügung gestellt wird.

> „*Also* (12 Sek.) (lacht). *(...) Ich glaube wir brauchen (..), um alles für die Kinder gut auf sich zu bringen, ein **multiprofessionelles Team** (..) und die **Kooperation** zwischen abgebender und aufnehmender Schule. (..) Das glaube ich ist (..) ja wirklich wichtig“* (Interview Experte B, A. 84).

Des Weiteren sahen die Expert*innen **Fortbildungen für die Lehrkräfte** in den Bereichen psychische Gesundheit und schulischer Gesundheitsförderung als förderlich für eine gute Umsetzbarkeit solcher Maßnahmen im schulischen Alltag, da die geschulten Lehrkräften mehr Möglichkeiten hätten, die Inhalte in den **Unterricht zu integrieren** und so längerfristige Wirkungen zu erzielen. Weiterhin sprachen sich einige Expert*innen dafür aus, dass die **Klassenlehrkraft** bei der Durchführung von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung durch externe Expert*innen **anwesend** sein sollte, da den Schüler*innen dadurch Sicherheit vermittelt werden würde und zudem die Einwirkungsmöglichkeiten der Klassenlehrkraft auf die Klasse weitereichender sind.

Als weiterer bedeutsamer Förderfaktor wurden die **Schulgesundheitsfachkräfte** beschrieben, welche die Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung an den Schulen koordiniert und ihre fachliche Expertise einbringt. Zudem könne die Schulgesundheitsfachkraft auf einer anderen Ebene als die Lehrkräfte mit den Eltern kommunizieren und beraten. Daher würde aus Sicht der Expert*innen die Schulgesundheitsfachkraft die **Beteilung der Eltern** an schulischer Gesundheitsförderung unterstützen, welche die Expert*innen als bedeutsamen Förderfaktor beurteilten.

> „*Manchmal die Eltern, dass man **die Eltern eben mit ins Boot kriegt**, dass die das einsehen, dass das wichtig ist“* (Interview Lehrer A, A. 76).

Barrieren. Die Hauptkategorie **Barrieren** setzte sich aus sechs Kategorien zusammen, die in Abbildung 34 aufgeführt werden.

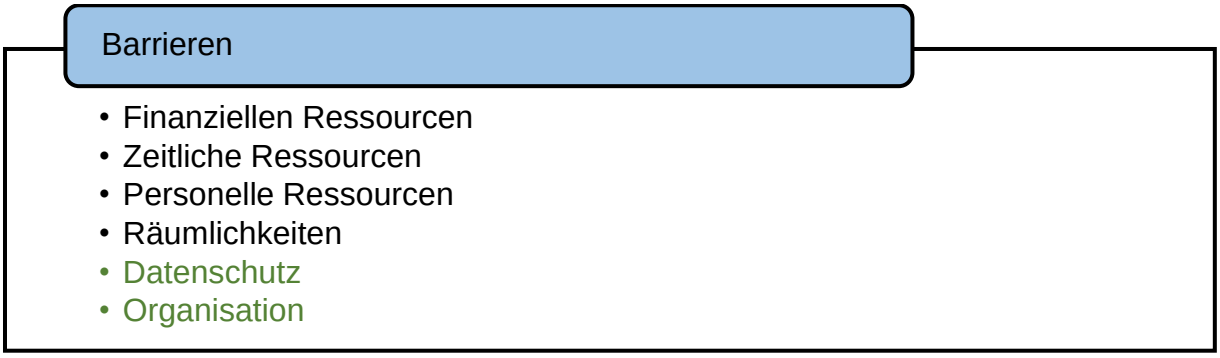


Abbildung 34: Kategorien der Hauptkategorie Barrieren.

Sowohl bei den Expert*innen der Primar- als auch der Sekundarstufe wurden **fehlende finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen** sowie die geringe Verfügbarkeit von passenden **Räumlichkeiten** als häufigste Barrieren bei der Umsetzung von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung genannt. Dabei wurde zum einen das begrenzte Budget der Schulen angesprochen: *„Ja schwierig glaube ich ist auch, wenn es jetzt **jemand von Extern** ist, den zu **bezahlen.** Das glaube ich ist auch schwierig. Weil das würde wahrscheinlich ein **Schulbudget sprengen** auf jeden Fall, wenn man da irgendwie jetzt sich (...) einen Trainer holt“* (Interview Experte A, A. 42) und zudem darauf eingegangen, dass insbesondere in kleineren Kollegien oft **nicht ausreichend Personal** vorhanden ist, um zusätzliche Aktivitäten umzusetzen: *„In großen Kollegien gibt es natürlich viele Schultern, die das tragen können, aber im kleinen Kollegium ist das immer eine **Mehrbelastung** für die anderen Kollegen. Und da muss man da natürlich dann immer abwägen, weil man dann natürlich die Gesundheit der Lehrer gegen die Gesundheit der Schüler abwägen muss (…)“* (Interview Lehrer G, A. 34). Darüber hinaus wurde von Expert*innen angemerkt, dass es an vielen Schulen an entsprechenden **Räumlichkeiten** für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen **fehle**.

Von den Expert*innen der Sekundarstufe wurden zusätzlich der **Datenschutz** und der **organisatorische Aufwand** als Barrieren bei der Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung in der Übergangsphase genannt. Die Expert*innen schilderten, dass der **Datenschutz** zwar notwendig sei und seine Berechtigung habe, aber dieser auch **hinderliche Auswirkungen** habe, da es dadurch erschwert werden würde, wenn die Grund- und weiterführende Schule sich über einzelne Schüler*innen austauschen möchten.

> *„Ja, der **Datenschutz** ist immer der Wichtigste. Also wir bieten ja auch an, dass wir uns an runde Tische setzen, um bestimmte Schüler zu besprechen. Was ist Bedarf, was braucht der- oder diejenige, um hier gut zu starten. Aber das ist dann auch immer so eine Frage, was Eltern denn auch möchten oder was die erlauben, was denn okay ist und bei vielen ist es einfach nur so, dass es halt gar nicht möglich ist, weil, wegen der*

Datenschutzgeschichte einfach, dass es da nicht möglich wird, uns da irgendwie zusammenzusetzen und zu sprechen“ (Interview Experte D, A. 126).

Zudem wurden die organisatorischen Aufwendungen, die z.B. für außerschulische oder erlebnispädagogische Aktivitäten notwendig sind als hinderlich für die Umsetzung solcher Maßnahmen beschrieben. Ein Experte äußerte „*Eine Barriere sind sicherlich die **Verregelungen** und der hohe, ja ich will nicht sagen planerische, **aber organisatorische Aufwand** im Bereich der Verwaltung“* (Interview Lehrer G, A. 34).

Kasten 23: Fazit der Auswertungsfrage IV.

Fazit Auswertungsfrage IV „Förderfaktoren und Barrieren“

In den Expert*inneninterviews stellte sich heraus, dass die Integration von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den regulären Schulalltag und den Unterricht als bedeutsamer Förderfaktor von den Expert*innen gesehen wurde. Zudem sollte aus Sicht der Expert*innen ein einheitliches Konzept vorliegen, welches von einem multiprofessionellen Team unter Beteiligung der Klassenlehrkräfte und Eltern umgesetzt wird. Weiterhin wurde die Schulgesundheitsfachkraft mit ihrer Expertise in der Gesundheitsförderung als sehr förderlich hervorgehoben. Als Barrieren stellten sich in den Interviews insbesondere fehlende finanzielle, zeitliche sowie personelle Ressourcen heraus. Speziell die Integration gesundheitsförderlicher Maßnahmen in die bereits vollen Stundentafel beurteilten die Expert*innen als problematisch.

Auswertungsfrage VI. Zur Beantwortung der Auswertungsfrage „*Wie sollte ein Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs aus Sicht der Experten aufgebaut sein und umgesetzt werden?* wurden die Kategorien zu sechs Hauptkategorien zusammengefasst, die die Abbildung 35 darstellt.

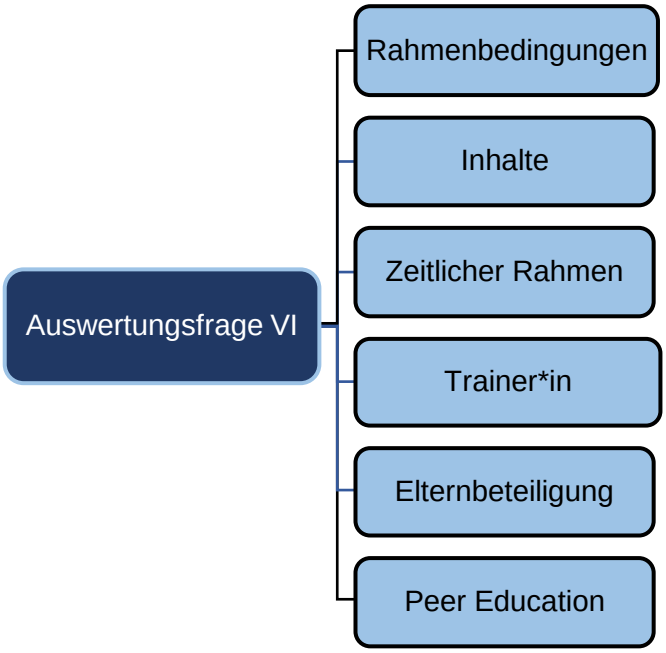


Abbildung 35: Kategorien der Auswertungsfrage VI.

Rahmenbedingungen. Die Hauptkategorie Rahmenbedingungen setzte sich aus zehn Kategorien zusammen, die in Abbildung 36 aufgeführt werden.

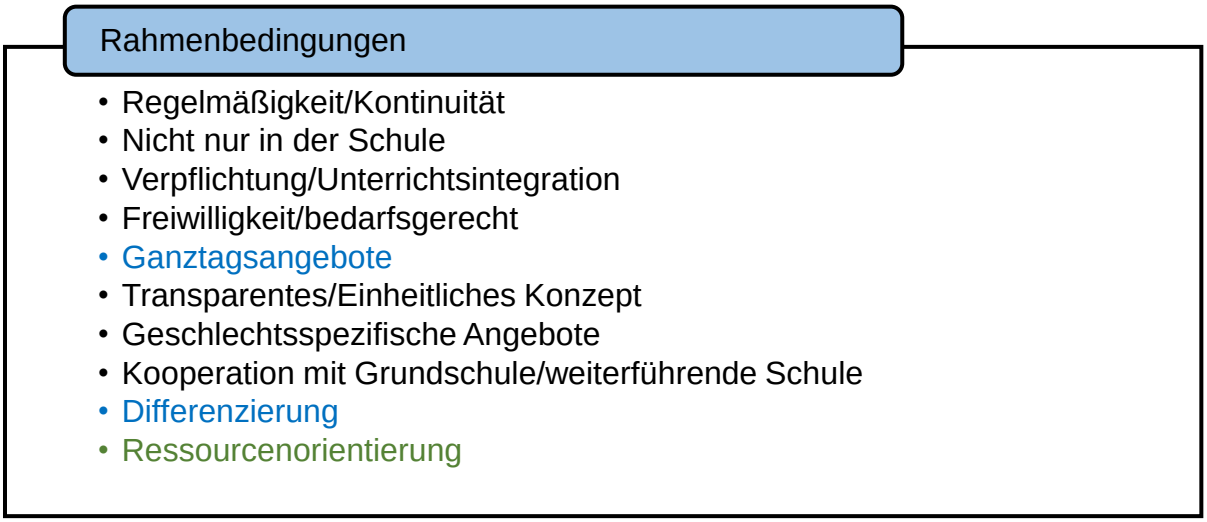


Abbildung 36: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen.

Als wesentlichste Rahmenbedingungen wurden von den Expert*innen die **Regelmäßigkeit/Kontinuität** und die **Integration in den Unterricht** beschrieben. Um nachhaltige Verbesserungen zu erreichen müsste das zukünftige Programm regelmäßig durchgeführt und die Inhalte kontinuierlich auch im Unterricht aufgriffen werden. Eine punktuelle einmalige Umsetzung reiche aus Sicht der Expert*innen nicht aus.

> *„Aber auf jeden Fall auch für die Schüler, dass das immer mal wieder ist und **nicht nur einmal und nicht nur zweimal** und **feste Zeiten**, dass die wissen wann es ist“* (Interview Experte D).

Im Zusammenhang mit der Nachhaltigkeit und der Akzeptanz bei den Schüler*innen betonten die Expert*innen „gerade, wenn es im Vormittagsbereich ist, ist es für die **Schüler greifbar**, weil viele Schüler natürlich sagen im Nachmittagsbereich: *"Schule ist aus und dann mache ich nichts für die Schule". Und dann nochmal extra kommen, um mit jemandem noch etwas extra für Schule zu machen, **ist immer schwierig**“* (Interview Lehrer G, A. 42) und empfahlen fast durchgehend die **Umsetzung des Programms während der Schulzeit**, um möglichst alle Schüler*innen mit dem Angebot zu erreichen. Allerdings äußerten vereinzelte Expert*innen auch Bedenken und würden eine Durchführung auf **freiwilliger Basis** im Nachmittagsbereich (z.B. Arbeitsgruppe) vorziehen, da sie eine Umsetzung während der Unterrichtszeit aufgrund bereits voller Stundenpläne für nicht möglich hielten und würden das Programm eher im **Ganztagsbereich** ansiedeln, wo es möglich ist, dass die Schüler*innen bei Bedarf an den Angeboten teilnähmen.

Weiterhin hoben die Expert*innen hervor, dass es bei der Konzeption des Programms von großer Bedeutung sei, *„dass das auch **vernetzt** ist. Dass es **nicht so ein Einzelkämpferding** ist, sondern dass man mit den Vierten, die hier sind, irgendwie sich auch, also dass man so einen **Austausch** hat*“ (Interview Experte D, A. 137). Die Kooperation und der Austausch der Schulen untereinander und die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams wurde als wesentliche Voraussetzung für ein effektives Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase formuliert. Für eine solche Zusammenarbeit sei überdies ein **transparentes** und insbesondere **einheitliches** Konzept von Bedeutung, da „*wenn es begleitend sein soll die Übergänge, dann muss natürlich auf jeden Fall die betreffende Grundschule mit der weiterführenden Schule ein **gemeinsames Konzept** haben* (Fokusgruppe A, A. 87). Hinsichtlich der Umsetzung wurde zudem von den Expert*innen vorgeschlagen, teilweise **geschlechtssensible Angebote** zu integrieren, um speziell die Jugendlichen während der Pubertät bei geschlechtsspezifischen Belastungen zu unterstützen sowie auch Aktivitäten an **außerschulischen Orten** wie z.B. Schrebergärten, Bauwagen, Jugendzentren etc. einzuplanen, da die Schüler*innen zum Teil negative Erlebnisse mit der Schule verbänden.

> „*So mal was ganz anderes oder ein Jugendtreff oder sowas in dem Stil, dass man raus aus Schule ist, um nochmal **anders mit den Kindern zu arbeiten**, als in einem Klassenraum. Der ja auch immer irgendwie durchzogen ist von vielleicht **schlechten Erlebnissen** und **schlechten Zensuren** überhaupt ein schlechtes Gefühl“* (...) (Interview Experte A, A. 62).

Die Expert*innen aus der Grundschule merkten zusätzlich an, dass das Material bestenfalls **flexibel handhabbar** und vor allem für verschiedene Lernniveaus **differenzierbar** sein sollte, um mit der Heterogenität der Schüler*innen umgehen zu können. Weiterhin äußerten die Expert*innen aus der Sekundarstufe I, dass sie eine **ressourcenorientierte Sichtweise** in dem Programm gegenüber einer problemorientierten bevorzugen würden und es in der Konzeption berücksichtigt werden sollte, dass die Schüler*innen selbst einen **Perspektivenwechsel** vollziehen und sich stärker auf ihre **Ressourcen fokussierten**.

Inhalte. Die Hauptkategorie Inhalte umfasste elf Kategorie, die in der Abbildung 37 aufgelistet werden.

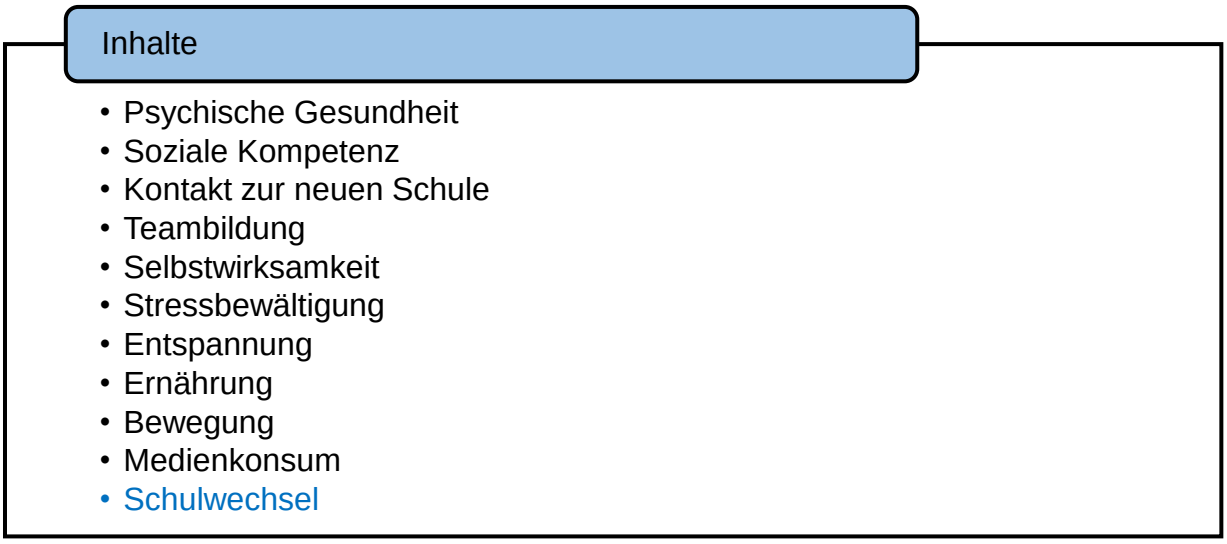


Abbildung 37: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

In den Interviews mit den Expert*innen wurde deutlich, dass die Expert*innen eine Vielzahl an **verschiedenen Inhalten** für ein Gesundheitsförderungsprogramm in der Übergangsphase für relevant hielten. Am häufigsten wurden von den Expert*innen die **psychische Gesundheit** sowie die **sozialen Kompetenzen** als Inhalte für das Gesundheitsförderungsprogramm vorgeschlagen, um die Schüler*innen in der Übergangsphase zu unterstützen und die mit Übergang verbundenen Belastungen zu bewältigen.

> *„Ich glaube das aller **Wichtigste ist tatsächlich die psychische Gesundheit**. Ich glaube in den ersten Wochen über Ernährung und Bewegung zu sprechen ist zweitrangig. Kann man machen, aber ich glaube tatsächlich wichtiger ist, die Kinder erstmal **ankommen, reden können, sich kennenlernen** können, den Ort kennenlernen können“* (Interview Experte C, A. 46).

Aus Sicht der Expert*innen sei es in der Übergangsphase wesentlich, dass die **sozialen** sowie die **emotionalen Kompetenzen** der Schüler*innen gefördert werden und zum Beispiel durch Teambuilding-Elemente der Zusammenhalt in den neuen Klassen aufgebaut und gestärkt würde. Dazu äußerte ein Experte: *„Gerade wenn es um eine neue Klasse geht sind diese*

*beiden **Teambildung, soziale Kompetenz**, die Sie genannt haben, natürlich wirklich die **Kernpunkte.** Soziale Kontakte, Teambildung, Offenheit, offen auf andere Leute zugehen, offen mit anderen Leuten umgehen auch **andere Denkweisen zulassen**, weil auch das ist etwas, was viele Schüler aus dem Elternhaus noch so nicht kennen“* (Interview Lehrer G, A. 54).

Eine weitere wichtige Komponente eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase sei die **Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung** der Schüler*innen, da die Schüler*innen durch Erfolgserlebnisse und dem Gefühl selbst etwas bewirken zu können, in ihrer Entwicklung deutlich profitieren könnten und beschrieben dies wie folgt: *„Ich glaube, dass es wichtig ist, dass die Kinder die Erfahrung machen, dass sie **handlungsfähig** sind. Dass sie das Gelernte, die **Kompetenzen anwenden** können. (...) Das glaube ich, ist (..) ein ganz also die Erfahrung, diese positive Erfahrung zu machen "Ich bin wirksam irgendwie in meinem Tun". Dass das eine **ganz große Größe** ist irgendwie so im Entwicklungsprozess* (Interview Experte B, A. 70).

Weiterhin wäre es aus Sicht der Expert*innen von Bedeutung, dass die Schüler*innen durch ein Gesundheitsförderungsprogramm in der Übergangsphase ihre **Stressbewältigungskompetenzen verbesserten**, um mit den Belastungen der Übergangsphase besser umgehen zu können. In diesem Zusammenhang wurde überdies das Thema **Entspannung** von den Expert*innen angesprochen und sie schätzten es als hilfreich ein, wenn die Schüler*innen durch kurze Entspannungsübungen im Schulalltag in Lage wären, ihre Emotionen zu regulieren. Ferner wurden von den Expert*innen die Bereiche Ernährung und Bewegung als Elemente eines Gesundheitsförderungsprogramms thematisiert, da „*ich persönlich finde eben das **Ernährung und Gesundheit und Sport** da auch ganz viel thematisiert werden sollte, um einfach diese **Bewusstheit zu schaffen**, weil ich persönlich denke, dass es eben diese **Grundsäulen auch für unser Leben** einfach sind. Um eben ein gesundes ausgeglichenes Leben zu führen und das würde glaube ich, halt auch viel Stress nehmen (..)“* (Interview Lehrer D, A. 48). Darüber hinaus erachteten es die Expert*innen für förderlich, wenn zudem das Thema **Medienkonsum** mit den Schüler*innen im Rahmen des Programms reflektiert werden würde.

Zusätzlich wurde von den Expert*innen der Primarstufe angemerkt, dass der **Schulwechsel** und die damit verbundenen Ängste und Sorgen konkret in dem Programm thematisiert werden sollten.

Zeitlicher Rahmen. Bezüglich des zeitlichen Rahmens des Gesundheitsförderungsprogramms wurden fünf Kategorien gebildet, die unter der Hauptkategorie zusammengefasst wurden (s. Abb. 38).



Abbildung 38: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen.

Die Expert*innen wurden in den Interviews gefragt, welchen Zeitpunkt im Schuljahr und welchen Umfang sie für ein Gesundheitsförderungsprogramm in der Übergangsphase für günstig und praktikabel hielten. Dabei wurde deutlich, dass die meisten der Expert*innen eine kontinuierliche Durchführung während des **gesamten vierten Schuljahres** oder im **zweiten Halbjahr** der 4. Klasse als förderlich erachteten. Angemerkt wurde zudem, dass das Programm **vor der Übergangsempfehlung** beginnen sollte, da im Zusammenhang mit dieser Empfehlung verschiedene Belastungen entstehen, welchen durch eine frühzeitige Intervention entgegengewirkt werden könne.

> *„Also ich (.) vielleicht kann man vorher schon vielleicht kann man nach den Weihnachtsferien anfangen in den Klassen das zum Thema zu machen. Dann ist es ja automatisch dadurch, dass die Kinder ja auf ihre Zeugnisse und Empfehlungen warten. Und dass man da schon anfängt das wirklich als Thema zu machen. "Jetzt kommen bald die Zeugnisse. Macht euch nicht so viele Sorgen." Also das man da irgendwie in dem Bereich arbeitet mit den Kindern“* (Interview Experte C, A. 38).

In der Sekundarstufe I sollte das Programm **möglichst frühzeitig** nach dem Schulwechsel beginnen und mindestens eine Durchführung im **ersten Halbjahr der 5. Klasse** angestrebt werden, um die Schüler*innen direkt in der Übergangsphase zu unterstützen. Hinsichtlich des Umfanges hielten die Expert*innen für zielführend pro Einheit des Programms eine **Doppelstunde** (90 Minuten) anzusetzen, um genügend Zeit zu haben, mit den Schüler*innen an den Themen zu arbeiten und gleichzeitig im Rhythmus der Schulstunden zu bleiben.

Trainer*in. Hinsichtlich der durchführenden Person wurden von den Expert*innen verschiedene Möglichkeiten vorgeschlagen (fünf Kategorien), die unter der Hauptkategorie Trainer*in zusammengefasst wurden und der Abbildung 39 entnommen werden können.

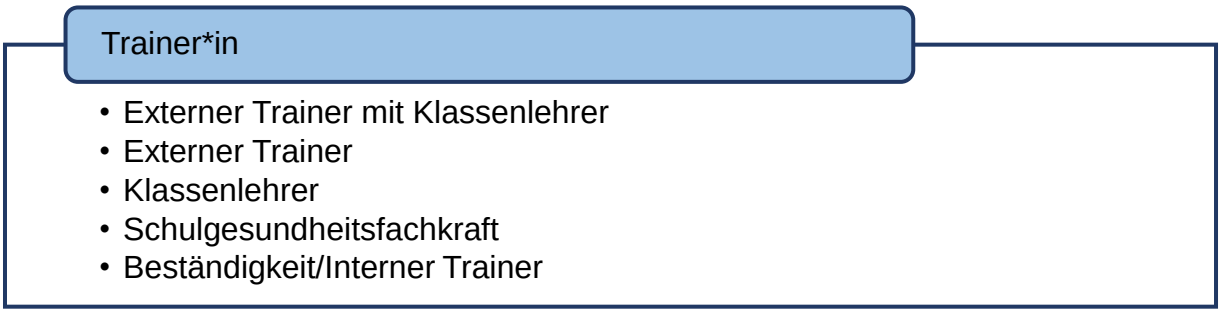


Abbildung 39: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in.

Es zeigte sich in den Interviews, dass die meisten der Expert*innen eine Durchführung des Programms durch eine **externe Trainer*in** unter der **Begleitung der Klassenlehrer*in** favorisieren würden und schilderten *„dass es durchaus positiv ist, weil man dann auch **als Klassenlehrer einen ganz anderen Blick** auf die Klasse bekommen kann. Man kann sich dann an der Seite mit hinsetzen, man kann sich in diese **Arbeit mit integrieren**, als Bestandteil der Gruppe. Und man kann Stärken und Schwächen der Schüler viel besser noch sehen, als wenn man nur vorne eben etwas durchführt“* (Interview Lehrer G, A. 68). Daneben gab es auch Vorschläge, dass das Programm **alleine durch eine externe Trainer*in** durchgeführt wird, da die personellen Ressourcen und fachliche Expertise an den Schulen häufig nicht vorhanden seien. Weiterhin merkte ein Teil der Expert*innen an, dass es von Vorteil sein könne, das Programm durch eine **interne Trainer*in** insbesondere die **Schulgesundheitsfachkraft** oder die **Klassenlehrkraft** durchführen zu lassen, um die Beständigkeit sicherzustellen.

> *„Also ich glaube es macht tatsächlich überhaupt gar keinen Sinn am Nachmittag irgendwas zu initiieren mit einer Honorarkraft, die (..) an der weiterführenden Schule tätig ist (..), die die Kinder ja eventuell nur ganz kurz sieht. (…) und die nach kurzer Zeit wieder wegbrechen und (...) da glaube ich, braucht es **Menschen, die beständig an Schule** sind* (Interview Experte B, A. 68).

Elternbeteiligung. Die Hauptkategorie Elternbeteiligung setzte sich aus vier Kategorien zusammen (s. Abb. 40).



Abbildung 40: Kategorien der Hauptkategorien Elternbeteiligung.

Insgesamt hielten die Expert*innen eine **Beteiligung der Eltern** an dem Gesundheitsförderungsprogramm für **förderlich und wesentlich**, um nachhaltige Effekte mit dem Programm zu erzielen. Es wurden verschiedene Varianten der Elternbeteiligung von den Expert*innen

vorgeschlagen, die von einem Elternabend bis zu einer Umsetzung von Programmteilen mit Eltern und Schüler*innen gemeinsam gingen.

> *„Also, genau das finde ich gut. Weil man ja auch von seinem eigenen Kind eine Menge lernen kann, wenn man so eine Möglichkeit nutzt als Eltern. Ich finde aber auch gut, wenn man sagt "Zwischendurch trennt ihr euch aber auch." Dann ist* ***mal nur ein Part für die Eltern und nur ein Part für die Kinder*** *und dann kommt man wieder gemeinsam zusammen“* (Interview Experte C, A. 54).

Allerdings wurde in den Interviews auch deutlich, dass ein Großteil die Umsetzung der Elternbeteiligung als **sehr herausfordernd** bis **schwierig** bewertete, da das „große Problem, das ich auch gerade im Hinblick auf meine eigenen Erfahrungen sehe, ist leider, dass **viele Eltern zu wenig Schularbeit oder schulischer Aufgabe bereit sind** und diese, diese **Termine einfach nicht wahrnehmen würden** (…) (Interview Lehrer G, A. 72). Aus Sicht der Expert*innen gäbe es bei der Elternarbeit eine Vielzahl an möglichen Barrieren, die schwer zu überwinden seien, sodass einige Expert*innen in den Interviews angaben, keine Ideen für die Umsetzung der Elternbeteiligung zu haben.

> *„Genau und grundsätzlich da* ***fehlen mir jetzt grade die Idee****n, wie man das umsetzen könnte“* (Interview Lehrer D, A. 76).

Peer Education. Im Auswertungsprozess wurden vier Kategorien gebildet, die zur Hauptkategorie Peer Education zusammengefasst wurden (s. Abb. 41).



Abbildung 41: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education.

Insgesamt bewerteten die Expert*innen die Integration eines Peer Education-Ansatzes in das Gesundheitsförderungsprogramms als positiv und förderlich.

> *„Also grundsätzlich finde ich, das ist die* ***perfekteste Sache****, weil wenn Schülerinnen und Schüler sozusagen kleinen Schülerinnen und Schülern was erklären, finde ich, ist es immer, immer perfekt,* ***weil die wissen am allerbesten, wie es hier läuft“*** (Interview Experte E, A. 82).

Wesentlich sein bei der Umsetzung des Peer Education-Ansatzes allerdings die **Auswahl der Multiplikator*innen**, da diese insbesondere über hohe soziale Kompetenzen und Selbstvertrauen verfügen sollten und daher sollten die Lehrer*innen bei der Auswahl der

entsprechenden Schüler*innen beteiligt sein. In der Grundschule merkten die Expert*innen überdies an, dass derartige Projekte von den Lehrer*innen oder den Schulgesundheitsfachkräften **intensiv begleitet** werden müssten, falls Probleme auftreten würden, *„dass immer eine **Lehrkraft letztendlich im Hintergrund** ist, also nicht mit im Raum, aber sobald Probleme auftreten, dass sofort jemand anderes mit **einspringen** kann“* (Interview Lehrer C, A. 54). In der Sekundarstufe I war es den Expert*innen außerdem wichtig, dass die **Akzeptanz der Multiplikator*innen** gegeben sein und bei der Projektplanung berücksichtigt werden müsste, da diese eine Barriere bei der Umsetzung darstellen könne.

Kasten 24: Fazit Auswertungsfrage VI „Programmentwicklung“.

Fazit Auswertungsfrage VI „Programmentwicklung“

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen eines zukünftigen Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase war es den Expert*innen wichtig, dass ein einheitliches, transparentes Konzept vorliege, welches regelmäßig umgesetzt würde und so eine Kooperation von Primar- und Sekundarstufe ermögliche sowie in den schulischen Alltag integriert werden kann, um nachhaltige Effekte erzielen zu können. In Bezug auf die Inhalte waren insbesondere die Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Kompetenzen sowie die Stressbewältigung in der Übergangsphase von hoher Relevanz. Zudem sollte die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen als Querschnittsthema betrachtet werden und ergänzend die Themen Bewegung, Ernährung und Medienkonsum im Sinne der Gesundheitskompetenz in das Programm aufgenommen werden. Zeitlich sollte das Programm aus Sicht der Expert*innen nicht ausschließlich in der Endphase des vierten Schuljahres sowie insbesondere vor der Übergangsempfehlung durchgeführt werden und dabei war für die Expert*innen eine kontinuierliche Umsetzung wesentlich. Auch in der Sekundarstufe hielten die Expert*innen eine regelmäßige und frühzeitige Durchführung für wichtig. Das Training sollte bestenfalls durch eine externe Trainer*in unter der partiellen Begleitung der Klassenlehrkraft oder der Schulgesundheitsfachkraft umgesetzt werden und eine Elternbeteiligung hielten die Expert*innen für förderlich, legten aber ebenfalls nahe, dass deren Umsetzung mit vielfältigen Barrieren verbunden sei.

Nebenfragestellung I. Um die erste Nebenfragestellung „*Welche Bedarfe beschreiben Eltern von Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?“* zu beantworten, wurden drei Auswertungsfragen formuliert. Nachfolgend werden die Ergebnisse der ersten Nebenfragestellung gegliedert nach den Auswertungsfragen dargestellt und dabei zunächst die Hauptkategorien im Überblick abgebildet und anschließend die induktiv gebildeten Kategorien aufgeführt. Die Ergebnisse basieren auf zwei Einzelinterviews mit Müttern mit Kindern aus der vierten und fünften Klasse.

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, die Belastungen der Schüler*innen in der Übergangsphase aus der Sicht der Eltern zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von vier Hauptkategorien (psychische, soziale und schulische Belastungen und Rahmenbedingungen) zusammengefasst.

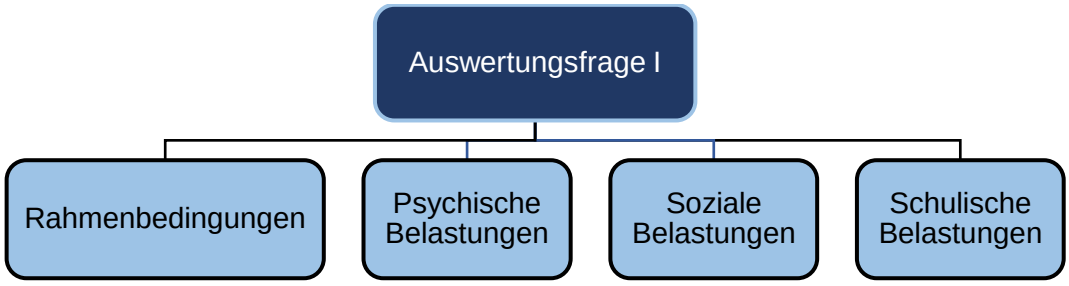


Abbildung 42: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I.

Psychische Belastungen. Es wurden drei Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie psychische Belastungen zusammengefasst wurden (s. Abb. 43).



Abbildung 43: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen.

Aus der Sicht der Mutter aus der Primarstufe war es für ihren Sohn belastend, dass ihn an der neuen Schule viele **unbekannte Situation** und Personen erwarteten.

> *„Ich glaube, er ist da auch ein bisschen aufgeregt, weil es ja auch viel **Unbekanntes** ist“* (Interview Elternteil A, A. 22.).

Zudem beschrieb sie, dass sie den **Entscheidungsprozess** für eine Schule für ihren Sohn als belastend erlebte und sie im Nachhinein weniger Verantwortung auf ihren Sohn übertragen würde. Sie schilderte dies wie folgt: *„Ich, mir tat es irgendwann leid, dass ich vielleicht doch gesagt habe, **du darfst das entscheiden**, weil ihm das dann sehr wichtig wurde und er irgendwie, ja weil er dann so dachte, das ist wirklich eine **wichtige Entscheidung** und es ist auch wichtig, dass ich die richtige Schule finde, so. Und dieser **Stress** tat mir dann tatsächlich auch leid* (…)“ (Interview Elternteil A, A. 103).

Die Mutter aus der Sekundarstufe nannten die größere Eigenverantwortung an der weiterführenden Schule als Belastungen für ihren Sohn.

> *„Also da muss er **selber für Sorge tragen** und die **Verantwortung** halt eben, dass er alles aufschreibt und dass das dann halt eben hier weiter Zuhause weitergesagt wird, dass wir dann halt das für Arbeiten lernen können oder irgendwas, ne“* (Interview Elternteil B, A. 18).

Soziale Belastungen. Unter der Hauptkategorie soziale Belastungen wurden vier Kategorien zusammengefasst, die alle aus dem Interview mit der Mutter aus der Primarstufe stammten.

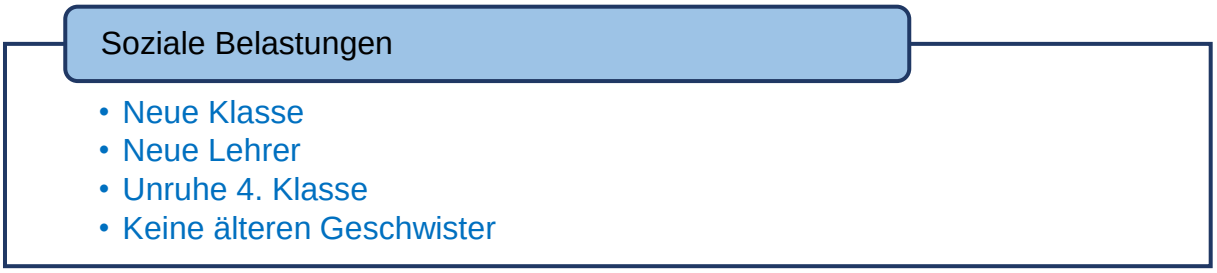


Abbildung 44: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen.

Im Bereich der sozialen Belastungen nannte die Mutter, dass es für ihren Sohn sehr aufregend sei, dass er **nicht wisse, wie seine neue Klasse und die neuen Lehrer*innen** an der weiterführenden Schule sein werden. Zudem äußerte sie, dass es in der vierten Klasse zum Zeitpunkt des Interviews Unruhen gab, die ihren Sohn belasteten und er daher *„auch bereit jetzt ist eine neue Klasse zu bekommen. Also das muss man sagen, er ist Anfang des Schuljahres, habe ich so gemerkt oder er sagt auch eben, **dass er ein bisschen genervt ist von der Klasse** derzeitlich. Da ist so ein bisschen **Unruhe** drin und ich glaube, da sind viele Faktoren, kriegt man ja auch nicht alles raus, wird ja auch nicht alles erzählt“* (Interview Elternteil A, A. 8). Zusätzlich beschrieb die Mutter, dass es ein könne, dass die Übergangsphase für ihren Sohn belastend sei, da er der älteste Sohn ist und keine älteren Geschwister habe, die diesen Prozess schon durchlebt hätte.

> „Und er ist nun ja auch der Größte, **er kann das ja nicht bei Geschwistern abgucken**, wie es so ist. Dann ist das natürlich irgendwie **stressig**, glaube ich, und aufregend. (Interview Elternteil A, A. 24).

Schulische Belastungen. Hinsichtlich der schulischen Belastungen wurden fünf Kategorien gebildet (s. Abb. 45). Dabei wurden drei Kategorien ausschließlich von der Mutter aus der Grundschule und die anderen beiden nur von der Mutter aus der Sekundarstufe genannt.



Abbildung 45: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen.

Aus der Sicht der Mutter aus der Primarstufe beobachtete sie bei ihrem Sohn, dass er die **neuen Fächer,** die zu erwartenden **höheren Anforderungen** und den **bilingualen Unterricht** als belastend erlebe.

> „Was ihm, glaube ich, ein bisschen **Sorge bereitet**, ist der **bilinguale Unterricht**. Also das ist jetzt sehr spezifisch tatsächlich, aber an dieser Schule ist das eben ab der siebten Klasse, dass sie bilingualen Unterricht für alle machen - in einem Fach, Erdkunde wahrscheinlich - und da ist er ein bisschen unsicher, weil er nicht weiß, **ob er eben damit zurechtkommt**. Das bereitet ihm so ein bisschen **Sorge** (Interview Elternteil A, A. 24).

In der Sekundarstufe schilderte die Mutter, dass die Menge der **Hausaufgaben zugenommen** habe und dies ihren Sohn zum Teil belaste sowie der **seltenere direkte Kontakt** der Eltern zu den Lehrer*innen im Vergleich zur Grundschule als Belastung erlebt wurde.

> „Dann müssen die Hausaufgaben noch gemacht werden und es sind teilweise auch **mehr Hausaufgaben**, als die in der Grundschule machen mussten“ (Interview Elternteil B, A. 10).

Rahmenbedingungen. Die Hauptkategorie belastenden Rahmenbedingungen umfasste vier Kategorien. Dabei wurde eine Kategorie von beiden Müttern genannt und drei ausschließlich aus dem Material der Mutter aus der Sekundarstufe gebildet (s. Abb. 46).

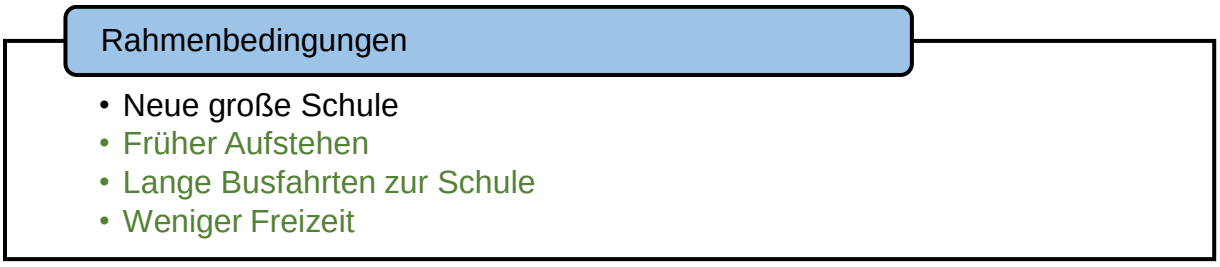


Abbildung 46: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen.

Beide Mütter beschrieben den Wechsel von einer kleinen eher ländlichen Grundschule auf eine **neue große Schule** als Belastung für ihre Kinder. Die Mutter aus der Sekundarstufe nannte das **frühere Aufstehen** und den dadurch reduzierten Schlaf für ihren Sohn als belastend und bemerke, dass er häufiger müde sei. Ihr Sohn müsse seit dem Schulwechsel früher aufstehen, da er den Schulweg nach Flensburg mit dem **Bus** zurücklegt. Damit stünde auch eine weitere Belastung im Zusammenhang. Die **langen Busfahrten** zur Schule und wieder nach Hause führen dazu, dass ihren Sohn **weniger Freizeit** zur Verfügung stünde.

> *„Das hat sich verändert, joa, man muss den Nachmittag anders planen, weil dadurch, dass er halt später Zuhause ist, wird es auch enger“* (…) (Interview Elternteil B, A. 10).

Kasten 25: Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“.

Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“

Insgesamt zeigte sich in den Interviews mit den beiden Müttern, dass vor dem Schulwechsel insbesondere die Ungewissheit hinsichtlich der neuen Schule als psychische Belastung erlebt werde. Damit stünden auch Sorgen hinsichtlich neuer Fächer und den höheren Anforderungen an der weiterführenden Schule im Zusammenhang. Nach dem Schulwechsel seien es vor allem die Hausaufgaben und der weniger direkte Kontakt zu den Lehrer*innen, die als Belastung erlebt würden. Zudem habe der Schulwechsel veränderte Rahmenbedingungen wie z.B. früheres Aufstehen und lange Busfahrten zur Schule zur Folge, die die Schüler*innen belasteten.

Auswertungsfrage II. Die Auswertungsfrage II hatte zum Ziel, die Ressourcen der Schüler*innen in der Übergangsphase aus der Sicht der Eltern zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von drei Hauptkategorien (Personale und soziale Ressourcen und Stressverarbeitung) zusammengefasst (s. Abb. 47).

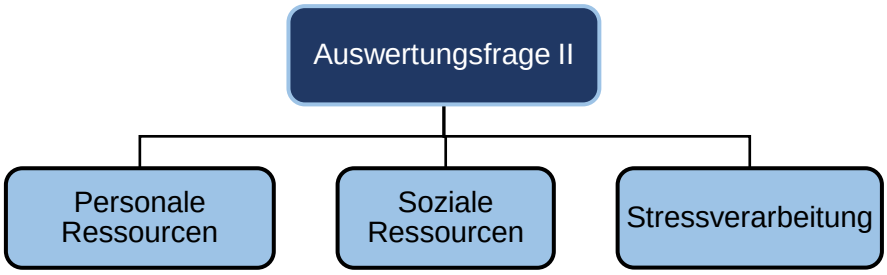


Abbildung 47: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II.

Personale Ressourcen. Die Hauptkategorie personale Ressourcen enthielt vier Kategorien, die der Abbildung 48 entnommen werden können. Von den vier Kategorien wurden drei alleinig von der Mutter aus der Primarstufe genannt und eine Kategorie von beiden Müttern.

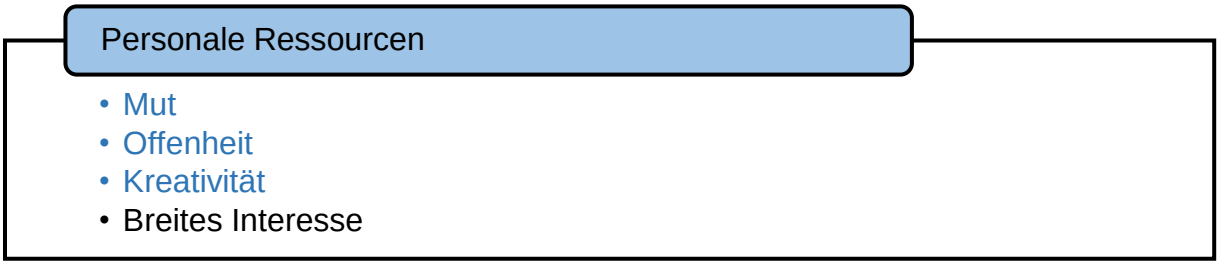


Abbildung 48: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen.

Die Mutter aus der Primarstufe beschrieb im Interview, dass ihr Sohn sehr **mutig, offen** und **kreativ** sei, was ihn bei der Bewältigung der Belastungen während der Übergangsphase unterstützte. Außerdem schilderten beide Mütter, dass ihre Kinder ein breites Interesse in verschiedenen Bereichen hätten und dies auch bei schulischen Angelegenheiten hilfreich sei.

> *„Der hat **viele Stärken**, wenn der will. Also jetzt schulisch bezogen, also er hat **sehr breites Interesse**. Wenn ihn etwas interessiert, dann will er das auch wirklich ganz genau herausfinden und holt sich seine Informationen und das kann er sich unheimlich lange merken“* (Interview Elternteil A, A. 10).

Soziale Ressourcen. Die Hauptkategorie soziale Ressourcen umfasste drei Kategorien, die in Abbildung 49 aufgelistet werden. Alle drei Kategorien wurden von beiden Müttern genannt.

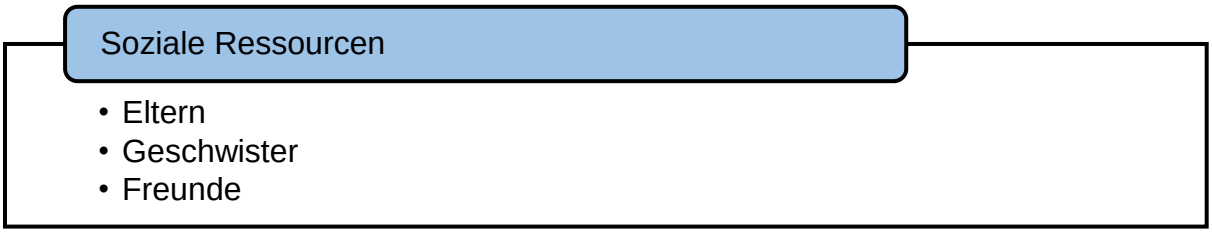


Abbildung 49: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen.

Die Mütter beschrieben in den Interviews zum einen das familiäre Umfeld in Form von **Eltern** und **Geschwistern** als Ressourcen in der Übergangsphase sowie die **Freunde** der Kinder als wichtige Unterstützung. Zudem habe es auch bei der Entscheidung für eine Schule eine Rolle gespielt, für welche Schule sich die Freunde entschieden haben: *„Aber letztendlich war dann, glaube ich, **ausschlaggebend, dass seine Freunde** halt alle auch aufs A. Gym gegangen sind und dann ist er deshalb halt da auch mit hingegangen“* (Interview Elternteil B, A. 28).

> *„Jetzt geht er mit **zwei Freunden** mit, ich glaube, das **beruhigt** ihn auch wieder ein bisschen mehr“* (Interview Elternteil A, A. 24).

Stressverarbeitung. Die Hauptkategorie Stressverarbeitung umfasste sechs Kategorien, von denen zwei von beiden Müttern genannt wurden, drei allein von der Mutter aus der Primarstufe und eine allein von der Mutter aus der Sekundarstufe.

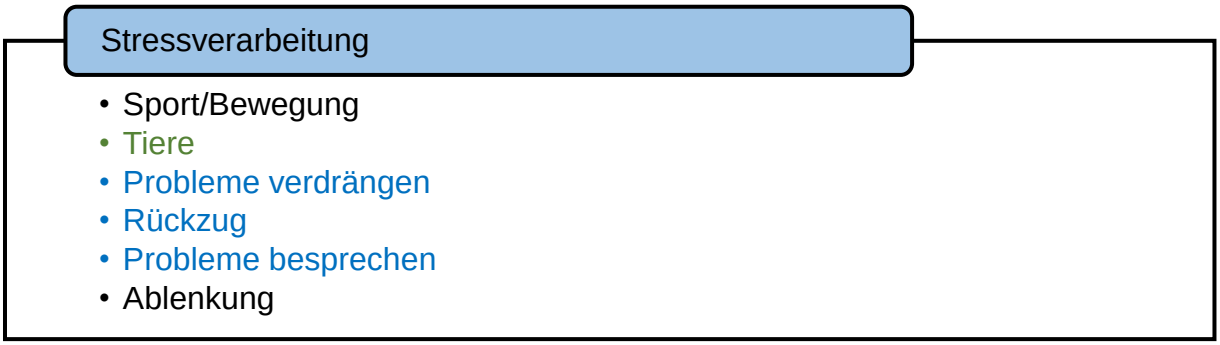


Abbildung 50: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung.

Beide Mütter gaben an, dass ihre Söhne sehr **sportlich** seien und ihren Stress hauptsächlich durch **Bewegung** verarbeiteten. Außerdem würden die Kinder Belastungen bewältigen, indem sie sich beispielsweise durch Spielen von schwierigen Situationen ablenken. In diesem Zusammenhang erwähnte die Mutter aus der Sekundarstufe zudem, dass ihr Sohn sehr tierlieb sei und ihn der **Kontakt mit Tieren** (Pferde) von Problemen ablenke und sehr guttue. Die Mutter aus der Grundschule beschrieb die Stressverarbeitung ihres Sohnes zudem als variabel. Es gäbe Momente in denen ihr Sohn Probleme eher verdränge oder sich zurückziehe, aber auch Situationen, in denen er die Probleme direkt mit den Eltern besprechen möchte.

> „Entweder ist er dann schlecht gelaunt oder er zieht sich dann schon irgendwie eher zurück, sodass man weiß, da ist vielleicht irgendwas im Busch“ (Interview Elternteil A, A. 40).

Kasten 26: Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“

Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“

Aus der Sicht der Eltern verfügten die Kinder über personale sowie soziale Ressourcen und über Stressverarbeitungsstrategien, die sie in der Übergangsphase unterstützten. Bei den personalen Ressourcen waren es insbesondere breite Interessen in verschiedenen Bereichen und als soziale Ressourcen wurden Familie und Freunde als bedeutsame Unterstützung beschrieben. Belastungen wurden aus der Sicht der Mütter von den Schüler*innen hauptsächlich durch Bewegung und Ablenkung verarbeitet und teilweise durch Rückzug oder Besprechen mit den Eltern.

Auswertungsfrage III. Die dritte Auswertungsfrage hatte zum Ziel, den Aufbau und die Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase aus der Perspektive der Eltern zu beschreiben. Dazu wurden die induktiven Kategorien zu sechs Hauptkategorien zusammengefasst (s. Abb. 51).

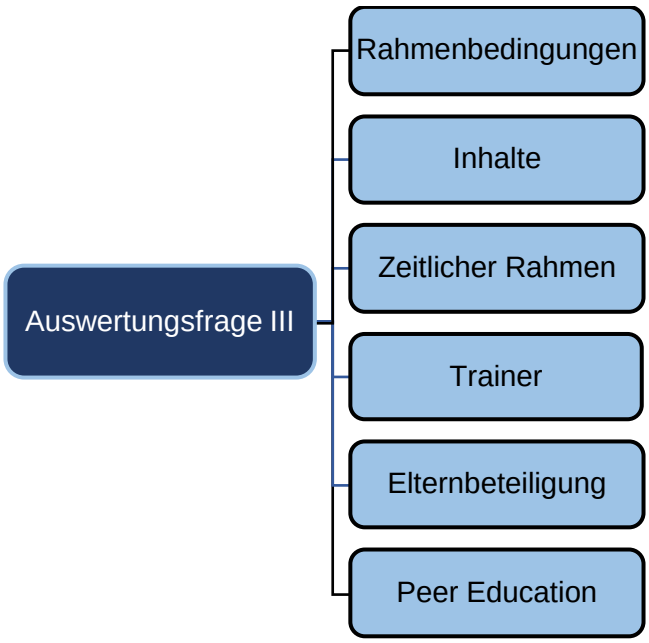


Abbildung 51: Hauptkategorien der Auswertungsfrage III.

Rahmenbedingungen. Im Hinblick auf die Rahmenbedingungen des zukünftigen Gesundheitsförderungsprogramms wurden sechs Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Rahmenbedingungen zusammengefasst wurden. Dabei wurden drei aus dem Material von beiden Müttern gebildet und drei wurden ausschließlich von der Mutter aus der Grundschule genannt.

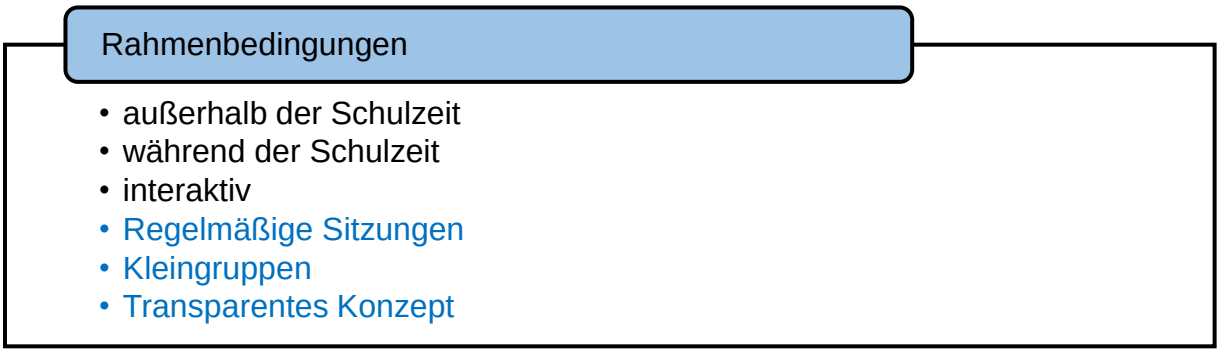


Abbildung 52: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen.

Während der Interviews wurde von den Müttern abgewogen, ob ein derartiges Programm in oder außerhalb der Schulzeit stattfinden sollte. Dabei schilderten die Mütter, dass die Schultage schon relativ lang seien und die Fahrtzeiten noch dazukämen, sodass eine **Durchführung außerhalb der Schulzeit** zu einer zusätzlichen Belastung führen könne.

> *„Dann aber, deshalb die Frage, wenn das wieder **noch eine Stunde mehr ist, da wird´s natürlich schwierig**, weil es ist auch am Anfang schon genug Zeit, die die dann quasi unterwegs sind hier*“ (Interview Elternteil B, A. 96).

Auf der anderen Seite gaben die Mütter zu bedenken, dass eine **Durchführung während der Schulzeit** zwar vorteilhaft hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes sein könne, allerdings *„Ich weiß nicht, **wo die das noch unterbringen wollen.** (lacht) Also bei B. hab ich so immer schon den Eindruck, er hat hier und da seine Sachen und so, dass da auch schon so Einiges **ausfällt.*** (Interview Elternteil A, A. 85), sodass bei der Programmdurchführung der Unterrichtsausfall mitgedacht werden sollte. Weiterhin war es den Müttern wichtig, dass es ein **interaktives** Training ist, welches die Schüler*innen anspricht und sie entsprechend davon profitieren könnten.

Zusätzlich äußerte die Mutter aus der Grundschule, dass die Trainingssitzungen **regelmäßig** und in **Kleingruppen** stattfinden sollten, damit die Kinder sich leichter öffnen und über ihre Sorgen und Ängste sprechen können. Außerdem war es der Mutter wichtig, dass es sich um ein **transparentes Konzept** handle, welches mit den **Eltern kommuniziert** werde, *„(…) um eigentlich zu verhindern, dass, oder zu wissen, dass dieses Thema nicht noch größer wird und das Kind noch mehr belastet und es noch aufgeregter wird. Deswegen wäre mir **das Konzept dann schon sehr wichtig**, dass es tatsächlich auch was hilft und nicht noch mehr Sorge bereitet: "Oh Gott, es kommt was Großes Neues"* (Interview Elternteil A, A. 50).

Inhalte. Hinsichtlich der Inhalte wurden aus den Interviews mit den beiden Müttern sechs Kategorien gebildet. Dabei wurde eine Kategorie von beiden Müttern genannt, drei alleine von der Mutter aus der Grundschule und zwei von der Mutter aus der Sekundarstufe (s. Abb. 53).

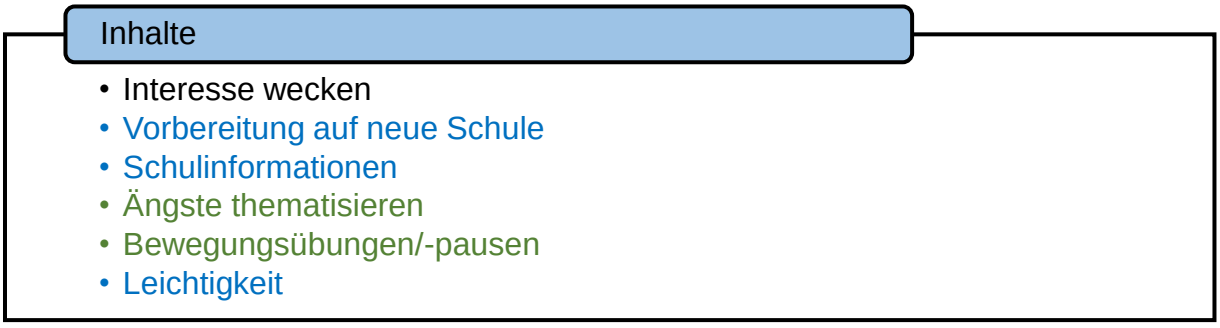


Abbildung 53: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

Für beide Mütter war es bei der Konzeption des Programms wesentlich, dass die Inhalte das **Interesse der Kinder wecken**, damit sie gerne an dem Programm teilnähmen.

> *„Ja, Sie müssen ihm was Interessantes erzählen, dann hört er auch gerne zu. (lacht) Also er ist eigentlich immer sehr vielseitig interessiert (…). Also den kann man schon ganz gut begeistern für irgendwas“* (Interview Elternteil B, A. 66).

Weiterhin war es der Mutter aus der Grundschule wichtig, dass das Programm die Schüler*innen auf die **neue Schule vorbereitet** und **Informationen über die Schulen** über Informationsveranstaltungen der Schulen hinaus, gegeben werden, um den Entscheidungsprozess für Schüler*innen und Eltern zu erleichtern. Zudem beschrieb sie ihren Sohn wie folgt*: „Also ich würde eben versuchen, also mein Sohn ist auch sehr **gedankenlastig**, würde ich jetzt mal sagen, dass ihm so ein bisschen **Leichtigkeit** mitgegeben wird*" (Interview Elternteil A, A. 54) und würde sich wünschen, dass durch ein Gesundheitsförderungsprogramm er sich weniger mit seinen Problemen gedanklich weiterbeschäftigt.

Zeitlicher Rahmen. Die Hauptkategorie zeitlicher Rahmen setzte sich aus fünf Kategorien zusammen, wovon drei von der Mutter aus der Grundschule und zwei von der Mutter aus der Sekundarstufe genannt wurden (s. Abb. 54).

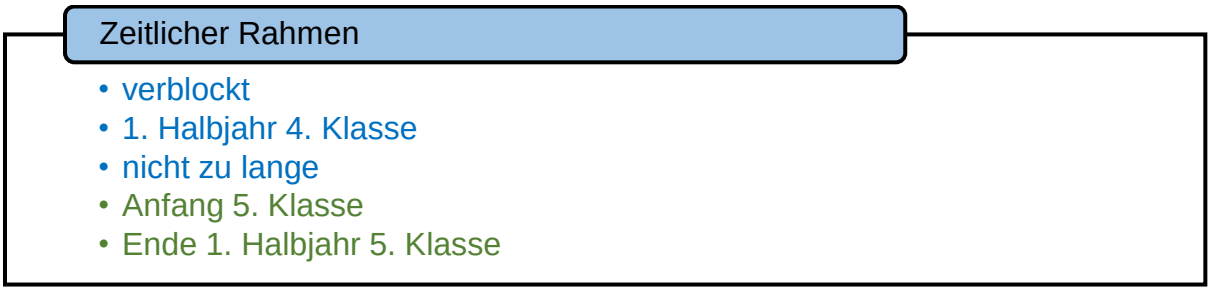


Abbildung 54: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen.

Im Grundschulbereich hielt die Mutter eine **verblockte Durchführung** z.B. in Form einer Projektwoche für vorteilhaft und würde diese im ersten Halbjahr der vierten Klasse terminieren, um die Belastungen, die mit der Übergangsempfehlung und der Entscheidung für eine weiterführende Schule im Zusammenhang stehen bearbeiten zu können.

> *„Ja, also sinnvoll würde ich dann wahrscheinlich eher das **erste Halbjahr der Vierten**, weil dann ja auch die Anmeldung erfolgt, das andere wäre dann natürlich auch sinnvoll, aber für diese Entscheidung nicht, von daher wäre der Anfang früher gut"* (Interview Elternteil A, A. 76).

Zusätzlich sollten die Inhalte nach der verblockten Durchführung im zweiten Halbjahr der vierten Klasse **aufgefrischt** werden, um die Nachhaltigkeit sicherzustellen und der Interventionszeitraum sollte aus ihrer Sicht insgesamt nicht zu lange sein, da sie davon ausging, dass *„würde ihn wahrscheinlich dann **anstrengen oder auch tatsächlich nerven**, wenn er weiß, Freitagnachmittag muss er jetzt da nochmal so ein Programm mitmachen (lacht)"* (Interview Elternteil A, A. 58).

Die Mutter aus der Sekundarstufe war hinsichtlich des Durchführungszeitpunktes **unentschieden** und schätzte sowohl eine Durchführung direkt zu **Beginn des fünften Schuljahres**, damit

die Kinder sich kennenlernen könnten, als auch am **Ende des ersten Halbjahres** als vorteilhaft ein, damit die Kinder zunächst an der neuen Schule ankommen könnten.

> „Weil dann ist es ja auch keine Mehrbelastung, sag ich mal, sondern es ist ja **förderlich dem Ankommen** da in der neuen Schule und dann macht es sicherlich Sinn, das von **Anfang an** zu machen und die Kinder so zu unterstützen“ (Interview Elternteil B, A. 104).

Trainer*in. Die Hauptkategorie Trainer*in umfasste drei Kategorien. Eine wurde von beiden Müttern genannt und die anderen beiden allein von der Mutter aus der Grundschule (s. Abb. 55).

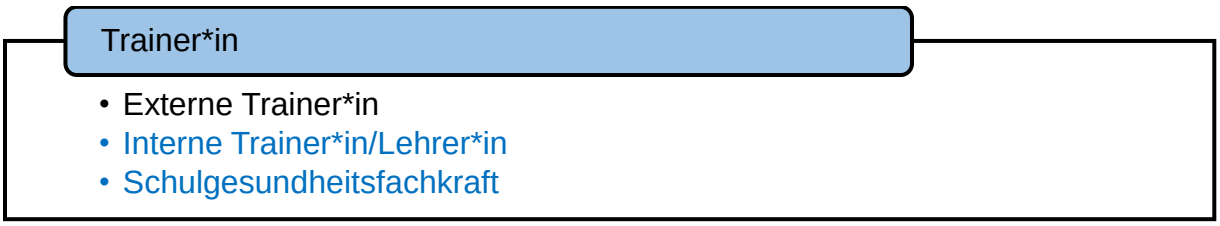


Abbildung 55: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in.

Beide Mütter nannten die Möglichkeit, das Training von einer **externen Person** durchführen zu lassen und sahen in dieser Variante sowohl **Vor- als auch Nachteile**. Auf der einen Seite sei eine externe Trainer*in von Vorteil, da die Kinder sich bewusst seinen, dass die Person sie nicht kenne und sie alles erzählen könnten. Auf der anderen Seite könne der Aufbau einer Vertrauensbeziehung sich bei einer externen Person schwieriger gestalten. Die Mutter aus der Grundschule schlug zusätzlich eine **interne Trainer*in** insbesondere die **Schulgesundheitsfachkraft** oder eine **Lehrkraft** für die Trainingsleitung vor.

> *„Also ich glaube, die [Schulgesundheitsfachkraft] könnte ich mir richtig gut vorstellen, weil sie **einerseits bekannt** ist, aber andererseits ja so **im Schulunterricht ja einfach nicht involviert** ist“* (Interview Elternteil A, A. 60).

Elternbeteiligung. Unter der Hauptkategorie Elternbeteiligung wurden vier Kategorien zusammengefasst. Zwei Kategorien wurden dabei von beiden Müttern genannt und zwei nur von der Mutter aus der Primarstufe (s. Abb. 56).

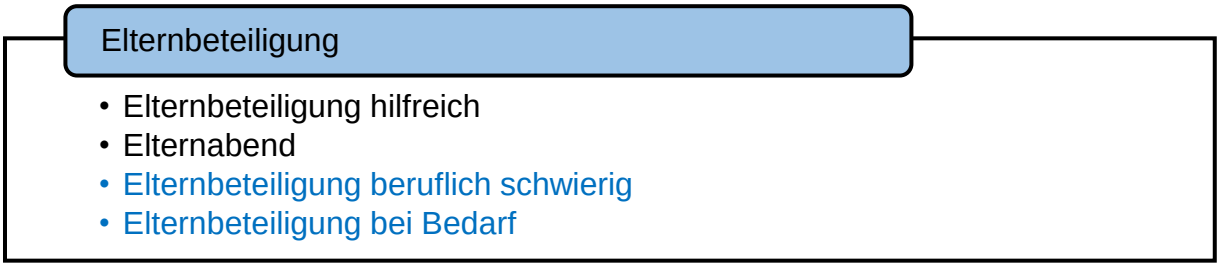


Abbildung 56: Kategorien der Hauptkategorie Elternbeteiligung.

Beide Mütter bewerteten die Beteiligung der Eltern an dem geplanten Training als **hilfreich**, da sie sich davon erhofften die Kinder besser beim **Übergang begleiten** zu können und schlugen zudem die Elternbeteiligung in Form eines **Elternabends** vor, um die Eltern zu der Übergangsthematik aufzuklären. Allerdings wurde bezüglich der Elternbeteiligung, wenn Eltern und Kinder gemeinsam geschult werden sollten, angemerkt, dass diese schwer mit beruflichen Tätigkeiten zu vereinbaren sei.

> *„Das sehe ich beruflich sehr schwierig tatsächlich“* (Interview Elternteil A, A. 91).

Daher wurde überdies vorgeschlagen, die Elternbeteiligung über einen Elternabend hinaus erst auszuweiten, wenn bei dem Kind ein **besonderer Bedarf** bestünde und die Eltern in dem Fall kontaktiert würden.

Peer Education. Bezüglich der Integration eines Peer Education-Ansatz in die Konzeption des Programms wurden zwei Kategorien aus dem Material gebildet (s. Abb. 57).

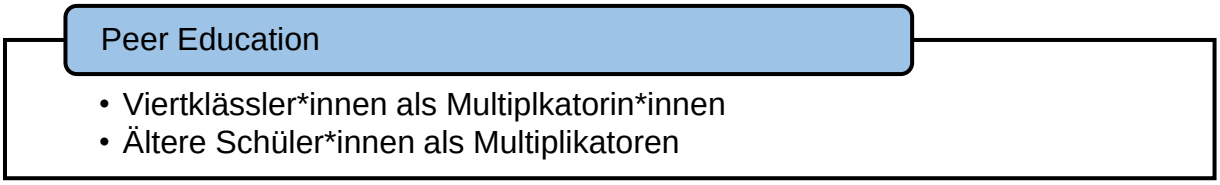


Abbildung 57: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education.

Beide Mütter hielten die Integration eines Peer Education-Ansatzes **grundsätzlich für förderlich** und hatten mit einem ähnlichen Ansatz (Mediatorenausbildung) schon positive Erfahrungen gemacht. Sie gaben allerdings zu bedenken, dass es in direkt zu Beginn der fünften Klasse eventuell eine zu große Herausforderung für die Schüler*innen sein könnte neben den eigenen Belastungen des Übergangs für andere Schüler*innen als Multiplikator*innen zur Verfügung zu stehen.

> *„Also daran glaube ich schon, dass er Spaß hätte. Aber ich weiß halt nicht, weil wie gesagt, auch ihn hat das beeindruckt, dieser Wechsel von der Schule, ob das dann für die **in der fünften Klasse nicht noch einfach zu früh ist“*** (Interview Elternteil B, A. 78).

Daher schlugen die Mütter vor, **ältere Schüler*innen** als Multiplikator*innen einzusetzen.

Kasten 27: Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“

Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen eines Gesundheitsförderungsprogramms wurde von den Müttern Konzept favorisiert, welches regelmäßig durchgeführt wird, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Zudem sollte das Programm eher während der Schulzeit und nicht zusätzlich stattfinden und sowohl im vierten als auch im fünften Schuljahr möglichst frühzeitig beginnen. Inhaltlich sei es wesentlich, dass das Interesse der Kinder geweckt und die Übergangsthematik konkret aufgegriffen würde, damit die Schüler*innen ihre Ängste und Sorgen besprechen können. Bezüglich der Durchführung sei aus Sicht der Mütter sowohl durch eine interne als auch externe Trainer*innen möglich und besonders die Schulgesundheitsfachkraft schien eine geeignete Person zu sein. Weitethin wollten die Mütter gerne an einem Gesundheitsförderungsprogramm partizipieren, allerdings sahen sie die gemeinsame Schulung von Eltern und Kindern aufgrund beruflicher Verpflichtungen kritisch. Auch die Integration eines Peer Education-Ansatzes bewerteten die Mütter positiv, merken aber an, dass Fünftklässler*innen als Multiplikator*innen überfordert sein könnten und nannten ältere Schüler*innen als Alternative.

3.4.2 Ergebnisse Bedürfnisanalyse

Hinsichtlich der Nebenfragestellung II *„Welche Bedürfnisse haben Viert- und Fünftklässler*innen hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?* sollten durch die Einzelinterviews mit vier Schüler*innen (zwei Viert- und zwei Fünftklässler*innen) die Bedürfnisse der Schüler*innen hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms exploriert werden. Um die zweite Nebenfragestellung zu beantworten, wurden drei Auswertungsfragen formuliert anhand derer nachfolgend die Ergebnisse dargestellt werden. Dabei werden zunächst die Hauptkategorien im Überblick abgebildet und anschließend die induktiv gebildeten Kategorien dargestellt.

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, die Belastungen der Schüler*innen in der Übergangsphase zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von drei Hauptkategorien (psychische, soziale und schulische Belastungen) zusammengefasst (s. Abb. 58).

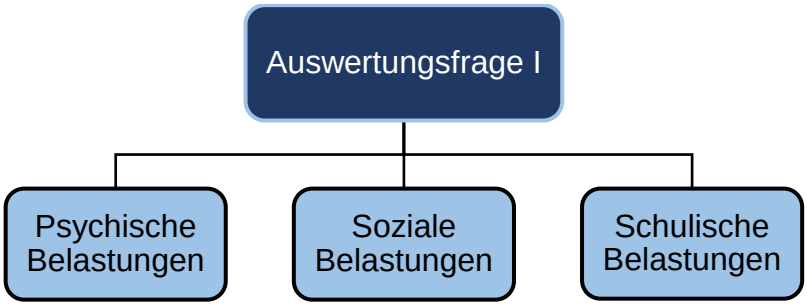


Abbildung 58: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I.

Psychische Belastungen. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie psychische Belastungen zusammengefasst wurden (s. Abb. 59).

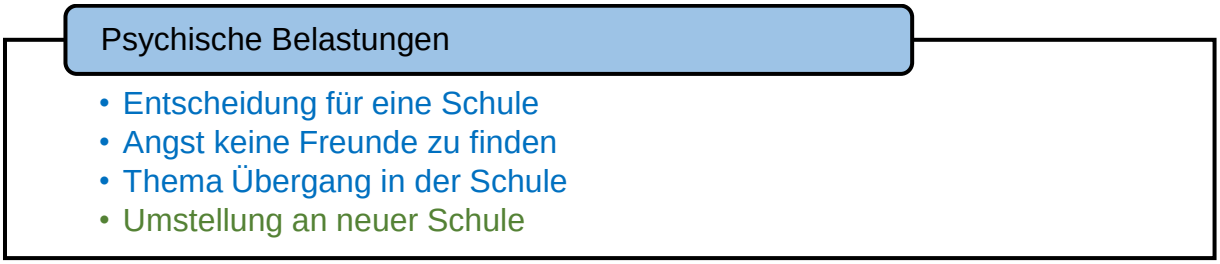


Abbildung 59: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen.

Die Schüler*innen aus der Grundschule beschrieben den **Entscheidungsprozess** für eine weiterführende Schule, die **Angst keine Freunde** an der neuen Schule zu **finden** sowie die hohe **Präsenz der Übergangsthematik** bei den Schüler*innen untereinander als Belastungen. Die Viertklässler*innen befürchteten, dass sie in der neuen Schule zeitnah keine Freunde fänden und einsam sein könnten.

> *„Ja, dass ich nicht nach ein paar Tagen oder Wochen **keine Freunde** finde und dann immer **einsam** bin*“ (Interview Schüler B, A. 26).

Weiterhin war der Übergang nach den Halbjahreszeugnisse bei den Schüler*innen in den Klassen **häufig Gesprächsthema** und die Schüler*innen tauschten sich über die verschiedenen Schulen aus. Dabei äußerten die Schüler*innen, dass sie diese Gespräche als **belastend** erlebten, weil zum Beispiel eine bestimmte Schule schlecht geredet wurde oder eine andere sehr gelobt und sich eine Dynamik unter den Schüler*innen entwickelte, die Einfluss auf die Entscheidung für eine Schule nahm. In diesem Zusammenhang wurde zudem der Entscheidungsprozess für eine Schule von den Viertklässler*innen als Belastung genannt und sie beschrieben dies beispielsweise wie folgt: *„Mhm, also ich gehe ja jetzt auf ein Gymnasium und einerseits bin ich froh, dass ich mit dem Thema durch bin, **weil es war nicht sehr leicht, das zu entscheiden.** Und manchmal mache ich mir ein bisschen **Sorgen,** dass ich mich vielleicht fürs **Falsche entschieden** habe“* (Interview Schüler A, A.19).

Die Fünftklässler*innen nannten die Umstellung auf der weiterführenden Schule als Belastung und berichteten davon, dass das Gymnasium sehr viel größer sei als die Grundschule und sie in der Anfangsphase zum Teil Schwierigkeiten bei der Orientierung in dem Gebäude hatten.

> *„Eigentlich, also am Anfang war es ein bisschen **schwer**, weil irgendwie ist es ja schon eine **große Umstellung**, wenn man von der Grundschule halt auf das Gymnasium kommt*“ (Interview Schüler C, A. 12).

Soziale Belastungen. Es wurden fünf Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie soziale Belastungen zusammengefasst wurden (s. Abb. 60).

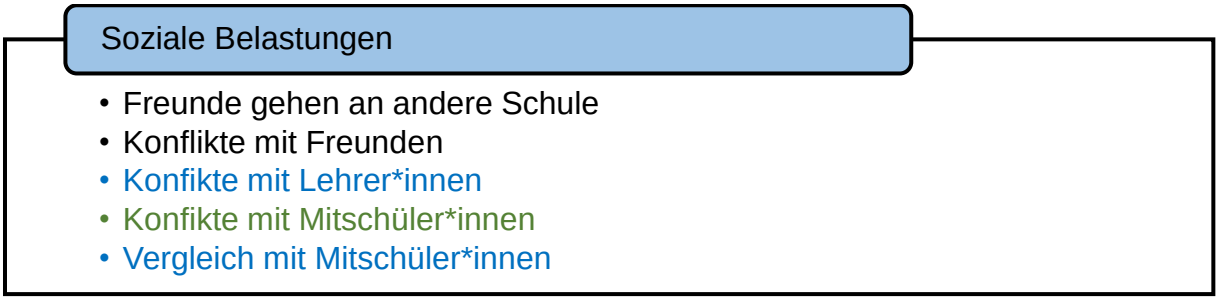


Abbildung 60: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen.

Alle befragten Schüler*innen nannten als Belastungen im sozialen Bereich, dass **Freund*innen** aus der Grundschule **an eine andere Schule** gehen werden oder an eine andere Schule gegangen sind und waren zum Teil **traurig über den Verlust der Freundschaft** oder befürchteten nach dem Schulwechsel Freundschaften nicht aufrechterhalten zu können, wenn sie auf unterschiedliche Schulen gingen.

> *„Ja es geht, ist schon ein bisschen **traurig am Anfang**, aber man wird auch neue Freunde finden“* (Interview Schüler B, A. 40).

Außerdem erlebten die Schüler*innen Konflikte mit Freund*innen als belastend vor und nach dem Übergang auf weiterführende Schule und hatten beispielsweise Sorge, dass alte Freund*innen sich nicht mit neuen Freund*innen verstünden und diese Konflikte zum Verlust von Freundschaften führe.

> *„Ja oder anders, dass die neuen-, dass ich mich auch nicht **mit den Freunden von meinen Freunden denn vertrage**. Und dass es dann am Ende- oder dass einem wirklich fast die **Freunde weglaufen**, das kann natürlich auch passieren“* (Interview Schüler A, A. 31).

Die Viertklässler*innen erzählten außerdem, dass sie **Konflikte mit Lehrer*innen** an der neuen Schule befürchteten oder sich mit **Mitschüler*innen verglichen** und Angst hatten nicht mithalten zu können.

> *„Also ich bin ein bisschen **aufgeregt**, weil ich halt noch nicht so richtig weiß, wie ist es da, **kann ich gut mithalten** und wie finden die Mitschüler mich?“* (Interview Schüler B, A. 16).

Bei den Fünftklässler*innen wurden außerdem **Konflikte mit Mitschüler*innen** als Belastung beschrieben.

Schulische Belastungen. Es wurden drei Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie schulische Belastungen zusammengefasst wurden und der Abbildung 61 entnommen werden können.

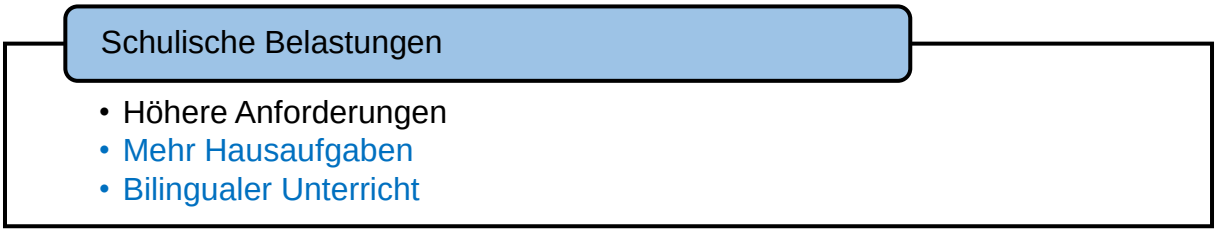


Abbildung 61: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen.

Alle Schüler*innen berichteten von **höheren Anforderungen** an der weiterführenden Schule, die sie als belastend erlebten. Die Viertklässler*innen erwarteten die höheren Anforderungen und die Fünftklässler*innen schilderten, dass sie bereits die Erfahrung gemacht haben, dass sie schulischen Anforderungen am Gymnasium höher seien als an der Grundschule.

> *„Mh ja, also ich stelle mir die Schule natürlich ein bisschen schwerer vor“* (Interview Schüler A, A. 25).

Bei den Viertklässler*innen wurde zudem angesprochen, dass sie davon ausgingen, dass an der weiterführenden Schule das **Volumen der Hausaufgaben und der schulischen Aufgaben allgemein erhöht** sei und ein Schüler machte sich Sorgen hinsichtlich des **bilingualen Unterrichts**, dass er hier Schwierigkeiten bekommen könnte, dem Unterricht zu folgen.

Kasten 28: Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“

Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“

Bei den Belastungen wurden von den Schüler*innen psychische, soziale sowie schulische Belastungen beschrieben. Psychische Belastungen waren insbesondere der Entscheidungsprozess für eine Schule, die Angst keine neuen Freunde zu finden sowie die Umstellung auf eine neue Schule. Als sozial belastend zeigten sich bei den Schüler*innen Konflikte mit Lehrkräften, Mitschüler*innen und Freunden und besonders die Angst bestehende Freundschaften nach dem Schulwechsel zu verlieren. Außerdem erwarteten die Viertklässler*innen erhöhte Anforderungen und mehr Hausaufgaben und befürchteten diesen Anforderungen am Gymnasium nicht genügen zu können und die Fünftklässler*innen erlebten bereits die erhöhten schulischen Anforderungen.

Auswertungsfrage II. Die zweite Auswertungsfrage hatte zum Ziel, die **Ressourcen und Stressverarbeitungsstrategien** der Schüler*innen in der Übergangsphase zu erheben. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von vier Hauptkategorien (Personale und soziale Ressourcen, Stressverarbeitung und Schule) zusammengefasst (s. Abb. 62).

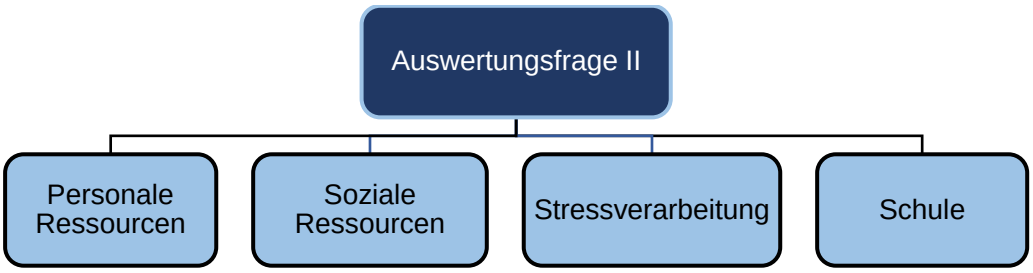


Abbildung 62: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II.

Personale Ressourcen. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie personale Ressourcen zusammengefasst wurden und der Abbildung 63 entnommen werden können.

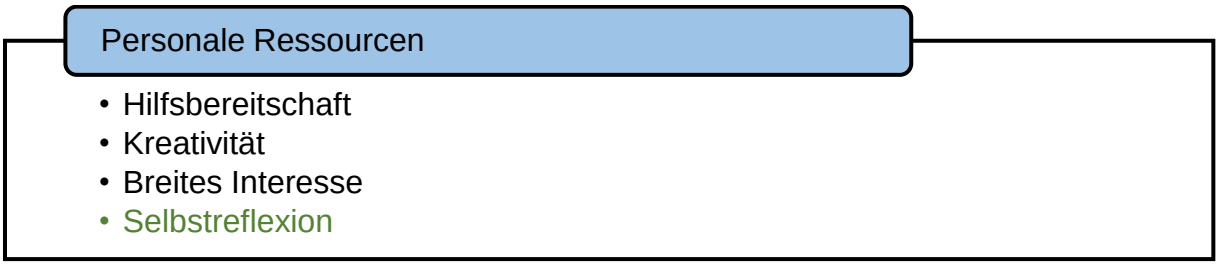


Abbildung 63: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen.

Im Bereich der personalen Ressourcen nannten die Schüler*innen **Hilfsbereitschaft, Kreativität** und **breite Interessen** in verschiedenen Bereichen als ihre **persönlichen Stärken**. Die Schüler*innen hatten beispielsweise Interesse neue Sprachen zu lernen oder an mathematischen Zusammenhängen und konnten in diesen Bereichen ihre Selbstwirksamkeit stärken. Außerdem empfanden die Schüler*innen es als positiv andere Schüler*innen **bei Problemen zu unterstützen**.

> *„Also eigentlich fühlt sich das dann eigentlich auch gut an, weil man halt dann auch weiß, dass man einem geholfen hat und ja. Und einem was erklären kann und das finde ich eigentlich auch immer gut, wenn ich einem was erklären kann“* (Interview Schüler C, A. 70).

Außerdem wurde von den Fünftklässler*innen die Fähigkeit zur Selbstreflexion als unterstützend beschrieben.

> *„Mhm, also vielleicht mal in den Pausen **einfach mal in sich gehen** und so und denn hat man vielleicht auch bei dieser Situation **was falsch gemacht** oder so“* (Interview Schüler C, A. 60).

Soziale Ressourcen. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie soziale Ressourcen zusammengefasst wurden und der Abbildung 64 entnommen werden können.

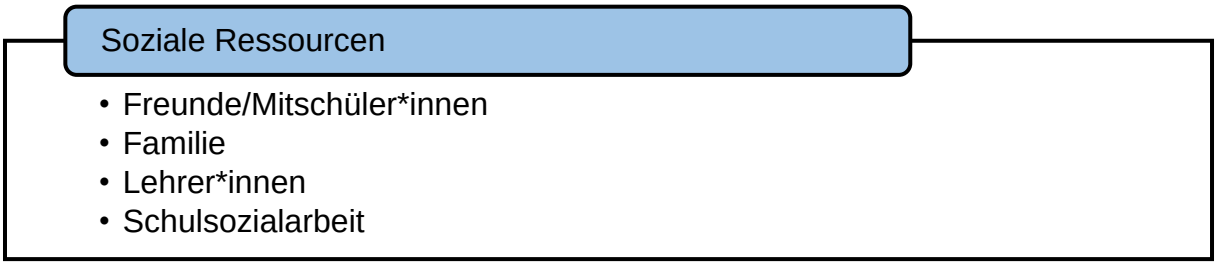


Abbildung 64: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen.

Als wesentlichste soziale Ressourcen wurden von allen Schüler*innen ihre **Freund*innen** genannt, die sie während der Übergangsphase **unterstützten**. Es wurden Sorgen und Ängste insbesondere mit den Freund*innen **besprochen** und sich gegenseitig durch gemeinsame Aktivitäten von den Belastungen **abgelenkt.** Außerdem wurden insbesondere bei schulischen Belangen die **Mitschüler*innen** als hilfreich erlebt.

> *„Ja also meine Freundin halt meine Beste, die hilft mir meistens und so. Dann halt meine anderen Freunde und so. Und dann helfe ich auch denen. Und ja eigentlich meine Freunde*“ (Interview Schüler D, A. 42).

Eine weitere wichtige Ressource war für die Schüler*innen die **Familie** und hier insbesondere die **Eltern**, die die Übergangsphase begleiteten und bei Ängsten und Sorgen diese mit den Kindern besprachen. Auf der schulischen Seite nannten die Schüler*innen speziell die

Lehrkräfte als soziale Ressourcen, die bei der Konfliktlösung unterstützen und in der Übergangsphase auch als Ansprechpartner*innen für Sorgen zur Verfügung standen. Auch die **Schulsozialarbeit** wurde als unterstützend erlebt.

> *„Die [Lehrkräfte] können eigentlich eben nur so fragen, was los war und den **Streit klären** und man kann denen dann die **Sorgen sagen, die beruhigen einen dann meistens irgendwie**“* (Interview Schüler A, A. 49).

Stressverarbeitung. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Stressverarbeitung zusammengefasst wurden und der Abbildung 65 entnommen werden können.

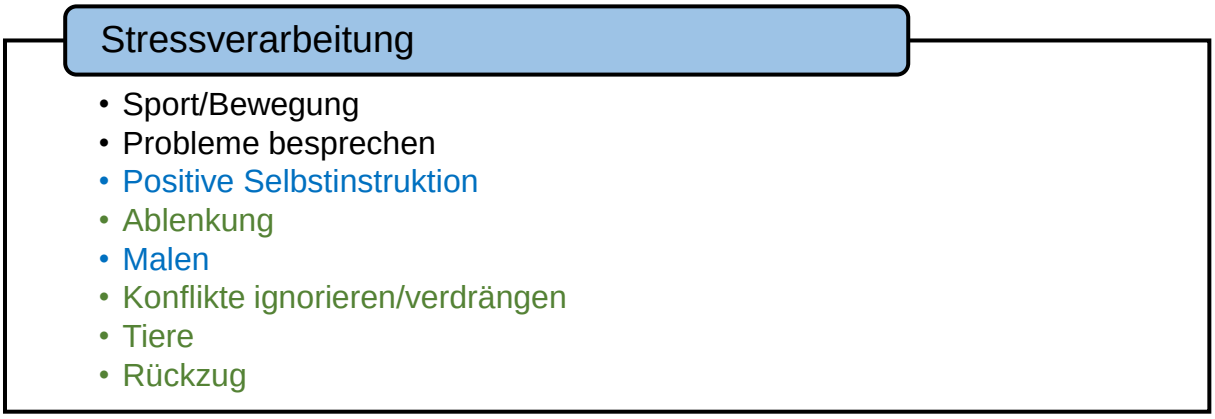


Abbildung 65: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung.

Am häufigsten wurden von allen Schüler*innen **Sport und Bewegung** sowie das **Besprechen von Problemen** als Stressverarbeitungsstrategien angewendet. Sport und Bewegung halfen den Schüler*innen ihre **Emotionen zu regulieren** und war außerdem eine Möglichkeit beispielsweise ihre **Teamfähigkeit** zu stärken. Zudem nutzten die Schüler*innen **problemorientierte Bewältigungsstrategien**, indem sie Konflikte in der Klasse offen klärten oder Probleme während der Übergangsphase mit den **Eltern besprechen**, um gemeinsam Lösungen zu finden und auch emotional zu unterstützen.

> *„Dann **rede ich eigentlich mit meinen Eltern** und die sagen dann:" Das wird schon alles gut"* (Interview Schüler A, A. 39).

Bei den Viertklässler*innen wurden zudem **positive Selbstinstruktionen** *(„ich bin jetzt ja auch nicht der Allerschlechteste in Englisch (…)“* (Interview Schüler A, A.39) und **emotionsregulierenden bzw. ablenkende Aktivitäten** wie z.B. malen als Stressverarbeitungsstrategien angewandt.

Die Fünftklässler*innen nannten überdies, dass sie Konflikte zum Teil **ignorierten** *(„Also, eigentlich reden wir dann gar nicht darüber, sondern **machen einfach weiter**“* (Interview Schüler C, A. 54), versuchen zu **verdrängen** oder sich selbst zunächst zurückziehen und in manchen Fällen sich die Konflikte dadurch von selbst erledigten.

Schule. Es wurden fünf Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Schule zusammengefasst wurden und der Abbildung 66 entnommen werden können.

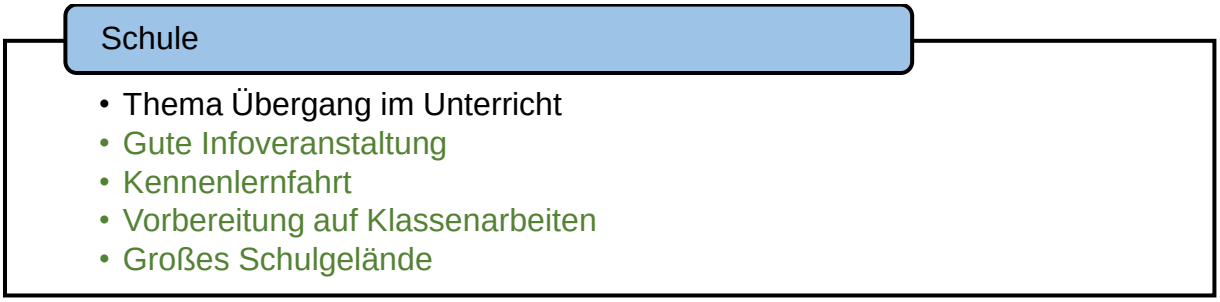


Abbildung 66: Kategorien der Hauptkategorie Schule.

Auch die **Schule selbst und schulische Veranstaltungen** wurden von den Schüler*innen als unterstützende Faktoren vor und nach dem Übergang in die weiterführende Schule erlebt. Sowohl Viert- als auch Fünftklässler*innen schilderten, dass sie es als hilfreich empfanden, dass der **Übergang** in die weiterführende Schule von den Lehrkräften im **Unterricht thematisiert** wurde und sie ihre **Ängste und Sorgen dort besprechen** konnten, was den Entscheidungsprozess für eine Schule erleichterte.

> *„Für mich war das sehr gut, also es **hat mir sehr geholfen**, das alles **raus zu erzählen** und das manche halt auch was von ihren Schulen erzählt haben, das hat mir sehr dabei geholfen, mich auch für die **Schule zu entscheiden**“* (Interview Schüler B, A.158).

Darüber hinaus beschrieben die Fünftklässler*innen, dass ihnen die **Informationsveranstaltung** der weiterführenden Schule bei der Entscheidung geholfen habe und nach dem Übergang insbesondere die **Kennenlernfahrt** und die **Vorbereitung auf Klassenarbeiten** durch den Unterricht als unterstützend erlebten. Ergänzend wurde das große Schulgelände als sehr positiv bewertet und ermöglichte z.B. Bewegungsspiele in den Pausen oder zahlreiche sportliche Aktivitäten durch die große Sporthalle.

Kasten 29: Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“.

Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“

Die Schüler*innen nannten in den Interviews personale sowie soziale Ressourcen und verschiedenen Stressverarbeitungsstrategien, die sie bei der Verarbeitung der übergangsbezogenen Belastungen unterstützten. Personale Ressourcen waren insbesondere Eigenschaften wie Kreativität und vielfältige Interessen und bei den sozialen Ressourcen waren es besonders die Freund*innen, die die Schüler*innen emotional unterstützten und gemeinsam Problemlösungen suchten. Zudem waren die Eltern und auf schulischer Seite die Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter*innen eine wichtige soziale Ressource. Die Belastungen in der Übergangsphase wurden von den Schüler*innen überwiegend durch Bewegung oder Ablenkung verarbeitet sowie Probleme offen angesprochen. Zusätzlich nannten die Schüler*innen die Schule selbst als Ressource, da die großzügigen Räumlichkeiten und Außengelände viele Aktivitäten ermöglichten.

Auswertungsfrage III. Die dritte Auswertungsfrage *„Wie sollte ein Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs aus Sicht der Schüler*innen aufgebaut sein und umgesetzt werden?* befasste ich mit dem Aufbau und der Umsetzung des künftigen Gesundheitsförderungsprogramms aus Sicht der Schüler*innen. Um die Auswertungsfrage III zu beantworten, wurden die gebildeten Kategorien zu sechs Hauptkategorien zusammengefasst (s. Abb. 67).

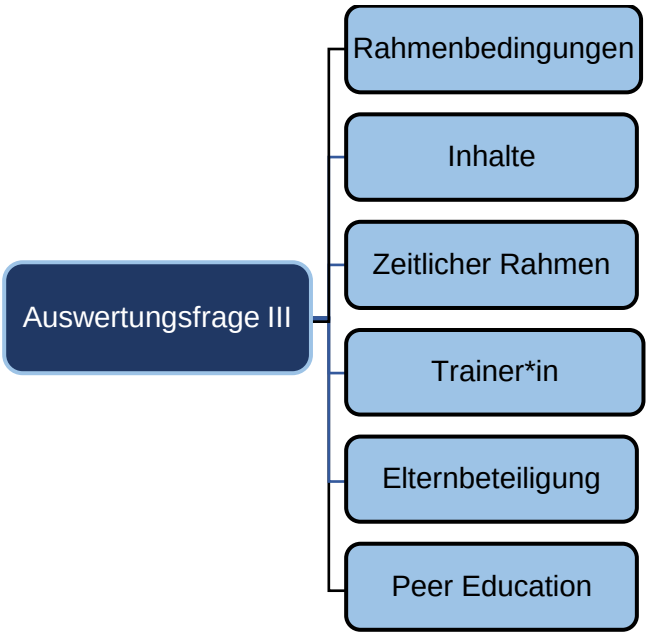


Abbildung 67: Hauptkategorien der Auswertungsfrage III.

Rahmenbedingungen. Die Hauptkategorie Rahmenbedingungen umfasste sieben Kategorien, die in der Abbildung 68 aufgelistet werden.

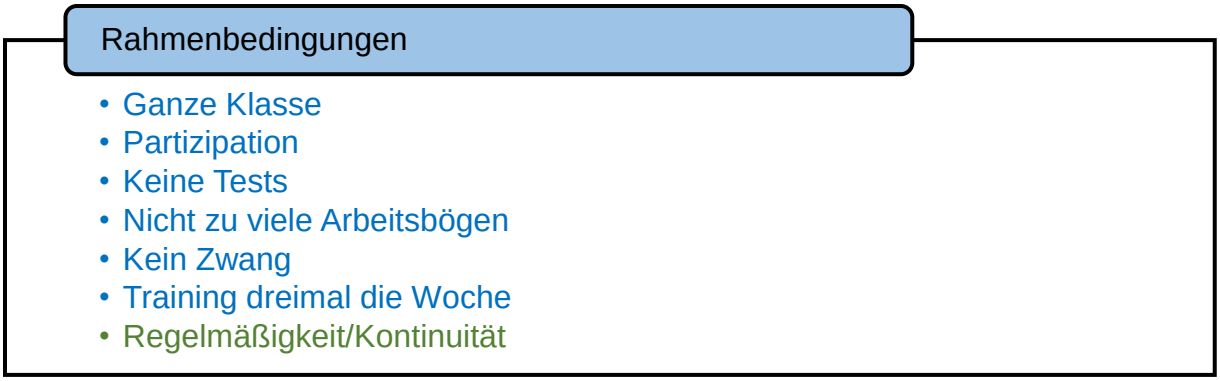


Abbildung 68: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen war es den Viertklässler*innen wichtig, dass das Training im Klassenverband stattfände („(…) *ich glaube, da wäre die* ***Lösung mit der ganzen Klasse besser****, weil, ja dann macht das sozusagen* ***jeder mit*** *und es gibt keinen, der das irgendwie entweder nicht mitmacht, weil er keine Lust drauf hat (…)*“; Interview Schüler A, A. 75), damit alle Schüler*innen an dem Training teilhaben und zudem war es bedeutsam, dass die Konzeption partizipativ gestaltet würde *(„Ja, um das vielleicht auch, die Kinder dann so ein bisschen* ***selbst wählen können****, wenn es irgendwie so eine kleine* ***Auswahl gibt*** *und die dann* ***abstimmen*** *können, was denn gemacht wird“* (Interview Schüler A, A. 79).

Weiterhin sollte es aus Sicht der Schüler*innen innerhalb des Trainings **keine Tests** geben und die Materialen sollten **nicht zu viele Arbeitsbögen** enthalten. Ferner war es für die Schüler*innen wesentlich, dass **niemand** in dem Training **gezwungen** ist, persönliche Probleme oder Gefühle preiszugeben „

> *„Also ich würde sagen, um Zoff zu verhindern, würde ich sagen, dass man nicht, dass man jetzt* ***nicht unbedingt so sagt, jeder muss sagen, welche Gefühle er dabei hat.*** *Weil wenn es irgendwie auch ein bisschen peinlich einem ist, dann ist das vielleicht nicht so toll“* (Interview Schüler A, A. 81).

Inhalte. Die Hauptkategorie Inhalte umfasste sieben Kategorien, die in der Abbildung 69 aufgelistet werden.

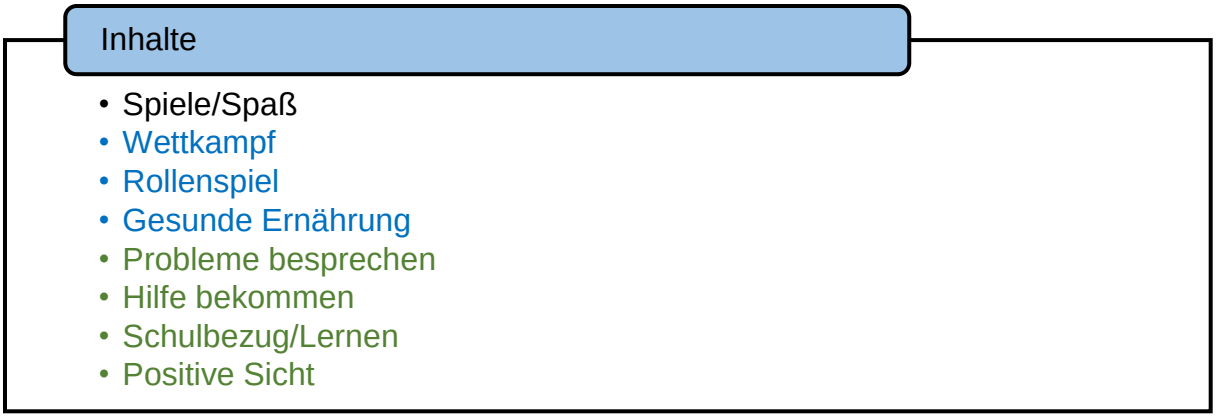


Abbildung 69: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

Inhaltlich war es für die Schüler*innen wichtig, dass das Training **kleine Spiele** enthalte und die **Übungen Spaß** machten sowie gleichzeitig neue Inhalte in dem Training vermittelt würden, die über den normalen Unterricht hinausgingen.

> *„Ja, sondern auch so mal irgendwie so, zum Beispiel so Spiele, wo man gleichzeitig lernt und gleichzeitig Spaß hat“* (Interview Schüler C, A. 88).

Von den Viertklässler*innen wurde außerdem angemerkt, dass es von Vorteil sei, wenn in dem Training auch mal **kleine Wettkämpfe** durchgeführt würden, um die Schüler*innen zur Mitarbeit zu motivieren. Ferner nannten die Viertklässler*innen **Rollenspiele** als gut Methode, welche sie z.B. aus der Mediator*innenausbildung kannten und ihnen dort viel Spaß brachte. Zudem würde die Vermittlung einer **gesunden Ernährungsweise** von den Schüler*innen als Thema für das Training erwähnt.

Bei den Fünftklässler*innen zeigte sich, dass sie sich wünschten, dass im Rahmen des Trainings die Möglichkeit bestünde **Probleme zu besprechen** und sie durch das Training **Hilfe bekämen** mit den übergangsbezogenen Belastungen umzugehen.

> *„Also vielleicht sollte man **darüber reden** und vielleicht **geht´s einem schon besser**, wenn man mal darüber redet und ja, wie es dann war, vielleicht geht´s einem dann wieder schon besser, dass man da mal gesagt hat oder so“* (Interview Schüler C, A. 92).

Weiterhin sollten die Inhalte aus Sicht der Fünftklässler*innen einen Bezug zur Schule haben und ermöglichen Neues zu lernen und gleichzeitig eine positive Sichtweise vermitteln, was eine Fünftklässlerin wie folgt umschrieb: *„Nicht hier so einen auf schlapp zu machen und ganz viel zu weinen, sondern **einfach auch mal das Gute daran sehen**, dass die jetzt auch ihren **Spaß, an der anderen Schule** haben und ja“* (Interview Schüler C, A. 82).

Zeitlicher Rahmen. Die Hauptkategorie zeitlicher Rahmen umfasste vier Kategorien, die in der Abbildung 70 aufgelistet werden.

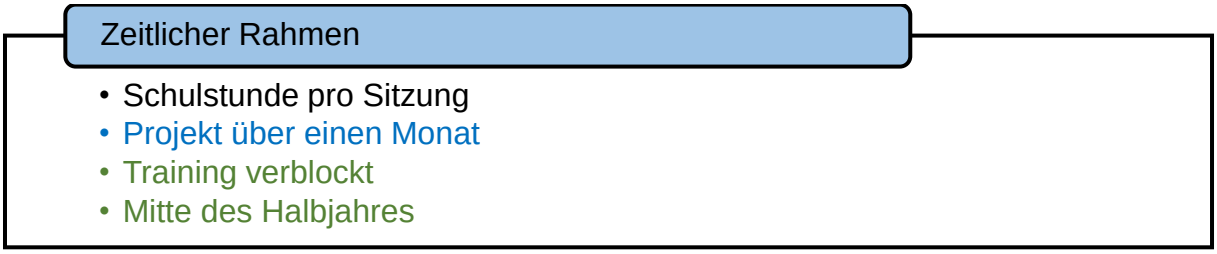


Abbildung 70: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen.

In Bezug auf den zeitlichen Rahmen schlugen die Schüler*innen vor **pro Sitzung eine Schulstunde bis zum 90 Minuten** zu verwenden und gingen dabei davon aus, dass in diesem Rahmen eine gute Mitarbeit und Konzentration vorhanden sei.

> *„Ich würde sagen, am Anfang eine **Schulstunde, aber vielleicht auch eine Doppelstunde, mehr auf keinen Fall.** Ich glaube, mehr da haben die dann auch nicht mehr so richtig Bock drauf, weil wenn man jetzt- ich würde sagen, 90 Minuten ist noch okay, aber ich würde sagen, mehr nicht“* (Interview Schüler A, A. 107).

Weiterhin schlugen die Viertklässler*innen vor, dass der Projektzeitraum sich **über einem Monat** erstrecken sollte und die Fünftklässer*innen hielten eine **verblockte Variante** (Projektwoche oder Projekttage) für vorteilhaft. Außerdem sollte die Intervention aus Sicht der Fünftklässler*innen in der **Mitte des ersten Halbjahres** stattfinden, um zunächst eine Eingewöhnung an der neuen Schule zu ermöglichen.

> *„Also ich glaube so, wenn, **also in der Mitte eher**, weil dann halt wusste man ja schon, das war so der Anfang, aber man ist ja auch noch nicht voll damit durch. Man gewöhnt sich ja immer noch um“* (Interview Schüler C, A. 122).

Trainer*in. Die Hauptkategorie Trainer*in umfasste fünf Kategorien, die in der Abbildung 71 aufgelistet werden.

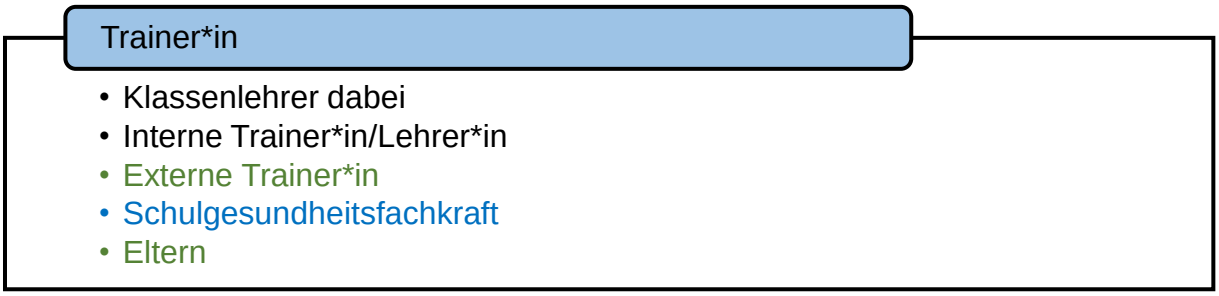


Abbildung 71: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in.

Sowohl die Viert- als auch die Fünftklässler*innen sagten in den Interviews, dass bei der Durchführung eines Gesundheitsförderungsprogramms die **Anwesenheit der Klassenlehrkraft** von Vorteil sein könne. Weiterhin wäre es Sicht der Schüler*innen möglich, dass eine

Lehrkraft das Training leite, allerdings war die Mehrheit der Schüler*innen der Meinung, dass sich die Durchführung durch eine Lehrkraft eher negativ auswirke.

> *„Ich glaube, weil das vielleicht auch so ein bisschen mehr entspannter sein sollte. Und wenn der Klassenlehrer das persönlich macht,* ***dann sind alle auch wieder neu gestresst*** *oder so und dann sagen sie nur das Beste“* (…) (Interview Schüler A, A. 91)

Die Viertklässler*innen favorisierten zudem die Durchführung des Trainings durch die **Schulgesundheitsfachkraft** und die Fünftklässler*innen schlugen entweder die **Eltern** oder **eine externe Trainer*in** als Kursleitung vor.

Elternbeteiligung. Die Hauptkategorie Elternbeteiligung untergliederte sich in vier Kategorien, die in der Abbildung 72 aufgelistet werden.



Abbildung 72: Kategorien der Hauptkategorie Elternbeteiligung.

Insgesamt hielten alle interviewten Schüler*innen die Beteiligung der Eltern an dem Training für **förderlich**, allerdings sahen die Viertklässler*innen auch **Nachteile** bei der Elternbeteiligung, wie dass **Unruhe** in den Klassen entstehen könne, wenn die Eltern dabei seien und einige Schüler*innen nicht offen über ihre Sorgen sprechen könnten, wenn die Eltern an dem Training teilnähmen. Daher wurde entweder vorgeschlagen die **Eltern nur teilweise** (z.B. ein Termin) zu beteiligen oder die **Elternbeteiligung wurde komplett abgelehnt**.

> *„Ich würde das* ***nicht so toll finden****, weil wenn sie das gar nicht wissen sollte, dann wäre das halt* ***etwas blöd***“ (Interview Schüler B, A. 128).

Peer Education. Die Hauptkategorie Peer Education umfasste vier Kategorien, die in der Abbildung 73 aufgelistet werden.



Abbildung 73: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education.

Insgesamt bewerteten die Schüler*innen die Idee, einen Peer Education-Ansatz in die Intervention zu integrieren als **sehr positiv** und konnten sich zudem gut vorstellen **selbst als Multiplikator*innen tätig zu sein** und andere Schüler*innen dadurch zu unterstützen.

> *„**Das wäre glaube ich sehr (..) cool**, also oder weil man den helfen kann und dann auch so als Projekt irgendwie. Und dann kann man halt nochmal seinen **Freunden irgendwie helfen und anderen** und so“* (Interview Schüler D, A. 70).

Weiterhin hielten die Schüler*innen die **Unterstützung** der Multiplikator*innen durch die L**ehrkräfte** bei Problemen für wichtig und merkten an, dass es sein könne, dass einige Schüler*innen die Multiplikator*innen **nicht akzeptieren** und sich daher nicht an dem Projekt beteiligen.

Kasten 30: Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“

Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“

Hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms war es den Schüler*innen besonders wichtig, dass das Training regelmäßig stattfände und keine Tests oder zu viele Arbeitsbögen enthalten seien. Außerdem sollten die Schüler*innen die Möglichkeit zur Partizipation haben und niemand gezwungen werden über seine Probleme zu sprechen. Inhaltlich wünschten sich die Schüler*innen lehreiche Übungen, die gleichzeitig Spaß machten und Spiele, die teilweise auch Wettkampfcharakter aufweisen könnten, um die Motivation zu erhöhen. Weiterhin erhofften sich die Schüler*innen durch das Training Hilfe bei Problemen in der Übergangsphase und die Möglichkeit Sorgen und Ängste hinsichtlich des Schulwechsels zu besprechen. Durchgeführt werden sollte das Training bestenfalls durch eine Schulgesundheitsfachkraft unter der möglichen Begleitung einer Klassenlehrkraft und die Elternbeteiligung bewerteten die Schüler*innen generell als förderlich, lehnten sie allerdings zum Teil auch ab. Die Integration eines Peer Education-Ansatzes wäre aus Sicht der Schüler*innen ebenfalls positiv und sie könnten sich eine Tätigkeit als Multiplikator*innen in der Übergangsphase gut vorstellen.

3.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie I

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie I in den theoretischen Hintergrund eingeordnet und diskutiert. Hierzu werden zunächst die Ergebnisse der Hauptfragestellung und anschließend in Ergänzung die Ergebnisse der beiden Nebenfragestellungen gegliedert nach den Auswertungsfragen diskutiert. Eine übergreifende Diskussion über alle drei Teilstudien erfolgt in Kapitel 7.

3.5.1 Hauptfragestellung

Die Hauptfragestellung *„Welche Bedarfe beschreiben Expert*innen aus dem schulischen Setting an Maßnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?“* hatte zum Ziel, zu ermitteln, welche Belastungen die Schüler*innen erleben, über welche Ressourcen sie verfügen und wie ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I aus Sicht der Expert*innen des schulischen Settings gestaltet sein sollte. Für die Bedarfsanalyse (Hauptfragestellung) wurden 13 Einzelinterviews und eine Fokusgruppe mit Expert*innen des schulischen Settings durchgeführt und mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) induktiv ausgewertet.

Belastungen. In den Interviews mit den Expert*innen konnten psychische, soziale und schulische Belastungen exploriert werden. Dabei zeigten sich bei den **psychischen Belastungen** insbesondere der Erwartungsdruck der Eltern und der Gesellschaft sowie Ängste und Unsicherheiten im Hinblick auf den Schulwechsel als häufige Belastungen. Bei den **sozialen Belastungen** standen aus Sicht der Expert*innen der Verlust von Freundschaften und schulischer Bezugspersonen nach dem Schulwechsel sowie die Heterogenität der Schüler*innen und die gruppendynamischen Prozesse in der fünften Klasse als Belastungen im Vordergrund. Hinsichtlich der **schulischen Belastungen** lag der Schwerpunkt auf den erhöhten Leistungsanforderungen sowie auf Belastungen, die im Zusammenhang mit der Übergangsempfehlung standen.

Diese Schilderungen der Expert*innen decken sich mit den in der Literatur genannten übergangsbezogenen Belastungen. Ein Großteil der Schüler*innen berichtet vor dem Übergang von Sorgen und Unsicherheiten in Bezug auf die neue Schule und emotionalen Problemen (Sniedze-Gregory et al., 2021, S. 46; Waters et al., 2014b, S. 161), was die Expert*innen in den Interviews bestätigten. Im Vordergrund stehen in der Übergangsphase die sozialen Beziehungen, neue Schulumgebungen und erhöhte Leistungsanforderungen in der weiterführenden Schule (F. Rice et al., 2021, S. 286; Waters et al., 2014b, S. 163). Die Expert*innen betonten ebenfalls, dass sie den Verlust von Freundschaften sowie die erhöhten schulischen Leistungserwartungen als wesentliche Belastungen bei den Schüler*innen wahrnahmen.

Hinsichtlich des Erwartungsdrucks seitens der Eltern konnte bereits in Studien bestätigt werden, dass wenn die Eltern die Schüler*innen übermäßig kontrollieren, sehr hohe Leistungserwartungen haben und weniger fördern, die Schüler*innen eher von negativen Übergangserfahrungen und depressiven Symptomen berichteten (West et al., 2010, S. 33). Auch die Expert*innen der vorliegenden Studie nannten die Heterogenität sowie Überforderung als mögliche Belastungen in der Übergangsphase.

Kasten 31: Kernbotschaft Belastungen.

Kernbotschaft

Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I ist für viele Schüler*innen ein kritisches Lebensereignis und ein Schlüsselmoment in der Bildungsbiografie, der mit multiplen Belastungen einhergehen kann. Dabei zeigen sich die Belastungen auf psychischer, sozialer und schulischer Ebene und erfordern bei den Schüler*innen flexible Stressverarbeitungsstrategien, um angemessen mit dem Stress umgehen zu können. Psychisch zeigen sich speziell Ängste und Sorgen hinsichtlich der neuen Schule und dem Verlust von Freundschaften. Auf der sozialen Ebene entstehen Belastungen aufgrund von Veränderungen im sozialen Umfeld (Peers, Mitschüler*innen und Lehrer*innen) und Gruppenfindungsprozessen in den neuen Klassen. Schulisch ergeben sich zudem nach dem Wechsel in die Sekundarstufe erhöhte Leistungsanforderungen sowie Umstellungen bei den schulischen Rahmenbedingungen, die belastend wirken können.

Ressourcen. Bei der Auswertung der zweiten Auswertungsfrage hat sich gezeigt, dass aus Sicht der Expert*innen personale sowie soziale Ressourcen von großer Bedeutung für die Übergangsphase sind und **adaptive Stressverarbeitungsstrategien** sowie die Vorbereitung des Übergangs den Transitionsprozess für die Schüler*innen erleichtern können. Hinsichtlich der **personalen Ressourcen** waren insbesondere soziale Kompetenzen und ein gesundes Selbstbewusstsein sowie hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, die auch aus der Übergangserfahrung selbst resultieren könnten, relevant. Die **sozialen Ressourcen** waren sowohl Freunde als auch Familie und auf der schulischen Seite die Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräfte, die die Schüler*innen beim Übergang unterstützen und begleiteten. Darüber hinaus beschrieben die Expert*innen gut ausgeprägte Stressverarbeitungsstrategien wie z.B. Hobbys und Problemlösekompetenzen sowie die inhaltliche und methodische Vorbereitung des Übergangs als wesentliche Ressourcen.

Die wesentliche Bedeutung von positiven **Peer-Beziehungen** während der Übergangphase konnte in einer Längsschnittstudie nachgewiesen werden. Eine hohe Quantität und Qualität von Freundschaften wurde dabei mit einer besseren emotionalen Anpassung, Verringerung von Traurigkeit und negativen Emotionen sowie dem Schutz vor Viktimisierung in Verbindung

gebracht. Hierbei hatten die Peer-Beziehungen einen relevanten Einfluss auf die psychische Gesundheit und es zeigte sich, dass positive Beziehungen zu Gleichaltrigen das Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl günstig beeinflusste sowie die Eingewöhnung in die weiterführende Schule erleichterte (Heinsch et al., 2020, S. 350). Dies zeigte sich ebenfalls in den Interviews mit den Expert*innen, die die Freunde als wesentliche soziale Ressourcen während der Übergangsphase beschrieben.

Auch die **Familie** stellte sich als wesentlicher Schutzfaktor heraus, der bei entsprechender Qualität von Beziehung, Bindung und Erziehung eine protektive Wirkung gegenüber der Entwicklung von psychischen Störungen haben kann (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 36). Zudem postulieren Domsch et al. (2016, S. 21), dass die Familie für Kinder die *„wichtigste Quelle sozialer Unterstützung“* ist und die Eltern sowie die Geschwister die Kinder bei der Bewältigung von Belastungen unterstützen. Dies zeigt sich ebenfalls in der Übergangsphase, in der ein förderliches familiäres Umfeld, sich günstig auf die psychische Gesundheit der Schüler*innen auswirkte (Niemack, 2019, S. 73). Dabei erwiesen sich insbesondere Prozessmerkmale wie die Eltern-Kind-Interaktion oder gemeinsame Aktivitäten als bedeutsam für die Lebenszufriedenheit vor dem Übergang in die Sekundarstufe. Die gemeinsame Zeit von Kindern und Eltern zeigte sich als wichtigster Prädiktor für die Antizipation des Übergangs und erhöhte das allgemeine Selbstwertgefühl, die Lebenszufriedenheit sowie das schulische Wohlbefinden und senkte die Leistungsangst (Knoppick, Dumont, Becker, Neumann & Maaz, 2018, S. 503). Die Expert*innen der vorliegenden Studie bestätigten diese Befunde und nannten die Familie ebenfalls als bedeutsame Ressource während der Übergangsphase.

Weiterhin wurden von den Expert*innen die **Lehrkräfte** und **andere Professionen** in der Schule als **soziale Ressourcen** während des Übergangs beschrieben. Enge Beziehungen zu Lehrer*innen haben sich in Studien ebenfalls als Prädiktor für einen positiven Übergang in die Sekundarstufe erwiesen. Die Längsschnittstudie von Waters, Lester und Cross (2014a) konnte zeigen, dass die Unterstützung der Lehrkräfte in der Kombination mit der Unterstützung von Peers und Eltern, positive Erwartungen vor und gute Erfahrungen nach dem Übergang vorhersagen konnte. Weiterhin wirkte sich eine starke Verbundenheit und positive Einstellung zur Schule günstig auf die psychische Gesundheit von Schüler*innen während der Übergangsphase aus (Lester, Waters & Cross, 2013, S. 166).

Darüber hinaus beschrieben die Expert*innen gut ausgeprägte **Stressverarbeitungsstrategien** wie z.B. Hobbys und Problemlösekompetenzen sowie die inhaltliche und methodische Vorbereitung des Übergangs als wesentliche Ressourcen. Die personalen Ressourcen wie adaptive Stressverarbeitungsstrategien sowie soziale Kompetenzen haben sich bereits in zahlreichen Studien als Schutzfaktoren herausgestellt. Eine Studie von Hampel und Petermann (2020, S. 57–58) konnte über Mediationsanalysen nachweisen, dass der ungünstige

Einfluss von Neurotizismus auf die eltern- und schulbezogene Lebensqualität bei Jugendlichen über die problembezogene Stressverarbeitung vermittelt wurde. Hinsichtlich der ungünstigen Stressverarbeitung zeigte sich lediglich die Vermittlung zwischen Neurotizismus und schulbezogener Lebensqualität. Die Expert*innen der vorliegenden Studie schilderten in den Interviews sowohl günstige als auch ungünstige Stressverarbeitungsstrategien, die die Schüler*innen in der Übergangsphase anwendeten. Allerdings wurde von den Expert*innen ebenfalls angemerkt, dass einige Schüler*innen zu Beginn der fünften Klasse über keine Stressverarbeitungsstrategien verfügten. Dies deckt sich mit empirischen Befunden, die nahelegen, dass Kindern und Jugendlichen, weniger geeignete Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen als Erwachsenen. Dementsprechend kommt dem Kindes- und Jugendalter im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten eine besondere Bedeutung zu, da sich im Kindes- und Jugendalter die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter herausbilden (Kaluza & Lohaus, 2006, S. 119–120).

In Bezug auf **Alters- und Geschlechtseffekte** äußerten die Expert*innen keine Unterschiede, allerdings sind diese Unterschiede in der Literatur hinreichend belegt. Zwei Untersuchungen zur Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen von Hampel und Petermann (2017b, S. 68, 2018, S. 57) zeigten, dass ältere Schüler*innen und Mädchen weniger emotionsregulierende Strategien und mehr maladaptive Stressverarbeitungsstrategien wie passive Vermeidung, Resignation oder Aggression als Jungen anwendeten. Zudem zeigte sich, dass Mädchen vermehrt nach sozialer Unterstützung suchten (Hampel & Pössel, 2012, S. 10; Hampel & Petermann, 2017b, S. 63). Des Weiteren wiesen Mädchen eine geringe Bagatellisierung, Ablenkung und positive Selbstinstruktionen auf (Hampel & Petermann, 2017b, S. 63). Dahingegen berichteten Jungen, Bagatellisierung als Stressverarbeitung einzusetzen und weniger die Suche nach sozialer Unterstützung (Hampel & Pössel, 2012, S. 7). Auch die Studien von Eschenbeck (2010) und Beck et al. (2016) ergaben ähnlich gerichtete Befunde hinsichtlich der Stressvulnerabilität, -verarbeitung und -symptomatik. Insgesamt bestätigen sowohl die bisherigen Befunde als auch die vorliegenden Ergebnisse der Interviews mit den Expert*innen, dass die Stressverarbeitung bedeutender für das Belastungserleben ist, als der Stressprozess selbst. Dabei sind die Stressverarbeitungsstrategien vom Alter, Entwicklungsstand und Geschlecht der Schüler*innen abhängig (Stelzig & Sevecke, 2019, S. 602).

Kasten 32: Kernbotschaft Ressourcen.

Kernbotschaft

In der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe sind für die Schüler*innen personale und soziale Ressourcen sowie die Vorbereitung auf den Übergang eine wesentliche Unterstützung. Insbesondere die personalen Ressourcen Selbstwirksamkeit, sozial-emotionale Kompetenzen und adaptive Stressverarbeitungsstrategien erwiesen sich in den Interviews und der Literatur als zentrale Kompetenzen, die für den Transitionsprozess von hoher Relevanz sind und als Schutzfaktoren gegenüber Störungen der psychosozialen Anpassung fungieren. Weiterhin ist die Stressverarbeitung eine bedeutsame Variable, die bei einem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase berücksichtigt werden sollte, da diese das Stresserleben stärker vermittelt als der Stressprozess selbst. Ferner verfügen Kinder und Jugendliche oftmals noch nicht über adäquate Stressverarbeitungsstrategien, um mit den übergangsbezogenen Belastungen umzugehen und insbesondere jugendliche Mädchen wenden häufiger maladaptive Stressverarbeitungsstrategien an. Auf der sozialen Ebene sind die Freund*innen und die Familie die wichtigsten sozialen Ressourcen während des Transitionsprozesses, deren Unterstützung durch Lehrer*innen und Expert*innen des schulischen Settings (z.B. Schulsozialarbeit) ergänzt werden kann.

Bisherige Gesundheitsförderung in der Übergangsphase. Aus den Interviews mit den Expert*innen wurde hinsichtlich bisheriger Gesundheitsförderungsmaßnahmen deutlich, dass bereits **vielfältige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung** an den Schulen durchgeführt werden. Dabei stammten die Maßnahmen insbesondere aus den Bereichen psychische Gesundheit (z.B. Stabilität durch feste Rituale), soziale Kompetenzen (z.B. Teamtrainings), Ernährung (z.B. Wasserschule) und Bewegung (z.B. bewegte Pausen). An den weiterführenden Schulen wurde zudem als wichtig erachtet, dass die Schüler*innen ihre neue Schule bewusst kennenlernen und im Unterricht überdies Methodenkompetenzen (z.B. Lernstrategien) vermittelt würden. Diese Ergebnisse spiegeln sich ebenfalls in den vielfältigen, bereits umgesetzten Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung wider, die von einfachen Projekten bis zu komplexen Interventionen im Rahmen des Settingansatzes reichen (Paulus, 2022, S. 741). Die schulische Gesundheitsförderung ist als *„integraler Bestandteil von Schulentwicklung“* sowie als *„Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses“* in den Grundsätzen der KMK zur Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen verankert und stellt keinesfalls eine Zusatzaufgabe der Schulen dar (KMK, 2012, S. 3). In den Interviews mit den Expert*innen wurde diesbezüglich deutlich, dass in den Schulen bereits vereinzelte Projekte zur Gesundheitsförderung umgesetzt werden, allerdings fehle es häufig an einem gemeinsamen Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention, das Vorgehen ist wenig koordiniert und aufgrund der Komplexität erscheint das Feld der schulischen Gesundheitsförderung *„fragmentiert und unübersichtlich“*, was häufig in Parallelstrukturen mündet (De Bock et al., 2020, S. 8;

Paulus, 2022, S. 742). Dies verdeutlichten ebenfalls die Schilderungen der Expert*innen des schulischen Settings, die von großem Engagement einzelner Personen im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung berichteten, jedoch fehle es an den Schulen an Vernetzung der Professionen und gemeinschaftlicher, koordinierter und strukturierter Umsetzung der Maßnahmen.

Infolgedessen ließen sich zudem die Mehrheit, der von den Expert*innen beschriebenen Maßnahmen, dem **verhaltensbasierten Ansatz** zuordnen, der über die Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen das Gesundheitsverhalten der Schüler*innen sowie den Umgang mit Belastungen und Anforderungen im Schulalltag verbessern soll (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 201). Aktuelle verhaltensorientierte Ansätze integrieren zwar Resilienzförderung, gesundheitsbezogene Lebenskompetenzen sowie eine partizipative Vorgehensweise (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 202; Paulus, 2022, S. 742) und stellen einen guten Einstieg in die schulische Gesundheitsförderung dar, allerdings werden die Effekte der ganzheitlichen und settingbezogenen Ansätze als nachhaltiger und weitreichender eingestuft (Dadaczynski, 2012, S. 150). Der allgemeine, aktuelle wissenschaftliche Konsens liegt auf der Wirksamkeit von Ansätzen, welche sich nicht lediglich auf die Bewusstseinsveränderung von Individuen beschränkt, sondern auf Veränderung sozialer Systeme ausgelegt ist (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 200).

Hinsichtlich der **Gesundheitsförderung während der Übergangsphase** wurden von den Expert*innen in den Interviews keine spezifischen Maßnahmen genannt, die speziell die Gesundheit der Viert- und Fünftklässler*innen während der Übergangsphase fördern. Die beschriebenen Maßnahmen waren eher allgemeiner Natur und wurden von einzelnen Lehrkräften in unterschiedlichen Formen umgesetzt. Dies spiegelt sich ebenfalls in den empirischen Befunden wider, die verdeutlichen, dass international die meisten Schulen formalisierte Programme durchführen, um die Schüler*innen beim Schulübergang zu unterstützen, allerdings unterscheiden sich diese erheblich in Inhalt und Schwerpunkt (zusammenfassend s. Evangelou et al., 2008). Im deutschsprachigen Raum werden jedoch aktuell wenige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt, die speziell auf die Unterstützung der Übergangsphase ausgerichtet sind, obwohl die Schule als geeigneter Ort für die Umsetzung wirksamer Maßnahmen hinsichtlich des Übergangs angesehen werden kann (Viner et al., 2012, S. 1650).

Bedarfe. Insgesamt verdeutlichten die Expert*innen einen **großen Bedarf** an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Übergangsphase und hielten es für eine relevante Thematik. Gleichzeitig beschrieben, die Expert*innen, dass aktuell zu wenige gezielte Maßnahmen in diesem Bereich umgesetzt würden und merkten an, dass es häufig an finanziellen und personellen, aber insbesondere an zeitlichen Ressourcen in den bereits vollen Stundentafeln fehle. Inhaltlich war es aus Sicht der Expert*innen wichtig, dass die Schüler*innen Gelegenheiten

bekämen, um ihre neue Schule vor dem Schulwechsel kennenzulernen und die Übergangsthematik sowie die psychische Gesundheitsförderung sollten nicht lediglich in der Endphase des vierten Schuljahres thematisiert werden. Weiterhin hielten die Expert*innen es für bedeutsam, dass in der Übergangsphase vermehrt Klassenlehrer*innenstunden und Klassenfahrten stattfänden, um Schüler*innen und Lehrer*innen die Möglichkeit zu geben, sich außerhalb der Unterrichtssituation kennenzulernen.

Diese Erkenntnisse decken sich mit den in der Literatur beschriebenen Belastungen und Herausforderungen während der Übergangsphase, aus denen sich ein **relevanter Bedarf** an Maßnahmen der Gesundheitsförderung ableiten lässt (Nowland & Qualter, 2020, S. 227). Dieser Bedarf wird allerdings im deutschsprachigen Raum aktuell durch die umgesetzten Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung nicht abgedeckt, da die Interventionen nicht spezifisch auf die Übergangsphase ausgerichtet sind und auch international differieren die Maßnahmen erheblich in Inhalt und Schwerpunkt (zusammenfassend s. Evangelou et al., 2008).

Die **multiplen Belastungen** während der Übergangsphase wie die erhöhten Leistungsanforderungen und Veränderungen im sozialen Umfeld in der Kombination mit den entwicklungsbezogenen Herausforderungen erfordern gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung während der Übergangsphase, die alle Beteiligten (Schüler*innen, Eltern und Schulen) einbeziehen und die Grund- mit den weiterführenden Schulen vernetzen (Bagnall, Skipper & Fox, 2019, S. 219). Weiterhin zeigen erste Studien, dass die **COVID-19-Pandemie** ebenfalls einen negativen Einfluss auf die Belastungen während der Übergangsphase in die Sekundarstufe I hatte und insbesondere die **emotionalen Belastungen** während des Übergangs in der Pandemie zugenommen haben (Bagnall et al., 2022, S. 1011). Dies verdeutlicht, dass sich der Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Unterstützung der Übergangsphase in die Sekundarstufe I durch die COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkt hat.

Kasten 33: Kernbotschaft Schulische Gesundheitsförderung.

Kernbotschaft

Sowohl aus der Literatur als auch aus den Expert*inneninterviews lässt sich ein großer und konkreter Bedarf an schulischer Gesundheitsförderung während der Übergangsphase ableiten. Zusätzlich werden zwar bereits zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Schulen durchgeführt, allerdings finden sich aktuell keine Programme, die speziell auf die Übergangsphase ausgerichtet sind. Ferner hat die COVID-19-Pandemie zu zahlreichen psychischen Belastungen bei den Kindern und Jugendlichen geführt, die sich ebenfalls auf die Übergangsphase auswirken und den Bedarf an einem Gesundheitsförderungsprogramm zusätzlich stützen.

Förderfaktoren und Barrieren. In den Expert*inneninterviews stellte sich heraus, dass die Integration von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den regulären Schulalltag und den Unterricht als bedeutsamer **Förderfaktor** von den Expert*innen gesehen wurde. Zudem sollte aus Sicht der Expert*innen ein einheitliches Konzept vorliegen, welches von einem multiprofessionellen Team unter Beteiligung der Klassenlehrkräfte und Eltern umgesetzt wird. Weiterhin wurde die Schulgesundheitsfachkraft mit ihrer Expertise in der Gesundheitsförderung als sehr förderlich hervorgehoben. Als **Barrieren** stellten sich in den Interviews insbesondere fehlende finanzielle, zeitliche sowie personelle Ressourcen heraus. Speziell die Integration gesundheitsförderlicher Maßnahmen in die bereits vollen Stundentafeln beurteilten die Expert*innen als problematisch.

Die Integration von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den Schulalltag und die Umsetzung in Form von **strukturierten Konzepten** sowie mittels eines ganzheitlichen **Settingansatzes** haben sich in Studien ebenfalls als förderlich erwiesen und erzielten nachhaltigere Effekte im Vergleich zu rein verhaltensbezogenen Maßnahmen (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 202). Weiterhin hoben die Expert*innen in den Interviews hervor, dass ein Gesundheitsförderungsprogramm in einem multiprofessionellen Team umgesetzt werden und die verschiedenen Akteur*innen miteinander vernetzt werden sollten. Dies verdeutlicht die Relevanz der Fortführung der **Präventionskette** in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I, die es ermöglicht, gesundheitsförderliche Maßnahmen settingübergreifend über die Lebensspanne zu etablieren und über Kontinuität zu stabilisieren (Richter-Kornweitz et al., 2018, S. 809). Dadurch wird zudem der Einbezug aller involvierten Personen, Institutionen und Organisationen in die gesundheitsförderlichen Maßnahmen ermöglicht (Mittag & Bieg, 2009, S. 340).

Als weitere wesentliche Förderfaktoren von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung, haben sich eine **gut strukturierte Implementation** (manualisiert und curricular) mit inhaltlicher und methodischer **Variabilität**, eine **kontinuierliche und langfristige Ausrichtung** sowie die Umsetzung durch **geschultes Personal** erwiesen (Mittag & Bieg, 2009, S. 340). Diese Faktoren wurden von den interviewten Expert*innen ebenfalls hervorgehoben. Insbesondere die **Schulgesundheitsfachkraft** wurde mit ihrer fachlichen Expertise als sehr förderlich für die Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung beschrieben. Dabei gewinnt die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften an den Schulen seit 10 Jahren an Bedeutung und es zeigen sich positive Effekte z.B. in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Schüler*innen, allerdings wird dieser Ansatz aktuell hauptsächlich in Form von Modellprojekten umgesetzt (Ewers, 2020, S. 8–10). Auch die Evaluation des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften an zwei Schulen in Flensburg ergab positive Befunde, die das Potential für die Ausweitung des Konzeptes an weiteren Schulen verdeutlichen (Kraus & Derkowski, 2019). Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews der vorliegenden

Studie unterstreichen diese Befunde. Evaluationen zu vorliegenden Programmen können ebenfalls bestätigen, dass diese von **geschultem Personal** umgesetzt werden sollten und insbesondere die Schüler*innen externe Expert*innen als Trainer*innen bevorzugten (Klein-Heßling et al., 2003, S. 375–376; Lohaus, 2021, S. 186).

Als weitere Förderfaktoren bei der Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung erwiesen sich eine **gute theoretische Fundierung, eine risikobezogene und ressourcenorientierte Präventionsstrategie** und ein **Mehr-Komponenten-Ansatz** (Mittag & Bieg, 2009, S. 340). Diese Aspekte wurden von den Expert*innen ebenfalls bestätigt und es wurde in den Interviews insbesondere darauf eingegangen, dass eine ressourcenorientierte Strategie gute Effekte bei den Schüler*innen erzielen könne und es für die Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogramms günstig sei, wenn mehrere verschiedene Komponenten in dem Programm berücksichtigt würden.

Hinsichtlich möglicher **Barrieren** bei der Umsetzung und Integration eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase in den Schulalltag, schilderten die Expert*innen hauptsächlich **finanzielle** und **zeitlichen Barrieren** sowie **fehlendes Personal** als Herausforderungen. Diese Barrieren werden ebenfalls in der Literatur hinreichend diskutiert und stellen sich bei der Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung fortwährend als Herausforderungen dar (zusammenfassend s. Herlitz, MacIntyre, Osborn & Bonell, 2020; Paulus, 2022, S. 746). Es werden bereits eine Vielzahl an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung umsetzt, allerdings fehlt es an der Umsetzung **ganzheitlicher Konzepte** sowie an Kenntnissen in den Schulen hinsichtlich Kooperations- und Finanzierungsmöglichkeiten solcher Maßnahmen durch Kranken- und Unfallversicherungen sowie insbesondere Finanzierungsmöglichkeiten durch das **Präventionsgesetz** (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 213; Paulus et al., 2016, S. 241).

Weiterhin beurteilten die Expert*innen die **Integration** gesundheitsförderlicher Maßnahmen in die bereits vollen Stundentafeln als **problematisch** und teilweise nicht möglich. Gleichzeitig beschrieben die Expert*innen die Integration in den Schulalltag und langfristige Implementation jedoch als wesentliche Voraussetzung für **nachhaltige Effekte** entsprechender Interventionen. Dies entspricht dem aktuellen Stand der Forschung zur schulischen Gesundheitsförderung und zeigt, dass es an übergreifenden Konzepten, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen, fehlt (Paulus, 2022, S. 746). So findet schulische Gesundheitsförderung weiterhin **zu wenig Berücksichtigung in den schulischen Curricula**, die die Basis für die Integration von ganzheitlichen Konzepten in den schulischen Alltag darstellt (Lohaus et al., 2016, S. 498). Vielmals wird zudem insbesondere von Lehrkräften angenommen, dass die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen sich **nachteilig** auf die schulischen Leistungen auswirke,

da durch die Gesundheitsförderung Unterrichtszeit beansprucht wird, allerdings ist das physische, psychische und soziale Wohlbefinden eine bedeutende Grundlage für die Leistungsbereitschaft der Schüler*innen. Dementsprechend können Gesundheitsförderung und die Förderung der Leistungsbereitschaft in der Schule **nicht isoliert betrachtet** werden, denn sie beeinflussen sich gegenseitig (Lohaus et al., 2016, S. 498). Diese zum Teil kritische Einstellung der Lehrkräfte gegenüber der schulischen Gesundheitsförderung wird zudem dadurch untermauert, dass sich ganzheitliche Ansätze wie die „Gesundheitsfördernde Schule“ bisher nicht mit dem Bildungsauftrag und den Forderungen des Gesundheitswesens zusammenführen ließen (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 205; Langford et al., 2014, 28; Paulus et al., 2016, S. 240). Weiterhin beschrieben Lehrkräfte die „Gesundheitsfördernde Schule“ als *„etwas von außen Kommendes“* und äußerten, dass sie, die mit dem Konzept verbundenen Aufgaben, als eine **zusätzliche Belastung** empfanden (Naidoo & Wills, 2019, S. 433). Daher gibt es seit 2002 Bestrebungen, die „Gesundheitsfördernde Schule“ und damit die schulische Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Aus diesen Bestrebungen ging der Ansatz der „Guten gesunde Schule“ hervor (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 205). Schulische Gesundheitsförderung muss zukünftig in Form **übergreifender Konzepte**, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen, umgesetzt werden, um die beschriebenen Barrieren abzubauen (Paulus, 2022, S. 746).

Kasten 34: Kernbotschaft Förderfaktoren und Barrieren.

Kernbotschaft

Für die erfolgreiche Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprogramms in der Übergangsphase ist es von großer Bedeutung, dass das Programm über eine manualisiertes Konzept verfügt und bestenfalls in das schulische Curriculum eingebunden ist. Zudem sollte es regelmäßig durchgeführt werden und einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, der alle Beteiligten in die Intervention einbezieht. Förderlich ist zudem die Umsetzung durch qualifiziertes Personal und eine gute theoretische Fundierung sowie ressourcenorientierte Sichtweise. Als wesentlichste Barrieren bei der Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung zeigten sich finanzielle, zeitliche sowie personelle Aspekte. Es fehlt an der Umsetzung ganzheitlicher Konzepte und an Kenntnissen zu Finanzierungsmöglichkeiten über das Präventionsgesetz. Zudem werden gesundheitsförderliche Maßnahmen insbesondere von Lehrkräften häufig als nachteilig für die schulischen Leistungen und als zusätzliche Belastung empfunden. Aktuell nimmt die Gesundheit noch einen zu geringen Stellenwert in den schulischen Curricula ein und es bedarf integrierender Konzepte, die Bildung und Gesundheit an den Schulen miteinander verbinden.

Programmentwicklung. Hinsichtlich der **Rahmenbedingungen** eines zukünftigen Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase war es den Expert*innen wichtig, dass ein **einheitliches, transparentes Konzept** vorliege, welches **regelmäßig** umgesetzt würde und so eine Kooperation von Primar- und Sekundarstufe ermögliche. Ferner in den schulischen Alltag integriert werden kann, um **nachhaltige Effekte** erzielen zu können. In diesem Zusammenhang zeigte sich ebenfalls in Studien zur Wirksamkeit von schulbasierten Präventionsprogrammen, dass manualisierte Konzepte, die regelmäßig umgesetzt werden, nachhaltigere Effekte aufweisen als einmalige oder rein projektförmige, verhaltensorientierte Interventionen (A. Beelmann et al., 2014, S. 10; A. Beelmann, 2016, S. 267–268). Speziell für schulbasierte Interventionen zur Prävention von psychosozialen Problemen, konnte in der Übersichtsarbeit von Muellmann, Landgraf-Rauf, Brand, Zeeb und Pischke (2017) gezeigt werden, dass die Wirksamkeit von Programmen, die den Prinzipien des **Settingansatzes** folgen und die Schulumwelt ganzheitlich einbeziehen, im Vergleich zu rein verhaltensorientierten Interventionen erhöht ist. Die psychische Gesundheit der Schüler*innen wird durch derartige Programme nachhaltiger gefördert und nicht lediglich das Individualverhalten kurzfristig verändert (Muellmann et al., 2017, S. 258). Auch Dadaczynski und Paulus et al. (2015, S. 213) arbeiteten heraus, dass **integrative sowie ganzheitliche Ansätze** der schulischen Gesundheitsförderung mit ihrer Verbindung von **Erziehungs- und Bildungsauftrag und der Gesundheit**, die größte Passung zu den *„pädagogischen Schulrealitäten“* aufweisen. Ansätze, die nicht lediglich auf die Verhaltensveränderung von Individuen beschränkt sind, sondern auf die Veränderung sozialer Systeme ausgelegt sind, weisen eine erhöhte Wirksamkeit auf (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 200). Für den Grundschulbereich legt zudem die Übersichtsarbeit von Fenwick-Smith, Dahlberg und Thompson (2018, S. 12) nahe, dass bei Programmen zur psychischen Gesundheitsförderung nach Programmende wenige langfristige sowie nachhaltige Effekte nachgewiesen werden können.

In Bezug auf die **Inhalte** waren aus Sicht der Expert*innen insbesondere die Förderung der **psychischen Gesundheit** und der **sozialen Kompetenzen** sowie die **Stressbewältigung** in der Übergangsphase von hoher Relevanz. Ein Bedarf hinsichtlich der genannten Themen zeigt sich ebenfalls in der Literatur und empirischen Befunden zu den **übergangsbezogenen Belastungen** und den damit einhergehenden Risiken für die psychische Gesundheit (Mackenzie et al., 2012, S. 300). Bisherige schulbasierte Programme zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen (z.B. „Bleib locker“ von Klein-Heßling & Lohaus, 2021 und „SNAKE“ von Beyer & Lohaus, 2018) konnten im Rahmen von Evaluationsstudien bereits ihre Wirksamkeit nachweisen und zur Verbesserung der Stressbewältigungskompetenzen von Kindern und Jugendlichen beitragen. Aufgrund dessen, dass es sich beim Übergang in die Sekundarstufe I, um ein kritisches Lebensereignis handelt, welches die psychischen Funktionen kurz- und langfristig beeinflussen kann (West et al., 2010, S. 35) und vor dem Hintergrund, dass Kinder und

Jugendlichen in dieser Lebensphase **noch nicht über ausreichende Stressverarbeitungsstrategien** verfügen (Kaluza & Lohaus, 2006, S. 119) sowie insbesondere von Mädchen und älteren Schüler*innen vermehrt **maladaptive Strategien** angewendet werden (Hampel & Petermann, 2018, S. 57), sollte die Stressverarbeitung in dem Programm berücksichtigt werden. Zudem zeigt die Übersichtsarbeit von Feiss et al. (2019) auf, dass **zielgerichtete Interventionen** eine stärkere Stressreduktion bewirken als universelle Programme. Diese Befunde legen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Expert*inneninterviews nahe, dass die Stressbewältigung bei der Programmentwicklung berücksichtigt werden sollte. Zudem steht im deutschsprachigen Raum bisher kein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm zur Verfügung, welches insbesondere die übergangsbezogenen Belastungen thematisiert.

Weiterhin nannten die Expert*innen die Förderung der **sozialen Kompetenzen** als wesentliches Thema zur Unterstützung der Übergangsphase. In Übereinstimmung dazu zeigten sich bereits soziale sowie sozial-emotionale Kompetenzen als wesentliche **personale Ressourcen** während der Übergangsphase, welche zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen können (Niemack, 2019, S. 89; zusammenfassend s. Spernes, 2022). Zudem zeigt sich in Studien, dass die emotionalen Kompetenzen von Kindern maßgeblichen Einfluss auf Sozialverhalten, Beziehung und schulische Geschicke haben (Denham, 2007, S. 1–2), aber ebenso die physische und psychische Gesundheit beeinflussen (Huber et al., 2019, S. 1021). Sie bilden die **Basis für kompetentes Verhalten in sozialen Interaktionen** und dem Aufbau von stabilisierenden Beziehungen, die insbesondere in der Übergangsphase in die Sekundarstufe I von wesentlicher Bedeutung sind (Heinsch et al., 2020, S. 340; Waters et al., 2014a, S. 547).

Zudem stehen gut ausgeprägte **Emotionsregulationskompetenzen** als Teilbereich sozialemotionaler Kompetenzen (Denham et al., 2014, S. 428) im Kindes- und Jugendalter im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der psychosozialen Anpassung (zusammenfassend s. Clarke, 2006; Koglin, Petermann, Jaščenoka, Petermann & Kullik, 2013, S. 159–160). Für die Anwendung von **aktiven Regulationsformen** (z.B. Suche nach sozialer Unterstützung) zeigten sich geringere Prävalenzen bei internalisierenden und externalisierenden Störungen sowie eine höhere subjektive Lebenszufriedenheit und soziale Kompetenzen (zusammenfassend s. Clarke, 2006; Hampel & Petermann, 2006, S. 411–412). Hinsichtlich psychosozialer Probleme ergaben sich im Gegensatz dazu Korrelationen mit **passiven Regulationsformen** wie z.B. Rumination (Garnefski, Koopman, Kraaij & Cate, 2009, S. 451). Außerdem legen erste Längsschnittuntersuchungen nahe, dass kognitive Regulationsfähigkeiten eine **Pufferwirkung** hinsichtlich psychischer Probleme aufweisen (Thomsen, Fritz, Mößle & Greve, 2015, S. 471). Zusammenfassend weisen diese Befunde in Kombination mit den Ergebnissen aus den Interviews darauf hin, dass die **sozial-emotionalen Kompetenzen** als eine Komponente in das Gesundheitsförderungsprogramm aufgenommen werden sollten.

Darüber hinaus sollte aus Sicht der Expert*innen die **Selbstwirksamkeit** der Schüler*innen als **Querschnittsthema** in dem Programm betrachtet werden und ergänzend die Themen **Bewegung, Ernährung und Medienkonsum** im Sinne der Gesundheitskompetenz in das Programm aufgenommen werden. Die Selbstwirksamkeit konnte bereits in zahlreichen Studien als **personale Ressource** mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter herausgearbeitet werden, die als **Schutzfaktor** gegenüber Belastungen dienen kann (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29). In neuen oder schwierigen Anforderungssituationen, die keine Routinehandlungen erfordern, sind die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen einer Person von entscheidender Bedeutung, inwieweit ein Verhalten unter Konfrontation möglicher Hindernisse ausgeführt und beendet wird (Bandura, 1982, S. 124–126; Schwarzer, 2004, S. 13). In Bezug auf die Schule ist die Selbstwirksamkeit ebenfalls eine bedeutsame personale Ressource, da sie die Heranwachsenden bei der Bewältigung von **Entwicklungsaufgaben** und den Anforderungen in der Schule unterstützen kann (Kolbe, Jerusalem & Mittag, 1998, S. 119–121). Insbesondere das kritische Lebensereignis des Übergangs in die Sekundarstufe I, kann durch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflusst werden und als Schutzfaktor wirken (Niemack, 2019, S. 90). Zudem kann die Entwicklung von internalisierenden Störungen infolge eines negativen Stresserlebens durch die Selbstwirksamkeitserwartung günstig beeinflusst werden (Muris, 2002, S. 340–341).

In einer internationalen Vergleichsstudie von Luszczynska, Gutiérrez-Doña und Schwarzer (2005) konnte nachgewiesen werden, dass die subjektive Kompetenzerwartung bei Erwachsenen die **Handlungsmöglichkeiten positiv beeinflusst** und diese internalen Kontrollüberzeugungen auf andere Lebensbereiche übertragen werden können. Des Weiteren zeigte sich in der Studie, dass die Variablen Selbstwirksamkeit, Optimismus, Selbstregulation und Selbstwertgefühl hoch positiv miteinander korrelierten. Gleichzeitig bestand eine negative Korrelation zwischen der Selbstwirksamkeit und Ängstlichkeit sowie Depressionen (Luszczynska et al., 2005, S. 84–86). In Bezug auf die Gesundheit konnte von Muris (2002) festgestellt werden, dass eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung mit gesundheitlichen, insbesondere psychischen Störungen korreliert. Dabei stellt die geringe Selbstwirksamkeit eine Barriere bei der günstigen Verarbeitung von Belastungen dar und erhöht das Risiko für psychische Störungen (Muris, 2002, S. 340–342).

Bereits bei den bisherigen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nannten die Expert*innen die Themen **Ernährung, Bewegung** und **Medienkonsum**, welche bereits in den Schulen umgesetzt wurden. Dies deckt sich mit der Literatur zur schulischen Gesundheitsförderung, die aufzeigt, dass ein Großteil der Maßnahmen sich mit diesen Themenbereichen befasst (A. Beelmann, 2016, S. 269; Paulus et al., 2016, S. 239). Trotzdem nannten die Expert*innen diese Aspekte ebenfalls als relevante Inhalte für ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase. In diesem Zusammenhang muss diskutiert werden, ob die genannten Aspekte

im Sinne der Stärkung der Gesundheitskompetenz in das Programm aufgenommen werden sollten, da in den genannten Bereichen bereits gut evaluierte und etablierte Programme vorhanden sind und es vermieden werden sollte, weitere Doppelstrukturen aufzubauen (De Bock et al., 2020, S. 8). Daher sollte das Programm sich auf die Übergangsphase spezifizieren und ggf. Ansatzpunkte wie Medienkompetenzen im Rahmen der Nutzung digitaler Medien innerhalb des Programms aufgreifen, sofern dies insbesondere für die **Transitionskompetenzen** der Schüler*innen von Relevanz ist.

Hingegen wurde von den Expert*innen die **mentale Gesundheitskompetenz** der Schüler*innen nicht als mögliches Element des Gesundheitsförderungsprogramms genannt. Dabei kristallisierte sich diese in aktuellen Studien als wesentliche Kompetenz heraus, die insbesondere im Schulkontext gefördert werden sollte. Es sind erste Programme vorhanden und in Metaanalysen konnten niedrige bis mittlere Effektstärken nachgewiesen werden (Edelmann, Eppelmann & Wessa, 2022, S. 1). Insbesondere vor dem Hintergrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schüler*innen (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022), sollte die mentale Gesundheitskompetenz im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden. In der Kombination mit den vielfältigen psychischen Belastungen während der Übergangsphase wird nahegelegt, dass die Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz in dem Programm aufgriffen werden sollte.

Über die inhaltlichen Aspekte hinaus, wurden die Expert*innen zu den Rahmenbedingungen, den Trainer*innen und zur Elternbeteiligung befragt. Zeitlich sollte das Programm aus Sicht der Expert*innen nicht ausschließlich in der Endphase des vierten Schuljahres sowie insbesondere **vor der Übergangsempfehlung** durchgeführt werden und dabei war für die Expert*innen eine **kontinuierliche Umsetzung** wesentlich. Dies deckt sich mit den Befunden aus der Literatur, die nahelegen, dass vor dem Übergang in die Sekundarstufe vielfältige Belastungen auftreten können (F. Rice et al., 2021, S. 285), die speziell in Deutschland auch mit der Übergangsempfehlung im Zusammenhang stehen (Bellenberg, 2018, S. 48; Esser & Hoenig, 2018, S. 433). Obwohl in Schleswig-Holstein die Übergangsempfehlung für die Eltern nicht bindend bei der Entscheidung für eine Schulart ist, wurde von den Expert*innen explizit geschildert, dass an die Empfehlung häufig hohe Erwartungen der Eltern geknüpft sind, die in Verbindung mit den eigenen Erwartungen zu Leistungsdruck bei den Schüler*innen führen. Dies zeigen ebenfalls empirische Befunde, die bestätigen, dass die **hohen Erwartungen der Eltern** schon vor dem Übergang zu Belastungen bei den Schüler*innen werden können (F. Rice et al., 2021, S. 286). Diese Befunde legen nahe, dass ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase auch bei Unverbindlichkeit der Übergangsempfehlung vor der Empfehlung stattfinden, die Erwartungen aller Beteiligten thematisieren und für die damit verbundenen Belastungen **sensibilisieren sollte.**

Weiterhin wurde von den Expert*innen erneut betont, dass es bei einem Gesundheitsförderungsprogramm in der Schule wesentlich sei, dass es kontinuierlich durchgeführt und **alle Beteiligten einbezogen** werden. Dabei konnten u.a. die Variablen langfristige Durchführung und Einbezug der gesamten Schule, der Eltern und der Community bereits metaanalytisch als Moderatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsprogrammen im schulischen Setting bestätigt werden (zusammenfassend s. Weare & Nind, 2011).

Das Training sollte aus Sicht der Expert*innen bestenfalls durch **externe Trainer*innen** unter der partiellen Begleitung der Klassenlehrkraft oder der Schulgesundheitsfachkraft umgesetzt werden. Die Studienlage hinsichtlich der Beteiligung von Lehrkräften oder der Durchführung von Präventionsprogrammen durch die Lehrkräfte ist **indifferent.** Einige Studien zeigen positive Effekte, wenn die Programme von Lehrkräften umgesetzt werden, in anderen Studien zeigten sich keine oder negative Effekte (zusammenfassend s. Franklin et al., 2017). Ein zentraler Vorteil bei der Durchführung durch Lehrkräfte, liegt in der Möglichkeit, die Inhalte eines Trainings auf andere Situationen im Schulalltag zu übertragen und später darauf zurückgreifen zu können, was die Integration der Inhalte erhöht (Lohaus et al., 2016, S. 486), was von den Expert*innen in der Interviews bestätigt wurde. Allerdings ist die **Akzeptanz** der Trainer*innen bei den Schüler*innen von wesentlicher Bedeutung, um die gewünschten Trainingseffekte zu erzielen und Untersuchung haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche eher externe Personen als Trainer*innen bevorzugen (Klein-Heßling et al., 2003, S. 375–376; Lohaus, 2021, S. 186), was bei der Programmplanung und -durchführung berücksichtigt werden sollte.

In den Interviews wurden von den Expert*innen ebenfalls vermehrt die Vorteile einer externen Trainer*in betont, die über die entsprechende **Fachkompetenz** verfügt, welche ebenfalls zu den Erfolgsvariablen von Präventionsprogrammen zählt (zusammenfassend s. Weare & Nind, 2011). Die **Schulgesundheitsfachkraft** wurde von den Expert*innen als eine mögliche Option genannt, da sie einerseits über die fachliche Qualifikation verfügt, zudem im Setting Schule tätig und den Schüler*innen vertraut ist und andererseits nicht im regulären Unterricht präsent ist und die Schüler*innen sie nicht mit Bewertungen assoziieren. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass aktuell nur wenige Schulen über eine Schulgesundheitsfachkraft verfügen.

In Bezug auf die **Elternbeteiligung** hielten die Expert*innen diese für förderlich, legten aber ebenfalls nahe, dass deren Umsetzung mit vielfältigen Barrieren verbunden sei. Die Beteiligung der Eltern ist ein wesentlicher Schlüsselfaktor bei der Umsetzung von erfolgreichen Gesundheitsförderungsprogrammen. Dabei ließen sich für Interventionen mit den Themenschwerpunkten psychische Gesundheit, Sozialverhalten, Aggressions- und Mobbingprävention sowie Stress und Stressverarbeitung signifikante Effekte bei Beteiligung der Eltern feststellen (zusammenfassend s. Weare & Nind, 2011). Die empirischen Befunde legen nahe, dass dies insbesondere darin begründet ist, dass die Elternbeteiligung ermöglicht, dass die

Eltern die **Inhalte aus den Programmen zu Hause aufgreifen** und die Botschaften, die die Schüler*innen in der Schule lernen, verstärken (zusammenfassend s. Shucksmith, Summerbell, Jones & Whittaker, 2007). Weiterhin konnten in dem Review von Durlak und Weissberg (2007) Wechselwirkungen zwischen der Beteiligung der Eltern und Gemeinden an Präventionsprogrammen und positiven Veränderungen in den Familien mit moderaten bis großen Effektstärken nachgewiesen werden.

Weiterhin wurden die Expert*innen hinsichtlich der Integration eines **Peer-Education-Ansatzes** in die Intervention befragt und bewerteten diese als **positiv und förderlich**. Die positiven Wirkungen des Peer-Education-Ansatzes oder eines Multiplikator*innenkonzept zeigen sich ebenfalls in den empirischen Befunden. Insbesondere in den Settings Schule, Betrieb oder Jugendeinrichtungen wird der Peer Education-Ansatz häufig eingesetzt und es konnte speziell für das Setting Schule festgestellt werden, dass die Programme von den Kindern und Jugendlichen sehr gut angenommen werden und die jugendlichen Multiplikator*innen in der Vermittlung von Wissen mindestens genauso erfolgreich sind wie Erwachsene (Backes & Lieb, 2018, S. 738; Kästner, 2003, S. 55). Allerdings ist die Wirksamkeit des Peer Education-Ansatzes bei schulbasierten Interventionen bisher wenig erforscht. So fehlen systematische Studien, die generalisierbare Aussagen zur allgemeinen Wirksamkeit von Peer Education-Ansätzen ermöglichen und es besteht eine große Lücke zwischen Forschung, Theorie und Praxis auf diesem Gebiet. Die wenigen bisherigen Studien befassen sich zudem hauptsächlich mit dem Einsatz von Peer Education in der Sucht-, HIV-, Übergewichts- und Gewaltprävention sowie Peer-Mentoring-Projekten an Hochschulen (Rohr, Strauß, Aschmann & Ritter, 2016, S. 8; Strauss & Rohr, 2019, S. 112–113).

In einem Review von 13 randomisierten Studien konnte gezeigt werden, dass Peer-Multiplikator*innen in 85.7 % der Studien erfolgreicher bei der Wissensvermittlung sowie der Einstellungsänderung waren. Alle eingeschlossenen Studien untersuchten schulbasierte Interventionen im Jugendalter, die die Themen Sucht-, HIV-, Karies- und Krebsprävention fokussierten. Der Großteil der Studien befasste sich allerdings mit der Rauchprävention (zusammenfassend s. Mellanby, Rees & Tripp, 2000). Ferner konnten für die Bereiche Ernährung und Bewegungsförderung positive Effekte von Peer Education-basierten Programmen festgestellt werden. Die Multiplikator*innen konzipierten zehn Aktivitäten in Form von „Challenges“ zum Thema Obst- und Gemüseverzehr und zur Steigerung der körperlichen Aktivität, welche sie in der Schule mit ihren Mitschülern (13-16 Jahre) durchführten. Dabei zeigten sich bei der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (Aceves-Martins et al., 2017, S. 309). Überdies fassen Smith und Petosa (2016, S. 319) zusammen, dass Peer-Interventionen zur Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung in der Schule effektiver sind als Interventionen, die von Erwachsenen durchgeführt werden.

Bedeutsam ist zudem nicht ausschließlich die Wirksamkeit der Interventionen bei den Adressaten, sondern auch die gesundheitsförderlichen Effekte bei den Multiplikator*innen sind zu beachten. So konnten Multiplikator*innen in einer randomisierten Studie zur Sexualaufklärung gleichsam in ihrer Sozialkompetenz profitieren (Layzer, Rosapep & Barr, 2017, S. 518–520).

Wesentlich bei der Umsetzung des Peer Education-Ansatzes sei allerdings die **Auswahl der Multiplikator*innen**, da diese insbesondere über hohe soziale Kompetenzen und Selbstvertrauen verfügen sollten und daher aus Sicht der interviewten Expert*innen die Lehrer*innen bei der Auswahl der entsprechenden Schüler*innen beteiligt sein sollten. In der Grundschule merkten die Expert*innen überdies an, dass derartige Projekte von Lehrkräften oder den Schulgesundheitsfachkräften **intensiv begleitet** werden müssten, falls Probleme auftreten würden. In der Sekundarstufe I war es den Expert*innen außerdem wichtig, dass die **Akzeptanz der Multiplikator*innen** gegeben sei und bei der Projektplanung berücksichtigt werden müsste, da diese eine Barriere bei der Umsetzung darstellen könne.

Kasten 35: Kernbotschaft Programmentwicklung.

Kernbotschaft

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase, sollte es sich um ein einheitliches und strukturiertes Konzept handeln, welches entsprechend in den schulischen Alltag integriert werden kann und den Prinzipien des Settingansatzes folgt. Inhaltlich sind insbesondere die psychische Gesundheit, die sozial-emotionalen Kompetenzen sowie weitere personale Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und günstige Stressverarbeitungsstrategien von zentraler Bedeutung, da diese Kompetenzen im Zusammenhang mit der Transitionskompetenz stehen, welche einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I ermöglicht. Weiterhin sollte die mentale Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund der psychischen Belastungen des Übergangs und dem Anstieg dieser, infolge der COVID-19-Pandemie bei der schulischen Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. In Bezug auf die zeitliche Struktur sollte ein übergangsbezogenes Gesundheitsförderungsprogramm im vierten Schuljahr rechtzeitig vor der Übergangsempfehlung und nicht ausschließlich in der Endphase, sondern frühzeitig regelmäßig umgesetzt werden, um für die übergangsbezogenen Belastungen zu sensibilisieren. Im fünften Schuljahr erscheint ein frühzeitiger Beginn ebenfalls von Vorteil. Außerdem sollten alle Beteiligten einbezogenen werden und das Programm in den Schulalltag integriert werden. Ferner sollte das Gesundheitsförderungsprogramm von einer qualifizierten Fachkraft durchgeführt werden, die bestenfalls nicht am regulären Unterricht beteiligt ist. Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften sowie geschulten Schulsozialarbeiter*innen scheint hier erfolgversprechend. Auch die Beteiligung der Eltern ist wesentlich für die erfolgreiche Umsetzung, da zum einen seitens der Eltern eine hohe Erwartungshaltung in Bezug auf den Übergang zu erhöhten Belastungen bei den Schüler*innen führen kann und zum anderen durch eine Verstärkung der Botschaften aus dem Programm zu Hause durch die Eltern, die Effekte des Programm stabilisiert werden können. Hinsichtlich der Integration eines Peer-Education-Ansatz ist diese aufgrund positiver Effekte bei verschiedenen Präventionsprogrammen zu befürworten und auch die interviewten Expert*innen hoben die Vorteile eines Multiplikator*innenkonzeptes hervor.

3.5.2 Nebenfragestellungen I und II

Nachfolgend werden die Ergebnisse der ersten und zweiten Nebenfragestellung in Ergänzung zu den Ergebnissen der Expert*inneninterviews (Hauptfragestellung) diskutiert. Die zwei Interviews mit den Eltern (Nebenfragestellung I) waren Teil der Bedarfsanalyse hinsichtlich der psychischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase und die vier Interviews mit den Schüler*innen stellten die Bedürfnisanalyse dar. Für die drei Auswertungsfragen, die in allen Kodierleitfäden der drei Perspektiven enthalten waren, werden die Ergebnisse der Expert*innen, Eltern und Schüler*innen zunächst tabellarisch gegenübergestellt (s. Tab. 24) und anschließend neue Erkenntnisse aus den Eltern- und Schüler*inneninterviews in die Literatur eingeordnet und diskutiert.

Tabelle 24: Gegenüberstellung der Ergebnisse der Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Belastungen.

Auswertungs-fragen	Expert*innen	Eltern	Schüler*innen
Belastungen	**Psychische Belastungen** • Entscheidung für eine Schule • Fehlende Beteiligung bei Entscheidung • Fehlende Erfahrung • Nicht an neuer Schule zurechtfinden/ ankommen • Überforderung • Erwartungen/ Druck der Eltern • Gesellschaftliche Erwartungen • Eigene Leistungserwartungen **Soziale Belastungen** • Verlust Freundschaften • Verlust von Bezugspersonen • Vergleich mit Mitschüler*innen • Gruppenfindung • Neue Rolle • Neue Klasse • Heterogenität • Fehlende Unterstützung Eltern	**Psychische Belastungen** • Entscheidung für eine Schule • Unbekanntes an neuer Schule • Kind hat mehr Eigenverantwortung **Soziale Belastungen** • Keine älteren Geschwister • Neue Klasse • Neue Lehrer • Unruhe 4. Klasse	**Psychische Belastungen** • Entscheidung für eine Schule • Angst keine Freunde zu finden • Thema Übergang in der Schule • Umstellung an neuer Schule **Soziale Belastungen** • Freunde gehen an andere Schule • Konflikte mit Freunden • Vergleich mit Mitschüler*innen • Konflikte mit Mitschüler*innen • Konflikte mit Lehrer*innen

	Schulische Belastungen • Überforderung/ höhere Anforderungen • Neue Fächer • Unsicherheit neue Schule • Umstellung neue Schule • Übergang nach Klasse 4 • Übergangsempfehlung • Hinwegsetzen über Empfehlung • Infoveranstaltung • Aufnahme Wunschschule • Klassengröße	**Schulische Belastungen** • Höhere Anforderungen • Neue Fächer • Mehr Hausaufgaben • Bilingualer Unterricht • Weniger direkter Kontakt zu Lehrer*innen **Rahmenbedingungen** • Neue große Schule • Früher Aufstehen • Lange Busfahrten zur Schule • Weniger Freizeit	**Schulische Belastungen** • Höhere Anforderungen • Mehr Hausaufgaben • Bilingualer Unterricht

Belastungen. Insgesamt zeigte sich in den Interviews mit den beiden Müttern, dass vor dem Schulwechsel insbesondere die Ungewissheit hinsichtlich der neuen Schule als **psychische Belastung** eingeschätzt wurde. Damit standen zudem Sorgen hinsichtlich neuer Fächer und den höheren Anforderungen an der weiterführenden Schule im Zusammenhang. Dies deckt sich mit den Aussagen der Expert*innen sowie der Schüler*innen. Darüber hinaus nannten die Eltern eine erhöhte Eigenverantwortung der Schüler*innen nach dem Wechsel in die Sekundarstufe I als mögliche psychische Belastung. Die Übergangsphase ist durch verschiedene Veränderungen charakterisiert, wie z.B. höhere schulische Anforderungen, neue soziale Umfelder und intrapersonale Entwicklungsprozesse, die von den Schüler*innen Anpassungsleistungen und die Übernahme von Selbstverantwortung erfordern (Hanewald, 2013, S. 64; Jindal-Snape & Miller, 2008, S. 227). In Übereinstimmung zu den Expert*innen und Eltern waren bei den Schüler*innen insbesondere der Entscheidungsprozess für eine Schule, die Angst keine neuen Freunde zu finden, wie die Umstellung auf eine neue Schule psychische Belastungen. Zusätzlich beschrieben die Viertklässler*innen, dass es sie belaste und sie sich unter Druck gesetzt fühlten, sofern der anstehende Übergang unter den Schüler*innen thematisiert wurde. Es kann angenommen werden, dass diese informellen Gespräche mögliche Ängste und Sorgen in Bezug auf den Übergang wie z.B. die Angst Freund*innen zu verlieren oder sich an der neuen Schule nicht zurechtzufinden (F. Rice et al., 2021, S. 286), verstärken und die Schüler*innen deshalb belasteten.

Als **sozial belastend** zeigten sich bei den Schüler*innen Konflikte mit Lehrkräften, Mitschüler*innen und Freund*innen und besonders die Angst, bestehende Freundschaften nach dem Schulwechsel zu verlieren. Speziell die Konflikte mit Freund*innen wurden weder von den Eltern noch von den Expert*innen explizit als Belastungen genannt. Dies unterstreicht die hohe Bedeutung von Freundschaften für die Schüler*innen während des Übergangsprozesses. Während der Übergangsphase sorgen sich die Schüler*innen am meisten um ihre Freundschaften und positive Peer-Beziehungen haben einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Schüler*innen und erleichtern zudem die psychosoziale Anpassung an der weiterführenden Schule, reduzieren negative Emotionen und schützen zudem vor Viktimisierung (Heinsch et al., 2020, S. 347–349). Daher kann angenommen werden, dass Konflikte innerhalb dieser relevanten sozialen Beziehungen die Schüler*innen stark belasteten. Die Mütter nannten ergänzend das Fehlen von älteren Geschwistern, die den Übergang bereits erlebt haben, als soziale Belastung, da ältere Geschwister als Vorbilder fungieren und Erfahrungen während des Übergangs an die jüngeren Geschwister weitergeben könnten. Auch die empirischen Befunde verdeutlichen, dass die Familie eine wesentliche Unterstützung während des Übergangs sein kann und einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe begünstigt (Waters et al., 2014a, S. 548).

Hinsichtlich der **schulischen Belastungen** nannten die Mütter nach dem Schulwechsel vor allem die vermehrten Hausaufgaben und den wenigen direkten Kontakt zu den Lehrer*innen. Der höhere Umfang der Hausaufgaben wurde ebenfalls von den Schüler*innen genannt. Sowohl die Viertklässler*innen befürchteten in der weiterführenden Schule, vermehrt Hausaufgaben zu bekommen, als auch die Fünftklässler*innen berichteten von ihren Erfahrungen mit den Hausaufgaben. Dies deckt sich mit empirischen Befunden, die die Hausaufgaben als mögliche Belastung beschrieben (F. Rice et al., 2021, S. 286). Zudem habe der Schulwechsel veränderte Rahmenbedingungen wie z.B. früheres Aufstehen und lange Busfahrten zur Schule zur Folge, die die Schüler*innen belasteten. Außerdem hätten die Schüler*innen weniger Freizeit. Diese Belastungen aufgrund der Rahmenbedingungen nach dem Schulwechsel wurden allerdings ausschließlich von den Müttern als Belastungen genannt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der zweiten Auswertungsfrage hinsichtlich der **Ressourcen** während der Übergangsphase, der drei Perspektiven, tabellarisch gegenübergestellt und anschließend diskutiert.

Tabelle 25: Gegenüberstellung der Ergebnisse Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Ressourcen.

Auswertungs-fragen	Expert*innen	Eltern	Schüler*innen
Ressourcen	**Personale Ressourcen** • Soziale Kompetenzen • Übergangs-erfahrung • Offenheit • Selbstbewusst-sein • Unterstützung Persönlichkeits-entwicklung • Neugier • Anpassungsfä-higkeit **Soziale Ressourcen** • Freundschaften • Elternhaus • Geschwister • Lehrer*innen • Schulsozialar-beit • Kennenlernen der neuen Klasse • Schulgesund-heitsfachkraft • Pat*innen **Stressverarbeitung** • Ablenkung • Hobbys • Probleme be-sprechen • Rückzug • Keine Stressbe-wältigung	**Personale Ressourcen** • Breites Interesse • Mut • Offenheit • Kreativität **Soziale Ressourcen** • Freunde • Eltern • Geschwister **Stressverarbeitung** • Ablenkung • Sport/Bewegung • Tiere • Probleme besprechen • Rückzug • Probleme verdrängen	**Personale Ressourcen** • Breites Interesse • Hilfsbereitschaft • Selbstreflexion • Kreativität **Soziale Ressourcen** • Freunde/Mit-schüler*innen • Familie • Lehrer*innen • Schulsozialar-beit **Stressverarbeitung** • Ablenkung • Sport/ Bewegung • Tiere • Malen • Probleme besprechen • Positive Selbst-instruktion • Rückzug • Konflikte ignorie-ren/verdrängen

	Vorbereitung • Inhaltliche Vorbereitung • Thema Übergang im Unterricht • Methodenstunden • Neue Schule vorab besuchen		**Schule** • Thema Übergang im Unterricht • Gute Infoveranstaltung • Kennenlernfahrt • Vorbereitung auf Klassenarbeiten • Großes Schulgelände

Ressourcen. Aus der Sicht der Eltern verfügten die Kinder über personale sowie soziale Ressourcen und über Stressverarbeitungsstrategien, die sie in der Übergangsphase unterstützten. In Ergänzung zu den Expert*innen nannten die Eltern personale Ressourcen wie insbesondere breite Interessen in verschiedenen Bereichen und Kreativität, die von den Schüler*innen ebenfalls genannt wurden. Hinsichtlich der sozialen Ressourcen wurden von den Eltern und den Schüler*innen keine weiteren Ressourcen genannt, die nicht bereits von den Expert*innen beschrieben wurden.

Die Mütter und die Schüler*innen nannten in den Interviews verschiedene Stressverarbeitungsstrategien, die die Schüler*innen zum Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen anwendeten. Über die Erkenntnisse aus den Expert*inneninterviews hinaus, wurden von den Müttern und den Schüler*innen maladaptive Stressverarbeitungsstrategien wie das Verdrängen oder Ignorieren von Problemen und Konflikten genannt. Dies spiegelt die empirischen Befunde wider, die zeigen, dass Kinder und Jugendliche oftmals noch nicht über adaptive Stressverarbeitungsstrategien verfügen (Kaluza & Lohaus, 2006, S. 119–120) und insbesondere Mädchen und ältere Schüler*innen auf maladaptive Strategien zurückgreifen (Hampel & Petermann, 2018, S. 57). Die Schüler*innen nannten zudem positive Selbstinstruktionen als Strategien, um die übergangsbezogenen Belastungen zu verarbeiten. Außerdem wurde von den Eltern und Schüler*innen der Umgang mit Tieren als positiv in Stresssituationen beschrieben. Dabei kann die Beschäftigung mit den Tieren der emotionsregulierenden Strategie Ablenkung zugeordnet werden, die von den Expert*innen ebenfalls genannt wurde.

Nur die Schüler*innen nannten die Schule selbst als weitere Ressource in der Übergangsphase. Dabei wurden von den Viertklässler*innen das Aufgreifen der Übergangsthematik im Unterricht und die guten Informationsveranstaltungen der weiterführenden Schulen als unterstützend vor dem Übergang in die Sekundarstufe I beschrieben. Der Übergang von den Primar- in die Sekundarstufe I geht häufig mit Ängsten und Sorgen bezüglich der Veränderungen an der neuen Schule einher und empirische Befunde zeigen, dass die psychische Gesundheit

in dieser Phase durch eine gute Verbindung zur Schule positiv beeinflusst wird (Lester et al., 2013, S. 161–163; Waters, Lester, Wenden & Cross, 2012, S. 195–197). Die Forschung hebt außerdem die Bedeutung der Schulverbundenheit in der Grundschule für die Unterstützung des Übergangs hervor. Schüler*innen, die im letzten Jahr der Grundschule ein höheres Maß an Schulzugehörigkeit aufwiesen, berichteten auch ein Jahr später (im ersten Jahr der weiterführenden Schule) über eine bessere psychische Gesundheit (Vaz et al., 2014, 4–5). Diese Befunde lassen annehmen, dass durch gute Informationsveranstaltungen erste positive Verbindungen zur weiterführenden Schule aufgebaut werden können, die sich günstig auf den Übergangsprozess auswirken. Zudem wird durch das Aufgreifen der Übergangsthematik durch die Grundschullehrer*innen die Verbindung zur Grundschule und die positive Beziehung zu den Lehrkräften gestärkt, welche den Übergangsprozess ebenfalls positiv beeinflusst. Die Lehrer*innen-Schüler*innen-Beziehung vermittelt das Wohlbefinden der Schüler*innen, indem die Lehrer*innen die Schüler*innen motivieren und sie bei sozial-emotionalen Herausforderungen unterstützen (Tennant et al., 2015, S. 10). Diese Befunde legen nahe, dass die Schulzugehörigkeit und positive soziale Beziehungen in der Grundschule gefördert werden sollten, um das Zugehörigkeitsgefühl und die psychische Gesundheit der Schüler*innen in der Sekundarstufe zu unterstützen.

Zusätzlich wurden von den Fünftklässler*innen die Kennenlernfahrt, das große Schulgelände und die inhaltliche Vorbereitung auf Klassenarbeiten als Ressourcen genannt. Die Schüler*innen beschrieben die großzügigen Räumlichkeiten und das weitläufige Außengelände als besonders vorteilhaft an der weiterführenden Schule und nutzen z.B. den Schulhof in den Pausen für Spiele mit den Mitschüler*innen und konnten durch die vielfältigen Bewegungsmöglichkeiten besser mit ihrem Stress umgehen. Die Gestaltung des Schulgeländes und der Klassenräume konnte in Studien ebenfalls als wesentlicher Faktor für das Wohlbefinden der Schüler*innen während der Übergangsphase herausgearbeitet werden (Nastrom-Smith & Hughes, 2019, S. 210).

Weiterhin empfanden die Fünftklässer*innen es als hilfreich, dass die Lehrer*innen sie explizit auf Klassenarbeiten vorbereiteten. Insbesondere vor dem Hintergrund der zahlreichen Veränderungen nach dem Übergang in die Sekundarstufe I erleben viele Schüler*innen Stress und Leistungsdruck aufgrund der erhöhten Anforderungen in der weiterführenden Schule (zusammenfassend s. Jindal-Snape, Hannah, Cantali, Barlow & MacGillivray, 2020). Daher ist es günstig, dass die Lehrer*innen die Schüler*innen gezielt auf Klassenarbeiten vorbereiten, um dem Stress entgegenzuwirken.

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus den Interviews mit den Eltern und Schüler*innen in Ergänzung zu den Expert*inneninterviews hinsichtlich der Programmentwicklung diskutiert.

Tabelle 26: Gegenüberstellung der Ergebnisse der Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Programmentwicklung.

Auswertungsfragen	Expert*innen	Eltern	Schüler*innen
Programmentwicklung	**Rahmenbedingungen** • Regelmäßigkeit/ Kontinuität • nicht nur in der Schule • Verpflichtung/ Unterrichtsintegration • Freiwilligkeit/ bedarfsgerecht • Ganztagsangebote • transparentes/ einheitliches Konzept • geschlechtsspezifische Angebote • Kooperation mit Grundschule/ weiterführende Schule • Differenzierung • Ressourcenorientierung **Inhalte** • Psychische Gesundheit • Soziale Kompetenz • Teambildung • Kontakt zur neuen Schule • Schulwechsel • Selbstwirksamkeit • Stressbewältigung • Entspannung • Ernährung • Bewegung • Medienkonsum	**Rahmenbedingungen** • regelmäßige Sitzungen • außerhalb der Schulzeit • während der Schulzeit • interaktiv • Kleingruppen • transparentes Konzept **Inhalte** • Ängste thematisieren • Interesse wecken • Vorbereitung auf neue Schule • Schulinformationen • Leichtigkeit • Bewegungsübungen/-pausen	**Rahmenbedingungen** • Regelmäßigkeit/ Kontinuität • Training dreimal die Woche • ganze Klasse • keine Tests • nicht zu viele Arbeitsbögen • kein Zwang • Partizipation **Inhalte** • positive Sicht • Probleme besprechen • Schulbezug/ Lernen • Spiele/Spaß • Hilfe bekommen • gesunde Ernährung • Wettkampf • Rollenspiele

	Zeitlicher Rahmen • gesamtes 4. Schuljahr • vor der Empfehlung • zweites Halbjahr 4. Klasse • möglichst frühzeitig/ erstes Halbjahr 5. Klasse • Doppelstunde pro Sitzung **Trainer*in** • externe Trainer*innen mit Klassenlehrkraft • externer Trainer*in • Klassenlehrkraft • Schulgesundheitsfachkraft • Beständigkeit/ interne Trainer*in **Elternbeteiligung** • Elternbeteiligung förderlich • Elternbeteiligung schwierig • Elternabend • keine Idee für Elternbeteiligung **Peer-Education** • Peer Education förderlich • Auswahl der Multiplikator-*innen • Begleitung durch Lehrer*innen • Akzeptanz der Multiplikator-*innen	**Zeitlicher Rahmen** • erstes Halbjahr 4. Klasse • Anfang 5. Klasse • Ende 1. Halbjahr 5. Klasse • nicht zu lange • verblockt **Trainer*in** • externe Trainer*in • Schulgesundheitsfachkraft • interne Trainer*in/ Lehrer*in **Elternbeteiligung** • Elternbeteiligung förderlich • Elternbeteiligung beruflich schwierig • Elternabend • Elternbeteiligung bei Bedarf **Peer-Education** • Viertklässler*innen als Multiplkatorin*innen • ältere Schüler*innen als Multiplikatoren	**Zeitlicher Rahmen** • Mitte des Halbjahres • Projekt über einen Monat • Schulstunde pro Sitzung • Training verblockt **Trainer*in** • externe Trainer*in • Klassenlehrkraft dabei • Schulgesundheitsfachkraft • Eltern • interne Trainer*in/ Lehrer*in **Elternbeteiligung** • Elternbeteiligung förderlich • Unruhe durch Elternbeteiligung • Elternbeteiligung nur teilweise • keine Elternbeteiligung **Peer-Education** • Multiplikator-*innen in der 4. Klasse • Multiplikator-*innen in der 5. Klasse • Lehrer*innen unterstützen Multiplikator-*innen • Akzeptanz der Multiplikator-*innen

Programmentwicklung. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen eines Gesundheitsförderungsprogramms wurde von den Müttern und Schüler*innen in Übereinstimmung zu den Expert*innen ein Konzept favorisiert, welches regelmäßig durchgeführt wird, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Zudem sollte das Programm eher während der Schulzeit und nicht zusätzlich stattfinden und sowohl im vierten als auch im fünften Schuljahr möglichst frühzeitig beginnen. Darüber hinaus nannten die Schüler*innen *„keine Tests“* sowie einen nicht zu großen Umfang an Arbeitsblättern als förderliche Bedingungen für die Durchführung eines Gesundheitsförderungsprogramms. Dies deckt sich mit den empirischen Befunden, die aufzeigen, dass Schüler*innen der Schule teilweise eine negative Bedeutung zuschreiben. Daraus lässt sich ableiten, dass Gesundheitsförderung in der Schule ein anderes Modell der Vermittlung wählen sollte als die Institution Schule (Lohaus et al., 2016, S. 486) und in einem Gesundheitsförderungsprogramm entsprechend auf Leistungstests verzichtet werden sollte. Außerdem sollte aus Sicht der Schüler*innen die Möglichkeit zur Partizipation bestehen und niemand gezwungen werden, über ihre oder seine Probleme zu sprechen.

Inhaltlich sei es aus Sicht der Eltern wesentlich, dass das Interesse der Kinder geweckt und die Übergangsthematik konkret aufgegriffen würde, damit die Schüler*innen ihre Ängste und Sorgen besprechen können. Auch die Schüler*innen wünschten sich, dass sie im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprogramms ihre Probleme besprechen können. Dies deckt sich mit den bisherigen Befunden, die aufzeigen, dass die Schüler*innen sich häufig Sorgen hinsichtlich des Schulwechsels machen. Insbesondere die Angst, Freund*innen zu verlieren, sich in der neuen Schule nicht zurechtzufinden und den erhöhten schulischen Anforderungen nicht genügen zu können, bereiten den Viertklässler*innen vor dem Übergang Sorgen (F. Rice et al., 2021, S. 286) und sollten daher in dem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase thematisiert werden. Die Schüler*innen wünschten sich über die Erkenntnisse aus den Expert*inneninterviews hinaus, lehrreiche Übungen, die gleichzeitig Spaß machten und Spiele, die teilweise auch Wettkampfcharakter aufweisen könnten, um die Motivation zu erhöhen sowie Übungen in Form von Rollenspielen. Eine qualitative multiperspektivische Studie konnte ebenfalls aufzeigen, dass es für Kinder und Jugendliche besonders relevant ist, dass Gesundheitsförderungsprogramme durch abwechslungsreiche Methoden vermittelt werden, die zum Teil auch einen spielerischen Charakter ausweisen oder Fallbeispiele in Form von Rollenspielen besprochen werden. Außerdem wünschten sich die Studienteilnehmer*innen Wissen über die eigenen Emotionen zu erhalten und die Möglichkeit über ihre Emotionen und Probleme zu sprechen (Coetzee, Gericke, Human, Stallard & Loades, 2022, S. 194). Weiterhin zeigte die Übersichtsarbeit von Weare und Nind (2011), dass schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramme interaktive Vermittlungsmethoden verwenden sollten, um entsprechende Effekte zu erzielen.

Die Durchführung des Gesundheitsförderungsprogramms sei aus Sicht der Mütter und Schüler*innen in Übereinstimmung zu den Expert*innen sowohl durch interne als auch externe Trainer*innen möglich und besonders die Schulgesundheitsfachkraft schien eine geeignete Person zu sein. Ergänzend nannten die Schüler*innen noch die Eltern als mögliche Trainer*innen. Hinsichtlich der Durchführung von Programmen der schulischen Gesundheitsförderung hat sich in Studien ergeben, dass sich Schüler*innen vermehrt externe Expert*innen als Durchführende des Trainings wünschen. Eine Vermittlung durch Lehrkräfte oder Eltern erhielt dagegen weniger Bestätigung (Klein-Heßling et al., 2003, S. 375–376; Lohaus, 2021, S. 186).

Weiterhin wollten die Mütter gerne an einem Gesundheitsförderungsprogramm partizipieren, allerdings sahen sie die gemeinsame Schulung von Eltern und Kindern aufgrund beruflicher Verpflichtungen kritisch und schlugen deshalb ergänzend zu den Expert*innen vor, eine Elternbeteiligung lediglich bei Bedarf des Kindes umzusetzen. Auch die Schüler*innen bewerteten die Beteiligung der Eltern an dem Training generell als förderlich, lehnten sie allerdings zum Teil auch ab, da sie befürchteten, Probleme mit ihren Eltern besprechen zu müssen, die sie nicht mit ihren Eltern besprechen möchten. Der Einbezug von Eltern hat sich bereits in Studien als Moderator für die erfolgreiche Umsetzung von schulbasierten Präventionsprogrammen erwiesen (zusammenfassend s. Weare & Nind, 2011) und gleichzeitig zeigen sich bezüglich der Elternbeteiligung Barrieren, wie die zum Teil schwierige Erreichbarkeit der Eltern für entsprechende Inhalte oder die Vereinbarkeit mit beruflichen Verpflichtungen (Coetzee et al., 2022, S. 195–196).

Auch die Integration eines Peer Education-Ansatzes bewerteten die Eltern sowie die Schüler*innen in Übereinstimmung zu den Expert*innen positiv, die Eltern merkten aber an, dass Fünftklässler*innen als Multiplikator*innen überfordert sein könnten und nannten ältere Schüler*innen als Alternative. Die Schüler*innen könnten sich eine Tätigkeit als Multiplikator*innen in der Übergangsphase gut vorstellen.

3.6 Fazit

Zusammenfassend haben die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse hinsichtlich eines Gesundheitsförderungsprogramms für den Übergang in die Sekundarstufe I ergeben, dass aus der Sicht der Expert*innen sowie der Eltern ein relevanter Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen besteht, der sich mit den Befunden aus der Literatur deckt. Weiterhin schilderten zudem die Schüler*innen ihre Bedürfnisse vor und nach dem Übergang in die Sekundarstufe I, die sich weitestgehend mit dem Bedarf deckten.

Während der Übergangsphase treten verschiedene psychische, soziale und schulische Belastungen auf, die in der Kombination mit den entwicklungsbedingten Herausforderungen (z.B. Beginn der Pubertät) und größtenteils noch nicht adäquat ausgebildeten Stressverarbeitungsstrategien bei den Kindern und Jugendlichen, den Bedarf an einem Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase untermauern. Daher sollten die Belastungen in einem Gesundheitsförderungsprogramm thematisiert und insbesondere die Eltern sensibilisiert werden, da sich die oftmals überhöhten Erwartungen der Eltern hinsichtlich der schulischen Laufbahn ihres Kindes als eine wesentliche Belastung herausgestellt haben.

Das Gesundheitsförderungsprogramm sollte auf einem transparenten sowie einheitlichen und manualisierten Konzept basieren, welches in die schulischen Curricula integriert und regelmäßig umgesetzt werden kann. Dabei hat sich gezeigt, dass mangelnde zeitliche Ressourcen in den vollen Stundentafeln eine relevante Barriere darstellen, die nur durch einen höheren Stellenwert der schulischen Gesundheitsförderung und eine Integration in das reguläre Curriculum abgebaut werden kann. Dementsprechend wird eine Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms während der Unterrichtzeit z.B. in Klassenlehrer*innen- oder Methodenstunden befürwortet, um die gute Erreichbarkeit aller Schüler*innen über das schulische Setting zu gewährleisten. Bei einer Durchführung außerhalb der regulären Schulzeit (z.B. als freiwillige AG) kann angenommen werden, dass die Bereitschaft zur Teilnahme erniedrigt ist und die Schüler*innen mit dem höchsten Bedarf im Sinne des „Präventionsdilemmas“ nur schlecht bis gar nicht erreicht werden.

Ferner sollte das Gesundheitsförderungsprogramm regelmäßig sowie längerfristig umgesetzt werden, um nachhaltige Effekte zu erzielen und insbesondere im vierten Schuljahr frühzeitig (im ersten Halbjahr) beginnen, da nur dadurch eine rechtzeitige Vorbereitung auf den Übergang und eine präventive Wirkung erfolgen kann. Durchgeführt werden sollte das Gesundheitsförderungsprogramm bestenfalls von externen Trainer*innen, die nicht am regulären Unterricht beteiligt, aber bereits im Setting Schule tätig sind. Dabei hat sich die Schulgesundheitsfachkraft mit ihrer Expertise als gute Option herausgestellt, es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass aktuell nur wenige Schulen über eine Schulgesundheitsfachkraft verfügen.

Inhaltlich sind neben der Stressverarbeitung speziell die Transitionskompetenzen der Schüler*innen von zentraler Bedeutung. Der Übergangsprozess sollte für alle Beteiligten möglichst transparent gestaltet sowie Kommunikation und Kooperation mit den weiterführenden Schulen aufgebaut und den Schüler*innen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Erwartungen und Wünsche an die neue Schule zu reflektieren. Das Programm begleitet über ein Modul zur Transitionskompetenz, den Entscheidungsprozess für eine weiterführende Schule in Kombination mit einem Eltern-Kind-Modul. Ferner wird der Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen verbessert. Außerdem sollen die Ressourcen der Schüler*innen aktiviert und die Resilienz gestärkt werden. Die Transitionskompetenz wird überdies durch die Förderung der Selbstverantwortung gefördert. In diesem Zusammenhang werden Zeitmanagement- und Selbstorganisationsstrategien sowie Arbeits- und Lerntechniken thematisiert.

Darüber hinaus hat die Teilstudie I gezeigt, dass die sozial-emotionalen Kompetenzen der Schüler*innen wesentliche personale Ressourcen in der Übergangsphase sind, die durch das Gesundheitsförderungsprogramm gestärkt werden sollten, da sie als Schutzfaktoren gegenüber Störungen der psychosozialen Anpassung wirken und die psychische Gesundheit insgesamt verbessern. Hilfsbereitschaft, die Fähigkeit zur Teamarbeit und adäquat um Unterstützung bitten zu können, sind wichtige Kompetenzen, die über das Programm gefördert und insbesondere innerhalb der gruppendynamischen Prozesse in der fünften Klasse wirksam werden. Außerdem werden die Selbst- und Emotionsregulationsstrategien der Schüler*innen reflektiert und ggf. verbessert, da diese ebenfalls für die psychische Gesundheit von großer Bedeutung sind. Zudem besteht die Möglichkeit, einen Peer-Education-Ansatz in das Programm zu integrieren, welcher ermöglicht, dass die Schüler*innen ihre Erfahrungen auf „Augenhöhe“ an andere Schüler*innen weitergeben und zudem die sozial-emotionalen Kompetenzen sowohl der Adressat*innen als auch der Multiplikator*innen gefördert werden.

Über die Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitsförderungsprogramms hinaus, wurde in Teilstudie I deutlich, dass die Bedingungen der Übergangsphase in Schleswig-Holstein auf einer übergeordneten Ebene (z.B. Ministerium) diskutiert werden müssen und ein großer Bedarf an Vernetzung zwischen den Professionen besteht, welche die Fortführung der Präventionskette in die weiterführende Schule ermöglichen und die erforderliche Kooperation der Akteur*innen stärken würde.

4 Programmentwicklung

Anhand der Ergebnisse der Bedarfsanalyse mit den Expert*innen und Eltern sowie der Bedürfnisanalyse mit den Schüler*innen und unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes wurde ein Entwurf für ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I konzipiert. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Ableitung der Rahmenbedingungen und Inhalte des Gesundheitsförderungsprogramms aus den Erkenntnissen der Teilstudie I. Dabei werden exemplarisch Belege aus den Interviews einbezogen. Anschließend werden der Aufbau und der Ablauf des Programms für die Primar- und die Sekundarstufe I detaillierter beschrieben.

Rahmenbedingungen/ Module	Bedarfe Expert*innen	Bedarfe Eltern	Bedarfe Literatur	Bedürfnisse Schüler*innen
Regelmäßige Umsetzung/ Integration in den Schulalltag	*„Aber auf jeden Fall auch für die Schüler, dass das immer mal wieder ist und* ***nicht nur einmal und nicht nur zweimal*** *und* ***feste Zeiten****, dass die wissen wann es ist“* (Experte D, A.140).	*„Ja, würde ich eher sagen dann* ***lieber kürzere Sitzungen und dann vielleicht häufiger****, ich weiß ja nicht, was alles gemacht wird. Ich weiß nicht. Kann ich schwer sagen, alle zwei Wochen mal, nach der Schule nochmal 40 Minuten oder eine dreiviertel Stunde?“* (Elternteil A, 78).	Effektive Programme der schulischen Gesundheitsförderung sollen **regelmäßig und langfristig** umgesetzt und in den Schulalltag integriert werden. (Weare & Nind, 2011) (Mittag & Bieg, 2009)	*„Also bei mir wäre es besser wenn das so* ***häufiger*** *wäre, dass man auch nicht immer irgendwie vergisst, wo man war, weil wenn das hier so ganz selten ist, zum Beispiel einmal in der Woche, dann halt, dann kann man ja auch nicht so richtig alles erzählen, weil ja. Und dann fände ich es gut, wenn das so zwei Tage oder drei Tage nacheinander wäre und ja“* (Schüler C, A. 120).
Trainer*in	*„Ich glaube es ist auch immer schön für die Klassen, wenn jemand* ***Externes in die Schulen kommt.*** *Hat auch nochmal eine ganz* ***andere Qualität.*** *Also auch eine ganz andere (...) Art der Annahme auch von Inhalten. Also das könnte ich mir auch gut vorstellen (…)“* (Lehrer F, A. 44).	*„Ja ich glaube, das wäre gar nicht so verkehrt, wenn das halt eben* ***keine Lehrperson*** *wäre, weil die natürlich da auch immer direkt das Gefühl haben, da unter Notendruck stehen oder sonst was oder sich gut zeigen müssen oder sich da vielleicht auch* ***nicht so frei bewegen können****, wie unter einer* ***neutralen Person****, sag ich jetzt mal“* (Elternteil B, 74).	Die Programme sollten von **qualifizierten Fachkräften** durchgeführt werden, die bestenfalls nicht als Lehrer*innen tätig sind. (Klein-Heßling & Lohaus, 2021) (Klein-Heßling et al., 2003) (Weare & Nind, 2011)	*„(…) und ich glaube, das ist dann eher sowieso besser, wenn das so* ***ein anderer*** *macht“* (Schüler A, 91).

Stressverarbeitung	*„(…) wir erleben das, dass viele Schüler **ohne solche Strategien** hier ankommen. Also, dass wir irgendwie oft auch **von Null anfangen** müssen (…)“* (Experte D, A.25).	*„Also das ist ja, **Ängste** sind natürlich sicherlich ein großes Thema, dass man natürlich einfach, weil es was **Neues** ist, wenn man auf eine neue Schule geht und die ist riesengroß, viele Schüler und was weiß ich nicht“* (Elternteil B, A. 68).	Der Übergang geht mit Belastungen einher und die Schüler*innen verfügen häufig noch nicht über adäquate Stressverarbeitungsstrategien. (Kaluza & Lohaus, 2006) (F. Rice et al., 2021)	*„Ja, dass ich nicht nach ein paar Tagen oder Wochen Freunde finde und dann **immer einsam bin**“* (Schüler B, A. 26).
Sozial-emotionale Kompetenz	*„Na, ich denke es ist einfach (...) unabhängig vom Lernen von der Lernfähigkeit ist es natürlich wichtig die **sozialen Kompetenzen** zu stärken“* (Lehrer C, A. 18).	*„Da saßen sie da halt alleine und haben mit niemandem anderen geredet. Und ich glaube diese **Kennenlernspiele ist viel wichtiger noch**, als den Stoff durchzuziehen am Anfang“* (Elternteil B, A. 55).	Die sozial-emotionalen Kompetenzen sind wesentliche personale Ressourcen und können den Übergang unterstützen. (Niemack, 2019) (Waters et al., 2012)	*„Nur manchmal gibt es halt **Zickenkrieg in der Klasse** mit den Mädchen. Und sonst ist eigentlich alles ok“* (Schüler D, A. 22).
Transitionskompetenz	*„auch diese **Ängste vor dem Neuen** so ein bisschen **genommen** werden“* (Lehrer D, A. 6).	*„(…) aber ja ansonsten kann man natürlich da vielleicht besprechen und herausfinden, **was dem Kind gefällt** und **worauf es dann achten** kann, wenn es in die Schule geht“* (Elternteil A, A. 54).	Der Übergang erfordert Anpassungsprozesse, die durch Transitionskompetenzen unterstützt werden können. (Griebel & Niesel, 2015) (Munser-Kiefer & Martschinke, 2018)	*„Also es ist etwas **anderes** als in der Grundschule, weil die Grundschule ist viel kleiner. Und jetzt das Gymnasium zu groß. Und also am Anfang ging es, ging so. Da dachte ich eigentlich also und meine Freunde, dass wir uns da **verlaufen** werden“* (Schüler D, A. 14).

Entspannung	*„**Entspannungstechniken** können natürlich immer helfen“* (Lehrer C, A.50).	*„Also ich würde eben versuchen, also mein Sohn ist auch sehr **gedankenlastig**, würde ich jetzt mal sagen, dass ihm so ein bisschen **Leichtigkeit** mitgegeben wird“* (Elternteil A, A. 54).	Die **emotionsregulierende Bewältigungsstrategie** Entspannung kann den Umgang mit negativen Emotionen im Zusammenhang mit dem Übergang erleichtern. (Lazarus & Folkman, 1984)	
Elternbeteiligung	*„Also, genau das finde ich gut. Weil man ja auch von seinem eigenen Kind eine Menge lernen kann, wenn man so eine Möglichkeit nutzt als Eltern. Ich finde aber auch gut, wenn man sagt "Zwischendurch trennt ihr euch aber auch." Dann ist **mal nur ein Part für die Eltern und nur ein Part für die Kinder** und dann kommt man wieder gemeinsam zusammen“* (Experte C, A. 54).	*„Grundsätzlich finde ich es **interessant,** auf jeden Fall. Weil man das Kind dann noch vielleicht auch besser begleiten kann oder weil man selber eine Schulung kriegt, worauf man vielleicht noch achten kann, wie man unterstützen kann. Ich finde, da kann man **auf jeden Fall etwas lernen**“* (Elternteil, A, 93).	Die Beteiligung der Eltern ist ein **wesentlicher Förderfaktor** von Präventionsprogrammen. (Weare & Nind, 2011) (Mittag & Bieg, 2009)	*„Ich finde das eigentlich **ganz gut**, weil wenn die Eltern dann nochmal dabei sind, dann kann man das mit denen irgendwie nochmal **besprechen**. Und ich glaube das wäre eigentlich ganz gut so doch, wenn die Eltern dabei sind“* (Schüler D, A. 84).

Ziele des Programms. Das bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm „**Schulwechsel Ahoi** – Ein Gesundheitsförderungsprogramm für den Übergang in die Sekundarstufe I“ hat zum Ziel die Transitionskompetenz der Schüler*innen zu fördern und die Stressverarbeitungskompetenzen zu verbessern, um den Schüler*innen einen flexibleren und günstigeren Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen zu ermöglichen. Außerdem soll das Programm die personalen Ressourcen, sozial-emotionale Kompetenz sowie die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen stärken, um insgesamt die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I gesundheitsförderlich zu gestalten (s. Abb. 74).

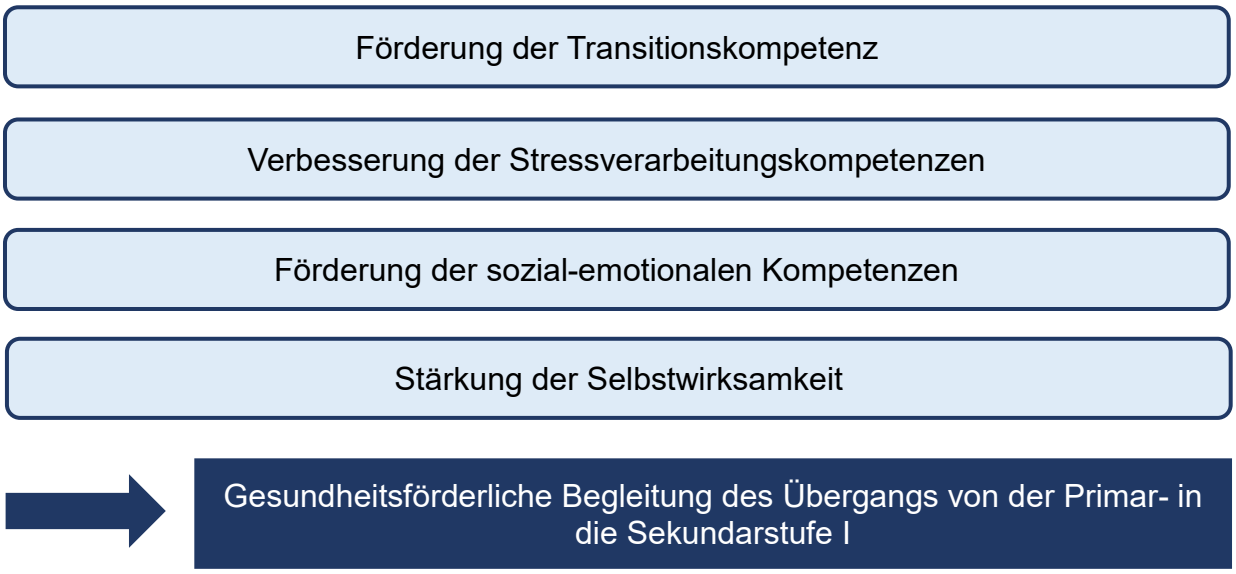
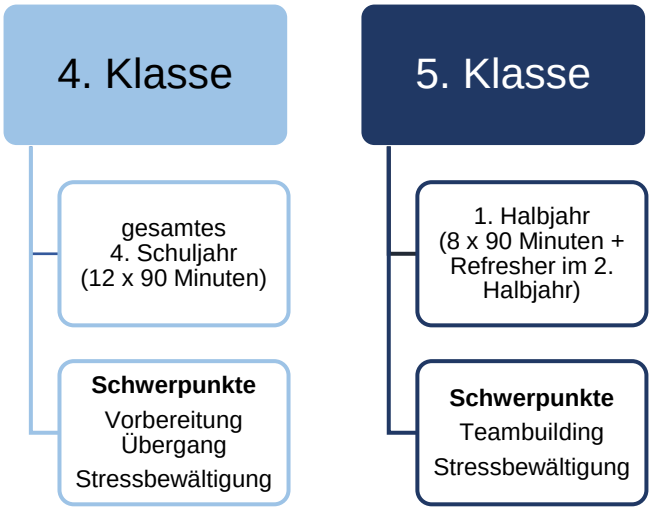


Abbildung 74: Ziele des Gesundheitsförderungsprogramms „Schulwechsel Ahoi“.

Aufbau und Rahmenbedingungen. Das Programm setzt sich aus zwei Teilen zusammen und begleitet die Übergangsphase vom Beginn des vierten Schuljahres bis zum Ende des ersten Halbjahres des fünften Schuljahres. Dabei liegt der Schwerpunkt im vierten Schuljahr auf der Vorbereitung des Übergangs und der Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien und im fünften Schuljahr auf Maßnahmen, die den Zusammenhalt in der neuen Klasse sowie die sozialen Kompetenzen der Schüler*innen stärken und die Stressverarbeitungskompetenzen weiter verbessern. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Schüler*innen den ersten Teil des Programms in der fünften Klasse absolviert haben, weshalb auch hier auf relevante Inhalte des ersten Teils eingegangen wird.



Für die **Primarstufe** enthält das Programm vier Module, die sich aus 12 Einheiten (90 Minuten pro Einheit) zusammensetzen. Im **fünften Schuljahr** werden die vier Module in acht Einheiten mit jeweils 90 Minuten im ersten Halbjahr umgesetzt. Zusätzlich ist im fünften Schuljahr ein „Refresher-Termin“ zur Auffrischung der Inhalte und Erhöhung der Nachhaltigkeit am Ende des zweiten Halbjahres vorgesehen. Durchgeführt wird das Training bestenfalls von einer Schulgesundheitsfachkraft oder einer Schulsozialarbeiter*in, die hinsichtlich des Trainings geschult wurden. Dabei werden die Trainingssitzungen überwiegend im Klassenverband umgesetzt und nach Absprache kann die Klassenlehrkraft ebenfalls an den Trainingssitzungen teilnehmen. Das Training wird in den Schulalltag integriert und während der Schulzeit durchgeführt, um eine möglichst hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten. Dazu sollten die Sitzungen möglichst gleich auf die Fächer verteilt oder ggf. Klassenlehrer*innenstunden genutzt werden. Weiterhin enthält das Programm ein Eltern-Kind-Modul, welches die Elternbeteiligung sicherstellen und die Eltern in das Programm einbezieht, indem es die Schüler*innen und die Eltern gemeinsam schult. Überdies ist es fester Teil des Konzeptes, dass während der Trainingssitzungen regelmäßig Bewegungspausen/-spiele durchgeführt werden, um die Aufmerksamkeit der Schüler*innen zu erhöhen und über spielerische Übung z.B. die sozialen Kompetenzen zu stärken. Die einzelnen Einheiten folgen einem festen Ablauf, der der Trainer*in eine grobe Orientierung zum zeitlichen Rahmen der Übungen gibt. Weiterhin werden über den Ablauf und sich wiederholende Elemente als Rituale bei den Schüler*innen etabliert, die ihnen Struktur und Sicherheit geben. Jede Sitzung beginnt mit einer Stimmungsabfrage, die einen angenehmen Einstieg ermöglicht und der Trainer*in die Möglichkeit gibt die Stimmung in der Gruppe einzuschätzen und aktuelle Anliegen der Schüler*innen berücksichtigen. Anschließend wird die „Hausaufgabe“ aus der letzten Sitzung anhand des „Logbuchs“ besprochen, welches das Arbeits-/Begleitheft des Trainings darstellt und alle Arbeitsmaterialen enthält. Außerdem dient es den Schüler*innen als Dokumentation ihrer Trainingsfortschritte und individuelles Begleitbuch für den Übergang. Danach wird das Thema der aktuellen Einheit durch verschiedene

praktische Übungen erarbeitet. Nach der Erarbeitung folgt eine Bewegungspause, um anschließend das Thema weiter zu vertiefen und danach die neue Aufgabe aus dem Logbuch zu vergeben. Überdies erfolgt eine Reflexion der Trainingssitzung und ein Abschluss in Form einer Kurzentspannungsübung. Die Tabelle 27 gibt einen Überblick über den allgemeinen Ablauf der Sitzungen.

Tabelle 27: Allgemeiner Ablauf der Trainingssitzungen.

Inhalte	Dauer
Begrüßung/Stimmungsabfrage	10 Minuten
Besprechung „Logbuch“ (Hausaufgabe)	10 Minuten
Erarbeitung Thema der Einheit mit praktischen Übungen	20 Minuten
Bewegungspause	5 Minuten
Erarbeitung Thema der Einheit mit praktischen Übungen	25 Minuten
Vergabe „Logbuch“ (Hausaufgabe)	5 Minuten
Stundenevaluation/Reflexion	10 Minuten
Kurzentspannungsübung	5 Minuten

Ablauf Primarstufe. Hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs innerhalb des vierten bzw. fünften Schuljahres, beginnt das Training in der 4. Klasse mit einem Elternabend und befasst sich im ersten Halbjahr schwerpunktmäßig mit der Vorbereitung des Übergangs und der Förderung der Transitionskompetenz sowie der Stressbewältigung und den sozial-emotionalen Kompetenzen. Vor der Übergangsempfehlung findet das Eltern-Kind-Modul statt, um die Eltern für die übergangsbezogenen Belastungen zu sensibilisieren, die z.B. mit der Übergangsempfehlung im Zusammenhang stehen können. Mit Beginn des zweiten Halbjahres erhalten die Schüler*innen die Übergangsempfehlung und der Entscheidungsprozess für eine Schule wird durch die Übungen im Programm begleitet. Gegen Ende des zweiten Halbjahres besuchen die Schüler*innen ihre neue Schule, um diese bereits vorab kennenzulernen. Der Grundschulteil des Programms schließt mit dem Schulwechsel ab (s. Abb. 75).

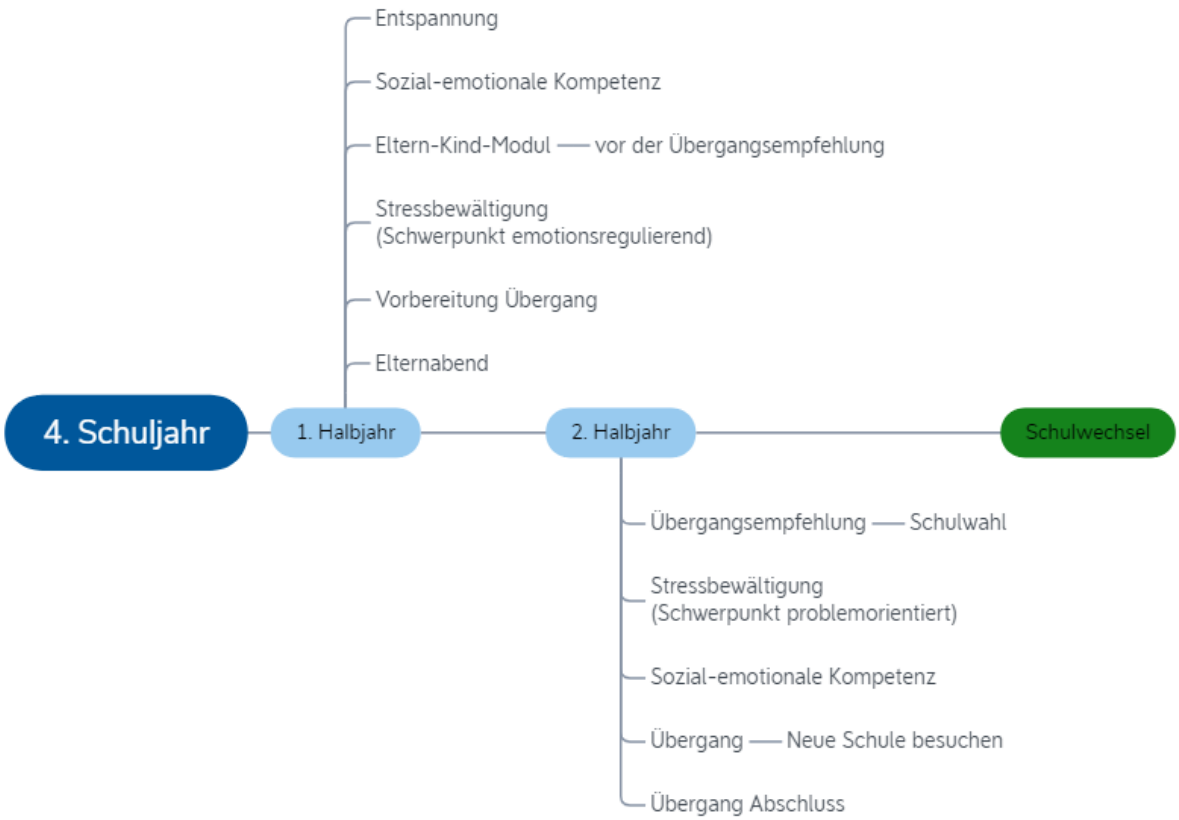


Abbildung 75: Zeitlicher Ablauf des Programms im 4. Schuljahr.

Ablauf Sekundarstufe. In der fünften Klasse beginnt das Programm ebenfalls mit einem Elternabend kurz nach der Einschulung an der weiterführenden Schule. Der Schwerpunkt im ersten Halbjahr der fünften Klasse liegt auf Maßnahmen zum Teambuilding in Kombination mit der Stärkung der sozial-emotionalen Kompetenzen. Außerdem findet im ersten Halbjahr ein Eltern-Kind-Modul statt, welches die Eltern für die Belastungen der Schüler*innen an der neuen Schule sensibilisieren sowie ebenfalls die Transitionskompetenzen der Schüler*innen verbessern soll, indem mit den Eltern gemeinsam an Zeitmanagement und Selbstorganisation gearbeitet wird und die Schülerinnen dadurch ihre Selbstverantwortung stärken. Im zweiten Halbjahr finden keine regulären Trainingssitzungen mehr statt und dir Schüler*innen wenden die Inhalte im schulischen Alltag an. Es besteht die Möglichkeit, einen Peer-Education-Ansatz zu integrieren, indem im zweiten Halbjahr über Kooperationen mit Grundschulen die Fünftklässler*innen Kontakt zu den Viertklässler*innen aufbauen und ihre Erfahrungen während des Übergangs teilen. Am Ende des zweiten Halbjahres der fünften Klasse findet der „Refresher-Termin“ statt, um die Inhalte noch einmal aufzufrischen (s. Abb. 76).

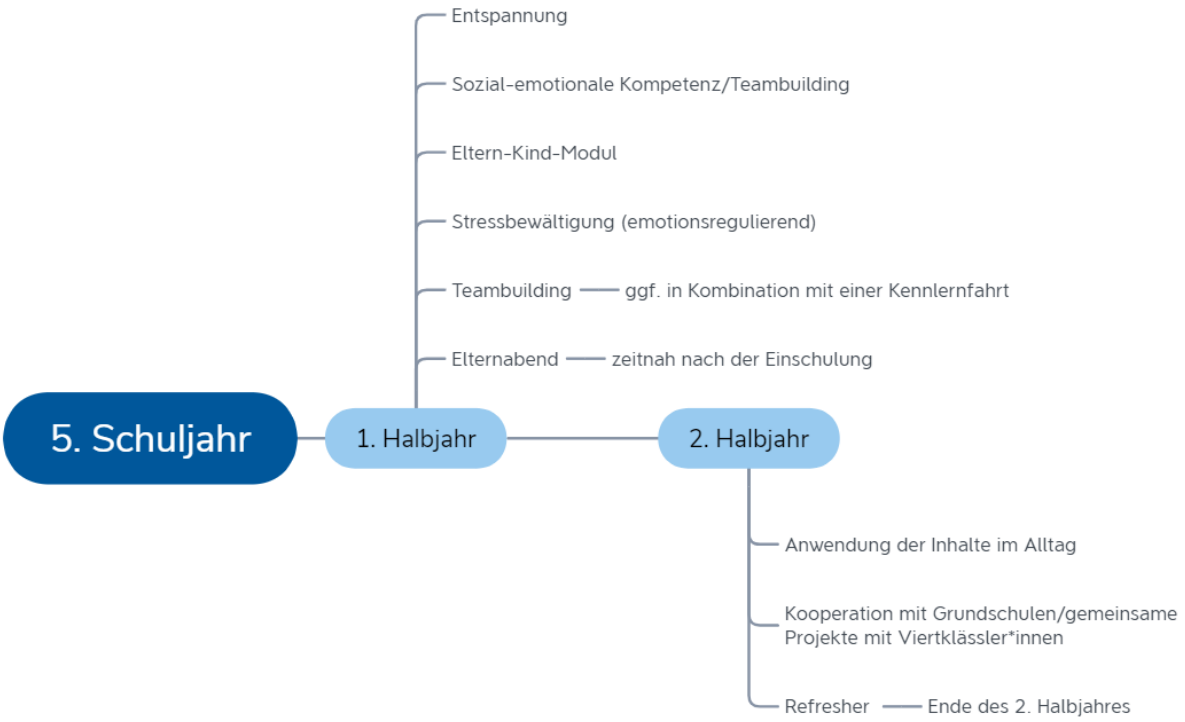


Abbildung 76: Zeitlicher Ablauf des Programms im 5. Schuljahr.

Inhalte. Das Gesundheitsförderungsprogramm beinhaltet in der Primar- und Sekundarstufe jeweils die vier Module Transitionskompetenz, Stressbewältigung, sozial-emotionale Kompetenz und Entspannung. In der vierten Jahrgangsstufe soll über das Modul zur **Transitionskompetenz** der Übergangsprozess für alle Beteiligten möglichst transparent gestaltet werden. Dabei werden Kommunikation und Kooperation mit der weiterführenden Schule aufgebaut und die Schüler*innen reflektieren ihre Erwartungen und Wünsche an die neue Schule. Weiterhin wird in diesem Modul der Entscheidungsprozess für eine weiterführende Schule in Kombination mit dem Eltern Kind-Modul begleitet und der Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen verbessert. Außerdem sollen die Ressourcen der Schüler*innen aktiviert und die Resilienz gestärkt werden. Die Transitionskompetenz wird überdies durch die Förderung der Selbstverantwortung gefördert. In diesem Zusammenhang werden Zeitmanagement- und Selbstorganisationsstrategien sowie Arbeits- und Lerntechniken thematisiert. Im Modul **Stressbewältigung** werden Wissen zum Thema Stress vermittelt und die Schüler*innen angeleitet ihre Stressverarbeitungsstrategien zu flexibilisieren und dabei adaptive Strategien auszubauen und maladaptive Strategien abzubauen. Diese Strategien werden im (Schul-)Alltag angewendet und über Aufgaben im Logbuch vertieft. Außerdem wird auf Barrieremanagementstrategien eingegangen. Das Modul **sozial-emotionale Kompetenz** sieht vor über Übungen die Hilfsbereitschaft sowie Teamarbeit zu verbessern und den Schüler*innen zu vermitteln, wie sie adäquat um Unterstützung bitten und diese Hilfe auch annehmen. Außerdem werden in dem Modul die Selbst- und Emotionsregulationsstrategien der Schüler*innen reflektiert

und ggf. verbessert. Hinsichtlich der **Entspannung** werden den Schüler*innen verschiedene Entspannungsformen wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR), Fantasiereisen (Imaginationsübungen) sowie Kurzformeln vorgestellt und z.B. über Übungen im Logbuch im Alltag angewendet. Die Abbildung 77 fasst die Inhalte des Programms zusammen.



Abbildung 77: Inhalte des Gesundheitsförderungsprogramms „Schulwechsel Ahoi“.

Im **fünften Schuljahr** werden im Modul **Transitionskompetenz** zusätzlich der Übergangsprozess reflektiert und der Umgang mit Belastungen nach dem Übergang bearbeitet sowie die Anpassung an neue Tagesabläufe unterstützt. Außerdem liegt im fünften Schuljahr im Modul **sozial-emotionale Kompetenz** der Schwerpunkt auf dem Teambuilding und dem Kennenlernen der neuen Klasse. Es werden neue Freundschaften geknüpft und die Schüler*innen lernen in der neuen Klassengemeinschaft effektiv zusammenzuarbeiten. Die Inhalte der Module **Stressbewältigung** und **Entspannung** orientieren sich in der Sekundarstufe an den Inhalten der Primarstufe und werden ggf. vertieft sowie an die Situation nach dem Übergang angepasst.

Nachfolgend wird der Konzeptionsentwurf anhand der Moderatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von schulbasierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen nach Weare und Nind (2011) diskutiert. Dabei wird insbesondere auf die relevanten Hauptkategorien Rahmenbedingungen, Inhalte, Trainer*in, Elternbeteiligung und Peer-Education aus der Teilstudie I eingegangen. Die folgende Abbildung 78 fasst die Kriterien aus der Überblicksarbeit von Weare und Nind (2011) zusammen.

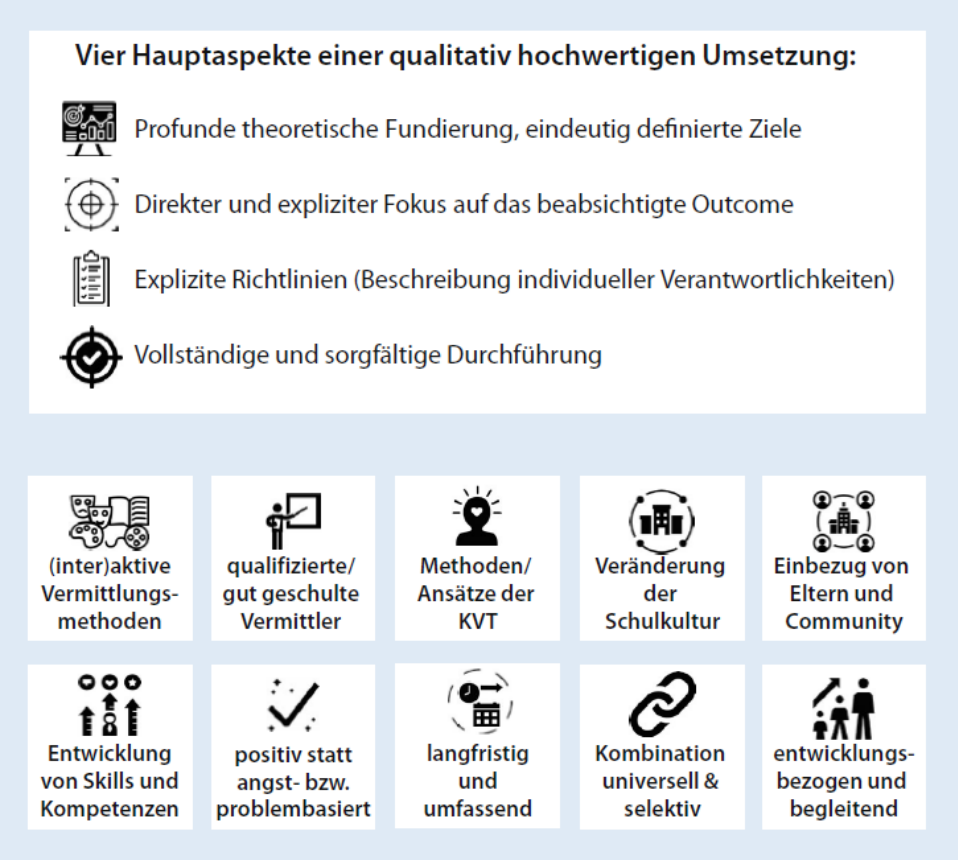


Abbildung 78: Moderatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsprogrammen nach Weare und Nind, 2011 (entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 4).

Hintergrund und Strategie. Das Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* basiert auf **fundierten** gesundheitswissenschaftlichen, entwicklungspsychologischen sowie pädagogischen **Theorien** in der Kombination mit der Analyse der Bedarfe durch die Expert*inneninterviews und den Bedürfnissen der Zielgruppe durch die Interviews mit den Schüler*innen. Durch die **bedarfs- und bedürfnisgerechte Konzeption** kann sichergestellt werden, dass die objektiven Bedarfe mit den subjektiven Bedürfnissen der Zielgruppe übereinstimmen. Dies ist wesentlich für die Akzeptanz der Intervention und eine erfolgreiche Umsetzung. Sowohl die empirischen Befunde, als auch die Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse verdeutlichen die vielfältigen Belastungen im Zusammenhang mit dem Übergang sowie die noch nicht adäquat ausgeprägten Stressverarbeitungsstrategien der Kinder und Jugendlichen. Dementsprechend bildet die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (1984) insbesondere

mit dem Ansatzpunkt der Stressbewältigung eine Basis für das Modul zur Stressbewältigung. Weiterhin sind personale Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeit und sozial-emotionale Kompetenzen) von besonderer Bedeutung für einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe und werden im Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1974) als generalisierte Widerstandsressourcen beschrieben. Diese salutogenetische Sichtweise ist ein zentraler Bestandteil des Gesundheitsförderungsprogramms, welches darauf ausgerichtet ist, die Ressourcen der Schüler*innen zu stärken und die Resilienz zu fördern. Zudem bildet das Transitionsmodell nach Griebel und Niesel (2015) eine weitere Basis für das Gesundheitsförderungsprogramm, indem es die Phasen der Transition beschreibt, die in dem Programm berücksichtigt werden und die erforderlichen Transitionskompetenzen erläutert. Zudem sind für das Gesundheitsförderungsprogramm **explizite Ziele** formuliert worden und der **beabsichtigte Outcome** wird bei einer Umsetzung entsprechend fokussiert. Bisher konnte das Programm aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen nicht in der Schule erprobt werden, trotzdem ist vorgesehen, das Konzept zu **manualisieren** und dadurch eine **vollständige** und **sorgfältige Durchführung** sicherzustellen, die für die Wirksamkeit des Programms sehr bedeutsam ist.

Rahmenbedingungen. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogramms haben die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie die Literatur gezeigt, dass das Programm **regelmäßig und längerfristig** umsetzt werden und auf einem **transparenten Konzept** basieren sollte, welches gut in den schulischen Alltag integriert werden kann. Daher sieht das Konzept vor, für den Primarstufenanteil bereits zu Anfang des vierten Schuljahres zu beginnen und die Schüler*innen in **regelmäßigen Einheiten** (etwas alle drei bis vier Wochen) über das gesamte vierte Schuljahr zu begleiten und den Übergang in die Sekundarstufe gesundheitsförderlich zu gestalten. Im fünften Schuljahr wird ebenfalls frühzeitig (kurz nach der Einschulung) begonnen, um die Anpassungsphase während des Transitionsprozesses zu unterstützen. Ferner orientiert sich das Programm an den Phasen des Transitionsprozesses und den damit verbundenen **Entwicklungsaufgaben** und soll deren Bewältigung unterstützen und die Transition über das vierte und fünfte Schuljahr hinweg **begleiten**, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Weiterhin wird das Gesundheitsförderungsprogramm während der **regulären Schulzeit** z.B. in Klassenlehrer*innenstunden durchgeführt oder bestenfalls in die Curricula der Fächer integriert. Über diese Integration, könnte eine **Veränderung der Schulkultur** hinsichtlich schulischer Gesundheitsförderung angeregt werden, die über die Übergangsthematik hinaus wirksam wird.

Inhalte und Methoden. Inhaltlich werden in den vier Modulen des Programms die Transitionskompetenzen, die Stressverarbeitung, die sozial-emotionalen Kompetenzen sowie die Entspannung thematisiert. Dementsprechend handelt es sich im ein **Multi-Komponenten-Programm**, welches **umfassend** die relevanten Aspekte in Bezug auf den Übergangsprozess aufgreift. Diese Inhalte wurden sowohl von den Expert*innen und Eltern, als auch den

Schüler*innen als bedeutsam für ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase genannt. Weiterhin zeigen die empirischen Befunde hinsichtlich des Übergangs in die Sekundarstufe I, dass die fokussierten Inhalte relevant sind und von dem Programm dementsprechend abgedeckt werden.

In der vierten Jahrgangsstufe soll über das Modul zur **Transitionskompetenz** der Übergangsprozess für alle Beteiligten möglichst transparent gestaltet werden. Dabei werden Kommunikation und Kooperation mit der weiterführenden Schule aufgebaut und die Schüler*innen reflektieren ihre Erwartungen und Wünsche an die neue Schule. Weiterhin wird in diesem Modul der Entscheidungsprozess für eine weiterführende Schule in Kombination mit dem Eltern-Kind-Modul begleitet und der Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen verbessert. Außerdem sollen die Ressourcen der Schüler*innen aktiviert und die Resilienz gestärkt werden. Die Transitionskompetenz wird überdies durch die Förderung der Selbstverantwortung gefördert. In diesem Zusammenhang werden Zeitmanagement- und Selbstorganisationsstrategien sowie Arbeits- und Lerntechniken thematisiert. Im fünften Schuljahr werden im Modul Transitionskompetenz zusätzlich der Übergangsprozess reflektiert und der Umgang mit Belastungen nach dem Übergang bearbeitet sowie die Anpassung an neue Tagesabläufe unterstützt.

Im Modul **Stressbewältigung** werden Wissen zum Thema Stress vermittelt und die Schüler*innen angeleitet ihre Stressverarbeitungsstrategien zu flexibilisieren und dabei adaptive Strategien auszubauen und maladaptive Strategien abzubauen. Diese Strategien werden im (Schul-)Alltag angewendet und über Aufgaben im Logbuch vertieft. Außerdem wird auf Barrieremanagementstrategien eingegangen.

Das Modul **sozial-emotionale Kompetenz** sieht vor, über Übungen die Hilfsbereitschaft sowie Teamarbeit zu verbessern und den Schüler*innen zu vermitteln, wie sie adäquat um Unterstützung bitten und diese Hilfe auch annehmen. Außerdem werden in dem Modul die Selbst- und Emotionsregulationsstrategien der Schüler*innen reflektiert und ggf. verbessert. Hinsichtlich der **Entspannung** werden den Schüler*innen verschiedene Entspannungsformen wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR), Fantasiereisen (Imaginationsübungen) sowie Kurzformeln vorgestellt und z.B. über Übungen im Logbuch im Alltag angewendet.

Von vereinzelten Expert*innen wurden außerdem noch die Themen Ernährung, Bewegung und Medienkompetenz als mögliche Inhalte für das Gesundheitsförderungsprogramm vorgeschlagen, allerdings sind diese Themen **nicht übergangsspezifisch** und es existieren bereits verschiedene gesundheitsförderliche Maßnahmen mit diesen Inhalten, weshalb diese nicht in den aktuellen Konzeptionsentwurf aufgenommen wurden. Das folgende Zitat einer Expertin aus Teilstudie I verdeutlicht noch einmal, dass die psychische Gesundheit der Schüler*innen in der Übergangsphase eine hohe Bedeutung hat.

> *„Ich glaube das aller **Wichtigste ist tatsächlich die psychische Gesundheit**. Ich glaube in den ersten Wochen über Ernährung und Bewegung zu sprechen ist zweitrangig. Kann man machen, aber ich glaube tatsächlich wichtiger ist, die Kinder erstmal **ankommen, reden können, sich kennenlernen** können, den Ort kennenlernen können"* (Interview Experte C, A. 46).

Insgesamt werden in dem Programm u.a. **Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie** wie z.B. Rollenspiele, Modelllernen, positive Selbstinstruktionen und Selbstmanagement und verhaltensbezogene Hausaufgaben im Logbuch zur Verbesserung des Alltagstransfers angewendet. Die Vermittlung der Inhalte erfolgt zudem über **interaktive Methoden** und die Einheiten enthalten **Spiele** und **Bewegungspausen**, die die Motivation und Aufmerksamkeit der Schüler*innen fördern, was insbesondere den Bedürfnissen der Schüler*innen entspricht. Weiterhin basiert das Programm auf dem **salutogenetischen Ansatz**, welcher die Ressourcen der Schüler*innen fokussiert **anstatt angst- oder problembasiert** zu arbeiten. Dies wurde ebenfalls von den Expert*innen, Eltern und Schüler*innen hervorgehoben.

Trainer*in. Als Vermittler*innen des Programms werden **externe qualifizierte Fachkräfte** vorgesehen, die nicht im regulären Unterrichtsgeschehen involviert sind, um eine mögliche bestehende negative Verbindung der Schüler*innen mit den Lehrkräften oder der Schule zu verhindern, die sich ungünstig auf die Vermittlung des Programms auswirken könnte. Vorgeschlagen wurde außerdem die Durchführung des Programms durch eine **Schulgesundheitsfachkraft**, die zum einen bereits im schulischen Setting etabliert, aber gleichzeitig nicht im regulären Unterricht tätig ist. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass aktuell nur an wenigen Schulen Schulgesundheitsfachkräfte zur Verfügung stehen. Ferner äußerten die Lehrkräfte den Wunsch an dem Programm teilzuhaben, um die Inhalte in den Schulalltag transferieren zu können. Daher kann nach Absprache mit dem jeweiligen Trainer*innen in einzelnen Einheiten die Klassenlehrkraft teilnehmen. Auch die Literatur legt nahe, dass die Inhalte von den Lehrkräften besser im schulischen Alltag aufgegriffen werden können, wenn diese bei den Trainingssitzungen anwesend sind. Darüber hinaus betonten die Expert*innen die Relevanz der Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Dabei könne z.B. der Einbezug der **Schulsozialarbeiter*innen** zielführend sein, da diese aktuell bereits in Teilbereichen in den Übergangsprozess involviert sind. Weiterhin sollte vor dem Training eine **Schulung der Trainer*innen** zur Vorbereitung erfolgen.

Elternbeteiligung. Sowohl die empirischen Befunde als auch die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse weisen darauf hin, dass die **Beteiligung der Eltern** an einem Gesundheitsförderungsprogramm **sehr bedeutsam** ist. Insbesondere der Alltagstransfer wird durch die Elternbeteiligung verstärkt. Daher enthält das vorliegende Konzept, neben **Elternabenden** zur Information hinsichtlich des Programms, jeweils für den Primar- und Sekundarstufenteil ein **Eltern-Kind-**

Modul, welches die Eltern und Schüler*innen **gemeinsam schult**. Das Eltern-Kind-Modul findet im vierten Jahrgang vor der Übergangsempfehlung statt, um die Eltern für die übergangsbezogenen Belastungen zu sensibilisieren, die z.B. mit der Übergangsempfehlung im Zusammenhang stehen können. In der Teilstudie I wurden bereits die Barrieren im Zusammenhang mit der Elternbeteiligung diskutiert, es wurde trotzdem ein Eltern-Kind-Modul in die Konzeption aufgenommen und die möglichen Barrieren müssen bei der Umsetzung berücksichtigt werden.

Peer-Education. Das Konzept des Gesundheitsförderungsprogramms ermöglicht es, einen Peer-Education-Ansatz bei der Umsetzung des Programms einzubeziehen, Dies wurde von allen interviewten Perspektiven als **förderlich** beschrieben. Zudem weisen empirische Befunde darauf hin, dass die Vermittlung durch Gleichaltrige eine gute Akzeptanz sowie Wirksamkeit aufweist. Der **Multiplikator*innenansatz** ermöglicht, dass z.B. die Fünftklässler*innen ihre Erfahrungen während des Übergangsprozesses an jüngere Schüler*innen weitergeben können und dabei ein besonderes Verständnis für z.B. die Belastungen des Übergangs haben. Weiterhin fördert dieser Ansatz insbesondere die **sozial-emotionalen Kompetenzen** der Multiplikator*innen. Die Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zeigten allerdings ebenfalls Barrieren auf, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen. Die Auswahl der Multiplikator*innen sollte in Zusammenarbeit mit den Lehrer*innen erfolgen, um sicherzustellen, dass geeignete Schüler*innen gewählt werden. Außerdem erfordert die Ausbildung der Multiplikator*innen sowie die Umsetzung des Ansatzes personelle Ressourcen, da bei möglichen Herausforderungen oder Konflikten die Multiplikator*innen Unterstützung benötigen und während der Durchführung begleitet werden müssen.

Kernbotschaft

Der Konzeptionsentwurf für das Gesundheitsförderungsprogramm **„Schulwechsel Ahoi“** erfüllt im Wesentlichen die Kriterien für eine erfolgreiche Umsetzung von schulbasierten Gesundheitsförderungsprogrammen. Das Programm ist theoretisch fundiert und verfolgt eindeutige Ziele, die bei der Durchführung explizit fokussiert werden. Zudem ist eine Manualisierung vorgesehen, die eine vollständige Durchführung und Programmtreue sicherstellt. Das Programm wird langfristig umgesetzt und umfasst die für die Übergangsphase relevanten Themen, die über verhaltenstherapeutische sowie interaktive Methoden von qualifizierten und geschulten Fachkräften vermittelt werden. Der Übergangsprozess wird durch das Programm fortlaufend begleitet und dabei die spezifischen Entwicklungsaufgaben der Schüler*innen berücksichtigt. Außerdem liegt der Fokus auf der Förderung von personalen Ressourcen/Kompetenzen wie der Transitions-, Stressverarbeitungs- und sozial-emotionalen Kompetenzen. Weiterhin wird durch das Gesundheitsförderungsprogramm eine Veränderung der Schulkultur über die Übergangsthematik hinaus angestrebt. Lediglich das Kriterium hinsichtlich der Kombination von universeller und selektiver Prävention wird nicht erfüllt, da es sich um ein universelles Gesundheitsförderungsprogramm handelt.

5 Teilstudie II: Kommunikative Validierung

Die zweite Teilstudie dieses Promotionsvorhabens hatte zum Ziel, das aus den Ergebnissen der Teilstudie I entwickelte, schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I mittels einer Fokusgruppe kommunikativ zu validieren. Nachfolgend wird zunächst die Fragestellung und die Stichprobe beschrieben und die Ergebnisse der Fokusgruppe dargestellt sowie diskutiert.

5.1 Fragestellungen

Der qualitativen Teilstudie II lag eine Fragestellung zu Grunde, die der kommunikativen Validierung des Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I, mittels einer Fokusgruppe diente.

Fragestellung

- Wie bewerten die Expert*innen des schulischen Settings den Konzeptionsentwurfes des Gesundheitsförderungsprogramms und welche Modifikationsansätze werden von den Expert*innen vorgeschlagen?

Abbildung 79: Fragestellung Teilstudie II.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe für die Teilstudie II wurde an einer der vier Schulen in Flensburg generiert, die schon an Teilstudie I beteiligt waren. Ursprünglich war geplant, in Teilstudie II zwei Fokusgruppen mit Expert*innen des schulischen Settings zur kommunikativen Validierung des Konzeptionsentwurfs durchzuführen. Eine in der Primar- und eine in der Sekundarstufe I, allerdings konnte aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen lediglich die Fokusgruppe in der Grundschule (Schule B) wie geplant umgesetzt werden. An der Fokusgruppe nahmen fünf Expert*innen (eine stellvertretende Schulleitung, eine Lehrkraft, zwei Schulsozialarbeiter*innen und eine Schulgesundheitsfachkraft) teil, die bereits an den Einzelinterviews bzw. der Fokusgruppe in Teilstudie I teilgenommen hatten. Dabei war bei der Auswahl der Expert*innen ausschlaggebend, dass sie bereits an der Teilstudie I teilgenommen hatten, um eine kommunikative Validierung der Ergebnisse zu gewährleisten. Bei der Ansprache der Expert*innen fungierte die Schulgesund-heitsfachkraft erneut als Gatekeeper. Alle Interviewteilnehmende der Fokusgruppe waren weiblich und das Alter der Expert*innen wurde nicht erhoben. Die Fokusgruppe fand im Oktober 2020 in Präsenz in einem Klassenraum in der Schule statt und neben den Expertinnen und der Forscherin war eine wissenschaftliche Hilfskraft für die Dokumentation anwesend. Die Fokusgruppe dauerte 40:17 Minuten und die Tabelle 28 gibt einen Überblick über die Stichprobe der Teilstudie II.

Tabelle 28: Sample der Teilstudie II.

Proband	Geschlecht	Schule	Beruf	Interviewdauer
Fokusgruppe (5 Personen)	weiblich	Schule B	Schulleitung, Lehrkraft, Schulsozial-arbeit, Schulgesund-heitsfachkraft	40:17 Minuten

5.3 Auswertungsverfahren

Zunächst wurde abgeleitet aus den Ergebnissen der Teilstudie I ein Entwurf für ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und anhand einer Fokusgruppe kommunikativ validiert. Dazu wurden unter der Fragestellung *„Wie bewerten die Expert*innen das Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I und welche Modifikationsansätze werden gegeben?*“ drei Auswertungsfragen formuliert und die Transkripte mittels der induktiven Kategorienbildung ausgewertet. Ziel war es aus den Interviews Kategorien zu bilden, die konkrete Anhaltspunkte für die Verbesserung des Gesundheitsförderungsprogramms zu enthalten. Das erste Selektionskriterium bezog sich auf den Gesamteindruck des Programms sowie die Inhalte und die Rahmenbedingungen, das zweite auf die Umsetz- und Integrierbarkeit im schulischen Alltag und die dritte Auswertungsfrage hatte zum Ziel mögliche Barrieren und deren Bewältigung aus Sicht der Expert*innen zu explorieren. Es wurde für die Fragestellung ebenfalls ein niedriges bis mittleres Abstraktionsniveau bestimmt, um möglichst alle relevanten Informationen aus dem Material zu extrahieren. Die inhaltsanalytischen Regeln der Teilstudie II sind in Tabelle 29 dargestellt.

Tabelle 29: Inhaltsanalytische Regeln der Hauptfragestellung.

Forschungsfrage	Wie bewerten die Expert*innen das Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I und welche Modifikationsansätze werden gegeben?
Auswertungsfrage 1	Wie beurteilen die Expert*innen die Rahmenbedingungen und die Inhalte?
Selektionskriterium	Hinweise auf den Aufbau des Programms, den zeitlichen Rahmen, die Integration in den Schulalltag, die Durchführbarkeit, die Inhalte und den Einbezug von Eltern und Lehrer*innen
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit den Rahmenbedingungen sowie den Inhalten und der Durchführbarkeit in der Schule im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 2	Wie beurteilen die Expert*innen die Umsetzbar- und Integrierbarkeit in den Schulalltag und welche Anpassungen sollten vorgenommen werden?

Selektionskriterium	Hinweise auf die Umsetzung und Integration des Programms in den Schulalltag und mögliche Anpassungen
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit der Umsetzung und Integrierbarkeit des Programms in den Schulalltag im Zusammenhang stehen
Auswertungsfrage 3	Welche Barrieren gibt es aus Sicht der Expert*innen bei der Umsetzung des Programms?
Selektionskriterium	Hinweise auf Hindernisse/Herausforderungen bei der Umsetzung des Programms und Veränderungswünsche
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Umsetzung des Programms in der Schule erschweren und wie diese angepasst werden könnten

5.4 Ergebnisse Teilstudie II

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie II dargestellt. Zur kommunikativen Validierung des Konzeptionsentwurfs für das Gesundheitsförderungsprogramms wurde eine Fokusgruppe mit Expert*innen durchgeführt. Zunächst wird der Programmentwurf dargestellt und anschließend wird ein Überblick über das induktiv gebildete Kategoriensystem der Fokusgruppe gegeben und anhand der Auswertungsfragen die induktiv gebildeten Kategorien, die zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden, dargestellt. Dabei werden die gebildeten Kategorien anhand von Zitaten aus den Interviews belegt. Die Belege enthalten die anonymisierten Angaben zur Herkunft des Zitates. Die Probanden wurden mit Buchstaben (z.B. Experte A) codiert und es wurde jeweils die Absatznummer aus dem Transkript angegeben.

Unter der Fragestellung *„Wie bewerten die Expert*innen des schulischen Settings den Konzeptionsentwurfes des Gesundheitsförderungsprogramms und welche Modifikationsansätze werden von den Expert*innen vorgeschlagen?* wurde der Konzeptionsentwurf für die Primarstufe mit einer Expert*innenfokusgruppe kommunikativ validiert. Der Entwurf für die Sekundarstufe konnte aufgrund der COVID-19-bedingten Einschränkungen nicht kommunikativ validiert werden. Vor der Fokusgruppe wurde den Expert*innen der Entwurf in Form einer Präsentation zugeschickt und vor dem Interview von der Autorin kurz vorgestellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fokusgruppe gegliedert nach drei Auswertungsfragen vorgestellt und dabei die induktiv gebildeten Kategorien sowie Hauptkategorien grafisch abgebildet.

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, zu explorieren, wie die Expert*innen die Rahmenbedingungen und die Inhalte des Konzeptionsentwurfs für das Gesundheitsförderungsprogramm beurteilen. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die

Kategorien anhand von zwei Hauptkategorien (Rahmenbedingungen und Inhalte) zusammengefasst (s. Abb. 80).

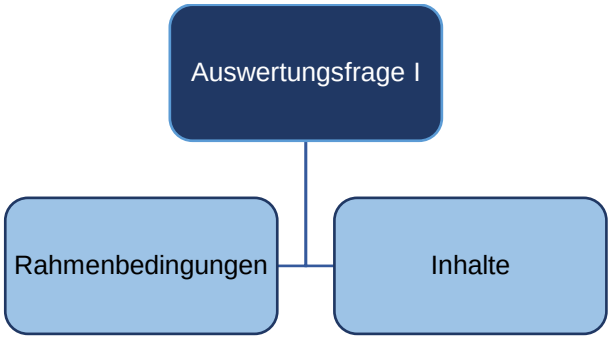


Abbildung 80: Hauptkategorien Auswertungsfrage I.

Rahmenbedingungen. Unter der Hauptkategorie Rahmenbedingungen wurden sieben induktive Kategorien zusammengefasst, die in der Abbildung 81 aufgeführt werden.

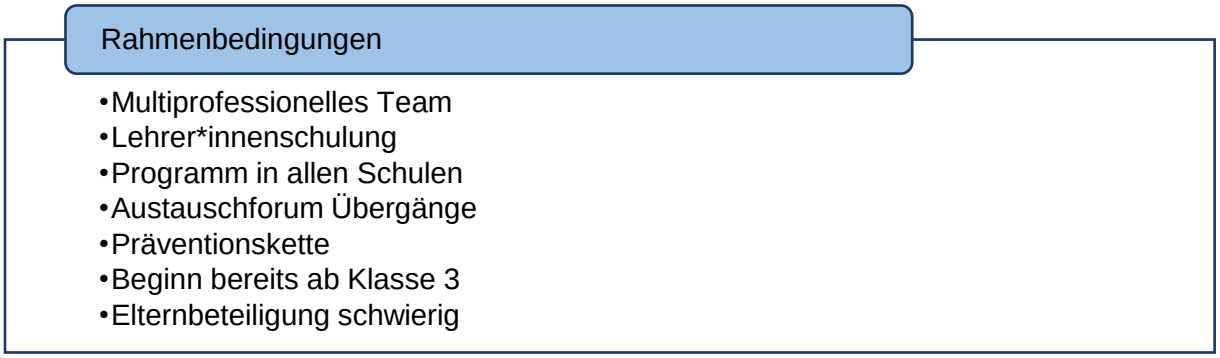


Abbildung 81: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen des Programms war es für die Expert*innen in der Fokusgruppen wesentlich, dass die Durchführung in einem **multiprofessionellen Team** (Schulgesundheitsfachkraft, Schulsozialarbeit und Lehrer*innen) erfolge und die Lehrer*innen ebenfalls mit einbezogen werden. Zum einen sollten die Lehrer*innen insbesondere die Klassenlehrkräfte die Möglichkeit bekommen **an den Sitzungen teilzunehmen** und zum anderen wäre eine **Lehrer*innenschulung** hinsichtlich des Programms wünschenswert, damit über die Lehrer*innen die **Implementierung der Inhalte in den Schulalltag** besser gelänge, indem die Lehrer*innen im Unterricht Bezug auf die Inhalte nähmen.

> *„Weil das die Kinder auch merken,* ***ok das funktioniert und das nicht nur in diesem Moment****, wo das einmal im Modul gemacht wird, sondern wenn man als Lehrkraft den Eindruck hat "Oh jetzt ist grade wieder so eine Aufregung". Und komm mal jetzt könnten wir diese und dann macht man das einfach mit denen.* ***Damit es für die erfahrbar ist.*** *Dazu brauche ich aber die Infos dazu*“ (Fokusgruppe, B5, A. 39).

Weiterhin wünschten sich die Expert*innen, dass das Programm möglichst an allen Grundschulen und weiterführenden Schulen umgesetzt würde und nach einer Pilotphase möglichst schnell verbreitet wird, um einheitlichere Konzepte für den Übergang bereitzustellen.

> *„Naja ganz toll wäre, wenn wir schnipsen können und dieses Programm hat jeder, jede Grundschule, jede weiterführende Schule und wenn man dann in die nächste weiterführende Schule, die Kinder kommen da rein und* ***alle in der Klasse kennen das Programm. Das wäre natürlich ein Traum.*** *Das geht so natürlich nicht, aber das das nach der Probezeit, wenn wir die hier haben,* ***schnell rausgetragen wird****"* (Fokusgruppe, B1, A. 84).

In diesem Zusammenhang merkten die Expert*innen außerdem an, dass das Programm dazu beitragen könne, dass ein **Austauschforum zum Thema Übergang** z.B. auf kommunaler Ebene für alle Beteiligten eingerichtet würde, da dieser Art des Austausches bisher nicht vorhanden, aber von wesentlicher Bedeutung sei. Durch ein solches Forum ließe sich auch die Umsetzung des Programms bzw. die Integration der Inhalte in eine **Präventionskette** umsetzen, was von den Expert*innen als sehr vorteilhaft bewertet wurde. Dabei bestünde die Möglichkeit die Inhalte **nachhaltiger zu verankern,** indem früher (ab Kindergarten) an den Themen gearbeitet würde als wenn erst in der vierten Klasse begonnen wird an der psychischen Gesundheit der Schüler*innen zu arbeiten.

> *„Also ich weiß ja, dass das Konzept jetzt gedacht ist für vier und fünf. Prinzipiell wenn man das jetzt ganz groß denkt und man einfach das immer schon bedenkt auch* ***ab Kindergarten schon am besten mitdenkt****. Wäre es natürlich am einfachsten zu zeigen, was man eigentlich damit bewirken möchte und das dem Kind das gut tut (…)"* (Fokusgruppe, B4, A. 27).

Weiterhin wurde vor diesem Hintergrund hinsichtlich der Rahmenbedingungen von den Expert*innen vorgeschlagen das Programm **bereits am Ende der dritten Klasse zu beginnen** bzw. vor den Sommerferien insbesondere an die Eltern schon Information weiterzugeben, damit während der Sommerferien eine Vorbereitung auf das Programm stattfinden könne. Die Expert*innen äußerten, dass sie die Eltern in der Übergangsphase häufig als sehr angespannt erlebten und sich dies auf die Kinder übertrage. Daher hielten sie es für wichtig, die Eltern vorab zu informieren und darüber eine Entspannung der Situation zu erreichen.

> „Also müsste es eigentlich **vorher ansetzen.** Eigentlich müsste es Ende Klasse drei ansetzen. (alle stimmen zu). Dass, wenn Sie in Klasse vier gehen diese also das das vorgeschaltet ist praktisch. Das man diese vor der Arbeit mit den Kindern, **dass man vorher die Eltern entspannt, damit die Kinder da anders rangehen"** (Fokusgruppe, B5, A. 30).

Überdies wurde in Bezug auf die Rahmenbedingungen von den Expert*innen angemerkt, dass sie die Umsetzung des **Eltern-Kind-Moduls** aus verschiedenen Gründen (z.B. Sprachbarrieren, berufliche Situation, Desinteresse, negative Erfahrungen mit der Schule) **schwierig** sei.

Inhalte. Unter der Hauptkategorie Inhalte wurden zwei induktive Kategorien zusammengefasst, die in der Abbildung 82 aufgeführt werden.



Abbildung 82: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

Bezüglich der Inhalte des Programms bewerteten die Expert*innen die vorgestellte Kombination der Programminhalte als passend sowie relevant für die Übergangsphase und eine Expert*in äußerte dies wie folgt: „Aber ich schließe mich dem an. Also ich finde auch, dass die **Inhalte schon sehr ins Schwarze treffen.** Auch, was die Kinder weiterbringen würde und auch was mit Bedacht wird, dass Stressbewältigung alleine ja auch nicht das gleiche ist, wie Entspannung, sondern dass sich das eben ergänzt“ (Fokusgruppe, B4, A.8).

Zusätzlich hoben die Expert*innen hervor, dass es in dem Modul Transitionskompetenz von Bedeutung sei, dass die **Informationsveranstaltungen** der weiterführenden Schulen mit den Schüler*innen und Eltern **reflektiert** werden, da die Schüler*innen auf diesen Veranstaltungen viele Eindrücke vermittelt kämen, die eingeordnet werden müssten, um den Entscheidungsprozess zu unterstützen.

Kasten 36: Fazit Auswertungsfrage I.

Fazit Auswertungsfrage I „Rahmenbedingungen und Inhalte“

Insgesamt bewerteten die Expert*innen die Rahmenbedingungen und die Inhalte des Gesundheitsförderungsprogramms als passend und relevant für die Zielgruppe. Die Expert*innen wünschten sich im Zusammenhang mit dem Programm ein Austauschforum zum Thema Übergang und würden die Umsetzung der Inhalte in eine Präventionskette einbetten, die bereits im Kindergarten mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen beginnt, um die Inhalte zu verstätigen. Außerdem wurde vorgeschlagen bereits am Ende der 3. Klasse über das Programm zu informieren. Zudem sollten die Lehrer*innen hinsichtlich des Programms geschult werden und die Umsetzung in einem multiprofessionellen Team erfolgen. Die Umsetzung der Elternbeteiligung wurde von den Expert*innen als sehr herausfordernd bewertet.

Auswertungsfrage II. Die zweite Auswertungsfrage *„Wie beurteilen die Expert*innen die Umsetzbar- und Integrierbarkeit in den Schulalltag und welche Anpassungen sollten vorgenommen werden?“* beinhaltete fünf Kategorien, die nicht zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden.

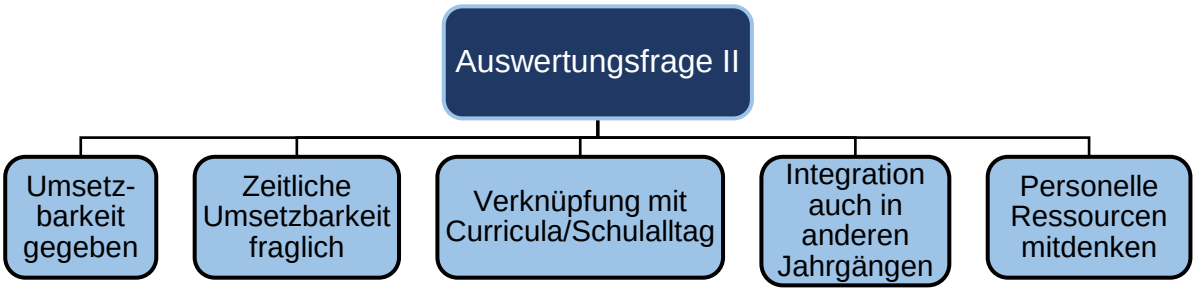


Abbildung 83: Kategorien der Auswertungsfrage II.

Hinsichtlich der Umsetzbar- und Integrierbarkeit des Gesundheitsförderungsprogramms in den Schulalltag bewerteten die Expert*innen diese als **gegeben** und konnte sich eine **Umsetzung in der Schule vorstellen.** Sie gaben allerdings zu bedenken, dass die **zeitliche Umsetzbarkeit** aufgrund des Umfangs **in Frage gestellt** werden könne, da die Stundenpläne bereits sehr voll seien und während der COVID-19-Pandemie zudem viel Unterricht ausgefallen sei, sodass zunächst diese Ausfälle bei den regulären Inhalten kompensiert werden müssten. In diesem Zusammenhang schlugen die Expert*innen vor, die Inhalte des Programms mit den **regulären Curricula in den Fächern zu verknüpfen** und möglichst im **Schulalltag zu verankern**, um eine Umsetzbarkeit möglich zu machen. Dabei wurde überdies vorgeschlagen das Programm bzw. die Inhalte auch auf andere Jahrgänge auszuweiten, um die Präsenz im Schulalltag zu erhöhen und für die gesamte Schule nutzbar zu machen.

> „Gut wäre da vielleicht ja auch, wenn es sich irgendwann so **verselbstständigt**, dass in den Jahrgängen da drüber ich meine die Themen sind ja **nicht nur relevant jetzt für den Übergang**, sondern dass man auch eine **Rechtfertigung** daraus gewinnt, dass die Kinder da in ihrer ganzen Schullaufbahn oder auch ganzen Lebenszeit ja von profitieren. Das solche Dinge wie ein Logbuch mit genau solchen Inhalten zu führen einfach auch Teil sein kann in ganz anderen Bereichen (…)“ (Fokusgruppe, B4, A. 17).

Außerdem müssten personelle Ressourcen an den Schulen bei der Umsetzung des Programms mitgedacht werden, da nicht alle Schulen über eine Schulgesundheitsfachkraft oder eine eigene Schulsozialarbeit verfüge.

Kasten 37: Fazit Auswertungsfrage II.

Fazit Auswertungsfrage II „Umsetzbar- und Integrierbarkeit“

Insgesamt wurde die Umsetzbar- und Integrierbarkeit des Programms von den Expert*innen als gegeben angesehen, es wurde allerdings angemerkt, dass sich aufgrund des zeitlichen Umfangs oder fehlender personeller Ressourcen Schwierigkeiten ergeben könnten. Um die Umsetzung bestmöglich zu gewährleisten würden die Expert*innen das Programm mit den regulären Curricula der Fächer verknüpfen.

Auswertungsfrage III. Die dritte Auswertungsfrage *„Welche Barrieren gibt es aus Sicht der Expert*innen bei der Umsetzung des Programms?*“ beinhaltete vier Kategorien, die nicht zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden (s. Abb. 84).

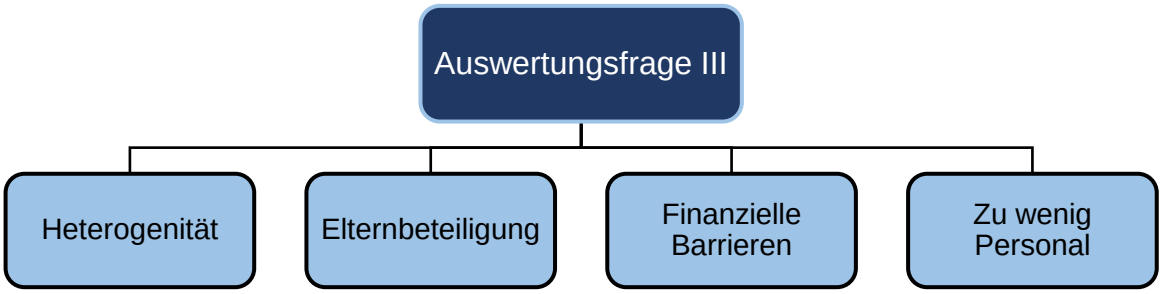


Abbildung 84: Kategorien der Auswertungsfrage III.

Als Barrieren bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms wurden von den Expert*innen die **Heterogenität** der Schüler*innen insbesondere hinsichtlich der **Sprachkenntnisse** sowie die **Elternbeteiligung** genannt. Die Materialien und die Informationsschreiben müssten bestenfalls in mehreren Sprachen zur Verfügung stehen, um speziell die Eltern zu erreichen, die über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügten.

> *„Und dann sind da auch wieder die **Sprachbarrieren.** Also wir erleben das ja, dass wir ganz viele Kinder auch im Regelunterricht jetzt nicht nur abgesehen im DAZ-Zentrum, dass wir viele Eltern haben, die einfach der deutschen Sprache nicht mächtig sind und da müsste dann tatschlich dann irgendein Dolmetscher mit bedacht sein oder so für solche, damit sie dann kommen. Also das der **Brief dann auch in der Sprache** an die gerichtet ist. Das grade die **Eltern dann auch dabei sind**“* (Fokusgruppe, B5, A. 23).

Weiterhin müsse bedacht werden, dass **finanzielle Aspekte** wie z.B. Anschaffungskosten für Materialien sowie **zu wenig verfügbares und qualifiziertes Personal** Barrieren bei der Umsetzung des Programms sein könnten.

Kasten 38: Fazit Auswertungsfrage III.

Fazit Auswertungsfrage III „Barrieren“

Die wesentlichen Barrieren bei der Umsetzung des Programms waren die Heterogenität der Schüler*innen und Eltern insbesondere hinsichtlich der Sprachkenntnisse sowie die Elternbeteiligung. Weiterhin müssten finanzielle und personelle Ressourcen bei der Umsetzung als mögliche Barrieren mitgedacht werden.

5.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie II

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie II in den theoretischen Hintergrund eingeordnet und diskutiert. Hierzu werden die Ergebnisse der kommunikativen Validierung gegliedert nach den Auswertungsfragen diskutiert. Eine übergreifende Diskussion über alle drei Teilstudien erfolgt in Kapitel 7.

Zur Beantwortung der Fragestellung der Teilstudie II *„Wie bewerten die Expert*innen des schulischen Settings den Konzeptionsentwurfes des Gesundheitsförderungsprogramms und welche Modifikationsansätze werden von den Expert*innen vorgeschlagen?“* wurde eine Fokusgruppe mit fünf Expert*innen (eine stellvertretende Schulleitung, eine Lehrkraft, zwei Schulsozialarbeiter*innen und eine Schulgesundheitsfachkraft) durchgeführt und anhand der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2022) ausgewertet. Nachfolgend werden die Ergebnisse anhand der Auswertungsfragen und in Ergänzung zu der Ergebnisdiskussion der Teilstudie I diskutiert.

Rahmenbedingungen und Inhalte. Insgesamt bewerteten die Expert*innen die Rahmenbedingungen und die Inhalte des vorgestellten Gesundheitsförderungsprogramms als passend und relevant für die Zielgruppe. Die Expert*innen wünschten sich im Zusammenhang mit dem Programm ein Austauschforum zum Thema Übergang und würden die Umsetzung der Inhalte in eine Präventionskette einbetten, die bereits im Kindergarten mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen beginnt, um die Inhalte zu verstätigen. Außerdem wurde vorgeschlagen, bereits am Ende der 3. Klasse über das Programm zu informieren. Zudem sollten die Lehrer*innen hinsichtlich des Programms geschult werden und die Umsetzung in einem multiprofessionellen Team erfolgen. Die Umsetzung der Elternbeteiligung wurde von den Expert*innen als sehr herausfordernd bewertet. Die Befunde und Ableitungen aus der Teilstudie I wurden durch die kommunikative Validierung bestätigt und die Expert*innen sahen ihre Schilderungen und deren Interpretation durch den Konzeptionsentwurf sehr gut abgebildet.

Umsetzbar- und Integrierbarkeit. Insgesamt wurde die Umsetzbar- und Integrierbarkeit des Programms von den Expert*innen als gegeben angesehen, es wurde allerdings angemerkt, dass sich aufgrund des zeitlichen Umfangs oder fehlender personeller Ressourcen

Schwierigkeiten ergeben könnten. Dies bestätigt erneut die Befunde aus der Teilstudie I, die ebenfalls finanzielle, zeitliche und personelle Aspekte als Barrieren bei der Umsetzung des Programms nannten. Um die Umsetzung bestmöglich zu gewährleisten, würden die Expert*innen das Programm mit den regulären Curricula der Fächer verknüpfen. Auch in diesem Zusammenhang wurden die Befunde aus der Teilstudie I sowie der Literatur zur schulischen Gesundheitsförderung bestätigt, welche nach dem aktuellen Stand der Forschung nahelegen, dass Programme, die in den schulischen Curricula verankert sind, über eine erhöhte Wirksamkeit verfügen.

Barrieren. Die wesentlichen Barrieren bei der Umsetzung des Programms waren die Heterogenität der Schüler*innen und Eltern insbesondere hinsichtlich der Sprachkenntnisse sowie die Elternbeteiligung. Dies deckt sich mit den Befunden aus der Teilstudie I, die ebenfalls deutlich machten, dass bei der Konzeption des Programms insbesondere die Heterogenität der Schüler*innen berücksichtigt und die Materialien für verschiedene Leistungsniveaus differenzierbar sein sollten. Außerdem machten die Expert*innen auf Sprachbarrieren speziell bei den Eltern aufmerksam, die ebenfalls eine Barriere sein könnten. Unter den Schüler*innen der betreffenden Schulen, fand sich ein hoher Anteil an Schüler*innen mit Migrationshintergrund und die Eltern verfügten häufig nicht über ausreichende Deutschkenntnisse, um z.B. die Informationsschreiben zu einem Gesundheitsförderungsprogramm und die dazugehörigen Materialien zu verstehen. Bestenfalls müssten die Materialen in mehreren Sprachen vorliegen, um diesen Barrieren entgegenzuwirken. Es muss allerdings diskutiert werden, ob zeitliche und personelle Ressourcen mit entsprechenden Sprachkenntnissen zur Verfügung stehen, um dies zu gewährleisten. Bei Informationsschreiben in deutscher Sprache, sollten diese in leichter Sprache formuliert sein, um das Verständnis sowohl den Schüler*innen als auch den Eltern zu erleichtern. Weiterhin müssten finanzielle und personelle Ressourcen bei der Umsetzung als mögliche Barrieren berücksichtigt werden. Speziell der Sozialraum, in dem sich die einbezogenen Grundschulen befanden, ist durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Haushalten mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status geprägt (27,3% Personen im Leistungsbezug des SGB II, III und XII), es liegen eine überdurchschnittliche Arbeitslosenquote (10,6%) und ein überdurchschnittlicher Anteil an Personen mit Migrationshintergrund (38,9%) vor (Stadt Flensburg, 2021, S. 53). Hierauf wiesen die Expert*innen in der Fokusgruppe noch einmal hin und empfahlen, das Programm möglichst so zu konzipieren, dass für die Schüler*innen keine oder nur geringe Kosten entstünden. Auch die finanziellen Ressourcen der Schulen z.B. für die Anschaffung von Materialien müssen beachtet werden.

5.6 Fazit

Die Teilstudie II hat durch die kommunikative Validierung aufgezeigt, wie ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I aufgebaut sein und umgesetzt werden sollte sowie welche Inhalte besonders relevant sind. Zudem wurde der Konzeptionsentwurf mittels einer Fokusgruppe mit Expert*innen kommunikativ validiert. Dabei zeigte sich eine hohe Übereinstimmung der Bewertung der Expert*innen mit dem Entwurf und es wurden erneut wesentliche Barrieren diskutiert, die als Ausgangspunkt für weitere Modifikationen vor der praktischen Durchführung dienen können.

Das bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm „**Schulwechsel Ahoi** – Ein Gesundheitsförderungsprogramm für den Übergang in die Sekundarstufe I“ hat zum Ziel, die Transitionskompetenz der Schüler*innen zu fördern und die Stressverarbeitungskompetenzen zu verbessern, um den Schüler*innen einen flexibleren und günstigeren Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen zu ermöglichen. Außerdem soll das Programm die personalen Ressourcen, sozial-emotionale Kompetenz sowie die Selbstwirksamkeit der Schüler*innen stärken, um insgesamt die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I gesundheitsförderlich zu gestalten. Das Programm setzt sich aus zwei Teilen zusammen und begleitet die Übergangsphase vom Beginn des vierten Schuljahres bis zum Ende des ersten Halbjahres des fünften Schuljahres. Dabei liegt der Schwerpunkt im vierten Schuljahr auf der Vorbereitung des Übergangs und der Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien und im fünften Schuljahr auf Maßnahmen, die den Zusammenhalt in der neuen Klasse sowie die sozialen Kompetenzen der Schüler*innen stärken und die Stressverarbeitungskompetenzen weiter verbessern.

Für die Primarstufe enthält das Programm vier Module, die sich aus 12 Einheiten (90 Minuten pro Einheit) zusammensetzen. Im fünften Schuljahr werden die vier Module in acht Einheiten mit jeweils 90 Minuten im ersten Halbjahr umgesetzt. Dabei werden die Trainingssitzungen überwiegend im Klassenverband von einer qualifizierten Fachkraft umgesetzt und nach Absprache kann die Klassenlehrkraft ebenfalls an den Trainingssitzungen teilnehmen. Das Training wird in den Schulalltag integriert und während der Schulzeit durchgeführt, um eine möglichst hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten. Weiterhin enthält das Programm sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe ein Eltern-Kind-Modul, welches die gemeinsame Schulung von Schüler*innen und Eltern ermöglicht und dadurch die Effekte des Programms stabilisiert werden können. Es müssen allerdings die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Elternbeteiligung berücksichtigt werden. Das Gesundheitsförderungsprogramm beinhaltet in der Primar- und Sekundarstufe jeweils die vier Module Transitionskompetenz, Stressbewältigung, sozial-emotionale Kompetenz und Entspannung.

Auch der Abgleich mit relevanten Kriterien für die erfolgreiche Umsetzung von schulbasierten Gesundheitsförderungsprogrammen sowie mit dem aktuellen Stand der Forschung zum Übergang in die Sekundarstufe I ergab, dass das Gesundheitsförderungsprogramm die entsprechenden Kriterien weitestgehend erfüllt und die wesentlichen Inhalte in der Übergangsphase aufgegriffen sowie wichtige Kompetenzen gefördert werden. Die kommunikative Validierung durch die Fokusgruppe mit den Expert*innen ergab im Wesentlichen eine sehr gute Passung des Konzeptionsentwurfes an die Bedarfe und Bedürfnisse des schulischen Settings und wurde von den Expert*innen positiv beurteilt. Zudem wurde auf mögliche zeitliche, finanzielle und personelle Barrieren hingewiesen, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden sollten.

Darüber hinaus zeigte die Teilstudie II, dass unabhängig von der Übergangsthematik ein Bedarf an einer Vernetzung von Akteur*innen sowie der weiterführenden Diskussion hinsichtlich der Integration von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in die regulären Curricula und den Stellenwert solcher Maßnahmen im schulischen Alltag bestehe. Dies müsse allerdings vor allem auf übergeordneten Ebenen (z.B. Bildungsministerien) geschehen. Eine der bedeutsamsten Barrieren bei der Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung (allgemein und in der Übergangsphase) ist die fehlende Zeit aufgrund der vollen Stundenpläne und es erscheint sehr herausfordernd, zusätzliche Inhalte im schulischen Alltag unterzubringen. Daher müsse schulische Gesundheitsförderung ein regulärer und verbindlicher Bestandteil der Lehrpläne werden.

6 Teilstudie III: Erfassung sozial-emotionale Kompetenz

Die dritte Teilstudie hatte zum Ziel, ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Schüler*innen der Klassenstufen drei bis sechs zu entwickeln und dieses psychometrisch zu überprüfen. Im Rahmen von vier stufenweisen Testungen wurde das neu entwickelte Messinstrument (**SEMO**lino – **S**ozial-**emo**tionale Kompetenz von Kindern und Jugendlichen) in der Primarstufe (Klassen 3 und 4) sowie der Sekundarstufe I (Klassen 5 und 6) eingesetzt, geprüft und modifiziert. Die Items der ersten Version wurden anhand qualitativer Interviews einer Verständnisprüfung bei Dritt- und Fünftklässler*innen unterzogen und anschließend entsprechende Anpassungen vorgenommen. Die Zweite Version wurde Dritt- bis Sechstklässler*innen vorgelegt, wobei die Fünft- und Sechstklässler*innen eine Online-Version bearbeiteten. Anschließend wurde die zweite Version des Fragebogens hinsichtlich der Reliabilität und Validität untersucht sowie modifiziert. Diese modifizierte Version wurde Expert*innen zur Beurteilung zugesandt und anschließend mit den Expert*innen in Einzelinterviews diskutiert. Anhand dieser Ergebnisse wurden weitere Anpassungen vorgenommen und diese anschließend mit einer kleineren Expert*innengruppe kommunikativ validiert. Die fünfte Version des Fragebogens wurde einer größeren Stichprobe von Dritt- bis Sechstklässler*innen vorgelegt und die Ergebnisse reliabilitäts- und faktorenanalytisch ausgewertet. Abschließend wurden anhand der Befunde weitere Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen und im Rahmen dieser Promotion diskutiert.

6.1 Fragestellungen

Nachfolgend werden die Fragestellungen, die den einzelnen Untersuchungsteilen der Teilstudie III zugrunde lagen, vorgestellt. Die erste Version des Fragebogens (Teilstudie 3a) wurde mittels Einzelinterviews auf die Verständlichkeit der Items untersucht, wobei die folgenden Forschungsfragen fokussiert wurden:

Fragestellungen Teilstudie 3a

- Sind die einzelnen Items des Fragebogens für die Schüler*innen verständlich?
- Wie verstehen die Schüler*innen den Inhalt der Items, wenn sie diesen mit eigenen Worten wiedergeben müssen?
- Welche Modifikationen müssen aus Sicht der Schüler*innen vorgenommen werden, um die Verständlichkeit zu verbessern?

Abbildung 85: Fragestellungen Teilstudie 3a.

Bei der Überprüfung der zweiten Version des Fragebogens (Teilstudie 3b) mit dem Ziel einer ersten psychometrischen Prüfung, standen folgende Forschungsfragen im Mittelpunkt:

Fragestellungen Teilstudie 3b

- Sind die einzelnen Items des Fragebogens für die Schüler*innen verständlich?
- Wie reliabel sind die Subtests des Fragebogens?
- Kann durch den Fragebogen das Konstrukt „sozial-emotionale Kompetenz“ adäquat abgebildet werden?
- Welche Modifikationen müssen vorgenommen werden, um die Reliabilität und faktorielle Validität des Messinstrumentes zu erhöhen?

Abbildung 86: Fragestellungen Teilstudie 3b.

Im Rahmen der Teilstudie 3c wurden mittels qualitativer Expert*inneninterviews die modifizierte vierte Version des Fragebogens untersucht. Daran angeschlossen war eine kommunikative Validierung durch eine Fokusgruppe mit den Expert*innen. Dabei lagen der Teilstudie 3c folgende Fragestellungen zugrunde:

Fragestellungen Teilstudie 3c

- Wie beurteilen die Expert*innen den Fragebogen insgesamt sowie den Aufbau?
- Wie bewerten die Expert*innen die Abbildung des Konstrukts „sozial-emotionale Kompetenz“ des Fragebogens?
- Welche Modifikationen sollten aus Sicht der Expert*innen vorgenommen werden, um die Einsetzbarkeit und die psychometrische Güte des Messinstrumentes zu erhöhen?

Abbildung 87: Fragestellungen Teilstudie 3c.

Der Untersuchung der fünften Version des Fragebogens (Teilstudie 3d) lagen folgende Fragestellungen zugrunde:

Fragestellungen Teilstudie 3d

- Wie reliabel sind die Subtests des Fragebogens?
- Kann durch den Fragebogen das Konstrukt „sozial-emotionale Kompetenz“ adäquat abgebildet werden?
- Welche Modifikationen müssen vorgenommen werden, um die Reliabilität und faktorielle Validität des Messinstrumentes zu erhöhen?

Abbildung 88: Fragestellungen Teilstudie 3d.

6.2 Stichprobenbeschreibung

Die Teilstudie III setze sich aus vier Untersuchungsteilen (3a-3d) zusammen und die Stichproben der jeweiligen Untersuchungsteile werden nachfolgend beschrieben.

Teilstudie 3a. Die Stichprobe für die Teilstudie 3a wurde für die Grundschule in Zusammenarbeit mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) generiert und umgesetzt. Im Rahmen der Masterarbeit wurde insgesamt mit fünf Drittklässler*innen in Einzelinterviews der Fragebogen durchgegangen, um Verständnisschwierigkeiten aufzudecken. Dabei waren in der Stichprobe drei Jungen und zwei Mädchen, die zwischen acht und neun Jahren alt waren. Die Interviews fanden in einer Schule in Lübeck statt und wurden von der Masterandin durchgeführt (Staden, 2021). Für die Analyse des Fragebogens in der Sekundarstufe I wurden ebenfalls Einzelinterviews durchgeführt. Hierbei wurden insgesamt vier Fünftklässler*innen befragt. Davon waren zwei weiblich und zwei männlich und zwischen 10 und 11 Jahren alt. Alle Fünftklässler*innen besuchten dasselbe Gymnasium in Flensburg, aber nicht dieselbe Klasse. Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten die Interviews nicht in der Schule durchgeführt werden und fanden deshalb bei den Schüler*innen zu Hause statt. Die Tabelle 29 stellt die Stichprobe der Teilstudie 3a dar.

Tabelle 30: Stichprobe Teilstudie 3a.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	3. Klasse	5. Klasse	
weiblich	2	2	4
männlich	3	2	5
∑	5	4	9

Teilstudie 3b. Nach den Modifikationen anhand der Ergebnisse der Teilstudie 3a wurde der Fragebogen sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe I getestet. Die Umsetzung in der Primarstufe erfolgte über die Masterarbeit (Staden, 2021) an einer Grundschule in Lübeck. Dabei wurde das Informationsschreiben für die Befragung an 57 Schüler*innen des 3. Jahrgangs und 52 Schüler*innen des 4. Jahrgangs verteilt. Hier konnten insgesamt 58 Schüler*innen (53,21% Beteiligung) für die Befragung gewonnen und nach Bereinigung der Daten 46 Fragebogen in die Auswertung einbezogen werden. Es waren 28 Schüler*innen weiblich (60,87%), 17 männlich (36,96%) und ein*e Schüler*in gab divers (2,17%) als Geschlecht an. Von den 46 Schüler*innen waren 27 (58,7%) in der 3. und 19 (41,3%) in der 4. Klasse und im Durchschnitt waren die Schüler*innen 8,96 (SD=.87) Jahre alt (Staden, 2021, S.36). Die Erhebungen fanden in Form einer Gruppenerhebung während der Unterrichtszeit unter der Anleitung der Masterandin statt (Staden, 2021, S.40).

Tabelle 31: Stichprobe Teilstudie 3b Primarstufe.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	3. Klasse	4. Klasse	
weiblich	13 (48,15%)	15 (78,95%)	28 (60,87%)
männlich	13 (48,15%)	4 (21,05%)	17 (36,96%)
divers	1 (3,7%)	0	1 (2,17%)
∑	27 (58,7%)	19 (41,3%)	46

Die Stichprobe für die **Sekundarstufe I** setzte sich aus **zwei Teilstichproben** zusammen, die im Rahmen des Auswertungsprozesses zusammengeführt wurden. Die erste Teilstichprobe wurde an einem Gymnasium in Flensburg generiert. Aufgrund der COVID-19-Pandemie musste der Fragebogen für die Erhebung in eine Online-Variante überführt werden. Dabei konnte der Fragebogen von den Schüler*innen selbstständig zu Hause ausgefüllt werden. Der Link zu der Befragung wurde an den gesamten 5. (116 Schüler*innen) und 6. (146 Schüler*innen) Jahrgang des Gymnasiums weitergeleitet und es nahmen 23 Schüler*innen (8,78% Beteiligung) an der Befragung teil. Insgesamt konnten 22 Fragebogen in die Auswertung einbezogen werden. Von den 22 Schüler*innen waren 13 weiblich (59,1%) und 9 männlich (40,91%) und es besuchten 13 Schüler*innen die 5. Klasse (59,1%) und 9 die 6. Klasse (40,91%). Zudem waren die Schüler*innen durchschnittlich 11,18 (SD= .97) Jahre alt.

Tabelle 32: Stichprobe Teilstudie 3b Online-Stichprobe.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	5. Klasse	6. Klasse	
weiblich	9 (69,23%)	4 (44,44%)	13 (59,1%)
männlich	4 (30,77%)	5 (55,55%)	9 (40,91%)
∑	13 (59,1%)	9 (40,91%)	22

Die zweite Teilstichprobe wurde durch eine wissenschaftliche Hilfskraft an einer Gemeinschaftsschule in Leck generiert. Es wurden im 5. Jahrgang 64 Schüler*innen und im 6. Jahrgang 49 Schüler*innen mit dem Fragebogen angesprochen. Hier konnten 46 Schüler*innen (40,71% Beteiligung) an der Befragung teilnehmen, die zum Teil in Präsenz in der Schule stattfand und von der wissenschaftlichen Hilfskraft während der Unterrichtszeit angeleitet wurde. Zwei Klassen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Quarantäne. Daher wurde der Fragebogen den betreffenden Schüler*innen zusammen mit den anderen Unterlagen nach Hause geschickt und wurde dort selbstständig von den Schüler*innen ausgefüllt und wieder zurück an die Schule weitergeleitet. Insgesamt konnten nach der Datenbereinigung 40 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. Von diesen 40 Schüler*innen waren 28 weiblich (70%) und 12 männlich (30%). 20 Schüler*innen (50%) besuchten den 5. und 20 den 6. Jahrgang (50%). Im Durchschnitt waren die Schüler*innen 11,43 (SD =.81) Jahre alt.

Tabelle 33: Stichprobe Teilstudie 3b Sekundarstufe.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	5. Klasse	6. Klasse	
weiblich	13 (65%)	15 (75%)	28 (70%)
männlich	7 (35%)	5 (25%)	12 (30%)
∑	20 (50%)	20 (50%)	40

Die Online-Teilstichprobe (n=22) und die Teilstichprobe von der Gemeinschaftsschule in Leck (n=40) wurden im Rahmen des Auswertungsprozesses zusammengeführt, um die Stichprobengröße und die Stabilität der Auswertungen zu erhöhen. Die reliabilitäts- und faktorenanalytischen Auswertungen basierten auf der zusammengeführten Stichprobe (n=62). In dieser Stichprobe waren 41 Schüler*innen weiblich (66,13%) und 21 männlich (33,87%). Es waren 33 Schüler*innen im 5. Jahrgang (52,23%) und 29 Schüler*innen im 6. Jahrgang (46,77%). Durchschnittlich lag das Alter bei 11,34 (SD=.79) Jahren.

Tabelle 34: Zusammengeführte Stichprobe Teilstudie 3b.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	5. Klasse	6. Klasse	
weiblich	22 (66,66%)	19 (65,52%)	41 (66,13%)
männlich	11 (33,33%)	10 (34,48%)	21 (33,87%)
∑	33 (53,23%)	29 (46,77%)	62

Teilstudie 3c. Die Stichprobe für die qualitative Teilstudie 3c mit dem Ziel der Beurteilung des Messinstrumentes und anschließender Modifikation bestand aus insgesamt 11 Expert*innen unterschiedlicher Professionen. Dabei waren zum einen Expert*innen aus der Praxis in der Stichprobe vertreten sowie Expert*innen von Hochschulen und Universitäten aus ganz Deutschland. Zwei Expert*innen waren international und arbeiteten an einer amerikanischen und einer österreichischen Universität. Bei der Auswahl der Expert*innen war die Expertise im Themengebiet „sozial-emotionale Kompetenzen“ ausschlaggebend, es wurde aber zudem ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis angestrebt. Von den 11 Expert*innen waren fünf weiblich (45,45%) und sechs männlich (54,55%). Das Interview mit dem Experten D wurde nicht in die Auswertung einbezogen, da dieser sich aus terminlichen Gründen nicht adäquat auf das Interview vorbereiten konnte und daher eine Beurteilung des Messinstrumentes schwer möglich war. Alle Interviews wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie mit dem Videokonferenztool Cisco Webex durchgeführt und aufgezeichnet. Nach der Auswertung der Einzelinterviews wurde der Fragebogen erneut modifiziert und anschließend anhand einer Fokusgruppe mit drei Expert*innen kommunikativ validiert. Dabei waren die Expert*innen C und I, die zuvor bereits einzeln interviewt wurden, erneut in der Fokusgruppe vertreten und eine Expertin kam neu in der Fokusgruppe hinzu. Ursprünglich war geplant, dass auch der internationale Experte an der Fokusgruppe teilnimmt, dies konnte allerdings aus terminlichen Gründen

(Zeitverschiebung) nicht realisiert werden. Der Experte wurde daher erneut in einem Einzelinterview befragt. Die Einzelinterviews dauerten im Durchschnitt 53:57 Minuten und die Fokusgruppe dauerte 75:41 Minuten. Die Tabelle 34 gibt einen Überblick über die Stichprobe der Expert*innen der Teilstudie 3c.

Tabelle 35: Stichprobe Expert*innen Teilstudie 3c.

Proband	Geschlecht	Beruf	Interviewdauer
Experte A	weiblich	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	50:35 Minuten
Experte B	weiblich	Professorin Pädagogische Psychologie	61:34 Minuten
Experte C	männlich	Professor Klinische Psychologie u. Psychotherapie	45:50 Minuten
Experte D	männlich	Professor Psychologie	47:00 Minuten
Experte E	männlich	Wissenschaftlicher Mitarbeiter Pädagogische Psychologie	74:47 Minuten
Experte F	männlich	Professor Soziale Arbeit u. Gesundheit	54:32 Minuten
Experte G	männlich	Professor Psychologie	49:05 Minuten 61:12 Minuten
Experte H	weiblich	Professorin Emotionale und soziale Entwicklung	62:05 Minuten
Experte I	weiblich	Professorin Entwicklungspsychologie	40:47 Minuten
Experte J	weiblich	Schulpsychologin	50:04 Minuten
Experte K	männlich	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	50:58 Minuten
Fokusgruppe (3 Personen)	2 weiblich, 1 männlich	Experte C, I und L	75:41 Minuten
Experte L (Fokusgruppe)	weiblich	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Gesundheitswissenschaften (PD)	

Teilstudie 3d. Die Stichprobe für die Teilstudie 3d setzte sich ebenfalls aus zwei Teilstichproben zusammen, die im Auswertungsprozess zusammengeführt wurden, um die Stabilität der Ergebnisse zu erhöhen. Die erste Teilstichprobe wurde an vier Grundschulen sowie zwei Gymnasien in den Jahrgängen drei bis sechs aus der Stadt Flensburg und dem Kreis Schleswig-Flensburg generiert. Die Tabelle 35 zeigt die Anzahl der Teilnehmer*innen an den jeweiligen Schulen sowie die Anteile der aktiven und passiven Ablehnung zur Teilnahme an der Befragung.

Tabelle 36: Zustimmung und Ablehnung der Teilnahme an der Teilstudie 3d.

Schule	Schulart	Ange-sprochene Schüler	Aktive Ablehnung	Passive Ablehnung	Teilnehmer
Schule A	Grundschule	169	15 (8,9%)	103 (60,9%)	51 (30,2%)
Schule B	Grundschule	63	0	27 (42,9%)	36 (57,1%)
Schule C	Grundschule	88	3 (3,4%)	46 (52,3%)	39 (44,3%)
Schule D	Grundschule	46	0	19 (41,3%)	27 (58,7%)
Schule E	Gymnasium	242	47 (19,4%)	57 (23,6%)	138 (57,02%)
Schule F	Gymnasium	173	14 (8,1%)	60 (34,7%)	99 (57,2%)
∑		781	79 (10,1%)	312 (39,9%)	390 (49,9%)

Von den 390 Teilnehmer*innen konnten 324 Fragebögen (83,08%) als Rücklauf generiert werden. Nach der Bereinigung wurden 320 Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Davon waren 117 (36,56%) Schüler*innen in der Primar- und 203 (63,44%) Schüler*innen in der Sekundarstufe I. Insgesamt waren in der Stichprobe 183 (57,19%) Schüler*innen weiblich und 137 (42,81%) männlich. Das Durchschnittsalter lag in der Stichprobe bei 10,34 Jahren (SD=1,13). Die Fragebögen wurden von den Klassenlehrkräften an die Schüler*innen verteilt und zu Hause ausgefüllt, um keine Unterrichtszeit verwenden zu müssen. Anschließend wurden die Fragebögen in verschlossenen Umschlägen von den Lehrkräften eingesammelt und an die Autorin der Arbeit weitergeleitet. Tabelle 36 stellt die Stichprobe der Teilstudie 3d dar.

Tabelle 37: Zusammengeführte Stichprobe Teilstudie 3d.

	Jahrgangsstufe				∑
Geschlecht	3. Klasse	4. Klasse	5. Klasse	6. Klasse	
weiblich	32 (58,2%)	29 (46,8%)	48 (59,3%)	74 (60,7%)	183 (57,19%)
männlich	23 (41,8%)	33 (53,2%)	33 (40,7%)	48 (39,3%)	137 (42,81%)
∑	55 (17,2%)	62 (19,4%)	81 (25,3%)	122 (38,1%)	320

In die Teilstudie 3d wurde eine weitere Teilstichprobe einbezogen, um insbesondere die Stichprobengröße in der Primarstufe zu erhöhen. Es bestand eine Kooperation mit einer Arbeitsgruppe an einer pädagogischen Hochschule in Österreich, die den Fragebogen für eine Studie verwendete. Diese Daten wurden an die Autorin übermittelt und im Auswertungsprozess mit der ersten Teilstichprobe zusammengeführt. Die Daten wurden an insgesamt sieben Grundschulen in ländlichen Gemeinden der Steiermark erhoben. Der übermittelte Datensatz umfasste 132 Fälle. Nach der Bereinigung der Missing Data konnten 104 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. Es waren 44 (42,3%) der Schüler*innen weiblich und 60 (57,7%) der Schüler*innen männlich und 54 (51,9%) besuchte die 3. und 50 (48,1%) die 4. Klasse. Das

Durchschnittsalter lag bei 9,11 Jahren (SD= .71). Tabelle 37 fasst die Teilstichprobe aus Österreich zusammen.

Tabelle 38: Stichprobe Teilstudie 3d Österreich.

	Jahrgangsstufe		∑
Geschlecht	3. Klasse	4. Klasse	
weiblich	21 (38,9%)	23 (46%)	44 (42,3%)
männlich	33 (61,1%)	27 (54%)	60 (57,7%)
∑	54 (51,9%)	50 (48,1%)	104

Im Verlauf des Auswertungsprozesses wurde die Teilstichprobe aus Deutschland mit der Teilstichprobe aus Österreich zusammengeführt. Die endgültige Stichprobe umfasste 424 Schüler*innen. Davon waren 221 (52,1%) in der Primar- und 203 (47,9%) in der Sekundarstufe I. Es waren 227 der Schüler*innen weiblich (53,5%) und 197 Schüler*innen männlich (46,5%). Im Durchschnitt waren die Schüler*innen 10,04 (SD=1,17) Jahre alt. Die Tabelle 38 fasst die Gesamtstichprobe für die Teilstudie 3d zusammen.

Tabelle 39: Gesamtstichprobe Teilstudie 3d.

	Jahrgangsstufe				∑
Geschlecht	3. Klasse	4. Klasse	5. Klasse	6. Klasse	
weiblich	53 (48,6%)	52 (46,4%)	48 (59,3%)	74 (60,7%)	227 (53,5%)
männlich	56 (51,4%)	60 (53,6%)	33 (40,7%)	48 (39,3%)	197 (46,5%)
∑	109 (25,7%)	112 (26,4%)	81 (19,1%)	122 (28,8%)	424

6.3 Auswertungsverfahren

Im folgenden Kapitel werden die Kriterien für die vier qualitativen und quantitativen Studienteile der Teilstudie III dargestellt. Dabei waren die Teilstudien 3a und 3c qualitativ, weshalb nachfolgend die inhaltsanalytischen Regeln für die Auswertung präzisiert werden. Die Teilstudien 3b und 3d verwendeten quantitative Methoden zur Auswertung der Daten, deren Kriterien bereits im Kapitel 2.6 beschrieben wurden.

Teilstudie 3a. Die Teilstudie 3a hatte zum Ziel, das neu entwickelte Messinstrument auf Verständlichkeit zu prüfen und im Anschluss anhand der Ergebnisse Modifikationen vorzunehmen. Die Interviews, in denen mit den Schüler*innen der gesamte Fragebogen schrittweise auf Itemebene besprochen wurde, wurden nicht digital aufgezeichnet und nicht transkribiert. Es wurde auf einem Protokoll für jedes Item notiert, ob es für die Schüler*innen verständlich war oder nicht und Verbesserungsvorschläge ins Protokoll aufgenommen. Während des Auswertungsprozesses wurden die Anmerkungen in einer Arbeitsgruppe besprochen und anschließend die Modifikationen an dem Fragebogen vorgenommen. Daraus resultierte die

zweite Version des Fragebogens, die in Teilstudie 3b erstmals mit quantitativen Methoden psychometrisch geprüft wurde.

Teilstudie 3c. Für die Teilstudie 3c wurden zunächst Einzelinterviews mit Expert*innen zum Thema sozial-emotionale Kompetenzen geführt und die Ergebnisse dieser Interviews anschließend mittels einer Fokusgruppe kommunikativ validiert. Dabei wurde die folgende Fragestellung: „*Wie bewerten die Expert*innen den Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz und welche Modifikationen sollten an dem Fragebogen vorgenommen werden?“* verfolgt und mit Hilfe von drei Auswertungsfragen induktiv ausgewertet. Die erste Auswertungsfrage befasste sich mit der Bewertung des Messinstrumentes aus Expert*innensicht und den Modifikationsansätzen. Bei der zweiten Auswertungsfrage war das Selektionskriterium auf die Inhalte des Fragebogens sowie die Abbildung des Konstruktes bezogen und bei der dritten war das Ziel, die Vorstellungen der Expert*innen hinsichtlich eines validen und gut einsetzbaren Messinstrumentes zu extrahieren. Es wurde für die Auswertung ein niedriges bis mittleres Abstraktionsniveau gewählt, um möglichst viele Ansätze zur Modifikation zu erhalten. Nach der Auswertung der Einzelinterviews wurde zur kommunikativen Validierung und weiterer Modifikation, eine Fokusgruppe mit den beteiligten Expert*innen durchgeführt. Dabei stimmten die Auswertungsfragen sowie die inhaltsanalytischen Regeln mit denen aus den Einzelinterviews überein. In Tabelle 39 werden die inhaltsanalytischen Regeln für die Teilstudie 3c dargestellt.

Tabelle 40: Inhaltsanalytische Regeln Teilstudie 3c.

Forschungsfrage	Wie bewerten die Expert*innen den Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz und welche Modifikationen sollten an dem Fragebogen vorgenommen werden?
Auswertungsfrage 1	Wie bewerten die Expert*innen den Aufbau des Fragebogens und welche Modifikationen werden vorgeschlagen?
Selektionskriterium	Hinweise auf die Bewertung des Aufbaus des Fragebogens hinsichtlich der Gesamtlänge, der Antwortskalierung, des Itemstammes, der Instruktion, der Beispiele sowie Vorschläge zu deren Modifikation
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, wie der Aufbau des Fragebogens bewertet wird und welche konkreten Veränderungen vorgenommen werden sollten
Auswertungsfrage 2	Wie beurteilen die Expert*innen die Inhalte des Fragebogens sowie die Abbildung des Konstruktes und welche Modifikationen sollten vorgenommen werden?
Selektionskriterium	Hinweise auf die Beurteilung des Inhalts des Fragebogens hinsichtlich des Konstruktes und der Verständlichkeit sowie Vorschläge zu deren Modifikation

Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, wie der Inhalt des Fragebogens bewertet wird und welche konkreten Veränderungen vorgenommen werden sollten
Auswertungsfrage 3	Wie sollte aus der Sicht der Expert*innen ein gut einsetzbarer Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz aussehen?
Selektionskriterium	Hinweise auf Anforderungen an ein gut einsetzbares Messinstrument
Abstraktionsniveau	Konkret beschreibbare Aspekte, die aus Sicht der Expert*innen für ein gut einsetzbares Messinstrument relevant sind

6.4 Ergebnisse Teilstudie III

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Teilstudie III dargestellt. Dabei erfolgt die Darstellung unterteilt nach den Teilstudien 3a bis 3d. Dabei waren die Teilstudien 3a und 3c qualitative Untersuchungen mit dem Ziel der Verständnisprüfung des Messinstrumentes (3a), Modifikation des Messinstrumentes sowie kommunikative Validierung der Modifikation durch Expert*inneninterviews (3c). Die zur qualitativen Auswertung angewandten Kriterien können den Kapiteln 2.5 sowie 5.3 entnommen werden. Um die psychometrische Güte des Messinstrumentes zu prüfen, wurden reliabilitäts- und faktorenanalytischen Untersuchungen vorgenommen, die in den Ergebnissen der Teilstudien 3b und 3d dargestellt werden. Bei allen quantitativen Auswertungen galten dabei die Kriterien aus dem Kapitel 2.6 der vorliegenden Arbeit.

6.4.1 Ergebnisse Teilstudie 3a

Im Rahmen der Teilstudie 3a wurde das neu entwickelte Messinstrument einer Verständlichkeitsprüfung unterzogen. Dabei wurde der Teil für die Primarstufe durch die Masterarbeit (Staden, 2021) umgesetzt und mit den Daten für die Sekundarstufe I zusammengeführt. Die Ergebnisse der Verständnisprüfung werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Primarstufe. Beim ersten Item *„Wenn ich Probleme habe, gibt es andere Kinder und Jugendliche, die mich gerne mögen“* hat sich eine Verständnisfrage ergeben. Es ist unklar gewesen, ob das Kind von anderen trotz des Problems gemocht wird oder wegen des Problems. Der Änderungsvorschlag zur genaueren Formulierung wurden übernommen und das Item wie folgt umformuliert: *„Wenn ich Probleme habe, gibt es andere Kinder und Jugendliche, die mich **trotzdem** gerne mögen“.*

Weiterhin traten bei einigen Kindern Irritationen aufgrund der **Ähnlichkeit** einiger Items auf, diese konnten allerdings im Gespräch geklärt werden und die Reliabilitätsanalyse wird aufzeigen, welche Items im Entwicklungsprozess eliminiert werden können, um Redundanzen zu vermeiden.

Das Item 22 „*Wenn ich Probleme habe, fühle ich mich nicht allein*" wurde ebenfalls verändert. Ein Kind hatte bei diesem Item Verständnisschwierigkeiten. Es wurde der Vorschlag unterbreitet, den Satz in *"Wenn ich Probleme habe, fühle ich mich damit nicht allein"* zu modifizieren. In der zweiten Fassung des Fragebogens, wurde das Item 22 zu *„Wenn ich Probleme habe, **weiß ich**, dass ich mit dem Problem **nicht alleine bin**"* verändert.

Bei Item 27 und manchen nachfolgenden Items (vor allem Item 39) kam es bei allen Kindern, die an der Teilstudie 3a teilgenommen haben, zu Verständnisschwierigkeiten, was den **Schrägstrich** anbelangte. Der Vorschlag zur Umformulierung des Satzes wurde angenommen, sodass aus „ihrer/seine“ **„ihre oder seine"** wurde.

Das Item 39 *„Wenn andere Kinder oder Jugendliche Probleme haben, ist es mir wichtig, erstmal ihre/seine Vorschläge zur Lösung ihres/seines Problems zu hören"* führte bei allen befragten Kindern durch die Länge des Satzes und Schrägstriche an zwei Stellen zu Verständnisschwierigkeiten. Aufgrund dieses Hinweises wurde das Item wie folgt modifiziert: „*Wenn andere Kinder oder Jugendliche Probleme haben, ist es mir wichtig, erstmal **ihre oder seine** Vorschläge zur Lösung **des Problems** zu hören“.* Des Weiteren wurde vorgeschlagen, für die letzten drei Items den Anfangssatz am Kopf der Seite vorzugeben. Dieser konkrete Vorschlag wurde ebenfalls umgesetzt (Staden, 2021, S.48).

Sekundarstufe. Bei der Verständlichkeitsprüfung in der Sekundarstufe I traten bei den Items keine expliziten Verständnisschwierigkeiten auf. Es wurde allerdings wurde auch hier von den Schüler*innen angemerkt, dass sich die Items sehr ähneln, was allerdings im Gespräch entsprechend begründet werden konnte. Zudem war auch bei den Schüler*innen der Sekundarstufe zu sehen, dass die Konstruktion mit dem Schrägstrich (z.B. *„Wenn andere Kinder oder Jugendliche Probleme haben, ist es mir wichtig, erstmal **ihre/seine** Vorschläge zur Lösung **ihres/seines** Problems zu hören“*) zu Irritationen führte und daher wurde diese im kompletten Fragebogen in die Formulierung **„ihre oder seine“** ersetzt.

Kasten 39: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version II.

Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version II

Die Teilstudie 3a ergab in der Primarstufe kleinere Verständnisschwierigkeiten, die zu konkreten Veränderungen bei den Formulierungen von drei Items führten. Weiterhin wurde die gendergerechte Schreibweise „ihre/seine“ in „ihre oder seine“ im gesamten Fragebogen geändert, da der Schrägstrich sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe zu Irritationen führte. Die Itemanzahl von 45 Items wurde für die zweite Version des Fragebogens, die in Teilstudie 3b reliabilitäts- und faktorenanalytisch geprüft wurde, beibehalten.

6.4.2 Ergebnisse Teilstudie 3b

Nachfolgend werden die Ergebnisse der reliabilitäts- und faktorenanalytischen Untersuchungen für die **zweite Version** des Fragebogens beschrieben. Die Reliabilität wurde anhand von internen Konsistenzen (Cronbachs α) und Trennschärfen untersucht und die faktorielle Validität mittels Faktorenanalysen überprüft. Als Beurteilungskriterien galten die im Kapitel 2.6 aufgeführten Kriterien. Für die Primarstufe wurden die Daten in Kooperation mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) erhoben und reliabilitätsanalytisch ausgewertet, diese Befunde werden im Folgenden lediglich zusammengefasst dargestellt.

6.4.2.1 Reliabilitätsanalyse

Reliabilität Primarstufe. Die folgenden Ergebnisse basierten auf einer Stichprobe von **n = 46** Grundschüler*innen. Die Reliabilitätsanalyse ergab, dass sechs der acht Subtests ein zufriedenstellendes Ergebnis für die Reliabilität aufwiesen (s. Tabelle 40). Der erste Subtest (*Soziale Unterstützung emotional*) erreichte ein Cronbachs Alpha von .774 und beinhaltete ein Item, welches mit einer Trennschärfe von r_{it} = .22 unter dem Kriterium von r_{it} ≥.30 lag. Würde dieses Item eliminiert werden, würde das Cronbachs Alpha auf .813 ansteigen. Das zweite auffällige Item befand sich im Subtest *Selbstregulation*. Die korrigierte Trennschärfe lag bei r_{it} = .01, sodass das Kriterium ebenfalls nicht erfüllt wurde. Die Eliminierung des Items würde zu einer Verbesserung des Cronbachs Alpha auf .733 führen. Diese beiden Items korrelierten nicht mit dem Gesamtergebnis des Subtests und können als nicht trennscharf bezeichnet werden (vertiefend s. Staden, 2021, S. 48-54).

Tabelle 41: Item- und Subteststatistiken der Subtests des SEMOlino Version II für die Primarstufe (modifiziert nach Staden, 2021, S. 48-54).

Subtest	M	SD	α	r_{it}	Itemanzahl	Spannweite
Wahrgenommene soziale Unterstützung (emotional)	2.81	0.63	.774	**.22** - .72	7	2.22 – 3.54
Wahrgenommene soziale Unterstützung (instrumentell)	2.58	0.64	.776	.40 - .63	6	2.1 – 2.94
Mobilisierung sozialer Unterstützung	2.27	0.78	.851	.49 - .68	7	1.6 – 2.58
Selbstregulation	2.53	0.68	**.672**	**.01** - .59	6	1.94 – 2.84
Sich in die Lage eines anderen versetzen	2.98	0.64	.728	.42 - .63	4	2.62 – 3.28
Bedürfnisse und Wünsche eines anderen erkennen	2.93	0.68	.818	.58 - .72	4	2.74 – 3.06

Gefühlsausdruck eines anderen erkennen und einordnen	2.8	0.78	.831	.60 - .71	4	2.56 – 3.08
Anderen bei Problemen helfen/ unterstützen	3.13	0.57	.874	.57 - .81	7	2.92 – 3.32

Reliabilität Sekundarstufe I. Die folgenden reliabilitätsanalytischen Befunde für die Sekundarstufe basieren auf der zusammengeführten Stichprobe (s. Kapitel 5.2) von **n= 62 Schüler*innen.** Die Reliabilitätsanalyse ergab, dass sechs der acht Subtests ein zufriedenstellendes Ergebnis für die Reliabilität aufwiesen (s. Tabelle 41). Der Subtest *Selbstregulation* erreichte ein Cronbachs Alpha von .418 und von den sechs Items erreichte nur eines eine Trennschärfe über dem Kriterium von $r_{it} \geq .30$. Die geringste Trennschärfe lag bei $r_{it} = .03$ und bei einer Eliminierung dieses Items würde sich Cronbachs Alpha auf .456 verbessern, was weiterhin unter dem Kriterium liegen würde. Außerdem zeigte sich beim Subtest *„Sich in die Lage eines anderen versetzen“* ein nicht ausreichendes Cronbachs Alpha von .682. Die Trennschärfen lagen alle über dem Kriterium und eine Elimination des Items EMP_EM_03 würde das Cronbachs Alpha auf .744 erhöhen.

Tabelle 42: Item- und Subteststatistiken der Subtests des SEMOlino Version II für die Sekundarstufe.

Subtest	M	SD	α	r_{it}	Itemanzahl	Spannweite
Wahrgenommene soziale Unterstützung (emotional)	2.88	.72	.813	.37 - .74	7	2.40 – 3.45
Wahrgenommene soziale Unterstützung (instrumentell)	2.47	.72	.767	.39 - .70	6	2.05 – 2.84
Mobilisierung sozialer Unterstützung	2.10	.87	.856	.45 - .70	7	1.94 – 2.27
Selbstregulation	2.39	.58	**.418**	**.03** - .34	6	1.58 – 2.79
Sich in die Lage eines anderen versetzen	3.21	.58	**.682**	.36 - .60	4	2.77 – 3.45
Bedürfnisse und Wünsche eines anderen erkennen	3.02	.65	.759	.52 - .64	4	2.90 – 3.16
Gefühlsausdruck eines anderen erkennen und einordnen	3.21	.57	.716	.45 - .54	4	2.90 – 3.42
Anderen bei Problemen helfen/unterstützen	3.40	.54	.831	.46 - .74	7	3.10 – 3.55

6.4.2.1 Exploratorische Faktorenanalysen Zusammenfassung

Für die exploratorischen Faktorenanalysen auf Itemebene wurden jeweils die drei Subtests zur sozialen Unterstützung und die vier Subtests zur Empathie/Soziale Orientierung gemeinsam analysiert, da es sich um Sekundärtests mit dem jeweils gleichen Itemstamm handelte. Die Befunde werden nachfolgend für die Primar- und Sekundarstufe lediglich zusammengefasst dargestellt, da es um exploratorische Faktorenanalysen mit sehr kleinen Stichproben (n=46 und n=62) als Zwischenergebnisse im Fragebogenentwicklungsprozess handelte.

Sekundärtest Soziale Unterstützung. Für die drei Subtests zur sozialen Unterstützung wurde in beiden Stichproben eine Lösung mit fünf Faktoren extrahiert, die 69.45% bzw. 68,02% der Varianz aufklärten. Insbesondere die Subtests *„Wahrgenommene soziale Unterstützung emotional* (WSU_EMO)“ sowie „*instrumentell* (WSU_INS)“ ließen sich faktoriell nicht getrennt voneinander abbilden und es wurden in der Primarstufe der vierte und fünfte Faktor durch Items dieser Subtests eröffnet. Die Items des Subtests *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* wiesen zudem in beiden Stichproben auf mehreren Faktoren substantielle Ladungen auf. Die anfänglichen Lösungen können dem Anhang D entnommen werden.

Subtest Selbstregulation. Für den Subtest Selbstregulation mit sechs Items wurde in beiden Stichproben eine zweifaktorielle Lösung extrahiert, die jeweils 59% bzw. 47,81% der Varianz aufklärten. Bis auf ein Item (SR_05) in der Stichprobe der Primarstufe waren alle Items faktorrein (s. Anhang D).

Sekundärtest Empathie/Soziale Orientierung. Für die vier Subtests zur Empathie/Soziale Orientierung wurden in beiden Stichproben vier Faktoren extrahiert, die 69,95% bzw. 61,58% der Varianz aufklärten. Allerdings war keiner der Subtests eindimensional und es waren in allen Subtest faktorunreine Items mit substantiellen Ladungen auf mehreren Komponenten vorhanden. Im Subtest „*Sich in die Lage eines anderen versetzen“* (EMP_EM) waren in der Primarstufe zudem Markiervariablen auf allen vier Komponenten vorhanden. Die anfänglichen Lösungen sind im Anhang D aufgeführt.

Kasten 40: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version III.

Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version III

Aufgrund der reliabilitäts- und faktorenanalytischen Befunde wurden für die dritte Version des Fragebogens zehn Items aus dem Fragebogen entfernt. Aus dem Subtest *„soziale Unterstützung instrumentell“* wurde ein Item, aus den Subtests *„soziale Unterstützung instrumentell“*, *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* und *„Selbstregulation“* jeweils zwei Items und aus dem Subtest *„Anderen bei Problemen helfen/unterstützen“* drei Items eliminiert. Zudem wurde im Subtest *„soziale Unterstützung emotional“* die Formulierung eines Items verändert. Die entfernten Items werden im Anhang D aufgelistet. Die dritte Version des Fragebogens enthielt insgesamt 8 Subtests mit 35 Items, die in der qualitativen Teilstudie 3c den Expert*innen zur Bewertung vorgelegt wurden.

6.4.3 Ergebnisse Teilstudie 3c

In der qualitativen Teilstudie 3c wurde die dritte Version des Fragebogens in den Einzelinterviews mit den Expert*innen diskutiert und in der Gesamtheit sowie hinsichtlich des Aufbaus von den Expert*innen beurteilt. Weiterhin wurde den Fragen nachgegangen, wie die Expert*innen die Abbildung des Konstruktes „sozial-emotionale Kompetenz“ durch das Messinstrument bewerteten und welche Modifikationen aus der Sicht der Expert*innen vorgenommen werden sollten, um die psychometrische Güte des Messinstrumentes zu erhöhen. Anschließend wurden anhand der Ergebnisse die entsprechenden Modifikationen vorgenommen und die vierte Version des Fragebogens in einer Fokusgruppe mit den Expert*innen kommunikativ validiert. Die Abbildung 89 gibt einen Überblick über die Struktur der Version III des Fragebogens. Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der Einzelinterviews gegliedert nach den Auswertungsfragen und anschließend die Ergebnisse der Fokusgruppe dargestellt.

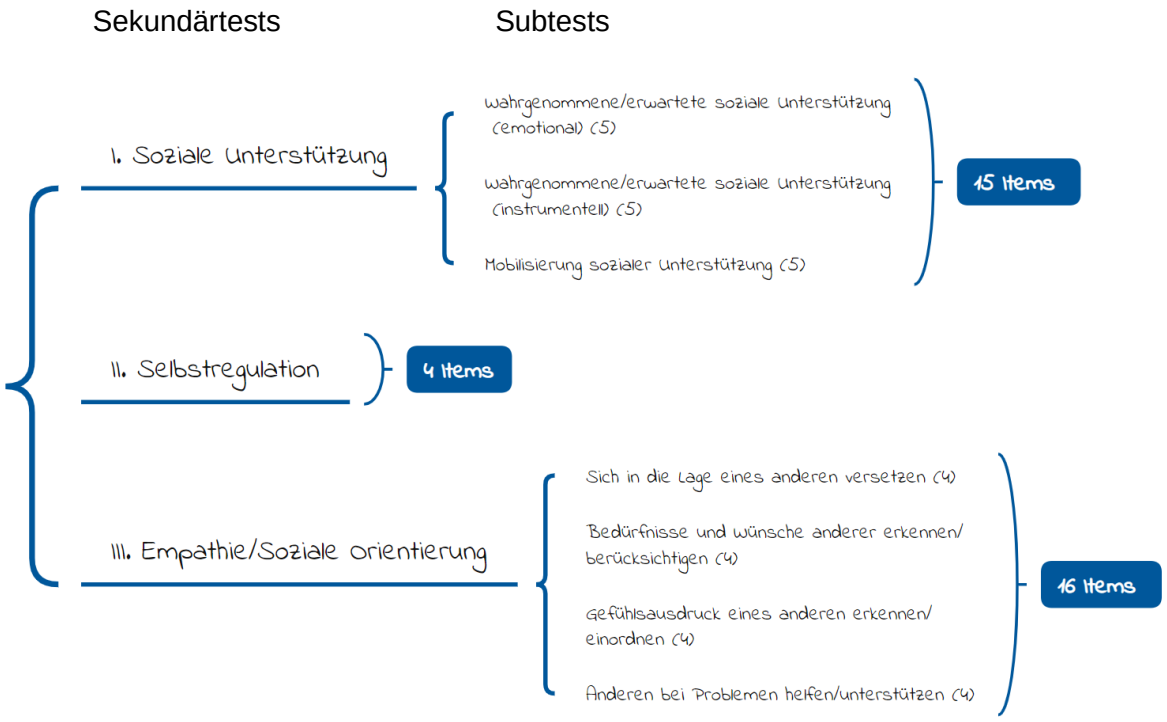


Abbildung 89: Struktur des SEMOlino Version III.

6.4.3.1 Ergebnisse Einzelinterviews

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, zu explorieren, wie die Expert*innen den Aufbau des Fragebogens bewerten und welche Modifikationen zur Verbesserung des Messinstrumentes von den Expert*innen vorgeschlagen werden. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von fünf Hauptkategorien (Umfang, Instruktion, Beispiele, Itemstamm und Antwortskalierung) zusammengefasst (s. Abb. 90).

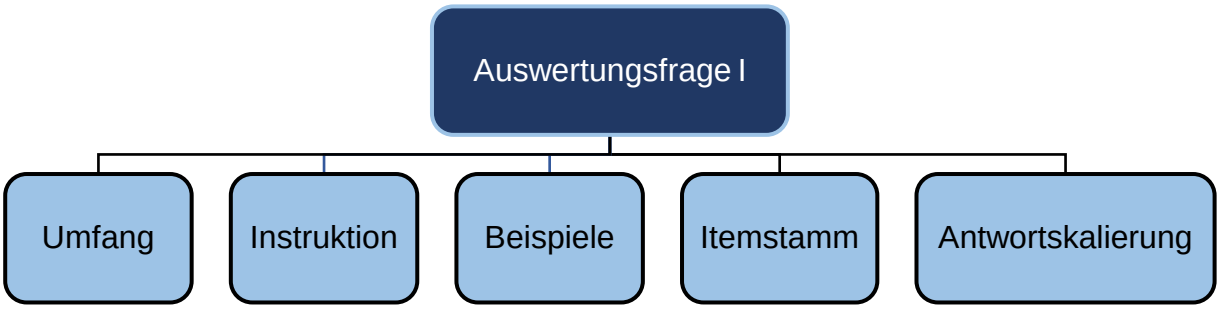


Abbildung 90: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I.

Umfang. Es wurden fünf Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Umfang zusammengefasst wurden (s. Abb. 91).

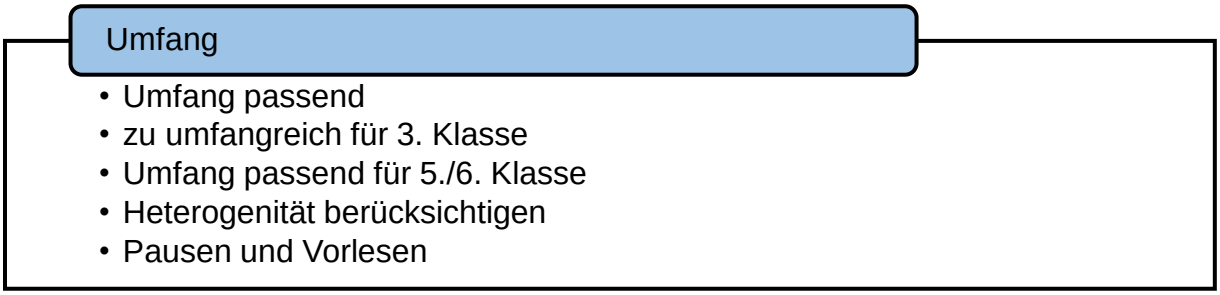


Abbildung 91: Kategorien der Hauptkategorie Umfang.

Insgesamt wurde der Umgang von den Expert*innen größtenteils als **passend** bewertet, allerdings mit der Einschränkung, dass der Fragebogen **für die dritte Klasse zu umfangreich** sein könnte. Für die Fünft- und Sechstklässler*innen wurde der Umfang vollumfänglich als passend bewertet. Es wurde in diesem Zusammenhang zudem von einigen Expert*innen angemerkt, dass die **Heterogenität der Schüler*innen berücksichtigt** werden sollte und bei Schwierigkeiten während der Bearbeitung könnten **Pausen und das Vorlesen der Instruktionen** hilfreich für das Verständnis der Schüler*innen sein.

> *„Ja, also 35 Items sind **überhaupt nicht zu lang**, das ist kein Problem. Meines Erachtens würden auch 45 gehen, aber gerade wenn man an Schulen geht, ist es immer nett, wenn es möglichst kurz ist, damit man nicht so viel Unterrichtszeit nimmt so (lacht). Aber rein vom Umfang her schaffen auch die Drittklässler durchaus 45 Items zu beantworten, sie brauchen halt dann länger. Aber also 35 Items ist jetzt kein Umfang, wo ich sagen würde, das muss gekürzt werden. Das sehe ich nicht* (Interview Experte E, A.14).

Instruktion. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Instruktion zusammengefasst wurden (s. Abb. 92).

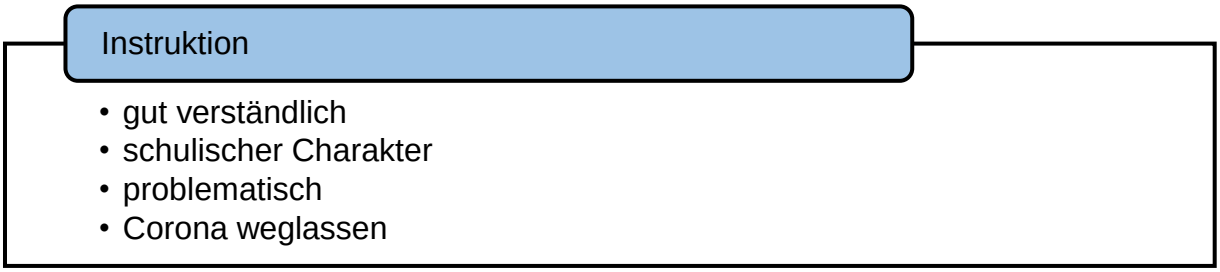


Abbildung 92: Kategorien der Hauptkategorie Instruktion.

Hinsichtlich der Instruktion bewertete der Großteil der Expert*innen diese als **gut verständlich** für die Zielgruppe. Und es wurde häufig hervorgehoben, dass es *„**ein sehr wichtiger Einschub** eben, auch mit diesem **es gibt keine richtigen und falschen Antworten**,* sei*. Das finde ich wichtig, dass ihr es mit reingenommen habt und dann eben auch **wirklich sehr kurz formuliert**, sodass man es auch irgendwie **ganz gut verstehen kann*** (Interview Experte K, A.52).

Weiterhin wurde angemerkt, dass der Fragebogen durch die Instruktion den **Charakter eines Tests** bekäme, was dazu führen könne, dass die Schüler*innen sich wie in einer Testsituation fühlten, was allerdings bei der Durchführung im schulischen Setting auch nicht vermeidbar sei.

> *„Ich meinte nicht die Gestaltung, das ist irgendwie so ein, Sie fragen Kinder über irgendwas. Und einfach unsere **Kinder und Jugendlichen sind so sozialisiert**, dass wenn wir das tun, erwarten wir eine gewisse Antwort. Das wird **immer eine Art Wissenstest**, das können Sie gestalten, wie Sie wollen“* (Interview Experte G, A. 108).

Vereinzelt gab es auch die Anmerkung, dass die Instruktion „problematisch“ sei, da in der Instruktion Freunde und Freund*innen als Beispiele verwendet wurden und dies allerdings im gesamten Fragen nicht aufgriffen und lediglich von „anderen Kindern und Jugendlichen“ gesprochen würde.

> *„Ja, die Instruktion halte ich insofern für **problematisch** und das ist der Punkt, über den wir zuletzt geredet haben, dass hier zunächst tatsächlich steht "mit einem Freund oder Freundin" und das findet sich im ganzen Fragebogen nicht wieder, sondern da steht denn immer nur "andere Kinder", das heißt **da ist keine Übereinstimmung*** (…)“ (Interview Expertin I, A. 10).

Außerdem befand sich in der untersuchten Version des Fragebogens ein Satz *„Denke dabei bitte daran, was Du gemacht hättest, wenn es das Corona-Virus nicht geben würde“* vor dem Hintergrund der Untersuchung während der COVID-19-Pandemie, um zu verhindern, dass die Schüler*innen während der Beantwortung der Fragen ausschließlich an die aktuelle belastende Situation z.B. im Home Schooling und der Kontaktbeschränkungen denken und die Items griffen soziale Situationen auf, die persönlichen Kontakt erforderten, was zum Zeitpunkt der Erhebung nur sehr eingeschränkt möglich war. Die Mehrheit der Expert*innen schlug vor, den **Satz aus der Instruktion zu entfernen**, da es für die Kinder *„zu lange her“* (Expertin I, A. 12) sei und die Formulierung können bei den Schüler*innen zu **Irritationen** führen, „(…) weil das ist so irritierend wenn es um einen Fragebogen geht, wo es um Probleme und sozio-emotionale Kompetenzen geht, dass da auf einmal dieses Corona Virus auftaucht - so komplett ohne Vorwarnung (…)“ (Interview Experte F, A. 70).

Beispiele. Es wurden vier Kategorien gebildet, die zu der Hauptkategorie Beispiele zusammengefasst wurden (s. Abb. 93).

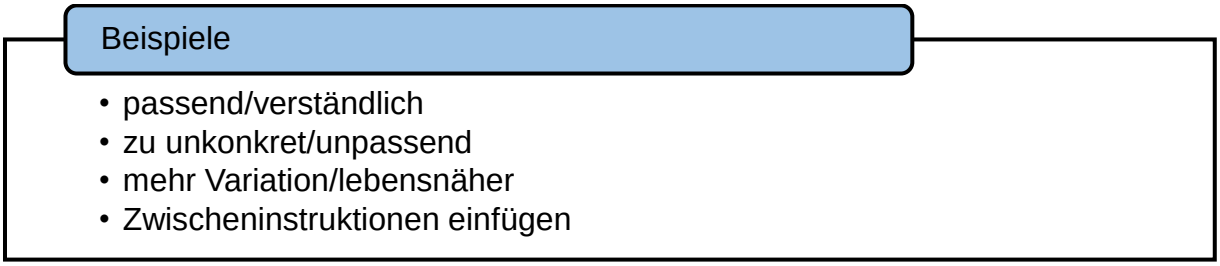


Abbildung 93: Kategorien der Hauptkategorie Beispiele.

In Bezug auf die im Fragebogen gegebenen Beispiele, wurden diese von der Mehrheit der Expert*innen als **passend** zum Thema des Fragebogens und **verständlich** für die Schüler*innen sowie **gut geeignet, um die Probleme der Schüler*innen abzubilden.**

> *„Und die Beispiele, die Problembeispiele sind **super auf den Punkt gebracht**, das ist wirklich genau das, was ja auch **Kinder dann auch umtreibt**, diese vier Problemstellungen“* (Interview Expertin A, A. 16)

Allerdings wurde vereinzelt im Gegenteil angemerkt, dass nicht alle Beispiele sozial verankert und teilweise nicht konkret genug formuliert seien. Eine Expertin äußerte: *„Du hast eine schlechte Note geschrieben, **das kann ein Problem sein für die sozial-emotionale Kompetenz, muss es aber nicht.** Gerade für Schüler oder Schülerinnen, die es gewohnt sind, schlechte Noten zu schreiben, die da gar keine Motivation mehr haben, den es egal ist, ist das kein Problem, muss das kein Problem sein. Also und dann würde da ein Problem stehen, möglicherweise gerade bei Schülern, den es, die bestimmte Risikofaktoren haben, dass das gar kein Problem ist“* (Interview Expertin I, A. 6).

Außerdem wurde angemerkt, dass die **Variation** der Beispiele ggf. noch **ausgeweitet werden könne**, da sich die Beispiele auf den schulischen Bereich und die Gleichalterigen beschränkten und bei den leistungsbezogenen Situationen würden ebenfalls nur schulische Leistungen berücksichtigt und man können diskutieren, ob hier eine **Erweiterung auf den Freizeitbereich** (Musik Instrument spielen, Sportverein etc.) zielführend wäre.

> „Ja, ich guck nochmal, die Beispiele waren ja schon auch auf dem Gleichaltrigen oder den schulischen Bereich so geschrieben, **da fehlen dann eben Freizeit, Schule, soziale Kontakte, Familie** - das ist glaube ich, ist die Frage, ob das bewusst ausgelassen worden ist? Das ist ja, glaube ich, für viele auch, wo es in der Schule gut läuft mit Gleichaltrigen, aber es in der Familie - das ist ja gerade auch für Grundschüler*innen auch nochmal ein **wichtiger Lebensbereich**, wenn es da Ärger gibt, wenn man Streit mit den Eltern hat oder mit den Geschwistern, ob das auch noch eine Ergänzung sein

könnte, um alle abzuholen, die vielleicht da eine Baustelle haben (…)“ (Interview Experte C, A. 20).

Itemstamm. Die Hauptkategorie „Itemstamm“ setzte sich aus drei Kategorien zusammen, die der Abbildung 94 entnommen werden können.

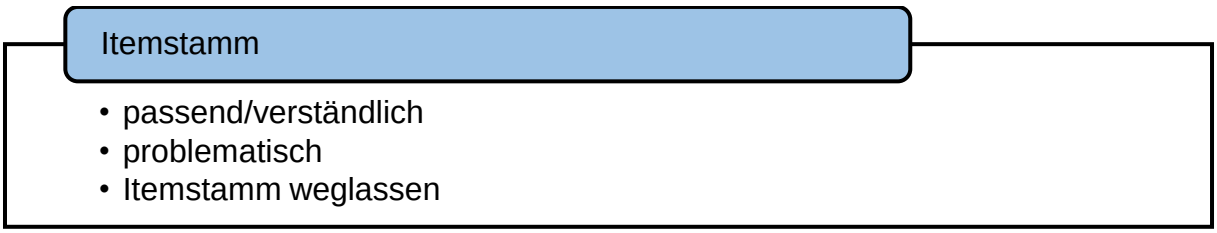


Abbildung 94: Kategorien der Hauptkategorie Itemstamm.

Die Mehrheit der Expert*innen bewertete den Itemstamm als **gut passend und verständlich**. Zudem wurde hervorgehoben, dass die Zweiteilung des Fragebogens mittels der zwei verschiedenen Itemstämme einen **Perspektivenwechsel** ermögliche, was für die Abbildung des Konstruktes hilfreich sein.

> *„Also erstmal finde ich, das sehr schön, diese Teilung. Einmal aus der eigenen Perspektive und dann aus der Perspektive von Anderen. Dass das auch so aufgeteilt ist“* (Interview Expertin A, A. 10).

Eine Expertin merkte an, dass sie den Itemstamm als „problematisch“ bewerte, da dieser sehr „problemfokussiert“ sei und aus ihrer Sicht sei dies schwierig, da man z.B. bestimmte Emotionen, die im Zusammenhang mit den Problemen stünden nicht in die Formulierung einbringen könne.

> „*Es ist halt die Frage, ob ich, ob ich das **wirklich alles über Probleme** machen will. Sie finden sich da in eine Formulierung rein und mit dieser Formulierung "Wenn ich Probleme habe", so und jetzt müsste ich erstmal weiterdenken, wenn ich zum Beispiel das Item nehme oder denke, wenn ich wütend bin, weiß ich, was ich dagegen machen kann. Ich weiß nicht, wie ich das da reinkriege in die Formulierung* (…)“ (Interview Expertin I, A. 26).

Weiterhin merkte ein Experte an, dass er den Itemstamm **komplett weglassen** und mehr Variation in die Items reinbringen würde, um zu verhindern, „*(…) dass ich als Antwort nachher eine Position und eine Haltung einnehmen kann und ich die dann durchziehe. Das heißt, eigentlich würde ich bei so einer Likert-Skala immer wild mischen, **dass es möglichst keine erkennbare Struktur gibt**, damit tatsächlich jede Aussage auch spontan beantwortet wird. Und bei jeder Aussage ich ggf. wieder die Perspektive neu einnehmen muss* (…)“ (Interview Experte E, A. 10). Er gab aber ebenfalls zu bedenken, dass dies zu einer Überforderung bei Drittklässler*innen führen könne.

Antwortskalierung. Die Hauptkategorie „Antwortskalierung“ umfasste drei Kategorien, die in der Abbildung 95 aufgeführt werden.

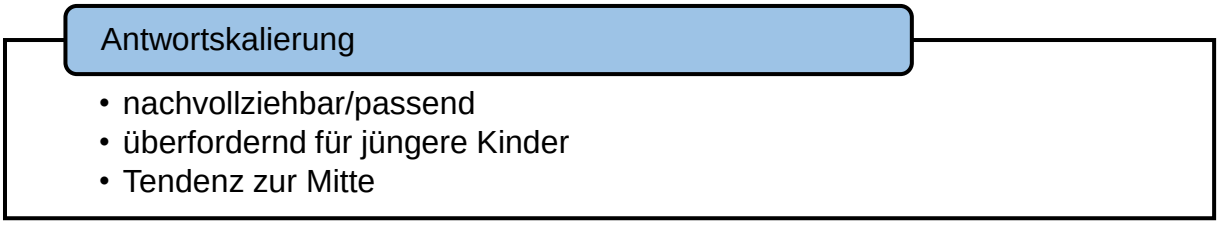


Abbildung 95: Kategorien der Hauptkategorie Antwortskalierung.

Die Antwortskalierung wurde von der Mehrheit der Expert*innen als passend, geeignet und verständlich für die Schüler*innen bewertet.

> *„Ähm, so also sowohl **praktisch als auch theoretisch finde ich es geeignet**. Habe ich jetzt auch nie mit - also ich habe ja selber mit dem SVF-KJ gearbeitet - nie Schwierigkeiten damit gehabt. Finde ich alles gut machbar, **verständlich für die Kinder**, da haben die auch keine Schwierigkeiten nach so einer Skalierung dann. Also von daher: finde ich gut und geeignet“* (Interview Experte F, A. 22).

Vereinzelt wurde angemerkt, dass die Antwortskalierung für jüngere Kinder **überfordernd** sein könne, da die Differenzierung zwischen den **fünf Abstufungen** hier herausfordernd sein könne. Außerdem wurde in den Expert*innen die **„Tendenz zur Mitte“** vor dem Hintergrund der fünfstufigen Antwortskalierung diskutiert. Dabei waren die Aussagen der Expert*innen sehr **indifferent** und es gab sowohl Expert*innen, die eine vierstufige Skalierung bevorzugten als auch Expert*innen die ebenfalls eine fünfstufige Skalierung favorisieren würden, um die Schüler*innen nicht in eine Richtung zu zwingen und sie nicht die Erfahrung gemacht hatten, dass speziell Kinder eine „Tendenz zur Mitte“ zeigten.

> *„Über vier- oder fünfstufig habe ich auch schon ganz oft nachgedacht. Lässt man die Mitte zu (lächelnd). Wie viele **Aussagekraft** habe ich bei welchem Antwortformat (lächelnd). Können das die Schülerinnen und Schüler und ich bin auch immer wieder auf fünfstufig gekommen, weil ich den Eindruck gewonnen habe, **dass die Mitte etwas ist, wo, was auch gebraucht wird aus Sicht der Befragten**. Ich kann mich weder für das eine noch für das andere so richtig entscheiden, dann entsteht mal so eine Unzufriedenheit, die nicht bei jedem bleiben darf“* (Interview Expertin H, A. 14).

Kasten 41: Fazit Auswertungsfrage I.

Fazit Auswertungsfrage I „Aufbau des Fragebogens“

Insgesamt konnte in den Interviews festgestellt werden, dass der Umfang, die Instruktion, die Beispiele, der Itemstamm sowie die Antwortskalierung bei der Mehrheit der Expert*innen als passend und geeignet bewertet wurden. Vereinzelt wurden Modifikationen vorgeschlagen, die die Instruktion und die Beispiele präzisieren sowie die Variation erweitern könnten. Weiterhin wurde der Itemstamm von einer Expert*in als zu problemorientiert beschrieben und hier über eine Veränderung nachgedacht werden könne. Hinsichtlich der fünfstufigen Antwortskalierung ergab sich eine indifferente Lage bei den Expert*innen, insgesamt wurde diese aber als geeignet beurteilt.

Auswertungsfrage II. Die Auswertungsfrage II hatte zum Ziel, zu erfassen, wie die Expert*innen die Inhalte sowie die Abbildung des Konstruktes beurteilen und welche Modifikationen vorgenommen werden sollten. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von drei Hauptkategorien (Inhalte, Konstrukt und Verständlichkeit) zusammengefasst.

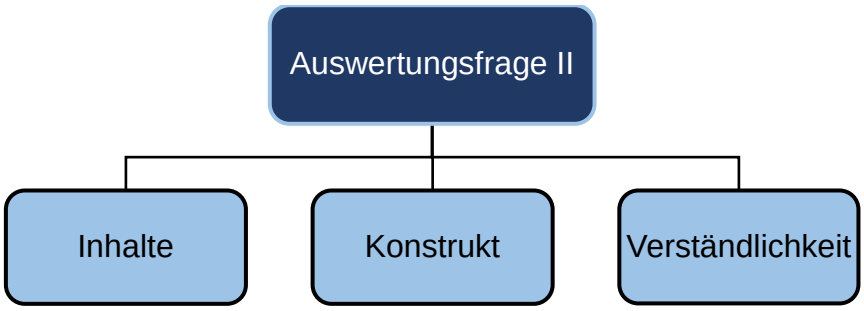


Abbildung 96: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II.

Inhalte. Unter der Hauptkategorien Inhalte wurden 11 induktive Kategorien zusammengefasst, welche in Abbildung 97 aufgelistet werden.

Inhalte

- Inhalte hinzufügen
- Differenzierung Freunde, Eltern, Lehrer und Mitschüler
- Inhalte entfernen
- Dominanz soziale Unterstützung
- Redundanzen
- Subtest Selbstregulation
- Relevanz soziale Unterstützung
- Trennung emotionale und instrumentelle wahrgenommene soziale Unterstützung
- Invertierte Items
- Formulierungen anpassen
- Soziale Erwünschtheit

Abbildung 97: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

Hinsichtlich der Inhalte wurden von einigen Expert*innen Aspekte genannt, die dem Fragebogen noch **hinzugefügt** werden könnten. Im Wesentlichen waren dies die Themen **Selbstwirksamkeit** in sozialen Interaktionen, **dysfunktionale Problembewältigungsstrategien** sowie der vermehrte **Einbezug von Eltern, Erwachsenen, Lehrer*innen und Medien**, die bei der Problembewältigung unterstützen könnten.

> *„Ja, so ein bisschen aus klinischer Sicht, was ich sagte, auch so **dysfunktionale, schädliche Geschichten.** Also in Richtung Gefühlsvermeidung, Problemvermeidung, auch das Aussitzen, davor wegzurennen. Und das nochmal, genau um da auch eher nochmal weg von den Gleichaltrigen, **Richtung Eltern, Erwachsene, Lehrer*innen, Medien**, die heute, glaube ich, auch eine große Rolle spielen (…)“* (Interview Experte C, A. 68).

Gleichzeitig äußerten auch einige Expert*innen, dass sie keine weiteren Inhalte hinzufügen würden und auch keine Items aus dem Fragebogen eliminieren würden. Lediglich bei den drei Subtests zur sozialen Unterstützung wurde angemerkt, dass hier diskutiert werden könnte, ob diese Subtests alle benötigt würden. Dabei wurde ebenfalls zu Bedenken gegeben, dass der Fragebogen „*eine deutliche **Dominanz aus dem Bereich der sozialen Unterstützung** ausweist. Sie haben ja auch kenntlich gemacht, aus welchem Item oder Fragebogen Sie es haben oder wo Sie es adaptiert haben. Das ist mir aber relativ viel (…)“* (Interview Expertin I, A. 22).

> *„Ne, das nicht. Also ich finde schon, **dass die inhaltlich ja alle eine klare Richtung bilden**, wie gesagt, ich würde sie halt alle formulierend überarbeiten, aber **rausstreichen würde ich da tatsächlich keins**. Also da ist jetzt nichts dabei, wo ich sagen würde, das ist jetzt aber total überflüssig oder so. Das nicht“* (Interview Experte E, A. 58).

Insgesamt äußerten die Expert*innen, dass es in dem Messinstrument einige **Redundanzen** gäbe, die man diskutieren könnte. Insbesondere in den Subtests zur Empathie und sozialen Orientierung wurden in den Subtests einige sehr ähnliche Items genannt, die sich inhaltlich überschnitten und die Expert*innen zweifelten teilweise an, ob hier eine eindeutige Abgrenzung zwischen den Subtests abgebildet werden könne.

Weiterhin wurde einerseits von einzelnen Expert*innen angemerkt, dass die **Wahrnehmung der eigenen Emotionen** zusätzlich abgefragt werden müsste und auf der anderen Seite sagten andere, dass dies nicht erforderlich sei, da die Wahrnehmung fremder Emotionen die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Emotionen impliziere.

> *„Nein, das **impliziert** das. Deswegen ist dieses Konstrukt eigentlich auch **abgedeckt**, vom "Gefühlsausdruck eines Anderen erkennen". Und auch "Wünsche, Bedürfnisse", ne? Genau, ne? Das ist für mich dann alles integrativ drin, wenn ich das bei anderen*

erkenne, setzt es voraus, ich erlebe das bei mir auch. Sonst ist es ja, ja, geht´s ja gar nicht (…)" (Interview Expertin A, A. 76).

Zudem wurde in den Interviews über die beiden Subtests zur **sozialen Unterstützung** und insbesondere über deren **Differenzierung** in emotionale und instrumentelle Unterstützung diskutiert. Ein Großteil der Expert*innen würde diese **Trennung nicht** vornehmen, da die Kinder diese Differenzierung nicht vornehmen würden und sich hier viele Überschneidungen ergeben würden. Überdies werteten die Expert*innen die Ergebnisse der ersten faktoriellen Überprüfung (die beiden Subtest ließen sich hier nicht trennen) als Bestätigung und würden daher die **Items zu einem Subtest zusammenfassen**.

„Ja. Genau, da ist wieder die Abwägung zwischen Erkenntnisgewinn, zwischen Theoriefundierung und das, was die Daten hergeben. Und wenn die das nicht hergeben, dann muss man ja wieder zu sagen, dann kürzen wir es und unterteilen es nicht zwangsläufig nur aus akademischen Gründen, die einfach in der Praxis nicht gegeben sind. Denn hat sich die Theorie nicht bewährt oder bildet sich nicht empirisch ab, sollte man es meiner Meinung nach nicht tun" (Interview Experte C, A. 56).

Trotzdem gab es die Anmerkung, dass in der Trennung auch ein **Erkenntnisgewinn** liegen könne, insofern sich die beiden Subtests bei den älteren Schüler*innen getrennt voneinander abbilden ließen, da dadurch ein **Entwicklungsprozess** dargestellt werden könne. Dies müssen sich aber zunächst empirisch bestätigen.

Darüber hinaus wurde die Thematik der **invertierten Items** in den Interviews von den Expert*innen angesprochen. Dabei argumentierte die Mehrheit der Expert*innen, dass es **nicht zwingend erforderlich** sei invertierte Items in den Fragebogen aufzunehmen, um zu verhindern, dass die Schüler*innen einfach nur nach einem bestimmten Muster ankreuzen. Überdies nannten die Expert*innen auch, dass invers formulierte Items zu **Nachteilen** führen könnten indem zum Beispiel Wörter wie z.B. „nicht" überlesen oder die Formulierung „im Kopf umgedreht" würde.

*„Also es gibt keinen, bei Kindern und Jugendlichen scheint es so zu sein, irgendwie **verarbeiten die diese reversed Items anders**, und nicht, weil sie die Items nicht lesen. Und das führt dann **natürlich zu Problemen**. Also darauf aufbauend - ist natürlich nur ein Fragebogen. Aber *puh* also ich, darauf aufbauend**, ich würde nicht vorschlagen, dass Sie da irgendwas 'reversen'** (…)"* (Interview Experte G, A. 46).

Hinsichtlich der Formulierungen wurde von einzelnen Expert*innen angemerkt, dass der Fragebogen *„noch so zu generell formuliert. Und dann mit zu viel Abstraktions-Möglichkeiten, Assoziations-Möglichkeiten und damit zu viele Unwägbarkeiten" (Experte E, A. 6)* aufweise. Außerdem wurde angeregt, *„dass gerade, wenn es um sozial-emotionale Kompetenzen geht,*

*auch die **Emotionalität in der Ansprache** sehr wichtig ist. Das heißt, die Aussagesätze müssten irgendwie auch ein bisschen **emotional** sein. Das funktioniert bei Kindern sehr gut, bei Erwachsenen im Übrigen auch (…)"* (Experte E, A. 12).

> Weiterhin wurde von einigen Expert*innen empfohlen *„damit zu arbeiten, **sprachlich zu differenzieren zwischen "meinen Freunden" und "andere Mitschüler**". Auch zu überlegen, was ist sozial- emotional kompetent gegenüber meiner besten Freundin, meinem besten Freund und was ist sozial-emotional kompetent gegenüber meinen anderen Mitschülern und das eben auch in Items verpacken, aber es gibt dort Differenzierungen und diese **Differenzierungen ist auch gesund.** Denn sozial-emotionale Kompetenz macht auch aus, dass ich mir über **Exklusivität von sozialen Beziehungen** im Klaren bin, dass ich mit meiner besten Freundin zu meinem Partner, beispielsweise, anders emotional kommuniziere als zu jemandem, der mir nicht nahesteht (…)"* (Interview Expertin I, A. 8).

Abschließend wurde von einzelnen Expert*innen angemerkt, dass bei der Thematik eine Skala zur **sozialen Erwünschtheit** in den Fragebogen eingefügt werden sollte, um diesen Einfluss besser zu kontrollieren. Allerdings gab es gleichzeitigt Expert*innen, die die soziale Erwünschtheit als ein generelles Thema bei allen Fragebögen ansahen und keine extra Skala einfügen würden.

> *„Ich meine das ist ja eh ein Problem, **mit dem alle Fragebögen zu kämpfen haben**. Und da dann irgendwie noch so eine Lügenskala oder sowas einzubauen, das machen ja eh auch die wenigstens Fragebögen. Und wenn, dann muss man ja eh auch bisschen vorsichtig sein bei der Interpretation. Also ja klar, soziale Erwünschtheit hat man immer mit drin, aber das ja wie gesagt bei jedem Fragebogen (...)*" (Interview Experte K, A. 80).

Konstrukt. Die Hauptkategorie Konstrukt umfasste fünf Kategorien, die der Abbildung 98 entnommen werden können.

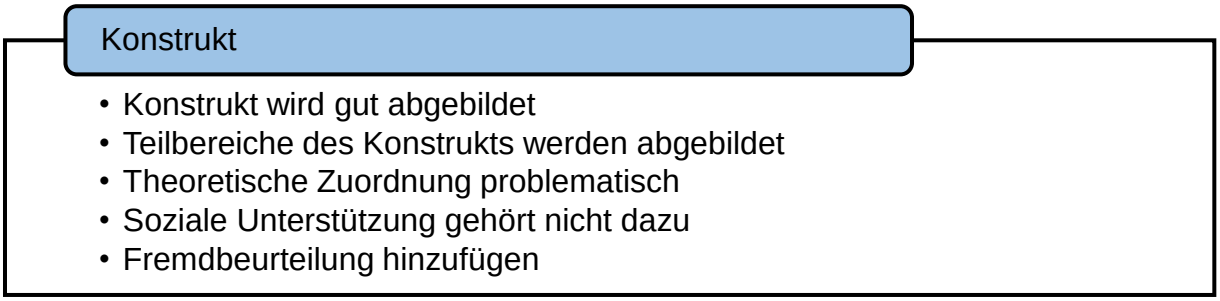


Abbildung 98: Kategorien der Hauptkategorie Konstrukt.

Hinsichtlich der Abbildung des Konstruktes war die Mehrheit der Expert*innen der Auffassung, dass das Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz durch die Items/Subtests **gut abgebildet** wurde.

> *„Also ich denke es ist, wenn man jetzt davon ausgeht, einfach nur von selbst, dass man nur eine Selbstauskunft heranzieht,* ***da denke ich, erfasst es das gut****, ich finde wie gesagt,* ***Sie haben die Bereiche gut abgebildet****, ja, also die verschiedenen, wie Sie die in den Subtests ja eben auch so benannt haben, die verschiedenen Skalen oder Konstrukte, je nachdem"* (Interview Expertin J, A. 44).

Es äußerten allerdings auch einzelne Expert*innen, dass aus ihrer Sicht nur **Teilbereiche des Konstruktes** abgebildet würden oder die gesamte **theoretische Zuordnung wurde als problematisch** eingeschätzt. Bei den Teilbereichen wurde hervorgehoben, dass der Fragebogen sich insbesondere mit dem Umgang mit Problemen und Konflikten befasse und weniger mit prosozialen Verhaltensweisen sowie dysfunktionalen Problemlösestrategien.

> *„Ja, genau, da würde ich im Prinzip nochmal das wiederholen, was ich gerade gesagt habe,* ***dass es ein Teil von sozial-emotionaler Kompetenz steckt****. Vor allem den Umgang mit herausforderndem Verhalten, mit Problemen, mit genau, Konflikten und* ***weniger mit prosozialen Verhaltensweisen****: Freude teilen, Interessen teilen, auf Andere zugehen. Genau, oder auch vielleicht spezifische Verhaltensweisen noch, die vielleicht auch* ***dysfunktional*** *sind, wenn man sagt, da möchte man vielleicht auch was - wäre eher die klinische Sicht zu sagen: da vermeide ich Konflikte, schiebe sie auf, steck den Kopf in den Sand, ziehe mich zurück, tue mir etwas an oder kümmere mich nicht weiter oder versuche das zu vergessen, oder traue mich nicht Andere anzusprechen, weiß nicht, wo ich mir Hilfe holen soll (…)"* (Interview Experte C, A. 30).

Eine Expertin äußerte, dass insbesondere die theoretische **Zuordnung der sozialen Unterstützung zum Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz als „*problematisch zu bewerten sei*"** und den Umfang der Subtests zur sozialen Unterstützung als zu hoch einschätzte. Aus ihrer Sicht gehöre die soziale Unterstützung nicht zum Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz.

> *„Der Punkt ist, wo finden sich an, wo finden sich* ***Verbindungspunkte soziale Unterstützung und sozial-emotionale Kompetenzen****. Was wir ja tatsächlich haben, ist prosoziales Verhalten als Teil sozial-emotionaler Kompetenz und ja beispielsweise. Und da würde ja sowas auch reinfallen, insofern haben ja die Items ihre Berechtigung, aber der Umfang im Vergleich zu anderen Facetten der sozial-emotionalen Kompetenzen ist viel größer"* (Interview Expertin I, A. 82).

Weiterhin merkten die Expert*innen an, dass man dem Verfahren eine **Fremdbeurteilung** durch einen Fragebogen für die Eltern und Lehrkräfte hinzufügen könnte, um die beiden Perspektiven miteinander vergleichen zu können und dadurch einen Erkenntnisgewinn zu haben.

> *„Wäre spannend, muss man natürlich auch gucken, wie groß dann das ganze Ding wird. Ich finde es **immer spannend, Selbst- und Fremdbeurteilung, weil es schon deutlich auseinander geht**, also ich kann ja jetzt immer nur aus der klinischen Problemperspektive reden, weil man da schon auch viele Forschungsergebnisse und Ergebnisse zu hat, dass die Sichtweisen schon deutlich auseinander gehen (...)“* (Interview Experte K, A. 78).

Verständlichkeit. Unter der Hauptkategorie Verständlichkeit wurden vier Kategorien zusammengefasst (s. Abb. 99).

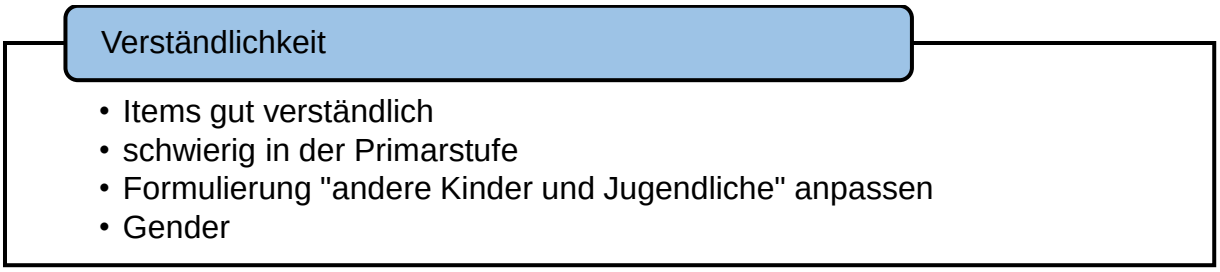


Abbildung 99: Kategorien der Hauptkategorie Verständlichkeit.

Während der Interviews wurden die Expert*innen gebeten die Verständlichkeit der Items einzuschätzen. Dabei zeigte sich, dass die Mehrheit der Expert*innen die Items als **gut verständlich** für Kinder und Jugendliche bewertete. Vereinzelt wurde allerdings einschränkend erwähnt, dass die Verständlichkeit in der Primarstufe stark vom **Leseverständnis und den Lesefähigkeiten** generell abhänge. Bei Drittklässler*innen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten könne die Bearbeitung des Fragebogens sich schwierig gestalten.

Weiterhin schlugen einige Expert*innen vor, die Formulierung „andere Kinder und Jugendliche“ anzupassen und z.B. lediglich „Kinder“ zu verwenden, da die Schüler*innen in dieser Zielgruppe sich selbst häufig auch noch als Kinder bezeichnen würden.

> *„**Was** ich gedacht habe, weil es ja - was haben wir? Acht- bis Zwölfjährige in aller Regel, ob man die "Jugendliche", ich kenne ja viele Dreizehnjährige, die reden auch von anderen Kindern, manche Fünfzehnjährige noch, die sagen: "**Die anderen Kinder in meiner Klasse"**, die selber nicht explizit - oder **reden nicht übereinander als Jugendliche** (…)“* (Interview Experte C, A. 38).

Überdies wurde im Rahmen dieser Hauptkategorie die Thematik bezüglich des Umgangs mit der geschlechtergerechten Sprache im Zusammenhang mit dem Verständnis der Items diskutiert. Dabei äußerten einige Expert*innen, dass sie zum einem die Kategorie „divers“ bei

Kindern unter Umständen nicht anbieten würden, da dies bei jüngeren Kindern zu Verwirrung oder Irritationen führen könne und zum anderen die gendergerechte Formulierung der Items wie z.B. „Kann ich **ihre oder seine** Sicht verstehen“ könne zu Einbußen bei der Verständlichkeit der Items führen. Allerdings beschrieben die Expert*innen die Thematik generell als schwierig und schlugen vor, möglichst **neutrale Formulierungen** zu verwenden und es müssten die verschiedenen Aspekte abgewogen werden. Einzelne Expert*innen betonten aber auch, dass die Items gendergerecht formuliert sein müssten und bewerteten die gewählten Formulierungen als positiv.

Kasten 42: Fazit Auswertungsfrage II.

Fazit Auswertungsfrage II „Konstrukt“

In den Interviews mit den Expert*innen zeigte sich, dass die Inhalte des Fragebogens von den Expert*innen als passend zur Thematik bewertet wurden. Es könnten allerdings Subtests zur Selbstwirksamkeit in sozialen Interaktionen sowie dem dysfunktionalen Umgang mit Problemsituationen hinzugefügt werden. Die Abbildung des Konstruktes wurde größtenteils als gut beurteilt, allerdings merkten einzelne Expert*innen an, dass nur Teilbereiche des Konstruktes abgebildet würden und die Passung der sozialen Unterstützung zum Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz fraglich sei. Insgesamt wurden die Items als gut verständlich für die Zielgruppe eingeschätzt, allerdings könne es in der Primarstufe aufgrund eingeschränkter Lesefähigkeiten und der geschlechtergerechten Formulierungen der Items und damit erhöhter Komplexität zu Verständnisschwierigkeiten kommen.

Auswertungsfrage III. Die Auswertungsfrage III hatte zum Ziel, zu erheben, wie aus der Sicht der Expert*innen ein gut einsetzbarer Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz gestaltet sein sollte. Dazu wurden im Auswertungsprozess induktiv acht Kategorien gebildet, die nicht zu Hauptkategorien zusammengefasst wurden (s. Abb. 100).

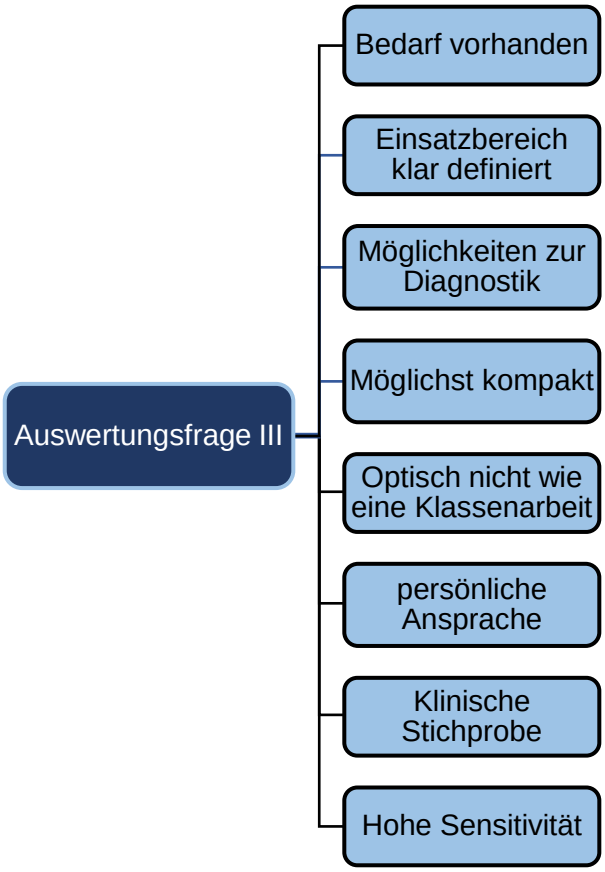


Abbildung 100: Kategorien der Auswertungsfrage III.

Grundsätzlich schilderten die Expert*innen, dass es in diesem Themenbereich für Kinder und Jugendlich aktuell **zu wenig standardisierte Messinstrumente** gäbe und wünschten sich in diesem Bereich Weiterentwicklungen und **neue Messinstrumente** für den Einsatz in der Praxis sowie der Forschung.

> *„Es besteht ein **sehr sehr großer Bedarf** darin, einen **Fragebogen für diesen Altersbereich überhaupt zu entwickeln**, auf den Markt zu bringen. Es können gerne auch noch mehrere auf den Markt kommen, damit wir möglichst viele Fragebögen zur Verfügung haben. Im Moment ist es **wirklich eine Lücke** auf dem Markt, die habe ich für mich auch so identifiziert, da **muss dringend was passieren** und insofern wäre es sehr erfreulich, wenn wir hier so ein Instrument bekommen könnten (…)“* (Interview Expertin I, A. 95).

Um ein solches Messinstrument gut anwenden zu können, sollte der **Einsatzbereich des Messinstrumentes klar definiert** sein und es sollte die **Möglichkeit zur Diagnostik** von z.B.

Entwicklungsverläufen bestehen. In diesem Zusammenhang wurde zudem von den Expert*innen genannt, dass es von Vorteil sei, wenn man den Fragebogen in Kombination mit Trainings oder Förderangeboten einsetzte, dass über das Messinstrument zum Beispiel eine **Zuordnung zu differenzierten Trainingsgruppen** möglich wäre.

Hinsichtlich des Aufbaus und Layout des Fragebogens merkten einige Expert*innen an, dass ein solches Messinstrument **möglichst kompakt und nicht zu umfangreich** sein solle und zudem **optisch nicht wie eine Klassenarbeit** gestaltet sein sollte, um Assoziationen mit schulischen Leistungssituationen bei den Kindern und Jugendlichen zu vermeiden. Weiterhin sei eine **persönliche Ansprache** in der Instruktion und den Items von Bedeutung, um die Motivation bei den Kindern und Jugendlichen zu erhöhen.

Weiterhin merkten einige Expert*innen an, dass es von Vorteil wäre, wenn bei der Validierung des Messinstrumentes zusätzlich **klinische Stichproben einbezogen** werden würden, um feststellen, ob Auffälligkeiten bei den Ergebnissen im Vergleich zu nicht-klinischen Stichproben aufgezeigt werden können und Zusammenhänge zwischen den Items und klinischen Auffälligkeiten bestünden.

> *„Ich weiß nicht, Sie sagten, Sie versuchen noch eine Stichprobe zusammen zu bekommen, wenn möglich, könnte ich mir gut vorstellen irgendwie so ein **Maß an Psychopathologie einzuschließen**. Denn dann ist das zu sehen, gibt es denn da **Unterschiede, korrelieren denn diese Items mit sowas?** Das würde für mich total Sinn machen (…)“* (Interview Experte G, A. 134).

Zudem war es für einzelne Expert*innen wesentlich, dass das Messinstrument **möglichst sensibel** ist und zwischen „auffälligen und unauffälligen“ Kindern und Jugendlichen **gut trennen** kann sowie in der Lage ist, die **Streuung gut abzubilden**.

> *„Von Anfang an. Ich muss im Prätest **niedrige Werte abbilden** können und ansonsten, ja, genau. Wissen Sie selber gut genug, **Streuung abbilden** können. **Unterschiede zwischen den Personen**, das halte ich für zentral“* (Interview Expertin H, A. 146).

Kasten 43: Fazit Auswertungsfrage III „Anwendbares Messinstrument“.

Fazit Auswertungsfrage III „Anwendbares Messinstrument“

Insgesamt schilderten die Expert*innen in den Interviews, dass es im Bereich sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen einen großen Bedarf an standardisierten sowie normierten Messinstrumenten gäbe. Solche Messinstrumente sollten aus Sicht der Expert*innen einen klar definierten Einsatzbereich haben, die Möglichkeit zur Diagnostik und zur Zuordnung von Trainingsgruppen bieten und optisch nicht wie eine Klassenarbeit wirken. Weiterhin war es für die Expert*innen wesentlich, dass bei der Validierung auch klinische Stichproben eingesetzt würden und der Fragebogen durch eine hohe Sensibilität in der Lage sei auffällige von nicht auffälligen Kindern und Jugendlichen zu unterscheiden sowie die Streuung entsprechend abbilden könne.

Kasten 44: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version IV.

Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version IV

Nach den Einzelinterviews mit den Expert*innen wurden die Ergebnisse in der Arbeitsgruppe der Autorin besprochen und die vorgeschlagenen Änderungen unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes sowie methodenbezogenen Grundlagen diskutiert und die entsprechenden Modifikationen an dem Fragebogen vorgenommen. Die Instruktion wurde dahingehend angepasst, dass sie in der vierten Version eine persönlichere Ansprache enthält und die Passage zum Corona-Virus entfernt wurde. Außerdem wurden weitere Zwischeninstruktionen eingefügt. Bei den Beispielen wurden bei zwei von vier Beispielen die Formulierungen angepasst und der Itemstamm *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben…“* wurde in *„Wenn eine Freundin oder ein Freund Probleme hat, …“* verändert. Hinsichtlich des Konstruktes wurde die Mobilisierung sozialer Unterstützung in Freunde und Eltern differenziert und die Subtests anhand des Modells von Denham et al. (2014) erneut konkretisiert und umbenannt. Außerdem wurden zwei Subtests zur Selbstwirksamkeit und zum Emotionswissen hinzugefügt. Die vierte Version des Fragebogens enthielt insgesamt 11 Subtests mit 52 Items, die den Expert*innen in einer Fokusgruppe zur kommunikativen Validierung vorgelegt wurden.

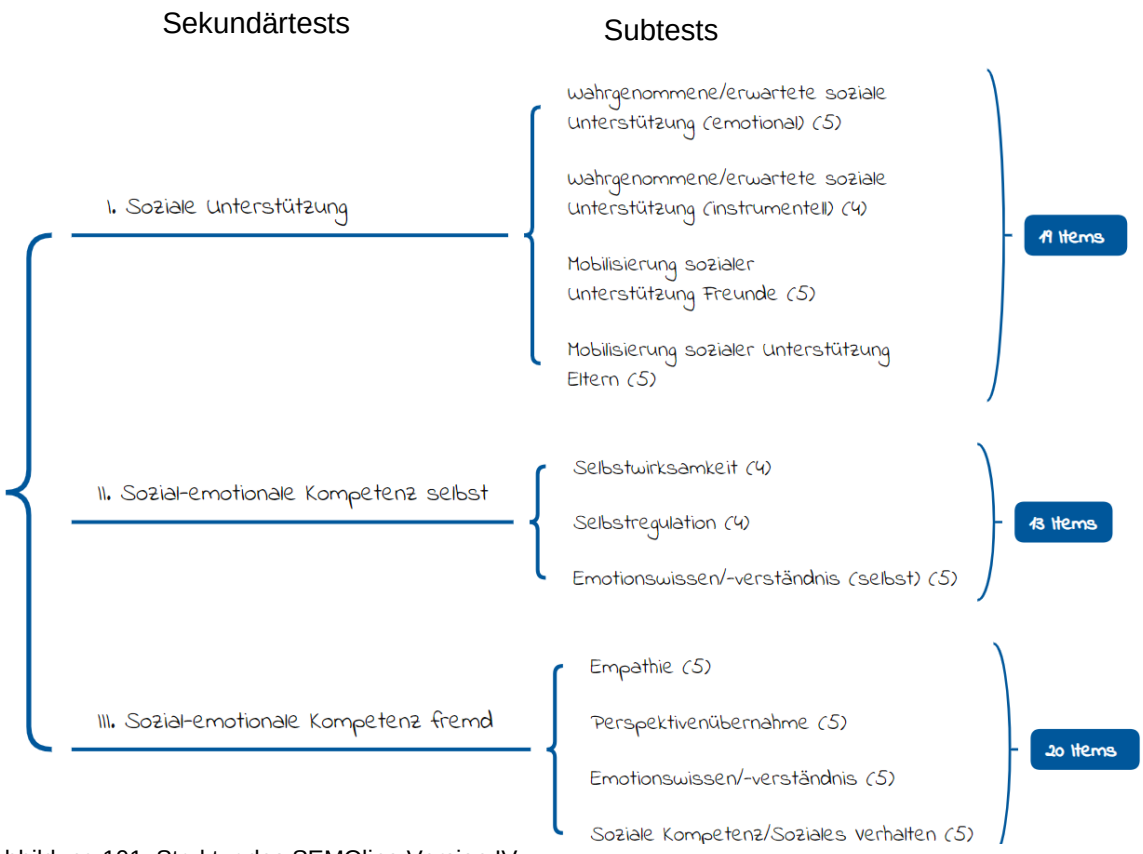


Abbildung 101: Struktur des SEMOlino Version IV.

6.4.3.2 Ergebnisse Fokusgruppe

Im Anschluss an die Auswertung der Einzelinterviews und den entsprechenden Modifikationen wurde die vierte Version des Fragebogens einzelnen Expert*innen erneut zugeschickt und zur kommunikativen Validierung eine Fokusgruppe durchgeführt. Dabei wurden die inhaltsanalytischen Regeln aus den Einzelinterviews angewandt, allerdings nur die Auswertungsfragen I und II berücksichtigt. Zu Beginn der Fokusgruppe wurden den Expert*innen die Ergebnisse der Einzelinterviews und die Veränderung in der neuen Version im Vergleich zur Vorgängerversion in Form einer Präsentation vorgestellt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Fokusgruppe gegliedert nach den beiden Auswertungsfragen dargestellt.

Auswertungsfrage I. Die Auswertungsfrage I hatte zum Ziel, zu explorieren, wie die Expert*innen den modifizierten Aufbau des Fragebogens bewerten und welche weiteren Modifikationen zur Verbesserung des Messinstrumentes von den Expert*innen vorgeschlagen werden. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von vier Hauptkategorien (Umfang, Instruktion, Beispiele, Itemstamm) zusammengefasst (s. Abb. 102).

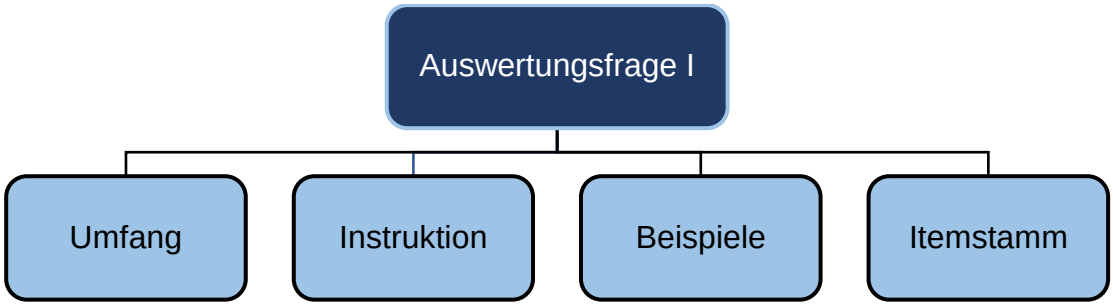


Abbildung 102: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I.

Umfang. Hinsichtlich des Umfangs wurden zwei induktive Kategorien gebildet, die in der Abb. 103 aufgeführt werden.

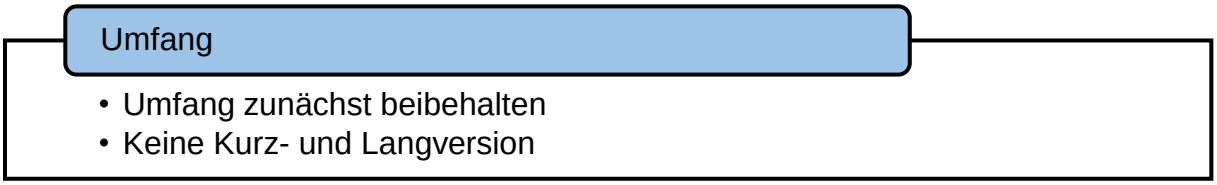


Abbildung 103: Kategorien der Hauptkategorie Umfang.

Bezüglich des Gesamtumfangs der vierten Version des Fragebogens (52 Items) schlugen die Expert*innen vor, diesen **Umfang zunächst beizubehalten**, da während der psychometrischen Prüfung davon ausgegangen werden kann, dass ohnehin Items eliminiert werden. Weiterhin wurde die Möglichkeit einer Kurz- und Langversion für die Primar- und Sekundarstufe in der Fokusgruppe diskutiert. Hier zeigte sich, dass einzelne Expert*innen diese **Variante nicht bevorzugen** würden und falls eine kürzere Version zur Verfügung stünde, sollte diese aus testökonomischen Gründen auch bei den älteren Schüler*innen Anwendung finden.

> *„Ich würde für die Konstruktion vorschlagen, die Itemanzahl so zu lassen, wie sie jetzt ist. Da ich eben denke, dass bei der psychometrischen Überprüfung noch eine Reihe von Items rausfallen, auch dann da die faktorielle Struktur einmal zu überprüfen. Auch darüber werden Items rausfallen und ich kann mir vorstellen, dass da eben eine Anzahl an Items übrigbleibt, die tatsächlich für beide Altersklassen geeignet sind* (…)“ (Fokusgruppe, B1, A. 17).

Instruktion. Die Abbildung 104 stellt die vier Kategorien dar, die unter der Hauptkategorie Instruktion zusammengefasst wurden.

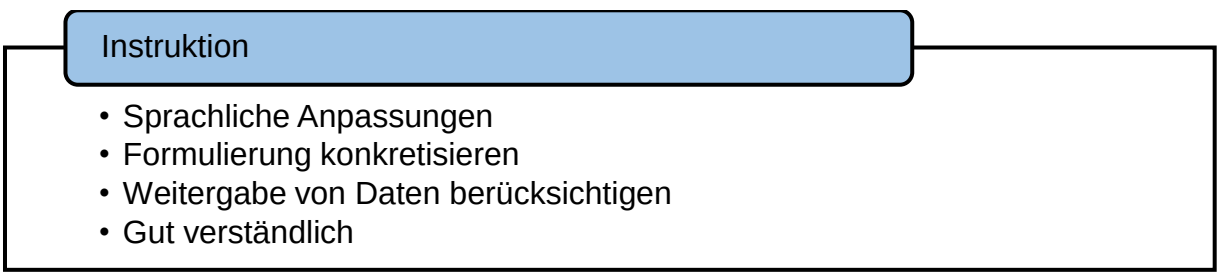


Abbildung 104: Kategorien der Hauptkategorie Instruktion.

In Bezug auf die Instruktion wurde von den Expert*innen angemerkt, dass kleinere **sprachliche Anpassungen** *(„Und das hatte ich glaube ich auch letztes Mal schon gesagt, "wie es am stärksten auf dich zutrifft". Das finde ich so sprachlich, ich würde sagen "wie es am ehesten auf die zutrifft", "am meisten auf dich zutrifft" oder "am besten" vielleicht, weil das ist wahrscheinlich eher so eine sprachgeschmackliche Geschichte“* (Fokusgruppe Transkript, B3, A. 30)) sowie eine **Konkretisierung der Formulierung** (*„So bei der ersten Zeile habe ich mich gefragt, so "schön, dass du an der Befragung teilnimmst. Deine Antworten sind für uns sehr wichtig". Ob da im Sinne der Transparenz und Aufklärung, warum ist es eigentlich wichtig. Für uns, in deinen, es ist sehr wichtig, um Kinder besser zu verstehen oder um die Ermittlung von so (…). Diese Informationsabsicht. Das fehlt eigentlich noch, warum es sehr wichtig ist.* (Fokusgruppe Transkript, B3, A. 28) vorgenommen werden könnten, um den Kindern die Information zu geben, warum es wichtig ist, dass sie den Fragebogen ausfüllen und dies auch wertzuschätzen. In diesem Zusammenhang wurde zudem von den Expert*innen zu Bedenken gegeben, dass man in der Instruktion berücksichtigen sollte, dass es je nach Kontext der Erhebung durchaus sein könne, dass die Daten an Eltern oder Lehrer*innen weitergegeben werden und es daher **die Datenweitergabe in der Instruktion nicht grundsätzlich ausgeschlossen** werden sollte. Insgesamt wurde die Instruktion aber von den Expert*innen als gut verständlich bewertet.

Beispiele. Die Hauptkategorie Beispiele umfasste vier induktive Kategorien (s. Abb. 105).



Abbildung 105: Kategorien der Hauptkategorie Beispiele.

Insgesamt wurden die Beispiele von den Expert*innen als **passend und verständlich** bewertet, allerdings wurden Anpassungen hinsichtlich der Formulierung vorgeschlagen. Insbesondere wurde angemerkt, dass die Formulierung „Du hast in Deinem Hobby eine schlechte Leistung erbracht“ nicht dem Alter entsprechend sei und Kinder sich nicht in dieser Form ausdrücken würden.

> *„Du hast also kein Spaß gehabt oder hast versagt, oder hast was falsch gemacht oder warst unzufrieden oder? Aber in einem Hobby eine schlechte Leistung (...). Ich weiß, was gemeint ist,* ***aber ich glaube, so würde man es nicht altersspachlich ausdrücken“*** (Fokusgruppe, B3, A. 53).

Weiterhin merkten die Expert*innen bei der Formulierung des zweiten Beispiels „*Deine Mitschülerinnen oder Mitschüler schließen Dich **in der Pause** aus der Gruppe aus“* an, dass nicht klar genug werden, um welche Art von Gruppe es sich handle und die Zusatzinformation „in der Pause“ **nicht benötigt** werden und dadurch das Beispiel auf verschiedene Gruppen anwendbar werden würde.

Überdies wäre es aus Sicht der Expert*innen von Vorteil, wenn bei den Beispielen zusätzlich der familiäre Kontext berücksichtigt werden würde, *„weil ich könnte mir vorstellen, dass bei Kindern auch viel dann **Streit mit den Eltern oder Probleme** und die sind jetzt bei den Beispielen ein bisschen raus“* (Fokusgruppe, B2, A. 49). Zudem waren die Expert*innen der Meinung, dass bei den Beispielen mehr Bezug zu den damit verbundenen Emotionen hergestellt werden sollte, um klarzustellen, warum die beschriebenen Situationen ein Problem sein können.

> *„Ich weiß ich hatte glaube ich gesagt, das Beispiel "Du hast eine schlechte Note geschrieben", fand ich nicht so passend, weil es kann ja auch sein, dass das jemand eben **emotional gar nicht triggert**, so sondern, dass man sich sagt, na ja bin ich ja gewohnt. Da habe ich also schon mein Repertoire, damit umzugehen (...)“* (Fokusgruppe, B1, A. 48).

Itemstamm. Die Hauptkategorie Itemstamm umfasste zwei Kategorien (s. Abb. 106).

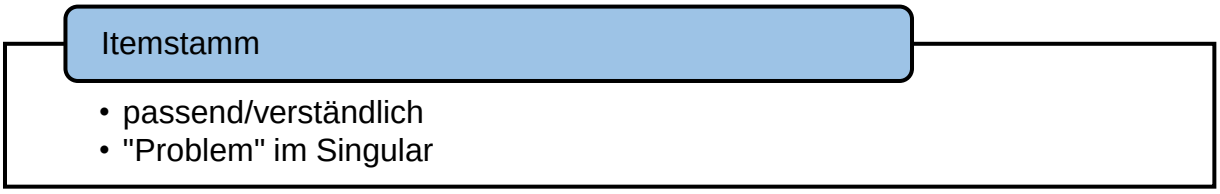


Abbildung 106: Kategorien der Hauptkategorie Itemstamm.

Hinsichtlich des Itemstammes bewerteten die Expert*innen diesen als **passend und verständlich** und begrüßten die Veränderungen im Vergleich zur Vorgängerversion. Allerdings wurde zusätzlich angemerkt, dass der Begriff **„Probleme“ im Itemstamm im Singular** formuliert werden sollte, da dies konkreter sei.

> *„Ich würde mich da tatsächlich anschließen, dass hier die **Einzahl hier tatsächlich geeigneter ist.** Ich begrüße die Formulierungsänderungen von "andere Kinder und Jugendliche" auf "eine Freundin oder ein Freund"* (…)“ (Fokusgruppe, B1, A. 67).

Kasten 45: Fazit Auswertungsfrage I „Aufbau“.

Fazit Auswertungsfrage I „Aufbau“

Insgesamt zeigte sich in der Fokusgruppe, dass die Expert*innen die Modifikationen am Umfang, der Instruktion, den Beispielen und dem Itemstamm als positiv bewerteten. Es sollten keine weiteren Items gelöscht werden, die Instruktion könne noch weiter konkretisiert und bei den Beispielen die Formulierungen an die Sprache der Kinder und Jugendlichen angepasst sowie ein Beispiel im familiären Kontext hinzugefügt werden. Im Itemstamm sollte der Begriff „Probleme“ in den Singular „ein Problem“ umformuliert werden.

Auswertungsfrage II. Die Auswertungsfrage II hatte zum Ziel, zu erfassen, wie die Expert*innen die Inhalte sowie die Abbildung des Konstruktes in der vierten Version beurteilen und welche weiteren Modifikationen vorgenommen werden sollten. Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von drei Hauptkategorien (Inhalte, Konstrukt und Verständlichkeit) zusammengefasst.

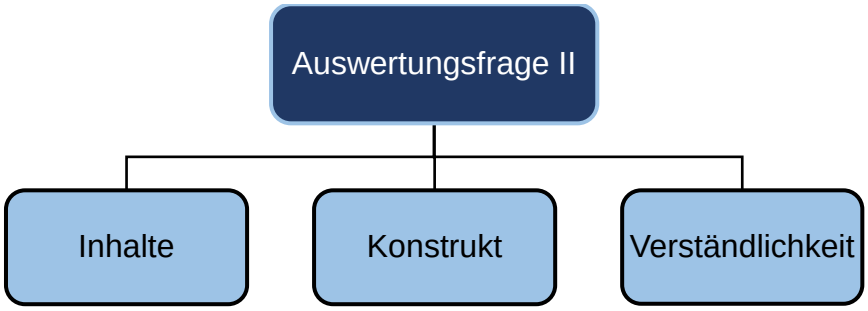


Abbildung 107: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II.

Inhalte. In Bezug auf die Inhalte haben sich bei der Auswertung vier Kategorien ergeben, die der Abbildung 108 entnommen werden können.

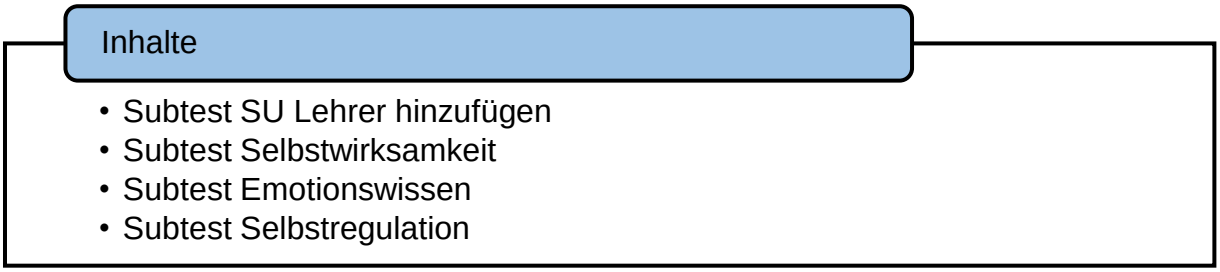


Abbildung 108: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte.

Zunächst wurde von den Expert*innen angeregt, dass im Abgleich mit dem Modell von Denham bei der sozialen Unterstützung ein Subtest zur Mobilisierung **sozialer Unterstützung durch Lehrer*innen hinzugefügt** werden sollte. Es gäbe in diesem Bereich bisher keine Fragebögen, die erheben, ob Schüler*innen in der Lage sind, soziale Unterstützung von Lehrer*innen einzufordern oder diese bei Problemen anzusprechen.

> *„Aber ich möchte G. ausdrücklich zustimmen,* ***das wird so oft ausgespart*** *und wir haben, wir müssen ja auch mal über eine* ***ökologische Validität*** *sprechen und das macht schon einen großen Unterschied, ob das Kind auch mal dazu in der Lage ist von Lehrkräften Unterstützung einzuholen bei der Bewältigung von Aufgaben, bei anderen Problemen, im Pausenhof und insofern* ***wäre das mal hochinteressant****, also das wäre ja eine Bereicherung, vor allem um, da stimme ich mal ad hoc zu, das gibt es so bislang nicht im deutschen Sprachraum,* ***das wäre ganz ganz spannend*** *(lachend)“* (Fokusgruppe, B1, A. 150).

Weiterhin wurde in der Fokusgruppe über die beiden neuen Subtests Selbstwirksamkeit und Emotionswissen diskutiert. Alle Expert*innen begrüßten die Aufnahme der beiden Subtests ausdrücklich würden aber beim Subtest Selbstwirksamkeit die Formulierungen eventuell anpassen. Ein Experte äußerte *„(…) ich weiß nicht, ob ich immer über die Formulierung* ***"Ich traue mich"*** *gehe, weil* ***Selbstwirksamkeit ja auch anders angezeigt*** *durch Erfolgs-, also durch die Erwartung Erfolg zu haben. Ja und das drückt sich hier nicht aus. "Ich traue mich" ist eigentlich immer in Richtung Angst und von daher würde ich auch hier über die Formulierung nachdenken“* (Fokusgruppe, B1, A. 107). Hinsichtlich des Subtests Emotionswissen wurde ebenfalls eine Veränderung der Formulierung vorgeschlagen und eine Expertin beschrieb dies wie folgt: *„(…) Ich bleibe dabei, man kann hier noch mal über die Formulierung sprechen. Ich weiß nicht,* ***ob das hier alles anfangen muss mit "ich kann", "ich kann", "ich kann".*** *Das kann man sicherlich noch mal diskutieren intern, ob man das vielleicht auch anders formuliert, um da* ***deutlicher heranzukommen“*** (Fokusgruppe, B1, A. 105).

Überdies wurde der Subtest Selbstregulation in der Fokusgruppe angesprochen. Es wurde deutlich, dass die Expert*innen diesen Subtest unterschiedlich bewerteten und am Ende der Fokusgruppe **keine einheitliche Lösung oder Kosens** in dieser Hinsicht erreicht wurde. Angemerkt wurde, dass noch einmal reflektiert werden sollte, was mit diesem Subtest genau abgebildet werden soll und eine Einteilung anhand *„(…) kognitiver Strategien, affektiver Strategien und behavioraler Strategien“* (Fokusgruppe, B1, A. 126) vorgeschlagen. Weiterhin wurde in Frage gestellt, ob die lediglich vier Items das Konstrukt Selbstregulation hinreichend abbilden können und es wurde empfohlen vor der nächsten psychometrischen Prüfung diesem Subtest **weitere Items hinzuzufügen** und anhand von Faktorenanalysen zu selektieren, welche Items erhalten bleiben sollten.

Konstrukt. Die Hauptkategorie Konstrukt umfasste sechs Kategorien, die in Abbildung 109 aufgeführt werden.

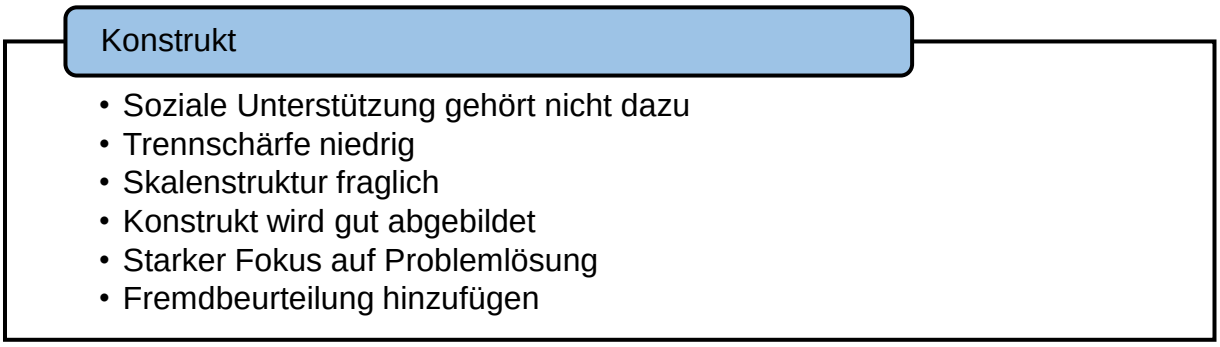


Abbildung 109: Kategorien der Hauptkategorie Konstrukt.

Im Anschluss an die Einzelinterviews wurden die Subtests noch einmal konkretisiert und umbenannt sowie Subtests hinzugefügt. In der Fokusgruppe wurden dieser Veränderung sehr positiv bewertet und das Konstrukt könne durch das Messinstrument aus Sicht der Expert*innen gut abgebildet werden. Die wesentlichste Kritik lag allerdings weiterhin darin, dass aus Sicht einer Expertin die soziale Unterstützung nicht zum Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz gehöre und sie dies deutlicher voneinander trennen würde. Vorgeschlagen wurde in diesem Zusammenhang die beiden Teile zu trennen und als zwei Fragebögen zu benennen.

> *„Ich möchte noch mal deutlich sagen, dass für mich die* ***soziale Unterstützung nicht zur sozial-emotionalen Kompetenz gehört*** *und ich da halt diese Items da auch nicht rein rechne* (…)“ (Fokusgruppe, B1, A. 26).

Weiterhin wurde hinsichtlich des Konstruktes angemerkt, dass die Items in der empirischen Überprüfung voraussichtlich wenig trennscharf sein werden und die Skalenstruktur insgesamt fraglich ist. Aus der Sicht der Expert*innen überschnitten sich die Items im Bereich der Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis sowie die soziale Kompetenz zum Teil sehr stark und bedingten sich zudem gegenseitig, sodass einzelne Expert*innen in der Fokusgruppe davon ausgingen, dass sich die Struktur der Subtests nicht in der Faktorenanalyse wird abbilden lassen können. Daher wurde der Vorschlag gemacht die Items in lediglich einem Subtest zusammenzuführen und nicht zu differenzieren.

> *„Und da möchte ich gerne aufgreifen oder auch noch mal sagen, was ich grundlegend noch gesagt habe, dass ich nämlich auch glaube, dass bei einer Faktorenanalyse einige Items rausfliegen, aber dass sich grundsätzlich auch die Frage stellt,* ***wie viele Subskalen man tatsächlich braucht oder ob das nachher eine Skala sozial-emotionale Kompetenz überhaupt nur abgebildet wird und gar nicht diese Subskalen.*** *Ich verstehe das jetzt eher so, dass man jetzt ausgehend von der Theorie tatsächlich diese Bereiche identifizieren kann, die dort theoretisch von Frau Denham eben auch genannt werden und dazu wurden jetzt jeweils Items formuliert und ob die sich faktoriell*

jetzt nachher trennen lassen oder nicht, ist ja eine ganz andere Frage (…)“ (Fokusgruppe, B1, A. 14).

Weiterhin wurde in der Fokusgruppe erneut angemerkt, dass der **Fokus zu stark auf der Problemlösung** liege und der **Bezug zu den Emotionen** deutlicher herausgearbeitet werden müsste. Außerdem schlugen die Expert*innen erneut vor den Verfahren eine Fremdbeurteilung hinzufügen, um die externe Validität zu erhöhen.

Verständlichkeit. Die Hauptkategorie Verständlichkeit umfasste drei Kategorien, die in Abbildung 110 aufgeführt werden.

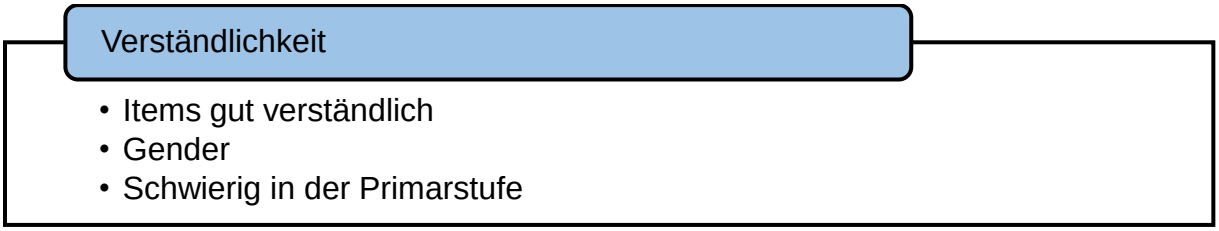


Abbildung 110: Kategorien der Hauptkategorie Verständlichkeit.

Hinsichtlich der Verständlichkeit bewerteten die Expert*innen diese als **gut und den Fragebogen als machbar für die Zielgruppe**. Allerdings wurde einschränkend angemerkt, dass die **Lesekompetenzen bei Drittklässler*innen sehr heterogen** seien und dadurch die Bearbeitung des Fragebogens in der Primarstufe unter Umständen sehr herausfordernd für Schüler*innen mit eingeschränkten Lesefähigkeiten sein könnte.

*„Ja, ne, mir ist auf jeden Fall gerade jetzt nur beim Durchlesen nichts aufgefallen, wo ich denke, das ist schwierig, wobei bei **Drittklässlern natürlich eine extrem heterogene Lesekompetenzen** da sind und das auch glaube ich damit sehr stark gekoppelt ist, wie weit die auch von der **Sinnentnahme** in der Lage sind (…)“* (Fokusgruppe, B3, A. 88).

Überdies wurde in der Fokusgruppe erneut die „**Gender-Thematik“ diskutiert**. Dabei waren die Expert*innen **unentschieden**, was die beste Variante sei, um einen möglichst verständlichen Fragebogen ohne zu komplexe Formulierungen zu haben und auf der anderen Seite aber alle Kinder und Jugendliche geschlechtergerecht anzusprechen.

*„Ich finde definitiv, **dass die sichere Variante ist, beide denn da anzusprechen**, um denn einfach genau das auszuschließen, dass ein Mädchen nicht denkt, es geht irgendwie um eine Freundin. Da ist man noch ein bisschen näher dran, also das wird durchaus differenziert und passt dann in der neuen Formulierung finde ich gut so“* (Fokusgruppe, B3, A. 71).

Kasten 46: Fazit Auswertungsfrage II „Konstrukt“

Fazit Auswertungsfrage II „Konstrukt“

Insgesamt bewerteten die Expert*innen die Modifikationen an den Inhalten und die Konkretisierung anhand der theoretischen Fundierung als sehr positiv. Inhaltlich wurde vorgeschlagen, einen weiteren Subtest zur sozialen Unterstützung durch Lehrer*innen hinzuzufügen und den Subtest Selbstregulation zu verstärken, indem weitere Items zu kognitiven, affektiven sowie behavioralen Strategien hinzugefügt werden. Weiterhin merkte eine Expertin an, dass die soziale Unterstützung von der sozial-emotionalen Kompetenz getrennt werden sollte. Außerdem wurden die Trennschärfe der Items und die Skalenstruktur angezweifelt und empfohlen, die Subtests zur sozial-emotionalen Kompetenz zu einer Skala zusammenzufassen. Das Fazit aus der Fokusgruppe war, dass der Fragebogen sich insgesamt durch die Modifikationen noch einmal wesentlich verbessert habe und es bestehe weiterhin ein großer Bedarf an Messinstrumenten in diesem Bereich.

Kasten 47: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version V.

Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version V

Nach der Fokusgruppe mit den Expert*innen wurden erneut Modifikationen an dem Fragebogen vorgenommen. Die Instruktion wurde hinsichtlich der Formulierung angepasst und der Hinweis, dass die Daten an niemanden weitergegeben werden, entfernt. Zudem wurde die Begründung, warum die Teilnahme an der Befragung wichtig ist, konkretisiert. Bei den Beispielen wurde ein fünftes Beispiel für den familiären Kontext hinzugefügt und die Formulierungen dahingehend abgeändert, dass der Bezug zu den ausgelösten Emotionen verdeutlicht wird. Außerdem wurde der Itemstamm angepasst und der Begriff „Probleme“ in den Singular gesetzt. Weiterhin wurde ein Subtest zur Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Lehrer*innen (5 Items) hinzugefügt und die Subtests „Wahrgenommene soziale Unterstützung (instrumentell)“ sowie „Selbstregulation“ und „Selbstwirksamkeit“ wurden um jeweils ein bzw. zwei Items erweitert. Insgesamt enthielt die fünfte Version des Fragebogens 12 Subtest mit 62 Items.

6.4.4 Ergebnisse Teilstudie 3d

Nachfolgend werden die Ergebnisse der reliabilitäts- und faktorenanalytischen Untersuchungen für die fünfte Version des Fragebogens beschrieben. Die Reliabilität wurde anhand von internen Konsistenzen (Cronbachs α) und Trennschärfen untersucht und die faktorielle Validität mittels exploratorischer Faktorenanalysen überprüft. Als Beurteilungskriterien galten die im Kapitel 2.6 aufgeführten Kriterien. Der Abbildung 111 kann die Struktur des SEMOlino Version V entnommen werden. Zunächst werden für die Primarstufe die Ergebnisse der deutschen und der österreichischen Teilstichproben miteinander verglichen, da diese in den folgenden

Auswertungen zusammengeführt wurden. Anschließend werden die Ergebnisse der reliabilitäts- und faktorenanalytischen Auswertungen für die Primar- und die Sekundarstufe getrennt erläutert. Abschließend werden die Daten für die Gesamtstichprobe ausgewertet.

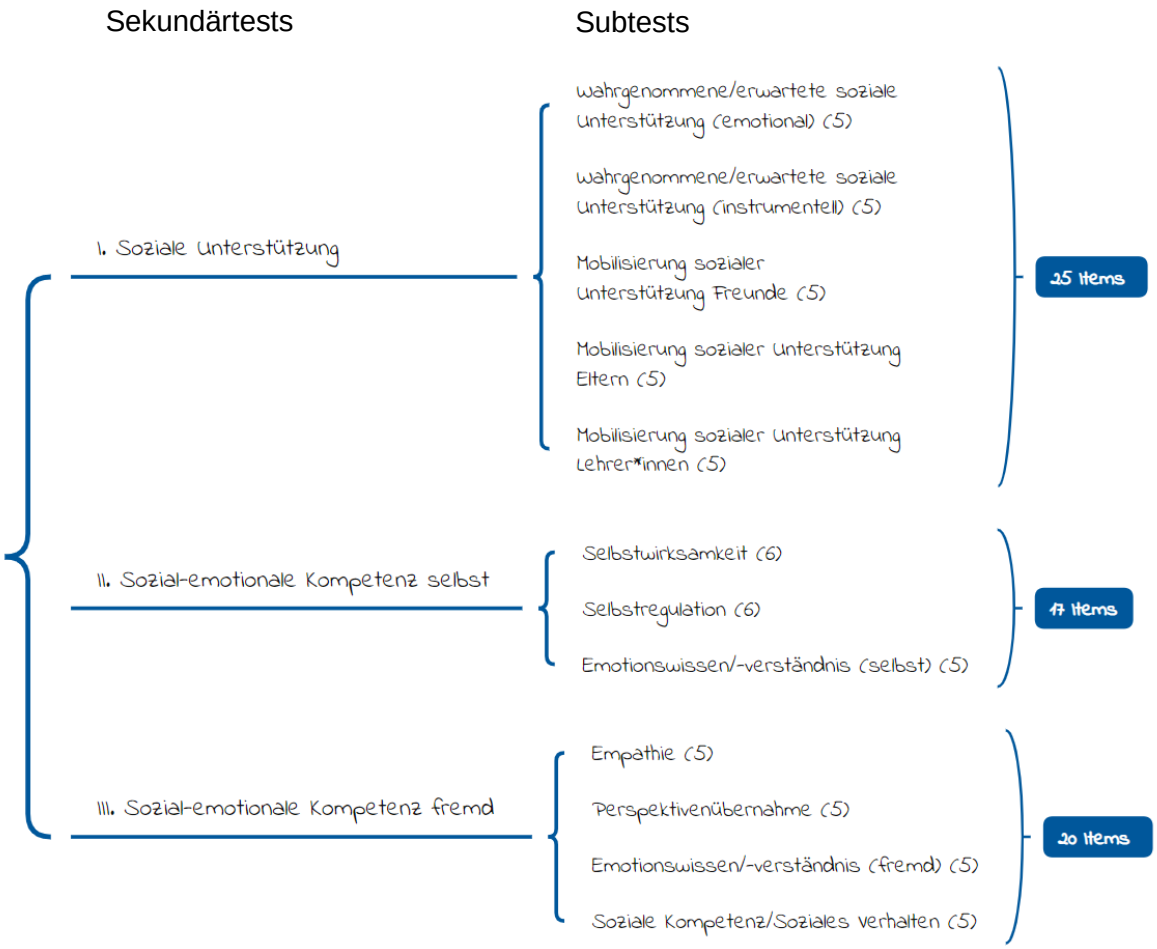


Abbildung 111: Struktur des SEMOlino Version V.

5.4.4.1 Ergebnisse Primarstufe Deutschland und Österreich im Vergleich

Die folgenden Ergebnisse vergleichen die Daten der deutschen und österreichischen Teilstichproben und basieren für Deutschland auf n=117 Schüler*innen und für Österreich auf n=104 Schüler*innen der Primarstufe.

Reliabilität

Für die deutsche Stichprobe lagen die internen Konsistenzen zwischen .695 (Selbstregulation) und .887 (*Mobilisierung sozialer Unterstützung Lehrer*innen*) und damit fast alle mit der Ausnahme des Subtests *Selbstregulation* im befriedigenden bis guten Bereich. Für die österreichische Stichprobe lagen die internen Konsistenzen zwischen .679 (*Selbstregulation*) und .903 (*Mobilisierung sozialer Unterstützung Eltern*) und fielen damit mit der Ausnahme des Subtests Selbstregulation in den befriedigenden bis sehr guten Bereich. Hinsichtlich der Reliabilitäten ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede und der Subtest mit der schlechtesten internen

Konsistenz war in beiden Stichproben der Subtest *Selbstregulation*. Die kompletten Item- und Skalastatistiken können dem Anhang D entnommen werden.

Faktorenanalyse

Nachfolgend werden die Befunde der Faktorenanalysen auf Itemebene für die Sekundärtests soziale Unterstützung (3), sozial-emotionale Kompetenzen selbst (3) und sozial-emotionale Kompetenzen fremd (4) der beiden Teilstichproben aus Deutschland und Österreich miteinander verglichen. Dabei wurde bei der Analyse der ursprünglich fünf Subtests zur sozialen Unterstützung festgestellt, dass die beiden Subtests *„Wahrgenommene soziale Unterstützung (emotional)* sowie *„Wahrgenommene soziale Unterstützung (instrumentell)*" sich nicht adäquat abbilden ließen und wurden daher aus dem Fragebogen entfernt.

Sekundärtest soziale Unterstützung. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die drei Subtests zur Mobilisierung sozialer Unterstützung. In der deutschen Stichprobe wurden für die drei Subtests drei Komponenten extrahiert, die 67,43% der Varianz aufklärten. Dabei waren alle Items faktorrein. Gleichgerichtete Befunde mit einer Varianzaufklärung von 70,09% ergaben sich für die österreichische Stichprobe.

Sozial-emotionale Kompetenz selbst. Dieser Sekundärtest enthielt die Subtests Selbstwirksamkeit, Selbstregulation und Emotionswissen/-verständnis. Dabei wurden in der deutschen Stichprobe vier Komponenten extrahiert, die 60,58% der Varianz aufklärten. Alle Items waren faktorrein und wiesen nur substantielle Ladungen auf einer Komponente auf. Für die Stichprobe aus Österreich ergab sich eine fünffaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 68,78%. Dabei waren die Subtests Selbstwirksamkeit und Selbstregulation nicht

Sozial-emotionale Kompetenz fremd. Dieser Sekundärtest enthielt die vier Subtests Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis (fremd) sowie Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten. In der deutschen Stichprobe ergab sich zwar für die vier Subtests eine vierfaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 62,48%, allerdings war keiner der vier Subtests faktorrein und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation nicht herzustellen war. In der Stichprobe aus Österreich zeigte sich ebenfalls eine vierfaktorielle Lösung mit keinem faktorreinen Subtest, die 64,11% der Varianz aufklärte. Die einzelnen Skalen ließen sich nicht getrennt voneinander abbilden und zahlreiche Items weisen substantielle Ladungen auf mehreren Faktoren auf.

Kasten 48: Fazit Vergleich der Stichproben Deutschland und Österreich.

Fazit Vergleich Stichproben Deutschland und Österreich

Beim Vergleich der beiden Stichproben zeigten sich ähnliche reliabilitätsanalytische Befunde und in den Sekundärtests zur sozialen Unterstützung sowie zu den sozial-emotionalen Kompetenzen selbst zeigten sich ebenfalls ähnliche faktoriellen Strukturen. Lediglich im Sekundärtest sozial-emotionalen Kompetenzen fremd zeigten sich größere Abweichungen in den Strukturen, allerdings waren diese in beiden Stichproben ähnlich ungünstig, sodass diese zusammengeführt werden konnten. Die zusammengeführten Stichproben führten zu einer Stichprobengröße von n=221 in der Primarstufe.

5.4.4.2 Ergebnisse Primarstufe

Nachfolgend werden die reliabilitäts- und faktorenanalytischen Befunde für die zusammengeführte Stichprobe (n=221) der Primarstufe vorgestellt. Hinsichtlich der Faktorenanalysen werden die anfänglichen Lösungen lediglich zusammengefasst dargestellt und die Komponentenmatrizen können dem Anhang D entnommen werden.

Reliabilität

Für die Primarstufe lagen die internen Konsistenzen zwischen .707 (Selbstregulation) und .898 (Mobilisierung sozialer Unterstützung Eltern) und damit alle im befriedigenden bis guten Bereich. Außerdem lagen in allen Subtests die Trennschärfen der Items über dem Kriterium von $r_{it} \geq .30$. Weiterhin wären leidglich in zwei Subtests (Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (emotional) und Mobilisierung sozialer Unterstützung (Freunde)) geringfügige Verbesserungen des Cronbachs Alphas durch Löschung von einem Item möglich gewesen. Die vollständigen Item- und Skalastatistiken können dem Anhang D entnommen werden.

Faktorenanalyse

Soziale Unterstützung. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die **drei Subtest zur Mobilisierung sozialer Unterstützung**, da die beiden Subtests zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bereits aufgrund fehlender faktorieller Validität aus dem Fragebogen entfernt wurden. In der Stichprobe wurden für die drei Subtests drei Komponenten extrahiert, die 67,84% der Varianz aufklärten. Dabei waren alle Subtests und Items faktorrein. Aufgrund dieser Lösung wurden alle Subtests in dieser Form beibehalten.

Sozial-emotionale Kompetenz selbst. Dieser Sekundärtest enthielt die Subtests Selbstwirksamkeit, Selbstregulation und Emotionswissen/-verständnis (selbst). Dabei wurden in der Stichprobe der Primarstufe vier Komponenten extrahiert, die 53,84% der Varianz aufklärten. Bis auf ein Item im Subtest Selbstwirksamkeit (SW_03) waren alle Items faktorrein und wiesen nur substantielle Ladungen auf einer Komponente auf. Nur durch zwei Items (SW_01 und SW_03) des Subtests Selbstwirksamkeit wurde der vierte Faktor eröffnet.

Sozial-emotionale Kompetenz fremd. Dieser Sekundärtest enthielt die vier Subtests Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis (fremd) sowie Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten. In der Primarstufe ergab sich für die vier Subtests eine dreifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 55,59%, allerdings war keiner der vier Subtests faktorrein, mehrere Items wiesen Markiervariablen auf mehreren Komponenten auf und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation nicht herzustellen war. Weiterhin wurde durch den Screeplot eher eine einfaktorielle Lösung nahegelegt.

5.4.4.3 Ergebnisse Sekundarstufe

Nachfolgend werden die reliabilitäts- und faktorenanalytischen Befunde für die Stichprobe (n=203) der Sekundarstufe vorgestellt. Hinsichtlich der Faktorenanalysen werden die anfänglichen Lösungen zusammengefasst und anschließend für die Gesamtstichprobe der Prozess der Eliminierung sowie die vorläufig endgültigen Lösungen dargestellt.

Reliabilität

Für die Sekundarstufe lagen die internen Konsistenzen zwischen .718 (Selbstregulation) und .932 (Mobilisierung sozialer Unterstützung Eltern) und damit alle im befriedigenden bis sehr guten Bereich. Außerdem lagen in allen Subtests die Trennschärfen der Items über dem Kriterium von $r_{it} \geq .30$. Weiterhin wäre leidglich in einem Subtest (Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (emotional) eine geringfügige Verbesserung des Cronbachs Alphas durch Löschung von einem Item möglich gewesen. Die vollständigen Item- und Skalastatistiken können dem Anhang D entnommen werden.

Faktorenanalyse

Soziale Unterstützung. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die drei Subtest zur *Mobilisierung sozialer Unterstützung*, da die beiden Subtests zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bereits aufgrund fehlender faktorieller Validität aus dem Fragebogen entfernt wurden. In der Stichprobe wurden für die drei Subtests drei Komponenten extrahiert, die 71,15% der Varianz aufklärten. Dabei waren alle Subtests und Items faktorrein. Aufgrund dieser Lösung wurden alle Subtests in dieser Form beibehalten.

Sozial-emotionale Kompetenz selbst. Dieser Sekundärtest enthielt die Subtests *Selbstwirksamkeit, Selbstregulation und Emotionswissen/-verständnis (selbst).* Dabei wurden in der Stichprobe der Sekundarstufe vier Komponenten extrahiert, die 54% der Varianz aufklärten. Alle Items waren faktorrein, allerdings wies der Subtest *Selbstwirksamkeit* substantielle Ladungen auf der dritten und vierten Komponente auf. Dabei wurde durch die Items SW_05 und SW_06 der vierte Faktor eröffnet.

Sozial-emotionale Kompetenz fremd. Dieser Sekundärtest enthielt die vier Subtests *Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis (fremd)* sowie *Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten.* In der Sekundarstufe ergab sich für die vier Subtests eine dreifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 54,80%, allerdings war keiner der vier Subtests faktorrein, mehrere Items wiesen Markiervariablen auf mehreren Komponenten auf und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation in dieser Stichprobe ebenfalls nicht herzustellen war. Weiterhin wurde durch den Eigenwertverlauf im Screeplot eher eine einfaktorielle Lösung nahegelegt.

5.4.4.4 Ergebnisse Gesamtstichprobe

Das folgende Kapitel präsentiert die reliabilitäts- und faktorenanalytischen Befunde für die Gesamtstichprobe (n=424) schulartübergreifend. Hinsichtlich der Faktorenanalysen werden die anfänglichen Lösungen zusammengefasst und anschließend der Prozess der Eliminierung sowie die vorläufig endgültigen Lösungen dargestellt. Die Itemnamen werden im Folgenden nach ihrem Inhalt umschrieben.

Reliabilität

Für die Gesamtstichprobe lagen die internen Konsistenzen zwischen .712 (*Selbstregulation*) und .915 (*Mobilisierung sozialer Unterstützung Eltern*) und damit alle im befriedigenden bis sehr guten Bereich. Außerdem lagen in allen Subtests die Trennschärfen der Items über dem Kriterium von $r_{it} \geq .30$. Weiterhin wäre in keinem Subtest eine Verbesserung des Cronbachs Alphas durch Löschung von einem Item möglich gewesen. Die vollständigen Item- und Skalastatistiken können dem Anhang D entnommen werden.

Faktorenanalyse

Soziale Unterstützung. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die drei Subtest zur Mobilisierung sozialer Unterstützung, da die beiden Subtests zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bereits aufgrund fehlender faktorieller Validität aus dem Fragebogen entfernt wurden. In der Stichprobe wurden für die drei Subtests drei Komponenten extrahiert, die 70,05% der Varianz aufklärten. Dabei waren alle Subtests und Items faktorrein (s. Tab. 43). Aufgrund dieser Lösung wurden alle Subtests in dieser Form beibehalten.

Tabelle 43: Rotierte Komponentenmatrix Sekundärtest „Soziale Unterstützung“

Items	1	2	3	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2
Lösung Eltern SU_E_05	**.861**	.208	.105	.80	.93	.05	.01
Hilfe Eltern SU_E_04	**.858**	.16	.188	.80	.92	.03	.04
Reden Eltern SU_E_02	**.844**	.174	.12	.76	.94	.04	.02
Rat Eltern SU_E_01	**.809**	.191	.023	.69	.95	.05	.001
Handlung Eltern SU_E_03	**.805**	.191	.166	.71	.91	.05	.04
Hilfe Lehrer SU_L_04	.18	**.852**	.15	.78	.04	.93	.03
Reden Lehrer SU_L_02	.211	**.852**	.142	.79	.06	.92	.03
Lösung Lehrer SU_L_05	.201	**.838**	.084	.75	.05	.94	.01
Rat Lehrer SU_L_01	.164	**.801**	.203	.71	.04	.90	.06
Handlung Lehrer SU_L_03	.171	**.766**	.141	.64	.05	.92	.03
Hilfe Freunde SU_F_04	.163	.185	**.801**	.70	.04	.05	.91
Lösung Freunde SU_F_05	.12	.214	**.80**	.70	.02	.07	.91
Reden Freund SU_F_02	.019	.055	**.791**	.63	.001	.005	.99
Handlung Freunde SU_F_03	.143	.097	**.76**	.61	.03	.02	.95
Rat Freunde SU_F_01	.09	.107	**.656**	.45	.02	.03	.96
Eigenwerte	6.15	2.33	2.03				
Varianzaufklärung	40.98	15.56	13.50				
∑	70.05						

Sozial-emotionale Kompetenz selbst. Dieser Sekundärtest enthielt die Subtests *Selbstwirksamkeit, Selbstregulation* und *Emotionswissen/-verständnis (selbst)*. Dabei wurden in der Gesamtstichprobe vier Komponenten extrahiert, die 54% der Varianz aufklärten. Alle Items waren faktorrein, allerdings wies der Subtest Selbstwirksamkeit substantielle Ladungen auf der dritten und vierten Komponente auf. Dabei wurde durch die Items SW_05 und SW_06 der vierte Faktor eröffnet. Die anfängliche Lösung kann dem Anhang D entnommen werden.

Prozess der Eliminierung. Um die Varianzaufklärung der anfänglichen Lösung zu maximieren, wurden die beiden schwächsten Items aus dem Subtest *Emotionswissen* (EMOS_04) und dem Subtest *Selbstregulation* (SR_06) entfernt (s. Tab. 44). Dadurch konnte mit dieser Lösung die Varianzaufklärung auf 57% erhöht werden. Die beiden Items SW_05 und SW_06 eröffneten weiterhin den vierten Faktor, allerdings wurden diese Items nicht aus dem Subtest entfernt, da das Ergebnis inhaltlich erklärt werden konnte. Die beide Items erfassen die Selbstwirksamkeit hinsichtlich der sozialen Unterstützung durch Lehrer*innen und grenzen sich daher von den anderen vier Items ab, was die Eröffnung des vierten Faktors zu Folge hatte.

Tabelle 44: Rotierte Komponentenmatrix Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz selbst“ nach der Eliminierung.

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
Erkennen EMOS_02	**.804**	.15	.165	-.02	.70	.93	.03	.04	.001
Schlecht EMOS_05	**.747**	.063	.02	.072	.57	.98	.01	.001	.01
Angst EMOS_03	**.733**	.059	.072	.179	.58	.93	.01	.01	.06
Trauer/Wut EMOS_01	**.703**	.072	.198	-.019	.54	.92	.01	.07	.001
Schönes denken SR_04	.012	**.716**	.126	.019	.53	.0003	.97	.03	.001
Atmen SR_01	-.059	**.71**	.116	.045	.52	.01	.96	.03	.004
Problemlösung SR_05	.155	**.695**	.203	.095	.56	.04	.87	.07	.02
Beschäftigung SR_03	.121	**.582**	-.159	.228	.43	.03	.79	.06	.12
Beruhigung SR_02	.211	**.555**	.169	-.076	.39	.12	.80	.07	.01
Reden Gefühle Eltern SW_04	.069	-.045	**.753**	.275	.65	.01	.003	.87	.12
Hilfe bitten Eltern SW_02	.196	.064	**.747**	.202	.64	.06	.01	.87	.06
Reden Gefühle Freunde SW_03	.10	.186	**.684**	.076	.52	.02	.07	.90	.01
Hilfe bitten Freunde SW_01	.103	.239	**.576**	.028	.40	.03	.14	.83	.002
Hilfe bitten Lehrer SW_05	.137	.064	.222	**.841**	.78	.02	.01	.06	.91
Reden Gefühle Lehrer SW_06	.028	.141	.248	**.823**	.76	.001	.03	.08	.89
Eigenwerte	4.02	1.77	1.71	1.05					
Varianzaufklärung	26.83	11.81	11.40	7.01					
∑	57.04								

Sozial-emotionale Kompetenz fremd. Dieser Sekundärtest enthielt die vier *Subtests Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis (fremd)* sowie *Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten.* In der Gesamtstichprobe ergab sich für die vier Subtests eine dreifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 54,80%, allerdings war keiner der vier Subtests faktorrein, mehrere Items wiesen Markiervariablen auf mehreren Komponenten auf und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation in dieser Stichprobe ebenfalls nicht herzustellen war (anfängliche Lösung s. Anhang D). Weiterhin wurde durch den Eigenwertverlauf im Screeplot eher eine einfaktorielle Lösung nahegelegt.

Prozess der Eliminierung. Aufgrund dessen, dass sich die vier Subtests in der anfänglichen Lösung nicht in der faktoriellen Struktur abbilden ließen und nicht faktorrein waren, wurden über einen Eliminierungsprozess sukzessive Items aus den Subtests entfernt, um eine faktoriell valide Struktur herzustellen. Im ersten Schritt wurden aufgrund der anfänglichen Lösung aus den Subtests *Empathie* und *Perspektivenübernahme* die Items EMP_05, PERS_01,

EMP_01 und PERS_02 entfernt. Der dritte Faktor konnte durch die Eliminierung aufgelöst werden und die Lösung klärte 52,23% der Varianz auf. Der Eigenwertverlauf im Screeplot legte weiterhin eine einfaktorielle Lösung nahe.

Anschließend wurde das weiterhin faktorunreine Item PERS_04 aus dem Subtest entfernt und entschieden, dass die Items der Subtests *Empathie* und *Perspektivenübernahme* zu einem Subtest zusammengefasst werden, da sie sich auch inhaltlich gegenseitig bedingen und eine getrennte Struktur faktoriell nicht abbildbar war. Weiterhin war eine Trennung der Subtests *Soziale Kompetenz* von der *Empathie/Perspektivenübernahme* nicht möglich. Es wurde sukzessive Items aus dem Subtest *Soziale Kompetenz* gelöscht, allerdings mündete dieser Prozess nicht in einer befriedigenden Lösung. Daher wurde entschieden, den Subtest *Soziale Kompetenz* komplett aus dem Fragebogen zu entfernen. Diese Lösung klärte 59,07% der Varianz auf. Der Eigenwertverlauf deutete weiterhin auf eine einfaktorielle Lösung hin.

Abschließend wurde das schwächste Item der zweiten Komponente EMOF_01 aus der Analyse entfernt. Daraufhin ergab sich eine zweifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 59,07%. Zudem wurde für das Item PERS_03 der relative Varianzanteil der Markiervariablen an der Gesamtvarianz (a^2/h^2) bestimmt. Dieser sollte nach dem Fürntratt-Kriterium mindestens 50% betragen und lag für das Item bei 70%, sodass von einer Eindimensionalität des Items ausgegangen wurde. Der zusammengeführte Subtest *Empathie/Perspektivenübernahme* umfasste schlussendlich fünf Items mit substantiellen Ladungen auf der ersten Komponente und der Subtest *Emotionswissen/-verständnis* bestand aus vier Items mit den Markiervariablen auf der zweiten Komponente (s. Tab. 45).

Tabelle 45: Rotierte Komponentenmatrix Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz fremd“.

Items	1	2	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2
Interesse EMP_03	**.811**	.156	.68	.96	.04
Verständnis PERS_01	**.802**	.151	.67	.97	.03
Vorschläge PERS_05	**.744**	.162	.58	.95	.05
Mitgefühl EMP_04	**.638**	.35	.53	.77	.23
Positiv für Freunde PERS_03	**.596**	.393	.51	.70	.30
Angst EMOF_03	.138	**.77**	.61	.03	.97
Trauer/Wut EMOF_02	.177	**.735**	.57	.06	.94
Schlecht EMOF_04	.22	**.721**	.57	.08	.92
Beschreiben EMOF_05	.291	**.717**	.60	.14	.86
Eigenwerte	4.09	1.22			
Varianzaufklärung	45.48	13.59			
∑	59.07				

Kasten 49: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version VI.

Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version VI

Auf der Grundlage der Auswertungsprozesse in Teilstudie 3d wurden weitere Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen, deren Ergebnis die sechste und vorläufig letzte Version im Rahmen dieses Promotionsvorhabens ist. Die Struktur des Sekundärtests *„Soziale Unterstützung“* wurde beibehalten, allerdings wurden die beiden Subtests *„Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung“* gleich zu Beginn des Auswertungsprozesses aus dem Fragebogen eliminiert, da sich die beiden Subtests zum einen nicht differenzieren ließen und zum anderen mit den Subtests zur *„Mobilisierung sozialer Unterstützung*“ überschnitten. In dem Sekundärtest *„Sozial-emotionale Kompetenz selbst“* wurden aus den Subtests „*Selbstregulation“* und „*Emotionswissen/-verständnis fremd“* jeweils das schwächste Item entfernt, um die Varianzaufklärung zu erhöhen. Aus dem Sekundärtest *„Sozial-emotionale Kompetenz fremd“* wurde der Subtest „*Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten*“ aufgrund mangelnder Eindimensionalität vollständig entfernt. Weiterhin wurden aus den Subtests *„Empathie“* und *„Perspektivenübernahme“* sukzessiv Items entfernt und schlussendlich die übrigen Items der beiden Subtests zu einem Subtest *„Empathie und Perspektivenübernahme*“ zusammengefasst. Aus dem Subtest *„Emotionswissen/-verständnis fremd“* wurde ein Item eliminiert. Durch diese Modifikationen konnten Lösungen mit weitestgehend ausreichender Varianzaufklärung und eindimensionaler Abbildung der Subtests erreicht werden. Insgesamt enthielt die Version VI acht Subtests mit 39 Items (s. Abb. 112).

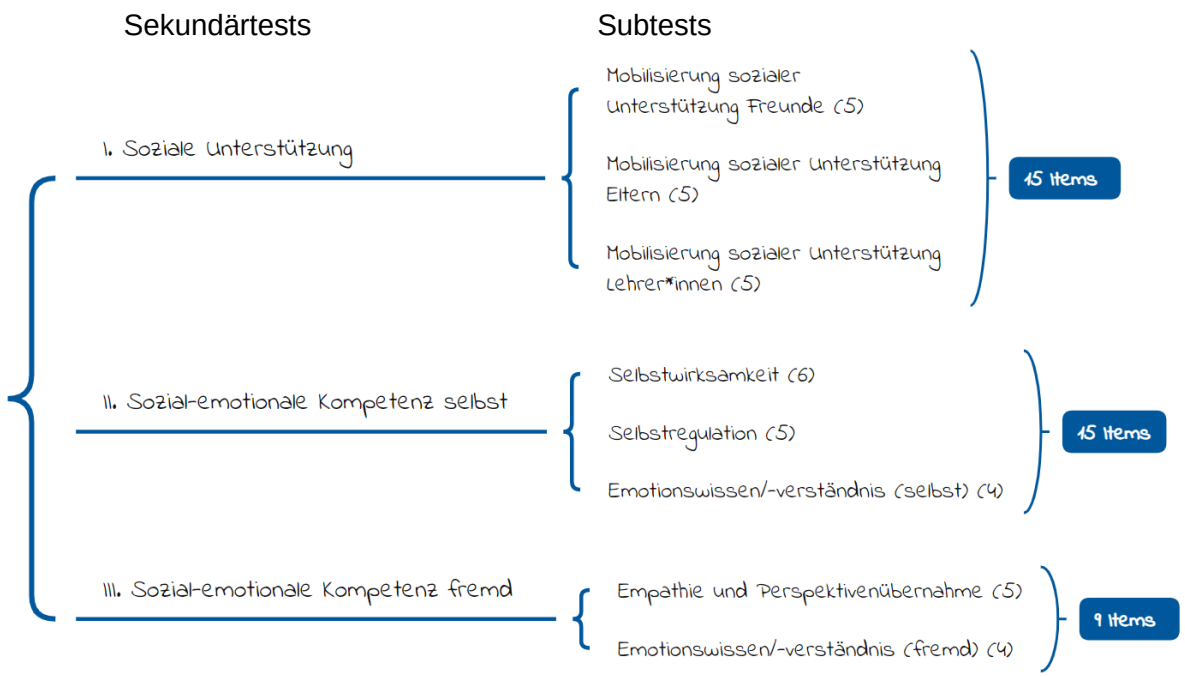


Abbildung 112: Struktur des SEMOlino Version VI.

6.5 Ergebnisdiskussion Teilstudie III

Das folgende Kapitel ordnet die zentralen Ergebnisse der Teilstudie III in den theoretischen Hintergrund ein und diskutiert diese. Hierzu wird der Entwicklungsprozess des Fragebogens bis zur vorläufigen Endversion anhand der quantitativen und qualitativen Teilstudien 3a bis 3d diskutiert und ein Ausblick für das Messinstrument gegeben. Dabei diente die qualitative **Teilstudie 3a** der **Verständnisprüfung** der ersten Version des Messinstrumentes und basierte auf neun Einzelinterviews mit Viert- und Fünftklässler*innen, die für den Grundschulteil in Kooperation mit einer Masterarbeit (Staden, 2021) durchgeführt wurden. Nach den entsprechenden Modifikationen wurden in Teilstudie **3b erste psychometrische Prüfungen** anhand einer Stichprobe von n= 46 Dritt- und Viertklässler*innen sowie n= 62 Fünft- und Sechstklässler*innen durchgeführt und anschließend weitere Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen. Für die Folgeversion des Fragebogens wurde in der qualitativen **Teilstudie 3c** zunächst in 10 Einzelinterviews das **Expert*innenurteil** eingeholt und anhand der Ergebnisse das Messinstrument angepasst. Im Anschluss wurde eine Fokusgruppe mit drei Expert*innen und ein Einzelinterview zur kommunikativen Validierung der Ergebnisse durchgeführt und der Fragebogen erneut modifiziert. Die fünfte Version des Fragebogens wurde in der **Teilstudie 3d** anhand einer Stichprobe von N= 424 Schüler*innen mittels Reliabilitäts- und exploratorischer Faktorenanalysen einer weiteren **psychometrischen Prüfung** unterzogen. Auf der Basis dieser Befunde wurden im Rahmen dieser Studie die vorerst letzten Modifikationen vorgenommen, die die Grundlage sowie den Endpunkt der folgenden Diskussion darstellen. Die folgende Abbildung 113 gibt einen Überblick über den Verlauf der Fragebogenentwicklung.

Version I und II

- 45 Items und 8 Subtests
- **Sekundärtest Soziale Unterstützung** → Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung emotional und instrumentell, Mobilisierung sozialer Unterstützung
- **Selbstregulation**
- **Sekundärtest Empathie/Soziale Orientierung** → Sich in die Lage eines anderen versetzen, Bedürfnisse und Wünsche anderer erkennen/berücksichtigen, Gefühlsausdruck eines anderen erkennen/einordnen, Anderen bei Problemen helfen/unterstützen

Version III

- 35 Items und 8 Subtests
- **Sekundärtest Soziale Unterstützung** → Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung emotional und instrumentell, Mobilisierung sozialer Unterstützung
- **Selbstregulation**
- **Sekundärtest Empathie/Soziale Orientierung** → Sich in die Lage eines anderen versetzen, Bedürfnisse und Wünsche anderer erkennen/berücksichtigen, Gefühlsausdruck eines anderen erkennen/einordnen, Anderen bei Problemen helfen/unterstützen

Version IV

- 52 Items und 11 Subtests
- **Sekundärtest Soziale Unterstützung** → Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung emotional und instrumentell, Mobilisierung sozialer Unterstützung Freund und Eltern
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz selbst** → Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Emotionswissen/-verständnis (selbst)
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz fremd** → Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis, Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten

Version V

- 62 Items und 12 Subtests
- **Sekundärtest Soziale Unterstützung** → Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung emotional und instrumentell, Mobilisierung sozialer Unterstützung Freund, Eltern und Lehrer*innen
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz selbst** → Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Emotionswissen/-verständnis (selbst)
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz fremd** → Empathie, Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis, Soziale Kompetenz/Soziales Verhalten

Version VI

- 39 Items und 8 Subtests
- **Sekundärtest Soziale Unterstützung** → Mobilisierung sozialer Unterstützung Freund, Eltern und Lehrer*innen
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz selbst** → Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Emotionswissen/-verständnis (selbst)
- **Sekundärtest Sozial-emotionale Kompetenz fremd** → Empathie und Perspektivenübernahme, Emotionswissen/-verständnis

Abbildung 113: Verlauf der Fragebogenentwicklung.

6.5.1 Teilstudie 3a

Die qualitative Teilstudie 3a ergab in der Primarstufe **kleinere Verständnisschwierigkeiten**, die zu konkreten Veränderungen bei den Formulierungen von drei Items führten. Weiterhin wurde die gendersensible Schreibweise *„ihre/seine“* in *„ihre oder seine“* im gesamten Fragebogen geändert, da der Schrägstrich sowohl in der Primar- als auch in der Sekundarstufe zu Irritationen führte. Dies deckt sich mit Befunden zur Verständlichkeit und Lesbarkeit von Texten in gendersensibler Schreibweise. In der Studie wurden die Verständlichkeit und die Lesbarkeit von Schulbuchtexten anhand drei verschiedener Varianten (generisches Maskulinum, mit Schrägstrich gegendert und Neutralisierung) miteinander verglichen. Die Lesbarkeit des Textes, der anhand der Schrägstrich-Schreibweise gegendert wurde, wurde von den Schüler*innen als signifikant weniger flüssig bewertet, als die anderen beiden Varianten (Pöschko & Prieler, 2018, S. 14). Die Itemanzahl von 45 Items wurde für die zweite Version des Fragebogens, die in Teilstudie 3b reliabilitäts- und faktorenanalytisch geprüft wurde, beibehalten.

6.5.2 Teilstudie 3b

Aufgrund der **reliabilitäts- und faktorenanalytischen Befunde**, wurden für die dritte Version des Fragebogens zehn Items aus dem Fragebogen entfernt. Aus dem Subtest *„soziale Unterstützung emotional“* wurde ein Item, aus den Subtests *„soziale Unterstützung instrumentell“*, *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* und *„Selbstregulation“* jeweils zwei Items und aus dem Subtest *„Anderen bei Problemen helfen/unterstützen“* drei Items eliminiert. Bei der Eliminierung wurden insbesondere die reliabilitätsanalytischen Befunde berücksichtigt, da die Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalysen aufgrund der Stichprobengröße als sehr kritisch zu betrachten sind. Beim Abgleich der Reliabilitäts- und Faktorenanalysen deuten sich allerdings ähnliche Ergebnisse an und die wenig trennscharfen Items, waren auch in der Faktorenanalyse die jeweils schwächsten Items. Die betreffenden Items wiesen alle eine Trennschärfe unter dem Kriterium von $\leq$.30 auf und das Cronbachs Alpha der jeweiligen Subtests wurde durch die Eliminierung der Items wesentlich verbessert.

Zudem wurden die **Formulierungen und Inhalte** der Items beim Eliminierungsprozess berücksichtigt. Dabei war im Subtest *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* besonders auffällig, dass beide entfernten Items, zum Inhalt hatten, dass die Schüler*innen sich mit anderen Kindern und Jugendlichen treffen und gleichzeitig wenig mit den restlichen Items des Subtests korrelierten. Es kann angenommen werden, dass dies im Zusammenhang mit den pandemiebedingten Einschränkungen stand, da die Kinder und Jugendlichen im Erhebungszeitraum nur sehr bedingt andere Kinder und Jugendliche treffen konnten und daher den Items wahrscheinlich im Gegensetz zu den anderen Items selten zustimmten. Nach der Eliminierung der betreffenden Items enthielt der Fragebogen insgesamt 8 Subtests mit 35 Items, die in der qualitativen Teilstudie 3c den Expert*innen zur Bewertung vorgelegt wurden.

6.5.3 Teilstudie 3c

Um die Fragestellung *„Wie bewerten die Expert*innen den Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz und welche Modifikationen sollten an dem Fragebogen vorgenommen werden?* zu beantworten, wurden zunächst 10 Einzelinterviews mit nationalen und internationalen Expert*innen des Fachgebiets durchgeführt und nach der Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv ausgewertet. Anschließend wurde der Fragebogen anhand der Ergebnisse modifiziert und eine Fokusgruppe mit drei Expert*innen sowie ein Einzelinterview zur kommunikativen Validierung durchgeführt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Teilstudie 3c anhand der Auswertungsfragen bzw. Hauptkategorien im Hinblick auf die vorläufige Endversion des Fragebogens diskutiert und daher lediglich, die für die Weiterentwicklung des Fragebogens relevanten Aspekte, in die Diskussion aufgenommen. Weiterhin muss bei den folgenden Ausführungen berücksichtigt werden, dass die Aussagen der 10 Expert*innen zum Teil sehr indifferent und schwer bzw. nicht miteinander zu vereinbaren waren.

Expert*innenurteil

Aufbau des Fragebogens. Insgesamt konnte in den Interviews festgestellt werden, dass der Umfang, die Instruktion, die Beispiele, der Itemstamm sowie die Antwortskalierung bei der Mehrheit der Expert*innen als **passend und geeignet** bewertet wurden. Vereinzelt wurden Modifikationen vorgeschlagen, die die Instruktion und die Beispiele präzisieren sowie die Variation erweitern könnten. Weiterhin wurde der Itemstamm von einer Expert*in als zu problemorientiert beschrieben und hier über eine Veränderung nachgedacht werden könne. Hinsichtlich der fünfstufigen Antwortskalierung ergab sich eine indifferente Lage bei den Expert*innen, insgesamt wurde diese aber als geeignet beurteilt. Nach den Einzelinterviews mit den Expert*innen wurden die Ergebnisse in der Arbeitsgruppe der Autorin besprochen und die vorgeschlagenen Änderungen unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes sowie methodenbezogenen Grundlagen diskutiert und die entsprechenden Modifikationen an dem Fragebogen vorgenommen.

Die **Testlänge** von 35 Items (Version III) und auch von 52 Items (Version IV) wurde von der Mehrheit der Expert*innen als **angemessen** beurteilt und in der Regel als **machbar** für die Kinder und Jugendlichen erachtet. Zum einen handelt es sich bei der sozial-emotionalen Kompetenz sowie der sozialen Unterstützung um umgrenzte und spezifische Konstrukte, zu deren Erfassung 3-4 Items pro Subtest als ausreichend erachtet werden können und zum anderen ist auch bei 52 Items noch davon auszugehen, dass die Zielgruppe (Schüler*innen der 3. bis 6. Klasse) diese Testlänge in einer angemessenen Testzeit bewältigen kann. Eine Reduktion der Testlänge, um die Testzeit zu verkürzen, erscheint nicht zielführend, da die Anzahl der Items die Testgenauigkeit wesentlich beeinflusst (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 51–52).

Die **Instruktion** wurde dahingehend angepasst, dass sie in der vierten Version eine persönlichere Ansprache enthält und die Passage zum Corona-Virus entfernt wurde. Dies diente zum einen der Erhöhung der Motivation der Teilnehmenden und zum anderen zur Verbesserung der Verständlichkeit der Instruktion. Die Instruktion ist für den Einstieg in den Fragebogen sowie eine adäquate Beantwortung der Items von zentraler Bedeutung und soll den Teilnehmenden eine klare Handlungsanweisung geben. Dabei ist es wichtig, dass die Teilnehmenden die Instruktion gut verstehen (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 55). Die Passage hinsichtlich der COVID-19-Pandemie wurde im Jahr 2020 in die Instruktion aufgenommen, um den Schüler*innen zu verdeutlichen, dass sich die Items auf den Zeitraum vor der Pandemie beziehen. Allerdings stellte sich im Verlauf heraus, dass dadurch die Instruktion zu kompliziert wurde und außerdem es für die Kinder und Jugendlichen schwierig war, aufgrund der langanhaltenden Pandemie, sich an den Zeitraum davor zu erinnern. Es muss insgesamt davon ausgegangen werden, dass die COVID-19-Pandemie einen erheblichen Einfluss auf das Antwortverhalten der Schüler*innen hatte, was auch durch die Vorversion der Instruktion mit dem Verweis auf die COVID-19-Pandemie nicht verhindert werden konnte. Außerdem wurden dem Fragebogen im Anschluss an die Expert*inneninterviews weitere **Zwischeninstruktionen** hinzugefügt, die die Bearbeitung des Fragebogens für die Schüler*innen erleichterten (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 55–56).

Hinsichtlich der **Beispiele** wurden bei zwei von vier Beispielen die **Formulierungen angepasst**, um zum einen die Variation der Beispiele zu erweitern (der Freizeitbereich wurde aufgenommen) und zum anderen, deutlicher an die Lebenswelt bzw. die Sprache der Kinder und Jugendlichen anzupassen. Der **Itemstamm** *„Wenn andere Kinder und Jugendliche Probleme haben…“* wurde in *„Wenn eine Freundin oder ein Freund Probleme hat, …“* verändert. Diese Konkretisierung von der größeren Bezugsgruppe der *„Kinder und Jugendlichen“* zu *„eine Freundin oder ein Freund“* war im Wesentlichen darin bergründet, dass dadurch eine eindeutigere Interpretation des Antwortverhaltens der Schüler*innen möglich wird, welches bei dem vorliegenden Messinstrument ein Indikator für die Ausprägung der sozial-emotionalen Kompetenz ist (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 58). Die Anmerkung vereinzelter Expert*innen, der Itemstamm sei zu problembezogen, führte nicht zu einer Veränderung des Itemstammes, da davon ausgegangen werden kann, dass sozial-emotionale Kompetenzen (z.B. die Mobilisierung von sozialer Unterstützung) insbesondere in Problemsituationen wirksam werden und dies eine adäquate Möglichkeit darstellt, die sozial-emotionalen Kompetenzen zu erfassen. Etablierte Verfahren wie z.B. der FEEL-KJ (Grob & Smolenski, 2005) zur Erfassung der Emotionsregulationsstrategien von Kindern und Jugendlichen erheben die Emotionsregulation ebenfalls in Bezug zu den negativen Emotionen Wut, Angst und Trauer, welche mit dem Auftreten von problematischen Situationen assoziiert werden können. Einzelne Expert*innen merkten an, dass bei dem vorliegenden Itemstamm, der Bezug zu den konkreten Emotionen

fehlen würde, allerdings legen aktuelle Studien zur Erfassung der Emotionsregulation nahe, dass eine emotionsspezifische Erfassung über den Itemstamm nicht zwingend notwendig ist. So wird in einer Studie der generelle Itemstamm *„Wenn ich mich schlecht fühle,…"* bei einer neu entwickelten Kurzform des FEEL-KJ verwendet (Junghänel et al., 2022, S. 11). Dies bestätigt die Beurteilung von Goldschmidt und Berth (2006), die nahelegt, dass die internen Konsistenzen sowie die Test-Retest-Reliabilitäten bei den emotionsspezifischen Auswertungen eher schwach ausgeprägt waren, was diese Vorgehensweise in Frage stellt.

Bezüglich der **Antwortskalierung** waren die Bewertungen der Expert*innen **teilweise indifferent** und es wurde eine gerade und ungerade Anzahl der Abstufungen insbesondere vor dem Hintergrund von Antworttendenzen diskutiert. Der SEMOlino verwendet eine fünfstufige Antwortskalierung, die aus dem SVF-KJ (Hampel & Petermann, 2016) übernommen wurde**.** Diese Antwortskalierung hat sich zum einem in zahlreichen Studien mit dem SVF-KJ (u.a. Hampel & Petermann, 2018; Hampel & Petermann, 2020) bewährt und zum anderen zeigt die Erhebungspraxis in der empirischen Sozialforschung generell, dass anhand von fünf- bis siebenstufigen Skalierungen die psychometrisch besten Ergebnisse erzielt werden (Döring & Bortz, 2016, S. 249; Moosbrugger & Brandt, 2020, S. 106). Weiterhin kann nicht generell von einer Antworttendenz zur mittleren Kategorie ausgegangen werden, wie von einzelnen Expert*innen angemerkt wurde (Döring & Bortz, 2016, S. 253). Daher wurde die fünfstufige Antwortskalierung beibehalten.

Konstrukt und Verständlichkeit. In den Interviews mit den Expert*innen zeigte sich, dass die Inhalte des Fragebogens von den Expert*innen als **passend zur Thematik** bewertet wurden. Es könnten allerdings Subtests zur **Selbstwirksamkeit** in sozialen Interaktionen sowie dem **dysfunktionalen Umgang** mit Problemsituationen hinzugefügt werden. Die Abbildung des Konstruktes wurde größtenteils als gut beurteilt, allerdings merkten einzelne Expert*innen an, dass nur Teilbereiche des Konstruktes abgebildet würden und die Passung der sozialen Unterstützung zum Konstrukt sozial-emotionale Kompetenz fraglich sei. Insgesamt wurden die Items als gut verständlich für die Zielgruppe eingeschätzt, allerdings könne es in der Primarstufe aufgrund eingeschränkter Lesefähigkeiten und der geschlechtersensiblen Formulierungen der Items und damit erhöhter Komplexität, zu Verständnisschwierigkeiten kommen.

Hinsichtlich des **Konstruktes** wurde die Mobilisierung sozialer Unterstützung in Freunde und Eltern differenziert und die Subtests anhand des Modells von Denham et al. (2014) erneut konkretisiert und umbenannt, um die Ableitung der Subtests aus dem Modell zu verdeutlichen. Außerdem wurde jeweils ein Subtest zur **Selbstwirksamkeit** und einer zum **Emotionswissen** hinzugefügt, da diese Variablen in dem Modell von Denham et al. (2014) ebenfalls enthalten sind. Die Subtests zur sozialen Unterstützung wurden trotz der Kritik einzelner Expert*innen beibehalten, da die soziale Unterstützung in der Gesundheitspsychologie eine bedeutsame

Variable ist, die sich z.B. positiv auf das Stresserleben auswirken kann (Schwarzer & Knoll, 2010, S. 283–285) und gleichzeitig im deutschsprachigen Raum kein normierter Fragebogen zur Erfassung der sozialen Unterstützung im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung steht. Daher wurden als Grundlage für die Subtests zur sozialen Unterstützung die *Berliner Social Support Skalen* von Schwarzer und Schulz (2000) verwendet, die die soziale Unterstützung im Erwachsenenalter erheben. Weiterhin ist die soziale Unterstützung auch in dem Modell von Denham et al. (2014) enthalten, allerdings in geringerem Umfang als im SEMOlino. Die soziale Unterstützung kann in dem Modell den *relationship skills* zugeordnet werden. Darunter werden Fähigkeiten gefasst, die dazu beitragen, mit anderen in eine positive Interaktion zu treten und diese längere Zeit aufrechtzuerhalten (z.B. Zuhören oder Hilfe suchen; Denham et al., 2014, S. 428). Insbesondere die Subtests zur *Mobilisierung sozialer Unterstützung* bilden diese Kompetenzen ab. Ferner wurde von einzelnen Expert*innen angemerkt, dass lediglich Teilbereiche des Konstruktes durch das Messinstrument abgebildet werden. Die Subdimension *responsible decision making* wurde im SEMOlino nicht berücksichtigt, da in der Arbeitsgruppe der Autorin mit dem SVF-KJ (Hampel & Petermann, 2016) bereits ein Fragebogen vorhanden ist, der u.a. die problemlösende Stressverarbeitung abdeckt. Die Fähigkeiten des *responsible decision making* führen zu einer bewussten und reflektierten Entscheidungsfindung, indem soziale Probleme identifiziert, analysiert und nach prosozialen Lösungsmöglichkeiten gesucht wird (Denham et al., 2014, S. 428).

Weiterhin wurde von einzelnen Expert*innen angemerkt, dass der SEMOlino ausschließlich **positiv gepolte Items** enthält und dies dazu führen könne, dass die Kinder und Jugendlichen beim Ausfüllen des Fragebogens nach einem Antwortmuster vorgehen und negative Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit zu erwarten seien. Allerdings ist die Verwendung von positiv und negativ gepolten Items in einem Subtest eher nachteilig, da sich dadurch eine zweidimensionale Skalenstruktur abbilden kann, die bei einem Subtest unerwünscht ist. Dementsprechend sind in der Literatur zahlreiche Fragebögen vorhanden, die die Items einer Skala ausschließlich in eine Richtung polen und keine invers formulierten Items verwenden (Döring & Bortz, 2016, S. 270). Diese Vorgehensweise hat sich z.B. beim SVF-KJ (Hampel & Petermann, 2016) und beim FEEL-KJ (Grob & Smolenski, 2005) bewährt. Zudem zeigen Studien, dass sich die gleichzeitige Verwendung von positiv und negativ gepolten Items negativ auf die Faktorenstruktur auswirkt (Zhang, Noor & Savalei, 2016).

Praktikables Messinstrument. Insgesamt schilderten die Expert*innen in den Interviews, dass es im Bereich sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen einen **großen Bedarf** an standardisierten sowie normierten Messinstrumenten gibt. Solche Messinstrumente sollten aus Sicht der Expert*innen, einen klar definierten Einsatzbereich haben, die Möglichkeit zur Diagnostik und zur Zuordnung von Trainingsgruppen bieten und optisch nicht wie eine Klassenarbeit wirken. Weiterhin war es für die Expert*innen wesentlich, dass bei der

Validierung auch klinische Stichproben einbezogen würden und der Fragebogen durch eine hohe Sensibilität in der Lage sei, auffällige von nicht auffälligen Kindern und Jugendlichen zu unterscheiden sowie die Streuung entsprechend abbilden zu können.

Der SEMOlino hat einen **klar definierten Einsatz- bzw. Problembereich** (sozial-emotionalen Kompetenzen) und bietet die Möglichkeit, die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und daraus Konsequenzen für z.B. die Zuordnung von Trainingsgruppen abzuleiten. Ferner besteht für die Anwender*innen die Möglichkeit auszuwählen, ob der gesamte Fragebogen verwendet wird oder lediglich einer der Sekundärtests (z.B. soziale Unterstützung) eingesetzt wird. Weiterhin wurde sich bei der Gestaltung des SEMOlino an etablierten Fragebögen orientiert, welche von den Schüler*innen ebenfalls als positiv beurteilt wurde.

Aufgrund der begrenzten Zeit des vorliegenden Promotionsvorhabens und zeitlichen Verzögerungen aufgrund der COVID-19-Pandemie, war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, die weiteren erforderlichen Revisionen des Fragebogens umzusetzen und abschließend zu validieren und zu normieren. Bei einer möglichen Validierung der Endversion ist allerdings in Übereinstimmung zu den Expert*innen vorgesehen, ebenfalls klinische Stichproben zu berücksichtigen. Die genauere **Itemanalyse** hinsichtlich der Streuung und der Trennschärfe erfolgt in der Diskussion der Teilstudie 3d in Bezug auf die vorläufige Endversion. Nach Abschluss der Auswertung der Einzelinterviews und den beschriebenen Modifikationen, enthielt die vierte Version des Fragebogens insgesamt 11 Subtests mit 52 Items, die den Expert*innen in einer Fokusgruppe zur kommunikativen Validierung vorgelegt wurden und deren Ergebnisse nachfolgend zusammengefasst diskutiert werden.

Kommunikative Validierung

Nach der Fokusgruppe mit den Expert*innen wurden erneut **Modifikationen** an dem Fragebogen vorgenommen. Die **Instruktion** wurde hinsichtlich der Formulierung **angepasst** und der Hinweis entfernt, dass die Daten an niemanden weitergegeben werden. Dies wurde von den Expert*innen vorgeschlagen, um die Möglichkeit der Datenweitergabe an Eltern oder Lehrer*innen je nach Einsatz des Fragebogens offenzuhalten. Die Hinweise zum Umgang mit den Daten und der Datenweitergabe sollten über die Informationsschreiben und Einverständniserklärungen der jeweiligen Studien erfolgen und müssen daher nicht in der Instruktion des Messinstrumentes enthalten sein. Zudem wurde die Begründung, warum die Teilnahme an der Befragung wichtig ist, konkretisiert, um die Motivation zur Bearbeitung des Fragebogens zu erhöhen und Transparenz zu schaffen.

Bei den **Beispielen** wurde auf Anregung der Expert*innen hin, ein fünftes Beispiel für den **familiären Kontext** hinzugefügt, um die Variation bei den Beispielen zu erhöhen.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Familie ein wesentlicher Lebensbereich für die Kinder und Jugendlichen ist (Domsch et al., 2016, S. 21) und ebenfalls bei der sozialen Unterstützung eine zentrale Bedeutung hat (Eschenbeck & Knauf, 2018, S. 36). Zudem in der familiären Interaktion auch das Potential für Konflikte gegeben ist, erscheint es zielführend, diesen Kontext in die Beispiele aufzunehmen. Ferner wurden bei den Beispielen die Formulierungen dahingehend abgeändert, dass der **Bezug zu den ausgelösten Emotionen** verdeutlicht wird. Die negativen Emotionen, die durch die Problemsituationen ausgelöst werden, sind der Anlass, für die in den Items beschriebenen Reaktionen bzw. Verhaltensweisen, daher sollte der Bezug zu den Emotionen in den Beispielen hergestellt werden.

Außerdem wurde der **Itemstamm angepasst**, indem der Begriff „*Probleme*“ in den Singular gesetzt wurde. Der Begriff ist im Singular konkreter und bezieht alle Kinder und Jugendlichen ein, die mindestens ein Problem haben, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass immer mehrere Probleme vorliegen müssen. Weiterhin wurde ein Subtest zur *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* durch Lehrer*innen (5 Items) hinzugefügt. Dadurch werden **alle drei Kontexte** (Peers, Eltern und Lehrer*innen) aus dem Modell des sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014, S. 428) abgedeckt. Außerdem wurden nach der Fokusgruppe die Subtests *„Wahrgenommene soziale Unterstützung (instrumentell)“* sowie *„Selbstregulation“* und *„Selbstwirksamkeit“* um jeweils ein bzw. zwei Items erweitert. Insgesamt enthielt die fünfte Version des Fragebogens 12 Subtests mit 62 Items. Abschließend wurde von den Expert*innen in der Fokusgruppe betont, dass der Fragebogen sich durch die Modifikationen noch einmal **wesentlich verbessert** habe und weiterhin ein **großer Bedarf an Messinstrumenten** zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen besteht. Dies deckt sich mit der Übersichtsarbeit von Abrahams et al. (2019), die aufzeigt, dass bei der Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen zahlreiche Herausforderungen bestehen und gleichzeitig die Aufmerksamkeit hinsichtlich der Relevanz der sozial-emotionalen Kompetenzen für verschiedene Kontexte (z.B. Bildung, Arbeitswelt, Gesellschaft und psychische Gesundheit) in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen ist. Dies untermauert den Bedarf an normierten Messinstrumenten zur Erfassung dieser Kompetenzen.

6.5.4 Teilstudie 3d

In der Teilstudie 3d wurde die **fünfte Version** des Fragebogens anhand der **Gesamtstichprobe** von 424 Schüler*innen aus der Primar- und Sekundarstufe I reliabilitäts- und faktorenanalytisch geprüft. Dabei enthielt die Stichprobe zudem 104 Datensätze von Schüler*innen der Primarstufe aus Österreich. Vorangestellt an diese Analysen der Gesamtstichprobe, wurden separate Analysen der Stichproben aus Deutschland und Österreich und aus der Primar- und Sekundarstufe I durchgeführt. Die Ergebnisse wurden miteinander verglichen und zeigten

im Wesentlichen ähnliche Werte für die Reliabilitäten sowie die faktoriellen Strukturen. Daher basierte der Eliminierungsprozess auf den Daten der Gesamtstichprobe, welcher im Folgenden in der Kombination mit den Erkenntnissen aus den vorherigen Teilstudien diskutiert wird. Auf der Grundlage der Auswertungsprozesse in Teilstudie 3d wurden weitere Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen, deren Ergebnis die sechste und vorläufig letzte Version im Rahmen dieses Promotionsvorhabens ist. Die Abbildung 114 gibt einen Überblick über die Struktur der fünften Version des SEMOlino.

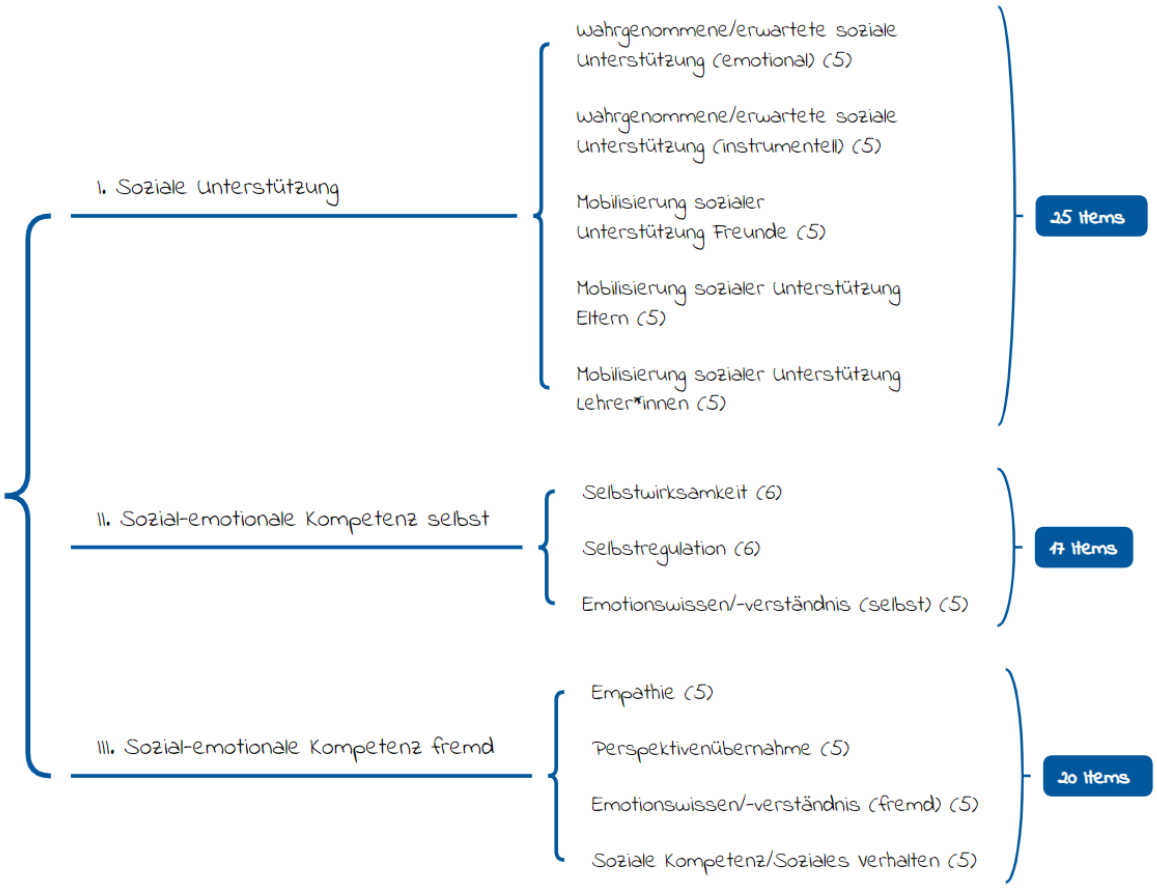


Abbildung 114: Struktur des SEMOlino Version V.

Sekundärtest „Soziale Unterstützung“. Der Sekundärtest *„Soziale Unterstützung“* setzte sich in der fünften Version ursprünglich aus den fünf Subtests *„Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (emotional)“*, *„Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung (instrumentell)*“ und jeweils einem Subtest *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* durch *Freund*innen, Eltern* und *Lehrer*innen* mit insgesamt 25 Items zusammen. Im Rahmen des Auswertungsprozesses, zeigten sich für den Sekundärtest **reliable Ergebnisse** und die Struktur des Sekundärtests *„Soziale Unterstützung“* wurde **weitestgehend beibehalten**, allerdings wurden die beiden Subtests „*Wahrgenommene/erwartete soziale Unterstützung“* gleich zu Beginn des Auswertungsprozesses komplett aus dem Fragebogen **eliminiert**, da sich die beiden

Subtests zum einen nicht differenzieren ließen und zum anderen, mit den Subtests zur *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* überschnitten.

Die **fehlende Differenzierung** zwischen der emotionalen und instrumentellen sozialen Unterstützung wurde ebenfalls in Teilstudie 3c mit den Expert*innen diskutiert. Dabei wurden insbesondere **entwicklungspsychologische Aspekte** einbezogen, die annehmen lassen, dass jüngere Kinder und Jugendliche innerhalb des Konstruktes soziale Unterstützung nicht zwischen der emotionalen und instrumentellen Unterstützung differenzieren. Einen Anhaltspunkt für diese Hypothese liefern zudem die Befunde zur faktoriellen Validität des SVF-KJ, die bei den Fünftklässler*innen im Gegensatz zu den anderen untersuchten Altersgruppen nahelegen, dass diese nicht eindeutig zwischen emotions- und problemorientierter Stressverarbeitung differenzieren, sondern in dieser Altersgruppe lediglich die günstige und ungünstige Stressverarbeitung faktoriell getrennt voneinander abbildbar waren (Hampel & Petermann, 2016, S. 62). Vorerst wurden die beiden Subtests aus dem Fragebogen entfernt, allerdings könnte in **weiterführenden Studien** mit älteren Schüler*innen untersucht werden, ob eine entsprechende Differenzierung zwischen den beiden Subtests faktorenanalytisch darstellbar ist. Insbesondere wären derartige Überlegungen von Bedeutung, da empirische Befunde zur sozialen Unterstützung im Erwachsenenalter nahelegen, dass insbesondere die wahrgenommene soziale Unterstützung eine wesentliche Bedeutung für die Gesundheit hat (Uchino, Bowen, Carlisle & Birmingham, 2012, S. 949). Außerdem würde sich die Möglichkeit zur **entwicklungspsychologischen Diagnostik** ergeben, sofern eine Differenzierung der beiden Subtests bei den älteren Schüler*innen darstellbar ist. Im Erwachsenenalter kann über die *Berliner Social Support Skalen* eine Trennung von emotionaler und instrumenteller wahrgenommener sozialer Unterstützung empirisch nachgewiesen werden (Schwarzer & Schulz, 2000). Daher wäre es eine Möglichkeit über den SEMOlino festzustellen, ab welchem Alter sich diese Differenzierungsfähigkeit entwickelt, sofern die beiden Subtests bei weiterführenden Studien in revidierter Form wieder in den Fragebogen aufgenommen würden.

Zudem wurden die Subtests ebenfalls entfernt, da die Items **relevante Korrelationen** mit den Items der Subtests zur **Mobilisierung** sozialer Unterstützung aufwiesen. Da die Mobilisierung sozialer Unterstützung, im Rahmen des Konstruktes sozial-emotionale Kompetenz, als besonders bedeutsam erachtet wurde, wurden diese beibehalten. Weiterhin ergab sich für die drei Subtests im Gegensatz zu den anderen beiden eine faktoriell valide Struktur und inhaltlich werden durch die drei Subtests die Kontexte Peers, Eltern und Lehrer*innen aus dem Modell von Denham et al. (2014, S. 428) abgebildet. Diese Entscheidung wurde zusätzlich durch die Erkenntnisse aus den Expert*inneninterviews untermauert, die erläuterten, dass es bisher keinen Fragebogen gäbe, der insbesondere die Mobilisierung sozialer Unterstützung durch Lehrer*innen erhebt. Von einzelnen Expert*innen wurde jedoch vorgeschlagen, die soziale Unterstützung insgesamt aus dem Fragebogen zu entfernen bzw. von der sozial-emotionalen

Kompetenz zu trennen, indem zwei Fragebögen konstruiert werden. Dies wurde als nicht notwendig erachtet, da die Mobilisierung sozialer Unterstützung zum einen die *relationsship skills* nach Denham et al. (2014) abbildet und zum anderen, es in der Anwendung gut möglich ist, ausschließlich einen der Sekundärtests separat zu verwenden.

Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz selbst". In dem Sekundärtest *„Sozial-emotionale Kompetenz selbst"* waren in der fünften Version die drei Subtests *„Selbstwirksamkeit"*, *„Selbstregulation"* und *„Emotionswissen/-verständnis selbst"* mit insgesamt 17 Items enthalten. Hinsichtlich der **Reliabilitäten** lagen alle Subtests dieses Sekundärtest im befriedigenden bis sehr guten Bereich und alle Items lagen über dem Kriterium für die Trennschärfe. Es wurde allerdings erneut bestätigt, dass der Subtest ***„Selbstregulation"*** hinsichtlich der Zuverlässigkeit, der schwächste Subtest des Fragebogens ist. Die exploratorische Faktorenanalyse auf Itemebene ergab für die drei Subtests eine vierfaktorielle Lösung, die 54% der Varianz aufklärte, was deutlich unter dem Kriterium von 70% lag. Daher wurden aus den Subtests *„Selbstregulation"* und *„Emotionswissen/-verständnis selbst"* jeweils das schwächste Item entfernt, um die Varianzaufklärung zu erhöhen. Danach konnte die Varianzaufklärung auf 57% erhöht werden, was allerdings weiterhin unter dem Kriterium lag. Außerdem wurde durch zwei Items des Subtests *„Selbstwirksamkeit"* weiterhin der vierte Faktor eröffnet, allerdings wurden diese Items nicht aus dem Subtest entfernt, da für dieses Ergebnis eine **inhaltliche Erklärung** vorhanden war: Die beiden Items erfassen die Selbstwirksamkeit hinsichtlich der sozialen Unterstützung durch Lehrer*innen und grenzen sich daher von den anderen vier Items ab, was die Eröffnung des vierten Faktors zur Folge hatte.

In der nächsten Revision des Fragebogens sollte insbesondere der Subtest ***„Selbstregulation"*** **erneut überarbeitet** werden, um die Reliabilität und faktorielle Validität des Sekundärtests zu erhöhen. Dabei wurde in Teilstudie 3c von den Expert*innen eine Einteilung der Items in kognitive, affektive und behaviorale Strategien vorgeschlagen, die alle über den Subtest erfasst werden sollten. Dies deckt sich mit dem Modell von Denham et al. (2014, S. 428), welches unter der Subdimension *self-regulation* die Regulation von Emotionen, Kognitionen und Verhalten beschreibt. Es ist allerdings anzunehmen, dass bei diesem Vorgehen, faktorenanalytisch **keine eindimensionale Struktur** wird abbildbar sein können. Ferner ist dem Modell nicht eindeutig zu entnehmen, ob es sich bei den enthaltenen Aspekten zwingend um eine Skala handeln muss. Die Items des Subtests *„Selbstregulation"* wurden zudem in Anlehnung an den Subtest *„Ablenkung/Erholung"* des SVF-KJ (Hampel & Petermann, 2016) entwickelt, die sich in dem Fragebogen bereits bewährt haben. Dementsprechend ist eine Revision der Items zu diskutieren, ohne zu große Überschneidungen mit dem etablierten Verfahren zu erzeugen. Weiterhin ist der Nachweis der **ausreichenden konvergenten Validität** gegenüber anderen konstruktnahen Verfahren bei einer Validierung obligatorisch.

Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz fremd". Der Sekundärtest *„Sozial-emotionale Kompetenz fremd"* enthielt die vier Subtests *„Empathie"*, *„Perspektivenübernahme"*, *„Emotionswissen/-verständnis fremd"* und *„Soziales Verhalten"* mit insgesamt 20 Items. In der Gesamtstichprobe ergab sich für die vier Subtests eine dreifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 54,80%, allerdings war keiner der vier Subtests faktorrein, mehrere Items wiesen Markiervariablen auf mehreren Komponenten auf und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation nicht herzustellen war. Weiterhin wurde durch den Eigenwertverlauf im Screeplot eher eine **einfaktorielle Lösung** nahegelegt. Aufgrund dessen, dass sich die vier Subtests in der anfänglichen Lösung nicht in der faktoriellen Struktur abbilden ließen und nicht faktorrein waren, wurden über einen Eliminierungsprozess sukzessiv Items aus den Subtests entfernt, um eine faktoriell valide Struktur herzustellen.

Aus den Subtests *Empathie* und *Perspektivenübernahme* wurden sukzessiv Items entfernt und entschieden, dass die Items der Subtests *„Empathie"* und *„Perspektivenübernahme"* zu einem Subtest zusammengefasst werden, da sie sich auch inhaltlich gegenseitig bedingen und eine getrennte Struktur faktoriell nicht abbildbar war. Die Subtests sind in dem Modell von Denham et al. (2014) der Dimension *social awareness and emotion knowledge* zuzuordnen und decken diese auch gut ab. Allerdings wird auch hier aus dem Modell nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich um eine oder mehrere Komponenten handelt. Unter der Annahme, dass es sich um lediglich eine Komponente handelt, bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die Theorie. Auch einzelne Expert*innen in Teilstudie 3c legten nahe, dass die Subtests des Sekundärtests *„Sozial-emotionale Kompetenz fremd"* **zu einer Skala zusammengefasst** werden sollten, weil sich die enthaltenen Items inhaltlich deutlich überschnitten und die Subtests nicht voneinander trennbar seien.

Dies bestätigte sich ebenfalls hinsichtlich der Subtests *„Soziale Kompetenz"* und *„Empathie und Perspektivenübernahme"*, die sich faktoriell nicht getrennt abbilden ließen. Daraufhin wurden sukzessiv Items aus dem Subtest *„Soziale Kompetenz"* gelöscht, allerdings mündete dieser Prozess nicht in einer befriedigenden Lösung. Daher wurde entschieden, den Subtest *„Soziale Kompetenz"* **komplett** aus dem Fragebogen zu **entfernen**. Die Dimension *relationship skills* nach Denham et al. (2014), der der Subtest *„Soziale Kompetenz"* zugeordnet werden kann, wird bereits zum Teil durch die Subtests zur *„Mobilisierung sozialer Unterstützung"* abgedeckt, allerdings handelt es sich dabei um eine andere Perspektive (Itemstamm *„Wenn ich ein Problem habe…")*, weshalb bei einer weiteren Revision des Fragebogens, die soziale Kompetenz bzw. das soziale Verhalten unter dem Itemstamm *„Wenn eine Freundin oder eine Freund ein Problem hat…"* weiterhin berücksichtigt und evtl. versucht werden sollte, die Items des Subtest entsprechend zu überarbeiten. Ferner sind bereits Fragebögen zur sozialen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen wie z.B. die Diagnostik sozialer Kompetenzen nach Kanning (2009) vorhanden, die zur Erhebung dieser Fähigkeiten verwendete werden können.

Allerdings handelt es sich dabei um ein längeres Inventar, welches sich eher zur differenzierten Erfassung der sozialen Kompetenz eignet.

Weiterhin wurde das schwächste Item des Subtests *„Emotionswissen/-verständnis fremd“* aus der Analyse entfernt. Durch diese Modifikationen konnten Lösungen mit weitestgehend ausreichender Varianzaufklärung und **eindimensionaler Abbildung** der Subtests erreicht werden. Der zusammengeführte Subtest *„Empathie und Perspektivenübernahme“* umfasste schließlich fünf Items mit substantiellen Ladungen auf der ersten Komponente und der Subtest *„Emotionswissen/-verständnis“* bestand aus vier Items mit den Markiervariablen auf der zweiten Komponente. Insgesamt enthielt die Version VI acht Subtests mit 39 Items (s. Abb. 115).

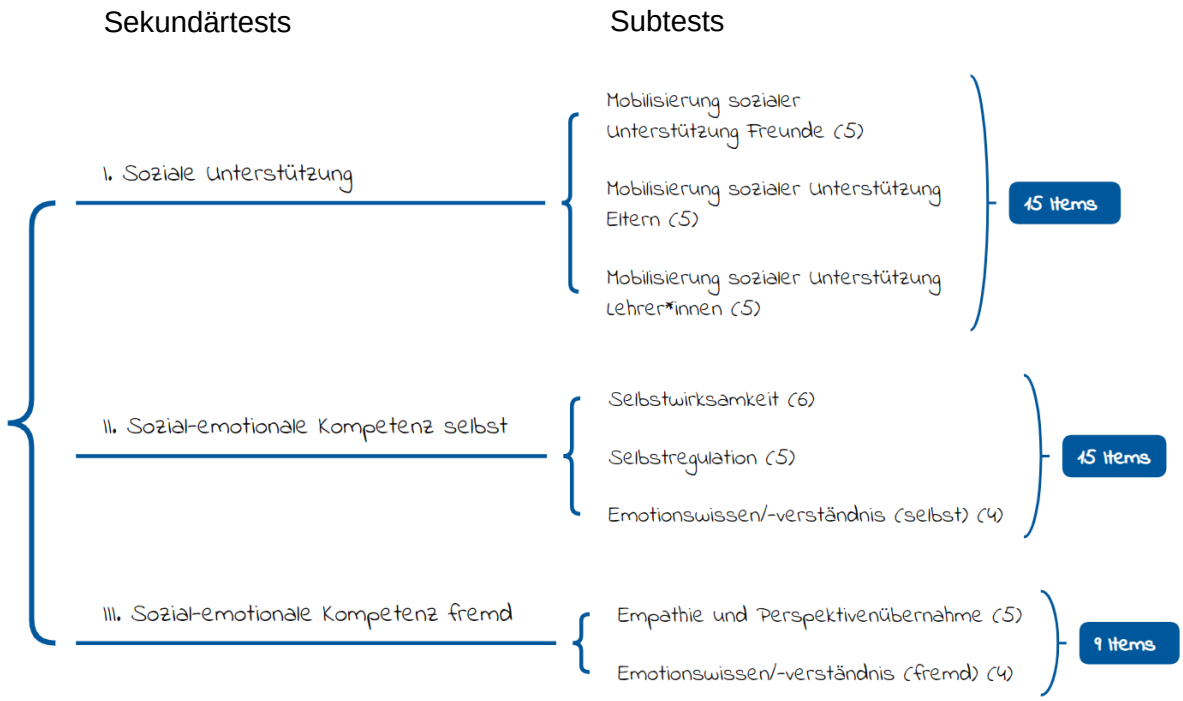


Abbildung 115: Struktur des SEMOlino Version VI.

6.6 Fazit

Die Teilstudie III hat aufgezeigt, dass hinsichtlich der Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen, ein deutlicher Bedarf an standardisierten Messinstrumenten besteht, da diese Kompetenzen in den verschiedensten Bereichen immer weiter an Relevanz gewinnen. Die Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen benötigt zudem valide Messinstrumente, um die Effektivität und Wirksamkeit der Trainingsprogramme nachweisen zu können und diese anhand von Evaluationen weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Teilstudie III konnte im Verlauf mit dem SEMOlino ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und erste psychometrischen Prüfungen durchgeführt werden.

Trotz der pandemiebedingten Einschränkungen, konnten in Teilstudie III ausreichend Daten erhoben werden, anhand derer das Messinstrument stufenweise geprüft und angepasst werden konnte. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass die COVID-19-Pandemie einen relevanten Einfluss auf das Antwortverhalten der Schüler*innen hatte und zudem zahlreiche methodische Einschränkungen wie z.B. die Zusammenführung verschiedener Stichproben mit unterschiedlichen Erhebungsbedingungen berücksichtigt werden müssen. Insbesondere vor diesem Hintergrund konnte die qualitative Teilstudie 3c mit ihren Expert*inneninterviews einen wesentlichen Beitrag zur Modifikation und Verbesserung des Messinstrumentes leisten. Die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews zeigten zahlreiche Modifikationsansätze auf, die die Qualität des Fragebogens optimierten, was sich durch die kommunikative Validierung bestätigen ließ. Ferner wurde in der Fokusgruppe mit den Expert*innen erneut der große Bedarf an normierten und standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen verdeutlicht.

Der SEMOlino weist in der vorläufig letzten Version im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine weitestgehend gute Passung zum Konstrukt der sozial-emotionalen Kompetenz nach Denham et al. (2014) auf. Diese Struktur kann als Basis weiterer Revisionen verwendet werden, die zum Ziel haben, das Messinstrument zu normieren und damit einen Beitrag zur Schließung der Forschungs- und Versorgungslücke in diesem Bereich zu leisten. Die faktorenanalytischen Befunde zeigten sich zwar insbesondere für den Sekundärtest „*Sozial-emotionale Kompetenz fremd“* zunächst als kritisch, jedoch konnte durch die entsprechenden Modifikationen eine stabile Struktur hergestellt werden, die durch weitere Revisionen das Potential aufweist, ein psychometrisch gutes Messinstrument zu entwickeln. Dabei erwies sich insbesondere die Diskussion und Bewertung des Fragebogens durch die Expert*innen als eine sehr erfolgreiche Methode, die viele Erkenntnisse lieferte und bei Fragebogenentwicklungen sehr empfehlenswert ist.

7 Übergreifende Diskussion

Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I ist ein Schlüsselerlebnis in der Bildungsbiografie von Kindern und Jugendlichen und kann als kritisches Lebensereignis verstanden werden, welches mit vielfältigen Belastungen verknüpft ist und zur Entstehung von Störungen der psychosozialen Anpassung beitragen kann (zusammenfassend s. Evans, Borriello & Field, 2018). Daraus lässt sich ein deutlicher Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in dieser Entwicklungsphase der Kinder und Jugendlichen ableiten. Daher war es das Ziel des vorliegenden Promotionsvorhabens, die Übergangsphase durch ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm zu begleiten sowie auf verhältnispräventiver Ebene die Diskussion über die Rahmenbedingungen während der Übergangsphase anzuregen und Möglichkeiten zur Vernetzung der Akteur*innen im Sinne der Fortsetzung der Präventionskette zu schaffen. Weiterhin konnten sozial-emotionale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen als wesentliche Ressource in der Übergangsphase identifiziert werden (zusammenfassend s. Spernes, 2022) und wurden daher als Komponente in das Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* für die Übergangsphase aufgenommen. Für die ursprünglich geplante Evaluation dieses Gesundheitsförderungsprogramms wären passende Messinstrumente für die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen notwendig gewesen. Allerdings fehlt im deutschsprachigen Raum nach wie vor ein validierter Selbsteinschätzungsfragebogen für Kinder und Jugendliche, der situationsunabhängig, die sozial-emotionalen Kompetenzen misst und als mehrdimensionales Konstrukt erfasst (Hartmann & Methner, 2022, S. 27).

Dem vorliegenden Promotionsvorhaben lagen drei Teilstudien zugrunde, die sich mit dem Übergang in die Sekundarstufe I, der Konzeption eines Gesundheitsförderungsprogramms sowie der Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen befassten. In **Teilstudie I** wurde eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse mit Expert*innen des schulischen Settings, Eltern sowie Viert- und Fünftklässler*innen durchgeführt, die als Grundlage zur Entwicklung eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe verwendet wurde. Ursprünglich sollten die Bedürfnisse der Schüler*innen als Hauptfragestellung der Teilstudie I im Vordergrund stehen, allerdings konnten aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen lediglich vier Interviews mit Viert- und Fünftklässler*innen, die zudem telefonisch durchgeführt werden mussten, umgesetzt werden. Dies machte eine Anpassung der Fragestellungen notwendig, da der Gehalt der Interviews mit den Schüler*innen als zu gering eingeschätzt wurde. Trotzdem konnten die Bedürfnisse der Schüler*innen einbezogen werden und die Teilstudie I untermauerte einen relevanten Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I, der sich mit den explorierten Bedürfnissen der Schüler*innen deckte.

Nach der Auswertung der Teilstudie I wurde aus den Ergebnissen unter Einbezug der Evidenz zur schulischen Gesundheitsförderung das schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* entwickelt und in **Teilstudie II** kommunikativ validiert und diskutiert. Im ursprünglichen Studiendesign war im Rahmen der Teilstudie II die Durchführung und Evaluation des Programms in der Schule vorgesehen. Dies konnte allerdings aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht realisiert werden. Stattdessen wurde eine kommunikative Validierung anhand einer Fokusgruppe mit Expert*innen durchgeführt, die durch die Rückmeldung der Expert*innen, die Befunde aus Teilstudie I absichern und die Transparenz der Studie erhöhen konnte. Aufgrund der guten Passung des Konzeptionsentwurfes zu den Bedarfen aus Sicht der Expert*innen wurden nach der Fokusgruppe keine Änderungen an dem Programm vorgenommen. Die Expert*innen wiesen allerdings auf die Barrieren hin, die berücksichtigt werden müssen.

Die **Teilstudie III** hatte zum Ziel, ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und erste psychometrische Prüfungen durchzuführen. Dabei sollte das Messinstrument zudem für die ursprünglich geplante Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramm verwendet werden, welche allerdings aufgrund der COVID-19-Pandmie nicht umgesetzt werden konnte. Bei den Erhebungen ergaben sich zahlreiche pandemiebedingte Einschränkungen, die zu Modifikationen des Studiendesigns führten und es mussten verschiedene Stichproben miteinander kombiniert werden, um die entsprechenden Auswertungen überhaupt vornehmen zu können. Insbesondere die qualitative Teilstudie 3c lieferte wichtige Erkenntnisse und Ansätze zur Modifikation des Messinstrumentes. Anschließend wurde in Teilstudie 3d anhand einer größeren Stichprobe die psychometrische Güte der fünften Version des Fragebogens untersucht und entsprechende Modifikationen vorgenommen. Die Teilstudie III schließt mit der vorläufigen Endversion des Fragebogens ab, die anhand weiterer Forschung zu einem reliablen und validen Messinstrument weiterentwickelt werden kann.

Im folgenden Kapitel erfolgt eine übergreifende zusammenfassende Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse der drei Teilstudien. Durch die kommunikative Validierung in der Teilstudie II konnten die Ergebnisse aus der Teilstudie I bestätigt und zusätzlich neue tiefergehende Erkenntnisse gewonnen werden. Die Ergebnisse aller Teilstudien wurden bereits in den Kapiteln 3.5, 5.5 und 6.5 ausführlich diskutiert. In diesem Kapitel erfolgt die Diskussion übergreifend über die Fragestellungen, da sich die Aspekte gegenseitig beeinflussen und im gemeinsamen Kontext betrachtet werden sollen, um einen Gesamtüberblick über die wesentlichen Ergebnisse des Promotionsvorhabens zu erhalten. Dabei wird auf den Übergang in die Sekundarstufe I, die schulische Gesundheitsförderung im Allgemeinen und die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen eingegangen.

7.1 Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I

Übergangsphasen sind oft belastend und können kurz- und langfristig die psychischen Funktionen beeinflussen (West et al., 2010, S. 35). Der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe ist ein normatives kritisches Lebensereignis (Vockert, Rathmann & Loter, 2019, S. 253), welches von den Kindern und Jugendlichen Anpassungsleistungen an höhere schulische Anforderungen sowie neue soziale Umfelder erfordert (Nowland & Qualter, 2020, S. 227). Diese Veränderungen im schulischen sowie sozialen Bereich führen bei vielen Schüler*innen zu Ängsten (F. Rice et al., 2011, S. 251). Damit einhergehen können Belastungen auf verschiedenen Ebenen und die Übergangsphase ist assoziiert mit einer erhöhten Vulnerabilität hinsichtlich psychischer Probleme (Mackenzie et al., 2012, S. 300). In der Regel erfolgt der Übergang in die Sekundarstufe in Deutschland im Alter zwischen 10 und 11 Jahren und fällt damit mit physiologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen zusammen, die mit der beginnenden Pubertät einhergehen, welche im Zusammenspiel zu einer Verstärkung der übergangsbezogenen Belastungen führen können (Benner & Graham, 2009, S. 360). In Schleswig-Holstein findet der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I nach dem vierten Schuljahr statt und fällt damit genau in diese Entwicklungsphase, in der sich die Herausforderungen durch die Entwicklungsaufgaben und dem Übergang kumulieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie decken sich mit den empirischen Befunden aus der Literatur und verdeutlichen den Bedarf an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase. Im Abgleich mit der Literatur ist allerdings auffällig, dass ein Großteil der internationalen Studien auf Daten aus Ländern basiert, deren Schulsysteme den Wechsel in die Sekundarstufe I erst nach dem sechsten Schuljahr vorsehen. In Deutschland (außer in Berlin und Brandenburg) wechseln die Schüler*innen bereits nach dem vierten Schuljahr in die Sekundarstufe, was dazu führt, dass die übergangsbezogenen Belastungen sich stärker mit den entwicklungsbezogenen Herausforderungen kumulieren (Benner & Graham, 2009, S. 360) als bei einem Wechsel nach der sechsten Klasse. Auch die interviewten Expert*innen der vorliegenden Studie sowie die Eltern schilderten, dass im Zusammenhang mit der Übergangsthematik eine bildungspolitische Diskussion zum Zeitpunkt des Übergangs angeregt werden sollte, um zu reflektieren, ob auch in Deutschland ein späterer Schulwechsel eine Option zur Verbesserung der Übergangspraxis darstellt. Es kann aktuell empirisch nicht belegt, aber als anekdotische Evidenz betrachtet werden, dass ein Großteil der interviewten Expert*innen (Lehrer*innen, Schulleitungen, Schulsozialarbeiter*innen) und auch die Eltern nahelegen, dass der Schulwechsel in Deutschland zu früh erfolgt, die Schüler*innen häufig entwicklungspsychologisch noch nicht reif genug sind und von einem späteren Schulwechsel deutlich profitieren würden.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Übergang auf die weiterführende Schule für die Bildungsbiografie der Kinder und Jugendlichen *„hoch bedeutsam“* ist, da in Deutschland die Durchlässigkeit des Bildungssystems zwischen den verschiedenen Schulformen weiterhin sehr gering ist und wesentlich mehr Schüler*innen Abwärts- als Aufwärtswechseln (Munser-Kiefer & Martschinke, 2018, S. 13), sollte die Diskussion über den Zeitpunkt des Übergangs geführt werden. Zudem zeigen empirische Befunde, dass die frühe Selektion im deutschen Bildungssystem nicht zu Leistungssteigerungen bei den Schüler*innen führt, sondern der Einfluss der sozialen Ungleichheit auf den Bildungserfolg zusätzlich verstärkt wird (Betts, 2011, S. 343–344). Auch die Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung verändert nichts an dem Einfluss der sozialen Herkunft auf den Übergang in die Sekundarstufe I (Esser & Hoenig, 2018, S. 419).

Weiterhin untermauern die vorliegenden Befunde den Bedarf an einer Reformierung der Übergangspraxis, da in Deutschland im internationalen Vergleich, wenig formalisierte Programme zur Unterstützung der Übergangsphase umgesetzt werden (zusammenfassend s. Evangelou et al., 2008), was die interviewten Expert*innen für unterschiedliche Ebenen bestätigten. Die Expert*innen beschrieben, dass der Umgang mit der Übergangsphase an den verschiedenen Schulen sehr uneinheitlich und intransparent sei und lediglich ein unzureichender Austausch diesbezüglich bestehe. Daher machten die Expert*innen deutlich, dass im Rahmen der Implementation eines Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase auch die Übergangspraxis generell reflektiert und durch ein einheitliches Konzept sowie die Vernetzung und den Austausch der Akteur*innen der Transitionsprozess für alle Beteiligten unterstützend gestaltet werden kann. Damit leistet das Gesundheitsförderungsprogramm zusätzlich einen Beitrag zur Verhältnisprävention. Auch Josupeit, Dadaczynski und Quilling (2022, S. 834) verdeutlichen, dass die Netzwerkarbeit im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung ist.

Durch ein einheitliches formales Konzept (Ablauf, Informationsveranstaltungen etc.) für die Übergangsphase wird zudem die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms unterstützt, da neben der Stressverarbeitung, speziell die Transitionskompetenzen der Schüler*innen von zentraler Bedeutung sind. Um die Transitionskompetenzen der Schüler*innen zu fördern, sollte der Übergangsprozess für alle Beteiligten möglichst transparent gestaltet sowie Kommunikation und Kooperation mit den weiterführenden Schulen aufgebaut werden. Zudem sollte den Schüler*innen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Erwartungen und Wünsche an die neue Schule zu reflektieren. Das Programm begleitet über ein Modul zur Transitionskompetenz den Entscheidungsprozess für eine weiterführende Schule in Kombination mit einem Eltern-Kind-Modul, in dem der Umgang mit den übergangsbezogenen Belastungen verbessert wird (Arbeitsblatt Transitionskompetenz s. Anhang E). Außerdem sollen die Ressourcen der Schüler*innen aktiviert und die Resilienz gestärkt werden. Die Transitionskompetenz wird

überdies durch die Förderung der Selbstverantwortung gefördert. In diesem Zusammenhang werden Zeitmanagement- und Selbstorganisationsstrategien sowie Arbeits- und Lerntechniken thematisiert.

7.2 Schulische Gesundheitsförderung

Die Schule hat sich zu einem besonders relevanten und geeigneten Setting der Gesundheitsförderung entwickelt, da der Zugang über die Bildungseinrichtung Schule es ermöglicht, alle schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen aus allen gesellschaftlichen Schichten ohne Stigmatisierung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen (Long et al., 2020, S. 416; Mittag & Schaal, 2018, S. 479; Naidoo & Wills, 2019, S. 424). Nichtsdestotrotz ist laut Naidoo und Wills (2019, S. 427) die Gesundheitsförderung in Schulen unzureichend und der Großteil der Maßnahmen beschränkt sich auf die Vermittlung von Wissen und vernachlässigt die Entwicklung von Kompetenzen. Dies lässt sich insbesondere durch die unzureichende Ausbildung von Lehrkräften und die wechselnden inhaltlichen Richtlinien der Regierung zur Gesundheitsförderung erklären (Naidoo & Wills, 2019, S. 427). Außerdem fehle es an übergreifenden Konzepten, die sowohl die relevanten Themen aus dem Bildungsbereich als auch die Thematiken aus dem Gesundheitsbereich miteinander verknüpfen (Paulus, 2022, S. 746).

Auch Lohaus et al. (2016, S. 498) kommen zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsförderung *„noch immer einen zu geringen Stellenwert in Schulcurricula einnimmt“*. Im Fokus steht die physische Gesundheit, wobei die psychische und soziale Ebene immer mehr an Interesse gewinnen. Dies bestätigt auch die vorliegende Studie, die aufzeigte, dass die Expert*innen des schulischen Settings speziell die Zeit als bedeutsame Barriere bei der Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung erachteten. Die Stundentafeln seien bereits sehr voll und es stehe während des regulären Schultages schon zu wenig Zeit zur Verfügung, um die verpflichtenden Curricula umzusetzen. Daher sahen die Expert*innen die fehlende Zeit als große Herausforderung bei der Umsetzung der schulischen Gesundheitsförderung. Machbar seien nach einer qualitativen Studie von Coetzee et al. (2022, S. 194) lediglich 45 Minuten pro Woche. Dieser Barriere könnte durch eine Verankerung der schulischen Gesundheitsförderung in die schulischen Curricula entgegengewirkt werden. Auf der Ebene der einzelnen Schule wäre zudem zunächst eine Aufnahme der schulischen Gesundheitsförderung in das Schulprogramm eine unterstützende Maßnahme.

Ferner ist das schulische Setting für die Schüler*innen von großer Bedeutung, da sie einen großen Teil ihres Lebens in der Schule verbringen und die Schulen dadurch einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen haben (Höpker et al., 2014, S. 454; Long et al., 2020, S. 416). Dem Kindes- und Jugendalter kommt zudem im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten eine besondere Bedeutung zu, da sich im Kindes- und Jugendalter die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im

Erwachsenenalter herausbilden. Daher ist es in Kombination mit der Verbreitung von Risikofaktoren im Jugendalter von besonderer Bedeutung, die Jugendlichen als bedeutsame Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung anzusehen und ihnen bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote zu machen. Über Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung können somit schon im frühen Kindesalter Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit vermittelt werden (Kaluza & Lohaus, 2006, S. 119–120; Naidoo & Wills, 2019, S. 424). Allerdings beschreiben insbesondere Lehrkräfte die *„Gesundheitsfördernde Schule“* als *„etwas von außen Kommendes“* und äußerten, dass sie die mit dem Konzept verbundenen Aufgaben als eine zusätzliche Belastung empfanden (Naidoo & Wills, 2019, S. 433). Daher gibt es seit 2002 Bestrebungen, die *„Gesundheitsfördernde Schule“* und damit die schulische Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Aus diesen Bestrebungen ging der Ansatz der *„Guten gesunden Schule“* hervor (Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 205). Auch die vorliegende Studie machte deutlich, dass Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in den schulischen Alltag integriert werden und von allen Beteiligten akzeptiert sowie unterstützt werden müssen, um die gewünschten Effekte zu erzielen. Oftmals wird angenommen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen sich nachteilig auf die schulischen Leistungen auswirken, da Gesundheitsförderung im Unterricht Zeit beansprucht. Allerdings ist das physische, psychische und soziale Wohlbefinden eine bedeutende Grundlage für die Leistungsbereitschaft der Schüler*innen. Dementsprechend können Gesundheitsförderung und die Förderung der Leistungsbereitschaft in der Schule nicht isoliert betrachtet werden, denn sie beeinflussen sich gegenseitig: *„Gesundheit und Bildung sind zwei Seiten einer Medaille. Ohne Bildung gibt es keine Gesundheit und umgekehrt“* (Lohaus et al., 2016, S. 498).

Die vorliegende Studie fokussierte die schulische Gesundheitsförderung in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe und entwickelte ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm. Dabei stand zunächst die Zielgruppe der Viert- und Fünftklässler*innen im Mittelpunkt. Allerdings liefert das Programm zusätzlich Ansatzpunkte, um einen Einstieg in die schulische Gesundheitsförderung zu forcieren und darauf aufbauend einen Schulentwicklungsprozess anzustoßen, der die Implementation von Ansätzen wie der *„Guten gesunden Schule“* oder dem *„Whole School Approach“* ermöglicht. Auch die interviewten Expert*innen verdeutlichten, dass unabhängig von der Übergangsthematik, ein Bedarf an Vernetzung von Akteur*innen sowie der weiterführenden Diskussion hinsichtlich der Integration von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in die regulären Curricula und den Stellenwert solcher Maßnahmen im schulischen Alltag bestehe. Mit Ansätzen wie dem *„Whole School Approach“* und der *„Guten gesunden Schule“* liegen bereits integrative sowie ganzheitliche Konzepte vor, die den Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen mit der Gesundheit vereinen.

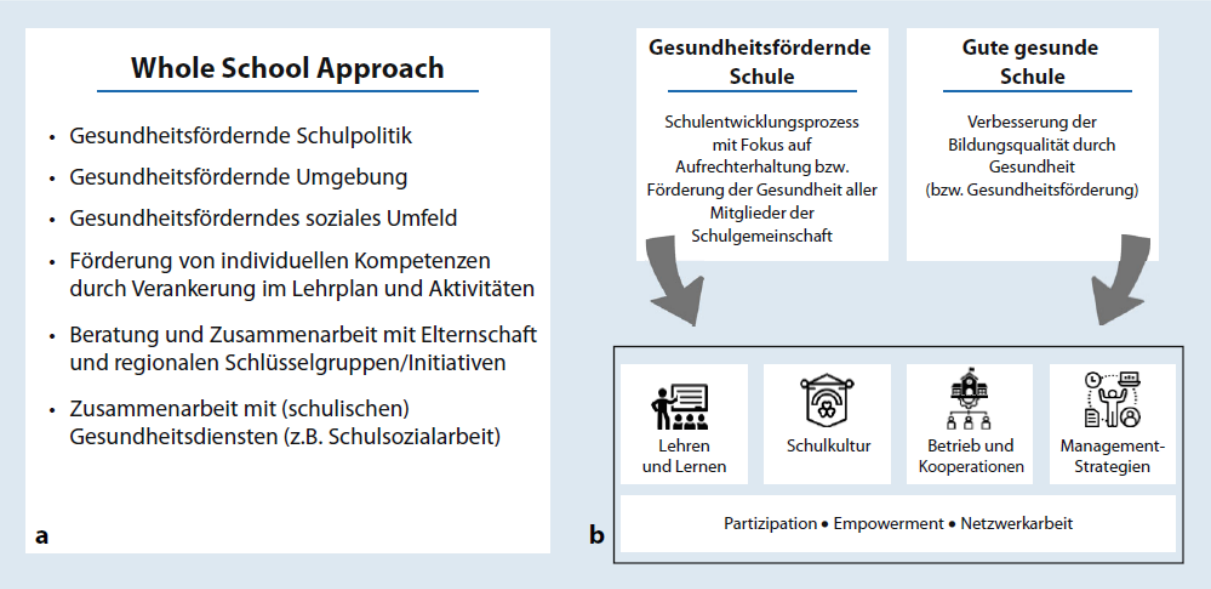


Abbildung 116: a. Whole School Approach (vgl. Goldberg et al., 2019). b Gesundheitsfördernde Schule und gute gesunde Schule (vgl. Dadaczynski & Hering, 2021; entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 4).

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Belastungen (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 575) ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung (Edelmann et al., 2022, S. 6). Die COPSY-Studie konnte ermitteln, dass im Herbst 2021 weiterhin 27% der befragten Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten aufwiesen sowie der Anteil, der Kinder und Jugendlichen mit einer niedrigen Lebensqualität, sich während der Pandemie mehr als verdoppelt hat (Ravens-Sieberer, Kaman et al., 2022, S. 882). Außerdem fühlten sich im Herbst 2021 82% der Kinder und Jugendlichen von der Pandemie belastet und 64,4% empfanden das Lernen während des Home Schoolings als schwieriger als vor der Pandemie (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 575; Ravens-Sieberer, Kaman et al., 2022, S. 882). Zusätzlich konnten aufgrund der Schulschließungen während der Pandemie, Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung nicht durchgeführt werden und Studienergebnisse legen nahe, dass die Schulschließungen sich negativ auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben (Felfe et al., 2022). Gleichzeitig zeigen empirische Befunde auf, dass bei Jugendlichen deutliche Defizite hinsichtlich der Gesundheitskompetenzen bestehen (Paakkari et al., 2020, S. 4–5). Deshalb ist speziell vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit insbesondere die Förderung der mentalen Gesundheitskompetenzen von Kindern und Jugendlichen indiziert (Edelmann et al., 2022, S. 2). Die folgende Abbildung 117 gibt einen Überblick über die Komponenten der Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz.



Abbildung 117: Komponenten der Förderung mentaler Gesundheitskompetenz (vgl. Kutcher et al., 2016; entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 3).

Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sollten zukünftig die mentalen Gesundheitskompetenzen sowie die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen generell gezielt thematisieren, da empirische Befunde nahelegen, dass diese die physische und psychische Gesundheit stärken, die gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen sowie zu einer Optimierung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems beitragen (zusammenfassend s. Amado-Rodríguez et al., 2022). Es existieren bereits schulbasierte Gesundheitsförderungsprogramme, die u.a. die mentalen Gesundheitskompetenzen von Schüler*innen fördern, allerdings wird der Großteil in Form von Projekttagen oder einzelnen Modellprojekten umgesetzt. Nur das Programm *MindMatters* basiert auf dem *Whole School Approach* und wird langfristig in den Schulalltag integriert (Edelmann et al., 2022, S. 5). Ferner fehlt es an Übersichtsarbeiten zum Einsatz der jeweiligen Programme an den verschiedenen Schulformen und deren Wirksamkeit (Dadaczynski & Hering, 2021, S. 13). Die interviewten Expert*innen der vorliegenden Studie nannten zwar die mentale Gesundheitskompetenz nicht als konkretes Thema für ein Gesundheitsförderungsprogramm, allerdings wurde die Gesundheitskompetenz hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung und Medienkonsum) als bedeutsam für ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase erachtet, wobei aber insgesamt bei den Expert*innen ebenfalls die Förderung der psychischen Gesundheit im Vordergrund stand.

Insgesamt hat die vorliegende Studie den großen Bedarf an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung untermauert. Auch der Abgleich des Gesundheitsförderungsprogramms mit relevanten Kriterien für die erfolgreiche Umsetzung von schulbasierten Gesundheitsförderungsprogrammen sowie mit dem aktuellen Stand der Forschung zum Übergang in die Sekundarstufe I ergab, dass das Gesundheitsförderungsprogramm die entsprechende Kriterien weitestgehend erfüllt und die wesentlichen Inhalte in der Übergangsphase aufgegriffen sowie

wichtige Kompetenzen gefördert werden. Die kommunikative Validierung durch die Fokusgruppe mit den Expert*innen ergab im Wesentlichen eine sehr gute Passung des Konzeptionsentwurfes an die Bedarfe und Bedürfnisse des schulischen Settings und wurde von den Expert*innen positiv beurteilt. Zudem wurde auf mögliche zeitliche, finanzielle und personelle Barrieren hingewiesen, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden sollten.

7.3 Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen

Sowohl die Literatur als auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie haben gezeigt, dass die sozial-emotionalen Kompetenzen sich maßgeblich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken können (Perrez & Baumann, 2011, S. 272) und als personale Ressourcen während der Übergangsphase wirksam werden (Niemack, 2019, S. 88; zusammenfassend s. Spernes, 2022). Gleichzeitig gibt es im deutschsprachigen Raum bisher wenige valide und normierte Messinstrumente, die die sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen multidimensional erfassen. Somit besteht in diesem Bereich ein großer Forschungsbedarf, um zukünftig zuverlässige Messinstrumente in diesem Bereich in Forschung, Diagnostik und schulischer Praxis einsetzen zu können.

Im schulischen Kontext ist die valide sowie effiziente Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen der Schüler*innen von relevanter Bedeutung, da die sozial-emotionalen Kompetenzen den Schulerfolg beeinflussen und nur durch eine präzise Diagnostik eine gezielte Förderung möglich wird. In diesem Zusammenhang bestehen bereits empirische Belege dafür, dass sozial-emotionale Kompetenzen den Schulerfolg und die Schulfähigkeit vorhersagen können (Hasselhorn, Goldammer & Weber, 2008, S. 130). Bestehen bereits im Vorschulalter Defizite in den sozial-emotionalen Kompetenzen, können nach der Einschulung und im weiteren Verlauf der Schullaufbahn, Folgeprobleme im schulischen sowie sozialen und psychischen Bereich entstehen. Dieser Zusammenhang kann zum einen darüber erklärt werden, dass Kinder mit geringeren sozial-emotionalen Kompetenzen ihre Emotionen gegenüber ihren Mitschüler*innen negativer ausdrücken und adaptive Emotionsregulationsstrategie weniger stark ausgeprägt sind, was zu Problemen im schulischen Alltag und zu einer geringeren Integration in die Klassengemeinschaft führt. Daraus folgen häufig Akzeptanzprobleme bei den Mitschüler*innen und die betreffenden Schüler*innen erhalten seltener positive Rückmeldungen, was negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Schüler*innen haben kann. Darauf können Schulunlust, schulische Misserfolge und eine verminderte Lernbereitschaft folgen. Es entstehen Leistungsdefizite, die Klassenwiederholungen und eine Verzögerung der schulischen Laufbahn zur Folge haben können. Außerdem zeigt sich bei den betreffenden Schüler*innen häufig ein auffälliges Sozialverhalten, welches zu Mobbing, Vandalismus oder gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie Substanzmissbrauch führen kann (Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 29–30). Die folgende Abbildung 118 verdeutlicht den beschriebenen Zusammenhang zwischen den sozial-emotionalen Kompetenzen und dem Schulerfolg. Dieser Zusammenhang untermauert den Bedarf an validen Messinstrumenten für die Diagnostik sozial-emotionaler Kompetenzen.

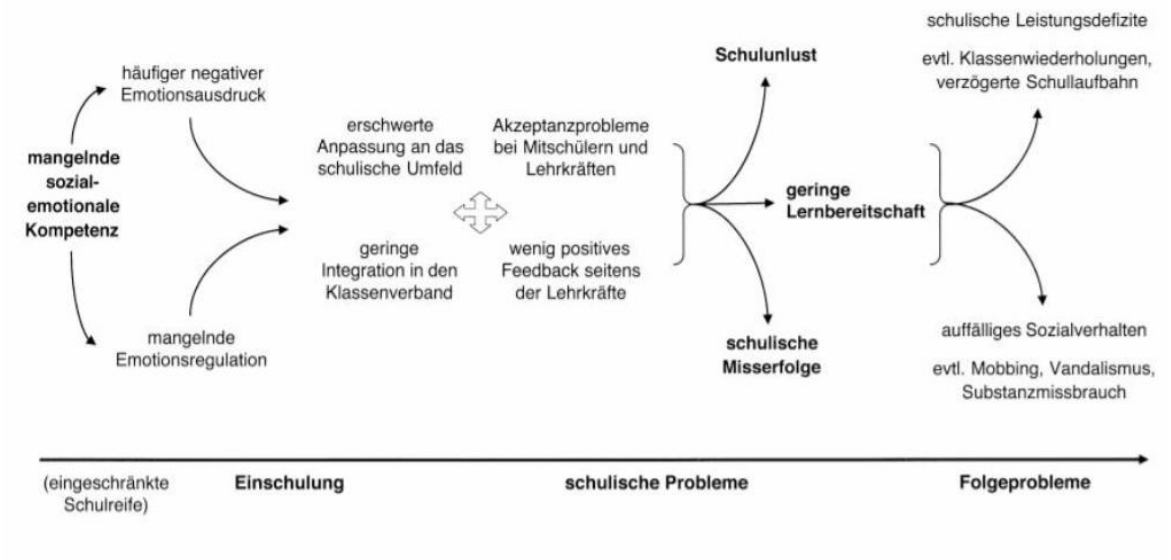


Abbildung 118: Sozial-emotionale Kompetenzen und Schulerfolg (entnommen aus Wiedebusch, 2008, S. 139).

Weiterhin legen erste empirische Befunde nahe, dass die COVID-19-Pandemie einen negativen Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendliche hatte (Krammer, Tritremmel, Auferbauer & Paleczek, 2022, S. 52–55). Um diese Zusammenhänge weiterführend zu erforschen und entsprechende Förderprogramme zu entwickeln, sind standardisierte Messinstrumente zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen erforderlich.

Das im Rahmen dieser Promotion entwickelte Messinstrument (SEMOlino) enthielt neben den Subtests zur sozialen Unterstützung und der sozial-emotionalen Kompetenz aus der Eigenperspektive (*„Selbstwirksamkeit“, „Selbstregulation“ und „Emotionswissen/-verständnis“*), vier Subtests zur sozial-emotionalen Kompetenz mit dem Fokus auf die Interaktionspartner*innen. Die Subtests *„Empathie“*, *„Perspektivenübernahme“*, *„Emotionswissen/-verständnis fremd“* und *„Soziales Verhalten“* wurden dabei unter dem Sekundärtest *„sozial-emotionale Kompetenz fremd“* zusammengefasst. Diese Subtests wurden nach dem Modell von Denham et al. (2014) aus der Dimension *social awareness / emotion knowledge* abgeleitet. In der Gesamtstichprobe ergab sich für die vier Subtests eine dreifaktorielle Lösung, keiner der vier Subtests war faktorrein, mehrere Items wiesen Markiervariablen auf mehreren Komponenten auf und es zeigte sich, dass eine Trennung zwischen den Skalen bei dieser Konstellation nicht herzustellen war. Weiterhin wurde durch den Eigenwertverlauf im Screeplot eher eine einfaktorielle Lösung nahegelegt. Dies deckt sich mit dem theoretischen Modell, dass alle Subtests unter dieselbe Dimension fallen (*social awareness / emotion knowledge*), allerdings wird aus dem Modell nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich um eine oder mehrere differenzierbare Komponenten handelt, die unter dieser Dimension zu berücksichtigen sind. Unter der Annahme, dass es sich um lediglich eine Komponente handelt, bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die Theorie. Auch einzelne Expert*innen in Teilstudie 3c legten nahe, dass die Subtests des

Sekundärtests *„Sozial-emotionale Kompetenz fremd“* zu einer Skala zusammengefasst werden sollten, weil sich die enthaltenen Items inhaltlich deutlich überschnitten und die Subtests nicht voneinander trennbar seien. Es ist anzunehmen, dass die fehlende Differenzierbarkeit zum einen in der Wechselbeziehung zwischen den einzelnen Aspekten (z.B. Empathie und Perspektivenübernahme) begründet ist und zum anderen mit der uneinheitlichen Definition des Begriffs „Empathie“ und dessen Elementen zusammenhängt. Die Übersichtsarbeit von Cuff, Brown, Taylor und Howat (2016), die die Schlüsselpublikationen zum Empathiebegriff auswertete, kommt zu dem Schluss, dass es aktuell an einer einheitlichen und exakten wissenschaftlichen Definition von Empathie fehlt und die derzeitigen Definitionen sich teilweise in einzelnen Anteilen unterscheiden, sodass ein wissenschaftlicher Konsens diesbezüglich weiterhin aussteht. Über die Subtests des Sekundärtests werden sowohl die kognitiven als emotionalen Komponenten der Empathie erhoben (zusammenfassend s. Cuff et al., 2016), allerdings legen die Ergebnisse nahe, dass sich die Items nicht ausreichend voneinander abgrenzen. Zudem liegt der Schwerpunkt der Items eher auf der kognitiven Empathie. Über eine erneute Revision der Items unter der stärkeren Berücksichtigung der emotionalen und kognitiven Komponenten von Empathie, könnte evtl. eine eindimensionale Struktur für die einzelnen Subtests hergestellt werden.

International wird intensiv an der Entwicklung von standardisierten Verfahren zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen geforscht, allerdings ergeben sich bei der Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen zahlreiche konzeptionelle und methodische Herausforderungen. Insbesondere aufgrund von Überschneidungen mit verwandten Konstrukten, wie der emotionalen Intelligenz, und einer fehlenden einheitlichen Definition des Konstruktes „sozial-emotionale Kompetenz“ entstehen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung des Konstruktes und Entwicklung entsprechender Messinstrumente. Aktuell existieren verschiedene Ansätze wie z.B. die Entwicklung eines Messinstruments zur sozial-emotionalen Kompetenz in Anlehnung an das *Big Five Inventory* oder die Konstruktion von Kurzskalen zur ökonomischen Messung der sozial-emotionalen Kompetenzen (zusammenfassend s. Abrahams et al., 2019).

Im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens wurde das Modell des sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014) als Basis für die Entwicklung eines Messinstrumentes gewählt und um die Dimension der sozialen Unterstützung erweitert. Dies wurde zudem in der Verbindung insbesondere von der Mobilisierung der sozialen Unterstützung zu den *relationship skills* nach Denham et al. (2014) begründet. Insgesamt hat die Teilstudie III eine gute Passung des SEMOlino zum zugrunde gelegten Konstrukt aufgezeigt und die Subtests zur sozialen Unterstützung wurden trotz der Kritik einzelner Expert*innen beibehalten, da die soziale Unterstützung in der Gesundheitspsychologie eine bedeutsame Variable ist, die sich z.B. positiv auf das Stresserleben auswirken kann (Schwarzer & Knoll, 2010, S. 283–285).

Gleichzeitig steht im deutschsprachigen Raum kein normierter Fragebogen zur Erfassung der sozialen Unterstützung im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung. Daher wurden als Grundlage für die Subtests zur sozialen Unterstützung die *Berliner Social Support Skalen* von Schwarzer und Schulz (2000) verwendet, die die soziale Unterstützung im Erwachsenenalter erheben. Weiterhin ist die soziale Unterstützung auch in dem Modell von Denham et al. (2014) enthalten, allerdings in geringerem Umfang als im SEMOlino. Die nachfolgende Abbildung 119 stellt das Modell des sozial-emotionalen Lernens dar. Anschließend werden die Subtests des SEMOlino in das Modell eingeordnet.

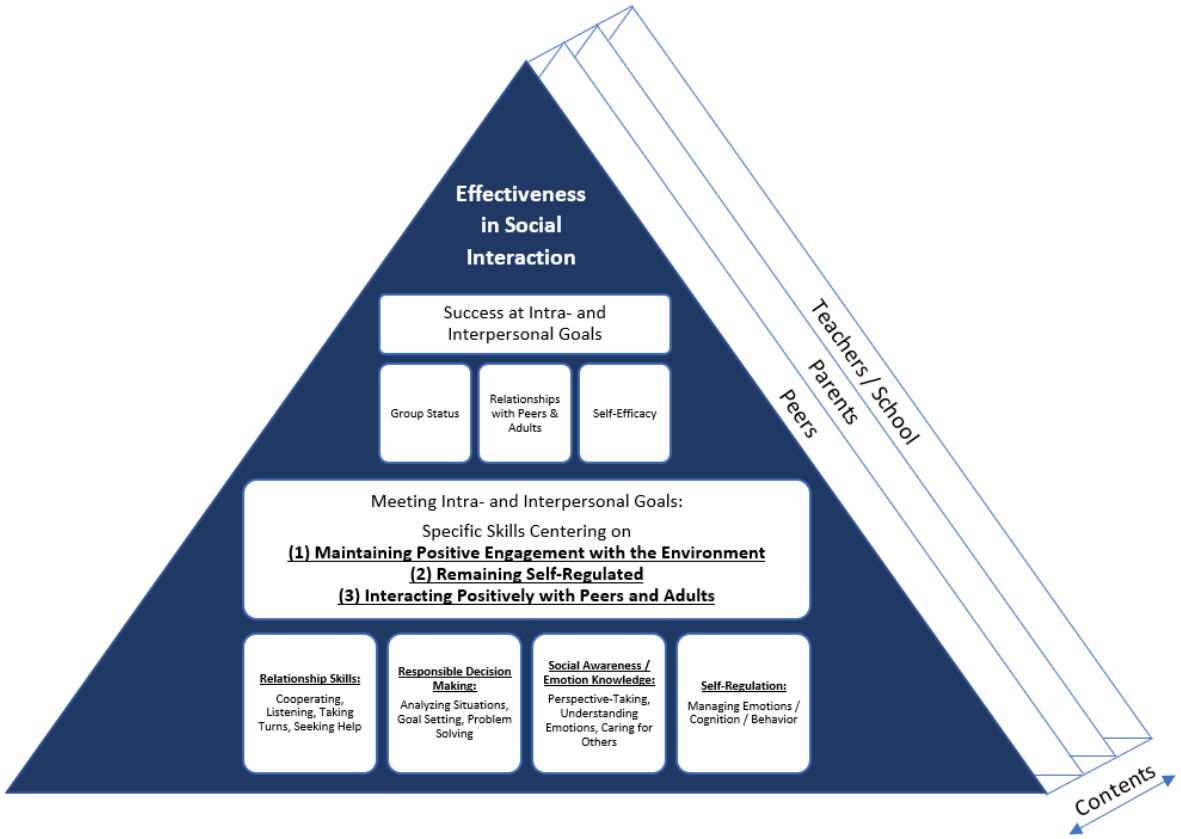


Abbildung 119: Prisma-Modell des sozial-emotionalen Lernens. Modifiziert nach Payton et al. (2000) und Rose-Krasnor (1997) (entnommen aus Denham et al., 2014, S. 428).

Im SEMOlino werden die *relationship skills* nach Denham et al. (2014) durch die drei Subtests zur *„Mobilisierung sozialer Unterstützung“* abgebildet. Zusätzlich werden über diese Subtests die drei Kontexte (Peers, Eltern und Lehrer*innen) aus dem Modell einbezogen und bilden die Beziehungen zu Gleichaltrigen und Erwachsenen ab. Die Dimension *responsible decision making* wurde im SEMOlino aufgrund von Überschneidungen mit einem Verfahren aus der Arbeitsgruppe der Autorin nicht berücksichtigt. Die Subtests *„Emotionswissen/-verständnis selbst und fremd“* sowie der Subtest *„Empathie und Perspektivenübernahme“* sind in dem Modell der *social awareness / emotion knowledge* zuzuordnen. Außerdem enthält der SEMOlino einen Subtest zur Selbstregulation (*self-regulation*) und einen zur Selbstwirksamkeit *(self efficacy*), die beide in dem Modell enthalten sind (s. Tab. 46).

Tabelle 46: Einordnung der Subtests des SEMOlino in das Modell nach Denham et al. (2014).

Modell sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014)	Sekundärtests und Subtests im SEMOlino
Relationship Skills	**Soziale Unterstützung** Mobilisierung sozialer Unterstützung (Freunde) Mobilisierung sozialer Unterstützung (Eltern) Mobilisierung sozialer Unterstützung (Lehrer)
Responsible Decision Making	wurde nicht einbezogen
Social Awareness / Emotion Knowledge	**Sozial-emotionale Kompetenz selbst** Emotionswissen/-verständnis (selbst) **Sozial-emotionale Kompetenz fremd** Empathie und Perspektivenübernahme Emotionswissen/-verständnis (fremd)
Self-Regulation	**Sozial-emotionale Kompetenz selbst** Selbstregulation
Selbstwirksamkeit	**Sozial-emotionale Kompetenz selbst** Selbstwirksamkeit

Zudem war es das ursprüngliche Ziel des Promotionsvorhabens ein Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I zu entwickeln und zu evaluieren. Das Programm zielt u.a. auf die Förderung der **sozial-emotionalen Kompetenzen** von Schüler*innen ab und in diesem Zusammenhang ist die Mobilisierung sozialer Unterstützung wesentlich. Infolgedessen sollte ein Messinstrument entwickelt werden, welches in der Lage ist, diese Fähigkeiten adäquat abzubilden.

Auf der Basis der vorliegenden Befunde kann der SEMOlino in weiteren Studien revidiert und zukünftig normiert werden und damit zur Schließung der Forschungs- und Versorgungslücke in diesem Bereich beitragen.

7.4 Kernbotschaften des Promotionsvorhabens

In der nachfolgenden Abbildung 120 werden die Kernbotschaften des vorliegenden Promotionsvorhabens zusammengefasst dargestellt.

Insgesamt hat die vorliegende Arbeit zu zahlreichen Ergebnissen auf verschiedenen Ebenen geführt. Über die drei Teilstudien konnten Erkenntnisse für den Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I, die schulische Gesundheitsförderung sowie die Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen generiert werden. Aus diesen Erkenntnissen können in Kapitel 8 bedeutsame Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Forschung abgeleitet werden.

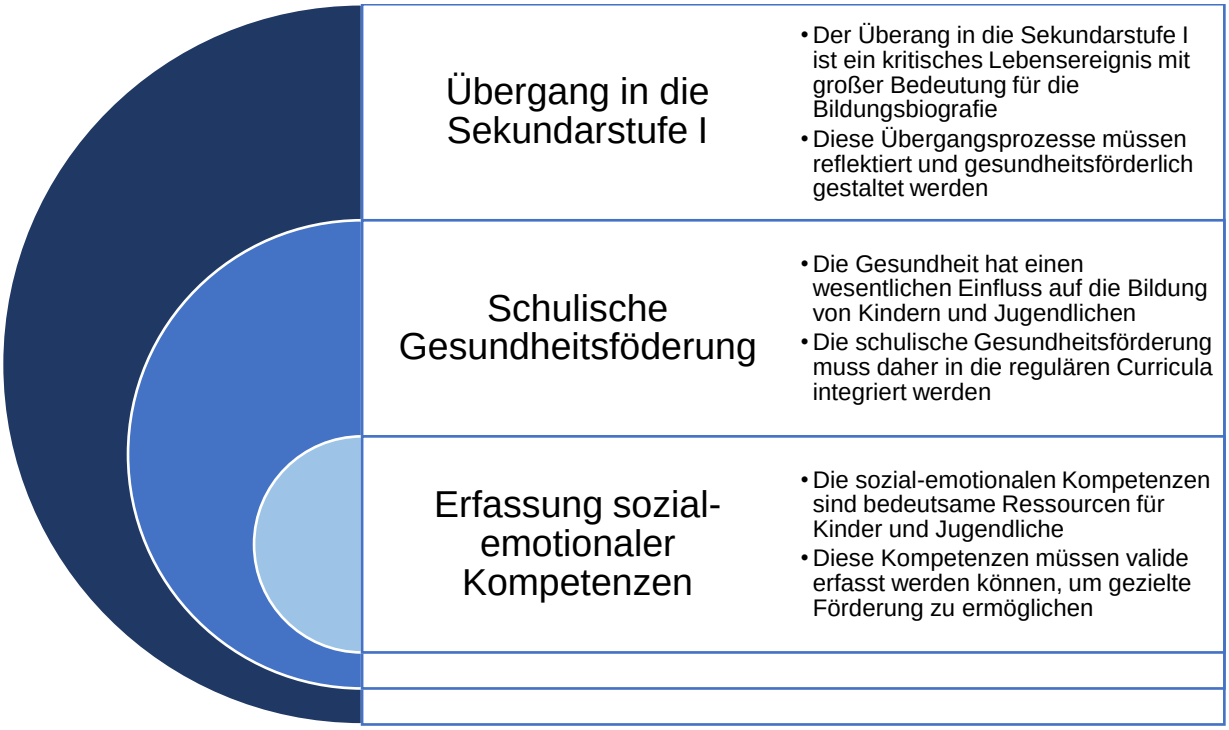


Abbildung 120: Kernbotschaften des Promotionsvorhabens.

7.5 Methodendiskussion

Im folgenden Abschnitt werden, die in dieser Arbeit verwendeten Methoden, diskutiert und mögliche Einschränkungen hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse aufgezeigt. Dazu erfolgt zunächst die kritische Betrachtung der qualitativen Methoden in Bezug auf das Studiendesign, die Erhebungsmethoden, der Durchführung sowie die Datenauswertung. Anschließend werden die quantitativen Methoden hinsichtlich des Studiendesigns, des Messinstrumentes, die Datenerhebung sowie die Auswertung kritisch reflektiert.

7.5.1 Qualitative Methoden

Sample. Der vorliegenden Arbeit lag in den Teilstudien I und II sowie 3a und 3c ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde. Vorab wurden in allen Teilstudien Samplekriterien bestimmt, die in allen Teilstudien erfüllt werden konnten und ein systematisches Vorgehen sowie die intersubjektive Nachvollziehbarkeit sicherstellten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 133). Dies konnte insbesondere durch den intensiven Kontakt zu den Schulgesundheitsfachkräften gewährleistet werden, die als Gatekeeper an den Schulen fungierten. Allerdings konnte in den Teilstudien I und II nicht das ursprünglich geplante Sample generiert werden, da aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Schulschließungen der Kontakt zu den Schüler*innen und Eltern an zwei der vier Schulen abbrach. Daher konnten an diesen Schulen ausschließlich die Bedarfe aus Sicht der Lehrer*innen und Expert*innen erhoben werden und das Sample der Schüler*innen und Eltern wurde halbiert. Es zeigte sich bei der Auswertung der Interviews mit den Schüler*innen (n=4) und Eltern (n=2), dass die Anzahl der Interviews nicht ausreichend war und es sich eher um eine Auswertung von Einzelfällen handelte, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Insbesondere für die Bedürfnisanalyse wären mehr Interviews nötig gewesen, um mehr substanzielle Ergebnisse für die Programmentwicklung zu erhalten, allerdings war dies aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen nicht möglich. In Teilstudie 3a und 3c wurde das geplante Sample umgesetzt.

Im Hinblick auf das **Alter** waren die interviewten Schüler*innen in Teilstudie I zwischen 10 und 11 Jahren alt, was die Altersspanne zwischen dem 4. und 5. Jahrgang gut repräsentierte und die interviewten Viert- bzw. Fünftklässler*innen waren ähnlich alt, sodass von einer guten Vergleichbarkeit ausgegangen werden kann. Auch in Teilstudie 3a wurden die Samplekriterien für das Alter der Schüler*innen eingehalten. Bei den Expert*innen blieb das Alter in allen Teilstudien unberücksichtigt, da hier das Expert*innenwissen im Vordergrund stand (Misoch, 2019, S. 119). Es kann angenommen werden, dass das Alter der Expert*innen bei den vorliegenden Fragestellungen keinen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse hatte, allerdings könnte

diskutiert werden, ob ältere Expert*innen über mehr Berufserfahrungen verfügen, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten.

Bezüglich des **Geschlechts** war das Verhältnis bei den Schüler*innen in Teilstudie I und 3a ausgeglichen und das Sampling konnte wie geplant umgesetzt werden. Bei den Lehrer*innen und Expert*innen in Teilstudie I und II waren mehr weibliche Personen vertreten, allerdings war hier das Geschlecht nicht ausschlaggebend bei der Auswahl der Interviewpartner*innen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass das Sample die Geschlechterverteilung insbesondere für den Grundschulbereich gut repräsentierte, da in diesem Setting ebenfalls mehr weibliche als männliche Personen arbeiten. In Teilstudie 3c war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen, was bei der Studienplanung auch so angestrebt wurde, aber das Geschlecht war nicht das Hauptauswahlkriterium, da es um die Expertise der Interviewpartner*innen ging (Misoch, 2019, S. 119). Trotzdem kann ein Einfluss des Geschlechts auf die Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden. Zudem wurden in den Teilstudien I, II und 3c keine Geschlechterunterschiede untersucht.

Des Weiteren steht in der qualitativen Forschung die Generalisierbarkeit nicht im Vordergrund, sondern es wird der Variation der Fälle eine größere Bedeutung beigemessen (Lamnek & Krell, 2016, S. 178). Dies kann bei der vorliegenden Arbeit aufgrund der unterschiedlichen Personengruppen als weitestgehend gegeben angesehen werden. Weiterhin hängen die Möglichkeiten der Generalisierbarkeit der Ergebnisse im Wesentlichen von der bewussten Fallauswahl und der Samplingstrategie ab (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 227–228). Die gewählte Samplingstrategie des selektiven Samplings erwies sich dabei als zielführend. Zudem war die vergleichsweise kleine Stichprobe für den Aufbau einer Vertrauensbasis und die Einhaltung der Qualitätskriterien der qualitativen Forschung von Vorteil (Lamnek & Krell, 2016, S. 33).

Insgesamt konnte das Sample die Gruppe der Schüler*innen im 4. und 5. Jahrgang, die Lehrer*innen und Expert*innen gut repräsentieren und durch die Unterschiede zwischen den interviewten Gruppen und die verschiedenen Perspektiven wurde ein adäquater Eindruck in das Forschungsfeld vermittelt, auf dessen Grundlage differenziertere Studien z.B. zu Geschlechterunterschieden möglich werden.

Studiendesign. Insgesamt konnte das ursprünglich geplante Studiendesign aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt werden. Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse konnte weitestgehend mit Anpassungen durchgeführt werden, allerdings war eine Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms in den Schulen und die anschließende Evaluation nicht möglich. Infolge der pandemiebedingten Anpassungen im Studiendesign konnte lediglich eine kommunikative Validierung des Konzeptionsentwurfes umgesetzt werden, diese lieferte

allerdings zunächst wichtige Anhaltspunkte zur Modifikation des Programms, die vor der Umsetzung berücksichtigt werden können.

In der qualitativen Teilstudie I konnte durch den Einbezug der vier Personengruppen (Lehrer*innen, Expert*innen, Schüler*innen und Eltern) vier unterschiedliche Perspektiven hinsichtlich des Transitionsprozesses einbezogen und somit eine Triangulation ermöglicht werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 266). Zudem konnte durch den Einsatz von Einzelinterviews und Fokusgruppen (Teilstudie II und 3c) ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn erzielt werden, da durch die Gruppeninteraktion und gruppendynamische Prozesse in den Fokusgruppen ergänzende Informationen zu den Einzelinterviews gewonnen und die Ergebnisse kommunikativ validiert werden konnten (Lamnek & Krell, 2016, S. 376; Misoch, 2019, S. 137). Des Weiteren konnten sich die Teilnehmer*innen durch ihre Antworten gegenseitig anregen, was zur Generierung von zusätzlichen Informationen führte, welche im Einzelinterview nicht thematisiert worden wären (Döring & Bortz, 2016, S. 381; Misoch, 2019, S. 139). Allerdings ist einschränkend zu erwähnen, dass in Teilstudie II nur eine Fokusgruppe durchgeführt werden konnte, da aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen keine Teilnehmer*innen für die zweite Fokusgruppe akquiriert werden konnten. Trotz mehrmaliger Versuche musste die Studie aus zeitlichen Gründen ohne die Fokusgruppe an der weiterführenden Schule fortgesetzt werden. Deshalb lag für den Entwurf des Gesundheitsförderungsprogramms für die Fünftklässler*innen keine kommunikative Validierung vor.

Des Weiteren kann eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund des Samplings trotz der Samplingstrategie nicht ausgeschlossen werden, da die Interviewteilnehmer*innen auf freiwilliger Basis akquiriert wurden und somit anzunehmen ist, dass speziell die besonders motivierten Personen an den Interviews teilnahmen. Insbesondere bei den Schüler*innen und Eltern war auffällig, dass es sich hinsichtlich der sozialen Lage um besser situierte Familien handelte, die nicht dem Durchschnitt in dem betreffenden Sozialraum in Flensburg entsprachen. Die interviewten Eltern waren Ärzt*innen und berichteten in den Interviews von zahlreichen materiellen Ressourcen wie z.B. Häuser mit großen Gärten, eigene Pferde und die Möglichkeit zur Ausführung diverser Hobbys. Einer der interviewten Viertklässler*innen war zudem hochbegabt und auch die anderen interviewten Schüler*innen waren hinsichtlich der schulischen Leistungen eher im überdurchschnittlichen Bereich anzusiedeln. Es kann angenommen werden, dass die Ergebnisse durch diese Aspekte beeinflusst wurden, da die Schüler*innen insgesamt von wenigen Belastungen in der Übergangsphase berichteten und über zahlreiche Ressourcen verfügten. Diese Verzerrung beim Sampling kann insbesondere anhand des „Präventionsdilemmas“ erklärt werden, welches beschreibt, dass speziell Zielgruppe mit sozialer Benachteiligung einen höheren Bedarf aufweisen, allerdings für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung schwerer zu erreichen sind (Franzkowiak, 2018, S. 817). Dies kann auf

die Anfrage zu den Interviews übertragen und davon ausgegangen werden, dass die betreffenden Schüler*innen bzw. Eltern sich nicht freiwillig für die Interviews meldeten. Dabei könnte ebenfalls ein Migrationshintergrund eine Rolle gespielt haben, der die Verständlichkeit der Informationsschreiben erschwerte. Allerdings war es der Autorin nicht möglich, die Informationsschreiben in verschiedenen Sprachen zur Verfügung zu stellen. Dies sollte allerdings bei zukünftigen Studien speziell in diesem Sozialraum berücksichtigt werden.

Die Expert*innen in Teilstudie 3c wurden anhand der Samplekriterien gezielt angesprochen und bei Bereitschaft zu den Interviews direkt in das Sample aufgenommen. Die Anfrage zur Bereitschaft für die Teilnahme an der Fokusgruppe in Teilstudie I und II erfolgte bei den Lehrer*innen und Expert*innen über die Schulgesundheitsfachkräfte und konnte somit von der Autorin nicht direkt gesteuert werden.

Im Hinblick auf die Eignung des qualitativen Forschungsansatzes erwies sich dieser für die Fragestellung bezüglich der Bedarfe und Bedürfnisse sowie der Programmentwicklung (Teilstudie I und II) und der Modifikation des Messinstrumentes (Teilstudie 3c) als angemessen und zielführend. Es konnten durch das qualitative Vorgehen die Bedarfe und Bedürfnisse bezüglich des Gesundheitsförderungsprogramms sowie die Modifikationsansätze hinsichtlich des Messinstrumentes offen exploriert werden, was durch einen rein quantitativen Forschungsansatz nicht in dieser Weise möglich gewesen wäre (Flick, 2021, S. 28).

Leitfaden. Vor dem Hintergrund der klar umgrenzten Fragestellungen hinsichtlich der Bedarfe und Bedürfnisse sowie der Modifikationsansätze des Messinstrumentes erwies sich das leitfadengestützte Interview als besonders vorteilhaft, da es die Thematik strukturierte und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichte (Misoch, 2019, S. 66). Dabei erwiesen sich die Leitfäden sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppeninterviews als geeignet. Die Fragen der Leitfäden konnten den Gesprächsverlauf unterstützen und wirkten bei den Befragten durch ihre offene Formulierung erzählgenerierend. Überdies wurde bei der Entwicklung der Leitfäden darauf geachtet, dass die Fragen an die Sprache der jeweiligen Personengruppen angepasst sind und dadurch das Verständnis der Fragen erleichtert wird. Des Weiteren diente der Leitfaden als grobe Struktur und konnte bei den Interviews flexibel eingesetzt sowie durch Ad-hoc-Fragen ergänzt werden (Mey & Mruck, 2020, S. 327). Allerdings muss im Hinblick auf die Fokusgruppen einschränkend angemerkt werden, dass aufgrund der Gruppendynamik einige Themen ausführlicher diskutiert wurden, während andere weniger im Fokus standen. Gleichzeitig konnte die Gruppendynamik aber vertiefende Informationen generieren (Lamnek & Krell, 2016, S. 376). In der Fokusgruppe in Teilstudie II wurde von den Teilnehmer*innen im Anschluss an das Interview angemerkt, dass weitere Beispiele für die Arbeitsmaterialien und konkretere Methoden zur Umsetzung des Programms hilfreich gewesen wären, um den Konzeptionsentwurf adäquat bewerten zu können. Die Fokusgruppen fanden allerdings zu einem

Zeitpunkt statt, an dem noch keine weiteren Materialen vorlagen und die Fokusgruppen wurden explizit in diesem Stadium durchgeführt, um den Entwurf kommunikativ zu validieren und Modifikationsansätze zu erhalten, bevor das Programm komplett ausgearbeitet ist, um entsprechend auf die Vorschläge eingehen zu können.

Interviewdurchführung. Die Interviewdurchführung wurde ebenfalls durch die COVID-19-Pademie beeinträchtigt. Die ersten Interviews in Teilstudie I im Februar und März 2020 konnten wie geplant in einem Präsenzformat durchgeführt werden, danach mussten die Interviews in telefonischer Form fortgeführt werden. Die Präsenzinterviews wurden in einem Klassenraum in den jeweiligen Schulen durchgeführt, was sowohl Vor- als auch Nachteile hatte (Mey & Mruck, 2020, S. 326). Die Schule war den Schüler*innen bekannt und konnte dadurch Sicherheit geben, allerdings ist es unter Umständen schwierig, in einem relativ großen Klassenraum eine angenehme Atmosphäre herzustellen, insbesondere wenn die Schüler*innen die Schule mit Stress assoziieren. Trotzdem ist die Schule ein eher neutraler Ort und die Schüler*innen, Eltern und Expert*innen hatten keine zusätzlichen Wege, um zum Interviewort zu gelangen. Es kam bei den Präsenzinterviews nicht zu den Verlauf beeinflussenden Störungen, allerdings können die genauen Auswirkungen des Ortes auf den Gesprächsverlauf nicht endgültig und eindeutig geklärt werden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten die Interviews in Teilstudie I im Verlauf auf ein telefonisches Format umgestellt werden. Daraus ergaben sich im Wesentlichen zwei methodische Einschränkungen. Zum einen unterscheidet sich die Interviewdurchführung in einem telefonischen Format in einigen Aspekten (z.B. Beziehungsaufbau) von einem Präsenzformat, was Auswirkungen auf die Ergebnisse hatte. Für qualitative Forschungszwecke sind Telefoninterviews in den meisten Fällen eher ungeeignet, da die personalen Aspekte von großer Bedeutung sind und diese über ein Telefongespräch nicht vermittelt werden können (Lamnek & Krell, 2016, S. 327; Misoch, 2019, S. 170). Der persönliche Aspekt fehlte bei den Telefoninterviews und dies führte zu einem unpersönlichen und anonymen Charakter. Des Weiteren war dadurch der Kommunikationsfluss nur gering lenkbar (Lamnek & Krell, 2016, S. 327). Insbesondere bei den Telefoninterviews mit den Schüler*innen zeigten sich die Nachteile des telefonischen Formates, da es sich als sehr herausfordernd gestaltete, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, was durch die Verringerung der Kommunikationskanäle zusätzlich erschwert wurde (Misoch, 2019, S. 173). Zudem sind an die Durchführung von Interviews mit Kindern und Jugendlichen speziellen Anforderungen geknüpft, wie z.B., dass der Forschende den Kindern und Jugendlichen offen und freundlich gegenübertreten sollte und verbal sowie nonverbal klar kommuniziert, kindergerechte Methoden gewählt werden sowie beispielsweise bestimmte Utensilien (Spielzeug, Malstifte etc.) das Interview unterstützen (Mey & Schwentesius, 2019, S. 8–14). Diese Aspekte waren in den Telefoninterview mit den Schüler*innen in Teilstudie I nur sehr bedingt umsetzbar.

Zum anderen mussten die Ergebnisse aus beiden Interviewformaten bei der Interpretation der Ergebnisse miteinander verglichen werden, was als Einschränkung berücksichtigt werden muss. Allerdings war es aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht möglich, die bereits durchgeführten Präsenzinterviews mit anderen Interviewpartner*innen nach Pandemiebeginn ebenfalls in einem telefonischen Format zu wiederholen oder die Präsenzinterviews fortzusetzen, um das Durchführungsformat gleichzuhalten und die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Interviews in Teilstudie II und 3a konnten alle in einem Präsenzformat durchgeführt werden, weshalb hier von einer Vergleichbarkeit der Interviewsituation ausgegangen werden kann. In Teilstudie 3c wurden die Expert*inneninterviews in Form eines Videointerviews durchgeführt. Auch dieses Format hatte Auswirkungen auf die Interviewsituation, allerdings hatten die Videointerviews im Vergleich zu den Telefoninterviews den Vorteil, dass über die Kamera auch visuelle Informationen wahrgenommen werden konnten (Misoch, 2019, S. 178). Dieses Format war während der Pandemie das adäquate Mittel, um die Interviews trotzdem durchführen und die Fragestellungen beantworten zu können. Zusätzlich ergab sich durch dieses Format die Möglichkeit, Expert*innen aus dem gesamten Bundesgebiet und zwei internationale Expert*innen in die Studie einzubeziehen. Durch das Videointerview erhöhte sich die soziale Präsenz bei allen Beteiligten und es war für die Forscherin leichter möglich, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen (Gnambs & Batinic, 2020, S. 107–108; Misoch, 2019, S. 178).

Im Laufe der Interviewdurchführungen hat sich die Auswahl des **Leitfadeninterviews** als Erhebungsmethode als zielführend für die Beantwortung der Fragestellungen in den jeweiligen Teilstudien erwiesen. Die Leitfäden gaben der Interviewerin eine gute Struktur und die Reihenfolge sowie die Formulierung der Fragen haben sich in allen Interviews bewährt. Des Weiteren war der Aufbau des Leitfadens nicht starr, sondern konnte von der Interviewerin flexibel eingesetzt und an den Gesprächsverlauf angepasst werden, was zu einer aufgelockerten Gesprächsatmosphäre führte (Mey & Mruck, 2020, S. 327). Aufgrund der sprachlichen Anpassung an die Schüler*innen kam es nur zu wenigen Verständnisproblemen, die durch Nachfragen durch die Interviewerin sofort geklärt werden konnten. Mit Hilfe von Explikationstechniken wie dem Paraphrasieren konnte das richtige Verständnis der Antworten gesichert und den Interviewpartner*innen die Aufmerksamkeit der Interviewerin signalisiert werden. Zudem konnte das Gesagte der Befragten gut aufgegriffen und als Überleitung zur nächsten Frage verwendet werden. In allen Interviews war die Gesprächsführung weitestgehend vom Leitfaden losgelöst und es konnten durch Nachfragen tiefergehende Antworten erhalten werden. Allerdings stellten sich insbesondere die Telefoninterviews mit den Schüler*innen als herausfordernd dar, da zum Beispiel die nonverbale Kommunikation über das Telefon nicht wahrgenommen werden konnte und die Informationen auf den verbalen Anteil der Kommunikation beschränkt waren (Misoch, 2019, S. 173). Hier wäre ein audiovisuelles Format von Vorteil

gewesen, sofern keine Präsenzinterviews möglich waren. Allerdings stand in der frühen Phase der Pandemie der Forscherin kein datenschutzkonformes Videokonferenztool zur Verfügung.

Insgesamt gelang der Beziehungsaufbau in den Präsenzinterviews trotz der konstruierten Interviewsituation sehr gut und es konnte im Verlauf in allen Interviews eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, die als wichtigstes Medium für den qualitativen Forschungsprozess gilt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 91). Allerdings gestaltete sich der Beziehungsaufbau insbesondere in den telefonischen Interviews mit den Schüler*innen als herausfordernd. Die Interviewerin war den Schüler*innen vor den Interviews unbekannt, was die Gespräche zusätzlich erschwerte. Insgesamt konnte aber auch in den Telefoninterviews eine angenehme Atmosphäre hergestellt werden, allerdings fiel bei der Auswertung der Interviews mit den Schüler*innen auf, dass die Antworten trotz Nachfragen der Interviewerin teilweise recht knapp ausfielen und der Gehalt der Interviews geringer war als in den Präsenzinterviews. Hier kann angenommen werden, dass sich die besondere Situation des Telefoninterviews ungünstig auf die Antworten der Schüler*innen auswirkten. Zusätzlich befanden sich die Schüler*innen sowie die Expert*innen nach Beginn des ersten Lockdowns und den darauffolgenden Schulschließungen in einer Ausnahmesituation, was sich ebenfalls auf die Ergebnisse der Interviews ausgewirkt haben kann (Bohl et al., 2022, S. 3). Bei den Schüler*innen musste zudem während der Interviews mehrfach betont werden, dass es bei den Fragen um die Situation vor der COVID-19-Pandemie geht. Hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Schüler*innen trotzdem ihre aktuellen Herausforderungen und pandemiebedingten Belastungen in die Antworten haben einfließen lassen (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022). Weiterhin führten die Schüler*innen die Telefoninterviews von zu Hause aus und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dritte Personen (z.B. Eltern oder Geschwister) bei den Gesprächen anwesend waren und dadurch die Antworten der Schüler*innen beeinflusst wurden (Misoch, 2019, S. 173). In allen Telefoninterviews hat die Autorin vor den Interviews kurz mit den Eltern der Schüler*innen gesprochen, um das Einverständnis noch einmal sicherzustellen. Dabei wurden die Eltern gebeten, dass die Schüler*innen die Interviews alleine in einem Raum führten, allerdings konnte die Interviewerin darüber hinaus keinen Einfluss darauf nehmen.

Infolgedessen, dass es sich bei der qualitativen Forschung um einen interaktiven Prozess handelt, müssen bestimmte Eindrücke und Handlungsweisen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Das Interview ist eine konstruierte Situation, bei der es die Aufgabe des Forschenden ist, eine möglichst angenehme Atmosphäre herzustellen. Dementsprechend nimmt der Interviewer einen großen Einfluss auf das Interview, der im Forschungsprozess reflektiert werden muss (Mey & Mruck, 2020, S. 326). Wie bereits beschrieben, konnte in allen Interviews eine positive Atmosphäre hergestellt werden, was allerdings nur die subjektive Wahrnehmung der Interviewerin darstellt und nicht objektiv überprüft werden kann. Des

Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte Antworten aufgrund der Interviewerin oder der sozialen Erwünschtheit erfolgten. Zusammenfassend ist die Datenerhebung mit Hilfe des Leitfadeninterviews gut gelungen, der Leitfaden konnte an die jeweilige Situation angepasst sowie flexibel gehandhabt werden, allerdings ergaben sich zahlreiche methodische Einschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie, die bei der Auswertung der Ergebnisse reflektiert und bestmöglich berücksichtigt wurden.

Datenauswertung. Aufgrund der Forschungsfrage und der Erhebungsmethode wurde sich zur Auswertung der Daten für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) entschieden. Zunächst wurden die Interviews von wissenschaftlichen Hilfskräften und zum Teil von der Autorin selbst transkribiert, da somit am wenigsten Informationen durch die Transkription verloren gehen. Allerdings war es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, dass die Interviews alle von der Autorin selbst transkribiert wurden. Es wurde aber durch Schulung und einheitliche Transkriptionsregeln (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 44–45) sichergestellt, dass alle Beteiligten in derselben Weise transkribierten. Zudem wurden die Transkripte vor der Auswertung von der Autorin kontrolliert und bei den Fokusgruppen war zudem die wissenschaftliche Hilfskraft, die die Aufnahme später transkribierte, anwesend, um einen möglichst vollständigen Eindruck von den Interviews zu erhalten sowie die Sprecherwechsel schon während der Interviews zu dokumentieren.

Des Weiteren muss der Forschende sich bewusst sein, dass die **Transkription** immer schon eine Form der Interpretation oder Auswertung darstellt und dem durch eine vollständige Transkription entgegenwirken (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 502). Es erwies sich als sehr wichtig, dass vollständig und sorgfältig transkribiert wurde, damit auch möglichst die Stimmung während des Interviews oder Pausen im Gesprächsverlauf genau nachvollzogen werden konnten. Trotzdem stellt die Transkription immer eine Datenreduktion dar und es können infolgedessen auch Fehler bei der Auswertung auftreten, was bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte.

Die **qualitative Inhaltsanalyse** nach Mayring (2022) mit ihrem systematischen und strukturierten Vorgehen erwies sich im Laufe des Forschungsprozesses als eine gut geeignete Methode, um die Forschungsfragen zu beantworten und den Auswertungsprozess zu vereinfachen. Zudem wurde durch das regelgeleitete Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse eine hohe intersubjektive Nachvollziehbar- und Überprüfbarkeit gewährleistet (Mayring & Fenzl, 2022, S. 691). Zusätzlich wurde die Datenauswertung durch das Programm MAXQDA 20 erleichtert, übersichtlicher gestaltet und eine anschauliche Darstellung der Ergebnisse ermöglicht. Zur Entwicklung eines Kategoriensystems im Rahmen der Inhaltsanalyse kam die induktive Kategorienbildung zum Einsatz. Dabei erwies es sich als zielführend, die Kategorien aus dem Material heraus zu generieren, um möglichst offen und dicht am Material die Bedarfe und

Bedürfnisse hinsichtlich des Gesundheitsförderungsprogramms (Teilstudie I) zu ermitteln und Modifikationsansätze für das Messinstrument (Teilstudie 3c) zu erhalten. Hier wäre eine deduktive Herangehensweise eher ungeeignet gewesen, da vorab aus der Theorie hätten Kategorien abgeleitet und auf das Material angewendet werden müssen, was die Offenheit für neue Erkenntnisse wesentlich eingeschränkt hätte. Diese Offenheit war aber für die Entwicklung eines bedarfs- und bedürfnisgerechten Gesundheitsförderungsprogramms erforderlich (Mayring, 2022, S. 85).

Sollte das Programm zukünftig in den Schulen durchgeführt und evaluiert werden, könnte eine deduktive Herangehensweise angewandt werden. Die inhaltsanalytischen Regeln erwiesen sich im Rahmen des Revisionsprozesses als passend und es mussten keine Änderungen an den Selektionskriterien oder den Abstraktionsniveaus vorgenommen werden. In allen Teilstudien wurde in Bezug auf die jeweiligen Fragestellungen ein niedriges bis mittleres Abstraktionsniveau gewählt, um möglichst detaillierte Informationen für die Programmentwicklung und die Modifikation des Messinstrumentes zu erhalten und gleichzeitig eine Zusammenfassung und Reduktion des Materials zu erreichen (Mayring, 2022, S. 86). Bei den Expert*inneninterviews (Teilstudie I, II und 3c) wurden aufgrund der größeren Stichprobengröße nur Kategorien in das Kategoriensystem aufgenommen, die mehr als einmal genannt wurden, um die Relevanz der Kategorien zu gewährleisten. Von diesem Vorgehen wurde bei den Interviews mit den Schüler*innen (n=4) und Eltern (n=2) abgewichen, da es sich um eine sehr kleine Stichprobe und eine Studie mit explorativen Charakter handelte und durch eine Mindestanzahl der Nennungen möglicherweise wichtige Informationen nicht berücksichtigt worden wären. Auch hier hatte die COVID-19-Pandemie einen Einfluss, da durch die pandemiebedingten Einschränkungen die Anzahl der Interviews mit den Schüler*innen und Eltern reduziert werden musste.

Hinsichtlich der **Gütekriterien** qualitativer Forschung konnten die Kategorisierungen bzw. die Kategorienbildung während des Auswertungsprozesses aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen nicht anhand der Intercoderübereinstimmung überprüft werden (Mayring, 2022, S. 119). Allerdings konnte der Auswertungsprozesses und durch ein Promotionskolloquium begleitet und dessen Ergebnisse im kollegialen Rahmen vorgestellt und reflektiert werden, was den Einfluss von subjektiven Interpretationen der Forscherin reduzierte. Außerdem wurden durch eine transparente Verfahrensdokumentation, die Nähe zum Gegenstand, das regelgeleitete Vorgehen der Inhaltsanalyse sowie die kommunikativen Expert*innenvalidierungen durch die Fokusgruppen in den Teilstudien II und III die Qualität des Auswertungsprozesses sichergestellt (Flick, 2022, S. 536–544; Mayring, 2022, S. 122).

Insgesamt haben sich die induktive Vorgehensweise und die Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse für das vorliegende Forschungsvorhaben bewährt und es konnten die Fragestellungen dadurch zielführend beantwortet werden.

7.5.2 Quantitative Methoden

Stichprobe. An der quantitativen Teilstudie 3b haben 62 Schüler*innen teilgenommen und an der Teilstudie 3d nahmen insgesamt 390 Schüler*innen (ohne die Teilstichprobe aus Österreich) teil. Bei der Stichprobe in der Teilstudie 3b handelte es sich um eine sehr kleine Stichprobe, was vorwiegend an den pandemiebedingten Einschränkungen lag. Die Daten für Teilstudie 3b wurden für die Sekundarstufe über eine Online-Befragung erhoben und dabei wurden 262 Schüler*innen eines Gymnasiums mit einem Informationsschreiben angesprochen. Dabei war auffällig, dass lediglich 23 Schüler*innen (8,78%) an der Online-Befragung teilnahmen. Es kann angenommen werden, dass das Zurückschicken der unterschriebenen Einverständniserklärung als zu großer Aufwand wahrgenommen wurde und daher nur eine geringe Teilnahmequote erreicht werden konnte. Zukünftig müsste die Online-Befragung dementsprechend gestaltet sein, dass bestenfalls keine zusätzliche schriftliche Einverständniserklärung postalisch zugeschickt werden muss oder die Einverständniserklärungen, wie bei Präsenzerhebungen üblich, über die Schulen gesammelt werden, was während der pandemiebedingten Schulschließungen allerdings nicht möglich war. Für die Teilstichprobe 3d wurden insgesamt 781 Schüler*innen angesprochen von denen 79 (10,1%) die Teilnahme aktiv und 312 (39,9%) passiv ablehnten. Die Teilnahmequote lag bei 49,9%. Von den 390 Teilnehmer*innen konnte ein Rücklauf von 324 Fragebögen generiert werden und die Rücklaufquote lag bei 83,07%, was unter Berücksichtigung der widrigen Umstände der Erhebung als gut bewertet werden kann. Nach Bereinigung der Missing Data konnten 320 vollständige Datensätze in die statistische Auswertung einbezogen werden. Weiterhin wurden 104 Datensätze aus Österreich in die Stichprobe aufgenommen, sodass die Gesamtstichprobe eine Größe von N = 424 Schüler*innen hatte.

Hinsichtlich des **Geschlechts** waren in der Gesamtstichprobe 53,5% der Schüler*innen weiblich und 46,5 männlich. Daher muss berücksichtigt werden, dass das Geschlechterverhältnis nicht vollständig ausgeglichen war.

Hinsichtlich des **Alters** wurden Schüler*innen von 8 bis 13 Jahren eingeschlossen, die im Durschnitt 10,04 (SD= 1,17) Jahre alt waren. Daher sind keine Aussagen in Bezug auf andere Altersgruppen möglich. Die Altersspanne der Schüler*innen war relativ groß, allerdings entsprach die Spanne dem Alter der im 3. bis 6. Jahrgang zu erwartenden Altersspanne. Trotzdem muss aufgrund der Altersheterogenität davon ausgegangen werden, dass die Schüler*innen sich teilweise in unterschiedlichen Entwicklungsphasen befanden, was sich auf die

Ergebnisse der Untersuchung auswirken kann. Hinsichtlich der Verteilung der einzelnen Jahrgangsstufen, waren diese nach Hinzunahme der Stichprobe aus Österreich annährend gleichverteilt.

Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass für die Auswertungen verschiedene Teilstichproben zusammengeführt wurden (z.B. Deutschland und Österreich, Präsenzerhebung und Online-Ergebung). Die Stichproben wurden zwar vorab miteinander verglichen, allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Zusammenführung auf die Ergebnisse ausgewirkt hat. Aber nur durch diese Vorgehensweise konnte eine angemessene Stichprobengröße und insbesondere ein entsprechender Anteil von Schüler*innen in der Primarstufe erreicht werden.

Studiendesign. Bei Teilstudie III handelte es sich um eine Mixed-Methods-Studie, die die Prüfung und Modifikation des neu entwickelten Messinstrumentes zum Ziel hatte. Der Schwerpunkt der beiden quantitativen Teilstudien 3b und 3d lag auf den methodenbezogenen Auswertungen, um das neu entwickelte Messinstrument modifizieren zu können. Der Mixed-Methods-Ansatz hatte in Teilstudie III den Vorteil, dass die quantitativen und qualitativen Befunde miteinander verglichen werden konnten. Dabei ist insbesondere die wechselseitige Validierung der Ergebnisse von Bedeutung, da die Stärken und Schwächen der jeweiligen Ansätze sich gegenseitig kompensieren können (Kelle, 2022, S. 165; Schreier & Odağ, 2020, S. 160).

In der Teilstudie III konnten die qualitativen Anteile im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes im Gegensatz zu alleinigen quantitativen Analysen, zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn beitragen. Dabei ist der Mixed-Methods-Ansatz in der Lage, die komplexen Inhalte nicht nur zu erkennen, sondern auch zu verstehen und zu hinterfragen (Creswell & Creswell, 2018, S. 182). Dies war insbesondere bei der Entwicklung eines neuen Messinstrumentes von Bedeutung, um nicht ausschließlich die psychometrische Güte im Entwicklungsprozess über quantitative Analysen zu prüfen, sondern über die qualitativen Methoden, Erkenntnisse darüber zu erhalten, wie die Zielgruppe das Messinstrument annimmt, welche Verständnisschwierigkeiten vorliegen sowie welche Zusammenhänge zwischen ungünstigen psychometrischen Kennwerten und der Beschaffenheit des Messinstrumentes vorliegen. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studienanteile verhielten sich größtenteils kongruent und komplementär zueinander (Kelle, 2022, S. 167) und konnten damit zu einem wesentlichen Erkenntnisgewinn beitragen. Mittels dieser Erkenntnisse konnten spezifische Modifikationen an dem Messinstrument vorgenommen werden. Für die Erhebung dieser Zusammenhänge wäre ein rein quantitativer Forschungsansatz nicht ausreichend gewesen.

Messinstrument. Ziel der Teilstudie III war es, das neu entwickelte Messinstrument (SEMOlino) psychometrisch zu prüfen und daher wurde nur ein Messinstrument verwendet. Dementsprechend handelte es sich nicht um ein normiertes Messinstrument. Zudem wurden parallel

keine anderen Verfahren eingesetzt, die zur Validierung des neuen Messinstrumentes genutzt werden können. Die Reliabilität und faktorielle Struktur wurden in Kapitel 5.5.4 hinreichend diskutiert, weshalb nachfolgend lediglich zusammengefasst auf die psychometrische Güte des Messinstrumentes eingegangen wird.

Generell ist festzuhalten, dass es sich bei dem Fragebogen um ein Selbstbeurteilungsinstrument handelte, was sich auf die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ausgewirkt haben könnte (Brandt & Moosbrugger, 2020, S. 54). Weiterhin waren einige Items sehr ähnlich, was bereits in Teilstudie 3a von den Schüler*innen angemerkt wurde und bei den häuslichen Erhebungen ebenfalls zu Irritationen geführt haben könnte, die aufgrund der Erhebungssituation nicht durch die Autorin aufgeklärt werden konnten. Außerdem sind aufgrund der Länge des Fragebogens insbesondere bei Drittklässler*innen Ermüdungseffekte oder Schwierigkeiten bei der Verarbeitung aufgrund eingeschränkter Lesefähigkeiten bzw. Leseverständnis nicht auszuschließen.

Hinsichtlich der psychometrischen Güte konnten mit der vorerst letzten Version des Fragebogens für alle Sekundärtests befriedigende bis sehr gute Werte für die Reliabilität ermittelt werden. Allerdings war in allen Teilstudien der Subtest *„Selbstregulation“* der schwächste Subtest, was ebenfalls durch die Expert*innen Teilstudie 3c bestätigt wurde. Dieser Subtest sollte daher erneut revidiert werden. In Bezug auf die faktorielle Validität konnte in der sechsten Version durch die entsprechenden Modifikationen eine zunächst zufriedenstellende Struktur hergestellt werden, die weitestgehend eine gute Passung mit dem zugrunde gelegten Konstrukt aufweist. Jedoch zeigte sich insbesondere der Sekundärtest *„Sozial-emotionale Kompetenz fremd“* zunächst als schwer abbildbar und die einzelnen Subtests waren nicht eindimensional. Um die faktorielle Validität herzustellen, mussten einige Subtests und Items aus dem Sekundärtest eliminiert werden, deren Relevanz für das Konstrukt ebenfalls von Bedeutung war. Diese Aspekte müssen bei der nächsten Revision des Fragebogens berücksichtigt werden.

Datenerhebung. Die Datenerhebung fand in den jeweiligen Teilstichproben unter sehr unterschiedlichen Bedingungen statt. In der Teilstudie 3b wurden zum einen Daten aus der Primarstufe von einer Masterandin in einer anderen Stadt erhoben und mit den Daten aus einer Online-Stichprobe und einer Präsenz- bzw. zum Teil häuslichen Erhebung aus der Sekundarstufe kombiniert. In der Teilstudie 3d wurden die Fragebögen über die Schulen an die teilnehmenden Schüler*innen verteilt und von den Schüler*innen zu Hause selbstständig ausgefüllt. Daher konnte die Autorin, außer über eine klare schriftliche Instruktion, keinen direkten Einfluss auf die Erhebungsbedingungen nehmen und eine Standardisierung der Erhebungssituation war nicht möglich.

Es muss angenommen werden, dass die belastende Situation während der COVID-19-Pandemie (Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 572) einen starken Einfluss auf die Ergebnisse

hatte. Insbesondere in der Teilstudie 3d fanden die Erhebungen im Herbst und Winter 21/22 statt, in dem die Schulen zum Teil erneut aufgrund der COVID-19-Pandemie geschlossen werden mussten und der Präsenzunterricht nur mit Einschränkungen stattfinden konnte. Der Fragebogen befasste sich mit sozial-emotionalen Kompetenzen und beinhaltete Beispiele für soziale Interaktionen, die während der Pandemie nur sehr eingeschränkt möglich waren. Hier muss angenommen werden, dass durch die Bedingungen das Antwortverhalten der Schüler*innen maßgeblich beeinflusst wurde. Zudem könnten Drittpersoneneffekte aufgetreten sein, da beim Ausfüllen des Fragebogens in der Häuslichkeit Eltern, Geschwister oder andere Personen anwesend gewesen sein könnten. Allerdings konnten die Erhebungen unter diesen Rahmenbedingungen überhaupt stattfinden und hätten andernfalls abgesagt werden müssen. In Teilstudie 3d waren trotz geöffneter Schulen keine Präsenzerhebungen möglich, da der schulische Alltag hierdurch erheblich beeinträchtigt worden wäre bzw. Unterrichtszeit hätte aufgewendet werden müssen, die dringend für die Kompensation der pandemiebedingten Ausfälle benötigt wurde. Zudem hat die Bearbeitung der vorliegenden Dissertation einen gewissen zeitlichen Rahmen vorgegeben, weshalb die Studien nicht weiter verschoben werden konnten.

Datenauswertung. Die methodenbezogene Auswertung der quantitativen Daten erfolgte durch Reliabilitäts- und exploratorische Faktorenanalysen. Hinsichtlich der Faktorenanalyse muss die Stichprobengröße von n=62 in Teilstudie 3b als sehr kritisch betrachtet werden. Nach Bühner (2021, S. 420–422) kann unter Berücksichtigung der Mindestitemanzahl pro Faktor und der Kommunalitäten eine Faktorenanalyse auch bei einer Stichprobengröße von < 100 interpretiert werden. Allerdings lagen die Kommunalitäten in der Teilstudie 3b eher im niedrigen bis mittleren Bereich (.20-.60), was bei mindestens 4 Items pro Faktor eine Stichprobengröße von 140-200 Teilnehmer*innen erfordert hätte, um eine gute Interpretierbarkeit zu erreichen. Die Stichprobengröße von n=62 ist unter Berücksichtigung der Kommunalitäten gerade noch ausreichend. Nach Little (2014) wird für eine Hauptkomponentenanalyse ein Minimum von vier Fällen pro Variable empfohlen, was in Teilstudie 3b mit einem Fragebogen mit 45 Items nicht erreicht wurde. In Teilstudie 3d hatte der Fragebogen 62 Items und die Empfehlung von vier Fällen pro Item wurde bei einer Stichprobengröße von N = 424 erreicht.

In der vorliegenden Studie sollte das neue Messinstrument entwickelt werden, sodass und methodenbezogene Auswertungen angezeigt waren. Daher wurden keine hypothesenbezogenen Auswertungen z.B. zu Geschlechts- und Altersunterschieden hinsichtlich der sozial-emotionalen Kompetenzen vorgenommen. Anhand der empirischen Befunde ist allerdings davon auszugehen, dass geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in den sozial-emotionalen Kompetenzen vorliegen (Wiedebusch & Petermann, 2011, S. 210). Es sollte jedoch

zunächst durch weitere Revisionen eine faktoriell valide Struktur für das Messinstrument hergestellt werden, bevor dieses für die hypothesenbezogene Auswertung verwendet wird.

8 Handlungsempfehlungen und Implikationen

Im Folgenden werden aus den diskutierten Ergebnissen übergreifende Implikationen und Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Forschung in Bezug auf den Übergang in die Sekundarstufe I, die schulische Gesundheitsförderung und die Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen abgeleitet. Diese werden in der Abbildung 123 abschließend zusammengefasst. Die Entwicklung des schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I *„Schulwechsel Ahoi“* basierte auf dem Public Health Action Cycle nach Rosenbrock (1995). Daher wird der Verlauf der Programmentwicklung im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens nachfolgend in den Public Health Action Cycle eingeordnet (s. Abb. 120).

In der Teilstudie I wurde anhand von qualitativen Interviews eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse durchgeführt und deren Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund zu einer Problemdefinition zusammengeführt. Dabei ergaben sich sowohl in der qualitativen Bedarfsanalyse mit den Expert*innen des schulischen Settings als auch in der Literatur große Bedarfe an schulischer Gesundheitsförderung während der Übergangsphase. Der Übergang in die Sekundarstufe I geht mit vielfältigen Belastungen einher, die kurz- und langfristig die psychische Gesundheit von Schüler*innen beeinflussen kann (West et al., 2010, S. 35) und gleichzeitig steht im deutschsprachigen Raum kein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase zur Verfügung. Dies untermauert den Bedarf an einem manualisierten Programm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I, was zudem durch die Bedürfnisanalyse mit den Schüler*innen bestätigt wurde.

Im Anschluss an die Problemdefinition wurde anhand der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie evidenzbasierten Konzepten eine Strategie formuliert. Dies Strategie wurde in Form der Entwicklung eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms umgesetzt. Die Entwicklung des Programms erfolgte auf der Grundlage der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie von gesundheits- und entwicklungspsychologischen Theorien. Für die Verbesserung der Transitionskompetenzen wurde das Transitionsmodell nach Griebel und Niesel (2015), für den Aufbau flexibler Stressverarbeitungskompetenzen die Stresstheorie nach Lazarus (1984) und für die Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen das Modell des sozial-emotionalen Lernens nach Denham et al. (2014) herangezogen.

Ursprünglich war die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms und Evaluation im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens geplant, allerdings konnte dies aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt werden. Es wurde allerdings eine Konzeption für das Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und kommunikativ validiert, welche Ansatzpunkte für weiterführende Forschungen liefert. Zukünftig kann das Gesundheitsförderungsprogramm in der Schule erprobt und sowohl formativ als auch summativ evaluiert werden.



Abbildung 121: Einordnung des Programmentwicklungsprozesses in den Public Health Action Cycle.

8.1 Übergang in die Sekundarstufe I

Praxis. Die Befunde der vorliegenden Arbeit bestätigen die Evidenz zum Transitionsprozess in die Sekundarstufe I. Diese Transition ist ein normatives kritisches Lebensereignis sowie ein Schlüsselmoment für die Bildungsbiografie von Kindern und Jugendlichen. Weiterhin geht die Übergangsphase mit spezifischen Belastungen im sozialen, psychischen und schulischen Bereich einher und ist mit einer erhöhten Vulnerabilität für Störungen der psychosozialen Anpassung assoziiert. Gleichzeitig fehlt es im deutschsprachigen Raum an einheitlichen und transparenten Konzepten zur Unterstützung während der Übergangsphase sowohl in Bezug auf die formalen Rahmenbedingungen als auch auf die Gesundheitsförderung. Daher wurde im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhaben ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I konzipiert und kommunikativ validiert. Aufgrund der vorliegenden Befunde wird empfohlen, die Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms *„Schulwechsel Ahoi“* ebenfalls für die Sekundarstufe I kommunikativ zu validieren. Nach eventuellen Modifikationen sollte das Programm in der Primar- und Sekundarstufe I erprobt und bei positiven Befunden zur Akzeptanz und Durchführbarkeit sowie zur Wirksamkeit an den Schulen implementiert werden.

- *Das Gesundheitsförderungsprogramm „Schulwechsel Ahoi“ sollte nach Erprobungen und Modifikationen langfristig an Grund- und weiterführenden Schulen implementiert werden.*

Hinsichtlich der Inhalte und Methoden des Gesundheitsförderungsprogramms *„Schulwechsel Ahoi“* hat sich eine gute Passung zwischen den Bedarfen aus Sicht der Expert*innen sowie der Literatur und den Bedürfnissen gezeigt. Allerdings sollte diskutiert werden, ob eine Integration von Inhalten zur mentalen Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit den psychischen Belastungen des Übergangs sowie die Ergänzung der Trainingsmaterialien durch digitale Anwendungen zielführend sein könnte und die Förderung der Transitionskompetenzen unterstützen kann. Insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden digitale Anwendungen zur schulischen Gesundheitsförderung erprobt und u.a. zur Übung von Entspannungstechniken eingesetzt. Eine App mit der Technik des „Entschleunigten Atmens“ erreichte dabei bei ersten Erprobungen eine gute inhaltliche Akzeptanz bei den Jugendlichen. Allerdings legen die Autor*innen nahe, dass eine alleinige Umsetzung von Präventionsprogrammen in digitaler Form, nicht zielführend ist. So sollten zukünftig digitale Angebote mit Präsenzmodulen kombiniert und die motivationalen Anreize erhöht werden (Rauch, Bundscherer-Meierhofer, Loew & Leinberger, 2022, S. 240–241).

- *In das Programm „Schulwechsel Ahoi“ sollten Inhalte zur mentalen Gesundheitskompetenz integriert und der Einbezug von digitalen Anwendungen zur Unterstützung der Trainingseffekte diskutiert werden.*

Weiterhin ist für eine gesundheitsförderliche Begleitung des Transitionsprozesses, die Vernetzung der betreffenden Akteur*innen sowie der Grund- und weiterführenden Schulen von zentraler Bedeutung. Die interviewten Expert*innen der vorliegenden Studie machten deutlich, dass aktuell wenig Kommunikation und Kooperation zwischen den Schulen sowie den einzelnen Professionen (z.B. Lehrer*innen und Schulsozialarbeiter*innen) in Bezug auf die Übergangsprozesse bestehen. Auf einer übergeordneten schulübergreifenden Ebene besteht zudem in Flensburg keine Möglichkeit zum Austausch der Akteur*innen. Allerdings ist es für einen erfolgreichen Übergangsprozess wesentlich, dass alle Beteiligten miteinander kooperieren und sich gegenseitig unterstützen. Im untersuchten Sozialraum in der Stadt Flensburg wurde beispielsweise im Jahr 2022 eine *„Pädagogische Werkstatt“* eröffnet, die als Forum des Austausches zwischen den verschiedenen pädagogischen Institutionen im Stadtteil dienen soll. Hier wäre ein erster Anknüpfungspunkt gegeben, um dieses Forum ebenfalls für den Austausch der Akteur*innen hinsichtlich der Übergangsprozesse zu nutzen. Außerdem schlugen die Expert*innen die Einrichtung eines Austauschforums in Form eines *„Runden Tisches Übergänge“* vor, der alle betreffenden Akteur*innen auf kommunaler Ebene miteinander vernetzt und die Möglichkeit zur Optimierung der Übergangspraxis bietet.

- *Der Austausch und die Vernetzung zwischen allen beteiligten Akteur*innen zum Thema Übergang in die Sekundarstufe I sollte befördert und die Einrichtung von Austauschforen wie z.B. einem „runden Tisch Übergänge“ und die Kooperation mit bestehenden Institutionen ermöglicht werden.*

Dies wird ebenfalls durch das Konzept der Präventionsketten (Richter-Kornweitz et al., 2018) verdeutlicht. Zudem war die Verlängerung der Präventionskette in dem betreffenden Sozialraum in Flensburg ebenfalls ein Ausgangspunkt für das vorliegende Promotionsvorhaben. In Kooperation mit den Schulgesundheitsfachkräften sollte ein Konzept erarbeitet werden, welches die gesundheitsförderlichen Maßnahmen aus den Kindertageseinrichtungen sowie Grundschulen über den Übergang hinaus in die weiterführenden Schulen überträgt und insbesondere die Übergangsprozesse fokussiert. Der Aufbau von Präventionsketten basiert auf einer integrierten Gesamtstrategie, die es ermöglicht, die verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitswesen auf kommunaler Ebene zu vernetzen (Richter-Kornweitz et al., 2018, S. 809). Dies wurde von den interviewten Expert*innen ebenfalls als wesentlich für die Gesundheitsförderung in der Übergangsphase erachtet. Die Präventionskette trägt dazu bei, dass der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden wird und zudem insbesondere in Übergangsphasen dafür sorgt, dass die gesundheitsförderlichen Maßnahmen zwischen den Institutionen aufeinander abgestimmt sind und fließend ineinander übergehen. Weiterhin wird durch den Aufbau von Präventionsketten insbesondere Menschen mit sozialer Benachteiligung der niedrigschwellige Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen erleichtert und die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert. Das Hauptziel der Präventionskette ist der Aufbau einer *„integrierten kommunalen Infrastruktur“*, die alle betreffenden Akteur*innen miteinander vernetzt und so eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht (Richter-Kornweitz et al., 2018, S. 809–810). Die Abbildung 122 verdeutlicht die verschiedenen Ebenen einer Präventionskette, die bei der Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen einbezogen wurden.

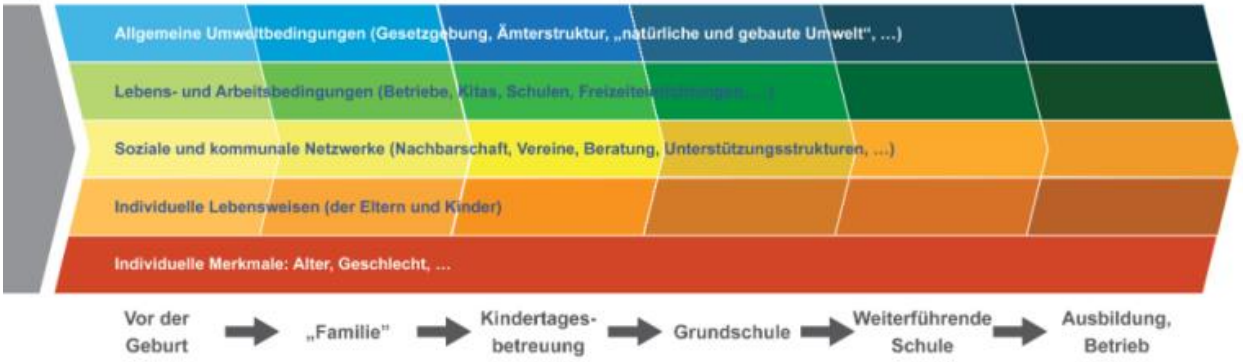


Abbildung 122: Präventionskette (entnommen aus Richter-Kornweitz et al., 2018, S.810).

- *Der Übergang in die Sekundarstufe I sollte durch den Auf- bzw. Ausbau der Präventionskette in dem betreffenden Sozialraum unterstützt werden.*

Darüber hinaus fehlt es in Flensburg und in ganz Schleswig-Holstein an einheitlichen Konzepten zur Strukturierung und Gestaltung des Übergangsprozesses, was zu einer Intransparenz in diesem Bereich und zur Verunsicherung bei Schüler*innen und Eltern führt. Jede Schule in Flensburg gestaltet den Übergangsprozess individuell und sogar innerhalb der jeweiligen Schulen sind große Unterschiede in der Gestaltung des Übergangs z.B. in Abhängigkeit von der Klassenlehrkraft vorhanden. Die Lehrer*innen messen dem Übergang und den damit verbundenen Herausforderungen für die Schüler*innen eine unterschiedlich große Bedeutung bei, was zu maßgeblichen Unterschieden bei der Gestaltung des Übergangsprozesses führt. Um die Chancengleichheit zu erhöhen und den Übergangsprozess transparenter zu gestalten, sind auf kommunaler Ebene einheitliche Konzepte notwendig, die allen Beteiligten eine bessere Orientierung ermöglichen. Auch die Informationsveranstaltungen der weiterführenden Schulen sollten dabei einbezogen werden, da insbesondere die Eltern betonten, dass Inhalt und Aufbau dieser Veranstaltungen stark divergieren. Eine Vergleichbarkeit der jeweiligen Schulen sei schwer möglich und zudem würden die Informationsveranstaltungen zunehmend zu „Werbeveranstaltungen“ ausarten, die eine Entscheidung für oder gegen eine Schule erschwerten. Ferner äußerten auch die Schüler*innen, dass sie von den Informationsveranstaltungen verunsichert seien und ihnen die Entscheidung für eine Schule anhand dessen schwergefallen sei. Weiterhin könnte das Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* auf verhältnispräventiver Ebene einen Beitrag zur Optimierung der Übergangspraxis leisten.

- *Es sollten auf kommunaler Ebene einheitliche und transparente Konzepte zur Gestaltung des Übergangs in die Sekundarstufe entwickelt und etabliert werden. Dabei sollten zudem die Informationsveranstaltungen der weiterführenden Schulen einbezogen werden.*

Ferner bestätigte die vorliegende Studie die Befunde zu übergangsbezogenen Belastungen und deren Einfluss auf die psychische Gesundheit der Schüler*innen. In diesem Zusammenhang sind die Erwartungen von Eltern und Gesellschaft an die schulische Laufbahn der Schüler*innen von zentraler Bedeutung. Daher ist eine Sensibilisierung für die übergangsbezogenen Belastungen auf allen Ebenen notwendig. Dies ist ebenfalls ein Element in dem Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“.* Zudem sollten die Auswirkungen des Übergangs in die Sekundarstufe I in der Lehrer*innenausbildung thematisiert werden.

- *Alle am Transitionsprozess Beteiligten sollten für die übergangsbezogenen Belastungen sensibilisiert und Erwartungen reflektiert werden, um den Übergang gesundheitsförderlicher zu gestalten.*

Abschließend merkten die Expert*innen in der vorliegenden Studie an, dass im internationalen Vergleich der Übergang in die Sekundarstufe I in Deutschland sehr früh (bereits nach der 4. Klasse) erfolge und es einigen Kindern in dieser Altersphase noch an entwicklungspsychologischer Reife fehle, welche den Übergangsprozess erleichtern würde. Dementsprechend wurde eine Diskussion darüber angeregt, ob ein späterer Übergang die Belastungen der Schüler*innen reduzieren würde und sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirke.

- *Es sollte eine bildungspolitische Diskussion zur Übergangspraxis im deutschen Bildungssystem angeregt und insbesondere die Auswirkungen des Übergangszeitpunktes auf den verschiedenen Ebenen diskutiert werden.*

Forschung. In Bezug auf die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I konzentrierten sich die meisten Studien bisher auf die Wahrnehmung des Übergangs sowie den Vergleich von Erwartungen und Erfahrungen vor und nach dem Übergang.

Weiterhin untersuchten einige internationale Studien Interventionen oder Übergangsprogramme, um das Wohlbefinden der Schüler*innen während der Übergangsphase zu unterstützen. Dabei zeigten die Ergebnisse, dass eine effektive Übergangspraxis eine Zusammenarbeit verschiedener Akteur*innen, Organisationen, Kommunen und Forschung erfordert. Bisherige internationale Konzepte zur Übergangsgestaltung betonen die Zusammenarbeit zwischen Grund- und weiterführenden Schulen, die Kontinuität in den Programmen sowie den Lehrplänen und familiäres Engagement. Zudem unterstreichen Studien, die Rolle der aktiven Beteiligung der Schüler*innen an den Entscheidungsprozessen sowie am Entwurf und der Planung von Übergangsprozessen. Dabei unterstützt die Partizipation der Schüler*innen das Wohlbefinden der Schüler*innen, das Gefühl der Eigenverantwortung, das Engagement der Schüler*innen und positive Emotionen während des Übergangs.

Forschungsbedarf ergibt sich insbesondere im Zusammenhang mit dem Einfluss der psychischen Gesundheit während des Übergangs auf den Schulerfolg vor und nach dem Übergang, der bisher weitestgehend unerforscht ist. Weiterhin existieren bereits Studien, die nahelegen, dass es beim Erleben des Übergangs und den psychischen Belastungen signifikante Geschlechtsunterschiede gibt. Mädchen weisen vor und nach dem Übergang eine höhere Vulnerabilität gegenüber psychischen Belastungen auf und erleben den Übergang häufiger negativ. Allerdings existieren bisher keine geschlechtssensiblen Programme, die insbesondere die psychische Gesundheit der Mädchen in der Übergangsphase fokussieren. Es bedarf an weiterführender Forschung hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede sowie der Entwicklung und Evaluation entsprechender Programme.

Im deutschsprachigen Raum existieren aktuell keine schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramme speziell für den Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I. Daher besteht

diesbezüglich ein Bedarf, an einer evidenzbasierten Konzeption solcher Gesundheitsförderungsprogramme, die die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe einbezieht und systematisch evaluiert wird. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase konzipiert und kommunikativ validiert. Dieses Programm sollte in weiterführenden Studien in Schulen erprobt und sowohl formative als auch summative Evaluationen durchgeführt werden.

Weiterhin basiert ein Großteil der Befunde bezüglich des Übergangs in die Sekundarstufe I auf internationalen Studien, die auf Daten von Schüler*innen basieren, die in anderen Schulsystemen beschult werden und zudem später als in Deutschland in die Sekundarstufe I wechseln. Daher besteht ein Bedarf an nationalen Studien, die explizit die Auswirkungen des deutschen Schulsystems auf den Übergangsprozess untersuchen.

Good Practice-Kriterien. Nachfolgend wird das Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* anhand der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) diskutiert und eine Beurteilung hinsichtlich dieser Qualitätskriterien vorgenommen. Das Ziel der Good Practice-Kriterien ist es, bei der Konzeption von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für soziallagenbezogene Besonderheiten zu sensibilisieren und diese bei der Entwicklung solcher Maßnahmen systematisch zu berücksichtigen. Weiterhin dienen die 12 Kriterien der strukturierten Planung und können zudem zur Qualitätssicherung von neu entwickelten Konzepten verwendet werden. Im Folgenden wird das entwickelte Gesundheitsförderungsprogramm in die Kriterien eingeordnet.

1. Zielgruppenbezug. Zielgruppe des Gesundheitsförderungsprogramms sind Viert- und Fünftklässler*innen, die sich im Transitionsprozess zwischen der Primar- und der Sekundarstufe I befinden. Für diese Zielgruppe zeigt sich sowohl in der Literatur als auch in der vorliegenden Studie, ein relevanter Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

2. Konzeption. Die Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms basiert sowohl auf den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe als auch auf etablierten gesundheitswissenschaftlichen Theorien, aus deren Kombination ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt wurde und mittels des Settingansatzes in den Schulen umgesetzt und evaluiert werden kann.

3. Setting-Ansatz. Das Gesundheitsförderungsprogramm wird niedrigschwellig im Setting Schule umgesetzt, um die Lebenswelt der Schüler*innen einzubeziehen, Stigmatisierungen entgegenzuwirken und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Das Setting Schule zeichnet sich z.B. durch die Schulpflicht, durch eine hohe Erreichbarkeit aus, die es ermöglicht, auch Schüler*innen mit sozialer Benachteiligung niedrigschwellig zu erreichen.

4. Empowerment. Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms werden die personalen Ressourcen sowie die Resilienz der Schüler*innen gefördert. Der Fokus liegt auf der Stärkung der Transitionskompetenzen, die es ermöglichen, dass die Schüler*innen ihre Selbstmanagementfähigkeiten ausbauen, Selbstverantwortung für ihre Lernprozesse übernehmen und in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden.

5. Partizipation. Durch die Bedürfnisanalyse mit den Schüler*innen konnte die Zielgruppe bereits an der Programmentwicklung partizipieren und sichergestellt werden, dass eine gute Passung zwischen den objektiven Bedarfe und den subjektiven Bedürfnissen besteht. Die Bedürfnisse der Schüler*innen sind dabei maßgeblich bei der Konzeption berücksichtigt worden. Weiterhin sieht das Konzept insbesondere eine interaktive Vermittlungspraxis, die es ermöglicht, dass die Schüler*innen ihre Wünsche in die Einheiten einbringen und gemeinsam mit den Kursleiter*innen Entscheidungen treffen können.

6. Niedrigschwellige Arbeitsweise. Aufgrund der Durchführung im Setting Schule wird ein niedrigschwelliger Zugang der Zielgruppe zu dem Gesundheitsförderungsprogramm gewährleistet und zudem durch die Umsetzung während der Unterrichtszeit die Erreichbarkeit sowie die Motivation der Schüler*innen erhöht.

7. Multiplikatorenkonzept. Die Konzeption des Programms ermöglicht die Integration eines Peer-Education-Ansatzes, der eine Vermittlung der Inhalte auf „Augenhöhe“ erlaubt. Die Multiplikator*innen erfahren eine hohe Akzeptanz und stärken zudem ihre sozialen Kompetenzen.

8. Nachhaltigkeit. Durch die langfristige und regelmäßige Umsetzung des Programms sowie die Integration in den regulären Schulalltag wird die Nachhaltigkeit der Effekte sichergestellt. Dies wird zudem durch das *„Logbuch“* unterstützt, welches die Trainingsmaterialien enthält und die Übungen im schulischen Alltag vertieft. Auch durch die Beteiligung der Eltern sowie einen Refresher-Termin wird der Alltagstransfer gefördert.

9. Integriertes Handeln. Das Gesundheitsförderungsprogramm befördert integrierte Handlungsweisen, indem es die Kommunikation und Kooperation sowie die Vernetzung der beteiligten Akteur*innen anregt und den Austausch hinsichtlich der Übergangsprozesse forciert. Dies ist allerdings nicht der Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprogramms.

10. Qualitätsmanagement. Zunächst konnte die Qualität der Intervention/Konzeption durch die kommunikative Validierung sichergestellt werden. Zukünftig sind während und nach der Durchführung des Programms Prozess- sowie Ergebnisevaluationen erforderlich, die die Qualität der Intervention sichern. Ferner erfolgt die Umsetzung durch qualifizierte Fachkräfte, die hinsichtlich des Programms geschult wurden.

11. Dokumentation und Evaluation. Im Rahmen von Prozessevaluationen wird der Umsetzungsprozess systematisch dokumentiert und die Akzeptanz und Durchführbarkeit evaluiert.

Dies wird mit summativen Evaluationen kombiniert, die Hinweise auf die Wirksamkeit des Trainings liefern und Ansatzpunkte für Modifikationen und weiterführende Forschung darstellen.

12. Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis. Das Programm wurde bisher nicht evaluiert, allerdings muss das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis bei einer Umsetzung des Programmes geprüft werden.

Insgesamt hat die Einordnung des Gesundheitsförderungsprogramms in die Good-Practice-Kriterien ergeben, dass ein Großteil der Kriterien bei der Konzeption des Programms berücksichtigt wurde, allerdings wurde das Programm bisher nicht in der Schule durchgeführt, was die Beurteilung einiger Kriterien erschwert und diese erst nach der Umsetzung angemessen beurteilt werden können.

8.2 Schulische Gesundheitsförderung

Praxis. Unabhängig von der Übergangsthematik hat die vorliegende Studie einen Bedarf an Vernetzung von Akteur*innen der schulischen Gesundheitsförderung sowie der weiterführenden Diskussion hinsichtlich der Integration von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in die regulären Curricula und den Stellenwert solcher Maßnahmen im schulischen Alltag herausgearbeitet. Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung von Bildung und die Bildungsqualität kann durch Gesundheitsförderung im Setting Schule positiv beeinflusst werden. Trotzdem ist die schulische Gesundheitsförderung aktuell nur unzureichend in den schulischen Curricula verankert. Daher müsse schulische Gesundheitsförderung, ein regulärer und verbindlicher Bestandteil der Lehrpläne werden. Dies muss allerdings vor allem durch Diskussionen auf übergeordneten Ebenen (z.B. Bildungsministerien) geschehen.

- *Der Stellenwert von schulischer Gesundheitsförderung muss im schulischen Alltag erhöht und gesundheitsförderliche Maßnahmen in die regulären Curricula integriert werden.*

Die Integration der schulischen Gesundheitsförderung in die schulischen Curricula stellt die Basis für eine nachhaltige und langfristige Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen dar, was durch die interviewten Expert*innen untermauert wurde. Ohne diese Verankerung treten in den Schulen zeitliche Barrieren aufgrund der regulär vollen Stundenpläne auf und verhindern eine regelmäßige Umsetzung von Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung. Die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen außerhalb der Unterrichtszeit stellt wiederum eine Barriere für die Erreichbarkeit dar, da bei einer freiwilligen Teilnahme nach der regulären Unterrichtszeit zu erwarten ist, dass insbesondere die Schüler*innen mit einem erhöhten Bedarf, im Sinne des Präventionsdilemmas, nicht oder nur schwer erreicht werden können.

- *Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sollten niedrigschwellig während der regulären Unterrichtszeit umgesetzt werden, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu gewährleisten.*

Weiterhin legen sowohl die Befunde der vorliegenden Studie als auch der aktuelle Stand der Forschung nahe, dass ganzheitlich und regelmäßig umgesetzt werden sollten, um nachhaltige Effekte zu erzielen. Mit dem *„Whole School Approach"* und dem Ansatz der „*Guten gesunden Schule"* liegen bereits integrative und ganzheitliche Konzepte vor, die über den Einbezug aller Beteiligten und den Aufbau einer gesundheitsförderlichen Schulkultur den Bildungsauftrag der Schulen mit den Anforderungen des Gesundheitswesen miteinander vereinbaren. Zudem weisen diese Ansätze die größte Passung zur schulischen Realität auf.

- *Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sollten in Form von integrativen und ganzheitlichen Konzepten umgesetzt und als Teil der Schulkultur verstanden werden.*

Forschung. Hinsichtlich der Forschung zur schulischen Gesundheitsförderung besteht ein relevanter Bedarf an der Entwicklung von komplexen Evaluationsdesigns, die in der Lage sind, die Effekte der integrativen Ansätze nachzuweisen und darüber die Weiterentwicklung der Konzepte zu ermöglichen. Durch solche Evaluationen können Good-Practice Beispiele identifiziert und eine weitere Verbreitung von evidenzbasierten Konzepten unterstützt werden.

Weiterhin sollte die Evidenz des Settingansatzes durch Studien weiter gestärkt werden, um die Wirksamkeit des Ansatzes zu untermauern. Ferner sind international vermehrt Reviews und Meta-Analysen hinsichtlich der Wirksamkeit von schulischer Gesundheitsförderung vorhanden. Für den deutschsprachigen Raum existieren diese nur vereinzelt, was eine systematische Beurteilung der Wirksamkeit der schulischen Gesundheitsförderung erschwert. Daher sollten zukünftig derartige Übersichtsarbeiten umgesetzt und publiziert werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein schulbasiertes Konzept speziell für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I konzipiert, allerdings nicht evaluiert. Die Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention sollte durch zukünftige Studien nachgewiesen werden.

8.3 Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen

Forschung. Hinsichtlich der Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen untermauerte die vorliegende Arbeit den Bedarf an validen Messinstrumenten in diesem Bereich und die Relevanz für die Evaluation von Förderprogrammen sowie Diagnostik. Im deutschsprachigen Raum existieren derzeit nur wenige Messinstrumente, die die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen als multidimensionales Konstrukt ermöglichen. Jedoch werden diese Messinstrumente z.B. für die Evaluation von Präventionsprogrammen benötigt. Dies stellte zudem den Anlass zur Entwicklung des SEMOlino dar. Auch die interviewten Expert*innen betonten den hohen Bedarf, an Messinstrumenten in diesem Bereich.

- *Für die Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter sollten weitere Messinstrumente entwickelt, evaluiert und normiert werden.*

Der im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Fragebogen stellt in der vorläufig letzten Version einen Ansatzpunkt für die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen dar und kann in zukünftigen Studien weiter revidiert werden, um einen Beitrag zur Schließung der Forschungs- und Versorgungslücke zu leisten.

- *Die sechste Version des SEMOlino sollte weiter revidiert und in weiterführenden Studien normiert werden.*

Die sozial-emotionalen Kompetenzen konnten sowohl in der Literatur als auch in der vorliegenden Arbeit als wesentliche personale Ressourcen während der Übergangsphase identifiziert werden, die zudem einen bedeutsamen Einfluss auf den Schulerfolg haben. Daher sollten sozial-emotionale Kompetenzen gezielt gefördert werden. Diese Förderung erfordert eine gezielte Diagnostik, die über entsprechende Messinstrumente erfolgen muss. Dies ermöglicht zudem die Passung zwischen der Lerngruppe oder dem Individuum mit dem Interventionsprogramm.

- *Die sozial-emotionalen Kompetenzen sollten in der Schule explizit gefördert werden und anhand einer gezielten Diagnostik die Passung von Zielgruppe und Interventionsprogramm sichergestellt werden.*

Ferner besteht weiterer Forschungsbedarf auf dem Gebiet der sozial-emotionalen Kompetenzen unabhängig von Präventionsprogrammen. Die Entwicklung des Messinstrumentes im Rahmen des vorliegenden Promotionsvorhabens hat gezeigt, dass die Erfassung von sozial-emotionalen Kompetenzen als multidimensionales Konstrukt mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist. Insbesondere die Operationalisierung der enthaltenen Komponenten sowie deren Abgrenzung voneinander stellt sich oftmals als sehr komplex heraus. Dies ist

insbesondere in der Überschneidung der verschiedenen Konstrukte sowie deren Interaktion zu begründen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben z.B. aufgezeigt, dass Empathie und Perspektivenübernahme sich gegenseitig bedingen und sich in dem Fragebogen nicht getrennt voneinander abbilden ließen. Weiterhin liegen die Herausforderungen bei der Operationalisierung des Konstruktes in dem Fehlen eines wissenschaftlichen Konsenses zur Definition von Empathie. Es sind zahlreiche Definitionen vorhanden, die sich in einzelnen Komponenten unterscheiden, aber es fehlt an einer einheitlichen Definition, die eine eindeutige Operationalisierung ermöglicht (zusammenfassend s. Cuff et al., 2016). Daher sollte sich weiterführende Forschung neben der Entwicklung von validen Messinstrumenten mit dem Konstrukt sozial-emotionaler Kompetenz befassen. Auf diese Erkenntnisse könnte bei der Entwicklung von weiteren Messinstrumenten aufgebaut werden. Außerdem sollte in weiterführenden Forschungen die Entwicklung von Selbstbeurteilungsverfahren für Kinder- und Jugendliche fokussiert werden, da für die Fremdbeurteilung bereits Messinstrumente vorhanden sind.

Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe

- Das Programm "*Schulwechsel Ahoi*" sollte umgesetzt und evaluiert werden
- Das Programm sollte die mentale Gesundheitskompetenz und digitale Angebote integrieren
- Der Austausch und die Vernetzung der Akteur*innen sollte gefördert werden
- Die Präventionskette sollte auf kommunaler Ebene um den Übergang in die Sekundarstufe I erweitert werden
- Es sollte ein transparentes und einheitliches Konzept für den Übergang entwickelt werden
- Alle Beteiligten sollten für die Transitionsprozesse sensibilisiert werden
- Es sollte eine bildungspolitische Diskussion zur Übergangspraxis in Deutschland angeregt werden

Schulische Gesundheitsförderung

- Der Stellenwert der schulischen Gesundheitsförderung sollte erhöht und die Maßnahmen in die regulären Curricula integriert werden
- Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sollten niedrigschwellig in der regulären Schulzeit umgesetzt werden
- Es sollten vorwiegend integrative und ganzheitliche Konzepte umgesetzt werden

Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen

- Es sollten weitere Messinstrumente zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und normiert werden
- Die sechste Version des SEMOlino sollte revidiert und anschließend normiert werden
- In den Schulen sollten die sozial-emotionalen Kompetenzen gezielt gefördert werden, was entsprechende Messinstrumente zur Diagnostik und Evaluation der Maßnahmen notwendig macht

Abbildung 123: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen.

9 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie hat verdeutlicht, dass ein großer Bedarf an Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in der Übergangsphase sowie generell an der Umsetzung von ganzheitlichen Ansätzen im schulischen Setting besteht. Der Stellenwert der schulischen Gesundheitsförderung und deren Zusammenhang mit Bildungsprozessen ist im deutschen Schulsystem weiterhin zu wenig verankert und es bedarf weiterführender Diskussionen, um Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung nachhaltig und dauerhaft an den Schulen zu etablieren.

Auch die Praxis der Übergangsgestaltung an deutschen Schulen muss diskutiert werden, um den Transitionsprozess für alle Beteiligten transparenter zu gestalten und den übergangsbezogenen Belastungen entgegenzuwirken. Dabei ist insbesondere die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen wesentlich sowie eine bildungspolitische Diskussion erforderlich, die den Zeitpunkt des Übergangs im deutschen Schulsystem reflektiert sowie es ermöglicht, gesundheitsförderliche Maßnahme in den regulären Curricula zu verankern. Dies stellt die Basis für eine nachhaltige und erfolgreiche Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung dar, da zeitliche, finanzielle sowie personelle Barrieren bei der Umsetzung eine bedeutsame Rolle spielen. Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Bildungsprozesse, was sich sowohl in den Lehrplänen sowie einer entsprechenden Schulkultur widerspiegeln muss.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hat sich erneut die zentrale Bedeutung der Schule für die psychische Gesundheit der Schüler*innen herausgestellt. Gleichzeitig konnten während der Pandemie keine Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung in Präsenzformaten durchgeführt werden und es mussten vermehrt digitale Ansätze erprobt werden. Die daraus erfolgten Erkenntnisse können zukünftig genutzt und digitale Anwendungen weiter in die schulische Gesundheitsförderung integriert werden. Gleichwohl die alleinige Umsetzung in digitaler Form nicht zielführend erscheint und eine Kombination aus Präsenzformaten mit unterstützenden digitalen Anwendungen indiziert ist. Außerdem ist die Schule ein relevantes Setting zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen, welches eine hohe Erreichbarkeit und eine niedrigschwellige Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ermöglicht. Daher kann durch zielgruppengerechte Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung, die gesundheitliche Chancengleichheit erhöht werden. In diesem Zusammenhang ist zudem die Förderung der Gesundheitskompetenz von zentraler Bedeutung, da ein Großteil der Kinder und Jugendlichen Defizite in diesem Bereich aufweist.

Das vorliegende Promotionsvorhaben liefert mit dem Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* für die Übergangsphase einen Ansatzpunkt für die praktische Umsetzung insbesondere auf verhaltenspräventiver Ebene. Darauf aufbauend können im Rahmen des

Programms die Beteiligten sensibilisiert und vernetzt werden, was auf der verhältnispräventiven Ebene eine Veränderung der Schulkultur zur Folge hat und die Integration von weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen ermöglicht sowie langfristig zur Umsetzung von ganzheitlichen Ansätzen beiträgt. Weiterhin hat sich die sozial-emotionale Kompetenz als bedeutsame personale Ressource in der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I herausgestellt. Daher wird diese in dem Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* explizit gefördert, um den Übergangsprozess gesundheitsförderlich zu gestalten. Bisher existiert im deutschsprachigen Raum, trotz relevantem Bedarf, kein schulbasiertes übergangsspezifisches Gesundheitsförderungsprogramm. Mit der Konzeption des Programms *„Schulwechsel Ahoi“* liegt nun ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Training vor, welches in weiterführenden Studien praktisch erprobt und evaluiert werden kann und damit einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit der bisher vernachlässigten Zielgruppe leistet.

Weiterhin wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Messinstrument zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter (SEMOlino) entwickelt, da insbesondere für die geplante Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms kein adäquates Messinstrument zur Verfügung stand. Die Evaluationsstudie konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht umgesetzt werden, jedoch konnten trotz der pandemiebedingten Einschränkungen in Teilstudie III ausreichend Daten erhoben werden, anhand derer das Messinstrument stufenweise geprüft und angepasst werden konnte. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass die COVID-19-Pandemie einen relevanten Einfluss auf das Antwortverhalten der Schüler*innen hatte. Zudem müssen zahlreiche methodische Einschränkungen wie z.B. die Zusammenführung verschiedener Stichproben mit unterschiedlichen Erhebungsbedingungen berücksichtigt werden. Insbesondere vor diesem Hintergrund konnte die qualitative Teilstudie 3c mit ihren Expert*inneninterviews einen wesentlichen Beitrag zur Modifikation und Verbesserung des Messinstrumentes leisten. Die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews zeigten zahlreiche Modifikationsansätze auf, deren positiven Auswirkungen auf die Qualität des Fragebogens durch die kommunikative Validierung in Form einer Fokusgruppe bestätigt werden konnten.

Mit der Teilstudie III und der Entwicklung des Messinstrumentes wurde zudem untermauert, dass ein großer Bedarf an weiteren Messinstrumenten für die Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen besteht, die für die Forschung und die Evaluation von Präventionsprogrammen sowie Diagnostik verwendet werden können. Daher leistete die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungs- und Versorgungslücke und es liegt mit der letzten Version des SEMOlino ein Fragebogen vor, der in weiteren Studien revidiert und normiert werden kann.

Insgesamt sind für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen erforderlich. Auf der verhältnispräventiven Ebene werden zunächst die Voraussetzungen geschaffen, um allen Schüler*innen einen gesunden und erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I zu ermöglichen. In der vorliegenden Arbeit konnten sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Faktoren als bedeutsam für die Übergangsphase exploriert werden. Verhältnispräventiv ist insbesondere die Diskussion über die Rahmenbedingungen der Übergangsphase in Deutschland sowie die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen von besonderer Bedeutung, um im Sinne der Präventionskette integrierte Strukturen zu schaffen, die alle Beteiligten einbeziehen. Dadurch wird eine interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht, die bewirkt, dass Gesundheitsförderung und Prävention über die Übergänge zwischen den Institutionen hinweg kontinuierlich fortgeführt werden.

Weiterhin haben die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erneut aufgezeigt, dass es auf der verhältnispräventiven Ebene notwendig ist, über eine Verankerung der schulischen Gesundheitsförderung in die regulären Curricula zu diskutieren, wodurch die Umsetzung solcher Maßnahmen erleichtert wird. In Bezug auf die Verhaltensprävention in der Übergangsphase hat die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass insbesondere der Aufbau von Transitions- und Stressverarbeitungskompetenzen sowie sozial-emotionalen Kompetenzen von Bedeutung ist. Die Schüler*innen werden dadurch befähigt, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr eigenes Lernen zu übernehmen, um mit zukünftigen Transitionen ressourcenorientiert umzugehen. Dabei ist es wesentlich, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander kombiniert werden, da erst durch die entsprechenden Verhältnisse die Maßnahmen zur Verhaltensprävention umgesetzt und wirksam werden können. Hinsichtlich der notwendigen Verhältnisse sind die Faktoren Sensibilisierung für die Bedeutung der Transitionsprozesse und deren Gestaltung, Reflexion von elterlichen und gesellschaftlichen Erwartungen und bildungspolitische Diskussionen über die Rahmenbedingungen des Übergangs von Bedeutung. Werden diese Faktoren mit den verhaltenspräventiven Maßnahmen kombiniert, wird eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Übergangsphase möglich, welche sich zudem durch die Stärkung von Selbstwirksamkeitserfahrungen positiv auf weitere Transitionen in der Biografie von Kindern und Jugendlichen auswirkt.

Die nachfolgende Abbildung 124 verdeutlicht das Zusammenwirken der verhaltens- und verhältnispräventiven Faktoren, welches die Voraussetzung schafft, allen Schüler*innen eine erfolgreiche und gesunde Transition zu ermöglichen. Alle Beteiligten werden für die übergangsbezogenen Belastungen und Ressourcen sensibilisiert sowie die elterlichen und gesellschaftlichen Erwartungen hinsichtlich der schulischen Laufbahn reflektiert. Insbesondere überhöhte Erwartungen der Eltern, die von gesellschaftlichen Erwartungen beeinflusst werden, können bei den Kindern und Jugendlichen in der Übergangsphase zu Belastungen führen. Durch

Reflexionsprozesse hinsichtlich der verschiedenen Bildungswege können Eltern und Schüler*innen gemeinsam eine Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Schulform treffen. Es besteht gesellschaftlich weiterhin die verbreitete Annahme, dass das Gymnasium mit dem Abschluss der allgemeinen Hochschulreife, der einzige Weg zu einer erfolgreichen beruflichen Zukunft sei. Durch die Reflexion dieser Erwartungen, die Sensibilisierung für Übergangsprozesse sowie eine bildungspolitische Diskussion zu den Rahmenbedingungen von Transitionsprozessen und der Verankerung der schulischen Gesundheitsförderung können verhaltenspräventive Maßnahmen in der Übergangsphase im schulischen Setting wirksam werden. Dabei kann die Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogramms in der Übergangsphase zudem ein Ansatzpunkt sein, um die notwendigen verhältnispräventiven Maßnahmen anzuregen.

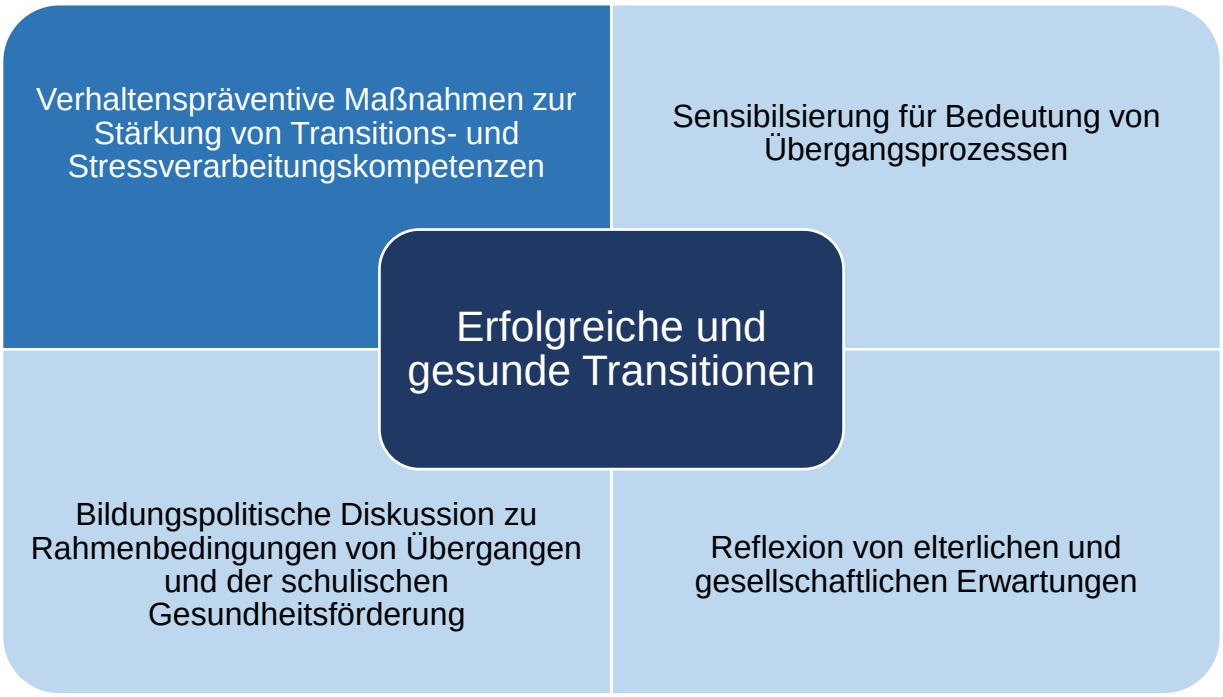


Abbildung 124: Zusammenwirken von Verhaltens- und Verhältnisprävention in Transitionsprozessen.

Die vorliegende Arbeit stellt mit der Konzeption eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms für die Übergangsphase auf der verhaltenspräventive Ebene einen Ansatzpunkt dar, der die notwendigen Diskussionen auf verhältnispräventiver Ebene anregt und damit die Voraussetzung für die langfristige Implementation gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Übergangsphase schafft. Anhand der vorliegenden Konzeption kann das Gesundheitsförderungsprogramm erprobt, evaluiert und manualisiert werden und damit einen Beitrag zur Stärkung der schulischen Gesundheitsförderung im schulischen Alltag leisten. Außerdem wurde durch die vorliegende Arbeit erneut der bedeutsame Zusammenhang von Gesundheit und Bildung herausgestellt und aufgezeigt, dass ohne Gesundheit keine erfolgreichen Bildungsprozesse möglich sind. Außerdem liegt mit *„Schulwechsel Ahoi“* erstmals ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase vor.

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie haben erneut gezeigt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule eine wesentliche Bedeutung hat und die Folgen der Pandemie werden noch länger anhaltend die Gesundheit der Schüler*innen sowie die schulische Leistungsfähigkeit beeinflussen. Dementsprechend konnte durch das vorliegende Promotionsvorhaben unabhängig von den Übergangsprozessen der Stellenwert der schulischen Gesundheitsförderung erneut untermauert werden. Zukünftig werden Forschungen sich damit beschäftigen müssen, welche langfristigen Folgen die COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und die Bildung von Kindern und Jugendlichen hatte, um Maßnahmen zu entwickeln, die den negativen Auswirkungen entgegenwirken können. In Bezug auf das Gesundheitsförderungsprogramm *„Schulwechsel Ahoi“* ist zukünftig eine Erprobung sowie formative Evaluation erforderlich, die Modifikationen ermöglicht, um anschließend summative Evaluationen durchführen zu können. Abschließend leistet die vorliegende Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur schulischen Gesundheitsförderung während der Übergangphase in die Sekundarstufe I sowie zur Erfassung der sozial-emotionalen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen und ermöglicht weiterführende Forschungen auf diesen Themengebieten.

Literaturverzeichnis

Abrahams, L., Pancorbo, G., Primi, R., Santos, D., Kyllonen, P., John, O. P. et al. (2019). Social-emotional skill assessment in children and adolescents: Advances and challenges in personality, clinical, and educational contexts. *Psychological Assessment*, *31*(4), 460–473. https://doi.org/10.1037/pas0000591

Aceves-Martins, M., Llauradó, E., Tarro, L., Moriña, D., Papell-Garcia, I., Prades-Tena, J. et al. (2017). A school-based, peer-led, social marketing intervention to engage spanish adolescents in a healthy lifestyle: A parallel-cluster randomized controlled study. *Childhood Obesity*, *13*(4), 300–313. https://doi.org/10.1089/chi.2016.0216

Adedeji, A., Otto, C., Kaman, A., Reiß, F., Devine, J. & Ravens-Sieberer, U. (2022). Peer relationships and depressive symptoms among adolescents: Results from the German BELLA study. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1–11. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767922

Amado-Rodríguez, I. D., Casañas, R., Mas-Expósito, L., Castellví, P., Roldan-Merino, J. F., Casas, I. et al. (2022). Effectiveness of mental health literacy programs in primary and secondary schools: A systematic review with meta-analysis. *Children*, *9*(4), 1–19. https://doi.org/10.3390/children9040480

Anderson, L. W., Jacobs, J., Schramm, S. & Splittgerber, F. (2000). School transitions: beginning of the end or a new beginning? *International Journal of Educational Research*, *33*(4), 325–339. https://doi.org/10.1016/S0883-0355(00)00020-3

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung. (2018). *Bildung in Deutschland 2018. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Backes, H. & Lieb, C. (2018). Peer Education. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 735–741). Berlin: BZgA.

Bagnall, C. L., Skipper, Y. & Fox, C. L. (2019). 'You're in this world now': Students', teachers', and parents' experiences of school transition and how they feel it can be improved. *British Journal of Educational Psychology*. https://doi.org/10.1111/bjep.12273

Bagnall, C. L., Skipper, Y. & Fox, C. L. (2022). Primary-secondary school transition under COVID-19: Exploring the perceptions and experiences of children, parents/guardians, and teachers. *British Journal of Educational Psychology*, *92*(3), 1011–1033. https://doi.org/10.1111/bjep.12485

Bandura, A. (1977). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*(2), 122–147. https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, *31*(2), 143–164. https://doi.org/10.1177/1090198104263660

Beck, J., Lange, S. & Tröster, H. (2016). Geschlechtsunterschiede in der Stressvulnerabilität, Stressbewältigung und Stresssymptomatik bei Grundschulkindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *24*(3), 145–155. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000165

Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *21*(1), 64–75.

Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *2*(1), 25–48.

Beelmann, A. (2016). Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung und Prävention. In L. Bilz, G. Sudeck, J. Bucksch, A. Klocke, P. Kolip, W. Melzer et al. (Hrsg.), *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys "Health Behaviour in School-aged Children"* (S. 267–283). Weinheim: Beltz.

Beelmann, A., Pfost, M. & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *22*(1), 1–14. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104

Beelmann, W. (2013). *Normative Übergänge im Kindesalter. Anpassungsprozesse beim Eintritt in den Kindergarten, in die Grundschule und in die weiterführende Schule*. Hamburg: Kovač.

Bellenberg, G. (2018). Rechtliche Situation der Übergangsempfehlung in den Bundesländern. In R. Porsch (Hrsg.), *Übergang von der Grundschule auf weiterführende Schulen. Grundlagen für die Lehrerausbildung, Fortbildung und die Praxis* (S. 42–58). Stuttgart: UTB.

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise*. Köln: BZgA.

Benner, A. D. & Graham, S. (2009). The transition to high school as a developmental process among multiethnic urban youth. *Child Development*, *80*(2), 356–376. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01265.x.

Berger, U., Kraußlach, H., Kirschner, H., Mühleck, J., Werner, B. & Strauß, B. (2019). Vorbeugen durch Teilhabe im Verbundprojekt VorteilJena. *Psychotherapeut*, *64*(1), 38–45. https://doi.org/10.1007/s00278-018-0321-1

Berger, U., Kraußlach, H. & Strauß, B. (2019). VorteilJena: Vorbeugen durch Teilhabe in der Gesundheitsregion von morgen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *14*(1), 1–2. https://doi.org/10.1007/s11553-018-0693-7

Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen--empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Gesundheitswesen*, *65*(3), 167–172. https://doi.org/10.1055/s-2003-38514

Betts, J. R. (2011). The economics of tracking in education. In E. A. Hanushek, S. J. Machin & L. Woessmann (Hrsg.), *Handbook of the Economics of Education* (Bd. 3, S. 341–381). Elsevier.

Beyer, A. & Lohaus, A. (2018). *Stressbewältigung im Jugendalter. Ein Trainingsprogramm* (2., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Bilz, L. (2013). Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, *60*, 282–294. https://doi.org/10.2378/peu2013.art06d

Blair, R. J. R. & Coles, M. (2000). Expression recognition and behavioural problems in early adolescence. *Cognitive Development*, *15*(4), 421–434. https://doi.org/10.1016/S0885-2014(01)00039-9

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer.

Bohl, C., Karnaki, P., Cheli, S., Fornes Romero, G., Glavak Tkalić, R., Papadopoulos, E. et al. (2022). Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Coronazeit. *Prävention und Gesundheitsförderung*. https://doi.org/10.1007/s11553-022-00946-0

Bohnert, A. M., Crnic, K. A. & Lim, K. G. (2003). Emotional competence and aggressive behavior in school-age children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 79–91. https://doi.org/10.1023/a:1021725400321

Bortz, J. & Döring, N. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Berlin: Springer.

Boyatzis, R. E., Gaskin, J. & Wei, H. (2015). Emotional and social intelligence and behavior. In S. Goldstein, D. Princiotta & J. A. Naglieri (Hrsg.), *Handbook of Intelligence* (S. 243–262). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1562-0_17

Brandstätter, V., Schüler, J., Puca, R. M. & Lozo, L. (2018). Emotionsregulation. In V. Brandstätter, J. Schüler, R. M. Puca & L. Lozo (Hrsg.), *Motivation und Emotion* (S. 221–238). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56685-5_13

Brandt, H. & Moosbrugger, H. (2020). Planungsaspekte und Konstruktionsphasen von Tests und Fragebogen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Aufl., S. 39–66). https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_3

Bühner, M. (2021). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (4., korrigierte und erweiterte Aufl.). München: Pearson.

Bundesrat. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG). *Bundesgesetzesblatt Teil I*, 1368–1379.

Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, *26*(2), 264–278. https://doi.org/10.1080/02796015.1997.12085865

Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(1), 10–23. https://doi.org/10.1007/s10964-005-9001-x

Coetzee, B. J., Gericke, H., Human, S., Stallard, P. & Loades, M. (2022). What should a universal school-based psychoeducational programme to support psychological well-being amongst children and young people in south africa focus on and how should it be delivered? A multi-stakeholder perspective. *School Mental Health*, *14*(1), 189–200. https://doi.org/10.1007/s12310-021-09465-3

Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Los Angeles: Sage Publications.

Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L. & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Journal of the International Society for Research on Emotion*, *8*(2), 144–153. https://doi.org/10.1177/1754073914558466

Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *20*(3), 141–153. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000072

Dadaczynski, K. & Hering, T. (2021). Health promoting schools in Germany. Mapping the implementation of holistic strategies to tackle NCDs and promote health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5). https://doi.org/10.3390/ijerph18052623

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2018). Verhaltens- und Verhältnisprävention. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 257–268). Bern: Hogrefe.

Dadaczynski, K., Paulus, P., Nieskens, B. & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, *5*(2), 197–218. https://doi.org/10.1007/s35834-015-0122-3

Dadaczynski, K., Witteriede, H., Nieskens, B. & Paulus, P. (2015). Ganzheitliche Qualitätsentwicklung von psychosozialer Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *10*(3), 247–252. https://doi.org/10.1007/s11553-015-0499-9

De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2020). *Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Köln: BZgA. https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0

Denham, S. A. (2005). *Parent rating scale of social competence.* National Institute for Child Health.

Denham, S. A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, *11*(1), 1–48.

Denham, S. A., Bassett, H. H., Zinsser, K. & Wyatt, T. M. (2014). How preschoolers' social-emotional learning predicts their early school success: developing theory-promoting, competency-based assessments. *Infant and Child Development*, *23*(4), 426–454. https://doi.org/10.1002/icd.1840

Diener, C., Grundinger, N., Petermann, F., Petermann, U. & Gerstenberger, L. (2020). Förderung emotionaler Kompetenzen: Kurzfristige Effekte des Emotionstrainings in der Schule. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, *67*. https://doi.org/10.2378/peu2020.art28d

Domsch, H., Lohaus, A. & Fridrici, M. (2016). *Kinder im Stress* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin: Springer.

Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2007). *The impact of after-school programs that promote personal and social skills*. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and emotional Learning.

Edelmann, A., Eppelmann, L. & Wessa, M. (2022). Förderung der mentalen Gesundheitskompetenz im Jugendalter. *Die Psychotherapie*, *67*, 1–8. https://doi.org/10.1007/s00278-022-00622-w

Eder, A. & Brosch, T. (2017). Emotion. In J. Müsseler & M. Rieger (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (S. 185–222). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-53898-8_7

Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden* (5., korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J. & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, *65*(1), 109–128.

Ellert, U., Brettschneider, A.-K. & Ravens-Sieberer, U. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *57*(7), 798–806. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1978-4

Eschenbeck, H. (2010). Bewältigung alltäglicher Stresssituationen von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *18*(3), 103–118. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000018

Eschenbeck, H. & Knauf, R.-K. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 23–50). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_2

Esser, H. & Hoenig, K. (2018). Leistungsgerechtigkeit und Bildungsungleichheit. Effekte der Verbindlichkeit der Grundschulempfehlungen beim Übergang auf das Gymnasium. Ein Vergleich der deutschen Bundesländer mit den Daten der „National Educational Panel Study“ (NEPS). *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, *70*(3), 419–447. https://doi.org/10.1007/s11577-018-0558-2

Evangelou, M., Taggart, B., Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford et al. (2008). *What makes a successful transition from primary to secondary school*. London: DCS.

Evans, D., Borriello, G. A. & Field, A. P. (2018). A review of the academic and psychological impact of the transition to secondary education. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1482. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01482

Ewers, M. (2020). Schulgesundheitspflege und ihre Rolle bei der Förderung von Gesundheitskompetenz im Setting Schule – Erfahrungen aus der modellhaften Erprobung. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz* (S. 1–10). Berlin: Springer.

Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A. et al. (2019). A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*(9), 1668–1685. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0

Felfe, C., Saurer, J., Schneider, P., Vornberger, J., Klotzbuecher, V., Erhart, M. et al. (2022). The youth mental health crisis during the COVID-19 pandemic: The role of school closures. *Research Square*. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1304103/v2

Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E. & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, *6*(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3

Flaschberger, E. (2011). Psychosoziale Gesundheit. In W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 199–205). Bern: Huber.

Flick, U. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (10., völlig überarbeitete Aufl.). Reinbek: Rowohlt.

Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 533–547). Wiesbaden: Springer.

Franken, U. (2010). *Emotionale Kompetenz - Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung. Ein gesundheitswissenschaftlicher Beitrag zur Grundversorgung von Menschen mit psychogenen Störungen und Erkrankungen*. Norderstedt: Books on Demand.

Franklin, C., Kim, J. S., Beretvas, T. S., Zhang, A., Guz, S., Park, S. et al. (2017). The effectiveness of psychosocial interventions delivered by teachers in schools: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *20*(3), 333–350. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0235-4

Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). „MindMatters“. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *2*(4), 221–227. https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3

Franzkowiak, P. (2018). Präventionsparadox. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 817–821). Berlin: BZgA.

Frenzel, A. C., Götz, T. & Pekrun, R. (2015). Emotionen. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 201–224). Berlin: Springer.

Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V. & Cate, R. (2009). Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, *32*(2), 449–454. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Gnambs, T. & Batinic, B. (2020). Qualitative Online-Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Aufl., S. 97–112). Wiesbaden: Springer.

Goldschmidt, S. & Berth, H. (2006). FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen von Alexander Grob und Carola Smolenski. Testinformation. *Diagnostica*, *52*(4), 208–212. https://doi.org/10.1026/0012-1924.52.4.208

Griebel, W. & Niesel, R. (2015). *Übergänge verstehen und begleiten. Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern*. Berlin: Cornelsen.

Grob, A. & Smolenski, C. (2005). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (2., aktualisierte und ergänzte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Gugel, G. (2010). *Handbuch Gewaltprävention. Grundlagen - Lernfelder - Handlungsmöglichkeiten*. Tübingen: Institut für Friedenspädagogik.

Hampel, P., Dickow, B. & Petermann, F. (2002). Reliabilität und Validität des SVF-KJ. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *23*(3), 273–289. https://doi.org/10.1024//0170-1789.23.3.273

Hampel, P. & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, *38*(4), 409–415. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.02.014

Hampel, P. & Petermann, F. (2016). *SVF-KJ. Stressverarbeitungsfragebogen nach Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

Hampel, P. & Petermann, F. (2017a). *Cool bleiben - Stress vermeiden. Das Anti-Stress-Training für Kinder* (3., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hampel, P. & Petermann, F. (2017b). Stressverarbeitung, Lebensqualität und körperliche Beanspruchungssymptome bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *26*(1), 58–69. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000216

Hampel, P. & Petermann, F. (2018). Geschlechts- und situationsspezifische Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *27*(1), 54–63. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000244

Hampel, P. & Petermann, F. (2020). Neurotizismus, Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *49*(1), 52–62. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000567

Hampel, P. & Pössel, P. (2012). Psychische Auffälligkeiten und Stressverarbeitung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *20*(1), 3–12. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000057

Hampel, P., Schumacher, C. & Petermann, F. (2019). Akzeptanz, Durchführbarkeit und erste Hinweise auf die Wirksamkeit der neuen Version des sekundärpräventiven Anti-Stress-Trainings für Kinder. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *67*(4), 243–249. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000394

Hanewald, R. (2013). Transition between primary and secondary school: Why it is important and how it can be supported. *Australian Journal of Teacher Education*, *38*(1). https://doi.org/10.14221/ajte.2013v38n1.7

Hartmann, B. & Methner, A. (2022). *Leipziger Kompetenz-Screening für die Schule (LKS). Diagnostik und Förderplanung: soziale und emotionale Fähigkeiten, Lern- und Arbeitsverhalten* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hasselhorn, M., Goldammer, A. von & Weber, A. (2008). Belohnungsaufschub als volitionale Kompetenz: Ein relevanter Bereich für die Schuleingangsdiagnostik? *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, *55*(2), 123–131.

Heinsch, M., Agllias, K., Sampson, D., Howard, A., Blakemore, T. & Cootes, H. (2020). Peer connectedness during the transition to secondary school: a collaborative opportunity for education and social work. *The Australian Educational Researcher*, *47*(2), 339–356. https://doi.org/10.1007/s13384-019-00335-1

Heinzel, F. (2012). Qualitative Methoden in der Kindheitsforschung. Ein Überblick. In F. Heinzel (Hrsg.), *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (2., überarbeitete Aufl., S. 22–35). Weinheim: Beltz.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Helmsen, J., Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2009). Erhebung der sozial-emotionalen Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, *71*(10), 669–674. https://doi.org/10.1055/s-0029-1239513

Herlitz, L., MacIntyre, H., Osborn, T. & Bonell, C. (2020). The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. *Implementation Science*, *15*(1), 1–28. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0961-8

Hoekman, J., Miedema, A., Otten, B. & Gielen, J. (2012). *Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus*. Göttingen: Hogrefe.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *57*(7), 807–819. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3

Holodynski, M., Hermann, S. & Kromm, H. (2013). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Emotionsregulation. *Psychologische Rundschau*, *64*(4), 196–207. https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000174

Holodynski, M. & Rüth, J.-E. (2021). Emotionale Kompetenz. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 241–257). Berlin: Springer.

Höpker, T., Lampert, T. & Spallek, J. (2014). Identifizierung und Charakterisierung von Gesundheitsverhaltenstypen bei 11- bis 17-Jährigen Jungen und Mädchen - Eine Clusteranalyse auf Basis der Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Gesundheitswesen*, *76*(7), 453–461. https://doi.org/10.1055/s-0034-1372619

Huber, L., Plötner, M., In-Albon, T., Stadelmann, S. & Schmitz, J. (2019). The perspective matters: A multi-informant study on the relationship between social-emotional competence

and preschoolers' externalizing and internalizing symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, *50*(6), 1021–1036. https://doi.org/10.1007/s10578-019-00902-8

Hüfken, V. (2022). Telefonische Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1019–1031). Wiesbaden: Springer.

Hukkelberg, S., Keles, S., Ogden, T. & Hammerstrøm, K. (2019). The relation between behavioral problems and social competence: A correlational meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 354. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2343-9

Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2., überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, *53*(4), 159–169. https://doi.org/10.1026//0033-3042.53.4.159

Isensee, B., Morgenstern, M., Stoolmiller, M., Maruska, K., Sargent, J. D. & Hanewinkel, R. (2012). Effects of smokefree class competition 1 year after the end of intervention: a cluster randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(4), 334–341. https://doi.org/10.1136/jech.2009.107490

Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K. W. (2008). *Stressverarbeitungsfragebogen: SVF. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem.* Göttingen: Hogrefe.

Jindal-Snape, D. & Miller, D. J. (2008). A challenge of living? Understanding the psycho-social processes of the child during primary-secondary transition through resilience and self-esteem theories. *Educational Psychology Review*, *20*(3), 217–236. https://doi.org/10.1007/s10648-008-9074-7

Jindal-Snape, D., Hannah, E. F. S., Cantali, D., Barlow, W. & MacGillivray, S. (2020). Systematic literature review of primary–secondary transitions: International research. *Review of Education*, *8*(2), 526–566. https://doi.org/10.1002/rev3.3197

Josupeit, J., Dadaczynski, K. & Quilling, E. (2022). Die Relevanz von Netzwerkarbeit in der schulischen Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *65*(7-8), 829–835. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03553-8

Junghänel, M., Wand, H., Dose, C., Thöne, A.-K., Treier, A.-K., Hanisch, C. et al. (2022). Validation of a new emotion regulation self-report questionnaire for children. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04440-x

Jurkowski, S. & Hänze, M. (2014). Diagnostik sozialer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. *Diagnostica*, *60*(4), 167–180. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000104

Kaiser, S. (2020). *Resilienzförderung bei Kindern unter drei Jahren*. Wiesbaden: Springer.

Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *14*(3), 119–134. https://doi.org/10.1026/0943-8149.14.3.119

Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen* (2., aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Kästner, M. (2003). Peer-Education - ein sozialpädagogischer Arbeitsansatz. In M. Nörber (Hrsg.), *Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige* (S. 50–64). Weinheim: Beltz.

Kelle, U. (2022). Mixed Methods. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 163–177). Wiesbaden: Springer.

Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiß, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *165*(5), 402–407. https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8

Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D. et al. (2017). Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, *2*, 55–65. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103

Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2021). *Stressprävention*straining für Kinder im Grundschulalter* (4., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Klein-Heßling, J., Lohaus, A. & Beyer, A. (2003). Gesundheitsförderung im Jugendalter: Attraktivität von Stressbewältigungstrainings. *Journal of Public Health*, *11*(4), 365–380. https://doi.org/10.1007/BF02957776

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, *3*(3), 37–45. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077

Knoppick, H., Dumont, H., Becker, M., Neumann, M. & Maaz, K. (2018). Der Übergang als kritisches Lebensereignis: Zur Rolle der Eltern für die Antizipation des Übergangs und das Wohlbefinden von Kindern auf der weiterführenden Schule. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, *21*(3), 487–510. https://doi.org/10.1007/s11618-017-0782-y

Koglin, U. & Petermann, F. (2016). *VSK. Verhaltensskalen für das Kindergartenalter*. Göttingen: Hogrefe.

Koglin, U., Petermann, F., Jaščenoka, J., Petermann, U. & Kullik, A. (2013). Emotionsregulation und aggressives Verhalten im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, *22*(3), 155–164. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000112

Kohlmann, C.-W. & Eschenbeck, H. (2018). Stress und Stressbewältigung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 169–181). Bern: Hogrefe.

Kohlmann, C.-W., Eschenbeck, H., Groß, C. & Meier, S. (2010). Schulische Gesundheitsförderung – Angebote der Schulen und Wünsche der Schüler und Schülerinnen. In W. Kirch, M. Middeke & R. Rychlik (Hrsg.), *Aspekte der Prävention* (S. 89–94). Stuttgart: Thieme.

Kolbe, M., Jerusalem, M. & Mittag, W. (1998). Veränderungen von Selbstwirksamkeit und Klassenklima im zeitlichen Verlauf. *Unterrichtswissenschaft*, *26*(2), 116–126. https://doi.org/10.25656/01:7768

Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *1*(4), 234–239. https://doi.org/10.1007/s11553-006-0042-0

Krammer, M., Tritremmel, G., Auferbauer, M. & Paleczek, L. (2022). „Durch die Coronapandemie belastet?“ Der Einfluss von durch COVID-19 induzierter Angst auf die sozial-emotionale Entwicklung 12- bis 13-Jähriger in Österreich. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, *12*(1), 43–60. https://doi.org/10.1007/s35834-022-00336-8

Kraus, M. & Derkowski, F. (2019). *Abschlussbericht für das Modellprojekt „Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an ausgewählten Grundschulen in Flensburg“ für den Zeitraum Januar 2018 bis Juni 2019.* Flensburg: Gesundheitsplanung Stadt Flensburg.

Krieg, Y. & Kliem, S. (2021). *Evaluation Klasse2000 in Niedersachsen*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 501–516). Wiesbaden: Springer.

Kullik, A. & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.

Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugend lichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, *3*(3), 19–36. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076

Kupper, K. & Rohrmann, S. (2018). *EMO-KJ. Diagnostik- und Therapieverfahren zum Zugang von Emotionen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E. et al. (2014). The WHO health promoting school framework for improving the health and well-being of

students and their academic achievement. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD008958. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2

Layzer, C., Rosapep, L. & Barr, S. (2017). Student voices: Perspectives on peer-to-peer sexual health education. *The Journal of School Health*, *87*(7), 513–523. https://doi.org/10.1111/josh.12519

Lazarus, R. S. (2005). Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In V. H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 231–263). Bern: Huber.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Hrsg.), *Dynamics of Stress* (S. 63–80). Boston: Springer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*(3), 141–169. https://doi.org/10.1002/per.2410010304

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213–251). Bern: Verlag Hans Huber.

Lester, L., Waters, S. & Cross, D. (2013). The relationship between school connectedness and mental health during the transition to secondary school: A path analysis. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, *23*(2), 157–171. https://doi.org/10.1017/jgc.2013.20

Levine, M. & Manning, R. (2014). Prosoziales Verhalten. In K. Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (S. 357–400). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41091-8_10

Lindström, B. & Eriksson, M. (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In C. Meier Magistretti, B. Lindström & M. Eriksson (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 23–108). Bern: Hogrefe.

Little, T. D. (2014). *The Oxford Handbook of Quantitative Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Lohaus, A. (2021). Stressbewältigungskompetenzen. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 185–199). Berlin: Springer.

Lohaus, A. & Ball, J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Lohaus, A. & Domsch, H. (Hrsg.). (2021). *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.

Lohaus, A., Domsch, H. & Fridrici, M. (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*. Berlin: Springer.

Lohaus, A., Domsch, H. & Klein-Heßling, J. (2016). Gesundheitsförderung im Unterricht. In M. K. Schweer (Hrsg.), *Lehrer-Schüler-Interaktion. Inhaltsfelder, Forschungsperspektiven und methodische Zugänge* (3. Aufl., S. 483–500). Wiesbaden: Springer.

Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2019). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

Long, S. J., Littlecott, H., Hawkins, J., Eccles, G., Fletcher, A., Hewitt, G. et al. (2020). Testing the "zero-sum game" hypothesis: An examination of school health policies and practices and inequalities in educational outcomes. *The Journal of School Health*, *90*(5), 415–424. https://doi.org/10.1111/josh.12889

Lüscher, J. & Scholz, U. (2018). Soziale Unterstützung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 213–225). Bern: Hogrefe.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, *40*(2), 80–89. https://doi.org/10.1080/00207590444000041

Mackenzie, E., McMaugh, A. & O'Sullivan, K.-A. (2012). Perceptions of primary to secondary school transitions: Challenge or threat. *Issues in Educational Research*, *22*(3), 298–314.

Malti, T. (2006). Aggression, self-understanding, and social competence in Swiss elementary-school children. *Swiss Journal of Psychology*, *65*(2), 81–91. https://doi.org/10.1024/1421-0185.65.2.81

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 691–706). Wiesbaden: Springer.

Mellanby, A. R., Rees, J. B. & Tripp, J. H. (2000). Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, *15*(5), 533–545. https://doi.org/10.1093/her/15.5.533

Mey, G. & Mruck, K. (2020). Qualitative Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Aufl., S. 315–335). Wiesbaden: Springer.

Mey, G. & Schwentesius, A. (2019). Methoden der qualitativen Kindheitsforschung. In F. Hartnack (Hrsg.), *Qualitative Forschung mit Kindern. Herausforderungen, Methoden und Konzepte* (S. 3–47). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24564-1_1

Meyer, C. S., Hagmann-von Arx, P. & Grob, A. (2009). Die Intelligence and Development Scale Sozial-Emotionale Kompetenz (IDS-SEK). *Diagnostica*, *55*(4), 234–244. https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.4.234

Michaelsen-Gärtner, B. & Witteriede, H. (2009). Prävention von Bullying im Kontext von psychischer Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung in der Schule: Das Programm "MindMatters". *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *58*(2), 139–154. https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.2.139

Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Oldenbourg: De Gruyter.

Mittag, W. & Bieg, S. (2009). Prävention in Schulen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 337–345). Göttingen: Hogrefe.

Mittag, W. & Schaal, S. (2018). Schule als Handlungsfeld psychologischer Gesundheitsförderung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 479–491). Bern: Hogrefe.

Moosbrugger, H. & Brandt, H. (2020). Antwortformate und Itemtypen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Aufl., S. 91–117). https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_5

Moosbrugger, H., Gäde, J. C., Schermelleh-Engel, K. & Rauch, W. (2020). Klassische Testtheorie (KTT). In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Aufl., S. 275–304).

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Aufl.).

Morse, J. M. (1991). Evaluating Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, *1*(3), 283–286. https://doi.org/10.1177/104973239100100301

Muellmann, S., Landgraf-Rauf, K., Brand, T., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2017). Wirksamkeit von schulbasierten Interventionen zur Prävention und/oder Reduktion psychosozialer Probleme bei Kindern und Jugendlichen: Ein Review von Reviews. *Gesundheitswesen*, *79*(4), 252–260. https://doi.org/10.1055/s-0042-108648

Munser-Kiefer, M. & Martschinke, S. (2018). Begriff, Bedeutung und Bewältigung des Übergangs auf die weiterführende Schule. In R. Porsch (Hrsg.), *Übergang von der*

Grundschule auf weiterführende Schulen. Grundlagen für die Lehrerausbildung, Fortbildung und die Praxis (S. 13–39). Stuttgart: UTB.

Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, *32*(2), 337–348. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00027-7

Nachtsheim, J. & König, S. (2022). Befragungen von Kindern und Jugendlichen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1201–1208). Wiesbaden: Springer.

Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3., aktualisierte Aufl.). Bern: Hogrefe.

Nastrom-Smith, C. & Hughes, H. (2019). Participatory principles in practice: Designing learning ppaces that promote wellbeing for young adolescents during the transition to secondary school. In H. Hughes, J. Franz & J. Willis (Hrsg.), *School spaces for student wellbeing and learning* (S. 199–219). Singapore: Springer.

Neuenschwander, M. P. (2017). Schultransitionen – Ein Arbeitsmodell. In M. P. Neuenschwander & C. Nägele (Hrsg.), *Bildungsverläufe von der Einschulung bis in den ersten Arbeitsmarkt* (S. 3–20). Wiesbaden: Springer.

Niemack, J. (2019). Schutzfaktoren bei Kindern vor dem Übergang in die Sekundarstufe – Ergebnisse aus der STRESS Studie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, *14*(1-2019), 73–94. https://doi.org/10.3224/diskurs.v14i1.05

Nitkowski, D., Laakmann, M., Petersen, R., Petermann, U. & Petermann, F. (2017). Das Emotionstraining in der Schule. *Kindheit und Entwicklung*, *26*(3), 175–183. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000229

Nowland, R. & Qualter, P. (2020). Influence of social anxiety and emotional self-efficacy on pre-transition concerns, social threat sensitivity, and social adaptation to secondary school. *British Journal of Educational Psychology*, *90*(1), 227–244. https://doi.org/10.1111/bjep.12276

Osborne, J. W. (2014). *Best practices in exloratory factor analysis*. Louisville: CreateSpace Independent Publishing Platform.

Paakkari, L., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z., Sudeck, G., Kalman, M. et al. (2020). A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: Findings from the HBSC study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 1–12. https://doi.org/10.3390/ijerph17103543

Paulus, P. (2002). Gesundheitsförderung im Setting Schule. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *45*(12), 970–975. https://doi.org/10.1007/s00103-002-0512-2

Paulus, P. (2022). Schulische Gesundheitsförderung von Ottawa bis heute: Chancen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *65*(7-8), 741–748. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03550-x

Paulus, P., Hundeloh, H. & Dadaczynski, K. (2016). Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. Chancen durch das neue Präventionsgesetz. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *11*(4), 237–242. https://doi.org/10.1007/s11553-016-0561-2

Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (4., aktualisierte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Petermann, F. & Gust, N. (2016). *EMK. Inventar zur Erfassung emotionaler Kompetenzen bei Drei- bis Sechsjährigen*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Jugert, G., Tänzer, U. & Verbeek, D. (2012). *Sozialtraining in der Schule* (3., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Petermann, F. & Petermann, U. (2006). *Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL)*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Petermann, U. & Nitkowski, D. (2016). *Emotionstraining in der Schule. Ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2016). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (3., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02710-000

Petersen, R., Petermann, U., Petermann, F., Diener, C. & Nitkowski, D. (2019). Förderung der emotionalen Entwicklung bei Jugendlichen: Langfristige Wirksamkeit des Präventionsprogrammes „Emotionstraining in der Schule“. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *67*(4), 250–260. https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000395

Pfingsten, U. (2021). Soziale Kompetenzen. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 223–239). Berlin: Springer.

Pöschko, H. & Prieler, V. (2018). Zur Verständlichkeit und Lesbarkeit von geschlechtergerecht formulierten Schulbuchtexten. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, *8*(1), 5–18. https://doi.org/10.1007/s35834-017-0195-2

Przyborski, A. & Riegler, J. (2020). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Aufl., S. 395–411). Wiesbaden: Springer.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (5., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Oldenbourg: De Gruyter.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2022). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen*

Sozialforschung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 123–142). Wiesbaden: Springer.

Rademacher, A. & Koglin, U. (2020). Selbstregulation als Mediator für den Zusammenhang zwischen Erziehung und der Entwicklung von Verhaltensproblemen und sozial-emotionalen Kompetenzen bei Grundschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, *29*(1), 21–29. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000297

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer.

Rathmann, K., Herke, M., Hurrelmann, K. & Richter, M. (2018). Klassenklima, schulisches Wohlbefinden und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland: Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS). *Gesundheitswesen*, *80*(4), 332–341. https://doi.org/10.1055/s-0043-121886

Rauch, M., Bundscherer-Meierhofer, K., Loew, T. H. & Leinberger, u. B. (2022). Konzeption einer App mit der Technik des „Entschleunigten Atmens“ zur Selbstregulation für Jugendliche während der Corona-Pandemie. *Kindheit und Entwicklung*, *31*(4), 229–244. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000394

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Devine, J., Gilbert, M., Reiss, F., Barkmann, C. et al. (2022). Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: Results of the three-wave longitudinal COPSY study. *The Journal of Adolescent Health*, 570–578. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.06.022

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 879–889. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5

Raver, C. C. (2002). Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. *Social Policy Report*, *16*(3), 1–20. https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.2002.tb00041.x

Rees, G. & Main, G. (2015). *Children’s views on their lives and well being in 15 countries: A report on the Children’s Worlds survey, 2013 14*. York: Children’s Worlds Project (ISCWeB).

Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13–28). Berlin: Springer.

Reimann, S. & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 217–227). Berlin: Springer.

Reinders, H. (2016). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden* (3., durchgesehene und erweiterte Aufl.). Oldenbourg: De Gruyter.

Rice, F., Frederickson, N. & Seymour, J. (2011). Assessing pupil concerns about transition to secondary school. *British Journal of Educational Psychology*, *81*(2), 244–263. https://doi.org/10.1348/000709910X519333

Rice, F., Ng-Knight, T., Riglin, L., Powell, V., Moore, G. F., McManus, I. C. et al. (2021). Pupil mental health, concerns and expectations about secondary school as predictors of adjustment across the transition to secondary school: A longitudinal multi-informant study. *School Mental Health*, *13*(2), 279–298. https://doi.org/10.1007/s12310-021-09415-z

Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, H. (2018). Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 809–816). Berlin: BZgA.

Riglin, L., Frederickson, N., Shelton, K. H. & Rice, F. (2013). A longitudinal study of psychological functioning and academic attainment at the transition to secondary school. *Journal of Adolescence*, *36*(3), 507–517. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.03.002

Rohlfs, C. (2012). Kompetenzentwicklung durch Mentoring an Schulen: die Förderung von Soft Skills. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, (2), 183-196.

Rohr, D., Strauß, S., Aschmann, S. & Ritter, D. (2016). *Der Peer-Ansatz in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Projektbeschreibungen und -evaluationen*. Weinheim: Beltz.

Röhr-Sendlmeier, U. M. & Schmitz, M. (2010). Sozial-emotionale Kompetenz - Längsschnittstudie zu Effekten einer kurzzeitigen Förderung für Grundschulkinder. *Bildung und Erziehung*, *63*(3), 347–370. https://doi.org/10.7788/bue.2010.63.3.347

Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, *6*(1), 111–135. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1997.tb00097.x

Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen*, *57*(3), 140–144.

Rost, D. H. & Schermer, F. J. (1989). Diagnostik des Leistungsangsterlebens. *Diagnostica*, *35*(4), 287–314.

Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R. & Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Journal of the International Society for Research on Emotion*, *3*(2), 207–213. https://doi.org/10.1177/1754073910387943

Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (2008). *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.

Saarni, C. (2007). The development of emotional competence: Pathways for helping children to become emotionally intelligent. In *Educating people to be emotionally intelligent* (S. 15–35). Westport: Praeger Publishers.

Schmitz, M. & Röhr-Sendlmeier, U. M. (2016). Sozial-emotionale Kompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, *25*(2), 114–121. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000194

Schreier, M. & Odağ, Ö. (2020). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren* (2. Aufl., S. 159–184). Wiesbaden: Springer.

Schwager, S., Gläser, A., Wick, K. & Berger, U. (2019). Gemeinsam Gesund Lernen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *14*(1), 3–8. https://doi.org/10.1007/s11553-018-0692-8

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, (44), 28–53. https://doi.org/10.25656/01:3930

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2010). Social Support. In D. P. French, K. Vedhara, A. A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (2nd ed., S. 283–293). Oxford: Blackwell.

Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S. & Whittaker, V. (2007). *Mental wellbeing of children in primary education (targeted/indicated activities)*. London: National Institute of Clinical Excellence.

Siegler, R. S., Eisenberg, N., DeLoache, J. S. & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Simanowski, S., Klotz, N. D., Augustin, R. & Krajewski, K. (2018). Regulieren exekutive Funktionen und die emotionale Kontrolle die Stresssymptomatik zwischen dritter und fünfter Klasse? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, *50*(2), 71–82. https://doi.org/10.1026/0049-8637/a000191

Smith, L. H. & Petosa, R. L. (2016). A structured peer-mentoring method for physical activity behavior change among adolescents. *The Journal of School Nursing*, *32*(5), 315–323. https://doi.org/10.1177/1059840516644955

Sniedze-Gregory, S., Felgate, R., O'Grady, E., Buckley, S. & Lietz, P. (2021). *What Australian students say about transition to secondary school. Final report*. London: Australian Council for Educational Research.

Spernes, K. (2022). The transition between primary and secondary school: a thematic review emphasising social and emotional issues. *Research Papers in Education*, *37*(3), 303–320. https://doi.org/10.1080/02671522.2020.1849366

Staden, R. (2021). *Sozial-emotionale Kompetenzen bei Grundschulkindern. Modifikationsansätze für ein neu entwickeltes Messinstrument*. Master-Thesis. Europa-Universität Flensburg, Flensburg.

Stadt Flensburg. (2021). *Sozialatlas 2021*. Fachbereich Soziales und Gesundheit: Flensburg.

Stelzig, O. & Sevecke, K. (2019). Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *68*(7), 592–605. https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.7.592

Strauss, S. & Rohr, D. (2019). Peer-Learning in der Lehrer*innenbildung. *Journal für LehrerInnenbildung*, *19*(3), 106-116. https://doi.org/10.35468/jlb-03-2019_11

Tennant, J. E., Demaray, M. K., Malecki, C. K., Terry, M. N., Clary, M. & Elzinga, N. (2015). Students' ratings of teacher support and academic and social-emotional well-being. *School Psychology Quarterly*, *30*(4), 1–19. https://doi.org/10.1037/spq0000106

Thomsen, T., Fritz, V., Mößle, R. & Greve, W. (2015). The impact of accommodative coping on well-being in childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, *39*(5), 467–476. https://doi.org/10.1177/0165025414551762

Trinidad, D. R. & Johnson, C. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, *32*(1), 95–105. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3

Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M. & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the "ghosts" of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, *74*(7), 949–957. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023

Van Gennep, A. (2005). *Übergangsriten. Les rites de passage* (3., erweiterte Aufl.). Frankfurt/Main: Campus-Verlag.

Vaz, S., Falkmer, M., Parsons, R., Passmore, A. E., Parkin, T. & Falkmer, T. (2014). School belongingness and mental health functioning across the primary-secondary transition in a mainstream sample: multi-group cross-lagged analyses. *PloS One*, *9*(6), 1-10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099576

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, *379*(9826), 1641–1652. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4

Vitaro, F. & Tremblay, R. E. (2008). Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor et al. (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (S. 989–1008). Oxford: Blackwell Publishing.

Vockert, T., Rathmann, K. & Loter, K. (2019). Wohlbefinden von Schulkindern: Übergänge und Klassenwiederholung als kritisches Ereignis? *Public Health Forum*, *27*(4), 252–255. https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0075

Vogl, S. (2015). *Interviews mit Kindern führen. Eine praxisorientierte Einführung*. Weinheim: Beltz.

Vogl, S. (2022). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 913–919). Wiesbaden: Springer.

Wagner-Schelewsky, P. & Hering, L. (2022). Online-Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1051–1065). Wiesbaden: Springer.

Walden, K., Kutza, R., Kröger, C. & Kirmes, J. (1998). *Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. ALF; Programm für Schüler und Schülerinnen der 5. Klasse mit Informationen zu Nikotin und Alkohol.* Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Waldhauer, J., Kuntz, B. & Lampert, T. (2018). Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *61*(4), 374–384. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2704-4

Warschburger, P. (2018). Kindheit. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 465–477). Bern: Hogrefe.

Waters, S. K., Lester, L. & Cross, D. (2014a). How does support from peers compare with support from adults as students transition to secondary school? *The Journal of Adolescent Health*, *54*(5), 543–549. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.012

Waters, S. K., Lester, L. & Cross, D. (2014b). Transition to secondary school: Expectation versus experience. *Australian Journal of Education*, *58*(2), 153–166. https://doi.org/10.1177/0004944114523371

Waters, S. K., Lester, L., Wenden, E. & Cross, D. (2012). A theoretically grounded exploration of the social and emotional outcomes of transition to secondary school. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, *22*(2), 190–205. https://doi.org/10.1017/jgc.2012.26

Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, *26*, 29-69. https://doi.org/10.1093/heapro/dar075

Weber-Liel, D., Mayhack, K., Kracke, B. & Noack, P. (2019). Runde Tische für Inklusion. *Prävention und Gesundheitsförderung*, *14*(1), 9–14. https://doi.org/10.1007/s11553-018-0683-9

Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2014). *Suchtprävention in der Schule. IPSY - Ein Lebenskompetenzenprogramm für die Klassenstufen 5-7*. Göttingen: Hogrefe.

Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.

West, P., Sweeting, H. & Young, R. (2010). Transition matters: pupils' experiences of the primary–secondary school transition in the West of Scotland and consequences for well-being and attainment. *Research Papers in Education*, *25*(1), 21–50. https://doi.org/10.1080/02671520802308677

WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa: Weltgesundheitsorganisation.

Wick, K., Gläser, A., Berger, U. & Schwager, S. (2019). Prozessevaluation des Kartensets „Gemeinsam Gesund Lernen". *Psychotherapeut*, *64*(1), 23–30. https://doi.org/10.1007/s00278-018-0323-z

Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, *20*(4), 209–218. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000058

Wirtz, M. A. (2018). Konzepte und Modelle der Evaluation und Qualitätssicherung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 737–751). Bern: Hogrefe.

Wirtz, M. A., Kohlmann, C.-W. & Salewski, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13–27). Bern: Hogrefe.

Zhang, X., Noor, R. & Savalei, V. (2016). Examining the effect of reverse worded items on the factor structure of the need for cognition scale. *PloS One*, *11*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157795

Internetquellen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2020). *Die HBSC-Studie*. Zugriff am 20.09.2021. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467

GKV-Spitzenverband. (2018). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs. 2 SGB V*. Zugriff am 04.12.2021. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf

John, N., Pahlke, K., Fischer, S. & Bilz, L. (2020). *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Schulische Belastung von Kindern und Jugendlichen", HBSC-Studienverbund Deutschland*. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=14467

KMK. (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*. Zugriff am 18.11.2022. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/themen/allgemeinbildende-schulen/weitere-unterrichtsinhalte-und-themen/gesundheitserziehung.html

Nationale Präventionskonferenz. (2018). *Bundesrahmenempfehlungen. Nach § 20d Abs. 3 SGB V,* GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/npk/nationale_praeventionskonferenz.jsp

Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Berliner Social Support Skalen*. Zugriff am 20.03.2021. Verfügbar unter: http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/skalen/Berliner_Social_Support_Skalen/berliner_social_support_skalen.htm

WHO. (2019). *Psychische Gesundheit - Faktenblatt*. Zugriff am 16.05.2022. Verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

Wüstner, A. & Ravens-Sieberer, U. (2020). *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Psychosomatische Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen".* Verfügbar unter: http://www.hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt_SubjektiveBeschwerdelast_2018-final-05.02.2020.pdf

Anhang A Verzeichnisse

Anhang A1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen des Übergangs in Anlehnung an Griebel und Niesel, 2015; van Genepp,1999 (modifiziert nach Munser-Kiefer & Martschinke, 2018, S. 16). 16

Abbildung 2: Prozentuale Anteile der Kinder und Jugendlichen mit niedriger, normaler und hoher gesundheitsbezogener Lebensqualität, gemessen vor der COVID-19-Pandemie (BELLA-Studie), in Welle 1, Welle 2 und Welle 3 der COPSY-Studie (entnommen aus Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2022, S. 574). 21

Abbildung 3: Transaktionales Stressmodell kombiniert mit dem Bewältigungskonzept nach Lazarus (1974, in Anlehnung an Schwarzer, 2004, S. 153.). 25

Abbildung 4: Sorgen der Schüler*innen vor, kurz nach und ein Jahr nach dem Übergang in die Sekundarstufe I (entnommen aus F.Rice, 2021, S. 286). 28

Abbildung 5: Modell der Salutogenese (in Anlehnung an Faltermaier, 2017, S.66).....31

Abbildung 6: Public-Health-Action-Cycle (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 234).....37

Abbildung 7: Verhältnis zwischen dem Problemlösemodul und dem Ergänzungsmodulen (entnommen aus Beyer & Lohaus, 2018, S.27). 52

Abbildung 8: Übersicht über MindMatters (entnommen aus Michaelsen-Gärtner, Franze & Paulus, 2007, S.6).....54

Abbildung 9: Prisma-Modell des sozial-emotionalen Lernens. Modifiziert nach Payton et al. (2000) und Rose-Krasnor (1997) (entnommen aus Denham et al., 2014, S. 428). 65

Abbildung 10: Entwicklung der emotionalen Kompetenzen (0-6 Jahre) (entnommen aus Petermann & Wiedebusch, 2016, S.36).....66

Abbildung 11: Studiendesign des Promotionsvorhabens. 85

Abbildung 12: Grundsätze der qualitativen Forschung nach Mayring (2016, S. 20–24). 86

Abbildung 13: Möglichkeiten der Integration quantitativer und qualitativer Analyse auf der Designebene (entnommen aus Lamnek & Krell, 2016, S.266).....89

Abbildung 14: Samplekriterien Teilstudie I.....100

Abbildung 15: Samplekriterien Teilstudie 3a und 3c. 100

Abbildung 16: Sample der Teilstudie I. 101
Abbildung 17: Ablauf Teilstudie III. 105
Abbildung 18: Struktur des SEMOlino Version I. 109
Abbildung 19: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (entnommen aus Mayring, 2022, S.85). 121
Abbildung 20: Fragestellungen Teilstudie I. 125
Abbildung 21: Hauptkategorien für die Auswertungsfrage I. 136
Abbildung 22: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen. 136
Abbildung 23: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen. 138
Abbildung 24: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen. 139
Abbildung 25: Hauptkategorien Auswertungsfrage II. 141
Abbildung 26: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen. 141
Abbildung 27: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen. 143
Abbildung 28: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung. 144
Abbildung 29: Kategorien der Hauptkategorie Vorbereitung. 145
Abbildung 30: Kategorien der Auswertungsfrage III. 146
Abbildung 31: Kategorien der Auswertungsfrage IV. 149
Abbildung 32: Hauptkategorien der Auswertungsfrage V. 151
Abbildung 33: Kategorien der Hauptkategorie Förderfaktoren. 151
Abbildung 34: Kategorien der Hauptkategorie Barrieren. 153
Abbildung 35: Kategorien der Auswertungsfrage VI. 155
Abbildung 36: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen. 155
Abbildung 37: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 157
Abbildung 38: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen. 159
Abbildung 39: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in. 160
Abbildung 40: Kategorien der Hauptkategorien Elternbeteiligung. 160
Abbildung 41: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education. 161
Abbildung 42: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I. 163

Abbildung 43: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen. 163
Abbildung 44: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen. 164
Abbildung 45: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen. 165
Abbildung 46: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen. 165
Abbildung 47: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II. 166
Abbildung 48: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen. 167
Abbildung 49: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen. 167
Abbildung 50: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung. 168
Abbildung 51: Hauptkategorien der Auswertungsfrage III. 169
Abbildung 52: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen. 169
Abbildung 53: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 170
Abbildung 54: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen. 171
Abbildung 55: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in. 172
Abbildung 56: Kategorien der Hauptkategorie Elternbeteiligung. 172
Abbildung 57: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education. 173
Abbildung 58: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I. 175
Abbildung 59: Kategorien der Hauptkategorie Psychische Belastungen. 175
Abbildung 60: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Belastungen. 176
Abbildung 61: Kategorien der Hauptkategorie Schulische Belastungen. 177
Abbildung 62: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II. 178
Abbildung 63: Kategorien der Hauptkategorie Personale Ressourcen. 178
Abbildung 64: Kategorien der Hauptkategorie Soziale Ressourcen. 179
Abbildung 65: Kategorien der Hauptkategorie Stressverarbeitung. 180
Abbildung 66: Kategorien der Hauptkategorie Schule. 181
Abbildung 67: Hauptkategorien der Auswertungsfrage III. 182
Abbildung 68: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen. 183
Abbildung 69: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 184
Abbildung 70: Kategorien der Hauptkategorie Zeitlicher Rahmen. 185

Abbildung 71: Kategorien der Hauptkategorie Trainer*in. 185
Abbildung 72: Kategorien der Hauptkategorie Elternbeteiligung. 186
Abbildung 73: Kategorien der Hauptkategorie Peer Education. 186
Abbildung 74: Ziele des Gesundheitsförderungsprogramms „Schulwechsel Ahoi“. 222
Abbildung 75: Zeitlicher Ablauf des Programms im 4. Schuljahr. 225
Abbildung 76: Zeitlicher Ablauf des Programms im 5. Schuljahr. 226
Abbildung 77: Inhalte des Gesundheitsförderungsprogramms „Schulwechsel Ahoi“. 227
Abbildung 78: Moderatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Präventionsprogrammen nach Weare und Nind, 2011 (entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 4). 228
Abbildung 79: Fragestellung Teilstudie II. 234
Abbildung 80: Hauptkategorien Auswertungsfrage I. 237
Abbildung 81: Kategorien der Hauptkategorie Rahmenbedingungen. 237
Abbildung 82: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 239
Abbildung 83: Kategorien der Auswertungsfrage II. 240
Abbildung 84: Kategorien der Auswertungsfrage III. 241
Abbildung 85: Fragestellungen Teilstudie 3a. 246
Abbildung 86: Fragestellungen Teilstudie 3b. 247
Abbildung 87: Fragestellungen Teilstudie 3c. 247
Abbildung 88: Fragestellungen Teilstudie 3d. 247
Abbildung 89: Struktur des SEMOlino Version III. 261
Abbildung 90: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I. 261
Abbildung 91: Kategorien der Hauptkategorie Umfang. 262
Abbildung 92: Kategorien der Hauptkategorie Instruktion. 262
Abbildung 93: Kategorien der Hauptkategorie Beispiele. 264
Abbildung 94: Kategorien der Hauptkategorie Itemstamm. 265
Abbildung 95: Kategorien der Hauptkategorie Antwortskalierung. 266
Abbildung 96: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II. 267
Abbildung 97: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 267

Abbildung 98: Kategorien der Hauptkategorie Konstrukt. 270
Abbildung 99: Kategorien der Hauptkategorie Verständlichkeit. 272
Abbildung 100: Kategorien der Auswertungsfrage III. 274
Abbildung 102: Struktur des SEMOlino Version IV. 277
Abbildung 102: Hauptkategorien der Auswertungsfrage I. 278
Abbildung 103: Kategorien der Hauptkategorie Umfang. 278
Abbildung 104: Kategorien der Hauptkategorie Instruktion. 278
Abbildung 105: Kategorien der Hauptkategorie Beispiele. 279
Abbildung 106: Kategorien der Hauptkategorie Itemstamm. 280
Abbildung 107: Hauptkategorien der Auswertungsfrage II. 281
Abbildung 108: Kategorien der Hauptkategorie Inhalte. 281
Abbildung 109: Kategorien der Hauptkategorie Konstrukt. 283
Abbildung 110: Kategorien der Hauptkategorie Verständlichkeit. 284
Abbildung 111: Struktur des SEMOlino Version V. 286
Abbildung 112: Struktur des SEMOlino Version VI. 294
Abbildung 113: Verlauf der Fragebogenentwicklung. 296
Abbildung 114: Struktur des SEMOlino Version V. 304
Abbildung 115: Struktur des SEMOlino Version VI. 308
Abbildung 116: a. Whole School Approach (vgl. Goldberg et al., 2019). b Gesundheitsfördernde Schule und gute gesunde Schule (vgl. Dadaczynski & Hering, 2021; entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 4). 316
Abbildung 117: Komponenten der Förderung mentaler Gesundheitskompetenz (vgl. Kutcher et al., 2016; entnommen aus Edelmann et al., 2022, S. 3). 317
Abbildung 118: Sozial-emotionale Kompetenzen und Schulerfolg (entnommen aus Wiedebusch, 2008, S. 139). 320
Abbildung 119: Prisma-Modell des sozial-emotionalen Lernens. Modifiziert nach Payton et al. (2000) und Rose-Krasnor (1997) (entnommen aus Denham et al., 2014, S. 428). 322
Abbildung 120: Kernbotschaften des Promotionsvorhabens. 324

Abbildung 121: Einordnung des Programmentwicklungsprozesses in den Public Health Action Cycle. 340
Abbildung 122: Präventionskette (entnommen aus Richter-Kornweitz et al., 2018, S.810). 342
Abbildung 123: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen. 351
Abbildung 124: Zusammenwirken von Verhaltens- und Verhältnisprävention in Transitionsprozessen. 355

Anhang A2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verbindlichkeit der Übergangsempfehlung (modifiziert nach Bellenberg, 2018, S. 47). 17

Tabelle 2: Differenzierung der drei Arten primärer Bewertung (Lazarus & Launier, 1981; entnommen aus Hampel & Petermann, 2017, S. 21). 23

Tabelle 3: Stressbewältigungsstrategien nach Compas et al., 2001, Conner-Smith und Flachsbart, 2007; Skinner et al., 2003 (entnommen aus Kohlmann & Eschenbeck, 2018, S.53). 33

Tabelle 4: Realisierungsformen der schulischen Gesundheitsförderung (entnommen aus Paulus, 2022, S.742). 40

Tabelle 5: Handlungsfelder (innen) und Prinzipien (außen) der Gesundheitsfördernden Schule (entnommen aus Dadaczynski, Paulus et al., 2015, S. 203). 43

Tabelle 6: Subtests des FEEL-KJ. 74

Tabelle 7:Subtests der SEN. 75

Tabelle 8: Subtests der VSK. 75

Tabelle 9: Prinzipien qualitativen und quantitativen Forschens (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013, S. 190). 87

Tabelle 10: Grundformen des Interpretierens nach Mayring (entnommen aus Mayring, 2022, S.66). 118

Tabelle 11: Analyseeinheiten der vorliegenden Studie. 119

Tabelle 12: Antwortskalierung und Codierung des SEMOlino. 122

Tabelle 13: Grenzwerte des Reliabilitätskoeffizienten (Weise, 1975, S. 219). 123

Tabelle 14: Zentrale Beurteilungskriterien bei der Faktorenanalyse. 124

Tabelle 15: Ursprünglich geplantes Sample. 126

Tabelle 16: Endgültig umgesetztes Sample. 127

Tabelle 17: Stichprobe der Lehrer*innen. 128

Tabelle 18: Stichprobe der Expert*innen. 129

Tabelle 19: Stichprobe der Eltern. 130

Tabelle 20: Stichprobe der Schüler*innen.....130
Tabelle 21: Inhaltsanalytische Regeln Hauptfragestellung.....132
Tabelle 22: Inhaltsanalytische Regeln Nebenfragestellung I.....133
Tabelle 23: Inhaltsanalytische Regeln Nebenfragestellung II.....134
Tabelle 24: Gegenüberstellung der Ergebnisse der Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Belastungen.....206
Tabelle 25: Gegenüberstellung der Ergebnisse Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Ressourcen.....209
Tabelle 26: Gegenüberstellung der Ergebnisse der Expert*innen, Eltern und Schüler*innen für die Programmentwicklung.....212
Tabelle 27: Allgemeiner Ablauf der Trainingssitzungen.....224
Tabelle 28: Sample der Teilstudie II.....235
Tabelle 29: Stichprobe Teilstudie 3a.....248
Tabelle 30: Stichprobe Teilstudie 3b Primarstufe.....249
Tabelle 31: Stichprobe Teilstudie 3b Online-Stichprobe.....249
Tabelle 32: Stichprobe Teilstudie 3b Sekundarstufe.....250
Tabelle 33: Zusammengeführte Stichprobe Teilstudie 3b.....250
Tabelle 34: Stichprobe Expert*innen Teilstudie 3c.....251
Tabelle 35: Zustimmung und Ablehnung der Teilnahme an der Teilstudie 3d.....252
Tabelle 36: Zusammengeführte Stichprobe Teilstudie 3d.....252
Tabelle 37: Stichprobe Teilstudie 3d Österreich.....253
Tabelle 38: Gesamtstichprobe Teilstudie 3d.....253
Tabelle 39: Inhaltsanalytische Regeln Teilstudie 3c.....254
Tabelle 40: Item- und Subteststatistiken der Subtests des SEMOlino Version II für die Primarstufe (modifiziert nach Staden, 2021, S. 48-54).....257
Tabelle 41: Item- und Subteststatistiken der Subtests des SEMOlino Version II für die Sekundarstufe.....258
Tabelle 42: Rotierte Komponentenmatrix Sekundärtest „Soziale Unterstützung“.....291

Tabelle 43: Rotierte Komponentenmatrix Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz selbst“ nach der Eliminierung.....292
Tabelle 44: Rotierte Komponenten Matrix Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz fremd“ 293
Tabelle 45: Einordnung der Subtests des SEMOlino in das Modell nach Denham et al. (2014). 323

Anhang A3 Kastenverzeichnis

Kasten 1: Stressdefinition nach Lazarus und Folkman (1986, S. 63). 22

Kasten 2: Definition Stressbewältigung nach Lazarus und Folkman (1984, S.141; Übersetzung nach Faltermaier, 2017; S. 95). 24

Kasten 3: Stressoren nach Antonovsky (1997, S.72). 29

Kasten 4: Definition Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997, S.16). 30

Kasten 5: Definition Gesundheitsförderung nach Kolip (2020, S. 686). 35

Kasten 6: Definition schulische Gesundheitsförderung. 38

Kasten 7: Allgemeine Grundsätze der KMK (entnommen aus KMK, 2012, S. 3–4). 39

Kasten 8: Merkmale effektiver Programme zur schulischen Gesundheitsförderung nach Mittag und Bieg (2009, S. 340). 55

Kasten 9: Definition sozialer Unterstützung. 70

Kasten 10: Definition Mixed Methods (entnommen aus Schreier & Odağ, 2020, S. 159). 87

Kasten 11: Funktionen des Mixed-Methods-Ansatzes (Creswell, 2014, S.225; Lamnek, 2010, S.264; Mayring, 2007, S. 28f.). 88

Kasten 12: Funktionen des Leitfadens nach Misoch (2019, S. 66). 90

Kasten 13: Kriterien zur Entwicklung der Leitfäden nach Helfferich (2011, S.180). 95

Kasten 14: Itemstamm der Version I des SEMOlino. 108

Kasten 15: Antwortskalierung des SEMOlino. 111

Kasten 16: Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (modifiziert nach Mayring, 2022, S. 49-53). 117

Kasten 17: Definition der Analyseeinheiten der qualitativen Inhaltsanalyse (entnommen aus Mayring, 2022, S. 60). 119

Kasten 18: Fazit Auswertungsfrage I. 141

Kasten 19: Fazit Auswertungsfrage II. 146

Kasten 20: Fazit Auswertungsfrage III. 148

Kasten 21: Fazit Auswertungsfrage IV. 150

Kasten 22: Fazit Auswertungsfrage IV „Bedarfe“ 150

Kasten 23: Fazit der Auswertungsfrage IV. 154
Kasten 24: Fazit Auswertungsfrage VI „Programmentwicklung“. 162
Kasten 25: Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“. 166
Kasten 26: Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“ 168
Kasten 27: Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“ 174
Kasten 28: Fazit Auswertungsfrage I „Belastungen“ 178
Kasten 29: Fazit Auswertungsfrage II „Ressourcen“. 182
Kasten 30: Fazit Auswertungsfrage III „Programmentwicklung“ 187
Kasten 31: Kernbotschaft Belastungen. 189
Kasten 32: Kernbotschaft Ressourcen. 192
Kasten 33: Kernbotschaft Schulische Gesundheitsförderung. 194
Kasten 34: Kernbotschaft Förderfaktoren und Barrieren. 197
Kasten 35: Kernbotschaft Programmentwicklung. 205
Kasten 36: Fazit Auswertungsfrage I. 239
Kasten 37: Fazit Auswertungsfrage II. 241
Kasten 38: Fazit Auswertungsfrage III. 242
Kasten 39: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version II. 256
Kasten 40: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version III. 260
Kasten 41: Fazit Auswertungsfrage I. 267
Kasten 42: Fazit Auswertungsfrage II. 273
Kasten 43: Fazit Auswertungsfrage III „Anwendbares Messinstrument“. 276
Kasten 44: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version IV. 276
Kasten 45: Fazit Auswertungsfrage I „Aufbau“ 281
Kasten 46: Fazit Auswertungsfrage II „Konstrukt“ 285
Kasten 47: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version V. 285
Kasten 48: Fazit Vergleich der Stichproben Deutschland und Österreich. 288
Kasten 49: Zwischenfazit Fragebogenentwicklung Version VI. 294

Anhang B Teilstudie I

Anhang B1 Elterninformation Teilstudie I

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Flensburg, den 23. Januar 2020

Liebe Schüler*innen und liebe Eltern,

im Rahmen der Doktorarbeit von Frau Carmen Schumacher würden wir gerne Gespräche mit Schüler*innen in der 4. Klasse zu ihrer Gesundheit und dem gemeinsamen Lernen in der Schule führen. Hierzu suchen wir **Schüler*innen der 4. Klasse** sowie deren **Eltern,** die bereit sind, freiwillig ein ca. 45-minütiges Gespräch mit uns zu führen. Dabei geht es um die Erfahrungen vor dem Übergang in die 5. Klasse, um das gemeinsame Lernen sowie Wünsche zur Gesundheitsförderung in der Schule.

* Ziel der Befragung/Gespräche

Ziel der Gespräche ist es, anhand der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen und Eltern ein maßgeschneidertes Gesundheitsförderungsprogramm zu entwickeln, das die Schüler*innen zukünftig beim Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule noch besser unterstützt. Dabei ist es uns wichtig, dass alle Kinder gemeinsam gesund lernen können.

* Ablauf der Befragung/Gespräche

Die Gespräche werden von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Europa-Universität Flensburg Frau Carmen Schumacher während oder nach der Unterrichtszeit geführt. Dabei sind keine Lehrer*innen anwesend und es wird ein Gesprächsleitfaden verwendet. Die Gespräche werden aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Sollten sich mehr Freiwillige finden, als wir zunächst für die Studie benötigen, werden wir aus wissenschaftlichen Gründen eine Auswahl treffen und bitten um Ihr Verständnis.

Wichtige Hinweise:

- *Während des Gesprächs ist **keine Lehrperson anwesend**!*
- *Es werden **keine Adressen** von Ihnen erhoben!*
- *Es werden **keine Daten an die Schule** weitergegeben!*
- *Die Daten werden **nicht personenbezogen** aufbereitet (jedes Gespräch bekommt eine Kennnummer; die Abschnitte mit dem Einverständnis werden in einem verschlossenen Stahlschrank in der Universität getrennt von den verschriftlichten Gesprächen aufbewahrt) und nach Abschluss der Studie **vernichtet**!*

Wir hoffen, dass wir Sie gut informiert haben. Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen! Frau Carmen Schumacher (M.A.), steht Ihnen unter folgender **Telefonnummer (0461/805-2421)** oder per Mail unter **carmen.schumacher@uni-flensburg.de** jederzeit für Fragen zur Verfügung.

Wir möchten uns schon jetzt bei allen Schüler*innen und Eltern für die Unterstützung bedanken.

---

*(Diesen Abschnitt bitte ausgefüllt bis zum **XX.XX.2020** an die Klassenlehrer*in zurückgeben!)*

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes und mit der Datennutzung

einverstanden ◯ **nicht** einverstanden ◯

_____ _____

Nachname des Kindes (in Druckbuchstaben) Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ich möchte an der Befragung teilnehmen

ja ◯ **nein** ◯

_____ _____

Nachname des Elternteils (in Druckbuchstaben) Unterschrift des Elternteils

Anhang B2 Zustimmungserklärung Interviews

Europa- Universität Flensburg
Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg
carmen.schumacher@uni-flensburg.de

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Zustimmungserklärung

für die Teilnahme an der Befragung „Bedarfsanalyse zur schulischen Gesundheitsförderung"
an der XX-Schule Flensburg.

Liebe Teilnehmer*innen,
danke für die Teilnahme an dieser Befragung. Es wird nun ein Interview durchgeführt. Die Daten werden mit einem Aufnahmegerät digital aufgezeichnet. Die erhobenen Daten werden anonym ausgewertet, sodass kein Rückschluss auf die Interviewteilnehmer*innen möglich ist. Nach Abschluss der Studie werden die Aufnahmen vernichtet.
Mithilfe der Daten soll der Frage nachgegangen werden, wie durch schulische Gesundheitsförderung der Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe I begleitet werden kann.
Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig.

Ich bin über die Studie informiert. Ich habe die schriftliche Information gelesen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen über die Studie zu stellen. Ich habe das Recht die Teilnahme an dieser Studie jederzeit zu widerrufen, ohne Angabe von Gründen.

Ich stimme meiner Teilnahme an dieser Studie zu.

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

_____

Ergebnisse der Studie

Ich möchten nach Abschluss der Studie über die Ergebnisse informiert werden.

Email: _____

Adresse: _____

Anhang B3 Leitfäden Teilstudie I

Leitfaden Bedarfsanalyse Expert*innen

Einstieg

- Wie würden Sie die Übergangssituation von der Grundschule in die Sekundarstufe I beschreiben?

Belastungen

- Inwiefern entstehen bei den Schüler*innen Belastungen aufgrund des Übergangs in die
  5. Klasse?
- Welche Belastungen erleben Schüler*innen vor/nach dem Übergang in die 5. Klasse?
  - Welche Situationen (in der Schule) werden von den Schüler*innen vor und nach dem Übergang als belastend erlebt und wie äußert sich dies?

Ressourcen/Stressverarbeitung

- Welche Ressourcen unterstützen Kinder beim Übergang von der 4. in die 5. Klasse?
- Inwieweit kann die Übergangserfahrung eine Ressource für die Kinder sein?
- Inwiefern stellt soziale Unterstützung für die Schüler*innen eine Ressource dar?
  - Wie ist das Klassenklima?
  - Inwiefern unterstützen sich die Kinder gegenseitig?
  - Inwieweit wird die soziale Kompetenz der Kinder gefördert?
- Welche Stressbewältigungsstrategien werden von den Kindern angewendet, um die Herausforderungen des Übergangs zu bewältigen/verarbeiten?

Schulische Gesundheitsförderung

- Wie wird die (psychische) Gesundheit der Schüler*innen derzeit in der 4. bzw. 5. Klasse vor dem Hintergrund des Übergangs gefördert?
- Inwiefern trägt ein inklusives Setting zur Förderung der Gesundheit aller Kinder bei?
- Inwieweit besteht aus Ihrer Sicht beim Übergang von der 4. in die 5. Klasse ein Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Kinder?
- Wie kann schulische Gesundheitsförderung insbesondere vor dem Hintergrund des Übergangs gut umgesetzt werden und was wird dafür benötigt?
- Was sind Barrieren bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Unterstützung des Übergangs?

Aufbau/Elemente des zukünftigen Programms

- Wie würden Sie sich ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung des Übergangs in die Sekundarstufe I vorstellen?
- Wie sollte das Programm aufgebaut sein, um eine möglichst gute Umsetzbarkeit zu erreichen? (z.B. modularisiert)
- Welchen zeitlichen Rahmen sollte ein solches schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm umfassen?
  - Wie lang sollten die Trainingssitzungen sein und in welchem Rhythmus sollten diese stattfinden (z.B. wöchentlich)?
  - Wie lang sollte der gesamte Interventionszeitraum sein?
  - Wie könnten die Maßnahmen in die Unterrichtszeit integriert werden?

- Wer sollte aus Ihrer Sicht das Training durchführen und warum?

- Welche Aspekte/Inhalte (z.B. Stressbewältigungsstrategien, soziale Kompetenz etc.) sollten im Hinblick auf den Übergang besonders berücksichtigt werden und warum?

- Wie könnte sich die Integration eines Peer-Education-Ansatzes (Ausbildung von Multiplikatoren) auf die Intervention auswirken?
    - Was könnten Herausforderungen/Barrieren bei der Umsetzung sein?

- Wie sollte die Differenzierung des Materials gestaltet sein?
    - Inwieweit sollte das Material dem Trainer die Möglichkeit geben, es individuell an die Bedürfnisse der Kinder anzupassen?
    - Inwiefern sollte das Material Differenzierungsmöglichkeiten vorgeben?

- Wie sollten aus Ihrer Sicht die Lehrer*innen und Eltern in die Intervention einbezogen werden?

Konzepterweiterung Schulgesundheitsfachkräfte

- Wie kann aus Ihrer Sicht das Konzept der Schulgesundheitsfachkräfte auf die weiterführende Schule ausgeweitet werden?
    - Wo sehen Sie die Vorteile der Konzepterweiterung und was könnten eventuelle Barrieren sein?
- Wo sehen Sie an Ihrer Schule einen konkreten Bedarf an einer Schulgesundheitsfachkraft?
- Wie könnten aus Ihrer Sicht die Schulgesundheitsfachkräfte den Übergang unterstützen/begleiten?

Abschluss

- Welche Aspekte wurden evtl. nicht berücksichtigt, die Ihnen wichtig sind?
- Was würden Sie sich für die Zukunft an Unterstützungsmöglichkeiten wünschen, um allen Kindern einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I zu ermöglichen?

Leitfaden Bedürfnisanalyse 4. Klasse

Einstieg

- Was kannst Du ganz besonders gut? Was mögen Deine Freunde an Dir?
  Ressourcenblume zusammen bearbeiten
- Wie geht's Dir in der Schule?
- Erzählimpuls
  - Du bist ja schon in der 4. Klasse und nach den Sommerferien wirst Du auf eine andere Schule gehen. Wie geht's Dir damit, wenn Du daran denkst? Erzähl mir doch mal, wie Du Dir das in der neuen Schule so vorstellst.

Belastungen

- *Du hast mir gerade erzählt, wie Du es Dir in der neuen Schule vorstellst. Gibt es da auch Dinge, die für Dich schwierig sind oder die Dir Angst machen?* Wenn ja, was ist da auch manchmal schwierig für Dich?

Ressourcen/Stressverarbeitung

- Was gefällt Dir hier in der Grundschule ganz besonders gut?
- Was machst Du, wenn Du an die neue Schule denkst und es Dir damit nicht so gut geht/ Du Stress hast?
- Wer kann Dir helfen, wenn es Dir nicht so gut geht oder Du Stress hast?
- Wie können Deine Klasse/Deine Mitschüler Dich unterstützen, wenn Du Stress hast?
- *Du hast erzählt, dass Du super in XY bist,* wie fühlt es sich für Dich an, wenn Du anderen Kindern in Deiner Klasse dabei hilfst?

Aufbau/Elemente des zukünftigen Trainings

- Wie würde Dir ein „Gesundheits-Training" gefallen?
  - Wie müsste das Training sein, damit Du gerne mitmachst?
  - Wie sollte das Training nicht sein?
- Wer sollte das Training am besten leiten? Z.B. Deine Lehrer*innen oder lieber eine andere Person?
- Wie wäre es für Dich, wenn Du selbst als „Gesundheitsexperte" (vorher erklären) Deinen Mitschülern hilfst, besser mit Stress umzugehen?
- Was glaubst Du, wie viele Minuten schafft ihr es beim Gesundheits-Training mitzumachen? (Wie lange sollte so ein Gesundheits-Training dauern?)
- Wie würdest Du es finden, wenn Deine Eltern auch in manchen Stunden an dem Training teilnehmen?

Abschluss

- Habe ich noch etwas vergessen Dich zu fragen, was Du aber noch sagen möchtest?
- Was würdest Du Dir wünschen, damit der Wechsel in die neue Schule für Dich leichter ist?

Leitfaden Bedürfnisanalyse 5. Klasse

Einstieg

- Was kannst Du ganz besonders gut? Was mögen Deine Freunde an Dir?
  Ressourcenblume gemeinsam bearbeiten
- Wie geht's Dir in der Schule?
- Erzählimpuls
  - Du bist ja gerade in die 5. Klasse und auf eine neue Schule gekommen. Wie geht's Dir jetzt hier an der neuen Schule?

Belastungen

- *Du hast mir gerade erzählt, wie es Dir in der neuen Schule geht. Gibt es da auch Dinge, die für Dich schwierig sind oder die Dir Angst machen?* Wenn ja, was ist da auch manchmal schwierig für Dich?

Ressourcen/Stressverarbeitung

- Was gefällt Dir hier in der neuen Schule ganz besonders gut?
- Was machst Du, wenn es Dir in der neuen Schule nicht so gut geht/ Du Stress hast?
- Wer kann Dir helfen, wenn es Dir nicht so gut geht oder Du Stress hast?
- Wie können Deine Klasse/Deine Mitschüler Dich unterstützen, wenn Du Stress hast?
- *Du hast erzählt, dass Du super in XY bist,* wie fühlt es sich für Dich an, wenn Du anderen Kindern in Deiner Klasse dabei hilfst?

Aufbau/Elemente des zukünftigen Trainings

- Wie würde Dir ein „Gesundheits-Training" gefallen?
  - Wie müsste das Training sein, damit Du gerne mitmachst?
  - Wie sollte das Training nicht sein?
- Wer sollte das Training am besten leiten? Z.B. Deine Lehrer*innen oder lieber eine andere Person?
- Wie wäre es für Dich, wenn Du selbst als „Gesundheitsexperte" (vorher erklären) Deinen Mitschülern hilfst, besser mit Stress umzugehen?
- Was glaubst Du, wie viele Minuten schafft ihr es beim Gesundheits-Training mitzumachen? (Wie lange sollte so ein Gesundheits-Training dauern?)
- Wie würdest Du es finden, wenn Deine Eltern auch in manchen Stunden an dem Training teilnehmen?

Abschluss

- Habe ich noch etwas vergessen Dich zu fragen, was Du aber noch sagen möchtest?
- Was würdest Du Dir wünschen, damit es Dir in der neuen Schule noch besser geht?

Leitfaden Bedarfs 4. Klasse Eltern

Einstieg

- Wie geht es Ihrem Kind momentan in der Schule und was sind aus Ihrer Sicht die Stärken Ihres Kindes?
- Ihr Kind wird nach den Sommerferien auf eine weiterführende Schule gehen. Wie geht es Ihnen, wenn Sie daran denken? Wie geht es aus Ihrer Sicht Ihrem Kind bei dem Gedanken an den Schulwechsel?

Belastungen

- *Sie haben gerade erzählt, wie es Ihnen und Ihrem Kind mit dem bevorstehenden Schulwechsel geht.* Was könnte aus Ihrer Sicht schwierig werden oder Ängste bei Ihrem Kind auslösen?

Ressourcen/Stressverarbeitung

- Was gefällt Ihrem Kind in der Grundschule ganz besonders gut?
- Was macht Ihr Kind, wenn es an die neue Schule denkt (oder in der Familie darüber gesprochen wird) und es ihm damit nicht so gut geht/es Stress hat?
- Was könnte Ihrem Kind helfen, wenn es ihm in Bezug auf den Schulwechsel nicht so gut geht oder es Stress hat?
- Wie könnten Sie ihr Kind unterstützen, wenn es Stress hat?

Aufbau/Elemente des zukünftigen Trainings

- Wie würde Ihnen ein „Gesundheits-Training“ in der Schule gefallen, was ihr Kind beim Übergang in die neue Schule unterstützt?
    - Was wären aus Ihrer Sicht Vor- und Nachteile?
    - Wie müsste das Training sein, damit ihr Kind gerne mitmacht?
    - Wie sollte das Training nicht sein?
- Wer sollte das Training am besten leiten? Z.B. die Lehrer*innen oder lieber eine andere Person?
- Wie wäre es aus Ihrer Sicht für Ihr Kind, wenn es selbst als „Gesundheitsexperte“ (vorher erklären) seinen Mitschülern hilfst, besser mit Stress umzugehen?
- Was glauben Sie, wie viele Minuten schafft Ihr Kind es beim Gesundheits-Training mitzumachen? (Wie lange sollte so ein Gesundheits-Training dauern?)
- Wie würden Sie es finden, wenn Sie auch in manchen Stunden an dem Training teilnehmen würden?

Abschluss

- Habe ich noch etwas vergessen Sie zu fragen, was Sie aber noch sagen möchten?
- Was würden Sie sich wünschen, damit der Wechsel in die neue Schule für alle leichter ist?

Leitfaden Bedarfsanalyse 5. Klasse Eltern

Einstieg

- Wie geht es Ihrem Kind momentan in der Schule und was sind aus Ihrer Sicht die Stärken Ihres Kindes?
- Was hat sich seit dem Wechsel auf die neue Schule verändert?

Belastungen

- Sie haben gerade erzählt, wie es Ihrem Kind nach dem Schulwechsel geht und was sich verändert hat. Was ist seit dem Schulwechsel bei Ihrem Kind vielleicht schwieriger oder löst Ängste aus?

Ressourcen/Stressverarbeitung

- Was gefällt Ihrem Kind in der neuen Schule ganz besonders gut?
- Was macht Ihr Kind, wenn es an ihm an der neuen Schule nicht so gut geht/ es Stress hat?
- Was könnte Ihrem Kind helfen, wenn es ihm an der neuen Schule nicht so gut geht oder es Stress hat?
- Wie könnten Sie ihr Kind unterstützen, wenn es Stress hat?

Aufbau/Elemente des zukünftigen Trainings

- Wie würde Ihnen ein „Gesundheits-Training“ in der Schule gefallen, was ihr Kind nach dem Übergang in die neue Schule unterstützt?
    - Was wären aus Ihrer Sicht Vor- und Nachteile?
    - Wie müsste das Training sein, damit ihr Kind gerne mitmacht?
    - Wie sollte das Training nicht sein?
- Wer sollte das Training am besten leiten? Z.B. die Lehrer*innen oder lieber eine andere Person?
- Wie wäre es aus Ihrer Sicht für Ihr Kind, wenn es selbst als „Gesundheitsexperte“ (vorher erklären) seinen Mitschülern hilfst, besser mit Stress umzugehen?
- Was glauben Sie, wie viele Minuten schafft Ihr Kind es beim Gesundheits-Training mitzumachen? (Wie lange sollte so ein Gesundheits-Training dauern?)
- Wie würden Sie es finden, wenn Sie auch in manchen Stunden an dem Training teilnehmen würden?

Abschluss

- Habe ich noch etwas vergessen Sie zu fragen, was Sie aber noch sagen möchten?
- Was würden Sie sich wünschen, damit es Ihrem Kind in der neuen Schule noch besser geht?

Anhang B4 Interviewprotokoll

Interviewprotokoll

Datum des Interviews:

Wie oder wodurch ist der Kontakt mit der Befragten zu Stande gekommen?

Wie lange hat das Interview gedauert?

Wo hat das Interview stattgefunden?

Wie ist der spontane Eindruck der Person zu beschreiben?

Wie war die Atmosphäre während des Interviews?

Besonderheiten (z.B. Störungen, Brüche):

Anhang C Teilstudie II

Leitfaden Teilstudie II Expert*innen

Fragestellung

Wie bewerten die Experten das Gesundheitsförderungsprogramm für die Übergangsphase von der Primar- in die Sekundarstufe I?

- Wie beurteilen Sie das Gesamtkonzept des Gesundheitsförderungsprogrammes?
    - Wie ist Ihr erster Eindruck von dem Programm?
- Wie bewerten Sie die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprogramms?
    - Zeitlicher Rahmen?
    - Elternbeteiligung?
- Wie beurteilen Sie die Auswahl der Module/Inhalte des Gesundheitsförderungsprogrammes?
    - Welche Inhalte würden Sie noch hinzufügen?
- Wie würden Sie das Gesundheitsförderungsprogramm in Ihrer Schule umsetzen?
- Wie bewerten Sie die Integrierbarkeit der Inhalte in den Schulalltag?
    - Wie ließe sich das Konzept aus Ihrer Sicht gut in den Schulalltag integrieren?
    - Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit in der Schule?
- Was würden Sie grundsätzlich an dem Programm noch verändern oder ergänzen?
- Wo ergeben sich aus Ihrer Sicht Herausforderungen/Barrieren?
    - Wie könnten diese Barrieren überwunden werden?
- Gibt es etwas, dass wir bei der Konzeption noch vergessen haben?
- Was wünschen Sie sich für die Zukunft, um allen Kindern einen erfolgreichen Übergang in die Sekundarstufe I zu ermöglichen?

Anhang D Teilstudie III

Anhang D1 Teilstudie 3a

Leitfaden zur Verständlichkeitsprüfung des Fragebogens

Item	Verständ-lichkeit		Wenn nein, was war unverständlich?	Änderungsvor-schläge
Wenn ich Probleme habe, …	Ja	Nein		
1.) … gibt es andere Kinder und Jugendliche, die mich gern mögen.				
2.) … kann ich mich auf andere Kinder oder Jugendliche immer verlassen.				

Anhang D2 Teilstudie 3b Elterninformation Grundschule

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Flensburg, den 19. Oktober 2020

Liebe Schüler*innen und liebe Eltern,

im Rahmen der Doktorarbeit von Frau Carmen Schumacher und der Masterarbeit von Frau Ronja Staden, würden wir gerne einen Fragebogen zu den sozialen und emotionalen Kompetenzen von Schüler*innen der 3. bis 6. Klasse entwickeln. Hierzu suchen wir **Schüler*innen der 3. bis 6. Klasse,** die bereit sind, **freiwillig** den Fragebogen auszufüllen. Dabei wird in dem Fragebogen z.B. abgefragt, wie die Schüler*innen mit schwierigen Situationen umgehen und ob sie beispielweise die Hilfe von Mitschüler*innen bei der Lösung des Problems in Anspruch nehmen.

*** Ziel der Befragung**

Im Rahmen der Studie soll ein **Fragebogen entwickelt** werden, der sich mit der sozial-emotionalen Kompetenz der Schüler*innen befasst. Dabei ist es nach einer ersten Testphase wichtig festzustellen, wo Änderungen vorgenommen werden müssen, um am Ende der Studie einen zuverlässigen Fragenbogen zu haben.

*** Ablauf der Befragung**

Die Befragung wird von Mitarbeiterinnen der Europa-Universität Flensburg unter der Anleitung von Frau Carmen Schumacher während der Unterrichtszeit durchgeführt. Die Befragung dauert **maximal 45 Minuten** und es sind keine Lehrer*innen anwesend. Der Befragungszeitpunkt ist voraussichtlich **nach den Herbstferien** (November 2020).

Wichtige Hinweise:

- *Während der Befragung ist keine Lehrkraft anwesend!*
- *Es werden keine Adressen von Ihnen erhoben!*
- *Es werden keine Daten an die Schule weitergegeben!*
- *Die Daten werden nicht personenbezogen aufbereitet (jeder Fragebogen bekommt eine Kennnummer; die Abschnitte mit dem Einverständnis werden in einem verschlossenen Stahlschrank in der Universität getrennt von den Fragebogen aufbewahrt) und nach Abschluss der Studie vernichtet!*

Wir hoffen, dass wir Sie gut informiert haben. Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen! Das Team der Befragung, Frau Ronja Staden (**ronja.staden@studierende.uni-flensburg.de**) und Frau Carmen Schumacher (M.A.), stehen Ihnen unter folgender Telefonnummer **(0461/805-2421)** oder per Mail unter **carmen.schumacher@uni-flensburg.de** jederzeit für Fragen zur Verfügung.

Wir möchten uns schon jetzt bei allen Schüler*innen und Eltern für die Unterstützung bedanken.

---

*(Diesen Abschnitt bitte ausgefüllt bis zum **26.10.2020** an die Klassenlehrer*in zurückgeben!)*

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes und mit der Datennutzung

einverstanden ◯ **nicht** einverstanden ◯

_____ _____

Nachname des Kindes (in Druckbuchstaben) Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Anhang D3 Teilstudie 3b Elterninformation Online-Befragung

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Flensburg, den 01. März 2021

Liebe Schüler*innen und liebe Eltern,

insbesondere im Verlauf der Corona-Pandemie hat sich erneut gezeigt, wie wichtig soziale und emotionale Kompetenzen für Kinder und Jugendliche sind, um mit Stresssituationen umzugehen. Im Rahmen der Doktorarbeit von Frau Carmen Schumacher wurde ein Fragebogen zur Erfassung dieser Kompetenzen entwickelt. Zur Überprüfung des Fragebogens suchen wir **Schüler*innen der 5. und 6. Klasse,** die bereit sind, **freiwillig** den **Online-Fragebogen** auszufüllen. Dabei wird in dem Fragebogen z.B. abgefragt, wie die Schüler*innen mit schwierigen Situationen umgehen und ob sie beispielsweise die Hilfe von Mitschüler*innen bei der Lösung des Problems in Anspruch nehmen.

* Ziel der Befragung

Im Rahmen der Studie wurde ein zuverlässiger **Fragebogen entwickelt**, der sich mit der sozial-emotionalen Kompetenz der Schüler*innen befasst. Allerdings wurde vor der Corona-Pandemie eine Version auf Papier erprobt („Papier-Bleistift-Methode"). Nun ist es erforderlich, eine Online-Version zu erstellen, weil Präsenzerhebungen auf unbestimmte Zeit nicht mehr möglich sind. Dieser Fragebogen dient zukünftig der Messung der Wirksamkeit eines Anti-Stress-Trainings in der Schule.

* Ablauf der Befragung

Die besonderen Umstände der Pandemie erfordern einen anderen Weg der Durchführung, als es normalerweise üblich wäre. Sofern Sie mit der Befragung Ihres Kindes **einverstanden** sind, bestätigen Sie dies auf dem **unteren Abschnitt** und gehen Sie danach, wie auf der nächsten Seite angegeben, vor. Ihr Kind füllt den Online-Fragenbogen zu Hause in Ruhe aus (ca. 15-20 Minuten). Über den folgenden **Link** oder **QR-Code** gelangen Sie zu dem Fragebogen:

https://www02.surveygrid.com/online/FM8M/SCHIFF

Wichtige Hinweise:

- *Es werden alle relevanten **Datenschutzbestimmungen eingehalten**!*
- *Die Studie ist vom Bildungsministerium Schleswig-Holstein **genehmigt!***
- *Es werden **keine Daten an die Schule** weitergegeben!*
- *Die Daten werden **nicht personenbezogen** aufbereitet (jeder Fragebogen bekommt eine Kennnummer; die Abschnitte mit dem Einverständnis werden in einem verschlossenen Stahlschrank in der Universität getrennt von den Fragebogen aufbewahrt) und nach Abschluss der Studie **vernichtet**!*

Bei der Durchführung der Studie, ist Ihre Unterstützung für uns sehr wichtig! Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen! Frau Carmen Schumacher (M.A.), steht Ihnen unter folgender **Telefonnummer (0461/805-2421)** oder per Mail unter **carmen.schumacher@uni-flensburg.de** jederzeit für Fragen zur Verfügung.

Wir möchten uns schon jetzt bei allen Schüler*innen und Eltern für die Unterstützung bedanken!

Diese Seite bitte ausdrucken und danach, wie auf Seite 2 beschrieben, vorgehen!

---

*(Diesen Abschnitt bitte ausgefüllt bis zum **31.03.2021** an die Europa-Universität Flensburg senden!)*

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes und mit der Datennutzung

einverstanden ◯ **nicht** einverstanden ◯

Vor- und Nachname des Kindes (in Druckbuchstaben)

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Europa-Universität Flensburg | Auf dem Campus 1 | 24943 Flensburg

Carmen Schumacher (M.A.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Studienleitung

Besucheranschrift
Auf dem Campus 1
Gebäude OSLO | Raum 542
24943 Flensburg

Tel. +49 461 805 2421
Fax +49 461 805 95 2421
carmen.schumacher@uni-flensburg.de

www.uni-flensburg.de

Verantwortliche Projektleitung:
Prof. Dr. Petra Hampel
petra.hampel@uni-flensburg.de

Flensburg, 1. März 2021

Online-Befragung zur sozial-emotionalen Kompetenz

Liebe Schüler*innen und liebe Eltern,
zunächst einmal vielen herzlichen Dank, dass Sie sich bereiterklärt haben, uns bei unserer Studie zu unterstützen. Ohne Sie, wäre diese Studie nicht möglich!

Bitte beachten Sie beim weiteren Vorgehen die folgenden Hinweise:

- Wenn Sie mit der Befragung **einverstanden** sind, **drucken Sie bitte NUR die erste Seite aus** und füllen den unteren Abschnitt aus. Sollten Sie nicht einverstanden sein, brauchen Sie nichts tun!
- Stecken Sie den Abschnitt in einen **Briefumschlag** und **frankieren** Sie den Brief mit 80 Cent.
- Schreiben Sie bitte Ihre **Adresse NUR auf den Umschlag**.
- Senden Sie den Brief an folgende Adresse:
  Europa-Universität Flensburg
  Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung
  z.H. Frau Carmen Schumacher
  Auf dem Campus 1
  24943 Flensburg
- Lassen Sie Ihr Kind, mit dem **Link auf der ersten Seite,** den Online-Fragebogen ausfüllen **(bis zum 31.03.2021).**
- Nach dem Erhalt des Briefes, übersenden wir Ihnen als **Aufwandsentschädigung einen Blanko-Briefumschlag und eine Briefmarke (1,55 Euro).**
- Wenden Sie sich bitte bei **ALLEN** Fragen zu der Befragung telefonisch (0461 805 2421) oder per Mail (carmen.schumacher@uni-flensburg.de) an Frau Carmen Schumacher. Die Schule kann keine Auskünfte zu der Befragung geben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang D4 Teilstudie 3b Faktorenanalysen

Anfängliche Lösung Primarstufe Sekundärtest „Soziale Unterstützung“

Items	1	2	3	4	5	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2	a_5^2/h^2
MSU_03_t0	**.769**	.348	.136	-.168	.048	.76	.78	.16	.024	-.04	.003
MSU_01_t0	**.752**	.019	.048	.287	.18	.68	.83	.0005	.003	.12	.05
MSU_05_t0	**.749**	.091	-.062	.247	.155	.66	.85	.01	-.01	.09	.04
MSU_02_t0	**.736**	.017	.3	.112	-.016	.65	.83	.0004	.14	.65	.04
MSU_04_t0	**.729**	.222	.022	.186	-.092	.62	.86	.08	.001	.06	-.01
WSU_INS_05_t0	**.56**	**.467**	.111	.31	.006	.64	.49	.34	.02	.15	.0001
WSU_INS_06_t0	**.55**	.114	.044	**.549**	.265	.69	.44	.02	.003	0.44	.102
WSU_EMO_03_t0	**.40**	.328	.222	.331	.243	.49	.33	.22	.10	.22	.12
WSU_INS_03_t0	.237	**.875**	.154	.048	.056	.85	.07	.90	.03	.003	.004
WSU_EMO_05_t0	.065	**.804**	.265	.231	.181	.81	.005	.80	.09	.07	.81
MSU_06_t0	.324	**.675**	.012	.311	-.258	.72	.15	.63	.02	.13	-.09
WSU_EMO_04_t0	.085	**.631**	**.563**	.287	.07	.81	.89	.49	.39	.10	.01
WSU_EMO_02_t0	-.054	.219	**.866**	.053	-.012	.80	-.004	.06	.93	.06	-.0002
WSU_INS_02_t0	.292	.167	**.711**	-.025	.107	.63	.14	.04	.802	-0.001	.02
WSU_INS_01_t0	.191	-.02	**.618**	.421	.018	.60	.06	-.001	.64	.30	.0005
MSU_07_t0	.374	.187	.266	**.745**	-.159	.83	.17	.04	.09	.67	-.03
WSU_INS_04_t0	.204	**.435**	.131	**.667**	.003	.69	.06	.27	.004	.64	.00001
WSU_EMO_06_t0	.142	.387	.055	**.492**	.24	.47	.04	.32	.01	.52	.12
WSU_EMO_07_t0	.193	.01	.039	-.002	**.86**	.78	.05	.0001	.002	-.00005	.95
WSU_EMO_01_t0	-.169	.361	.472	.334	**.484**	.73	-.04	.18	.31	.15	.73
Eigenwert	7.79	2.43	1.43	1.18	1.09						
Varianzaufklärung	38.93	12.14	7.15	5.89	5.44						
∑	69.54										

Anfängliche Lösung Sekundarstufe Sekundärtest „Soziale Unterstützung“

Items	1	2	3	4	5	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2	a_5^2/h^2
MSU_06_t0	**.856**	.109	-.059	.143	-.022	.77	.95	.02	.004	.03	.001
MSU_05_t0	**.808**	.022	.127	.067	.1	.68	.95	.001	.02	.01	.01
WSU_INS_06_t0	**.713**	.126	.324	.039	.191	.67	.76	.02	.16	.002	.05
MSU_07_t0	**.691**	.327	.231	-.133	.237	.71	.67	.15	.08	.02	.08
MSU_04_t0	**.672**	.376	.181	-.045	.009	.63	.72	.22	.05	.003	.0001
MSU_01_t0	**.575**	.131	.326	.336	.105	.58	.57	.03	.18	.20	.02
WSU_INS_03_t0	.141	**.832**	-.028	.139	.045	.73	.03	.94	.001	.03	.003
WSU_EMO_04_t0	.303	**.744**	.301	.003	-.018	.74	.13	.75	.12	.00001	.0004
WSU_EMO_05_t0	.228	**.717**	.206	.33	.157	.74	.07	.69	.06	.15	.03
WSU_EMO_03_t0	.208	**.668**	.135	.286	.221	.64	.07	.70	.03	.13	.08
WSU_INS_02_t0	.068	**.557**	**.428**	-.097	.142	.53	.01	.59	.35	.02	.04
WSU_EMO_06_t0	.015	**.455**	.118	.276	.274	.37	.001	.56	.04	.20	.20
MSU_03_t0	**.442**	.161	**.71**	.216	-.072	.78	.25	.03	.65	.06	.01
WSU_INS_05_t0	.45	.335	**.574**	.214	.045	.69	.29	.16	.48	.07	.003
WSU_INS_04_t0	.405	.365	**.565**	-.042	.1	.63	.26	.21	.51	.003	.02
WSU_EMO_01_t0	.116	.072	-.052	**.832**	.129	.73	.02	.01	.004	.95	.02
WSU_INS_01_t0	-.168	.314	**.489**	**.637**	-.115	.79	.04	.13	.30	.52	.02
WSU_EMO_02_t0	.156	**.441**	.167	**.556**	.103	.57	.04	.34	.05	.55	.02
WSU_EMO_07_t0	.177	.298	-.063	.12	**.834**	.83	.04	.11	.005	.02	.83
MSU_02_t0	.172	.055	**.609**	.092	**.627**	.81	.04	.004	.46	.01	.49
Eigenwert	7.99	2.23	1.28	1.15	1.05						
Varianzaufklärung	39.50	11.12	6.40	5.75	5.26						
∑	68.02										

Anfängliche Lösung Primarstufe Subtest „Selbstregulation“

Items	1	2	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2
SR_04_t0	**.837**	-.198	.74	.95	.05
SR_03_t0	**.773**	.113	.61	.98	.02
SR_02_t0	**.742**	.021	.55	1.0	.001
SR_06_t0	**.463**	.208	.26	.83	.17
SR_01_t0	-.138	**.880**	.79	.02	.98
SR_05_t0	**.482**	**.596**	.59	.40	.60
Eigenwert	2.35	1.19			
Varianzaufklärung	39.17	19.83			
∑	59.00				

Anfängliche Lösung Sekundarstufe Subtest „Selbstregulation“

Items	1	2	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2
SR_05_t0	**.674**	-.036	.46	.99	.002
SR_03_t0	**.656**	.326	.54	.08	.20
SR_04_t0	**.631**	.063	.40	.995	.001
SR_06_t0	**.527**	-.225	.33	.84	.33
SR_01_t0	-.163	**.763**	.61	-.04	.95
SR_02_t0	.166	**.715**	.54	.05	.95
Eigenwert	1.64	1.23			
Varianzaufklärung	27.38	20.43			
∑	47.81				

Anfängliche Lösung Primarstufe Sekundärtest „Empathie/Soziale Orientierung“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMP_SU_05_t0	**.778**	.169	.066	.23	.69	.88	.04	.01	.08
EMP_SU_01_t0	**.709**	.211	.42	.179	.76	.66	.06	.23	.04
EMP_SU_06_t0	**.692**	.21	.164	.197	.59	.81	.07	.05	.07
EMP_EM_04_t0	**.669**	.181	**.484**	.026	.72	.62	.05	.33	.001
EMP_SU_07_t0	**.66**	-.063	.272	**.414**	.68	.64	-.006	.11	.25
EMP_EM_02_t0	**.635**	**.619**	.171	.089	.82	.49	.47	.04	.001
EMP_SU_03_t0	**.549**	.379	.23	.125	.51	.59	.28	.10	.03
EMP_EM_01_t0	**.536**	.227	.224	.391	.54	.53	.54	.09	.28
EMP_EMO_04_t0	.198	**.831**	.159	.013	.76	.05	.91	.03	.76
EMP_EMO_01_t0	.346	**.775**	-.001	.271	.79	.15	.76	-.000001	.09
EMP_EMO_02_t0	.157	**.669**	.227	.156	.55	.29	.81	.09	.04
EMP_EMO_03_t0	.054	**.649**	.331	**.422**	.71	.004	.59	.15	.59
EMP_SU_02_t0	.352	.224	**.749**	-.052	.74	.17	.07	.76	-0.004
EMP_WÜ_04_t0	.277	.16	**.745**	.38	.80	.10	.03	.694	.18
EMP_SU_04_t0	.388	.323	**.636**	.26	.73	.21	.14	.55	.09
EMP_WÜ_01_t0	.354	.083	-.079	**.802**	.78	.16	.009	-.008	.82
EMP_WÜ_03_t0	.216	.327	.369	**.632**	.69	.07	.15	.20	.58
EMP_WÜ_02_t0	.376	.36	.261	**.622**	.73	.19	.18	.09	.53
EMP_EM_03_t0	-.031	**.508**	**.432**	**.51**	.71	-.001	.36	.26	.37
Eigenwert	9.34	1.65	1.21	1.08					
Varianzaufklärung	49.18	8.68	6.39	5.71					
∑	69.95								

Anfängliche Lösung Sekundarstufe Sekundärtest „Empathie/Soziale Orientierung“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMP_SU_05_t0	**.783**	.159	.261	.086	.71	.86	.02	.096	.01
EMP_SU_04_t0	**.714**	-.067	.144	.218	.58	.88	-008	.04	.01
EMP_SU_02_t0	**.695**	.391	-.112	.03	.65	.74	.24	-.02	.001
EMP_EM_04_t0	**.66**	.304	.195	.29	.65	.67	.14	.06	.13
EMP_EM_01_t0	**.649**	.129	.236	.108	.50	.84	.03	.11	.02
EMP_SU_03_t0	**.637**	.301	.192	.246	.59	.69	.15	.06	.10
EMP_SU_01_t0	**.617**	.232	.149	.233	.51	.75	.12	.04	.12
EMP_EM_03_t0	.122	**.76**	-.017	.174	.62	.02	.93	.0005	.05
EMP_EMO_03_t0	.079	**.747**	.176	.313	.69	.01	.81	.04	.14
EMP_WÜ_02_t0	.387	**.619**	.227	-.17	.61	.25	.63	.08	.05
EMP_EM_02_t0	.365	**.583**	.198	.135	.53	.25	.64	.07	.03
EMP_WÜ_04_t0	.085	**.577**	**.521**	.239	.67	.01	.50	.41	.09
EMP_SU_07_t0	.195	.161	**.806**	.175	.74	.05	.04	.88	.04
EMP_WÜ_01_t0	.324	.38	**.581**	-.312	.68	.15	.21	.50	.14
EMP_SU_06_t0	**.42**	-.081	**.521**	.372	.59	.30	.01	.46	.23
EMP_WÜ_03_t0	.247	**.434**	**.46**	.178	.49	.12	.38	.43	.06
EMP_EMO_02_t0	.268	.165	-.124	**.749**	.68	.11	.04	.02	.83
EMP_EMO_01_t0	.178	.192	.192	**.669**	.55	.06	.07	.07	.81
EMP_EMO_04_t0	.217	.16	.336	**.664**	.63	.07	.04	.18	.70
Eigenwert	7.47	1.63	1.44	1.67					
Varianzaufklärung	39.29	8.57	7.59	6.13					
∑	61.58								

Anhang D5 Teilstudie 3b Eliminierte Items

Subtest „Soziale Unterstützung emotional“

… gibt es andere Kinder und Jugendliche, die mich trotzdem gern mögen.

… zeigen andere Kinder und Jugendliche mir, dass sie mich mögen.

Subtest „Soziale Unterstützung instrumentell“

… überlegen andere Kinder oder Jugendliche mit mir, wer mir noch helfen kann.

Subtest „Mobilisierung sozialer Unterstützung“

… treffe ich mich mit anderen Kindern oder Jugendlichen, damit sie mich aufheitern.

… treffe ich mich mit anderen Kindern oder Jugendlichen, damit sie mir zuhören.

Subtest Selbstregulation

… kriege ich meine Aufregung selbst in den Griff.

… mache ich es mir erst mal so richtig gemütlich.

Subtest „Anderen bei Problemen helfen/unterstützen“

… muntere ich sie oder ihn auf.

… habe ich immer ein offenes Ohr, auch wenn ich wenig Zeit habe.

… versuche ich, sie oder ihn zu trösten.

Anhang D6 Teilstudie 3c Leitfaden Expert*inneninterviews

Leitfaden Expert*inneninterviews

Einstieg

- Wie ist Ihr persönlicher Gesamteindruck von dem Fragebogen zur sozial-emotionalen Kompetenz?

Aufbau des Fragebogens

- Wie bewerten Sie den Gesamtumfang des Fragebogens?
- Wie beurteilen Sie den Itemstamm und die Antwortskalierung?
- Wie bewerten Sie die Instruktionen und die Beispiele?

Inhalte des Fragebogens

- Inwiefern kann aus Ihrer Sicht das Konstrukt „sozial-emotionale Kompetenz“ durch den Fragebogen adäquat abgebildet werden?
- Wie bewerten Sie die Verständlichkeit der Items für Schüler*innen der Klassen 3-6?
- Bei welchen Items würden Sie Änderungen der Formulierung vorschlagen und warum?
- Welche Aspekte/Inhalte sollten aus Ihrer Sicht noch hinzugefügt werden?
- Welche Items würden Sie aus dem Fragebogen entfernen und warum?

Anhang D7 Teilstudie 3d Elterninformation

Europa-Universität Flensburg
Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften
Abteilung Gesundheitspsychologie und -bildung

Flensburg, den 30. September 2021

Liebe Schüler*innen und liebe Eltern,

insbesondere im Verlauf der Corona-Pandemie hat sich erneut gezeigt, wie wichtig Fähigkeiten im Umgang mit Stress und Konflikten für Kinder und Jugendliche sind, um allgemeine und soziale Stresssituationen bewältigen zu können. Im Rahmen der Doktorarbeit von Frau Carmen Schumacher unter Betreuung von Frau Prof. Dr. Petra Hampel wurde ein Fragebogen zur Erfassung dieser Fähigkeiten entwickelt. Zur Überprüfung des Fragebogens suchen wir **Schüler*innen der 3. - 6. Klasse,** die bereit sind, **freiwillig** den **Fragebogen** auszufüllen. Dabei wird in dem Fragebogen z.B. abgefragt, wie die Schüler*innen mit schwierigen Situationen umgehen und ob sie beispielsweise die Hilfe von Mitschüler*innen bei der Lösung des Problems in Anspruch nehmen.

* Ziel der Befragung

Im Rahmen der Studie wurde ein zuverlässiger **Fragebogen entwickelt**, der sich mit den sozial-emotionalen Fähigkeiten der Schüler*innen befasst. Dabei ist es in der anstehenden letzten Testphase wichtig, festzustellen, wo letzte Änderungen vorgenommen werden müssen, um am Ende der Studie einen Fragebogen zu erhalten, der zukünftig der Messung der Wirksamkeit eines Anti-Stress- und Konfliktlöse-Trainings in der Schule dient.

* Ablauf der Befragung

Bei Einverständnis zu der Befragung, bekommen die Schüler*innen den Fragebogen in einem Umschlag **mit nach Hause**. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um keine Unterrichtszeit für die Befragung in Anspruch zu nehmen. Die Schüler*innen füllen den Fragebogen zu einem selbstgewählten Zeitpunkt im Zeitraum zwischen dem **25.10.21** und dem **04.11.21** aus und bringen den Fragebogen in dem verschlossenen Rückumschlag bis zum **05.11.21** wieder mit in die Schule. Wir holen die verschlossenen Umschläge umgehend ab. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert **ca. 25 Minuten**.

Wichtige Hinweise:

- *Es werden **keine Adressen** von Ihnen erhoben!*
- *Es werden **keine Daten an die Schule** weitergegeben!*
- *Die Daten werden **nicht personenbezogen** aufbereitet (jeder Fragebogen bekommt eine Kennnummer; die Abschnitte mit dem Einverständnis werden in einem verschlossenen Stahlschrank in der Universität getrennt von den Fragebogen aufbewahrt) und nach Abschluss der Studie **vernichtet**!*

Wir hoffen, dass wir Sie gut informiert haben. Sollten Sie noch Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen! Frau Carmen Schumacher (M.A.), steht Ihnen unter folgender **Telefonnummer (0461/805-2421)** oder per Mail unter **carmen.schumacher@uni-flensburg.de** jederzeit für Fragen zur Verfügung.

Wir möchten uns schon jetzt bei allen Schüler*innen und Eltern für die Unterstützung bedanken.

---

*(Diesen Abschnitt bitte ausgefüllt bis zum **22.10.2021** an die Klassenlehrer*in zurückgeben!)*

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes und mit der Datennutzung

einverstanden ◯ **nicht einverstanden** ◯

_____ _____

Vor- und Nachname des Kindes (in Druckbuchstaben) Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Klasse:

Anhang D8 Teilstudie 3d Vergleich Primar- und Sekundarstufe

Faktorenanalysen

Anfängliche Lösung Primarstufe Sekundärtest „Soziale Unterstützung“

Items	1	2	3	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2
SU_L_05	**.827**	.153	.17	.74	.93	.03	.04
SU_L_02	**.818**	.219	.207	.76	.88	.06	.06
SU_L_04	**.792**	.244	.156	.71	.88	.08	.03
SU_L_01	**.773**	.292	.251	.75	.80	.11	.08
SU_L_03	**.687**	.118	.12	.50	.94	.03	.03
SU_E_05	.19	**.814**	.293	.78	.05	.84	.11
SU_E_01	.149	**.775**	-.054	.63	.04	.96	.005
SU_E_04	.122	**.766**	.406	.77	.02	.77	.22
SU_E_03	.258	**.758**	.158	.67	.10	.86	.04
SU_E_02	.246	**.748**	.094	.63	.10	.89	.01
SU_F_05	.116	.278	**.808**	.74	.02	.10	.88
SU_F_02	.132	.019	**.768**	.61	.03	.001	.97
SU_F_04	.092	.297	**.755**	.67	.01	.13	.85
SU_F_03	.257	.153	**.714**	.60	.11	.04	.85
SU_F_01	.389	-.018	**.648**	.57	.27	.001	.73
Eigenwert	6.49	2.12	1.57				
Varianz-aufklärung	43.26	14.15	10.44				
∑	67.84						

Anfängliche Lösung Primarstufe „Sozial-emotionale Kompetenz selbst“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMOS_02	**.788**	-.029	.149	.058	.65	.96	.001	.03	.01
EMOS_05	**.727**	.181	.051	-.004	.56	.94	.06	.005	.00003
EMOS_03	**.701**	.168	-.065	-.031	.53	.94	.05	.01	.002
EMOS_01	**.70**	-.082	.094	.242	.56	.87	.01	.02	.10
EMOS_04	**.609**	.224	.241	.029	.48	.77	.10	.12	.002
SW_04	.111	**.743**	-.049	.173	.60	.02	.93	.004	.05
SW_05	.056	**.736**	.094	-.103	.56	.01	.96	.02	.02
SW_06	.004	**.726**	.182	.096	.57	.00003	.93	.06	.02
SW_02	.237	**.68**	.071	.189	.56	.10	.83	.01	.06
SR_01	.019	.203	**.679**	-.121	.52	.001	.08	.89	.03
SR_02	.17	.047	**.676**	-.084	.50	.06	.004	.92	.01
SR_04	-.065	.085	**.639**	.21	.46	.01	.02	.88	.09
SR_05	.142	.204	**.613**	.259	.50	.04	.08	.74	.13
SR_06	.189	.034	**.586**	-.003	.38	.09	.003	.90	.00002
SR_03	.031	-.145	**.525**	.22	.35	.003	.06	.80	.14
SW_01	.091	.14	.138	**.842**	.76	.01	.03	.03	.94
SW_03	.136	.502	.114	**.579**	.62	.03	.41	.02	.54
Eigenwert	4.21	1.97	1.92	1.05					
Varianz-aufklärung	24.76	11.60	11.32	6.17					
∑	53.84								

Anfängliche Lösung Primarstufe Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz fremd“

Items	1	2	3	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2
EMP_03	**.762**	.064	.261	.65	.89	.01	.10
SK_02	**.723**	.119	.272	.61	.86	.02	.12
PERS_05	**.704**	.167	.136	.54	.91	.05	.03
EMP_02	**.696**	.113	.224	.55	.88	.02	.09
SK_01	**.644**	.208	.205	.50	.83	.09	.08
SK_03	**.626**	.172	.355	.55	.72	.05	.23
EMP_04	**.587**	.284	.323	.53	.65	.15	.20
SK_05	**.585**	.535	-.048	.63	.54	.45	.004
EMP_05	**.568**	.476	.043	.55	.59	.41	.003
PERS_03	**.538**	.274	.289	.45	.65	.17	.19
EMOF_04	.105	**.749**	.219	.62	.02	.90	.08
EMOF_03	.169	**.652**	.325	.56	.05	.76	.19
EMOF_02	.085	**.587**	.379	.50	.01	.69	.29
EMOF_05	.255	**.554**	**.446**	.57	.11	.54	.35
PERS_04	**.455**	**.49**	.205	.49	.42	.49	.09
SK_04	**.479**	**.48**	-.025	.46	.50	.50	.001
EMOF_01	.268	.199	**.766**	.70	.10	.06	.84
PERS_01	.175	.182	**.761**	.64	.05	.05	.90
EMP_01	.287	.219	**.69**	.61	.14	.08	.79
PERS_02	.339	.333	**.438**	.42	.28	.27	.46
Eigenwert	8.45	1.52	1.14				
Varianz-aufklärung	42.26	7.63	5.71				
∑	60.26						

Anfängliche Lösung Sekundarstufe Sekundärtest „Soziale Unterstützung“

Items	1	2	3	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2
SU_E_05	**.892**	.19	.098	.84	.95	.04	.01
SU_E_02	**.887**	.168	.047	.82	.96	.03	.003
SU_E_04	**.883**	.175	.149	.83	.94	.04	.03
SU_E_01	**.829**	.185	.018	.72	.95	.05	.0005
SU_E_03	**.825**	.188	.147	.74	.92	.05	.03
SU_L_02	.193	**.864**	.076	.79	.05	.95	.01
SU_L_04	.181	**.852**	.185	.79	.04	.92	.04
SU_L_05	.188	**.835**	.039	.73	.05	.95	.002
SU_L_01	.174	**.811**	.103	.70	.04	.94	.02
SU_L_03	.141	**.751**	.19	.62	.03	.91	.06
SU_F_04	.13	.178	**.836**	.75	.02	.04	.94
SU_F_05	.074	.136	**.833**	.72	.01	.03	.97
SU_F_02	-.088	.108	**.761**	.60	.01	.02	.97
SU_F_03	.189	.07	**.711**	.55	.07	.01	.93
SU_F_01	.096	.046	**.683**	.48	.02	.004	.98
Eigenwert	5.91	2.62	2.15				
Varianz-aufklärung	39.41	17.45	14.30				
∑	71.15						

Anfängliche Lösung Sekundarstufe Sekundärtest

„Sozial-emotionale Kompetenz selbst“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMOS_02	**.787**	.142	.162	-.043	.67	.93	.03	.04	.003
EMOS_05	**.743**	.063	.015	.051	.56	.99	.01	.0004	.005
EMOS_03	**.723**	.039	.071	.167	.56	.94	.003	.01	.05
EMOS_01	**.677**	.089	.211	-.069	.52	.89	.02	.09	.01
EMOS_04	**.643**	.183	.102	.212	.50	.82	.07	.02	.09
SR_04	.006	**.693**	.106	.046	.49	.0001	.97	.02	.004
SR_05	.149	**.686**	.185	.106	.54	.04	.87	.06	.02
SR_01	-.059	**.68**	.092	.081	.48	.01	.96	.02	.01
SR_02	.187	**.603**	.175	-.125	.44	.08	.82	.07	.04
SR_03	.115	**.556**	-.175	.251	.42	.03	.74	.07	.15
SR_06	.245	**.484**	.133	-.001	.31	.19	.75	.06	.00003
SW_04	.074	-.034	**.763**	.257	.66	.01	.002	.89	.10
SW_02	.195	.079	**.756**	.179	.65	.06	.01	.88	.05
SW_03	.135	.187	**.651**	.105	.49	.04	.07	.87	.02
SW_01	.096	.258	**.569**	.021	.40	.02	.17	.81	.001
SW_06	.06	.142	.254	**.816**	.75	.005	.03	.09	.88
SW_05	.145	.066	.247	**.811**	.74	.03	.01	.08	.88
Eigenwert	4.50	1.86	1.76	1.06					
Varianz-aufklärung	26.45	10.93	10.37	6.26					
∑	54.00								

Anhang D9 Teilstudie 3d Gesamt

Anfängliche Lösung Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz selbst“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMOS_02	**.787**	.142	.162	-.043	.67	.93	.03	.04	.003
EMOS_05	**.743**	.063	.015	.051	.56	.99	.01	.0004	.005
EMOS_03	**.723**	.039	.071	.167	.56	.94	.003	.01	.05
EMOS_01	**.677**	.089	.211	-.069	.52	.89	.02	.09	.01
EMOS_04	**.643**	.183	.102	.212	.50	.82	.07	.02	.09
SR_04	.006	**.693**	.106	.046	.49	.0001	.97	.02	.004
SR_05	.149	**.686**	.185	.106	.54	.04	.87	.06	.02
SR_01	-.059	**.68**	.092	.081	.48	.01	.96	.02	.01
SR_02	.187	**.603**	.175	-.125	.44	.08	.82	.07	.04
SR_03	.115	**.556**	-.175	.251	.42	.03	.74	.07	.15
SR_06	.245	**.484**	.133	-.001	.31	.19	.75	.06	.000003
SW_04	.074	-.034	**.763**	.257	.66	.01	.002	.89	.10
SW_02	.195	.079	**.756**	.179	.65	.06	.01	.88	.05
SW_03	.135	.187	**.651**	.105	.49	.04	.07	.87	.02
SW_01	.096	.258	**.569**	.021	.40	.02	.17	.81	.001
SW_06	.06	.142	.254	**.816**	.75	.005	.03	.09	.88
SW_05	.145	.066	.247	**.811**	.74	.03	.01	.08	.88
Eigenwert	4.50	1.86	1.76	1.06					
Varianz-aufklärung	26.54	10.93	10.37	6.26					
∑	54.00								

Anfängliche Lösung Sekundärtest „Sozial-emotionale Kompetenz selbst“

Items	1	2	3	4	h^2	a_1^2/h^2	a_2^2/h^2	a_3^2/h^2	a_4^2/h^2
EMOS_02	**.787**	.142	.162	-.043	.67	.93	.03	.04	.003
EMOS_05	**.743**	.063	.015	.051	.56	.99	.01	.0004	.005
EMOS_03	**.723**	.039	.071	.167	.56	.94	.003	.01	.05
EMOS_01	**.677**	.089	.211	-.069	.52	.89	.02	.09	.01
EMOS_04	**.643**	.183	.102	.212	.50	.82	.07	.02	.09
SR_04	.006	**.693**	.106	.046	.49	.0001	.97	.02	.004
SR_05	.149	**.686**	.185	.106	.54	.04	.87	.06	.02
SR_01	-.059	**.68**	.092	.081	.48	.01	.96	.02	.01
SR_02	.187	**.603**	.175	-.125	.44	.08	.82	.07	.04
SR_03	.115	**.556**	-.175	.251	.42	.03	.74	.07	.15
SR_06	.245	**.484**	.133	-.001	.31	.19	.75	.06	.00003
SW_04	.074	-.034	**.763**	.257	.66	.01	.002	.89	.10
SW_02	.195	.079	**.756**	.179	.65	.06	.01	.88	.05
SW_03	.135	.187	**.651**	.105	.49	.04	.07	.87	.02
SW_01	.096	.258	**.569**	.021	.40	.02	.17	.81	.001
SW_06	.06	.142	.254	**.816**	.75	.005	.03	.09	.88
SW_05	.145	.066	.247	**.811**	.74	.03	.01	.08	.88
Eigenwert	4.50	1.86	1.76	1.06					
Varianz-aufklärung	26.45	10.93	10.37	6.26					
∑	54.00								

Anhang E Arbeitsblatt Transitionskompetenz

Schulwechsel Ahoi



„Wer ins kalte Wasser springt, taucht ins Meer der Möglichkeiten!“



Was fällt Dir als Erstes ein, wenn Du an die neue Schule denkst?





Worauf freust Du Dich besonders an der neuen Schule?	Was könnte an der neuen Schule schwierig werden?