

Resilienzförderung sozial benachteiligter Grundschulkinder
durch das Mentorenprogramm *Balu und Du*.

Eine Evaluationsstudie
zu Lebensstilen und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades
des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften
der Universität Osnabrück

vorgelegt

von

Sibylle Annemargret Drexler

aus

Bielefeld
(Geburtsort)

Osnabrück, 2015

„The true measure of a nation’s standing is how well it attends to its children – their health and safety, their material security, their education and socialization, and their sense of being loved, valued, and included in the families and societies into which they are born.”

UNICEF 2007, S. 1

Danksagung

Nach vielen Jahren intensiver Arbeit liegt sie nun vor: meine Dissertation. Damit ist es an der Zeit, mich bei denjenigen zu bedanken, die mich in dieser herausfordernden, aber auch ungemein bereichernden Phase meines akademischen Werdegangs begleitet haben. Zunächst möchte ich meiner Erstgutachterin Frau Prof.in Dr. Hildegard Müller-Kohlenberg ganz herzlich dafür danken, dass sie mir die Erstellung dieser Doktorarbeit überhaupt erst ermöglichte, indem sie mir die spannende Aufgabe übertrug das von ihr mit ins Leben gerufene Mentorenprogramm *Balu und Du* über mehrere Jahre evaluieren und die Ergebnisse für meine Doktorarbeit verwenden zu dürfen. Danke, liebe Frau Müller-Kohlenberg, auch dafür, dass ich mich immer jederzeit mit meinen Fragen an Sie wenden und mir in Ihrem Forschungskolloquium regelmäßig kompetenten Rat einholen durfte. Ein besonderer Dank gilt meinem Zweitgutachter und Vorgesetzten Herrn Prof. Dr. Thomas Bals, der mir immer wieder die Möglichkeit eingeräumt hat, intensiv an meiner Doktorarbeit weiterzuarbeiten – ohne diese Freiheiten und Dein Verständnis, Thomas, hätte ich meine Dissertation trotz Projekt- und Lehrtätigkeiten lange nicht so erfolgreich fertigstellen können. Wichtig war für mich die Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Frau Dr. Brigitte Borrmann, deren gesundheitswissenschaftliche Expertise, insbesondere bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente, zur Qualität der vorliegenden Evaluationsstudie beitrug. Im Laufe der Jahre stellte sich das kritische Feedback weiterer Doktorandinnen bzw. mit in der Resilienzforschung und quantitativen Forschung tätigen KollegInnen als sehr hilfreich heraus – hierfür möchte ich mich ebenfalls bedanken. Wertschätzen möchte ich auch das gesamte Evaluationsteam, d.h. die vielen wissenschaftlichen und studentischen Hilfskräfte sowie PraktikantInnen, die bei der Befragung und Testung der Kinder sowie bei der Dateneingabe mitgewirkt haben. Schließlich gilt mein Dank dem Bundesministerium für Bildung und Forschung ohne deren Drittmittelförderung dieses Forschungsprojekt nicht realisierbar gewesen wäre.

Widmen möchte ich diese Arbeit denjenigen Menschen, die mir ganz besonders am Herzen liegen und ohne die ich nicht diejenige wäre, die ich bin: meiner Familie. Lieber Isak, deine Geduld, wenn ich mal wieder abends oder am Wochenende keine Zeit hatte, sowie deine Übernahme diverser häuslichen Angelegenheiten, haben mich sehr entlastet. Am bedeutsamsten waren für mich jedoch dein emotionaler Rückhalt und die vielen glücklichen und schönen Momente, die ich in den letzten Jahren mit dir erleben durfte. Menschlich früh geprägt wurde ich durch ein sehr liebevolles Elternhaus, in welches ich mich immer wieder für intensivere Doktorarbeitsphasen zurückziehen durfte. Da ihr eigentlich unbedingt nicht erwähnt werden wolltet, sage ich daher nur ganz kurz: Danke, liebe Eltern, dass ihr seid wie ihr seid. Dafür bin ich sehr dankbar.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	12
1 Einleitung.....	23
2 Resilienzförderung durch das Mentorenprogramm <i>Balu und Du</i>.....	30
2.1 Zum Grundgedanken des Resilienzkonzepts	30
2.1.1 Die Anfänge der Resilienzforschung	30
2.1.2 Resilienz als multidimensionales Konzept	33
2.1.3 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung	37
2.1.4 Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung	40
2.2 Bedeutsame Einflussfaktoren auf Resilienzprozesse	45
2.2.1 Resilienz und Vulnerabilität in der Lebenslaufperspektive	46
2.2.2 Biologische Einflüsse und die Bedeutung von Gen-Umwelt-Interaktionen	48
2.2.3 Umwelt-Kind-Interaktionen und die sozialökologische Perspektive nach Ungar.....	52
2.3 Implikationen für Forschung und Praxis	54
2.3.1 Operationalisierung des Resilienzkonstrukts	54
2.3.2 Interventionsprogramme als Strategien der Resilienzförderung	57
2.4 Bedeutung der Resilienzforschung für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	61
2.5 Das Mentorenprogramm <i>Balu und Du</i> als Resilienzprojekt	64
2.5.1 Zielsetzung und Durchführung von <i>Balu und Du</i>	64
2.5.2 Idealtypisches Modell der Resilienzförderung durch <i>Balu und Du</i>	69
3 Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sozial benachteiligter Grundschul Kinder	73
3.1 Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität aus salutogenetischer Sichtweise	73
3.1.1 Definitionen und Konzepte von Gesundheit	73
3.1.2 Antonovskys Modell der Salutogenese und des Kohärenzgefühls	77
3.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu weiteren Ansätzen der Gesundheitsforschung	82
3.2 Soziale Benachteiligung als Determinante für Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	86
3.2.1 Soziökonomische Schicht und relative Armut	87
3.2.2 Geschlecht, Alter und Familie	91
3.2.3 Migrationshintergrund	96
3.3 Lebensstile als Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	99
3.3.1 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	100
3.3.2 Gesundheitsbezogene Orientierungen	107
3.3.3 Kompetenzen und Wissen als gesundheitsrelevante Ressourcen	111
4 Konzeption und Durchführung der Evaluationsstudie	123
4.1 Evaluationsziele und Untersuchungsdesign	123
4.2 Entwicklung des Untersuchungsdesigns.....	128

4.3	Selbstentwickelte und standardisierte Erhebungsinstrumente.....	131
4.3.1	Beschreibung der Erhebungsinstrumente	131
4.3.2	Entwicklung und Anwendung der Erhebungsinstrumente	139
4.4	Untersuchungsdurchführung.....	145
4.4.1	Untersuchungsvorbereitungen und Interviewerschulungen.....	145
4.4.2	Datenerhebung und Fallzahlen	146
4.4.3	Reflexion spezifischer Untersuchungsbedingungen.....	153
4.5	Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung	156
4.5.1	Art der Anmeldung für die Treatment- und die Kontrollgruppe	156
4.5.2	Soziodemographische Merkmale.....	157
4.5.3	Weitere Hintergrundmerkmale	160
4.5.4	Familiäre Belastung als sozialer Risikofaktor.....	162
4.5.5	Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialer Schutzfaktor	167
4.6	Auswertungsmethoden	168
4.6.1	Kategoriale Hauptkomponentenanalysen (CATPCA) und Reliabilitätsanalysen	168
4.6.2	Auswertungen einzelner Subgruppen	170
4.6.3	Angewandte Effektstärkemaße und Testverfahren	171
4.6.4	Weitere Auswertungen	173
4.7	Gültigkeitsanspruch der Untersuchungsbefunde	174
5	Ergebnisse der Evaluationsstudie.....	178
5.1	Resilienz fördernde gesundheitsbezogene Orientierungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.....	178
5.1.1	Ernährungsvorlieben und –verhalten	179
5.1.2	Bewegungsfreude und –verhalten	186
5.1.3	Allgemeine Wünsche der Kinder.....	193
5.1.4	Medieneinstellungen und -verhalten	197
5.1.5	Kommunikationsverhalten in Bezug auf Freizeitaktivitäten und als Indikator für Sozialverhalten.....	202
5.1.6	Impulsivität und Risikoverhalten	207
5.1.7	Lernfreude	216
5.1.8	Waschaffinität und Hygieneverhalten.....	221
5.1.9	Schlafverhalten.....	223
5.2	Resilienz fördernde Kompetenzen.....	224
5.2.1	Entscheidungsfähigkeit.....	224
5.2.2	Konzentrationsfähigkeit	226
5.2.3	Empathiefähigkeit	229
5.2.4	Konfliktlösungskompetenz, Frustrationstoleranz und Bewältigungsstrategien bei Trauer und negativen Gefühlen	233
5.2.5	Realistische Selbsteinschätzung allgemein und in Schule und Sport.....	237
5.2.6	Wissen über gesunde Ernährung als Gesundheitskompetenz	242
5.2.7	Selbstorganisationsfähigkeit und Selbstständigkeit.....	245
5.2.8	Schulische Leistungsfähigkeit.....	251
5.2.9	Motorik- und Sportkompetenzen	255
5.3	Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor	261
5.3.1	körperliche Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	261
5.3.2	psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität	266
5.3.3	soziale Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	271

5.4 Exkurse zu weiterführenden Ergebnissen	281
5.4.1 Entwicklung männlicher Moglis bei gleich- und gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen im Vergleich.....	282
5.4.2 Allgemeine Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität	287
5.5 Zusammenfassung und Diskussion	290
6 Fazit und Ausblick	342
Literaturverzeichnis	366
Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung.....	387
Anhang	388
A. Tabellenanhang.....	388
B. Erhebungsinstrumente	547

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Kompetenz und Resilienz. Quelle: Masten/ Reed 2002, S. 80	56
<i>Abbildung 2.</i> Conventional and unconventional pathways to resilience. Quelle: Ungar 2007, S. 18 (Reprinted with permission von Ungar 2006).	60
<i>Abbildung 3.</i> Idealtypisches Modell zum Einfluss der sozialen Benachteiligung (Risikofaktoren) und der Mentorenbeziehung mit dem Balu (sozialer Schutzfaktor) auf die gesundheitsrelevanten Lebensstile (als Resilienz Kriterien) und auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor).	70
<i>Abbildung 4.</i> HAPA-Modell Quelle: Schwarzer (2008), S. 6.....	101
<i>Abbildung 5.</i> Die vier Ebenen für gesundheitsrelevantes Verhalten bei Kindern. Quelle: Reisch/Gwozdz 2010, S. 726.	106
<i>Abbildung 6.</i> Die vier Ebenen für gesundheitsrelevante Lebensstile von Kindern (eigene Weiterentwicklung)	121
<i>Abbildung 7.</i> Untersuchungsdesign für die Entwicklung der gesundheitsrelevanten Lebensstile (als Resilienz Kriterien) sowie der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor) in der Treatment- und in der Kontrollgruppe.	125
<i>Abbildung 8.</i> Untersuchungsdesign der Evaluationsstudie zu <i>Balu und Du</i> für die Kohorte SS 2009 und WS 2009/10.....	130
<i>Abbildung 9.</i> Durchführung der Kinderbefragung.....	132
<i>Abbildung 10.</i> „Balancieren Rückwärts“ (Aufgabe 1, Nachstellung)	136
<i>Abbildung 11.</i> „monopedales Überhüfen“	136
<i>Abbildung 12.</i> „seitliches Hin- und Herspringen“ (Aufgabe 3, Nachstellung)	137
<i>Abbildung 13.</i> „seitliches Umsetzen“	137
<i>Abbildung 14.</i> „Legotest“ (Nachstellung).....	139
<i>Abbildung 15.</i> „Auffädeln von Perlen“	139
<i>Abbildung 16.</i> Entwicklung der Erhebungsinstrumente vor der Hauptuntersuchung und Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente nach der 1. EW der 1. KH.....	140
<i>Abbildung 17.</i> Verwendete Erhebungsinstrumente für die Evaluationsstudie zu <i>Balu und Du</i> . <i>Anmerkung.</i> U.Std. = Unterrichtsstunde. KTK = Körperkoordinationstest für Kinder. KKA = Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige. IVE = Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern. (mod.) = modifiziert.	144
<i>Abbildung 18.</i> Anzahl der an der in der ersten und zweiten Kohorte an der Evaluation teilgenommenen Schulen, Klassen und Kinder. <i>Anmerkung.</i> KG = Kontrollgruppe.....	147
<i>Abbildung 19.</i> Von den Kindern genannte Sprache oder Sprachen, die sie zu Hause sprechen (in %). <i>Anmerkung.</i> Mehrfachnennungen waren möglich.	159
<i>Abbildung 20.</i> Vergleich des Migrationsstatus zwischen der Mogli- und der Kontrollgruppe (in %).	160
<i>Abbildung 21.</i> Vorliegende Schwierigkeiten in den Familien der Moglis und der Kontrollgruppe (in %) – Angaben erfolgten durch die KlassenlehrerInnen der Kinder.....	163
<i>Abbildung 22.</i> Leichter und stärkerer Einfluss des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ (in %).	167

<i>Abbildung 23.</i> Entwicklung der Dimension „gesunde Vorliebe für Essen und Trinken“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	180
<i>Abbildung 24.</i> Entwicklung der Dimension „Ernährungsverhalten“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	185
<i>Abbildung 25.</i> Entwicklung der Dimension „Bewegungsfreude“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	188
<i>Abbildung 26.</i> Entwicklung der Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	190
<i>Abbildung 27.</i> Entwicklung der Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH) für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	191
<i>Abbildung 28.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Hast du mit einem Computer etc. gespielt?“ (aus dem Kinderfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	199
<i>Abbildung 29.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf?“ Genannter elektronischer und digitaler Medienkonsum (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	201
<i>Abbildung 30.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Zeigte das Kind die Bereitschaft offen über Probleme zu reden?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	205
<i>Abbildung 31.</i> Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind kontaktfreudig bzw. in Bezug auf andere Kinder kontaktfreudig?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.....	206
<i>Abbildung 32.</i> Entwicklung der Dimension „Impulsivität“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	209
<i>Abbildung 33.</i> Entwicklung des Einzelitems: „ ‚Überspannte das Kind den Bogen‘, d.h. es wusste nicht ‚wann Schluss ist‘?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.....	211
<i>Abbildung 34.</i> Entwicklung der Dimension „Risikoverhalten“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	213

<i>Abbildung 35.</i> Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind unvorsichtig?“ (1. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	215
<i>Abbildung 36.</i> Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind abenteuerlustig?“ (1.KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	216
<i>Abbildung 37.</i> Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	218
<i>Abbildung 38.</i> Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	218
<i>Abbildung 39.</i> Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	219
<i>Abbildung 40.</i> Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (2. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	220
<i>Abbildung 41.</i> Entwicklung der Dimension „Hygieneverhalten“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	222
<i>Abbildung 42.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Wirkte das Kind morgens unausgeschlafen, wenn es in die Schule kam?“ (1. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen.....	224
<i>Abbildung 43.</i> Entwicklung der Dimension „Entscheidungsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	225
<i>Abbildung 44.</i> Entwicklung der Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	227
<i>Abbildung 45.</i> Entwicklung der modifizierten KKA (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	228
<i>Abbildung 46.</i> Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder bei den Mädchen.	230
<i>Abbildung 47.</i> Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder bei den Jungen.	231

<i>Abbildung 48.</i> Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für männliche Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	233
<i>Abbildung 49.</i> Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	233
<i>Abbildung 50.</i> Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind frustrationstolerant?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	235
<i>Abbildung 51.</i> Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	238
<i>Abbildung 52.</i> Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	239
<i>Abbildung 53.</i> Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2. KH) für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	240
<i>Abbildung 54.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Schätzt das Kind seine schulischen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.....	241
<i>Abbildung 55.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Schätzt das Kind seine sportlichen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.....	242
<i>Abbildung 56.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Wie schätzen Sie die altersgemäßen Kenntnisse des Kindes bezüglich gesunder Ernährung ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	243
<i>Abbildung 57.</i> Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	246
<i>Abbildung 58.</i> Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1. KH) bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	247
<i>Abbildung 59.</i> Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	248
<i>Abbildung 60.</i> Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2. KH) für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	249

<i>Abbildung 61.</i> Entwicklung der Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	252
<i>Abbildung 62.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Forderte das Kind vergleichsweise viel Aufmerksamkeit?“ (2. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	254
<i>Abbildung 63.</i> Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind unsicher bei neuen Aufgaben?“ (2. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.	255
<i>Abbildung 64.</i> Entwicklung der Ergebnisse des Legotests bei Moglis mit leichter familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	257
<i>Abbildung 65.</i> Entwicklung der Dimension „sportliche Leistungsfähigkeit“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	259
<i>Abbildung 66.</i> Entwicklung der „sportlichen Leistungsfähigkeit“ (2. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	260
<i>Abbildung 67.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.	263
<i>Abbildung 68.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	264
<i>Abbildung 69.</i> Entwicklung des Einzelitems: „Wie würden Sie die Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.....	265
<i>Abbildung 70.</i> Entwicklung der Dimension „psychologisches Wohlbefinden“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	267
<i>Abbildung 71.</i> Entwicklung der Dimension „passive negative Gefühle“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	269
<i>Abbildung 72.</i> Entwicklung der Dimension „passive negative Gefühle“ für männliche Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	270
<i>Abbildung 73.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.	272

<i>Abbildung 74.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	273
<i>Abbildung 75.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.	275
<i>Abbildung 76.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	276
<i>Abbildung 77.</i> Entwicklung der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.	277
<i>Abbildung 78.</i> Entwicklung der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.....	279
<i>Abbildung 79.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.....	280
<i>Abbildung 80.</i> Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.	281
<i>Abbildung 81.</i> Entwicklung der beiden Dimensionen „gesunde Vorliebe für Essen und Trinken“ und „Ernährungsverhalten“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.	283
<i>Abbildung 82.</i> Entwicklung der beiden Dimensionen „Bewegungsfreude“ und „Bewegungsverhalten (2.KH)“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.	283
<i>Abbildung 83.</i> Entwicklung der beiden Dimensionen „Lernfreude (2.KH)“ und „schulische Leistungsfähigkeit“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.	284
<i>Abbildung 84.</i> Entwicklung der Dimensionen Entscheidungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und der Empathiefähigkeit für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.	285
<i>Abbildung 85.</i> Entwicklung der Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „psychologisches Wohlbefinden“, „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ (KIDSCREEN-27) für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.....	286
<i>Abbildung 86.</i> Entwicklung der Dimensionen „passive negative Gefühle“ und „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2.KH) für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.	287

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Risikomerkmale familiärer Belastung</i>	126
Tabelle 2. <i>Merkmale des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“</i>	127
Tabelle 3. <i>Projektlaufzeit und Datenerhebung für die erste zu evaluierende Kohorte (mit Projektbeginn zum SS 2009 und Projektende nach dem WS 2009/10)</i>	150
Tabelle 4. <i>Projektlaufzeit und Datenerhebung für die zweite zu evaluierende Kohorte (mit Projektbeginn zum WS 2009/10 und Projektende nach dem SS 2010)</i>	150
Tabelle 5. <i>Anzahl an Kindern aus den jeweiligen Schulen (erste und zweite Kohorte zusammen, besuchte Schulen zu Beginn der ersten und zweiten Erhebungswelle)</i>	152
Tabelle 6. <i>Zusammenhang zwischen der familiären Belastung und der Gruppenzugehörigkeit der Kinder</i>	165
Tabelle 7. <i>Beziehungen zwischen dem Ausmaß der familiären Belastung und dem Geschlecht, dem Alter und dem Migrationsstatus</i>	166
Tabelle 8. <i>Ausgewählte Risikoeinflüsse kindlicher Entwicklungen nach Wustmann</i>	388
Tabelle 9. <i>Traumatische Erlebnisse nach Wustmann</i>	388
Tabelle 10. <i>Personale und Soziale Ressourcen nach Wustmann</i>	389
Tabelle 11. <i>Durchschnittlich vergangene Zeit zwischen der ersten und zweiten Erhebungswelle für die Kinderfragebögen und Kindertests und zwischen der Abgabe der Lehrerfragebögen (in Monaten)</i>	390
Tabelle 12. <i>Durchschnittlich benötigte Dauer für die Durchführung des Kinderfragebogens (in Minuten)</i>	390
Tabelle 13. <i>Bewertung der Kinderbefragung durch die Kinder selbst</i>	390
Tabelle 14. <i>Ergebnisse der Beobachtungsbögen zur Reflexion der Kinderbefragungen und Kindertests durch die InterviewerInnen</i>	390
Tabelle 15. <i>Wissen der Kinder hinsichtlich der Unterschiede zwischen Obst- und Gemüsesorten (1. EW)</i>	391
Tabelle 16. <i>Wissen der Kinder hinsichtlich der Unterschiede zwischen Obst- und Gemüsesorten (2. EW)</i>	391
Tabelle 17. <i>Antworten der Kinder auf die Frage, wann sie das letzte Mal so krank waren, dass sie nicht in die Schule gehen konnten (1. EW)</i>	391
Tabelle 18. <i>Antworten der Kinder auf die Frage, wann sie das letzte Mal so krank waren,</i>	391
Tabelle 19. <i>Berechnung des gewichteten Index für den Migrationsstatus</i>	392
Tabelle 20. <i>Berechnung des gewichteten Index für den sozialen Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ für die Moglis</i>	392
Tabelle 21. <i>Berechnung des gewichteten Index für die Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“</i>	393
Tabelle 22. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“</i>	394
Tabelle 23. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“</i>	395
Tabelle 24. <i>Kinderfrage „Isst du gerne?“ (2.KH), Vergleich der Gesamtgruppen</i>	396

Tabelle 25. <i>Kinderfragebogen (2.KH): Warum macht Dir das Essen ziemlich oder sehr viel Spaß? Vergleich der Gesamtgruppen</i>	396
Tabelle 26. <i>Kinderfragebogen (2.KH): Warum macht Dir das Essen überhaupt nicht oder nur ein wenig Spaß? Vergleich der Gesamtgruppen</i>	396
Tabelle 27. <i>Zuordnung der Lieblingsgerichte zu Lebensmittelgruppen, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	397
Tabelle 28. <i>Zuordnung der Lieblingsgerichte zu Lebensmittelgruppen, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	397
Tabelle 29. <i>Zuordnung der Lieblingsgerichte zu Lebensmittelgruppen, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	398
Tabelle 30. <i>Am häufigsten genannte Gemüsesorten, die gerne gegessen werden, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	398
Tabelle 31. <i>Am häufigsten genannte Gemüsesorten, die gerne gegessen werden, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	399
Tabelle 32. <i>Am häufigsten genannte Gemüsesorten, die gerne gegessen werden, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	400
Tabelle 33. <i>Am häufigsten genannte Obstsorten, die gerne gegessen werden, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	401
Tabelle 34. <i>Am häufigsten genannte Obstsorten, die gerne gegessen werden, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	402
Tabelle 35. <i>Am häufigsten genannte Obstsorten, die gerne gegessen werden, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	403
Tabelle 36. <i>Am häufigsten genannte gerne getrunkene Getränke bzw. Lieblingsgetränke, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	403
Tabelle 37. <i>Am häufigsten genannte gerne getrunkene Getränke bzw. Lieblingsgetränke, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	404
Tabelle 38. <i>Am häufigsten genannte gerne getrunkene Getränke bzw. Lieblingsgetränke, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	404
Tabelle 39. <i>Berechnung des gewichteten Index für die Dimension „Ernährungsverhalten“</i>	405
Tabelle 40. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Ernährungsverhalten“</i>	406
Tabelle 41. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Ernährungsverhalten“</i>	407
Tabelle 42. <i>Berechnung des Index für die Dimension „Bewegungsfreude“</i>	407
Tabelle 43. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Bewegungsfreude“</i>	408
Tabelle 44. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Bewegungsfreude“</i>	409
Tabelle 45. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Was spielst du am liebsten?“ Anzahl der genannten Bewegungsspiele</i>	410
Tabelle 46. <i>Berechnung des Index für die Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH)</i>	411
Tabelle 47. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH)</i>	412

Tabelle 48. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Bewegungsverhalten“ (2.KH)</i>	413
Tabelle 49. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Wie oft spielst du nach der Schule draußen?“ (1.KH)</i>	414
Tabelle 50. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Wie oft spielst du am Wochenende draußen?“ (1.KH)</i>	415
Tabelle 51. <i>Sportverein oder Sport-AG, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	415
Tabelle 52. <i>Sportverein oder Sport-AG, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	416
Tabelle 53. <i>Sportverein oder Sport-AG, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	416
Tabelle 54. <i>Art der Sportvereine und Sport-AGs, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	417
Tabelle 55. <i>Wünsche der Kinder, Vergleich der Gesamtgruppen</i>	418
Tabelle 56. <i>Wünsche der Kinder, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	419
Tabelle 57. <i>Wünsche der Kinder, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	420
Tabelle 58. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Stell dir vor bei Euch zu Hause geht der PC etc. kaputt und du könntest eine Woche nicht spielen. Wie stark würde dir das fehlen?“</i>	421
Tabelle 59. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Stell dir vor bei Euch zu Hause geht der TV kaputt und du könntest eine Woche nicht fernsehen. Wie stark würde dir das fehlen?“</i>	422
Tabelle 60. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Hast du mit einem Computer etc. gespielt?“</i>	423
Tabelle 61. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Hast du Fernsehen geguckt?“</i>	424
Tabelle 62. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf?“ elektronischer und digitaler Medienkonsum wurden genannt</i>	425
Tabelle 63. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Stell dir vor, du darfst eine Woche lang nicht bei deinen Eltern betteln (...) Wie schwer fällt dir das?“</i>	426
Tabelle 64. <i>Lehrerfragebogen: Wenn das Kind erzählt, was es in seiner Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf? Vergleich der Gesamtgruppen</i>	427
Tabelle 65. <i>Lehrerfragebogen: Wenn das Kind erzählt, was es in seiner Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf? Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung</i>	427
Tabelle 66. <i>Lehrerfragebogen: Wenn das Kind erzählt, was es in seiner Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf? Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	428

Tabelle 67. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Wenn das Kind erzählt, was es in seiner Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf?“ Anzahl genannter Freizeitaktivitäten	429
Tabelle 68. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, wie viel erzählt das Kind dann im Vergleich zu anderen Kindern?“	430
Tabelle 69. Glaubwürdigkeit der Erzählungen des Kindes über seine Freizeitaktivitäten, Vergleich der Gesamtgruppen	430
Tabelle 70. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Zeigte das Kind die Bereitschaft offen über Probleme zu reden?“	431
Tabelle 71. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „War das Kind kontaktfreudig? (1.KH) bzw. War das Kind in Bezug auf andere Kinder kontaktfreudig (2.KH)?	432
Tabelle 72. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht? Mit anderen aus deiner Klasse geredet?“	433
Tabelle 73. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „War das Kind auf dem Schulhof selbstbewusst?“ (1.KH)	434
Tabelle 74. Kinderfrage „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht? Mit einem Erwachsenen (LehrerIn, Sozialarbeiter, etc.) geredet?“ (1.KH), Vergleich der Gesamtgruppen	435
Tabelle 75. Kinderfrage „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht? Mit einem Erwachsenen (LehrerIn, Sozialarbeiter, etc.) geredet?“ (1.KH), Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung	435
Tabelle 76. Kinderfrage „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht? Mit einem Erwachsenen (LehrerIn, Sozialarbeiter, etc.) geredet?“ (1.KH), Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung	435
Tabelle 77. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Impulsivität“ bei den Mädchen	436
Tabelle 78. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Impulsivität“ bei den Mädchen	437
Tabelle 79. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Impulsivität“ bei den Jungen	438
Tabelle 80. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Impulsivität“ bei den Jungen	439
Tabelle 81. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Konnte sich das Kind, wenn erforderlich, auch mal zurücknehmen?“ (1. KH)	440
Tabelle 82. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „ ‚Überspannte das Kind den Bogen‘, d.h. es wusste nicht ,wann Schluss ist?‘“ (1. KH)	441

Tabelle 83. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Risikoverhalten“ bei den Mädchen.....	442
Tabelle 84. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Risikoverhalten“ bei den Mädchen	443
Tabelle 85. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Risikoverhalten“ bei den Jungen.....	444
Tabelle 86. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Risikoverhalten“ bei den Jungen	445
Tabelle 87. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „ Neigte das Kind zu Unfällen?“ (1. KH).....	446
Tabelle 88. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „ War das Kind unvorsichtig?“ (1. KH).....	447
Tabelle 89. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „War das Kind abenteuerlustig?“ (1. KH).....	448
Tabelle 90. Berechnung des Index für die Dimension „Lernfreude“ (1.KH)	449
Tabelle 91. Berechnung des Index für die Dimension „Lernfreude“ (2.KH)	449
Tabelle 92. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (1.KH).....	450
Tabelle 93. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (1.KH).....	451
Tabelle 94. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (1.KH)	452
Tabelle 95. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (2.KH).....	453
Tabelle 96. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (2.KH).....	454
Tabelle 97. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Lernfreude“ (2.KH)	454
Tabelle 98. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Hatte das Kind Freude am Unterricht?“	455
Tabelle 99. Berechnung des gewichteten Index für die Dimension „Hygieneverhalten“	456
Tabelle 100. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Hygieneverhalten“.....	457
Tabelle 101. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Hygieneverhalten“	458
Tabelle 102. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Duschst du gerne?“ (1.KH)	459
Tabelle 103. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Badest du gerne in der Badewanne?“ (1.KH).....	460

Tabelle 104. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Kinderfrage „Wirkte das Kind morgens unausgeschlafen, wenn es in die Schule kam?“ (1.KH).....	461
Tabelle 105. Berechnung des Index für die Dimension „Entscheidungsfähigkeit“	462
Tabelle 106. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Entscheidungsfähigkeit“.....	463
Tabelle 107. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Entscheidungsfähigkeit“	464
Tabelle 108. Berechnung des Index für die Dimension „Konzentrationsfähigkeit“.....	465
Tabelle 109. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Konzentrationsfähigkeit“	466
Tabelle 110. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Konzentrationsfähigkeit“.....	467
Tabelle 111. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KKA (2. KH, modifiziert).....	468
Tabelle 112. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Empathiefähigkeit“ bei den Mädchen	469
Tabelle 113. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Empathiefähigkeit“ bei den Jungen.....	470
Tabelle 114. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Empathiefähigkeit“ bei den Jungen	471
Tabelle 115. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Empathiefähigkeit“ bei den Mädchen	471
Tabelle 116. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Konnte das Kind Konflikte mit anderen Kindern positiv lösen?“	472
Tabelle 117. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „War das Kind frustrationstolerant?“	473
Tabelle 118. Kinderfragebogen: 1. KH: Stell Dir vor ein anderes Kind hat dich geärgert und du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? bzw. 2. u. 3. KH: Stell Dir vor Du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? Vergleich der Gesamtgruppen.....	474
Tabelle 119. Kinderfragebogen: 1. KH: Stell Dir vor ein anderes Kind hat dich geärgert und du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? bzw. 2. u. 3. KH: Stell Dir vor Du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung	475
Tabelle 120. Kinderfragebogen: 1. KH: Stell Dir vor ein anderes Kind hat dich geärgert und du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? bzw. 2. u. 3. KH: Stell Dir vor Du bist traurig. Was machst du damit es dir wieder besser geht? Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung	476
Tabelle 121. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wenn etwas schief gelaufen war (z.B. eine Klassenarbeit), zeigte das Kind Emotionen?“ (1.KH), Vergleich der Gesamtgruppen.....	477

Tabelle 122. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wenn etwas schief gelaufen war (z.B. eine Klassenarbeit), zeigte das Kind Emotionen?“ (1.KH), Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung	477
Tabelle 123. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wenn etwas schief gelaufen war (z.B. eine Klassenarbeit), zeigte das Kind Emotionen?“ (1.KH), Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung.....	478
Tabelle 124. Berechnung des Index für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (1. KH).....	479
Tabelle 125. Berechnung des Index für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2. KH).....	480
Tabelle 126. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (1.KH).....	481
Tabelle 127. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (1.KH).....	482
Tabelle 128. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2.KH).....	483
Tabelle 129. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2.KH).....	484
Tabelle 130. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2.KH).....	485
Tabelle 131. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Schätzt das Kind seine schulischen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“.....	486
Tabelle 132. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Schätzt das Kind seine sportlichen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“.....	487
Tabelle 133. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wie schätzen Sie die altersgemäßen Kenntnisse des Kindes bezüglich gesunder Ernährung ein?“.....	488
Tabelle 134. Situationen, an denen die LehrerInnen ihre Einschätzung der altersgemäßen Kenntnisse des Kindes bezüglich gesunder Ernährung festmachten	489
Tabelle 135. Wissen über gesundes Essen als Gesundheitskompetenz, Vergleich der Gesamtgruppen	489
Tabelle 136. Wissen über gesundes Essen als Gesundheitskompetenz, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung.....	490
Tabelle 137. Wissen über gesundes Essen als Gesundheitskompetenz, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung.....	491
Tabelle 138. Wissen über gesunde Getränke als Gesundheitskompetenz, Vergleich der Gesamtgruppen	492
Tabelle 139. Wissen über gesunde Getränke als Gesundheitskompetenz, Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung.....	493

Tabelle 140. <i>Wissen über gesunde Getränke als Gesundheitskompetenz, Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung</i>	494
Tabelle 141. <i>Berechnung des Index für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1.KH)</i>	495
Tabelle 142. <i>Berechnung des Index für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2.KH)</i>	495
Tabelle 143. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1.KH)</i>	496
Tabelle 144. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1.KH)</i>	497
Tabelle 145. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2.KH)</i>	498
Tabelle 146. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2.KH)</i>	499
Tabelle 147. <i>Berechnung des Index für die Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“</i>	500
Tabelle 148. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“</i>	501
Tabelle 149. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“</i>	502
Tabelle 150. <i>Berechnung des gewichteten Index für die Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“</i>	503
Tabelle 151. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“</i>	504
Tabelle 152. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“</i>	505
Tabelle 153. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Fragte das Kind andere Kinder um Hilfe, weil es etwas nicht schaffte?“ (1. KH)</i>	506
Tabelle 154. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Fragte das Kind Sie als LehrerIn um Hilfe, weil es etwas nicht schaffte?“ (1. KH)</i>	507
Tabelle 155. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „Forderte das Kind vergleichsweise viel Aufmerksamkeit?“ (2. KH)</i>	508
Tabelle 156. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage „War das Kind unsicher bei neuen Aufgaben?“ (2. KH)</i>	509
Tabelle 157. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den „Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)“</i>	510
Tabelle 158. <i>Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den „Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)“</i>	511
Tabelle 159. <i>Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)</i>	511

Tabelle 160. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den Legotest	512
Tabelle 161. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den Legotest.....	513
Tabelle 162. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den Perlentest.....	514
Tabelle 163. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für den Perlentest	515
Tabelle 164. Berechnung des Index für die Dimension „sportliche Leistungsfähigkeit“ (2.KH).....	515
Tabelle 165. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „sportliche Leistungen“ (2. KH).....	516
Tabelle 166. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „sportliche Leistungsfähigkeit“ (2. KH).....	517
Tabelle 167. Vergleich der T-Normwerte mit den T-Stichprobenwerten insgesamt (erste u. zweite Erhebungswelle) für den KIDSCREEN-27.....	518
Tabelle 168. Reliabilitätsanalysen (erste u. zweite Erhebungswelle) für den KIDSCREEN-27 in Bezug auf die zu Hause gesprochene(n) Sprache(n).....	519
Tabelle 169. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“	520
Tabelle 170. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“	521
Tabelle 171. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wie würden Sie die Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ (2. KH).....	522
Tabelle 172. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wirkte das Kind fit?“ (1. KH).....	523
Tabelle 173. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „psychologisches Wohlbefinden“	524
Tabelle 174. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „psychologisches Wohlbefinden“	525
Tabelle 175. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Wie würden Sie die psychische Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ (2. KH).....	526
Tabelle 176. Berechnung des Index für die Dimension „passive negative Gefühle“.....	526
Tabelle 177. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „passive negative Gefühle“	527
Tabelle 178. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „passive negative Gefühle“	528
Tabelle 179. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „Was denken Sie – fühlte sich das Kind in seiner Haut wohl?“ (1.KH)	529

Tabelle 180. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Lehrerfrage: „War das Kind aggressiv?“ (1.KH) / „Verhielt sich das Kind aggressiv?“ (2 KH)	530
Tabelle 181. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“	531
Tabelle 182. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“	532
Tabelle 183. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“	533
Tabelle 184. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“	534
Tabelle 185. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“	534
Tabelle 186. Berechnung des Index für die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH)	535
Tabelle 187. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern (2. KH)“	536
Tabelle 188. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern (2. KH)“	537
Tabelle 189. Vergleich Moglis/KG: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“	538
Tabelle 190. Moglis: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für die KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“	539
Tabelle 191. Männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für Resilienz fördernde Gewohnheiten und Verhaltensweisen	540
Tabelle 192. Männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für Resilienz fördernde Lebenskompetenzen	541
Tabelle 193. Männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für Resilienz fördernde Lebenskompetenzen	542
Tabelle 194. Männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu: Effektstärken, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren für Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität	543
Tabelle 195. Interkorrelationen für die Entwicklung (Differenz zwischen t_1 und t_2) für alle Dimensionen und alle Kinder (sowohl Moglis wie auch Kontrollgruppe), getrennt nach Geschlecht (Mädchen/ Jungen)	544
Tabelle 196. Interkorrelationen für die Entwicklung (Differenz zwischen t_1 und t_2) für alle Dimensionen und alle Moglis, getrennt nach Geschlecht (Mädchen/ Jungen)	545

Tabelle 197. *Interkorrelationen für die Entwicklung (Differenz zwischen t_1 und t_2) für alle Dimensionen und alle Kinder der Kontrollgruppe, getrennt nach Geschlecht (Mädchen/ Jungen)546*

1 Einleitung

In Deutschland leben zurzeit (Stand: 2010) 13 Millionen minderjährige Kinder unter 18 Jahren, davon sind 2,8 Millionen zwischen sechs und neun Jahren alt, d.h. im Grundschulalter. Dies entspricht einem Anteil von 21,6% aller Kinder bzw. Jugendlichen (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011a, S. 12) bzw. einem Anteil von 3,5% an der Gesamtbevölkerung (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2013, S. 13). Auch wenn Artikel 6 des Grundgesetzes (§6 GG der Bundesrepublik Deutschland) neben der Ehe auch die Familie unter besonderen staatlichen Schutz stellt und das natürliche Recht der Eltern auf die Fürsorge und die Erziehung ihrer Kinder (und damit implizit natürlich auch *vice versa* das Recht der Kinder auf Fürsorge durch ihre Eltern) zusichert, sind Kinderrechte als solche - trotz entsprechender Forderungen vom Deutschen Kinderhilfswerk, dem Deutschen Kinderschutzbund, UNICEF Deutschland und der Deutschen Liga für das Kind (vgl. Deutscher Kinderschutzbund 2014) - bis heute noch nicht in den Grundrechten der Bundesrepublik Deutschland verankert worden. Immerhin trat die UN-Kinderrechtskonvention am 5. April 1992 auch in Deutschland in Kraft (vgl. BMFSJ 2014, S.87). Darin heißt es zum Wohl des Kindes in Artikel 3, Absatz 1: „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist“ (vgl. BMFSFJ 2014, S.12). Somit stehen Kinder und Jugendliche auch in Deutschland unter besonderem staatlichem Schutz. Sie haben, genauso wie Erwachsene, Anspruch auf die in den Menschenrechten „verkündeten Rechte und Freiheiten ohne Unterscheidung, etwa nach der Rasse, der Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, dem Vermögen, der Geburt oder dem sonstigen Status“ (vgl. BMFSFJ 2014, S.10). Darüber hinaus benötigen sie aufgrund ihrer „mangelnden körperlichen und geistigen Reife“ (vgl. BMFSFJ 2014, S.35) besondere Fürsorge.

Tatsächlich aber haben auch in Deutschland nicht alle Kinder die gleichen Chancen auf angemessene Lebensbedingungen (Artikel 27 UN-Kinderrechtskonvention), auf Bildung und den Besuch von Bildungseinrichtungen (Artikel 28 und 29 UN-Kinderrechtskonvention), auf die Beteiligung an Freizeitaktivitäten (Artikel 31 UN-Kinderrechtskonvention) oder auf den Schutz vor Suchtstoffen oder vor sexuellem Missbrauch (Artikel 33 und 34 UN-Kinderrechtskonvention, vgl. BMFSFJ 2014, S. 73ff.). Ein Großteil der Kinder wächst sicherlich in wohlbehüteter und liebevoller Umgebung auf, ein nicht zu vernachlässigender kleinerer Anteil an Kindern ist jedoch mindestens einem, wenn nicht gleich mehreren, Risikofaktoren für ein gesundes und glückliches Aufwachsen ausgesetzt. Aus der Resilienzforschung sind diese Risikofaktoren schon seit langem bekannt. Hierbei handelt es sich vor allem um den Tod eines oder beider Elternteile, familiäre Konflikte wie sie im

Rahmen von Scheidung oder Trennung der Eltern auftreten können, familiäre Arbeitslosigkeit und Armut, familiäre und sexuelle Gewalt, ein geringes Bildungsniveau sowie Krankheiten und Suchtabhängigkeiten in der Familie. Als weitere Risikofaktoren können beispielsweise mangelnde familiäre Kenntnisse der Landessprache (in diesem Fall fehlende Deutschkenntnisse) und eine hohe Geschwisteranzahl mit den hierdurch einhergehenden fehlenden ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen gelten (vgl. Rutter/ Quinton 1977, S. 180f.; Egle et al. 1997, S. 693; Masten/ Reed 2002, S. 75f.; Noeker/ Petermann 2013, S. 535ff.).

Empirisch lässt sich das Ausmaß dieser Risikofaktoren mindestens zum Teil quantifizieren, wengleich etliche Gefährdungen für das Kindeswohl, wie z.B. die Häufigkeit und Intensität familiärer Gewalt, mit einer hohen Dunkelziffer belegt sind oder, wie im Falle des relativen Armutsrisikos, stark von der Operationalisierung bzw. den zugrundegelegten Messkriterien, abhängen. Einige Zahlen zur Verbreitung dieser Risikofaktoren für Kinder in Deutschland sollen im Folgenden zumindest überblicksartig gegeben werden. Nach EU-Angaben waren im Jahr 2011 in Deutschland 19,9% der Kinder unter 18 Jahren von relativer Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen (nach der „neuen“ OECD-Skala und der 60% Mediengrenze, vgl. Eurostat Pressestelle 2013). Knapp 17% der minderjährigen Kinder in Deutschland wachsen bei nur einem Elternteil, d.h. bei einer alleinerziehenden Mutter oder bei einem alleinerziehenden Vater auf (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011a, S. 9). Von den alleinerziehenden Eltern mit minderjährigen Kindern waren im Jahr 2006 13% der Väter und 6% der Mütter verwitwet, d.h. ihre Kinder hatten den jeweils anderen Elternteil bereits durch dessen Tod verloren (vgl. Rübenach/ Weinmann 2008, S. 130). Unterschiedliche Auswirkungen von Ein- gegenüber Zweielternfamilien wurden z.B. in der 2. World Vision Kinderstudie und in der KiGGS-Studie untersucht. Demnach waren Kinder alleinerziehender Elternteile mit der elterlichen Zuwendung im Durchschnitt etwas weniger zufrieden (vgl. Schneekloth/ Pupeter 2010, S. 62ff.). Zudem berichteten alleinerziehende Elternteile häufiger von psychischen Problemen ihrer Kinder wie auch von Verhaltensproblemen (vgl. Hagen/Kurth 2007, S. 27ff.). Es bleibt jedoch zu vermuten, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen, die Art der familiären Erziehung und das gesamte Familienklima oder körperliche und psychische Krankheiten in der Familie das Wohlbefinden von Kindern wesentlich stärker beeinflussen. Als wahrscheinlich wird daher angenommen, dass sich ungünstige Folgen von Alleinerziehung weniger direkt als vielmehr indirekt durch geringere finanzielle und zeitliche Ressourcen auf die Gesundheit von Kindern auswirken könnten (vgl. Rattay et al. 2012, S. 166; Klocke/ Becker 2003, S. 183). Von den unter 18 Jahre alten Kindern sind in Deutschland 2,65 Millionen von einer wenigstens zeitweise, wenn nicht andauernden, Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils betroffen. Während die Zahl der Fälle von Kindern, bei denen Eltern weitere Süchte wie eine Kauf-, Spiel- oder

Internetsucht aufweisen, nach wie vor unbekannt ist, wird davon ausgegangen, dass ungefähr 40.000 Kinder unter drogenabhängigen Eltern leiden. Die psychische und körperliche Gesundheit von Kindern in suchtbelasteten Familien ist oft bereits in einem frühen Alter eingeschränkt; zudem entwickeln diese Kinder häufig Verhaltensauffälligkeiten und fallen durch soziale und kognitive Probleme auf (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe 2010, S. 3). Ein weiteres Risiko für ein gesundes kindliches Aufwachsen stellen psychische Erkrankungen wie Zwangserkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie mindestens eines Elternteils dar – dies ist in Deutschland Schätzungen zufolge bei zwei bis drei Millionen Minderjährigen der Fall. Die Wahrscheinlichkeit dieser Kinder später selbst an psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen zu leiden sowie Opfer von Misshandlungen und Vernachlässigungen zu werden, ist aufgrund ihrer genetischen Disposition und belastender Umweltfaktoren um ein Vielfaches erhöht (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe 2010, S. 3f.). Nach einer neueren Gewaltstudie der Universität Bielefeld haben zudem fast ein Drittel der Kinder ab sechs Jahren (28%) schon einmal körperliche Gewalt durch Erwachsene (mindestens eine Ohrfeige) erfahren. Von den jüngeren Kindern (bis elf Jahre) wurden 6,7% zumindest manchmal so stark geschlagen, dass sie blaue Flecken davon trugen. Auch wenn Gewalterfahrungen in allen sozialen Schichten vorkommen, werden Kinder in prekären Lagen nach den Ergebnissen dieser Studie häufiger und intensiver geschlagen (vgl. Ziegler 2013, S. 2). Sexueller Missbrauch von Kindern ist in den letzten zehn Jahren anscheinend deutlich zurückgegangen, dennoch berichteten im Jahr 2011 bei einer für die Bundesrepublik repräsentativen Befragung 6,4% der weiblichen Befragten und 1,3% der männlichen Befragten von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt bis zu ihrem fünfzehnten Lebensjahr. Opfer sexueller Entblößung während ihrer Kindheit wurden zudem 5,4% der weiblichen und 1,4% der männlichen Befragten (vgl. Bieneck et al. 2011, S. 40). Die Zahl der durch Jugendämter in ganz Deutschland durchgeführten Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nahm vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2013 zwar um 8,5% auf insgesamt 116.000 Fälle zu. Die Zahl festgestellter „akuter Kindeswohlgefährdungen“ (17.000 Fälle) und „latenter Kindeswohlgefährdungen“ (21.000 Fälle) blieb jedoch gegenüber dem Vorjahr annähernd gleich. Immerhin wurde für die Hälfte der 77.000 geprüften Fälle ohne akute oder latente Kindeswohlgefährdung ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf durch das Jugendamt erkannt. Kinder mit akuter oder latenter Kindeswohlgefährdung wiesen zu fast zwei Dritteln (65%) Merkmale von Vernachlässigungen auf; bei einem Viertel dieser Fälle konnten psychische Misshandlungen festgestellt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2014a, S. 1).

Kinder, die bereits in jungen Jahren mehr als einem der genannten Risikofaktoren ausgesetzt werden, sind nicht nur in dieser frühen Phase, sondern über ihre gesamte

Lebensspanne hinweg aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung deutlich stärker gefährdet, im Laufe ihres Sozialisationsprozesses an den Normalstandards wichtiger Entwicklungsaufgaben zu scheitern. Diese sind z.B. das Erreichen bestimmter Bildungszertifikate, der Aufbau von zufriedenstellenden sozialen Beziehungen zu anderen Menschen oder der Umgang mit schwierigen Lebenssituationen. Mit der Anzahl vorhandener Risikofaktoren wächst die Wahrscheinlichkeit von gesundheitsschädlichen Lebensstilen und einer durch Pfadabhängigkeiten langfristig niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Chancen dieser Kinder auf eine glückliche Zukunft mit einem hohen Wohlbefinden im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit sind somit deutlich eingeschränkter.

Wie entsprechende Bevölkerungsumfragen zeigen, gelten Gesundheit und die damit verbundene gesundheitsbezogene Lebensqualität in unserer Gesellschaft jedoch als eine der wichtigsten und erstrebenswertesten Güter überhaupt (vgl. Hinz et al. 2010, S. 901). Ihr besonderer Stellenwert für ein glückliches und erfülltes Leben wird nicht nur in zahlreichen Wünschen wie „Hals- und Beinbruch“, sondern auch in etlichen - teilweise auf die Antike bzw. Römerzeit zurückgehende - Redensarten wie „Mens sana in corpore sano.“ deutlich. Denn „die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, wie es der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer (*1788 - †1860) in einem der bekanntesten und meistzitierten Aphorismen ausdrückt. Wird das Wort „Gesundheit“ in gängige Internetsuchmaschinen wie Google eingegeben, finden sich innerhalb von nur 0,31 Sekunden 185 Millionen Treffer. Volkswirtschaftlich betrachtet ist „das Geschäft mit der Gesundheit“ ebenfalls von enormer Bedeutung – so überstiegen die Gesundheitsausgaben für die Prävention und die Behandlung von Krankheiten für das Jahr 2012 erstmals die Schwelle von 300 Milliarden Euro. Dies entsprach einem Anteil von 11,3% des gesamten Bruttoinlandsprodukts. Zwar trugen die gesetzlichen Krankenkassen 57,4% der Ausgaben, allerdings waren auch private Organisationen und Privathaushalte mit einem Anteil von 13,5% an diesen Kosten beteiligt (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b, S.1). Bereits im Kindesalter ist mehr als jedes zehnte Kind von chronischen somatischen Erkrankungen wie Neurodermitis, obstruktive Bronchitis oder Heuschnupfen betroffen (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 697). Zudem ist jedes fünfte Kind im Alter von sieben bis zehn Jahren übergewichtig oder sogar adipös (vgl. Kurth/ Schaffrath Rosario 2010, S. 647f.). Psychische Störungen wurden in der BELLA-Studie, einem Teilbereich der KiGGS-Studie zur „psychischen Gesundheit“, für 21,9% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von sieben bis 17 Jahren festgestellt. Besonders häufig waren Ängste (10,0%), soziale Verhaltensprobleme (7,6%) und Depressionen (5,4%) vertreten. Dabei stieg die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei einer Belastung mit multiplen Risikofaktoren deutlich an (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007, S. 871ff.). Seelische Erkrankungen wirken sich wiederum negativ auf

die soziale Gesundheit aus, da sie einen gesunden Aufbau bzw. eine gesunde Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen mit Gleichaltrigen wie auch mit der eigenen Familie genauso wie die Lernfreude und die schulische Leistungsfähigkeit massiv behindern können (vgl. Bilz et al. 2013, S. 168).

In einer alternden Gesellschaft, die einem tiefgreifenden demographischen Wandel unterliegt, wird die Bedeutung von Gesundheitsprävention auf der Makroebene (als volkswirtschaftlicher Kostenfaktor), auf der Mesoebene (als Kosten- und Ausfallfaktor für Betriebe und einzelne Unternehmen) sowie auf der Mikroebene, d.h. für ein glückliches und gelingendes Leben jedes Einzelnen, zunehmend erkannt. Dabei rückt die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität in der frühen und mittleren Phase der Kindheit, inklusive der wichtigen Weichenstellungen, die hier für das gesamte Leben gelegt werden, seit den 1990er Jahren stärker in den Fokus (vgl. Richter et al. 2011, S. 498f.). Wissenschaftler unterschiedlichster Disziplinen wie Mediziner, Gesundheitswissenschaftler, Ernährungswissenschaftler, Psychologen und Soziologen sind sich einig über den besonderen Stellenwert einer Investition in die Gesundheit der kleinsten und noch verletzlichsten Mitglieder unserer Gesellschaft – unseren Kindern (vgl. Egle et al. 1997, S. 691ff.; Wabitsch 2004, S. 254f.; Geene 2009, S. 13; Richter et al. 2011, S. 503f.). Für den sozialen Zusammenhalt und letztendlich für die Unterstützung unseres demokratischen Systems ist es nicht gleichgültig, wie wir kommende Generationen behandeln und welche Möglichkeiten wir ihnen zu einem zufriedenstellenden, aktiven und teilhabenden Leben bereitstellen. Nur körperlich, seelisch und sozial gesunde Menschen sind in der Lage an der Gesellschaft zu partizipieren und die Funktionsfähigkeit unseres Staates aufrechtzuerhalten. Neben volkswirtschaftlichen und politischen Erwägungen, welche sich auf die enorme Bedeutung von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bereits im Kindesalter beziehen, entspringt eine entsprechende Verantwortung auch dem Fundament moralisch-ethischer Grundüberzeugungen, auf dem unsere Gesellschaft aufgebaut ist. So heißt es in Artikel 24, Absatz 1, der UN-Kinderrechtskonvention zur Gesundheitsvorsorge: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ (vgl. BMFSFJ 2014, S. 20).

Doch wie wird Gesundheit, insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern, erreicht und wie kann Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität –nach Möglichkeit ein Leben lang- aufrechterhalten werden? Wie stark liegt die Verantwortung für die Gesundheit bei jedem Einzelnen bzw. bei den Familien der heranwachsenden Kinder und wie sehr ist dies auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe? Wann soll, ja muss, eingegriffen werden, wenn die Entwicklung der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unserer Kinder nicht optimal gewährleistet wird? Wie sollen Unterstützungsangebote für die

betroffenen Kinder und ihre Familien am besten aussehen? Und wie viel wollen wir uns dies alles kosten lassen? Wenn es dem Staat trotz Förderprogrammen wie dem „Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland“ (vgl. BMFSFJ2010) offensichtlich nicht gelingt, sozial benachteiligte Kinder als Zielgruppe nachhaltig zu erreichen, dauerhaft zu inkludieren und ihnen bessere Zukunftschancen zu ermöglichen, sind ergänzend hierzu niedrigschwellige und kostengünstige gemeinnützige Initiativen gefragt. Genau an dieser Stelle setzt das Mentorenprogramm *Balu und Du* an. Durch *Balu und Du* werden Grundschul Kinder mit häufig multipler und insbesondere auch familiärer Risikobelastung (genannt „Moglis“), die von ihren KlassenlehrerInnen für das Programm vorgeschlagen werden, ein Jahr lang durch einen jungen Erwachsenen (den „Balu“) im Rahmen informeller und non-formaler Lernprozesse begleitet. Ziel ist die Verbesserung gesundheitsbezogener Orientierungen, gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und gesundheitsrelevanter Ressourcen (Wissen und Kompetenzen) als Bestandteile von bestimmten Lebensstilen. Diese in der folgenden Untersuchung zum Maßstab genommenen Resilienz kriterien hängen nicht nur eng mit der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder zusammen, sondern überschneiden sich inhaltlich zum großen Teil mit aus den Gesundheitswissenschaften postulierten Prädiktoren für Gesundheit. Damit wird die aus der Resilienzfor schung schon lange bekannte, jedoch immer noch zu wenig erforschte Nähe zwischen Resilienz- und Gesundheitsforschung unterstrichen. Der starke Bezug und die Einbettung dieser Dissertation in die Resilienz- wie auch die Gesundheitsforschung werden daher auch im Titel „Resilienzförderung sozial benachteiligter Grundschul Kinder durch das Mentorenprogramm *Balu und Du*. Eine Evaluationsstudie zu Lebensstilen und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.“ zum Ausdruck gebracht. Jedes Programm muss sich früher oder später fragen, ob es wirkt, wenn ja, wie stark und von welcher gesellschaftlichen Relevanz die gefundenen Ergebnisse sind. Aufgabe dieser Arbeit ist es daher, anhand einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Evaluationsstudie und den im Rahmen dieser Studie von 2009 bis 2010 erhobenen Daten einen Beitrag zur Beantwortung dieser drei Fragen zu leisten. Die entsprechende Forschungsfrage lautet deshalb: Führt die Teilnahme am Mentorenprogramm *Balu und Du* bei sozial benachteiligten Grundschulkindern zu Resilienzprozessen in Form von positiven Lebensstiländerungen und Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

In Kapitel zwei dieser Arbeit werden der Grundgedanke, theoretische Hintergründe und forschungsrelevante Befunde der Resilienzfor schung im Allgemeinen sowie die durch das Mentorenprogramm *Balu und Du* erfolgende Resilienzförderung im Besonderen dargestellt. Dabei wird der Ansatz der Resilienzfor schung mit gesundheitswissenschaftlichen Bezügen verknüpft, in dem gesundheitsbezogene Lebensstile als Resilienz kriterien und Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen wie auch als

personaler Schutzfaktor in das Modell der Resilienzförderung sozial benachteiligter Grundschulkinder durch das Mentorenprogramm *Balu und Du* aufgenommen werden. In dem hieran anschließenden dritten Kapitel wird der Begriff der Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität definiert und das salutogenetische Modell von Antonovsky als eines der prägendsten Theorien der Gesundheitswissenschaften näher erläutert. Es folgt eine genauere Beschreibung sozialer Benachteiligung sowie eine Erläuterung verschiedener möglicher Einflussfaktoren wie der sozioökonomischen Schicht, dem Geschlecht, dem Alter, der familiären Situation und dem Migrationshintergrund. Den theoretischen Teil der Arbeit abschließend wird der Einfluss gesundheitsbezogener Lebensstile, aufgeteilt in die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die gesundheitsbezogenen Orientierungen sowie Kompetenzen (und Wissen) als gesundheitsrelevante Ressourcen, auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität diskutiert. Das vierte Kapitel der Arbeit widmet sich der Konzeption und Durchführung der Evaluationsstudie, indem neben den Evaluationszielen die Entwicklung des Untersuchungsdesigns, die selbst entwickelten und standardisierten Erhebungsinstrumente, die Untersuchungsdurchführung und Kontrollgruppenauswahl, die Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung, die Auswertungsmethoden und der Gültigkeitsanspruch der Untersuchungsbefunde erläutert werden. Im fünften und vorletzten Teil erfolgt dann die Ergebnisdarstellung für die Resilienz fördernden gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die Resilienz fördernden Kompetenzen sowie die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor. Zwei hieran anschließende kurze Exkursen zu weiterführenden Ergebnissen thematisieren die Entwicklung männlicher MGLs bei gleichgeschlechtlichen Mentorenbeziehungen im Vergleich zu gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen wie auch allgemeine Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Nach einer abschließenden Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse anhand weiterer Forschungsergebnisse werden die wichtigsten Erkenntnisse im Fazit und Ausblick, dem letzten Teil dieser Arbeit, wiedergegeben und durch einen Ausblick auf weitere mögliche Forschungsfragen zum Mentorenprogramm *Balu und Du* ergänzt.

2 Resilienzförderung durch das Mentorenprogramm *Balu und Du*

Insbesondere seit den 1980er Jahren (Werner/ Smith 1982; Rutter 1983; Garmezy 1983; Rutter 1987) rückt das Konzept der Resilienz und die damit einhergehende Forschung stärker in den Wissenschaftsfokus und löst eine zuvor insbesondere auf Risikofaktoren, psychische Störungen und maladaptive Verhaltensweisen zentrierte Forschungsperspektive (Graham/ Rutter 1973; Rutter 1989) auf die Entwicklung sog. Hochrisikokinder ab. In diesem Kapitel werden zunächst der Grundgedanke des Resilienzkonzepts (Kapitel 2.1) sowie bedeutsame Einflussfaktoren auf Resilienzprozesse (Kapitel 2.2) ausgeführt. Danach werden Implikationen für die Forschung und Praxis (Kapitel 2.3) wie auch die Bedeutung der Resilienzforschung für die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kapitel 2.4) näher erklärt. Diese vorangegangenen Erläuterungen führen letztendlich zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* um ein klassisches Resilienzprojekt handelt (Kapitel 2.5).

2.1 Zum Grundgedanken des Resilienzkonzepts

Um den Grundgedanken des Resilienzkonzepts verständlich zu machen, werden die Anfänge der Resilienzforschung nachgezeichnet (Kapitel 2.1.1) sowie der Resilienzbegriff selbst und die multidimensionale Natur von Resilienz (Kapitel 2.1.2) erläutert. Anschließend wird auf den besonderen Stellenwert von Risiko- (Kapitel 2.1.3) und Schutzfaktoren (Kapitel 2.1.4) eingegangen.

2.1.1 Die Anfänge der Resilienzforschung

Norman Garmezy, dem bald auch sein Schüler Michael Rutter folgen sollte (siehe hierfür beispielsweise Rutter 1979, S. 49ff.), gilt als einer der wichtigsten Pioniere für die Konzeptualisierung und Erforschung von Resilienz seit den frühen 1970er Jahren. Garmezy bezeichnete als einer der ersten das Konzept der „Entwicklung“ als das zentrale und vereinende Element in allen Studien menschlicher Psychopathologien. Demnach müsse der Fokus aller Forschung in diesem Bereich auf den Kontinuitäten und Diskontinuitäten von Entwicklung im zeitlichen Verlauf wie auch im Vergleich zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit liegen (vgl. Rutter 2012a, S. 335). So beschrieb Garmezy schon vor dreißig Jahren Auswirkungen von Stress auf die kindliche Psyche und das damit verbundene Verhalten von Kindern, wenn sie bestimmten Stressoren wie der Trennung und dem drohenden oder tatsächlich eintretenden Verlust ihrer Eltern, gestörten Eltern-Kind-Interaktionen oder Kriegstraumata ausgesetzt wurden (vgl. Garmezy 1983, S. 52ff.). Er benannte bereits mögliche Schutzfaktoren wie Selbstbewusstsein, positives Sozialverhalten, Emotionskontrolle, kognitive Fähigkeiten, Kontrollüberzeugungen, das Interesse der Eltern an den schulischen Leistungen ihrer Kinder und das Vorhandensein mindestens eines

Erwachsenen mit Vorbildfunktion, zu dem die Kinder eine Bindung aufbauen konnten. Er skizzierte das in seinen Augen enorme Potenzial der Resilienzforschung und die Notwendigkeit verstärkter Forschung weg von einem Fokus auf Muster schlechter Anpassung und Inkompetenzen hin zu einer ressourcenorientierten Perspektive auf diejenigen Kinder, die sich trotz widriger Lebensumstände erstaunlich positiv entwickeln konnten (vgl. Garmezy 1983, S. 73ff.).

Neben den frühen Ansätzen von Garmezy wurde die Resilienzforschung durch die Kauai-Längsschnittstudie von Werner und Smith 1982 auf Hawaii maßgeblich mitbegründet. Für die *Kauai-Studie*, deren Beschreibung oder zumindest Erwähnung in den meisten wissenschaftlichen Fachartikeln zur Resilienz nicht fehlen darf (vgl. beispielsweise Cowen et al. 1997, S. 529; Egle et al. 1997, S. 684f.; Luthar et al. 2000, S. 544; Wustmann 2005, S. 195; Bengel et al. 2009, S.33f.; Wustmann 2009, S. 74f.), wurden 698 Kinder, die 1955 auf der Insel Kauai in Hawaii zur Welt kamen, in ihrem Geburtsalter sowie im Alter von ein, zwei, zehn, 18, 32 und 40 Jahren untersucht. Das Forschungsteam hierfür wurde interdisziplinär mit Kinderärzten, Psychologen und Mitarbeitern der Gesundheits- und Sozialdienste besetzt. Ziel dieser mehr als drei Jahrzehnte dauernden Untersuchung war es, zum einen mehr über die Wirkungen vielschichtiger biologischer und psychosozialer Risikofaktoren wie auch kritischer Lebensereignisse auf die kindliche Entwicklung und zum anderen mehr über den Einfluss schützender Faktoren zu erfahren. Unter „schützenden“ oder „protektiven“ Faktoren verstand Werner Prozesse, die es den Kindern oder Jugendlichen ermöglichten, sich trotz hohem Risiko altersentsprechend positiv zu entwickeln. Das Ergebnis dieser schützenden Einflüsse nannte sie „Resilienz“ oder „Widerstandskraft“ (vgl. Werner/ Smith 1982, S. 14ff.; Werner 2007a, S. 20f.). Neben der positiven Entwicklung der Kinder trotz eines hohen Risikostatus wurden auch die beiden Phänomene der dauerhaften Aufrechterhaltung von Kompetenzen und Fähigkeiten unter stressigen Lebensbedingungen und der Erholung von Traumata unter dem Begriff der „Resilienz“ zusammengefasst (vgl. Werner 1995, S. 81). Als Risikofaktoren für die in der Kauai-Studie untersuchten Kinder identifizierte das Forschungsteam chronische familiäre Armut, geburtsbedingte Komplikationen (mit anschließenden Behinderungen), psychisch kranke oder psychotische Eltern sowie „dauerhafte Disharmonien“ in der Familie. Bei der von Werner und ihrem Forschungsteam untersuchten Population waren ca. 30% der überlebenden Kinder aufgrund der genannten Risikofaktoren von einem hohen Entwicklungsrisiko betroffen. Folgerichtig entwickelten zwei Drittel dieser Kinder, die mit zwei Jahren bereits mit vier oder mehr Risikofaktoren leben mussten, stark ausgeprägte Lern- oder Verhaltensprobleme in der Schulzeit, hatten psychische Schwierigkeiten in der Adoleszenz oder wurden kriminell. Ein Drittel dieser Kinder wuchs jedoch, trotz aller Widrigkeiten, zu leistungsfähigen, optimistischen und sozial kompetenten Erwachsenen

heran. Sie unterschieden sich im Alter von 40 Jahren hinsichtlich relevanter Kriterien wie Mortalität, Morbidität und der Scheidungsrate nicht von ihrer „normalen“ Altersgruppe – diese Gruppe wurde daher von Werner als „resilient“ bezeichnet (vgl. Werner 2007a, S. 20f.).

Auch wenn zuweilen behauptet wird, dass die „Isle of Wight-Studie“ neben der Kauai-Studie eine der ersten entwicklungspsychologischen Längsschnittstudien darstellen würde, in der erstmals neben Risikofaktoren auch protektive Faktoren untersucht worden wären (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 6; Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 14f.) lässt sich dies bei dem Studium der entsprechenden von Rutter veröffentlichten Fachartikel zur „Isle of Wight-Studie“ nicht feststellen (siehe hierfür beispielsweise Graham/ Rutter 1973; Rutter 1989). Zwar beschäftigt sich Rutter seit den 1980er Jahren verstärkt, auch unter Einbeziehung verschiedener Studienergebnisse, mit dem Resilienzkonzept, nennt bei den Ergebnissen zu den Auswirkungen protektiver Faktoren jedoch nicht die „Isle of Wight-Studie“ (vgl. beispielsweise Rutter 1987). Somit bleibt die „Isle of Wight-Studie“ mindestens hinsichtlich ihres Forschungsdesigns und –interesses eine nach wie vor auf maladaptive Verhaltensweisen fokussierte Untersuchung – wenn gleich sie zweifelsohne eine der bedeutendsten und umfassenden Studien zu den Risikofaktoren kindlicher Psychopathologien überhaupt darstellt. Daher sollen die wichtigsten Ergebnisse der „Isle of Wight-Studie“ im Folgenden kurz dargestellt werden: 1964 wurde auf der Isle of Wight (einer Insel vor der Südküste Englands) eine Studie zum Entwicklungsstand der Gesamtgruppe der neun- bis zehnjährigen Kinder durchgeführt. In einer ersten Erhebungswelle wurden zunächst Verzögerungen in der geistigen und bildungsbezogenen Entwicklung untersucht. 1965 folgte dann eine Erhebung möglicher psychischer Störungen anhand von standardisierten Eltern- und Lehrerfragebögen. Die Gruppe derjenigen Kinder, bei denen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen festgestellt wurde, wurde daraufhin hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit interviewt und einem Intelligenztest wie auch einem Test ihres Bildungsstands unterzogen. Die Eltern dieser Kinder wurden über die sozialen Verhältnisse und das Verhalten der Kinder gefragt und die Lehrer um weitere Informationen gebeten. Ergebnis war, dass ca. 6 bis 7% der zehn bis elfjährigen Kinder auf der Isle of Wight psychische Störungen aufwiesen und dabei vor allem in drei diagnostische Kategorien fielen: emotionale (oder neurotische) Störungen, Verhaltensprobleme bzw. antisoziale Verhaltensweisen und Mischformen zwischen emotionalen und behavioristischen Störungen. In den Jahren 1968 und 1969 wurden die gleichen Kinder im Alter von 14 bzw. 15 Jahren erneut anhand von Eltern- und Lehrerfragebögen zu ihrem Verhalten untersucht (vgl. Graham/ Rutter 1973, S.58; Rutter 1989, S. 633). Für die 14- bis 15jährigen Kinder wurde eine Prävalenzrate von 21,0% für die Entwicklung psychischer Störungen wie Depressionen festgestellt – diese lag damit deutlich über der Rate der zehn- bis elfjährigen Kinder. Zu den wichtigsten Ergebnissen der Studie gehört, dass emotionale Störungen bei

Mädchen und Jungen gleichermaßen ausgeprägt, Verhaltensprobleme sowie Mischformen zwischen behavioristischen und emotionalen Störungen bei Jungen jedoch doppelt so häufig vorkamen wie bei Mädchen. Schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und eine schlechte Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsfähigkeit hingen eng mit psychischen Störungen zusammen. Auch zeigten sich Komorbiditäten zwischen schlechten Leseleistungen und Verhaltensproblemen. Zudem wurde ein starker familiärer Einfluss und der negative Einfluss zerebraler Funktionsstörungen deutlich – psychische Störungen vor allem der Mutter hingen insbesondere mit emotionalen Störungen und massive Streitigkeiten und Disharmonien zwischen den Eltern vor allem mit Verhaltensproblemen zusammen. 1969 wurde die psychische Entwicklung einer weiteren Kohorte zehnjähriger Kinder auf der Isle of Wight untersucht. Ziel war diesmal ein direkter Vergleich mit einer Kohorte der gleichen Altersgruppe in einem Londoner Innenbezirk (vgl. Graham/ Rutter 1973, S. 59f.; Rutter 1989, S. 633ff.). Dieser Studienteil trug zu der Entwicklung des bekannten und für die Resilienzforschung bis heute bedeutsamen „Index of Family Adversity“ bei (siehe hierfür Kapitel 2.1.3 zu den *Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung*).

2.1.2 Resilienz als multidimensionales Konzept

Nach Masten und Reed wird Resilienz in der Forschung mit Kindern seit den 1970er Jahren zusammenfassend als „eine Klasse an Phänomenen, die durch Muster positiver Anpassung im Kontext erheblicher widriger Lebensumstände oder Risiken charakterisiert sind [Übersetzung der Autorin]“ (Masten/ Reed 2002, S. 75) definiert. Im Vergleich zu den Anfängen der Resilienzforschung, während derer Kinder, die trotz widrigster Lebensumstände keine psychischen Störungen aufwiesen, noch als „invulnerabel“ bezeichnet wurden, wurde das Resilienzkonzept mit der Zeit jedoch relativiert. So wird heute nicht mehr bestritten, dass der Grad der „Unverletzlichkeit“ zeitlich variiert und damit kein stabiles Konstrukt darstellt. Dennoch scheinen einige Kinder „psychisch robuster“ zu sein als andere (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S. 9) Hinsichtlich der genauen Bedeutung von Resilienz, d.h. ob es sich hierbei eher um eine Eigenschaft, einen Prozess, ein Ergebnis oder ein Entwicklungsmuster im Lebensverlauf handelt und ob der Resilienzbegriff eher eng oder weit, eher multi- oder eindimensional gefasst und auf eine kürzere oder längere Zeitperiode bezogen werden sollte, bestehen jedoch unterschiedliche theoretische Auffassungen. Dies gilt auch für die Frage, ob Resilienz neben der allgemeinen Widerstandskraft in widrigen Lebensumständen auch die Erholung von Traumata umfassen sollte (vgl. Masten 2007, S. 924). Ebenfalls debattiert wird, ob neben einer äußerlichen Anpassung der Kinder an ihre Umwelt auch eine interne Anpassung (in Form von psychischem Wohlbefinden) in das Resilienzmodell integriert werden muss (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75f.).

Masten und Reed verstehen „Resilienz“ als „Gute Anpassung unter schwächenden Umständen. Aus einer Entwicklungsperspektive werden altersgerechte Entwicklungsaufgaben trotz schwerwiegender Entwicklungsbedrohungen erfüllt. [Übersetzung der Autorin]“ (Masten/ Reed 2002, S. 76). Zwei Hauptkriterien müssen erfüllt sein, damit eine Person als „resilient“ gilt – zum einen müssen Entwicklungserwartungen gewisser (Normal-) Standards insbesondere im Bereich des Verhaltens erfüllt werden und zum anderen müssen schwächende Umstände bestehen, die eine solche positive Entwicklung bedrohen. Die hierfür geforderte Entwicklung von „(Normal-)Standards“, von Masten und Reed auch als „positive Entwicklung“ bezeichnet, beinhaltet positive Verhaltensweisen genauso wie soziale Kompetenzen, schulische Leistungen, Akzeptanz bei Gleichaltrigen und Freundschaften, altersgerechte Freizeitbeschäftigungen, Freude und Lebenszufriedenheit oder die Abwesenheit unerwünschter Verhaltensweisen bedingt durch psychische Krankheiten, emotionales Leiden oder Kriminalität. Resilienten Kindern und Jugendlichen gelingt es nun, genau diese Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, und das, obwohl sie mit bedeutenden Hindernissen konfrontiert werden, die eine erfolgreiche Lebensbewältigung massiv erschweren (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75). Auch für das „Rochester Child Resilience Project“ (RCRP) wurde Resilienz, in Anlehnung an die von Werner und Smith (1982) verwendete Beschreibung resilienter Kinder ebenfalls nicht nur als Abwesenheit größerer psychologischer Störungen, sondern als besonders gute Anpassungsleistung trotz schwieriger Lebensumstände definiert (vgl. Cowen et al. 1997, S. 530). Das Gegenstück zur Resilienz bildet die „Vulnerabilität“ – diese meint das erhöhte Risiko eines Kindes aufgrund belastender Lebensereignisse und –umstände psychische Störungen zu entwickeln bzw. altersgerechte Entwicklungsaufgaben nicht zu beherrschen (vgl. Bengel et al. 2009, S. 20).

Auch Luthar, Cicchetti und Becker beschäftigen sich mit der Frage, ob Resilienz als Eigenschaft oder als ein dynamischer (Anpassungs-) Prozess verstanden werden sollte. Sie beziehen hierbei eindeutig die Position, dass es sich bei Resilienz nicht um eine individuelle Eigenschaft, sondern um einen Prozess handle, der sich, so die Begründung, exklusiv auf die Beibehaltung positiver Anpassungsleistungen und des Wohlbefindens unter widrigen und bedrohenden Lebensumständen bezieht (vgl. Luthar et al. 2000, S. 545f.). Rutter folgt dieser Sichtweise, indem er betont, dass es sich bei Resilienz um ein interaktives Konzept handelt, dass nicht als Eigenschaft betrachtet werden darf, welches direkt gemessen werden könnte. Da Resilienz nur bei denjenigen entstehen kann, die größerem Stress und höheren Belastungen ausgesetzt wurden, müssen sich die Wirkungen protektiver Faktoren von denjenigen, welche diese Belastungen nicht erleben, unterscheiden (vgl. Rutter 2012b, S. 34). Rutter liefert zudem eine umfassende Beschreibung des „Resilienzphänomens“ –so begreift er Resilienz „als Prozess und nicht als Eigenschaft; dieser wirkt über die gesamte Lebensspanne – d.h. vor, während und nach widrigen Lebenserfahrungen. Resilienz beinhaltet eine

Reihe individueller Eigenschaften wie eine aktive Lebensgestaltung, flexiblen Umgang mit verschiedensten Lebensverhältnissen, die Fähigkeit bestimmte Möglichkeiten wahrzunehmen, eine selbstreflexive Denkweise welche Erfahrungslernen erleichtert und das Eingehen von Beziehungen. Familiäre Einflüsse, sowohl umweltlicher wie auch genetischer Natur, sind hierbei, ebenso wie Einflüsse der Schule, der Peergroup und des Gemeindegemeinschafts von großer Bedeutung.“ [Übersetzung der Autorin] (Rutter 2012b, S. 40f.). Insbesondere der letzte Teil der Definition deckt sich mit der Sichtweise Ungars, der betont, Resilienz sei „mehr als nur eine Eigenschaft im Kind, sondern vielmehr das Ergebnis von Interaktionen zwischen dem Kind und seiner Umwelt [Übersetzung der Autorin].“ (Ungar 2007, S. 2). Auch Wustmann bezeichnet Resilienz als einen positiv verlaufenden, dynamischen Entwicklungs- und Anpassungsprozess, der durch Kind-Umwelt-Interaktionen erworben wird und somit eine, wie sie es nennt, „Kapazität“, nicht jedoch ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal des Kindes erfasst. Die Kind-Umwelt-Interaktionen verlaufen dabei bidirektional, d.h. neben der Person selbst ist auch die Umwelt an der Ausbildung von Resilienz beteiligt (vgl. Wustmann 2005, S. 193). Positive Entwicklungsanpassungen trotz vorhandener Risikobelastung sind nach Wustmann erstens durch eine „positive Selbst- und Fremdeinschätzung“, zweitens „die Abwesenheit von psychischen Störungen und Risikoverhalten“ und drittens „die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben“ gekennzeichnet (Wustmann 2009, S. 72). Sie sieht Resilienz als „eine psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (z.B. chronische Armut, Gewalterfahrungen, Verlust eines Elternteils oder Geschwisters, elterliche psychische Erkrankung)“ (Wustmann 2009, S. 72). Scheithauer und Petermann (1999, S. 9) vertreten ebenfalls diese Sichtweise, in dem sie Resilienz als eine „Kapazität“ bezeichnen, die nicht schon in der Kindheit vorliegt, sondern im zeitlichen Verlauf im Kontext von Mensch-Umwelt-Interaktionen erworben werden muss.

Dagegen definieren Sturzbecher und Dietrich Resilienz „als bereichsspezifische Kompetenz zur effektiven Mobilisierung von Bewältigungskapazitäten in besonders belastenden Lebenssituationen“ (Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 3) und bezeichnen Resilienz explizit als eine Persönlichkeitseigenschaft (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 7). Trotz dieser insbesondere zu den theoretischen Ansätzen von Masten und Reed (2002), Luthar et al. (2000), Rutter (2012b) und Ungar (2007) deutlich werdender Differenz sind jedoch auch sehr viele Gemeinsamkeiten mit diesen Konzepten festzustellen. So schränken Sturzbecher und Dietrich ein, dass es sich bei Resilienz nicht um ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes handle, sondern vielmehr um „eine (Bewältigungs-) Kompetenz, die im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktionen erworben wird“ (Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 6). Hierbei sei die Abwesenheit von psychischen Störungen nicht als das zentrale Merkmal von Resilienz anzusehen. Vielmehr seien Kinder dann resilient bzw. kompetent, wenn es ihnen gelänge, negative Einflüsse auszugleichen und so Entwicklungsrisiken größtenteils zu kompensieren oder mindestens zu vermindern (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 8). Auch

Rutter ist der Ansicht, resiliente Menschen müssten nicht „besser“ funktionieren als die allgemeine Bevölkerung, die nicht aus den gleichen belastenden Lebensumständen stammt. Vielmehr meint Resilienz das Erzielen eines Ergebnisses, das über dem von Menschen mit vergleichbaren belastenden Lebensumständen und damit über den eigentlichen Erwartungen liegt (vgl. Rutter 2012a, S. 342). Sturzbecher und Dietrich räumen zudem ein, dass es sich bei Resilienz um eine Persönlichkeitseigenschaft handelt, welche „nicht einheitlich“ ist. Vielmehr existiert Resilienz „in abgestuften Facetten, die risikospezifisch, kontextabhängig und ein Ergebnis des Zusammenspiels von Person und Umwelt“ (Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 7) sind. Damit verweisen sie auf die multidimensionale Natur von Resilienz, wie sie in der bisherigen Forschung deutlich wurde. So können schwer belastete Kinder in einigen Bereichen kompetent sein, in anderen Bereichen jedoch Probleme entwickeln. Dies führte dazu, dass einige Forscher den Nutzen und die Geltung des Resilienzkonzepts anzweifeln. Jedoch wäre selbst bei unbelasteten Individuen vollkommen unrealistisch anzunehmen, dass sie konsistent gleiche positive oder negative Umweltpassungen in multiplen und nicht miteinander in Verbindung stehenden Bereichen erlangen würden. Dies weist jedoch auch daraufhin, dass in Resilienzstudien eine gewisse gleichförmige Entwicklung in theoretisch miteinander zusammenhängenden Bereichen zu erwarten ist (vgl. Luthar et al. 2000, S. 548). Auch Scheithauer et al. (2000a, S.81) sprechen in diesem Zusammenhang nicht von einer allgemeingültigen, sondern vielmehr von einer „situations- und lebensbereichsspezifischen Resilienz“. Diese bereichsspezifische Resilienz kann dann z.B. als „akademische Resilienz“, „emotionale Resilienz“ oder „soziale Resilienz“ bezeichnet werden (vgl. Petermann/ Schmidt 2006, S. 121). Die multidimensionale Natur von Resilienz umschließt zudem auch eine Multifinalität, d.h. positive Anpassungsprozesse können, je nach dem welchen konzeptuellen Überlegungen gefolgt wird, unterschiedlich definiert werden. Für die Untersuchung von Resilienz ist es daher unabdingbar, „erfolgreiche Anpassungsprozesse“ für bestimmte Risikogruppen theoretisch genau zu definieren und die Kriterien für die empirische Operationalisierung offenzulegen (vgl. Luthar et al. 2000, S. 548f.). Der Begriff der Multifinalität bezieht sich in der Resilienzforschung jedoch auch auf die unterschiedlichen Auswirkungen, die ein Risikofaktor haben kann. Diese Auswirkungen hängen wieder von der subjektiven Bewertung schwieriger Erfahrungen ab. Beispielsweise kann die Trennung der Eltern für einige Kinder eine Erleichterung bedeuten, für andere jedoch aufgrund der Angst, dadurch einen Elternteil zu verlieren, psychische Störungen verursachen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 26).

Auf der Grundlage der verschiedenen, ausgeführten theoretischen Ansätze und Konzepte soll *Resilienz* im Folgenden nun, insbesondere in Anlehnung an Masten/ Reed (2002) und Rutter (2012a; 2012b), als *Erfüllung bestimmter, altersgerechter „Normalstandards“ der Entwicklung trotz besonders widriger Lebensumstände verstanden werden; hierfür sind*

dynamische (Anpassungs-)Prozesse notwendig, welche eine Reihe individueller Eigenschaften wie bestimmte Einstellungen, Verhaltensweisen und Kompetenzen beinhalten. Resilienz ist keine angeborene, einheitliche Persönlichkeitseigenschaft, sondern muss im Kontext von Kind-Umwelt-Interaktionen erworben werden und kann aufgrund ihrer multidimensionalen Natur sowohl risikospezifisch, bereichsspezifisch wie auch über die Lebensspanne hinweg variieren. Altersgerechte „Normalstandards“ müssen dabei nicht unbedingt das Niveau der allgemeinen Bevölkerung erreichen, sondern sollten über den Ergebnissen ähnlich belasteter Kinder und damit über den gemäß den widrigen Lebensumständen zu hegenden Erwartungen liegen.

2.1.3 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

Doch was kennzeichnet diese widrigen Lebensumstände, welche Resilienzprozesse zur Erfüllung altersgerechten „Normalstandards“ erst notwendig machen? Widrige Lebensumstände sind durch die Existenz und den Einfluss von Risikofaktoren gekennzeichnet. Diese Risikofaktoren erhöhen „die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer und physischer Störungen“ (Sturzbecher/ Dietrich 2007, S.9). In der Literatur wird fast durchgängig zwischen personalen Risikofaktoren (auch Vulnerabilitätsfaktoren genannt) und sozialen Risikofaktoren unterschieden. Personale Risikofaktoren bzw. Vulnerabilitätsfaktoren beziehen sich auf biologische und psychologische Merkmale im Kind selbst, d.h. auf Merkmale wie genetische Dispositionen, chronische Krankheiten, ein schwieriges Temperament, eine niedrige Intelligenz oder eine hohe Ablenkbarkeit, d.h. Impulsivität. Soziale Risikofaktoren umfassen hingegen sozioökonomische Faktoren und psychosoziale Umweltbedingungen wie familiäre Belastungen und ein ungünstiges soziales Umfeld (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S. 4; Wustmann 2007, S. 131; für eine besonders ausführliche Darstellung siehe Tabelle 8 und Tabelle 9 im Anhang).

In diesem Zusammenhang besonders bekannt ist der von Rutter und Quinton 1977 entwickelte „Index of Family Adversity“, in der Literatur oft auch als „Rutters Family Adversity Index“ bezeichnet (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S.5). Dieser Index besteht aus einem Summenscore der folgenden fünf Risikofaktoren: Vater ist eine ungelernte oder angelernte Arbeitskraft, eine sehr große Familie (mindestens vier Kinder oder mehr als eine Person pro Zimmer), depressive oder neurotische Mutter (Beurteilung erfolgte durch ein Interview oder einen Fragebogen), das Kind war für eine Woche oder länger in (staatlicher) Betreuung (z.B. aufgrund massiver Ehe Streitigkeiten) und der Vater hatte eine Straftat begangen. Für jeden vorhandenen Risikofaktor wurde ein Wert von eins vergeben und die entsprechenden Werte ungewichtet aufsummiert – ein Summenscore von zwei oder mehr Risikofaktoren korrelierte signifikant mit dem Vorhandensein psychischer Störungen bei Kindern. Ein von Rutter und Quinton (1977) vorgenommener Vergleich zwischen den in London und den auf

der Isle of Wight aufwachsenden Kindern ergab, dass der Anteil an Kindern mit psychischen Störungen in London deutlich höher lag. Diese Unterschiede waren jedoch vollständig auf den höheren Anteil an sozial benachteiligten Familien in London zurückzuführen. So entwickelten Kinder, die nach dem Index in benachteiligten Familienverhältnissen aufwuchsen, in beiden Gebieten in einem Viertel der Fälle (und damit zu gleichen Anteilen) psychische Störungen. Der Anteil an Kindern mit psychischen Störungen in Familien ohne die genannten sozialen Benachteiligungen lag in beiden Gebieten hingegen deutlich darunter (vgl. Rutter/ Quinton 1977, S. 180f.).

Aufbauend auf dem „Index of Family Adversity“ und ergänzend zu diesem gelten mittlerweile eine ganze Reihe vielschichtiger Risikofaktoren für eine positive kindliche Entwicklung als abgesichert – so z.B. eine zu frühe Geburt, Scheidung der Eltern, Misshandlungen, unverheiratete Teenager-Mütter, elterliche Krankheiten und Psychosen, Armut, Obdachlosigkeit oder Traumata aufgrund von Kriegen oder Umweltkatastrophen (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75f.). Auch zeigen etliche Untersuchungen zu Eltern-Kind-Beziehungen, dass Eltern ihre eigenen Bindungsmuster und damit ggf. negative Bindungserfahrungen als sozialen Risikofaktor intergenerationell weitergeben (vgl. Zeanah et al. 1997, S. 170ff.; Egle et al. 1997, S. 692). Ebenfalls empirisch abgesichert ist die nachhaltige Beeinflussung der psychischen und sozialen Entwicklung eines Kindes und seiner Familie durch chronisch-körperliche Erkrankungen. Fehlen die notwendigen Bewältigungsressourcen können das Selbstwert- und Kompetenzerleben beeinträchtigt werden – das Risiko einer psychischen Störung wächst (vgl. Noeker/ Petermann 2013, S.535ff.). Als weiterer Risikofaktor gilt neben dem körperlichen auch der sexuelle Missbrauch. Die Schwere dieser Belastung hängt dabei insbesondere von dem Entwicklungskontext des Kindes (Heim oder Familie), der Person des Täters (Fremder, Bekannter, Vater, Mutter, Stiefvater) und der Art, dem Schweregrad und der Häufigkeit des Missbrauchs ab (vgl. Egle et al. 1997, S. 693). Auch wird angenommen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund speziellen Risiken und Belastungen wie einem möglicherweise unsicheren Aufenthaltsstatus, Sprachbarrieren, Diskriminierungen oder Identitätsunsicherheiten ausgesetzt sind, welche die Bedeutung von Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung dieser Kinder besonders notwendig machen. Allerdings können Kinder mit Migrationshintergrund auch über spezifische, kulturellbedingte Schutzfaktoren, wie z.B. einen starken familiären Zusammenhalt oder ethnische Unterstützungsnetzwerke, verfügen (Bengel et al. 2009, S. 115). Nach Wustmann überwiegt jedoch die Risikobelastung eines Migrationshintergrunds, so dass sie dieses Merkmal explizit in ihren Katalog möglicher Risikofaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung aufnimmt (vgl. Wustmann 2007, S. 131).

Häufig kommen Risikofaktoren gleichzeitig vor und häufen sich mit der Zeit an, so dass kumulative Risikobelastungen entstehen (vgl. Egle et al. 1997, S.693; Cowen et al. 1997, S. 530; Scheithauer/ Petermann 1999, S. 4f.; Biermann 2002, S. 21; Masten/ Reed 2002, S. 77; Wustmann 2007, S. 132f.; Bengel et al. 2009, S. 22f.; Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 24f.; Ungar 2012, S. 16; Werner 2012, S. 553f.). Die zu erwartenden Entwicklungsbeeinträchtigungen steigen mit dieser zunehmenden Risikobelastung an, so dass „nicht nur die Art und Spezifität, sondern vor allem die Anzahl und Intensität auftretender Risikobelastungen“ (Wustmann 2007, S. 133) entscheidend ist. Während im Vergleich zu Kindern, die keinen Risikofaktor aufweisen, bei der Existenz eines Risikofaktors keine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit (2%) psychischer Erkrankungen vorliegt, steigt die Wahrscheinlichkeit bei zwei Risikofaktoren bereits um das Vierfache (6%) und liegt bei vier Risikofaktoren bereits bei 20%. Kumulative Risikobelastungen führen damit besonders häufig zu einem Scheitern altersgerechter Entwicklungsaufgaben (vgl. Wustmann 2007, S. 133).

Dieses Modell, nachdem bestimmte Risikofaktoren die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen, muss nach Sturzbecher und Dietrich (2007, S. 10) jedoch als ein Wahrscheinlichkeitsmodell begriffen werden, welches für die Identifikation belasteter Kinder bedeutsam ist, Entwicklungsstörungen jedoch nicht mit Gewissheit vorhersagen kann. Auch Rutter (2001) sowie Lösel und Bender (2007) machen in diesem Zusammenhang auf einige, wichtige methodologischen Überlegungen aufmerksam. So ist es nach Rutters Ansicht (2001, S.14) absolut notwendig, zwischen Risikoindikatoren und Risikomechanismen zu unterscheiden. Zwar lassen sich viele Zusammenhänge zwischen Risikoindikatoren und psychischen Störungen nachweisen, jedoch entstehen diese Störungen häufig aufgrund der damit einhergehenden Risikomechanismen, d.h. den mit dem Risiko einhergehenden Erfahrungen. Als Beispiel nennt Rutter den Verlust eines Elternteils aufgrund von Tod, Scheidung oder Trennung der Eltern sowie das Aufwachsen in Armut. Obwohl beide Faktoren auch in sich selbst Risiken bergen, sind es vor allem auch die häufig mit der Scheidung oder Trennung der Eltern einhergehenden Konflikte und Erziehungsschwierigkeiten, welche psychologische Störungen bei den Kindern verursachen. Auch bei Kindern, die in Armut aufwachsen, wächst die Wahrscheinlichkeit psychischer Beeinträchtigungen weniger aufgrund der depravierenden ökonomischen Lebenslage an sich, sondern aufgrund der damit einhergehenden, größeren Schwierigkeiten in der Kindererziehung, Beeinträchtigungen bei der Ausführung von Familienaufgaben und gestörter Familienbeziehungen. Lösel und Bender (2007, S. 63), die sich hierbei auf Rutter beziehen, bezeichnen einzelne Risiken wie Armut oder Scheidung als distale Risiken, die damit einhergehenden Faktoren wie Desinteresse, Ablehnung oder eine unbeständige, wechselhafte Kindererziehung als proximale Risiken. Distale Risiken entfalten somit nur

dann einen eindeutigen Risikoeffekt, wenn sie durch die beispielhaft skizzierten proximalen Faktoren vermittelt werden. So entfaltet das sozioökonomische Risiko von Armut in Familien mit einem positiven Erziehungsstil und einem liebevollen, günstigen Familienklima keine oder nur in einem deutlich abgeschwächten Ausmaß negative Wirkungen für Entwicklungspathologien im Bereich der Erlebens- und Verhaltensstörungen. Sich positiv entwickelnde und gut an ihre Umwelt angepasste Kinder aus solchen Familien sind somit nicht unbedingt als resilient sondern eher als kompetent zu bezeichnen, da sie eine niedrigere Risikobelastung aufweisen, als Kinder bei denen distale und proximale Risiken zusammenkommen. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011, S.23) unterscheiden Risikofaktoren zudem nach ihrer Veränderbarkeit – demnach existieren zum einen strukturelle Faktoren als „feste Marker“ (wie z.B. das Geschlecht) und zum anderen variable Faktoren, die durch Interventionen modifiziert werden können. Variable Risikofaktoren können zusätzlich noch in diskrete Faktoren (führen, wie z.B. kritische Lebensereignisse, zu direkten Veränderungen) und kontinuierliche Faktoren (variieren in ihrer Stärke und ihrem Wirkungsgrad über die Zeit, wie z.B. die Güte von Eltern-Kind-Beziehungen) unterteilt werden.

2.1.4 Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung

Seit den 1980er Jahren fand nicht nur eine Verlagerung des Blickwinkels von Vulnerabilität auf Resilienz, sondern auch von einer reinen Betrachtung von Risikofaktoren hin zum Prozess der Bewältigung solcher Risikosituationen statt. Damit richtete sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Existenz und den Aufbau sog. Schutzfaktoren (vgl. Rutter 1987, S. 316). Schutzfaktoren stellen nach Masten und Reed (2002, S. 75f.) das Gegenteil von Risikofaktoren dar, da sie diesen entgegenwirken können und eine positive Entwicklung der Kinder durch ihr Vorhandensein an Wahrscheinlichkeit gewinnt. So entfalten Schutzfaktoren erst bei vorhandenen Risiken bzw. widrigen Lebensumständen ihre protektiven Wirkungen (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 14). Hierbei spielen Ressourcen in Form von Humankapital wie auch sozialem und materiellem Kapital eine entscheidende Rolle.¹ Oft stellen Personen oder bestimmte Kontexte, welche die Wirkung dieser Risikofaktoren abpuffern können, solche Schutzfaktoren dar. Schutzprozesse entstehen dann durch positive Entwicklungen aufgrund des Wirkens dieser Schutzfaktoren gegen die

¹ Die Bedeutung verschiedener Kapitalsorten im Zusammenhang mit „der Struktur und dem Funktionieren der gesellschaftlichen Welt“ (Bourdieu 2012, S. 230) geht auf den französischen Soziologen und Sozialphilosophen Bourdieu und sein einflussreiches Werk „Die feinen Unterschiede“ (1989) zurück. Laut Bourdieu kann das Kapital „auf drei grundlegende Arten auftreten. In welcher Gestalt es jeweils erscheint, hängt von dem jeweiligen Anwendungsbereich sowie den mehr oder weniger hohen Transformationskosten ab, die Voraussetzung für sein wirksames Auftreten sind: *Das ökonomische Kapital* ist unmittelbar und direkt in Geld konvertierbar und eignet sich besonders zur Institutionalisierung in der Form des Eigentumsrechts; das *kulturelle Kapital* ist unter bestimmten Voraussetzungen in ökonomisches Kapital konvertierbar und eignet sich besonders zur Institutionalisierung in Form von schulischen Titeln; das *soziale Kapital*, das Kapital an sozialen Verpflichtungen oder ‚Beziehungen‘, ist unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls in ökonomisches Kapital konvertierbar [...] [kursive Hervorhebungen auch im Original]“ (Bourdieu 2012, S. 231).

entwicklungsbedrohenden Risikofaktoren. Multiple Schutzfaktoren im Leben eines Kindes können, analog zu der kumulativen Risikobelastung, eine kumulative Schutzwirkung entfalten (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75f.).

Analog zu der Unterscheidung zwischen personalen und sozialen Risikofaktoren wird in der Resilienzforschung auch bei den Schutzfaktoren allgemein zwischen personalen Schutzfaktoren bzw. personalen Ressourcen und sozialen Schutzfaktoren bzw. sozialen Ressourcen unterschieden. Petermann und Schmidt schlagen hierbei vor, Ressourcen „als die *aktuell verfügbaren Potenziale zu bezeichnen, die die Entwicklung unterstützen*. Das unterscheidet sie von *anderweitig gebundenen, nicht mehr oder noch nicht verfügbaren Potenzialen*.“ [kursive Hervorhebungen auch im Original] (Petermann/ Schmidt 2006, S.119). Dabei werden als personale, kindbezogene Faktoren vor allem positive Temperamenteigenschaften, das erstgeborene Kind und (in der Kindheit) das weibliche Geschlecht genannt. Resilienzfaktoren stellen u.a. ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl, eine internale Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Selbstregulationsfähigkeiten und eine hohe Sozialkompetenz und ein sicheres Bindungsverhalten dar. Als soziale Ressourcen werden u.a. ein autoritativer Erziehungsstil und eine stabile Bezugsperson in der Familie sowie ein hoher sozioökonomischer Status genannt. Wichtig sind demnach ebenfalls eine Förderung basaler Kompetenzen (als Resilienzfaktoren), eine positive Verstärkung der Lernfreude des Kindes und angemessene, aber dennoch hohe Leistungsansprüche. Auch gelten kompetente und den Kindern zugewandte Erwachsene im weiteren sozialen Umfeld als bedeutsame soziale Ressource (vgl. Wustmann 2005, S. 196 und ausführlich hierzu Tabelle 10 im Anhang).

Um einen „Puffereffekt“ erzielen zu können, sollten Schutzfaktoren bzw. protektive Einflüsse zeitlich wenn möglich vor den potenziellen Risikofaktoren auftreten, um deren Wirkungen auffangen zu können – in jedem Fall sollte ein spezifischer Interaktionseffekt nachweisbar sein (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S. 11; Bengel et al. 2009, S. 23f.; Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 27). In diesem Zusammenhang erweisen sich Längsschnittstudien als besonders sinnvoll, um zu erfassen, wie stark Kinder, die einer höheren Belastung ausgesetzt sind, einen günstigeren oder ungünstigeren Entwicklungsverlauf einschlagen und welche Wirkmechanismen hieran beteiligt sind. Dabei können sowohl intraindividuelle wie auch interindividuelle Unterschiede (variablen- oder personenzentrierter Ansatz) analysiert werden (vgl. Scheithauer et al. 2000a, S.87).

Eine der bekanntesten Untersuchungen zum Einfluss von Schutzfaktoren auf die Entwicklung von Resilienz stellt die Längsschnittstudie zum „*Rochester Child Resilience Project*“ (RCRP) dar. Die inhaltliche Konzeption wurde dabei maßgeblich von zwei großen Resilienzuntersuchungen, der *Kauai-Studie* und der „*Project Competence study of*

*resilience*², mit beeinflusst. Für die RCRP-Studie wurden zwei separate Kohorten (eine erste Kohorte der Viert-, Fünft- und Sechstklässler und eine zweite Kohorte der Zwei- bis Drittklässler) armer Kinder aus dem innerstädtischen Bereich mit hoher Stressbelastung und damit einhergehend höherer Wahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen ausgesucht und über mehrere Jahre lang untersucht. Die Stressbelastung der Kinder wurde durch die Angaben ihrer Eltern zu kritischen Lebensereignissen und stresserzeugenden Lebensumständen für das Kind und seine Familie gemessen. In die Studie wurden in beide Kohorten nur Kinder mit vier oder mehr bedeutenden kritischen Lebensereignissen oder stresserzeugenden Lebensumständen aufgenommen – im Schnitt waren die Kinder über die Jahre der Studie sogar mit acht bis neun dieser Risikofaktoren belastet. Nach Aufnahme in die Studie wurden beide Kohorten auf der Grundlage der Einschätzung ihrer Eltern und Lehrer anhand von Kurz-Screening-Instrumenten in die Gruppe der „gut angepassten“, d.h. resilienten, und in die Gruppe der „schlecht angepassten“, d.h. maladaptiven bzw. nicht-resilienten Kinder eingeteilt (vgl. Cowen et al. 1997, S. 529f.). Die in den Augen ihrer Eltern und Lehrer als resilient wahrgenommenen Kinder der ersten Kohorte (Viert-, Fünft- und Sechstklässler) schätzten sich in den durchgeführten Kindertests gegenüber den nicht-resilienten Kindern hinsichtlich ihrer allgemeinen Anpassungsfähigkeit signifikant besser ein. Sie erzielten auch höhere Werte hinsichtlich ihrer schulischen und sozialen Kompetenzen, einer sozialangepassten Verhaltensweise, ihrem Selbstbewusstsein und ihrem allgemeinen Selbstwertgefühl. Sie zeigten weniger depressive Symptome, waren empathischer und hatten sowohl eine realistischere Selbsteinschätzung wie auch eine größere Kontrollüberzeugung. Sie berichteten auch häufiger von der Anwendung von Coping- und Problemlösestrategien. Mit Hilfe einer Gruppe von fünf dieser Eigenschaften (allgemeines Selbstwertgefühl, Empathie, realistische Selbsteinschätzung, soziale Problemlösefähigkeit und Selbstbewusstsein) konnten 84% der Kinder korrekt in die Gruppe der resilienten bzw. nicht-resilienten Kinder eingeordnet werden. Cowen et al. bezeichnen diese fünf Eigenschaften daher auch als Prädiktoren für die Klassifizierung in resiliente bzw. nicht-resiliente Kinder (vgl. Cowen et al. 1997, S. 532f.). Die entsprechenden Ergebnisse für die Zweit- und Drittklässler der zweiten Kohorte fielen ähnlich aus – waren jedoch, vermutlich aufgrund des jüngeren Alters der Kinder, weniger reliabel (vgl. Cowen et al. 1997, S. 543).

Auch bei der *Kauai-Studie* waren vor allem schützende Faktoren „im Kind“, wie günstige Temperamenteigenschaften (beschrieben als „aktiv“, „gutmütig“, „lieb“, „unabhängig, aber trotzdem in der Lage Hilfe zu erbitten“, „leistungsfähig“) und schützende Faktoren im (weiteren) Familienkreis ausschlaggebend für eine stabile Lebensanpassung trotz widriger Lebensumstände. So hatten die resilienten Kinder die Möglichkeit, trotz familiärer

² Die „Project Competence study of resilience“ wird weiter unten in Unterkapitel 1.3.1 zur „Operationalisierung des Resilienzkonstrukts“ noch einmal ausführlich dargestellt.

Belastungen oder eigener körperlicher Behinderungen, enge Beziehungen zu mindestens einem kompetenten und zuverlässigen Menschen einzugehen. Dieser Mensch ging auf ihre Bedürfnisse ein, so dass die Entwicklung eines Urvertrauens wenigstens zu Beginn ihres Lebens für diese Kinder möglich war. Wichtige Schutzfaktoren stellten zudem die Geschwisterreihenfolge (positiv wirkte sich aus, Erstgeborener zu sein), die Schulbildung der Mutter und ihre Fähigkeiten in der Versorgung ihres Babys und Kleinkindes sowie die Stärke des religiösen Glaubens (unabhängig von der Konfession) dar. Bei einer psychisch kranken oder psychotischen Mutter besaßen die resilienten Kinder die besondere Gabe, in ihren Großeltern (vor allem der Großmutter), älteren Geschwistern oder Tanten „Ersatzeltern“ zu finden, die sich um sie kümmerten und als Identifikationsfiguren fungierten. Auch nannten alle widerstandsfähigen Kinder der Kauai-Studie mehrere Lehrer ihrer Schulzeit, die sich für sie interessierten und sie forderten – oft wurde ein bestimmter Lieblingslehrer zu einem positiven Rollenmodell für diese Kinder. Diese widerstandsfähigen Kinder gingen gerne zur Schule, die sie oft auch als ein zweites Zuhause empfanden, und wurden insbesondere auch von ihren Grundschullehrern als besonders kompetent hinsichtlich ihrer Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten empfunden (vgl. Werner 2007a, S. 22ff.). Vermutet wird in diesem Zusammenhang, dass intelligentere Kinder besser dazu in der Lage sind, Copingstrategien zu entwickeln³, Schwierigkeiten zu lösen, die Folgen ihres Verhaltens vorausszusehen und ihre Impulse zu unterdrücken – daher gilt eine überdurchschnittliche Intelligenz neben günstigen Temperamentseigenschaften ebenfalls als personaler Schutzfaktor (vgl. Werner/ Smith 1982, S.54f.; Luthar 1999, S.14).

Auch bei ihrer Reflektion bisheriger Studien zu den Risiken, der Resilienz und der Erholung von Kindern im Krieg, insbesondere auch bei Kindersoldaten, verweist Werner auf den protektiven Einfluss positiver Beziehungen zu Lehrern und zu den Möglichkeiten schulbasierter Interventionen bzw. Unterstützungen. Auch die in der Forschung bisher identifizierten weiteren Schutzfaktoren für Kinder, die Kriege miterleben müssen, ähneln denen von Längsschnittstudien mit Kindern aus schwer belasteten Familien. So sind auch für diese Kinder eine starke Bindung zu mindestens einer persönlichen Fürsorgeperson, die psychische Gesundheit der Mutter, die Verfügbarkeit von weiteren unterstützenden Personen, ein starkes Werteverständnis, ein fester religiöser Glaube, Kontrollüberzeugung, Humor und Altruismus für ihre Widerstandsfähigkeit und langfristige psychische Gesundheit von besonderer Bedeutung (vgl. Werner 2012, S. 555ff).

³ Das Konzept des „Coping“ ist nach Rutter sehr eng mit dem Resilienzkonzept verwandt, sollte allerdings von diesem abgegrenzt werden. Er versteht unter „Coping“ eine individuelle Eigenschaft, die mit einem bestimmten, offenkundigen Verhalten einhergeht. Resilienz enthält zwar auch Coping als ein wichtiges Element, geht jedoch darüber hinaus, da auch soziale und kontextuelle Einflüsse, die sehr einflussreich sein können, berücksichtigt werden (vgl. Rutter 2012b, S. 34).

Eine der bekanntesten Studien im deutschsprachigen Raum, die „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“, untersuchte die Wirkung verschiedener, potenzieller Schutzfaktoren mit einer Hochrisikogruppe von Jugendlichen, die aus 27 Heimen kamen. Dabei wurde deutlich, dass sich resiliente Jugendliche durch eine realistischere Zukunftsplanung, ein aktiveres und weniger vermeidendes Bewältigungsverhalten, ein höheres Selbstvertrauen, bessere soziale Beziehungen, eine höhere Lernmotivation und bessere Schulleistungen auszeichneten. Häufig verfügten sie über eine stabile und verlässliche Bezugsperson außerhalb ihrer schwer belasteten Familien. Maladaptive Jugendliche dieser Hochrisikogruppe wiesen hingegen häufiger ein impulsiveres und starrereres Temperament auf. Damit bestätigten die Ergebnisse einen Kernbereich von Schutzfaktoren, wie sie bereits in der Kauai-Studie von Werner und Smith (1982, S. 83ff.) wie auch in anderen Untersuchungen, z.B. zu Kindern mit psychisch kranken Eltern oder mit Kindern aus Familien mit Vernachlässigungen und Misshandlungen, identifiziert wurden (vgl. Lösel/ Bender 2007, S. 58f.).

Rutter verweist zudem auf den „stählenden“ Effekt kurzer Stressphasen auf die Entwicklung von Copingstrategien. Hierfür wurden in Experimenten 17 Wochen alte Totenkopffäffchen über einen Zeitraum von insgesamt zehn Wochen für jeweils zwei Stunden pro Woche von ihren Müttern getrennt. Dies entspricht natürlichen Trennungsphasen in der Wildnis, während derer die Mütter auf Nahrungssuche gehen. Bei einer Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Anschließend, bis in das Erwachsenenalter der Äffchen durchgeführte Untersuchungen ihres Verhaltens, ihrer kognitiven Fähigkeiten und ihres Hormonhaushalts zeigten allesamt positivere Ergebnisse für die Treatmentgruppe – beispielsweise blieb ihre Cortisolausschüttung in Stresssituationen deutlich niedriger. In einer weiteren Studie konnte herausgefunden werden, dass Kinder, die Trennungen von ihren Eltern aufgrund außerhäuslicher, positiver Erlebnisse (wie z.B. verbrachter Zeit bei den Großeltern oder dem Übernachten bei Freunden) erlebt hatten gegenüber einer Gruppe von Kindern, die solche „happy separations“ nicht kannten, besser mit Krankenhauserfahrungen umgehen konnten. Rutter gibt hier jedoch auch zu Recht zu bedenken, dass Krankenhauserfahrungen neben stressigen Trennungserfahrungen von den Eltern auch noch andere stressige Elemente für die Kinder enthalten. Insgesamt fordert er daher eine verstärkte Auseinandersetzung und Forschung auf dem Gebiet „stählender“ Erfahrungen und der, wie er es nennt, „Impfwirkung“ bestimmter Stressoren für die Ausprägung und Entwicklung von Resilienz (vgl. Rutter 2012a, S. 337f.). Das Potenzial dieser „stählenden“ Erfahrungen wurde bereits 1984 von Garmezy et al. in ihren Kompetenzstudien zur Stressresistenz von Kindern („Project Competence Studies of Stress Resistance in Children“) beschrieben und als „Herausforderungsmodell“ („Challenge model“) klassifiziert. Auch Garmezy et al. betonen hierbei, dass moderater

Stress die Kompetenzentwicklung fördern und so entwicklungsförderliche Prozesse anstoßen kann (vgl. Garmezy et al. 1984, S. 102).

Insgesamt führen die Ergebnisse unterschiedlichster Studien nach Masten und Reed (2002, S. 75), trotz einiger Auseinandersetzungen hinsichtlich der genauen Operationalisierung von Resilienz, nicht nur hinsichtlich der einflussreichsten Risiko-, sondern auch hinsichtlich einer „Kurzliste“ der wichtigsten Schutzfaktoren mit überwältigender Konsistenz zu gleichen oder zumindest sehr ähnlichen Schlussfolgerungen. So herrscht wenig Dissens darüber, dass es Personen gibt, die von den allermeisten Forschern gleichermaßen als resilient bezeichnet werden würden. Auch Werner (1995, S. 82) stellt fest, dass neben der Kauai-Studie auch in anderen Studien mit Kindern die Bedeutung individueller Schutzfaktoren (in Form bestimmter Eigenschaften der Kinder) und sozialer Schutzfaktoren (in Form der Quantität und Qualität an Unterstützungsangeboten in der unmittelbaren (familiären) Umwelt) für die Resilienzentwicklung von Kindern in Hochrisikolagen deutlich wird – dabei scheint dieser gemeinsame Kern protektiver Schutzfaktoren, trotz unterschiedlichster sozialer Schichten, Ethnien und Ländern, denen die Kinder entstammen, eine universelle Geltung zu besitzen. Scheithauer und Petermann (1999, S. 10) geben hierbei jedoch auch den subjektiven Einfluss von Bewertungs- und Bewältigungsverhalten hinsichtlich widriger Lebensumstände auf die Wirkung von Schutzfaktoren zu bedenken. Insbesondere, ob Kinder soziale Unterstützung auch in Anspruch nehmen und mit der Qualität ihrer Beziehungen zufrieden sind, entscheidet darüber, ob dieser Schutzfaktor in Form von positiven Bindungserfahrungen wirksam werden kann. Dies stützt die Annahmen Ungars, nach denen insbesondere auch kulturelle Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Bedeutungszuschreibung und die Annahme von Schutzfaktoren ausüben – damit widerspricht er der Annahme „universell geltender Schutzfaktoren“ zumindest zum Teil (siehe hierfür Kapitel 2.2.2 zu biologischen Einflüssen und der Bedeutung von Gen-Umwelt-Interaktionen).

2.2 Bedeutsame Einflussfaktoren auf Resilienzprozesse

In Kapitel 2.2 zu bedeutsamen Einflussfaktoren auf Resilienzprozesse werden lebenslaufbedingte Veränderungen von Resilienz und Vulnerabilität (Kapitel 2.2.1) hervorgehoben und (neuro)biologische Einflüsse sowie Gen-Umwelt-Interaktionen auf die Resilienzbildung dargestellt (Kapitel 2.2.2). Weiterhin werden mögliche Umwelt-Kind-Interaktionen sowie der Ansatz der sozialökologischen Perspektive nach Ungar (Kapitel 2.2.3) diskutiert.

2.2.1 Resilienz und Vulnerabilität in der Lebenslaufperspektive

Im Vergleich zu älteren Kindern oder Jugendlichen sind jüngere Kinder noch wehrloser und stärker auf Fürsorge angewiesen – sie gelten, z.B. in Hinblick auf die negativen Auswirkungen chronischer Armut auf schulische Leistungen, als besonders vulnerabel (vgl. Luthar 1999, S. 12). Der Grundstein für Resilienz fördernde, protektive Prozesse wird daher, auch nach Erkenntnissen der Kauai-Studie, insbesondere in der Phase der frühen Kindheit gelegt. Dabei spielt die mütterliche Kompetenz eine besondere Rolle – Kinder fürsorglicher Mütter zeigten im Alter von zehn Jahren höhere schulische Leistungen. Mädchen erwiesen sich bereits im Kleinkindalter als autonomer und Jungen mit 18 Jahren als lebensstüchtiger; sie hatten auch mehr Freunde als gleichaltrige Jungen mit Müttern mit geringer ausgeprägten Kompetenzen. Zur Vorhersage der späteren Lebensbewältigung im Alter von 40 Jahren erwiesen sich neben der mütterlichen Kompetenz auch die Anzahl an emotional unterstützenden Personen, die das Kind im Alter von zwei bis zehn Jahren zur Verfügung standen, der schulische Leistungsstand mit zehn Jahren wie auch die Gesundheit von der Geburt bis in die frühe bis mittlere Kindheit hinein als besonders bedeutsam. Somit unterstreicht die Kauai-Längsschnittstudie die besondere Wichtigkeit der ersten zehn Lebensjahre eines Kindes für die weitere Bewältigung kritischer Lebensereignisse und die Entwicklung einer Widerstandsfähigkeit i.S. der Resilienz (vgl. Werner 2007b, S. 322ff).

Stresserzeugende Lebensereignisse in bestimmten Lebensabschnitten der Kinder konnten die Vulnerabilität jedoch wieder verstärken und die Aktivierung neuer bzw. bereits vorhandener protektiver Faktoren notwendig machen – somit, so folgert Werner, ist Resilienz letztendlich kein statischer Zustand, sondern stellt immer auch ein verletzlich Gleichgewicht zwischen gefährdenden und schützenden Faktoren dar. Während eine Minderheit der resilienten „Risiko“-Kinder aus der Kauai-Studie im dritten Lebensjahrzehnt auf einmal psychische Probleme entwickelte, konnte die Mehrheit dieser widerstandsfähigen Kinder im erwachsenen Alter ihr Leben erfolgreich meistern und fand Chancen, ihr Leben (z.B. in ihrer Arbeit oder durch ihre Ehe) erheblich zu verbessern (vgl. Werner 2007a, S. 25ff.). Resiliente Kinder im späteren Erwachsenenalter (32 bis 40 Jahre) konnten sich auf soziale Unterstützungsangebote in der Familie und in der Gemeinde verlassen und es gelang ihnen dadurch, ihre Kompetenzen und ihre Lebensfähigkeit auszubauen, die Anzahl stressiger Lebensereignisse zu verkleinern und sich neue Chancen im Leben zu erschließen (vgl. Werner 2007b, S. 322ff).

Nach Ungar wirken stresserzeugende Lebensereignisse als negative akute Herausforderungen neben chronischen Herausforderungen „vertikal“ und beeinflussen sowohl die individuelle Fähigkeit, mit solchen Herausforderungen umzugehen, wie auch die hierfür zur Verfügung stehenden Ressourcen. Beobachtete Verhaltensweisen von Individuen können sich, wie Langzeitstudien der Resilienz- und Risikoforschung zeigen, jedoch auch

durch normale Entwicklungs herausforderungen, wie sie als „horizontal“ wirkende Stressoren über die Lebensspanne erfolgen, verändern (vgl. Ungar 2012, S. 19f.). Neben stresserzeugenden Lebensereignissen beeinflussen also auch altersspezifische Muster bestimmter Lebensphasen die Auswirkung potenzieller Risikofaktoren. Beispielsweise stellt die Scheidung der Eltern in den ersten vier bis fünf Jahren eines Kindes ein besonderes Risiko dar. Die Wiederheirat eines Elternteils wird dagegen von Jungen zwischen zwölf bis 15 Jahren im Vergleich zu anderen Altersabschnitten schlechter bewältigt. Bestimmte Risikofaktoren entfalten demnach nur dann ihre negativen Wirkungen, wenn eine gewisse Vulnerabilität vorherrscht. Hierfür sind Kinder in bestimmten Phasen ihrer Entwicklung anfälliger als in anderen. Besonders soziale Entwicklungsübergänge, auch *Transitionen* genannt, stellen solche verletzbaren Phasen dar, die den Kindern auch ohne Risikobelastung erhebliche Anpassungsleistungen abverlangen. Als solche Phasen werden allgemein die Einschulung, der Übergang in die weitergehende Schule, die Zeit in der Pubertät oder der spätere Eintritt in das Berufsleben angesehen (vgl. Scheithauer/Petermann 1999, S. 6f.; Wustmann 2009, S. 73; Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S.24).

Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Jugend gelten, sofern sie nicht zumindest zum Teil durch entsprechende Schutzfaktoren kompensiert werden können, als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter – das Risiko, sofort oder im späteren Leben aufgrund schwerer bzw. traumatischer Belastungen an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen zu leiden erhöht sich deutlich (vgl. Egle et al. 1997, S. 683ff.). Eine Ausbildung von Resilienz ist jedoch auch noch im Erwachsenenalter möglich. Nach den von Rutter herangezogenen Studien sind für diese Effekte bestimmte, positive Lebensereignisse verantwortlich, die über einen kurzen „Eventcharakter“ hinausreichen und so zu einer langfristigen, lebensverändernden Erfahrung werden. Hierfür nachgewiesene positive Effekte für Männer stellen zum einen eine liebevolle und verlässliche Ehe mit einer Frau aus einem anderen, wenig belasteten Familienmilieu dar. So nahm die Kriminalität dieser Männer in der Folge stark ab. Auch die Verpflichtung in der Armee kann für sozial benachteiligte Jugendliche zu einer lebensverändernden Wende werden. Vor allem Jugendliche, welche die Schule ohne Abschluss verlassen hatten und ihre Zukunft sehr negativ sahen, profitierten von den Bildungs- und Aufstiegschancen innerhalb der Armee und einem breiteren Angebot an potenziellen Heiratspartnern, die nicht dem gleichen benachteiligten Milieu entsprangen. Beide Beispiele zeigen, wie positive Erfahrungen auch noch im Erwachsenenalter negativen Effekten schwieriger, früher Lebensereignisse entgegenwirken können, in dem neue Möglichkeiten geboten und die Vergangenheit so hinter sich gelassen werden kann (vgl. Rutter 2012a, S. 339f.). Denn das Gehirn unterliegt

einer ständigen Formbarkeit und bleibt damit ein Leben lang empfänglich für neue, externe Einflüsse (vgl. Rutter 2012a, S. 342).

2.2.2 Biologische Einflüsse und die Bedeutung von Gen-Umwelt-Interaktionen

Mittlerweile sind einige biologische Einflüsse wie das Geschlecht, das angeborene Temperament, die Intelligenz und prä- und perinatale Komplikationen sowie die Bedeutung bestimmter Gen-Umwelt-Interaktionen für die Entwicklung von Resilienzprozessen bekannt (vgl. Egle et al. 1997, S. 692). So wurden bereits biologische Zusammenhänge zwischen einem höheren Ruhepuls von Jugendlichen und einer geringeren Delinquenzneigung (trotz erhöhtem sozialen Risikos hierfür) sowie Zusammenhänge zwischen den Reaktionen auf die Trennung von der Mutter und bestimmten Gehirnaktivitäten bei Kleinkindern festgestellt. Babys mit vermehrt linksseitiger präfrontaler Hirnaktivität reagierten entspannter, Babys mit einer stärker rechtsseitigen präfrontalen Hirnaktivität weinten dagegen häufiger bei kurzen Trennungen. Diese unterschiedlichen Muster der Hirnaktivität im Zusammenhang mit negativen Stimuli lassen sich auch noch bei Erwachsenen nachweisen. Auch Zusammenhänge mit bestimmten genetischen Varianten konnten bestätigt werden (vgl. Holtmann/ Laucht 2007, S. 32ff.). Demnach können, im Sinne einer Gen-Umwelt-Interaktion, bestimmte Genotypen den individuellen Umgang eines Menschen mit bestimmten Belastungen beeinflussen. Bekannt ist eine höhere Resilienz gegenüber der Entwicklung einer Alkoholsucht bei einem Genotyp mit ALDH-Mutation, welche mit einer niedrigeren Enzymaktivität einhergeht. Eine höhere MAOA-Aktivität, ebenfalls ausgelöst durch eine Genmutation, wird dagegen bei Jungen als biologisches Korrelat von Resilienz bei der psychischen Verarbeitung von Misshandlungen im Kindesalter angesehen. So entwickelten Jungen mit einem entsprechenden Genotyp signifikant seltener externe Aggressionen als Jungen ohne diesen Genotyp (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 18f.). Nach Rutter sollte der genetische Einfluss jedoch nicht überschätzt werden. So haben bestimmte genetische Veranlagungen für Psychopathologien, wie z.B. Depressionen, seiner Ansicht nach zwar einen Einfluss auf die Entwicklung dieser Störungen, sind hierfür jedoch nicht hauptverantwortlich. Vielmehr werden bestimmte Gene erst in der Interaktion mit bestimmten deprivierenden und widrigen Umweltbedingungen aktiv. Allerdings sind Kinder mit erhöhtem Risiko genetisch vererbter bedenklicher Dispositionen (z.B. bei einer psychotischen Mutter) häufig auch den hierdurch entsprechenden negativ wirkenden Umweltbedingungen ausgesetzt, so dass sich ihre Gefährdung durch dieses Zusammenspiel verstärken kann (vgl. Rutter 2012a, S. 338f.).

Neben der Bedeutung bestimmter Gene für die kindliche Entwicklung besitzen jedoch auch umgekehrt Umweltbedingungen, insbesondere in Form von bestimmten Erfahrungen in der Phase der frühen Kindheit, einen massiven Einfluss auf die Entwicklung bestimmter

Hirnstrukturen. Deswegen setzt sich mittlerweile auch die Hirnforschung mit Resilienz im Zusammenhang mit neurobiologischen Erkenntnissen auseinander. So brauchen Kinder gehirphysiologisch Vertrauen und emotionale Sicherheit, um wichtige Entwicklungs-, Bildungs- und Sozialisierungsprozesse durchlaufen zu können. Angst, Verunsicherung und Druck erzeugen im Gehirn dagegen Unruhe und Erregung und verhindern so, dass Kinder offen und neugierig die Welt entdecken und neue Lernerfahrungen machen können. Neue Wahrnehmungen und neue Erfahrungen können dann nicht mehr an bereits vorhandenes Wissen und bereits vorhandene Fähigkeiten angeknüpft, und bereits Erlerntes nicht mehr erinnert und genutzt werden. Dieses hirnspsychologisch so bedeutsame Vertrauen muss dabei auf drei Ebenen ausgebildet werden – erstens auf der Ebene des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten zur Problembewältigung, zweitens auf der Ebene des Vertrauens in die Hilfe anderer Menschen bei Problembewältigungen und drittens auf der Ebene des Vertrauens in die Sinnhaftigkeit und des Geborgenseins in dieser Welt. Eine sichere Bindung zu einem zuverlässigen Erwachsenen, der Halt und Orientierungshilfen gibt, ist hierfür die erste und wichtigste Voraussetzung. Nur so können die komplexen Verschaltungen im kindlichen Gehirn entstehen, welche notwendig für die Herausbildung eines inneren Bildes von Selbstwirksamkeit und Selbstmotivation sind und ohne die nachfolgende Lernprozesse und lange und komplizierte Sozialisationsprozesse letztendlich nicht gelingen können. Kinder müssen lernen, lebenswirkliche Probleme und Herausforderungen aus eigener Anstrengung zu bewältigen und ihre eigene Belastungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Ungünstige Rahmenbedingungen für die kindliche Hirnentwicklung sind dabei ein Aufwachsen in einer Umwelt, in der Wissen und Bildung keinen Wert besitzen, passiver Medienkonsum vorherrscht, Freiräume u.a. für Kreativität fehlen, Reizüberflutungen mit den damit einhergehenden Ängsten und Überforderungen bestehen, eine eigene Problembewältigung durch Verwöhnung verhindert wird oder die Kinder vernachlässigt werden, in dem ihre spezifischen Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden (vgl. Hüther 2007, S. 52ff.; Scheithauer et al. 2000b, S.23ff.).

Als weiteres Beispiel für Gen-Umwelt-Interaktionen kann die Entstehung von *Geschlechtsunterschieden* angeführt werden, da Jungen und Mädchen in der Prävalenz vieler Erlebens- und Verhaltensprobleme stark differieren.⁴ Jungen weisen öfter multiple Risiken auf und zeigen, insbesondere im Schulalter, im Vergleich zu den Mädchen häufigere direkte und körperliche Formen der Aggression. Sie scheinen gegenüber biologischen und familiären Risiken vor allem in ihrem ersten Lebensjahrzehnt gefährdeter als Mädchen und entwickeln mehr externalisierende Auffälligkeiten, chronische Erkrankungen und schulische Leistungsschwierigkeiten (vgl. Werner/ Smith 1982, S. 36f.; Rutter 1987, S. 319f.; Luthar

⁴ In Kapitel 3.2 zur „Sozialen Benachteiligung als Determinante für Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität“ wird die Relevanz der Kategorie „Geschlecht“ in dem Unterkapitel 3.2.2 weiter erörtert.

1999, S. 11f.; Lösel/ Bender 2007, S. 69f.; Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 26). Sie leiden deutlich häufiger an Dyslexie, autistischen Störungen, der Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung oder früh einsetzendem, antisozialen Verhalten. Während Mädchen, vermutlich aufgrund ihrer schnelleren zerebralen und biologischen Entwicklung, in der Kindheit also eine verbesserte Widerstandsfähigkeit gegenüber neuropsychiatrischen Entwicklungsstörungen aufweisen, sind sie, insbesondere wenn sie frühreif sind, in der Pubertät und den damit einhergehenden hormonellen Umstellungen einem höheren Risiko ausgesetzt. Sie entwickeln öfter stabile Formen internalisierender psychischer Störungen wie Depressionen, Ängste oder Essstörungen als Jungen. Diese augenscheinlichen Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Entwicklungen psychiatrischer Störungsbilder deuten, neben Umwelt-, auch auf biologische Einflüsse für die Entstehung von Resilienz hin. Die vergleichende Geschlechterforschung und die unterschiedlichen vulnerablen Phasen von Jungen und Mädchen im Verlaufe des Kindes und Jugendalters machen zudem noch einmal deutlich, dass Resilienz als ein kontextabhängiges Phänomen und keinesfalls als eine zeitlich stabile, universell geltende Eigenschaft betrachtet werden sollte (vgl. Holtmann/ Laucht 2007, S. 39; Lösel/ Bender 2007, S. 69 f.). Auch fand Werner in ihrer Kauai-Studie heraus, dass sich bei den Geschlechtern unterschiedliche Erziehungsstile besonders resilienzbildend auswirkten. So schien es für Jungen besonders bedeutsam zu sein, in einem Haushalt mit eindeutigen Strukturen und Regeln aufzuwachsen, in dem jedoch gleichzeitig auch Gefühle gezeigt werden durften. Zudem war ein männliches Familienmitglied als Identifikationsmodell besonders bedeutsam. Für die Mädchen erwies es sich als sehr vorteilhaft, wenn sie aus Familien mit einer stabilen Unterstützung einer weiblichen Bezugsperson bei gleichzeitig gelebter Unabhängigkeit kamen (vgl. Werner 2007a, S. 22ff.).

Eine Studie im deutschsprachigen Raum, in der neben psychosozialen auch biologische Belastungen untersucht wurden, stellt die Mannheimer Risikokinderstudie dar. Für die *Mannheimer Risikokinderstudie* wurde der Verlauf von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen von 362 Kindern mit verschiedensten frühkindlichen Risikobelastungen in einer prospektiven Längsschnittstudie von der Geburt bis zum Alter der späten Kindheit beobachtet. Insgesamt fanden fünf Erhebungswellen (im Altern von drei Monaten, zwei Jahren, viereinhalb Jahren, acht Jahren und elf Jahren) statt. Zum einen wurden mögliche Wirkungen organischer Belastungen (prä- und perinatale Komplikationen) und psychosozialer Belastungen (bei Geburt vorhandene ungünstige familiäre Lebensverhältnisse) separat, zum anderen jedoch auch das Zusammenspiel beider Belastungsbereiche bei Gruppen von Kindern mit multiplen Risikobereichen untersucht. Die Belastungen wurden in verschiedenen Abstufungen (keine, leichte und schwere Risikobelastung) erfasst. Untersuchungsgegenstände umfassten die großmotorische Entwicklung, die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten und potenzielle psychische

Auffälligkeiten – erfasst durch Elterninterviews, (im späteren Alter) Selbstauskünfte der Kinder sowie Verhaltensbeobachtungen (vgl. Laucht et al. 2000, S. 250ff.; Laucht et al. 2002, S. 6ff.). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass negative Einflüsse wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mehr als ein Jahrzehnt weiterwirken können und noch im Alter von elf Jahren anhand von Beeinträchtigungen der motorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit nachweisbar sind. Vor allem organische Risiken hängen eng mit starken motorischen Defiziten zusammen. Im Zusammenhang mit schweren Komplikationen, wie einem sehr niedrigen Geburtsgewicht, beeinträchtigen organische Risiken zudem massiv nonverbale Intelligenzleistungen, nicht jedoch verbale Fertigkeiten. Auch die schulische Leistungsfähigkeit und schulische Bildungschancen (häufigerer Besuch von Förderschulen und geringerer Besuch von Gymnasien gegenüber den Durchschnittswerten der Altersgruppe) werden von perinatalen, organischen Risiken auch schon bei geringeren Ausprägungsgraden deutlich beeinträchtigt. Psychosoziale Risikobelastungen wirken sich im Alter von elf Jahren vor allem auf die kognitiven und sozial-emotionalen Fähigkeiten in Form von Entwicklungsverzögerungen aus. Auch die schulische Leistungsfähigkeit dieser Kinder weist teilweise massive Defizite auf. Dies schlägt sich ebenfalls in einem, besonders bei Kindern aus hochbelasteten Familien festzustellenden, häufigeren Besuch von Förder- und Hauptschulen und einer deutlich geringeren Besuchsquote von Gymnasien als weiterführenden Schulen nieder. Hinweise zwischen psychosozialen Belastungen und möglichen motorischen Entwicklungsstörungen bestehen hingegen nicht. Wenig überraschend sind Kinder mit multipler, d.h. organischer und psychosozialer, Risikobelastung am stärksten von Entwicklungsdefiziten und -verzögerungen betroffen. Mehr als jedes vierte Kind dieser Gruppe weist insgesamt schwere Entwicklungsstörungen auf (vgl. Laucht et al. 2000, S. 252 ff.; Laucht et al. 2002, S. 9ff.).

Insgesamt werden biologischen Aspekten von Resilienzprozessen bisher jedoch noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt und die Anzahl vorhandener Studien hierzu ist daher ziemlich begrenzt, wie von verschiedenen Wissenschaftlern bemängelt wird (vgl. Werner 1995, S. 81; Holtmann/ Laucht 2007, S. 40; Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 17; Egle et al. 1997, S. 692; Bengel et al. 2009, S. 51; Rutter 2012b, S. 39f.). Eine stärker biologisch orientierte Resilienzforschung könnte wichtige Erkenntnisse, zu einer Minimierung oder sogar einem „Ausschalten“ bestimmter Risikofaktoren, beitragen. Damit könnten vorhandene Schutzfaktoren unterstützt und neue, präventive Interventionen vorbereitet werden (vgl. Holtmann/ Laucht 2007, S. 32ff.). Seit kurzem angewandte, stark systemisch ausgerichtete Forschungsansätze streben daher nach interdisziplinären Mehrebenenanalysen, um aufbauend auf dem Wissen der bisherigen Forschung, die Bedeutung von Interaktionen zwischen den verschiedenen Ebenen menschlicher Entwicklung zu verstehen. Diese Ebenen beinhalten neben Gen-Umwelt-Interaktionen auch

soziale Interaktionen und die gegenseitige Steuerung von Personen in Beziehungen und sozialen Netzwerken sowie Interaktionen zwischen Menschen und Medien (vgl. Masten 2007, S. 924). Ziel dieser noch am Anfang stehenden Untersuchungsmethoden ist es, zumindest für einige Fälle einen Weg zu finden, wie durch schwere Vernachlässigungen und Traumata in der frühen Kindheit entstandene negative Veränderungen menschlicher Anpassungssysteme, z.B. hinsichtlich des kognitiven Systems oder des Stresssystems, durch den Einfluss einer positiven Betreuung und einer erziehenden Umwelt „reprogrammiert“ werden könnten (vgl. Masten 2007, S. 925).

2.2.3 Umwelt-Kind-Interaktionen und die sozialökologische Perspektive nach Ungar

Protektive Prozesse ergeben sich insbesondere durch Verbindungen zwischen den schützenden Faktoren im Kind selbst und seiner Umgebung – so konnte Werner positive Zusammenhänge zwischen einem gutmütigen und ausgeglichenen Charakter der Kleinkinder und einer höheren Intelligenz und Leistungsfähigkeit im Grundschulalter mit einer stärkeren Unterstützung von Erwachsenen innerhalb der Familie, Nachbarschaft und später der Schule nachweisen. Für eine langfristige, wenn möglich gar lebenslange, Meisterung einer Balance zwischen Vulnerabilität (d.h. den in der Kindheit ausgesetzten Risikofaktoren) und der Ausbildung von Resilienz als psychischer Widerstandsfähigkeit bedarf es jedoch einer gewissen Kontinuität dieser Umwelt-Kind-Interaktionen, d.h. der Verbindung zwischen individuellen positiven Dispositionen im Kind selbst im Zusammenhang mit schützenden Faktoren in der Familie und unmittelbaren Umwelt. Resiliente Kinder sind besonders geschickt darin, eine Umwelt auszuwählen, die ihre lebensbejahenden Eigenschaften unterstützt und ihr Selbstbewusstsein stärkt (vgl. Werner 2007a, S. 25ff.). Die Bedeutung von Umwelt-Kind-Interaktionen wird in der Resilienzforschung daher immer wieder betont (vgl. Luthar et al. 2000, S. 552; Wustmann 2009, S. 37; Ungar 2012, S. 14f.; Rutter 2012a, S. 336f.).

Eine vertiefende Auseinandersetzung der Bedeutung von Umwelt-Kind-Interaktionen wird insbesondere auch von Ungar (2012, S. 13ff.) betrieben, der für eine Erweiterung der Resilienzforschung um eine „sozialökologische Perspektive“ wirbt. Er kritisiert, dass Resilienz in der psychologischen Debatte zumindest traditionell als etwas vor allem intrapersonelles wahrgenommen werde, auch wenn die Realisierung von Resilienz maßgeblich von den Ressourcen, Strukturen und der weiteren Umwelt von Individuen abhängt. Damit würde deutlich stärker auf das individuelle Naturell eines Menschen und weniger auf soziale Prozesse, die Risikobedingungen oder Schutzwirkungen entfalten können, fokussiert. Ungar definiert Resilienz daher als „ein sich im Zeitverlauf herausbildender Verhaltenskomplex, welcher die Interaktionen zwischen Individuen und ihrer Umwelt, insbesondere durch vorhandene und erreichbare Möglichkeiten für persönliches Wachstum, widerspiegelt [Übersetzung der Autorin]“ (Ungar 2012, S. 14). So geht Ungar davon aus, dass Umweltfaktoren

für ein positives Coping von Menschen in widrigen Lebensumständen möglicherweise eine bedeutendere Rolle spielen als individuelle Fähigkeiten (vgl. Ungar 2012, S. 13ff.). Des Weiteren beanstandet Ungar, dass in der Resilienzforschung häufig Standardsets bestimmter Phänomene bzw. Entwicklungsfortschritte, welche in der jeweiligen Gesellschaft als wichtig erachtet werden, als Resilienz Kriterien herangezogen werden. Dabei werden jedoch möglicherweise milieuspezifische Copingstrategien, welche als Anpassungsstrategien unter Umweltbedingungen mit einer nur geringen Anzahl an anderen Anpassungsmöglichkeiten gewählt werden, übersehen. Als Beispiel führt er Kinder an, die bereits in jungen Jahren (z.B. im Familienbetrieb) mitarbeiten müssen, dadurch jedoch auch ihr Selbstwertgefühl stärken können sowie Hoffnungen für eine positive Zukunft und den Respekt anderer Menschen, wie z.B. ihrer Familienmitglieder, erwerben (vgl. Ungar 2012, S. 13ff.). Für die Kinder lebensrelevante Sinn- und Kulturzusammenhänge zwingen die Kinder zu der Wahl bestimmter Optionen, die sie aus ihrer Sicht treffen müssen, um zu überleben. Diese definieren für die Kinder die für sie wichtigen Bezugsnormen für Erfolg und die hierfür geeigneten Mittel zur Erreichung dieser Ziele (vgl. Ungar 2007, S. 2f.). Ungar plädiert daher dafür, von einer, wie er es nennt, „teleologischen Interpretation“ dessen, was ein gutes Leben bedeutet, wegzukommen und stärker die unterschiedlichen Opportunitätsstrukturen und kulturellen Bedeutungen bestimmter Ressourcen, die Kinder zur Verfügung stehen, in das Blickfeld zu nehmen. So können heterogene Prozesse, die zunächst als atypisch für eine „normale“ Entwicklung klassifiziert werden würden, im individuellen Kontext des Kindes sinnhaft sein und langfristig zu positiveren Ergebnissen führen. Die Opportunitätsstrukturen und die Bedeutung von Ressourcen sind somit beides Resilienz Aspekte, die von der Fähigkeit eines Individuums abhängen, unter stressigen und widrigen Lebensbedingungen diejenigen Ressourcen bei anderen Menschen einzufordern und zu erhalten, die es als bedeutsam und unterstützend für seine Entwicklung empfindet (vgl. Ungar 2012, S. 27f.). Als weiteres Beispiel für diese Argumentation nennt er ein vierzehnjähriges Mädchen, das mit einer alkoholkranken, arbeitslosen Mutter aufwächst. Sowohl ihre Mutter wie auch sie selbst wurden bereits mehrfach körperlich und sexuell missbraucht. Das Mädchen geht selten zur Schule und zieht stattdessen ihr Selbstbewusstsein und ihr Selbstwertgefühl aus ihrer Beschützerrolle gegenüber ihrer Mutter und dem Zusammengehörigkeitsgefühl in ihrer Mädchengang. Aus ihrer eigenen Sicht geht sie sehr erfolgreich mit ihrem Leben um, da sie, anders als andere Mädchen die sie kennt, nicht selbstmordgefährdet ist, nicht ganz von zu Hause weggelaufen ist, immer noch ab und zu in die Schule geht, und sich nicht prostituiert (vgl. Ungar 2007, S. 7f.). Ungar schränkt diesbezüglich jedoch auch ein, dass die sozialökologische Perspektive kein Argument für einen „kompletten Relativismus“ sei – selbstverständlich seien nicht alle Entwicklungsergebnisse, wie sie von bestimmten Bevölkerungsgruppen für ihre Kinder

gewünscht und gefördert werden, notwendigerweise langfristig von Vorteil. Ein sozialökologisches Verständnis bestimmter Sichtweisen auf positive Entwicklungsfortschritte und damit letztendlich Resilienz mache jedoch deutlich, dass die Bedeutung, die bestimmten Verhaltensweisen zugeschrieben wird und die Anzahl und die Art der zugänglichen Ressourcen für das insbesondere kindliche Wachstum als integraler Bestandteil in der Resilienzforschung mitberücksichtigt werden sollten. „Sozialökologische“ Aspekte sollten daher nie bei der Untersuchung von Resilienz übersehen werden (vgl. Ungar 2012, S. 13ff.). Ungar baut damit mindestens zum Teil auf der Argumentationsstruktur Rutters auf, der bereits in den 1980er Jahren für die Einbeziehung von Opportunitätsstrukturen bei der Untersuchung von Resilienz plädierte (vgl. Rutter 1987, S. 328f.).

2.3 Implikationen für Forschung und Praxis

Es stellt sich nun die Frage, nach den Implikationen der Resilienztheorie für Forschung und Praxis. In diesem Zusammenhang werden zum einen verschiedene Möglichkeiten zur Operationalisierung des Resilienzkonstrukts vorgestellt (vgl. Kapitel 2.3.1) wie auch die Möglichkeit von Interventionsprogrammen als Strategie der Resilienzförderung erörtert (vgl. Kapitel 2.3.2).

2.3.1 Operationalisierung des Resilienzkonstrukts

Luthar, Cicchetti und Becker weisen in ihrem im Jahre 2000 erschienen und viel beachteten bzw. zitierten Artikel (vgl. beispielsweise Masten/ Reed 2002; Wustmann 2005; Wustmann 2009; Lösel/ Bender 2007; Ungar 2007, Sturzbecher/ Dietrich 2007, Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011) zur kritischen Reflexion des Resilienzkonzepts und zu den Richtlinien für die zukünftige theoretische und empirische Arbeit auf etliche Kritikpunkte der bis dato stattgefundenen *Forschung* hin. So machen sie insbesondere auf die variierenden Definitionen von Resilienz und die damit einhergehenden Forschungsimplicationen aufmerksam (vgl. Luthar et al. 2000, S. 544f.). Während die pathogenetische Perspektive Resilienz als Abwesenheit bestimmter Störungen oder Verhaltensprobleme trotz vorhandener Risikofaktoren definiert, wird Resilienz aus der entwicklungstheoretischen Perspektive durch positive Indikatoren der Kompetenz, d.h. die erfolgreiche Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben, gemessen. Die Auswahl unterschiedlicher Resilienz Kriterien wie fehlenden klinischen Symptomen, soziale Kompetenz oder schulische Leistung hat demzufolge auch Auswirkungen auf die Untersuchungsauswertungen und führt letztendlich zu unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. Lösel/ Bender 2007, S. 60f). Masten und Reed beobachten, dass viele Forscher eine positive kindliche Entwicklung als das Erreichen bestimmter Standards altersgerechter Verhaltensweisen und dem damit verbundenen Meistern bestimmter Entwicklungsaufgaben definieren. Auch sie stellen in diesem Zusammenhang fest, dass die genaue Definition und Operationalisierung von „(Normal-)

Standards“ einer wünschenswerten bzw. guten (kindlichen) Entwicklung sowie der Bedrohungen für eine solche Entwicklung in diesem Zusammenhang eine besondere Forschungsherausforderung darstellen und daher Gegenstand lebhafter wissenschaftlicher Kontroversen sind (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75). Etliche Befunde zur Komorbidität, z.B. von Erlebens- und Verhaltensproblemen, machen zudem deutlich, dass der Resilienz begriff nicht zu eng gefasst werden sollte (vgl. Lösel/ Bender 2007, S. 60f.). Die meisten Studien beinhalten daher mehrere Indikatoren für eine gute Entwicklung und nicht nur einen einzigen Kompetenzbereich (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75f.). Damit wird deutlich, „dass keine Patentlösung für die Definition von Resilienz existiert, sondern diese jeweils auf die Zielsetzung einer Studie abgestimmt werden muss“ (Lösel/ Bender 2007, S. 61).

Neben variierenden Definitionen von Resilienz werden in der Forschung jedoch auch wichtige Schlüsselkonstrukte wie Risikofaktoren unterschiedlich operationalisiert (vgl. Luthar et al. 2000, S. 544f.). So kann Resilienz per definitionem nur entstehen, wenn auch eine gewisse Risikobelastung vorliegt – es stellt sich hierbei jedoch die Frage, wie diese Risikobelastung gemessen werden soll (und kann) und ob alle in einer Untersuchung als „resilient“ betrachteten Individuen tatsächlich der gleichen Risikobelastung ausgesetzt waren. So kann es sein, dass einige als hochbelastet angesehene Individuen tatsächlich weniger belastet sind, beispielsweise weil sie zwar aus Forschungssicht in diese Kategorie fallen, in ihrer eigenen Wahrnehmung jedoch relativ wenig belastet sind (dies verweist wieder auf die sozialökologische Perspektive nach Ungar, vgl. hierzu Ungar 2007, S.5ff.) Aufgrund der damit verbundenen empirischen Unsicherheit – es können nicht alle möglicherweise wirksamen Risikofaktoren in ihrer quantitativen und qualitativen Wirkung genauestens erfasst werden - muss auf die Stochastik zurückgegriffen werden. Da die Wahrscheinlichkeit von negativen Umwelthanpassungen, z.B. Verhaltensstörungen, bei dem Vorliegen bestimmter Risikofaktoren tatsächlich steigt, ist und bleibt es absolut sinnvoll diese Faktoren zu bestimmen und in die Untersuchung mit einzubeziehen (vgl. Luthar et al. 2000, S. 549ff.). In jedem Fall sollten die genauen Forschungsansätze immer erläutert und die Definitionen von Risikofaktoren und der Art der zu erreichenden Kompetenzen (als Resilienz kriterien) sowohl theoretisch wie auch empirisch begründet werden (vgl. Luthar et al. 2000, S. 544f.).

In der Resilienzfor schung spielen nach Masten und Reed drei Arten personenfokussierter Modelle eine wichtige Rolle. Das erste dieser Modelle leitet sich aus Einzelfallstudien resilienter Kinder ab – dieses Modell dient eher heuristischen Zwecken. Das zweite Resilienzmodell basiert auf der Identifizierung einer resilienten Gruppe von Kindern, die in Hochrisikolagen aufwachsen, und sich dennoch positiv entwickeln. Dieses Forschungsdesign findet sich auch bei der bisher wichtigsten Längsschnittsuntersuchung der Resilienzfor schung, der Kauai-Studie von Werner und Smith (1982, S. 24ff.) wieder. Kritisch

anzumerken bleibt bei diesem klassischen Ansatz jedoch, dass die resilienten Kinder in diesen Studien insgesamt häufiger einer weniger hohen Risikobelastung ausgesetzt waren als diejenigen Kinder, die sich nicht so positiv entwickeln konnten. Und selbst wenn das Risikoniveau der untersuchten Gruppe von resilienten Kindern mit dem Risikoniveau der untersuchten Gruppe der nicht-resilienten Kinder vergleichbar ist, bleibt bei diesem Ansatz unklar, ob die identifizierten Einflussfaktoren auf die Resilienz allgemeine Prädiktoren für eine gelungene Entwicklung der Kinder, unabhängig von ihrer Risikobelastung, darstellen, da der Vergleich mit einer Gruppe von Kindern mit niedrigem Risiko fehlt (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 80). Daher schlagen Masten und Reed einen dritten Ansatz vor, der die Einbeziehung von Kindern aus der allgemeinen Bevölkerung vorsieht und so den Vergleich von resilienten Kindern zu Gleichaltrigen mit geringerer Risikobelastung wie auch zu nicht-resilienten, „maladaptiven“, Kindern mit ebenfalls hoher Risikobelastung ermöglicht. Dieses Resilienzmodell identifiziert in einer Sechsfeldertafel Gruppen von Kindern anhand des in ihrem Leben vorhandenen Risiko- und Belastungsniveaus („Risk or Adversity Level“) und anhand ihrer Fähigkeit hiermit umzugehen, d.h. ihres Kompetenz- und Anpassungsniveaus („Competence or Adaption Level“). Kinder, die nur geringen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind und sich dennoch nicht positiv entwickeln können, werden als hochvulnerabel (engl. „Highly Vulnerable“), Kinder die nur geringe Risiken und Belastungen bewältigen müssen und ein hohes Kompetenz- und positives Entwicklungsniveau zeigen als „kompetent, aber nicht herausgefordert“ (engl. „Competent/ Unchallenged“), Kinder, die sich aufgrund hoher Risiken und Belastungen negativ entwickeln als „maladaptiv“ (engl. „Maladaptive“) und Kinder, die sich trotz hoher Risiken und Belastungen positiv entwickeln können, als „resilient“ (engl. „Resilient“) bezeichnet. Diese vier Extremgruppen – grafisch jeweils an den Ecken des abgebildeten Quadrats verortet- sind für die Resilienzforschung nach Masten/ Reed (2002, S. 80) nun am interessantesten (vgl. Abbildung 1).

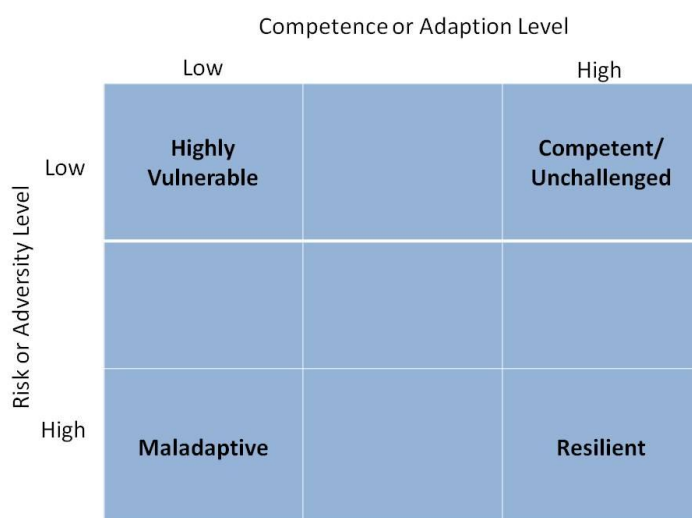


Abbildung 1. Kompetenz und Resilienz. Quelle: Masten/ Reed 2002, S. 80

Dieses personenfokussierte Modell wurde auch in dem bereits genannten „*Project Competence study of resilience*“ angewendet (vgl. Garmezy et al. 1984, S. 102). Hierbei wurde eine positive Entwicklung von Jugendlichen anhand ihrer schulischen Leistungen, ihrer Bereitschaft Regeln und Vorschriften einzuhalten (vs. antisozialem Verhalten) und ihrer sozialen Kompetenzen mit Gleichaltrigen gemessen. Risiken und Belastungen wurden anhand widriger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse wie dem Tod eines Elternteils oder eines nahen Freundes, Unfälle, Krankheiten in der Familie, Konflikte zwischen den Eltern oder einem gewalttätigen, alkoholkranken Elternteil erfasst. Wie bereits in anderen Studien auch, fiel die Gruppe der hochvulnerablen Jugendlichen (mit niedrigem Kompetenz- und Anpassungsniveau trotz geringem Risiko- und Belastungsniveau) äußerst klein aus und war praktisch nicht vorhanden. Daher konnten die Ergebnisse der resilienten Jugendlichen nur mit den Ergebnissen der maladaptiven und der kompetenten (aber nicht herausgeforderten) Jugendlichen verglichen werden. Hierbei unterschieden sich die resilienten und die kompetenten Jugendlichen stark von den maladaptiven Jugendlichen – trotz deutlich höherem Risiko- und Belastungsniveau konnten die resilienten Jugendlichen ähnlich wie die kompetenten Jugendlichen auf bestimmte protektive Faktoren wie gute intellektuelle Fähigkeiten und eine erfolgreiche Erziehung zurückgreifen. Auch verfügten sie über ein deutlich höheres Human- und Sozialkapital als die maladaptiven Jugendlichen. Somit hatten die resilienten Jugendlichen viele Gemeinsamkeiten mit kompetenten Jugendlichen, die weniger Belastungen ausgesetzt waren. Masten und Reed schließen hieraus auf die Existenz fundamentaler Prozesse in der Kindheit und Jugend, die nicht nur zur Entwicklung bestimmter „Standardkompetenzen“ führen, sondern diese Entwicklung auch unter widrigen Lebensumständen ermöglichen und schützen (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 80f.). „Resilienz“ scheint somit den gleichen menschlichen Anpassungssystemen zu entspringen, die auch für eine normale Entwicklung notwendig und begünstigend sind, und die bereits in anderen Forschungszusammenhängen untersucht worden sind (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 83).

2.3.2 Interventionsprogramme als Strategien der Resilienzförderung

Die bisherige Resilienzforschung ist mit etlichen Implikationen für die *Praxis* und der Forderung nach einer verstärkten Resilienzförderung durch Interventionsprogramme verknüpft. Bereits die Ergebnisse der Kauai-Längsschnittstudie von Risikokindern erlaubten die positive Bilanz, dass sich Kinder trotz belastender Bedingungen erfolgreich entwickeln können, sofern es gelingt, ein Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren im Leben dieser Kinder herzustellen (vgl. Werner 2007a, S. 28f.). Wustmann fordert daher für Kinder, deren Entwicklung durch das familiäre Umfeld gefährdet ist und denen dadurch bedeutsame Beziehungserfahrungen der Geborgenheit, des Respekts und der Verlässlichkeit im Elternhaus fehlen, soziale Erfahrungsräume außerhalb des familiären Alltags. Aufgabe einer

„stärkenden Pädagogik“ wäre es, familiäre Belastungen von Kindern möglichst früh zu bemerken, um diesen Gefährdungen durch schützende Faktoren rechtzeitig entgegensteuern zu können. Dies setzt eine pädagogische Arbeit in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen voraus, welche die individuelle Situation von Kindern kontinuierlich beobachtet (vgl. Wustmann 2009, S. 77). Wustmann stellt hierfür einen ganzen Katalog von Förderungsmöglichkeiten resilienter Verhaltensweisen wie beispielsweise der Impulskontrolle (durch die Motivation des Kindes, seine Gefühle zu zeigen und darüber zu sprechen) oder von Problemlösefähigkeit (durch die Vermeidung vorschneller Hilfeleistung oder vorgefertigter Lösungen) auf (vgl. Wustmann 2007, S. 177). Auch nach Masten und Reed müssen Interventionsstrategien zur Resilienzförderung mögliche, durch Risiken entstehende Schäden verhindern oder zumindest kompensieren. Kinder bräuchten die Möglichkeit in jedem Alter Erfolgserlebnisse durchlaufen zu können – nur eine reichhaltige Angebotsstruktur für eine positive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben könne das Motivationssystem auf Dauer aufrecht erhalten. Dadurch würden das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit gestärkt und diese Kinder könnten ihre Anstrengungen auch bei drohendem Versagen aufrechterhalten und so letztendlich gesellschaftlich bestehen. Neuere Präventionsstrategien zum „Wohlbefinden“ von Kindern und Jugendlichen gingen ebenfalls in diese Richtung (vgl. Masten/ Reed 2002 S. 83f.). Auch Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse sowie Cowen et al. sprechen sich für frühzeitige Unterstützungsangebote aus, um insbesondere die Entwicklung gefährdeter Kindern langfristig in eine positivere Richtung zu lenken. Aufgrund der Akzentuierung der Resilienzförderung auf Schutzfaktoren und deren nachhaltiger Wirkung sind entsprechende Interventionsprogramme ihrer Ansicht nach immer auch als Präventionsprogramme zu bezeichnen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 56; Cowen et al. 1997, S. 544).

Ein Beispiel für ein solches Interventionsprogramm stellt das in den USA durchgeführte und evaluierte Projekt „*Fast Track*“ dar. Hierfür fand zunächst eine erste Untersuchung hinsichtlich des Verhaltens von mehr als 9.000 Kindergartenkindern, die drei Kohorten entstammten und in vier Hochrisikogegenden in den USA aufwuchsen, statt. Anschließend wurden 891 Kinder mit besonderem Risiko zukünftiger Verhaltensprobleme identifiziert und randomisiert auf eine Interventions- und eine Kontrollgruppe verteilt. Die Intervention (von der ersten bis zur zehnten Klasse) umfasste für die Eltern ein Erziehungs- und Verhaltenstraining und die Förderung der aktiven Einbindung in die schulische Ausbildung ihrer Kinder. Die Kinder selbst erhielten ein Training zur Förderung ihrer sozial-kognitiven Fähigkeiten und ihrer Lese- und Kommunikationsfähigkeiten. Zudem wurden regelmäßige Treffen mit den Eltern und Kindern und Hausbesuche durchgeführt sowie die Lehrer in der Grundschule zu Lehrplanänderungen angeregt und im Umgang mit Unterrichtsstörungen beraten. „*Fast Track*“ stellt damit ein integriertes Modell allgemein positiv wirkender wie auch

gezielter Interventionsstrategien für Risikokinder dar (vgl. Biermann 2002, S. 19ff.). Nach den ersten drei Jahren des Interventionsprogramms wurde deutlich, dass die Rate der aggressiven, störenden und ungehorsamen Verhaltensweisen nach Wahrnehmung der Lehrer und der Eltern signifikant sank und im Vergleich zu der Kontrollgruppe niedriger ausfiel (vgl. Biermann 2002, S. 31). Nach fünf Jahren, d.h. nach der fünften Klasse, konnte ein mäßiger positiver Einfluss des Programms auf die sozialen und akademischen Kompetenzen sowie die sozial-kognitiven Fähigkeiten der Hochrisikokinder nachgewiesen werden. Problematische Peerkontakte und Verhaltensweisen zu Hause und außerhalb von zu Hause nahmen ab (vgl. Biermann et al. 2004, S. 659). Ungar (2012, S. 15f.), der sich explizit auf den Artikel von Biermann et al. 2004 bezieht, weist mit Hinblick auf die Ergebnisse der Studie daraufhin, dass ein Förderprogramm wie „Fast Track“ mit mehreren Elementen einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern hat, dieser jedoch auch von der Risikobelastung der Kinder zu Beginn des Programms und der Intensität der Förderung abhängt. Er zieht aus den Studienergebnissen von „Fast Track“ daher drei seiner Ansicht nach wichtige Schlussfolgerungen: Erstens hängt Resilienz von der Menge an Faktoren ab, welche individuelle und soziale Faktoren beeinflussen. Zweitens sind die Art und die Intensität der Intervention, sowie die damit verbundene Veränderung der Sozialökologie des Kindes, entscheidender für den Erfolg als die individuelle Motivation des Kindes. Und drittens erreichen solche Interventionen bei nicht vorhandener bis geringer Risikobelastung kaum protektive Wirkungen, können bei schweren Risikobelastungen aber eine abpuffernde und damit starke Wirkung entfalten.

Neben Wustmann (2005, S. 203f.) und Masten und Reed (2002, S.83ff.) fordert daher auch Ungar Interventionen des staatlichen Wohlfahrtssystem, um fördernde Umweltbedingungen für eine positive Entwicklung dieser Kinder zu schaffen (vgl. Ungar 2007, S. 2). Ziel dieser resilienzfördernden Interventionen sollte es sein, Ersatzziele und – verhaltensweisen für die vor dem jeweiligen kulturellen und kontextuellen Hintergrund erfolgten, jedoch problematischen Ausdrücke von Resilienz zu finden und anzubieten. Hierfür müssen intelligente Alternativen identifiziert werden, welche den Kindern die gleichen Vorteile erbringen wie ihr gestörtes Verhalten. Nur wenn diese angebotenen Substitute die gleichen Erfahrungen persönlicher Stärke und des Wohlbefindens versprechen, werden die Kinder diese als mögliche Alternativen annehmen. Dabei müssen diese Substitute in gleicher Weise wie die vom Kind ursprünglich angewandten Verhaltensweisen kulturell und kontextuell relevant sowie realistisch verfügbar und zugänglich sein. Damit bieten diese Substitute den Kindern alternative Identitätsgeschichten zu der Selbstdefinition von Erfolg auf antisozialem Wege (vgl. Abbildung 2). Ungar spricht hier auch von einer Bewegung weg von den „unkonventionellen“ Pfaden (verbunden mit den vier engl. „D“s: Dangerous, Delinquent,

Deviant and Disordered) hin zu „konventionellen“ Lösungsstrategien (verbunden mit den vier engl. C's: Competent, Caring Contributors to their Communities) (vgl. Ungar 2007, S. 17ff.).

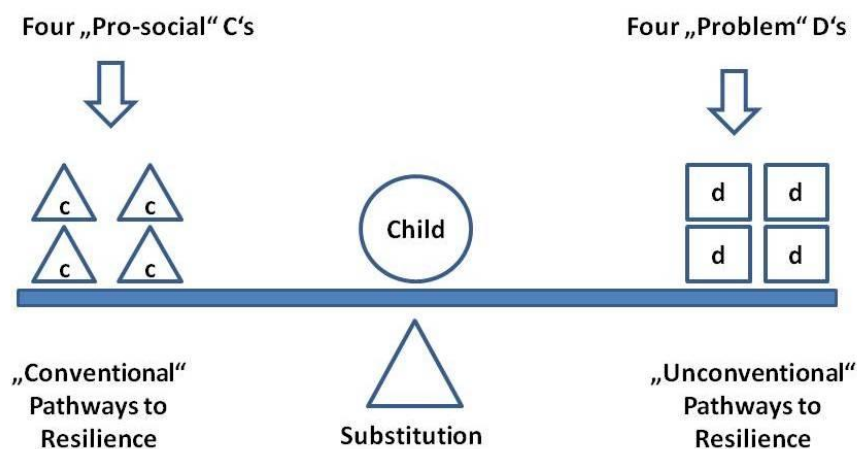


Abbildung 2. Conventional and unconventional pathways to resilience. Quelle: Ungar 2007, S. 18 (Reprinted with permission von Ungar 2006).

Wie bereits oben in Kapitel 2.2.3 ausgeführt, ist Ungar (2007, S. 2) der Ansicht, dass Resilienz mindestens zum Teil durch die Opportunitätsstrukturen entsteht, welchen Kindern im Zugang mit emotionalen und psychologischen Unterstützungssystemen zur Verfügung stehen, um trotz widriger Lebensumstände erfolgreich aufzuwachsen. Hierbei spielen Beziehungskonstellationen eine entscheidende Rolle. Auch Masten und Reed (2002 S. 83f.) verweisen auf den enormen protektiven Einfluss einer unterstützenden Erziehung und der Verfügbarkeit eines kompetenten Erwachsenen für die Ausbildung von Resilienz. Denn für Kinder stellen diejenigen Risiken die größten Bedrohungen dar, die ihre grundlegenden menschlichen Schutzsysteme für eine positive Entwicklung untergraben. Deswegen brauchen Kinder einen Erwachsenen, der jedoch kein Elternteil sein muss, zu dem sie eine starke Bindung eingehen können. Diese positiven Beziehungserfahrungen zu einem kompetenten, verlässlichen und dem Kind zugewandten Erwachsenen werden in der Resilienzforschung bereits seit den 1980er-Jahren als der bedeutendste soziale Schutzfaktor für eine gelingende Entwicklung von Risikokindern genannt. Die Fähigkeit, solche Bindungen eingehen zu können, gehört zu den bestdokumentierten Schlüsselkompetenzen resilienter Kinder überhaupt (vgl. Garmezy 1983, S. 73ff.; Hüther 2007, S. 58f.; Masten 2007, S. 925; Wustmann 2009, S. 77; Bengel et al. 2009, S. 107f.; Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S.30; Ungar 2012, S. 27f. und S. 52ff.).

Für eine effektive Intervention ist nach Werner außerdem besonders bedeutsam, den Einfluss vorhandener Risikofaktoren nach Möglichkeit zu verringern, die Anzahl an Unterstützungsangeboten zu erhöhen sowie die Kompetenzen und das Selbstwertgefühl dieser Kinder zu stärken (vgl. Werner 1995, S. 84). Sie empfiehlt in diesem Zusammenhang insbesondere verstärkte Investitionen in Mentorenprogramme als Möglichkeit einer

umfassenden, intensiven und flexiblen Betreuung für Kinder und Jugendliche mit besonders negativen Lebensbedingungen, d.h. für sog. „Hochrisikokinder“ bzw. „Hochrisikojugendliche“. Als MentorInnen sollten dabei ältere Jugendliche bzw. junge Erwachsene fungieren (vgl. Werner 2007a, S. 28f.). Zudem spricht sie sich dafür aus, solche Interventionsprogramme, die Kindern neue Chancen eröffnen möchten, immer auch auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren (vgl. Werner 2007b, S. 324). Auch Luthar et al. setzen sich für kürzere wie auch für längere Langzeitstudien im Zusammenhang mit Interventionen zur Förderung von Resilienz ein. Nur so könnten Entwicklungsveränderungen hin zu einer höheren Resilienz im Zusammenhang mit bestimmten, durch die Interventionen gegebenen Opportunitätsstrukturen, erforscht und erkannt werden (vgl. Luthar et al. 2000, S. 555f.). Mit diesen Forderungen aus der Wissenschaft werden die enge Verzahnung von Forschung und Praxis im Rahmen der Resilienzförderung sowie die zahlreichen Rückkopplungsmöglichkeiten zwischen beidem deutlich.

2.4 Bedeutung der Resilienzforschung für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei der Resilienzförderung handelt es sich, anders als bei der Risikoforschung, nicht um einen defizitorientierten, sondern vor allem um einen ressourcenorientierten Ansatz (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 12). Mit dieser theoretischen Einordnung werden bereits etliche inhaltliche Überschneidungen zu den Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1), die beide auf die Stärkung und den Aufbau gesundheitlicher Ressourcen und Lebensweisen abzielen, deutlich (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 57). Zudem lassen sich Korrelate zwischen den von der WHO geforderten Lebenskompetenzen⁵ und in der Resilienzforschung empirisch abgesicherten Schutzfaktoren nachweisen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 41).

Zusammenhänge zwischen Resilienz und Gesundheit bzw. gesundheitsbezogener Lebensqualität wurden bereits durch die Ergebnisse der *Kauai-Studie* deutlich. So bemerkte Werner, dass die Mortalitäts- und Morbiditätsrate bei den resilienten Kindern der Kauai-Studie im Alter von 40 Jahren deutlich unter derjenigen Rate der maladaptiven Kinder lag (vgl. Werner 2007a, S. 20f.). Auch erwies sich die Gesundheit von der Geburt bis in die frühe bis mittlere Kindheit als bedeutsam für die Vorhersage der späteren Lebensbewältigung im Alter von 40 Jahren. Zudem entwickelten Personen jeder Lebensphase (von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter), die stärker mit Stress erzeugenden, kritischen Lebenserfahrungen belastet wurden, verstärkt gesundheitliche Beschwerden (vgl. Werner 2007b, S. 322f.).

⁵ Nähere Ausführungen zu den von der WHO geforderten Lebenskompetenzen (*engl.* „Life Skills“) finden sich in Kapitel 3.3.3 („Kompetenzen und Wissen als gesundheitsrelevante Ressourcen“).

Auch bei den nach der Kauai-Studie folgenden theoretischen und empirischen Ansätzen der Resilienzforschung werden die starken Bezüge und Wechselwirkungen nicht nur zur psychischen, sondern auch zur allgemeinen Gesundheit deutlich. Beispielsweise weisen Masten und Reed (2002, S. 75f.) daraufhin, dass neben einer äußerlichen Anpassung der Kinder an ihre Umwelt (in Form der Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben) auch eine interne Anpassung in Form von psychischem Wohlbefinden in das Resilienzmodell integriert werden sollte. Dementsprechend beschäftigte sich Werner mit den Zusammenhängen zwischen Resilienz und langfristiger psychischer Gesundheit bei Kindern, die Kriege miterleben mussten (vgl. Werner 2012, S. 555ff.). Rutter wiederum wies eine niedrigere Cortisolausschüttung bei Totenkopffäbchen nach, die aufgrund der Schutzfunktion „stählender“, kurzer Trennungsphasen von ihren Müttern Stress eher bewältigen konnten. Auch Kinder, die sog. „happy separations“ von ihren Eltern gewohnt waren, konnten belastende Krankenhauserfahrungen anschließend besser verkraften (vgl. Rutter 2012a, S. 337f.). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2011, S. 40f.) stellten gar fest, dass die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als besonders bedeutsam definierten zehn Lebenskompetenzen (Selbsteinschätzung, Empathie, kreatives Denken, kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit, effektive Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung), die nach Ansicht der WHO (1997a, S.1) als Grundlage für Präventions- und Interventionsprogramme dienen sollten, positiv mit einer Reihe empirisch abgesicherter Schutzfaktoren der Resilienzforschung korrelieren.

Das Resilienzkonzept findet in den letzten Jahren zudem vermehrt nicht nur im engeren, entwicklungspsychologischen Kontext Verwendung, sondern es werden immer stärker auch medizinische und pädagogische Bezüge hergestellt (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 9). Auch wird von etlichen Forschern (vgl. Werner 1995, S. 81; Holtmann/ Laucht 2007, S. 40; Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 17; Egle et al. 1997, S. 692; Bengel et al. 2009, S. 51; Rutter 2012b, S. 39f.) eine noch stärkere Einbeziehung von biologischen und neurobiologischen Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Resilienz gefordert, da es Anzeichen für die Bedeutung derselben gibt. Holtmann und Laucht (2007, S. 39) weisen in diesem Zusammenhang auf die z.B. in der Pubertät niedrigere Widerstandsfähigkeit von Mädchen gegenüber der Entwicklung psychischer Störungen wie Depressionen und Essstörungen hin. Und in der Mannheimer Risikokinderstudie wurde der starke Einfluss von perinatalen, organischen Risiken auf die motorische und kognitive Leistungsfähigkeit und damit einhergehenden schlechteren Bildungschancen deutlich (vgl. Laucht et al. 2002, S. 9ff).

Schwere bzw. chronische Krankheiten der Kinder selbst (vgl. Wustmann 2007, S. 131) wie auch ihrer Familienmitglieder (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 75f.) gelten als bedeutende Risikofaktoren, die bei fehlenden Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten die

psychische Resilienz der Kinder stark beeinträchtigen können. Andersherum wirken sich ein altersgerechter und „angepasster“ Entwicklungsverlauf, d.h. die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in bestimmten Lebensphasen (z.B. der Aufbau von erfolgreichen Peerbeziehungen, Erlangung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern oder die Übernahme der Geschlechterrolle) positiv auf das psychische Wohlbefinden aus (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S.7).

Trotz dieser zahlreichen Forschungsergebnisse bleibt festzuhalten, dass die genauen Zusammenhänge zwischen Resilienz und Gesundheit bzw. der Einfluss verschiedenster Resilienz Kriterien auf die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität bisher eher rudimentär beleuchtet und untersucht wurden (vgl. hierzu beispielsweise Richter-Kornweitz 2011a, S. 240ff. zum Zusammenhang zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit). Werner bemängelt daher, „dass der Einfluss des Gesundheitsstatus eines Individuums in den meisten Studien der Resilienz und Verletzlichkeit übersehen wird.“ (Werner 2007b, S. 323). Kumpfer (1999, S. 209) ist eine der wenigen Wissenschaftlerinnen, die bisher explizit auch Bezüge zur allgemeinen Gesundheit und zum körperlichen Wohlbefinden diskutierte und damit das Potenzial der Resilienzforschung für den Erhalt von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität offenbarte. Auch Wustmann bezieht neben dem sozialen Umfeld, der Familie, den Peers (als sozialen Gesundheitsressourcen) und sozialer Kompetenz auch körperliche Gesundheitsressourcen in ihr eigenes, nach Kumpfer modifiziertes Rahmenmodell von Resilienz mit ein (vgl. Wustmann 2007, S. 140ff.).

Somit werden vor allem drei Punkte deutlich: Erstens die starke inhaltliche Nähe der Resilienzforschung zur Gesundheitsforschung, zweitens die bisher eher punktuelle Untersuchung von Zusammenhängen einzelner Resilienz Kriterien mit Gesundheit und drittens die Notwendigkeit einer umfassenden Untersuchung der Bedeutung verschiedener Resilienz Kriterien für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die vorliegende empirische Untersuchung knüpft an dieses noch bestehende Forschungsdesiderata an, in dem der Einfluss des sozialen Schutzfaktors einer Mentorenbeziehung, wie von Werner gefordert, auf gesundheitsbezogene Lebensstile als Resilienz Kriterien untersucht wird. Zudem werden mögliche Verbesserungen der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (als Outcome und als personaler Schutzfaktor) durch den sozialen Schutzfaktor einer Mentorenbeziehung analysiert, wie im kommenden Kapitel 2.5 näher erläutert werden soll.

2.5 Das Mentorenprogramm *Balu und Du* als Resilienzprojekt

Die in den vorherigen Kapiteln vorangegangenen Erläuterungen führen letztendlich zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* um ein klassisches Resilienzprojekt handelt. Zunächst werden die Zielsetzungen und die Durchführung des Mentorenprogramms *Balu und Du*, im Zusammenhang mit dem Konzept des informellen Lernens, näher beschrieben (Kapitel 2.5.1). Das Kapitel mündet in einem idealtypischen Modell, wie die Mentorenbeziehung mit dem Balu (als sozialer Schutzfaktor) auf gesundheitsrelevante Lebensstile (als Resilienz Kriterien) und die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor) bei sozialer Benachteiligung (als aggregierter Risikofaktor) wirken kann (vgl. 2.5.2).

2.5.1 Zielsetzung und Durchführung von *Balu und Du*

Nach DuBois und Karcher (2014, S. 3) sind bestimmte Formen von Mentorenbeziehungen so alt wie die Menschheit selbst. Der Begriff Mentor geht historisch betrachtet auf Homers Odyssee zurück. Doch was genau macht eine Mentorenbeziehung aus? Zumeist wird hierhin die Beziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen, dem Mentee, mit einem älteren Jugendlichen oder Erwachsenen (und weniger einer gleichalten Person), der/dem MentorIn, verstanden. Zwischen beiden sollte im Idealfall ein freundschaftliches Verhältnis herrschen, in welchem die/der MentorIn Ratschläge und Unterstützung anbietet und das Mentee beides annimmt. Zudem besteht die Beziehung über einen längeren Zeitraum und beschränkt sich nicht auf eine kurze Begegnung. Mittlerweile betrachten DuBois und Karcher (2014, S. 4) diese Begriffserklärungen jedoch als zu eng gefasst, da inzwischen viele verschiedene Formen von Mentoring etabliert sind. Ihrer Ansicht nach müssen bei einer Konzeptualisierung von Mentorenbeziehungen vor allem verschiedene Ebenen berücksichtigt werden – diese stellen zum einen die „Aktivitätsebene“ (engl. activity level), die „Beziehungsebene“ (engl. relationship level), die „Interventionsebene“ (engl. intervention level), die „politische Ebene“ (engl. policy level) und die „gesellschaftliche Ebene“ (engl. societal level) dar. Während auf der „Aktivitätsebene“ das Ziel verfolgt wird, Kinder und Jugendliche auch ohne professionelle Hilfe und Unterstützung durch ein älteres Kind bzw. einen Jugendlichen oder einen erwachsenen Nicht-Elternteil in ihrer Entwicklung zu unterstützen, ist die „Beziehungsebene“ bedeutsam, um ein längerfristiges durch Verständnis, Vertrauen und Sympathie geprägtes Verhältnis zwischen MentorIn und Mentee aufzubauen. Beide Ebenen sind eingebunden in die bewusste Intention von Organisationen bzw. bestimmten Programmen, die Lebensbedingungen und die Möglichkeiten eines altersgerechten und gesunden Aufwachsens verschiedener Kinder- und Jugendgruppen zu fördern („Interventionsebene“). Doch nur wenn die Mentorenprogramme dieser Institutionen

auch staatlich oder privatwirtschaftlich gefördert werden, können sie aufrechterhalten werden („politische Ebene“) und bestimmte gesellschaftliche Veränderungen herbeiführen („Gesellschaftsebene“), indem sie bspw. auf die Situation sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher aufmerksam machen (vgl. DuBois/ Karcher 2014, S. 4ff.). Gelingende Mentorenbeziehungen können u.a. dazu beitragen, dass Kinder neue Interessen entdecken, sich ihre sozialen Beziehungen zu anderen Kindern und Erwachsenen verbessern, ihre seelische Gesundheit zunimmt sowie wichtige Lebenskompetenzen und pädagogisch günstige Verhaltensweisen entwickelt werden. Damit stellen Mentorenprogramme immer auch Programme zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der teilnehmenden Mentees dar. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine qualitativ hochwertige Beziehung innerhalb der Gespanne, d.h. zwischen MentorIn und Mentee (vgl. Lerner et al. 2014, S. 17 und S. 24). Nach dieser kurzen allgemeinen Einführung in die Begriffsbedeutung und die vielfältigen Zielsetzungen von Mentoring, wird nun spezifisch auf das im Interesse dieser Evaluationsstudie stehende Mentorenprogramm *Balu und Du* eingegangen.

Das im Jahr 2002 an der Universität Osnabrück gegründete Mentorenprogramm *Balu und Du* fördert sozial benachteiligte Grundschulkinder, bei denen Fehlentwicklungen beobachtet werden, die von vielfältiger Natur sein können. Für eine Programmteilnahme suchen die KlassenlehrerInnen daher diejenigen Kinder aus, um die sie sich „Sorgen machen“ und melden diese an. Dieses Auswahlkriterium wird bewusst offen gelassen, um Kinder mit unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen in das Programm aufnehmen zu können. Diese reichen von emotionalen und sozialen Schwierigkeiten wie kindlichen Depressionen und Aggressionen oder fehlenden Freundschaften zu anderen Kindern bis hin zu Konzentrationsschwierigkeiten oder motorischen Problemen, z.B. aufgrund von Bewegungsmangel. Da die Kinder von ihren KlassenlehrerInnen ausgewählt, und die Eltern durch ihnen bereits bekannte LehrerInnen um ihr Einverständnis einer Teilnahme ihres Kindes an dem Mentorenprogramm gebeten werden, handelt es sich um ein sehr niedrighschwelliges Angebot. Zielsetzung des Programms ist es, weiteren Fehlentwicklungen bei den Kindern präventiv entgegenzuwirken sowie positive Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen. Hierfür werden die Kinder über ein Jahr bzw. zwei Semester von einem jungen Erwachsenen unter 30 Jahren begleitet. Diese Betreuung umfasst wöchentliche Treffen von zwei bis drei Stunden, in denen der junge Erwachsene als MentorIn mit dem Grundschulkind als Mentee gemeinsam etwas unternimmt. Die Unternehmungen bestehen aus Ausflügen in den Zoo, in Museen, in die Eishalle oder in das Schwimmbad wie auch aus gemeinsamen Aktivitäten auf dem Spielplatz oder beim Basteln, Malen, Lesen oder Kochen. In Anlehnung an die Geschichte des Dschungelbuchs werden die MentorInnen in dem Programm *Balus*

und die Grundschul Kinder Moglis⁶ genannt (vgl. Drexler et al. 2012; Borrmann et al. 2013; Müller-Kohlenberg/ Drexler 2013).

Für die Mentorenbeziehung wird dem Konzept des *informellen Lernens* bei *Balu und Du* eine besondere Bedeutung beigemessen. Allgemein erfährt der Begriff des informellen Lernens in den Erziehungswissenschaften auch in Deutschland einen zunehmenden Bedeutungszuwachs. Ursprünglich kommt der Begriff aus der Erwachsenenbildung und geht maßgeblich auf den Amerikaner John Dewey (1975) zurück. Trotz vielfacher Definitionsbemühungen herrscht bis heute jedoch keine Einigkeit über die genaue Begriffsdefinition des informellen Lernens sowie seine Abgrenzung zum non-formalen und formalen Lernen (vgl. Overwien 2009, S. 23f.). Noch am ehesten als Leitdefinition für den europäischen Bildungsraum kann die Auslegung der Europäischen Kommission aufgefasst werden, welche *informelles Lernen* wie folgt begreift: „Lernen, das im Alltag, am Arbeitsplatz, im Familienkreis oder in der Freizeit stattfindet. Es ist (in Bezug auf Lernziele, Lernzeit oder Lernförderung) nicht strukturiert und führt üblicherweise nicht zur Zertifizierung. Informelles Lernen kann zielgerichtet sein, ist jedoch in den meisten Fällen nichtintentional (oder ‚inzidental‘/ beiläufig)“ (Europäische Kommission 2001, S. 33). Unter *nicht-formalem Lernen* versteht die Europäische Kommission hingegen „Lernen, das nicht in Bildungs- oder Berufsbildungseinrichtung stattfindet und üblicherweise nicht zur Zertifizierung führt. Gleichwohl ist es systematisch (in Bezug auf Lernziele, Lernaufbau und Lernmittel). Aus Sicht der Lernenden ist es zielgerichtet“ (Europäische Kommission 2001, S. 35). Beide Lernformen, sowohl das informelle wie auch das nicht-formale Lernen können somit vom *formalen Lernen* abgegrenzt werden. Dieses meint „Lernen, das üblicherweise in einer Bildungs- oder Ausbildungseinrichtung stattfindet (in Bezug auf Lernziele, Lernzeit oder Lernförderung) strukturiert ist und zur Zertifizierung führt. Formales Lernen ist aus der Sicht des Lernenden zielgerichtet“ (Europäische Kommission 2001, S. 33). Die enorme Bedeutung, die non-formalen wie auch informellen Lernprozessen neben den formalen Lernprozessen im Sozialisationsprozess von Kindern und Jugendlichen und damit auch für das bildungspolitische Ziel der Chancengleichheit zukommt, wird im 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung hervorgehoben. Bildungsprozesse entstehen eben nicht nur in staatlichen Institutionen wie den Schulen, sondern werden auch in der Familie, im Freizeitbereich mit Gleichaltrigen oder durch die Medien vermittelt. Diese parallel zu der Schule bestehenden Lernwelten werden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Begriff der *Alltagsbildung* belegt. Die Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen an dieser Alltagsbildung zu partizipieren bzw. die Qualität und Quantität des hierdurch vermittelten Wissens ist jedoch sozial ungleich verteilt. So haben nicht alle Kinder die gleichen Chancen, sich auf non-formalem oder informellem Wege Wissen anzueignen oder neue Fähigkeiten zu erlernen. Gesellschaftliche Teilhabechancen werden

⁶ Im Folgenden werden die Bezeichnung „Balu“ synonym für „MentorInnen“ und „Mogli“ synonym für Mentee verwendet.

bereits in jungen Jahren eingeschränkt, da Kinder aus sozial benachteiligten Familien zwar häufig für ihren unmittelbaren Sozialraum hochrelevante Kenntnisse erwerben, dieses jedoch wenig Anknüpfungspunkte an die auf ressourcenreiche Kinder und Jugendliche ausgerichteten Anforderungen des Bildungssystems bieten (vgl. BMFSFJ 2013, S.368).

Bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* handelt es sich nach der Definition der Europäischen Kommission um eine Mischung zwischen informellen Lernprozessen, nicht-formalen Lernprozessen und formalen Lernprozessen. Dabei muss deutlich zwischen den Lernerfahrungen der Balus und den Lernerfahrungen der Moglis unterschieden werden. Die Balus sind i.d.R. junge Studierende, die ehrenamtlich oder im Rahmen von Prüfungsleistungen (z.B. im Bereich des *service learnings*) an dem Programm teilnehmen. In einzelnen Standorten werden jedoch auch SchülerInnen als Balus eingesetzt. Besonders wichtig ist hierbei die Überprüfung und Begleitung der Balus während des Mentorings. So müssen die angehenden Balus ein polizeiliches Führungszeugnis einreichen und anschließend regelmäßig an einem universitären Begleitseminar bzw. schulischen Kurs teilnehmen, um die nachmittäglichen Treffen mit den Moglis zu reflektieren. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund, dass die Moglis häufig aus schwierigen Familienverhältnissen kommen und die Balus dementsprechend mit problematischen Situationen konfrontiert werden können, besonders bedeutsam. Da die Balus ihre nachmittäglichen Erfahrungen mit den Moglis in der Bildungsinstitution Universität bzw. Schule im Rahmen eines Seminar bzw. des Unterrichts reflektieren und hierbei ein Zertifikat (entweder als Prüfungsleistung oder zumindest eine Bescheinigung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit) erhalten, kann diese Art des Lernens als formales Lernen bezeichnet werden. Die Lernprozesse der Balus selbst besitzen durch die Einbindung in eine Bildungsinstitution somit einen förmlichen Charakter, der sich jedoch auf die Ermöglichung günstiger und die Vermeidung ungünstiger informeller Lernprozesse der Moglis innerhalb der Mentorenbeziehungen ausrichtet. Dabei spielt die Sensibilisierung der Balus für den situativen Charakter von informellen Lernprozessen eine herausragende Rolle. Denn „informelles Lernen geschieht beiläufig im Alltag – en passant, oft absichtslos und nicht immer bewusst. Es bezieht sich sowohl auf kognitive Inhalte wie auch auf Werthaltungen, Basiskompetenz oder soziales Verhalten. Informelles Lernen ist ubiquitär; es findet vor, während und nach der Schulzeit statt. Persönlichkeit und Selbstkonzept werden durch die informell erteilten ‚Lektionen‘ nachhaltig geprägt“ (Müller-Kohlenberg 2015, S. 528).⁷ Ohne

⁷ In diesem Zusammenhang sei auf die bestehenden definitorischen Überschneidungen des Begriffs des „informellen Lernens“ mit dem für die Sozialwissenschaften zentralen Begriffs der „Sozialisation“ hingewiesen. Denn Sozialisation schließt „den Vorgang der Erziehung mit ein und umfasst darüber hinaus auch jene ungeplanten, aber persönlichkeitsprägenden Lernvorgänge, die sowohl das Kleinkind wie auch später noch der Erwachsene durch eigene Erfahrungen machen kann. Hierzu zählen auch jene unspezifischen Lernvorgänge, für die selbst in Gesellschaften mit breit entwickelten Erziehungswesen keine erziehende Instanz und keine erzieherischen Maßnahmen als explizite Einwirkungen auszumachen sind“ (Henecka 2009, S.88f.). Beide theoretischen Konstrukte beinhalten somit die Bedeutung ungeplanter und unbewusster Lernvorgänge für die menschliche Entwicklung. Der Begriff der „Sozialisation“ differenziert jedoch weniger in die einzelnen Formen des Lernerwerbs, sondern geht in seiner theoretischen Reichweite über den Begriff des „informellen Lernens“ hinaus.

Unterstützung und Hilfestellungen einer erwachsenen (oder einer zumindest jugendlichen, aber reifen) Person mit Vorbildfunktion, wie z.B. einer/ m MentorIn, fehlen jedoch die für günstige informelle Lernprozesse wichtige, und mit einer positiven emotionalen Beziehung verbundene, fortlaufende Rückmeldung hinsichtlich bestimmter Einstellungen, Verhaltensweisen oder (sozialen) Kompetenzen des Kindes bzw. hinsichtlich eines pädagogisch wünschenswerten Fortschritts in diesen Bereichen. Dann besteht, insbesondere bei der Existenz entsprechender negativer Einflüsse durch ein ungünstiges soziales Umfeld, verstärkt die Gefahr, dass das Kind problematische und gesellschaftlich wenig akzeptierte Lösungen für die Bewältigung alltäglicher Herausforderungen wie auch altersbedingter Entwicklungsaufgaben wählt bzw. langfristig wählen wird. Realistischerweise kann daher nicht erwartet werden, dass Kinder in ihrer Entwicklung insgesamt nur positive informelle Lernprozesse durchmachen (vgl. Müller-Kohlenberg 2015, S. 528f.).

Bei einer guten Beziehungsqualität zum Balu wird sich das Mogli einige Einstellungen, Verhaltensweisen und Kompetenzen „im zwischenmenschlichen Bezug des Erklärens, Zeigens, Antwortens oder Entdeckens“ (Müller-Kohlenberg 2015, S. 528) mehr oder minder bewusst von alleine anschauen bzw. aneignen. Andererseits werden die Balus explizit dazu aufgefordert, sich immer wieder nicht nur erwünschte, sondern insbesondere auch unerwünschte, informelle Lernprozesse der Kinder bewusst zu machen und diese fortwährend zu hinterfragen. Durch diese Sensibilisierung für die Situationsbedingtheit informeller Lernprozesse werden die Balus dazu befähigt, situationsabhängige Herausforderungen für pädagogisch sinnvolle Lernerfahrungen absichtlich herbeizuführen. Hierbei verlaufen die Grenzen zwischen informellen und non-formalen Lernerfahrungen fließend. So arbeiten viele Balus auch gezielt auf Verbesserungen von einmal bei den Moglis erkannten Entwicklungsdefiziten hin. Diese intentional von den Balus herbeigeführten Momente entspringen häufig der Absicht, positive Lernerfahrungen zu verstärken, und folgen zum Teil auch einer gewissen Systematik, so dass sie nach der Definition der Europäischen Kommission (2001, S. 33) bereits als non-formal klassifiziert werden können. Beispiele hierfür wären das bei jedem Treffen durchgeführte gemeinsame Ausprobieren verschiedener Obst- und Gemüsesorten zur Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten oder der regelmäßige Schwimmbadbesuch zur Verbesserung der Schwimmfähigkeit bei den Moglis.⁸ Dieses bewusste Arrangieren von Situationen stellt, neben dem Erkennen negativer Umwelteinflüsse, eine wichtige Komponente für eine gelingende Mentorenbeziehung dar.

Ursprünglich zielte das Mentorenprogramm *Balu und Du* auf den regionalen Raum von Osnabrück ab, fand jedoch, aufgrund der hohen Nachfrage und des großen Interesses vieler

So sind bei dem „Vorgang der Erziehung“ auch non-formale und formale Lernerfahrungen, z.B. in Bildungsinstitutionen, eingeschlossen.

⁸ Im Folgenden wird jedoch der Einfachheit halber durchgängig von informellen Lernprozessen gesprochen, auch wenn hiermit – wie erläutert – zum Teil auch non-formale Lernprozesse gemeint sind.

weiterer Universitäten, sowie teilweise von Schulen, bald eine rasche Verbreitung. Heute umfasst das Mentorenprogramm über 60 Standorte, die deutschlandweit von Kiel bis Konstanz reichen sowie einen Standort in Wien. So konnten bisher über 5.700 Moglis erfolgreich an Balus vermittelt werden. Neben der großen Popularität des Mentorenprogramms als einem Erfolgsfaktor, wurden bereits zahlreiche zumeist kleinere Studien zu den Wirkungen des Programms auf die Moglis aber auch die Balus durchgeführt. In den Anfängen noch als Antiaggressionsprogramm für Kinder mit sozialen Problemen gedacht, wurde dabei bereits deutlich, dass *Balu und Du* das Potenzial hat umfassender auf das gesundheitsbezogene Wohlbefinden der Kinder, ihre Lebenskompetenzen und ihre Verhaltensweisen zu wirken als ursprünglich vermutet.

2.5.2 Idealtypisches Modell der Resilienzförderung durch *Balu und Du*

Das Mentorenprogramm *Balu und Du* kann selbstverständlich keine umfassende Kindersozialarbeit ersetzen, wie sie bei schwer deprivierten Kindern (Kinder, die mit schweren körperlichen, psychischen und sozialen Misshandlungen aufwachsen) dringend notwendig ist. *Balu und Du* kann jedoch insbesondere aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit dazu beitragen, dass Kinder mit vielfältigen (familiären) Belastungen seelisch unterstützt werden sowie Hilfestellungen bei dem Erreichen wichtiger altersspezifischer Entwicklungsaufgaben erhalten. Dies ist auch bzw. gerade dann sinnvoll, wenn das Jugendamt bereits eingeschaltet wurde. Zudem können (Hoch-)Risikogruppen erreicht werden, die bisher noch nicht auffällig genug wurden, um das staatliche Unterstützungssystem zu aktivieren.

Bei dem Konzept des Mentorenprogramms *Balu und Du* handelt es sich somit um einen *klassischen Ansatz der Resilienzförderung*, wie das folgende, auf den theoretischen Vorüberlegungen basierende, *idealtypische Modell* verdeutlichen soll (vgl. Abbildung 3).

Sozial benachteiligte Grundschul Kinder, bei denen eine Vielzahl möglicher sozialer und personaler Risikofaktoren vorliegen können, werden von ihren KlassenlehrerInnen für das Mentorenprogramm *Balu und Du* angemeldet. Durch diese gezielte Auswahl wird eine (Hoch-) Risikogruppe identifiziert und in das Programm aufgenommen, welche sowohl hinsichtlich ihrer Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch hinsichtlich des Erreichens bestimmter, altersgerechter „Normalstandards“ in ihrer Entwicklung zum Teil massiv gefährdet ist. Die vorliegenden Risikofaktoren wirken sich zum einen direkt negativ auf die psychische, körperliche und soziale Gesundheit der Kinder aus, z.B. durch geringe soziale Kontakte, viele innerfamiliäre Konflikte, falsche Ernährung oder wenig körperliche Bewegung.

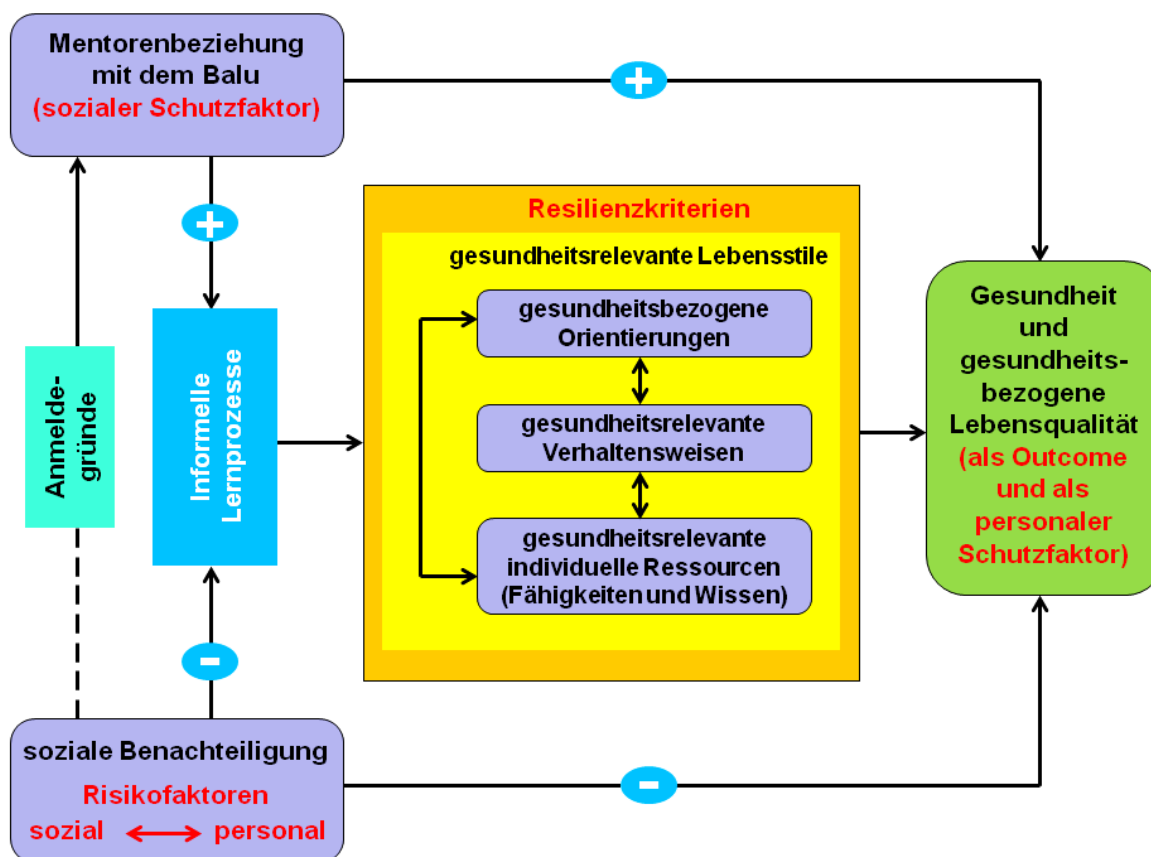


Abbildung 3. Idealtypisches Modell zum Einfluss der sozialen Benachteiligung (Risikofaktoren) und der Mentorenbeziehung mit dem Balu (sozialer Schutzfaktor) auf die gesundheitsrelevanten Lebensstile (als Resilienz Kriterien) und auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor).

Anmerkung. Die gestrichelte Linie zwischen der familiären Belastung und den Anmeldegründen verdeutlicht, dass bei kindlichen Fehlentwicklungen eine Trennung zwischen sozialen und personalen Risikofaktoren zwar analytisch, häufig jedoch nicht empirisch möglich ist.

Zudem werden durch die damit verbundenen negativen Erfahrungen informelle Lernprozesse angestoßen, welche die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile behindern und die Entwicklung gesundheitsschädlicher Lebensstile begünstigen.⁹ Dadurch können diese Risikofaktoren auch indirekt zu einer zumindest langfristig schädlichen Wirkung auf die Gesundheit führen.

Die Mentorenbeziehung mit dem Balu stellt i.S. der Resilienzforschung einen sozialen Schutzfaktor dar, welcher die Wirkungen vorhandener Risikofaktoren zumindest zum Teil abpuffern kann. Zum einen werden die psychische, körperliche und soziale Gesundheit des Kindes direkt verbessert, da das Kind durch den Balu neue soziale Kontakte schließt, sich durch gemeinsame Unternehmungen (z.B. im Zoo oder auf dem Spielplatz) mehr bewegt

⁹ Beispielsweise kann aus einer ökonomischen Armut in der Familie der Kinder (als ein soziales Risikomerkmals) ein weniger vielfältiges und gesundheitlich ausgewogenes Nahrungsangebot folgen und so die Ernährungsvorlieben und –gewohnheiten nachhaltig geprägt werden. Dadurch kann zudem das generelle Wissen über gesunde Ernährung eingeschränkt werden. Auch kann die Aggressivität eines oder beider Elternteile (als weiteres Beispiel eines sozialen Risikomerkmals) ein problematisches Sozialverhalten, eine niedrige Empathiefähigkeit und eine geringe Konfliktlösungskompetenz bewirken.

und durch die positive Beziehungserfahrung und das Vertrauensverhältnis seelisch ausgeglichener und glücklicher wird. Zum anderen wirken sich informelle Lernprozesse während des Treffens mit dem Balu positiv auf die gesundheitsbezogenen Lebensstile des Kindes aus. Gesundheitsbezogene Lebensstile entstehen nach Abel et al. (2004, S. 297) durch das Zusammenwirken und die gegenseitige Beeinflussung von drei gesundheitsrelevanten Komponenten: Orientierungen, Verhaltensweisen und individuellen Ressourcen (Fähigkeiten und Wissen).¹⁰ Lebensstile stehen somit in einer engen Verbindung zu dem erfolgreichen Erfüllen altersgerechter Entwicklungsaufgaben, wie z.B. der Ausbildung gesundheitlich ausgewogener Ernährungsvorlieben und einer entsprechenden Ernährungsweise, dem Entwickeln von Empathiefähigkeit, Selbstorganisationsfähigkeiten oder bestimmten motorischen Fähigkeiten. Verbesserungen im Bereich der gesundheitsrelevanten Lebensstile können bei belasteten Kindern somit als eine verbesserte Anpassungsfähigkeit unter widrigen Lebensumständen, d.h. als *Resilienz Kriterien*, begriffen werden. Dies wirkt sich, zumindest langfristig, auch indirekt positiv auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder aus. Die Gesundheit der Kinder stellt in diesem Modell somit zum einen eine Outcomevariable (durch die direkten und indirekten Wirkungen der Mentorenbeziehung) dar, fungiert i.S. der Resilienzforschung jedoch zum anderen auch als personaler Schutzfaktor, welcher den Kindern bei der Bewältigung zukünftiger Stressoren hilft und gesundheitsrelevante Lebensstile günstig beeinflusst.

Da sich das Mentorenprogramm positiv auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder, insbesondere durch eine Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensstile, auswirken kann, werden zudem sowohl Gesundheitsförderung – in den Bereichen, in denen die Kinder in ihrer Gesundheit (noch) nicht beeinträchtigt sind – wie auch Gesundheitsprävention – in den Bereichen, in denen die Kinder gesundheitlich bereits belastet sind – betrieben. Ob es sich darüber hinaus eher um eine Präventionsmaßnahme oder um eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung handelt, kann aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht nicht pauschal beantwortet werden. So wird es von Mogli zu Mogli und von Aktivität zu Aktivität unterschiedlich zu bewerten sein, ob es sich noch um Gesundheitsförderung oder bereits um Gesundheitsprävention handelt. Beispielsweise könnte das gemeinsame Herumtollen auf dem Spielplatz mit dem Balu bei einem normalgewichtigen Mogli als Gesundheitsförderung (Bewegungsförderung) bei einem übergewichtigen Mogli jedoch bereits als Gesundheitsprävention (Abbau überflüssigen

¹⁰ So steht beispielsweise eine höhere „Bewegungsfreude“ häufig im Zusammenhang mit einem ausgeprägten Bewegungsverhalten. Auch ist in theoretischer Hinsicht zu vermuten, dass sich positive Orientierungen und Verhaltensweisen in einer Verbesserung bestimmter Fähigkeiten niederschlagen (und umgekehrt). So kann – um im Beispiel zu bleiben – die kindliche Großmotorik durch eine gesteigerte Bewegungsfreude und ein erhöhtes Bewegungsverhalten trainiert werden. Andersherum werden sich Kinder mit einer guten Körperbeherrschung auch häufiger und lieber bewegen wollen.

Gewichts) gewertet werden. Hinsichtlich bestimmter Lebenskompetenzen, wie z.B. emotionaler Kompetenzen, kann das übergewichtige Mogli dem normalgewichtigen Mogli jedoch wieder überlegen sein, so dass das Mentorenprogramm in diesem Bereich für das normalgewichtige Mogli eher als Präventionsmaßnahme und weniger als Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Diese Ausführungen machen bereits die individuellen Problemlagen und Bedürfnisse der einzelnen, in das Programm aufgenommenen Kinder sowie die unterschiedlichen Anforderungen an die singulären Gespanne deutlich. Hinsichtlich der wichtigen Fragestellung, ob es sich bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* im Zweifel letztendlich doch eher um eine Präventions- als um eine Gesundheitsfördermaßnahme handelt, schließt sich diese Arbeit jedoch neben den Prämissen der Gesundheitsforschung vor allem denen der Resilienzforschung an. Dieser Sichtweise folgend sollte *Balu und Du* aufgrund der zielgruppenspezifischen Ausrichtung auf die Förderung von Kindern mit einer (multiplen) Risikobelastung durch Schutzfaktoren in jedem Fall primär als Präventionsmaßnahme angesehen werden (vgl. entsprechende Ausführungen in Kapitel 2.3.2 oben).

Die vielfältigen Interdependenzen zwischen Gesundheit, gesundheitsbezogener Lebensqualität und gesundheitsrelevanten Lebensstilen auf der einen und der Ausbildung von Resilienz bzw. Resilienzprozessen auf der anderen Seite, wie auch die Bedeutsamkeit dieser Wechselwirkungen, wurden bereits allgemein (vgl. Kapitel 2.4), wie auch für die bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* im Fokus stehenden Moglis im Rahmen des soeben erläuterten idealtypischen Modells im Besonderen, aufgezeigt. Im folgenden Kapitel drei werden nun die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (als personaler Schutzfaktor wie auch als Outcome von Resilienzprozessen) von sozial benachteiligten Kindern näher beleuchtet. Hierfür werden wichtige Begriffe wie „Gesundheit“ und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ im Kontext einer salutogenetischen Sichtweise erläutert (Kapitel 3.1). Außerdem werden die Auswirkungen vielfältiger Formen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ausführlich diskutiert (Kapitel 3.2). Theorien zur Entstehung und Veränderung bestimmter Lebensstile als Resilienzriterien wie auch zu ihrer Bedeutung für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bereits im Kindesalter sind Thema des darauffolgenden, abschließenden Kapitels (Kapitel 3.3).

3 Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sozial benachteiligter Grundschul Kinder

Nach dem der Ansatz der Resilienzförderung im Zusammenhang mit dem Mentorenprogramm *Balu und Du* im vorangegangenen Kapitel zwei ausführlich dargestellt wurde, geht dieses Kapitel nun intensiv auf die Definition und Bedeutung von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor ein. Hierbei liegt ein besonderes Augenmerk auf der salutogenetischen Sichtweise in Abgrenzung zu weiteren Ansätzen der Gesundheitsforschung (Kapitel 3.1). Auch wird der mögliche Einfluss verschiedener vertikaler und horizontaler Ungleichheitsmerkmale auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von sozial benachteiligten Grundschulkindern näher beleuchtet (Kapitel 3.2). Abschließend wird der Einfluss gesundheitsbezogener Lebensstile (als Resilienz Kriterien dieser Untersuchung) auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausgeführt (Kapitel 3.3).

3.1 Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität aus salutogenetischer Sichtweise

Das im Folgenden dargestellte Verständnis von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität wurde entscheidend durch die Denkweise Antonovskys geprägt. Zunächst soll die aktuelle Entwicklung der letzten 30 Jahre im Wesentlichen wiedergegeben und die wichtigsten Definitionen dargestellt werden (Kapitel 3.1.1). Im Anschluss wird das Konzept der Salutogenese vorgestellt und kritisch beleuchtet (Kapitel 3.1.2) sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu weiteren Ansätzen der Gesundheitsforschung wie auch der Resilienzforschung aufgearbeitet (Kapitel 3.1.3).

3.1.1 Definitionen und Konzepte von Gesundheit

Wird über „Gesundheit“ gesprochen und geforscht, stellt sich zuvorderst die Frage, was genau unter diesem Begriff verstanden werden soll und wie sich „Gesundheit“ von „Krankheit“ abgrenzt. Unter „Krankheit“ wird im traditionellen „medizinischen Sinn Behandlungs- und/oder Pflegebedürftigkeit [verstanden]. Sie ist definiert durch das Vorhandensein von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen oder Störungen“ (Franzkowiak 2011, S. 349). Die weltweit bekannteste und meistzitierteste Definition für „Gesundheit“ steht in der Gründungsakte der World Health Organization (WHO) von 1948 und wurde bereits 1946 von 61 Staaten anerkannt. Verknüpft wird hiermit auch das Recht aller Menschen –ohne jede Einschränkung- auf eine bestmögliche Gesundheit: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of

every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition” (WHO 1948, Preamble to the Constitution).

Damit wurde ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung eingeläutet, da die WHO den Gesundheitsbegriff zum einen aus den zuvor engen biomedizinischen Bezügen herauslöste und zum anderen zum ersten Mal die multidimensionale Natur von Gesundheit betonte. Dennoch ist diese Definition von Gesundheit nicht unumstritten. Vorgeworfen wurde der WHO vor allem, der Subjektivität gegenüber der Objektivität von Gesundheit einen zu starken Vorrang einzuräumen sowie ein Konstrukt entworfen zu haben, welches schwer zu messen wäre und welches das tatsächlich vorhandene Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit wenig berücksichtigen würde. Weitere Kritikpunkte waren vor allem im deutschsprachigen Raum der utopische Charakter von Gesundheit als „Zustand völligen [...] Wohlbefindens“. Hierfür sind nach Hurrelmann und Franzkowiak (2011) jedoch eher zwei Übersetzungsfehler verantwortlich, da der englische Originalterminus („state“) weniger als „Zustand“, sondern vielmehr als immer wieder zu erzeugendes Gleichgewicht übersetzt werden sollte. Zudem meint das englische Wort „complete“ weniger ein „vollständiges“, sondern eher ein „umfassendes“ Wohlbefinden, so dass die Definition im englischen Original weniger absolut zu verstehen ist. Trotz ihres bis heute hohen Wirksamkeitsgrades insbesondere für das Praxisfeld der Prävention und Gesundheitsförderung, halten Hurrelmann und Franzkowiak (2011) die WHO-Definition aufgrund ihrer Operationalisierungsschwäche als Grundlage für empirische Untersuchungen mittlerweile für überholt. Folgerichtig schlagen sie eine etwas andere Begriffsbestimmung vor: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann/ Franzkowiak 2011, S. 103).

Diese Definition greift, ebenso wie die WHO-Definition, die bedeutsame Komponente des Wohlbefindens auf und macht damit, wie auch mit dem Begriff der „Lebensfreude“, auf die Subjektivität von Gesundheit aufmerksam. Gesundheit kann und darf somit auch bei Hurrelmann und Franzkowiak (2011) nicht nur als objektiv messbar (z.B. anhand biomedizinischer Parameter) angesehen werden, sondern besitzt neben einer sozialen auch eine subjektive Seite. Während die soziale Seite auf die gesellschaftlich vermittelten und historisch unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit wie auch Krankheit hinweist, betont der subjektive Aspekt von Gesundheit die individuelle Wahrnehmung vom eigenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden. Diese subjektive Betrachtung der eigenen Gesundheit muss nicht mit der objektiven oder sozialen Sichtweise übereinstimmen, sondern kann von dieser sogar erheblich abweichen (vgl. Faltermaier 2011a, S. 551). Eng

hiermit verknüpft wird häufig auch der Begriff der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (engl.: Health related quality of life) verwendet – dieser wird vor allem anhand der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheits- wie auch Krankheitszustands durch den betroffenen Menschen gemessen (vgl. Kurth/ Ravens-Sieberer 2011, S. 125). Die Quality of Life Assessment Group der WHO arbeitete hierzu Ende der 1990er Jahre sechs Bereiche, die für die Messung einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Experteneinschätzung von Bedeutung sein sollen, aus. Diese bestehen aus der körperlichen Gesundheit, der psychologischen Gesundheit, dem Grad individueller Unabhängigkeit, den sozialen Beziehungen, den Umweltfaktoren wie auch spirituellen, religiösen und persönlichen Überzeugungen (vgl. WHO 1997b, S. 4). Auch wenn sich bisher, trotz der WHO-Bemühungen um eine genauere Begriffsbestimmung und Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, noch keine allgemeingültige Definition international wie auch national durchsetzen konnte, hat die Diskussion über eine subjektive Sichtweise von Gesundheit und die Bedeutung von gesundheitsbezogener Lebensqualität zu einer verstärkten Hinwendung zu dieser Thematik geführt. So wird der in den USA entwickelte „Short Form 36“-Fragebogen zur Messung der subjektiv wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bereits seit 1998 im Bundes-Gesundheitssurvey eingesetzt. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern wurde der international anerkannte KIDSCREEN¹¹ entwickelt (vgl. Kurth/ Ravens-Sieberer 2011, S. 126f.). Ein weiterer interessanter Aspekt in der von Hurrelmann und Franzkowiak (2011) gegebenen Definition von Gesundheit ist die besondere Betonung der hierfür notwendigen Balance von Risiko- und Schutzfaktoren; beide Elemente sind insbesondere auch in der Resilienzforschung von großer Bedeutung (vgl. Kapitel 2.1.3 und Kapitel 2.1.4). Zudem ist der Begriff der Risikofaktoren mit dem Konzept der Prävention sowie der Begriff der Schutzfaktoren mit den für das Konzept der Gesundheitsförderung wichtigen Ressourcen eng verknüpft.

Beide Konzepte befassen sich mit der Frage, wie Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowohl als objektives wie auch als subjektives Phänomen sowohl auf der gesellschaftlichen Makro- wie auch auf der Mikroebene, d.h. in der Sichtweise jedes Einzelnen, erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden kann. Die „Gesundheitsförderung“ rückte insbesondere nach 1986 stärker in den wissenschaftlichen wie auch gesundheitspolitischen Fokus, nachdem die WHO in der sog. Ottawa-Charta ihre Wichtigkeit besonders hervor strich. So heißt es in der Ottawa-Charta: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, 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

¹¹ Detailliertere Ausführungen zum KIDSCREEN finden sich in Kapitel 4.3.1 zur Beschreibung der Erhebungsinstrumente.

einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO 1986, S.1).

Hurrelmann greift diese bis heute einflussreiche Definition der WHO auf und führt weiter aus, dass sich die Gesundheitsförderung vor allem auf die Stärkung von für die Gesundheit bedeutsamen personalen und sozialen Ressourcen, d.h. auf eine Steigerung bereits vorhandener Gesundheitspotenziale, richtet. Die auf eine Verbesserung des bereits vorhandenen Gesundheitszustandes abzielende Gesundheitsförderung kann spezifiziert werden als „die Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens von Kindern. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung von Ressourcen und die Senkung von Belastungen bei Mädchen und Jungen“ (Richter-Kornweitz 2011b, S. 215). Im Gegensatz dazu ist das ältere Konzept der Prävention auf die Verhinderung von Krankheiten und die Minimierung bzw. den Abbau von Risikofaktoren ausgerichtet. Im Zentrum stehen hier vor allem die Reduzierung und Linderung einer voraussichtlichen Krankheitslast auf individueller wie auch auf gemeinschaftlicher Ebene. Zielgruppen von Krankheitsprävention sind somit vor allem bereits von Krankheit betroffene Menschen sowie Menschen, deren Risiko, zukünftig unter bestimmten Krankheiten zu leiden, aufgrund ihres momentanen Gesundheitszustandes (z.B. aufgrund von Übergewicht) oder –verhaltens (z.B. aufgrund von rauchen oder Bewegungsmangel) als besonders hoch eingeschätzt wird. Hierbei kann zwischen verschiedenen Präventionsarten unterschieden werden. Während sich die primäre Prävention an Menschen mit vorhandenen Risikofaktoren für die Entstehung bestimmter Krankheiten richtet, zielt die sekundäre Prävention auf die Zurückdrängung oder zumindest Einschränkung bereits eingetretener Krankheitsbilder ab. Die letzte Stufe der tertiären Prävention tritt hingegen bei Krankheiten ein, welche die Gesundheit bereits stark einschränken und weit fortgeschritten sind und bei denen nur noch der Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität trotz dieser Krankheit angestrebt werden kann (vgl. Hurrelmann 2010, S. 147ff).

Kinder gelten allgemein als die gesündeste und noch am wenigsten von chronischen und stark beeinträchtigenden Krankheiten betroffene Bevölkerungsgruppe. Selbstverständlich heißt dies nicht, dass nicht einige Gruppen von Kindern durch Krankheiten stark belastet sind. Dennoch spielen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht für die Altersgruppe der Kinder Präventionsmaßnahmen gegenüber Maßnahmen der Gesundheitsförderung für den Erhalt, Aufbau und Ausbau von Gesundheit im Allgemeinen eine weitaus geringere Rolle. Anders verhält sich dies bei den im Fokus dieser Arbeit stehenden sozial benachteiligten Grundschulkindern, da sie in jungen Jahren einer zum Teil bereits erheblichen (Gesundheits-) Gefährdung ausgesetzt sind. Für diese Kinder sind primäre, und zum Teil sogar schon sekundäre, Präventionsmaßnahmen angebracht. Gleichwohl spielt natürlich auch für

diese Kinder der Aspekt der Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle, so dass sich Projekte im Grundschulalter sinnvollerweise i.d.R. nie nur präventiv ausrichten sollten.

Dem Konzept der Gesundheitsförderung und der Idee von Gesundheit als möglichst umfassenden Zustands psychischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens liegt ein Perspektivenwechsel der letzten Jahrzehnte zugrunde, welcher durch das Salutogenesekonzept von Antonovsky, aber auch durch die Resilienzforschung, entscheidend mitgeprägt wurde (vgl. Jerusalem/ Meixner 2009, S. 141f.; Ritterbach/ Wohlfahrt 2009, S.55). Aufgrund des großen Einflusses von Antonovskys Arbeiten auf die Gesundheitswissenschaften und eine daraus folgende, stärker auf Gesundheitspotenziale und weniger nur auf die Vermeidung und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtete Sichtweise, wird das Konzept der Salutogenese im folgenden Kapitel 3.1.2 ausführlich dargestellt.

3.1.2 Antonovskys Modell der Salutogenese und des Kohärenzgefühls

Der Medizinsoziologie Aaron Antonovsky entwickelte das Konzept der Salutogenese und des Kohärenzgefühls, und führte dieses in seinen beiden zentralen Werken *„Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being“* 1979 und *„Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“* 1987 weiter aus. Das letztgenannte der beiden Bücher liegt zudem seit 1997 in deutscher Übersetzung von A. Franke vor (*„Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit“*). Antonovsky trat dafür ein, Krankheit und Gesundheit nicht mehr als sich gegenüberstehende Dichotome zu begreifen, sondern von der Grundannahme eines Gesundheits-Krankheitskontinuums zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit auszugehen. Dem von ihm entwickelten Modell der Salutogenese folgend kann die Position jedes Menschen zu jedem möglichen Zeitpunkt auf diesem Kontinuum erfasst werden (vgl. Antonovsky 1979, S. 35 ff.; Antonovsky 1997, S. 22f.). An herkömmlichen pathologischen Ansätzen kritisierte Antonovsky zudem, dass sich die Aufmerksamkeit weniger auf einen Menschen mit einer bestimmten Erkrankung an sich, sondern vielmehr auf das medizinische Problem alleine richtete. Ein Ausblenden der Beschwerden und Schmerzen sowie der gesamten Lebenssituation dieses Menschen wäre jedoch nicht nur inhuman, sondern könnte auch zu einer Blindheit gegenüber der Ätiologie der Gesundheitsbeschwerden führen (vgl. Antonovsky 1979, S. 35ff.; Antonovsky 1997, S.23ff.).

Die Stärke der Salutogenese liegt hingegen in dem Bemühen, die Geschichte des Menschen (und nicht des Patienten) ganzheitlich zu verstehen und die Anstrengungen in der Bekämpfung der Krankheit nicht nur auf das Verständnis mikrobiologischer, psychosozialer, chemischer etc. Erreger, die eine spezifische Krankheit verursachen, zu verengen oder Lösungen nach Art einer „Wunderwaffe“ zu suchen. Während die Pathogenese sich also auf

die Prävention und Diagnose bestimmter Krankheiten fokussiert, beschäftigt sich die, wie Antonovsky sie nennt, „pessimistische Salutogenese“ mit der allgegenwärtigen Herausforderung einer aktiven Anpassung an eine unvermeidlich mit Stressoren gefüllte Umwelt. So sind grundsätzlich alle Menschen Krankheiten, einem unvermeidlichen Alterungsprozess und letztendlich dem Sterben ausgesetzt. Diese Annahme der „*negativen Entropie*“ führt zu einer Suche nach effektiver Adaption des menschlichen Organismus und zu einer stärkeren Zusammenarbeit mit biologischen und psychosozialen Forschungsrichtungen. So werden die Grenzen der Pathophysiologie überschritten und soziale Strukturen wie Liebe, Phantasie oder Wille mit einbezogen. Dies führt für Antonovsky unmittelbar zu den Theorien des erfolgreichen Copings und der Frage, warum bestimmte Menschen allen medizinischen Wahrscheinlichkeiten zum Trotz, gesund bleiben. Diese aus pathologischer Sicht abweichenden Fälle stehen daher neben den Copingressourcen im Zentrum der salutogenetischen Orientierung. Salutogenese ist mehr als bloß die „andere Seite der Medaille“ der Pathologie, da sie andere Fragen stellt, alternative Hypothesen prüft und Daten unter einem anderen Fokus betrachtet. Sie ist daher als komplementär zu der zweifellos wichtigen Arbeit der Pathologie bei der Prävention und Bekämpfung von Krankheiten wie Krebs zu verstehen (vgl. Antonovsky 1997, S. 24ff.).

Als wichtigste Schlussfolgerung der salutogenetischen Orientierung fasst Antonovsky zusammen: „Salutogenetisches Denken eröffnet nicht nur den Weg, sondern zwingt uns, unsere Energien für die Formulierung und Weiterentwicklung einer Theorie des Copings einzusetzen“ (Antonovsky 1997, S.30). Während das Erkennen und Minimieren von Risikofaktoren, d.h. Stressoren, wie z.B. einer erlernten Hilflosigkeit bei Depressionen oder gewissen Verhaltensmustern, die zu koronaren Herzkrankheiten führen könnten, im Zentrum des pathologischen Modells steht, erweitert die salutogenetische Denkrichtung diesen Blickwinkel, indem sie verschiedene weitere Faktoren einführt, welche die Position der Menschen hin zum gesunden Ende des Kontinuums verschieben können. Dabei können Coping-Mechanismen Stressoren entgegengesetzt werden (vgl. Antonovsky 1997, S.23ff.). Allerdings handelt es sich bei Stressoren keinesfalls immer nur um Risikofaktoren, die immanent schädlich sind. Vielmehr können Stressoren auch positive Wirkungen auf die Gesundheit entfalten, wenn ein hohes Ausmaß an Stressoren mit einem hohen Ausmaß an sozialer Unterstützung einhergeht (vgl. Antonovsky 1997, S. 26). Positive Konsequenzen von Stressoren hängen daher von ihrem Charakter und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung ab (vgl. Antonovsky 1997, S. 30).

Die Verarbeitung von Spannung wurde für Antonovsky die Schlüsselfrage der Gesundheitswissenschaften, auf die er zunächst das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (GRR), wie kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung, Geld oder Ich-Stärke, als vorläufige Lösungsmöglichkeit formulierte. Um ein Phänomen als generalisierte

Widerstandsressource identifizieren und dessen Wirkung verstehen zu können, bedurfte es jedoch eines Auswahlkriteriums (vgl. Antonovsky 1979, S. 98ff.; Antonovsky 1997, S. 16f.). Als Antwort auf diese Frage sah er das Kohärenzgefühl (engl. „Sense of Coherence“, kurz: SOC) und das von ihm entwickelte SOC-Konzept als Hauptdeterminante einerseits dafür, welche Position ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt und andererseits dafür, dass sich dieser Mensch stärker zum gesunden Pol hin bewegt (vgl. Antonovsky 1997, S. 30ff.). Eine generalisierte Widerstandsressource (GRR) führt zu Lebenserfahrungen, welche „durch Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes und eine Balance zwischen Überlastung und Unterforderung charakterisiert sind und auf diese Weise ein starkes SOC verursacht oder verstärkt“ (Antonovsky 1997, S. 43). Ein Stressor entsteht einerseits durch das Fehlen solcher generalisierter Widerstandsressourcen (GRR), andererseits durch „eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (Antonovsky 1997, S. 44). Dabei wird zwischen alltäglichen und akuten Schwierigkeiten, kritischen Lebensereignissen und chronischen Stressoren unterschieden. Beide Sichtweisen integrierte Antonovsky in das Gesamtkonzept „übergeordneter psychosozialer generalisierter Widerstandsressourcen-Widerstandsdefiziten“ (GRR-GRD). Individuen können nun auf einem Kontinuum eingeordnet werden, auf dem eine untere Position für Lebenserfahrungen, die zu einem niedrigen SOC führen, und eine höhere Position für Lebenserfahrungen, die zu einem stärkeren SOC führen, stehen (vgl. Antonovsky 1987, S. 27ff.; Antonovsky 1997, S. 43f.).

Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC) wird dabei als eine globale Orientierung begriffen, „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 vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1997, S. 16).¹² Antonovsky entwickelte das Konzept des „Sense of Coherence“ zunächst kognitiv und unter dem Einfluss der Informationstheorie, um es sodann durch das Führen von 51 größtenteils unstrukturierten Tiefeninterviews weiterzuentwickeln. Die Interviews führte er dabei mit Personen aus verschiedensten Kontexten, denen eines gemeinsam war: Sie waren überraschend gut angepasst, obwohl sie ein sehr belastendes Trauma erlebt hatten. Anhand der Extremgruppen von interviewten Personen mit besonders starkem und mit besonders niedrigem SOC konnte Antonovsky die drei zentralen Komponenten des Konzepts „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und

¹² Antonovskys Definition des Kohärenzgefühls im englischen Original lautet: “The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.” (Antonovsky 1987, S. 19) Die ursprüngliche Definition „The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.” (Antonovsky 1979, S. 123) wurde von ihm damit weiter entwickelt.

„Bedeutsamkeit“ ausmachen. Die „Verstehbarkeit“ meint, dass Stimuli nicht als „Rauschen“, sondern als Informationen über die Welt wahrgenommen werden und so ein Erkennen einer gewissen „Gesetzmäßigkeit“, d.h. einer Vorhersehbarkeit und Verstehbarkeit der Umwelt gewährleisten. Damit verbindet sich die Wahrnehmung von internen wie externen Stimuli als kognitiv sinnvoll, d.h. auch unerwünschte Stimuli wie Tod, Krieg oder Krankheit können erklärt und eingeordnet werden. Kritische Lebensereignisse werden als Herausforderungen betrachtet, mit denen umgegangen und deren Konsequenzen ertragen werden können. Unter „Handhabbarkeit“ versteht Antonovsky das Ausmaß, in dem eine Person erkennt, dass ihr adäquate Ressourcen zur Verfügung stehen, um die durch Stimuli ausgelösten Anforderungen zu bewältigen. Diese Ressourcen können zum einen selbst und zum anderen von Personen, denen vertraut wird bzw. auf die sich verlassen werden kann, kontrolliert werden. Besitzt ein Mensch ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit, kann er mit kritischen Lebensereignissen und -widrigkeiten umgehen und Trauer und Schmerz überwinden. Er wird sich weniger als Opfer oder vom Leben unfair behandelt fühlen. Die Komponente der „Bedeutsamkeit“ repräsentiert das motivationale Element eines Menschen und ergänzt damit das kognitive Element der „Verstehbarkeit“. Die „Bedeutsamkeit“ bezieht sich auf den emotionalen Sinn, der dem eigenen Leben gegeben wird und die Frage, ob wenigstens einige Lebensbereiche als bedeutsam genug eingeschätzt werden, um hierin zu investieren ohne dies als unwillkommene Last und ermüdende Anforderung zu empfinden. Somit geht es letztendlich um die Bereitschaft, sich in Prozessen zu engagieren, die das eigene Schicksal mitbestimmen. Alle drei Komponenten hängen zusammen und sind für das SOC unabdingbar, wenn auch nicht in gleicher Weise von Belang. In der Reihenfolge der Wichtigkeit steht das Element der „Bedeutsamkeit“ an erster Stelle, da hohe Werte im Bereich der „Verstehbarkeit“ und „Handhabbarkeit“ ohne die motivationale Komponente nur von kurzer Dauer sein können. Die „Verstehbarkeit“ folgt an zweiter Stelle, da ein hohes Ausmaß an „Handhabbarkeit“ ohne die Komponente der „Verstehbarkeit“ nicht denkbar ist. Obwohl an dritter Stelle in dieser Hierarchisierung ist die „Handhabbarkeit“ ebenfalls wichtig, da ohne sie die „Bedeutsamkeit“ abnimmt. Antonovskys Fazit lautet daher, dass ein erfolgreiches Coping von dem gesamten SOC, und nicht nur von seinen einzelnen Teilaspekten, abhängt (vgl. Antonovsky 1987, S. 19ff.; Antonovsky 1997, S. 34ff.).

Insgesamt wird der Stellenwert der salutogenetischen Denkweise in den Gesundheitswissenschaften heute bezüglich ihres Bekanntheitsgrades und Potenzials als recht hoch, jedoch vor allem hinsichtlich einer fundierten Grundlagenforschung wie auch einer empirischen Überprüfung, insbesondere auch durch Längsschnittstudien, als noch sehr ausbaufähig eingestuft (vgl. Bengel et al. 2001, Duetz et al. 2010, Geyer 2010, Faltermaier 2010, Straus/Höfer 2010). Deswegen wird eine stärkere interdisziplinäre Auseinandersetzung verschiedenster Wissenschaftsdisziplinen sowie unterschiedlicher

Methodenschulen mit dem Konzept der Salutogenese gefordert (vgl. Abel et al. 2010, S. 197ff.). Die konzeptionelle Bestimmung sowie die daran anschließende Operationalisierung des SOC werden jedoch auch sehr stark kritisiert (vgl. Faltermaier 2010, S. 185ff.). Dabei kommt der Unsicherheit darüber, ob die Übersetzung des „sense of coherence“ als „Kohärenzgefühl“ den Kern der von Antonovsky damit verbundenen Bedeutung tatsächlich genau trifft, noch am wenigsten Gewicht zu. Mehr Schwierigkeiten verursacht die Unsicherheit darüber, ob der SOC als eine Ressource für Gesundheit, einen Teilbereich individueller Gesundheit oder als eine Koordinationsform zur Einschätzung und Integration verschiedener „Gesundheitssignale“ biologischer, sozialer und psychischer Natur begriffen werden sollte. Diese theoretischen Probleme wirken sich unmittelbar auf die Operationalisierung und auf die Verwendung adäquater statistischer Verfahren aus (vgl. Abel et al. 2010, S. 197ff.).

Untersuchungen zu den drei dem Konzept des Kohärenzsinns zugrundeliegenden Subskalen kamen bisher zu inkonsistenten Ergebnissen und konnten die von Antonovsky postulierte Faktorenstruktur teilweise nicht bestätigen – daher wird eher das Vorliegen eines Generalfaktors vermutet. Dies ging auch Antonovsky selbst so, weswegen er die Gesamtauswertung des SOC empfahl und einer separaten Auswertung der einzelnen Faktoren skeptischer gegenüberstand. Antonovskys Vermutung, dass das Kohärenzgefühl stärker mit der körperlichen als mit der psychischen Gesundheit zusammenhängt, muss jedoch zurückgewiesen werden – etliche Untersuchungsbefunde weisen auf das Gegenteil, d.h. auf stärkere Beziehungen zwischen dem SOC und der psychischen als mit der körperlichen Gesundheit, hin (vgl. Reimann/Hammelstein 2006, S. 17; Bengel et al. 2001, S. 40ff.). So korreliert die von Antonovsky entwickelte Lang- wie auch Kurzversion des SOC-Fragebogens stark mit Maßen für Angst, Depression und Gesundheitsbeeinträchtigung (vorwiegend seelischer Art, gemessen an Symptomlisten). Die von Geyer hierfür gemessenen standardisierten Korrelationen liegen zwischen $r = -.55$ und $r = -.88$. Er befürchtet daher, dass die SOC-Ehebungsinstrumente inverse Maße für Angst, Depression und Gesundheitsbeeinträchtigung darstellen könnten. Diese Vermutung wird auch dadurch genährt, dass zumindest zu einem der vorliegenden Depressionsinventare¹³ deutliche Überschneidungen existieren, da Übereinstimmungen in den Itemformulierungen vorliegen und damit nicht mehr vollkommen voneinander unterschiedliche Konstrukte erhoben werden (vgl. Geyer 2010, S. 72ff.). Auch andere Forscher weisen auf diese Zusammenhänge hin und bemängeln den damit einhergehenden Verlust an Konstruktvalidität des SOC (vgl. Abel et al. 2010, S. 197ff.).

Nach wie vor ungeklärt ist auch, ob es sich bei dem Kohärenzgefühl um eine, wie von Antonovsky behauptet, im Lebenslauf oder mindestens innerhalb der unterschiedlichen

¹³ An dieser Stelle spezifiziert Geyer (2010) jedoch nicht, welches Depressionsinventar genau gemeint ist.

Lebensphasen stabile oder doch eher um eine zeitlich variable Persönlichkeitseigenschaft handelt (vgl. Abel et al. 2010, S. 197ff.). Abel et al. äußern zudem die Ansicht, dass ein möglicher kultur- und geschlechtsspezifischer Einfluss auf die Entwicklung des SOC stärker in das Blickfeld von Untersuchungsfragen rücken und zum anderen eine Individualisierung des Themas Gesundheit im Rahmen des Salutogeneseansatzes vermieden werden sollte, da kollektive sowie schicht- und gruppenspezifische Lebensbedingungen die Handlungsfreiheit eines Menschen stark einschränken und so seine Handhabbarkeit (als Teil des SOC) maßgeblich mit beeinflussen können (vgl. Abel et al. 2010, S. 197ff.). Auch Geyer verweist auf die in bisher hierzu vorliegenden Studien deutlich gewordene Schichtabhängigkeit des SOC, wonach Personen einer höheren Schichtzugehörigkeit i.d.R. auch eher einen höheren SOC-Wert aufweisen. Allerdings ist die Befundlage nicht ganz eindeutig und es lassen sich hierzu auch widersprechende Ergebnisse finden. Dies liegt vor allem an der bereits als problematisch dargestellten Überschneidung zwischen Gesundheits-/Krankheitsmaßen und dem SOC, d.h. an der nach wie vor fehlenden validen Operationalisierung des Konstrukts (vgl. Geyer 2010, S. 72ff.).

3.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu weiteren Ansätzen der Gesundheitsforschung

Im Folgenden sollen vor allem die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Salutogenese mit der Stressforschung, dem Konzept der Kontrollüberzeugungen, dem Konzept der Selbstwirksamkeit und der Resilienzforschung herausgestellt und die Bedeutung des Kohärenzgefühls für das subjektive Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen diskutiert werden.

Da das theoretische Fundament der verschiedenen Ansätze in der **Stressforschung** teilweise sehr ähnlich ist, sind Abweichungen und Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Konzepten, die bspw. von Selye (1950), Lazarus (Lazarus/Folkman 1984) und eben auch Antonovsky entwickelt wurden, erst auf den zweiten Blick erfassbar. So sind starke Ähnlichkeiten zwischen der SOC-Komponente der Bedeutsamkeit und Lazarus primärer Bewertung wie auch der SOC-Komponente Handhabbarkeit und Lazarus sekundärer Bewertung zu erkennen. Differenzen liegen vor allem in der Berücksichtigung der salutogenetischen Lehrmeinung in den etablierten Theorien der Stressforschung, welche nach Antonovskys Ansicht nicht stark genug vorgenommen wurde/wird, vor. Insbesondere zeigt sich dies darin, dass Forschungshypothesen unter dem Blickwinkel der Krankheit verfasst, Stressoren ausnahmslos als gesundheitsgefährdend (und nicht auch unter bestimmten Bedingungen als gesundheitsförderlich) verstanden und positive Gesundheitsmaße bzw. direkt gesundheitsfördernde Faktoren nicht in die Untersuchung einbezogen werden. Zudem sind die empirischen Methoden der Stressforschung traditionell

auf die Erfassung bestimmter Verhaltensweisen fokussiert – der SOC erfasst hingegen eine bestimmte Lebenseinstellung und Sichtweise auf das Leben, erlaubt jedoch deswegen noch keine Verhaltensprognosen. Auch sieht Antonovsky im Kohärenzgefühl eine unabhängig von der jeweiligen Situation bestehende Persönlichkeitseigenschaft, während die traditionelle Stressforschung die Beurteilungen und Erwartungen eines Individuums als situationsabhängig begreift (vgl. Bengel et al. 2001, S. 61f.). Antonovsky kritisiert an Lazarus (Lazarus/Folkman 1984), dass er dem von ihm selbst in die Stressforschung eingeführten Konzept der täglichen Widrigkeiten gegenüber ambivalent sei, weil er sich zum einen zu stark auf Einzelereignisse konzentrierte und zum anderen chronische Stressoren durch Umweltumstände, dauerhafte Sorgen und emotionale Belastungen ausschliesse. Er sieht sein eigenes Konzept der Salutogenese jedoch auch eng mit dem Konzept von Lazarus verknüpft, da auch Lazarus feststellt, dass starke Belastungen die longitudinalen Werte und Ziele eines Individuums wie auch dessen Vulnerabilitätsmuster maßgeblich beeinflussen. Insgesamt bemängelt Antonovsky an der Stressforschung, dass sie sich nicht mit der Frage auseinandersetzt, warum Stressoren gesundheitsschädlich wirken. Hier sieht er einen entscheidenden Vorteil in dem Konzept der Salutogenese, wonach generalisierte Widerstandsressourcen zu einem starken SOC und damit zu der Fähigkeit, Anspannung abzubauen, führen (vgl. Antonovsky 1997, S. 45).

Das aus der Sozialpsychologie entstammende Konzept der *Kontrollüberzeugungen* geht auf die theoretische Arbeit von Rotter (1972,1975) zurück und sieht in der Kontrolle das Kernelement für die Erklärung menschlichen Verhaltens. Dieser Denkschule folgend versuchen Individuen immer Kontrolle über die Geschehnisse in ihrer Umwelt zu erreichen. Das Konzept des Kohärenzgefühls weist einige Gemeinsamkeiten mit dieser Forschungsrichtung auf. So nimmt Kontrolle in den beiden Komponenten der Verstehbarkeit und der Handhabbarkeit eine bedeutende Rolle ein. Denn wenn Ereignisse antizipiert und begriffen werden können, stellt dies eine Form der (kognitiven) Kontrolle über dieses Ereignis dar. Für die Handhabbarkeit einer Situation ist es zudem wichtig von seinen eigenen Handlungsmöglichkeiten überzeugt und sich seinen zur Verfügung stehenden Ressourcen (welche auch andere Individuen oder Institutionen beinhalten können) sicher zu sein. Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen beziehen sich auf die subjektive Überzeugung, dass eine Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit grundsätzlich möglich ist. Dabei wird i.d.R. zwischen internalen, externalen und fatalistischen Kontrollüberzeugungen differenziert und den internalen Kontrollüberzeugungen, verstanden als Möglichkeit durch bestimmte Handlungsweisen die individuelle Gesundheit selbst zu beeinflussen, die größte Bedeutung zugeschrieben. Dies steht jedoch konträr zu Antonovskys Sichtweise, der die unterschiedlichen Formen der Kontrollüberzeugung eher wertneutral beurteilt und internale Kontrollüberzeugungen nicht als generellen protektiven

und schützenden Faktor für die Gesundheit begriff. Vielmehr kann es (z.B. bei Betroffenen chronischer Krankheiten) auch Situationen geben, in denen die passive Annahme von Hilfsangeboten psychisch entlastet und so das subjektive Wohlbefinden stärkt (vgl. Bengel et al. 2001, S. 53f.). Zudem muss die zu Beginn euphorische Hoffnung, Gesundheit anhand des Prädiktors der gesundheitlichen Kontrollüberzeugung (*Health Locus of Control, HLOC*) vorhersagen zu können, aufgrund der bisher nach wie vor inkonsistenten Forschungsergebnisse mindestens zum Teil als unbegründet zurückgewiesen werden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 54).

Das stark handlungsorientierte Konzept der *Selbstwirksamkeitserwartung* stammt aus der Sozialpsychologie, wurde maßgeblich von Bandura (1977, 1982) entwickelt und erfreut sich in den Gesundheitswissenschaften einer immer größer werdenden Aufmerksamkeit. Nukleus des Konzepts stellt die Annahme dar, dass die Vermutung eines günstigen Resultats für sich genommen noch nicht ausreichend genug ist, um Verhaltensveränderungen herbeizuführen. Vielmehr bedarf es zusätzlich einer bestimmten Gewissheit, dass bestimmte, angestrebte Ziele, durch die vorhandenen Ressourcen und das zur Verfügung stehende Repertoire an Verhaltensweisen auch tatsächlich erreicht werden können. Die Erfahrungen eines Individuums, Herausforderungen erfolgreich meistern zu können, führen zu adäquaten Bewältigungsstrategien und damit letztendlich zu Selbstwirksamkeit. Diese Selbstwirksamkeit stellt wiederum einen entscheidenden Einflussfaktor bei der Willensbildung hin zur Durchführung tatsächlicher Verhaltensänderungen, bei der Überwindung kritischer Lebensereignisse und bei der subjektiven Beurteilung eigener Copingstrategien dar. Allgemein besteht die Prämisse, dass eine Wirkung von Selbstwirksamkeitserwartungen auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen besteht (vgl. Bengel et al. 2001, S. 54). Wird die Theorie der Selbstwirksamkeit mit der salutogenetischen Theorie verglichen, fällt auf, dass Selbstwirksamkeitserwartungen zunächst nicht als dauerhafte Persönlichkeitsmerkmale, sondern vielmehr als von der Situation abhängige Überzeugungen betrachtet wurden. Mittlerweile werden Selbstwirksamkeitserwartungen jedoch sowohl als spezifische, nur für ganz bestimmte Situationen geltende Kognitionen, wie auch als allgemein vorhandene Persönlichkeitseigenschaften begriffen. Das Kohärenzgefühl wurde von Antonovsky hingegen als global geltendes Persönlichkeitstrait, welches mindestens in den einzelnen Lebensphasen, wenn nicht gar lebenslang, stabil bleibt und daher situationsunabhängig besteht, definiert. Zudem werden starke Überschneidungen des Selbstwirksamkeitskonzepts mit der SOC-Komponente der Handhabbarkeit, auch auf der Itemebene der hierfür verwendeten Erhebungsinstrumente, deutlich. Zwar nannte Antonovsky selbst die Aspekte der Ergebnis- und Effizienzerwartungen, wie sie im Konstrukt der Selbstwirksamkeit vorkommen, nicht explizit, meinte diese jedoch wenn er die Subdimension der

Handhabbarkeit als Vertrauen, im Besitz adäquater Mittel zur Überwindung von Schwierigkeiten zu sein, beschrieb (vgl. Bengel et al. 2001, S. 55).

Nach Bengel et al. weist die Resilienzforschung Parallelen zur Forschung über Stress und Stressbewältigung auf, da sie ebenfalls nach der Identifikation gesundheitserhaltender Faktoren strebt. Sie fokussiert sich jedoch nach wie vor stark auf Studien mit Hochrisikopersonen und auf durch diese Belastungen möglicherweise entstehende Entwicklungsdefizite. Zwar bezog sich Antonovsky selbst auf die Kauai-Studie und die Anfänge der Resilienzforschung, tat dies jedoch nur relativ am Rande und kannte das in einem anderen Wissenschaftszweig zeitgleich entstehende Konzept vermutlich auch nicht umfassend (vgl. Bengel et al. 2001, S. 63f.). Immerhin stellte er jedoch fest, dass Werner die gleichen Fragen wie er selbst aufwarf und dass sie sich mit ihrem Forschungsinteresse und ihren Ergebnissen in die gleiche Richtung bewegte. Bereits im Vorwort zu der Kauai-Studie (Werner/ Smith 1982) weist Garmezy auf die pathologische Sichtweise von Forschern und Praktikern im Bereich der psychischen Gesundheit hin wie sie auch Antonovsky selbst kritisierte. Er teilte jedoch nicht Garmezy, wie er es nannte, „optimistische Einschätzung“, dass ein grundlegender Paradigmenwechsel bei der Untersuchung psychischer oder gar physischer Krankheiten anstünde. Besondere Parallelen sah er jedoch bei dem Fokus der Studie auf den „Wurzeln der Unverwüstlichkeit“ einer Subgruppe der untersuchten risikobelasteten Kinder und der damit einhergehenden protektiven Wirkung bestimmter Fähigkeiten und Einstellungen, wie einer stärkeren internalen Kontrollüberzeugung, einem positiveren Selbstkonzept und einem ausgeprägten Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997, S. 55f.). Hingegen wurde das Kohärenzgefühl als eine mögliche Ressource zur Gesundheitserhaltung in das Modell der Resilienzforschung integriert. Bengel et al. begrüßen dies und weisen auf die Möglichkeit der gegenseitigen Befruchtung beider Konzepte und der Integration in ein Gesamtmodell hin. Sie sehen hierbei das größere Potenzial in der Resilienzforschung, da im Rahmen dessen bisher stärker methodenbasiert gearbeitet und, im Gegensatz zu den bisher eher korrelativ durchgeführten Querschnittstudien des SOC, Längsschnittstudien durchgeführt wurden bzw. angestrebt werden. Hierbei wird die Frage aufgeworfen, ob und wenn ja mit welcher Wirkung ein hohes Kohärenzgefühl Risikofaktoren protektiv abpuffern kann. Theoretisch gehen Bengel et al. von einer Interdependenz aus, d.h. dass die in der Resilienzforschung als zentral identifizierten personalen und sozialen Ressourcen die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls erst ermöglichen, diese Ressourcen gleichzeitig jedoch zu einem späteren Zeitpunkt im Lebenslauf bei einem schwachen Kohärenzgefühl nicht mehr aktiviert werden können. Ein empirischer Nachweis dieser Hypothese steht jedoch noch aus und würde sich wohl auch als in seiner Operationalisierung sehr komplex und damit forschungsmethodisch schwierig herausstellen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 63f.).

Antonovskys Interesse galt vornehmlich der Beziehung zwischen dem SOC und der (objektiven) Gesundheit. Dennoch sah er mögliche Verknüpfungen zwischen dem Kohärenzgefühl und dem subjektiven *Wohlbefinden* (als Indikator von Gesundheit). So ging er von einem positiven, jedoch nicht von einem unmittelbar kausalen Zusammenhang zwischen dem SOC und dem Wohlbefinden, welches er als „Lebenszufriedenheit, Moral und Glücklichein“ (Antonovsky 1997, S. 161) definierte, aus. Da ein hoher Wert des SOC zu Gesundheit führt und eine positive Einschätzung des Wohlbefindens wiederum von der Gesundheit abhängt, existiert ein zumindest indirekter Zusammenhang. Zudem führen viele der generalisierten Widerstandsressourcen, die für ein starkes SOC verantwortlich sind, auch zu einem erhöhten Wohlbefinden. Für das spezifische Gefühl mit einer gegebenen Situation (wie z.B. dem Tod eines geliebten Menschen) so gut wie möglich umgehen zu können ist das SOC somit unmittelbar ausschlaggebend. Daher befand auch Antonovsky schlussendlich, dass für diese Komponente des Wohlbefindens ein hohes SOC tatsächlich unmittelbar relevant sei (vgl. Antonovsky 1997, S. 159ff.). Die Fragestellung, inwieweit der SOC gesundheitsbezogene Verhaltensweisen beeinflusst, war für Antonovsky jedoch ebenfalls nicht von zentraler Bedeutung. Er räumte jedoch ein, dass Individuen mit einem niedrigen SOC-Niveau in Stresssituationen eher auf unangemessene Bewältigungsstrategien (z.B. Suchtmittelkonsum) und Individuen mit einem stark ausgeprägten SOC-Niveau eher auf gesundheitlich günstige Copingstrategien (wie z.B. regelmäßige körperliche Bewegung) rekurrieren würden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 49).

Nach diesen Ausführungen zur Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität wie auch zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der salutogenetischen Sichtweise zu weiteren Ansätzen der Gesundheitsforschung werden im nun anschließenden Kapitel 3.2. Einflüsse durch soziale Benachteiligung bzw. Faktoren der sozialen Ungleichheit, insbesondere auch für das Kindesalter, diskutiert.

3.2 Soziale Benachteiligung als Determinante für Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

In Anlehnung an Schlack soll ein Kind dann als sozial benachteiligt gelten, „wenn seine seelischen und körperlichen Grundbedürfnisse wegen ungünstiger äußerer Lebensbedingungen nicht oder nur unzureichend befriedigt und dadurch seine Gesundheit und Entwicklung beeinträchtigt werden“ (Schlack 2003, S. 671). Soziale Benachteiligungen entstehen somit nicht nur durch eine niedrige Bildung und Armut, sondern vor allem als „Folge von Mängeln der primären Sozialisation und der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen“ (Schlack 2003, S. 671). Im Folgenden sollen daher eine Reihe von kind- und umweltbezogenen Risikofaktoren diskutiert werden, welche die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern im Grundschulalter beeinträchtigen und so zu einer sozialen Benachteiligung führen. Diese

Belastungsfaktoren können zum einen in der Familie der Kinder, als ihrer primären Fürsorge-, Erziehungs- und Sozialisationsinstanz, und zum anderen in ihrer weiteren Umgebung, z.B. der Wohngegend, verankert sein. Dabei sind nicht nur Anzahl bzw. Kombination an sozial benachteiligenden Risikofaktoren für eine erhöhte gesundheitliche Belastung maßgeblich, sondern auch der Schweregrad, mit dem die einzelnen Faktoren vorliegen. Die soziale Benachteiligung der Kinder soll dabei vor allem im Rahmen der sozialen Ungleichheitsforschung, als dem klassischen Ansatz zur Erfassung gesundheitlicher Benachteiligungen, beleuchtet werden. Dabei wird *soziale Ungleichheit* Hradil folgend als „gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlichen [sic] bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns, wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z.B. auf belastende Arbeitsbedingungen, gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen“ (Hradil 2009, S. 36). Mit der Spezifizierung der „*gesundheitlichen Ungleichheit*“ soll nach Mielck zudem „ausgedrückt werden, dass sich die soziale Ungleichheit häufig im Gesundheitszustand widerspiegelt“ (Mielck 2011, S.510).

3.2.1 Soziökonomische Schicht und relative Armut

Als ein klassisches Messinstrument für eine familiäre soziale Benachteiligung ist die im Rahmen der sozialen Ungleichheitsforschung immer wieder verwendete Einteilung in verschiedene *sozioökonomische Schichten* nach Bildungsabschluss, beruflicher Stellung und Haushaltseinkommen zu nennen (vgl. Hradil 2009, S. 36; Richter/ Hurrelmann 2009, S. 13; Burzan 2011, S.65). Hohe Zusammenhänge zwischen einer erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate über den gesamten Lebenslauf hinweg mit einer niedrigeren Bildung, Arbeitslosigkeit und Armut sowie die kontinuierliche Wirkung diese sozialen Gradienten sind seit langem bekannt und gelten nicht nur für Deutschland, sondern auch international (vgl. Richter/ Hurrelmann 2009, S. 16f.; Mielck 2000, S. 69ff.; Mielck 2008, S. 345ff.; Mielck 2011, S. 510ff.). Kinder sind hinsichtlich ihrer weiteren Lebenschancen und gesundheitlichen Entwicklung von diesen *prekären Lebenslagen* besonders betroffen, wie zahlreiche Veröffentlichungen zu diesem Thema verdeutlichen. Zwar ist die theoretische Chance der heutigen Generation aufwachsender Kinder in Deutschland auf ein gesundes und langes Leben im Vergleich zu allen vorherigen Generationen noch nie so groß gewesen wie heute – paradoxerweise ist jedoch gleichzeitig der Anteil an Kindern im Vor- und Grundschulalter, die in relativer Armut leben und somit nicht in gleicher Weise an diesen Chancen partizipierten können, seit den 1990er Jahren stark angestiegen (vgl. Geene 2009, S.13).

Die genauen Zahlen hinsichtlich der tatsächlich vorliegenden relativen Armut und der Armutsrisikoquote betroffener Kinder in Deutschland schwanken allerdings, je nach

Armutsdefinition mit daran anschließender Auswertungsmethode, Spanne der untersuchten Alterskohorten und Betrachtungszeiträumen, erheblich zwischen 8 bis 25%.¹⁴ Hinsichtlich der Entwicklung von Armutsbelastungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen, wie z.B. in Migrantenfamilien, liegen teilweise sogar leicht widersprüchliche Ergebnisse vor. Dies wird durch Vergleiche verschiedener Studien zur Armutsbetroffenheit von Kindern deutlich, wie sie u.a. auch im Rahmen einer im Jahr 2009 für das DJI erstellten Expertise durchgeführt wurde (vgl. Hübenthal 2009, S. 8ff.)

Im Folgenden werden etliche, teils sehr unterschiedliche, Untersuchungsergebnisse zur relativen Armut von Kindern vorgestellt. Nach den Berechnungen des „United Nations Children’s Fund“ (UNICEF) lebten im Jahr 2007 13% (nach dem 50 Prozent-Kriterium) und im Jahr 2008 nach dem Mikrozensus 8% (nach dem 50 Prozent-Kriterium) bzw. 14% (nach dem 60 Prozent-Kriterium) der Kinder in Deutschland in relativ armen Haushalten, d.h. das Einkommen in ihren Familien lag unterhalb des nationalen Einkommensmedian bzw. der 60 Prozent-Grenze. Insgesamt nahm Deutschland 2007 hinsichtlich des materiellen Wohlstandes seiner Kinder eine Position leicht unterhalb des OECD-Durchschnitts deutlich hinter den nordeuropäischen Spitzenreitern Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark, aber noch knapp vor Italien und Neuseeland ein (vgl. UNICEF 2007, S. 2f.; Bertram 2011 et al., S.24). Fertig und Tamm kamen nach ihren auf den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) beruhenden Berechnungen zu ähnlichen Zahlen. Danach lebten im Jahr 2004 1,7 Millionen und damit 13,3% aller Kinder in relativer Einkommensarmut (vgl. Fertig/Tamm 2008, S. 155). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ermittelte für das Jahr 2007 jedoch eine höhere Kinderarmutsquote von 16%. Demnach wurde ein Anstieg von vier Prozentpunkten seit Ende der 1990er Jahre verzeichnet – ähnlich wie in anderen OECD-Ländern stieg der Anteil der Kinderarmut in Deutschland bis 2007 damit deutlich an und lag anschließend über dem Anteil der Armutsquote für die Gesamtbevölkerung (vgl. OECD 2008, S. 139ff.). Den Auswertungen der Eurostat-Daten für den *dritten Armuts- und Reichtumsbericht* der Bundesregierung zufolge waren im Jahr 2008 jedoch mit 12% wieder deutlich weniger Kinder von relativer

¹⁴ Kinderarmut wird als relative Einkommensarmut und damit als Abweichung vom gesamtgesellschaftlichen Durchschnittseinkommen berechnet. Hierfür wird zunächst das äquivalenzgewichtete Haushaltsnettoeinkommen ermittelt, in dem allen in einem Haushalt lebenden Personen bestimmte Äquivalenzgewichte zugeordnet werden. Dabei kann sowohl die „alte“ wie auch die „neue“ OECD-Skala verwendet werden. Beruhend auf der Prämisse, dass in Mehrpersonenhaushalte bestimmte Ausgaben eingespart werden, und Kinder weniger finanzielle Mittel brauchen als Erwachsene, gehen erwachsene Fürsorgepersonen in Familienhaushalten mit dem Faktor 1 ein, weitere Personen über 14 Jahre mit dem Faktor 0,7 und Kinder bis 14 Jahren mit dem Faktor 0,5. Bei der „neuen“ OECD-Skala werden geringere Gewichtungen herangezogen, so dass weitere Personen über 14 Jahren jeweils mit dem Faktor 0,5 und Kinder bis 14 Jahren mit dem Faktor 0,3 in die Berechnungen eingehen. Zudem wurden und werden unterschiedliche Armutsgrenzen gezogen – während es bis zum Jahr 2001 üblich war, eine auf dem Median beruhende 50% Grenze im Zusammenhang mit der „alten“ OECD-Skala zu verwenden, sieht ein EU-Beschluss seit dem Jahr 2001 eine Verwendung der „neuen“ OECD-Skala und 60% des Medianäquivalenzeinkommens als Grenze an. Dennoch wird teilweise noch die 50%-Mediangrenze verwendet (vgl. Hübenthal 2009, S. 8f.) Zudem werden in den einzelnen Untersuchungen zum Teil auf unterschiedliche Stichprobengruppen (Alterskohorten bis 15 oder 18 Jahren) zurückgegriffen.

Armut bedroht. Dabei machte es einen großen Unterschied, ob die Eltern erwerbstätig waren – so waren knapp die Hälfte der Kinder arbeitsloser Eltern (49,8%) von einem Armutsrisiko betroffen (vgl. Deutscher Bundestag 2008, S. 95). Auch der *vierte Armuts- und Reichtumsbericht* der Bundesregierung kommt zu dem Schluss, dass das Risiko für ein relativ geringes Haushaltseinkommen für Kinder unter 15 Jahren insbesondere dann stark anwächst, wenn der Haushaltsvorstand arbeitslos oder partnerlos ist. Dies gilt auch für Familien mit Migrationshintergrund, drei oder mehr Kindern sowie Kindern unter vier Jahren (vgl. BMAS 2013, S. 29).

In einer *Längsschnittstudie über einen Zeitraum von zwölf Jahren* (N= 2.369 Kinder) in Ost- und Westdeutschland wurde zudem deutlich, dass Kinder alleinerziehender Eltern zu einem größeren Anteil häufiger dauerhaft arm sind - d.h. sie werden nicht nur öfter in Armut hineingeboren, sondern verbleiben, wenn überhaupt nur mit kurzen Unterbrechungsphasen, für längere Zeit in diesen prekären Lebensverhältnissen. Kinder aus Ost- und Westdeutschland unterscheiden sich nur dahingehend, dass ostdeutsche Kinder häufiger bereits in Armut hineingeboren werden. Interessanterweise hat die Nationalität des Elternhauses in dieser Untersuchung, scheinbar im Widerspruch zu anderen Studien wie z.B. dem vierten Armuts- und Reichtumsbericht, keinen signifikanten Einfluss auf die Armutsgefährdung der Kinder. Dies liegt daran, dass weitere, häufig mit der Nationalität in Verbindung stehende Drittvariablen wie die Arbeitslosigkeit der Eltern durch multivariate Analysen aus den Ergebnissen herauspartialisiert wurden. Das geringste Risiko einer dauerhaften Armut haben demnach Kinder in Familien mit zwei Erwachsenen und mindestens einem vollzeitbeschäftigten Haushaltsvorstand mit hoch qualifizierter Schul- und Berufsausbildung (vgl. Fertig/ Tamm 2008, S. 159ff.).

Den mit Abstand höchsten Anteil an armutsbetroffenen Kindern ermittelte der 2007 erschienene Bericht zur „Integrierten Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Demnach waren im Jahr 2006 sogar mehr als ein Viertel aller in Deutschland lebenden Kinder bis 16 Jahren einem möglichen Armutsrisiko ausgesetzt (60%-Median-Grenze). Damit stieg die Armutsrisikoquote von Kindern innerhalb von nur sechs Jahren nicht nur um zehn Prozentpunkte gegenüber vormals 15,7% im Jahr 2000 an, sondern nahm überproportional stark im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung zu. Zwei von drei dieser Kinder mussten sogar als dauerhaft arm bezeichnet werden.¹⁵ Besonders hart traf es die in Arbeitslosenhaushalten aufwachsenden Kinder – sie waren zur Hälfte von Armut betroffen. Ebenfalls eine hohe Armutsrisikoquote wurde mit knapp 36% für Kinder in Alleinerziehendenhaushalten festgestellt. Auffällig ist, dass das Armutsrisiko auch in Zwei-Eltern-Familien ab dem dritten Kind von 19,7%

¹⁵ Als „dauerhaft arm“ werden diejenigen bezeichnet, „die im aktuellen Jahr und in mindestens zwei von drei Vorjahren mit einem Haushalts-Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 60% des Median auskommen mussten.“ (Hauser et al. 2007, S. 104).

(Ein-Kind-Familien) auf 32,0% anwuchs. Zudem waren Migrantenhaushalte im Jahr 2006 mit 33,7% gegenüber der Gesamtbevölkerung doppelt so häufig armutsgefährdet – dieser mit einem besonders stark ausgeprägten Armutskreislauf einhergehende Trend ist insbesondere seit dem Jahr 2000 zu bemerken (vgl. Hauser et al. 2007, S 104ff.).

Eine etwas andere Zugangsweise wählte die 2. *World Vision Kinderstudie*, bei der die Eltern gefragt wurden, wie sie selbst die Höhe ihres verfügbaren Einkommens einschätzen würden. Werden die Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“ zusammengefasst, ergibt sich, dass ca. 11% der Kinder als arm gelten müssen. Auch wurde die Sicht der Kinder mit in die Untersuchung einbezogen – demnach waren 70% der Meinung, dass ihre Familie genügend Geld für alles hätte, was sie bräuchte, während 21% der Sechs- bis Elfjährigen die Ansicht vertrat, dass das Geld in ihrer Familie eher knapp sei.¹⁶ Die letztgenannte Gruppe wurde nach konkreten Entbehungen und damit verknüpften Armutserfahrungen gefragt – mindestens eines der diesbezüglich eingesetzten Indikatoren wie beispielsweise „weil in der Familie das Geld nicht reicht, können wir nicht in den Urlaub fahren“ oder „weil das Geld nicht reicht, kann ich nicht ins Kino oder Freibad gehen“ wurde hierbei von insgesamt 9% aller Kinder bejaht. Besonders häufig waren hiervon Kinder erwerbsloser Eltern betroffen (vgl. Schneekloth/ Pupeter 2010, S. 79ff.).

Werden die *aktuellsten Daten und Entwicklungstrends* betrachtet, stieg die relative Einkommensarmut in den Jahren von 1993 bis 2008, gemessen am Gini-Koeffizienten¹⁷, in der Gesamtbevölkerung deutlich und insbesondere für kinderreiche Haushalte überdurchschnittlich stark an. Zwar hat sich die Armutsquote in der jüngsten Altersgruppe der Kinder bis zehn Jahren relativ betrachtet wieder an die der Gesamtbevölkerung angeglichen, sich jedoch absolut, gemessen am Bevölkerungsanteil, kaum verändert. Vielmehr ist das Armutsrisiko von Jugendlichen (11 bis 20 Jahre alt) und jungen Erwachsenen (21 bis 30 Jahre alt) im gleichen Zeitraum überproportional stark angewachsen. Nach EU-Angaben waren 2011 in Deutschland 19,9% der Kinder unter 18 Jahren von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen (nach der „neuen“ OECD-Skala und 60%-Mediangrenze). Zuletzt ergaben sich leichte Verbesserungen bei der Armutsbetroffenheit von Kindern mit Migrationshintergrund, trotz hohem Bevölkerungsanteil in der jüngsten Altersgruppe der 0 bis 10-Jährigen. Nach wie vor sind Ein-Elternhaushalte einem besonders hohen Armutsrisiko ausgesetzt. Insgesamt bleibt die für Deutschland attestierte und in den letzten vier Jahren relativ konstant gebliebene Einkommens- und

¹⁶ *Anmerkung.* Die restlichen 9% machten bei dieser Frage keine eindeutigen Angaben (vgl. Schneekloth/Pupeter 2010, S. 80).

¹⁷ „Der Gini-Koeffizient ist ein Maß der relativen Konzentration bzw. Ungleichheit und kann einen Wert zwischen Null und Eins annehmen. Ein Wert nahe Null zeigt eine homogene Einkommensverteilung an, ein Gini-Werte nahe Eins eine sehr ungleiche Verteilung. Eine Zunahme des Gini-Koeffizienten bedeutet eine Zunahme der Ungleichverteilung“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2004, S.48).

Vermögensungleichheit bestehen und stellt somit auf der Makroebene, vor allem auch für die Jüngsten in unserer Gesellschaft, eine gesundheitspolitisch bedenkliche Entwicklung dar (vgl. Grabka/ Frick 2010, S. 2ff.; BMAS 2013, S. 4ff.; Sachverständigenkommission 14. Kinder- und Jugendbericht 2013, S. 26f., Eurostat Pressestelle 2013).

Des Weiteren können sich, mit der vertikalen Schichtzugehörigkeit zum Teil eng in Verbindung stehende Einflüsse, wie Umweltbelastungen aufgrund eines beengten Wohnraums, Schimmelbefall, Rauchen in der Wohnung, wenig Grünflächen zum Spielen in der Nachbarschaft oder eine erhöhte Kriminalität im Wohnbezirk negativ auf die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern auswirken. Um hierdurch im Zusammenhang mit dem Sozialstatus bestehende gesundheitliche Ungleichheiten noch präziser erfassen zu können, entwickelten Helm und Laußmann (2011) einen entsprechenden neuen Index, den sie *ESES-Index* taufte (ESES= engl. „economic, social and environmental stressors“) und verglichen seine Vorhersagekraft für kindliche Verhaltensauffälligkeiten mit dem bekannten Sozial-Schicht-Index von Winkler. In den ESES-Index gingen neben klassischen sozio-ökonomischen Stressoren (geringe Schulbildung der Eltern, geringes Haushaltseinkommen und geringer Berufsstatus des Haushaltsvorstandes) auch mögliche Umweltstressoren im Wohnumfeld (Leben in der Großstadt, beengte Wohnverhältnisse, schimmelige Wände oder Decken sowie Rauchen in der Wohnung) und eine „intrauterine Umwelt“ (mindestens gelegentlicher Alkohol- und Tabakkonsum der Mutter während der Schwangerschaft) ein. Ein anschließender Vergleich beider Indexe anhand der KiGGS-Daten¹⁸, brachte Helm und Kollegen zu der Schlussfolgerung, dass der ESES-Index gegenüber dem Winkler Index deutlich geeigneter sei, um eine Reihe von Verhaltensauffälligkeiten wie emotionale Probleme, Verhaltensprobleme (auch mit Gleichaltrigen), Hyperaktivität und prosoziale Schwierigkeiten zu erklären (vgl. Helm et al. 2010 S. 3ff.; Helm/ Laußmann 2011, S. 53ff.).

3.2.2 Geschlecht, Alter und Familie

Neben dem Einfluss der vertikalen sozialen Ungleichheit wirken sich jedoch auch eine Reihe weiterer Merkmale, wie z.B. das Geschlecht, das Alter und einer hiermit zusammenhängende Lebenslaufperspektive wie auch familiäre Strukturen und das Familienklima als sogenannte horizontale Ungleichheiten auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Gesamtbevölkerung sowie im speziellen der heranwachsenden Kinder aus. Dabei werden „als ‚horizontale‘ Ungleichheiten [...] die sozialen

¹⁸ Die KiGGS-Studie stellt die erste bundesweit repräsentative Untersuchung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dar. Für die vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte Untersuchung wurden Daten von 17.641 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu verschiedenen Bereichen wie der Ernährungssituation, Allergien, Verletzungen durch Unfälle, dem Bewegungsverhalten oder der subjektiven psychischen Gesundheit gesammelt. Dabei wurden insbesondere auch Hintergrundvariablen wie die soziale Lage der Kinder oder ihr Migrationshintergrund berücksichtigt (vgl. RKI/ BZgA 2008, S. 9f.).

Vor- und Nachteile bezeichnet, die auch unabhängig von der ‚vertikalen‘ beruflichen Schichtungshierarchie bestehen“ (Hradil 2009, S. 45). Somit kann neben einer *vertikalen gesundheitlichen Ungleichheit*, die sich z.B. durch höhere Morbiditätsraten ärmerer gegenüber wohlhabenderer Kinder äußert, auch von einer *horizontalen gesundheitlichen Ungleichheit* gesprochen werden, wenn z.B. Mädchen seltener psychosoziale Verhaltensprobleme aufweisen als Jungen (vgl. Hradil 2009, S. 45f.; Mielck 2011, S. 510).

Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich, in Abhängigkeit weiterer Faktoren wie dem Alter und dem Sozialstatus, sowohl hinsichtlich der körperlichen und psychischen Gesundheit wie auch in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Das *Geschlecht* der Kinder sollte hierbei, dem sozialkonstruktivistischen wie auch dem sozialisationstheoretischen Ansatz folgend, idealerweise sowohl in seiner biologischen (*sex*) wie auch in seiner sozialen Form (*gender*) berücksichtigt werden.¹⁹ Während also zum einen biologisch bzw. genetisch festgeschriebene Eigenschaften (*sex*) für die Ausbildung gesundheitlicher Unterschiede verantwortlich sein können, handelt es sich zum anderen um eine sozial konstruierte Kategorie, welche jenseits des individuellen Erlebens als soziale Institution mit hieran anknüpfenden geschlechtsspezifischen Erwartungen, unterschiedlichen Lebensbedingungen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen begriffen werden muss. So lernen Kinder von klein auf im Rahmen ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation als Mädchen bzw. Jungen betrachtet zu werden, welchen dementsprechend bestimmte weibliche bzw. männliche Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeschrieben werden. Geschlechtsuntypische Eigenschaften und Verhaltensweisen werden hingegen eher als irritierend, weil dem gängigen Geschlechtsverständnis zuwiderlaufend, wahrgenommen und bewertet. Damit werden bestimmte für das Gesundheitsverhalten bedeutsame Verhaltensweisen, welche eine soziale Ungleichheit generieren können, verstärkt oder als „Fehler“ korrigiert. Es gilt daher als wahrscheinlich, dass etliche gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie ein erhöhtes Risikoverhalten bei den Jungen oder eine stärkere Unterdrückung von Aggressionen und eine erhöhte Prävalenz internalisierter Störungen bei den Mädchen, auf als geschlechtstypisch gelernte Rollenerwartungen zurückzuführen sind. Geschlecht wird aus dieser Perspektive zu einer „omnirelevanten strukturgebenden Kategorie“, welche bei der Erforschung sozialer Benachteiligungen bereits im Kindesalter immer mit bedacht werden sollte. Ein in diesem Zusammenhang in der Präventionsforschung mittlerweile weitgehend etablierter, aber noch im Ausbau begriffener Bereich, stellt die geschlechtergerechte Gesundheitsförderung bzw.

¹⁹ Der sozialkonstruktivistische Ansatz geht von einer permanenten aktiven Zuweisung von Geschlecht im Alltag aus. Diese wird über das alltägliche Tun transportiert, so dass die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht letztendlich zu einer sozialen Kategorie wird („doing gender“). Der sozialisationstheoretische Ansatz beschäftigt sich insbesondere mit den gesellschaftlichen Prozessen, mit denen sich Mädchen und Jungen als Subjekte im Sozialisationsprozess ihr Geschlecht selbst aneignen, d.h. die ihnen zugeschriebenen Geschlechtsstereotype erwerben (vgl. Glücks/ Kolip 2013, S.12ff.).

das Gender Mainstreaming dar (vgl. Babitsch 2009, S. 284f.; Altgeld et al. 2011, S. 96ff.; Glücks/ Kolip 2013, S. 9ff.; Moor/ Richter 2013, S. 209ff.).

Die *Lebenslaufperspektive* ergänzt die gesundheitliche Ungleichheitsforschung um die Prämisse, dass der Gesundheitszustand im Erwachsenenalter zum Teil auch auf Einflüsse aus den ersten Lebensjahren zurückgeht und als Folge einer komplexen Interaktion von biologischen und sozialen Faktoren in unterschiedlichen Lebensphasen betrachtet werden sollte. So sind manifeste Erkrankungen im Erwachsenenstadium häufig mit bereits in der frühen Kindheit vorhandenen Risiko- und Belastungsfaktoren wie dem Fehlen von für die weitere Entwicklung bedeutsamen personalen, sozialen und familiären Ressourcen verknüpft. Zudem sind Morbidität und Mortalität auch schon in der frühen Kindheit in den verschiedenen sozioökonomischen Schichten ungleich verteilt, so dass sich soziale Benachteiligungen in der Phase der Kindheit und Jugend ein Leben lang negativ auf die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Wohlbefinden auswirken und weiterbestehen können. Die Lebenslaufperspektive umfasst somit eine Sichtweise der Risikoakkumulation und der Pfadabhängigkeit: Eine gute Gesundheit in der Kindheit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer guten Gesundheit in der Jugend und im Erwachsenenalter, während ein schlechter kindlicher Gesundheitszustand das Risiko weiterer Gesundheitsbeeinträchtigungen in der Jugend und im Erwachsenenalter verschärft. Sowohl günstig wie auch ungünstig wirkende Pfadabhängigkeiten können jedoch auch, im Falle der negativen Einflüsse allerdings nur mit zunehmend erhöhten Anstrengungen und Opportunitätskosten, unterbrochen werden. Negative gesundheitliche Spiralwirkungen anzuhalten und nach Möglichkeit bereits in einer frühen Lebensphase umzukehren ist eines der vorrangigen Ziele von Präventions- und Gesundheitsförderung. Im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sind insbesondere diejenigen Zeitfenster von Bedeutung, in denen gesundheitliche Belastungen manifeste Beeinträchtigungen des Aufbaus und der Funktionen verschiedener Organen bewirken können. In diesen auch als „kritische Perioden“ bezeichneten Zeitfenstern können einmal aufgetretene körperliche oder psychische, Störungen nicht oder nur noch teilweise in späteren Lebensjahren reversiert werden (vgl. Dragano/ Siegrist 2009, S. 181ff.; Erhart et al. 2010, S. 59f.).

Innerhalb der Lebensphase Kindheit wird, trotz der bekannten großen Entwicklungssprünge insbesondere in den ersten zehn Lebensjahren, in vielen Untersuchungen jedoch nur recht grob zwischen einzelnen Altersgruppen unterschieden. Damit stellt das *Alter der Kinder* eine, auch im Zusammenspiel mit anderen Ungleichheitsfaktoren, nicht unwesentliche, bisher jedoch in der Forschung oft vernachlässigte, weil nicht sonderlich differenziert betrachtete, Einflussgröße dar. Häufig wird wenn, dann vor allem die unterschiedliche Wirkung sozioökonomischer Mängel, auf die verschiedenen kindlichen Altersstufen untersucht, nicht jedoch der Einfluss weiterer familiärer Einflüsse wie das Familienklima oder die Anzahl der

Geschwister (als ein Merkmal der Familienstruktur). Anzunehmen ist jedoch, dass der Einfluss unterschiedlicher familiärer Faktoren einem dynamischen Prozess unterliegt und somit während der gesamten Kindheit und Jugend variieren kann und durch die Anforderungen altersspezifischer Entwicklungsaufgaben moderiert wird (vgl. Rattay et al. 2012, S. 147ff.). Bei der elterlichen Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ihrer Kinder zeigte sich in der *KiGGS-Studie* tatsächlich auch ein signifikanter Alterseffekt: Während die Eltern die Gesundheit ihrer Kinder im Alter von 0 bis zwei Jahren nur bei 3,6% (Jungen) und 2,1% (Mädchen) als nicht gut einschätzten, lag dieser Anteil in der Altersgruppe der 14 bis 17-Jährigen bereits bei 8,7% (Jungen) und 9,8% (Mädchen). Bei den Mädchen verlief dieser Trend über die verschiedenen Altersgruppen recht linear, während die Gesundheit der sieben- bis zehnjährigen Jungen von ihren Eltern (nur 5,6% nicht gut) gegenüber den Drei- bis Sechsjährigen (7,7% nicht gut) und den Elf- bis 13-Jährigen (9,0%) zu einem höheren Anteil als gut eingeschätzt wurde. Ein weitere wichtige Erkenntnis der KiGGS-Studie ist, dass familialen Faktoren wie dem Familienklima für die Kinder und Jugendliche nicht – wie ursprünglich vermutet- mit steigendem Alter eine abnehmende Bedeutung für ihren Gesundheitszustand attestiert werden sollte; vielmehr kommt dem Familienklima ein über die kindliche und jugendliche Lebensphase gleichbleibend hoher Stellenwert zu (vgl. Rattay et al. 2012, S. 154ff.).

Der enorme Einfluss der Familie als primärer Sozialisationsinstanz auf die kindliche Lebenswelt und das kindliche Wohlergehen ist unstrittig (vgl. z.B. Klocke/ Becker 2003, S. 183). Daher können sich *familiäre Strukturen* und das *Familienklima*, teilweise im Zusammenwirken mit anderen, vertikalen Ungleichheiten, sozial begünstigend oder sozial nachteilig auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern auswirken. Als besonders vorteilhaft gelten stabile und gute Beziehungen zu den primären Fürsorgepersonen sowie ein sicheres Bindungsverhalten. Familie hat heute viele Gesichter, wie Schneekloth und Pupeter (2010) in ihrem gleichnamigen Unterkapitel für die 2. World Vision Kinderstudie ausführen. Die „klassische Kleinfamilie“ der 1950er-Jahre mit zwei verheirateten, heterosexuellen und leiblichen Elternteilen stellt für die meisten Kinder immer noch den Normalfall dar, wird jedoch in einer sich mittlerweile pluralisierten und stark individualisierten Gesellschaft durch etliche weitere Familienformen ergänzt. Daher wächst nach den Untersuchungsergebnissen der 2. World Vision Kinderstudie mehr als ein Fünftel der sechs- bis elfjährigen Kinder nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammen auf. Diese sog. „rekombinierten Familien“ setzen sich zu 16% aus Familien mit einem Elternteil und zu 5% aus Familien mit einem Stiefelternteil zusammen. Ein Viertel der Kinder sind zudem Einzelkinder und machen somit keine Erfahrungen mit älteren oder jüngeren Geschwisterkindern in ihren Familien. Gefragt nach ihrer Zufriedenheit mit der elterlichen Zuwendung waren Kinder alleinerziehender Eltern am wenigsten zufrieden. Etwas besser schnitten die Stieffamilien ab, die jedoch nicht an die

Zufriedenheit der Kinder aus Ein- sowie Zwei-Kind-Familien mit zwei Elternteilen heranreichen konnten. Erwartungskonform zeigten sich Kinder aus Zwei-Eltern-Familien mit drei und mehr Geschwistern jedoch wieder etwas unzufriedener mit der elterlichen Zuwendung (vgl. Schneekloth/ Pupeter 2010, S. 62ff.). Mögliche über das Wohlbefinden hinausgehende Zusammenhänge zwischen dem Familienklima und der Eltern-Kind-Beziehung mit der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter wurden in der 2. World Vision Kinderstudie jedoch nicht vorgenommen und wurden auch sonst bisher eher nur rudimentär beleuchtet.

Eine Ausnahme stellt jedoch die diesbezüglich durchgeführte Untersuchung der *KiGGS-Studie* dar, welche den von den Eltern eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Zusammenhang mit bestimmten Familienstrukturen und dem Familienklima mittels multivariater Analysen diskutierte (vgl. Rattay et al. 2012, S. 146ff.). Eines der interessantesten Ergebnisse ist, dass die Familienform (Zusammenwohnen mit beiden leiblichen Eltern ja/nein) wie auch die Anzahl der Geschwister (Einzelkind, ein Geschwisterkind, zwei oder mehr Geschwister) für die elterliche Gesundheitseinschätzung der Kinder auf den ersten Blick nur eine geringe Relevanz zukam. Als wahrscheinlich wird allerdings angenommen, dass sich mögliche ungünstige Folgen von Alleinerziehung weniger direkt als vielmehr indirekt durch geringere finanzielle und zeitliche Ressourcen auf die Gesundheit von Kindern auswirken könnten. Gestützt wird diese Annahme durch eine im Rahmen der KiGGS-Studie zusätzlich durchgeführte, differenzierte Befragung der Eltern zu dem Vorliegen möglicher psychischer Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder durch das Instrument des „Strength and Difficulties Questionnaire“ (SDQ). Hierbei offenbarte sich, dass alleinerziehende Elternteile ihre Kinder in allen vier befragten Problembereichen (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Peerprobleme) als deutlich schwieriger klassifizierten als Zweielternfamilien. Jungen wurden sowohl in den Ein- wie auch Zweielternfamilien in allen vier Bereichen zwar gegenüber den Mädchen als problematischer eingeschätzt, jedoch fielen die Unterschiede zwischen Ein- und Zweielternfamilien bei den Mädchen größer aus. Damit scheinen Mädchen für mögliche, mit einer Ein-Eltern-Familie verbundene Schwierigkeiten anfälliger zu sein. Zudem trieben Kinder alleinerziehender Eltern seltener Sport im Verein und wiesen in den Augen ihres hauptsächlich sie betreuenden Elternteils eine niedrigere Lebensqualität auf (gemessen mit Items wie „sich alleine fühlen“, „sich in seiner Haut wohlfühlen“ oder „sich gut mit Eltern verstehen“) als Kinder aus Zweielternfamilien. Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass sich bei den Ein-Eltern-Familien die mütterliche Schulbildung und die Wohnregion als moderierende Einflüsse insbesondere für die Einschätzung psychischer Schwierigkeiten und Verhaltensprobleme erwiesen (vgl. Hagen/ Kurth 2007, S. 27ff.; Rattay et al. 2012, S. 154ff.). Zudem wurden, nicht nur in den bisherigen KiGGS-Untersuchungen, eine Reihe weiterer,

schwer zu erfassender, aber sich vermutlich auf die Gesundheit von Kindern sehr viel stärker auswirkende familiäre Faktoren wie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen, die Art der Erziehung, familiäre Auseinandersetzungen oder Belastungen (z.B. Todesfälle in der Familie, Behinderungen, chronische körperliche und psychische Krankheiten oder Suchtabhängigkeiten) und Auswirkungen von Trennungen und Scheidungen noch nicht (ausreichend) berücksichtigt. Bezüglich möglicher Wirkungen dieser für die kindliche Entwicklung bestehenden Risikofaktoren, wie sie vielfältig in der Resilienzforschung erforscht und diskutiert werden (siehe Kapitel 2.1.3), bestehen in der Gesundheitsforschung daher weiterhin erhebliche Forschungsdesiderata (vgl. Rattay et al. 2012, S. 166; Klocke/ Becker 2003, S. 183).

3.2.3 Migrationshintergrund

Wie bereits mehrfach anklung stellt der Migrationshintergrund eine weitere horizontale Kategorie für gesundheitliche Ungleichheit dar. In Deutschland wiesen nach den aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2009 insgesamt 946.000 von insgesamt 3.012.000 Grundschulkindern einen mindestens einseitigen Migrationshintergrund auf. Dies entspricht einem Anteil von 31,4% (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011b, S. 56).²⁰ Doch der Migrationshintergrund findet nicht nur aufgrund seiner quantitativen Bedeutung eine zunehmende Berücksichtigung in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung, sondern auch aufgrund seines potenziellen qualitativen Einflusses auf die verschiedenen gesundheitlichen Bereiche. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der Bevölkerungsgruppe von Kindern mit Migrationshintergrund um eine vielfältig zusammengesetzte Gruppe handelt – sowohl was ihre Aufenthaltslänge (selbst nach Deutschland zugewandert oder bereits in Deutschland geboren) und ihren Aufenthaltsstatus (Kinder deutschstämmiger Spätaussiedler, Kinder von durch Familiennachzug oder Arbeitsmigration nach Deutschland gelangten Eltern, Kinder von EU-Bürgern, Asylbewerbern, Kriegsflüchtlingen oder Kontingentflüchtlingen) wie auch ihre sprachlichen, kulturellen, religiösen und geographischen Wurzeln (z.B. muslimisch türkischstämmig oder orthodox russischstämmig) anbelangt. Zugangswege im Gesundheitssystem können bei einigen Migrantengruppen als barrierereich empfunden und daher, z.B. im Bereich der Inanspruchnahme von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen, seltener in Anspruch genommen werden. Neben juristischen (illegaler Aufenthalt), linguistischen (geringe Deutschkenntnisse, fehlende Schreib- und Lesekompetenzen) und kulturellen Barrieren (ein anderes Gesundheits- und Krankheitsverständnis) kommen hierbei auch

²⁰ Die für die Untersuchung des Mikrozensus verwendete Definition der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ lautet: „Zu dieser Bevölkerungsgruppe zählen neben allen seit 1950 nach Deutschland Zugewanderten und allen im Inland mit fremder Staatsangehörigkeit Geborenen auch die hier geborenen Deutschen mit zumindest einem Elternteil, der zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde. Vertriebene und ihre Nachkommen zählen nicht dazu.“ (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011b, S. 188).

diskriminierende Erfahrungen der Unerwünschtheit in Frage. Aufgrund dieser innerhalb der Migrantenbevölkerung stark abweichenden Lebensumstände und den damit einhergehenden unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen wie auch Ressourcen, kann die gesundheitliche Lage zum Teil sehr differieren. Neben dieser migranteninhärenten Heterogenität erschwert die über viele Jahre vernachlässigte Erfassung der Kategorie „Migrationshintergrund“ bzw. „Migrationsstatus“ in den *amtlichen Statistiken* grundsätzliche Aussagen über mögliche migrationsbedingte gesundheitliche Benachteiligungen oder Potenziale gegenüber der autochthonen Bevölkerung erheblich. Hinzu kommt, dass besonders *vulnerable Gruppen*, wie z.B. illegale Zuwanderer oder der deutschen Sprache noch nicht fähige MigrantInnen, nur sehr schwer bis gar nicht für Untersuchungszwecke erreicht werden können. Da noch vor zehn Jahren nur ein Flickenteppich an kleineren, regionalen und auf bestimmte Migrantengruppen beschränkten (Sekundär-)Analysen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten und in Folge dessen große Wissenslücken vorlagen, wurden mit der 2003 beginnenden KiGGS-Studie die in diesem Rahmen bisher umfangreichsten und repräsentativsten Ergebnisse zu dieser Thematik angestrebt (vgl. Schenk et al. 2006, S.853f.; Butler et al. 2007, S. 1232ff.; Schenk et al. 2007, S. 590ff.; Pott 2008, S. 22f.; Nauck et al. 2008, S. 146f.; Kizilhan/ Bermejo 2009, S. 510ff.; Borde/ Blümel 2011, S. 256). Als MigrantInnen wurden für die KiGGS-Studie „Kinder und Jugendliche definiert, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind“ (Schenk et al. 2007, S. 594) Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund wurden jedoch zunächst bewusst ausgeklammert (auch wenn sie nach dieser Definition in die Kategorie „Migrationshintergrund“ fallen) und der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund zugeordnet, um sie anschließend, in einem weiteren Schritt, als dritte Gruppe mit in die Analysen aufzunehmen und der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund und der Gruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund gegenüberzustellen. Dieses Vorgehen basierte auf der Annahme, dass sich Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und ihres Gesundheitsverhaltens weniger stark von Kindern ohne Migrationshintergrund als von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund unterscheiden würden (vgl. Schenk et al. 2007, S. 595). Bei der Bestimmung des Migrationsstatus folgte die *KiGGS-Studie* den von Schenk et al. (2006, S. 857ff.) aufgestellten Empfehlungen für einen Mindestindikatorensatz. Demnach sollten sowohl für die Eltern wie auch die Kindern neben der Staatsangehörigkeit auch das Geburtsland, das Einreisejahr und die Muttersprache bzw. die zu Hause gesprochene Sprache erfasst werden.

Generell konnten für die erwachsene Migrationspopulation bisher sowohl günstigere wie auch ungünstigere Ergebnisse zu Gesundheitsverhaltensweisen und dem Gesundheitsstatus

festgestellt werden. Während insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Atemwegserkrankungen oder Diabetes gehäuft vorkommen, wirken sich die durch den Migrationsprozess erworbenen transkulturellen Kompetenzen bei der Bewältigung problematischer Lebensereignisse wie auch ein häufig großes soziales Kapital in Form eines ausgeprägten Zusammenhalts in der Migrantengemeinde und in der (weiteren) Familie positiv auf den Gesundheitszustand aus (vgl. Borde/ Blümel 2011, S. 256ff.). Ein wesentliches Ergebnis der *KiGGS-Studie* ist, dass sich die Wirkungen verschiedener Migrationseigenschaften tatsächlich in Bezug auf die untersuchten Gesundheitsmerkmale unterscheiden. Damit konnten theoretische Vorannahmen, dass verschiedene Gesundheitspotenziale wie auch Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantenbevölkerung variieren würden, bestätigt werden. Auch erwies sich die Vorabvermutung ähnlicher gesundheitlicher Lagen zwischen Kindern ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund als grundsätzlich richtig. Besonders starken Einfluss auf die beobachteten Unterschiede konnten für das Herkunftsland und die Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderungsgeneration beobachtet werden. Die Herkunftskultur übt zudem einen starken Einfluss auf lebensstilabhängige Gesundheitseigenschaften aus. Auch kamen weitere Ungleichheitsmerkmale wie der Sozialstatus, das Geschlecht oder das Alter der Kinder in den verschiedenen Migrantengruppen unterschiedlich zum Tragen. Interessanterweise manifestierte sich bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ein stärker ausgeprägter sozialer Gradient als bei den Kindern mit Migrationshintergrund; d.h. mit sozialen Unterschieden verknüpfte Gesundheitsbenachteiligungen waren in der Migrantenpopulation generell weniger stark ausgeprägt. Auch wenn Kinder mit Migrationshintergrund, insbesondere aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und arabischen Herkunftsländern, ein im Vergleich zu der autochthonen Bevölkerung generell erhöhtes Krankheitsrisiko und einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen, ist jedoch nicht allgemein von einer prekären Gesundheitssituation aufgrund von Migration auszugehen. Vielmehr muss die Gesundheitssituation von Kindern mit Migrationshintergrund auch vor dem Hintergrund weiterer, den Einfluss des Migrationsstatus überlagernde soziale Ungleichheitsfaktoren betrachtet werden. Hierbei ist insbesondere der Einfluss der sozialen Schicht zu nennen, da Kinder mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig einem niedrigen Sozialstatus zugerechnet werden müssen, welcher nachweislich mit einem erhöhten Krankheits- und Gesundheitsrisiko zusammenhängt. Zudem konnte, aufgrund der KiGGS-Daten, auf die Wirksamkeit etlicher der bereits genannten Gesundheitspotenziale (z.B. höherer familiärer Zusammenhalt) und den damit einhergehenden Gesundheitsvorteilen geschlossen werden (vgl. Kurth et al. 2008, S. 20; Robert Koch-Institut 2008, S. 123ff.).²¹

²¹ Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse und der vielfältigen Zusammensetzung von Kindern mit Migrationshintergrund in dem Programm *Balu und Du* wird der Ansicht von Wustmann (2007, S. 131) nicht gefolgt, dass ein Migrationshintergrund „an sich“ pauschal als Risikofaktor gewertet werden sollte. Vielmehr

3.3 Lebensstile als Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Einen sehr großen und mit der sozialen Lage im Zusammenhang stehenden Einfluss auf die Gesundheit besitzt die Kategorie der Lebensstile. Die Sozialwissenschaft versteht unter Lebensstilen einen regelmäßig auftretenden „Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Interaktionen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen eines Menschen“ (Hradil 2001, S. 437). Für Hradil werden Lebensstile somit vor allem durch die Einstellungen und Verhaltensweisen eines Menschen geprägt. Auf einer zweiten Ebene sind hierfür auch die spezifischen Lebensumstände eines Menschen, d.h. die mit vertikalen Positionen im Ungleichheitsgefüge verbundenen Lebenschancen und Ressourcen, relevant und werden daher als zusätzlich wirksame Bedingungen in das Modell aufgenommen. Da nicht jeder Lebensstil nur von einem einzigen Menschen repräsentiert wird, sondern viele verschiedene Menschen gleiche bzw. ähnliche Lebensstile praktizieren, spricht Hradil in diesem Zusammenhang auch von einer Gruppierung verschiedener Lebensstile (vgl. Hradil 2009, S. 48). Die Rolle von Ressourcen bzw. Kompetenzen für die Entwicklung von Lebensstilen deutet Hradil in seinem Begriffsverständnis jedoch nur ansatzweise („Wissensbestände“) an. Jerusalem klammert diese ganz aus, indem er in seinen Ausführungen zu gesundheitsbezogener Ressourcenförderung zwischen „individuelle[n] Ressourcen (z.B. emotionale, kognitive, soziale Kompetenzen) [und] systemische[n] Ressourcen (z.B. Familienzusammenhalt, Schul- und Betriebsklima)“ (Jerusalem 2009, S. 176) differenziert. Dabei unterscheidet er zwischen den individuellen Ressourcen als gesundheitlichen Handlungskompetenzen auf der einen sowie Verhaltens- und Lebensstilen auf der anderen Seite, welche beide bereits im Kindesalter durch die „kontinuierliche Anleitung, Unterstützung und Einübung regelmäßiger gesundheitserschützender Handlungen (z.B. Zahnpflicht, körperliche Bewegung, Verhalten im Straßenverkehr, Fernsehnutzung)“ (Jerusalem 2009, S. 178) gefördert werden können.

Abel et al. (2004) hingegen nehmen in ihrer Lebensstildefinition, die sich ganz auf den Gesundheitsbereich fokussiert, explizit auch die von Hradil (2001) und Jerusalem (2009) nur flüchtig benannten bzw. ausgeklammerten Ressourcen und Kompetenzen mit auf. Sie verstehen unter *gesundheitsrelevanten Lebensstilen* „...zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Einstellungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel et al. 2004, S. 297). Sieben Jahre später (2011) greifen Abel und Ruckstuhl für das Glossar der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu

wurde für diese Untersuchung etwas differenzierter erfragt, ob „fehlende Deutschkenntnisse“, „ein geringes Bildungsniveau“ und „Armut“ bei den Familien der Kinder vorlagen. So wurden risikoreiche Migrantenfamilien erfasst, während sprachlich gut integrierte und ressourcenreiche Migrantenfamilien der unbelasteten Gruppe zugeordnet wurden (vgl. die Ausführungen zur familiären Belastung als sozialer Risikofaktor in Kapitel 4.5.4).

„Leitbegriffen der Gesundheitsförderung und Prävention“ auf diese Definition zurück und nehmen eine inhaltliche Konkretisierung für die drei Komponenten²² zur Entstehung gesundheitsrelevanter Lebensstile vor. Diese drei Bestandteile (gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Orientierungen und Kompetenzen) sollen im Folgenden beleuchtet und ausführlich diskutiert werden.

3.3.1 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Unter der ersten Komponente der *gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen* verstehen Abel und Ruckstuhl „alle Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der Person direkt relevant sind, wie z.B. Ernährung, Sport, Bewegung und die Inanspruchnahme des medizinischen Systems, aber auch den Konsum von Genuss- und Suchtmitteln“ (Abel/ Ruckstuhl 2011, S. 366).²³ An diese Definition anknüpfend stellt sich die Frage inwieweit gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entstehen, beibehalten werden und (insbesondere im Falle gesundheitsschädlicher Verhaltensmuster) wieder verändert werden können.

Ein auch international sehr bekanntes Modell zur Erklärung des tatsächlichen Gesundheitsverhaltens stellt das von Ralf Schwarzer bereits in den 1980er-Jahren entworfene und seitdem von ihm ständig weiterentwickelte sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, das sog. *HAPA-Modell* (engl. *Health Action Process Approach*), dar (vgl. Abbildung 4). Das Modell ist dynamisch angelegt und dient dem vertieften Verständnis und der Prognose von Verhaltensweisen, welche die Gesundheit positiv bzw. negativ beeinflussen. Schwarzer untergliedert den Verhaltensprozess in verschiedene Unterschritte, die nur sukzessive aufeinander aufbauend verstanden werden können und die ohne ein gewisses Ausmaß an Selbstwirksamkeit während des gesamten Prozesses nicht eintreten können. Damit nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung²⁴ eines Menschen einen zentralen Stellenwert in der Ausrichtung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, wie sie durch das HAPA-Modell dargestellt werden, ein (vgl. Schwarzer 2004, S. 90).

²² Synonym für den Begriff der „Einstellungen“ wird von Abel und Ruckstuhl in neueren Veröffentlichungen (2011) auch der Begriff der „Orientierungen“ verwendet. Dieser aktueller gewählte Begriff soll in dieser Arbeit daher auch vorrangig verwendet werden.

²³ Von den „gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen“ muss das „Gesundheitsverhalten“ und das „Gesundheitshandeln“ abgegrenzt werden. „Als *Gesundheitsverhalten* („health behavior“) werden alle Verhaltensweisen von gesunden Menschen verstanden, die nach wissenschaftlichen (epidemiologischen) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird [kursive Hervorhebung auch im Original]“ (Faltermajer 2011b, S.311). „Als *Gesundheitshandeln* wird das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen verstanden, das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt [kursive Hervorhebung auch im Original]“ (Faltermajer 2011b, S. 312).

²⁴ Das theoretische Konzept der Selbstwirksamkeit, auch in Abgrenzung zu dem verwandten Modell der Kontrollüberzeugung, wurde bereits in Kapitel 3.1.3 kurz erläutert.

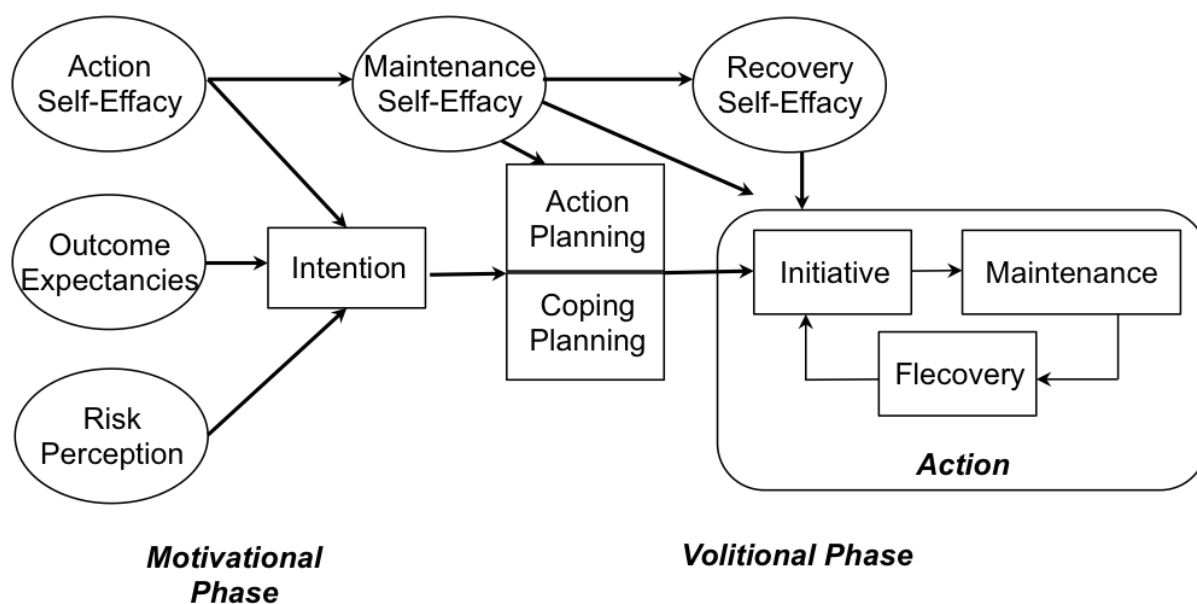


Abbildung 4. HAPA-Modell Quelle: Schwarzer (2008), S. 6

Die Entstehung gesundheitsförderlicher bzw. -schädlicher Handlungsweisen beginnt mit dem motivationalen Prozess der Intentionsbildung. Diese ist geprägt durch den ausdrücklichen Willen eines Menschen, seine häufig über längere Zeitperioden entstandenen Verhaltensweisen bzw. eine ganz spezifische Verhaltensweise zu modifizieren, um ein bestimmtes, hiermit verbundenes Ziel zu realisieren. Entscheidend hierfür sind die Wahrnehmung von mit bestimmten Handlungsweisen verknüpften Risiken, Ergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Wahrnehmung eines Risikos (engl. *Risk Perception*) kann mit dem objektiv tatsächlich vorhandenen Risiko zusammenhängen, muss aber nicht. Entscheidend sind vielmehr die subjektive Einschätzung der eigenen Verletzlichkeit sowie der Gefahr, die von bestimmten durch das Verhalten möglicherweise in Zukunft ausgelösten Krankheiten, einhergeht. Diese Situationsperzeption führt zu Erkenntnissen hinsichtlich bestehender Beziehungen zwischen der individuellen Verhaltensweise und der Gesundheit und stellt so eine notwendige Voraussetzung für entsprechende Verhaltensänderungen dar. Die Handlungsergebniserwartung (engl. *Outcome Expectancies*) beruht auf dem Prinzip des Wissens um der Möglichkeit anderer, alternativer Verhaltensweisen, und um hierfür notwendige Strategien, um diese auch erfolgreich umzusetzen. Dabei werden die Vor- und die Nachteile dieser anderen zur Verfügung stehenden, jedoch noch ungewohnten und nicht praktizierten Handlungsweisen, d.h. die dadurch entstehenden Opportunitätskosten, in einem rational ablaufenden Prozess der Entscheidungsfindung gegeneinander abgewogen. Das Moment der Selbstwirksamkeitserwartung (engl. *Action Self-Efficacy*) - hier bezieht sich Schwarzer explizit auf Bandura - spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung und Beibehaltung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Nur wenn die subjektive Gewissheit in allen Phasen des Handlungsregulationsprozesses da ist, dass bestimmte Handlungsweisen

aufgrund individuell vorhandener Kompetenzen auch in schwierigen und stressigen Situationen nicht aufgegeben werden, können Verhaltensänderungen auch dauerhaft gelingen. Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen sind deswegen sowohl für die Entwicklung von Zielen, für den Einsatz vorhandener Ressourcen, die Beharrlichkeit bei der Verfolgung dieser Ziele und bei dem Widerstehen von Rückfällen besonders wichtig. Schwarzer führt hier insbesondere auch das Beispiel des Rauchens an, andere Beispiele (insbesondere in Hinblick auf die kindliche Lebenssituation) wären die Intentionen verstärkter körperlicher Bewegung oder eines geringeren Süßigkeitenverzehr (vgl. Schwarzer 2004, S. 91ff.).

Doch wie kann die Entstehung bestimmter gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, die anders als im Modell von Schwarzer, nicht intentional entstanden sind, erklärt werden? Hierfür lohnt sich ein vertiefter Einblick in die Erforschung von Gewohnheiten (engl. *habits*) und ihrer Relevanz für die individuelle Gesundheit. Gewohnheiten sind für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und damit letztendlich für die Gesundheit bedeutsam, da sie die Gesundheit fördern (z.B. durch das gewohnheitsmäßig durchgeführte regelmäßige Sporttreiben) oder schädigen (z.B. durch gewohnheitsmäßigen hohen Fernsehkonsum mit einhergehendem Bewegungsmangel) können. Verplanken und Aarts definieren Gewohnheiten als „...learned sequences of acts that have become automatic responses to specific cues, and are functional in obtaining certain goals or end states“ (Verplanken und Aarts 1999, S. 104). Gewohnheiten müssen dabei von der reinen Häufigkeit, mit der bestimmte Handlungsweisen ausgeführt werden, abgegrenzt werden. Zu dieser Erkenntnis gelangt Verplanken, nachdem er drei verschiedene Studien zum Thema durchgeführt hat. In der ersten Studie wurde der gewohnheitsmäßige Konsum von ungesunden Snacks untersucht, in der zweiten Studie wurden depressive und ängstliche Tendenzen durch gewohnheitsmäßige negative Selbstgedanken vorhergesagt und in der dritten Studie wurde ein Textverarbeitungsprogramm eingesetzt, um herauszufinden, ob Aufgaben mit einfacheren Regeln zur Entstehung stärkerer Gewohnheiten führten als Aufgaben mit komplexen Regeln (vgl. Verplanken 2006, S.652ff.). Verplanken formuliert den Unterschied zwischen Gewohnheiten und der einfachen Wiederholung von Verhaltensweisen so: „...it is not repetition *per se* that matters. What really matters is the smoothness and fluency of behaviour; that is, the fact that we do not need to think about what we are doing, and can do things in parallel. In other words, whereas repetition of behaviour is a necessary condition for a habit to develop, the defining quality of habit is the automaticity and efficiency of behaviour occurring in stable contexts“ (Verplanken 2006, S. 639). Damit grenzt er sich klar von der behavioristischen Tradition ab, die Gewohnheiten mit Handlungswiederholungen gleichsetzt. Nach Verplanken muss die reine Wiederholung bestimmter Verhaltensweisen noch nicht zu der Ausbildung einer Gewohnheit führen (vgl. Verplanken 2006, S.639f.). Daher kann von der Häufigkeit, mit der eine Handlung wiederholt wird, auch nicht darauf geschlossen werden, dass es sich um eine Gewohnheit handelt. Gewohnheiten können so also nicht gemessen werden. Orbell und

Verplanken führen hierzu aus: „While repetition of action in response to stable cues is essential to the formation of habit, habits cannot be necessarily inferred directly from measures of behavioral frequency. A behavior may be performed frequently, but require conscious control each time it is performed, or be performed in a different context on each occasion” (Orbell/ Verplanken 2010, S.375). Als Beispiel hierfür nennt Verplanken in einem anderen Artikel den Chirurg, welcher von Berufs wegen häufig Operationen durchführt. Dies darf jedoch nicht als Gewohnheit begriffen werden, da der Eingriff bei jedem Patienten unterschiedlicher Vorentscheidungen bedarf, die im Interesse des Patienten gerade nicht automatisiert und unreflektiert ablaufen sollten (vgl. Verplanken 2006, S. 640). Eine solche klare Trennung lässt sich bei Wood und Tann (2005) nicht feststellen; hier wird das Element der Wiederholung von Verhaltensweisen stärker in das Verständnis von Gewohnheiten integriert: „...repetition brings about changes in cognitive processing and in the brain systems involved in action control, and these changes underlie the motivational shift from decision making about action to stimulus control” (Wood/ Tann 2005, S.919). Gewohnheiten, da sind sich Orbell/ Verplanken (2010) und Wood/ Tann (2005) einig, sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie stark automatisiert sind, häufig wiederholt werden und in festen Kontexten durchgeführt werden. Gewohnheitsmäßige Handlungen werden somit durchgeführt, ohne dass sich das Individuum diesen besonders bewusst ist, das heißt automatisiert und durch situative Signale ausgelöst. Situative Signale entstehen dadurch, dass bereits in der Vergangenheit in dem entsprechenden Kontext eine bestimmte, nun gewohnheitsmäßig angenommene Handlung durchgeführt wurde. Die Wahrnehmung bestimmter Umgebungssignale löst somit immer wieder direkt eine gewohnheitsmäßige Handlung aus und zwar unabhängig davon, ob die Handlung bei Entstehung der Gewohnheit einen intentionalen oder nichtintentionalen Ursprung besaß (vgl. Orbell/ Verplanken 2010, S. 374). Orbell und Verplanken formulieren in diesem Zusammenhang: „The delegation of action control to contextual cues is critical to understanding the functioning of habit and the resistance of habits to modification” (Orbell/ Verplanken 2010, S.375). Zum Beispiel kann der Anblick des Fernsehers am Abend (Umgebungssignal) schon bei Kindern gewohnheitsmäßig zum Fernsehkonsum führen, der – ebenfalls gewohnheitsmäßig - immer mit dem Verzehr fetthaltiger Knabberartikel wie Chips verbunden ist. Das Individuum macht sich dann keine Gedanken mehr darüber, ob nicht interessantere Freizeitaktivitäten als das Fernsehen zur Verfügung stünden und ob es überhaupt hungrig ist. So entsteht eine gesundheitsgefährdende Verhaltensweise. Ein Beispiel für eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise im Kindesalter, die gewohnheitsmäßig angenommen wurde, wäre der immer nach dem Mittagessen und den Hausaufgaben (Kontext: Hausaufgaben sind fertig als Umgebungssignal) durchgeführte Gang zum Spielplatz, wo das Kind andere Kinder trifft, mit ihnen heruntollt und sich so körperlich verausgabt.

Die von Orbell und Verplanken durchgeführten Studien bestätigen ihre Hypothese, dass Automatismen für Gewohnheiten und die damit verbundene Beibehaltung bestimmter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (sowohl förderlich wie auch schädlich) besonders bedeutsam sind. Die beiden Forscher folgern daraus, dass eine Verbesserung der Gesundheit vor allem durch die Wiederholung bestimmter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in ganz bestimmten Kontexten und im Zusammenhang mit bestimmten Umgebungssignalen herbeigeführt werden kann. Nur so könnten gewohnheitsmäßig und damit nachhaltig durchgeführte Verhaltensweisen entstehen, welche die Gesundheit langfristig verbessern (vgl. Orbell/ Verplanken 2010, S. 380f.). Zum Beispiel könnte ein Kind nach den Hausaufgaben immer auf den Spielplatz geführt werden, um so ein gewohnheitsmäßig durchgeführtes Herumtoben am Nachmittag zu etablieren.

Gewohnheitsmäßig durchgeführte gesundheitsschädliche Verhaltensweisen können auf der anderen Seite vor allem durch die Unterbindung bestimmter Umweltsignale, welche das Verhalten automatisiert hervorrufen, unterbrochen werden. Beispielsweise könnte ein Umzug eine solche Gelegenheit zur Intervention sein. Da es jedoch nicht immer möglich ist, entsprechende Umgebungssignale aus der unmittelbaren Umwelt zu verbannen, sollte in diesen Fällen an einer effektiven Selbstkontrolle gearbeitet und die Wahrnehmung auf andere Umgebungssignale gelenkt werden, die mit alternativen Verhaltensgewohnheiten verbunden werden können (vgl. Orbell/ Verplanken 2010, S. 380f.). An das bereits genannte Fernsehbeispiel anknüpfend könnte dem Kind nach dem Abendessen ein alternatives Freizeitangebot (z.B. gemeinsames Lesen und Spielen) angeboten werden, um dem Umgebungssignal des Fernsehers etwas entgegenzusetzen und langfristig eine andere, gesundheitsförderlichere Gewohnheit zu entwickeln.

Die von Orbell und Verplanken vorgenommene Einschätzung zur Bedeutung von Stimuli zur Aufrechterhaltung von Gewohnheiten wird von Wood und Tann (2005) geteilt. Ihre mit Studierenden durchgeführte Untersuchung zur Unterbrechung von drei Gewohnheiten (Fernsehen, Sport treiben und Zeitungen lesen) durch die Veränderung von Umweltfaktoren weisen in die gleiche Richtung. Demnach ist die Durchführung gewohnheitsmäßiger Verhaltensweisen im Gedächtnis mit bestimmten Umgebungssignalen verbunden (engl. *stimulus cues*). Veränderungen dieser Kontextbedingungen verringern die Wahrscheinlichkeit für die Ausführung dieser Gewohnheiten und zwar sowohl bei Veränderungen örtlicher (Umzüge) wie auch sozialer (Mitstudierende änderten ihre Gewohnheiten) Natur. Insbesondere die soziale Dimension ist für mögliche gesundheitsförderliche Interventionen interessant, da Beziehungen zu signifikanten Anderen zu einer Unterbrechung oder zumindest Verringerung alter wie auch zu einer Aufnahme neuer Gewohnheiten führen können (vgl. Wood/ Tann 2005, S.929f.). Prägnant formuliert: „... habits can be socially shared“ (Wood/Tann 2005, S. 930).

Neben den von Wood und Tann (2005) untersuchten äußeren Kontextbedingungen können jedoch auch die Tageszeit und der intrapersonale, seelische Zustand, wie z.B. die jeweilige Gemütslage, als auslösende Trigger fungieren. Ebenfalls interessant ist das zum Teil kompensatorische Zusammenspiel zwischen Gewohnheiten und Intentionen, mit dem sich insbesondere Wood und Tann (2005) auseinandersetzen. Waren die Gewohnheiten auslösende Umgebungssignale nicht mehr vorhanden, wurde das Verhalten wieder stärker einer intentionalen Kontrolle unterworfen. Gewohnheiten und Intentionen können somit als alternative Erklärungsansätze für Verhaltensweisen angesehen werden (vgl. Wood/ Tann 2005, S. 930f.). Beispielweise kann ein Studierender an seinem alten Studienort einen ganz bestimmten Sportkurs mit ganz bestimmten Leuten besucht haben. Damit wurde die regelmäßige sportliche Betätigung zur Gewohnheit, ohne diese jedes Mal bewusst hinsichtlich bestimmter, damit verknüpfter Ziele zu reflektieren. Wird der Studienort gewechselt, wird dem Studierenden bewusst, warum sie bzw. er Sport treibt (und treiben möchte) und sie bzw. er sucht sich neue sportliche Betätigungsmöglichkeiten. Diese Intention kann dann mit der Zeit durch die erneute routinemäßige Ausübung in einer bestimmten Gruppe, an einem bestimmten Ort und zu einer bestimmten Tageszeit wieder zur Gewohnheit werden. Wood und Tann (2005) fanden zudem heraus, dass bei nur kleineren Veränderungen der täglichen Umgebungssignale gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (z.B. Sport treiben) auch dann aufrecht erhalten wurden, wenn die Studierenden dies in ihrer persönlichen Zielorientierung als nicht besonders wichtig erachteten. Sie führen dies darauf zurück, dass die tägliche Fähigkeit zur Selbstregulierung beschränkt ist. Zudem erläutern sie, dass Menschen, deren Gewohnheiten stärker von ihnen eigentlich wichtigen Zielen abweichen eine größere Unzufriedenheit erleben und es daher wahrscheinlicher ist, dass diese Menschen versuchen werden ihre Gewohnheiten zu verändern und stärker mit ihren persönlichen Zielen kongruierende Verhaltensweisen aufzunehmen. Menschen mit sehr stark ausgeprägten Gewohnheiten und mangelnden Intentionen für Verhaltensmodifikationen, z.B. Raucher die nicht ernsthaft vorhaben aufzuhören, werden ihre gesundheitsschädlichen Gewohnheiten jedoch auch bei veränderten Kontextbedingungen seltener unterbrechen oder beenden können (vgl. Wood/ Tann 2005, S.930f.).

Somit könnte es sich lohnen, neben der Veränderung von Umgebungssignalen als Trigger für bestimmte Gewohnheiten, bereits im Kindesalter an der Motivation zur Erreichung bestimmter Gesundheitsziele zu arbeiten. Ein speziell auf die kindliche Lebenswelt zugeschnittener Theorieansatz zur Erklärung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen stellt das von Reisch und Gwozdz entwickelte Modell zum kindlichen Konsumverhalten im Zusammenhang mit der Entstehung von Übergewicht für die Altersgruppe der zwei- bis zehnjährigen Kinder dar. Reisch und Gwozdz (2010) gehen davon aus, dass

vier verschiedene Ebenen auf das Gesundheitsverhalten einwirken und dieses prägen (vgl. Abbildung 5).

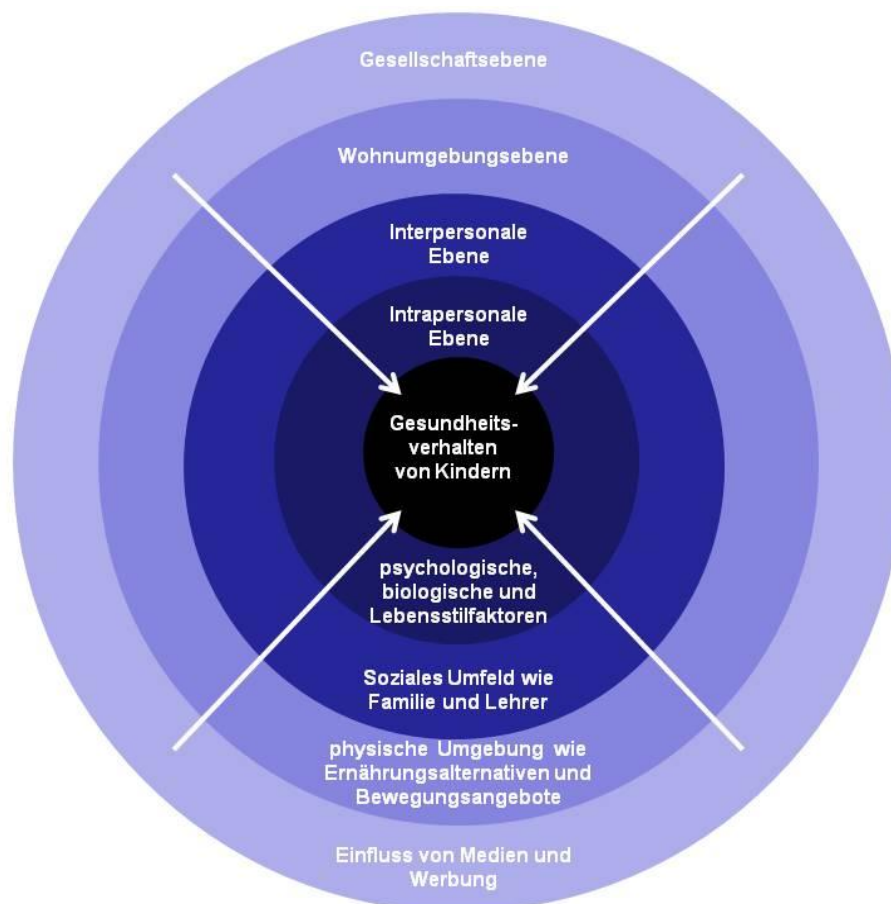


Abbildung 5. Die vier Ebenen für gesundheitsrelevantes Verhalten bei Kindern. Quelle: Reisch/Gwozdz 2010, S. 726.

Die *individuelle bzw. intrapersonale Ebene* umfasst in ihrem Modell persönliche Faktoren wie das Temperament, frühe Traumaerfahrungen, die Fähigkeit der Kinder mit Stress umzugehen wie auch ihre generellen Lebenseinstellungen.²⁵ Zudem werden Lebensstilfaktoren wie Bewegungsmangel, ungünstige Ernährungsweisen oder eine verstärkte Mediennutzung, aber auch genetische Dispositionen, die z.B. das Sättigungsgefühl steuern können, dieser Ebene zugerechnet. Die *interpersonale Ebene* verweist auf die soziale Umwelt der Kinder, welche aus der Familie als primärer Sozialisationsinstanz wie auch weiteren, erzieherisch einwirkenden Erwachsenen im Setting Kindergarten und Schule sowie Gleichaltrigen, d.h. Klassenkameraden und Freunden, besteht. Die dritte Ebene der *Wohnumgebungsebene* bezieht sich auf das unmittelbare Lebensumfeld, welches entscheidend dafür ist, ob Kinder gesundheitsfördernde Ernährungs- und Bewegungsangebote (bspw. entsprechende Supermärkte und Schwimmbäder) leicht

²⁵ Die Bedeutsamkeit von Einstellungen bzw. Orientierungen für gesundheitsrelevante Lebensstile werden im nächsten Kapitel 3.3.2 ausführlich beleuchtet.

erreichen und nutzen können.²⁶ Die letzte Ebene stellt schlussendlich die *Gesellschaftsebene* dar; sie repräsentiert die von einer Makroebene ausgehenden Wirkfaktoren auf das Gesundheitsverhalten von Kindern. Zu nennen wären hier insbesondere die medialen Einflüsse (z.B. durch Werbung) auf das Konsum-, Medien-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern. Dieses von Reisch und Gwozdz (2010) als holistisch bezeichnete Modell wurde bisher jedoch, vor allem auch aufgrund seiner zugrundeliegenden Komplexität, noch nicht empirisch überprüft. Ganz generell konstatieren die beiden Autoren, dass – trotz intensiver Forschungsbemühungen in dieser Richtung - bisher nur wenig Wissen darüber vorliegt, wie sich der relative Einfluss unterschiedlicher Faktoren insbesondere auch im Zusammenspiel mit den verschiedenen Ebenen auf das (kindliche) Gesundheitsverhalten auswirkt. Nach wie vor bestehen hier erhebliche Forschungsdesiderata (vgl. Reisch/ Gwozdz 2010, S.725ff.).

3.3.2 Gesundheitsbezogene Orientierungen

Bei den bisher vorgestellten theoretischen und zum Teil auch empirisch untersuchten Ansätzen klang immer wieder der Stellenwert von Motiven und Einstellungen für die Entstehung bzw. Beibehaltung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durch. Reisch und Gwozdz (2010) sprechen in ihrem Modell zum kindlichen Gesundheitsverhalten die Bedeutung von Lebenseinstellungen an und Schwarzer (2004) beschäftigt sich mit gesundheitsrelevanten Handlungen zugrundeliegenden Motiven. Auch sind Gewohnheiten zwar nicht per se intentional ausgerichtet, Wood und Tann (2005) gehen jedoch davon aus, dass gewohnheitsmäßig angenommene Verhaltensweisen zumindest zu Beginn einmal mit bestimmten Zielvorstellungen (z.B. das Herbeiführen von Glücksgefühlen durch süßes Essen oder die Suche von Entspannung durch Fernsehen) verbunden waren. Folgerichtig sehen auch Abel und Ruckstuhl *gesundheitsbezogene Orientierungen* als eine zweite, wichtige Komponente für die Entstehung gesundheitsrelevanter Lebensstile an. Diese basieren „auf Werten, normativen Vorgaben und Einstellungen, die direkt oder indirekt für die Gesundheit relevant sind und nach welchen das Verhalten ausgerichtet wird“ (Abel/Ruckstuhl 2011, S. 366). Doch nach welchen gesundheitsbezogenen Orientierungen wird Verhalten im Kindesalter ausgerichtet?

Obwohl eine effektive Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter für die organische Entwicklung und im Zusammenhang damit auch das Erlernen gesundheitsrelevanter Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen eine große Rolle spielt, fokussiert sich die Forschung zu bewusstem Gesundheitsverhalten (engl. *behavioral health*) bisher hauptsächlich auf den Erwachsenenbereich. Dies liegt auch daran, dass die frühe Lebensphase traditionell als der gesündeste Abschnitt im Lebenslauf angesehen wird (vgl. Susman et al. 1992, S. 1ff.). So ist das von Schwarzer entwickelte HAPA-Modell für die

²⁶ Für die Bedeutung der Wohnumgebung für die Gesundheit sei noch mal auf den von Helm und Laußermann (2011) in Kapitel 3.2.1 dargestellten ESES-Index verwiesen.

Erklärung von kindlichem Gesundheitsverhalten eher ungeeignet, auch wenn die Fähigkeit der Selbstwirksamkeit zweifelsohne bereits im Kindesalter von großer Bedeutung ist. Eine Aufrechterhaltung langfristiger gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durch motivationale Prozesse der Intentionbildung können jedoch insbesondere in der Phase der frühen bis mittleren Kindheit genauso wenig erwartet werden wie ein umfangreiches Wissen über alternative gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Somit ist das Modell von Schwarzer vor allem auf die Lebenswelt Erwachsener bzw. Jugendlicher ausgerichtet.

Erst wenn Kinder bzw. Jugendliche dazu fähig sind ein abstraktes Konzept von Gesundheit zu entwickeln, welches Beziehungen zwischen ihrem Verhalten und ihrer Gesundheit beinhaltet, können sie aktiv Prävention bzw. Gesundheitsförderung betreiben. Hierfür sind kognitive Fähigkeiten notwendig, die nach dem Entwicklungsmodell von Piaget der Phase der formalen Operationen zugerechnet werden und damit i.d.R. erst ab dem 12ten Lebensjahr erreicht werden (vgl. Piaget 1993, S. 50ff., Auszüge des Originaltextes in Eckardt 2013, S. 74ff.). Die Ausbildung eines weniger situativ, sondern stärker ganzheitlich geprägten Verständnisses von Gesundheit, wie auch den eigenen Einflussmöglichkeiten hierauf durch bewusste Gesundheitsverhaltensweisen, unterliegt im Kindes- und Jugendalter damit einem noch sehr dynamischen und sich ständig weiterentwickelnden Prozess (vgl. Susman et al. 1992, S. 1ff.).

Über die Entstehung solcher kindlicher „*Gesundheitskognitionen*“ (engl.: *Health cognitions*) ist insgesamt noch sehr wenig bekannt (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.). Gochman definiert „*Gesundheitskognitionen*“ allgemein als: „*Health cognitions* [...] refer broadly to those beliefs, expectations, perceptions, values, motives, and attitudes that serve as personal frames of reference for organizing and evaluating health, regardless of whether those cognitions have demonstrable empirical linkages with health status and regardless of whether they are 'objectively valid' [kursive Hervorhebung auch im Original] (Gochman 1992, S.9)“. Die kindliche Sichtweise von Krankheit ist eher die eines negativen Ereignisses, welches die normalen Lebensabläufe durcheinanderbringt (vgl. Iannotti/ Bush 1992, S. 53). Bisher ist bekannt, dass Kinder ab ca. sechs Jahren das Konzept von Infektionskrankheiten verstehen können und dass dieses Verständnis mit jedem Jahr wächst. Zudem nehmen Kinder mit zunehmendem Alter ihre einzelnen Körperteile differenzierter wahr und können dies auch artikulieren. Ab dem Grundschulalter verbinden Kinder Gesundheit und Wohlbefinden mit einem angenehmen Zustand, jüngere Kinder verfügen jedoch noch nicht über solch ein bewusstes Gesundheitskonzept. Je älter die Kinder werden, desto besser können sie ihr Gesundheitsverständnis von der gegenwärtigen Situation und ihrem unmittelbaren Gesundheitsempfinden lösen und stärker mit der Zukunft verknüpfen. Hinsichtlich ihrer eigenen gesundheitlichen Verletzbarkeit bleiben Kinder zwischen dem achten bis ca. dem 14ten oder 15ten Lebensjahr relativ indifferent - so betrachten sie sich i.d.R. weder als

besonders verletzlich noch als unverwundbar. Liegt jedoch eine erhöhte Wahrnehmung der eigenen Vulnerabilität vor, korreliert diese mit einem eher ängstlichen Selbstkonzept. Die nach wie vor bestehenden erheblichen Wissenslücken hinsichtlich kindlicher Gesundheitskognitionen betreffen sowohl ihren Ursprung wie auch ihre weitere Entwicklung; d.h. inwieweit Gesundheitskognitionen von der Familie, Gleichaltrigen und Medien beeinflusst werden ist bisher nicht bekannt. Es wird jedoch vermutet, dass insbesondere das familiäre Verständnis und Konzept von Gesundheit einen großen Einfluss haben dürften (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.). Die Wahrnehmung von Krankheit wird durch den familiären Umgang damit geprägt, d.h. Kinder lernen primär in ihrer Familie, ob und wenn ja welche effektiven Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen und ob und wenn ja welche gegenseitigen Unterstützung- und Hilfeleistungen erbracht werden können (vgl. Iannotti/ Bush 1992, S. 53). Daher sollten die spezifischen Kontextbedingungen der kindlichen Lebenswelt nicht außer Acht gelassen werden – so werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen noch maßgeblich (z.B. durch die Familie, Schule oder Gemeinde) vorgegeben und vorgelebt (vgl. Susman et al. 1992, S. 1ff.). Dies macht auch das von Reisch und Gwozdz (2010, S. 726) entwickelte und bereits im vorherigen Teilkapitel 3.3.1 dargestellte Modell deutlich. Kinder sind in jüngeren Jahren i.d.R. noch deutlich stärker der elterlichen Kontrolle ausgesetzt. Ungünstig für die langfristige kindliche Entwicklung wirken sich dabei sowohl ein durch die Eltern vermitteltes hohes Maß an sozialer Hemmung, Kontrolle und Ängstlichkeit, wie auch ein zu geringes Maß an Verhaltenskontrolle aus. Zudem sind früh verhaltensauffällige Kinder auch später gefährdeter gesundheits-schädliche Verhaltensweisen (z.B. einen erhöhten Suchtmittelkonsum) zu entwickeln. Frühe Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie allgemeiner Lebenskompetenzen (siehe das als nächstes folgende Kapitel 3.3.3) bereits in der späten Kindheit scheinen daher zur Vermeidung gesundheits-schädlicher Verhaltensweisen im Jugendalter sinnvoll (vgl. Pinquart/ Silbereisen 2002, S. 874ff.). Gochman plädiert zudem für eine Unterscheidung zwischen Gesundheitsmotiven und gesundheitsrelevanten Motiven. So spielt die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit in jungen Jahren als Verhaltensmotiv wie auch bei der Entwicklung von Werten und Präferenzen nur eine untergeordnete Rolle – Attraktivitätsaspekte nehmen dagegen ab dem Pubertätseintritt einen deutlich höheren Stellenwert ein. Daher könnte der Wunsch junger Menschen in den Bereichen der Schule, des Sports, der körperlichen Attraktivität und ihrer sozialen Gemeinschaft Erfolg zu haben bedeutsamer für die Entwicklung entsprechender gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sein als Gesundheitsmotive an sich (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.).

Hierfür spricht auch der theoretische Ansatz von Pinquart und Silbereisen (2002), nach dem insbesondere im Jugendalter schwierige Entwicklungsaufgaben in der Transformationsphase zum Erwachsenenalter gemeistert werden müssen. Wichtige Entwicklungsaufgaben stellen

u.a. der Aufbau und Erhalt von Freundschaften zu Gleichaltrigen wie auch eine stärker zunehmende Autonomie von den Eltern dar.²⁷ Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie z.B. riskantes Verhalten im Straßenverkehr oder Alkohol- und Drogenkonsum, sind dann als mangelhafte Copingstrategien zur Bewältigung dieser Aufgaben und der damit einhergehenden (inneren) Konflikte zu betrachten (vgl. Pinquart/ Silbereisen 2002, S. 874ff.).

Auch schon in der Phase der Kindheit können solche gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen als Kompensation für Defizite in anderen psycho-sozialen Bereichen beobachtet werden, bspw. wenn Kinder verstärkt süß und fettig essen, um Frusterlebnisse zu verarbeiten oder sich mit einem erhöhten Fernseh- und Videospieldkonsum von anderen Problemen ablenken wollen.

Doch ab welchem Alter können Kinder autonom über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entscheiden? Auch in diesem Forschungsfeld ist das Wissen nach wie vor sehr begrenzt. Eine der wenigen Untersuchungen strengten Iannotti und Bush an, in dem sie sich mit dem Bereich des kindlichen Essverhaltens beschäftigten. Sie fanden heraus, dass Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren bereits über eine beträchtliche Selbstständigkeit hinsichtlich ihrer Nahrungsaufnahme verfügen.²⁸ In der Adoleszenz trifft dies noch stärker auf die Mädchen als auf die Jungen zu. Zudem untersuchten die beiden Wissenschaftler im Rahmen der sog. *KIDMED-Studie* über fünf Jahre die Einstellungen von Viert- und Fünftklässlern im District von Columbia gegenüber der Nutzung von Medikamenten und potenziellen Suchtmitteln sowie die Verwendung dieser Mittel. Dabei zeigte sich, dass eine autonome Verwendung von Medikamenten im Kindesalter sehr stark mit der bereits erreichten Selbstständigkeit in anderen Lebensbereichen zusammenhängt. Kinder werden bereits in einem recht frühen Alter auf gesundheitliche Risiken aufmerksam und, wenn auch noch auf einem kindlichen Niveau, mit der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen vertraut gemacht. Daher können Kinder bereits mit dem Schuleintritt zwischen verschiedenen Medikamenten und Krankheiten unterscheiden. Am stärksten scheint die kindliche Autonomie jedoch im Bereich des Essverhaltens ausgeprägt zu sein. Dies ist vor dem Hintergrund des Risikos einer zu hohen Fett- und Kalorienaufnahme von besonderer Bedeutung. Zudem konnten bei den Kindern signifikante Zusammenhänge zwischen ihren Kontrollüberzeugungen²⁹ und einem selbstständigen Gesundheitshandeln festgestellt werden. Iannotti und Bush plädieren abschließend dafür, Kinder schon frühzeitig durch

²⁷ Hier wird erneut der Bezug zur Resilienzforschung deutlich, nach der Kinder und Jugendliche dann resilient sind, wenn es ihnen gelingt, altersspezifische Entwicklungsaufgaben, trotz widriger Lebensumstände, positiv zu meistern (vgl. Kapitel 2.1.2).

²⁸ Die Studie wurde in verschiedenen Nachbarschaften im District of Columbia (USA) an typischen Schultagen an mehreren Grundschulen und Highschools über einen Zeitraum von fünf Jahren durchgeführt. Dabei wurde gemessen in welchen Kontexten die Kinder welche Nahrung zu sich nahmen. Zudem wurden die Kinder gefragt, ob sie zu Hause bei der Vorbereitung von Mahlzeiten halfen, Essen selbst kochten oder einkauften und sich selbstständig Snacks an der Schule oder in einem Geschäft in der Nachbarschaft kauften (vgl. Iannotti/ Bush 1992, S. 54f.).

²⁹ Das Konzept der Kontrollüberzeugungen von Rotter (1972, 1975) wurde bereits im Kapitel 3.1.3 kurz erläutert.

Mediziner in Präventionsmaßnahmen sowie Behandlungen einzubeziehen. Zudem sollten Kinder von den Ärzten über notwendige Medikamenteneinnahmen direkt (und nicht nur über die Eltern) informiert werden (vgl. Iannotti/ Bush 1992, S.56ff.).

3.3.3 Kompetenzen und Wissen als gesundheitsrelevante Ressourcen

Die dritte für die Entstehung gesundheitsrelevanter Lebensstile bedeutsame Komponente stellen die *gesundheitsrelevanten Ressourcen* dar, die in die individuellen und in die sozialen Ressourcen unterteilt werden können. Während „mit individuellen Ressourcen [...] personengebundene Faktoren wie Wissen und Fähigkeiten [...] sowie die persönlichen materiellen Mittel, die einem zur Verfügung stehen [gemeint sind, liegen, *Einschub durch die Autorin*] soziale Ressourcen [...] außerhalb des einzelnen Individuums. Sie umfassen die soziale Unterstützung durch die Familie oder den Freundeskreis sowie die gesundheitsrelevanten äußeren Lebensumstände [...]“ (Abel/Ruckstuhl 2011, S. 366). Im Folgenden sollen die Bedeutung von Kompetenzen („Fähigkeiten“) und gesundheitsbezogenem Wissen als „individuelle Ressourcen“ für die Gesundheit im Allgemeinen wie auch von Kindern im Speziellen ausführlich diskutiert werden. Dabei wird der Kompetenzbegriff sowohl aus dem Blickwinkel verschiedener Wissenschaftsrichtungen, wie auch aus der Perspektive der letzten 50 Jahre, reflektiert.

Ohne den Erwerb von Kompetenzen ist eine aktive und erfolgreiche Lebensführung sowie eine positive Bewältigung kurzfristiger wie langfristiger Anforderungen über den gesamten Lebenslauf nicht denkbar. Dies trifft insbesondere auf das Erwachsenenalter, jedoch auch (wenn gleich noch in geringerem Maße) auf die Lebensphase der Kindheit zu. Ab der frühesten Kindheit werden Kindern Kompetenzen vermittelt und die erfolgreiche Ausführung derselben mit jedem weiteren Lebensjahr zunehmend erwartet. Eine positive, altersgemäße kindliche Entwicklung wird daher auch im hohen Maße an dem Erwerb dieser Kompetenzen und der damit verknüpften positiven Bewältigung der in den unterschiedlichen Phasen der Kindheit anstehenden Entwicklungsaufgaben festgemacht. Schon der Entwicklungspsychologe Jean Piaget beschäftigte sich in den 1960er Jahren mit dem Zusammenhang zwischen der kognitiven Entwicklung und der Aneignung von Handlungskompetenzen in der Lebensphase der Kindheit. Piaget nahm an, dass jede Weiterentwicklung des Kindes bei der äußeren (Handlungsweisen) und inneren (Repräsentationen) Wahrnehmung seiner Umwelt im Zusammenspiel mit altersgerechten Entwicklungsaufgaben zum Erreichen einer nächsthöheren, kognitiven Stufe führt (vgl. Eckardt 2013, S. 71). Diese kognitiven Stufen vollziehen sich innerhalb von drei großen Phasen der kindlichen Geistesentwicklung, wie Piaget in seinem Werk „Probleme der Entwicklungspsychologie“ ausführt: Diese sind erstens, die Phase der sensomotorischen Intelligenz (von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr), zweitens, die Phase der Vorbereitung und des Aufbaus konkreter Operationen der Klassen, der Beziehungen und der Zahl (vom zweiten bis zum elften oder zwölften Lebensjahr) und drittens, die Phase der

formalen Operationen (ab dem elften oder zwölften Lebensjahr) (vgl. Piaget 1993, S. 50ff., Auszüge des Originaltextes in Eckardt 2013, S. 74ff.).

Der Begriff der „Kompetenzen“ erfreut sich heute einer hohen und – wie es scheint - noch weiter zunehmenden Beliebtheit. So erlebte die absolute wie auch die relative Anzahl an Veröffentlichungen entsprechender Artikel zum Thema vor allem seit den 1990er Jahren einen kräftigen Aufschwung, wie Klieme/Hartig (2007, S. 12f.) anhand ihrer Recherche in den Datenbanken PsycInfo und FIS Bildung eindrucksvoll belegen. Analog hierzu wird der zunächst sehr weit gefasste Begriff der „Kompetenzen“ mit einer Fülle, sich größtenteils überschneidender Definitionen aus den Disziplinen der Psychologie, Sozialwissenschaften sowie der Berufs- und Schulpädagogik in Verbindung gebracht. Eine erste, maßgeblich die Wissenschaftswelt beeinflussende Definition geht auf den Psychologen Heinrich Roth zurück, der bereits 1971 schrieb: „*Mündigkeit*, wie sie von uns verstanden wird, ist als *Kompetenz* zu interpretieren, und zwar in einem dreifachen Sinne: a) als *Selbstkompetenz* (self competence), d.h. als Fähigkeit, für sich selbst verantwortlich handeln zu können, b) als *Sachkompetenz*, d.h. als Fähigkeit, für Sachbereiche urteils- und handlungsfähig und damit zuständig sein zu können, und c) als *Sozialkompetenz*, d.h. als Fähigkeit, für sozial, gesellschaftlich und politisch relevante Sach- oder Sozialbereiche urteils- und handlungsfähig und also ebenfalls zuständig sein zu können.“ [kursive Hervorhebungen auch im Original] (Roth 1971, S.180). In den Sprachwissenschaften prägte der Linguistik Noam Chomsky das Kompetenzverständnis entscheidend mit, in dem er zwischen Kompetenz und Performanz unterschied. Kompetenz meint hier die kognitive Grundlage linguistischen Handelns, während sich Performanz in der Verwirklichung dieser Kompetenz ausdrückt. Dabei kann die Performanz je nach personalen und situativen Einflüssen variieren (vgl. Klieme/Hartig 2007, S. 15). In Chomskys hierfür bedeutsamen Werk „Language and Mind“ (1968) heißt es dazu: „It has, I believe, become quite clear that if we are ever to understand how language is used or acquired, then we must abstract for separate and independent study a cognitive system of knowledge and belief, that develops in early childhood and that interacts with many other factors to determine the kinds of behavior that we observe; to introduce a technical term, we must isolate and study the system of *linguistic competence* that underlies behavior but that is not realized in any direct or simple way in behavior.“ (Chomsky 1968, S. 4).

In der Bildungstheorie gilt insbesondere die Definition des Kompetenzbegriffs durch den Erziehungswissenschaftler Franz Weinert als sog. „Goldstandard“, auf den immer wieder bei der Entwicklung von Bildungsstandards und Kompetenzmodellen mit für einzelne Teilbereiche verschiedene Kompetenzniveaus, wie sie in den Standards der KMK und den Schulleistungsstudien TIMSS, PISA und IGLU³⁰ vorkommen, zurückgegriffen wird

³⁰ Mit der TIMSS-Studie („The Third International Mathematics and Science Study“) wurde zum ersten Mal die Mathematik- und Naturwissenschaftsleistungen in 41 OECD-Staaten sowohl für den Grundschulbereich wie auch für die Sekundarstufen I und II untersucht und miteinander verglichen (vgl. Baumert/ Lehmann u.a. 1997, S. 17f.). Die PISA-Studien („Programme for International Student Assessment“) fanden zum ersten Mal im Jahr 2000 mit dem Hauptfokus auf Lesekompetenzen statt. Die PISA-Studie wird seit dem alle drei Jahre mit unterschiedlicher

(vgl. Klieme 2004, S.2f.). Weinert definiert Kompetenzen als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“ (Weinert 2001, S.27f.)

Besonders häufig verwendet wird der Begriff der „Kompetenzen“ in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Dieter Mertens prägte in diesem Zusammenhang bereits im Jahr 1974 den Begriff der *Schlüsselqualifikationen*, welcher genuin der Arbeitsmarktforschung entspringt. Mertens nennt „Bildungsziele und Bildungselemente [...] Schlüsselqualifikationen, weil sie den Schlüssel zur raschen und reibungslosen Erschließung von wechselndem Spezialwissen [sic] bilden.“ (Mertens 1974, S.36). Später fand der Kompetenzbegriff eine weite Verbreitung im Zusammenhang mit für den Ausbildungsbeginn und –abschluss bedeutsamen beruflichen Fähigkeiten. Prägend hierfür waren insbesondere die Ausführungen der Kultusministerkonferenz (2007, 2011) zur „Handlungskompetenz“: „Handlungskompetenz wird verstanden als die Bereitschaft und die Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.“ (KMK 2011, S. 15).³¹ Auch der 2011 verabschiedete *Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)* setzt sich explizit mit der Bedeutung von Kompetenzen für eine erfolgreiche (berufliche) Lebensbewältigung auseinander. Dabei wird der Kompetenzbegriff, der im Fokus des DQR steht, definiert als „die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden.“ (Arbeitskreis

Schwerpunktsetzung (Lesekompetenz, mathematische Kompetenz und naturwissenschaftliche Kompetenz) wiederholt. Für die repräsentativen Ergebnisse werden in jedem der 32 teilnehmenden Länder zwischen 4.500 und 10.000 15-jährige SchülerInnen getestet (vgl. Baumert et al. 2001, S. 16f.). An der IGLU-Studie („Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung“) beteiligten sich weltweit 35 Länder. Neben dem Leseverständnis wurden in Deutschland zum ersten Mal auch die Kompetenzen im Bereich der Mathematik, Naturwissenschaften, Orthographie und Aufsatz am Ende der vierten Jahrgangsstufe für den Grundschulbereich repräsentativ erhoben (vgl. Bos et al. 2003, S. 1).

³¹ Anschließend wird Handlungskompetenz, ähnlich wie bei Roth, in die drei Unterkompetenzen der Fachkompetenz, Selbstkompetenz und der Sozialkompetenz unterteilt. Die drei Kompetenzarten werden wie folgt definiert:

„Fachkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen.

Selbstkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln. Sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. Zu ihr gehören insbesondere auch die Entwicklung durchdachter Wertvorstellungen und die selbstbestimmte Bindung an Werte.

Sozialkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen und zu verstehen sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen. Hierzu gehört insbesondere auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität [Hervorhebungen auch im Original]“ (KMK 2011, S. 15).

Deutscher Qualifikationsrahmen 2011, S. 4) Der DQR stützt sich zudem auf ein weitgefasstes Verständnis von Bildung, welches neben der „Vier-Säulen-Struktur“ der beiden zugrundeliegenden Kompetenzkategorien der „Fachkompetenz“ (untergliedert in „Wissen“ und „Fertigkeiten“) sowie der „Personalen Kompetenz“ (untergliedert in „Sozialkompetenz“ und „Selbstständigkeit“) auch „beispielsweise Zuverlässigkeit, Genauigkeit, Ausdauer und Aufmerksamkeit, aber auch interkulturelle und interreligiöse Kompetenz, gelebte Toleranz und demokratische Verhaltensweisen sowie normative, ethische und religiöse Reflexivität konstitutiv für die Entwicklung von Handlungskompetenz“ (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen 2011, S.4) ansieht. Als ebenfalls bedeutsam wird die Methodenkompetenz als Querschnittsfähigkeit angesehen (vgl. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen 2011, S.4). Auf der internationalen Ebene wurden mit dem OECD-Projekt *„Definition and Selection of Competencies“ (DeSeCo)* Schlüsselkompetenzen herausgearbeitet, die sich durch die folgenden Eigenschaften auszeichnen: „Sie tragen zu wertvollen Ergebnissen für die Gesellschaft und die Menschen bei, sie helfen den Menschen dabei, wichtige Anforderungen unter verschiedenen Rahmenbedingungen zu erfüllen und sie sind nicht nur für die Spezialisten, sondern für alle wichtig“ (DeSeCo 2005, S.5).

Dabei wurde der internationale Diskurs um „cross curricular competencies“ sowie „key competencies“ durch die von Roth vorgeschlagene Einteilung in Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz mit beeinflusst (vgl. Klieme/ Hartig 2007, S. 20). Der *Kompetenzrahmen des DeSeCo-Projekts* unterteilt Schlüsselkompetenzen demnach auch in drei Bereiche: Erstens in die „Interaktive Anwendung von Medien und Mitteln“, d.h. Menschen sollten dazu fähig sein, „verschiedene Medien, Hilfsmittel oder Werkzeuge (Tools) wie z.B. Informationstechnologien oder die Sprache wirksam einzusetzen. Sie sollten diese „Tools“ gut genug verstehen, um sie für ihre eigenen Zwecke anpassen – interaktiv nutzen zu können.“ (DeSeCo 2005, S.7) Zweitens in das „Interagieren in heterogenen Gruppen“, d.h. Menschen sollten „in einer zunehmend vernetzten Welt in der Lage sein, mit Menschen aus verschiedenen Kulturen umzugehen und innerhalb sozial heterogener Gruppen zu interagieren.“ (DeSeCo 2005, S. 7) Drittens in die „Autonome Handlungsfähigkeit“, d.h. Menschen sollten dazu fähig sein, „Verantwortung für ihre Lebensgestaltung zu übernehmen, ihr Leben im größeren Kontext zu situieren und eigenständig zu handeln.“ (DeSeCo 2005, S. 7) Vermittelt über die Arbeit der DeSeCO wurde die Trias damit schlussendlich in Schulleistungsstudien wie PISA integriert. Auch wenn dort vor allem die Sachkompetenz in Form der Lesekompetenz, der mathematischen Kompetenz und der naturwissenschaftlichen Kompetenz gemessen wurden (vgl. Klieme et al. 2010, S.13), fanden doch zumindest auch einzelne Ergänzungsstudien zur Selbstkompetenz und zu sozialen Kompetenzen statt (vgl. Klieme/ Hartig 2007, S.20).

Die bisherige Darstellung der verschiedenen Kompetenzdefinitionen macht deutlich, dass der Erwerb von Kompetenzen in der Regel nicht nur auf die (relativ) kurze Phase der frühen und mittleren Kindheit beschränkt ist, sondern sich darüber hinaus auch auf das Jugend- und Erwachsenenalter bezieht. Wenn auch nicht alle, so doch zumindest einige spezifische

Kompetenzen, können ein Leben lang erweitert oder zumindest beibehalten werden. Somit handelt es beim Kompetenzerwerb um ein das gesamte Leben durchziehendes Thema, welches daher auch in einer Lebenslaufperspektive betrachtet werden sollte. Die vorgestellten Kompetenzdefinitionen entspringen vor allem einem bildungspolitischen Hintergrund und sind mit erziehungswissenschaftlichen wie auch berufspädagogischen Anschlussmöglichkeiten verhaftet. In diesen Disziplinen wurde der Kompetenzbegriff geprägt und vielschichtig diskutiert.³² Letztendlich soll Klieme und Hartig im Wesentlichen gefolgt werden, nach denen als zentrale Komponenten der verschiedenen Begriffserläuterungen die nachstehenden gelten können: „Kompetenzen sind Dispositionen, die im Verlauf von Bildungs- und Erziehungsprozessen erworben (erlernt) werden und die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben bzw. Lebenssituationen ermöglichen. Sie umfassen Wissen und kognitive Fähigkeiten, Komponenten der Selbstregulation und sozial-kommunikative Fähigkeiten wie auch motivationale Orientierungen“ (Klieme/Hartig 2007, S.21).³³ Auf den ersten Blick sind auch bei dieser, in gewisser Weise zusammenfassenden, Definition wie auch bei den vorhergehenden Kompetenzdefinitionen aus den verschiedenen Wissenschaftsbereichen die gesundheitlichen Bezüge nicht zu erkennen, sie sind jedoch zweifellos vorhanden, wenn man sich vor Augen hält, dass für den Bildungs- und Berufsabschluss bedeutsame Kompetenzen den später erreichten Bildungsgrad, berufliche Positionen und Einkommensmöglichkeiten maßgeblich mitbestimmen. Wie bereits in Kapitel 3.2.1 dargelegt wurde, ist damit eine gesellschaftliche vertikale Ungleichheitsstruktur verknüpft, die stark mit Morbidität und Mortalität korreliert. Im Hinblick auf die spätere Gesundheit im Lebenslauf wie auch die aktuelle Gesundheit (bspw. durch Einflüsse schulischen Versagens auf die psychische Gesundheit) ist der Schulerfolg zudem bereits im Kindesalter mit zunehmender Bedeutsamkeit im Sinne einer Pfadabhängigkeit relevant.

In den Gesundheitswissenschaften selbst findet der Kompetenzbegriff seit den 1990er-Jahren im Zusammenhang mit der Stärkung von „*Lebenskompetenzen*“ als gesundheitsbezogene Kompetenzen zunehmend breitere Anwendung (vgl. Bühler/Heppekausen 2005, S.9f.; Hallmann 2011, S.358). Lebenskompetenzen (engl.: *Life Skills*) werden nach den World Health Organization(WHO)-Standards wie folgt bestimmt: „Life Skills sind Fähigkeiten zu der Umwelt angepassten und positiven Verhaltensweisen, welche den Individuen eine effektive Bewältigung täglicher Herausforderungen und Aufgaben ermöglichen [Übersetzung der Autorin]“ (WHO 1997a, S. 1). Ferner heißt es in dem WHO-Dokument anlässlich des „Life Skills“-Programms zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schulen, die Anzahl an Fähigkeiten, die als „Life Skills“ bezeichnet werden können, sei unendlich groß und die Art der „Life Skills“ sowie ihre Definition würde zwischen

³² Für eine weitergehende Auseinandersetzung mit den verschiedenen Kompetenzkonzepten in den Erziehungswissenschaften und im sozialwissenschaftlichen Diskurs siehe Klieme/Hartig 2007.

³³ Lediglich die „motivationalen Orientierungen“ werden aus dem Kompetenzbegriff dieser Arbeit ausgeklammert, da sie nach Abel et al. (2004, S. 297) eine eigene Komponente gesundheitsrelevanter Lebensstile darstellen.

den verschiedenen Kulturen und den verschiedenen gesundheitsbezogenen Settings variieren. Dennoch gäbe es einen Kernbereich an für die Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen besonders bedeutsamer „Life Skills“. Diese umfassen laut WHO die folgenden: „Entscheidungsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit, Fähigkeit zu kreativem Denken, Fähigkeit zu kritischem Denken, Fähigkeit zu erfolgreicher Kommunikation, Fähigkeit zu zufriedenstellenden zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbewusstsein, Empathiefähigkeit, Fähigkeit zur Emotionsregulation und die Fähigkeit zur Stressbewältigung [Übersetzung der Autorin]“ (WHO 1997a, S. 1).

In einer umfangreichen, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlichten Darstellung zu den Grundlagen von „Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ aus dem Jahr 2005 lehnen sich Bühler und Heppekausen nicht nur an die bereits geschilderte WHO-Definition an, sondern zitieren insbesondere auch von Kardoff, nach dem im Bereich der „Gesundheitsförderung unter Kompetenz die Fähigkeit von Menschen verstanden [wird, *Einschub durch die Autorin*], erworbene Fertigkeiten und soziale Regeln sowie Wissensbestände sach- und situationsgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt zum Erreichen eines z.B. gesundheitsbezogenen Ziels einzusetzen“ (von Kardoff 2003, S. 135). Auch bestehen beiden Autorinnen zufolge starke Verknüpfungen zwischen dem theoretischen Grundgedanken der Lebenskompetenzen und der salutogenetischen Perspektive sowie mit der Resilienzforschung. So können Lebenskompetenzen ihrer Ansicht nach als „generalisierte Widerstandsressourcen“ bezeichnet werden, welche zu einem positiven Umgang und letztendlich einer Lösung sowohl psychischer wie auch sozialer Probleme befähigen. Lebenskompetenzen tragen so maßgeblich zu der Ausbildung und Beibehaltung eines stark ausgeprägten Kohärenzsinn bei.³⁴ Zudem kann die Förderung von Lebenskompetenzen immer auch als Förderung von Resilienz betrachtet werden, da Lebenskompetenzen, wie bspw. die Fähigkeit zur Emotionsregulation, es Individuen ermöglicht, sich auch in schwierigen Situationen bzw. im Angesicht von kritischen Lebensereignissen kompetent zu verhalten und sich so, trotz widriger Lebensumstände, positiv an ihre Umwelt anzupassen und in dieser zu behaupten. *Selbstwirksamkeit* kann in diesem Zusammenhang als eine eigene Lebenskompetenz begriffen werden, welche aufgrund der mit ihr verbundenen Kompetenzerwartungen eine wichtige Voraussetzung für die Aneignung weiterer Kompetenzen und die Motivation hierfür notwendiger Handlungen darstellt (vgl. Bühler/ Heppekausen 2005, S.19f.).

Jerusalem und Meixner (2009, S. 141f.) äußern die Ansicht, dass insbesondere schon im Kindes- und Jugendalter Kompetenzen vermittelt werden sollten, welche eine Lebensbewältigung mit stärkerem Zugriff auf gesundheitsförderliche und möglichst ohne Inanspruchnahme von schädigenden Verhaltensweisen möglich machen. Auch die Direktorin

³⁴ Vergleiche hierzu noch einmal Kapitel 3.1.2 zu Antonovskys Modell der Salutogenese und des Kohärenzgefühls.

der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Elisabeth Pott, betont in ihrem Vorwort zu der BZgA-Veröffentlichung, dass Lebenskompetenzen „wichtige Ressourcen darstellen, um Alltagsbelastungen und entwicklungstypische Anforderungen angemessen bewältigen zu können und nicht auf Risikoverhalten zurückgreifen zu müssen (Pott in ihrem Vorwort zu Bühler/ Heppekausen 2005, S. 3). Lebenskompetenzförderung verfolgt somit immer auch den Zweck, gesundheitsförderliche Lebensstile und Lebensbedingungen zu stärken, und findet daher zunehmend Eingang in Gesundheitsstrategien der Primär- und Sekundärprävention. Jerusalem und Meixner bezeichnen die Stärkung von *Lebenskompetenzen* in diesem Zusammenhang gar als „erfolgreichste[n] Einzelansatz in der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung und Suchtprävention“ (Jerusalem/ Meixner 2009, S.141) überhaupt. Andere, frühe Präventionsansätze der 1950er-Jahre, die vor allem der Wissensaneignung und Abschreckung dienten, sowie persönlichkeitsorientierte Präventionsprogramme der 1970er-Jahre hätten sich demgegenüber als ziemlich wirkungslos erwiesen (vgl. Jerusalem/ Meixner 2009, S. 141f.). Auch Hallmann (2011) betont den mittlerweile hohen Stellenwert von Lebenskompetenzprogrammen im Bereich der Gesundheitsförderung. Der Aufbau von Kompetenzen muss dabei zugleich als Ziel wie auch als Basis erfolgreicher Bewältigungsprozesse begriffen werden. In einem zirkulären Kreislauf werden Kompetenzen entscheidend durch einen erfolgreichen Umgang mit schwierigen Lebensumständen gestärkt, stellen jedoch gleichzeitig eine bedeutsame Grundvoraussetzung für die Fähigkeit dar, belastende Situationen erfolgreich meistern zu können. Die hierbei entstehenden Wechselwirkungen unterliegen einem lebenslangen, dynamischen Prozess - ihre Funktionalität wird insbesondere in Krisenzeiten immer wieder auf die Probe gestellt (vgl. Hallmann 2011, S. 358f.). Bei der Förderung von Lebenskompetenzen geht es also vor allem darum, ein Bündel an verschiedenen Fertigkeiten und nicht nur einzelne (Lebens-) Fähigkeiten zu trainieren, wie dies beispielsweise bei reinen Streitschlichter- oder Stressbewältigungsprogrammen der Fall ist. Die Förderung sozialer Kompetenzen, wie z.B. der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, wird in dieser Sichtweise als Förderung einer Untergruppe von Lebenskompetenzen betrachtet. Im deutschsprachigen Grundschulbereich fokussieren sich bekannte Lebenskompetenzprogramme vor allem auf die frühzeitige Intervention zur Verhinderung von internalen (Ängste und Depressionen) und externalen Störungen (Aggressionen, Impulsivität und Gewalt) sowie eines Missbrauchs von Substanzmitteln. Hierfür werden verschiedenste Kompetenzen der Kinder, u.a. durch Informationsvermittlung, Rollenspiele und Entspannungsübungen, geschult. Die überwiegende Mehrheit der Lebenskompetenzprogramme wird dabei im Setting Schule durchgeführt (vgl. Bühler/ Heppekausen 2005, S. 18ff.)³⁵

³⁵ Weiterführende sehr umfangreiche Darstellungen und Vergleiche einzelner Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen insbesondere auch im Grundschulbereich („Klasse 2000“, „Fit und stark fürs Leben“,

In den Gesundheitswissenschaften ebenfalls häufig verwendet wird der Begriff der „Gesundheitskompetenz“ bzw. der fast bedeutungsgleiche, englische Ausdruck „*Health Literacy*“³⁶, welche enger gefasst werden als der Begriff der „Lebenskompetenzen“ und vor allem Prozesse der gesundheitsbezogenen Wissensaneignung sowie die Fähigkeit zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen meinen. Besonders prägend war in diesem Zusammenhang das Begriffsverständnis der WHO, nach der „Health Literacy“ nicht nur als eine passive Fähigkeit, Gesundheitsinformationen lesen zu können, sondern vor allem auch als aktive Fähigkeit eines daran anschließenden, intelligenten Umgangs mit diesen Informationen begriffen werden sollte (vgl. Soellner et al. 2009, S. 105f.). So heißt es im Health Promotion Glossary der WHO von 1998: „Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good *health* [kursive Hervorhebung auch im Original]“ (WHO 1998, S.10). Auch im deutschsprachigen Raum lassen sich etliche Begriffserklärungen von Gesundheitskompetenz bzw. „Health Literacy“ finden. Zwei der einflussreichsten sollen hier vorgestellt werden. So gehört für Abel et al. „zur Gesundheitskompetenz [...] neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen – z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. [...] Gesundheitskompetenz wird so primär als Ressource und Potenzial verstanden, die dazu beitragen kann, dass Individuen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und über gesundheitsbeeinflussende Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) erlangen.“ (Abel et al. 2011, S.337). Kickbusch et al. wählen eine etwas andere Definition, in dem sie auf Englisch festhalten: „Health Literacy is the ability to make sound health decision in the context of every day life – at home, in the community, at the workplace, the health care system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility“ (Kickbusch et al. 2005, S.10). Beide Ansätze unterscheiden sich in ihrer prinzipiellen Ausrichtung Soellner et al. (2009) folgend vor allem darin, dass Abel et al. (2011) Gesundheitskompetenz als wissensbasierte Kompetenz betrachten, während Kickbusch et al. (2005) darüber hinaus dem Begriff auch eine Public Health Note verleihen, indem sie die potenzielle Möglichkeit einer Beeinflussung der gesellschaftlichen wie auch der politischen Ebene betonen (vgl. Soellner et al. 2009, S. 106). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy immer mehr ist als nur eine passive Aufnahme gesundheitsrelevanter Informationen – dies stellt nur die Grundlage dar, für eine anschließend erfolgende kognitive Einordnung dieser Informationen und gesundheitsrelevante Entscheidungen eines als mündig angesehenen Individuums. Somit

„Eigenständig werden“, „Freunde für Kinder“/ „Friends Program“/ Take action“, „Faustlos“, „Verhaltenstraining für Schulanfänger“, „Verhaltenstraining für Grundschul Kinder“) finden sich in Bühler und Heppekausen (2005).

³⁶ Im amerikanischen Raum ist mit dem Begriff der „Health Literacy“ eher eine klinische Perspektive verknüpft, während im europäischen bzw. deutschen Raum (mit dem Begriff der „Gesundheitskompetenz“) eine Public Health Sichtweise stärker betont wird (vgl. Soellner et al. 2009,S.111)

handelt es sich bei der Gesundheitskompetenz nicht nur um eine wissensbasierte Kompetenz, sondern schließlich doch auch um eine spezifische Lebenskompetenz (vgl. Soellner et al. 2009, S.106f.).

Die letztgenannte Definition von Kickbusch et al. (2005) macht zudem auf die enge Verknüpfung des Konzepts der „*Gesundheitskompetenz*“ mit dem *Empowermentansatz* aufmerksam, wie sie auch Sommerhalder und Abel wichtig ist. Sie befinden, dass sich „Gesundheitskompetenz als Komponente von Empowermentprozessen verstehen [lässt, *Einschub der Autorin*]. Gesundheitskompetenz kann Empowerment fördern und stärken“ (Sommerhalder/ Abel 2007, S. 5). Mit dem Empowermentansatz sollen, einer Definition von Leitbegriffen der Gesundheitsförderung und Prävention von Brandes und Stark aus dem Jahr 2011 folgend, „Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern“ (Brandes/ Stark 2011, S.57). Somit handelt es sich bei dem Empowermentansatz um einen Ansatz der Gesundheitsförderung, in welchen eine Stärkung von Gesundheitskompetenzen integriert werden kann bzw. sollte. Dies setzt jedoch voraus, dass sich Gesundheitskompetenzen auch tatsächlich positiv auf die Gesundheit auswirken. Ein empirischer Beleg hierfür wurde bisher noch nicht hinreichend erbracht. Zwar liegen zum Einfluss von Gesundheitskompetenzen bzw. von „Health Literacy“ auf die Gesundheit bereits einige, hauptsächlich aus dem angelsächsischen Raum (USA und Großbritannien) stammende Studien vor. Es handelt sich hierbei jedoch um klinische Stichproben, die daher wenig repräsentativ sind. Zudem fehlen valide Erhebungsinstrumente. Bisher vorliegende Ergebnisse sind zudem nicht eindeutig, auch wenn sie erwartungskonform daraufhin weisen, dass eine schlechte Gesundheitskompetenz auch mit weiteren gesundheitsgefährdenden Merkmalen von Individuen (wie z.B. einer geringen Schulbildung) zusammen hängen könnte (vgl. Soeller et al. 2009, S.110f.).

Kompetenzen spielen schließlich auch in den *Sportwissenschaften*, die durchaus als Teilbereich der Gesundheitswissenschaften begriffen werden können (und in Deutschland an den Universitäten häufig in einer Fakultät mit den Gesundheitswissenschaften verankert sind), eine weitreichende Bedeutung. Dabei werden insbesondere der Einfluss motorischer Kompetenzen auf die Beweglichkeit und die körperliche Gesundheit diskutiert und gemessen. Im deutschsprachigen Raum sind hierzu vor allem die Arbeiten von Klaus Bös von Bedeutung, der „unter Motorik [...] die Gesamtheit aller latenten Steuerungs- und Funktionsprozesse, die sichtbaren Bewegungsabläufen zu Grunde liegen [versteht, *Einschub der Autorin*]. Die einzelnen Analyseeinheiten bezeichnet man als motorische Fähigkeiten, die sichtbaren Bewegungen als Bewegungsfertigkeiten“ (Bös 2004, S. 352). Woll et al. spezifizieren für die körperliche Fitness als Fähigkeit: „Physical fitness can be defined as the ability of a person to be physically active and includes endurance, strength, agility, coordination and flexibility“

(Woll et al. 2011, S. 1129). Zudem können Bewegungsfertigkeiten im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen auch „motorisch-sensorischen Ressourcen“ zugeordnet werden, wie dies Jerusalem und Meixner (2009, S.143) vornehmen. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften können fehlende sportliche und motorische Kompetenzen bereits im Kindesalter zu diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Kompetenzbegriff mittlerweile in den verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen diskutiert wird und so zu einer beachtlichen Bedeutung gelangt ist. Während in den Gesundheits- und Sportwissenschaften die gesundheitlichen Bezüge der jeweiligen Kompetenzbegriffe offensichtlich sind, ist dies bei der Betrachtung der Kompetenzdefinitionen aus den Erziehungs- und Sozialwissenschaften auf den ersten Blick nicht der Fall. Dennoch sind die in diesen Disziplinen angesprochenen Komponenten von Kompetenz, wie bspw. die von der KMK definierte Fach- und Selbstkompetenz, für die Gesundheit ebenfalls von großer Bedeutung, da ihr Vorliegen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen schulischen und beruflichen Laufbahn erhöht und die hiermit einhergehenden (späteren) höheren Positionen im sozialen Ungleichheitsgefüge der Gesellschaft nachweislich mit einer besseren psychischen, körperlichen und sozialen Gesundheit verknüpft sind. Trotz etlicher offensichtlicher Überschneidungen zwischen dem Begriffsverständnis von Kompetenzen in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften und den Begriffsdefinitionen in den Gesundheitswissenschaften, insbesondere auch im Hinblick auf die sozialen und die personalen Kompetenzen, steht eine Auseinandersetzung hinsichtlich bestehender Gemeinsamkeiten und Überschneidungen m. W. jedoch noch aus. Dies ist insofern bedauerlich, da ein interdisziplinäres und die verschiedenen Sichtweisen integrierendes Gesamtmodell die Bedeutung von Kompetenzen auf sämtliche relevanten Lebensbereiche ausdehnen und so die theoretische, wie auch möglicherweise die empirische Reichweite, erhöhen könnte.

Zum Schluss soll nun ein selbst entwickeltes Modell mit vier Ebenen für *gesundheitsrelevante Lebensstile von Kindern* vorgestellt werden, welches auf dem Konzept von Reisch und Gwozdz (2010) zum Gesundheitsverhalten von Kindern aufbaut bzw. sich an dieses anlehnt und hierbei das Begriffsverständnis von Abel und Ruckstuhl (2011) mit einbezieht (vgl. Abbildung 6).

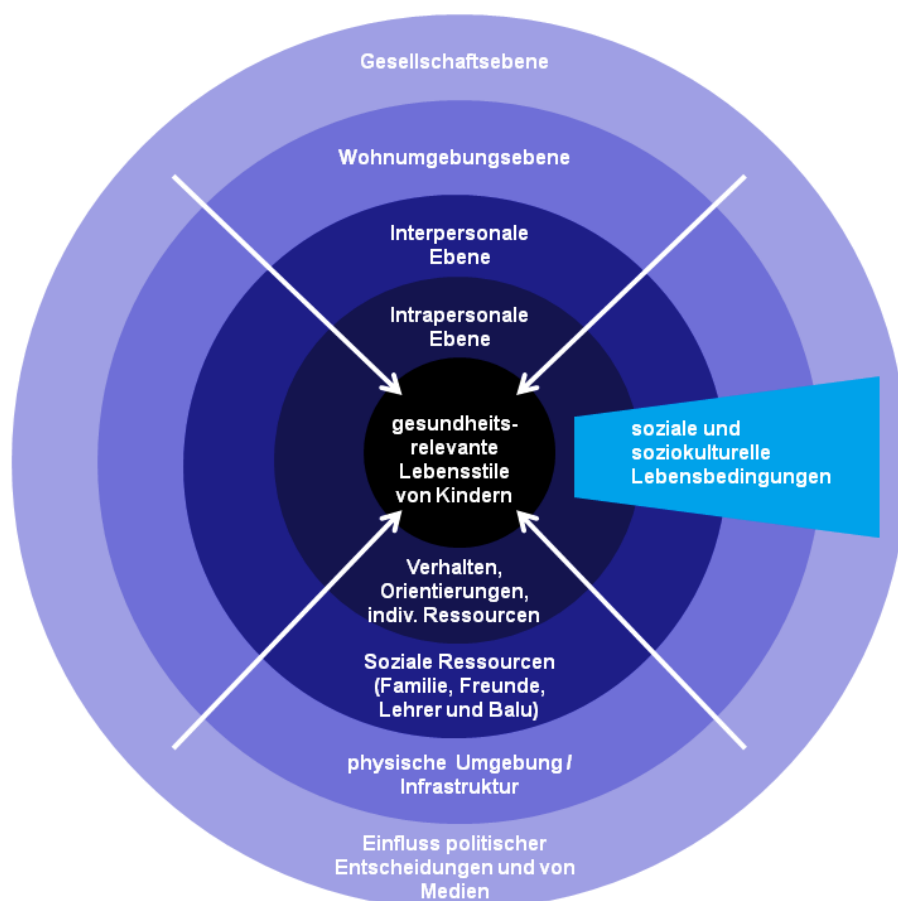


Abbildung 6. Die vier Ebenen für gesundheitsrelevante Lebensstile von Kindern (eigene Weiterentwicklung)

Anmerkung. Die Grafik entstand in Anlehnung an die von Gwozdz und Reisch (2010) entwickelte Grafik zum Gesundheitsverhalten von Kindern und stellt, unter Einbeziehung der von Abel und Ruckstuhl (2011) vorgenommenen Definitionen, eine Weiterentwicklung zur Erklärung gesundheitsrelevanter Lebensstile von Kinder dar.

Dabei ist insbesondere zu beachten, dass einzelne gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Bewegungsmangel) oder Einstellungen (keine Lust auf Bewegung) für sich genommen noch keinen Lebensstil abbilden – dieser entsteht erst im Zusammenspiel verschiedener Orientierungen und Verhaltensweisen (vgl. Hradil 2009, S. 48) sowie, in Ergänzung zu Hradil, unter dem Einfluss vorhandener Ressourcen. Die somit für eine Ausbildung gesundheitsrelevanter Lebensstile bedeutsamen Komponenten der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und individuellen Ressourcen können daher auf der intrapersonalen Ebene verortet werden. Soziale Ressourcen (Familie, Freunde und Lehrer), die auf der interpersonalen Ebene angesiedelt werden können, formen die Ausbildung gesundheitsrelevanter Lebensstile im Kindesalter ebenfalls wesentlich mit. Auf dieser Ebene wäre auch ein Mentor wie der *Balu* als soziale Ressource einzuordnen. Wie bereits in der Darstellung von Reisch und Gwozdz (2010) zum Gesundheitsverhalten im Kindesalter spielen auch in diesem Modell die Wohnumgebung (physische Umgebung/ Infrastruktur) und die Gesellschaftsebene (Einfluss politischer Entscheidungen und der Medien) hinsichtlich der Möglichkeiten von Kindern gesundheitsförderliche Lebensstile entwickeln zu können eine

relevante Rolle. So können auf der gesellschaftlichen Ebene bestimmte Subventions- und Fördermaßnahmen vorgenommen werden. Die unmittelbare Wohnumgebung mit ihrer Ausstattung an Schwimmbädern, Spielplätzen und Grünflächen kann gesundheitsförderliche Lebensstile unterstützen oder aber auch, im Falle einer fehlenden Infrastruktur solcher Angebote, diese verhindern bzw. deutlich erschweren. In diesem Modell auch eingefügt wurden die von Abel et al. 2004 (S. 297) in ihrer Lebensstildefinition genannten sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen, welche auf alle vier Ebenen, d.h. der Gesellschaftsebene, der Wohnumgebungsebene, der interpersonalen Ebene und der intrapersonalen Ebene, Wirkungen entfalten können.

Nachdem in diesem Kapitel drei die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sozial benachteiligter Grundschul Kinder aus der salutogenetischen Sichtweise (Kapitel 3.1) wie auch in Hinblick auf den Einflussfaktor der sozialen Benachteiligung beleuchtet wurde (Kapitel 3.2), hatte das hiermit abgeschlossene Kapitel 3.3 zum Ziel, näher auf die verschiedenen Bestandteile gesundheitsrelevanter Lebensstile (Orientierungen, Verhaltensweisen und Ressourcen bzw. Kompetenzen) und ihren Einfluss auf die Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität einzugehen. In dem zuvor ausgeführten Kapitel zwei zur Resilienzförderung durch das Mentorenprogramm *Balu und Du* waren bereits das theoretische Konzept sowie einige wichtige Studien der Resilienzforschung vorgestellt und die Einordnung des Mentorenprogramms *Balu und Du* als Resilienzprojekt begründet worden. Hieraufhin wurden theoretische Hypothesen darüber getroffen, dass die im Rahmen von *Balu und Du* durchgeführten Mentorenbeziehungen gesundheitsrelevante Lebensstile als Resilienz Kriterien tatsächlich stärken sowie die Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität von sozial benachteiligten Grundschulkindern (als Outcome dieser Resilienzprozesse und als personaler Schutzfaktor) in relevanter Weise verbessern können, untersuchen zu können, wurde eine entsprechende Studie geplant. Auf die genaue Konzeption und Durchführung dieser Evaluationsstudie wird in dem nun anschließenden Kapitel vier genauer eingegangen.

4 Konzeption und Durchführung der Evaluationsstudie

Nachdem in den vorangegangenen zwei Hauptkapiteln das Konzept der Resilienzförderung sowie seine Übertragbarkeit auf das Mentorenprogramm *Balu und Du* theoretisch dargelegt (Kapitel zwei) und die Bedeutung von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität wie auch der Einfluss gesundheitsrelevanter Lebensstile hierauf ausführlich erörtert wurden (vgl. Kapitel drei), widmet sich das nun folgende Kapitel vier der Konzeption und Durchführung dieser Evaluationsstudie. Hierfür werden neben den Evaluationszielen und dem Untersuchungsdesign (Kapitel 4.1), den selbstentwickelten und standardisierten Erhebungsinstrumenten (Kapitel 4.2), der Entwicklung des Untersuchungsdesigns (Kapitel 4.3), der Untersuchungsdurchführung (Kapitel 4.4) sowie der Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung (Kapitel 4.5) auch die Auswertungsmethoden (Kapitel 4.6) und der Gültigkeitsanspruch der Untersuchungsbefunde (Kapitel 4.7) thematisiert.

4.1 Evaluationsziele und Untersuchungsdesign

Im Folgenden werden das dieser Studie zugrundeliegende Evaluationsziel und das Untersuchungsdesign näher beschrieben.

Evaluationsstudien dienen der Beurteilung von Maßnahmen, Programmen und Interventionen und können verschiedenen thematischen Bereichen wie der Bildungs-, Gesundheits- oder der Resilienzforschung zugeordnet werden. Dabei stehen die Wirkungen und Folgen eines Programms, hier dem Mentorenprogramm *Balu und Du*, im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 101ff.). Auch die Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) versteht in ihren Standards für Evaluation dementsprechend unter Evaluation „die systematische Untersuchung des Nutzens oder Wertes eines Gegenstandes. Solche Evaluationsgegenstände können z.B. Programme, Projekte, Produkte, Maßnahmen, Leistungen, Organisationen, Politik, Technologie oder Forschung sein. Die erzielten Ergebnisse, Schlussfolgerungen oder Empfehlungen müssen nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen“ (DeGEval 2008, S. 15). Unterschieden wird zwischen „formativen“ und „summativen Evaluationen“. Während bei der ersten Form daraufhin gewirkt wird, begleitend in Form von Verbesserungsvorschlägen auf den Evaluationsgegenstand einzuwirken, steht bei der zweiten Form vor allem eine zusammenfassende Bilanz möglicher Effekte im Vordergrund (vgl. DeGEval 2008, S. 16). Die hier vorliegende Evaluationsstudie zu *Balu und Du* kann sicherlich als eine Mischform zwischen formativer und summativer Evaluation bezeichnet werden, da die Untersuchungsergebnisse einerseits bereits während der letzten Jahre immer wieder vorgestellt und diskutiert wurden, andererseits jedoch erst jetzt ein umfassendes Studienergebnis vorliegt, welches weitergehende Schlussfolgerungen erlaubt. Hierbei wurden die vier von der DeGEval als grundlegend postulierten Eigenschaften

der Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit beachtet. Unter Nützlichkeit versteht die DeGEval eine Identifizierung derjenigen Personen, die an der Durchführung der Evaluation Interesse haben und an deren Bedürfnissen die Evaluationszwecke ausgerichtet sind (vgl. DeGEval 2008, S. 10). Dies betrifft in dieser Evaluationsstudie sowohl den Vorstand des Vereins *Balu und Du* e.V., die StandortkoordinatorInnen und die Balus. Zudem können die Ergebnisse dieser Untersuchung für weitere Programmverbesserungen genutzt werden, welche auch den am Projekt teilnehmenden Kindern selbst zugutekommen. Nach den DeGEval-Standards sollte zudem gewährleistet werden, dass die Evaluation mit den vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen tatsächlich durchgeführt werden kann und, den Standards der Genauigkeit entsprechend, die bei der Evaluation erhobenen Informationen auch tatsächlich der Zielsetzung der Evaluationsstudie entsprechen (vgl. DeGEval 2008, S. 10f.). Beide Anforderungen wurden für diese Studie bestmöglich umgesetzt (siehe Kapitel 4.4 zur Untersuchungsdurchführung, Kapitel 4.5 zur Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung, Kapitel 4.6 zu den Auswertungsmethoden und Kapitel 4.7 zum Gültigkeitsanspruch der Untersuchungsbefunde). Das Gebot der Fairness verweist auf ethische Grenzen, die bei der Durchführung einer Evaluation nicht überschritten werden sollten (vgl. DeGEval 2008, S. 11). Ethische Bedenken wurden auch für die hier vorliegende Evaluationsstudie geäußert, so dass ein ursprünglich angestrebtes randomisiertes Untersuchungsdesign mit Kontrollgruppe zugunsten einer quasi-experimentellen Untersuchung aufgegeben werden musste (siehe Kapitel 4.2 zur Entwicklung des Untersuchungsdesigns).

Ziel des Mentorenprogramms *Balu und Du* ist es, insbesondere die Resilienz von Kindern aus hochbelasteten Familien mit einer Risikokumulation zu stärken. In Kapitel 2.5.2 wurde bereits eine mögliche Resilienzförderung sozial benachteiligter Grundschul Kinder durch das Mentorenprogramm *Balu und Du* in einem idealtypischen Modell erläutert. Hieran anknüpfend stellt sich nun die Forschungsfrage, ob und wenn ja, inwieweit, das Mentorenprogramm *Balu und Du* (als Treatment) bei sozial benachteiligten Grundschulkindern tatsächlich zu Resilienzprozessen in Form von positiven Lebensstiländerungen (als Resilienz Kriterien) und Verbesserungen der Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (als Outcome und als personaler Schutzfaktor) führt. Hierzu soll die Entwicklung der an dem Programm *Balu und Du* teilnehmenden „Moglis“ (Treatmentgruppe)³⁷ im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, d.h. im Vergleich zu einer Gruppe von Kindern die *nicht* am Programm teilnahmen und daher keine Mentorenbeziehung als sozialen Schutzfaktor erhielten, analysiert werden. Um entsprechende Entwicklung nachzeichnen zu können, wurde ein Untersuchungsdesign mit zwei Erhebungszeitpunkten (zu Projektbeginn und nach Projektende) geplant (vgl. Abbildung 7).

³⁷ Im Folgenden werden die Begriffe „Moglis“, „Mogligruppe“ und „Treatmentgruppe“ synonym verwendet.

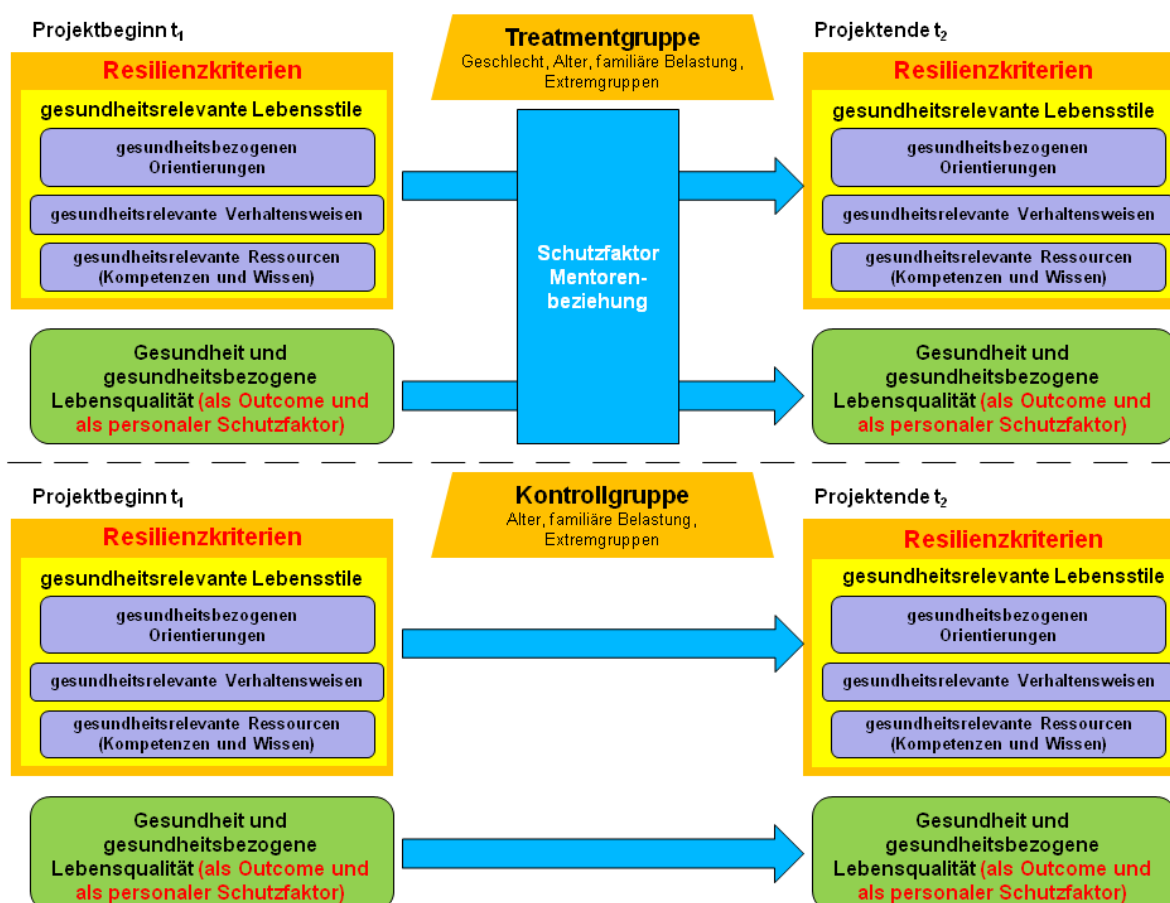


Abbildung 7. Untersuchungsdesign für die Entwicklung der gesundheitsrelevanten Lebensstile (als Resilienz Kriterien) sowie der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor) in der Treatment- und in der Kontrollgruppe.

Wie aus der Abbildung hervorgeht, sollte hierbei neben einer Untersuchung der Entwicklung beider Gesamtgruppen (gesamte Treatment- und gesamte Kontrollgruppe) auch verschiedenen, nach Geschlecht, Alter und familiärer Belastung aufgeteilten Subgruppen wie auch einem Extremgruppenvergleich Rechnung getragen werden. Die Einteilung in diese Subgruppen wird in Kapitel 4.5 und Kapitel 4.6.2 ausführlich erläutert.

Zunächst soll jedoch geklärt werden, wie der Begriff der „sozialen Benachteiligung“ in dieser Arbeit verstanden wurde und wie sozial benachteiligte Grundschul Kinder identifiziert werden konnten. Ebenfalls erklärt wird, wie die Qualität der Mentorenbeziehung mit dem *Balu* als sozialem Schutzfaktor erfasst wurde.

Soziale Benachteiligung als Summe familiär belastender Risikomerkmale

Gemäß der Definition des Resilienzkonzepts kann und muss sich „Resilienz“ nur dann ausbilden, wenn eine entsprechende Ausgangsbelastung vorliegt (vgl. Sturzbecher/ Dietrich 2007, S. 7), andernfalls wird in der Resilienzforschung der Begriff der „Kompetenz“³⁸

³⁸ Die Verwendung des Begriffes „Kompetenz“ in der Resilienzforschung darf nicht mit dem Kompetenzbegriff in der Bildungsforschung oder dem Begriff der „Lebenskompetenzen“ in den Gesundheitswissenschaften verwechselt werden. „Kompetent“ in der Resilienzforschung meint die positive Entwicklung von Kindern, die

angewandt. Daher wurden die KlassenlehrerInnen um Auskunft über verschiedenste Risikomerkmale für eine familiäre Belastung gebeten. Relevante Risikomerkmale, nach denen die KlassenlehrerInnen explizit gefragt wurden, waren z.B. die Scheidung oder Trennung der Eltern, materielle Armut oder ein geringes Bildungsniveau innerhalb der Familie. Auch kann eine belastende oder chronische Erkrankung der Kinder und eine damit verbundene, zum Teil dauerhafte Medikamentierung eine familiäre Belastung darstellen und wurde daher ebenfalls erfasst. Als ein weiterer in der Forschungsliteratur abgesicherter Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gilt eine Anzahl von mehr als vier Geschwistern³⁹, da die familiären Ressourcen für die einzelnen Kinder mit steigender Geschwisterzahl deutlich knapper werden (vgl. Wustmann 2007, S. 131). Daher floss die Anzahl der Geschwister ebenfalls in die Berechnung der familiären Belastung eines Kindes mit ein (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1.
Risikomerkmale familiärer Belastung

Risikomerkmale

- Tod eines Elternteils oder beider Elternteile
 - Scheidung oder Trennung der Eltern
 - Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile
 - Armut
 - geringes Bildungsniveau
 - Krankheiten in der Familie (körperlich oder psychisch)
 - Aggressivität eines oder beider Elternteile
 - Suchtabhängigkeit (Drogen, Alkohol oder Medikamente)
 - fehlende Deutschkenntnisse
 - (dauerhafte) Medikamentierung des Kindes aufgrund von chronischen bzw. belastenden Krankheiten
 - mehr als vier Geschwister
-

Hierzu muss einschränkend bemerkt werden, dass es sich bei den von den KlassenlehrerInnen und Kindern genannten Risikomerkmale zwar um Indikatoren für eine mögliche Belastung der Kinder im Sinne einer Wahrscheinlichkeitsaussage handelt, diese jedoch nicht zwingend etwas darüber aussagen, wie sich bestimmte familiäre Merkmale tatsächlich auf das kindliche Leben und Wohlbefinden auswirken (vgl. Laucht et al. 2002, S. 6). So kann bspw. ein bestimmtes Ereignis, wie eine Scheidung oder Trennung der Eltern, zuvor vorhandene Disharmonien und Streitigkeiten in der Familie durch die Schaffung klarer

aufgrund fehlender oder nur geringer Risiken und Belastungen, anders als resiliente Kinder mit multipler Risikobelastung, nicht herausgefordert sind (vgl. Masten/ Reed 2002, S. 80 bzw. siehe Kapitel 2.3.1 „Operationalisierung des Resilienzkonstrukts“).

³⁹ Das Risikomerkmale „mehr als vier Geschwister“ bezieht sich, dem „Index of Family Adversity“ von Rutter und Quinton (1977) folgend, auf die Anzahl der Kinder in der Familie insgesamt, d.h. mindestens vier Kinder leben in der Familie.

Verhältnisse verringern und so unter bestimmten Umständen sogar zu einer psychischen Entlastung für die Kinder führen.⁴⁰

Die Mentorenbeziehung mit dem Balu als sozialer Schutzfaktor

Die Moglis wurden vor Beginn der ersten Erhebungswelle an einen *Balu* als sozialem Schutzfaktor vermittelt. Die Qualität und Nachhaltigkeit dieser Mentorenbeziehungen fallen jedoch naturgemäß unterschiedlich aus. Um zu messen, wie positiv die Beziehung zum *Balu* tatsächlich für die Kinder verlief, wurde die gemeinsam verbrachte Zeit (in Stunden) und der Erfolg der Beziehung (beides extrahiert aus den online-Tagebucheinträgen der MentorInnen) als quantitative, zusätzliche Variablen in den Datensatz eingeführt. Die Kinder wurden in beiden Erhebungswellen gefragt, ob sie bei ihrem *Balu* Trost und Rat suchen würden, wenn sie traurig wären. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gaben die Kinder außerdem an, wie Ihnen das Projekt gefallen hätte (Bewertung der Mentorenbeziehung aus Kindersicht) und ob sie noch weiter Kontakt zu ihrem *Balu* hätten (zur Messung der Nachhaltigkeit). Zudem schätzten die KlassenlehrerInnen ein, ob die Kinder aus ihrer Sicht von dem Projekt profitiert hätten (Bewertung der Mentorenbeziehung aus LehrerInnensicht) (vgl. Tabelle 2).⁴¹

Tabelle 2.
Merkmale des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“

Merkmale des Schutzfaktors
– Anzahl der von Mogli und Balu gemeinsam verbrachten Zeit (in Stunden)
– Erfolg der Beziehung zwischen Mogli und Balu
– Kinder suchen Trost und Rat bei Balu
– Kindern hat das Projekt gefallen
– Kinder haben weiterhin Kontakt zu ihrem Balu
– Kinder haben aus LehrerInnensicht von dem Projekt profitiert

Gesundheitsrelevante Lebensstile als Resilienz Kriterien

Gesundheitsrelevante Lebensstile bestehen nach Abel und Ruckstuhl (2011) aus gesundheitsbezogenen Orientierungen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und gesundheitsrelevanten Ressourcen. Als gesundheitsbezogene Orientierungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden für diese Studie folgende Bereiche

⁴⁰ Hier werden die Grenzen dieser Studie deutlich, da eine noch differenziertere Erfassung der tatsächlich vorhandenen familiären Belastung, z.B. durch eine Befragung der Eltern, sinnvoll gewesen wäre, aber aufgrund mangelnder Ressourcen nicht möglich war.

⁴¹ Nicht einbezogen als eines der Merkmale des Schutzfaktors wurde die Variable „Kinder wurden von einem gleichgeschlechtlichen Balu betreut“, da der bisherige internationale Forschungsstand keine eindeutigen Hinweise auf einen größeren Effekt gleichgeschlechtlicher im Vergleich zu gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen auf die Entwicklung der Kinder liefert (vgl. Bogat/ Liang 2005, S. 209ff.). Mögliche Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung der männlichen Moglis (die weiblichen Moglis hatten alle gleichgeschlechtliche Balus) bei einer Betreuung mit einem gleichgeschlechtlichen und einem gegengeschlechtlichen Balu werden jedoch in einem späteren Kapitel dieser Arbeit ausgeführt (siehe Kapitel 5.4.1).

untersucht: Ernährungsvorlieben und –verhalten, Bewegungsfreude und –verhalten, Konsum- und Medieneinstellungen und –verhalten, Kommunikations- und Sozialverhalten, Impulsivität und Risikoverhalten, Lernfreude, Waschaffinität und Hygieneverhalten sowie Schlafverhalten (Kapitel 5.1).

Als gesundheitsrelevante Ressourcen, d.h. Wissen und Kompetenzen, wurden die WHO-Lebenskompetenzen Entscheidungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Konfliktlösungskompetenz, Frustrationstoleranz, Bewältigung von Trauer und negativen Gefühlen und die realistische Selbsteinschätzung in Schule und Sport erfasst. Weitere gesundheitsrelevante Ressourcen, welche mit in die Untersuchung einbezogen wurden, waren das Wissen über gesunde Ernährung (als Gesundheitskompetenz), die Selbstorganisationsfähigkeit und Selbstständigkeit, die schulische Leistungsfähigkeit sowie Sport- und Motorikkompetenzen (Kapitel 5.2).

Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome und als personaler Schutzfaktor

Kompetenz bzw. Resilienz, verstanden als Widerstandsfähigkeit in widrigen Lebensumständen, wurde für diese Studie mit den Indikatoren der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (als Outcome und als personaler Schutzfaktor) untersucht. Dahinter steckte die Idee, dass neben der „objektiv messbaren“ Gesundheit durch den Body-Mass-Index (BMI) oder durch sog. Biomarker⁴² auch die subjektiv erlebte Gesundheit von entscheidender Bedeutung ist. So stellt eine positive Wahrnehmung der eigenen Lebensqualität eine Schlüsselfunktion für ein gelingendes und glückliches Leben dar. Die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden hierbei in die drei Unterbereiche der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit untergliedert und u.a. mit dem Instrument des KIDSCREEN-27 gemessen.

4.2 Entwicklung des Untersuchungsdesigns

Bezüglich der Zuordnung der Grundschul Kinder auf die Treatment- und die Kontrollgruppe wurde zunächst eine sog. RCT-Studie, d.h. ein experimentelles Untersuchungsdesign mit Randomisierung, angestrebt. Diesem ursprünglichen Design folgend sollten die GrundschullehrerInnen dazu aufgefordert werden, eine gewisse Anzahl an Kindern (insgesamt mind. N= 270, da mind. N= 135 Kinder in die Treatment- und mind. N= 135 Kinder in die Kontrollgruppe aufgenommen werden sollten) für das Programm vorzuschlagen. Anschließend sollten die von den GrundschullehrerInnen für das Programm

⁴² Die National Institutes of Health Biomarkers Definitions Working Group definierte Biomarker 1998 als “a characteristic that is objectively measured and evaluated as an indication of normal biologic processes, pathogenic processes, or pharmacologic responses to a therapeutic intervention” (Biomarkers Definition Working Group 2000 zit. nach Aronson 2005, S. 491).

Balu und Du vorgeschlagenen Kinder zufällig auf die Treatment- und die Kontrollgruppe verteilt werden. Das geplante Vorgehen stieß bei den KoordinatorInnen der *Balu und Du* Standorte jedoch auf erhebliche Widerstände, da die Ausgangsbelastung der für das Programm gemeldeten Kinder und somit die Dringlichkeit einer Aufnahme in das Programm teilweise sehr unterschiedlich ausfielen. Bei einer Randomisierung hätten einige Kinder wahrscheinlich, trotz sehr schwieriger häuslicher Lage, ein Jahr lang warten müssen, während andere Kinder mit vergleichsweise leichteren Schwierigkeiten in das Programm aufgenommen worden wären. Aufgrund dieser ethischen Bedenken, die nach Bortz und Döring (2005, S. 525) bei vielen sozial- und humanwissenschaftlichen Untersuchungen sowie nach Müller-Kohlenberg (2015, S. 529) insbesondere auch bei der Evaluation von Mentorenprogrammen vorkommen und einer künstlichen Manipulation des „Treatments“ entgegenstehen, wurde das ursprüngliche Evaluationsdesign zugunsten einer quasiexperimentellen Untersuchung verworfen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 429 und S. 528ff). Im Zuge dieser Entscheidung wurde ebenfalls auf eine zufällige Auswahl der Untersuchungsstandorte verzichtet, um nicht von Osnabrück aus sehr weit entfernte Standort mit in die Untersuchung einbeziehen zu müssen.⁴³ Auch das zunächst vorgesehene Prä-Post-Design musste zu Beginn der Evaluationsstudie leicht modifiziert werden. So war eine Befragung und Testung der Kinder, die an dem Mentorenprogramm *Balu und Du* teilnahmen, vor Beginn der Beziehung zum Balu („Baseline“) aus programmimmanenten Gründen in der ersten und zweiten Kohorte nicht möglich. Dies lag an Bedenken der StandortkoordinatorInnen, dass die KlassenlehrerInnen und vor allem die Eltern von einer Befragung bzw. Testung noch vor Programmbeginn von der Teilnahme an dem selbigen abgeschreckt werden könnten. Aus Rücksicht auf das Mentorenprogramm *Balu und Du* wurde daher das jeweilige Matchingverfahren zur Bildung der einzelnen Balu-Mogli-Gespanne abgewartet. Erst danach konnten die Schulleitungen und LehrerInnen kontaktiert und von der Evaluation überzeugt sowie die Einverständniserklärungen der Eltern eingeholt werden.⁴⁴

⁴³ Die Einbeziehung von weiter entfernt liegenden Standorten hätte einen enormen finanziellen und zeitlichen Mehraufwand (in Form von noch längeren Anfahrtswegen, höheren Reisekosten und eventuell anfallenden Übernachtungskosten) bedeutet, der im Rahmen der für diese Studie zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht umsetzbar gewesen wäre.

⁴⁴ Zudem wurden KlassenlehrerInnen und Kinder zwischendurch immer wieder krank, so dass in Einzelfällen sowohl eine zeitnahe Kontaktaufnahme wie auch eine schnelle Erstuntersuchung zu Projektbeginn deutlich erschwert wurden.

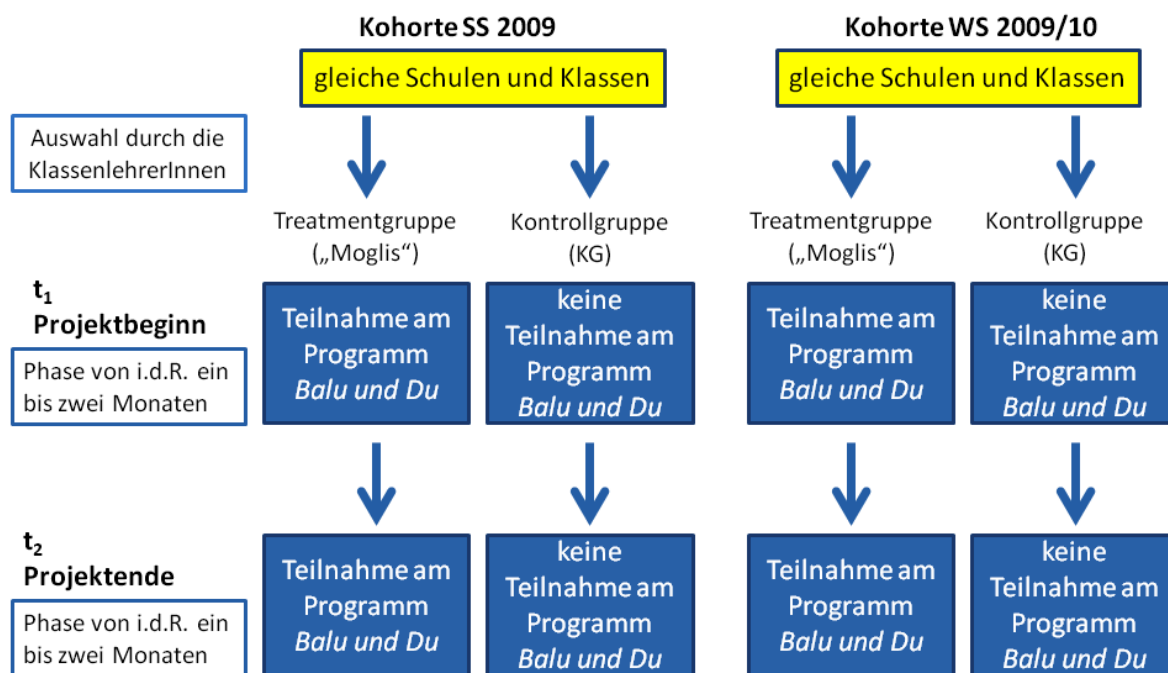


Abbildung 8. Untersuchungsdesign der Evaluationsstudie zu *Balu und Du* für die Kohorte SS 2009 und WS 2009/10.

Um die geforderte Mindestanzahl von N= 135 Kinder für die Treatmentgruppe erreichen zu können⁴⁵, wurde schließlich eine regional definierte Vollerhebung für alle Moglis aus der Kohorte mit Projektbeginn zum Sommersemester 2009 und für alle Moglis aus der Kohorte mit Projektbeginn zum Wintersemester 2009/10 an insgesamt zwölf Standorten umgesetzt. Da die Bildung einer Kontrollgruppe durch ein experimentelles Untersuchungsdesign nicht mehr möglich war, wurden verschiedene Rekrutierungsmöglichkeiten in Erwägung gezogen.⁴⁶ Schlussendlich wurde die Möglichkeit einer stratifizierten Kontrollgruppe, die aus den Schulen und Klassen der Moglis gewonnen wurde, angestrebt. Dieses Verfahren sah vor, dass die KlassenlehrerInnen, die Kinder für *Balu und Du* angemeldet hatten, für jedes dieser Kinder ein bis zwei möglichst ähnliche Kinder aus ihrer Klasse für die Kontrollgruppe aussuchen sollten. Die Kinder der Kontrollgruppe sollten den Moglis hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten, weswegen sich die KlassenlehrerInnen um die Moglis „Sorgen machen“, wie auch dem Charakter und der Familiensituation möglichst ähneln. Das Geschlecht spielte dabei eine untergeordnete Rolle. Beide Gruppen wurden nun zu Projektbeginn (t₁) wie auch zu Projektende (t₂) untersucht. Die Erhebungsphasen nahmen jeweils ein bis zwei Monate in Anspruch (vgl. Abbildung 8).

Somit handelte es sich sowohl bei der Rekrutierung der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe um ein bewusstes Auswahlverfahren. Gegenüber der Bildung einer

⁴⁵ Das Evaluationsprojekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die Untersuchung von N= 135 Moglis und N= 135 Kindern einer Kontrollgruppe im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung über drei Jahre bis Ende 2011 gefördert.

⁴⁶ Hierbei wurde die Idee, Kinder aus Schulen, an denen das Programm *Balu und Du* nicht stattfand, für die Kontrollgruppe zu gewinnen, verworfen.

Kontrollgruppe aus Schulen, die nicht am Programm *Balu und Du* teilnahmen, bestand ein Vorteil dieser Vorgehensweise in einer Qualitätserhöhung des Untersuchungsdesigns, da wesentliche Einflussfaktoren („Drittvariablen“) wie Schule, Klasse, LehrerInnen (inklusive des Bewertungsstandards beim Ausfüllen der Lehrerfragebögen), Stadtgebiet etc. kontrolliert werden konnten. Zum anderen verteilten sich die Kinder, die am Programm *Balu und Du* teilnahmen, bereits auf sehr viele verschiedene Schulen (siehe hierzu auch Kapitel 4.4.2 zur Datenerhebung und zu den Fallzahlen). Hätten noch weitere Schulen für die Bildung einer Kontrollgruppe im Rahmen dieser Untersuchung gesucht werden müssen, wäre der organisatorische Aufwand erheblich angewachsen.⁴⁷ Der potenzielle Überzeugungsaufwand für LehrerInnen aus „Kontrollgruppenschulen“, die keine Kinder für das Programm *Balu und Du* hätten anmelden dürfen und damit keine Vorteile an einer Untersuchungsteilnahme gehabt hätten, wurde zudem als hoch eingeschätzt. Ebenfalls erschwerend wäre eine zweifellos gestiegene Gefahr von Abbrüchen dieser Schulen bei der Zweitbefragung hinzugekommen (vgl. hierzu auch die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit Grundschullehrerinnen im Kapitel 4.3.2 „Entwicklung und Anwendung der Erhebungsinstrumente“).

4.3 Selbstentwickelte und standardisierte Erhebungsinstrumente

In den nun folgenden Kapiteln werden die für diese Untersuchung angewandten selbstentwickelten wie auch standardisierten Erhebungsinstrumente beschrieben (Kapitel 4.3.1) sowie auf die, im Rahmen eines Pretests und einer Gruppendiskussion erfolgten, Entwicklung der eigenen Erhebungsinstrumente näher eingegangen. Schließlich wird die Anwendung dieser Erhebungsinstrumente beschrieben (vgl. Kapitel 4.3.2).

4.3.1 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Der Mehrwert multipler Datenquellen und Erhebungsinstrumente bei der Messung der kindlichen Entwicklung wurde bereits durch das methodologische Vorgehen der Isle of Wight-Studie deutlich. Hierbei erwies sich eine direkte Befragung der Kinder hinsichtlich potenzieller psychischer Störungen sowie möglicher Verhaltensprobleme als besonders nützlich (vgl. Rutter 1989, S. 633f.). Deswegen bestanden die für diese Untersuchung angewandten Erhebungsinstrumente aus einem *Kinderfragebogen*, standardisierten und zum Teil selbst entwickelten *Kindertests* sowie einem *Lehrerfragebogen*. Der Kinderfragebogen wurde, bis auf die integrierten Items des KIDSCREEN-27, genauso wie der Lehrerfragebogen selbst entwickelt und während der jeweiligen Untersuchungseinheiten mittels eines face-to-face Interviews durchgeführt (vgl. Abbildung 9).

⁴⁷ Für Osnabrück wäre bei dieser Lösungsmöglichkeit bspw. problematisch gewesen, dass bereits sehr viele Grundschulen, insbesondere aus sozial benachteiligten Stadtteilen, an dem Programm *Balu und Du* partizipieren und so nur noch Grundschulen aus sozial starken Stadtgebieten für die Bildung einer Kontrollgruppe zur Verfügung gestanden hätten.



Abbildung 9. Durchführung der Kinderbefragung (Nachstellung des face-to-face Interviews).

Sowohl der *Kinder-* wie auch der *Lehrerfragebogen* bestanden aus Fragen zu gesundheitsbezogenen Orientierungen, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie auch zu gesundheitsrelevanten individuellen Ressourcen (Kompetenzen und Wissen) als Resilienz Kriterien wie auch aus Fragen zu der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder (als Outcome und personaler Schutzfaktor).⁴⁸ Zudem wurden soziodemographische Daten wie auch Wünsche hinsichtlich der angestrebten gesundheitlichen Verbesserungen für die Moglis (jeweils in der ersten Erhebungswelle) sowie eine Bewertung des Programms *Balu und Du* (jeweils in der zweiten Erhebungswelle) in beide Fragebogentypen integriert. Bei den soziodemographischen Daten bzw. weiteren interessierenden Hintergrundmerkmalen wurde bei dem Kinderfragebogen ein stärkeres Gewicht auf Alter, Geschlecht, zu Hause gesprochene Sprachen, die Anzahl der Geschwister und den Zeitpunkt des letzten Fehltages in der Schule aufgrund von Krankheit gelegt. Die KlassenlehrerInnen wurden nach dem Migrationshintergrund der Kinder, der Familiensituation und nach Schwierigkeiten in der Familie der Kinder sowie nach der Art der Anmeldung und den Gründen für die Anmeldung der Moglis, wie auch nach den Auswahlkriterien für die Kinder der Kontrollgruppe, gefragt. In der ersten Kohorte wurden die KlassenlehrerInnen auch um Auskünfte darüber gebeten, ob die einzelnen Kinder, z.B. aufgrund einer ADHS-Erkrankung, regelmäßig Medikamente einnehmen mussten – da sich jedoch herausstellte, dass die LehrerInnen wenig Kenntnisse diesbezüglich hatten, wurden in der zweiten Kohorte die Kinder selbst hierzu befragt. Beide Gruppen (Kinder und Klassen- bzw. SportlehrerInnen) wurden, mit etwas anderen Fragen, im Bereich der

⁴⁸ Um den von den KlassenlehrerInnen und Kindern erinnerten Zeitraum möglichst gleich zu halten, wurden beide Gruppen aufgefordert, sich zur Beantwortung der Fragen jeweils auf den Zeiträumen der „letzten Woche“ zu beziehen.

gesundheitsbezogenen Orientierungen zu der Bewegungsfreude der Kinder interviewt. Im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen enthielten sowohl der Kinder- wie auch der Lehrerfragebogen Fragen zum Sozial-, Ernährungs-, Bewegungs- und Hygieneverhalten sowie zum Medienkonsum der Kinder. Hinsichtlich gesundheitsrelevanter individueller Ressourcen wurden beiden Gruppen Fragen zum Wissen über gesunde Ernährung, zu den sportlichen Leistungen, zu der Konzentrationsfähigkeit und zu der Bewältigung von Trauer und negativen Gefühlen der Kinder gestellt.⁴⁹ Fragen zu den Wünschen der Kinder, ihren Vorlieben bezüglich digitaler Medien, ihrer Waschaffinität sowie ihren Ernährungsvorlieben (aus dem Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen) sowie Fragen zu ihrer Selbstständigkeit (aus dem Bereich der gesundheitsrelevanten Kompetenzen) wurden nur im Kinderfragebogen behandelt. Auskünfte zur Lernfreude und zur Haltung der Eltern gegenüber der Schule (aus dem Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen), zum Schlaf- und Kommunikationsverhalten der Kinder (aus dem Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen), zur Selbstorganisation, zur schulischen Leistungsfähigkeit, zur Entscheidungsfähigkeit, zur Konfliktlösungskompetenz und zur realistischen Selbsteinschätzung in Schule und Sport (aus dem Bereich der gesundheitsrelevanten Kompetenzen) wurden hingegen durch den Lehrerfragebogen eingeholt. Die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Kinder wurde sowohl im Kinder- wie auch im Lehrerfragebogen thematisiert. Mithilfe des standardisierten Instruments des KIDSCREEN-27 konnten die Kinder ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität in den fünf Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „psychologisches Wohlbefinden“, „Beziehung zu Eltern und Autonomie“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ selbst beurteilen. Bei dem KIDSCREEN-27 Fragebogen handelt es sich um die mittellange Version eines durch verschiedene Methoden (Delphi-Methode, Fokusgruppen und diverser Pilotstudien) entwickelten Erhebungsinstrument zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität (engl. *health-related quality of life*). In dem mehrere (ßß9 Jahre) andauernden Prozess waren Gesundheitsexperten aus dreizehn europäischen Ländern eingebunden. Hintergrund dieser Bemühungen waren die bis dahin nur unzureichend bzw. noch gar nicht vorliegenden Messinstrumente zur Erfassung der subjektiv empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, obgleich diese Informationen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten können und in diesem Zusammenhang als mindestens genauso bedeutsam erachtet werden sollten wie die Meinung medizinischer Experten. Mit dem jetzt

⁴⁹ Die Fähigkeit der Kontrollüberzeugung wurde zwar erfragt, jedoch werden die Ergebnisse im Rahmen dieser Arbeit nicht aufgeführt, da sich die Forschungsgruppe mit der Art und Weise der Operationalisierung des Konstrukts „Kontrollüberzeugung“ unzufrieden zeigte. Insgesamt kam die Forschungsgruppe zu dem Schluss, dass die wenigen in den Fragebogen integrierten selbstentwickelten Fragen nicht ausreichend seien, um belastbare Aussagen über die Kontrollüberzeugung der Kinder treffen zu können.

vorliegenden KIDSCREEN-Instrument⁵⁰ ist es nun erstmals möglich, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern ab acht Jahren⁵¹ in verschiedenen nationalen und kulturellen Kontexten zu messen und mit entsprechenden Normwerten zu vergleichen (vgl. The KIDSCREEN Group Europe 2006, S. 9ff.).

Die LehrerInnen wurden im Rahmen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zur Impulsivität und zum Risikoverhalten der Kinder sowie im Rahmen gesundheitsrelevanter individueller Ressourcen zu den motorischen Fähigkeiten der Kinder befragt - diese drei Bereiche kamen zwar nicht im Kinderfragebogen vor, wurden jedoch durch verschiedene, sowohl standardisierte wie auch selbstentwickelte Tests bei den Kindern untersucht. Diese für die Untersuchung eingesetzten *Kindertests* bestanden aus dem Körperkoordinationstest für Kinder (KTK), der Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA) oder dem Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)⁵² sowie den selbst entwickelten Tests zur Feinmotorik mit Legosteinen und Perlen.

Ziel des *Körperkoordinationstests für Kinder (KTK)* ist es, Störungen in der Körperbeherrschung zu erfassen, die in der Alltagsmotorik nicht sichtbar werden. Durch die ungewohnte Testsituation können die Schulkinder keine hochgeübten Bewegungsmuster anwenden – dies führt dazu, dass sensorisch-motorisch behinderte Kinder oft so stark versagen, dass Rückstände von mehreren Jahren keine Seltenheit sind. Störungen in der Körperbeherrschung können aufgrund einer Vielzahl von Ursachen wie frühkindlichen Hirnschäden oder als Begleitsymptom für „neurotisches Fehlverhalten“ entstehen – eine genauere Abklärung kann jedoch nur im Rahmen einer umfassenden ärztlich-psychologischen Diagnostik, welche auch die gesamte Persönlichkeitsentwicklung des Kindes erfasst, erfolgen (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 14f). Eine solche Diagnostik war im Rahmen dieser Evaluation nicht vorgesehen und auch nicht möglich, so dass sich die Untersuchung im Folgenden auf die Aufdeckung von Störungen in der Körperbeherrschung der Großmotorik beschränkt. Hierfür wurden dem Manual des KTK folgend die vier Aufgaben „Balancieren Rückwärts“ (Aufgabe 1), „monopedales Überhüpfen“ (Aufgabe 2), „seitliches

⁵⁰ KIDSCREEN steht als Abkürzung für „Screening For and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health perspective“ (vgl. The KIDSCREEN-Group Europe 2006, S. 9).

⁵¹ Der KIDSCREEN-27 Fragebogen wurde für diese Untersuchung – in Ermanglung anderer, ähnlich adäquater Erhebungsinstrumente für jüngere Kinder - bereits ab dem Alter von sechs Jahren eingesetzt. Möglich ist daher, dass die Reliabilität des KIDSCREEN-27 Fragebogens für die jüngere Altersgruppe der sechs- bis siebenjährigen Kinder etwas geringer ausfiel, siehe hierzu auch Kapitel 5.3).

⁵² Mit den Kindern wurde, je nach Alter, entweder die Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-jährige (KKA) oder das Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE) durchgeführt. Die Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige wurde in der ersten Erhebungswelle bei den sechs bis siebenjährigen Kindern durchgeführt. Die zu diesem Zeitpunkt achtjährigen Kinder absolvierten bereits das IVE, da sie in der zweiten Erhebungswelle (fast ein Jahr später) bereits neun Jahre und damit für die KKA zu alt geworden waren.

Hin- und Herspringen“ (Aufgabe 3) und „seitlichen Umsetzen“ (Aufgabe 4) mit den Kindern durchgeführt.

Bei der ersten Aufgabe, dem „Balancieren Rückwärts“, mussten die Kinder in jeweils drei gültigen Versuchen rückwärts über drei Balken mit verschieden breiter Lauffläche (6 cm, 4,5 cm, 3 cm) balancieren (vgl. Abbildung 10). In einem zuvor durchgeführten Übungsdurchgang balancierten die Kinder je Balken einmal vorwärts und rückwärts über den Balken. Danach wurden insgesamt neun gültige Versuche (pro Balken drei) durchgeführt – der/ die TestleiterIn zählte dabei laut die Anzahl der Schritte, die als Punkte gewertet wurden. Da pro Versuch und Balken maximal acht Schritte gezählt werden durften, konnte eine maximale Gesamtpunktzahl von $3 \times 3 \times 8 = 72$ Punkten erzielt werden (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 43f.). Bei der zweiten Aufgabe, dem „Monopeden Überhüpfen“, musste das Kind eine oder mehrere aufeinandergelegte Schaumstoffplatten, die quer zur Hüpfrichtung liegen, auf einem Bein mit einem Anlauf von ca. 1,50 m überhüpfen (vgl. Abbildung 11).⁵³

Für die dritte Aufgabe, das „Seitliche Hin- und Herspringen“ legte der/ die TestleiterIn eine Teppichmatte mit einer in der Mitte integrierten Holzleiste auf den Boden.⁵⁴ In der Übung hatten die Kinder zwei Versuche innerhalb von 15 Sekunden (wurde mit Hilfe einer Stoppuhr gemessen) möglichst viele Sprünge durchzuführen (vgl. Abbildung 12). Anschließend wurde die Anzahl der Sprünge aus den beiden gültigen Versuchen aufsummiert und so in einen Rohwert transferiert (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 47f.).

⁵³ Zunächst erfolgte die Demonstration des Überhüpfens durch den/ die TestleiterIn – dann fing das Kind mit einer Vorübung an. Hierzu hüpfte es pro Bein ein bis zwei Mal ohne Schaumstoffplatten (5- bis 6-Jährige) oder über die Höhe von einer Schaumstoffplatte (Kinder ab sechs Jahren). In der eigentlichen Übung überhüpfte das Kind das bzw. die Schaumstoffteil(e) jeweils mit dem linken und dem rechten Bein – wobei der Versuch nur als gültig gewertet wurde, wenn das Kind nach dem Überhüpfen noch mindestens zwei Mal auf diesem Bein weiterhüpfte. Nach einem gelungen Versuch wurde eine weitere Schaumstoffplatte aufgelegt, so dass der Schwierigkeitsgrad erhöht wurde. Pro Bein und Höhe standen den Kindern drei Versuche zu, die Aufgabe zu schaffen und weiterzukommen. Jede der zwölf zur Verfügung stehenden Schaumstoffplatten war 5 cm hoch, so dass maximal 60 cm übersprungen werden konnten. Ein erfolgreicher erster Versuch für eine Höhe wurde mit drei Punkten, ein erfolgreicher zweiter Versuch mit zwei Punkten und ein erfolgreicher dritter Versuch mit einem Punkt gewertet. Begannen die Kinder bereits bei ihrem ersten Versuch erfolgreich bei einer bestimmten Höhe (z.B. ab 6 Jahren mit 5 cm) wurden die darunterliegenden Höhen mit voller Punktzahl mit in den Rohwert eingerechnet. Da die Höhe von 0 cm (erfolgreiches Hüpfen von 5 Mal pro Bein ohne Schaumstoffplatte) ebenfalls bereits Punkte erbrachte, waren maximal 13 (Höhe 0 cm und 12 Schaumstoffplatten) $\times 3$ (jeweils beim ersten Versuch geschafft) $\times 2$ (rechtes und linkes Bein) = 78 Punkte möglich (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 45ff.).

⁵⁴ Der/ die TestleiterIn demonstrierte die kommende Aufgabe zunächst, indem er/ sie sich auf die Matte neben der Holzleiste stellte und gleichzeitig mit beiden Beinen über die Holzleiste hin- und hersprang. Die Kinder wurden dabei darauf hingewiesen, dass sie ihre Füße nach Möglichkeit nicht nacheinander, sondern gleichzeitig abdrücken bzw. aufsetzen sollten. Anschließend sollten die Kinder ebenso fünf solche Sprünge als Vorübung durchführen (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 47f.).



Abbildung 10. „Balancieren Rückwärts“
(Aufgabe 1, Nachstellung)



Abbildung 11. „monopedaes Überhüfen“
(Aufgabe 2, Nachstellung)

Die letzte und vierte Aufgabe, das „Seitliche Umsetzen“, erfolgte mittels zweier Brettchen.⁵⁵ In zwei Versuchen mit mind. zehn Sekunden Pause dazwischen wurde gemessen, wie viele Male die Kinder das Brettchen in jeweils 20 Sekunden umsetzen und sich darauf stellen konnten (vgl. Abbildung 13). Dabei wurde für jedes Umsetzen ein Punkt wie auch für jedes „Auf-das-Brettchen-stellen“ ein Punkt vergeben (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 48f.). Durch die Aufsummierung der Punkte aller vier Aufgaben wird ein Gesamtrahwert für den KTK ermittelt, der mit den Durchschnittswerten der entsprechenden Altersgruppen verglichen werden muss, um in einen normierten MQ-Wert (Wert des Motorikquotientens) umgewandelt werden zu können. Anhand dieses MQ-Wertes kann abgelesen werden, ob die motorische Leistung eines Kinder hoch (MQ-Wert: 131-145), gut (MQ-Wert: 116-130), normal (MQ-Wert: 86-115), auffällig (MQ-Wert: 71-85) oder gestört (MQ-Wert: 56-70) ausfällt (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 51ff.).

⁵⁵ Zur Demonstration stellte sich der/ die Testleiterin auf das rechte der beiden nebeneinanderstehenden Brettchen, nahm mit beiden Händen das linke Brettchen und stellte es rechts neben sich und stieg auf dieses, nahm dann wieder das linke Brettchen usw. Hierbei machte er/ sie die Kinder darauf aufmerksam, dass es bei dieser Übung vor allem auf die Schnelligkeit des Umsetzens ankam, um eine möglichst hohe Punktzahl zu erhalten. Im Folgenden durften die Kinder den Bewegungsablauf des Umsetzens und Daraufstellens auf die Brettchen üben (vgl. Kiphard/ Schilling 2007, S. 48f.).



Abbildung 12. „seitliches Hin- und Herspringen“
(Aufgabe 3, Nachstellung)



Abbildung 13. „seitliches Umsetzen“
(Aufgabe 4, Nachstellung)

Die *Kaseler Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-jährige (KKA)* überprüft die kurzzeitige selektive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen und deren Defizite und weist keine besonderen sprachlichen und kognitiven Voraussetzungen auf. Bei der Durchführung des Tests wird das Übungsblatt vor das Kind gelegt und es wird dem Kind eine Geschichte von einem Zauberer erzählt, der es liebt, Gegenstände wegzuzaubern. Danach geht der Testleiter mit dem Kind der Reihe nach die in dem Übungsblatt vorkommenden Gegenstände durch (die Rückseite eines Briefumschlages, die Vorderseite eines Briefumschlages, ein Buch, eine Uhr, eine Glocke, eine Hand, eine Bombe) und lässt sie vom Kind benennen. Nun erklärt der Testleiter dem Kind, dass der Zauberer heute alle Glocken wegzaubern möchte und, dass das Kind ihm dabei helfen kann. Das Kind übt zunächst die Glocken zu finden und durchzustreichen, während der Testleiter das Blatt Reihe für Reihe (mit Hilfe eines anderen darüber gelegten Blattes) aufdeckt. Bei dem eigentlichen Test deckt der Testleiter das Blatt alle zehn Sekunden eine Reihe weiter auf, so dass das Kind insgesamt bei neun Reihen 90 Sekunden Zeit hat, das Symbol der Glocken durchzustreichen (vgl. Krampen 2007, S. 37ff). Nach Testende wird die Anzahl der richtig durchgestrichenen Glocken zusammengezählt (Rohwert) und in T-Normen bzw. Prozentrang-Normen übertragen (vgl. Krampen 2007, S. 72f).

Das *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)* ist ein Selbstbeurteilungsinventar und misst die Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale der Impulsivität, des Risikoverhaltens und der Empathie mit jeweils 16 Items. Impulsivität spielt bei einer Reihe von Störungen im Kindes- und Jugendalter, wie z.B. dem Hyperaktivitäts-Aufmerksamkeitssyndrom, einer Störung des Sozialverhaltens oder

Lern- und Leistungsstörungen, eine große Rolle. So geht eine erhöhte Aggressivität häufig mit einer hohen Impulsivität einher. Eine erhöhte Tendenz zu riskantem Verhalten kann hingegen zur Entstehung kriminellen Verhaltens beitragen. Für die Erfassung von aggressivem und antisozialen Verhalten ist die Ausprägung der Empathiefähigkeit ebenfalls von Bedeutung – so gilt eine mangelnde Empathie als Risikofaktor für die Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens und ist kennzeichnendes Merkmal für bestimmte Formen aggressiven Verhaltens. Das IVE kann im Einzel- oder Gruppenversuch durchgeführt und bei Bedarf auch vorgelesen werden. Auf der ersten Seite des IVE-Bogens befindet sich eine Testinstruktion, in der die Kinder aufgefordert werden, sich die nachfolgenden Aussagen sorgfältig durchzulesen, sich die Antworten genau zu überlegen und sich nach Möglichkeit immer für eine der beiden Antwortkategorien („Ja“ oder „Nein“) zu entscheiden. Es wird noch darauf hingewiesen, dass die eigene Meinung der Kinder wichtig sei und es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gäbe. Die Bearbeitungszeit für die insgesamt 48 Items (16 Items pro Persönlichkeitsmerkmal x 3 Persönlichkeitsmerkmale= 48) beträgt nach dem Manual zehn bis 15 Minuten. Nach der Testdurchführung werden alle mit „Ja“ angekreuzten Items einer Skala zu einem Gesamtskalenroh wert aufsummiert. Bei einigen gekennzeichneten Items handelt es sich jedoch um sog. „inverse Items“, so dass hier entsprechend der Umkodierung ein Punkt für die Antwort „Nein“ und null Punkte für die Antwort „Ja“ vergeben werden müssen. Anschließend können die entsprechenden T-Werte und Prozentränge anhand der Rohwerte für die verschiedenen Altersgruppen und nach Geschlecht durch die vorhandenen Normtabellen ermittelt werden (vgl. Stadler et al. 2004, S.20ff.).

Aufgabe des selbstentwickelten *Legotests* war es für die Kinder, innerhalb einer Minute möglichst viele Legosteine aufeinander zu stecken. Hierfür lagen zehn große, zehn mittelgroße und sehr viele kleine Legosteine auf dem Tisch vor dem jeweiligen Kind bereit. Als Vorübung baute das Kind ein großes, ein mittleres und ein kleines Lego zusammen. Für den eigentlichen Test musste das Kind zuerst die großen Legosteine, dann die mittleren und zum Schluss möglichst viele kleine Legosteine zu einem Turm aufeinander bauen. Nach einer Minute wurde die Zeit gestoppt und die Anzahl der verwendeten Legosteine gezählt. Je mehr Legosteine das Kind in dieser Zeit aufeinander bauen konnte (wurde direkt in eine entsprechende Punktzahl transferiert), desto besser wurde die Feinmotorik des Kindes eingeschätzt (vgl. Abbildung 14). Der zweite selbstentwickelte Feinmotoriktest bestand im *Auffädeln von Perlen*. Hierfür mussten die Kinder innerhalb von zwei Minuten möglichst viele Perlen auffädeln. Hierfür lagen fünf sehr große, fünf große, fünf mittlere und sehr viele kleine Perlen auf dem Tisch vor dem jeweiligen Kind bereit. Als Vorübung fädelte das Kind eine sehr große, eine große, eine mittlere und eine kleine Perle auf. Für den eigentlichen Test musste das Kind zuerst die sehr großen, dann die großen, die mittleren und zum Schluss möglichst viele kleine Perlen auf einen Faden auffädeln. Nach zwei Minuten wurde die Zeit

gestoppt und die Anzahl an verwendeten Perlen gezählt – auch hier wurde die Anzahl an aufgefädelten Perlen direkt in eine Punktzahl (als Maßstab für die Geschicklichkeit der Kinder) transferiert (vgl. Abbildung 15).



Abbildung 14. „Legotest“
(Nachstellung)



Abbildung 15. „Auffädeln von Perlen“
(Nachstellung)

4.3.2 Entwicklung und Anwendung der Erhebungsinstrumente

Vor Beginn der eigentlichen Hauptuntersuchung wurden der Kinderfragebogen und die Kindertests wie auch der Lehrerfragebogen einem Pretest unterzogen. Zudem wurden nach der ersten Kohorte noch einmal Modifikationen des Kinderfragebogens, des Lehrerfragebogens sowie der KKA für die Durchführung der zweiten Kohorte vorgenommen (vgl. Abbildung 16).

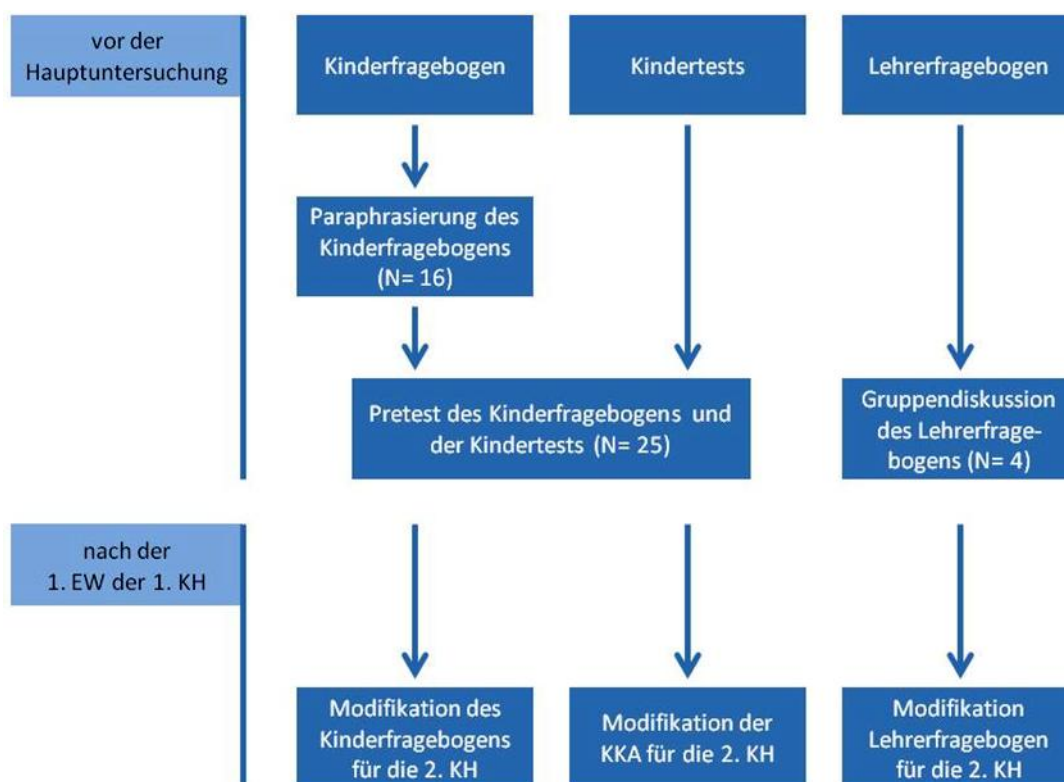


Abbildung 16. Entwicklung der Erhebungsinstrumente vor der Hauptuntersuchung und Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente nach der 1. EW der 1. KH.

Anmerkung. 1. EW der 1.KH = erste Erhebungswelle der ersten Kohorte. 2. KH= zweite Kohorte. KKA= Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige.

Ziel dieser mehrfach durchgeführten kritischen Reflexionsphasen, die sowohl nach dem Pretest wie auch nach der ersten Erhebungswelle der ersten Kohorte zu Modifikationen führten, war eine Erhöhung der *Inhaltsvalidität*⁵⁶ der für diese Untersuchung angewandten Erhebungsinstrumente.

Im Rahmen der Pretests wurde zunächst eine Gruppe von Balus einer im Frühjahr 2009 bereits laufenden Kohorte darum gebeten, den *Kinderfragebogen* mit ihren Moglis (N= 16) zu *paraphrasieren*. Hierbei zeigte sich, dass die Mehrzahl der für die Kinder formulierten Fragen ohne weitere Probleme von den Moglis verstanden werden konnten. Zwei Fragen und eine Antwortkategorie bereiteten jedoch etwas mehr Schwierigkeiten. Die zwei Fragen stammten

⁵⁶ Die „drei zentralen Kriterien der Testgüte“ zur Beurteilung eines Tests bzw. Fragebogens lauten Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 193). Nach Bortz/ Döring 2005 stellt die *Validität* (Gültigkeit) das wichtigste der drei Testgütekriterien dar. Sie gibt an, „wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er zu messen vorgibt“ (Bortz/ Döring 2005, S.199). Als Beispiel führen sie einen Intelligenztest an, der die tatsächliche Intelligenz und nicht etwa z.B. die Testangst messen sollte. Validität ist von so großer Bedeutung, da ein Test trotz hoher Reliabilität ganz andere Eigenschaften messen kann als gewünscht wird. Damit wäre die Qualität des entsprechenden Messinstruments mangelhaft und es hätte das Gütekriterium der Validität verfehlt. Das testtheoretische Kriterium der Validität wird in die drei Hauptarten der Inhaltsvalidität, der Kriteriumsvalidität und der Konstruktvalidität unterteilt (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 199ff.). Die *Inhaltsvalidität* wird auch als „Augenscheinvalidität“ bezeichnet – sie liegt dann vor, „wenn der Inhalt der Test-Items das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfasst“ (Bortz/ Döring 2005, S. 199). Die Höhe der Inhaltsvalidität beruht allein auf subjektiven Einschätzungen. Sie ist daher weniger als ein Testgütekriterium an sich, sondern vielmehr als eine Richtschnur zu verstehen, die bei der Testkonstruktion berücksichtigt werden sollte (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 199). In den folgenden Kapiteln 4.5.4 und 4.6.4 wird auf die Einhaltung der Testgütekriterien der Konstruktvalidität und der Kriteriumsvalidität im Rahmen dieser Untersuchung näher eingegangen.

aus dem KIDSCREEN-27 und lauteten: „Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?“ und „Haben deine Mutter/ dein Vater dich gerecht behandelt?“. Bei der ersten Frage verstanden einige Kinder den Sinn des Zusatzes „im Allgemeinen“, bei der zweiten Frage den Begriff „gerecht“ nicht. Die Antwortkategorie tauchte bei der Frage „Ich lese Dir jetzt ein paar Sachen vor – bitte sage mir doch, ob du da noch gar nicht machst, mit Hilfe machst oder sogar alleine machst?“ zur Selbständigkeit der Kinder auf und lautete: „Einen Messbecher benutzen.“ Viele Kinder kannten den Begriff des „Messbechers“ noch nicht. Auf diese Schwierigkeiten wurde reagiert, in dem jeweils bei Bedarf der Zusatz „im Allgemeinen“ noch einmal umschrieben sowie die beiden Begriffe „gerecht“ und „Messbecher“ erklärt wurden. Entsprechende Interviewerhinweise wurden daher formuliert und das Interviewerteam auf diese begrifflichen Schwierigkeiten hingewiesen. Insgesamt zeigte sich, dass fast alle Moglis den Fragebogen durchhielten, obwohl die Befragung aufgrund der Paraphrasierung und der bei jeder Frage eingebauten Nachfrage, ob die Frage auch verstanden worden sei, erheblich länger dauerte als in der später regulären Untersuchung. Etliche Balus merkten daher auch kritisch an, dass die Befragung für die Moglis anstrengend war. Einigen Moglis fiel das Ankreuzen jedoch auch leicht. Positiv fiel einigen Balus auf, dass sie durch die Befragung mehr über ihre Moglis erfuhren und die Fragen zu weiteren Gesprächen anregten.

Nach der erfolgten Paraphrasierung wurde der Kinderfragebogen zusammen mit den genannten Tests (KTK, KKA oder IVE, Lego- und Perlentest) einem *Pretest* mit N= 25 Kindern in einem Seminarraum an der Universität Osnabrück unterzogen. Hierbei waren neben dem Kind immer zwei Personen anwesend - zum einen der/ die InterviewerIn und zum anderen eine weitere Person, deren Aufgabe es war, die Konzentration und Motivation des Kindes sowie die Kontinuität der Befragung, aufkommende Unklarheiten sowie das Interviewerverhalten zu beobachten. Während des Pretests wurde der Fragebogen zudem bereits kontinuierlich weiterentwickelt, so dass vier verschiedene, immer wieder modifizierte Fragebogenversionen (Fragebogenversion a, Fragebogenversion b, Fragebogenversion c und Fragebogenversion d) getestet werden konnten.

Auch der *Lehrerfragebogen* wurde zu Beginn der Hauptuntersuchung einem Pretest unterzogen. Hierfür wurde der Lehrerfragebogen an einer Grundschule, an der weder das Programm *Balu und Du* noch die Evaluation hierzu durchgeführt wurden, vorgestellt. Die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen nahmen anschließend an einer Gruppendiskussion mit N= 4 Lehrerinnen zu dem Fragebogen teil und nahmen Verbesserungsvorschläge auf. Hierbei gaben die LehrerInnen Rückmeldungen zu dem angestrebten Untersuchungsdesign sowie zu einzelnen Fragen, bei denen sie Beantwortungsschwierigkeiten sahen. Zunächst diskutierten sie über den notwendigen Zeitraum, auf den sich die Fragen beziehen sollten („Wenn Sie an die letzte Woche

denken...“) sowie die Frage, ob eine gesunde Pausenverpflegung der Kinder von den KlassenlehrerInnen beobachtet werden könnte und wenn ja, ob dies eher bei einer speziellen Frühstückspause oder auf dem Pausenhof zu beobachten sei. Sie erörterten auch die Fragen zu der Bewertung der psychischen und der sozialen Gesundheit der Kinder. Bezüglich des letzten Punktes kamen sie zu der Ansicht, dass das Selbstbewusstsein der Kinder weniger allgemein beurteilt, sondern eher in das Selbstbewusstsein im Unterricht auf der einen und auf dem Schulhof bzw. in der Pause auf der anderen Seite unterschieden werden sollte. Sie dachten darüber nach, inwiefern der in dem Fragebogen verwendete Begriff „kontaktfreudig“ angewandt werden sollte und ob, und wenn ja wie, es den LehrerInnen möglich wäre Auskünfte über die Konfliktbewältigungskompetenz, den Migrationshintergrund und die Schwierigkeiten in den Familien der Kinder zu geben. Bezüglich der Frage was die SchülerInnen den LehrerInnen in der Schule von ihrer Freizeit erzählen, schlugen sie vor, eine Frage nach der Glaubwürdigkeit hinsichtlich dessen, was die Kinder erzählten, in den Fragebogen zu integrieren. Sie gaben ebenfalls noch den wichtigen Hinweis, dass die Fragen zu der Bewegungsfreude, zum Bewegungsverhalten und zur sportlichen Leistungsfähigkeit an die jeweiligen SportlehrerInnen weitergereicht werden sollten, sofern die KlassenlehrerInnen nicht selbst Sport unterrichteten. Sie spezifizierten Fragen im Bereich der Bewertung der Impulsivität (Ergebnis: „Überspannte das Kind den Bogen“, d.h. es wusste nicht ,wann Schluss ist?“) und der Konzentrationsfähigkeit (Ergebnis: „Quatschte das Kind mit anderen Kindern?“). Sie nahmen zudem an, dass es den meisten KlassenlehrerInnen möglich sei, Auskünfte über eine regelmäßige Medikamenteneinnahme (insbesondere bei einer ADHS-Erkrankung) der Kinder zu geben.⁵⁷ Sie hielten die Länge des Fragebogens, auch wenn dieser für mehrere Kinder in der Klasse ausgefüllt werden musste, für zumutbar. Sie vermuteten, dass die Motivation der KlassenlehrerInnen für das Ausfüllen der Fragebögen auch für die Kinder der Kontrollgruppe hoch genug wäre, da die KlassenlehrerInnen das Projekt kannten, gut fanden und selbst ein Kind bzw. gleich mehrere Kinder angemeldet hatten. Sie gaben jedoch auch zu bedenken, dass bei einem anderen Design mit Schulen oder Klassen, die nur Kinder für die Kontrollgruppe zur Verfügung stellen würden, eine Teilnahmemotivation seitens der LehrerInnen wahrscheinlich sehr gering ausfallen würde. Sie selbst hätten ohne Projektkinder in ihrer Klasse wahrscheinlich nicht an einer solchen umfangreichen Befragung für Kinder einer Kontrollgruppe teilgenommen. Sie wiesen zudem daraufhin, dass der Befragungszeitpunkt ebenfalls eine wichtige Rolle für die Teilnahmemotivation der KlassenlehrerInnen spielen würde – so sollte die Befragung möglichst in Zeiten niedriger Belastungsphasen der KlassenlehrerInnen, also z.B. nicht unmittelbar vor den Zeugnissen, stattfinden, um die Drop-out-Rate möglichst gering und die Teilnahmemotivation möglichst hoch zu halten. Danach beratschlagten die LehrerInnen

⁵⁷ Diese Annahme sollte sich nach den Auswertungen der Ergebnisse der 1. Kohorte als Irrtum erweisen, weswegen in der 2. Kohorte die Kinder selbst nach ihrer Medikamenteneinnahme gefragt wurden.

noch zu den besten Auswahlkriterien für die Kinder der Kontrollgruppe und kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Kinder für die Kontrollgruppe vor allem nach ähnlichen Schwierigkeitslagen zu den Kindern, die für das Projekt angemeldet wurden, ausgesucht werden sollten.⁵⁸ Der Lehrerfragebogen wurde nach der Gruppendiskussion dementsprechend noch einmal verändert und verbessert.

Durch die vorgestellten Maßnahmen (Paraphrasierung und Pretest des Kinderfragebogens und die Gruppendiskussion mit den Lehrerinnen) konnte die Qualität der Erhebungsinstrumente vor dem Einsatz für die erste Kohorte erprobt und Fehlerquellen im Vorfeld beseitigt werden.

Nach der ersten Befragung der *ersten Kohorte im Frühling 2009* wurden sowohl der Fragebogen für die Kinder wie auch der Lehrerfragebogen noch einmal ausführlich in der Forschungsgruppe diskutiert und anschließend weiter modifiziert. Hierbei flossen Rückmeldungen der LehrerInnen und Kinder, Erfahrungen der Interviewerinnen sowie erste vorläufige statistische Auswertungen in die Entscheidungen für eine weitere Verbesserung der Erhebungsinstrumente mit ein. Auch die *Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-jährige Kinder (KKA)* wurde für die zweite Kohorte modifiziert, da sich der Test selbst für die jüngeren Kinder als zu einfach herausstellte und ein sog. Ceilingeffekt auftrat. Statt in 90 Sekunden das Symbol der Glocken durchzustreichen, bekamen die Kinder nun die Aufgabe in 40 Sekunden möglichst viele Rückseiten von Briefumschlägen durchzustreichen (das Symbol der Rückseite eines Briefumschlages wurde als schwieriger angesehen, da es auch ein Symbol für die Vorderseite eines Briefumschlages gab). Zudem wurde das gesamte Blatt (und nicht wie bisher Zeile um Zeile) mit Beginn der Zeitmessung aufgedeckt. Als Vorübung wurde das Blatt komplett aufgedeckt und die Kinder bekamen neun Sekunden zum Durchstreichen der Rückseiten von Briefumschlägen. Anders als die KKA wurden das Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE) und der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) hingegen in allen zwei Kohorten dem Manual folgend auf gleiche Art und Weise durchgeführt – dies galt auch für die beiden selbstentwickelten Feinmotoriktests (Lego- und Perlentest).

Für den *Kinderfragebogen und die Kindertests* wurden in beiden Erhebungswellen zwei Unterrichtsstunden benötigt (vgl. Abbildung 17).

⁵⁸ Diese Bedenken der an der Gruppendiskussion teilnehmenden Lehrerinnen führten u.a. zu der bereits erörterten Entscheidung zugunsten eines Untersuchungsdesigns, in dem die Kinder für die Kontrollgruppe aus den Klassen der Moglis kamen und von den KlassenlehrerInnen, welche die Moglis für das Programm *Balu und Du* angemeldet hatten, nach ähnlichen Problemlagen ausgewählt wurden (siehe vorheriges Kapitel 4.2 zur Entwicklung des Untersuchungsdesigns).

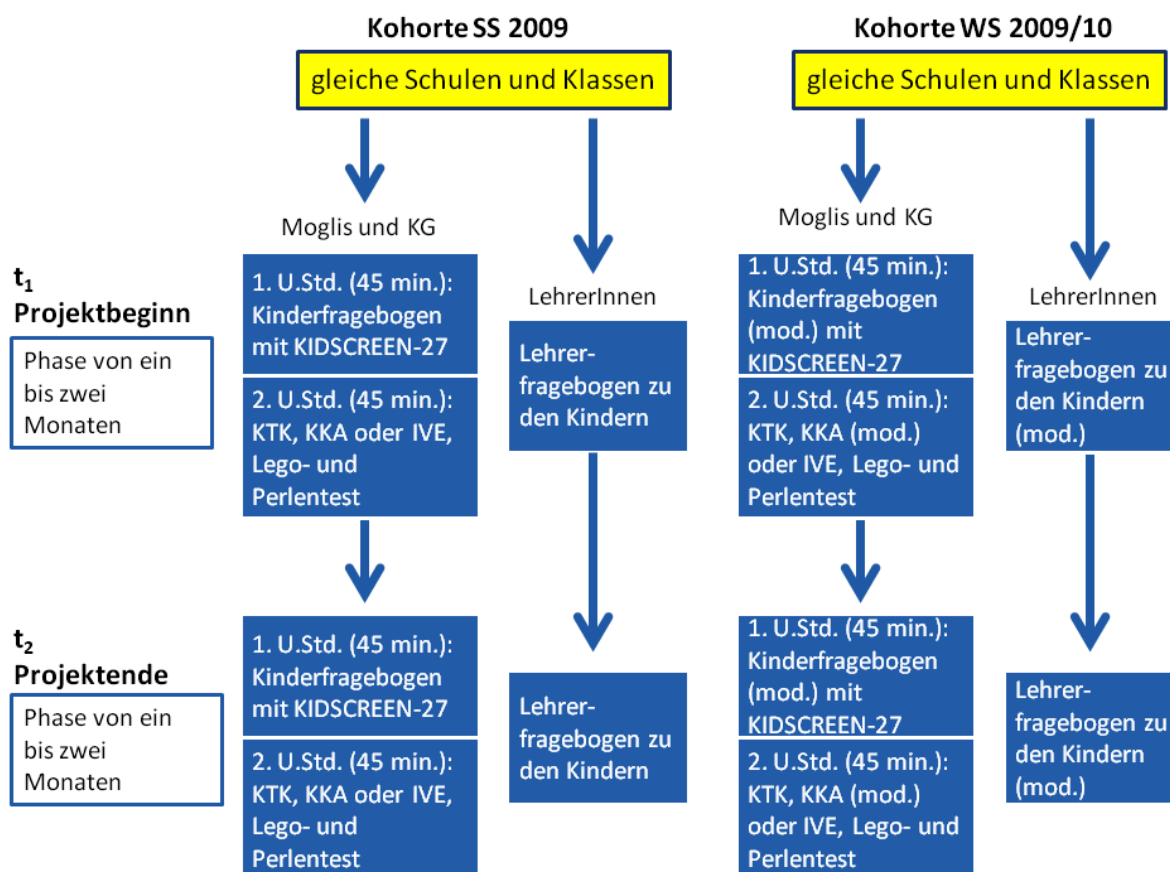


Abbildung 17. Verwendete Erhebungsinstrumente für die Evaluationsstudie zu *Balu und Du*. **Anmerkung.** U.Std. = Unterrichtsstunde. KTK = Körperkoordinationstest für Kinder. KKA = Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige. IVE = Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern. (mod.) = modifiziert.

In der ersten Unterrichtsstunde wurden die *Kinder*, die teilweise noch nicht richtig lesen und schreiben konnten, von dem Interviewerteam in einer face-to-face-Situation mit dem Kinderfragebogen (mit integriertem *KIDSCREEN-27*) befragt. In der zweiten Unterrichtsstunde wurden die Kinder mittels des *Körperkoordinationstests für Kinder (KTK)* sowie mittels der selbst entwickelten Lego- und Perlentests untersucht. Je nachdem wie alt die Kinder zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle (t_1) waren, bearbeiteten sie zudem die *Kaseler-Konzentrationsaufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA)* oder das *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)*. Die *Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA)* wurde mit den zu t_1 sechs bis sieben Jahre alten Kindern durchgeführt. Die zu diesem Zeitpunkt achtjährigen Kinder absolvierten hingegen bereits das *IVE*, da sie in der zweiten Erhebungswelle (fast ein Jahr später) bereits neun Jahre waren und damit für die *KKA* zu alt geworden wären.

Die KlassenlehrerInnen wurden darum gebeten, den *Lehrerfragebogen* jeweils zum Zeitpunkt der Kinderbefragungen und -tests auszufüllen. Sofern sie nicht selbst Sport unterrichteten, reichten sie jedoch - den Vorschlägen der LehrerInnen aus der

Gruppendiskussion folgend - die Fragen hinsichtlich der Bewegungsfreude, des Bewegungsverhaltens und der sportlichen Leistungsfähigkeit der Kinder an die jeweiligen SportlehrerInnen weiter. In beiden Kohorten wurden die Erhebungsinstrumente sowohl für die Mogli- wie auch die Kontrollgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten verwendet. Für die zweite Kohorte wurden sowohl der Kinder- und der Lehrerfragebogen wie auch die Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA) wie bereits beschrieben in der modifizierten, und daher gegenüber der ersten Kohorte leicht abgewandelten Form, angewandt.

4.4 Untersuchungsdurchführung

In den nun anschließenden Kapiteln folgt eine genaue Beschreibung der Untersuchungsvorbereitungen und Interviewerschulungen (Kapitel 4.4.1), der Datenerhebung und der Fallzahlen (Kapitel 4.4.2) und der Reflexion spezifischer Untersuchungsbedingungen (Kapitel 4.4.3).

4.4.1 Untersuchungsvorbereitungen und Interviewerschulungen

Vor der eigentlichen Hauptuntersuchung wurde die Genehmigung der jeweils betroffenen Landesschulbehörden (Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) eingeholt und Vorgespräche mit den SchulleiterInnen bzw. den von den Schulen genannten AnsprechpartnerInnen für die Evaluation durchgeführt. Ziel war es hierbei, die Untersuchungsziele und das Untersuchungskonzept vorzustellen, das Vertrauen der LehrerInnen zu gewinnen, Bedenken entgegenzuwirken, die Teilnahmemotivation zu erhöhen sowie organisatorische Fragen abzuklären. Bis auf eine einzige Ausnahme nahmen alle angesprochenen Schulen und alle angefragten LehrerInnen an der Evaluation teil. Die LehrerInnen wurden in den Vorgesprächen zudem darum gebeten, die Einverständniserklärungen der Erziehungsberechtigten für die Moglis sowie für die von den LehrerInnen ausgesuchten Kinder für die Kontrollgruppe schriftlich einzuholen und anschließend in der Schule aufzubewahren. Hierfür waren entsprechende Einverständniserklärungen vorbereitet und mit der Landesschulbehörde abgestimmt worden. Den LehrerInnen gelang es bei allen für die Projektteilnahme gemeldeten Moglis und bei einer großen Anzahl an für die Kontrollgruppe ausgesuchten Kindern das Einverständnis der Erziehungsberechtigten zu bekommen. Diese hohe Ausschöpfungsquote war insbesondere auf den hohen Einsatz und den persönlichen Kontakt der KlassenlehrerInnen zu den Familien der Kinder zurückzuführen.

Die Befragungen und Testungen der Kinder wurden mit einem Team von insgesamt dreizehn InterviewerInnen durchgeführt⁵⁹; dieses Team bestand sowohl aus studentischen und wissenschaftlichen Hilfskräften wie auch aus PraktikantInnen und variierte in seiner Zusammensetzung und Größe während der eineinhalbjährigen Gesamterhebungsphase leicht. Das Interviewerteam wurde im Mai 2009 an zwei Tagen umfangreich auf seine Aufgaben vorbereitet. Es folgten zwei weitere Nachschulungen im Oktober 2009 und im Mai 2010. Zudem fanden begleitend zu den Schuluntersuchungen regelmäßige Vor- und Nachbesprechungen statt. Für neu hinzugekommene InterviewerInnen wurden intensive individuelle Schulungen durchgeführt und die Erfahrungen des Interviewerteams weitergegeben. Ziel dieser entsprechenden Interviewerschulungen und –anweisungen war die Herstellung einer Erhöhung der „Durchführungsobjektivität“ und der „Auswertungsobjektivität“. Zudem kann im Rahmen dieser Untersuchung bei der Durchführung einer Reihe von standardisierten Tests mit entsprechenden Norm- und Vergleichswerten (KKA, IVE, KTK und KIDSCREEN) von einer „Interpretationsobjektivität“ gesprochen werden.⁶⁰

4.4.2 Datenerhebung und Fallzahlen

Die Befragungen und Testungen begannen i.d.R. in der ersten Unterrichtsstunde und endeten bei den Kindern aus der ersten und zweiten Klasse zumeist nach der vierten Unterrichtsstunde, da Kinder in diesem Alter in Deutschland noch relativ wenige Schulstunden Unterricht haben. In der dritten und vierten Klasse konnte hingegen häufiger auch die fünfte, manchmal sogar die sechste Stunde mit für die Untersuchung genutzt werden. Aus diesen Gründen, aber auch aufgrund der Raumsituation in vielen Grundschulen (für die Durchführung der Befragungen und Testungen in einer Eins-zu-Eins-Situation brauchte jede/r InterviewerIn einen separaten Raum), mussten die Schulen, die viele Kinder für das Programm *Balu und Du* angemeldet hatten, jeweils an mehreren Tagen hintereinander besucht werden. Hierbei wurden die zum Teil eineinhalbstündigen Fahrten (pro Weg) ausnahmslos mit dem Auto bewältigt, da das Interviewerteam zum einen sperrige und große Testgeräte für den *Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)* mitnehmen musste, zum anderen Schulen gerade im ländlichen Bereich nur mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand mit den öffentlichen Verkehrsmitteln hätten erreicht werden können.

⁵⁹ Sehr häufig begleitete ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin bzw. zum Teil auch meine Kollegin das Interviewerteam zu den Standorten und führte selbst auch Untersuchungen mit den Kindern durch.

⁶⁰ Das Testgütekriterium der „Objektivität“, auch als „Anwenderunabhängigkeit“ bezeichnet, untergliedert sich in die „Durchführungsobjektivität“, „Auswertungsobjektivität“ und „Interpretationsobjektivität“ (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 194). Demnach sollten die Ergebnisse von Befragungen und Tests nicht durch etwaige Untersuchungsleiter oder Interviewer beeinflusst werden („Durchführungsobjektivität“). Außerdem sollte die Vergabe der Testpunkte für alle in den Fragebögen und Tests verwendeten Items unabhängig von dem jeweiligen Testleiter oder Interviewer erfolgen („Auswertungsobjektivität“). Bei der Interpretation der Testwerte sollte soweit möglich eine Orientierung an Normwerten erfolgen, sofern diese zuvor anhand repräsentativer Stichproben ermittelt werden konnten („Interpretationsobjektivität“).

Jedoch wurden, wie bereits ausführlich erläutert (vgl. Kapitel 4.3.1 zur Beschreibung der Erhebungsinstrumente), nicht nur die Kinder selbst befragt – auch ihre KlassenlehrerInnen sollten einen Fragebogen zu den Kindern auszufüllen. Hierfür wurden die LehrerInnen darum gebeten, die zumeist vorher per Post zugeschickten Lehrerfragebögen zum Zeitpunkt des Schulbesuchs auszufüllen und dem Interviewerteam zu übergeben. Dieses Verfahren funktionierte in den meisten Fällen sehr gut, jedoch kam es aufgrund akuter Arbeitsüberlastungen oder Krankheiten der KlassenlehrerInnen bzw. SportlehrerInnen in Einzelfällen zu erheblichen Verzögerungen. Zur Aufrechterhaltung der Motivation und als „Danke schön“ für die Teilnahme an der Untersuchung bzw. den zum Teil erheblichen organisatorischen Aufwand für die LehrerInnen bekamen sowohl die Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe wie auch die KlassenlehrerInnen zum Abschluss jeder Erhebungswelle ein kleines Geschenk als „Incentive“ überreicht.

Neben dem *Balu und Du* „Hauptstandort“ an der Universität Osnabrück (Osnabrück I) und einem zweiten Standort in Osnabrück (Osnabrück II) beteiligten sich weitere zehn Standorte im Umkreis von 125 km um Osnabrück herum an der Untersuchung, so dass insgesamt folgende zwölf Standorte in die Evaluation mit einbezogen werden konnten: Bersenbrück, Bramsche, Georgsmarienhütte, Hamm, Ibbenbüren, Münster, Oldenburg, Osnabrück I, Osnabrück II, Paderborn, Syke und Vechta (vgl. Abbildung 18).

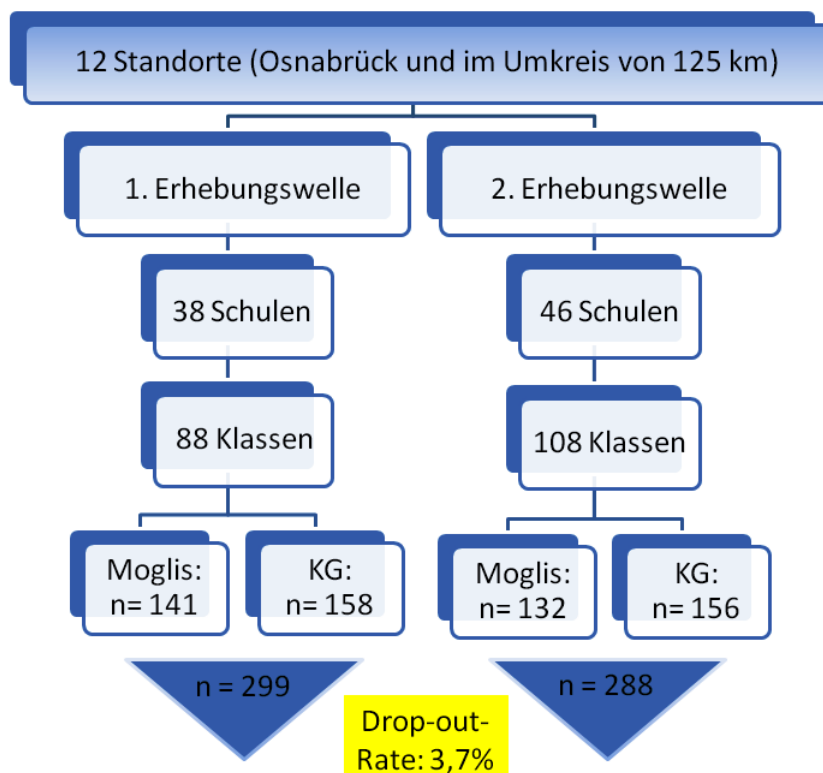


Abbildung 18. Anzahl der an der in der ersten und zweiten Kohorte an der Evaluation teilgenommenen Schulen, Klassen und Kinder.

Anmerkung. KG = Kontrollgruppe.

In der ersten Erhebungswelle waren (über alle Standorte hinweg) N= 38 Schulen und N= 88 Klassen an der Untersuchung beteiligt; die Anzahl aller insgesamt an der Evaluation beteiligten Schulen wuchs aufgrund von Schulwechselln einzelner SchülerInnen in der zweiten Erhebungswelle auf insgesamt N= 46 in die Untersuchung involvierte Schulen an. Dadurch und auch durch Klassenwechsel innerhalb der Schulen (z.B. durch Klassenwiederholungen von SchülerInnen) stieg die Anzahl der in die Evaluation einbezogenen Klassen noch deutlicher als die der Schulen auf N= 108 Klassen an. Die für das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt ursprünglich vorgesehenen Fallzahlen von N= 135 Moglis und N= 135 Kindern konnten somit nicht nur erreicht, sondern mit einer Fallzahl von N= 141 Moglis und N= 158 Kindern der Kontrollgruppe sogar übertroffen werden. Von diesen insgesamt N= 299 Kindern konnten N= 288 zum zweiten Erhebungszeitpunkt erneut in die Evaluation mit einbezogen werden. Dies entspricht einer Drop-out-Rate von 3,7% und einer Ausschöpfungsquote von 96,3%. Im Vergleich hierzu werden bei Standard-Bevölkerungsumfragen i.d.R. nur Ausschöpfungsraten von 60 bis 65%, höchstens jedoch von 70% erzielt (vgl. Porst 1996, S. 10). Es fiel allerdings auf, dass die Drop-out-Rate für die Subgruppe der Moglis mit 6,4 % (2.EW: n= 132 Moglis) aufgrund von Umzügen, Krankheiten oder Projekt- und Untersuchungsabbrüchen etwas höher lag als die Drop-out-Rate von 1,3 % (2.EW: n= 156) für die Subgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe. Alle Datensätze (Kinderfragebögen und -tests sowie Lehrerfragebögen für die erste und zweite Erhebungswelle) lagen für N= 267 der N= 299 Kinder, und damit für knapp 90% der Kinder, vor.

Im Folgenden werden die Fallzahlen noch einmal für eine genauere Betrachtung der Projektlaufzeit und der Datenerhebungen in die beiden Kohorten aufgesplittet. An der ersten Kohorte beteiligten sich N= 43 Moglis und N= 55 Kontrollgruppenkinder aus vier Standorten (Münster, Oldenburg, Osnabrück I und Vechta) und von 14 Schulen. Der Erhebungszeitraum der ersten Erhebungswelle erstreckte sich von Mitte Juni bis Mitte September (dazwischen lagen 6 ½ Wochen Sommerferien, daher beträgt die Nettobefragungszeit: 6 ½ Wochen).⁶¹ Die zweite Erhebungswelle der ersten Kohorte fand von Ende April bis Mitte Juni 2010 statt (Nettobefragungszeit: 7 ½ Wochen). Hierbei konnten N= 39 der Moglis und N=54 der Kinder aus der Kontrollgruppe wieder in die Evaluationsstudie mit einbezogen werden. Die Kinder verteilten sich aufgrund von Schulwechselln mittlerweile auf 20, statt der ursprünglichen 14, Schulen. Die entsprechenden Lehrerfragebögen wurden erneut ausgefüllt und

⁶¹ Bis Ende April 2009 wurde die Pretestphase inklusive der Paraphrasierung der Kinderfragebögen und der Gruppendiskussion mit den vier Lehrerinnen durchgeführt und abgeschlossen. Danach wurde ein Antrag auf Genehmigung der Evaluation bei der niedersächsischen Landesschulbehörde gestellt und die Bewilligung abgewartet. Erst danach und nach dem Matching der Balu-Mogli-Gespanne war es möglich, die Kinder der ersten Kohorte im Sommer 2009 zu befragen und zu testen sowie die dazugehörigen Lehrerfragebögen einzuholen.

eingesammelt. Der Projektzeitraum für die Moglis begann ab dem Vorlesungsbeginn des SS 2009 Mitte April und endete offiziell nach Ablauf des WS 2009/10 Ende März 2010. Da die Mentorenbeziehungen i.S. der Nachhaltigkeit fortgeführt werden sollen und die Beziehung häufig individuell weiterläuft kann jedoch kein allgemeingültiges Projektende postuliert werden (vgl. Tabelle 3).

Die Erstuntersuchung der zweiten Kohorte begann im Herbst 2009. Hieran beteiligten sich N=98 Moglis und N=103 Kontrollgruppenkinder aus zehn Standorten (Bersenbrück, Bramsche, Georgsmarienhütte, Hamm, Ibbenbüren, Osnabrück I und Osnabrück II, Paderborn, Syke, Vechta) und von 28 Schulen. Hierfür mussten erneut die Genehmigungen der niedersächsischen wie auch (diesmal neu) der nordrheinwestfälischen Landesschulbehörden eingeholt werden. Die entsprechenden Lehrerfragebögen wurden eingeholt. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich insgesamt von Ende November 2009 bis Anfang Februar 2010 (dazwischen lagen zwei Wochen Weihnachtsferien, Nettozeit für fast alle daher: 8 Wochen, zwei zuvor lange kranke „Nachzüglerkinder“ konnten erst Mitte März befragt werden). Der zweite Befragungszeitpunkt der zweiten Kohorte fand von Anfang September bis Anfang Dezember 2010 statt (dazwischen lagen zwei Wochen Herbstferien, daher beträgt die Nettobefragungszeit zehn Wochen). Hierbei konnten N=93 Moglis und N=102 Kontrollgruppenkinder erneut in die Untersuchung einbezogen werden; diese Kinder verteilten sich aufgrund von Schulwechseln mittlerweile auf 32 Schulen. Die entsprechenden Lehrerfragebögen wurden erneut ausgefüllt und eingesammelt. Der Projektzeitraum für die in das Programm *Balu und Du* aufgenommenen Moglikinder begann nach dem Matching der Gespanne nach dem Beginn des WS 2009/10 Ende Oktober/November 2010 und endete offiziell mit dem Ende des WS 2009/2010 Ende September. Wie bereits in der ersten Kohorte auch konnte jedoch projektkonform nicht von einem absoluten Ende der Mentorenbeziehungen gesprochen werden, ist es doch im Gegenteil Intention des Programms *Balu und Du* die Mentorenbeziehungen möglichst lange weiterlaufen zu lassen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 3.

Projektlaufzeit und Datenerhebung für die erste zu evaluierende Kohorte (mit Projektbeginn zum SS 2009 und Projektende nach dem WS 2009/10)

Jahr 2009									Jahr 2010					
Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni
Pretest		LSchB												
Projektzeitraum für die Moglis												-----		
Sf.			Sf.			Sf.			Sf.			Sf.		
			-----	1. EW									2. EW	

Anmerkung. Pretest = umfasst die Paraphrasierung des Kinderfragebogens durch N= 16 Moglis mit ihren Balus aus der laufenden vorherigen Kohorte, den Pretest des Kinderfragebogens und der Kindertests mit N= 25 Moglis aus der laufenden vorherigen Kohorte und die Gruppendiskussion über den Lehrerfragebogen mit N= 4 Lehrerinnen aus einer nicht am Programm *Balu und Du* teilnehmenden Grundschule. LSchB= Phase der Antragstellung und des Erhalts der Genehmigung für die Evaluationsstudie durch die Landesschulbehörde. Sf= Schulferien. 1. EW= erste Erhebungswelle. 2. EW= zweite Erhebungswelle. Die Striche nach dem „Projektzeitraum für die Moglis“ stehen für die häufig nach dem offiziellen Projektende auf unbestimmte Zeit weitergeführten Mentorenbeziehungen. Die Striche vor der „1.EW“ verbinden die Wochen der ersten Erhebungswelle, die aufgrund der Sommerferien unterbrochen werden musste.

Tabelle 4.

Projektlaufzeit und Datenerhebung für die zweite zu evaluierende Kohorte (mit Projektbeginn zum WS 2009/10 und Projektende nach dem SS 2010)

Jahr 2009		Jahr 2010												
Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	
Projektzeitraum für die Moglis														
		Sf.			Sf.			Sf.			Sf.			Sf.
	1. EW	---	1. EW							2. EW	--	2. EW		

Anmerkung. Sf= Schulferien. 1. EW= erste Erhebungswelle. 2. EW= zweite Erhebungswelle. Die Striche nach dem „Projektzeitraum für die Moglis“ stehen für die häufig nach dem offiziellen Projektende auf unbestimmte Zeit weitergeführten Mentorenbeziehungen. Die Striche zwischen den beiden Kästchen der „1.EW“ und der „2. EW“ verbinden die Wochen der ersten bzw. zweiten Erhebungswelle, welche aufgrund der Weihnachts- und Herbstferien unterbrochen werden mussten.

Bei der Datenanalyse fiel auf, dass sich die Fallzahlen beider Kohorten ganz unterschiedlich auf die insgesamt in die erste Erhebungswelle einbezogenen N=38 Schulen bzw. in die zweiten Erhebungswelle einbezogenen N= 46 Schulen verteilten. Dies lag daran, dass die Anzahl der angemeldeten Kinder für das Programm *Balu und Du* sehr stark zwischen den einzelnen Schulen schwankte (die Bandbreite reichte von 18 gemeldeten Moglis einer Schule bis zu einem gemeldeten Mogli pro Schule). LehrerInnen aus Schulen mit vielen sozial benachteiligten Kindern meldeten mehr Kinder für das Projekt an, weil sie sich „*um diese Sorgen machen*“ als LehrerInnen aus Schulen mit weniger sozialen Schwierigkeiten. Dies erklärt, warum in der ersten Erhebungswelle Schulen mit mindestens zehn in die Untersuchung einbezogenen Kindern (sowohl Mogli- wie auch Kontrollgruppe) zwar nur ein Drittel der in die Evaluation einbezogenen Schulen ausmachten, jedoch zu Zweidrittel der Gesamtfallzahl von N= 299 Kindern beitrugen. In der zweiten Erhebungswelle wurden sogar nur noch in etwas mehr als einem Fünftel aller an der Evaluation beteiligten Schulen zehn Kinder (Mogli- und Kontrollgruppe zusammen) oder mehr befragt – dennoch stellten diese insgesamt zehn Schulen knapp 60% aller Kinder für die Untersuchung zur Verfügung. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass etliche Kinder während des Projektzeitraums aufgrund von Umzügen oder einem besonderen Förderbedarf (z.B. im Bereich emotionaler und sozialer Schwierigkeiten oder im Bereich körperlicher und motorischer Schwierigkeiten) die Schule wechselten. Die Schulen wurden außerdem in eine Rangordnung (absteigend von der Schule mit den meisten evaluierten Kindern bis zu den Schulen mit einem bis drei untersuchten Kindern) gebracht. Erwartungskonform und wenig überraschend blieb die Rangordnung der ersten Erhebungswelle in der zweiten Erhebungswelle nahezu gleich. Die Rangordnung der ersten Erhebungswelle und damit auch die wenigen Abweichungen hiervon wurden für die zweite Erhebungswelle in der Spalte der Schulen in Klammern kenntlich gemacht (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5.
Anzahl an Kindern aus den jeweiligen Schulen (erste und zweite Kohorte zusammen, besuchte Schulen zu Beginn der ersten und zweiten Erhebungswelle)

1. Erhebungswelle						2. Erhebungswelle						
Rg	Anzahl Sch.	Schulen	n insg.	Kum. n	%	Rg	Anzahl Sch.	Schulen	n insg.	Kum. n	%	Kum. %
1	1	Schule 1	33		11,04	1	1	Schule 1 (1. EW: Rg. 1)	28		9,72	
2	1	Schule 2	26		8,70	2	1	Schule 2 (1. EW: Rg. 2)	25		8,68	
3	1	Schule 3	23		7,69	3	1	Schule 3 (1. EW: Rg. 3)	23		7,99	
4	1	Schule 4	16		5,35	4	1	Schule 4 (1. EW: Rg. 4)	17		5,90	
5	1	Schule 5	14		4,68	5	2	Schule 5 (1. EW: Rg. 5)	13	166	4,51	57,64
6	2	Schule 6	13	194	4,35			Schule 6 (1. EW: Rg. 6)	13		4,51	
		Schule 7	13			4,35			Schule 7 (1. EW: Rg. 6)	12		4,17
7	2	Schule 8	12		4,01	6	3	Schule 8 (1. EW: Rg. 7)	12		4,17	
		Schule 9	12		4,01			Schule 9 (1. EW: Rg. 8)	12		4,17	
8	2	Schule 10	11		3,68	7	1	Schule 8 (1. EW: Rg. 7)	11		3,82	
		Schule 11	11		3,68	8	4	Schulen mit 7-9 Kindern	30		10,42	
9	1	Schule 12	10		3,34	9	10	Schulen mit 4-6 Kindern	49	122	17,01	42,36
10	3	Schulen mit 7-9 Kindern	24		8,03	10	22	Schulen mit 1-3 Kindern	43		14,93	
11	7	Schulen mit 4-6 Kindern	39	105	13,04	35,12	Gesamt	46 Schulen	288	288	100,00	100,00
12	16	Schulen mit 1-3 Kindern	42		14,05							
Gesamt		38 Schulen	299	299	100,00	100,00						

Anmerkung. Rg.= Rangnummer. Anzahl Sch.= Anzahl Schulen. n.insg.= Anzahl der an einer Schule insgesamt in die Untersuchung einbezogenen Kinder (sowohl Kinder der Mogli- wie auch der Kontrollgruppe). Kum. n.= Kumulierte Fallzahlen. %= Prozent. Kum. %= Kumulierte Prozentangaben. 1. EW: Rg. x= Rangnummer x der Schule zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle (zum Vergleich).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die in der ersten Erhebungswelle befragten und getesteten Kinder zu einem Großteil wieder in die zweite Untersuchungsphase mit einbezogen werden konnten und die Drop-out-Rate insgesamt sehr gering blieb. Das Vorhaben einer hohen Fallzahl und einer Einbeziehung einer großen Anzahl an benachteiligten Kindern in die Studie wurde damit zur großen Zufriedenheit erreicht.

4.4.3 Reflexion spezifischer Untersuchungsbedingungen

Eine grundsätzliche Herausforderung für die Evaluationsstudie stellten die Untersuchungszeitpunkte an sich, wie auch der Abstand zwischen der ersten und der zweiten Erhebungswelle, dar. Wie bereits im vorherigen Kapitel 4.4.2 geschildert, lag die Wahl der Untersuchungszeitpunkte weniger in der Hand des Forschungsteams, sondern musste sich den zeitlichen Restriktionen des schulischen Ablaufs (Schulferien, Klassenfahrten, Belastungsphasen aufgrund geschriebener Schularbeiten) sowie individuellen Ausfällen (Krankheiten der Lehrkräfte oder der Kinder) unterordnen. Der durchschnittliche zeitliche Abstand zwischen den Befragungen und Testungen lag sowohl bei der Mogli- wie auch bei der Kontrollgruppe für die erste Kohorte bei 10,3 Monaten (SD 1. EW= 1,0, SD 2. EW= 1,1) und für die zweite Kohorte bei 8,8 bzw. 8,9 Monaten (SD 1. EW= 0,6, SD 2. EW= 0,7). Die Zeitspanne zwischen der Abgabe der Lehrerfragebögen betrug für die erste Kohorte gegenüber der Zeitspanne zwischen den Kinderbefragungen und -testungen mit durchschnittlichen 9,5 Monaten (SD= 1,3) für die Moglis und durchschnittlichen 9,6 Monaten (SD= 1,5) für die Kontrollgruppe etwas weniger. In der zweiten Kohorte fiel der Abstand zwischen der Abgabe der Lehrerfragebögen (Mogligruppe: M= 9,0, SD= 0,7/ Kontrollgruppe: M= 9,0, SD= 0,6) jedoch fast genau gleich zu dem Abstand der Kinderuntersuchungen aus (vgl. Tabelle 11 im Anhang).

Die Befragung und Testung der Kinder zog sich zudem über zwei Unterrichtsstunden hin und verlangte den kleinen ProbandInnen einiges ab. Es war daher wichtig zu erfassen, wie lange die Durchführung des Kinderfragebogens dauerte und ob die Befragung den Kinder, trotz der damit womöglich verbundenen Anstrengungen, gefallen hatte. Wie sich herausstellte, dauerte die Durchführung des Kinderfragebogens im Durchschnitt zwischen 27 und 30 Minuten in der ersten und zwischen 24 und 27 Minuten in der zweiten Erhebungswelle (detaillierte Angaben zu der durchschnittlichen Dauer finden sich in Tabelle 12 im Anhang). Damit lag die Länge des Kinderfragebogens in einem auch bei jüngeren Kindern vertretbaren Rahmen. Fast 80% der Moglis und fast 90% der Kinder aus der Kontrollgruppe gaben an, dass ihnen die Befragung gefallen hätte. Knapp 20% der Moglis und 10% der Kinder aus der Kontrollgruppe standen der Befragung gemischt/ neutral gegenüber und lediglich etwas weniger als 4% (Moglis) bzw. 2% der Kinder aus der Kontrollgruppe hatte die Befragung nicht gefallen (vgl. Tabelle 13 im Anhang).

Zudem füllten die InterviewerInnen nach der Durchführung des Kinderfragebogens sowie nach der Durchführung der Kindertests, d.h. jeweils nach einer 45-minütigen Unterrichtsstunde, einen Beobachtungsbogen zur Qualitätssicherung der Evaluationsstudie aus. Hierbei sollten sie auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr“) angeben, wie sie die Konzentrationsfähigkeit und die Motivation der Kinder wahrgenommen hatten. Sie hielten auch fest, ob die Kinder die Fragen des Kinderfragebogens bzw. die Testinstruktionen verstehen konnten, ob die Befragung störungsfrei erfolgte, ob die Antworten der Kinder glaubwürdig wirkten und ob sich die Kinder in der Befragungssituation wohl zu fühlen schienen. Die anschließend berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen zeigten, dass die Kinder nach Ansicht der InterviewerInnen im Mittel „ziemlich“ konzentriert und motiviert waren. Sie konnten die Fragen des Fragebogens bzw. die Testinstruktionen „ziemlich“ gut verstehen, die Befragung erfolgte „ziemlich“ störungsfrei und die Antworten der Kinder wirkten „ziemlich“ glaubwürdig. Die Kinder schienen sich in der Befragungssituation ebenfalls „ziemlich“ wohl zu fühlen. Die jeweilige Standardabweichung lag zwischen $SD= 0,53$ und $SD= 1,06$. Es fiel auf, dass die Testsituationen mit den Kindern der Kontrollgruppe hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit, der Motivation sowie des Verständnisses der Fragen bzw. Testinstruktionen leicht besser bewertet wurde – auch wirkten die Antworten der Kinder aus der Kontrollgruppe bei dem Kinderfragebogen etwas glaubwürdiger. Zudem schienen sich die Kinder der Kontrollgruppe bei der Durchführung des Kinderfragebogens durchschnittlich noch etwas wohler gefühlt zu haben (vgl. Tabelle 14 im Anhang).

Während der Untersuchung der ersten Kohorte fiel zudem bei den Ernährungsfragen („Welche Obstsorten magst du?“ und „Welche Gemüsesorten magst du?“) auf, dass etliche Kinder noch nicht in der Lage waren, adäquat zwischen Obst- und Gemüsesorten zu unterscheiden. Daher wurde das Item „Das Kind kannte den Unterschied zwischen Obst- und Gemüsesorten.“ nachträglich für die zweite Kohorte in den Beobachtungsbogen integriert. Wie sich in der ersten Erhebungswelle der zweiten Kohorte herausstellte, kannten 10,6% der Moglis (6,9% Kontrollgruppe) den Unterschied „gar nicht“, 11,7% der Moglis (10,8% Kontrollgruppe) „auf Nachfrage“ und 77,7% der Moglis (82,4% Kontrollgruppe) „von alleine“ (vgl. Tabelle 15 im Anhang). Bis zu der zweiten Erhebungswelle schrumpfte der Anteil derjenigen Kinder, welche den Unterschied zwischen Obst- und Gemüsesorten nicht kannten, aufgrund altersbedingter Reifungsprozesse erwartungsgemäß auf 6,7% (Moglis) bzw. 4,0% (Kontrollgruppe). Ungefähr 20% der Kinder sowohl aus der Mogli- wie auch der Kontrollgruppe konnte den Unterschied „auf Nachfrage“ erkennen und Dreiviertel der Kinder (73,3% Moglis/ 77,2% Kontrollgruppe) kannte den Unterschied „von alleine“ (vgl. Tabelle 16). Insgesamt fiel auch bei diesem Item das leicht positivere Abschneiden der Kontrollgruppe auf – so kannte nach Einschätzung der InterviewerInnen zu beiden Erhebungswellen ein

größerer Anteil dieser Gruppe den Unterschied zwischen Obst- und Gemüsesorten als die Moglis.

Die Kinder wurden auch gefragt, wann sie das letzte Mal so krank waren, dass sie nicht in die Schule gehen konnten. Bei einem Fünftel bis einem Viertel der Kinder blieb die Antwort auf diese Frage unklar. 15 bis 25% der Kinder gaben an, dies sei „länger her“ oder „noch nie“ passiert. „Länger als ein Jahr her“ war die letzte Krankheitsphase bei nur 3 bis 5% der Kinder. Ein Viertel bis ein Drittel der Kinder gab an, sie seien irgendwann „innerhalb des letzten Jahres“ krank gewesen und ungefähr 10% der Kinder hatte „innerhalb des letzten Monats“ aufgrund von Krankheit gefehlt. Die für diese Studie besonders interessante Gruppe war jedoch diejenige, die angab, „innerhalb der letzten Woche“ aufgrund von Krankheit mindestens einmal nicht in der Schule gewesen zu sein. Dies war in beiden Erhebungswellen um die 10% der Kinder (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18 im Anhang). Zum einen können diese Aussagen als besonders belastbar angesehen werden, da der Zeitpunkt der Erkrankung noch nicht lange zurücklag und daher gut erinnert werden konnte. Zum anderen steht zu vermuten, dass die Einschätzung der Kinder hinsichtlich ihrer eigenen - insbesondere körperlichen - Gesundheit sowie hinsichtlich ihres gesundheitlichen Wohlbefindens in „der letzten Woche“⁶² durch zuvor stattgefundene Krankheitsphasen negativ beeinflusst worden sein könnte. Möglich ist auch, dass Kinder, die noch einen Tag vor der Untersuchung aufgrund von Krankheit in der Schule gefehlt hatten, noch nicht ganz wieder auf der Höhe ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit angekommen waren und daher bei der Durchführung des Körperkoordinationstests für Kinder (KTK) schlechter abschnitten. Darüber, ob und wie stark diese Vermutungen tatsächlich zutrafen, kann jedoch nur spekuliert werden. Es ist zudem anzunehmen, dass sich solche Normabweichungen durch eine genügend hohe Fallzahl mit positiven Normabweichungen (von Kindern, die sich in der Woche zuvor gesünder und wohler als sonst gefühlt hatten) „ausmittelten“. Auch ist zu bedenken, dass häufige Krankheitsphasen gerade in der Grundschule ein normales, altersbedingtes Phänomen darstellen (Kamtsiuris et al. 2007, S. 686).

Insgesamt bleibt zudem eine gewisse Unsicherheit darüber bestehen, ob gerade die jüngsten Kinder mit erst sechs Jahren, trotz durchgeführtem Pretest und möglichst kindgerechter Sprache, die Fragen bereits kognitiv angemessen verstehen konnten bzw. bereits in der Lage waren, Selbsteinschätzungen, z.B. hinsichtlich bestimmter Kompetenzen, vorzunehmen. Hinweise auf diesbezügliche Schwierigkeiten und die damit einhergehende, sinkende Validität und Reliabilität von Ergebnissen bei (jüngeren) Grundschulkindern wurden

⁶² Wie bereits in Kapitel 4.3.1 zur Beschreibung der Erhebungsinstrumente erläutert, wurden die Kinder in dem Fragebogen generell immer wieder aufgefordert verschiedene Angaben, hier z.B. zu ihrer körperlichen Gesundheit sowie zu ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden, auf „die letzte Woche“ zu beziehen, um einen einheitlichen Bezugsrahmen herzustellen.

beispielsweise in der Untersuchung zum „*Rochester Child Resilience Project*“ deutlich (vgl. Cowen et al. 1997, S. 536ff.).

4.5 Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung

Im nun folgenden Kapitel 4.5 zur Stichprobenbeschreibung und Subgruppeneinteilung wurden in Kapitel 4.5.1 die Art der Anmeldung für die Treatment- und die Kontrollgruppe, in Kapitel 4.5.2 die soziodemographischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Klassenverteilung und Migrationshintergrund bzw. –status), in Kapitel 4.5.3 weitere Hintergrundmerkmale wie die Medikamenteneinnahme und die finanziellen Ressourcen der Kinder (Taschengeld), in Kapitel 4.5.4 die familiäre Belastung als sozialer Risikofaktor und in Kapitel 4.5.5 der Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialer Schutzfaktor näher beschrieben.

4.5.1 Art der Anmeldung für die Treatment- und die Kontrollgruppe

Für die zweite Kohorte wurden die KlassenlehrerInnen der Kinder gefragt, ob sie das Moglikind für das Programm *Balu und Du* selbst angemeldet hätten. Dies war in fast 90% der Fälle der Fall. Nur eine Minderheit der Kinder wurde von einer/ einem anderen LehrerIn (4%), dem Jugendamt (3%) oder den Eltern (4%) angemeldet. Bei nur einem Prozent der Kinder wussten die KlassenlehrerInnen nicht genau, wie diese in das Projekt gekommen waren.

Außerdem wurden die KlassenlehrerInnen der zweiten Kohorte noch zu den *Gründen für die Auswahl der Kontrollgruppe* gefragt. Hierbei stellte sich heraus, dass bei 43% eine Ähnlichkeit des Kindes zu einem Mogli ausschlaggebend war und bei 30% der Kontrollgruppenkinder (zum Teil zu den Moglis ähnliche) Defizite als Grund genannt wurden. Bei 27% der Kinder, welche die KlassenlehrerInnen für die Kontrollgruppe aussuchten, spielten jedoch keine dieser Gründe eine Rolle. Diese Kinder wurden aus pragmatischen Gründen (z.B. weil die KlassenlehrerInnen nur von diesen Eltern eine Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Evaluation erhalten konnten) ausgewählt. Wie zu vermuten, kam aus diesem aus pragmatischen Gründen heraus ausgewählten Teil der Kontrollgruppe auch ein deutlich höherer Anteil (42,3%) der Kinder aus Familien ohne familiäre Belastung⁶³ als in der Teilgruppe der Kinder, die wegen ihrer Defizite ausgewählt worden waren (13,8%). Der Anteil an Kindern ohne familiäre Belastung lag bei denjenigen Kindern aus der Kontrollgruppe, die aufgrund ihrer Ähnlichkeit zum Mogli ausgewählt worden waren, jedoch annähernd gleich hoch (36,6%). Ein Zusammenhangstest zwischen der familiären Belastung (keine/ leichte/ schwere familiäre Belastung) und den drei genannten Gründen für die Auswahl der Kontrollgruppenkinder ergab insgesamt einen leichten, signifikanten Zusammenhang (Cramer's $V= 0,225$, $\alpha \leq 0,05$).

⁶³ Die Einteilung der „familiären Belastung“ in die drei Untergruppen wird im Kapitel 4.5.4 „Familiäre Belastung als Risikofaktor“ vorgenommen und näher erläutert.

4.5.2 Soziodemographische Merkmale

Da die Kinder für die Kontrollgruppe aus den jeweiligen Klassen der Moglis rekrutiert wurden (um wie bereits in Kapitel 4.2 ausgeführt, Einflüsse von Moderatorvariablen besser kontrollieren zu können) fiel die Verteilung beider Gruppen auf die verschiedenen *Klassen- und Altersstufen* sehr ähnlich aus: Von den Moglis und den Kindern aus der Kontrollgruppe gingen über 40% in die erste Klasse, jeweils ca. 25% in die zweite und dritte Klasse und nur etwas mehr als 3% in die vierte Klasse. Dementsprechend waren in beiden Gruppen ein Viertel der Kinder sieben Jahre, ca. 30% acht Jahre und ein weiteres Viertel neun Jahre alt. Zwischen 7 bis 9% der Kinder waren jeweils sechs bzw. zehn Jahre alt. Die *Geschlechterverteilung* verhielt sich dagegen weniger paritätisch: Während die Moglis zu 60% männlich und zu 40% weiblich waren, setzte sich die Kontrollgruppe jeweils zur Hälfte aus Jungen und Mädchen zusammen. Diese nur leicht unterschiedliche Geschlechterverteilung zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe war jedoch signifikant ($\Phi = 0,13$, $\alpha \leq 0,05$). Als Grund für die Ungleichverteilung hinsichtlich des Merkmals Geschlecht können die für die Auswahl der Kontrollgruppe zugrundegelegten Kriterien angeführt werden. So sollten die KlassenlehrerInnen die Kinder für die Kontrollgruppen vor allem danach aussuchen, ob sie den Projektkindern hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten und ihres Charakters ähnelten, und erst in zweiter Linie nach dem Geschlecht. Sowohl die Kinder aus der Treatment- wie auch aus der Kontrollgruppe kamen zum Großteil aus kinderreichen Familien: Zum Zeitpunkt der ersten Befragung hatten die Kinder aus der Kontrollgruppe im Durchschnitt 1,8 und die Moglis sogar 1,9 *Geschwister*. Zum Vergleich zogen Familien in Deutschland 2009 durchschnittlich 1,61 minderjährige Kinder und damit gegenüber der vorliegenden Studie deutlich weniger Kinder pro Familie auf (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011b, S. 33).⁶⁴

Der *Migrationshintergrund* der Kinder wurde für diese Untersuchung sehr differenziert erfasst – so wurden die KlassenlehrerInnen gefragt, ob die Kinder bzw. ihre Eltern aus einem anderen Land (und wenn ja welches und seit wann) zugewandert seien. Zudem wurden die Kinder gefragt, welche Sprache bzw. Sprachen sie zu Hause sprechen würden. So sollte herausgefunden werden, ob die Kinder zu Hause (überwiegend) Deutsch, neben Deutsch noch eine weitere Sprache oder ausschließlich eine andere Sprache verwendeten. Diese Auskünfte gaben Hinweise darauf, wie stark die Kinder von ihrem Elternhaus her gesellschaftlich-kulturell integriert und für die monolinguale deutsche Schule vorbereitet wurden. Auf eine Abfrage der Staatsangehörigkeit(en) der Kinder und ihrer Eltern wurde bewusst verzichtet, da mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen war, dass

⁶⁴ Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass die Kinder für diese Untersuchung nach der Anzahl ihrer Geschwister insgesamt gefragt wurden – dies schloss auch nicht bei ihnen lebende (Halb-/ Stief-) Geschwister sowie volljährige Geschwister mit ein. Daher unterscheidet sich die hier vorgenommene Operationalisierung leicht von dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes.

mindestens die jüngeren Kinder und auch der weitaus größte Anteil der KlassenlehrerInnen hierzu keine (validen) Angaben hätten machen können. Zudem ist die Erfassung der juristischen Kategorie „Staatsangehörigkeit“ im Vergleich zu dem lebensbiographischen Ereignis der „Migration“ und der zu Hause gesprochenen Muttersprache deutlich weniger gut geeignet, um den Migrationshintergrund und den Grad der Integration zu bestimmen (vgl. Schenk et al. 2006, S.854ff.).

Die Hälfte der Kinder in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe wies nach Angaben ihrer KlassenlehrerInnen einen Migrationshintergrund auf – d.h. die Kinder wurden entweder selbst oder aber mindestens ein Elternteil wurde im Ausland geboren.⁶⁵ Dabei lag der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in der Treatmentgruppe mit 54,1% etwas höher als in der Kontrollgruppe (46,9%). Ein entsprechender Zusammenhangstest zwischen der Gruppenzugehörigkeit der Kinder und der Existenz eines Migrationshintergrundes war jedoch nicht signifikant. In beiden Gruppen wurden circa 10% der Kinder selbst im Ausland geboren. Ca. 30% der Kinder wurden zwar in Deutschland geboren, stammten aber von zwei Elternteilen ab, die beide im Ausland geboren wurden. Und mehr als 10% der Kinder hatten zumindest noch einen Elternteil, der im Ausland geboren wurde. Damit lag der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund sowohl in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe deutlich über dem vom Mikrozensus erhobenen bundesweiten Durchschnitt von 31,4% Grundschulkindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2009 in Deutschland (946.000⁶⁶ von insgesamt 3.012.000 Grundschulkindern (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011b, S. 56).⁶⁷

Neben der Frage, ob die Kinder und ihre Eltern in Deutschland geboren waren, interessierte auch, welche *Sprache oder Sprachen* bei den Kindern zu Hause gesprochen wurden. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder aus der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe antworteten auf die entsprechende Frage hin, zu Hause nur Deutsch zu sprechen. Ungefähr ein Drittel der Kinder sprach zu Hause dagegen neben Deutsch noch mindestens eine weitere Sprache und etwas mehr als 10% der Kinder sprachen zu Hause ausschließlich eine andere Sprache als Deutsch. Damit sprachen fast 90% aller Kinder zu Hause wenn nicht ausschließlich, dann zumindest auch Deutsch. Nach Deutsch waren die häufigsten Umgangssprachen der Mogs

⁶⁵ *Anmerkung.* Der Migrationshintergrund der Kinder wurde für diese Untersuchung analog zu den PISA-Studien durch das Geburtsland der Kinder selbst, ggf. ihr Einwanderungsjahr nach Deutschland sowie die Geburtsländer der Eltern erhoben (vgl. OECD 2010, S. 170).

⁶⁶ Die Zahl der Grundschul Kinder mit Migrationshintergrund wurde auf Tausend aufgerundet.

⁶⁷ Die für die Untersuchung des Mikrozensus verwendete Definition der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ lautet: „Zu dieser Bevölkerungsgruppe zählen neben allen seit 1950 nach Deutschland Zugewanderten und allen im Inland mit fremder Staatsangehörigkeit Geborenen auch die hier geborenen Deutschen mit zumindest einem Elternteil, der zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde. Vertriebene und ihre Nachkommen zählen nicht dazu.“ (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2011b, S. 188). Damit umfasst diese Definition auch noch die Staatsangehörigkeit der Kinder und ihrer Eltern und ist damit umfangreicher, als die für die Evaluationsstudie zum Mentorenprogramm *Balu und Du* verwendete Begriffsbestimmung. Damit wird der Migrationshintergrund in dieser Studie im Zweifel zu den vom Mikrozensus erhobenen Daten eher sogar noch etwas unterschätzt, da auf eine Abfrage der Staatsbürgerschaft der Kinder und ihrer Eltern verzichtet wurde.

zu Hause Türkisch oder Kurdisch (19,6%), Russisch (9,4%) und Albanisch (3,6%). Anders als bei den Moglis lag Türkisch oder Kurdisch bei den Kindern der Kontrollgruppe jedoch nicht auf dem zweiten, sondern auf dem dritten Platz der zu Hause gesprochenen Sprachen (7,7%). Als am zweithäufigsten genannte Sprache dominierte hier Russisch (14,2%). Albanisch lag knapp hinter Türkisch oder Kurdisch ebenfalls auf Platz drei mit 6,5%. Weitere, sowohl in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe genannte, und unter „sonstige“ zusammengefasste Muttersprachen waren Arabisch, Polnisch, Jugoslawisch, Spanisch, Vietnamesisch, Tamilisch, Portugiesisch, Indisch, Afghanisch, Syrisch, Malaiisch, Italienisch, Griechisch, Chinesisch, Englisch und afrikanische Regionalsprachen (vgl. Abbildung 19).

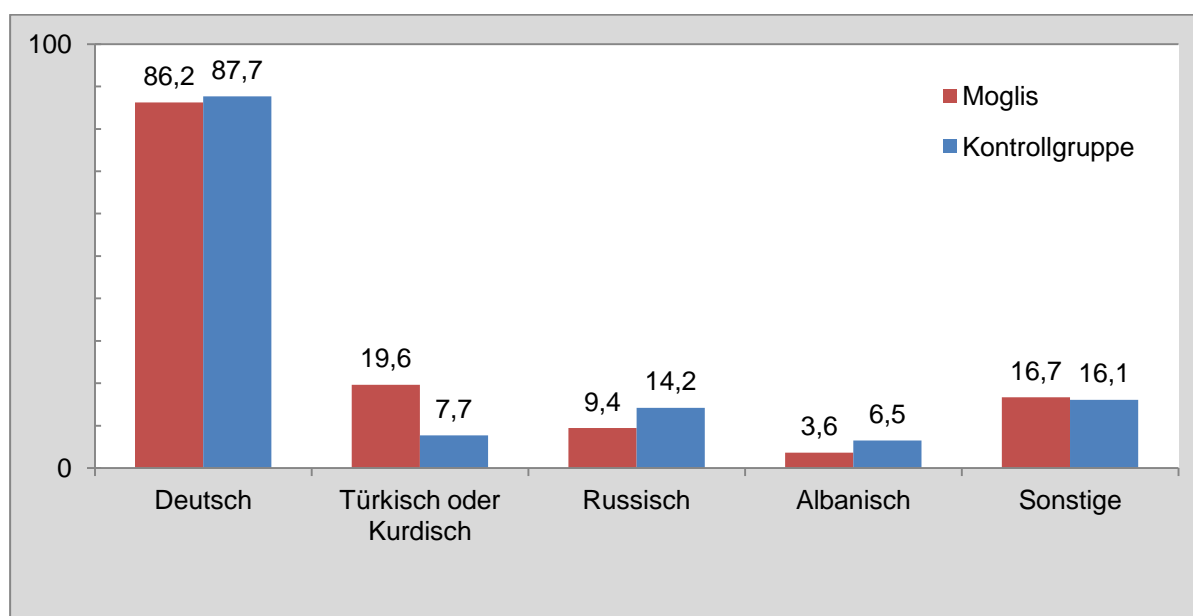


Abbildung 19. Von den Kindern genannte Sprache oder Sprachen, die sie zu Hause sprechen (in %).
Anmerkung. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Angaben zu dem Geburtsland der Kinder, zu den Geburtsländern der Eltern und zu den zu Hause gesprochenen Sprachen wurden den Empfehlungen und der Terminologie des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ (vgl. Butler et al. 2007) wie auch den von Schenk et al. (2006) ausgeführten Forderungen für einen „Mindestindikatorenset zur Erfassung des Migrationsstatus“ folgend zu einem gewichteten Index „*Migrationsstatus*“ zusammengefasst (vgl. Tabelle 19 im Anhang). Danach wurden die Kinder dem Index entsprechend, je nach Existenz und Relevanz ihres Migrationsstatus, in drei Gruppen eingeteilt. Kinder, die keinen Migrationshintergrund aufwiesen und angaben zu Hause ausschließlich Deutsch zu sprechen, bildeten die erste Gruppe (kein Migrationsstatus). Kinder mit einem leicht ausgeprägten Migrationsstatus wurden der zweiten und Kinder mit einem stark ausgeprägten Migrationsstatus der dritten Gruppe zugeordnet.⁶⁸

⁶⁸ Gruppeneinteilung der Summenscores des gewichteten Indexes „*Migrationsstatus*“: $x=0$: kein Migrationsstatus, $0 < x \leq 3$: leicht ausgeprägter Migrationsstatus, $3 < x \leq 6$: stark ausgeprägter Migrationsstatus.

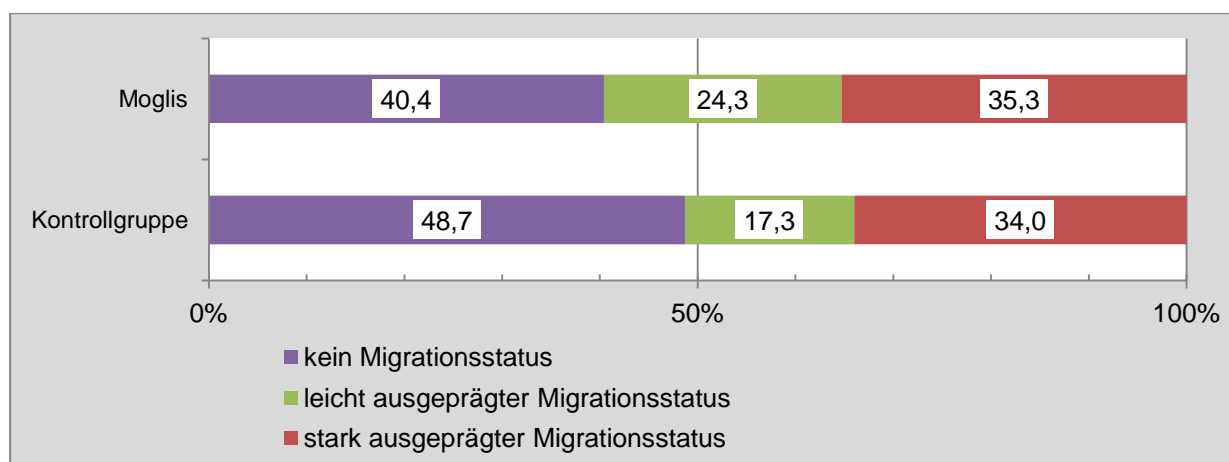


Abbildung 20. Vergleich des Migrationsstatus zwischen der Mogli- und der Kontrollgruppe (in %).

Es zeigte sich, dass bei einem höheren Anteil der Kinder in der Kontrollgruppe kein Migrationsstatus vorlag (48,7% gegenüber 40,4% bei den Moglis). Während die Gruppe der Moglis mit einem leicht ausgeprägten Migrationsstatus (24,3%) dementsprechend gegenüber der Gruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe mit einem leicht ausgeprägten Migrationsstatus (17,3%) relativ betrachtet größer ausfiel, war sowohl in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe der Anteil mit einem stark ausgeprägten Migrationsstatus (35,3% gegenüber 34,0%) fast gleich groß (vgl. Abbildung 20). Es bestand – trotz der beschriebenen leichten Unterschiede - daher auch nach Prüfung durch einen entsprechenden Zusammenhangstest kein relevanter und signifikanter Zusammenhang zwischen der Gruppenzugehörigkeit (Treatment- oder Kontrollgruppe) und dem Migrationsstatus.

4.5.3 Weitere Hintergrundmerkmale

Für die Evaluationsstudie ebenfalls von Interesse war auch der *Gesundheitszustand der Kinder* – deswegen wurden in der ersten Kohorte die KlassenlehrerInnen und in der zweiten Kohorte die Kinder selbst gefragt, ob sie *regelmäßig Medikamente* einnehmen müssten und wenn ja, *welche Medikamente und warum*.

Nach Aussage der KlassenlehrerInnen nahmen sowohl zu Projektbeginn als auch zum Zeitpunkt des Projektendes nur ein kleiner Anteil der Kinder der *ersten Kohorte* (Zeitpunkt t_1 Moglis: 7,0%; Kontrollgruppe: 3,6%/ Zeitpunkt t_2 Moglis: 7,0%; Kontrollgruppe: 1,8%) regelmäßig Medikamente ein; bei der verbleibenden großen Mehrheit der Kinder gaben die KlassenlehrerInnen dagegen entweder an, dass diese keine regelmäßigen Medikamente einnehmen müssten (Zeitpunkt t_1 Moglis: 23,3%; Kontrollgruppe: 30,9%/ Zeitpunkt t_2 Moglis: 39,5%; Kontrollgruppe: 60,0%), oder sie gaben an, dass sie dies nicht wüssten. Diese auffallend große Unwissenheit der KlassenlehrerInnen schwankte je nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt zwischen etwas mehr als dreißig bis über sechzig Prozent und erschwerte die Interpretation der Ergebnisse deutlich.

Aus diesem Grund wurden, wie bereits in Kapitel 4.3.1 erläutert, in der anschließenden *zweiten Kohorte* nicht mehr die jeweiligen KlassenlehrerInnen, sondern die Kinder selbst nach ihrer Medikamenteneinnahme befragt. Infolgedessen stieg der Anteil derjenigen Kinder, die täglich Medikamente nehmen mussten, deutlich an. So gaben zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle 15,5% der Kinder aus der Kontrollgruppe und 25,5% der Moglis und zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle 19,4% der Moglis und 21,4% der Kinder der Kontrollgruppe an, jeden Tag Medikamente einnehmen zu müssen. Doch auch diese Aussagen sind mit Vorsicht zu betrachten, da eine genauere Nachfrage nach den Gründen für diese Medikamenteneinnahme ein deutlich differenzierteres Bild ergab. So gaben etliche Kinder relativ harmlose und vorübergehende Gesundheitsbeschwerden, wie z.B. Husten, Schnupfen oder gelegentliches Kopfweh an, weswegen sie jetzt täglich entsprechende Hustensäfte trinken oder ab und zu eine Kopfwehtablette nehmen müssten. Bis zu 10% der Kinder konnten auch keine Aussage darüber machen, welches Medikament sie genau einnehmen müssten und warum. In diesen Fällen blieb unklar, ob es sich tatsächlich um ernstzunehmende Gesundheitsbeschwerden handelte und welche diese sein könnten. Zieht man diese Fälle ab, blieben zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle 7,2% der Moglis und 7,8% der Kinder der Kontrollgruppe und zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle 8,2% der Moglis und 7,8% der Kinder der Kontrollgruppe mit einer täglichen Medikamenteneinnahme aufgrund dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigungen übrig.

Bei den Krankheiten handelte es sich sowohl nach Angaben der KlassenlehrerInnen für die erste Kohorte wie auch nach den Angaben der Kinder in der zweiten Kohorte besonders häufig um Medikamente gegen ADHS und Asthma. Sonstige chronische Krankheiten, wie z.B. Nierenerkrankungen oder Herzerkrankungen, wurden nur sehr vereinzelt genannt. Dies entspricht auch den Ergebnissen der KiGGS-Studie, nach denen Kinder und Jugendliche besonders häufig von Asthma oder Neurodermitis betroffen sind (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 697).

Eine weitere Frage betraf die eigenen *finanziellen Ressourcen der Kinder*. So wurden die Kinder in der *ersten Kohorte* gefragt, ob sie Taschengeld bekämen und wie viel Geld ihnen in der Woche zur Verfügung stünde. Den Angaben der Kinder zufolge bekamen ca. 60% der Kontrollgruppenkinder zu beiden Erhebungszeitpunkten regelmäßig *Taschengeld* und ein Viertel bis ein Drittel bekam „ab und zu etwas Geld“. Die Moglis bekamen hingegen weniger regelmäßig Taschengeld – laut ihrer Aussage erhielten 50% in der ersten Erhebungswelle und nur noch 40% in der zweiten Erhebungswelle regelmäßig Taschengeld; 35% (erste und zweite Erhebungswelle) bekamen immerhin „ab und zu etwas Geld“. Während zum zweiten Erhebungszeitpunkt 5,5% der Kontrollgruppenkinder die Frage nach Taschengeld gänzlich verneinten, waren dies bei den Moglis sogar 16% und damit annähernd jedes fünfte Projektkind. Mehr als die Hälfte derjenigen Moglis und derjenigen Kinder aus der

Kontrollgruppe, die regelmäßig Taschengeld erhielten, bekam bis zu fünf Euro pro Woche. Viele Kinder gaben jedoch auch an, unregelmäßige und unterschiedlich hohe Beträge zu bekommen. Bei etlichen Kindern blieb unklar, wie viel Geld ihnen nun tatsächlich zur Verfügung stand.⁶⁹

4.5.4 Familiäre Belastung als sozialer Risikofaktor

Um herauszufinden, inwieweit eine soziale Benachteiligung der hier untersuchten Grundschul Kinder vorlag und somit eine entsprechende Resilienzförderung bzw. –bildung notwendig war, wurde die familiäre Belastung der Kinder als sozialer Risikofaktor gemessen. Nur so konnte festgestellt werden, ob die entsprechende Zielgruppe zum einen erreicht und als Moglis in das Programm *Balu und Du* aufgenommen wurde sowie ob zum anderen die ausgewählten Kinder für die Kontrollgruppe für einen Vergleich hinsichtlich ihrer sozialen Benachteiligung geeignet waren.

Hinsichtlich des familiären Hintergrunds zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe: So wurde die *allgemeine familiäre Situation* der Moglis von ihren KlassenlehrerInnen gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe zu Projektbeginn (erste Erhebungswelle) als um einiges schlechter beurteilt. Demnach wuchsen 50% der Moglis in einer weniger guten familiären Situation auf; 20% sogar in einer schlechten. Bei den Kindern der Kontrollgruppe wurde dagegen „nur“ ein Drittel der familiären Situationen als weniger gut beurteilt und 4% als schlecht. Dieses Ergebnis spiegelte sich auch bei der Frage nach den *Schwierigkeiten in den Familien* der Kinder wider: Während die familiäre Situation der Kinder bei der Kontrollgruppe in nur etwas mehr als 20% der Fälle als ziemlich schwierig und in weniger als 5% der Fälle als sehr schwierig eingeschätzt wurde, kamen die Moglis zu 36% aus schwierigen und zu knapp 20% aus sehr schwierigen familiären Verhältnissen. Erwartungsgemäß bestand daher ein signifikanter, leichter bis mittelstarker Zusammenhang zwischen der Gruppenzugehörigkeit der Kinder (Gruppe der Moglis oder Kontrollgruppe) und der Einschätzung der familiären Situation im Allgemeinen (Cramer's $V= 0,380$, $\alpha \leq 0,05$) sowie schwieriger familiärer Situationen (Cramer's $V= 0,365$, $\alpha \leq 0,05$) durch die KlassenlehrerInnen.

Die insgesamt sehr hohe familiäre Belastung der Moglis sowie die weniger hohe familiäre Belastung der Kinder aus der Kontrollgruppe wurde dementsprechend auch bei der Gegenüberstellung einzelner familiärer Schwierigkeiten, d.h. einzelner Risikomerkmale, deutlich.

Bei ungefähr der Hälfte der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe, bei denen ihre KlassenlehrerInnen Angaben zu Familienschwierigkeiten machten, lagen zum Zeitpunkt der

⁶⁹ Diese Frage wurde für die zweite Kohorte jedoch weggelassen, da sie sich als für die Zielsetzung dieser Evaluationsstudie als nicht sehr zielführend erwies.

ersten Erhebungswelle eine *Scheidung oder Trennung der Eltern* (Moglis: 57,1%, Kontrollgruppe: 45,2%) oder *ein geringes Bildungsniveau im Elternhaus* (Moglis: 57,9%, Kontrollgruppe: 51,6%) vor. Darüber hinaus war mehr als die Hälfte der Familien der Moglis von *Arbeitslosigkeit einer oder beider Elternteile* (Moglis: 51,6%, Kontrollgruppe: 37,6%) und knapp die Hälfte der Moglis von *Armut* (Moglis: 45,2%, Kontrollgruppe: 30,1%) betroffen. Auch stellten *fehlende Deutschkenntnisse* (Moglis: 42,9%, Kontrollgruppe: 31,2%) ein gängiges Problem in den Familien dar. Von *psychischen oder physischen Krankheiten* (Moglis: 23,0%, Kontrollgruppe: 12,9%) oder der *Aggressivität eines oder beider Elternteile* (Moglis: 20,6%, Kontrollgruppe: 19,4%) und einem *Desinteresse der Eltern an der schulischen Entwicklung des Kindes* (Moglis: 19,8%, Kontrollgruppe: 15,1%) war immerhin noch jedes fünfte Projektkind betroffen. Schwierigkeiten wie Suchtabhängigkeiten (Moglis: 7,1%, Kontrollgruppe: 7,5%) oder der Tod eines oder beider Elternteile (Moglis: 3,2%, Kontrollgruppe: 1,1%) spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 21).

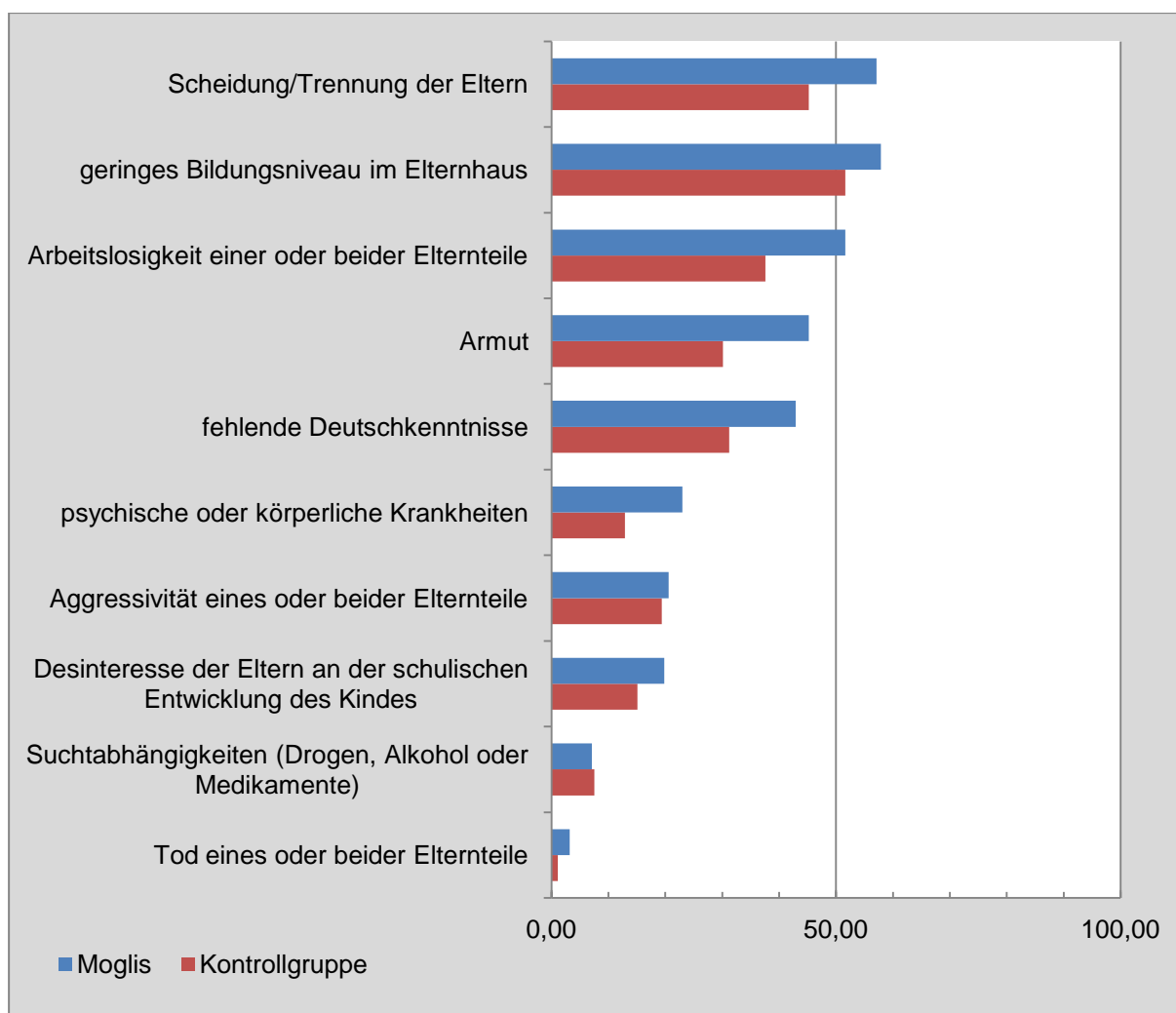


Abbildung 21. Vorliegende Schwierigkeiten in den Familien der Moglis und der Kontrollgruppe (in %) – Angaben erfolgten durch die KlassenlehrerInnen der Kinder.

Während in der Phase der Säuglingszeit Belastungen wie Unternährung und Vernachlässigung besonders schwer wiegen und in der Jugend vermehrt Risiken durch problematische Peergroupkontakte (z.B. ein krimineller Freundeskreis) drohen, sind in der Phase der Kindheit vor allem familiäre Risikofaktoren bedeutsam (vgl. Fröhlich-Gildhoff/ Rönna-Böse 2011, S. 25). Deswegen wurden die insgesamt erfassten elf Risikomerkmale einer familiären Belastung (Tod eines oder beider Elternteile/ Scheidung oder Trennung der Eltern/ Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile/ Armut/ ein geringes Bildungsniveau/ Krankheiten in der Familie (körperliche oder psychische)/ Aggressivität eines oder beider Elternteile/ Suchtabhängigkeiten (Drogen, Alkohol oder Medikamente)/ fehlende Deutschkenntnisse/ (dauerhafte) Medikamentierung des Kindes aufgrund von chronischen oder belastenden Krankheiten/ mehr als vier Geschwister) analog zum Vorgehen der Mannheimer Risikokinderstudie aufsummiert⁷⁰, so dass die Anzahl der Risikomerkmale als Indikator für das Ausmaß der Belastung anzusehen ist. Die Kinder wurden dann nach dem Schema der Studie (vgl. Laucht et al. 2002, S.8) in drei Untergruppen aufgeteilt – die erste Gruppe bestand aus Kindern *unbelasteter Familien* (kein Risikomerkmale vorhanden), die zweite Gruppe aus Kindern *leicht belasteter Familien* (ein bis zwei Risikomerkmale vorhanden)⁷¹ und die dritte Gruppe aus Kindern *schwer belasteter Familien* (drei oder mehr Risikofaktoren vorhanden). Dieses Verfahren deckt sich ebenfalls mit dem von Scheithauer und Petermann (1999, S. 5) beschriebenen, gängigen Vorgehen, nachdem die Auswirkung von Risikofaktoren unter der Prämisse additiver und linearer Wirkungsmodelle zumeist durch ungewichtete Risikoindizes berechnet wird. Für einen negativen Entwicklungsverlauf ist danach weniger die Art oder Spezifität eines einzigen Risikofaktors, sondern die Anzahl der Risikofaktoren, denen das Kind ausgesetzt wird, ausschlaggebend.

Eine Korrelation der familiären Belastung als sozialem Risikofaktor mit einer weiteren Beurteilung der KlassenlehrerInnen, nämlich der Einschätzung wie schwierig die familiäre Situation insgesamt zu bewerten sei, ergab für beide Erhebungswellen einen hochsignifikanten ($\alpha \leq 0,01$), mittelstarken Zusammenhang (1. EW: Cramer's $V = 0,459$, 2. EW: Cramer's $V = 0,478$). Dieser Zusammenhang deutet auf ein in sich sehr schlüssiges und kohärentes Antwortverhalten der KlassenlehrerInnen und eine zufriedenstellende *Konstruktvalidität*⁷² hinsichtlich des Konstrukts der familiären Belastung der Kinder hin.

⁷⁰ Hierzu wurden die von den KlassenlehrerInnen und Kindern in beiden Erhebungswellen genannten Risikomerkmale aufaddiert und durch zwei dividiert, um so die durchschnittliche familiäre Gesamtbelastung während der Projektzeit zu erhalten.

⁷¹ Die erste Gruppe unbelasteter Kinder wurde bei den für diese Untersuchung durchgeführten Subgruppenberechnungen nicht mehr gesondert betrachtet, sondern ging nur als Bestandteil der jeweiligen Gesamtgruppenvergleiche zwischen Treatment- und Kontrollgruppe mit in die Untersuchung ein.

⁷² Ein Instrument ist „konstruktvalid“, wenn das interessierende Konstrukt (hier „familiäre Belastung“) tatsächlich erfasst wird – dies kann durch die Korrelation zwischen den für ein Konstrukt relevanten Merkmalen nachgewiesen werden (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 200f.). Die *Konstruktvalidität* verlangt, dass aus einem „zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können“ (Bortz/ Döring 2005, S. 200). Hierbei werden Hypothesen über das gemessene Konstrukt und seine Beziehungen

Zwischen der Gruppe der Moglis und der Kontrollgruppe bestanden erhebliche Unterschiede hinsichtlich ihrer familiären Belastung – während annähernd 40% der Kontrollgruppe keine familiäre Belastung aufwiesen, war dies nur bei jedem zehnten Kind aus der Gruppe der Moglis der Fall. Eine leichte familiäre Belastung ließ sich bei mehr als einem Drittel der Kinder beider Gruppen feststellen, während knapp die Hälfte der Moglis und „nur“ einem Viertel der Kinder aus der Kontrollgruppe eine schwere familiäre Belastung attestiert wurde (vgl. Tabelle 6). Ein entsprechender Zusammenhangstest zwischen dem Grad der familiären Belastung und der Gruppenzugehörigkeit der Kinder ergab dementsprechend einen hochsignifikanten und mittelstarken Zusammenhang (Cramer's $V= 0,336$, $\alpha \leq 0,01$).

Tabelle 6.
Zusammenhang zwischen der familiären Belastung und der Gruppenzugehörigkeit der Kinder

Grad familiärer Belastung insgesamt (in der Zeitperiode zwischen beiden Erhebungswellen)	Gruppenzugehörigkeit der Kinder (in %)	
	Moglis (n= 141)	Kontrollgruppe (n = 158)
keine familiäre Belastung (kein Risikomerkmale)	11,3	38,6
leichte familiäre Belastung (ein bis zwei Risikomerkmale)	39,7	36,7
schwere familiäre Belastung (drei oder mehr Risikomerkmale)	48,9	24,7
Gesamt	100,0	100,0

Als besonders wertvoll sollte sich daher für die folgenden Auswertungen ein Vergleich von Moglis und Kindern der Kontrollgruppe mit ähnlich stark ausgeprägter familiärer Belastung herausstellen. Hier waren es besonders Kinder mit schwerer familiärer Belastung, bei denen die Notwendigkeit von Resilienzprozessen, vermutet werden konnte.

Da neben Geschlechts- auch Altersunterschiede bei der entwicklungsorientierten Betrachtung von Entwicklungsrisiken berücksichtigt werden sollten (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S. 12, Fröhlich-Gildhoff/ Rönnau-Böse 2011, S. 25), wurden die Kinder in zwei Altersgruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasste die jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und die zweite Gruppe die älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt). Zudem wurde der Migrationsstatus der Kinder berücksichtigt.

zu anderen latenten und manifesten Variablen gemessen. Ziel ist es hierbei, Korrelationen zwischen dem Konstrukt und den relevanten Merkmalen aufzuzeigen. Mit für das Konstrukt irrelevanten Merkmalen sollte jedoch Unabhängigkeit bestehen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 201). Für diese Untersuchung wurde dementsprechend überprüft, ob sich theoretisch und empirisch abgeleitete Hypothesen über die Zusammenhänge zwischen den Komponenten bestimmter Lebensstilen untereinander (z.B. Bewegungsfreude und motorische Fähigkeiten) sowie zwischen bestimmten Lebensstilen und Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität bestätigen ließen. Zudem wurde analysiert, ob Zusammenhänge zwischen den fünf gemessenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bestanden (siehe Kapitel 5.4.2). Außerdem wurde die Konstruktvalidität der „familiären Belastung“ durch eine Korrelation mit der Frage an die KlassenlehrerInnen, ob sie die Familiensituation der Kinder als schwierig einschätzten, überprüft (vgl. Kapitel 4.5.4).

Tabelle 7.
Beziehungen zwischen dem Ausmaß der familiären Belastung und dem Geschlecht, dem Alter und dem Migrationsstatus

keine familiäre Belastung (kein Risikomerkmal)									
	Gesamtstichprobe (N= 77)			Moglis (N= 16)			Kontrollgruppe (N=61)		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
Geschlecht	0,000	1	> 0,05	0,309	1	> 0,05	0,240	1	> 0,05
Altersgruppe	1,947	1	> 0,05	0,016	1	> 0,05	2,673	1	> 0,05
Migrationsstatus	10,484	2	< 0,01	9,756	2	< 0,01	3,669	2	> 0,05

leichte familiäre Belastung (ein bis zwei Risikomerkmale)									
	Gesamtstichprobe (N= 114)			Moglis (N= 56)			Kontrollgruppe (N= 58)		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
Geschlecht	0,637	1	> 0,05	6,275	1	< 0,05	1,743	1	> 0,05
Altersgruppe	0,773	1	> 0,05	1,005	1	> 0,05	0,079	1	> 0,05
Migrationsstatus	1,751	2	> 0,05	1,528	2	> 0,05	0,678	2	> 0,05

schwere familiäre Belastung (drei oder mehr Risikomerkmale)									
	Gesamtstichprobe (N= 108)			Moglis (N= 69)			Kontrollgruppe (N= 39)		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p	χ^2	df	p
Geschlecht	0,648	1	> 0,05	7,867	1	< 0,01	0,851	1	> 0,05
Altersgruppe	4,662	1	< 0,05	0,814	1	> 0,05	4,664	1	< 0,05
Migrationsstatus	6,081	2	< 0,05	4,960	2	> 0,05	1,504	2	> 0,05

Eine unterschiedliche familiäre Belastung hinsichtlich des *Geschlechts* wurde für die Treatmentgruppe mit leichter familiärer Belastung sowie mit schwerer familiärer Belastung ersichtlich – wie die Chi-quadrat-Tests deutlich machen, waren mehr Jungen von einer leichten familiären Belastung als Mädchen und mehr Mädchen von einer schweren familiären Belastung betroffen als Jungen. Für die Gesamtstichprobe und die Kontrollgruppe galt ein solcher Zusammenhang nicht. Bei der Gruppe der Kinder, bei denen keine oder nur eine leichte familiäre Belastung vorlag, waren keine Unterschiede für die beiden *Altersgruppen* ersichtlich. Kinder, bei denen eine schwere familiäre Belastung vorlag, gehörten jedoch sowohl in der Gesamtstichprobe wie auch in der Kontrollgruppe häufiger der Gruppe älterer Kinder an. Kinder, bei denen kein *Migrationsstatus* vorlag, waren häufiger Teil der Gruppe von Kindern ohne familiäre Belastung (Ausnahme: Kontrollgruppe). Während sich bei der Gruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung kein Zusammenhang mit dem Migrationsstatus feststellen ließ, waren Kinder sowohl mit einem leicht wie auch mit einem stark ausgeprägten Migrationsstatus bei einer Betrachtung der Gesamtstichprobe häufiger in der Gruppe der schwer belasteten Familien anzutreffen. Für die jeweilige Subgruppe der Moglis und der Kontrollgruppe wurde dieses Ergebnis jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 7).

4.5.5 Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialer Schutzfaktor

Während bei der Kontrollgruppe dieser Schutzfaktor nicht vorhanden war, wurde die Treatmentgruppe („Moglis“) vor Beginn der ersten Erhebungswelle an einen „Balu“ vermittelt. Aus den bereits in Kapitel 4.1 genannten sechs Variablen (Anzahl der von Mogli und Balu gemeinsam verbrachten Zeit (in Stunden)/ Erfolg der Beziehung zwischen Mogli und Balu/ Kinder suchen Trost und Rat bei Balu/ Kindern hat das Projekt gefallen/ Kinder haben weiterhin Kontakt zu ihrem Balu / Kinder haben aus LehrerInnensicht von dem Projekt profitiert) wurde nun die Dimension des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ gebildet.

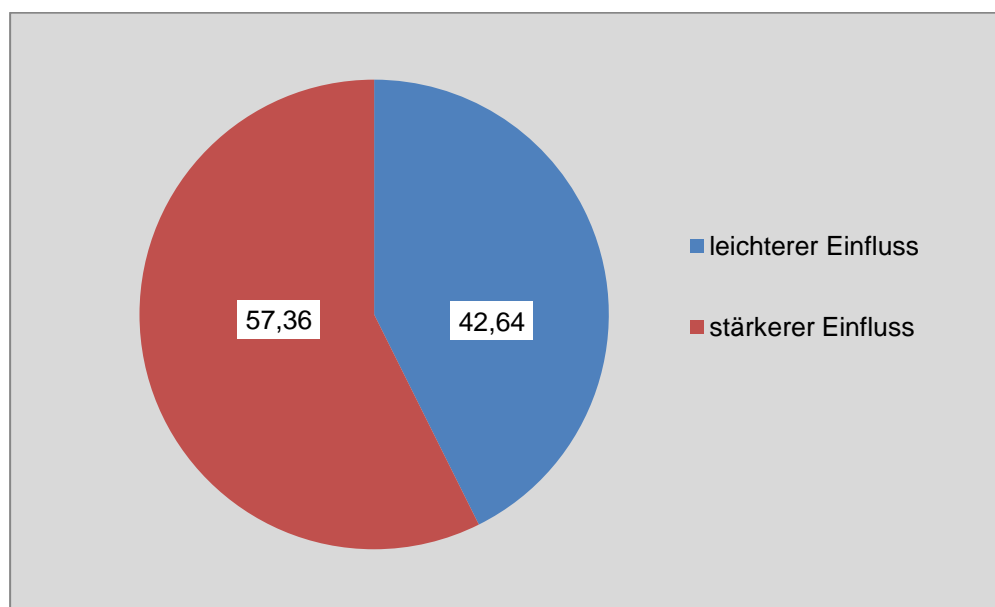


Abbildung 22. Leichterere und stärkerer Einfluss des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ (in %).

Zur Überprüfung der Reliabilität dieser Skala wurde eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse (CATPCA) durchgeführt.⁷³ Hierbei wurde ein Cronbach's α von 0,673 erzielt, welches als akzeptabel eingestuft werden kann (vgl. Field 2009, S. 87). Daraufhin wurde ein gewichteter Index für den sozialen Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ berechnet (vgl. Tabelle 20 im Anhang) und die Summenscores der Dimension anschließend in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe bestand aus Moglis, bei denen ein leichterere Einfluss durch die Mentorenbeziehung vermutet werden konnte. Bei der zweiten Gruppe konnte hingegen mit einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung auf die Entwicklung der Moglis gerechnet werden.⁷⁴ Wie Abbildung 22 zeigt, kann aufgrund der zuvor gemessenen

⁷³ Bei der kategorialen Hauptkomponentenanalyse handelt es sich um das nichtlineare Äquivalent der Hauptkomponentenanalyse mit metrischen Daten. In die kategoriale Hauptkomponentenanalyse können auch nominal und ordinalskalierte Daten einbezogen werden (vgl. Linting et al. 2007, S. 336).

⁷⁴ Gruppeneinteilung der Summenscores des gewichteten Indexes des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“: $0 \leq x < 8$ = leichterere Einfluss der Mentorenbeziehung, $8 \leq x \leq 12$ = stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung. Nach der Verteilung der z-Werte, welche von den empirischen Werten leicht abweicht, liegt die Wahrscheinlichkeit für einen leichterere Einfluss der Mentorenbeziehung bei ca. 43% ($z \leq -0,17$) und die Wahrscheinlichkeit für einen stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung bei ca. 52% ($z \geq 0,04$).

Merkmale hinsichtlich einer gelungenen Mentorenbeziehung bei etwas 43% ein leichter Einfluss und bei 57% der Treatmentgruppe ein stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung auf die kindliche Entwicklung vermutet werden.

In den in Kapitel fünf folgenden Auswertungen werden mögliche unterschiedliche Auswirkungen eines leichteren und eines stärkeren Einflusses des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung mit einem Balu“ auf die Gruppe der Moglis, sofern diese günstig ausfielen, mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung immer wieder aufgegriffen und thematisiert.

4.6 Auswertungsmethoden

Die meisten für die Evaluationsstudie verwendeten Items waren likertskaliert und lagen daher bereits auf metrischem Skalenniveau vor. Mittels offener Fragen erfasste, qualitative Variablen wurden kategorisiert, in kategoriale numerische Variablen überführt und so für weitere Analysen fruchtbar gemacht. Die weiteren für diese Untersuchung verwendeten Auswertungsmethoden der kategorialen Hauptkomponentenanalyse (CATPCA) und Reliabilitätsanalysen werden im Folgenden näher beschrieben (Kapitel 4.6.1). Danach werden die Auswertungen der vertiefend zu analysierenden Subgruppen (Kapitel 4.6.2) sowie die angewandten Effektstärkemaße und Testverfahren (Kapitel 4.6.3) erläutert, bevor in dem Kapitel 4.6.4 auf weitere Auswertungen im Rahmen der beiden Exkurse zu der Entwicklung männlicher Moglis bei gleich- und gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen wie auch auf allgemeine Zusammenhänge zwischen Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensstile und der Gesundheit bzw. gesundheitsbezogener Lebensqualität eingegangen wird.

4.6.1 Kategoriale Hauptkomponentenanalysen (CATPCA) und Reliabilitätsanalysen

Die selbst entwickelten Items wurden, wie für solche Untersuchungen üblich, einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen, um die hinter den Items liegenden Dimensionen aufzuspüren (vgl. Fromm 2012, S. 53f.; Field 2009, S. 628). Hierbei wurde, statt der gängigen Hauptkomponentenanalysen, das relativ neue Verfahren der kategorialen Hauptkomponentenanalyse (CATPCA) angewandt, da dieses neben Items auf metrischem Niveau auch mit Items auf Nominal- und Ordinalskalenniveau durchgeführt werden kann (vgl. Linting/ van der Kooij 2012, Linting et al. 2007 und die bereits durchgeführte Berechnung des „sozialen Schutzfaktors“ in Kapitel 4.5.5). Da theoretische Vorüberlegungen darüber vorlagen, welche Items auf welchen Faktoren laden würden, wurde ein strukturprüfendes Verfahren im Sinne einer konfirmatorischen Faktorenanalyse durchgeführt. Items mit niedrigen Komponentenladungen wurden aus den Analysen ausgeschlossen und die Faktoren dementsprechend modifiziert und an die Datenstruktur angepasst. Insofern

enthielten die durchgeführten Faktorenanalysen auch explorative Elemente im Sinne eines struktursuchenden Verfahrens (vgl. Moosbrugger/ Schermelleh-Engel 2007, S.322). Auf diese Weise wurden für den Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen die Dimensionen „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“, „Bewegungsfreude“ und „Lernfreude“ erfasst (vgl. Kapitel 5.1.1, Kapitel 5.1.2 und Kapitel 5.1.7). Für den Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wurde die Existenz der beiden Dimensionen der Impulsivität und des Risikoverhaltens (beide aus dem Erhebungsinstrument des IVE) bestätigt (vgl. Kapitel 5.1.6). Zudem konnten die Dimensionen „Ernährungsverhalten“, „Bewegungsverhalten“ und „Hygieneverhalten“ aufgedeckt werden (vgl. Kapitel 5.1.1, Kapitel 5.1.2 und Kapitel 5.1.8). Bei den Kompetenzen konnten im Bereich der WHO-Lebenskompetenzen die Dimensionen „Entscheidungsfähigkeit“, „Konzentrationsfähigkeit“ und „realistische Selbsteinschätzung“ (vgl. Kapitel 5.2.1, Kapitel 5.2.2 und Kapitel 5.2.5) sowie die Dimensionen „Selbstorganisationsfähigkeit“, „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“ (für die Messung der Selbstständigkeit) und „schulische Leistungsfähigkeit“ identifiziert werden (vgl. Kapitel 5.2.7 und Kapitel 5.2.8). Die Dimension der „Empathiefähigkeit“ (aus dem Erhebungsinstrument des IVE) wurde mittels Reliabilitätsanalysen überprüft und bestätigt (vgl. Kapitel 5.2.3). Auch die fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des KIDSCREEN konnten durch Reliabilitätsanalysen repliziert werden (vgl. Kapitel 5.3). Zudem wurden zwei weitere Dimensionen zur Erfassung der psychischen Gesundheit („passive negative Gefühle“) und zur Erfassung der sozialen Gesundheit („soziale Beziehungen zu anderen Kindern“) gebildet (vgl. Kapitel 5.3.2 und Kapitel 5.3.3).

Die selbst entwickelten Dimensionen wie auch die in dieser Untersuchung verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente mit den dahinterliegenden Dimensionen (KIDSCREEN und IVE) wurden anschließend einer Reliabilitätsanalyse unterzogen, denn „die **Reliabilität** (Zuverlässigkeit) gibt den Grad der Messgenauigkeit (Präzision) eines Instrumentes an“ (Bortz/ Döring 2005, S. 195). Diese Messgenauigkeit bzw. interne Konsistenz der einzelnen Dimensionen wurde mit Cronbach's α gemessen und bei den standardisierten Erhebungsinstrumenten zusätzlich noch mit den Werten der Normstichproben verglichen. Für die mit Cronbach's α angegebenen Reliabilitäten einer Skala (Dimension) können α -Werte $> 0,8$ als akzeptabel eingestuft werden (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 199). Laut Field (2009, S. 675) gilt dies allerdings, in Anlehnung an Kline (2000), vor allem für kognitive Tests wie Intelligenztests, nicht jedoch für das Testen von bestimmten Fertigkeiten oder Kompetenzen. Hierfür können auch α -Werte $\geq 0,7$ als geeignet angesehen werden. Bei psychologischen Konstrukten wie dem psychischen Wohlbefinden sind sogar α -Werte $< 0,7$ realistisch und erwartbar. Zudem muss bei der Einschätzung von Reliabilitäten laut Cortina (1993, S. 101f.) generell bedacht werden, dass die Anzahl der in die gemessene Skala eingebrachten Items eine entscheidende Rolle für die Größe von α spielt, da α mit der Anzahl eingebrachter Items

wächst, auch wenn die durchschnittliche Korrelation zwischen den Items gering ausfällt. Daher kann eine Skala mit nur drei Items trotz hoher Interitemkorrelationen zu einem niedrigeren α -Wert führen als eine Skala mit zehn Items und geringer Interitemkorrelationen (vgl. Field 2009, S. 675). Diesen Überlegungen folgend wurden für diese Untersuchung bei den selbst entwickelten Dimensionen i.d.R. nur α -Werte $\geq 0,7$ zugelassen; die wenigen Ausnahmen mit α -Werten $\geq 0,64$ wurden nur dann aufgenommen, wenn eine Skala aus wenigen Items bestand und diese miteinander hoch korrelierten.

4.6.2 Auswertungen einzelner Subgruppen

Die für diese Untersuchung verwendeten normierten Erhebungsinstrumente wie auch die durch das Verfahren der kategorialen Hauptkomponentenanalyse (CATPCA) gewonnen Dimensionen wurden, neben den Tests und einzelnen Items die sich inhaltlich und statistisch keiner Dimension zuordnen ließen, für unterschiedliche Vergleiche der Entwicklung von t_1 zu t_2 zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe herangezogen. Neben einem allgemeinen Vergleich der Gesamtgruppen interessierte insbesondere ein Vergleich der sog. jeweiligen „Extremgruppen“ der Moglis und der Kinder aus der Kontrollgruppe. Diese Extremgruppen bestanden aus Kindern, die zum Erhebungszeitpunkt t_1 aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht besonders ungünstige Ausgangswerte in den jeweils einzelnen Dimensionen und Items erzielten hatten (dies waren i.d.R. die „unteren“ bzw. „oberen“ 25%, der Prozentsatz wurde anhand von z-Werten ermittelt). Damit konnten Kinder in bestimmten Bereichen der Extremgruppe von Kindern mit besonders schlechten Anfangswerten zugewiesen werden (bspw. in der Dimension „Bewegungsfreude“ oder „Bewegungsverhalten“), in anderen Bereichen (bspw. in der Dimension „Lernfreude“) jedoch nicht in diese Kategorie fallen.

Auch wurden die Kinder in die zwei Altersgruppen der Sechs- bis Siebenjährigen und der Acht- bis Zehnjährigen eingeteilt, um die Entwicklung innerhalb der Dimensionen für jüngere und ältere Kinder separat analysieren zu können. Dies entsprach zum einen der zum Teil unterschiedlich angewendeten Tests (KKA und IVE) in diesen beiden Altersgruppen, zum anderen Erkenntnissen über den auch noch in der Phase der mittleren Kindheit bestehenden großen Entwicklungsunterschieden bzw. –sprüngen zwischen den einzelnen Altersjahrgängen. Daher erschien eine differenziertere Betrachtung hier sinnvoll.

Ein weiterer Vergleich aller Dimensionen und Einzelitems betraf die Entwicklung von Kindern aus der Treatment- und der Kontrollgruppe mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung. Hierbei standen insbesondere Kinder mit einer schweren familiären Belastung, d.h. mit einer Risikokumulation, im Sinne der Resilienzforschung und der für diese Arbeit zentralen Forschungsfrage nach einer Verbesserung von Resilienz Kriterien und von Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen, im besonderen Forschungsfokus (siehe hierfür noch mal Kapitel 2.1.2

und Kapitel 2.1.3). Da die entsprechend zuvor durchgeführten Chi-quadrat Tests gezeigt hatten, dass ältere Kinder in der Gruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung überrepräsentiert waren (siehe hierfür noch mal Kapitel 4.5.4), wurde für diese Subgruppe ebenfalls noch einmal gesonderte Vergleiche zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe durchgeführt.⁷⁵

Des Weiteren wurde die Mogligruppe noch einmal in verschiedene Untergruppen geteilt, um weitere, vertiefendere Subgruppenvergleiche der verschiedenen Dimensionen bzw. Tests nur innerhalb der Treatmentgruppe zu ermöglichen. So wurde für die Mogligruppe gesondert untersucht, wie sich die männlichen gegenüber den weiblichen Moglis bei leichter wie auch bei schwerer familiärer Belastung vergleichend entwickeln konnten. Als letztes wurde jeweils analysiert, ob sich bei den Moglis mit leichter sowie mit schwerer familiärer Belastung (als sozialer Risikofaktor) bei einem stärkeren gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung (als sozialer Schutzfaktor) positivere Ergebnisse feststellen ließen. Konnten diesbezüglich tatsächlich positive Ergebnisse erzielt werden, wurden diese entsprechend dargestellt.

4.6.3 Angewandte Effektstärkemaße und Testverfahren

Um herauszufinden, ob und wenn ja wie stark die Resilienz bzw. Kompetenz der Kinder durch die Teilnahme an dem Programm *Balu und Du* (als Treatment) gefördert werden konnte, wurde die gesundheitsbezogene Entwicklung der „Moglis“ (Treatmentgruppe) während der Projektzeit (von t_1 zu t_2) im Vergleich zu der Kontrollgruppe untersucht. Hierfür wurden die Entwicklung sowohl für Dimensionen wie auch für Einzelitems, die sich statistisch (und inhaltlich) keiner Dimension zuordnen ließen, anhand von *Effektstärken* sowie *parametrischen und nicht-parametrischen Testverfahren* in den genannten Subgruppen analysiert.

Hierfür wurde die jeweilige Entwicklung der Treatmentgruppe (von t_1 zu t_2) wie auch die jeweilige Entwicklung der Kontrollgruppe (von t_1 zu t_2) anhand von Bruttoeffektstärken berechnet. Positive Bruttoeffektstärken standen für eine aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht günstige Entwicklung von t_1 zu t_2 , beispielsweise für eine wachsende Lernfreude, zugewonnenes Wissen hinsichtlich gesunder Ernährung, eine höhere Empathiefähigkeit,

⁷⁵ Auch wenn in dieser Untersuchung ein Zusammenhang zwischen dem Migrationsstatus und einer schweren familiären Belastung für die Gesamtstichprobe bestand (siehe hierfür noch mal Kapitel 4.5.4), erfolgte eine zusätzliche Subgruppeneinteilung nach dem Migrationsstatus der Kinder jedoch nicht noch zusätzlich. Hierfür waren zwei Gründe maßgeblich. Zum einen sollte der Migrationshintergrund nach den Ausführungen von Kapitel 3.2.3 nicht *per se* als Risikofaktor angesehen werden, zum anderen gingen Risikomerkmale wie fehlende Deutschkenntnisse, ein geringes Bildungsniveau und Armut (welche überdurchschnittlich häufig in Migrantenfamilien vorzufinden sind) bereits in den Index zur familiären Belastung ein (siehe hierfür noch mal Kapitel 4.2), so dass ressourcenarme Kinder mit Migrationshintergrund, genauso wie ressourcenarme autochthone Kinder, ohnehin bereits der Gruppe von Kindern mit (schwerer) familiärer Belastung zugeordnet werden konnten.

bessere Motorikfähigkeiten, bessere Schulleistungen oder eine bessere psychische Gesundheit, aber auch eine abnehmende Impulsivität oder eine Abnahme passiver negativer Gefühle. Hierbei hätten jedoch auch Reifungsprozesse oder weitere, nicht mit dem Treatment zusammenhängende, Einflüsse als Moderatorvariablen eine Rolle spielen können. Daher stand die vergleichende Entwicklung zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe im besonderen Forschungsfokus. Hierfür wurden die jeweiligen Nettoeffektstärken als Differenz aus den entsprechenden Bruttoeffektstärken berechnet. Positive Nettoeffektstärken deuteten auf eine im Vergleich zu der Kontrollgruppe günstigere Entwicklung bei den Moglis hin, negative Nettoeffektstärken auf eine im Vergleich zu der Kontrollgruppe ungünstigere Entwicklung.

Die für die Veränderungsmessungen verwendeten Effektstärken Cohen's d und Pearson's Korrelationskoeffizient r verdeutlichten die Stärke der jeweils erreichten Effekte – während sich in den Tabellen im Anhang beide Werte wiederfinden lassen, wird in der Arbeit selbst der Einfachheit halber durchgängig der Wert von Cohen's d berichtet. Effektstärken von $d = +/-0,20$ werden i.d.R. als klein, Effekte von $d = +/-0,50$ als mittelgroß und $d = +/-0,80$ als groß interpretiert (vgl. Cohen 1988, S. 40). Anders als d kann r keine Werte kleiner -1 oder größer $+1$ annehmen und ist somit normiert ($-1 \leq r \leq +1$). Dementsprechend gilt ein Wert von $r = +/-0,10$ als kleiner, $r = +/-0,30$ als mittelgroßer und $r = +/-0,50$ als großer Effekt (vgl. Cohen 1988, S. 83). Die berechneten Brutto- und Nettoeffektstärken wurden anhand von t-tests für abhängige Stichproben sowie, bei Verletzung der Normalverteilungsannahme oder $n < 30$, anhand von nicht-parametrischen Tests (Wilcoxon-Rangsummentest und Mann-Whitney-Test) auf ihre Signifikanz hin überprüft (vgl. Fahrmeir et al. 2007, S.435ff.). Hierbei wurden, aufgrund der teilweise kleinen Fallzahlen in den einzelnen Subgruppen, bereits α -Werte $\leq 0,10$ als leicht signifikant interpretiert. Zudem wurden, den sonstigen wissenschaftlichen Konventionen entsprechend, α -Werte $\leq 0,05$ als signifikant und α -Werte $\leq 0,01$ als hochsignifikant interpretiert.⁷⁶ Die Normalverteilungsannahmen wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov Test, Lilliefors und dem Shapiro-Wilk Test überprüft. Bei den Fällen in denen die Ergebnisse der Tests hinsichtlich der Entscheidung, ob die Nullhypothese einer Normalverteilung anzunehmen oder zu verwerfen war, divergierten, wurde ausnahmslos dem Testergebnis des Shapiro-Wilk Tests der Vorzug gegeben, da dieser die größte Teststärke („Power“) besitzt. Kritisch einzuschränken ist jedoch, dass die Testpower aller Tests auf Normalverteilung bei kleineren Fallzahlen ($n \leq 30$) deutlich sinkt (vgl. Mohd Razah/ Bee Wah 2011, S. 32).

⁷⁶ Im empirischen Teil dieser Arbeit (Kapitel fünf zu den Ergebnissen der Evaluationsstudie) wurden leicht signifikante Brutto- und Nettoeffektstärken im Fließtest durch ein Sternchen (*), signifikante Brutto- und Nettoeffektstärken durch zwei Sternchen (**) und hochsignifikante Brutto- und Nettoeffektstärken durch drei Sternchen (***) gekennzeichnet. Zudem finden sich Angaben zu den jeweiligen Signifikanzen in den Tabellen zu den Brutto- und Nettoeffektstärken der einzelnen Dimensionen und Items im Anhang.

4.6.4 Weitere Auswertungen

Weitere Auswertungen wurden im Rahmen von zwei Exkursen nachgegangen. Hierbei wurde zum einen die Forschungsfrage untersucht, ob sich gleichgeschlechtliche gegenüber gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen positiver auf die Entwicklung der männlichen Moglis auswirkten. Die sich hieraus ergebenden Befunde erlauben jedoch nur Tendenzaussagen, da die Fallzahl gleichgeschlechtlicher Mentorenbeziehung (männlicher Balu mit männlichem Mogli mit $N=10$ nur sehr gering ausfiel (Kapitel 5.4.1). Dennoch war es für die Weiterentwicklung des Mentorenprogramms *Balu und Du* äußerst interessant zu erfahren, ob und wenn ja, inwieweit, Mentorenbeziehungen mit männlichen Balus für Jungen möglicherweise höhere Effekte erzielen als Mentorenbeziehungen mit einer gegengeschlechtlichen weiblichen Balu. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund einer vergleichsweise nur sehr geringen Anzahl männlicher Balus bei gleichzeitig überproportionaler Anmeldung männlicher Moglis bedeutsam, könnte dies doch weiterführende Programmentwicklungen in Richtung verstärkter Anwerbebemühungen junger Männer als Mentoren nach sich ziehen.

Zum anderen wurden die in dieser Untersuchung aufgespürten und die von den verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumenten bestätigten Dimensionen miteinander korreliert, um über das eigentliche Ziel dieser Evaluationsstudie hinausgehende Aussagen über allgemeine Zusammenhänge innerhalb wie auch zwischen gesundheitsbezogenen Orientierungen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Kompetenzen wie auch dem Bereich der „Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ treffen zu können. Dieses Verfahren gab interessante allgemeine Aufschlüsse über Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten gesundheitsrelevanter Lebensstile wie auch mit den einzelnen Bereichen der Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zudem konnte mit diesem Verfahren auch eine Überprüfung der Kriteriums- und Konstruktvalidität der Erhebungsinstrumente durchgeführt werden. Die Kriteriumsvalidität ist definiert „als *Korrelation* [] zwischen den Testwerten und den Kriteriumswerten einer Stichprobe“ (Bortz/ Döring 2005, S. 200). Sie ist dann vorhanden, wenn das Ergebnis eines Tests zur Messung eines latenten Merkmals bzw. Konstrukts (z.B. Lernfreude) mit Messungen eines korrespondierenden manifesten Merkmals bzw. Kriteriums übereinstimmt (z.B. schulische Leistungsfähigkeit). Die Kriteriumsvalidierung ist von der Existenz eines objektiv beobachtbaren, und damit adäquaten Außenkriteriums abhängig – ein solches kann jedoch häufig nicht benannt werden. Neben dieser Schwierigkeit ist zu bedenken, dass eine Validierung mit diesem Kriterium sinnlos ist, wenn es invalide oder unreliael erfasst wurde. Hinzu kommt noch die Problematik der *differentiellen Validität* – so können Korrelationen zwischen Testwerten und Kriterium in verschiedenen Populationen unterschiedlich ausfallen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 200). Trotz dieser häufig eingeschränkten Aussagekraft von

Kriteriumsvalidierungen, wurde eine solche auch in dieser Untersuchung unter Wahrung der genannten Vorbehalte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität vorgenommen. So wurden die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensstile mit den Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität korreliert. Dahinter steckte der Gedanke, dass gesündere Lebensstile mit einer höher ausgeprägten gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenhängen. Hierbei wurde auch der *differentiellen Validität* Rechnung getragen, in dem diese Zusammenhänge separat für die Jungen und Mädchen der Treatment- und der Kontrollgruppe berechnet wurden (siehe Kapitel 5.4.2). Außerdem wurde überprüft, ob sich im Sinne der *Konstruktvalidität*⁷⁷ theoretisch und empirisch abgeleitete Hypothesen über die Zusammenhänge zwischen den Komponenten gesundheitsrelevanter Lebensstilen untereinander, d.h. zwischen sowie innerhalb gesundheitsbezogener Orientierungen, gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Kompetenzen (z.B. Bewegungsfreude und motorische Fähigkeiten) bestätigen ließen. Zudem wurde analysiert, ob Zusammenhänge zwischen den fünf gemessenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bestanden (Kapitel 5.4.2).

4.7 Gültigkeitsanspruch der Untersuchungsbefunde

Nach Bortz/ Döring 2005 (vgl. S. 56) hängt der Gültigkeitsanspruch von Untersuchungsbefunden unmittelbar von der Aussagekraft der Ergebnisse ab, d.h. von der inneren Gültigkeit (interne Validität) und der äußeren Gültigkeit (externe Validität).

Die *interne Validität* von Untersuchungsergebnissen ist vorhanden, „wenn Veränderungen in den abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt“ (Bortz/ Döring 2005, S. 57). Im Folgenden werden einige *Gefährdungen der internen Validität*, wie sie bei Bortz/ Döring 2005 beschrieben werden, vorgestellt und im Lichte dieser Studie diskutiert (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504f.). *Externe zeitliche Einflüsse* können Veränderungen bewirken, die nichts mit der untersuchten Einflussgröße (hier: dem Mentorenprogramm *Balu und Du*) zu tun haben (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). So könnten positive gesundheitsbezogene Entwicklungen in der Treatmentgruppe bspw. hinsichtlich des Hygieneverhaltens weniger mit dem Treatment zusammenhängen, sondern vielmehr mit bestimmten Schulprojekten oder Unterrichtseinheiten, in denen kindgerecht auf die Bedeutung von Hygiene (z.B. hinsichtlich der Zahngesundheit) hingewiesen wurde. Dieser Gefährdung der internen Validität wurde für diese Evaluationsstudie vorgebeugt, in dem Kinder für die Kontrollgruppe aus den gleichen Klassen der Moglis ausgesucht wurden.

⁷⁷ Die *Konstruktvalidität* verlangt, dass aus einem „zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können“ (Bortz/ Döring 2005, S. 200). Hierbei werden Hypothesen über das gemessene Konstrukt und seine Beziehungen zu anderen latenten und manifesten Variablen gemessen. Ziel ist es hierbei, Korrelationen zwischen dem Konstrukt und den relevanten Merkmalen aufzuzeigen. Mit für das Konstrukt irrelevanten Merkmalen sollte jedoch Unabhängigkeit bestehen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 201).

Damit ist zu vermuten, dass sowohl die Treatment- wie auch die Kontrollgruppe den gleichen schulischen Einflussfaktoren ausgesetzt waren. Ebenfalls zu bedenken sind sog. *Reifungsprozesse*, wie sie insbesondere im Kindesalter gehäuft vorkommen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). So wachsen im Normalfall z.B. die Körperbeherrschung und die motorischen Fähigkeiten im Kindesalter mit jedem weiteren Lebensjahr aufgrund natürlicher Entwicklungsprozesse stetig an. Aus diesem Grund war es besonders wichtig, dass die Störvariable „Alter“ in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe konstant gehalten wurde. Zudem bestand für die normierten Tests die Möglichkeit, die Testergebnisse der Kinder mit den Normwerten der entsprechenden Altersgruppen zu vergleichen. Die *Testübung* an sich kann sich ebenfalls verfälschend auf die Testergebnisse auswirken. So kann bereits das Ausfüllen eines Fragebogens die zu messenden Einstellungen verändern (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). Diese Gefährdung kann im Grunde genommen nicht gemessen und daher auch sehr schlecht eingeschätzt werden. Es bleibt jedoch auch hier zu bedenken, dass mögliche Veränderungen bei der Beantwortung von Fragen und den Tests sowohl bei der Treatment- wie auch bei der Kontrollgruppe im Mittel gleichermaßen stattgefunden haben sollten. Daher sollte der Vergleich zwischen der Entwicklung der Treatment- und der Kontrollgruppe hiervon nicht betroffen worden sein. Zudem waren etliche der durchgeführten Tests wie bspw. der *Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)* so angelegt, dass sie kaum bis gar nicht geübt werden können.

Statistische Regressionseffekte können immer dann auftreten, wenn –wie in der vorliegenden Evaluationsstudie– keine zufällig ausgewählten Stichproben vorliegen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). So haben extreme Werte bei wiederholten Messungen die Tendenz sich zur Mitte der Merkmalsverteilung hin zu verändern. Dieses statistische Artefakt ist besonders bei Extremgruppen, wie sie auch für diese Studie untersucht werden, zu erwarten. Somit sind positive gesundheitsbezogene Entwicklungen bei denjenigen Kindern, die zu t_1 besonders ungünstige Ausgangswerte hatten (z.B. ihr seelisches Wohlbefinden besonders negativ einschätzten), mindestens zum Teil auf diesen „Regression zur Mitte“-Effekt zurückzuführen. Ein Vergleich mit der Entwicklung derjenigen Kinder aus der Kontrollgruppe, die zu t_1 ebenfalls besonders ungünstige Ausgangswerte aufwiesen, war daher unabdingbar und ermöglichte es, den „wahren“ Nettoeffekt des Treatments für die jeweiligen Extremgruppen der Moglis zu ermitteln (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 555ff.). Bei quasiexperimentellen Untersuchungen können, anders als bei randomisierten Studien, auch immer *Selektionseffekte* auftreten, d.h. es können Gruppenunterschiede aufgrund von anderen Einflussgrößen auftreten, die nicht mit dem Treatment in Verbindung stehen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). Auch in dieser Studie muss selbstkritisch auf einen Selektionseffekt hinsichtlich des sozialen Risikofaktors „familiäre Belastung“ hingewiesen werden. So sind signifikant mehr Kinder ohne familiäre Belastung in der Kontrollgruppe

sowie Kinder mit schwerer familiärer Belastung in der Treatmentgruppe vorhanden (vgl. Kapitel 4.5.4). Dieser Schwierigkeit wurde begegnet, indem die Entwicklung der Kinder aus der Treatment- und der Kontrollgruppe für die Dimensionen jeweils separat für die Subgruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung miteinander verglichen wurden. Probleme können auch dann entstehen, wenn aufgrund fehlender Bereitschaft die Untersuchung nicht von allen TeilnehmerInnen zu Ende geführt wird, d.h. die Teilnahmemotivation nicht in für alle Untersuchungsbedingungen dieselbe ist. Dieses Phänomen wird auch als *experimentelle Mortalität* bezeichnet (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 504). Diese Schwierigkeit konnte in der hier vorliegenden Studie jedoch nur in Ansätzen beobachtet werden – zwar waren einige Kinder weniger motiviert als andere (vgl. Kapitel 4.4.3 zur Reflexion spezifischer Untersuchungsbedingungen), jedoch gelang es bis auf ganz wenige Ausnahmen, durchgängig alle Kinder von einer Durchführung der Untersuchung bis zum Ende zu überzeugen.

Eine *externe Validität* kann für die Untersuchungsergebnisse dann behauptet werden, „wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann“ (Bortz/ Döring 2005, S. 57).

Dies ist häufig, gerade bei quasiexperimentellen Untersuchungen, jedoch nur eingeschränkt der Fall. Die wichtigsten Gefährdungen der externen Validität werden im Folgenden zum einen allgemein wie auch im spezifischen Kontext dieser Studie beschrieben.

Eine *mangelnde instrumentelle Validität* entsteht, wenn das in einer Untersuchung verwendete Instrument nicht das misst, was es messen sollte. Gründe hierfür können in unterschiedlichen kulturellen Kontexten oder Tendenzen der sozialen Erwünschtheit gesucht werden (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 505). So wäre es denkbar, dass einige Fragen der hier vorliegenden Untersuchung von Kindern mit leicht oder stark ausgeprägtem Migrationsstatus aufgrund eines unterschiedlichen kulturellen Kontextes mit anderen semantische Bedeutungen verknüpft wurden (bspw. die Frage danach, ob sie in der letzten Woche von ihren Eltern gerecht behandelt wurden aus dem KIDSCREEN-27). Tendenzen der sozialen Erwünschtheit könnten in unserer Untersuchung insbesondere Fragen nach der Empathiefähigkeit, den Beziehungen zu anderen Kindern, der seelischen Gesundheit oder der Frage danach, wie gut Ihnen die Befragung gefallen hatte, betreffen. Solchen möglichen Tendenzen der sozialen Erwünschtheit wurde entgegengetreten, indem die InterviewerInnen explizit darin geschult wurden eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Die Befragungen fanden in Vier-Augen-Gesprächen in gesonderten Räumen statt und die InterviewerInnen hatten gelernt, welche genauen Sätze sie sagen sollten, um möglichst ehrliche Antworten der Kinder zu erhalten. Außerdem sollten die InterviewerInnen in dem Beobachtungsbogen (siehe hierzu noch mal Kapitel 4.4.3) ausfüllen, für wie glaubwürdig sie die Antworten der Kinder hielten. In den immer wieder stattfindenden Nachgesprächen

wurde zudem deutlich, dass das Interviewerteam die Tendenz der sozialen Erwünschtheit insgesamt als eher gering einschätzte. Eine weitere Gefährdung der externen Validität kann durch den *Stichprobenfehler* herbeigeführt werden. So dürfen Ergebnisse einer Untersuchung nur auf die Stichprobe verallgemeinert werden, wenn die Stichprobe für die Grundgesamtheit repräsentativ ist (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 505). Im Rahmen dieser Studie wurde für die in diese Evaluation einbezogenen zwölf Standorte eine Vollerhebung durchgeführt; für diese Standorte stellt sich die Frage einer mangelnden Repräsentativität nicht.⁷⁸ Die Ergebnisse können jedoch in der Tat nicht pauschal auf alle 63 Standorte aus Deutschland und Österreich übertragen werden, da das Mentorenprogramm an den einzelnen Standorten teilweise sehr unterschiedlich umgesetzt wird. Auch die Zusammensetzung der Balus (Studierende oder SchülerInnen/ Anzahl männlicher vs. weiblicher Balus) sowie die Zusammensetzung der erreichten Zielgruppe der benachteiligten Grundschul Kinder variieren zum Teil stark zwischen den verschiedenen Standorten. Eine externe Validität dieser Untersuchung kann somit nicht für das gesamte Mentorenprogramm *Balu und Du*, wohl aber für die zwölf untersuchten Standorte, behauptet werden.

⁷⁸ Oder zumindest nur sehr eingeschränkt. Auch wenn ein paar Moglis bei der zweiten Erhebungswelle, z.B. aufgrund von Umzügen, nicht mehr in die Untersuchung mit einbezogen werden konnten, wird die Gefahr einer methodischen Verzerrung als gering betrachtet.

5 Ergebnisse der Evaluationsstudie

Nach dem im zweiten Kapitel auf die Theorie der Resilienzforschung eingegangen und die Zielsetzungen und Durchführung des Mentorenprogramms Balu und Du als Resilienzprojekt vorgestellt wurden, ging das dritte Kapitel näher auf theoretische und empirische Grundlagen zur Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbesondere von sozial benachteiligten Grundschulkindern, im Zusammenhang mit bestimmten Lebensstilen ein. Das vierte Kapitel widmete sich ausführlich der Konzeption und Durchführung der im Fokus dieser Arbeit stehenden Evaluationsstudie. Im nun folgenden fünften Kapitel sollen nun die wichtigsten Ergebnisse zu den Resilienz fördernden gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Kapitel 5.1), den Resilienz fördernden Kompetenzen (Kapitel 5.2) und der Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität, als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor, dargestellt werden (Kapitel 5.3). Nach zwei anschließenden Exkursen zu weiterführenden Auswertungen (Kapitel 5.4) schließt das Kapitel mit einer ausführlichen Zusammenfassung und Diskussion der relevantesten Ergebnisse (Kapitel 5.5).

5.1 Resilienz fördernde gesundheitsbezogene Orientierungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu der Entwicklung der Moglis im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe für die gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dargestellt. Das Kapitel 5.1 unterteilt sich hierfür in die einzelnen Gliederungspunkte „Ernährungsvorlieben und –verhalten“ (Kapitel 5.1.1), „Bewegungsfreude und –verhalten“ (Kapitel 5.1.2), „allgemeine Wünsche der Kinder“ (Kapitel 5.1.3), „Medieneinstellungen und –verhalten“ (Kapitel 5.1.4), „Kommunikationsverhalten in Bezug auf Freizeitaktivitäten und als Indikator für Sozialverhalten“ (Kapitel 5.1.5), „Impulsivität und Risikoverhalten“ (Kapitel 5.1.6), „Lernfreude“ (Kapitel 5.1.7), „Waschaffinität und Hygieneverhalten“ (Kapitel 5.1.8) und „Schlafverhalten“ (Kapitel 5.1.9).

5.1.1 Ernährungsvorlieben und –verhalten

Für den Bereich der Ernährungsvorlieben wurde zunächst die *Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“* gebildet.⁷⁹ Die interne Konsistenz der Dimension wurde anhand einer kategorialen Hauptkomponentenanalyse geprüft. Die hierbei erreichten Reliabilitäten lagen bei $\alpha = 0,710$ für die erste Erhebungswelle und $\alpha = 0,687$ für die zweite Erhebungswelle.⁸⁰ Daraufhin wurde ein Gesamtsummenscore gebildet, dessen Minimalwert bei null Punkten und dessen Maximalwert bei 14 Punkten lag (vgl. Tabelle 21 im Anhang).

Eine „gesunde Vorliebe für Essen und Trinken“ nahm bei der Gesamtgruppe der Moglis während des Projektzeitraums leicht zu (Bruttoeffektstärke: $d = 0,24^{**}$), blieb jedoch gegenüber der Zunahme der gesunden Vorliebe für Essen und Trinken bei der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,47^{***}$) zurück. Ähnlich verhielt sich dies bei einem Vergleich derjenigen Extremgruppen, die zu t_1 die geringsten Werte auf der *Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“* bei den Moglis und bei den Kindern der Kontrollgruppe erreicht hatten – zwar konnte sich die entsprechende Subgruppe der Moglis stark steigern (Bruttoeffektstärke: $d = 1,17^{***}$), reichte jedoch nicht an die Ergebnisse der entsprechenden Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,45$) heran. Während der Abstand bei der Entwicklung der jüngeren Moglis zu den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe recht gering war (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,16$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,28^{**}$), fiel er bei den älteren Kindern etwas deutlicher aus (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,27^{**}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,56^{***}$). Aufgrund des möglicherweise durch die höhere Anzahl an Kindern ohne bekannte familiäre Belastungen in der Kontrollgruppe resultierenden Entwicklungsrückstandes wurde eine weitere Subgruppenanalyse zwischen den Moglis und den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung und mit schwerer familiärer Belastung durchgeführt. Während sich bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung trotz positiver Entwicklung in der

⁷⁹ Hierfür wurden die folgenden nominalskalierten und metrischen Variablen aus dem Kinderfragebogen zu einer gemeinsamen Skala verdichtet: „Anzahl der von den Kindern insgesamt genannten Speisen, die gerne bzw. am liebsten gegessen werden“ (als Indikator für eine Geschmacksvariation), „Nennung von Obst/eines Gerichts mit Obst als Lieblingsgericht“, „Nennung von Gemüse/eines Gerichts mit Gemüse als Lieblingsgericht“, „Bejahung auf die Frage, ob Gemüsesorten gemocht werden“, „Anzahl der genannten Gemüsesorten, die gemocht werden“, „Bejahung auf die Frage, ob Obstsorten gemocht werden“, „Anzahl der genannten Obstsorten, die gemocht werden“, „Anzahl der von den Kindern insgesamt genannten Getränke, die gerne bzw. am liebsten getrunken werden“, „Nennung von Wasser als Lieblingsgetränke“ und „Nennung von Obstsäften (mit natürlichen Süßstoffen) und Saftschorlen als Lieblingsgetränke“.

⁸⁰ Die beiden Variablen „Nennung von Milchprodukten als Lieblingsgericht“ und „Nennung von Milchgetränken als Lieblingsgetränke“ waren zuvor aufgrund niedriger Komponentenladungen von der Analyse ausgeschlossen worden. Der Versuch einer Reduktion der drei nominalen Variablen „Nennung von Fastfood als Lieblingsgericht“, „Nennung von Süßem als Lieblingsgericht“ und „Nennung von gesüßten Getränken als Lieblingsgetränke“ auf die Dimension „ungesunde Vorlieben für Essen und Trinken“ ergab jedoch nur äußerst geringe Alphawerte, so dass diese drei Variablen unterschiedliche Aspekte ungesunder Ernährung beleuchten und nicht durch ein gemeinsames Konstrukt abgebildet werden konnten. Der Versuch einer Bildung der Dimension „Essfreude“ aus den Variablen „isst du gerne?“, „als Grund für Spaß am Essen (keinen Spaß am Essen) wurde der Genuss am Essen genannt“ und „als Grund für Spaß am Essen (keinen Spaß am Essen) wurden pragmatische Gründe genannt“ scheiterte ebenfalls an zu geringen Reliabilitäten – diese lagen zwar über $\alpha \geq 0,5$ und damit deutlich höher als die Reliabilitäten für die Dimension „ungesunde Vorlieben für Essen und Trinken“, waren jedoch immer noch zu gering für die Annahme einer hinter diesen Variablen liegenden, gemeinsamen Dimension.

Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,35^{**}$) weiterhin eine aus gesundheitspädagogischer Sicht noch vorteilhaftere Entwicklung bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,61^{***}$) feststellen ließ, verlief diese bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung zumindest ähnlich: Die Bruttoeffektstärke der Treatmentgruppe erreichte $d = 0,28^*$ und die Bruttoeffektstärke der Kontrollgruppe $d = 0,27$. Bei einer Betrachtung der beiden Untergruppen älterer Kinder mit schweren familiären Belastungen zeigten sich ebenfalls nur wenige Unterschiede. Tendenziell konnten sich die in diese Kategorie fallenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,37^*$) jedoch erneut günstiger entwickeln als die entsprechenden Kinder aus der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,26$, vgl. Tabelle 22 im Anhang). Dieses Ergebnis stützte die bereits gewonnene Erkenntnis, dass es - wenn überhaupt - eher die jüngeren und nicht die älteren Moglis waren, die hinsichtlich einer Steigerung ihrer *gesunden Vorliebe für Essen und Trinken* von einer Projektteilnahme profitieren konnten. Werden die Bruttoeffektstärken der männlichen und weiblichen Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung für sich betrachtet, wird deutlich, dass die weiblichen Moglis mit leichter familiärer Belastung ihre *gesunde Vorliebe für Essen und Trinken* während des Erhebungszeitraums deutlich stärker steigern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = 0,83^{**}$) als die männlichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,23$). Bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung zeigten sich hingegen nur leichtere Unterschiede zwischen den Geschlechtern (diesmal zugunsten der Jungen) – während die Bruttoeffektstärke für die männlichen Moglis in dieser Subgruppe bei $d = 0,33$ lag, erzielten die weiblichen Moglis eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,24$.

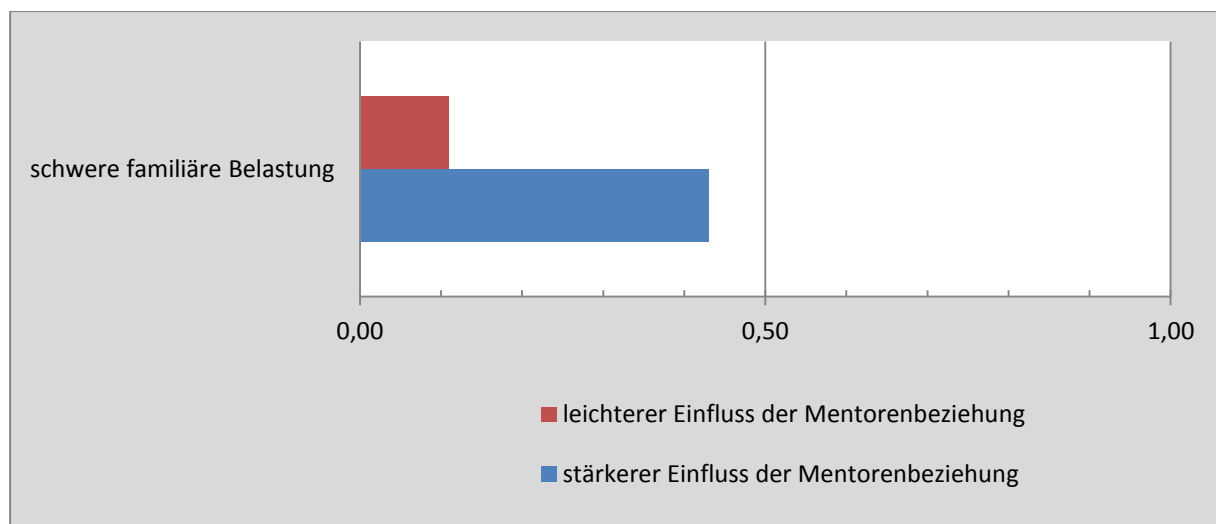


Abbildung 23. Entwicklung der Dimension „gesunde Vorliebe für Essen und Trinken“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Bei einem stärkeren Einfluss des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ konnten sich Kinder mit schwerer familiärer Belastung zudem positiver entwickeln (Bruttoeffektstärke:

$d = 0,43^{**}$) als bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,11$, vgl. Abbildung 23 und Tabelle 23 im Anhang).

Um weiterhin etwas über den Genuss der Kinder am Essen herauszufinden, wurde ihnen in der zweiten Kohorte auch die Frage *„Isst du gerne?“* gestellt. Daraufhin antworteten 65% der Moglis mit „ziemlich gerne“ oder „sehr gerne“. Dieser Prozentsatz nahm zur zweiten Erhebungswelle hin ab, so dass zum Zeitpunkt t_2 nur noch 56,1% der Moglis, und damit etwas über die Hälfte, die Antwortkategorien „ziemlich gerne“ oder „sehr gerne“ wählten. Bei der Kontrollgruppe lag der Anteil derjenigen Kinder, die „ziemlich gerne“ oder sogar „sehr gerne“ aßen in der ersten Erhebungswelle bei 60,4% und in der zweiten Erhebungswelle bei 58,0%. Damit erreichte die Kontrollgruppe einen um 4,6 Prozentpunkte niedrigeren Anteil zu t_1 , nahm jedoch auch weniger stark während der Projektzeitlauf ab und lag damit zum Zeitpunkt t_2 prozentual über dem Anteil der Moglis (vgl. Tabelle 24 im Anhang). Ein Zusammenhang zwischen dem Item und der Stärke der familiären Belastung konnte weder bei der Treatment- noch bei der Kontrollgruppe festgestellt werden; entsprechende Chi-Quadrat basierte Zusammenhangstests waren weder für die erste noch für die zweite Erhebungswelle signifikant.

Als nächsten Schritt interessierte, *aus welchen Gründen heraus den Kinder das Essen „ziemlich viel“ oder „sehr viel“ Spaß machte*, bzw. am untere Ende der Skala, das Essen einigen Kindern „nur wenig“ oder „überhaupt nicht viel“ Spaß bereitete. Die hierzu offen gestellte Frage wurde in die möglichen Kategorien: „Geselligkeit“, „Genuss am Essen“, „Pragmatismus“ und „weiß ich nicht“ eingeteilt. Erwartungskonform strichen diejenigen Kinder, die insgesamt ziemlich oder sehr gerne aßen, vorrangig den „Genuss am Essen“ heraus. Die „Geselligkeit“ spielte erstaunlicherweise eine untergeordnete Rolle und wurde gegenüber pragmatischen Gründen im Schnitt eher seltener genannt (vgl. Tabelle 25 im Anhang). Bei denjenigen Kindern, die angaben, dass ihnen „das Essen an sich“ überhaupt nicht oder nur wenig Spaß bereiten würde, zeichnete sich - je nach Gruppenzugehörigkeit zur Treatment- und Kontrollgruppe wie auch zum Zeitpunkt der Erhebungswelle - ein sehr durchmisches Bild ab. Durchgehend prozentual von einem Großteil der Kinder wurden erwartungskonform pragmatische Gründe hervorgehoben. Der fehlende Genuss am Essen war für einen größeren Anteil der Moglis hochgradig relevant, spielte bei den Kindern der Kontrollgruppe jedoch eine weniger große Rolle. Diese Kinder mochten weniger die mit dem Essen einhergehende Geselligkeit (vgl. Tabelle 26 im Anhang).⁸¹

Für die *Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“* war die Anzahl der bei der an die Kinder gestellten offenen Frage *„Was isst du am liebsten bzw. was isst du gerne?“*

⁸¹ Hierbei muss unbedingt angemerkt werden, dass im Vergleich zu den Kindern, die angaben, „sehr gerne“ bzw. „ziemlich gerne“ zu essen, nur sehr wenige Kinder „überhaupt nicht“ oder nur „ein wenig gerne“ aßen. Daher sind die Fallzahlen für die entsprechenden Kategorien hier sehr gering und können nur mit Vorsicht interpretiert werden.

genannten Speisen bereits als Item eingeflossen. Darüber hinaus konnten die genannten Speisen jedoch auch *verschiedenen Lebensmittelgruppen* wie Fastfood-Produkten, Milchprodukten, Obst, Gemüse und Süßem zugeordnet werden. Auffällig war die in beiden Gruppen häufige Nennung von Fastfood-Produkten zu t_1 (jeweils ein Drittel der Kinder). Dieser prozentuale Anteil nahm sowohl bei der Treatmentgruppe (29,5% der Fälle zu t_2) wie auch bei der Kontrollgruppe (27,0% der Fälle zu t_2) leicht ab. Dafür nahm in beiden Gruppen die Nennung von Speisen, in denen auch Gemüse verarbeitet wurde, um ca. 10 Prozentpunkte von etwas mehr als 40% der Kinder auf über die Hälfte der Kinder zu t_2 zu. Milchprodukte wurden von den Moglis zu t_1 nur in 9,7% der Fälle genannt – dieser Anteil steigerte sich jedoch um fast das Doppelte auf 16,7% in der zweiten Erhebungswelle. Bei den Kindern der Kontrollgruppe wurden Milchprodukte bereits in der ersten Erhebungswelle von fast jedem fünften Kind (18,1%) erwähnt. Dieser Anteil nahm bis zur zweiten Erhebungswelle jedoch auf 14,6%, und damit auf einem unter dem Anteil der Kinder aus der Treatmentgruppe liegenden Anteil, ab. Obst wurde von den Kindern der Kontrollgruppe deutlich häufiger genannt (21,7% zu t_1 und 23,6% zu t_2) als von den Moglis. Von diesen nannten nur 5,6% in der ersten Erhebungswelle Obst. Immerhin konnte sich dieser Anteil auf 12,8% in der zweiten Erhebungswelle mehr als verdoppeln (vgl. Tabelle 27 im Anhang). Fastfood-Produkte wurden weder von den Moglis noch von den Kindern der Kontrollgruppe in den Subgruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung häufiger genannt. So bewegte sich der Anteil derjenigen Moglis, die Fastfood-Produkte als Lieblingsgerichte aufzählten in allen Erhebungswellen um die 30%. Bei den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung sank der Anteil von t_1 (34,5%) bis t_2 (16,7%) deutlich ab, während er bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung anstieg (t_1 : 22,7%, t_2 : 34,8%). Eine Vorliebe für Süßspeisen stieg bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung (t_1 = 33,3%, t_2 = 40,0%) leicht und bei den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung (t_1 = 13,8%, t_2 = 38,9%) kräftig über den Projektzeitraum an, während sie sich bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung deutlich verringerte (t_1 = 37,1%, t_2 = 28,2%). Bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe blieben die Angaben zu Süßspeisen bei beiden Erhebungszeitpunkten auf einem sehr niedrigen Niveau (t_1 = 9,1%, t_2 = 8,7%). Während die Moglis insgesamt kaum Lieblingsgerichte mit Obstbestandteilen nannten (sowohl bei Moglis mit schwerer wie mit leichter familiärer Belastung höchstens zu 17%), waren diese bei den Kindern der Kontrollgruppe mit Angaben von bis zu 30% sehr beliebt. Hinsichtlich der Lebensmittelgruppe „Gemüse“ erreichten beide Gruppen hohe Werte – bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung nahm der Anteil an „Gemüseliebhabern“ bei den Moglis zu (t_1 = 42,9%, t_2 = 56,4%), während er bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe absank (t_1 = 59,1%, t_2 = 43,5%). Milchprodukte waren bei den Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung, unabhängig davon ob es sich um Moglis oder

Kinder der Kontrollgruppe handelte, mit maximal bis zu 17% der Fälle ähnlich beliebt. Bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung erfreuten sie sich jedoch zum Projektende hin eines deutlich höheren Zuspruchs ($t_1= 8,6\%$, $t_2= 14,0\%$), während dieser zeitgleich bei der äquivalenten Subkontrollgruppe abgenommen hatte ($t_1= 13,6\%$, $t_2= 4,3\%$, vgl. Tabelle 28 und 29 im Anhang).

Die an die Kinder gestellten Fragen danach, ob sie Gemüsesorten und Obstsorten mochten und wenn ja, wie viele, waren bereits, genauso wie die Anzahl der von den Kindern gerne getrunkenen Getränke, als Einzelitems in die Bildung der Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“ eingeflossen. Eine nun folgende differenziertere Betrachtung stellt jedoch noch einmal heraus, *welche Gemüsesorten und Obstsorten* von den Kindern generell besonders gerne gegessen wurden und *welche Getränke als Lieblingsgetränke* besonders häufig genannt wurden. Bei den *Gemüsesorten* dominierten die Nennungen von Karotten bzw. Möhren, Gurken und Tomaten. Karotten und Möhren wurden von ca. der Hälfte aller Kinder und Gurken und Tomaten jeweils von ungefähr 30 bis 40% der Kinder angegeben. Salat und Kohlgemüse wie Brokkoli, Blumenkohl, Rosenkohl, Grünkohl oder Kohlrabi wurden immerhin von 16 bis 23% der Kinder genannt. Paprika war bei den Kindern der Kontrollgruppe (23,6% zu t_1 und 18,7% zu t_2) sehr beliebt, jedoch etwas weniger bei den Moglis (12,9% zu t_1 und 9,6% zu t_2). Erbsen und Kartoffeln wurden von jedem zehnten bis zwanzigsten Kind als gerne gegessene Gemüsesorten ausgegeben. Weitere Gemüsesorten wie Spinat, Spargel oder Bohnen wurden oder „sonstiges“ zusammengefasst. Immerhin elf bis 17% der Kinder nannten Gemüsesorten, die in diese Kategorie fielen (vgl. Tabelle 30 im Anhang). Bei einer Betrachtung der jeweiligen Subgruppen der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung fielen die Ergebnisse ähnlich aus (vgl. Tabelle 31 und 32 im Anhang).

Platz eins der *Lieblingsobstsorten* nahm mit weitem Abstand der Apfel ein - dieser wurde jeweils von mindestens Dreiviertel bis Neunzehntel der Kinder genannt. Auf Platz zwei folgte, auch mit eindeutigem Ergebnis, die Banane, die von 50 bis 60% der Kinder gewählt wurde. Ebenfalls sehr beliebt waren bei ca. einem Drittel der Kinder Orangen oder Mandarinen und, nur leicht dahinter, Beerenfrüchte wie Erdbeeren, Kirschen oder Himbeeren. Auch Birnen, die von mindestens jedem fünften Kind erwähnt wurden, lagen in der Beliebtheitskala weit oben. Weintrauben nannten zwischen 9 und 15% der Kinder und Melonen zwischen vier und zehn Prozent. Weitere exotische Obstsorten, wie bspw. Ananas, Granatapfel oder Kiwi, fanden noch 16 bis 26% der Kinder gut (vgl. Tabelle 33 im Anhang). Wie bereits bei den genannten Gemüsesorten konnten hierzu nur wenige, wenn dann eher unwesentliche Abweichungen, für die Subgruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung festgestellt werden (vgl. Tabelle 34 und 35 im Anhang).

Bei den *Lieblingsgetränken* der Kinder wurde Wasser von etwas mehr als einem Drittel der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe zu t_1 angegeben. Dieser Anteil stieg bei den Moglis nur leicht auf über 40% in der zweiten Erhebungswelle, während bei den Kindern der Kontrollgruppe ein kräftiger Aufschwung zu beobachten war. So gaben zu t_2 mehr als die Hälfte der Kinder der Kontrollgruppe (55%) Wasser als Lieblingsgetränk an. Im Schnitt über beide Erhebungswellen erfreuten sich Obstsaft und Saftschorlen sowohl bei der Treatment- und wie auch bei der Kontrollgruppe einer großen Beliebtheit, da jeweils um die Hälfte der Kinder entsprechende Angaben hierzu machten. Gesüßte Getränke, wie Cola, Fanta, Sprite oder Capri-Sonne, wurden zu t_1 bereits von 44% der Moglis und 47% der Kinder der Kontrollgruppe genannt. Aus ernährungsphysiologischer Sicht unglücklicherweise entwickelte sich die Beliebtheit dieser Getränke bis zum Zeitpunkt t_2 weiter fort, so dass sich 54% der Kinder der Kontrollgruppe und sogar 59% der Moglis am Projektende hierfür als mindestens einem ihrer Lieblingsgetränke entschieden. Die aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wesentlich gesünderen Gemüsesäfte wurden im Gegensatz hierzu jedoch, wenig überraschend, nur von ungefähr einem Prozent der Kinder überhaupt genannt (vgl. Tabelle 36 im Anhang). Eine gesonderte Betrachtung insbesondere von Kindern mit schwerer familiärer Belastung deckte ebenfalls auf, dass der bereits hohe Zuspruch für gesüßte Getränke zum Zeitpunkt t_1 (Moglis: 50,7%, Kinder der Kontrollgruppe: 50,0%) noch weiter zunahm, auch wenn dies bei den Moglis (t_2 : 56,7%) etwas weniger stark der Fall war als bei den Kindern der Kontrollgruppe (t_2 : 59,5%). Im Wesentlichen bestätigten jedoch auch die Subgruppenbetrachtungen von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung die bereits für die beiden Gesamtgruppen getroffenen Aussagen (vgl. Tabelle 37 und 38 im Anhang).

Wie zuvor bereits für den Bereich der Ernährungsvorlieben wurde auch für den Bereich des Ernährungsverhaltens eine Dimension gebildet. In diese Dimension flossen sowohl Fragen an die Kinder selbst wie auch Fragen an die KlassenlehrerInnen ein.⁸² Die Reliabilitäten für die interne Konsistenz der für die *Dimension „Ernährungsverhalten“* gebildeten Skala lagen bei $\alpha = 0,749$ (1.EW) und $\alpha = 0,730$ (2. EW). Der Gesamtsummenscore für die Dimension

⁸² Zu ihrem Ernährungsverhalten wurden die Kinder gefragt, wie häufig sie am Nachmittag „Joghurt (Quark, Pudding oder ähnliches)“, „Süßes wie Schokolade oder Eis“, „Knabbersachen (Chips, Flips oder ähnliches)“, „Brot oder Brötchen“ und „Kuchen oder Kekse“ zu sich nehmen würde. Die Frage nach „Obst/Früchten“ wurde aufgrund der niedrigen Komponentenladung in der Berechnung für beide Erhebungswellen aus der kategorialen Hauptkomponentenanalyse herausgenommen. Die KlassenlehrerInnen wurden darum gebeten „die Ernährung des Kindes allgemein“ einzuschätzen sowie anzugeben, ob „das Kind gesunde Pausenverpflegung dabei hatte“ und ob „der Anteil an gesunder Pausenverpflegung ausreichend war“. Da sich dies als sowohl inhaltlich wie auch statistisch beste Lösung herausstellte, wurde eine Dimension „Ernährungsverhalten“ aus den Items „Süßes wie Schokolade oder Eis“, „Knabbersachen (Chips, Flips oder ähnliches)“, „Kuchen oder Kekse“ (aus dem Kinderfragebogen) sowie den Items „die Ernährung des Kindes allgemein“, ob „das Kind gesunde Pausenverpflegung dabei hatte“ und ob „der Anteil an gesunder Pausenverpflegung ausreichend war“ (aus dem Lehrerfragebogen) gebildet. Hierbei luden die Items aus dem Kinderfragebogen negativ und die Items aus dem Lehrerfragebogen positiv auf der Dimension, d.h. je häufiger die Kinder angaben, am Nachmittag „Süßes wie Schokolade oder Eis“, „Knabbersachen (Chips, Flips oder ähnliches)“, und „Kuchen oder Kekse“ zu essen, desto schlechter bzw. ungesünder schätzten ihre KlassenlehrerInnen ihre allgemeine Ernährung bzw. Pausenverpflegung ein.

wies einen Minimalwert von null Punkten und einen Maximalwert von 24 Punkten auf (vgl. Tabelle 39 im Anhang).

Das Ernährungsverhalten in der Kontrollgruppe veränderte sich während des Erhebungszeitraums nur sehr geringfügig (Bruttoeffektstärke: $d = 0,08$). Dies galt auch für das Ernährungsverhalten der Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,06$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,14$).

Im Extremgruppenvergleich entwickelten sich diejenigen Moglis, die zu Projektbeginn (t_1) ein eher negatives Ernährungsverhalten aufwiesen, gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe jedoch vorteilhafter (Nettoeffektstärke: $d = 0,59$), auch wenn sich beide Gruppen verbessern konnten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 1,43^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,84^{***}$). Werden die verschiedenen altersgruppenspezifischen Subgruppen betrachtet, konnten sich die älteren Moglis gegenüber ihren Altersgenossen in der Kontrollgruppe nicht positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,02$), bei den jüngeren Moglis war dies gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe jedoch tendenziell der Fall. Hierbei handelte es sich allerdings nur um einen sehr geringen Unterschied (Nettoeffektstärke $d = 0,12$).

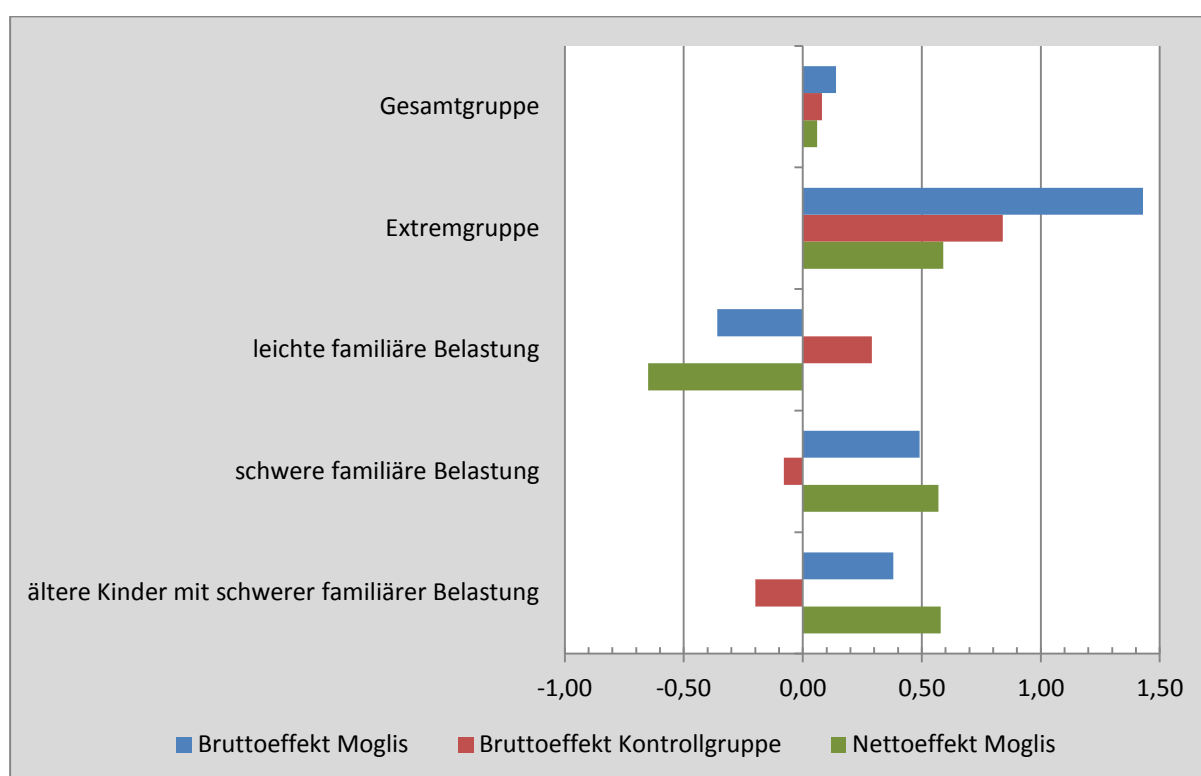


Abbildung 24. Entwicklung der Dimension „Ernährungsverhalten“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Wird die *Entwicklung des Ernährungsverhaltens* der Moglis mit leichter familiärer Belastung mit der Entwicklung der Kinder mit leichter familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe verglichen, schnitten die Moglis deutlich schlechter ab (Nettoeffektstärke: $d = -0,65^{***}$).

Auffällig war, dass sich die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,29^{**}$) verbesserten, während sich die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,36^{**}$) während des Projektzeitraums negativ entwickelten, d.h. das Ernährungsverhalten der Moglis verschlechterte sich in der Einschätzung der Kinder selbst wie auch aus Sicht ihrer LehrerInnen von t_1 zu t_2 . Ganz anders verlief die Entwicklung bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung – während es diesmal die Kinder der Kontrollgruppe aus dieser Subgruppe waren, die am Ende des Erhebungszeitraumes ein tendenziell eher ungünstigeres Ernährungsverhalten an den Tag legten als noch zu t_1 (Bruttoeffektstärke $d = -0,08$), konnten sich die Moglis aus schwer belasteten Familien erheblich verbessern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,49^{***}$) und erreichten somit eine positive Nettoeffektstärke von $d = 0,57^{***}$. Dieses Ergebnis wurde durch eine Analyse der Untergruppe älterer Kinder mit schwerer familiärer Belastung bestätigt – hier erreichten die Kinder der Kontrollgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d = -0,20$ und die Moglis eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,38^{**}$. Die Nettoeffektstärke für die älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung belief sich daher auf $d = 0,58^{**}$ (vgl. Abbildung 24 und Tabelle 40 im Anhang). Weiterhin bestätigte sich bei einer alleinigen Betrachtung der Bruttoeffektstärken der männlichen und weiblichen Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung, dass sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = 0,59^{***}$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d = 0,38^*$), anders als Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = -0,29$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d = -0,56^{**}$), während des Projektzeitraums positiver weiterentwickeln konnten über beide Geschlechter konsistent (vgl. Tabelle 41 im Anhang).

5.1.2 Bewegungsfreude und –verhalten

Auch die Bewegungsfreude der Kinder wurde mit einer entsprechenden Dimension erfasst. Für die *Dimension* „Bewegungsfreude“ wurde jeweils für die erste wie auch die zweite Erhebungswelle eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse für die vier Variablen „Hat dir der Sportunterricht in der Schule Spaß gemacht?“ und die „Anzahl der von den Kindern genannten Bewegungsspiele, die am liebsten gespielt wurden“ (beide aus dem Kinderfragebogen) sowie „Hatte das Kind Freude an Bewegung bzw. Bewegungsspielen?“ und „Haben Sie den Eindruck, dass der Sportunterricht dem Kind Spaß machte?“ (beide aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtstichprobe aller Moglis und aller Kinder der Kontrollgruppe durchgeführt. Wie die Analyse zeigte, konnten drei der vier Variablen („Hat dir der Sportunterricht in der Schule Spaß gemacht?“/ „Hatte das Kind Freude an Bewegung bzw. Bewegungsspielen?“/ „Haben Sie den Eindruck, dass der Sportunterricht dem Kind Spaß machte?“) sinnvoll zu einer *Dimension* „Bewegungsfreude“ (mit positiven Komponentenladungen) verdichtet werden. Die interne Konsistenz der Skala erreichte ein Cronbach's α von 0,688 (erste Erhebungswelle) bzw. von 0,732 (zweite Erhebungswelle).

Die Antwortkategorien der drei Variablen wurden dementsprechend zu einem Gesamtscore „Bewegungsfreude“ mit einem Minimum von 0 Punkten und einem Maximum von 12 Punkten zusammengerechnet (vgl. Tabelle 42 im Anhang).

Ein Vergleich der Gesamtgruppe der Moglis mit der Gesamtkontrollgruppe erbrachte eine leicht positive Nettoeffektstärke für die Moglis ($d = 0,19$). Anders als in der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke $d = -0,18^{**}$) behielten die Moglis auch mit steigendem Alter ihre Bewegungsfreude bei (Bruttoeffektstärke: $d = 0,01$). Die Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu Projektbeginn (t_1) eine besonders niedrige Bewegungsfreude zeigten, entwickelte sich zwar günstig (Bruttoeffektstärke: $d = 0,40$), jedoch nicht ganz so ausgeprägt positiv wie die entsprechende Extremgruppe der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,58^{**}$). Wird die Entwicklung der Bewegungsfreude für die Mogligruppe und die Kontrollgruppe in den einzelnen altersspezifischen Subgruppen verglichen, wird deutlich, dass die Bewegungsfreude sowohl bei den jüngeren Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,13$) wie auch bei den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,15$) leicht sank, während sie bei den älteren Moglis in der Tendenz sogar leicht anstieg (Bruttoeffektstärke: $d = 0,08$), welches auch aufgrund der sinkenden Bewegungsfreude der älteren Kinder in der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,19^*$) zu einer positiveren Entwicklung der Subgruppe der älteren Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,27^*$) führte. Kinder mit leichter familiärer Belastung entwickelten sich sowohl in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe fast gleich – in beiden Fällen nahm die Bewegungsfreude ab (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = -0,19$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = -0,17$). Bei Kindern mit schwerer familiärer Belastung wurden jedoch deutliche Unterschiede sichtbar – während die Bewegungsfreude bei den entsprechenden Kindern aus der Kontrollgruppe sank (Bruttoeffektstärke: $d = -0,23$), nahm sie in der entsprechenden Subgruppe der Treatmentgruppe leicht zu (Bruttoeffektstärke: $d = 0,12$), so dass sich eine positive Nettoeffektstärke von $d = 0,35$ für die Moglis ergab. Auch die Subgruppe der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnte eine positive Nettoeffektstärke ($d = 0,35$) erzielen, da sie ihre Bewegungsfreude leicht verbesserte (Bruttoeffektstärken: $d = 0,14$), während diese gleichzeitig bei der entsprechenden Kontrollsubgruppe sank (Bruttoeffektstärke: $d = -0,21$, vgl. Abbildung 25 und Tabelle 43 im Anhang).

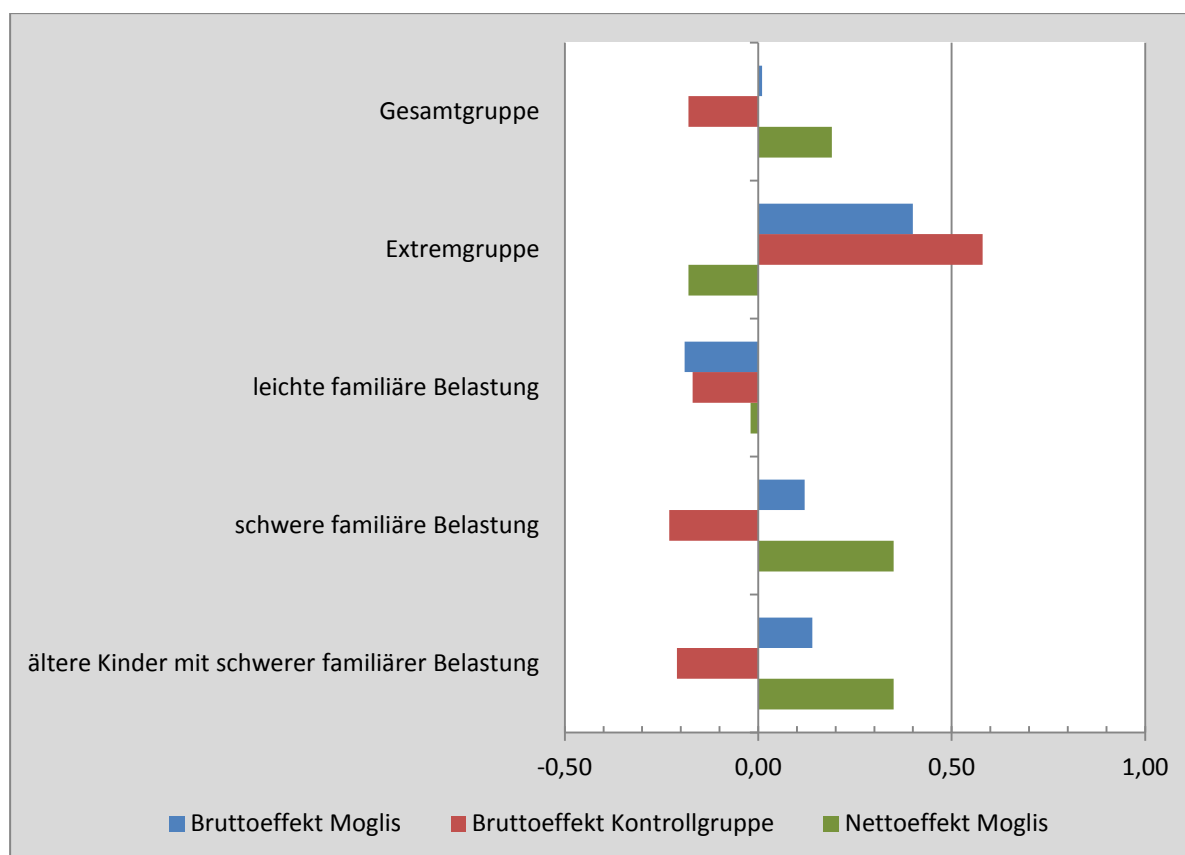


Abbildung 25. Entwicklung der Dimension „Bewegungsfreude“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Offensichtlich entwickelte sich die Bewegungsfreude bei den männlichen Moglis positiver bzw. weniger negativ als bei den weiblichen Moglis – so nahm die Bewegungsfreude bei den männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$), anders als bei den weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,98^{***}$), nicht ab und stieg bei den männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung tendenziell eher an (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18$) als bei den weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,05$, vgl. Tabelle 44 im Anhang).

Zur Erfassung der Bewegungsfreude der Kinder wurden den Kinder zusätzlich auch die folgende Frage gestellt: „Was spielst Du am liebsten?“. Die Anzahl genannter Bewegungsspiele zu t_1 und zu t_2 wurde sowohl für die Mogli- wie auch die Kontrollgruppe verglichen. Hierbei ergab sich eine leicht gestiegene Anzahl an genannten Bewegungsspielen durch die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,21^{**}$), nicht jedoch für die Treatmentgruppe ($d = 0,04$). In diesem Zusammenhang angemerkt werden muss jedoch, dass sowohl bei den Moglis wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe zu t_1 durchschnittlich nur von jedem zweiten Kind überhaupt ein Bewegungsspiel genannt wurde (Moglis: $M_1 = 0,55$, Kontrollgruppe: $M_1 = 0,59$). Von denjenigen Kindern, die zu t_1 überhaupt kein Bewegungsspiel genannt hatten (Extremgruppen), nannte zu t_2 allerdings immerhin fast

jedes zweite Kind ein Bewegungsspiel. Hierbei ließen sich keine Unterschiede zwischen der Extremgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,95^{***}$) und der Extremgruppe der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,97^{***}$) erkennen. Ein Vergleich der Subgruppen von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung zeigte eine diametrale Entwicklung auf. Während sich Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe leicht verbessern konnten (Nettoeffektstärke: $d= 0,22$), schnitten Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= -0,12$) im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,39^*$) deutlich schlechter ab (vgl. Tabelle 45 im Anhang).

Für den Bereich des „*Bewegungsverhaltens*“ war die Bildung einer Dimension mit zufriedenstellenden Komponentenladungen und einem etwas schwachen Cronbach's α für in der zweiten Kohorte verwendete Items möglich. Eine Überprüfung der aus den Fragen „Wenn das Wetter gut ist, spielst du dann draußen?“, „Wie viel spielst du dann draußen?“⁸³, „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht - etwas gespielt, bei dem man rennen muss?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht - etwas gespielt, bei dem man hüpfen oder springen muss?“ und „Wenn du an die letzte Woche denkst, was hast du in der Pause auf dem Schulhof gemacht - auf einem Klettergerüst gespielt?“ gebildeten Skala erbrachte für die erste Erhebungswelle ein α von 0,640 und für die zweite Erhebungswelle ein α von 0,636. Der hieraufhin gebildete Gesamtsummenscore für die *Dimension* „*Bewegungsverhalten*“ (2.KH) wies einen Minimalwert von null Punkten und einen Maximalwert von 20 Punkten auf (vgl. Tabelle 46 im Anhang).

Aufgrund des abnehmenden *Bewegungsverhaltens* der Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,16$), aber auch aufgrund eines tendenziell ansteigenden *Bewegungsverhaltens* der Moglis selbst (Bruttoeffektstärke: $d= 0,14$), konnten sich diese während des Projektzeitraums positiver weiterentwickeln (Nettoeffektstärke: $d= 0,30^{**}$). Und im Vergleich der beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 ein besonders niedriges *Bewegungsverhalten* aufwiesen, erzielten die Moglis sogar deutlich positivere Ergebnisse (Nettoeffektstärke: $d= 0,99^*$, Bruttoeffektstärke: $d= 1,75^{***}$) als die entsprechende Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,76^{***}$). Während sich für die jüngeren Moglis gegenüber den gleichaltrigen Kindern der Kontrollgruppe nur leicht positivere Ergebnisse feststellen ließen (Nettoeffektstärke: $d= 0,15$, tatsächlich nahm das sportliche *Bewegungsverhalten* in beiden Gruppen sogar ab), konnten sich die älteren Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,23^*$) gegenüber den älteren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,13$) deutlich positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d= 0,36^{**}$).

⁸³ Diese ersten beiden Fragen wurden erst für die zweite Kohorte in den Fragebogen integriert.

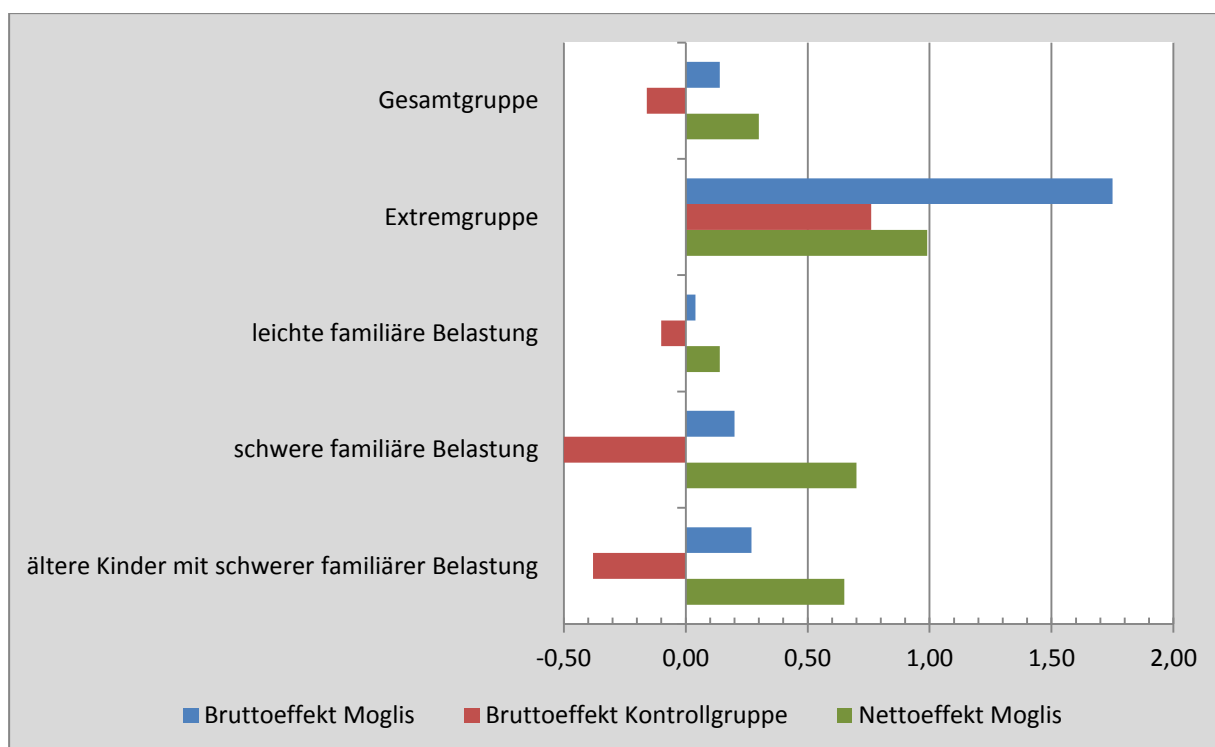


Abbildung 26. Entwicklung der Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Während sich für die Kinder mit leichter familiärer Belastung in der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,04$) nur ein wenig besseres Ergebnis beobachten ließ als bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (indem das Bewegungsverhalten der Moglis nicht abnahm, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = -0,10$, Nettoeffektstärke Moglis: $d = 0,14$), durchliefen die Moglis mit schwerer familiärer Belastung eine deutlich positivere Entwicklung, da das Bewegungsverhalten bei den Kindern der Kontrollgruppe aus schwer belasteten Familien während des Projektzeitraums deutlich abnahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,50^{**}$) und das Bewegungsverhalten bei den Moglis aus schwer belasteten Familien im gleichen Zeitraum leicht anstieg (Bruttoeffektstärke: $d = 0,20$). Die hieraus resultierende Nettoeffektstärke von $d = 0,70^{***}$ für die Moglis wurde durch einen zusätzlich durchgeführten Vergleich der älteren Moglis mit älteren Kindern der Kontrollgruppe - jeweils mit schwerer familiärer Belastung – sowohl hinsichtlich der Bruttoeffektstärken (für die Moglis: $d = 0,27^{**}$, für die Kontrollgruppe: $d = -0,38$) wie auch der Nettoeffektstärke für die Treatmentgruppe ($d = 0,65^{***}$) grundsätzlich bestätigt (vgl. Abbildung 26 und Tabelle 47 im Anhang). Innerhalb der Treatmentgruppe schnitten die männlichen Moglis gegenüber den weiblichen Moglis sowohl in der Gruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = 0,14$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d = -0,26$) wie auch in der Gruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = 0,36^{**}$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d = 0,06$) besser ab. Anders als bei den Moglis

mit leichter familiärer Belastung konnte bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung eine leicht positivere Entwicklung des Bewegungsverhaltens bei einem stärkeren (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27$) gegenüber einem leichteren Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d= 0,15$) der sozialen Schutzfunktion „Mentorenbeziehung“ festgestellt werden (vgl. Abbildung 27 und Tabelle 48 im Anhang).

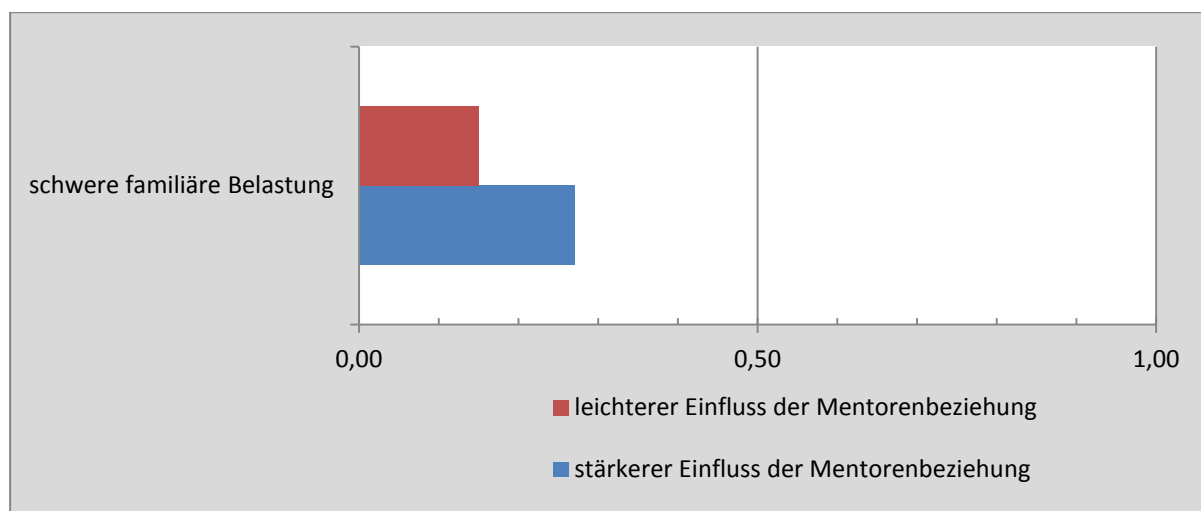


Abbildung 27. Entwicklung der Dimension „Bewegungsverhalten“ (2. KH) für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Bei der Frage „Wie oft spielst du nach der Schule draußen?“ konnten keine Veränderungen für die Gruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,00$) beobachtet werden; bei den Kindern der Kontrollgruppe immerhin eine ganz leichte (Bruttoeffektstärke: $d= 0,11$). Auch bei den Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 am wenigsten häufig angaben nach der Schule draußen zu spielen, schnitten die Kinder der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,89^{**}$) gegenüber den Kindern der Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 1,32^{***}$) schlechter ab, obwohl auch sie sich steigern konnten. Während bei Kindern mit schwerer familiärer Belastung ebenfalls kaum Veränderungen feststellbar waren (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= -0,10$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,00$), entwickelten sich Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,31$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,31$) gegenüber Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,00$) vorteilhafter (vgl. Tabelle 49 im Anhang).

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der Frage an die Kinder, „wie oft sie am Wochenende draußen spielen würden“ für die Kinder der Extremgruppe. Auch hier waren es erneut die Kinder der Kontrollgruppe, die zu t_1 besonders selten angegeben hatten, draußen zu spielen (Bruttoeffektstärke: $d= 1,07^{**}$), die sich gegenüber der entsprechenden Moglisubgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,69^*$) etwas stärker verbessern konnten. Dies galt jedoch nicht für die gesamte Treatment- und Kontrollgruppe. Da sich die Kinder der Kontrollgruppe im zeitlichen

Verlauf von t_1 zu t_2 verschlechterten (Bruttoeffektstärke: $d = -0,30$), schnitten die Moglis - trotz stagnierender Entwicklung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$) - vergleichsweise besser ab (Nettoeffektstärke: $d = 0,28$). Während sich auch hier Moglis mit schwerer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,05$) im Vergleich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$) etwas weniger vorteilhaft entwickeln konnten, nahm das „am Wochenende draußen spielen“ der Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$), anders als bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,16$), nicht ab (vgl. Tabelle 50 im Anhang).

Ebenfalls interessant war die Frage danach, ob die Kinder *einem Sportverein oder einer Sport-AG angehörten*. Während 37,4 % der Treatmentgruppe dies zu t_1 bejahte, waren dies bei den Kindern der Kontrollgruppe bereits 54,8% und damit eine deutlich größere Gruppe. In beiden Gruppen steigerte sich zudem der Anteil derjenigen Kinder, die an einem Sportverein oder einer Sport-AG teilnahmen um ca. 8% auf 45,0% (bei den Moglis) und auf 63,0% (bei den Kindern der Kontrollgruppe). Somit waren die Moglis zu t_1 deutlich weniger in Sportvereinen oder Sport-AGs vertreten als die Kontrollgruppe; trotz einer erheblichen Steigerung konnten keine stärkeren Verbesserungen gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden (vgl. Tabelle 51 im Anhang). Dies galt auch für die gesonderte Betrachtung von Kindern mit leichter familiärer Belastung hinsichtlich ihrer Teilnahme an Sportvereinen bzw. Sport-AGs. Zwar konnten sich die Moglis aus dieser Subgruppe deutlich steigern (38,2% zu t_1 , 51,9% zu t_2), ihr Anteil bliebe jedoch hinter dem der Kinder aus der Kontrollgruppe (50,0% zu t_1 , 61,4% zu t_2) zurück (vgl. Tabelle 52 im Anhang). Besonders aufschlussreich war der Vergleich von Kindern der Treatment- und der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung – beide Gruppen waren sowohl zu Projektbeginn wie auch am Projektende deutlich seltener in Sportvereinen oder Sport-AGs vertreten. Während dieser Anteil bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe leicht zunahm (31,8% zu t_1 , 37,8% zu t_2), sank dieser bei den Moglis bis zum Ende des Projektzeitraums jedoch minimal ab (37,7% zu t_1 , 36,1% zu t_2 , vgl. Tabelle 53 im Anhang).

Als *Lieblingsvereine bzw. Lieblings-AGs*, bei denen die Kinder teilnahmen, dominierte bei beiden Gruppen der „Fußball“ – jeweils 30 bis 40% der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe waren hier aktiv. Mit weitem Abstand folgten andere Ballsportarten wie Basketball, Handball, Hockey, Tischtennis oder Tennis. Je nach Gruppenzugehörigkeit und Erhebungszeitraum variierend waren hier 7 bis knapp 14% der Kinder vertreten. Dabei waren diese Ballsportarten bei den Moglis noch etwas beliebter als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Ebenfalls häufig gewählt wurde Schwimmen (häufiger von den Kindern der Kontrollgruppe), Turnen, Tanzen (häufiger von den Kindern der Kontrollgruppe) und Kampfsport- bzw. Selbstverteidigungssportarten. Weit abgeschlagen dahinter folgten Sportarten wie Reiten, Inlineskating und Leichtathletik (vgl. Tabelle 54 im Anhang).

5.1.3 Allgemeine Wünsche der Kinder

Zu beiden Erhebungszeitpunkten t_1 und t_2 wurde die folgende, offene Frage an die Kinder gerichtet: „*Stell dir vor, du hast einen Wunsch frei. Du darfst dir aber kein Geld wünschen oder etwas, was man kaufen kann. Was würdest du gerne mal machen?*“ Das hiermit verbundene Ziel war es zum einen herauszufinden, welche Neigungen, Wünsche und vielleicht auch Träume die Kinder allgemein hatten. Zum anderen konnte anhand dieser Frage getestet werden, inwiefern die Kinder in der Lage waren, nicht nur Konsumwünsche zu entwickeln und zu äußern. Die vielfältigen auf diese Frage gegebenen Antworten wurden für die anschließende Auswertung kategorisiert; da die Kinder teilweise mehrere Wünsche äußerten kamen sog. Mehrfachantworten zustande, d.h. die Antworten der Kinder wurden in etlichen Fällen mehreren inhaltlichen Bereichen zugeordnet. Folgende Kategorien wurden gebildet: „Soziale Wünsche“, „materielle Wünsche“, „Wünsche nach digitalen Medien“, „Wünsche nach Erlebnissen“, „Wünsche nach Fähigkeiten/ für die Zukunft“, „Wünsche zu spielen“, „Wünsche hinsichtlich der Schule“, „Wünsche für das eigene Wohlbefinden“, „sonstige Wünsche“ und „Wünsche können nicht benannt werden“ (vgl. Tabelle 55 im Anhang).⁸⁴

Unter die Kategorie der *sozialen Wünsche* fielen alle Wünsche, die sich auf andere Menschen oder Tiere bezogen. Dabei konnten die Wünsche einerseits Wünsche *für* andere Menschen (z.B. „dass meine Mama wieder gesund ist“) und die Beziehung *zu* anderen Menschen (z.B. „dass meine Mam.a und mein Papa mich immer lieb haben“ oder „gute Freunde; dass wir nie streiten“) betreffen, andererseits aber auch Aktivitäten *mit* anderen Menschen (z.B. „mit meinen Freundinnen auf den Jahrmarkt gehen“ oder „mit Mama weggehen auf den Spielplatz“) in den Vordergrund stellen. Wünsche, die sich auf Tiere bezogen, zielten entweder auf den *Besitz* derselben (z.B. „einen Hund“), Wünsche für bereits *vorhandene Tiere* („dass mein Hase gesund bleibt“) oder aber (wie bei den Wünschen, die sich auf andere Menschen bezogen auch) auf *gemeinsame Aktivitäten* („mit meinem Hund mal alleine spazieren gehen“) ab. Wurden der Wunsch, etwas mit anderen Menschen „zu unternehmen“ oder aber die Aktivitäten mit anderen Menschen oder mit Tieren explizit genannt, wurden diese zusätzlich der Kategorie „Wünsche nach Erlebnissen“ zugeordnet. Wurde der Wunsch geäußert mit anderen Kindern „zu spielen“, wurde die Antwort ebenfalls in die Kategorie „Wünsche zu spielen“ mit einbezogen. Soziale Wünsche wurden in der ersten Erhebungswelle von annähernd jedem fünften Mogli (17,8%) und jedem dritten Kind der Kontrollgruppe (27,2%) genannt. Dieser Anteil steigerte sich bis zur zweiten Erhebungswelle bei den Kindern der Kontrollgruppe noch leicht auf 32,7% und bei den Moglis stark auf 34,9%. Von allen genannten Wünschen landete die Kategorie der „sozialen

⁸⁴ Eine für diese nominalskalierten Variablen durchgeführte kategoriale Hauptkomponentenanalyse erbrachte nur niedrige Reliabilitäten ($\alpha \leq 0,5$) – damit konnte keine den Variablen zugrundeliegende, gemeinsame Dimension festgestellt werden.

Wünsche“ in der Präferenz sowohl der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe auf dem zweiten Platz.

Materielle Wünsche umfassten den Wunsch nach Geld oder aber den Wunsch etwas Neues zu besitzen (außer der Wunsch nach dem Besitz von Tieren; dieser wurde wie bereits erläutert den „sozialen Wünschen“ zugeordnet). Dabei wurde zwischen materiellen Wünschen bezogen auf digitale Medien, spezifischen materiellen Wünschen nicht bezogen auf digitale Medien und unspezifischen materiellen Wünschen unterschieden. Äußerungen bezüglich *spezifischer, nicht auf digitale Medien bezogene materielle Wünsche* reichten von „Papier zum Malen“ über ein „Taschenmesser“ bis hin zu „Ein Haus aus Gold.“ Wünsche wie „dass ich mir was kaufen kann“, „Alle Sachen die es neu gibt.“ oder „Ich will Geld.“ wurden dagegen der Subkategorie der *unspezifischen materiellen Wünsche* zugeordnet. Wurden *Wünsche nach dem Besitz digitaler Medien* (Fernseher, PC, Spielkonsolen, Computerspielen) geäußert (z.B. „einen eigenen Computer oder Laptop für das Zimmer, ganz neuer Gameboy mit neuen Liedern“), wurden diese zusätzlich einer weiteren Hauptkategorie, nämlich der Kategorie „Wünsche nach digitalen Medien“ zugeordnet.

Trotz der explizit an die Kinder gerichteten Aufforderung sich nicht etwas zu wünschen, dass Geld kosten würde oder dass man kaufen kann, waren materielle Wünsche unter den Kindern weit verbreitet. Immerhin wurden materielle Wünsche von der ersten zur zweiten Erhebungswelle zumindest tendenziell weniger: Während zu t_1 noch 19,3% der Moglis materielle Wünsche angaben, sank dieser Anteil auf 15,9% in der zweiten Erhebungswelle ab. Diese Entwicklung war auch in der Kontrollgruppe zu beobachten: Hier verringerte sich der prozentuale Anteil an Kindern, die materielle Wünsche äußerten, von 19,2% (t_1) auf 10,7% (t_2).

Die *Wünsche nach digitalen Medien* schlossen neben dem Wunsch nach dem Besitz auch den Wunsch nach der Freizeitbeschäftigung mit digitalen Medien (z.B. „Dass ich so viel Playstation spielen kann wie ich will.“, „ins Internet gehen“, „Fernsehen gucken“) mit ein. Diese Art der Wünsche äußerte insgesamt nur ungefähr jedes zwanzigste Kind. Während die Angaben diesbezüglich bei den Kindern der Kontrollgruppe von einem zu Beginn höheren Prozentanteil als bei den Moglis ausgehend etwas abnahmen ($t_1= 7,9\%$, $t_2= 6,0\%$), blieben diese bei den Moglis auf annähernd dem gleichen Niveau ($t_1= 5,9\%$, $t_2= 6,3\%$).

Wurden die Wünsche nach digitalen Medien mit besonderen Aktivitäten verknüpft (z.B. „Ins Kino gehen“) wurde der Wunsch entsprechend zusätzlich auch den *Wünschen nach Erlebnissen* zugeordnet. Diese Kategorie umfasste *Wünsche nach Bewegung und Sport*, die oft auch einen Erlebnischarakter beinhalten (wie z.B. „schwimmen gehen“, „Fahrradfahren“, „Reiten“, „im Meer schwimmen“, „Schlitten fahren“), *Wünsche nach Urlauben und Reisen* (z.B. „In den Sommerferien in den Urlaub fahren.“, „mit dem Flugzeug fliegen“, „nach Belgien

fahren, meine Cousine und Tante sind da“) sowie Wünsche nach Erlebnissen in Bezug auf *Spiele- und Freizeitparks und den Zoo* („Achterbahn fahren“, „Zoo Emmen (Holland)“, „Sealife besuchen“). Des Weiteren bezogen sich einige *Wünsche auf ganz besondere Ereignisse* (z.B. „mit dem besten Fußballer der Welt spielen“ oder „Heißluftballon fliegen“). *Weitere Wünsche nach Erlebnissen* reichten von scheinbar banalen Aktivitäten (z.B. „kochen“ oder „in die Stadt gehen“) über weniger alltägliche Ereignisse (z.B. „ne Party schmeißen“ oder „Weihnachten“) bis hin zu außergewöhnlichen Anliegen der Kinder (z.B. „dass Dinosaurier wieder zum Leben erweckt werden“ oder „dem Weihnachtsmann helfen“). Der Übergang von aus Erwachsenensicht weniger aufregenden Aktivitäten (z.B. „auf den Spielplatz gehen“) hin zu außergewöhnlichen Erlebnissen (z.B. „Fallschirmspringen, Flug mit Hubschrauber“) verlief hierbei fließend; es kann vermutet werden, dass es von Kind zu Kind verschieden ist als wie ungewöhnlich, aufregend und wichtig diese Erlebnisse gewertet werden. So kann für das eine Kind ein Picknick mit der Familie ein ungewöhnlicheres und weniger alltägliches Ereignis darstellen als für ein anderes Kind ein Urlaub. Dies ist auch der Grund, warum alle diese doch sehr unterschiedlichen Wünsche einer Kategorie zugeordnet wurden. Wünsche nach Erlebnissen standen bei den Kindern - sowohl aus der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe - in der Präferenzliste ganz weit oben: Bei den Moglis wünschten sich dies ein Drittel der Kinder bereits zu t_1 (33,3%) mit steigender Tendenz bis zum Zeitpunkt t_2 (38,1%). Bei den Kindern der Kontrollgruppe nannten durchgängig fast vier von zehn Kindern (t_1 : 37,7%, t_2 : 37,3%) diese Kategorie.

Besondere Schwierigkeiten bereitete die genaue Zuordnung des *Wunsches „fliegen“*, da häufig nicht klar war, ob die Kinder damit die Fähigkeit (fliegen können wie ein Vogel) oder aber das Ereignis (im Flugzeug fliegen) meinten. Es wurde entschieden, „fliegen“ i.d.R. letzterem, also den Wünschen nach Erlebnissen zuzuordnen, da dies zum einen plausibler erschien, zum anderen der Wunsch nach der Fähigkeit des Fliegens auch einen Erlebnischarakter enthält. Wurde der Wunsch nach der Fähigkeit des Fliegens jedoch eindeutig von dem Kind benannt (z.B. „dass ich fliegen kann“), wurde der Wunsch dann entsprechend zusätzlich einer weiteren Kategorie, den *Wünschen nach Fähigkeiten/ für die Zukunft*, zugeordnet. Wünsche, die in diese Kategorie fielen, bezogen sich dabei, genauso wie der Wunsch fliegen zu können, auf bestimmte Fähigkeiten (z.B. „Fahrradfahren ohne Stützräder“, „wie ein Engel fliegen“, „zaubern“) oder in manchen Fällen nur auf die Zukunft (z.B. „dass ich groß bin“). Die geäußerten Wünsche für die Zukunft wurden jedoch häufig mit Wünschen nach besonderen Fähigkeiten verquickt. So verbindet beispielsweise der Wunsch „Tierärztin werden“ Wunschvorstellungen für die Zukunft mit dem Wunsch nach bestimmten Fertigkeiten, die eine Tierärztin für die Ausübung ihres Berufs besitzen muss. Das gleiche gilt für Wünsche wie „professioneller Fußballer werden“, „Ich möchte zur Polizei.“ oder „ein Star werden“. Während diese Art der Wünsche bei den Moglis von 10,4% zu t_1 auf 7,9% zu t_2

tendenziell eher abnehmen, konnte bei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1 = 7,3\%$, $t_2 = 9,3\%$) eine leichte Zunahme beobachtet werden.

Einige Kinder nannten auch den *Wunsch zu spielen*. Wurde die Aktivität „spielen“ nicht nur einfach genannt, wurden zusätzlich bestimmte Spiele erwähnt (z.B. „Schach spielen“, „Karten spielen ohne Geld“) oder der Ort (z.B. „draußen spielen“), die Länge des Spielens (z.B. „von 12 bis 20 Uhr draußen spielen“) oder der Zusammenhang mit bestimmten Bezugspersonen (z.B. „mit allen zu Hause spielen“) betont. Wünsche wie im letzten Fall wurden erneut zusätzlich den „sozialen Wünschen“ zugeordnet. Nicht in diese Kategorie fielen sämtliche Computerspiele, da diese bereits der Kategorie „Wünsche nach digitalen Medien“ zugeordnet worden waren. Hierbei ergab sich eine weitere Schwierigkeit: So war in einigen Fällen unklar, ob z.B. bei dem von einem Kind geäußerten Wunsch „Rennautos spielen“ zu wollen ein PC-Spiel gemeint war oder spielen mit kleinen Autos (z.B. Matchboxautos). In diesen Fällen wurde entschieden, dass keine PC-Spiele gemeint waren (d.h. nur wenn PC-Spiele explizit als solche genannt wurden, wurden Spiele auch so kategorisiert). Der Wunsch etwas „zu spielen“ war den Moglis etwas wichtiger als den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1 = 6,0\%$, $t_2 = 5,3\%$) und nahm bei der Treatmentgruppe auch noch etwas zu ($t_1 = 7,4\%$, $t_2 = 11,9\%$).

Einige Kinder äußerten auch *Wünsche hinsichtlich der Schule*. Diese Wünsche bezogen sich entweder darauf, keine Schule zu haben (z.B. „sechs Wochen schulfrei“), auf den Arbeitsaufwand in der Schule (z.B. „dass ich keine Hausaufgaben machen muss.“), die Leistungsanforderungen in der Schule (z.B. „dass ich in der Schule gut bin“) oder auf den sozialen Kontext Schule (z.B. „dass die alte Freundin wieder in die Schule kommt“). Im letzten Fall wurde der Wunsch erneut auch den „sozialen Wünschen“ zugeordnet. Insgesamt blieben *schulische Wünsche* – im Vergleich zu den anderen Wünschen – jedoch eher selten (Moglis $t_1 = 1,5\%$, Moglis $t_2 = 2,4\%$, Kontrollgruppe $t_1 = 4,6\%$, Kontrollgruppe $t_2 = 2,0\%$).

Wenige Kinder (Moglis $t_1 = 0,7\%$, Moglis $t_2 = 0,0\%$, Kontrollgruppe $t_1 = 2,0\%$, Kontrollgruppe $t_2 = 4,0\%$) stellten *Wünsche für das eigene Wohlbefinden* in den Vordergrund. Sie betonten z.B., dass sie sich wünschen würden „mehr gute Laune zu haben“ oder „dass ich ein gutes Leben hätte“. In einem Fall wünschte sich ein Kind „mit meinen Eltern fröhlich sein“. Da dieser Wunsch die Beziehung zu anderen Menschen (den Eltern) mit einschloss, wurde dieser Wunsch zusätzlich auch zu den „sozialen Wünschen“ gezählt.

Einige Wünsche konnten den bestehenden Kategorien inhaltlich nicht sinnvoll zugeordnet werden, traten aber gleichzeitig so vereinzelt auf, dass eine eigene Kategorienbildung hierfür nicht sinnvoll gewesen wäre. Diese Wünsche (z.B. „lesen“ oder „...dass es drei Tage mein Lieblingsessen gibt.“) wurden unter den *sonstigen Wünschen* zusammengefasst. Insgesamt

betrifft dies jedoch nur die Aussagen weniger Kinder (Moglis $t_1= 3,7\%$, Moglis $t_2= 5,6\%$, Kontrollgruppe $t_1= 2,6\%$, Kontrollgruppe $t_2= 2,7\%$).

Ungefähr jedem zehnten Kind (Moglis $t_1: 14,1\%$, Moglis $t_2: 7,1\%$ und Kontrollgruppe $t_1: 11,3\%$, Kontrollgruppe $t_2: 11,3\%$) gelang es nicht, eigene Wünsche zu formulieren. Diese Fälle wurden in die Kategorie *„Wünsche können nicht benannt werden“* eingeordnet. Die Äußerungen der Kinder diesbezüglich reichten von „weiß ich nicht“ über „mir fällt nichts ein“ bis hin zu „keine Ahnung“. Beachtet werden muss in diesem Kontext noch einmal, dass die Kinder durch die Formulierung der Frage darauf aufmerksam gemacht worden waren, keine materiellen Wünsche (*„Du darfst dir aber kein Geld wünschen oder etwas, was man kaufen kann.“*) zu nennen. Einige Kinder, die keine Wünsche benennen konnten, taten dies, wie an ihren von den InterviewerInnen festgehaltenen Äußerungen abgelesen werden kann, da ihnen außer materiellen Wünschen nichts einfiel. An dieser Stelle können daher etliche Überschneidungen zu denjenigen Kindern, die trotz Aufforderung nichtmaterielle Wünsche zu äußern materielle Wünsche nannten, vermutet werden. Somit kann geschlussfolgert werden, dass von denjenigen Kindern, die materielle Wünsche nannten, möglicherweise einige sonst auch keine weiteren Wünsche hätten nennen können und ihre Antwort stattdessen in der *„Wünsche können nicht benannt werden“-*Kategorie gelandet wäre. Inwieweit sich der Anteil der Kinder, deren Antworten in die *„Wünsche können nicht benannt werden“-*Kategorie eingeordnet worden wäre, dadurch erhöht hätte, kann jedoch nicht abschließend geklärt, sondern nur vermutet werden. Die Rangfolge der verschiedenen Wünsche in ihrer Bedeutung und Wichtigkeit für die Kinder wurde zudem durch eine zusätzliche Betrachtung der Subgruppen von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung im Wesentlichen bestätigt (vgl. Tabelle 56 und 57 im Anhang).

5.1.4 Medieneinstellungen und -verhalten

Als nächstes wurden die Vorlieben der Kinder hinsichtlich elektronischer und digitaler Medien untersucht. Zum einen konnte festgestellt werden, dass der Großteil der Kinder bei der offenen Frage: *„Was spielst Du am liebsten?“* keine Computerspiele und auch kein Fernsehen als Lieblingsbeschäftigung angaben. Dennoch erwähnte dies von der Treatmentgruppe immerhin annähernd jedes fünfte Kind in beiden Erhebungswellen ($t_1: 18,8\%$ der Moglis, $t_2: 19,1\%$). Dieser Anteil fiel bei den Kindern der Kontrollgruppe etwas geringer aus – hier waren dies in der ersten Erhebungswelle $14,1\%$ und in der zweiten Erhebungswelle $13,0\%$.

Außerdem wurden die Kinder dazu aufgefordert, *sich vorzustellen, dass zu Hause der PC oder ein anderes elektronisches Spielgerät wie ein Nintendo kaputt gehen und sie eine Woche lang keine Computerspiele spielen könnten*. Sie sollten nun auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben, wie stark ihnen dies ihrer Ansicht nach fehlen würde.

Interessanterweise nahm die Angabe, wie stark ihnen dies fehlen würde, sowohl bei der gesamten Mogli- wie auch der gesamten Kontrollgruppe von t_1 zu t_2 ab, so dass sich positive Bruttoeffektstärken von $d= 0,11$ (für die Moglis) und $d= 0,19^{**}$ (für die Kinder der Kontrollgruppe) ergaben. Der Vergleich beider Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 die höchste Antwortkategorie (würde mir „sehr“ fehlen) ankreuzten, deutete auf tendenziell etwas positivere Werte für die Kontrollgruppe hin. So erreichten die Moglis dieser Subgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d= 1,31^{***}$ und die Subkontrollgruppenkinder eine Bruttoeffektstärke von $d= 1,43^{***}$. Während das Ausmaß, mit welchem Kinder der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung Computerspiele fehlen würden, abnahm (Bruttoeffektstärke: $d= 0,32^*$), war bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung tendenziell eher eine Zunahme zu beobachten (Bruttoeffektstärke: $d= -0,11$). Bei einer Gegenüberstellung der Subgruppen von Kindern mit schwerer familiärer Belastung konnte keine positivere, aber auch keine negativere Entwicklung für die Moglis festgestellt werden (Nettoeffektstärke: $d= 0,00$, vgl. Tabelle 58 im Anhang).

Die Kinder wurden außerdem gebeten, *sich vorzustellen, dass ihr Fernseher kaputt gehen und sie eine Woche lang nicht fernsehen könnten*. Bei der Frage danach, wie sehr ihnen dies fehlen würde, erzielten die Kinder der Kontrollgruppe erneut tendenziell positivere Ergebnisse. Ihre Messwerte nahmen sowohl hinsichtlich eines Vergleichs beider Gesamtgruppen (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,12$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,24^{**}$) wie auch eines Vergleichs derjenigen Extremgruppen, die zu t_1 versicherten, dass ihnen das Fernsehen „sehr“ fehlen würde, stärker ab (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 1,48^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 1,56^{***}$). Größere Unterschiede waren bei dem jeweiligen Vergleich von Kindern mit leichter und schwerer familiärer Belastung zu bemerken – während sich bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,53^{***}$) gegenüber den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= -0,13$) besser entwickelten, war dies bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung genau umgekehrt. Hier nahm die Stärke, mit denen die Moglis angaben, fernsehen zu vermissen, ab (Nettoeffektstärke: $d= 0,29$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,22$), während sie bei den Kindern der Kontrollgruppe tendenziell eher zunahm (Bruttoeffektstärke: $d= -0,07$, vgl. Tabelle 59 im Anhang).

Neben den Vorlieben der Kinder in Bezug auf elektronische und digitale Medien interessierte jedoch auch, wie häufig die Kinder tatsächlich mit dem Computer etc. spielten oder fernsahen. Auf die entsprechende Frage hin wurde deutlich, dass sich die Moglis mindestens hinsichtlich ihrer *tatsächlich durchgeführten Computeraktivitäten* (bezogen auf „die letzte Woche“) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe positiver entwickeln konnten (vgl. Abbildung 28 und Tabelle 60 im Anhang).

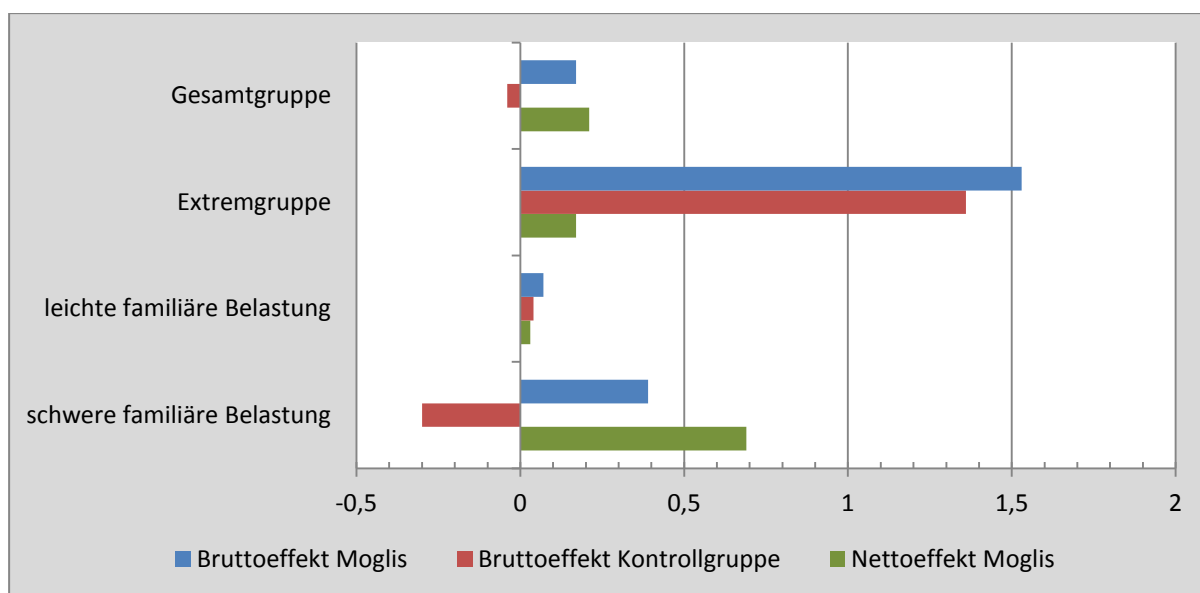


Abbildung 28. Entwicklung des Einzelitems: „Hast du mit einem Computer etc. gespielt?“ (aus dem Kinderfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Dies traf zum einen für die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,17$) im Vergleich zu der gesamten Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$) wie auch auf den Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 angaben, wenn möglich „immer“ Computer zu spielen, zu (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 1,53^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 1,36^{***}$). Hieraus ergaben sich positive Nettoeffektstärken von $d = 0,21$ für die gesamte Gruppe der Moglis und von $d = 0,17$ für die Extremgruppe der Moglis. Während bei den beiden Subgruppen mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,07$ und Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,04$) kaum Unterschiede feststellbar waren, konnten sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung deutlich positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,69^{***}$) – so nahm nach den Angaben dieser Kinder die Häufigkeit, mit der sie in der letzten Woche Computer etc. gespielt hatten, ab (Bruttoeffektstärke: $d = 0,39^{**}$), während sie bei den Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,30^{**}$) zunahm.

Bei der Frage danach, ob die Kinder in der vergangenen Woche Fernsehen geschaut hatten, fielen die Ergebnisse hingegen nicht mehr so eindeutig aus: Hier war eine annähernd gleiche Entwicklung zwischen der Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,13$) und der gesamten Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,09$) zu beobachten. Bei dem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder beider Gruppen, die zu t_1 noch angegeben hatten, wenn möglich „immer“ fernzusehen, konnten überhaupt keine Unterschiede mehr festgestellt werden (Bruttoeffektstärken Moglis und Kontrollgruppe jeweils: $d = 1,44^{***}$). Bei der Entwicklung von Kindern mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = -0,10$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,04$) war ebenfalls nur eine geringe Differenz

feststellbar. Größere Veränderungen wurden jedoch bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung erkennbar – sie konnten sich deutlich positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,32$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,44^{***}$) als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,12$, vgl. Tabelle 61 im Anhang).

Schlussendlich wurden auch noch einmal die Einschätzungen der KlassenlehrerInnen herangezogen – sie waren gebeten worden zu rekapitulieren, welche Freizeitaktivitäten die Kinder genau aufzählten, wenn sie von diesen berichteten. Der hierbei genannte *elektronische und digitale Medienkonsum* nahm bei der Gesamtgruppe der Moglis von der ersten bis zur zweiten Erhebungswelle tendenziell eher ab (Bruttoeffektstärke: $d = 0,07$). Aufgrund des gegenteiligen Trends bei den Kindern der Kontrollgruppe (hier wurde zum Zeitpunkt t_2 aus Sicht der KlassenlehrerInnen häufiger ein elektronischer und digitaler Medienkonsum genannt als noch zu t_1) und der hieraus folgenden negativen Bruttoeffektstärke von $d = -0,13$, ergab sich somit insgesamt eine leicht positive Nettoeffektstärke zugunsten der Moglis ($d = 0,20^*$). Bei den beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 sowohl elektronischen und digitalen Medienkonsum als Freizeitaktivität genannt hatten, wurde jedoch keine differierende Entwicklung festgestellt (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,82^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,79^{***}$). Dies galt auch für die Nennung von elektronischem und digitalem Medienkonsum bei Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,07$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,04$). Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung konnten sich die Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,24$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,12$) jedoch erneut zumindest tendenziell etwas positiver entwickeln als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,12$, vgl. Abbildung 29 und Tabelle 62 im Anhang).

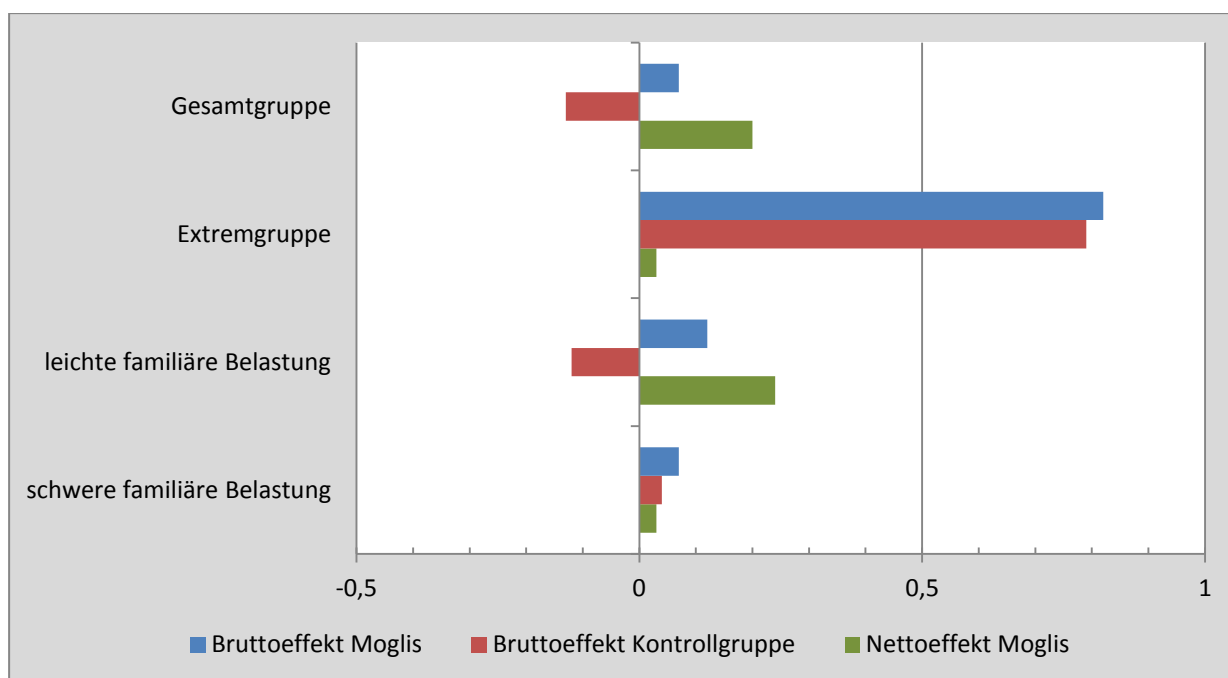


Abbildung 29. Entwicklung des Einzelitems: „Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf?“ Genannter elektronischer und digitaler Medienkonsum (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Als letztes wurden die Kinder aufgefordert, sich vorzustellen, dass sie eine Woche lang nicht bei ihren Eltern betteln dürften, damit sie ihnen etwas kaufen würden. Diese Frage zielte weniger auf die Mediennutzung, sondern eher auf allgemeine Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Konsum ab. Von Interesse war nun, wie schwer den Kindern dies nach eigener Einschätzung fallen würde. Während hier bei einem Gesamtgruppenvergleich die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,13$) gegenüber den Moglis, bei denen keine Veränderungen zu verzeichnen waren (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$), tendenziell positiver abschnitten, war bei der Extremgruppe derjenigen Kinder, denen es nach eigener Ansicht zu t_1 am schwersten fiel nicht zu betteln, ein gegenteiliger Verlauf zu sehen: Hier waren es die Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,12$, Bruttoeffektstärke: $d = 1,72^{***}$), die gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,60^{***}$) tendenziell eher positive Ergebnisse erzielten. Während sich bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung eher eine positive Entwicklung zu Gunsten der Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,24$) gegenüber den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$) abzeichnete, stagnierten die Werte bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung sowohl für die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,06$) wie auch für die Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,02$, vgl. Tabelle 63 im Anhang).

5.1.5 Kommunikationsverhalten in Bezug auf Freizeitaktivitäten und als Indikator für Sozialverhalten

Im Rahmen dieser Untersuchung ebenfalls relevant war das Kommunikationsverhalten der Kinder in Bezug auf ihre Freizeitaktivitäten sowie etwaige Rückschlüsse, die durch das Kommunikationsverhalten der Kinder auf das Sozialverhalten geschlossen werden konnten. Hierfür wurden den KlassenlehrerInnen etliche Fragen gestellt.

Bei der Frage: „*Wenn das Kind erzählt, was es in seiner Freizeit gemacht hat, was zählt das Kind dann auf?*“ konnten die LehrerInnen zwischen etlichen, vorgegebenen Antwortkategorien wählen und hierbei Mehrfachnennungen vornehmen. Bei den Moglis dominierten hierbei die Erzählungen über das Fernsehen deutlich – dieses wurde von den KlassenlehrerInnen für Dreiviertel der Treatmentgruppe (76,1%) zu t_1 angegeben, während dies bei der Kontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt nur bei etwas mehr als der Hälfte der Kinder (56,1%) der Fall war. Während die Anzahl der Kinder, die über das Fernsehen sprachen, in der Kontrollgruppe bis zur zweiten Erhebungswelle in den Augen der KlassenlehrerInnen jedoch zunahm (62,8%), sank der entsprechende Anteil bei der Treatmentgruppe (66,4%). Bei der Nutzung von Computern, Gameboys, Spielkonsolen oder einem Nintendo DS lag der prozentuale Anteil bei den Moglis ($t_1= 57,5\%$, $t_2= 56,0\%$) ebenfalls höher als bei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 43,9\%$, $t_2= 50,7\%$). Bei diesen nahmen die KlassenlehrerInnen deutlich häufiger das Spielen mit Freunden ($t_1= 62,8\%$, $t_2= 72,3\%$), Unternehmungen mit der Familie ($t_1= 64,2\%$, $t_2= 64,2\%$) und Aktivitäten im Freien ($t_1= 67,6\%$, $t_2= 67,6\%$) wahr. Bei den Moglis nahmen allerdings das Spielen mit Freunden ($t_1= 45,5\%$, $t_2= 52,8\%$) und die Unternehmungen mit der Familie ($t_1= 38,1\%$, $t_2= 46,6\%$) sowie die Aktivitäten im Freien ($t_1= 52,2\%$, $t_2= 58,4\%$) deutlich zu. Sportliche Aktivitäten, die von den Kindern der Kontrollgruppe nach Empfinden ihrer KlassenlehrerInnen deutlich häufiger als Freizeitaktivitäten erwähnt wurden, nahmen sowohl in der Kontrollgruppe ($t_1= 38,5\%$, $t_2= 30,4\%$), wie auch in der Treatmentgruppe ($t_1= 16,4\%$, $t_2= 13,6\%$), ab. Die Freizeitaktivität des Lesens stieg bei beiden Gruppen leicht an – erreichte bei den Moglis ($t_1= 14,2\%$, $t_2= 15,2\%$) allerdings nicht den gleichen Anteil wie bei der Kontrollgruppe ($t_1= 22,3\%$, $t_2= 23,6\%$, vgl. Tabelle 64 im Anhang).⁸⁵

Neben einem weiteren Vergleich derjenigen Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung, welcher die oben genannten Ergebnisse im Wesentlichen bestätigte (vgl. Tabelle 65 im Anhang), interessierte insbesondere der Vergleich bzw. die Entwicklung bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung. Bei diesen Kindern nahm sowohl bei den Moglis ($t_1= 78,8\%$, $t_2= 66,7\%$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 86,8\%$, $t_2= 76,3\%$) die Nennung des Fernsehens als Freizeitverhalten ab, dominierte

⁸⁵ Bei dieser Frage nicht abgefragt wurden Freizeitaktivitäten mit dem Balu.

jedoch insgesamt mehr bei den Kindern der Kontrollgruppe als bei den Moglis. Während bei den Moglis zudem auch die Nennung von Computerspielen (und ähnlichem) sank ($t_1= 60,6\%$, $t_2= 56,7\%$), stieg dies bei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 65,8\%$, $t_2= 68,4\%$) leicht an. Dafür berichteten die Kinder der Kontrollgruppe ($t_1= 50,0\%$, $t_2= 65,8\%$) gegenüber ihren KlassenlehrerInnen deutlich häufiger von Spielaktivitäten mit Freunden als die Kinder der Treatmentgruppe ($t_1= 42,4\%$, $t_2= 46,7\%$). Letztere holten jedoch bei den Aktivitäten im Freien auf – während bei ihnen eine Zunahme an Aktivitäten im Freien zu verzeichnen war ($t_1= 48,5\%$, $t_2= 51,7\%$), verringerten sich diese bei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 60,5\%$, $t_2= 57,9\%$, vgl. Tabelle 66 im Anhang).

Neben der deskriptiven Auswertung dieses Items wurde die *Anzahl genannter Freizeitaktivitäten* für weitere Berechnungen aufsummiert und zwischen der Mogli- und der Kontrollgruppe verglichen. Hierbei ergaben sich kaum Entwicklungsunterschiede. Allerdings zählten die Kinder der Kontrollgruppe ($M_1= 3,47$) von Anfang an mehr Freizeitaktivitäten auf, als die Kinder der Treatmentgruppe ($M_1= 2,98$). Dieser Trend setzte sich bis zur zweiten Erhebungswelle zugunsten der Kinder der Kontrollgruppe fort - so konnten sie die Anzahl genannter Freizeitaktivitäten tendenziell eher steigern (Bruttoeffektstärke: $d= 0,14^*$) als die Kinder der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,05$). Dies galt auch für diejenigen Kinder aus den jeweiligen Extremgruppen, die – nach der Erinnerung ihrer KlassenlehrerInnen– zu t_1 im Schnitt nur von höchsten zwei Freizeitaktivitäten berichten konnten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 1,07^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 1,17^{***}$), genauso wie für Kinder mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,02$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,13$) und Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,13$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,18$, vgl. Tabelle 67 im Anhang).

Da von Interesse war, inwieweit die Kinder im Vergleich zu anderen Kindern in der Schule über ihre Freizeitaktivitäten Auskunft gaben, wurde ergänzend auch noch die Frage „*Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, wie viel erzählt das Kind dann im Vergleich zu anderen Kindern?*“ gestellt. Hierbei wurde deutlich, dass die Moglis von Anfang an von ihren KlassenlehrerInnen als im Durchschnitt etwas weniger erzählfreudig angesehen wurden als die Kinder der Kontrollgruppe. Zudem nahm die Erzählfreude der Moglis von t_1 zu t_2 sogar tendenziell leicht ab (Bruttoeffektstärke: $d= -0,08$), während sie bei den Kindern der Kontrollgruppe eher noch weiter anwuchs (Bruttoeffektstärke: $d= 0,09$). Diese Entwicklung wurde bei dem Vergleich der beiden Extremgruppen, die zu t_1 im Vergleich zu den anderen Kindern „überhaupt nicht viel“ bzw. „nur ein wenig“ über ihre Freizeitaktivitäten erzählt hatten, noch augenscheinlicher. Während sich die Extremgruppe der Moglis nur um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,37^{**}$ steigern konnte, war dies bei der entsprechenden Kontrollsubgruppe deutlicher der Fall (Bruttoeffektstärke: $d= 1,07^{***}$). Auch bei den Moglis

mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = -0,09$) und mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = -0,19$) konnten keine positiven Ergebnisse verzeichnet werden (vgl. Tabelle 68 im Anhang).

Die Glaubwürdigkeit der Erzählungen der Kinder über ihre Freizeitaktivitäten wurde von den KlassenlehrerInnen für den Großteil der Kinder absolut bejaht. Auffällig war, dass die Erzählungen von den Kindern der Kontrollgruppe insgesamt häufiger als glaubhaft wahrgenommen wurden. Bei den Moglis bezeichneten die KlassenlehrerInnen die Erzählungen zu t_1 in 75,2% der Fälle als glaubwürdig und in 23,4% als teilweise glaubwürdig. In der zweiten Erhebungswelle wurden immerhin schon 82,7% der Erzählungen als glaubwürdig und 17,3% als nur teils glaubwürdig empfunden. Diese Zahlen reichten jedoch nicht an die Werte der Kontrollgruppe heran – hier wurden die Erzählungen zu t_1 von 88,7% der Kinder als glaubwürdig und in 11,3% als teilweise glaubwürdig eingeschätzt. Dieses Ergebnis wurde noch durch die Resultate der zweiten Erhebungswelle t_2 überflügelt, da die KlassenlehrerInnen zu diesem Zeitpunkt sogar 95,2% der Erzählungen bei den Kindern der Kontrollgruppe und nur noch 3,4% als teilweise glaubwürdig betrachteten. Als gar nicht glaubwürdig empfunden wurden die Erzählungen hingegen nur bei einem verschwindend geringen Anteil der Kinder insgesamt (bei den Moglis zu t_1 bei 1,5% und bei den Kindern der Kontrollgruppe zu t_2 mit 1,4%, vgl. Tabelle 69 im Anhang). Dabei schien es weder bei den Kindern der Treatment- noch der Kontrollgruppe einen Unterschied zu machen, ob die Kinder familiär leicht oder familiär schwer belastet waren. Entsprechende Chi-Quadrat-basierte Zusammenhangstests waren nicht signifikant.

Ebenfalls in die Untersuchung mit einbezogen wurde die an die KlassenlehrerInnen gestellte Frage danach, *ob die Kinder die Bereitschaft zeigten, offen über Probleme zu reden*. Bei diesem Item schnitten die Moglis sowohl bei einem Vergleich der Gesamtgruppen wie auch bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 noch die wenigste Bereitschaft gezeigt hatten, offen über Probleme zu sprechen, besser ab. Die Gesamtgruppe der Moglis konnte sich mit einer Bruttoeffektstärke von $d = 0,25^{**}$ verbessern. Da die Bereitschaft der Kinder in der Kontrollgruppe über Probleme zu reden während der Projektlaufzeit auf einem fast gleichen Niveau blieb (Bruttoeffektstärke: $d = 0,04$), resultierte hieraus eine positive Nettoeffektstärke von $d = 0,21^*$. Bei dem anschließend durchgeführten Extremgruppenvergleich wurde die positivere Entwicklung für die Moglis noch offensichtlicher – während sich die entsprechende Kontrollsubgruppe immerhin um $d = 0,81^{***}$ (Bruttoeffektstärke) verbessern konnte, lag die Bruttoeffektstärke bei den in diese Kategorie fallenden Moglis bei $d = 1,33^{***}$, so dass sich eine positive Nettoeffektstärke von $d = 0,52^{**}$ ergab. Auch Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,36^*$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,26^*$) wie auch Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,29$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,41^{**}$) konnten sich gegenüber den

entsprechenden Subkontrollgruppen (Bruttoeffektstärke Kinder der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung: $d = -0,10$, Bruttoeffektstärke Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung: $d = 0,12$) günstiger entwickeln (vgl. Abbildung 30 und Tabelle 70 im Anhang).

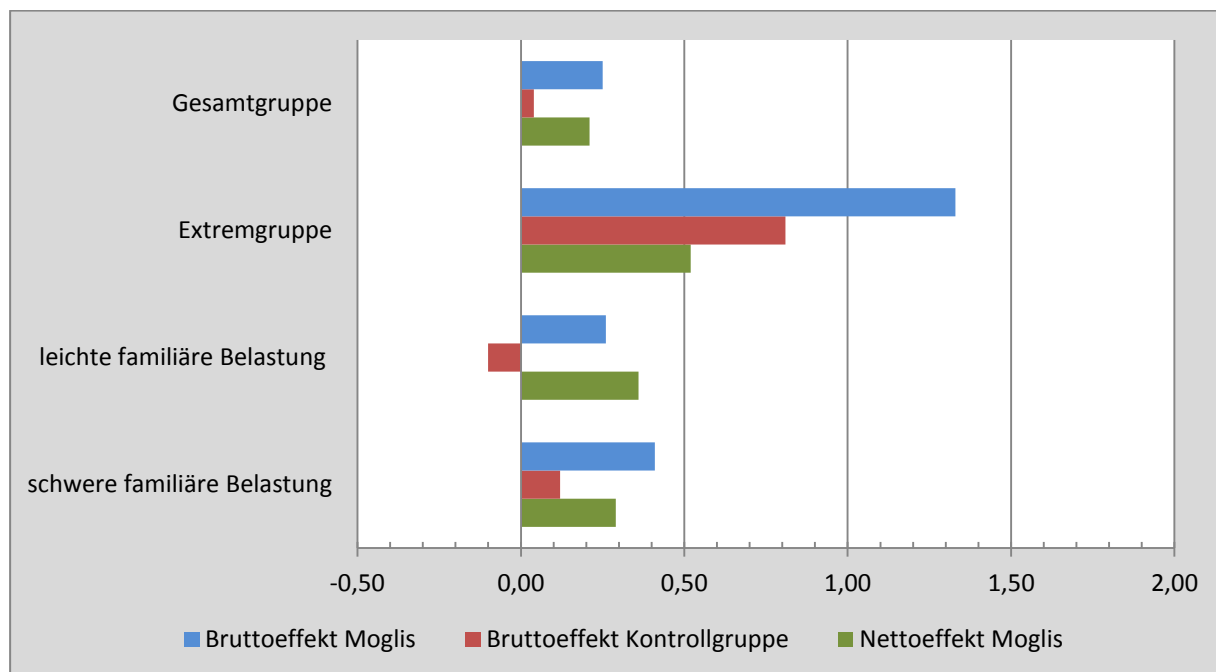


Abbildung 30. Entwicklung des Einzelitems: „Zeigte das Kind die Bereitschaft offen über Probleme zu reden?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Über die KlassenlehrerInnen sollte ebenfalls in Erfahrung gebracht werden, wie sich die Moglis hinsichtlich ihrer Kontaktfreudigkeit, auch in Bezug auf andere Kinder, im Vergleich zu der Kontrollgruppe während der Projektlaufzeit entwickelten. Auch wenn sich hierbei keine großen Unterschiede zeigten, so war die Treatmentgruppe hierbei doch tendenziell eher erfolgreich. Die Bruttoeffektstärke für die Gesamtgruppe der Moglis lag bei $d = 0,20^{**}$ und führte, aufgrund der Bruttoeffektstärke von $d = 0,06$ für die Kontrollgruppe, zu einer Nettoeffektstärke von $d = 0,14$. Diese wurde noch leicht durch die Nettoeffektstärke von $d = 0,19$ derjenigen Moglis, die zu Projektbeginn (t_1) als von ihren KlassenlehrerInnen überhaupt nicht oder nur ein wenig kontaktfreudig angesehen wurden (Extremgruppe), übertroffen, da die entsprechende Kontrollsubgruppe zwar eine Bruttoeffektstärke von $d = 1,33^{***}$ erreichte, diese jedoch immer noch unter der Bruttoeffektstärke der Moglis aus der Extremgruppe ($d = 1,52^{***}$) lag. Leichte positive Nettoeffektstärken zeigten sich insbesondere für die Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,27$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,25^*$) im Vergleich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$) sowie für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,25$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,21^{**}$) bei der Gegenüberstellung mit den

Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$, vgl. Abbildung 31 und Tabelle 71 im Anhang).

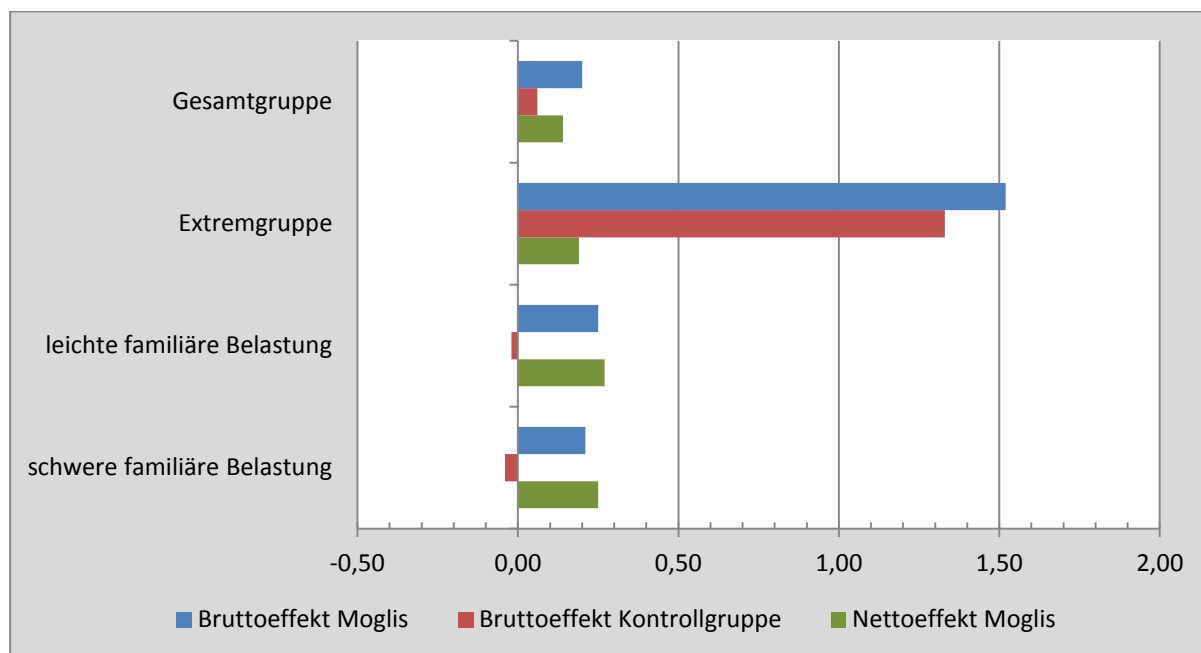


Abbildung 31. Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind kontaktfreudig bzw. in Bezug auf andere Kinder kontaktfreudig?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Zudem interessierte das Kommunikations- bzw. Sozialverhalten der Kinder in der Pause auf dem Schulhof. Auf die entsprechende Frage hin, *wie häufig die Kinder in der Pause mit anderen Kindern geredet hätten*, zeigten sich sowohl die Kinder der Mogli- wie auch der Kontrollgruppe im Durchschnitt sehr gesprächsfreudig. Hierbei steigerten sich die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,21^*$) tendenziell noch etwas stärker als die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,09$). Bei den Kindern der beiden Extremgruppen, die zu t_1 angegeben hatten, wenn überhaupt nur selten oder nie mit anderen Kindern aus der Klasse gesprochen zu haben, waren hohe Steigerungen bei beiden Gruppen zu bemerken. Diese (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 2,04^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 2,07^{***}$) unterschieden sich jedoch kaum voneinander. Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung war jedoch tendenziell eher ein Effekt zugunsten der Moglis zu bemerken (Nettoeffektstärke: $d = 0,13$); bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung war dies eine leichte positive Nettoeffektstärke ($d = 0,21$). Zwar erhöhte sich auch die Häufigkeit, mit der Kinder aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$) mit anderen Kindern in der Pause kommunizierten, reichte jedoch nicht an die Werte der Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,40^{**}$) heran (vgl. Tabelle 72 im Anhang).

Eine weitere Frage nach dem *Selbstbewusstsein der Kinder auf dem Schulhof* brachte kaum positive Ergebnisse für die Moglis – weder die Gesamtgruppe der Moglis, noch die Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu t_1 am wenigsten selbstbewusst gewirkt hatten oder Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten sich im Vergleich der entsprechenden Kinder aus der Kontrollgruppe positiv weiterentwickeln. Lediglich Moglis mit schwerer familiärer Belastung gewannen im Vergleich zu den Kindern aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung tendenziell an Selbstbewusstsein auf dem Schulhof hinzu (Nettoeffektstärke: $d= 0,15$, vgl. Tabelle 73 im Anhang).

Eher als Randnotiz wurde auch noch die Frage aufgenommen, *inwiefern die Kinder in der letzten Woche mit einem Erwachsenen in der Pause auf dem Schulhof geredet hatten*. Da das Führen von häufigeren oder selteneren Gesprächen auf dem Schulhof mit Erwachsenen, wie z.B. LehrerInnen oder SozialarbeiterInnen, weder pauschal als positiv noch negativ gewertet werden kann oder sollte (schließlich kommt es hier immer auch auf den Kontext an), wurde diese Variable deskriptiv ausgewertet. Grob gaben 17 bis 26% der Kinder über beide Gruppen und beide Erhebungswellen an, „immer“ oder „oft“ mit einem Erwachsenen in der Pause auf dem Schulhof geredet zu haben. Ungefähr 54 bis 61% hatten „nie“ oder wenn dann nur „selten“ in der vergangenen Woche mit einem Lehrer auf dem Schulhof geredet (vgl. Tabelle 74 im Anhang). Neben der nicht verwunderlichen Feststellung, dass die Kinder in der Pause häufiger den Kontakt zu den anderen Kindern als zu den Erwachsenen suchten, konnte festgestellt werden, dass das Redebedürfnis bzw. die Redenotwendigkeit der Moglis („immer“ und „oft“) mit einem Erwachsenen während der Pause zu sprechen in beiden Erhebungswellen sowohl bei den Kindern mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung tendenziell recht ähnlich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe ausfiel (vgl. Tabelle 75 und 76 im Anhang).

5.1.6 Impulsivität und Risikoverhalten

Die Impulsivität und das Risikoverhalten der Kinder wurden durch das *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)*⁸⁶ für die Kohorte der älteren Moglis und älteren Kinder der Kontrollgruppe, jeweils getrennt nach Geschlecht, untersucht. Für eine Reihe von an die KlassenlehrerInnen gestellten zusätzlichen Einzelitems zur Impulsivität und zum Risikoverhalten wurden wiederum alle Kinder, d.h. auch die jüngere Alterskohorte, mit einbezogen.

Eine Reliabilitätsüberprüfung der Skala zur Impulsivität ergab für die Mädchen ein $\alpha= 0,769$ für die erste und ein $\alpha= 0,710$ für die zweite Erhebungswelle. Bei den Jungen lagen die Reliabilitäten in der ersten Erhebungswelle bei $\alpha= 0,805$ und in der zweiten Erhebungswelle

⁸⁶ Die Ergebnisse zur Empathiefähigkeit folgen in Kapitel 5.2.3.

bei $\alpha = 0,816$.⁸⁷ Damit lagen die erzielten Reliabilitäten für die Jungen in beiden Erhebungswellen auf dem Niveau der Eichstichprobe für Jungen ($\alpha = 0,820$), die Reliabilitäten der Mädchen jedoch etwas unter dem Niveau der Eichstichprobe für Mädchen ($\alpha = 0,800$) (vgl. Stadler et al. 2004, S. 25).

Bei den *weiblichen Moglis* lag der Mittelwert der T-Verteilung in der ersten Erhebungswelle bei $M_1 = 51,82$ (SD= 10,09) und in der zweiten Erhebungswelle bei $M_2 = 51,56$ (SD= 9,23). Die weiblichen Kinder der Kontrollgruppe wiesen einen Mittelwert der T-Verteilung von $M_1 = 51,74$ (SD= 10,06) in der ersten Erhebungswelle und von $M_2 = 50,77$ (SD= 7,74) in der zweiten Erhebungswelle auf. Somit lagen die Mittelwerte beider Gruppen in beiden Erhebungswellen leicht über dem Normwert (vgl. Stadler et al. 2004, S. 41) und näherten sich von t_1 zu t_2 stärker dem Normmittelwert an. Weder die weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,03$) noch die weiblichen Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,11$) konnten ihre Impulsivität während der Projektlaufzeit nennenswert verringern. Ein Vergleich der Extremgruppen derjenigen Mädchen, die zu t_1 eine besonders hohe Impulsivität aufwiesen (T-Wert ≥ 55), konnte Verbesserungen sowohl bei der Extremgruppe weiblicher Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 1,19^{***}$) wie auch bei der Extremgruppe weiblicher Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,36^{***}$) aufzeigen. Hierbei entwickelte sich die entsprechende Subgruppe der Kontrollgruppe günstiger (Nettoeffektstärke für die Moglis: $d = -0,17$). Eine ungünstigere Entwicklung für die Treatmentgruppe wurde bei den Mädchen mit leichter familiärer Belastung noch deutlicher. Während die Impulsivität bei diesen Mädchen kräftig zunahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,75^*$), veränderte sich die Impulsivität bei den Mädchen mit leichter familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,03$) kaum. Weiblichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung gelang es zwar, ihre Impulsivität während des Projektzeitraums zu verringern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18$), allerdings reichte dieses Ergebnis nicht an den Rückgang der Impulsivität bei den Mädchen mit schwerer familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,70^*$) heran (vgl. Tabelle 77 im Anhang). Unterschiedliche Wirkungen eines mutmaßlich leichteren bzw. stärkeren Einflusses der Mentorenbeziehung mit einem Balu als sozialem Schutzfaktor konnten jedoch bei den Mädchen mit schwerer familiärer Belastung aus der Treatmentgruppe beobachtet werden. Während die Impulsivität dieser Mädchen bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung zunahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,49$), sank die Impulsivität bei einem stärkeren Einfluss des Balus ab (Bruttoeffektstärke: $d = 0,52^{**}$, vgl. Abbildung 32 und Tabelle 78 im Anhang).

⁸⁷ Die Skala zur Impulsivität wurde für Kinder von neun bis 14 Jahren entwickelt. Deswegen erhielten in dieser Untersuchung nur Kinder diesen Fragebogen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt mind. acht Jahre alt und damit zum Zeitpunkt des zweiten Erhebungszeitpunkts voraussichtlich neun Jahre alt waren. Die jüngeren Kinder, die zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle sechs bis sieben Jahre alt waren, nahmen stattdessen an einem Konzentrationstest für jüngere Kinder (der Kaseler Konzentrationsaufgabe) teil.

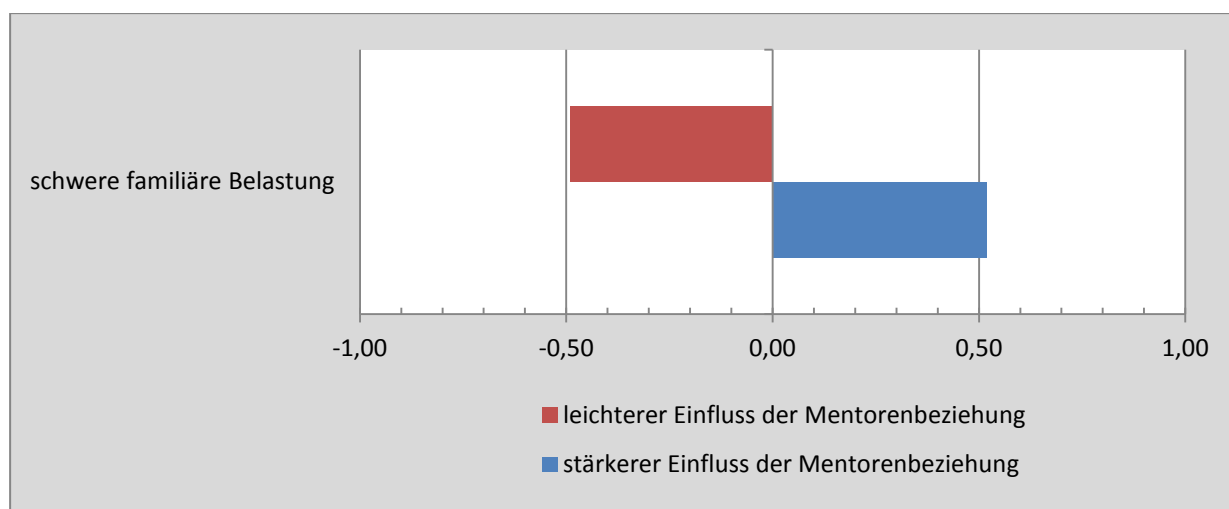


Abbildung 32. Entwicklung der Dimension „Impulsivität“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Der Mittelwert der T-Verteilung für die Skala zur *Impulsivität lag bei den männlichen Moglis* in der ersten Erhebungswelle bei $M_1 = 52,93$ ($SD = 11,51$) und in der zweiten Erhebungswelle bei $M_2 = 51,98$ ($SD = 10,24$). Bei der Kontrollgruppe lag der Mittelwert der T-Verteilung in der ersten Erhebungswelle bei $M_1 = 49,38$ ($SD = 9,15$) und in der zweiten Erhebungswelle bei $M_2 = 49,36$ ($SD = 11,88$). Damit lagen die Mittelwerte für die Impulsivität der männlichen Moglis, im Vergleich zum Mittelwert der für die Entwicklung des *Inventars zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie (IVE)* herangezogenen Stichprobe von 9-10jährigen Jungen ($N = 138$), in der ersten und in der zweiten Erhebungswelle um ungefähr zwei T-Wertpunkte höher als der Mittelwert der Normstichprobe. Die Mittelwerte für die Impulsivität der männlichen Kinder der Kontrollgruppe lagen hingegen in beiden Erhebungswellen knapp unter dem Normmittelwert (vgl. Stadler et al. 2004, S. 40). Das heißt, dass die männlichen Moglis bereits zu Projektbeginn im Durchschnitt etwas impulsiver und die männlichen Kinder der Kontrollgruppe im Durchschnitt etwas weniger impulsiv waren als die Eichstichprobe. Hypothesenkonform wurde nun berechnet, inwieweit die Impulsivität innerhalb der männlichen Treatmentgruppe (als positiver Effekt von *Balu und Du*), besonders auch im Vergleich zu den männlichen Kindern der Kontrollgruppe, während der Projektlaufzeit abnahm. Bei den männlichen Moglis nahm die Impulsivität tendenziell zu (Bruttoeffektstärke: $d = -0,09$), während sie bei den männlichen Kindern der Kontrollgruppe gleichbleibend (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) leicht unter dem Durchschnittswert der Eichstichprobe blieb. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen können jedoch als marginal (Nettoeffektstärke: $d = -0,09$) bezeichnet werden. Für den Extremgruppenvergleich zwischen Mogli- und Kontrollgruppe wurden diejenigen Jungen einbezogen, die zu t_1 eine Impulsivität mit einem T-Wert ≥ 54 aufwiesen. Die männlichen Moglis mit zu t_1 hohen Impulsivitätswerten konnten diese während der Projektzeit jedoch nicht verringern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,02$), während die Impulsivität der entsprechenden Vergleichsjungen

aus der Kontrollgruppe sehr wohl abnahm (Bruttoeffektstärke: $d= 0,42$). Anders sahen die Entwicklungsverläufe bei den jeweiligen Subgruppen der Jungen mit leichter und der Jungen mit schwerer familiärer Belastung aus. So konnten sich männliche Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,14$) tendenziell gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,08$) eher verbessern und bei den männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,05$) kann immerhin von einer leichten Nettoeffektstärke von $d= 0,20$ gesprochen werden, da sich die männlichen Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= -0,15$) eher ungünstiger, d.h. zu einer höheren Impulsivität hin, entwickelten (vgl. Tabelle 79 im Anhang). Dies galt auch bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung (vgl. Tabelle 80 im Anhang).

Die KlassenlehrerInnen wurden zudem gefragt, *ob sich das Kind, wenn erforderlich, auch mal zurücknehmen konnte*. Während der Gesamtgruppenvergleich zwischen den Moglis und der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d= -0,01$) keine Unterschiede zu Tage förderte (beiden Gruppen schien es zu t_2 tendenziell etwas schwerer zu fallen, sich zurückzunehmen, als zu t_1 : Bruttoeffektstärke Moglis: $-0,11$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= -0,10$), war eine leicht bessere Entwicklung (Nettoeffektstärke: $d= 0,34$) bei der Durchführung des entsprechenden Extremgruppenvergleichs feststellbar. Während sich diejenigen Kinder der Kontrollgruppe, die sich zu t_1 eher weniger gut zurücknehmen konnten, um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,22$ verbesserten, war dies bei der entsprechenden Mogligruppe mit einer Bruttoeffektstärke von $d= 0,56$ der Fall. Kinder mit leichter familiärer Belastung konnten sich sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= -0,12$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,31$) zu t_2 etwas weniger gut zurücknehmen, wenn erforderlich. Da die Entwicklung bei der Subkontrollgruppe insgesamt negativer verlief, resultierte hieraus eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,19$ für die Moglis. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung konnten sich die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe deutlich positiver entwickeln (Bruttoeffektstärke: $d= 0,39^*$) als die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= -0,05$, vgl. Tabelle 81 im Anhang).

Hinsichtlich der an die KlassenlehrerInnen gestellten Frage: *„Überspannte das Kind den Bogen“, d.h. es wusste nicht, wann Schluss ist? (1.KH)* entwickelten sich die Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe sowohl hinsichtlich eines Gesamtgruppenvergleichs (Nettoeffektstärke: $d= 0,04$) wie auch eines Extremgruppenvergleichs derjenigen Kinder, die zu t_1 „den Bogen“ besonders häufig „überspannten“, nahezu gleich (Nettoeffektstärke: $d= -0,04$). Dies änderte sich bei einem speziellen Vergleich beider Gruppen bezüglich von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung. Während Moglis mit leichter familiärer Belastung zu t_2 „den Bogen seltener überspannten“ als noch zu t_1 (Nettoeffektstärke: $d= 0,34$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,29$), konnten sich die Kinder der

Kontrollgruppe nicht verbessern (Bruttoeffektstärke: $d = -0,05$). Bei der Kontrollgruppe verschlechterten sich Kinder mit schwerer familiärer Belastung sogar (Bruttoeffektstärke: $d = -0,27$), so dass sich hier die Moglis mit schwerer familiärer Belastung trotz stagnierender Entwicklung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) vergleichsweise besser entwickeln konnten (Nettoeffektstärke: $d = 0,27$, vgl. Abbildung 33 und Tabelle 82 im Anhang).

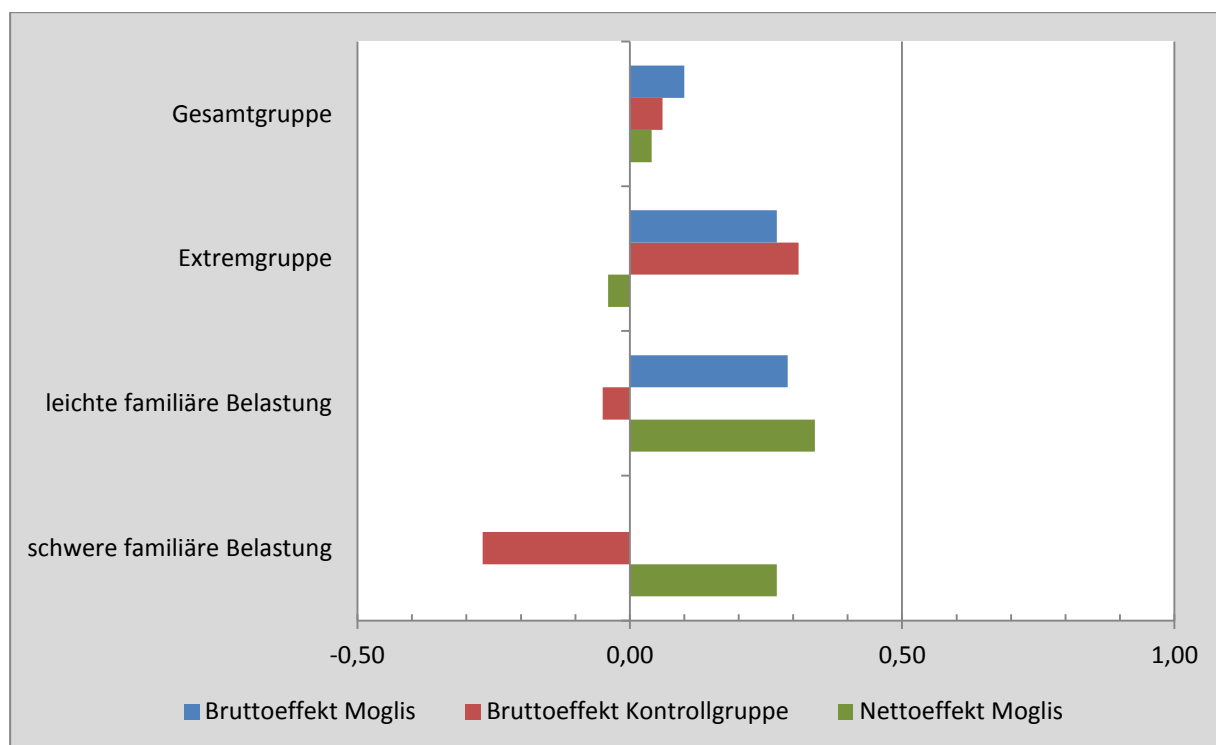


Abbildung 33. Entwicklung des Einzelitems: „Überspannte das Kind den Bogen“, d.h. es wusste nicht, wann Schluss ist?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Eine Reliabilitätsüberprüfung der Skala zum *Risikoverhalten* ergab für die Mädchen ein $\alpha = 0,756$ für die erste und ein $\alpha = 0,709$ für die zweite Erhebungswelle. Bei den Jungen wurden Reliabilitäten von $\alpha = 0,731$ (für die erste Erhebungswelle) und $\alpha = 0,813$ (für die zweite Erhebungswelle) erzielt. Damit lagen die Reliabilitäten beider Geschlechter unter den jeweiligen Reliabilitäten der Eichstichprobe von $\alpha = 0,810$ für die Mädchen und $\alpha = 0,850$ für die Jungen (vgl. Stadler et al. 2004, S. 25), waren aber immer noch im absolut zufriedenstellenden Bereich.

Bei den Mädchen lagen die T-Mittelwerte der weiblichen Moglis mit $M_1 = 49,14$ ($SD_1 = 8,92$) für t_1 und $M_2 = 50,14$ ($SD_2 = 7,09$) für t_2 zu beiden Zeitpunkten der Erhebungswellen unter den jeweiligen T-Mittelwerten der Mädchen aus der Kontrollgruppe ($M_1 = 52,25$, $SD_1 = 8,89$ und $M_2 = 51,17$, $SD_2 = 8,48$). Bei den Jungen lagen die T-Mittelwerte für die Gruppe der Moglis sowohl zum Zeitpunkt der ersten wie auch zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle mit $M_1 = 50,30$ ($SD_1 = 12,04$) und $M_2 = 50,83$ ($SD_2 = 14,13$) nahezu auf dem Niveau des Normwertes. Die Jungen in der Kontrollgruppe hatten zum Zeitpunkt beider Erhebungswellen

ebenfalls leicht höhere Mittelwerte – hierbei stieg der Mittelwert mit $M_1= 52,24$ ($SD_1= 13,16$) zu t_1 bis zu t_2 mit $M_2= 52,72$ ($SD_2= 9,76$) leicht an. Das heißt, sowohl die weiblichen wie auch die männlichen Moglis legten zu beiden Erhebungswellen im Vergleich zu den Jungen und zu den Mädchen der Kontrollgruppe ein durchschnittlich geringeres Risikoverhalten an den Tag. Bei den weiblichen Moglis stieg das Risikoverhalten der weiblichen Moglis von einem zuvor unter dem Normwert liegenden Mittelwert (Bruttoeffektstärke: $d= -0,12$) leicht an. Bei den Mädchen aus der Kontrollgruppe sank das Risikoverhalten etwas ab (Bruttoeffektstärke: $d= 0,12$), lag zu t_2 jedoch immer noch im Mittel über dem der weiblichen Moglis. Bei einem Vergleich der Extremgruppen derjenigen Mädchen, die zu t_1 ein hohes Risikoverhalten (T-Wert ≥ 54) aufwiesen, konnten sich die Mädchen aus der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 1,18^{**}$) gegenüber den entsprechenden Mädchen aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,42^*$) deutlich positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d= 0,76$). Bei den weiblichen Kindern mit leichter familiärer Belastung wie auch mit schwerer familiärer Belastung wiesen die entsprechenden Mädchen der Treatmentgruppe deutlich unter den Normwerten liegende Mittelwerte zu t_1 auf (weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung: $M_1= 48,20$ und weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $M_1= 48,91$). Ihr Risikoverhalten nahm in beiden Gruppen (Bruttoeffektstärke weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung: $d= -0,27$ und Bruttoeffektstärke weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= -0,17$) im Laufe der Projektzeit zu und erreichte zu t_2 knapp über dem Normmittelwert liegende Durchschnittswerte (weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung: $M_2= 50,50$ und weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $M_2: 50,26$). Bei den Mädchen aus der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung lagen die Werte für das Risikoverhalten zu t_1 über dem Normmittelwert ($M_1= 52,62$) – dies änderte sich bis zum zweiten Erhebungszeitpunkt t_2 auch nicht ($M_2= 52,67$). Bei den Mädchen der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung senkte sich der Mittelwert für das Risikoverhalten von einem zuvor auf dem Niveau des Normwerts liegenden Werts ($M_1= 50,36$) auf einen darunter liegenden Wert ($M_2= 48,82$) ab (Bruttoeffektstärke: $d= 0,36$, vgl. Tabelle 83 im Anhang).

Wie bereits bei der Dimension der „Impulsivität“ schien ein unterschiedlich starker Einfluss der „Mentorenbeziehung“ als sozialem Schutzfaktor auf *weibliche Moglis* mit schwerer familiärer Belastung auch eine unterschiedliche Wirkung auszuüben. Während weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei einem leichten Einfluss der Mentorenbeziehung ihr *Risikoverhalten* (das zuvor auf einem sehr niedrigen Durchschnittsniveau von $M_1= 46,50$ lag) erhöhten (Bruttoeffektstärke: $d= -0,67$), sank das Risikoverhalten bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,11$) leicht ab (vgl. Abbildung 34 und Tabelle 84 im Anhang).

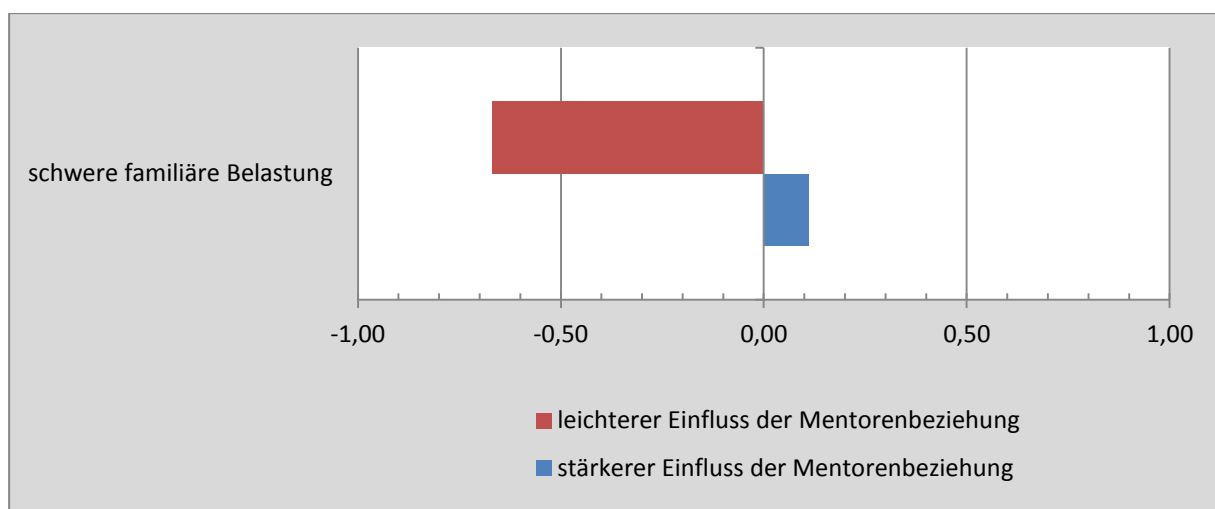


Abbildung 34. Entwicklung der Dimension „Risikoverhalten“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Während das *Risikoverhalten* sowohl bei den *männlichen Moglis* (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$) wie auch bei den männlichen Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$) während des Projektzeitraums nahezu unverändert blieb, sank das Risikoverhalten bei den Extremgruppen derjenigen Jungen, die sich zu t_1 besonders risikofreudig gaben (T -Wert ≥ 54), sowohl für die Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,28$) wie auch die Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,64^*$) ab. Hierbei konnten sich die Jungen der Kontrollgruppe jedoch leicht positiver (Nettoeffektstärke für die Moglis: $d = -0,36$) entwickeln. Auch bei den Jungen mit schwerer familiärer Belastung wuchs das Risikoverhalten der in das Programm aufgenommenen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,44$) stärker an als das der Jungen mit schwerer familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,19$). Bei den Jungen mit leichter familiärer Belastung konnte jedoch eine günstigere Entwicklung für die entsprechende Subgruppe der Moglis festgestellt werden; während das Risikoverhalten der Jungen mit leichter familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe nahezu gleich blieb (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$), sank das Risikoverhalten bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung etwas ab (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18$), so dass sich eine leicht positive Nettoeffektstärke von $d = 0,20$ ergab (vgl. Tabelle 85 im Anhang). Wie bereits bei der Dimension der „Impulsivität“ konnten sich die Jungen bei einem stärkeren gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung erneut nicht positiver entwickeln (vgl. Tabelle 86 im Anhang).

Des Weiteren wurden den KlassenlehrerInnen noch drei weitere Einzelfragen gestellt, die sich mit der Unfallneigung, der Vorsicht bzw. Unvorsichtigkeit der Kinder und ihrem Drang zu Abenteuern beschäftigten. Bei der Frage: „*Neigte das Kind zu Unfällen?*“ konnte eine, nach Einschätzung der KlassenlehrerInnen, leicht erhöhte Unfallneigung der Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,20$) im Vergleich zu der Gesamtkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,04$) beobachtet werden. Damit fiel der Effekt in einer nicht-

pädagogisch wünschenswerten Richtung aus (Nettoeffektstärke Moglis: $d = -0,24$). Ein Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders zu Unfällen neigten, konnte jedoch einen sehr positiven Verlauf für die entsprechenden Moglis nachzeichnen: Ihre Unfallneigung nahm nicht nur als Bruttoeffektstärke ($d = 1,35$) stark ab, sondern sank auch noch um einiges stärker (Nettoeffektstärke: $d = 0,88$) als die Unfallneigung der entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,47$ ab. Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung nahm die Unfallneigung sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,69^{**}$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,11$) zu, wobei die Zunahme bei der Treatmentgruppe vergleichsweise stärker ausfiel. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung waren solche größeren Unterschiede nicht zu beobachten; bei dieser Subgruppe sank sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,24$) die Unfallneigung von t_1 zu t_2 (vgl. Tabelle 87 im Anhang).

Bei der Frage: „*War das Kind unvorsichtig?*“ konnten nur leichte Differenzen bei dem Vergleich beider Gesamtgruppen, der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) und der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,16$), festgestellt werden, die jedoch zugunsten der Moglis ausfielen (Nettoeffektstärke: $d = 0,16$). Beachtenswert war die große Diskrepanz zwischen denjenigen Kindern der Mogli- und der Kontrollgruppe, die zu t_1 besonders unvorsichtig waren: Während sich auch die Kinder der Kontrollgruppe verbessern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = 0,80^{**}$), waren es vor allem die Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 1,52^{**}$, Bruttoeffektstärke: $d = 2,32^{**}$), die besonders an Vorsicht hinzu gewannen. Bei Kindern mit leichter familiärer Belastung nahm die Unvorsichtigkeit während des Projektzeitraums sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,14$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,25$) zu; aufgrund der höheren Zunahme bei der Kontrollgruppe ergab sich jedoch insgesamt eine tendenziell positivere Entwicklung für die Treatmentgruppe (Nettoeffektstärke: $d = 0,11$). Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung nahm die Unvorsichtigkeit hingegen in den Augen ihrer KlassenlehrerInnen sowohl in der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,21$) wie auch in der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,13$) ab (vgl. Abbildung 35 und Tabelle 88 im Anhang).

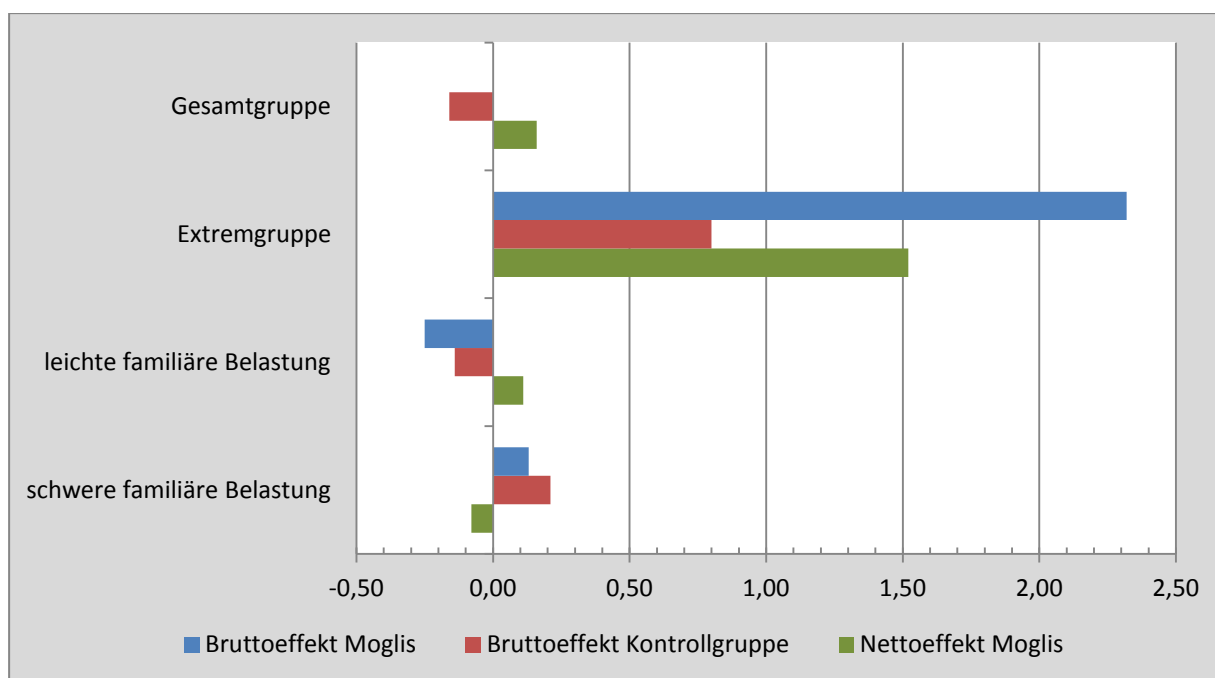


Abbildung 35. Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind unvorsichtig?“ (1. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Ebenfalls von Interesse war, wie sich die *Abenteuerlust* der Kinder entwickeln würde. Wenn ein erhöhtes Risikoverhalten, eine stärkere Unfallneigung und eine höhere Unvorsichtigkeit auch eher als pädagogisch weniger wünschenswert gelten, so ist das Phänomen der Abenteuerlust etwas schwieriger pauschal als eher negativ oder positiv einzuordnen. Zwar ist eine übertriebene Abenteuerlust, die auch eng mit einem erhöhten Risikoverhalten zusammenhängen kann, sicherlich nicht unbedingt von Vorteil; andererseits ist es für die kindliche Gehirnentwicklung bedeutsam, offen, neugierig und bereit für neue Erfahrungen in die Welt zu gehen und somit auch gewisse „Abenteuer zu suchen“. In diesem Sinne wurde eine erhöhte Abenteuerlust in dieser Arbeit eher als positiv ausgelegt. Die entsprechende Frage an die KlassenlehrerInnen der Kinder ergab nun, dass die Moglis ihre Abenteuerlust während der Projektzeit tatsächlich tendenziell steigern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = 0,12$), während die Abenteuerlust bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,12$) in diesem Zeitraum eher abfiel. Hieraus ergab sich eine positive Nettoeffektstärke von $d = 0,24$. Bei denjenigen Kindern, die zu t_1 am wenigsten für neue Abenteuer aufgeschlossen waren, konnten sich die Moglis ebenfalls günstiger entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,54$) – ihre Abenteuerlust nahm um $d = 1,02^{**}$ (Bruttoeffektstärke) zu, während die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe ihre Abenteuerlust „nur“ um $d = 0,48^{**}$ (Bruttoeffektstärke) steigern konnten. Auch bei den Subgruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung zeigten sich leicht positivere Nettoeffektstärken für die Moglis (Nettoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = 0,22$, Nettoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = 0,25$). Während die Abenteuerlust bei den Kindern der

Treatmentgruppe tendenziell eher zunahm (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = 0,15$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = 0,05$), verringerte sie sich bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = -0,07$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = -0,20$, vgl. Abbildung 36 und Tabelle 89 im Anhang).

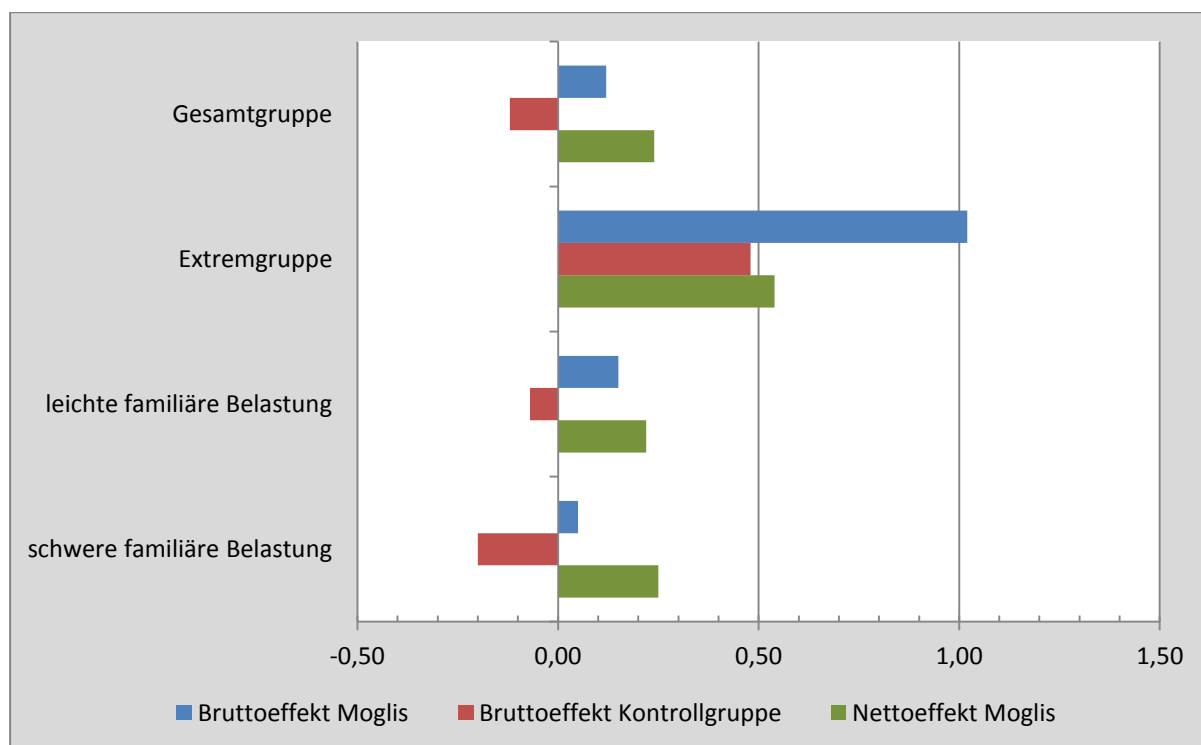


Abbildung 36. Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind abenteuerlustig?“ (1.KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

5.1.7 Lernfreude

In der ersten und in der zweiten Kohorte wurde die *Dimension der „Lernfreude“* für die Kinder mit zum größten Teil unterschiedlichen an die KlassenlehrerInnen gestellten Fragen erfasst, so dass auch zwei separate kategoriale Hauptkomponentenanalysen durchgeführt wurden.

Für die erste Kohorte wurden zunächst die drei Variablen „Hatte das Kind Freude am Unterricht?“, „War das Kind motiviert zu lernen?“ und „Beteiligte sich das Kind am Unterricht?“ in die Untersuchung aufgenommen. Während die zuletzt genannten zwei Variablen stark miteinander zusammenhingen, hoch auf der Dimension luden und eine sehr hohe Reliabilität erreichten (1. EW: $\alpha = 0,838$ / 2. EW: $\alpha = 0,893$) musste die dritte Variable „Hatte das Kind Freude am Unterricht?“ ausgeschlossen werden, da sich vor allem für die zweite Erhebungswelle keinerlei Zusammenhänge mit den beiden anderen Variablen zeigten. Ein ähnliches Bild ergab sich für die zweite Kohorte: Auch hier hing die Variable „Hatte das Kind Freude am Unterricht?“ (wurde in beiden Kohorten erfasst) nicht mit den Variablen „War das Kind wissbegierig?“ und „Strengte sich das Kind an, um bessere

Leistungen zu erzielen?“ zusammen.⁸⁸ Dafür korrelierten die beiden Variablen untereinander sehr hoch und die interne Konsistenz der aus diesen beiden Variablen für die zweite Kohorte gebildeten *Dimension „Lernfreude“* erreichte in der zweiten Erhebungswelle eine exzellente Reliabilität (1. EW: $\alpha = 0,687$ / 2. EW: $\alpha = 0,928$). Für die erste wie auch für die zweite Kohorte wurde ein Gesamtsummenscore für die Dimension „Lernfreude“ - jeweils mit einem Minimalwert von null Punkten und einem Maximalwert von 8 Punkten - gebildet (vgl. Tabelle 90 und 91 im Anhang).

Hinsichtlich ihrer *Lernfreude* entwickelten sich die Moglis der *ersten Kohorte* (Bruttoeffektstärke: $d = 0,28$) während des Projektzeitraums insgesamt positiver (Nettoeffektstärke $d = 0,27$) als die Kinder der Kontrollgruppe aus der ersten Kohorte (Bruttoeffektstärke: $d = 0,01$). Dies galt insbesondere auch für die Extremgruppe derjenigen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 1,87^{***}$), die zu Projektbeginn eine besonders niedrige Lernfreude aufwiesen, (Nettoeffektstärke $d = 1,48^*$). Auch die jüngeren Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,48$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,38$) konnten sich gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,10$) deutlich positiver entwickeln; dies galt für die Entwicklung der älteren Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,19$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,24$) gegenüber den älteren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,05$) auch noch in etwas abgeschwächter Form. Ein Vergleich innerhalb der Gruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung zwischen den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,04$) und den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,53^{***}$) wie auch innerhalb der Gruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung zwischen den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,72^{***}$) und den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) ergab mittelgroße Nettoeffektstärken von $d = 0,57^*$ (für Moglis mit leichter familiärer Belastung) und $d = 0,72^{**}$ (für Moglis mit schwerer familiärer Belastung). Auch ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,60^*$) schnitten gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) besser ab (Nettoeffektstärke: $d = 0,60$, vgl. Abbildung 37 und Tabelle 92 und 93 im Anhang).

⁸⁸ Insgesamt ist zu vermuten, dass die von den KlassenlehrerInnen wahrgenommene „Freude am Unterricht“ an sich noch mit ganz anderen als den hier geprüften Einflüssen zusammenhängt. Wenn die Kinder Spaß am Unterricht haben, bedeutet dies augenscheinlich eben nicht automatisch, dass sie motivierter wären zu lernen oder sich häufiger am Unterricht beteiligten (1. Kohorte) oder dass sie sich anstrengten, um bessere Leistungen zu erzielen oder wissbegieriger wären (2. Kohorte).

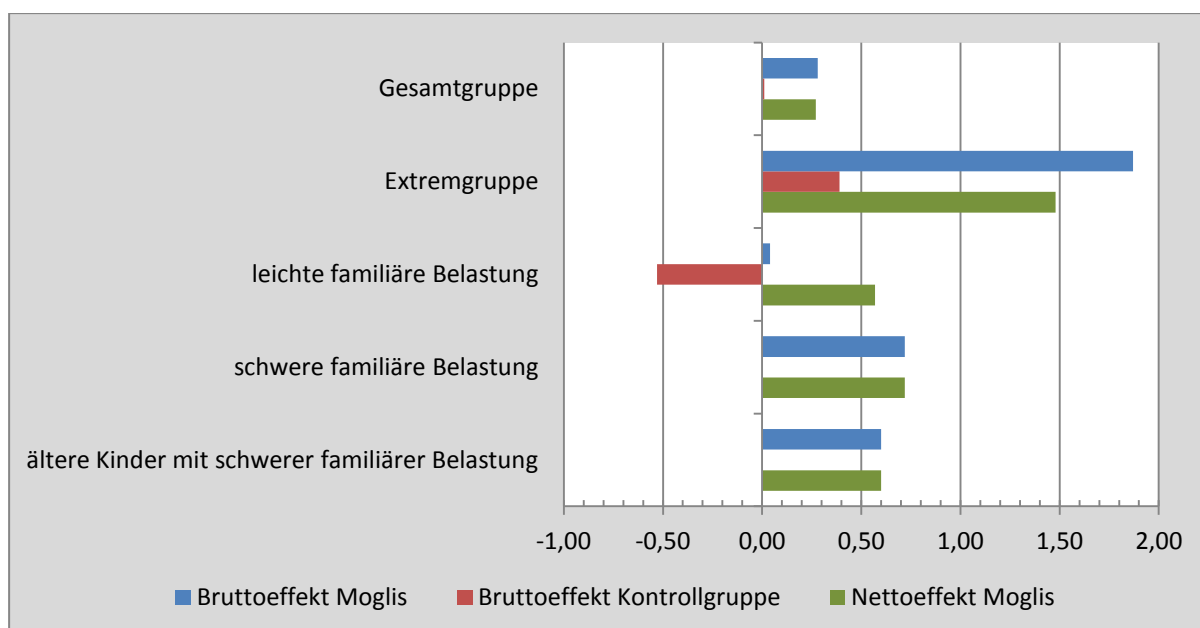


Abbildung 37. Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Bei einer getrennten Betrachtung der Treatmentgruppe und einem hierbei durchgeführten Geschlechtervergleich wurde deutlich, dass sich weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung hinsichtlich ihrer Lernfreude in der ersten Kohorte negativ entwickelten (Bruttoeffektstärke: $d = -0,60$), während männliche Moglis ihre Lernfreude steigern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = 0,25$). Bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung wurde bei den männlichen Moglis ebenfalls eine positive Entwicklung sichtbar, da diese eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,44$ erreichten. Am besten schnitten jedoch weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung ab – sie erreichten eine Bruttoeffektstärke von $d = 1,06^{***}$.

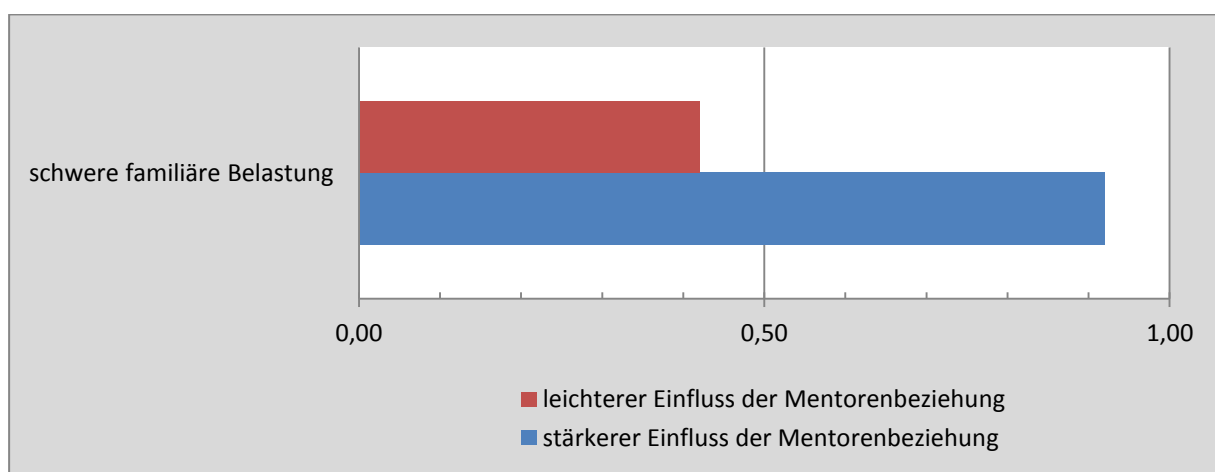


Abbildung 38. Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Bei der Subgruppe von Moglis mit schwerer familiärer Belastung wurde zudem eine unterschiedliche Wirkung eines leichteren Einflusses der Mentorenbeziehung

(Bruttoeffektstärke: $d= 0,42$) gegenüber einem stärkeren Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d= 0,92^{***}$) deutlich (vgl. Abbildung 38 und Tabelle 94 im Anhang).

Auch für die *zweite Kohorte* konnte für die *Dimension der „Lernfreude“* eine positivere Entwicklung der Moglis gegenüber der Kontrollgruppe sowohl für die Gesamtgruppe der Moglis (Nettoeffektstärke $d= 0,15$) wie auch für die Extremgruppe von Moglis mit zu Projektbeginn (t_1) geringer Lernfreude (Nettoeffektstärke $d= 0,43$) bestätigt werden. Erneut konnten sich die jüngeren Moglis (Nettoeffektstärke: $d= 0,19$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,21$) im Vergleich zu den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,02$) günstiger entwickeln. Für die älteren Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,04$) konnte dies jedoch nicht festgestellt werden; hier schnitten die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,16$) tendenziell positiver ab. Während bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung praktisch keine Unterschiede (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,02$) zwischen den beiden Subgruppen festgestellt werden konnten, erhöhte sich die Lernfreude der Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,31$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,33^{**}$) gegenüber den Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,02$) leicht. Dies galt auch für die Lernfreude der Subgruppe der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,28$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,32^*$) gegenüber der Subgruppe der älteren Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,04$, vgl. Abbildung 39 und Tabelle 95 und 96 im Anhang).

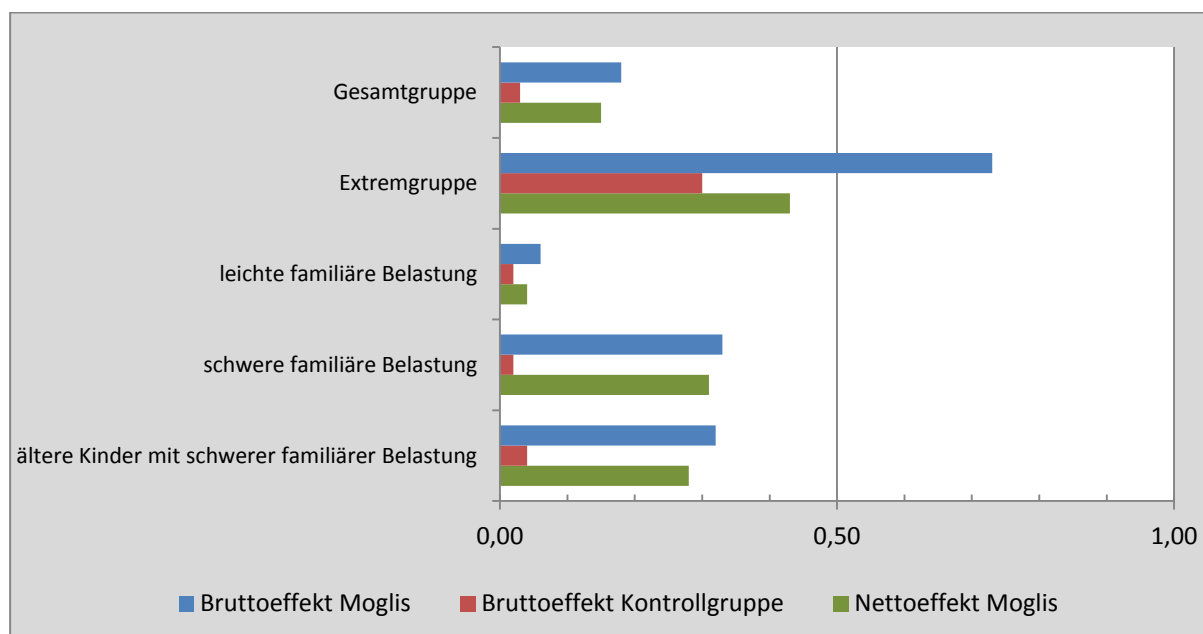


Abbildung 39. Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Innerhalb der Treatmentgruppe mit leichter familiärer Belastung entwickelten sich weder die männlichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,05$) noch die weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,08$) nennenswert in die eine oder andere Richtung. Auch die Entwicklung der männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,05$) stagnierte eher. Weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich jedoch deutlich verbessern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,67^{***}$). Hinsichtlich der Entwicklung der Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnte eine noch positivere Bruttoeffektstärke verzeichnet werden, wenn ein stärkerer (Bruttoeffektstärke: $d = 0,39^{**}$) und nicht nur ein leichter Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,26$) mit dem Balu als sozialem Schutzfaktor vorlag (vgl. Abbildung 40 und Tabelle 97 im Anhang).

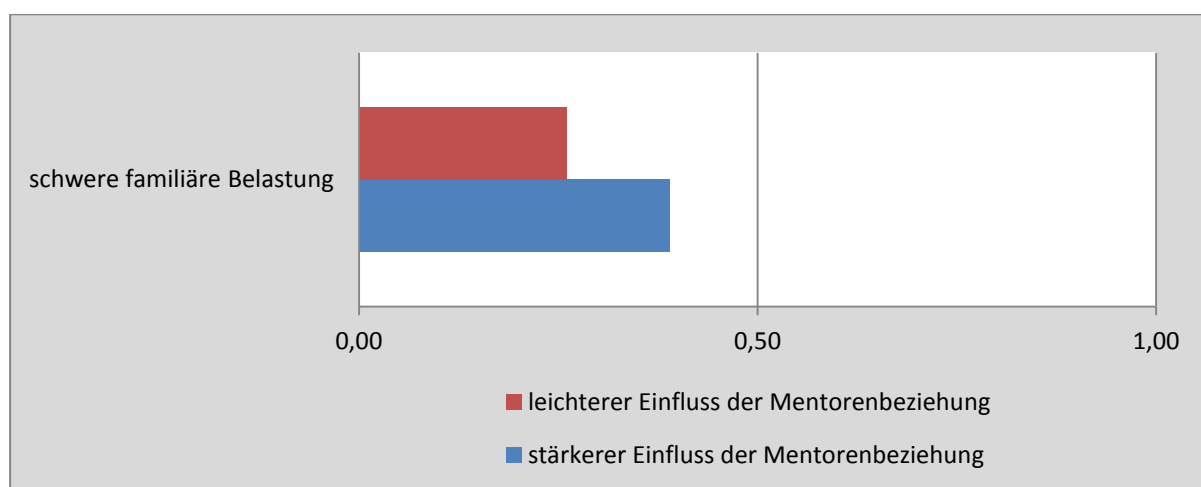


Abbildung 40. Entwicklung der Dimension „Lernfreude“ (2. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Die Auswertung des für die beiden Dimensionen „Lernfreude“ für die erste und zweite Kohorte nicht einbezogenen Einzelitems, der Frage an die LehrerInnen, *ob die Kinder Freude am Unterricht hatten*, ergab bei einer Betrachtung der Entwicklung für die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,08$) keine besseren Ergebnisse als für die Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,14^*$). Ein Vergleich der beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 die wenigste Freude am Unterricht zeigten, fiel für die Subgruppe der Moglis jedoch wesentlich günstiger aus (Nettoeffektstärke: $d = 0,77$, Bruttoeffektstärke: $d = 1,60^{**}$) als für die Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,83^*$). Während die Freude am Unterricht nach Einschätzung der KlassenlehrerInnen während des Projektzeitraums jedoch bei den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung eher anwuchs (Bruttoeffektstärke: $d = 0,14$), sank sie bei den entsprechenden Kindern der Treatmentgruppe tendenziell eher ab (Bruttoeffektstärke: $d = -0,07$). Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,26^{**}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,29^*$) war hingegen eine ähnliche Entwicklung hin zu einer höheren Lernfreude zum Zeitpunkt t_2 zu beobachten (vgl. Tabelle 98 im Anhang).

5.1.8 Waschaffinität und Hygieneverhalten

Eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse erbrachte sehr gute Ergebnisse für eine aus den vier an die KlassenlehrerInnen der Kinder gestellten Fragen „War die Kleidung des Kindes den Wetterbedingungen angepasst?“, „War das Erscheinungsbild des Kindes gepflegt?“, „Stimmte die Körperhygiene des Kindes – d.h. wäscht es sich?“ und „Stimmte die Zahnhygiene des Kindes?“ gebildete *Dimension* für das „Hygieneverhalten“. Die interne Konsistenz betrug für die erste Erhebungswelle $\alpha = 0,885$ und für die zweite Erhebungswelle $\alpha = 0,880$. Der Minimalwert des für die Dimension gebildeten Gesamtsummenscores betrug null Punkte und der Maximalwert 16 Punkte (vgl. Tabelle 99 im Anhang). Die Gesamtgruppe der Moglis konnte sich hinsichtlich ihres Hygieneverhaltens im Vergleich zu der Kontrollgruppe tendenziell besser entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,16$). Dies lag zum einen an den nicht veränderten Werten hinsichtlich der *Dimension des Hygieneverhaltens* bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,01$), wie auch einer günstigen Entwicklung bei den Moglis selbst (Bruttoeffektstärke: $d = 0,17^{**}$). Im Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn ein im Vergleich zu den anderen untersuchten Kindern besonders ungünstiges Hygieneverhalten aufwiesen, konnten sich sowohl die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,50^{**}$) wie der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,69^{***}$) verbessern, wobei die Moglis leicht besser abschnitten (Nettoeffektstärke: $d = 0,19$).

Ein altersspezifischer Vergleich erbrachte die zusätzliche Erkenntnis, dass es vor allem die jüngeren Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,28^*$) waren, die hinsichtlich ihres *Hygieneverhaltens* von einer Projektteilnahme profitieren konnten. Sie erreichten gegenüber ihren Altersgenossen aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,03$) eine leicht höhere Bruttoeffektstärke ($d = 0,31^*$). Die älteren Moglis konnten sich im Vergleich zu den älteren Kindern der Kontrollgruppe dagegen kaum positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,09$).

Wurden die Kinder ohne bekannte familiäre Belastungen aus der Auswertung ausgeklammert und erfolgte eine separate Berechnung der Treatment- im Vergleich zu der Kontrollgruppe für die Kinder mit leichter und schwerer familiärer Belastung, zeigten sich ebenfalls interessante Ergebnisse: Während sich die Moglis mit leichter familiärer Belastung während des Projektzeitraums hinsichtlich ihres Hygieneverhaltens sogar tendenziell weniger positiv entwickeln konnten als die entsprechende Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = -0,06$), erzielten die Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,39^{***}$) gegenüber der entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,03$) eine deutlich positivere Entwicklung (Nettoeffektstärke: $d = 0,42^{**}$). Dieser Effekt ging jedoch vor allem auf das bessere Abschneiden der jüngeren Moglis mit schwerer familiärer Belastung zurück, da sich ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung nur leicht besser entwickeln konnten als ältere Kinder der Kontrollgruppe aus derselben familiären

Belastungskategorie (Nettoeffektstärke: $d= 0,22$, vgl. Abbildung 41 und Tabelle 100 im Anhang).

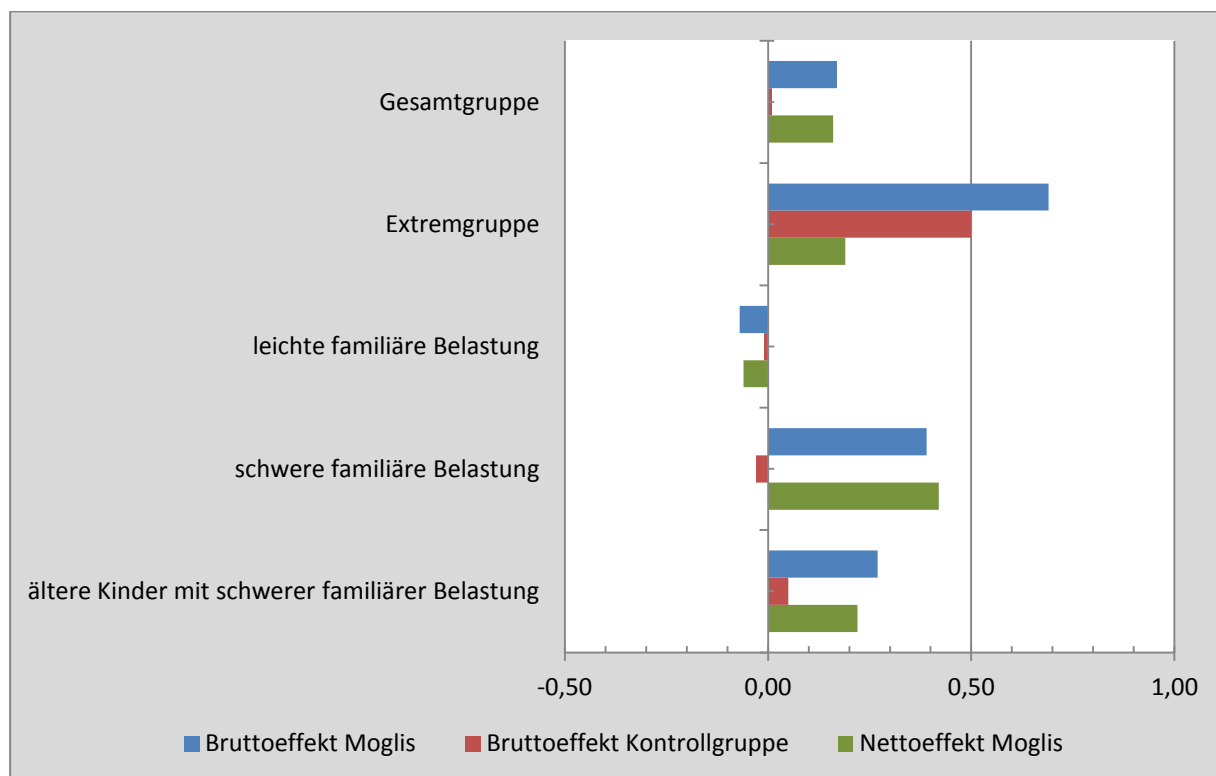


Abbildung 41. Entwicklung der Dimension „Hygieneverhalten“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Während sich bei der Treatmentgruppe mit leichter familiärer Belastung vor allem die männlichen Moglis hinsichtlich ihres Hygieneverhaltens tendenziell positiv weiterentwickeln konnten bzw. auf einem gleichen Niveau blieben (Bruttoeffekt: $d= 0,06$), durchliefen die weiblichen Moglis sogar eine deutlich negative Entwicklung (Bruttoeffekt: $d= -0,63$), die jedoch mindestens zum Teil auch auf die besonders hohen Ausgangswerte ($M_1= 14,00$) zurückgeführt werden könnte. Beide Geschlechter in der Treatmentgruppe mit schwerer familiärer Belastung konnten sich hingegen positiv weiterentwickeln – hier waren es erneut die männlichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,50$), die sich gegenüber den weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,28$) noch günstiger entwickeln konnten (vgl. Tabelle 101 im Anhang).

Zudem wurden die Kinder gefragt, inwiefern sie gerne duschen bzw. (in der Badewanne) baden würden. Sowohl bei den Kindern der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe nahm die *Duschaffinität* während des Projektzeitraums tendenziell ab (Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= -0,18$), auch wenn diese bei den Moglis nur marginal ausfiel (Bruttoeffektstärke $d= -0,04$) und so in einer positiven Nettoeffektstärke von $d= 0,14$ mündete. Bei den Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 an gaben, nicht so gerne zu duschen, stieg die Duschaffinität bei beiden Gruppen ungefähr gleich stark an

(Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,94^{**}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 1,01^*$), so dass sich insgesamt kaum Unterschiede ergaben. Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung nahm die Duschaaffinität vor allem der Moglis ab (Bruttoeffektstärke: $d= -0,41$), während sie bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,04$) auf einem annähernd gleichen Niveau verblieb. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung stieg die Duschaaffinität in der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,39^*$), anders als in der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,00$), hingegen an (vgl. Tabelle 102 im Anhang).

Auch die *Badeaffinität* nahm sowohl für die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= -0,33$) wie auch für die Gesamtgruppe der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,35^{**}$) ab. Während sich jedoch Kinder der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 1,09$), die zu t_1 besonders ungerne badeten, deutlicher verbessern konnten als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,74$), nahm die Badeaffinität bei den Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung stärker ab (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d= -0,29$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d= -0,42$) als bei den äquivalenten Subkontrollgruppen (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d= 0,00$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d= -0,25$, vgl. Tabelle 103 im Anhang).

5.1.9 Schlafverhalten

Hinsichtlich des Schlafverhaltens der Kinder wurde nur eine einzige Frage in den Lehrerfragebogen für die erste Kohorte integriert. Diese lautete: „*Wirkte das Kind morgens unausgeschlafen, wenn es in die Schule kam?*“ Der Gesamtgruppenvergleich zwischen den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,11$) und der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,05$) ergab eine tendenziell positive Nettoeffektstärke von $d= 0,16$ für die Treatmentgruppe.

Ein ebenfalls durchgeführter Vergleich der beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn (t_1) am wenigsten ausgeschlafenen wirkten, kam zu dem Ergebnis, dass sich insbesondere die Subgruppe der Moglis (Nettoeffektstärke: $d= 0,34$, Bruttoeffektstärke: $d= 1,28^{**}$) positiv weiterentwickeln konnte, da die Subkontrollgruppe eine etwas geringere Bruttoeffektstärke von $d= 0,94^{***}$ erreichte. Während sich die Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,23$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,05$) in Hinblick auf dieses Item gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,18$) positiver entwickelten, musste bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung ein gegenteiliger Trend bemerkt werden: Wenn gleich Moglis mit schwerer familiärer Belastung zum Zeitpunkt t_2 insgesamt weniger unausgeschlafen wirkten als noch zum Zeitpunkt t_1 (Bruttoeffektstärke: $d= 0,17$), reichte ihre positive Entwicklung nicht an die der Kontrollgruppe heran (Bruttoeffektstärke: $d= 0,55$, vgl. Abbildung 42 und Tabelle 104 im Anhang).

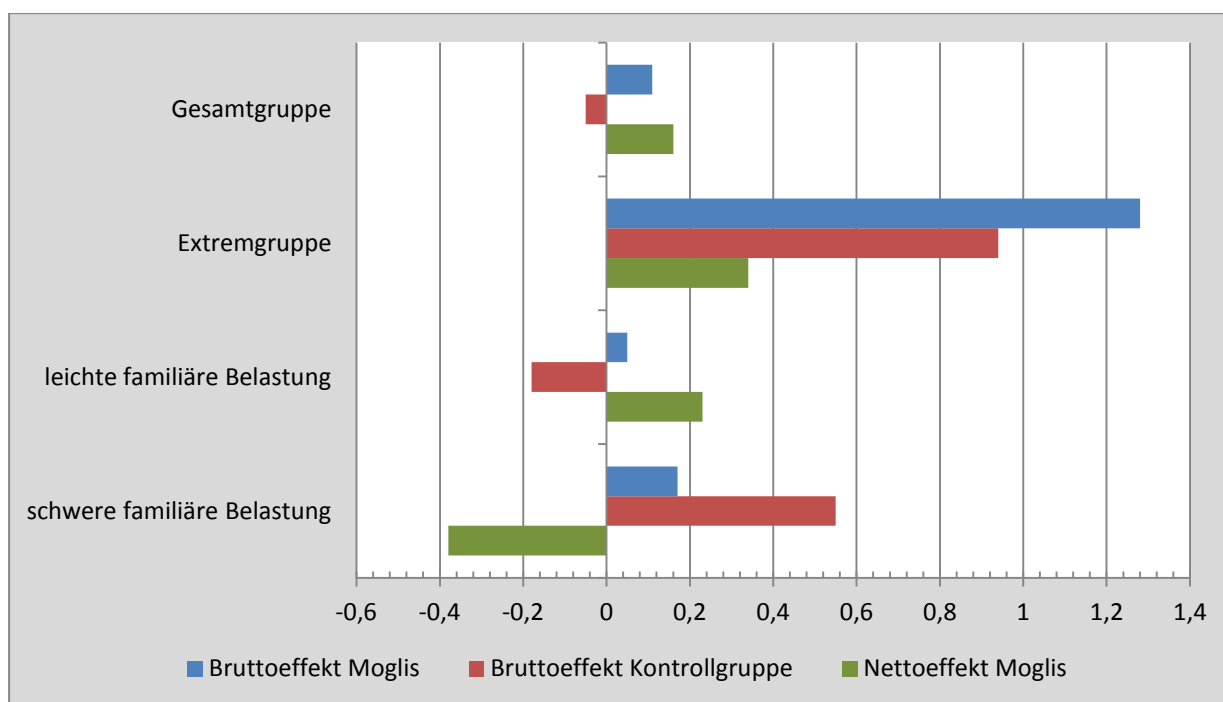


Abbildung 42. Entwicklung des Einzelitems: „Wirkte das Kind morgens unausgeschlafen, wenn es in die Schule kam?“ (1. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen.

5.2 Resilienz fördernde Kompetenzen

Nach der Untersuchung resilienzfördernder gesundheitsbezogener Orientierungen und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen in Kapitel 5.1 folgen nun die Ergebnisse zu Resilienz fördernden gesundheitsrelevanten Kompetenzen. Erneut wird die Entwicklung der Treatmentgruppe mit der Entwicklung der Kinder aus der Kontrollgruppe sowohl insgesamt wie auch für die einzelnen Subgruppen dargestellt. Im Einzelnen wurden die „Entscheidungsfähigkeit“ (Kapitel 5.2.1), die „Konzentrationsfähigkeit (Kapitel 5.2.2), die „Empathiefähigkeit“ (Kapitel 5.2.3), die „Konfliktlösungskompetenz, Frustrationstoleranz und Bewältigungsstrategien bei Trauer und negativen Gefühlen“ (Kapitel 5.2.4), die „realistische Selbsteinschätzung allgemein und in Schule und Sport“ (Kapitel 5.2.5), das „Wissen über gesunde Ernährung als Gesundheitskompetenz“ (Kapitel 5.2.6), die „Selbstorganisationsfähigkeit und Selbstständigkeit“ (Kapitel 5.2.7), die „schulische Leistungsfähigkeit“ (Kapitel 5.2.8) und „Motorik- und Sportkompetenzen“ (Kapitel 5.2.9) erfasst.

5.2.1 Entscheidungsfähigkeit

Zur Untersuchung der *Entscheidungsfähigkeit* der Kinder wurde eine entsprechende Dimension gebildet und die drei hierzu erhobenen Variablen (erfragt bei den KlassenlehrerInnen) einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Wie sich herausstellte, luden in beiden Erhebungswellen die Variable „Fiel es dem Kind leicht Entscheidungen zu fällen“ positiv und die beiden Variablen „War das Kind bei seinen Entscheidungen sprunghaft?“ und

„Hingen die Entscheidungen des Kindes von den Entscheidungen anderer Kinder ab?“ negativ auf der Dimension „Entscheidungsfähigkeit“. Trotz der eher niedrigen Alphaswerten von 0,621 in der ersten und von 0,601 in der zweiten Erhebungswelle wurde aufgrund der jeweils hohen Komponentenladungen der Entschluss gefasst, die drei Variablen zu der Dimension „Entscheidungsfähigkeit“ zusammenzufassen. Der Minimalwert des Gesamtsummenscores für die Dimension betrug null Punkte und der Maximalwert 12 Punkte (vgl. Tabelle 105 im Anhang). Die Treatmentgruppe entwickelte sich sowohl im allgemeinen Vergleich mit der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = 0,29^{**}$) wie auch im Vergleich der jeweiligen Extremgruppen, die zu Projektbeginn eine mit der Dimension gemessene, besonders niedrige Entscheidungsfähigkeit aufwiesen, positiver (Nettoeffektstärke $d = 0,43$). Die jüngeren Moglis konnten ihre Entscheidungsfähigkeit gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe noch etwas deutlicher steigern (Nettoeffektstärke: $d = 0,34$) als die älteren Moglis gegenüber den älteren Kindern der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = 0,24$). Während sich die Entscheidungsfähigkeit bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe nur tendenziell positiver entwickeln konnte (Nettoeffektstärke: $d = 0,09$), fielen die Ergebnisse für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den Kindern mit schwerer familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe deutlich positiver aus und übertrafen sowohl die Ergebnisse des allgemeinen Vergleichs zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe wie auch die Ergebnisse des spezifischen Extremgruppenvergleichs (Nettoeffektstärke: $d = 0,58^{***}$). Auch konnte sich die Subgruppe der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe deutlich verbessern (Nettoeffektstärke: $d = 0,44$, vgl. Abbildung 43 und Tabelle 106 im Anhang).

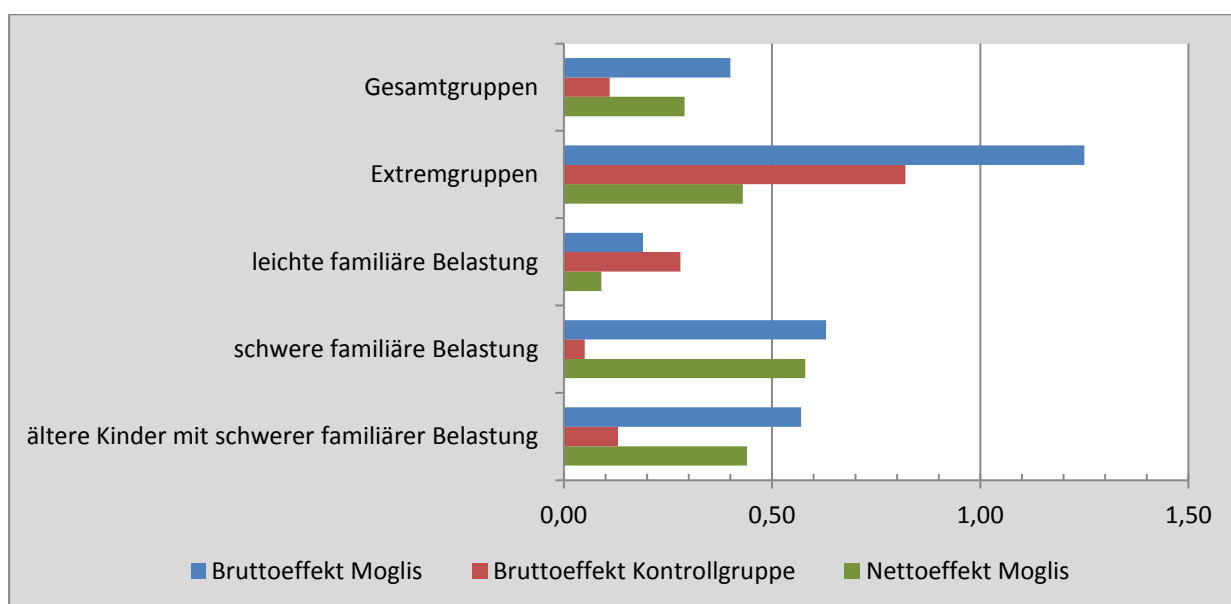


Abbildung 43. Entwicklung der Dimension „Entscheidungsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Werden die Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung zusätzlich noch nach ihrem Geschlecht aufgeteilt, zeigt sich, dass sich sowohl die männlichen Moglis mit leichter ($d= 0,26$) und schwerer familiärer Belastung ($d= 0,52^{***}$) wie auch die weiblichen Moglis mit leichter ($d= 0,34$) und schwerer familiärer Belastung ($d= 0,75^{***}$) jeweils für sich genommen während der Projektzeit positiv weiterentwickeln konnten. Sowohl bei den Kindern mit leichter wie auch bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung konnten die weiblichen gegenüber den männlichen Moglis hierbei noch positivere Ergebnisse erzielen (vgl. Tabelle 107 im Anhang).

5.2.2 Konzentrationsfähigkeit

Für die *Dimension der „Konzentrationsfähigkeit“* wurden die folgenden vier an die KlassenlehrerInnen gestellten Fragen einer kategorialen Hauptkomponentenanalyse unterzogen: „Konnte sich das Kind im Unterricht gut konzentrieren?“, „Fiel es dem Kind leicht, eine einmal begonnene Aufgabe bis zum Ende durchzuführen?“, „Kasperte das Kind im Unterricht herum?“ und „Wirkte das Kind im Unterricht abwesend?“. Während die ersten beiden Items positiv auf dem Faktor luden, luden die letzten beiden Items negativ. Die hierbei erzielten Reliabilitäten von $\alpha= 0,792$ (für die 1.EW) und $\alpha= 0,770$ (für die 2. EW) bestätigten die hohe interne Konsistenz der Skala. Der Gesamtsummenscore der an der Untersuchung teilgenommenen Kinder für die Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ betrug einen Minimalwert von null Punkten und einen Maximalwert von 16 Punkten berechnet (vgl. Tabelle 108 im Anhang). Im allgemeinen Vergleich zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe schnitten die Moglis bei ihrer Entwicklung in der Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ leicht besser ab als die Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d= 0,17^*$). Auch der Vergleich der jeweiligen Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn t_1 besonders niedrige Werte auf dieser Dimension erzielten, erbrachte positivere Ergebnisse für die Treatmentgruppe (Nettoeffektstärke: $d= 0,65$). Wie altersgruppenspezifische Subgruppenanalysen ergaben, konnten die jüngeren Kinder (Nettoeffektstärke: $d= 0,17$) und die älteren Kinder (Nettoeffektstärke: $d= 0,18$) in ähnlicher Weise leicht von *Balu und Du* profitieren (vgl. Abbildung 44 und Tabelle 109 im Anhang).

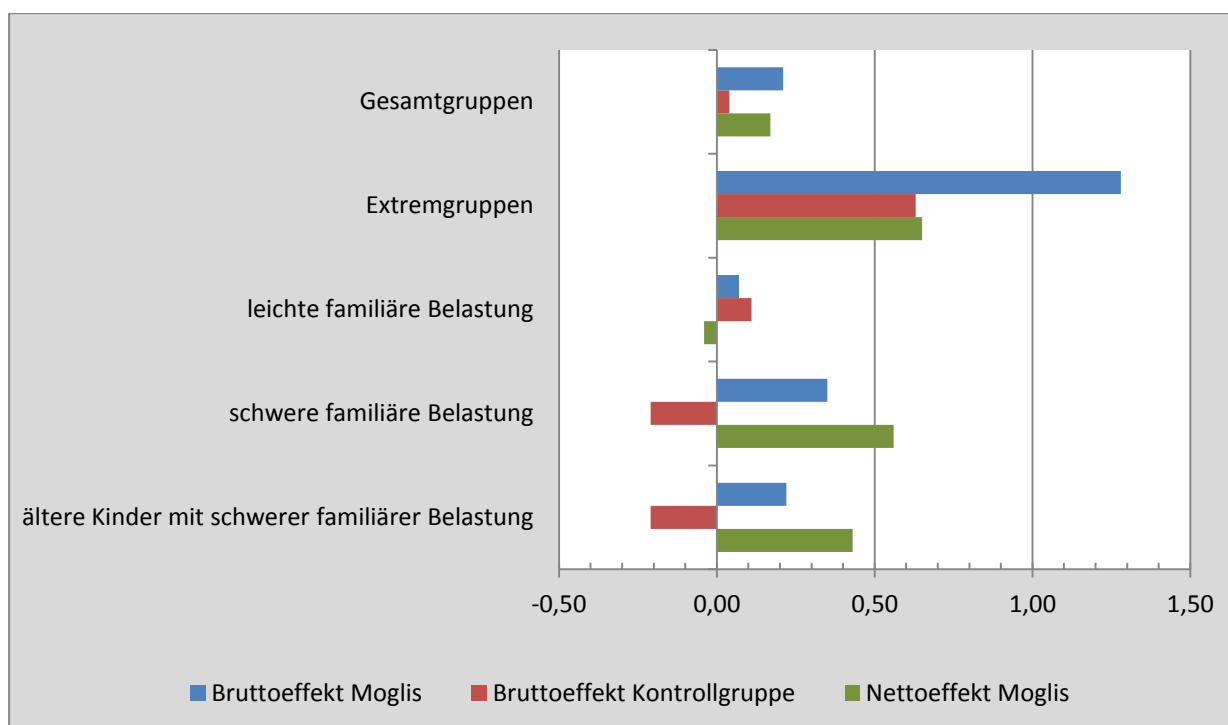


Abbildung 44. Entwicklung der Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Eine Projektteilnahme erbrachte vor allem für Moglis mit schwerer familiärer Belastung eine positive Entwicklung ihrer Konzentrationsfähigkeit (Nettoeffektstärke: $d= 0,56^{***}$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,35^{***}$), während die Konzentrationsfähigkeit während des gleichen Zeitraums in der entsprechenden Kontrollgruppe sank (Bruttoeffektstärke: $d= -0,21$). Dieses Ergebnis galt auch für die Untergruppe der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,43^*$). Für die Moglis mit leichter familiärer Belastung konnte hingegen sowohl hinsichtlich ihrer Bruttoeffektstärke ($d= 0,07$) wie auch ihrer Nettoeffektstärke ($d= -0,04$) im Vergleich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe keine positivere Entwicklung verzeichnet werden. Vor allem weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung erreichten eine hohe Bruttoeffektstärke ($d= 0,48^{***}$), wenn gleich auch die männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung ihre Konzentrationsfähigkeit verbessern konnten (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27$). Werden die obigen Ergebnisse bedacht ist es wenig überraschend, dass sowohl die männlichen wie auch die weiblichen Moglis mit leichter familiärer Belastung ihre Konzentrationsfähigkeit während des Projektzeitraums kaum verbessern konnten (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d= 0,09$, vgl. Tabelle 110 im Anhang).

Bei der für die *zweite Kohorte modifizierten Version* (vgl. hierzu noch einmal die Ausführungen von Kapitel 4.3.2 zur Entwicklung und Anwendung der Erhebungsinstrumente) der *Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA)* von Krampen (2007) konnte sich die Gesamtgruppe der Moglis für sich genommen deutlich verbessern

(Bruttoeffektstärke: $d= 0,62^{***}$). Eine positive Weiterentwicklung an sich entsprach erwartungsgemäßen, altersbedingten Reifungsprozessen, wie sie auch für die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,31^*$) beobachtet werden konnten. Im Sinne der Annahme eines zusätzlichen Mehrwerts durch die Teilnahme am Mentorenprogramm *Balu und Du* fiel die Steigerung hinsichtlich der mit der KKA gemessenen, kurzzeitigen Konzentrationsfähigkeit für die Moglis im Vergleich somit höher aus (Nettoeffektstärke: $d= 0,31$). Dieses Phänomen konnte für die Extremgruppen derjenigen Moglis und derjenigen Kinder aus der Kontrollgruppe mit zu t_1 besonders niedrigen Konzentrationswerten sogar in noch etwas höherem Ausmaße bestätigt werden (Nettoeffektstärke: $d= 0,47$). Während sich die Moglis mit besonders niedrigen Konzentrationswerten zu t_1 um $d= 1,50^{***}$ (Bruttoeffektstärke) verbessern konnten, konnte dies die entsprechende Subgruppe der Kontrollgruppe nur um $d= 1,03^{***}$ (Bruttoeffektstärke).

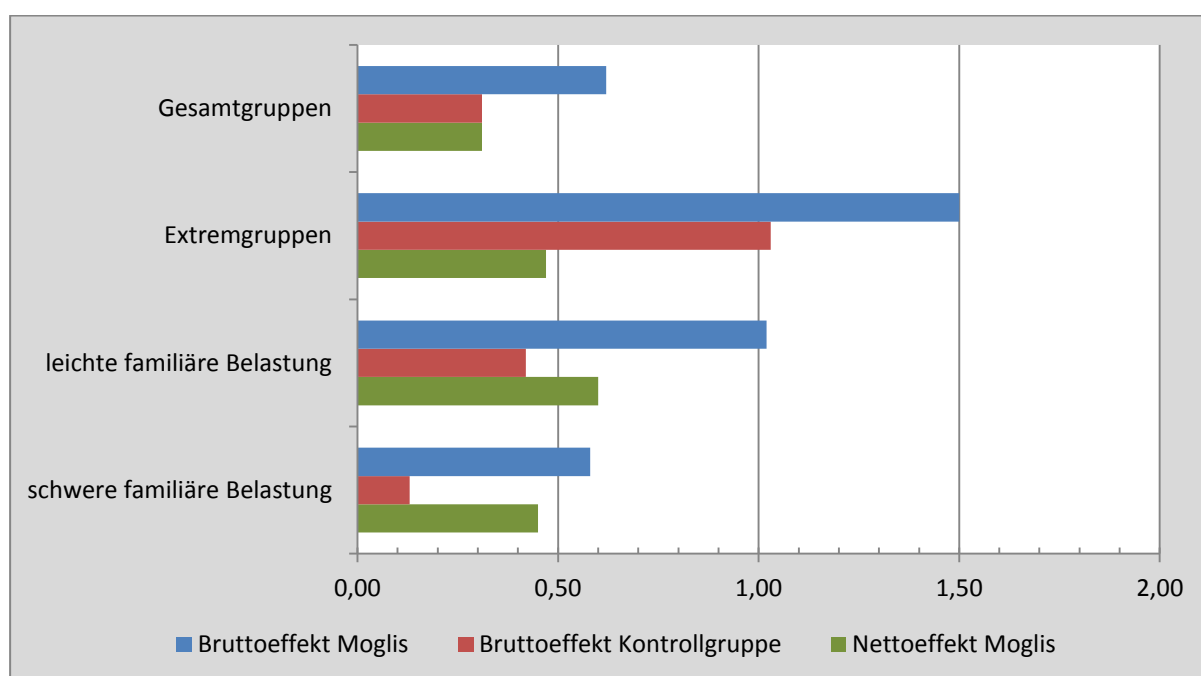


Abbildung 45. Entwicklung der modifizierten KKA (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Eine positivere Entwicklung konnte zudem sowohl bei dem Vergleich von Moglis und Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung, wie auch, in noch stärkerem Maße, für den Vergleich von Moglis und Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung für die Treatmentgruppe beobachtet werden. Moglis mit schwerer familiärer Belastung verbesserten ihre Konzentrationsfähigkeit um $d= 0,58^{**}$ (Bruttoeffektstärke) und Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung um $d= 0,13$ (Bruttoeffektstärke). Dies entsprach einer Nettoeffektstärke von $d= 0,45$. Die Konzentrationsfähigkeit steigerte sich bei den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung um $d= 0,42^{**}$ (Bruttoeffektstärke) und bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung sogar um $d= 1,02^{***}$

(Bruttoeffektstärke), so dass sich die entsprechende Nettoeffektstärke auf $d = 0,60^*$ belief (vgl. Abbildung 45 und Tabelle 111 im Anhang).

5.2.3 Empathiefähigkeit

Eine Reliabilitätsüberprüfung der aus dem Inventar zur Erfassung von *Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE)*⁸⁹ für die älteren Kinder entnommene Skala zur *Empathiefähigkeit* ergab ein $\alpha = 0,819$ für die erste und ein $\alpha = 0,815$ für die zweite Erhebungswelle bei den Mädchen. Damit lagen die erzielten Reliabilitäten in beiden Erhebungswellen deutlich über dem für die Eichstichprobe angegebenen Wert von $\alpha = 0,770$ für Mädchen. Für die Jungen lagen die Reliabilitäten in der ersten Erhebungswelle bei $\alpha = 0,894$ und in der zweiten bei $\alpha = 0,869$. Auch diese erreichten Reliabilitäten lagen eher über dem Niveau der für die Testentwicklung herangezogenen Eichstichprobe von $\alpha = 0,860$ für Jungen (vgl. Stadler et al. 2004, S. 25).

Die weiblichen *Moglis* konnten sich gegenüber den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer *Empathiefähigkeit* während des Projektzeitraums um einiges stärker verbessern (Nettoeffektstärke: $d = 0,66^{***}$). Während die weiblichen *Moglis* ihre Empathiefähigkeit insgesamt beträchtlich steigern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = 0,49^{***}$), sank die Empathiefähigkeit der Mädchen aus der Kontrollgruppe leicht ab (Bruttoeffektstärke: $d = -0,17$). Die Mittelwerte der weiblichen Kinder aus der *Mogli*- wie auch aus der Kontrollgruppe lagen hierbei zu beiden Erhebungswellen fast auf dem Niveau des Normwerts (*Moglis*: $M_1 = 49,17$, $SD_1 = 9,98$) bzw. über dem Niveau des Normwerts (*Moglis*: $M_2 = 54,03$, $SD_2 = 9,72$ und Kontrollgruppe: $M_1 = 53,60$, $SD_1 = 10,48$ / $M_2 = 51,92$, $SD_2 = 9,25$). Auch im Extremgruppenvergleich derjenigen Mädchen aus der Treatment- und der Kontrollgruppe, die zu Projektbeginn besonders niedrige Empathiewerte aufwiesen ($T\text{-Wert} \leq 45$), schnitten diejenigen Mädchen, die am Projekt teilnahmen, gegenüber der Kontrollgruppe leicht besser ab (Nettoeffektstärke: $d = 0,15$). Während für die *Moglimädchen* eine Bruttoeffektstärke von $d = 1,09^{**}$ gemessen werden konnte, lag die Bruttoeffektstärke für die Extremgruppe der Kontrollgruppe bei $d = 0,94^{**}$. Bei den weiblichen *Moglis* wurde eine diametrale Entwicklung bei den Mädchen mit leichter familiärer Belastung gegenüber den Mädchen mit schwerer familiärer Belastung deutlich - während die Empathiefähigkeit der weiblichen *Moglis* mit leichter familiärer Belastung während des Projektzeitraums selbst nur leicht zunahm (Bruttoeffektstärke: $d = 0,15$) und sich im Vergleich zu den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe sogar negativ entwickelte (Nettoeffektstärke: $d = -0,09$), konnten sich die weiblichen *Moglis* mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 1,61^{***}$)

⁸⁹ Die Skala zur Empathiefähigkeit wurde für Kinder von neun bis 14 Jahren entwickelt. Deswegen erhielten in dieser Untersuchung nur Kinder diesen Fragebogen, die zu dem entsprechenden Zeitpunkt mind. acht Jahre alt und damit zum Zeitpunkt des zweiten Erhebungszeitpunkts voraussichtlich neun Jahre alt waren. Die jüngeren Kinder, die zum Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle sechs bis sieben Jahre alt waren, nahmen stattdessen an einem Konzentrationstest für jüngere Kinder (der Kaseler Konzentrationstest) teil.

gegenüber den weiblichen Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung deutlich positiver entwickeln. Dies konnte zum einen auf die deutlich sinkende Empathiefähigkeit dieser Subgruppe weiblicher Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,91^*$) zurückgeführt werden, zum anderen aber auch auf die stark angestiegene Empathiefähigkeit der familiär schwer belasteten weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,70^{***}$, vgl. Abbildung 46 und Tabelle 112 im Anhang).

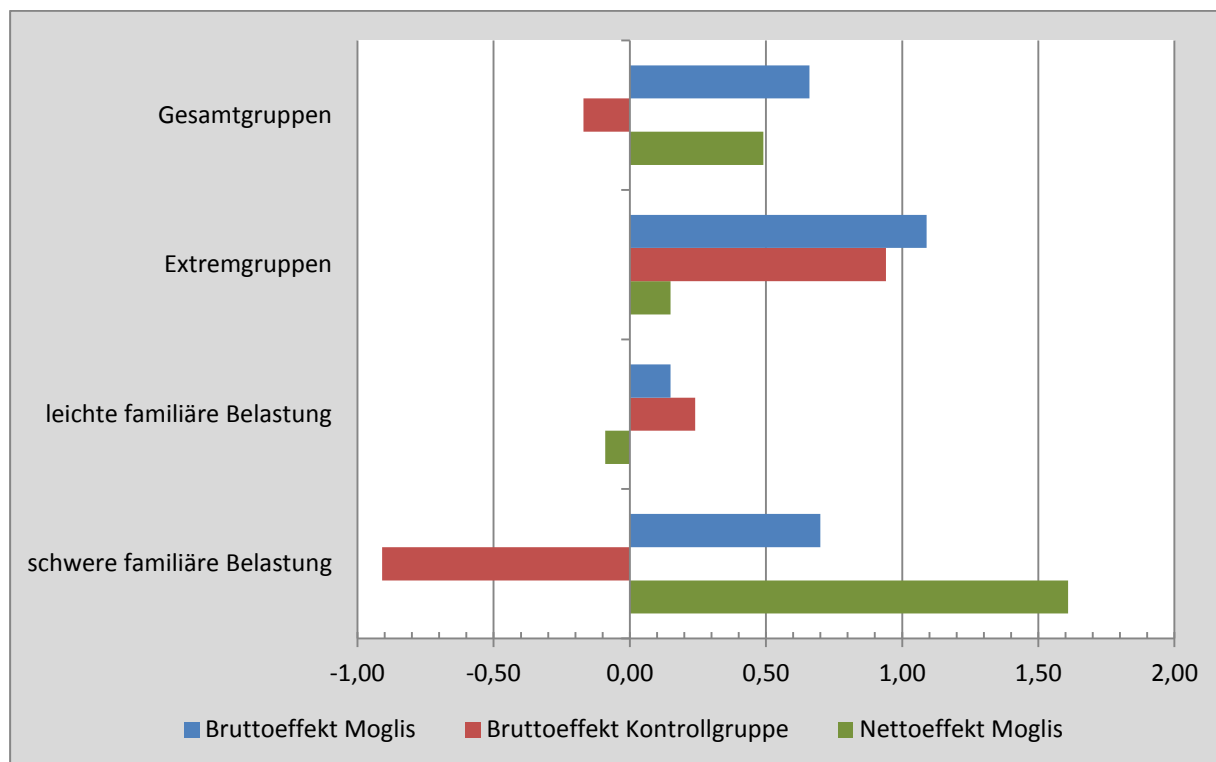


Abbildung 46. Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder bei den Mädchen.

Das Niveau der Empathiefähigkeit bei den weiblichen Moglis mit leichter familiärer Belastung lag zudem bereits zu t_1 über dem Normwert der Eichstichprobe ($M_1 = 51,33$, $SD_1 = 12,27$) und konnte noch leicht gesteigert werden ($M_2 = 52,78$, $SD_2 = 5,51$). Die weiblichen Kinder der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung waren zu t_1 im Durchschnitt bereits weniger empathisch ($M_1 = 49,28$, $SD_1 = 12,92$), steigerten sich jedoch auf ein fast auf dem der Moglis liegendes Niveau ($M_2 = 52,06$, $SD_2 = 10,41$). Bei den Mädchen mit schwerer familiärer Belastung lag der Mittelwert der Mädchen aus der Kontrollgruppe zunächst weit über dem Normwert ($M_1 = 59,50$, $SD_1 = 5,89$), um dann auf ein immer noch darüber liegendes Niveau abzusinken ($M_2 = 52,42$, $SD_2 = 9,32$). Die weiblichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung lagen zunächst hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit unter dem Niveau des Normwerts ($M_1 = 48,43$, $SD_1 = 9,53$), um dann einen im Durchschnitt um eine halbe Standardabweichung vom Normwert höheren T-Wert zu erreichen ($M_2 = 55,26$, $SD_2 = 9,92$).

Der durchschnittliche T-Wert für die *Empathiefähigkeit* lag für die Gruppe der *männlichen Moglis* zum ersten Erhebungszeitpunkt (t_1) fast auf dem Niveau des Normwertes ($M_1= 49,83$, $SD_1= 12,58$). Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle (t_2) lag der durchschnittliche T-Wert für die *Empathiefähigkeit* dann deutlich über dem Normwert ($M_2= 52,47$, $SD_2= 11,34$); dies galt für die männlichen Kinder der Kontrollgruppe sowohl für die erste ($M_1= 55,13$, $SD_1= 10,33$) wie auch für die zweite Erhebungswelle ($M_2= 52,52$, $SD_2= 11,00$). Die Gesamtgruppe der männlichen Moglis konnte ihre *Empathiefähigkeit* jedoch vom Zeitpunkt der ersten Erhebungswelle bis zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle leicht verbessern (Bruttoeffektstärke: $d= 0,22$), während die *Empathiefähigkeit* der männlichen Kinder der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum leicht sank (Bruttoeffektstärke: $d= -0,24^*$). Hieraus ergab sich eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,46^{**}$ für die männliche Treatmentgruppe.

Ein spezifischer Extremgruppenvergleich für die Entwicklung der *Empathiefähigkeit* bei denjenigen Jungen, die zu t_1 über eine besonders niedrige *Empathiefähigkeit* verfügten (T-Wert ≤ 48), erbrachte sowohl für die Jungen der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,33$) wie auch die Jungen der Treatmentgruppe eine Steigerung der *Empathiefähigkeit* bis zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle t_2 , welche für die männlichen Moglis jedoch noch um einiges höher ausfiel (Bruttoeffektstärke: $d= 1,18^{***}$) und so eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,85^{**}$ ergab (vgl. Abbildung 47 und Tabelle 113 im Anhang).

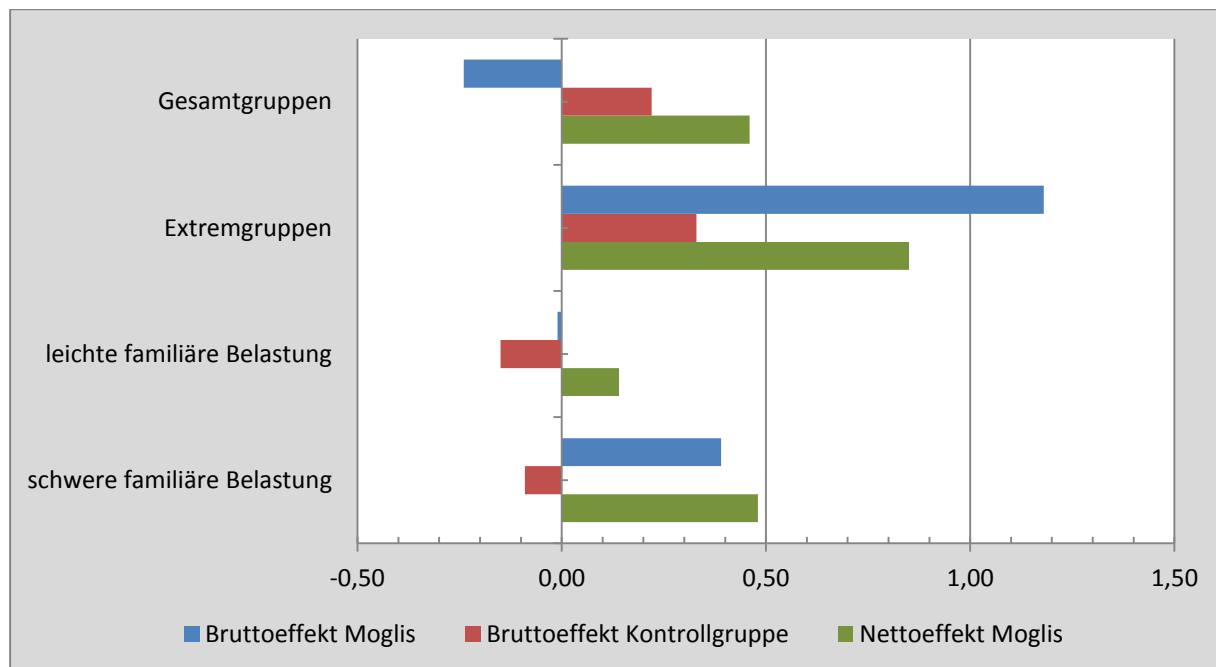


Abbildung 47. Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder bei den Jungen.

Männliche Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung verzeichneten hinsichtlich ihrer *Empathiefähigkeit* eine positivere Entwicklung gegenüber den jeweiligen Subgruppen männlicher Kinder der Kontrollgruppe mit leichter und mit schwerer familiärer

Belastung. Zwar konnten die männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung ihre Empathiefähigkeit während des Projektzeitraums nicht steigern (Bruttoeffektstärke: $d = -0,01$), da die Empathiefähigkeit der männlichen Kinder der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung jedoch zeitgleich sank (Bruttoeffektstärke $d = -0,15$), resultierte hieraus eine tendenziell positive Nettoeffektstärke für die Treatmentgruppe ($d = 0,14$). Bei den männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung lag die durchschnittliche Empathiefähigkeit zu beiden Erhebungszeitpunkten leicht über dem Normwert ($M_1 = 50,78$, $SD_1 = 10,65$ / $M_2 = 50,70$, $SD_2 = 10,42$); bei den Jungen mit leichter familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe sank der Mittelwert jedoch von einem zunächst leicht über dem Normwert liegenden auf einen leicht unter dem Normwert liegenden Mittelwert ab ($M_1 = 51,73$, $SD_1 = 12,17$ / $M_2 = 49,87$, $SD_2 = 11,97$).

Bei den männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung zeigten sich deutliche Unterschiede zu den männlichen Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,48$), da die Empathiefähigkeit der Treatmentgruppe in diesem Zeitraum anstieg (Bruttoeffektstärke: $d = 0,39$), während sie für die Kinder der Kontrollgruppe leicht sank (Bruttoeffektstärke: $d = -0,09$). Trotz absinkender Empathiefähigkeit bei den Jungen aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung blieb die Empathiefähigkeit immer noch auf einem erstaunlich hohen Niveau ($M_1 = 58,06$, $SD_1 = 6,33$ / $M_2 = 57,44$, $SD_2 = 7,91$); bei den männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnte ein zunächst unter dem Normwert liegender Mittelwert ($M_1 = 48,11$, $SD_1 = 14,13$) auf einen deutlich über dem Normwert liegenden Mittelwert ($M_2 = 53,44$, $SD_2 = 13,40$) ausgebaut werden.

Die Annahme einer positiveren Entwicklung der Treatmentgruppe bei einem stärkeren gegenüber einem leichteren Einfluss des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ konnte sowohl *für männliche Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung* bestätigt werden – so entwickelte sich die Empathiefähigkeit der männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung und leichterem Einfluss der Mentorenbeziehung rückläufig (Bruttoeffektstärke: $d = -0,26$), während sie in der Gruppe mit stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung deutlich anstieg (Bruttoeffektstärke: $d = 0,35$). Männliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten ihre Empathiefähigkeit auch bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung steigern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,33$); ein stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung führte jedoch auch hier zu einem stärkeren Anwachsen ihrer Empathiefähigkeit von t_1 zu t_2 (Bruttoeffektstärke: $d = 0,59$, vgl. Abbildung 48 und Tabelle 114 im Anhang).

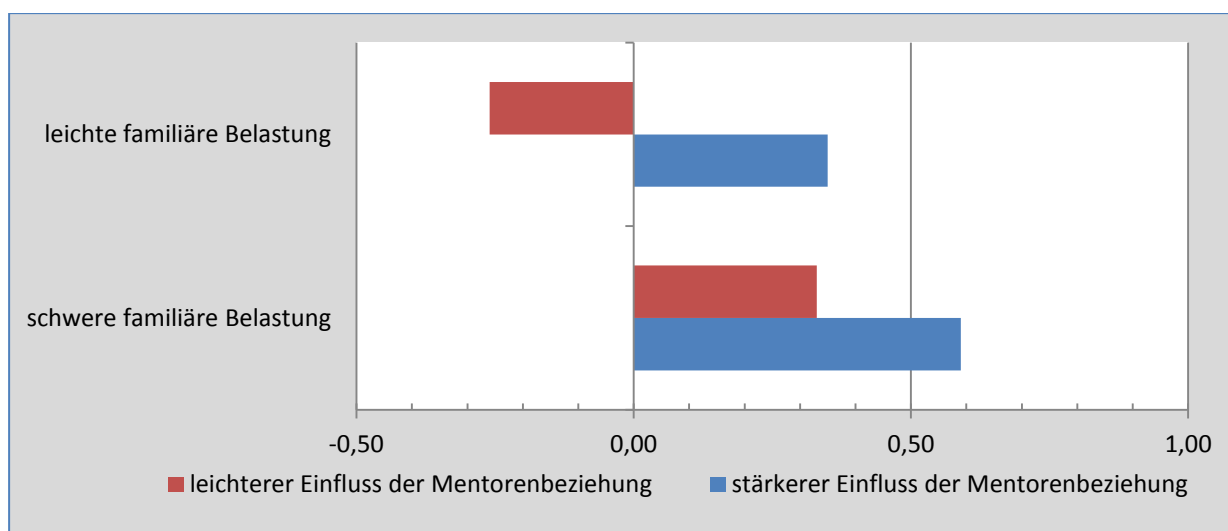


Abbildung 48. Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für männliche Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Dieses Phänomen war bei den weiblichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung noch deutlich stärker ausgeprägt – zwar konnten die weiblichen Moglis mit leichtem Einfluss der Mentorenbeziehung ihre Empathiefähigkeit leicht verbessern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$), dieses Ergebnis wurde jedoch durch die sehr positive Entwicklung (Bruttoeffektstärke: $d = 1,10^{***}$) der weiblichen Moglis mit einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung noch deutlich überflügelt (vgl. Abbildung 49 und Tabelle 115 im Anhang).⁹⁰

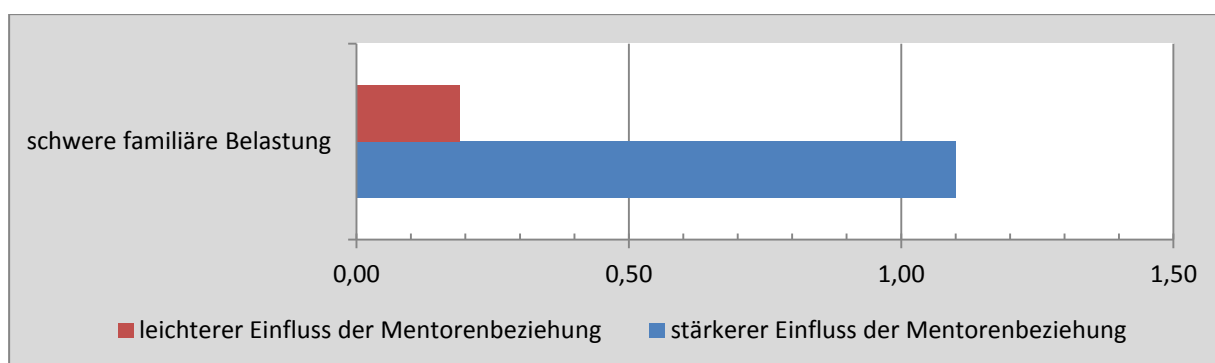


Abbildung 49. Entwicklung der Dimension „Empathiefähigkeit“ für weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

5.2.4 Konfliktlösungskompetenz, Frustrationstoleranz und Bewältigungsstrategien bei Trauer und negativen Gefühlen

Um mehr Informationen über die Konfliktlösungskompetenz, die Frustrationstoleranz und die Bewältigungsstrategien der Kinder im Umgang mit Trauer und negativen Gefühlen zu erfahren, wurde den LehrerInnen die Frage gestellt, inwieweit die Kinder „Konflikte mit

⁹⁰ Gruppenunterschiede für die unterschiedliche Wirkung der Mentorenbeziehung auf weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen ($n < 5$) nicht berechnet werden.

anderen Kindern positiv lösen konnten“. Hierbei konnte weder für die Kinder der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,07$) noch für die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,05$) eine nennenswerte Besserung während des Projektzeitraums festgestellt werden. Bei den Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders niedrige Kompetenzen bei dem positiven Lösen von Konflikten mit anderen Kindern aufwiesen, entwickelten sich die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,83^{***}$) im Vergleich etwas günstiger als die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,68^{***}$). Ein Vergleich der Subgruppen von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung brachte insbesondere für Moglis mit schwerer familiärer Belastung leicht positivere Ergebnisse (Nettoeffektstärke: $d= 0,30$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,20$) gegenüber den schwer familiär belasteten Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,10$). Auch bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung fiel die Entwicklung für die Moglis (Nettoeffektstärke: $d= 0,10$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,02$) geringfügig besser aus als bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,08$, vgl. Tabelle 116 im Anhang).

Auch wurde den KlassenlehrerInnen die Frage gestellt, *ob das Kind frustrationstolerant war*. Diesbezüglich erzielten die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums insgesamt etwas bessere Ergebnisse. Während sich die Kinder der Kontrollgruppe nicht weiterentwickeln konnten (Bruttoeffektstärke: $d= 0,00$), konnten die Moglis ihren Wert eher steigern (Nettoeffektstärke und Bruttoeffektstärke: $d= 0,09$). Diese bereits tendenziell für die Treatmentgruppe sprechende Entwicklung wurde durch einen Vergleich der beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn besonders wenig frustrationstolerant gewesen waren, bestätigt. So konnten sich die Moglis um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,93^{***}$ steigern, so dass sich nach Subtraktion der Bruttoeffektstärke der Kinder aus der Kontrollgruppe ($d= 0,67$)^{***} eine leicht positive Nettoeffektstärke von $d= 0,26$ für die Treatmentgruppe ergab. Während sich bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung - wie bereits bei dem Vergleich der Gesamtgruppen - nur eine minimal bessere Entwicklung für die Moglis ermitteln ließ (Nettoeffektstärke: $d= 0,09$), konnten sich insbesondere Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= 0,43^{**}$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,23^*$) hinsichtlich ihrer Frustrationstoleranz gegenüber der Vergleichskontrollsubgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,20$) positiv weiterentwickeln (vgl. Abbildung 50 und Tabelle 117 im Anhang).

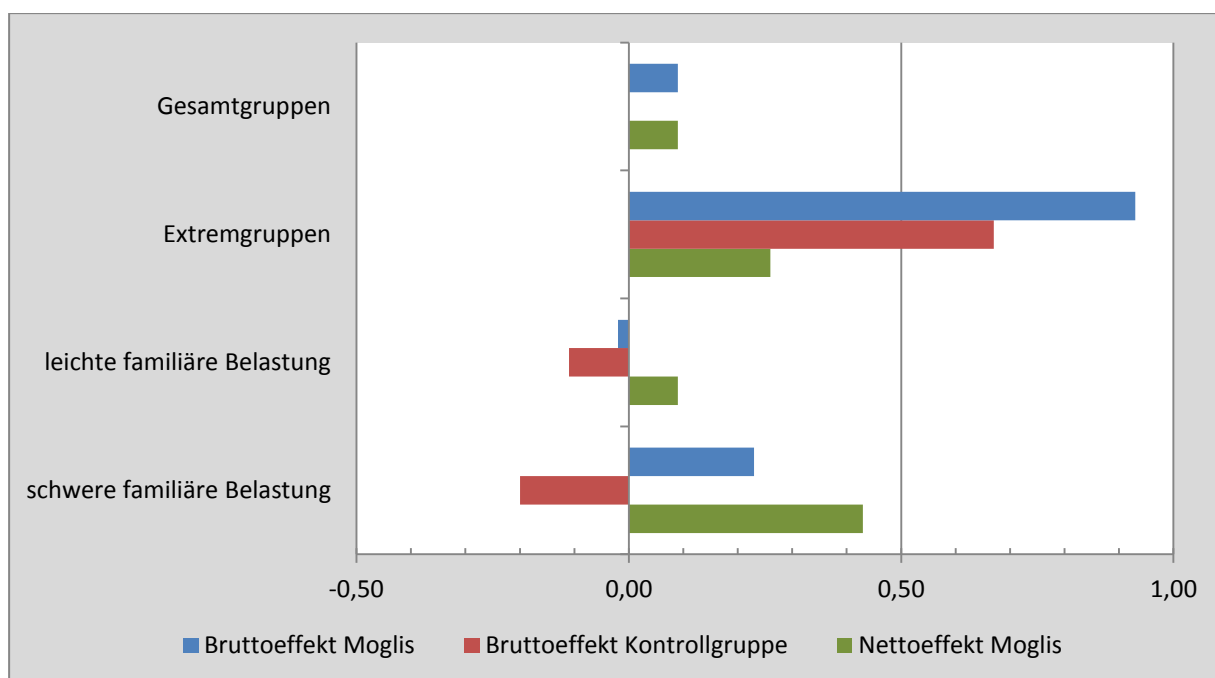


Abbildung 50. Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind frustrationstolerant?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Um mehr über die *Bewältigungsstrategien der Kinder bei Trauer und negativen Gefühlen* zu erfahren, wurden sie gebeten, sich vorzustellen, dass sie generell traurig wären bzw. dass ein anderes Kind sie geärgerte hätte und sie deswegen traurig wären. Sie sollten dann angeben, was sie machen würden, damit es ihnen wieder besser geht. Zur Auswahl standen zwölf mögliche Antworten wie bspw. „fernsehen“, „essen“, „mit jemandem aus der Familie darüber sprechen“ oder „nach draußen gehen und spielen“. Mehrfachantworten waren möglich. Ein Vergleich der entsprechenden Antworten von den Moglis und den Kindern der Kontrollgruppe machte deutlich, dass die Kinder der Treatmentgruppe insgesamt deutlich häufiger die Möglichkeit des Fernsehens (34,5% zu t_1 und 32,8% zu t_2) sowie die Möglichkeit des Computerspielens (39,6% zu t_1 und 31,3% zu t_2) in Erwägung zogen als die Kinder der Kontrollgruppe (Fernsehen t_1 und t_2 = 18,1%, Computer spielen t_1 = 25,8% und t_2 = 24,5%), wobei dieser Anteil jedoch auch leicht abnahm (vgl. Tabelle 118 im Anhang). Dies galt auch für einen Vergleich der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe für Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung (vgl. Tabelle 119 und 120 im Anhang). Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung nahm der Anteil an Kindern, welche die Option „Fernsehen“ wählten bei den Kindern der Kontrollgruppe sogar zu (19,9% zu t_1 und 27,0% zu t_2), auch wenn sie nicht das Niveau der Moglis mit schwerer familiärer Belastung (36,2% zu t_1 und 32,8% zu t_2) erreichten. Ebenfalls deutlich seltener wurde von den Moglis die Möglichkeit des Lesens in Erwägung gezogen – dies galt nicht nur für einen Vergleich der Gesamtgruppen (Moglis t_1 = 33,8%, t_2 = 34,4%, Kontrollgruppe t_1 = 45,2%, t_2 = 40,0%), sondern auch für den Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung (Moglis t_1 = 34,5%, t_2 = 31,5%,

Kontrollgruppe t_1 und $t_2= 41,4\%$). Während die Angabe dieser Möglichkeit bei den Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung jedoch deutlich abnahm ($t_1= 48,6\%$, $t_2= 29,7\%$), konnte eine Zunahme bei den Kindern der Treatmentgruppe mit schwerer familiärer Belastung ($t_1= 30,4\%$, $t_2= 37,7\%$) beobachtet werden. Zudem wählten die Moglis häufiger die Antwortkategorie „essen“, um sich zu trösten, als die Kinder der Kontrollgruppe. Auch wenn die Angabe dieser Antwortkategorie sowohl bei der Gesamtgruppe der Moglis ($t_1= 26,6\%$, $t_2= 19,8\%$), der Moglis mit leichter ($t_1= 23,6\%$, $t_2= 16,7\%$) wie auch mit schwerer familiärer Belastung ($t_1= 30,4\%$, $t_2= 23,0\%$) abnahm, übertrafen die Werte die der Kinder aus der Kontrollgruppe (bei denen auch eine Abnahme zu beobachten war). Dafür suchten die Kinder der gesamten Treatmentgruppe sowie mit leichter familiärer Belastung jedoch vor allem zum Zeitpunkt t_2 deutlich häufiger soziale Unterstützung bei ihrer Familie und ihren LehrerInnen – einzig bei der sozialen Unterstützung von Freunden lagen die Werte der Gesamtgruppe der Moglis ($t_1= 24,5\%$, $t_2= 38,9\%$) gegenüber denjenigen der Kinder aus der Kontrollgruppe ($t_1= 33,5\%$, $t_2= 41,9\%$) zurück, auch wenn sie während des Projektzeitraums stark zunahm. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung übertrafen auch die Angaben zu den Freunden ($t_1= 23,2\%$, $t_2= 37,7\%$) die der äquivalenten Kinder aus der Kontrollgruppe zum Projektende – auch nahm der entsprechende Anteil in der Kontrollgruppe stark ab ($t_1= 40,5\%$, $t_2= 29,7\%$). Auffällig war zudem der hohe Anteil an Moglis, die in solchen Situationen beim nächsten Treffen mit ihrem Balu darüber sprechen wollten – der bereits hohe Anteil zu t_1 ($42,4\%$) nahm hierbei noch bis zum Zeitpunkt t_2 ($45,8\%$) leicht zu. Dabei waren es noch stärker die Kinder mit leichter familiärer Belastung ($t_1= 47,3\%$, $t_2= 55,6\%$), die den Kontakt zu ihrem Balu suchten, als bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung ($t_1= 39,1\%$, $t_2= 39,3\%$). Doch auch bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung wurde diese Möglichkeit noch etwas häufiger in Erwägung gezogen als das Gespräch mit Freunden ($t_1= 23,2\%$, $t_2= 37,7\%$) oder mit LehrerInnen ($t_1= 29,0\%$, $t_2= 36,1\%$), obwohl beides während des Projektzeitraums ebenfalls zunahm.

Eine ebenfalls interessante Randfrage war, *inwiefern die Kinder Emotionen zeigten*, wenn etwas schief gelaufen war (z.B. eine Klassenarbeit). Insbesondere zum Zeitpunkt t_2 konnten hierbei den Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 24,5\%$, $t_2= 32,6\%$) zu einem größeren Anteil „immer“ oder „oft“ bei solchen Gelegenheiten Gefühle angemerkt werden als den Kindern der Treatmentgruppe ($t_1= 25,0\%$, $t_2= 29,7\%$) – dies galt auch bei einem vergleichenden Blick auf die Subgruppen von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung (vgl. Tabelle 121, 122 und 123 im Anhang).

5.2.5 Realistische Selbsteinschätzung allgemein und in Schule und Sport

Zur allgemeinen Erfassung der *realistischen Selbsteinschätzung der Kinder* wurden die Antworten von elf Fragen in der ersten wie auch in der zweiten Kohorte, die sowohl im Lehrer- wie auch im Kinderfragebogen in ähnlicher Weise gestellt worden waren, miteinander verglichen. Unter der Prämisse, dass die KlassenlehrerInnen als Erwachsene zum einen bereits besser in der Lage wären, adäquate und valide Antworten auf Fragen wie der Leistungsfähigkeit im Sportunterricht geben zu können sowie zum anderen die soziale Erwünschtheit bei den Antworten der KlassenlehrerInnen geringer ausfallen würde, wurden die Abweichungen zwischen den Antworten der Kinder und ihrer KlassenlehrerInnen erfasst. Beispielweise wurden die Kinder gefragt, ob sie in der letzten Woche „gut aufpassen“ konnten. Im Lehrerfragebogen fand sich als Pendant die Frage: „Konnte sich das Kind im Unterricht gut konzentrieren?“ Antworteten die Kinder und die LehrerInnen auf der fünfstufigen Likert-Skala in gleicher Manier, d.h. gaben beide z.B. die höchste Antwortkategorie („immer“) an, waren dies null Abweichungen. Auf der anderen Seite war es möglich, dass die Wahrnehmung beider maximal auseinanderfiel, in dem z.B. das Kind „immer“ angab, die LehrerIn jedoch „nie“ ankreuzte und so eine Abweichung von vier Antwortkategorien (höchstmögliche Abweichung pro Einzelitem) entstand. Aufgrund der elf miteinander verglichenen Fragen konnten so, bei perfekt gleicher Antwortwahl von KlassenlehrerInnen und Kindern insgesamt null Abweichungen (null Punkte) bis zu maximal 48 Abweichungen (48 Punkte) entstehen. Während null Abweichungen in diesem theoretischen Modell für eine bestmögliche realistische Selbsteinschätzung der Kinder standen, wurden 48 Abweichungen als größtmögliche unrealistische Selbsteinschätzung eingestuft (vgl. Tabelle 124 und 125 im Anhang). Aufgrund der in beiden Kohorten etwas anders gestellten Fragen wurden für die erste und die zweite Kohorte separate kategoriale Hauptkomponentenanalysen durchgeführt. Hierbei konnten für die erste Kohorte Reliabilitäten von $\alpha = 0,645$ für die erste und $\alpha = 0,734$ für die zweite Erhebungswelle und für die zweite Kohorte Reliabilitäten von $\alpha = 0,648$ für die erste und $\alpha = 0,720$ für die zweite Erhebungswelle ermittelt werden.

Die so für die erste Kohorte gemessene Dimension der „realistischen Selbsteinschätzung“ ergab für die Gesamtgruppe der Moglis eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,10$ und für die gesamte Kontrollgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,02$. Somit fiel die entsprechende Nettoeffektstärke für die Moglis mit $d = 0,08$ nur geringfügig günstiger aus. Ähnlich verhielt es sich bei den jeweiligen Extremgruppen der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe, bei denen zu t_1 die größten Abweichungen zu den Einschätzungen ihrer KlassenlehrerInnen und damit die niedrigsten Werte hinsichtlich einer „realistischen Selbsteinschätzung“ gemessen worden waren. Beide Gruppen konnten ihre Ergebnisse in ähnlicher Weise steigern (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,53$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,44$), so dass die

hieraus resultierende Nettoeffektstärke für die Moglis zwar günstiger, aber ebenfalls sehr gering (Nettoeffektstärke: $d= 0,09$) ausfiel. Bei dem Vergleich älterer Kinder aus der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,04$) mit älteren Kindern aus der Mogligruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,15$) konnten sich die Moglis zwar nicht gut, vergleichsweise jedoch besser entwickeln (Nettoeffektstärke: $d= 0,11$). Ungünstiger als bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,24$) fielen die Ergebnisse für die Moglis allein bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung aus (Bruttoeffektstärke: $d= -0,58$). Ein Vergleich der Effektstärken für die jüngeren Kinder (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,54$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,33$) und der Effektstärken für Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,28$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,07$) bzw. älteren Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,08$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= -0,26$) erbrachte jedoch wieder positive Nettoeffektstärken zugunsten der Moglis (Nettoeffektstärke für jüngere Moglis: $d= 0,21$, Nettoeffektstärke für Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,21$ und Nettoeffektstärke für ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,34$, vgl. Abbildung 51 und Tabelle 126 im Anhang).

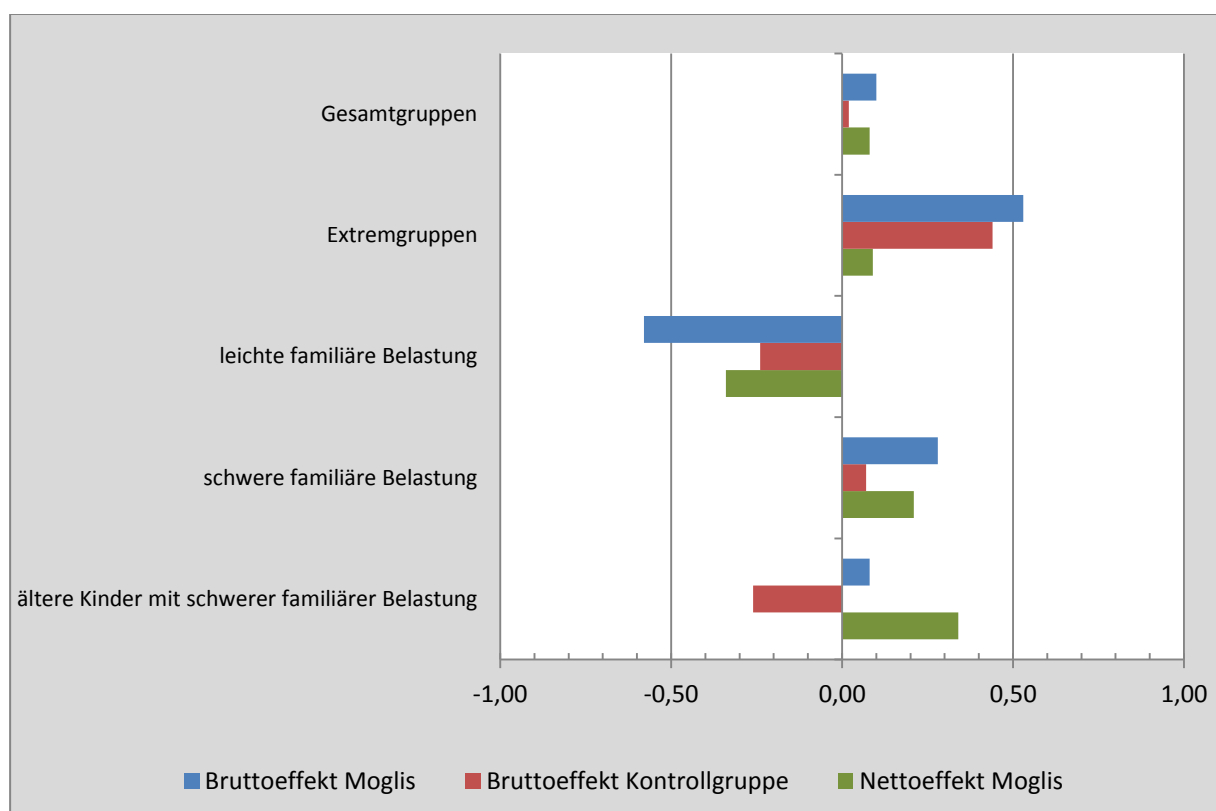


Abbildung 51. Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Innerhalb der Treatmentgruppe konnten sich weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,38$) gegenüber männlichen Moglis mit schwerer familiärer

Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$) etwas positiver entwickeln (vgl. Tabelle 127 im Anhang).⁹¹

Für die *Dimension der „realistischen Selbsteinschätzung“ für die zweite Kohorte* konnte ebenfalls eine leicht günstigere Entwicklung für die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,39^{**}$, Nettoeffektstärke: $d = 0,12$) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,27$) festgestellt werden. Auch konnten sich Moglis mit einer zu t_1 (gemessen an den Abweichungen zu den Lehrereinschätzungen) besonders unrealistischen Selbsteinschätzung stark steigern (Bruttoeffektstärke: $d = 1,34^{***}$), wurden hierbei jedoch noch von der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe übertroffen (Bruttoeffektstärke: $d = 2,08^{***}$). Jüngere Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,20$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,27$) entwickelten sich gegenüber jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,07$) noch etwas positiver, als dies bei einem Vergleich der älteren Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,10$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,47^{***}$) gegenüber den älteren Kindern der Kontrollgruppe der Fall (Bruttoeffektstärke: $d = 0,37^{**}$) war.

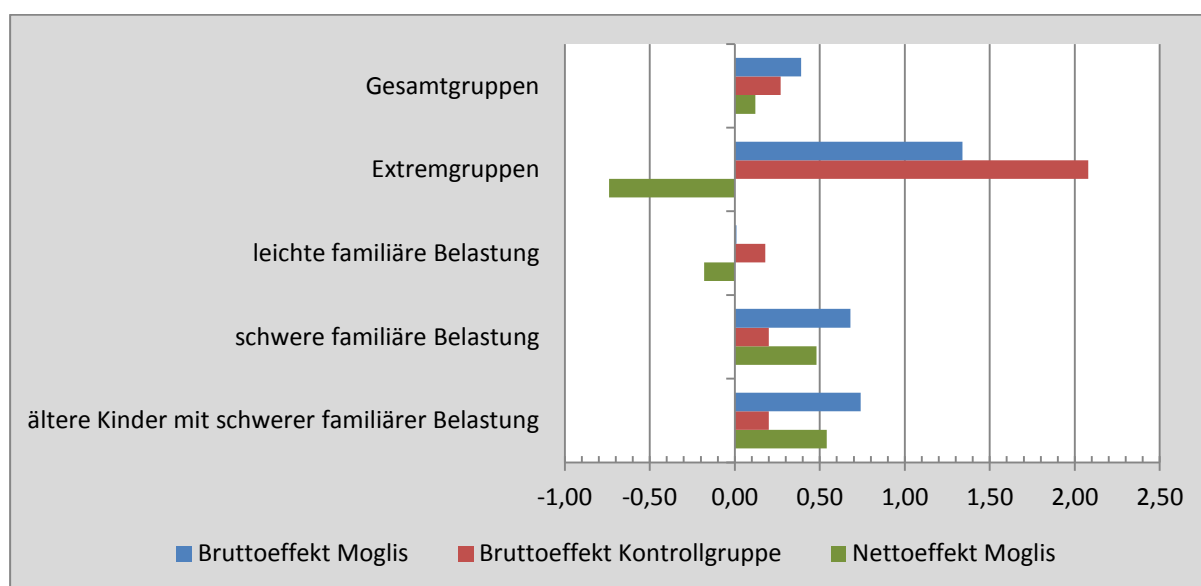


Abbildung 52. Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Während sich, wie bereits bei der Dimension der „realistischen Selbsteinschätzung“ für die erste Kohorte, Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = -0,17$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,01$) gegenüber Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18$) etwas ungünstiger entwickelten, wurden deutlich positive Nettoeffektstärken zugunsten der Moglis mit schwerer familiärer Belastung ($d = 0,48$) sowie der Teilgruppe von älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung ($d = 0,54$)

⁹¹ Gruppenunterschiede für Moglis mit leichter familiärer Belastung hinsichtlich des Geschlechts sowie hinsichtlich einer unterschiedlichen Wirkung der Mentorenbeziehung auf Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht berechnet werden.

beobachtet. Denn während Kinder mit schwerer familiärer Belastung sowie ältere Kinder mit schwerer familiärer Belastung aus der Kontrollgruppe ihre realistische Selbsteinschätzung jeweils um $d= 0,20$ (Bruttoeffektstärke) steigern konnten, lagen die Bruttoeffektstärken der Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,68^{***}$) bzw. der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,74^{***}$) deutlich höher (vgl. Abbildung 52 und Tabelle 128 und 129 im Anhang).

Männliche Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten für sich genommen ihre realistische Selbsteinschätzung leicht steigern (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27$).⁹² Bei den männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung fiel die Bruttoeffektstärke ($d= 0,44$) noch positiver aus, reichte jedoch nicht an die Bruttoeffektstärke der weiblichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung ($d= 0,88^{***}$) heran.

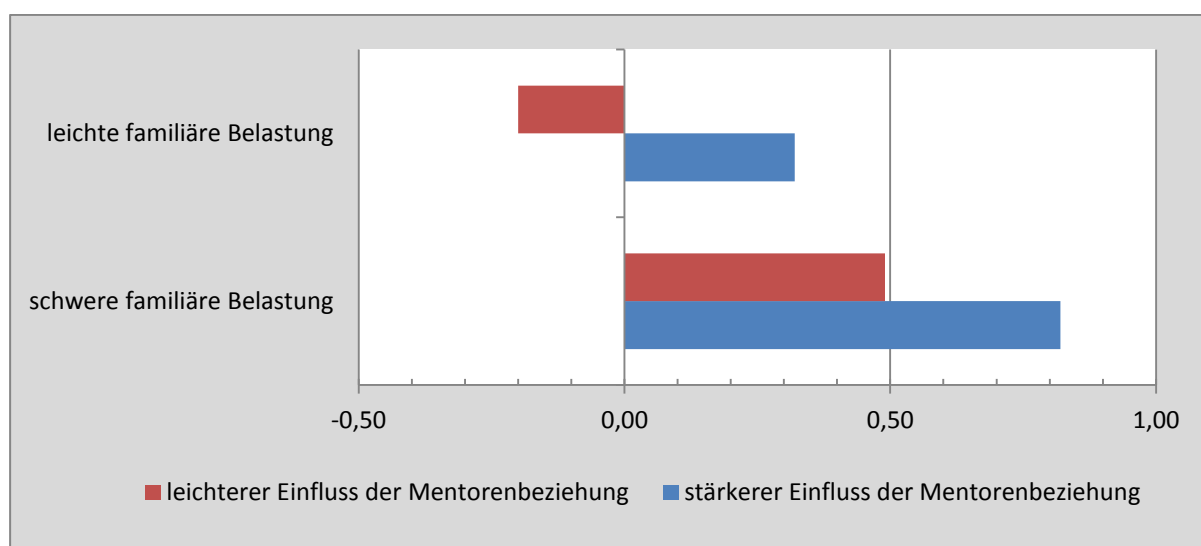


Abbildung 53. Entwicklung der Dimension „realistische Selbsteinschätzung“ (2. KH) für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten sich bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung mit Balu als sozialem Schutzfaktor verbessern (Bruttoeffektstärke: $d= 0,32$), während sie sich bei einem nur leichteren Einfluss sogar verschlechterten (Bruttoeffektstärke: $d= -0,24$). Bei einer Betrachtung der Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnte die entsprechende Subgruppe der Moglis ihre realistische Selbsteinschätzung bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung immerhin um $d= 0,49$ (Bruttoeffektstärke) steigern, während dies bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,82^{***}$) noch um einiges deutlicher der Fall war (vgl. Abbildung 53 und Tabelle 130 im Anhang).

⁹² Gruppenunterschiede für weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen ($n < 5$) nicht berechnet werden.

Die KlassenlehrerInnen wurden zudem explizit danach gefragt, *ob die Kinder ihre schulischen Leistungen im Allgemeinen realistisch einschätzten*. Wie die Auswertung dieses Einzelitems ergab, schnitt hier die Gesamtgruppe der Moglis (Nettoeffektstärke: $d= 0,17$, Bruttoeffektstärke: $d= 0,15^*$) gegenüber der gesamten Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= -0,02$) etwas besser ab. Die jeweiligen Extremgruppen derjenigen Moglis und Kinder aus der Kontrollgruppe, die ihre schulischen Leistungen zu t_1 nach Ansicht ihrer LehrerInnen nach besonders unrealistisch eingeschätzt hatten, verzeichneten große Steigerungen (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 1,22^{***}$, Bruttoeffektstärke: $d= 1,27^{***}$), die nur unwesentlich voneinander abwichen. Bei den Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung konnten jedoch positivere Entwicklungen für die Moglis festgestellt werden (Nettoeffektstärke Moglis mit leichter familiäre Belastung: $d= 0,21$, Nettoeffektstärke Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,30$); während die realistische Einschätzung bei den entsprechenden Subkontrollgruppen eher abnahm (Bruttoeffektstärke Kinder mit leichter familiärer Belastung: $d= -0,06$, Bruttoeffektstärke Kinder mit schwerer familiärer Belastung: $d= -0,20$), steigerte sich diese bei der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke Kinder mit leichter familiärer Belastung: $d= 0,15$, Bruttoeffektstärke Kinder mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,10$, vgl. Abbildung 54 und Tabelle 131 im Anhang).

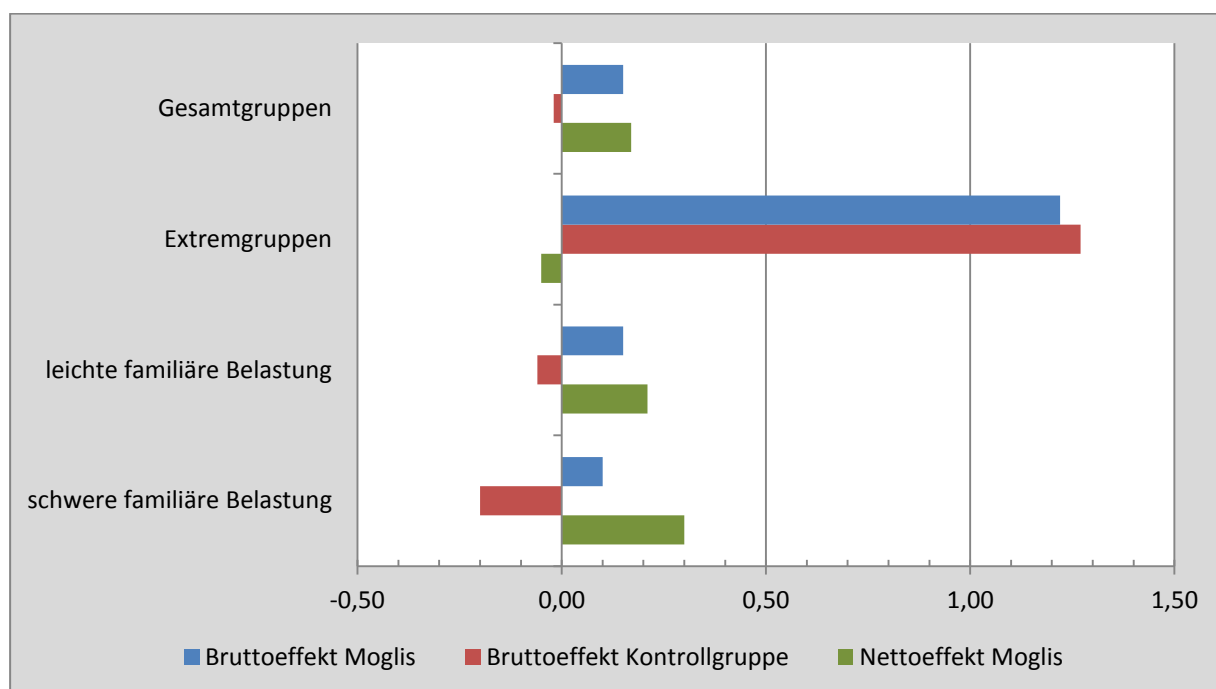


Abbildung 54. Entwicklung des Einzelitems: „Schätzt das Kind seine schulischen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Bei der an die LehrerInnen gerichteten Frage danach, *inwieweit die Kinder ihre sportlichen Leistungen im Allgemeinen realistisch einschätzen konnten*, fielen die Differenzen sogar noch deutlicher aus: Hier schnitten die Moglis sowohl beim Gesamtgruppenvergleich

(Nettoeffektstärke: $d = 0,28^{**}$) wie auch bei dem Extremgruppenvergleich (Nettoeffektstärke: $d = 0,92$) derjenigen Kinder, die ihre sportlichen Leistungen zu t_1 im Allgemeinen besonders unrealistische einschätzten, deutlich besser ab: Während sich die realistische Selbsteinschätzung der gesamten Kontrollgruppe ($d = 0,02$) nicht weiterentwickeln konnte und die Extremgruppe der Kontrollgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,96$ erreichte, lagen die entsprechenden Bruttoeffektstärken bei der Gesamtgruppe der Moglis bei $d = 0,30^{***}$ und bei der Extremgruppe der Moglis bei $d = 1,88^{***}$. Auch Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,19$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,28^*$) schätzten ihre sportlichen Leistungen im Vergleich zum Zeitpunkt t_1 zu t_2 realistischer ein, als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,09$). Übertroffen wurde dieses Resultat jedoch noch von dem Abschneiden der Moglis mit schwerer familiärer Belastung – diese konnten ihre realistische Selbsteinschätzung nicht nur *per se* deutlich steigern (Bruttoeffektstärke: $d = 0,37^{***}$), sondern schnitten auch gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,23^*$) deutlich besser ab (Nettoeffektstärke: $d = 0,60^{***}$, vgl. Abbildung 55 und Tabelle 132 im Anhang).

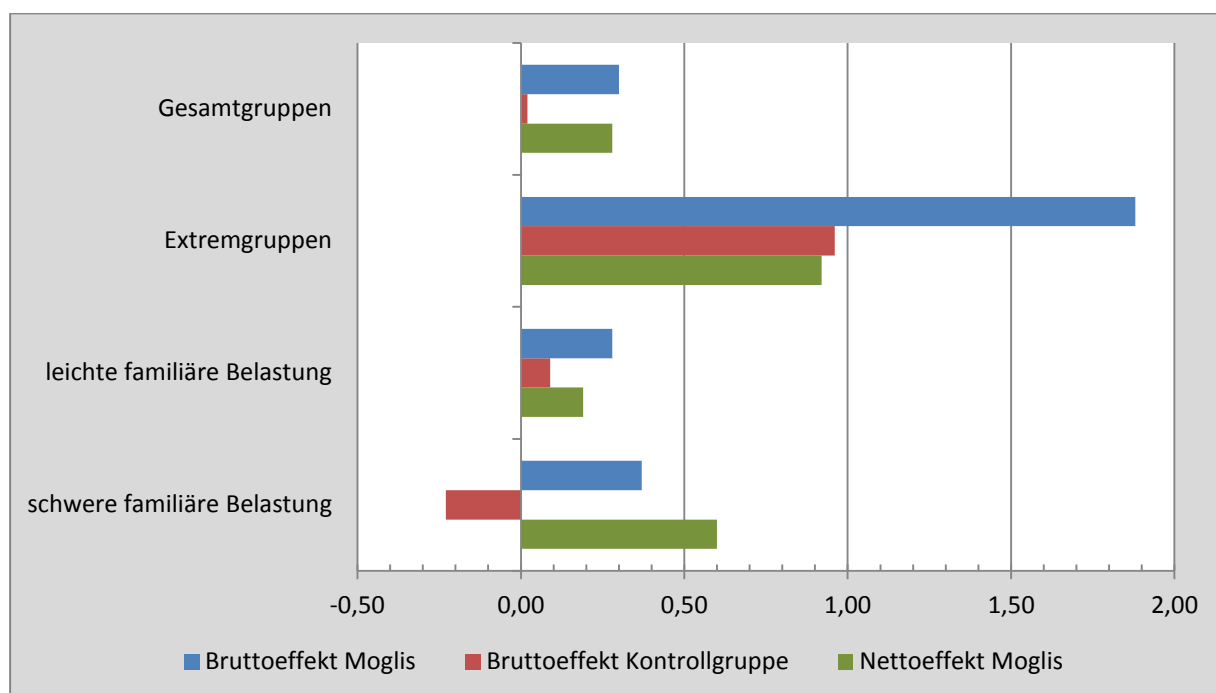


Abbildung 55. Entwicklung des Einzelitems: „Schätzt das Kind seine sportlichen Leistungen im Allgemeinen realistisch ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

5.2.6 Wissen über gesunde Ernährung als Gesundheitskompetenz

Die KlassenlehrerInnen der Kinder wurden gefragt, *wie sie die altersgemäßen Kenntnisse der Kinder bezüglich gesunder Ernährung bewerten würden*. Wie sich herausstellte, schätzten die KlassenlehrerInnen die altersgemäßen Kenntnisse der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,18^{**}$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke:

d= 0,07) ähnlich ein; tendenziell waren hierbei die altersspezifischen Ernährungskennnisse der Moglis gegenüber denen der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums jedoch etwas mehr angewachsen (Nettoeffektstärke: d= 0,11). Eine etwas stärker ausgeprägte, wenn gleich immer noch leichte Steigerung zugunsten der Moglis (Nettoeffektstärke: d= 0,22), war ebenfalls bei der Subgruppe derjenigen Moglis, mit nach Einschätzung ihrer KlassenlehrerInnen zu t_1 besonders niedrigen altersspezifischen Kenntnissen bezüglich gesunder Ernährung (Bruttoeffektstärke: d= 1,09***), gegenüber der entsprechenden Subgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: d= 0,87***), zu bemerken (vgl. Abbildung 56, Tabelle 133 im Anhang).

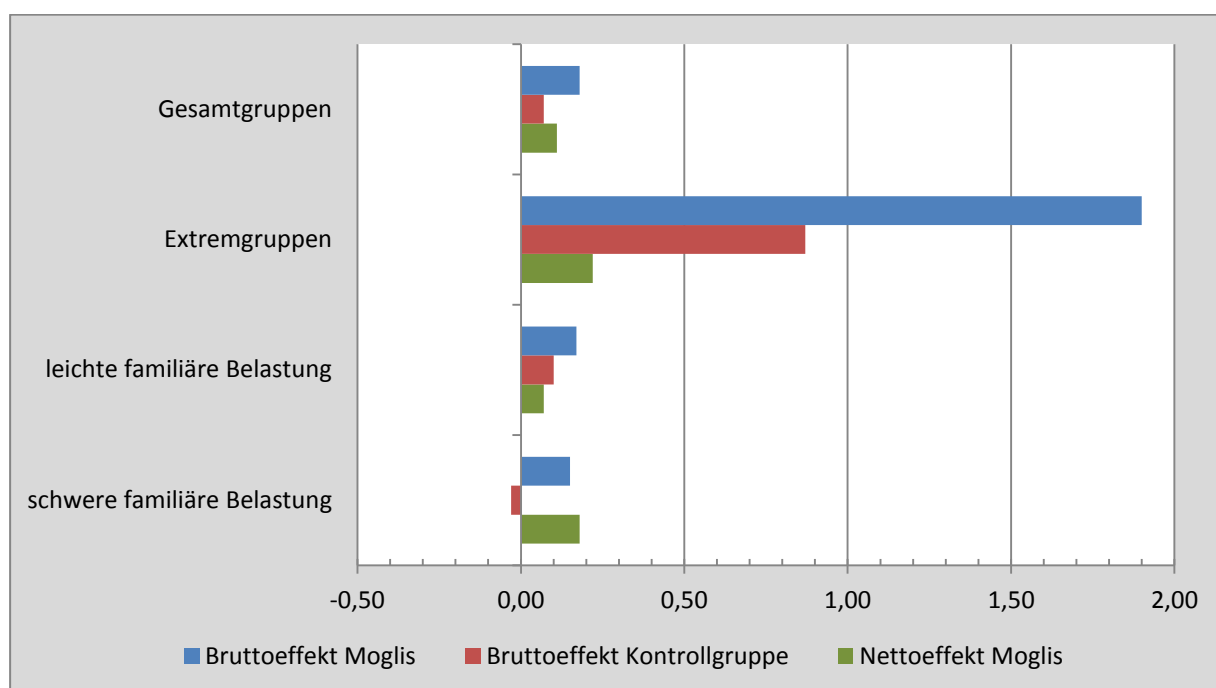


Abbildung 56. Entwicklung des Einzelitems: „Wie schätzen Sie die altersgemäßen Kenntnisse des Kindes bezüglich gesunder Ernährung ein?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Während bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung allenfalls von einer tendenziell günstigeren Entwicklung (Nettoeffektstärke: d= 0,07, Bruttoeffektstärke: d= 0,17) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: d= 0,10) gesprochen werden konnte, stellten sich bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: d= 0,18, Bruttoeffektstärke: d= 0,15) gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: d= -0,03) leichte Verbesserungen der altersgemäßen Kenntnisse bezüglich gesunder Ernährung ein.

Gefragt danach, *woran sie ihre Einschätzung hinsichtlich der altersgemäßen Kenntnisse der Kinder bezüglich gesunder Ernährung vor allem festmachten*, gaben die LehrerInnen bedauerlicherweise nur zu relativ wenigen Kindern Auskünfte. Vor allem bezogen sie sich auf Gespräche über gesunde Ernährung bzw. die Behandlung von gesunder Ernährung im

Sachunterricht. Es folgten Beobachtungen der Kinder, die vor allem während des Pausenbrots und eines gemeinsamen Frühstücks getätigt wurden. Informationen über das Elternhaus bzw. Äußerungen durch das Elternhaus waren dagegen deutlich weniger relevant (vgl. Tabelle 134 im Anhang).

Die Kinder selbst wurden mit der offenen Frage „*Was sollten Kinder essen damit sie gesund bleiben?*“ zu dem Thema interviewt. Mit weitem Abstand am häufigsten genannt wurden sowohl von den Moglis wie auch von der Kontrollgruppe „Obst“ und „Gemüse“. Während die Kinder der Kontrollgruppe beide Lebensmittelgruppen bereits zu t_1 in hohem Maße nannten (Obst: 80,7%, Gemüse: 64,7%), erhöhte sich dieser prozentuale Anteil bis zu t_2 jedoch nicht mehr (Obst: 81,7%, Gemüse: 64,7%). Bei den Moglis wurde hingegen eine deutliche Steigerung sichtbar – sie nannten Obst zu t_1 nur in 69,5% der Fälle und Gemüse in 56,7% der Fälle. Beide Lebensmittelgruppen wurden zu t_2 jedoch von ca. 10% der Moglis mehr genannt (Obst: 78,9%, Gemüse: 69,2%). Weitere Antworten, die in die Kategorien „nichts/wenig süßes oder fettiges“ fielen, wurden in beiden Erhebungswellen von den Kindern der Kontrollgruppe zu ca. 8% und von den Moglis zu ca. 4% angegeben. Lebensmittelgruppen wie Suppen, Brot, Fleisch oder Milchprodukte wurden nur von max. 6% aller Kinder überhaupt genannt und nur ein paar Einzelmeldungen erwähnten „Fisch“ oder „Eier“ (vgl. Tabelle 135 im Anhang). Werden die beiden Lebensmittelgruppen „Obst“ und „Gemüse“ für die Moglis und die Kinder der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung noch einmal gesondert betrachtet, fällt auf, dass Moglis mit leichter familiärer Belastung beide Lebensmittelgruppen zum Zeitpunkt t_1 nicht ganz so häufig (Obst zu $t_1= 60,0\%$, Gemüse zu $t_1= 50,9\%$) nannten wie die Kinder der Kontrollgruppe (Obst zu $t_1= 73,2\%$, Gemüse zu $t_1= 57,1\%$). Dafür holten die Moglis mit leichter familiärer Belastung bis zum Projektende nicht nur bei der Angabe dieser beiden Lebensmittelgruppen auf, sondern die Häufigkeit ihrer Nennungen (Obst zu $t_2= 79,6\%$, Gemüse zu $t_2= 68,5\%$) übertraf letztendlich die der Kontrollgruppe (Obst zu $t_2= 72,4\%$, Gemüse zu $t_2= 65,5\%$, vgl. Tabelle 136 im Anhang). Bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung war ebenfalls ein Anstieg der Nennungen von Obst während des Projektzeitraums zu beobachten ($t_1= 78,3\%$, $t_2= 83,6\%$), der jedoch etwas geringer ausfiel als bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe ($t_1= 76,6\%$, $t_2= 89,2\%$). Bei den Gemüsesorten konnte eine diametrale Entwicklung beobachtet werden – während Moglis mit schwerer familiärer Belastung diese zum Zeitpunkt t_2 (73,8%) häufiger nannten als noch zum Zeitpunkt t_1 (68,1%), nahm die Anzahl an Nennungen bei den Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung deutlich ab ($t_1= 71,1\%$, $t_2= 54,1\%$, vgl. Tabelle 137 im Anhang).

Auch bei der *Frage nach gesunden Getränken* zeigte sich ein bereits relativ umfangreiches Wissen der Kinder sowohl aus der Treatment- wie auch aus der Kontrollgruppe. Mit Abstand am häufigsten wurde „Wasser“ genannt (61,4% der Moglis und 66,2% der Kinder aus der

Kontrollgruppe zu t_1 und 72,9% der Moglis und 79,8% der Kinder aus der Kontrollgruppe zu t_2). An zweiter Stelle folgten Obstsaft, deren Nennung jedoch sowohl bei den Moglis von t_1 (30,7%) zu t_2 (24,8%) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe von t_1 (30,5%) zu t_2 (21,1%) abnahm. Schorlen wurden zu t_1 von 12,9%, aber zum Zeitpunkt t_2 nur noch von 3,8%, der Moglis genannt. Bei den Kindern der Kontrollgruppe nahm die Aufzählung von Schorlen zu t_2 (11,8%) von vorher 7,8% (t_1) im Vergleich sogar zu. Milch und Milchgetränke wurden zu t_1 von 12,1% der Moglis und von 14,9% der Kinder aus der Kontrollgruppe als gesund beschrieben. Dieser Anteil nahm in beiden Gruppen bis zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle (Moglis: 9,0% und Kinder der Kontrollgruppe: 11,2%) leicht ab. Ebenfalls zu nahm die Erläuterung der Kinder, dass keine bzw. nicht zu viele gesüßte Getränke getrunken werden sollten. Nur von sehr wenigen Kindern insgesamt (1 bis 2%) wurden Gemüsesäfte erwähnt (vgl. Tabelle 138 im Anhang). Wird das insbesondere als gesundheitlich vorteilhaft geltende Getränk „Wasser“ noch einmal gesondert für die Gruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung betrachtet, lässt sich grundsätzlich eine Zunahme sowohl bei der Treatment- wie auch bei der Kontrollgruppe beobachten, wobei die Anzahl der Nennungen in der Kontrollgruppe noch höher ausfiel (vgl. Tabelle 139 und 140 im Anhang).

5.2.7 Selbstorganisationsfähigkeit und Selbstständigkeit

Zur Erfassung der *Selbstorganisationsfähigkeit* der Kinder wurden für jede der beiden Kohorten eine getrennte kategoriale Hauptkomponentenanalyse ausgeführt, da in beiden Kohorten zu der Thematik komplett andere Fragen an die KlassenlehrerInnen gestellt worden waren. Die Reliabilitäten für die *Dimension der „Selbstorganisationsfähigkeit“ in der ersten Kohorte* (1. EW: $\alpha = 0,737$ /2. EW: $\alpha = 0,723$) mit den Fragen „Schrieb sich das Kind die Hausaufgaben auf, wenn Sie Hausaufgaben aufgegeben haben?“, „Hielt das Kind seinen Tisch sauber?“, „Konnte das Kind seine Hausaufgaben nicht machen, weil es seine Hefte oder Bücher vergessen hatte?“ (negative Faktorladung) und „Kam das Kind morgens zu spät zum Unterricht?“ (negative Faktorladung) erreichten zufriedenstellende Werte, die für die *Dimension der „Selbstorganisation“ in der zweiten Kohorte* (1. EW: $\alpha = 0,848$ /2. EW: $\alpha = 0,831$) mit den Fragen „Führte das Kind seine Hefte ordentlich?“, „Hatte das Kind seine Hausaufgaben gemacht?“, „Vergaß das Kind Arbeitsmaterialien (Bücher, Hefte, Stifte) für den Unterricht mitzubringen?“ (negative Faktorladung) und „Wenn das Kind seine Hausaufgaben gemacht hatte – wie fehlerhaft waren diese dann?“ (negative Faktorladung) sogar noch höher lagen. Für die erste Kohorte wie auch für die zweite Kohorte wurde jeweils ein Gesamtsummenscore mit einem Minimalwert von null Punkten und einem Maximalwert von 16 Punkten berechnet (vgl. Tabelle 141 und 142 im Anhang).

Ein Vergleich der Entwicklung der Gesamtgruppe der Moglis mit der Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer „Selbstorganisationsfähigkeit“ ergab für die *erste Kohorte* eine deutlich positivere Entwicklung zugunsten der Kinder mit einer Projektteilnahme (Nettoeffektstärke: $d = 0,64^{***}$). Dieses Ergebnis kam zum einen aufgrund einer Steigerung bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,29^{**}$), zum anderen jedoch aufgrund einer Abnahme der „Selbstorganisationsfähigkeiten“ bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,35^{***}$) zustande. Eine positive Zunahme der „Selbstorganisationsfähigkeit“ konnte auch für diejenigen Moglis verzeichnet werden, die zu t_1 noch die niedrigsten Werte aufwiesen (Bruttoeffektstärke: $d = 0,41$). Da die Werte der entsprechenden Extremgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe im Untersuchungszeitraum sogar abnahmen (Bruttoeffektstärke: $d = -0,23$), schnitten die Moglis insgesamt sehr positiv ab (Nettoeffektstärke: $d = 0,64$). Ein Vergleich innerhalb der Altersgruppe jüngerer und älterer Kinder ergab für die erste Kohorte eine besonders positive Entwicklung der jüngeren Moglis gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe mit einer großen Effektstärke und eine immerhin noch mittelgroße Effektstärke zugunsten der Moglis bei den älteren Kindern (Nettoeffektstärke für die jüngeren Kinder: $d = 0,86$ / Nettoeffektstärke für die älteren Kinder: $d = 0,54^{**}$). Bei der Subgruppenanalyse der Kinder mit leichter familiärer und mit schwerer familiärer Belastung schnitten die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe ebenfalls besser ab (Nettoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = 0,67^{**}$ /Nettoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = 0,60$). Ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich im Vergleich zu den älteren Kindern aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung sogar noch etwas deutlicher verbessern (Nettoeffektstärke: $d = 0,79^*$, vgl. Abbildung 57 und Tabelle 143 im Anhang).

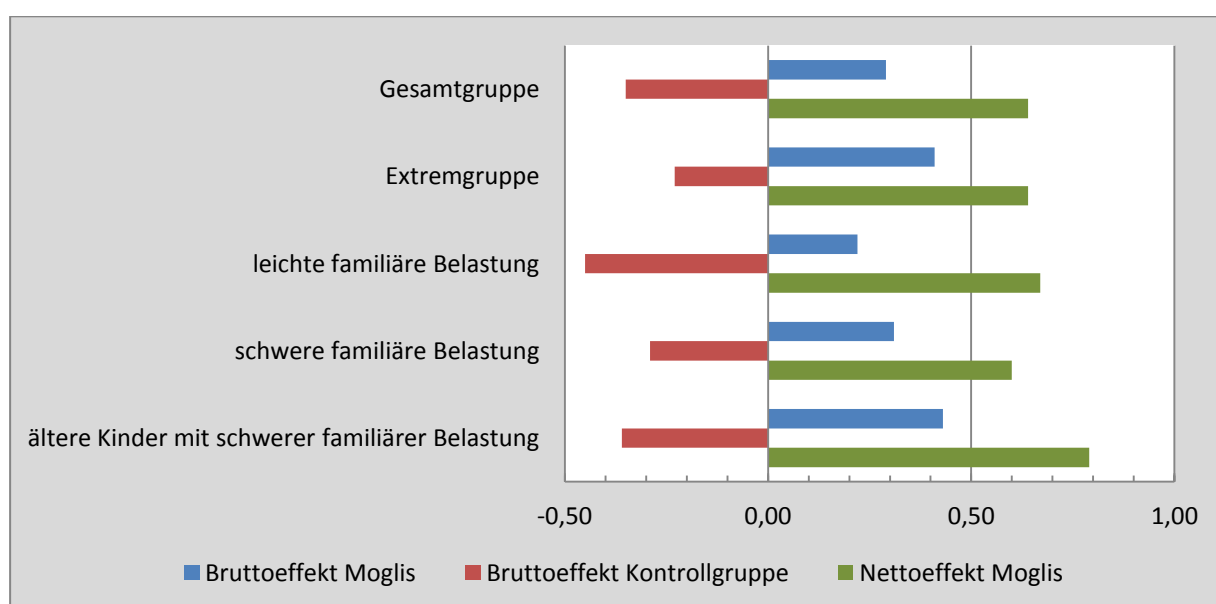


Abbildung 57. Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Männliche Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten mit einer Bruttoeffektstärke von $d = 0,48^*$ von einer Projektteilnahme profitieren; bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung lag die Bruttoeffektstärke mit $d = 0,16$ jedoch für die männlichen Moglis deutlich niedriger – hier waren es vor allem die weiblichen Moglis, die mit einer Bruttoeffektstärke von $d = 0,47$ von einer Projektteilnahme profitieren konnten.⁹³

Eine stärkere Ausprägung der Einflusses der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor (Bruttoeffektstärke: $d = 0,41$) wirkte sich bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber einer leichteren Ausprägung dieses Einflusses (Bruttoeffektstärke: $d = 0,12$) bedeutend positiver aus (vgl. Abbildung 58 und Tabelle 144 im Anhang).

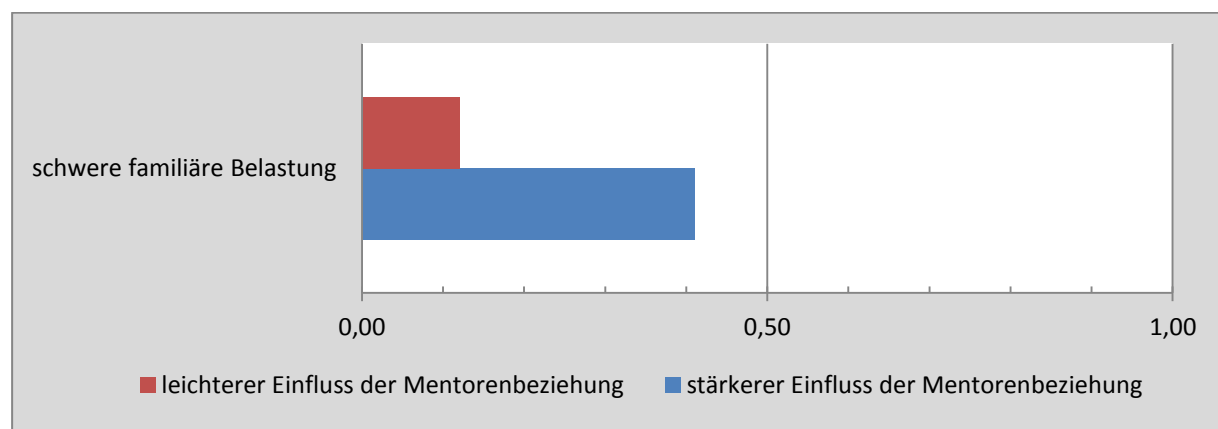


Abbildung 58. Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (1. KH) bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Hinsichtlich ihrer *Selbstorganisationsfähigkeiten* schnitten die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,20^{**}$) auch in der *zweiten Kohorte* gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,05$) positiver ab, auch wenn der Vorsprung mit einer Nettoeffektstärke von $d = 0,15$ geringer ausfiel. Dies galt auch für einen anschließend durchgeführten Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die in der zweiten Kohorte zu t_1 hinsichtlich ihrer Selbstorganisationsfähigkeiten am negativsten abgeschnitten hatten. Auch hier erzielten die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,97^{***}$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,70^{**}$) die besseren Werte (Nettoeffektstärke: $d = 0,27$). Tendenziell günstigere Entwicklungen für die Moglis konnten hierbei bezüglich der jüngeren wie der älteren Altersgruppe im Vergleich der entsprechenden Kinder aus der Kontrollgruppe festgestellt werden (Nettoeffektstärke jüngere Moglis: $d = 0,15$ und Nettoeffektstärke ältere Moglis: $d = 0,14$).

⁹³ Gruppenunterschiede für weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen ($n < 5$) nicht berechnet werden.

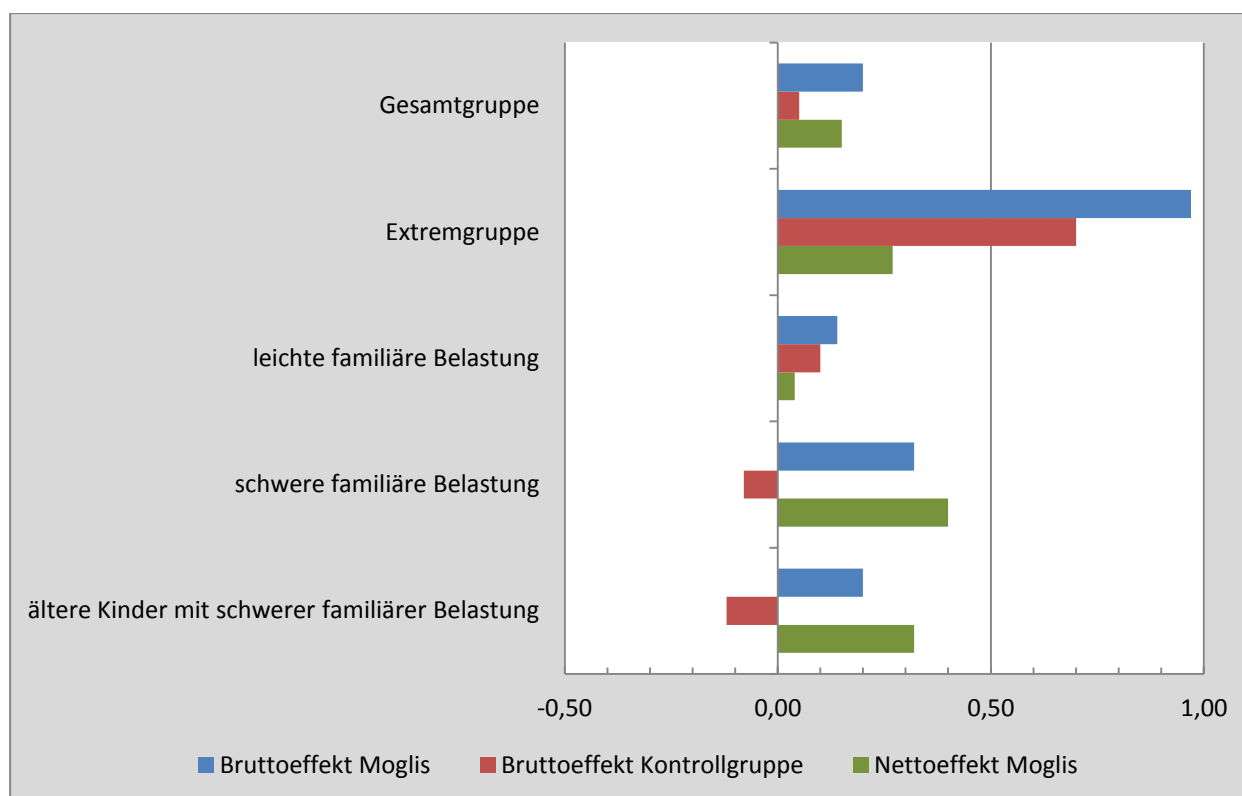


Abbildung 59. Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Wurden Moglis und Kinder der Kontrollgruppe mit jeweils leichter familiärer Belastung miteinander verglichen, konnte praktisch kein Unterschied festgestellt werden (Nettoeffektstärke: $d = 0,04$), da sich sowohl die leicht familiär belasteten Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,14$) wie auch die leicht familiär belasteten Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,10$) tendenziell positiv entwickelten. Einen deutlichen Vorsprung konnten jedoch Moglis mit schwerer familiärer Belastung erzielen (Nettoeffektstärke: $d = 0,40^{**}$), da ihre Bruttoeffektstärke ($d = 0,32^{***}$) im Vergleich zu der Bruttoeffektstärke ($d = -0,08$) der entsprechenden Subgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe deutlich günstiger ausfiel. Dies galt auch für ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = 0,32$, vgl. Abbildung 59 und Tabelle 145 im Anhang). In der zweiten Kohorte konnten sich die weiblichen Moglis für sich genommen sowohl in der Untergruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung wie auch in der Untergruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung verbessern (Bruttoeffektstärke weibliche Moglis mit leichter familiärer Belastung: $d = 0,28$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d = 0,45^{***}$) und erreichten bessere Ergebnisse als die männlichen Moglis. So betrug die Bruttoeffektstärke der männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung $d = 0,11$ und die Bruttoeffektstärke der männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung $d = 0,22$.

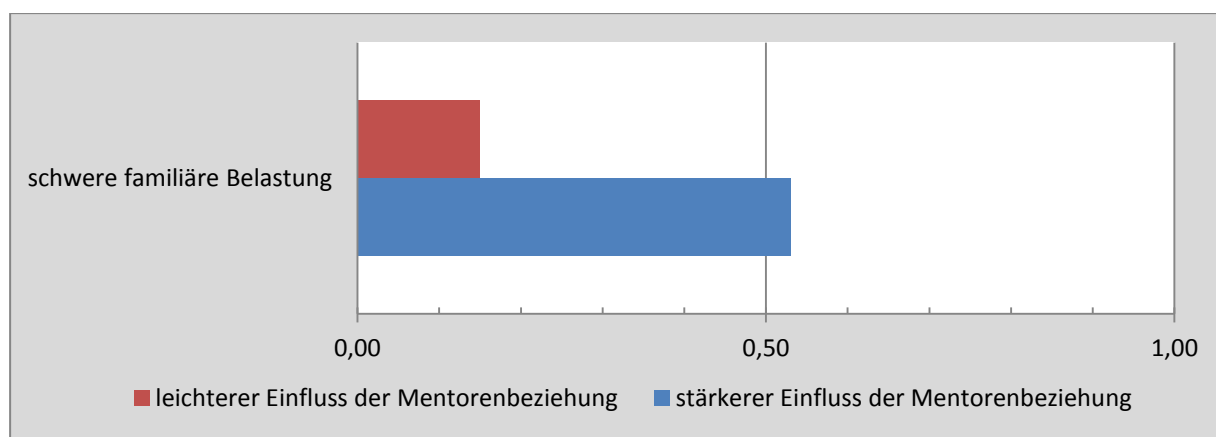


Abbildung 60. Entwicklung der Dimension „Selbstorganisationsfähigkeit“ (2. KH) für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Auch in der zweiten Kohorte konnten Moglis mit schwerer familiärer Belastung ihre „Selbstorganisationsfähigkeit“ während der Projektlaufzeit insbesondere dann steigern, wenn nicht nur ein leichter Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d=0,15$), sondern ein stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d=0,53^{***}$) vorlag (vgl. Abbildung 60 und Tabelle 146 im Anhang).

Zur Überprüfung der bereits vorhandenen Selbstständigkeit der Kinder wurde die *Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“* gebildet. Hierfür wurde zunächst das Vorhandensein einer solchen Dimension mittels einer kategorialen Hauptkomponentenanalyse und den ordinalskalierten Variablen (Antworten auf die Frage: „Was kannst du schon machen?“) „Brot schmieren“, „Ei aufschlagen“, „Messbecher benutzen“, „Rührgerät/ Mixer benutzen“, „Kuchen backen“, „Bild/ Plakat/ Poster aufhängen“, „Zimmer aufräumen“, „einkaufen“, „Tisch decken“ und „Obst oder Gemüse schälen“) geprüft. Hierbei wurden akzeptable Reliabilitäten von $\alpha=0,732$ für die erste Erhebungswelle und $\alpha=0,744$ für die zweite Erhebungswelle erzielt. Somit konnte von einer gemeinsamen Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“ ausgegangen werden.⁹⁴ Der aus den Einzelitems gebildete Gesamtsummenscore für die

⁹⁴ Zudem wurde analysiert, ob sich die entsprechende Dimension auch bei separaten Analysen für die beiden Kohorten abbilden lassen würde. Grund: In der zweiten Kohorte war die Liste der Items noch um die drei Fragen „Hausaufgaben machen“, „Fahrrad fahren“, „Duschen oder Baden“ ergänzt worden, so dass es sinnvoll erschien zu überprüfen, inwieweit diese drei Items auch auf einem gemeinsamen Faktor laden und hierbei einen Mehrwert erbringen würden. Es stellte sich heraus, dass die ersten beiden Items (niedrige Komponentenladungen) für die interne Konsistenz nicht ganz so geeignet waren, so dass eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse für die bereits oben aufgeführten Items mit dem zusätzlichen Item „Duschen oder Baden“ für die zweite Kohorte durchgeführt wurde. Die Reliabilitäten erreichten $\alpha=0,728$ für die erste und $\alpha=0,723$ für die zweite Erhebungswelle. Bei einer separaten Untersuchung der internen Konsistenz der Skala für die erste Kohorte wurde deutlich, dass das Item „Zimmer aufräumen“ sowohl für die erste wie auch die zweite Erhebungswelle keinen zusätzlichen Erklärungswert (niedrige Komponentenladungen) für die Dimension beitragen konnte. Das Item wurde deswegen bei Durchführung einer erneuten Berechnung aus der kategorialen Hauptkomponentenanalyse ausgeschlossen – die Reliabilitäten erhöhten sich daraufhin leicht auf $\alpha=0,750$ für die erste und $\alpha=0,740$ für die zweite Erhebungswelle und waren damit ebenfalls sehr zufriedenstellend. Zusammenfassend erschien es sinnvoll, die für beide Kohorten zusammen überprüfte Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“, und nicht die für jede der Kohorten separat berechneten Dimensionen, für weitere Analysen zu verwenden.

Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“ wies einen Minimalwert von null Punkten und einen Maximalwert von 20 Punkten auf, vgl. Tabelle 147 im Anhang).

Hinsichtlich der *Dimension „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“* nahmen die Angaben der Moglis, „was sie schon alles tun könnten“ gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums durchgängig stärker ab bzw. nahmen weniger stark zu. Während die Angaben hierzu bei der Gesamtgruppe der Moglis nahezu gleich blieben (Bruttoeffektstärke: $d = -0,04$), stiegen diese im gleichen Zeitraum bei den Kindern der Kontrollgruppe ganz leicht an (Bruttoeffektstärke: $d = 0,10$). Bei den jeweiligen Extremgruppen derjenigen Kinder, die sich zu t_1 besonders wenig zugetraut hatten, Arbeitssituationen wie bspw. „Brot schmieren“, „Kuchen backen“ oder „Obst oder Gemüse schälen“ zu bewältigen, nahm die Zuversicht diesbezüglich sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,83^{***}$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,16^{***}$) deutlich zu, wobei der Kompetenzzugewinn bei den Moglis geringer ausfiel (Nettoeffektstärke: $d = -0,33$). Dieses Ergebnis wurde durch einen separaten Vergleich der jüngeren Moglis mit den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = -0,08$) und der älteren Moglis mit den älteren Kindern der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = -0,18$) bestätigt. Werden die Subgruppen der Moglis sowie der Kinder aus der Kontrollgruppe mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung untereinander verglichen, wiederholt sich das bereits gezeichnete Bild teilweise: Während das Zutrauen der Moglis mit leichter familiärer Belastung in ihre Fähigkeiten, eine „*Arbeitssituation adäquat vorzubereiten*“, quasi gleich blieb (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$), stieg das Zutrauen der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum an (Bruttoeffektstärke: $d = 0,49^{***}$). Ein Vergleich der Moglis und der Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung erbrachte hingegen praktisch keine Unterschiede – so sank das Zutrauen in beiden Gruppen leicht ab bzw. blieb fast dasselbe (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = -0,10$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = -0,03$). Nahezu identisch verhielt sich dies bei der Untergruppe der älteren Kinder mit schwerer familiärer Belastung – hier sank das Zutrauen der Moglis um $d = -0,09$ (Bruttoeffektstärke) und das Zutrauen der Kinder der Kontrollgruppe um $d = -0,02$ (Bruttoeffektstärke, vgl. Tabelle 148 im Anhang). Ein Geschlechtervergleich innerhalb der Mogligruppe mit leichter familiärer Belastung erbrachte praktisch keine Unterschiede (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = 0,00$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d = -0,05$). Bei der Mogligruppe mit schwerer familiärer Belastung war auffällig, dass es tendenziell eher die männlichen Moglis waren, bei denen das Zutrauen in ihre Fähigkeiten, eine Arbeitssituation adäquat vorbereiten zu können, abnahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,14$, bei den weiblichen Moglis war die negative Entwicklung mit einem Bruttoeffektstärke von $d = -0,06$ marginaler). Bei Moglis mit einer leichten familiären Belastung ließ sich beobachten, dass diese bei einem leichteren Einfluss

durch die Mentorenbeziehung eher ihr Zutrauen in ihre Fähigkeiten eine Arbeitssituation adäquat vorbereiten zu können verloren (Bruttoeffektstärke: $d = -0,40^*$), während es bei stärkerem Einfluss stieg (Bruttoeffektstärke: $d = 0,28$). Bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung sank das Zutrauen tendenziell eher ab – und zwar sowohl wenn ein leichterer Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d = -0,05$) wie auch wenn ein stärkerer Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d = -0,16$) durch den sozialen Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ vermutet werden konnte. Die Unterschiede hierbei fielen jedoch gering aus (vgl. Tabelle 149 im Anhang).

5.2.8 Schulische Leistungsfähigkeit

Die Bildung der *Dimension* „schulische Leistungsfähigkeit“ durch die in der ersten wie auch in der zweiten Kohorte an die KlassenlehrerInnen der Kinder gestellten Fragen erbrachte eine Skale mit hoher interner Konsistenz (1. EW: $\alpha = 0,866$ / 2. EW: $\alpha = 0,881$). Folgende Fragen waren an die KlassenlehrerInnen gerichtet worden: „Wie würden Sie die Schülerleistung des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“, „War das Kind im Unterricht selbstbewusst bzw. selbstsicher?“, „Konnte das Kind Aufgaben selbstständig lösen?“, „Machte das Kind Lernfortschritte?“, „Musste das Kind vergleichsweise viel zusätzlich/im Vergleich zu den anderen Kindern viel zusätzlich unterstützt werden?“, „Wenn das Kind erzählt, was es in der Freizeit gemacht hat, erzählt das Kind dann vom Lesen?“. ⁹⁵ Der für die *Dimension* „schulische Leistungsfähigkeit“ gebildete Gesamtsummenscore hatte einen Minimalwert von null Punkten und einen Maximalwert von 24 Punkten (vgl. Tabelle 150 im Anhang).

Die Gesamtgruppe der Moglis konnte sich hinsichtlich ihrer schulischen Leistungsfähigkeit gegenüber der Kontrollgruppe wenn überhaupt nur tendenziell etwas positiver weiterentwickeln (Nettoeffektstärke: $d = 0,09$). Die Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu Projektbeginn nur eine geringe schulische Leistungsfähigkeit für sich verbuchen konnte, holte gegenüber der entsprechenden Extremgruppe jedoch stärker auf (Nettoeffektstärke: $d = 0,31$).

⁹⁵ Aufgrund dieser bereits erreichten hohen Reliabilitäten wurde auf eine separate Berechnung für die beiden Kohorten (unter Heranziehen von Fragen, die dann nur in der jeweiligen Kohorte zusätzlich verwendet worden waren) verzichtet.

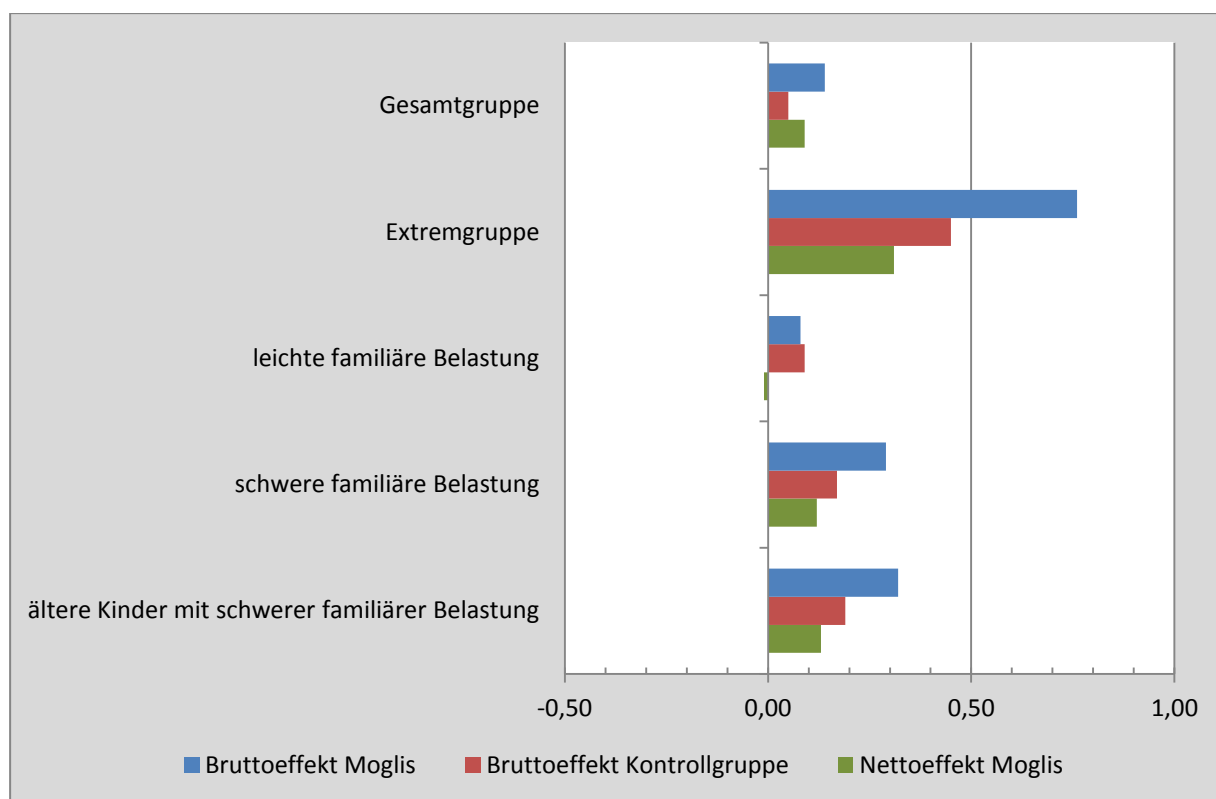


Abbildung 61. Entwicklung der Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Bei einem altersspezifischen Subgruppenvergleich der jüngeren Moglis mit den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe konnten kaum Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung ihrer schulischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden (Nettoeffektstärke: $d = -0,05$) – anders bei den älteren Moglis, bei denen sich ein leichter positiver Effekt gegenüber der Gruppe der älteren Kinder der Kontrollgruppe abzeichnete (Nettoeffektstärke: $d = 0,16$). Offensichtlich konnten die älteren gegenüber den jüngeren Moglis von einer Projektteilnahme eher für ihre schulische Leistungsfähigkeit profitieren. Wurde der Blick speziell auf die Entwicklung der Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber der Entwicklung der entsprechenden Kinder aus der Kontrollgruppe gelenkt, zeigten sich genauso wie bei der Subgruppenanalyse der Kinder mit schwerer familiärer Belastung keine bzw. nur eine leichte Tendenz hinsichtlich einer positiveren Entwicklung der Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke für Moglis mit leichter familiärer Belastung: $d = -0,01$ / Nettoeffektstärke für Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d = 0,12$). Ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich ebenfalls leicht positiver entwickeln als die äquivalente Kontrollsubgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,13$, vgl. Abbildung 61 und Tabelle 151 im Anhang).

Bei einem Geschlechtervergleich steigerten männliche Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$) ihre schulische Leistungsfähigkeit gegenüber den

weiblichen Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,27$) eher – bei einer schweren familiären Belastung drehte sich das Ergebnis hingegen um: Hier waren es die weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,35^{**}$), die hinsichtlich ihrer schulischen Leistungsfähigkeit von einer Projektteilnahme profitieren konnten (männliche Moglis Bruttoeffektstärke: $d = 0,23$). Eine Steigerung der schulischen Leistungsfähigkeit durch einen stärkeren Einfluss des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ konnte für Moglis mit einer leichten familiären Belastung nicht nachgewiesen werden – für Moglis mit einer schweren familiären Belastung zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede (Moglis mit schwerer familiärer Belastung und leichterem Einfluss der Mentorenbeziehung: Bruttoeffektstärke: $d = 0,10$ / Moglis mit schwerer familiärer Belastung und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung Bruttoeffektstärke: $d = 0,39^{***}$, vgl. Tabelle 152 im Anhang).

Zudem waren den KlassenlehrerInnen weitere Fragen gestellt worden, die nicht in die Bildung der Dimension „schulische Leistungsfähigkeit“ eingeflossen waren. Diese betrafen u.a. *die von den Kindern bei ihren SchulkameradInnen und der LehrerIn selbst erbetenen Hilfestellungen, weil die Kinder eine Aufgabe nicht selbst erledigen konnten*. Hierbei konnte sich die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,06$) hinsichtlich des Items „Fragte das Kind andere Kinder um Hilfe, weil es etwas nicht schaffte?“ gegenüber der Gesamtkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$) nicht verbessern. Diejenigen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,74$) jedoch, die zu t_1 besonders häufig andere Kinder fragen mussten, weil sie eine Aufgabe nicht alleine meistern konnten, entwickelten sich gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,49$) leicht positiver. Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastungen nahmen die Fragen an andere Kinder sowohl bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,43^*$) wie auch bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,72^{***}$) zu, während sie bei den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,27$) und den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,64$) mit schwerer familiärer Belastung abnahmen (vgl. Tabelle 153 im Anhang).

Bei den an die *LehrerInnen aufgrund der Schwierigkeit, bestimmte Aufgaben zu lösen, gerichteten Fragen* konnte hinsichtlich der Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,03$) und der Gesamtkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,10$) ebenfalls eine ähnliche Entwicklung beobachtet werden. Bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 2,75^{***}$), die zu t_1 besonders häufig Fragen stellen mussten, nahmen diese jedoch gegenüber den entsprechenden Kindern der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,04^{**}$) deutlich stärker ab. Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung konnten sich hingegen die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,13$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,21$) positiver entwickeln; bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,06$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,76$) war dies hingegen nicht der Fall (vgl. Tabelle 154 im Anhang).

Dafür forderten die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe im Projektverlauf vergleichsweise weniger viel Aufmerksamkeit als andere Kindern ein – dies galt sowohl für einen Gesamtgruppenvergleich (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,28^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,09$), einen Vergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders viel Aufmerksamkeit gefordert hatten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 1,21^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,49^*$) und einen Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,52^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= -0,04$). Lediglich bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung waren kaum Unterschiede zwischen den Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,12$) und der äquivalenten Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,06$) feststellbar (vgl. Abbildung 62 und Tabelle 155 im Anhang).

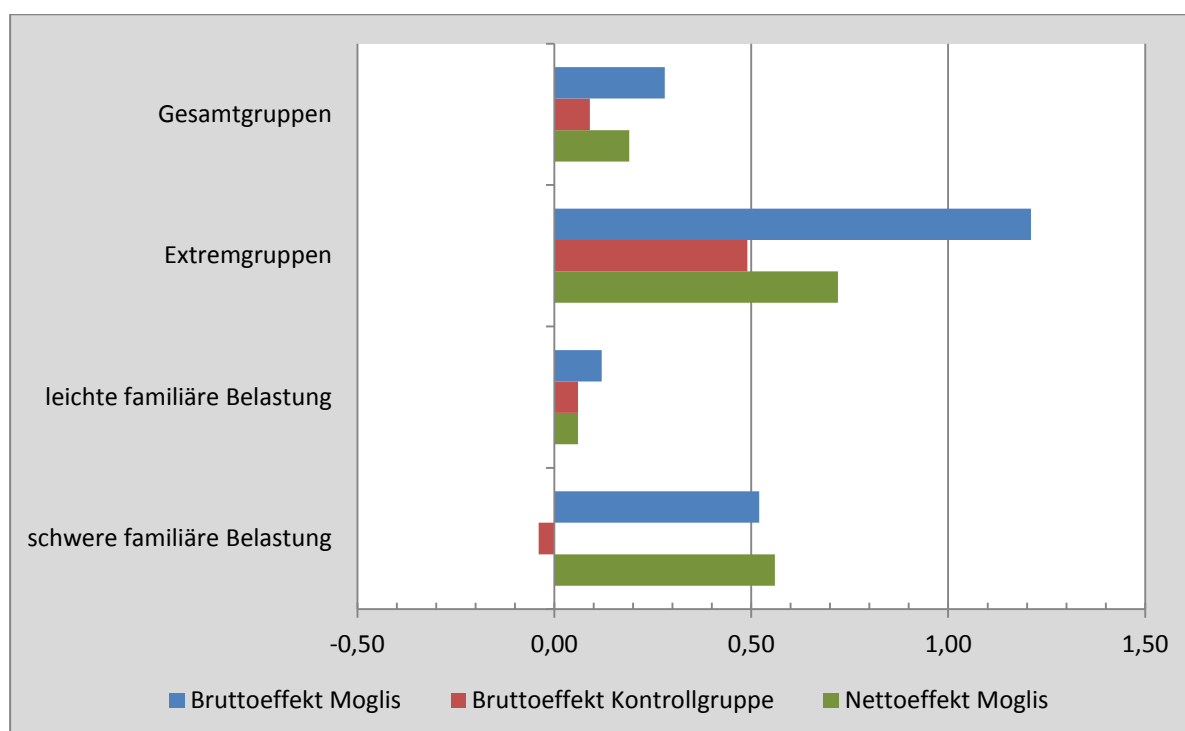


Abbildung 62. Entwicklung des Einzelitems: „Fördert das Kind vergleichsweise viel Aufmerksamkeit?“ (2. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Auch hinsichtlich der Frage, *wie unsicher die Kinder bei neuen Aufgaben gewirkt hätten*, schnitten die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe besser ab. Dies betraf sowohl die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,36^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,06$) wie auch die Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu t_1 bei neuen Aufgaben besonders unsicher gewirkt hatten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 1,10^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,80^{***}$). Zwar konnten sich bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung die Kinder der Treatmentgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,28^{**}$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27^{**}$) nicht stärker verbessern, wohl aber bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung – hier erreichten die Moglis eine deutlich höhere Bruttoeffektstärke ($d= 0,58^{***}$) als die Kinder der

Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,09$). Dies resultierte dementsprechend in einer positiven Nettoeffektstärke von $d = 0,67^{***}$ (vgl. Abbildung 63 und Tabelle 156 im Anhang).

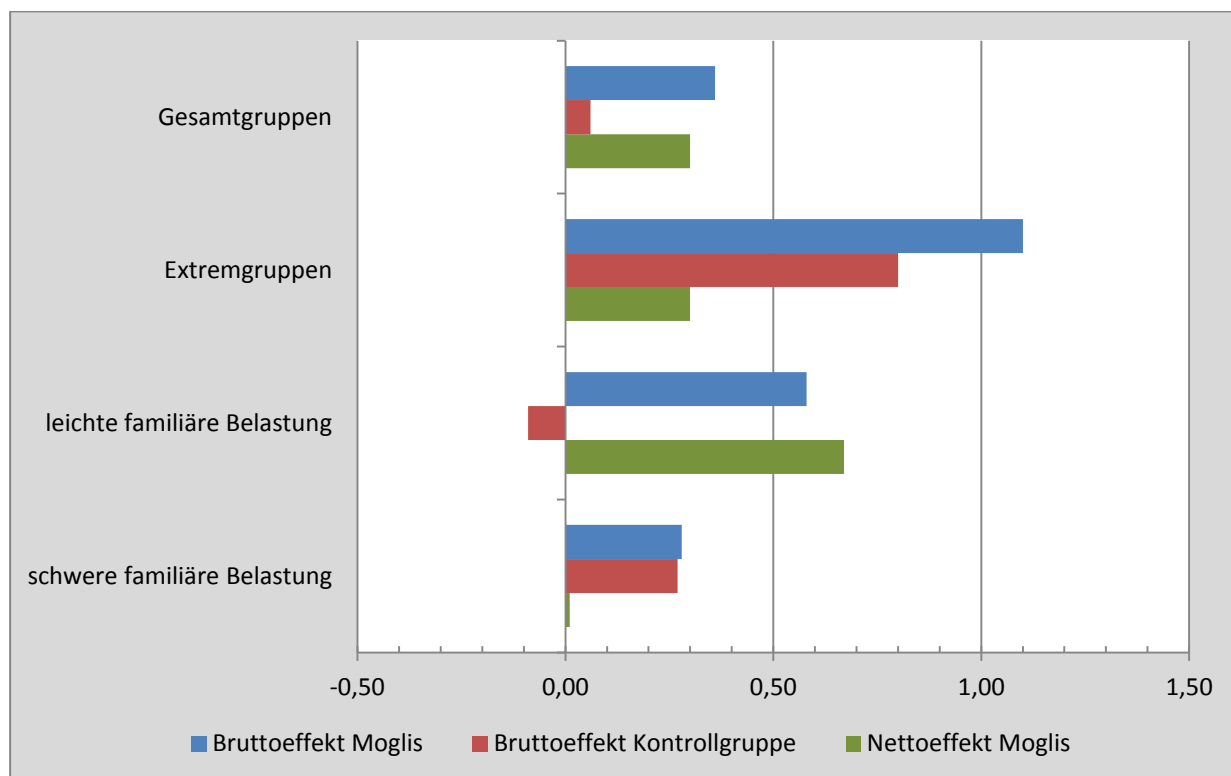


Abbildung 63. Entwicklung des Einzelitems: „War das Kind unsicher bei neuen Aufgaben?“ (2. KH, aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

5.2.9 Motorik- und Sportkompetenzen

Erwartungsgemäß konnten sich bei den Übungen des *Körperkoordinationstests für Kinder (KTK)* zur Untersuchung der Großmotorik sowohl die Gesamtgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,29^{***}$) wie auch die gesamte Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,28^{***}$) aufgrund von altersbedingter Reifungsprozesse während des Projektzeitraums steigern. Dies galt auch für die Extremgruppen derjenigen Moglis und Kinder der Kontrollgruppe, die zu Projektbeginn die niedrigsten Werte hinsichtlich des gemessenen Motorikquotienten aufgewiesen hatten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,92^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,94^{***}$), wie auch für die Altersgruppe der jüngeren Kinder (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,31^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,18^{**}$) und der älteren Kinder (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,29^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,33^{***}$). Ebenfalls steigern konnten sich Kinder mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,19^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,22^{***}$) und Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,32^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,40^*$). Dies wurde noch einmal durch eine gesonderte Betrachtung der älteren Kinder mit schwerer familiärer Belastung bestätigt (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,30^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,45$). Die

Unterschiede zwischen der Entwicklung der Moglis und der Kontrollgruppenkinder insgesamt (Nettoeffektstärke: $d = 0,01$) wie auch für die Mehrzahl der einzelnen Subgruppen fielen hierbei jedoch eher marginal aus (Nettoeffektstärke Extremgruppe: $d = -0,02$, Nettoeffektstärke von älteren Kindern: $d = -0,04$, Nettoeffektstärke von Kindern mit leichter familiärer Belastung: $d = -0,03$ und Nettoeffektstärke von Kindern mit schwerer familiärer Belastung: $d = -0,08$). Leichte Differenzen ließen sich allenfalls bei der Altersgruppe der jüngeren Kinder (Nettoeffektstärke: $d = 0,13$) zugunsten sowie bei den älteren Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d = -0,15$) zuungunsten der Moglis nachweisen (vgl. Tabelle 157 und 158 im Anhang). Auffällig war, dass sich im direkten Geschlechtervergleich innerhalb der Treatmentgruppe eher männliche Moglis (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = 0,21^{***}$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = 0,38^{***}$) hinsichtlich ihrer motorischen Kompetenzen verbessern konnten, als weibliche Moglis (Bruttoeffektstärke leichte familiäre Belastung: $d = 0,12$, Bruttoeffektstärke schwere familiäre Belastung: $d = 0,26^{***}$, vgl. Tabelle 159 im Anhang).

Analog zu den Ergebnissen der Großmotorik waren auch bei den Ergebnissen zum *Lego- und Perlentest* (als Indikator für die Feinmotorik der Kinder) sowohl für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe auf der einen wie auch bei den verschiedenen Subgruppen auf der anderen Seite fast durchgängig altersgemäß zu erwartende Reifungsprozesse, d.h. Verbesserungen hinsichtlich der feinmotorischen Fähigkeiten, beobachtbar.

Insbesondere beim *Legotest* konnten sich alle untersuchten Kinder durchweg stark verbessern. So erzielten die Moglis insgesamt eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,68^{***}$ und die Kinder der Kontrollgruppe insgesamt eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,76^{***}$. Ein Vergleich der Extremgruppen zeigte, dass sich diejenigen Kinder mit zu t_1 besonders niedrigen Ergebnissen, stark steigern konnten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 1,32^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 2,04^{***}$). Auch für die jüngeren Kinder (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,90^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,90^{***}$) konnten starke Entwicklungssprünge vermerkt werden, die sogar noch etwas höher ausfielen als bei den älteren Kindern (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,66^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,74^{***}$). Kinder mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,63^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,94^{***}$) schnitten ähnlich gut ab wie Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,78^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,72^{***}$) bzw. ältere Kinder mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,64^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,78^{***}$). Insgesamt betrachtet konnten sich die Moglis im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe jedoch nicht besser entwickeln – ihre Ergebnisse lagen tendenziell auf dem gleichen Niveau (Nettoeffektstärke Gesamtgruppe Moglis: $d = -0,08$, Nettoeffektstärke

jüngere Moglis: $d= 0,00$, Nettoeffektstärke ältere Moglis: $d= -0,08$, Nettoeffektstärke Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,06$, Nettoeffektstärke ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $-0,14$). In zwei Subgruppen, nämlich bei den Extremgruppen derjenigen Kinder mit zu t_1 besonders niedrigen Testwerten (Nettoeffektstärke: $d= -0,72$) und bei dem Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d= -0,31$), schnitten sie zudem deutlich schlechter ab (vgl. Tabelle 160 im Anhang).

Weibliche Moglis (Bruttoeffektstärke bei leichter familiärer Belastung: $d= 0,78^{***}$, Bruttoeffektstärke bei schwerer familiärer Belastung: $d= 1,06^{***}$) konnten sich im Vergleich zu den männlichen Moglis stärker verbessern (Bruttoeffektstärke bei leichter familiärer Belastung: $d= 0,57^{***}$, Bruttoeffektstärke bei schwerer familiärer Belastung: $d= 0,55^{***}$). Eine positivere Wirkung bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung mit dem Balu als sozialem Schutzfaktor wurde darüber hinaus für Moglis mit leichter familiärer Belastung deutlich: Während sich Moglis mit einem zu vermutenden leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung „nur“ um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,30^*$ verbessern konnten, erreichte die Bruttoeffektstärke bei Kindern mit stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung $d= 1,12^{***}$ (vgl. Abbildung 64 und Tabelle 161 im Anhang).

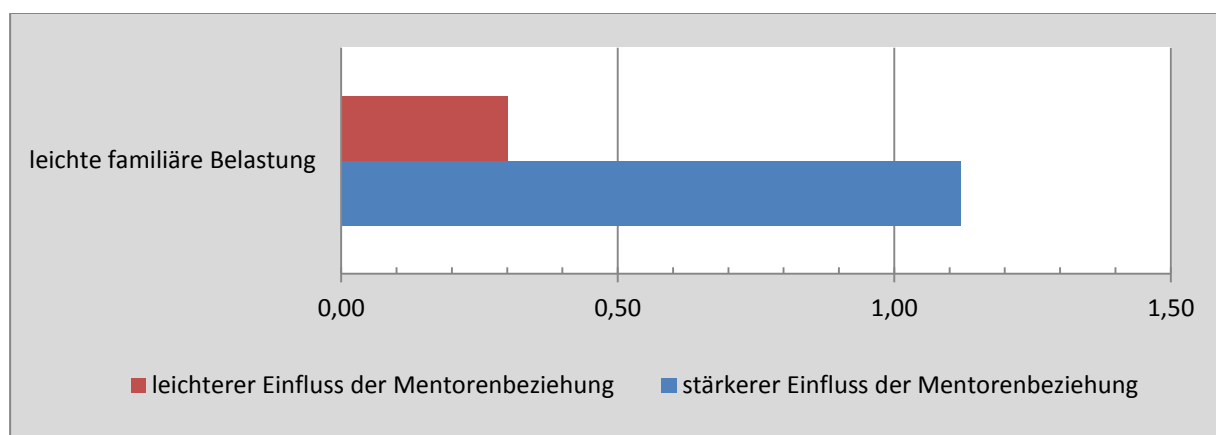


Abbildung 64. Entwicklung der Ergebnisse des Legotests bei Moglis mit leichter familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Bei dem *Perlentest* manifestierten sich gegenüber dem Legotest insgesamt geringere Steigerungsraten vom Zeitpunkt der ersten Messung (t_1) bis zum zweiten Messzeitpunkt (t_2). Dennoch konnten sich auch hier positive Entwicklungen für die Moglis wie auch für die Kinder der Kontrollgruppe feststellen lassen. Die Gesamtgruppe aller Moglis erzielte eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,27^{***}$ und die gesamte Kontrollgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,23^{***}$, so dass kaum Unterschiede zu bemerken waren (Nettoeffektstärke: $d= 0,04$). Bei den Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 die wenigsten Perlen innerhalb der vorgegebenen Testzeit von zwei Minuten auffädeln konnten, wurde bei der entsprechenden Subgruppe der Moglis eine deutliche Verbesserung (Bruttoeffektstärke von $d= 0,96^{***}$) sichtbar, welche jedoch durch das Ergebnis der entsprechenden Subgruppe aus der

Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 1,38^{***}$) übertroffen wurde. Bei den jüngeren Kindern fielen die Steigerungsraten wieder ähnlich hoch (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,48^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,39^{***}$) mit einem tendenziell leichten Vorteil für die Moglis (Nettoeffektstärke: $d= 0,09$) aus, während sich ältere Moglis und Kinder der Kontrollgruppe nahezu identisch entwickelten (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,20^{**}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,16^*$). Tendenzuell stärker verbessern konnten sich jedoch Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,42^{***}$) gegenüber Kindern der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27^{**}$), so dass sich insgesamt für die Moglis eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,15$ ergab. Für Kinder mit schwerer familiärer Belastung konnte dieser positive Trend nicht bestätigt werden; im Gegenteil waren es hier die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,37^{**}$) die, insbesondere auch bei den älteren Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,38^{**}$) gegenüber den entsprechenden Subgruppen bei den Moglis (Bruttoeffektstärke für Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,13$, Bruttoeffektstärke bei älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung: $d= 0,02$) besser abschnitten (vgl. Tabelle 162 im Anhang).

Ein erneut durchgeführter Geschlechtervergleich innerhalb der Treatmentgruppe gab, wie bereits für den Vergleich zwischen den jeweiligen Subgruppen der Moglis und der Kinder aus der Kontrollgruppe, ein sehr gemischtes Bild ab: Während sich männliche Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,53^{***}$) gegenüber weiblichen Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,18$) positiver entwickeln konnten, war dies bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung genau andersherum: Hier waren es eher die weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,26$) die gegenüber der stagnierenden Entwicklung der männlichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,01$) bei dem Perleintest vorteilhaftere Resultate erzielten (vgl. Tabelle 163 im Anhang).

Neben der Groß- und Feinmotorik der Kinder interessierte auch ihre *sportliche Leistungsfähigkeit* und ob und wenn ja inwieweit sich die Gruppe der Moglis im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe positiver weiterentwickeln konnten. Die hierfür gebildete Dimension der „sportlichen Leistungsfähigkeit“ setzte sich sowohl aus der Einschätzung der Kinder selbst („Wie warst du im Sportunterricht in der Schule?“) wie auch aus den Beurteilungen der jeweiligen SportlehrerInnen der Kinder („Waren Sie mit den Leistungen des Kindes im Sportunterricht zufrieden?“ und „Wie würden Sie die körperliche Fitness des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“) zusammen. Da die letzte Frage erst für die zweite Kohorte in den Fragebogen integriert wurde und sich das Item als für die interne Konsistenz der Skala bedeutsam herausstellte, konnte die Dimension daher nur für die zweite Kohorte ermittelt werden. Die Reliabilitäten lagen mit $\alpha= 0,705$ für die erste Erhebungswelle und $\alpha= 0,706$ für die zweite Erhebungswelle im zufriedenstellenden Bereich.

Der Gesamtsummenscore der aus den Einzelitems berechneten Dimension betrug für den Minimalwert null Punkte und für den Maximalwert 12 Punkte (vgl. Tabelle 164 im Anhang). Insgesamt betrachtet, entwickelte sich die Gesamtgruppe der Moglis gegenüber der Gesamtkontrollgruppe leicht positiver (Nettoeffektstärke: $d= 0,17$) – hauptsächlich deswegen, weil sich die Kinder der Kontrollgruppe mit einer Bruttoeffektstärke von $d= -0,12$ (anders als die Moglis) tendenziell leicht verschlechterten.

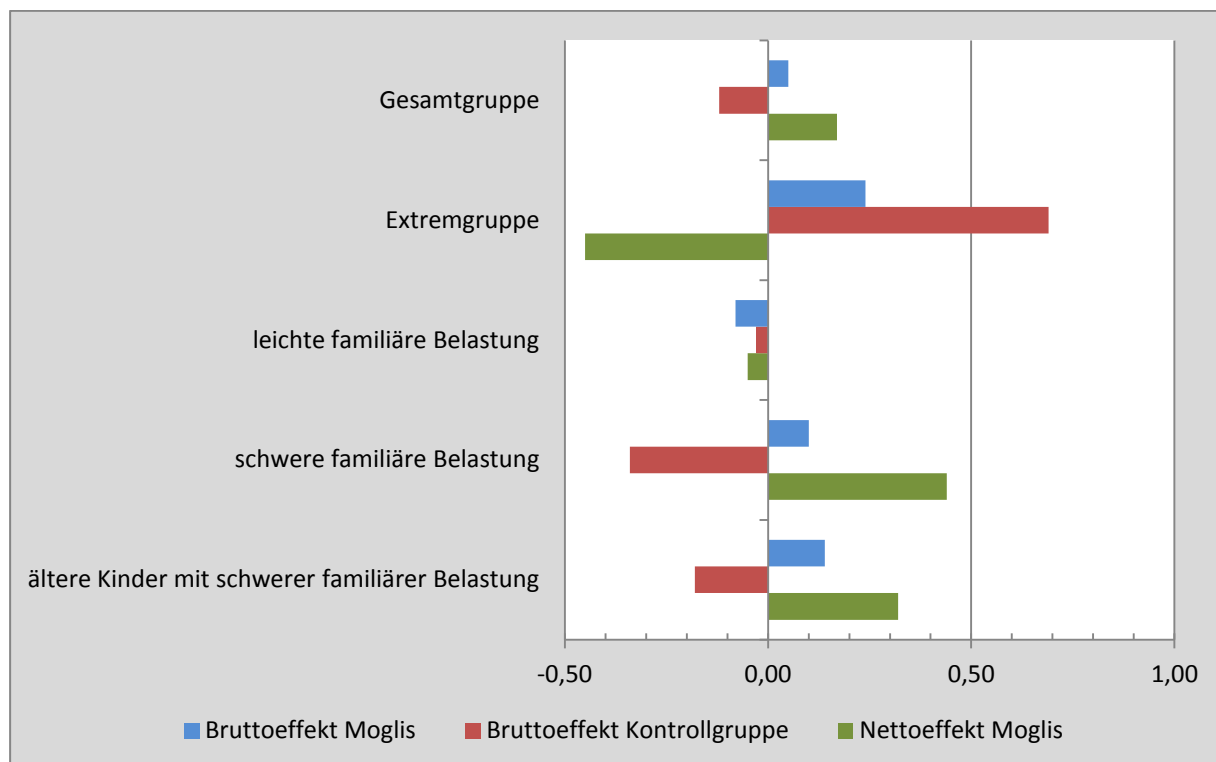


Abbildung 65. Entwicklung der Dimension „sportliche Leistungsfähigkeit“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Diese Entwicklung konnte bei einer vergleichenden Betrachtung der jeweiligen Extremgruppen derjenigen Kinder, deren sportliche Leistungen zu Projektbeginn besonders niedrig eingestuft worden war, jedoch nicht bestätigt werden: Demnach konnte sich zwar auch die Extremgruppe derjenigen Moglis mit zu Projektbeginn besonders schlechten sportlichen Leistungen verbessern, diese erreichte jedoch nicht die gleichen Werte wie die Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,24$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,69^{**}$). Werden die jüngeren und älteren Kinder separat betrachtet und die jeweiligen Kinder der Treatment- und Kontrollgruppe in diesen altersspezifischen Subgruppen miteinander verglichen, fällt auf, dass sich insbesondere die jüngeren Moglis gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit aus ihrer eigenen Sicht sowie aus der Sicht ihrer LehrerInnen positiver entwickelten (Nettoeffektstärke: $d= 0,34$) und dass die Nettoeffektstärke für die älteren Moglis gegenüber den älteren Kindern der Kontrollgruppe zwar immer noch positiv, aber geringer

ausfiel ($d = 0,10$). Die sportlichen Leistungen der Subgruppe der Moglis mit leichter familiärer Belastung entwickelten sich, genauso wie die sportlichen Leistungen der entsprechenden Kinder aus der Kontrollgruppe, tendenziell negativ mit einem marginalen Unterschied zuungunsten der Treatmentgruppe (Nettoeffekt: $d = -0,05$). Bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung ließen sich hingegen deutliche Unterschiede zu den Kindern aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung erkennen – während sich die Moglis mit schwerer familiärer Belastung tendenziell positiv entwickeln konnte (Bruttoeffektstärke: $d = 0,10$) nahmen die sportlichen Leistungen der Kinder aus der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe deutlich ab (Bruttoeffektstärke: $d = -0,34^*$), so dass sich eine Nettoeffektstärke für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung von insgesamt $d = 0,44^*$ ergab. Eine gesonderte Betrachtung der älteren Moglis und älteren Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung bestätigte dieses Ergebnis (Nettoeffektstärke: $d = 0,32$, vgl. Abbildung 65 und Tabelle 165 im Anhang). Bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung entwickelte sich die sportliche Leistungsfähigkeit der weiblichen Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = -0,11$) wie die der Jungen (Bruttoeffektstärke: $d = -0,08$) eher negativ. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung blieb die sportliche Leistungsfähigkeit der weiblichen Moglis fast gleich, während die der Jungen zunahm (Bruttoeffektstärke: $d = 0,15$). Zudem konnten sich Moglis mit leichter familiärer Belastung bei einem stärkeren Einfluss (Bruttoeffekt: $d = 0,06$) gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung (Bruttoeffekt: $d = -0,24$) eher positiv entwickeln (vgl. Abbildung 66 und Tabelle 166 im Anhang).

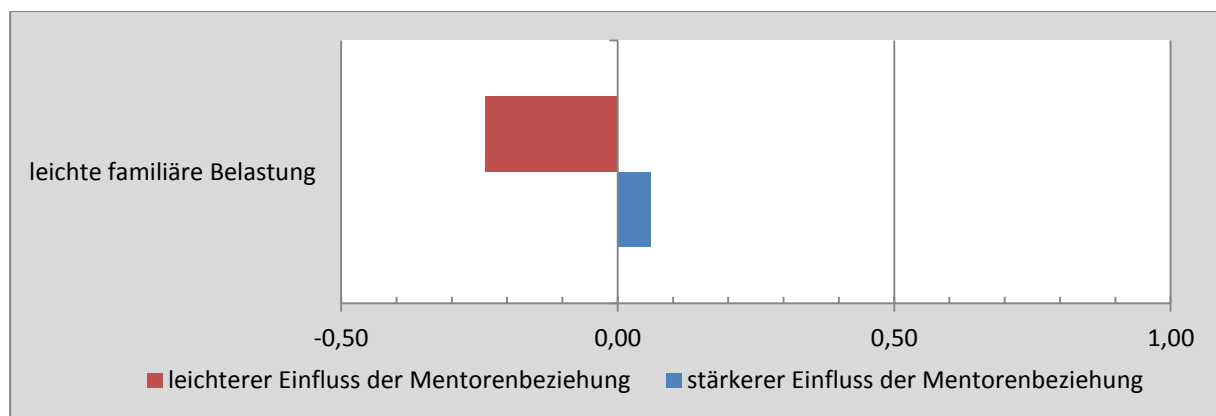


Abbildung 66. Entwicklung der „sportlichen Leistungsfähigkeit“ (2. KH) für Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

5.3 Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor

Neben gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Kapitel 5.1) sowie gesundheitsrelevanten Kompetenzen (Kapitel 5.2) wurden auch die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor erhoben. Hierfür wurden die Kinder gebeten, ihre subjektive Gesundheit und ihr Wohlbefinden mit dem KIDSCREEN-Fragebogen (mittellange Version mit 27 Items) selbst zu beurteilen. Die in dem KIDSCREEN enthaltenen Items ließen sich fünf Rasch skalierten Dimensionen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zuordnen. Diese waren das „körperliche Wohlbefinden“, das „psychologische Wohlbefinden“, die „Beziehung zu Eltern und Autonomie“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe 2006, S. 76). Die Ergebnisse zum „körperlichen Wohlbefinden“ der Kinder werden in dem Kapitel 5.3.1 („körperliche Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität“) dargestellt und durch die Resultate zu der Frage an die LehrerInnen „Wie würden Sie die Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ sowie die Frage an die LehrerInnen, ob das Kind in der letzten Woche fit gewirkt hätte, ergänzt. In dem anschließenden Kapitel 5.3.2 („psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität“) werden die Effekte des Mentorenprogramms *Balu und Du* auf die Entwicklung der Moglis für die KIDSCREEN-27 Dimension des psychologischen Wohlbefindens nach der Selbsteinschätzung der Kinder sowie für das psychische Wohlbefinden der Kinder aus Sicht der KlassenlehrerInnen dargestellt. Beendet wird das Kapitel durch Ergebnisse zu der selbst gebildeten Dimension „passive negative Gefühle“ und die beiden Fragen an die KlassenlehrerInnen nach dem Ausmaß der durch die Kinder gezeigten Aggressivität sowie danach, ob sich die Kinder in ihrer Haut wohl zu fühlen schienen. Die Ergebnisse der drei letzten Dimensionen des KIDSCREEN-27 Erhebungsinstrument („Beziehung zu Eltern und Autonomie“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“) wurden im letzten Kapitel 5.3.3 der „sozialen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ zugeordnet. Neben diesen durch den Kinderfragebogen erhobenen Dimensionen wurde auch noch die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) aus dem Lehrerfragebogen generiert und in die Untersuchung mit einbezogen.

5.3.1 körperliche Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die *körperliche Gesundheit* der Kinder wurde zunächst mit dem KIDSCREEN-27 Instrument zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL) untersucht – hierfür sollten die Kinder ihr „*körperliches Wohlbefinden*“ zu beiden Messzeitpunkten (t_1 und t_2) selbst

einschätzen.⁹⁶ Ein Vergleich der T-Stichprobenmittelwerte von t_1 zu den T-Normwerten zeigte, dass die Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von $M_1 = 53,01$ nur knapp unter dem KIDSCREEN-27 Normwert ($M = 53,72$) für acht bis elfjährige Kinder lag. Dabei fiel der Mittelwert der Kontrollgruppe leicht höher ($M_1 = 53,99$) und der Mittelwert der Treatmentgruppe der Moglis etwas niedriger ($M_1 = 51,90$) aus (vgl. Tabelle 167 im Anhang). Eine Reliabilitätsanalyse für die Dimension ergab für die Gesamtstichprobe ein Cronbach's α von 0,588 zu t_1 und ein Cronbach's α von 0,725 zu t_2 . Eine feinere Reliabilitätsanalyse durch Untergliederung der Gesamtstichprobe in die Subgruppe der jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und in die Subgruppe der älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt) machte jedoch eine Schwierigkeit deutlich: Bei den jüngeren Kindern erreichte die interne Konsistenz der Skala deutlich niedrigere Werte ($\alpha = 0,509$ zu t_1 und $\alpha = 0,588$ zu t_2) als bei den älteren Kindern ($\alpha = 0,629$ zu t_1 und $\alpha = 0,787$ zu t_2). Die Ergebnisse für die jüngeren Kinder konnten daher nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Separate Reliabilitätsanalysen für Kinder, die zu Hause auch oder ausschließlich Deutsch sprachen, erbrachten für beide Altersgruppen kaum Unterschiede. Demnach waren die Fragen hinsichtlich des körperlichen Wohlbefindens für Kinder, die zu Hause kein Deutsch sprachen, ebenfalls gut geeignet (vgl. Tabelle 168 im Anhang). Wie aus der Berechnung der Bruttoeffektstärken für die Gesamtgruppe der Moglis und der Kontrollgruppe hervorging, veränderte sich ihr körperliches Wohlbefinden in der Wahrnehmung der Moglis während des Projektzeitraums nicht maßgeblich (Bruttoeffektstärke: $d = 0,04$), während das körperliche Wohlbefinden der Kinder aus der Kontrollgruppe leicht sank (Bruttoeffektstärke: $d = -0,13$). Hieraus resultiert eine im Vergleich tendenziell eher positive Nettoeffektstärke für die Gesamtgruppe der Moglis ($d = 0,17$). Die Extremgruppen derjenigen Moglis und derjenigen Kinder der Kontrollgruppe, die zu t_1 ein besonders niedriges körperliches Wohlbefinden aufwiesen, konnten sich bis zur zweiten Erhebungswelle t_2 wesentlich verbessern (Bruttoeffektstärke: Moglis $d = 1,50^{***}$, Bruttoeffektstärke: Kontrollgruppe $d = 0,58^{***}$). Im Vergleich zu der Kontrollgruppe fiel die Entwicklung innerhalb der Treatmentgruppe der Moglis mit einer großen Nettoeffektstärke von $d = 0,92$ jedoch um einiges günstiger aus.

Wird die Entwicklung des körperlichen Wohlbefindens der Mogligruppe und der Kontrollgruppe in den einzelnen altersspezifischen Subgruppen verglichen, wird deutlich, dass sich das körperliche Wohlbefinden der jüngeren Kinder aus der Kontrollgruppe noch etwas negativer entwickelte (Bruttoeffektstärke: $d = -0,22$) als das körperliche Wohlbefinden der älteren Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,09$). In der Subgruppenaufteilung konnten die jüngeren Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$) wie auch die

⁹⁶ Die Dimension „körperliches Wohlbefinden“ bestand in der Version des KIDSCREEN-27 aus den fünf Items: „Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich fit und wohl gefühlt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich viel bewegt (z.B. beim Rennen, Klettern, Fahrradfahren)?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, konntest du gut rennen?“ „Wenn du an die letzte Woche denkst, bist du voller Energie gewesen?“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe, S. 121)

älteren Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,06$) hingegen ihr Niveau halten bzw. leicht ausbauen, so dass sich jeweils ein positiver Nettoeffekt für die jüngeren Moglis ($d= 0,22$) und für die älteren Moglis ($d= 0,14$) ergab.

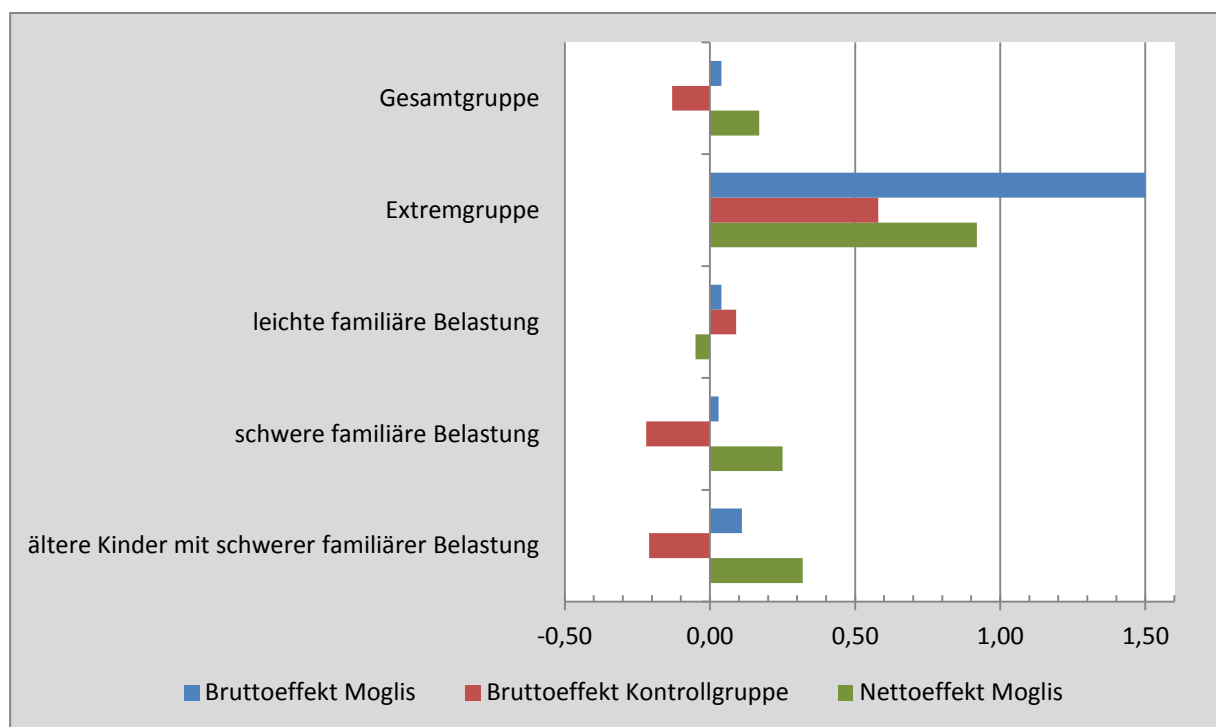


Abbildung 67. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Neben den Berechnungen der Effektstärken für die verschiedenen Altersgruppen interessierte im Sinne der Resilienztheorie auch, wie sich Kinder mit unterschiedlichen familiären Belastungen während des Projektzeitraums weiterentwickeln konnten. Wie die Ergebnisse zeigten, entwickelten sich die Kinder der Kontrollgruppe und der Treatmentgruppe während des Projektzeitraums in der Subgruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung annähernd gleich (Bruttoeffektstärke: Moglis: $d= 0,04$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d= 0,09$). Für die Subgruppen der Kinder mit schwerer familiärer Belastung ergaben sich jedoch deutliche Unterschiede: Während das körperliche Wohlbefinden der Moglis während des Projektzeitraums annähernd gleich blieb (Bruttoeffektstärke: $d= 0,03$), ließen die Antworten der Kontrollgruppe auf eine Verschlechterung ihres körperlichen Wohlbefindens (Bruttoeffektstärke: $d= -0,22$) schließen, so dass eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,25$ für die Moglis erzielt wurde. Dieses Ergebnis wurde durch eine Betrachtung der Subgruppe älterer Kinder mit schwerer familiärer Belastung bestätigt – während ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung sich tendenziell verbessern konnten (Bruttoeffektstärke: $d= 0,11$), verschlechterten sich ältere Kinder der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung leicht ($d= -0,21$), so dass sich für die Moglis eine positive Nettoeffektstärke von $d= 0,32$ ergab (vgl. Abbildung 67 und Tabelle 169 im Anhang). Wird

die Entwicklung der Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung getrennt nach Geschlecht betrachtet, zeigen sich bei einer leichten familiären Belastung keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d = 0,04$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis $d = 0,04$). Bei schwerer familiärer Belastung entwickelten sich beide Geschlechter jedoch unterschiedlich - während sich das körperliche Wohlbefinden der Jungen verschlechterte (Bruttoeffektstärke: $d = -0,24$), verbesserten sich die Mädchen um eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,35^*$. Außerdem wirkte sich bei denjenigen Moglis, bei denen nur eine leichte familiäre Belastung vorlag, ein stärkerer gegenüber einem schwächeren Einfluss des Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ deutlich positiver aus (Bruttoeffektstärke: $d = -0,18$ bei schwächerem Einfluss, Bruttoeffektstärke: $d = 0,24$ bei stärkerem Einfluss). Bei einer schweren familiären Belastung konnten sich die Kinder, die in den Genuss einer intensiveren Mentorenbeziehung kamen, immerhin tendenziell positiver entwickeln, als Kinder mit einer weniger intensiven Mentorenbeziehung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,02$ bei schwächerem Einfluss, Bruttoeffektstärke: $d = 0,08$ bei stärkerem Einfluss, vgl. Abbildung 68 und Tabelle 170 im Anhang).

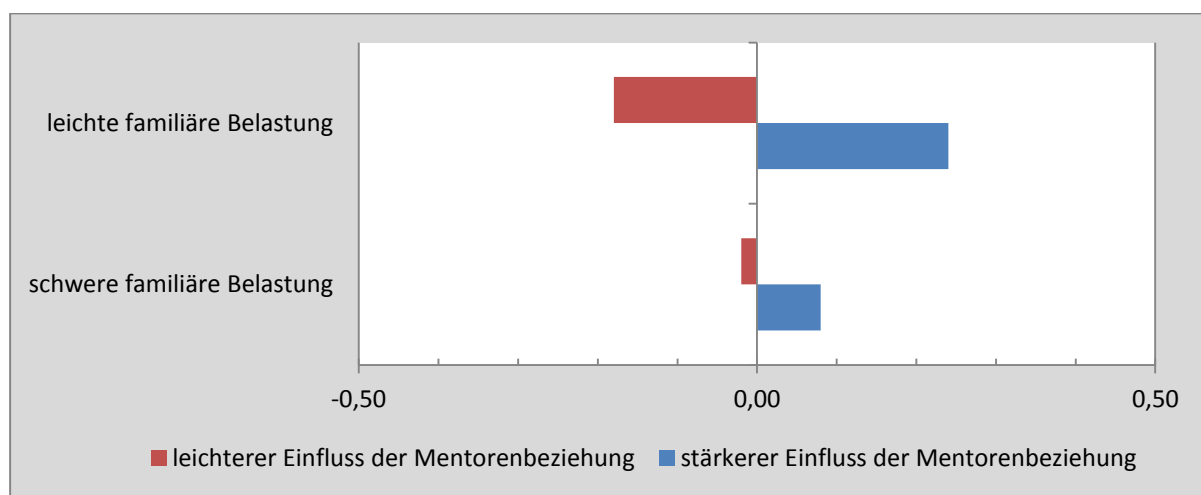


Abbildung 68. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „körperliches Wohlbefinden“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Neben der Verwendung des KIDSCREEN-27 Erhebungsinstruments wurden die KlassenlehrerInnen in der zweiten Kohorte zusätzlich gefragt, *wie sie die Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben würden*. Deutlich wurde hierbei, dass die Gesamtgruppe der Moglis nach Ansicht ihrer KlassenlehrerInnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand während des Projektzeitraums steigern konnte (Bruttoeffektstärke: $d = 0,26^{***}$), während dieser gleichzeitig bei den Kindern der Kontrollgruppe eher abnahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,06$). So ergab sich eine insgesamt positive Nettoeffektstärke von $d = 0,32^{***}$ für die Moglis. Bei den Extremgruppen derjenigen Kinder mit dem nach Ansicht der KlassenlehrerInnen zu Projektbeginn schlechtesten gesundheitlichen Allgemeinzustand,

konnten sich sowohl die entsprechende Subgruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 1,56^{***}$) wie auch die entsprechende Subgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 1,30^{***}$) verbessern; diese Steigerung fiel für die Moglis erneut höher aus (Nettoeffektstärke: $d = 0,26^{***}$).

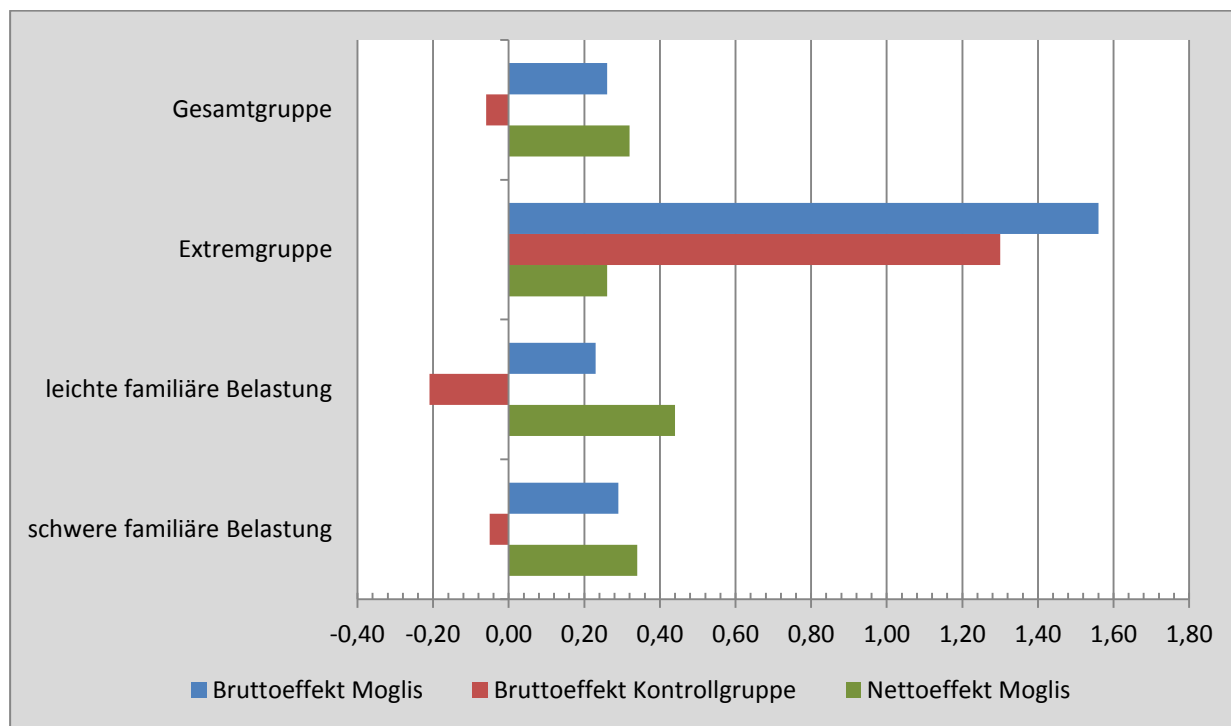


Abbildung 69. Entwicklung des Einzelitems: „Wie würden Sie die Gesundheit des Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ (aus dem Lehrerfragebogen) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung.

Auch bei den Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung wurden positivere Entwicklungen zugunsten der Moglis ersichtlich: So konnten Moglis mit leichter familiärer Belastung ihren allgemeinen Gesundheitszustand während des Projektzeitraums verbessern (Nettoeffektstärke: $d = 0,44$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,23$), während sich die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,21$) gleichzeitig verschlechterten. Ähnlich fiel die Entwicklung für Kinder mit schwerer familiärer Belastung aus - erneut waren es hier die Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,34$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,29$), die sich vergleichsweise gegenüber den schwer familiär belasteten Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,05$) günstiger entwickelten (vgl. Abbildung 69 und Tabelle 171 im Anhang).

Die Einschätzung der KlassenlehrerInnen darüber, *ob das Kind in der letzten Woche fit gewirkt hätte*, fiel hingegen weniger günstig für die die Moglis aus – so konnte sich die Gesamtgruppe der Moglis gegenüber der Gesamtgruppe der Kontrollgruppenkinder nicht verbessern (Nettoeffektstärke: $d = 0,01$). Bei der Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu Projektbeginn besonders wenig fit gewirkt hatten, war eine positive Steigerung von $d = 0,48$ (Bruttoeffektstärke) erkennbar, welche jedoch nicht an die der Extremgruppe der Kinder aus

der Kontrollgruppe mit $d = 1,03$ (Bruttoeffektstärke) heranreichte. Auch wirkten die Kinder der Treatmentgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,29$), ebenso wie die entsprechende Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,15$), nach Einschätzung ihrer LehrerInnen zu t_2 weniger fit. Dies traf allerdings nicht für Moglis mit leichter familiärer Belastung zu; sie verbesserten nicht nur ihre Fitness (Nettoeffektstärke: $d = 0,65^{**}$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,27$), sondern schnitten gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe, deren Fitness während des Projektzeitraums abnahm (Bruttoeffektstärke: $d = -0,38^{**}$), auch besser ab (vgl. Tabelle 172 im Anhang).

5.3.2 psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Den Kindern wurden zu beiden Erhebungswellen (t_1 und t_2) sieben Fragen zu ihrem *seelischen Wohlbefinden* gestellt und diese dann in der KIDSCREEN-27 *Dimension „psychologisches Wohlbefinden“* zusammengefasst.⁹⁷ Ein Vergleich der T-Stichprobenmittelwerte von t_1 zu den T-Normwerten zeigte, dass die Gesamtstichprobe aller Kinder (Treatment- und Kontrollgruppe zusammen) mit einem Mittelwert von $M_1 = 51,76$ unter dem KIDSCREEN-27 Normwert von $M = 53,04$ lag. Dies war vor allem auf den niedrigen Mittelwert der Moglis ($M_1 = 50,61$) zu t_1 zurückzuführen, da der Mittelwert der Kontrollgruppe zu t_1 mit $M_1 = 52,78$ nur knapp nicht dem Normwert entsprach (vgl. Tabelle 167 im Anhang). Eine Reliabilitätsanalyse für die Dimension ergab für die Gesamtstichprobe ein Cronbach's α von 0,628 zu t_1 und ein Cronbach's α von 0,737 zu t_2 . Eine genauere Reliabilitätsanalyse für die Subgruppe der jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und die Subgruppe der älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt) zeigte wider Erwarten für t_1 eine höhere interne Konsistenz der Skala für die jüngeren Kinder auf – während Cronbach's α für diese Kinder einen Wert von 0,676 erreichte, lag Cronbach's α zu t_1 für die älteren Kinder nur bei 0,564. Bei der zweiten Erhebungswelle lagen die Werte von Cronbach's α jedoch für beide Altersgruppen über $\alpha = 0,7$ (für die jüngeren Kinder $\alpha = 0,719$ und für die älteren Kinder $\alpha = 0,749$) und damit in einem akzeptablen Bereich. Eine durchgängig bessere Reliabilität bei der Befragung von Kindern, die zu Hause auch oder ausschließlich Deutsch sprachen, ließ sich für beide Altersgruppen nicht erkennen (vgl. Tabelle 168 im Anhang). Die Berechnung der Bruttoeffektstärke für die Gruppe der Moglis ($d = -0,11$) und der Bruttoeffektstärke für die Kontrollgruppe ($d = -0,16$) lässt für beide Gruppen eine leicht negative Entwicklung während des Beobachtungszeitraums erkennen. Die Extremgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe, deren Werte hinsichtlich ihres psychologischen

⁹⁷ Die Dimension „psychologisches Wohlbefinden“ bestand in der Version des KIDSCREEN-27 aus den sieben Items: „Wenn du an die letzte Woche denkst, hat dir dein Leben gefallen?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du gute Laune gehabt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du Spaß gehabt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich traurig gefühlt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich so schlecht gefühlt, dass du gar nichts machen wolltest?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich einsam gefühlt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, bist du zufrieden gewesen, so wie du bist?“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe, S. 121f.)

Wohlbefindens zu t_1 besonders schlecht ausfielen, konnten beide bis zum Zeitpunkt der zweiten Erhebungswelle t_2 wieder höhere Werte aufweisen (Moglis: $d= 1,16^{***}$, Kontrollgruppe: $d= 0,75^{***}$). Wie bereits beim körperlichen Wohlbefinden konnten sich auch hier die Moglis mit zu Beginn besonders ungünstigen Ausgangswerten im Vergleich zu der entsprechenden Kontrollgruppe mit einer Nettoeffektstärke von $d= 0,41$ noch positiver entwickeln.

Zudem fiel auf, dass sich das psychologische Wohlbefinden der Gesamtstichprobe der jüngeren Kinder insgesamt leicht verbesserte bzw. stagnierte (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= 0,12$, Kontrollgruppe: $d= 0,01$), während sich das psychologische Wohlbefinden der älteren Kinder sowohl in der Mogli- wie auch in der Kontrollgruppe verschlechterte (Bruttoeffektstärke Moglis: $d= -0,26^{**}$, Kontrollgruppe: $d= -0,25^*$). Dabei fiel die Entwicklung der Moglis in der jüngeren Altersgruppe etwas positiver ins Auge, während die Entwicklung der Moglis in der älteren Altersgruppe sich praktisch nicht von der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe unterschied (Nettoeffektstärke für die jüngeren Moglis: $d= 0,11$, Nettoeffektstärke für die älteren Moglis: $d= -0,01$).

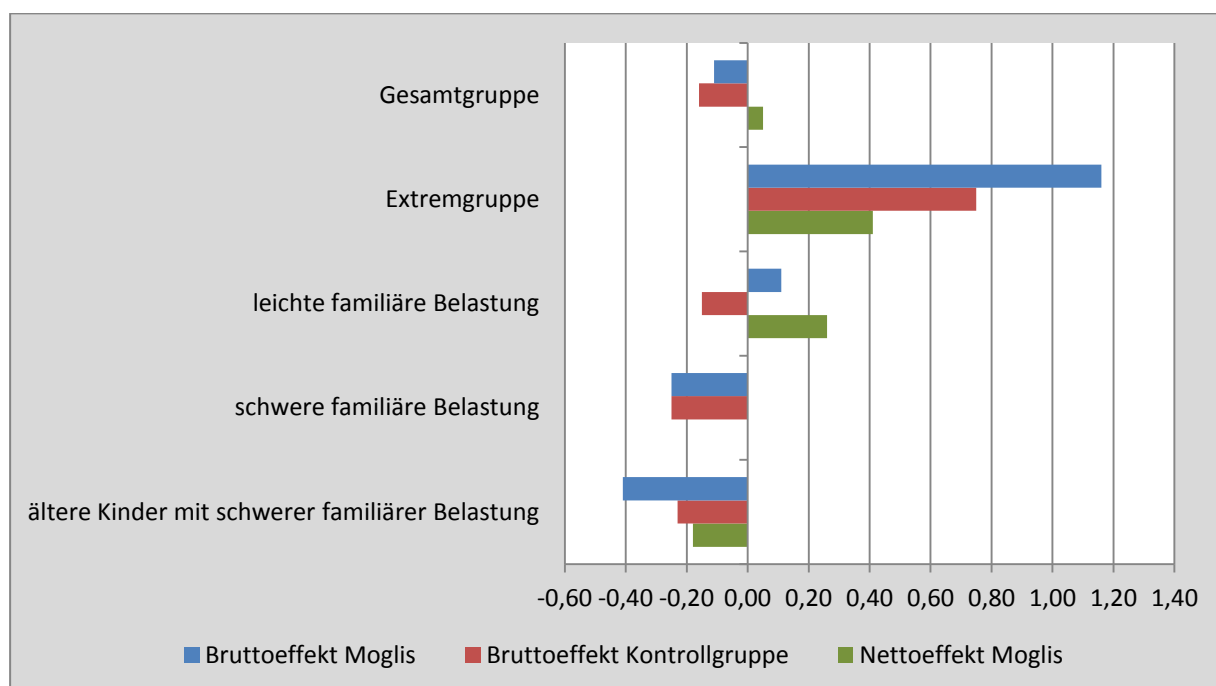


Abbildung 70. Entwicklung der Dimension „psychologisches Wohlbefinden“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Neben den Berechnungen der Effektstärken für die verschiedenen Altersgruppen interessierte im Sinne der Resilienztheorie auch, wie sich Kinder mit unterschiedlichen familiären Belastungen während des Projektzeitraums weiterentwickeln konnten. Wie die Ergebnisse zeigen, entwickelten sich die Kontrollgruppenkinder während des Projektzeitraums in der Subgruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung

(Bruttoeffektstärke: $d = -0,15$) deutlich schlechter als die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d = 0,11$). In den Subgruppen der Moglis und der Kinder aus der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung war hingegen ein ähnliches Absinken hinsichtlich des psychologischen Wohlbefindens zu beobachten (Bruttoeffektstärke jeweils $d = -0,25$). Bei den älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung war hingegen eine noch negativere Entwicklung (Bruttoeffektstärke: $d = -0,41$) als bei der entsprechenden Subgruppe aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,23$) erkennbar (vgl. Abbildung 70 und Tabelle 173 im Anhang). Dies unterstrich noch einmal das Ergebnis, dass weniger bei den älteren als bei den jüngeren Kindern positive Effekte auf das psychologische Wohlbefinden zu erwarten waren. Eine getrennte Analyse für die Moglijungen und –mädchen war ebenfalls sehr interessant: Anders als bei dem körperlichen Wohlbefinden erzielten die Jungen (Bruttoeffektstärke: $d = 0,15$ bei leichter familiärer Belastung und Bruttoeffektstärke $d = -0,15$ bei schwerer familiärer Belastung) gegenüber den Mädchen (Bruttoeffektstärke: $d = 0,00$ bei leichter familiärer Belastung und Bruttoeffektstärke: $d = -0,37^*$ bei schwerer familiärer Belastung) deutlich bessere Ergebnisse (vgl. Tabelle 174 im Anhang).

Neben der Selbsteinschätzung der Kinder wurde auch eine *Fremdeinschätzung der KlassenlehrerInnen zum psychischen Wohlbefinden* der Kinder herangezogen. So wurden die KlassenlehrerInnen in der zweiten Kohorte um eine allgemeine Einschätzung der psychischen Gesundheit der Kinder gebeten. Während die LehrerInnen die Ansicht vertraten, dass sich die psychische Gesundheit der Gesamtgruppe der Moglis für sich selbst betrachtet (Bruttoeffektstärke: $d = 0,24^{**}$) wie auch im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,09$) tendenziell positiver entwickelt hätte (Nettoeffektstärke: $d = 0,15$), war dies bei den beiden Extremgruppen derjenigen Kinder mit zu t_1 besonders niedriger psychischer Gesundheit nicht der Fall. Hier konnten sich die Kinder der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,85^{***}$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe leicht positiver entwickeln (Bruttoeffektstärke: $d = 0,75^{***}$). Bei einem Vergleich der psychischen Gesundheit von Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d = 0,19$) mit den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,03$) erzielten die Kinder der Treatmentgruppe (Nettoeffektstärke: $d = 0,22$) leicht positivere Ergebnisse. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 0,33^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,36$) war dies jedoch nicht der Fall (vgl. Tabelle 175 im Anhang).

Zudem wurden den KlassenlehrerInnen der Kinder im Lehrerfragebogen die drei Fragen „Wirkte das Kind traurig?“, „War das Kind einsam?“ und „War das Kind ängstlich bzw. wirkte das Kind ängstlich?“ gestellt. Die drei Items wurden dann mittels einer kategorialen Hauptkomponentenanalyse zu der *Dimension „passive negative Gefühle“* mit Reliabilitäten von $\alpha = 0,737$ für die erste und $\alpha = 0,794$ für die zweite Erhebungswelle verdichtet.

Der Minimalwert des Gesamtsummenscores für die Dimension betrug null Punkte und der Maximalwert 12 Punkte (vgl. Tabelle 176 im Anhang). Die Kinder der Treatmentgruppe schnitten bei dieser Dimension gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe fast durchgängig positiver ab, d.h. die Intensität ihrer „passiven negativen Gefühle“ verringerte sich vergleichsweise stärker. Während alle Kinder aus der Kontrollgruppe eine positive Bruttoeffektstärke von $d=0,21^{***}$ erreichten, lag die Bruttoeffektstärke bei den Moglis bei $d=0,37^{***}$ (Nettoeffektstärke: $d=0,16$). Bei den beiden Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn (t_1) besonders traurig, einsam und ängstlich gewirkt hatten, konnte sich die entsprechende Subgruppe der Moglis mit einer Bruttoeffektstärke von $d=1,43^{***}$ gegenüber der Bruttoeffektstärke der entsprechenden Subgruppe aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d=0,98^{***}$) ebenfalls positiver entwickeln (Nettoeffektstärke: $d=0,45$). Auch bei den jüngeren Kindern fielen die Effekte für die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d=0,44^{***}$) gegenüber den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d=0,18$) günstiger aus (Nettoeffektstärke: $d=0,26$). Demgegenüber war bei den älteren Kindern nur noch eine leicht bessere Nettoeffektstärke für die Moglis von $d=0,10$ feststellbar.

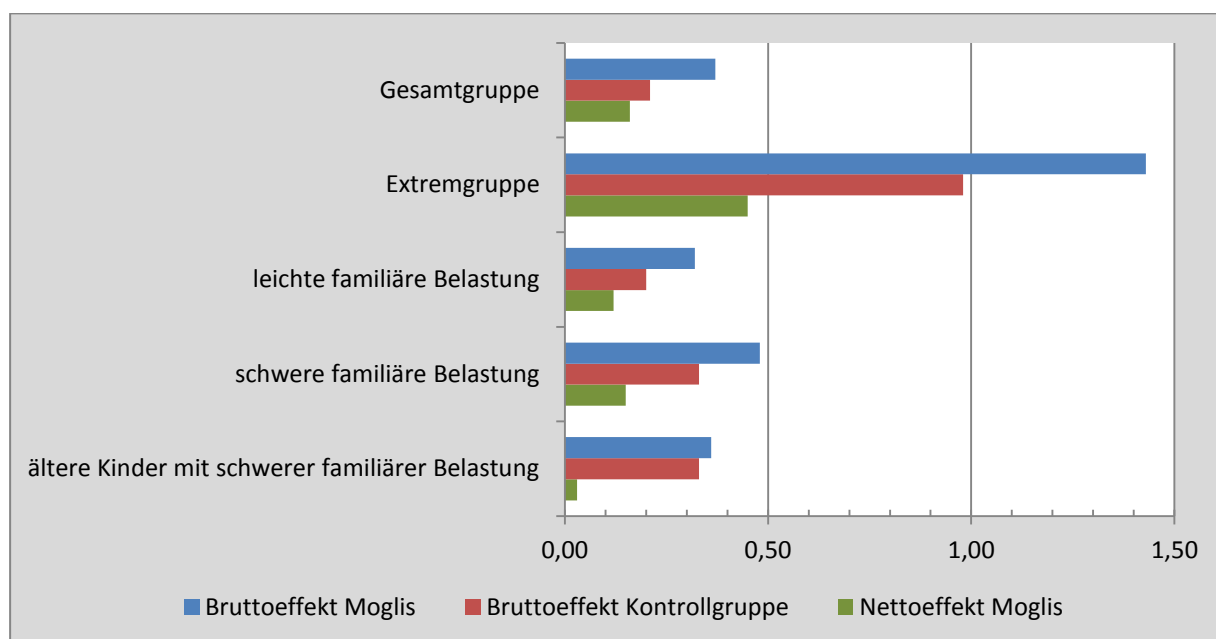


Abbildung 71. Entwicklung der Dimension „passive negative Gefühle“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Dies traf auch für Moglis mit leichter familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d=0,12$) und für Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Nettoeffektstärke: $d=0,15$) zu. Die Entwicklung von älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d=0,36^*$) unterschied sich kaum von den älteren Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d=0,33^*$, vgl. Abbildung 71 und Tabelle 177 im Anhang). Insbesondere weibliche Moglis schienen allerdings von einer Projektteilnahme zu profitieren

– Mädchen mit leichter familiärer Belastung verzeichneten eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,48^*$ und Mädchen mit schwerer familiärer Belastung sogar eine Bruttoeffektstärke von $d = 0,88^{***}$. Bei den männlichen Moglis fielen die positiven Bruttoeffektstärken mit $d = 0,28^*$ für die leicht familiär belasteten Jungen und $d = 0,24$ für die Jungen mit schwerer familiärer Belastung entsprechend geringer aus.

Interessanterweise spielte die Ausprägung des sozialen Schutzfaktors der Mentorenbeziehung vor allem bei den schwer familiär belasteten Moglis eine Rolle. Während sich Moglis mit leichter familiärer Belastung unabhängig von dem vermuteten Wirksamkeitsgrad der Mentorenbeziehung fast gleich entwickelten (Bruttoeffektstärke bei leichtem Einfluss der Mentorenbeziehung: $d = 0,30$, Bruttoeffektstärke bei starkem Einfluss der Mentorenbeziehung: $d = 0,33$), wurde bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung ein deutlicher Unterschied erkennbar: So erreichte die Bruttoeffektstärke bei einem leichteren Einfluss $d = 0,28$ und stieg bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung auf $d = 0,61^{***}$ an (vgl. Abbildung 72 und Tabelle 178 im Anhang).

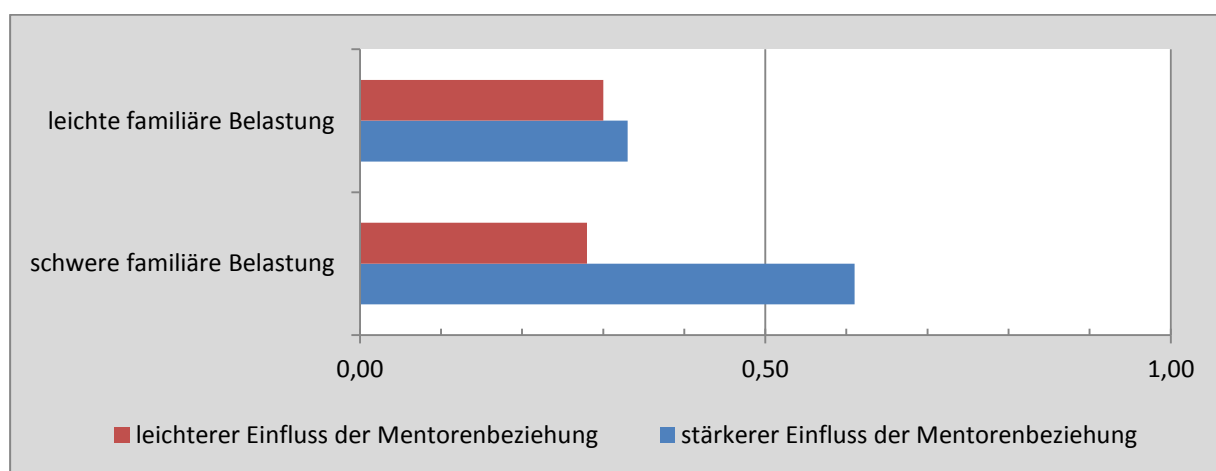


Abbildung 72. Entwicklung der Dimension „passive negative Gefühle“ für männliche Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Das Ausmaß der gezeigten Aggressivität der Kinder sowie die Frage danach, ob sich die Kinder in ihrer Haut wohl zu fühlen schienen (wurde beides nur für die erste Kohorte erfragt), wurden gesondert betrachtet. Bei der Auswertung der Lehrerfrage: „Was denken Sie – fühlte sich das Kind in seiner Haut wohl?“ (1. KH) wurden weder bei einem Vergleich zwischen den Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke: $d = -0,04$) und bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die sich zu t_1 besonders unwohl zu fühlen schienen (Nettoeffektstärke: $d = -0,05$), große Unterschiede deutlich. Auffällig war jedoch, dass Moglis mit leichter familiärer Belastung sich zum Zeitpunkt t_2 *unwohler in ihrer Haut zu fühlen* schienen als noch zu t_1 (Bruttoeffektstärke: $d = -0,24$) und, dass dies bei den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = -0,06$) nicht ganz so stark ausgeprägt war. Dafür

konnte eine deutlich positive Entwicklung für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung verzeichnet werden: Nicht nur vermittelten diese Kinder am Ende der Projektzeit den Eindruck, dass sie sich an sich deutlich wohler in ihrer Haut fühlten als noch zu t_1 (Bruttoeffektstärke: $d= 0,31$), sondern sie schnitten auch gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe, die sich diesbezüglich verschlechterten (Bruttoeffektstärke: $d= -0,15$), deutlich besser ab (Nettoeffektstärke: $d= 0,46$, vgl. Tabelle 179 im Anhang).

Bei der Frage an die LehrerInnen danach, *ob das Kind aggressiv war bzw. sich aggressiv verhielt*, wurden bei einem erneuten Gesamtgruppenvergleich fast gleiche Ergebnisse erzielt (Nettoeffektstärke: $d= -0,07$). Ein Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu Projektbeginn besonders aggressiv gewesen waren bzw. gewirkt hatten, erbrachte eine Nettoeffektstärke von $d= -0,15$. Wenige Unterschiede ergaben sich auch bei einem entsprechenden Vergleich von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung – während sich bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung die Kinder der Treatmentgruppe tendenziell eher positiv entwickeln konnten (Nettoeffektstärke: $d= 0,09$), war bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung das Gegenteil der Fall (Nettoeffektstärke: $d= -0,14$, vgl. Tabelle 180 im Anhang).

5.3.3 soziale Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Neben dem „körperlichen Wohlbefinden“ und dem „psychologischen Wohlbefinden“ wurde auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder bezüglich der *Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“* mit dem KIDSCREEN-27 zur Erfassung der sozialen Gesundheit der Kinder gemessen. Hierzu mussten die Kinder zu beiden Erhebungswellen (t_1 und t_2) sieben Fragen beantworten.⁹⁸ Ein Vergleich der T-Stichprobenmittelwerte von t_1 zu den T-Normwerten zeigte, dass die Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von $M_1= 45,78$ deutlich unter dem KIDSCREEN-27 Normwert von $M= 51,57$ lag. Dies war erneut vor allem auf den niedrigen Mittelwert der Moglis ($M_1= 44,72$) zu t_1 zurückzuführen, doch lag auch der Mittelwert der Kontrollgruppe zu t_1 mit $M_1= 46,73$ unter dem Normwert (vgl. Tabelle 167 im Anhang). Eine Reliabilitätsanalyse für die Dimension ergab für die Gesamtstichprobe ein Cronbach's α von 0,688 zu t_1 und ein Cronbach's α von 0,741 zu t_2 . Nach erneuter Unterteilung der Daten in die Subgruppe der jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und in die Subgruppe der älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt) wurde erkennbar, dass die Skala für die jüngeren Kinder ($\alpha = 0,659$ zu t_1 und $\alpha = 0,687$ zu t_2) etwas weniger gut geeignet war als für

⁹⁸ Die Dimension „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“ bestand in der Version des KIDSCREEN-27 aus den sieben Items: „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du genügend Zeit für dich selbst gehabt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, haben deine Mutter/ dein Vater genug Zeit für dich gehabt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, haben deine Mutter/ dein Vater dich gerecht behandelt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, konntest du mit deiner Mutter/ deinem Vater reden, wenn du wolltest?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen, wie deine Freunde?“ „Wenn du an die letzte Woche denkst, hattest du genug Geld für die Sachen, die du brauchst?“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe, S. 122).

die älteren Kinder ($\alpha = 0,707$ zu t_1 und $\alpha = 0,769$ zu t_2). Es zeigten sich erneut keine großen Unterschiede in der Reliabilität der Skala hinsichtlich der zu Hause gesprochenen Sprache der Kinder (als Indikator für das Sprachverständnis, vgl. Tabelle 168 im Anhang). Die Berechnung der Bruttoeffektstärke für die Gruppe der Moglis ($d = 0,17^{**}$) und der Bruttoeffektstärke für die Kontrollgruppe ($d = 0,12$) ließ für beide Gruppen eine leicht positive Entwicklung während des Beobachtungszeitraums erkennen, wobei sich die Moglis nicht nennenswert günstiger entwickeln konnten. Bei den Extremgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe, die zu t_1 von einer besonders schlechten Beziehung zu ihren Eltern und von einer als sehr gering empfundenen Autonomie berichteten, stellte sich dies jedoch anders da: Erneut konnten sich zwar beide Gruppen im Verlaufe der Zeit verbessern (Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 1,41^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe $d = 0,60^{***}$), jedoch waren es vor allem die Moglis (Nettoeffektstärke $d = 0,81$), deren Werte sich in dieser Dimension deutlich erhöhten. Eine erneute Aufteilung der Stichprobe nach dem Alter der Kinder deutete auf eine positivere Entwicklung bei den älteren Moglis im Vergleich zu den älteren Kindern der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke $d = 0,15$) hin. Bei den jüngeren Moglis (Nettoeffektstärke $d = -0,14$) war im Vergleich zu den jüngeren Kindern der Kontrollgruppe eine solche Entwicklung nicht zu beobachten.

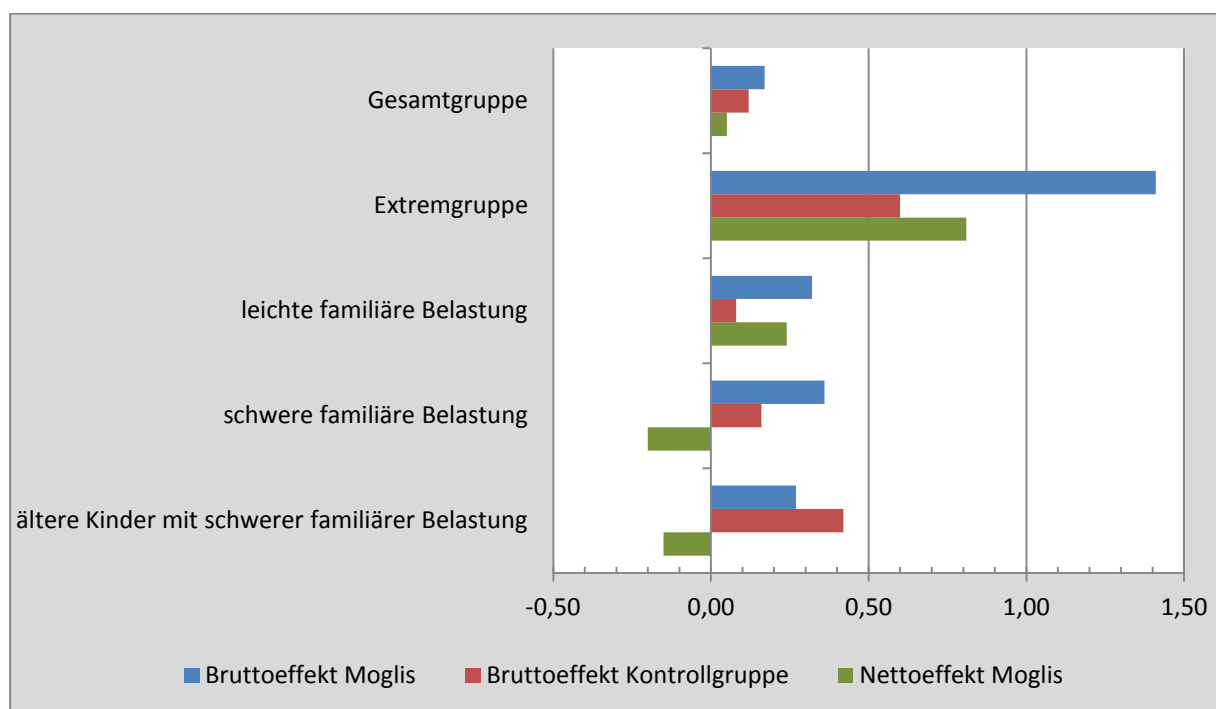


Abbildung 73. Entwicklung der KIDSCREEN- 27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Neben den allgemeinen Berechnungen der Effektstärken sowie der Effektstärken für die Extremgruppen und für die verschiedenen Altersgruppen interessierte im Sinne der Resilienztheorie auch, wie sich Kinder mit *unterschiedlichen familiären Belastungen* während

des Projektzeitraums weiterentwickeln konnten. Diesbezüglich konnten sich die Moglis aus einem leicht belasteten Elternhaus (Bruttoeffektstärke: $d= 0,32$) gegenüber der entsprechenden Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,08$) zwar positiver entwickeln, jedoch fiel der Befund bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung gegenteilig aus: Hier entwickelte sich die Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,36^*$) wider Erwarten besser als die Gruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,16$). Dieses Ergebnis bestätigte sich auch für eine Subgruppenanalyse der älteren Moglis aus schwer belasteten Familien im Vergleich zu den entsprechenden Kindern aus der Kontrollgruppe (Nettoeffektstärke für die Moglis: $d= -0,15$, vgl. Abbildung 73 und Tabelle 181 im Anhang). Sowohl männliche wie auch weibliche Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung konnten sich, für sich betrachtet, während des Projektzeitraums positiv weiterentwickeln – wobei die positiven Effektstärken bei beiden Geschlechtern erwartungskonform bei einer leichten familiären Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d= 0,20$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d= 0,85^{***}$) stärker ausfielen als bei einer schweren familiären Belastung (Bruttoeffektstärke männliche Moglis: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke weibliche Moglis: $d= 0,25$). Im direkten Vergleich sind es also die Mädchen die, insbesondere bei einer leichten familiären Belastung, hinsichtlich ihrer Beziehung zu ihren Eltern und ihrer Autonomie, gegenüber den Jungen deutlich stärkere Verbesserungen erreichen konnten.

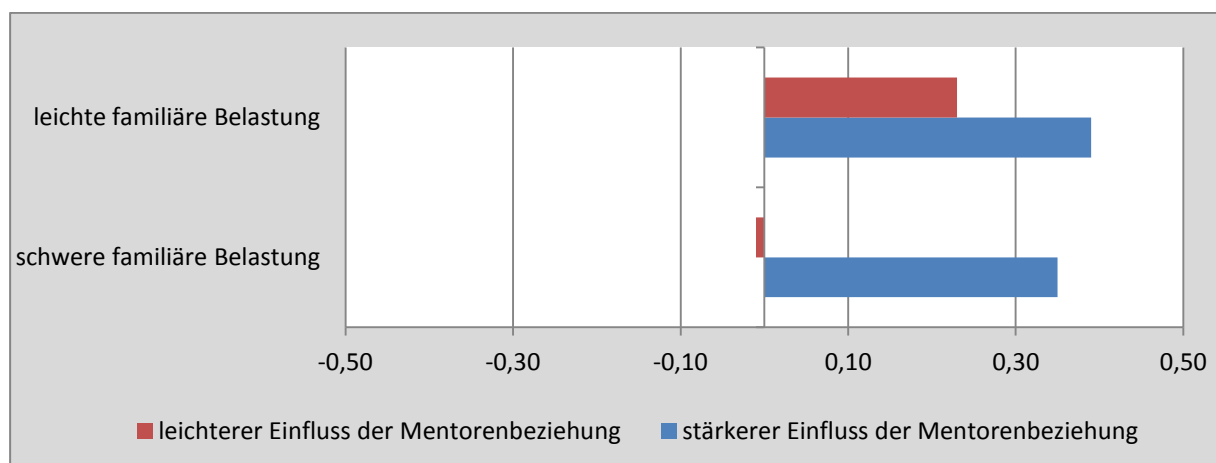


Abbildung 74. Entwicklung der KIDSCREEN- 27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Ein genauerer Blick auf die unterschiedliche Entwicklung der Moglis aus schwer belasteten Familien bei unterschiedlicher Ausprägung des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ verdeutliche, dass die Intensität der Beziehung zum Balu bei diesen Kindern für eine positive Entwicklung von besonderer Bedeutung war. Während sich die Wahrnehmung der Moglis aus schwer belasteten Familien hinsichtlich der Beziehung zu ihren Eltern und ihrer Autonomiemöglichkeiten bei einem leichteren Einfluss des Mentorenprojekts nicht

verbessern konnten (Bruttoeffektstärke: $d = -0,01$), konnten Moglis aus schwer belasteten Familien bei einem stärkeren Einfluss des Mentorenprojekts deutlich profitieren (Bruttoeffektstärke: $d = 0,35^{**}$). Auch bei einer leichten familiären Belastung zeigte sich eine positivere Entwicklung bei einem stärkeren Einfluss durch das Mentorenprojekt (Bruttoeffektstärke $d = 0,39^*$) gegenüber einem leichteren Einfluss (Bruttoeffektstärke: $d = 0,23$, vgl. Abbildung 74 und Tabelle 182 im Anhang).

Die vierte Dimension des KIDSCREEN-27 Erhebungsinstruments, „*Gleichaltrige und soziale Unterstützung*“, beschäftigt sich besonders mit der Beziehung der Kinder zu ihrer Peergroup. Hierzu beantworteten die Kinder zu beiden Erhebungswellen (t_1 und t_2) vier Fragen.⁹⁹ Ein Vergleich der T-Stichprobenmittelwerte von t_1 zu den T-Normwerten deckte auf, dass die Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von $M_1 = 49,88$ dem Niveau des KIDSCREEN-27 Normwertes von $M = 51,00$ sehr nahe kam. Der leicht niedrigere Wert war erneut auf den niedrigen Mittelwert der Moglis ($M_1 = 48,22$) zu t_1 zurückzuführen, da der Mittelwert der Kontrollgruppe zu t_1 mit $M_1 = 51,35$ sogar ganz leicht über dem Normwert lag (vgl. Tabelle 167 im Anhang). Eine Reliabilitätsanalyse für die Dimension ergab für die Gesamtstichprobe ein Cronbach's α von 0,670 zu t_1 und ein Cronbach's α von 0,751 zu t_2 . Eine feinere Reliabilitätsanalyse durch Untergliederung der Gesamtstichprobe in die Subgruppe der jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und in die Subgruppe der älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt) ließ erkennen, dass die Skala für die jüngeren Kinder ($\alpha = 0,688$ zu t_1 und $\alpha = 0,749$ zu t_2) genauso gut geeignet war wie für die älteren Kinder ($\alpha = 0,658$ zu t_1 und $\alpha = 0,757$ zu t_2). Auch zeigten sich keine großen Unterschiede in der Reliabilität der Skala hinsichtlich der zu Hause gesprochenen Sprache der Kinder (als Indikator für das Sprachverständnis, vgl. Tabelle 168 im Anhang). Die Berechnung der Bruttoeffektstärke für die Gruppe der Moglis ($d = 0,16$) und der Bruttoeffektstärke für die Kontrollgruppe ($d = -0,09$) brachte die Erkenntnis, dass sich die Moglis mit einer daraus resultierenden Nettoeffektstärke von $d = 0,25^*$ auch in dieser Dimension während des Projektzeitraums leicht positiver entwickeln konnten als die Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis wurde durch eine leicht positivere Entwicklung der Extremgruppe derjenigen Moglis (Nettoeffektstärke: $d = 0,10$, Bruttoeffektstärke: $d = 0,97^{***}$), die zu Beginn über besonders schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und besonders wenig soziale Unterstützung verfügt hatten, gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,87^{***}$) bestätigt. Nach einer erneuten Aufteilung der Stichprobe nach dem Alter der Kinder konnten weniger die jüngeren Kinder (Nettoeffektstärke $d = 0,02$), sondern vor allem die älteren Kinder

⁹⁹ Die Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ bestand in der Version des KIDSCREEN-27 aus den vier Items: „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du Zeit mit deinen Freunden verbracht?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, haben du und deine Freunde euch gegenseitig geholfen?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, hast du dich auf deine Freunde verlassen können?“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe, S. 123).

(zu t_1 acht bis zehn Jahre alt) von einer Projektteilnahme hinsichtlich ihrer Beziehung zu Gleichaltrigen und sozialer Unterstützung profitieren (Nettoeffektstärke: $d= 0,38^{**}$).

Neben den Berechnungen der Effektstärken für die verschiedenen Altersgruppen interessierte im Sinne der Resilienztheorie auch, wie sich Kinder mit unterschiedlichen familiären Belastungen während des Projektzeitraums weiterentwickeln konnten. Diesbezüglich verzeichneten vor allem Kinder aus einem schwer belasteten familiären Umfeld deutliche Unterschiede zu der Kontrollgruppe. Während die gesundheitsbezogene Lebensqualität hinsichtlich Gleichaltriger und sozialer Unterstützung bei leichter familiärer Belastung sowohl bei der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,10$) wie auch bei der Gruppe der Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,17$) leicht anstieg – und damit praktisch keine Unterschiede feststellbar waren - sank die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der Kontrollgruppe aus stark belasteten Familien deutlich ab (Bruttoeffektstärke: $d= -0,41^{***}$), während sie bei den Moglis aus stark belasteten Familien mit einer Bruttoeffektstärke von $d= 0,17$ leicht zunehmen konnte. Hieraus resultierte eine Nettoeffektstärke von $d= 0,58^{***}$ für Moglis mit schwerer familiärer Belastung. Bei einer getrennten Betrachtung der Subgruppe älterer Kinder mit schwerer familiärer Belastung bestätigte sich dieses Ergebnis: Demnach erzielte die Gruppe der entsprechenden Moglis eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,21$ und die entsprechende Kontrollgruppe eine Bruttoeffektstärke von $d= -0,35^{**}$, so dass eine Nettoeffektstärke von $d= 0,56^{***}$ erreicht werden konnte (vgl. Abbildung 75 und Tabelle 183 und 184 im Anhang).

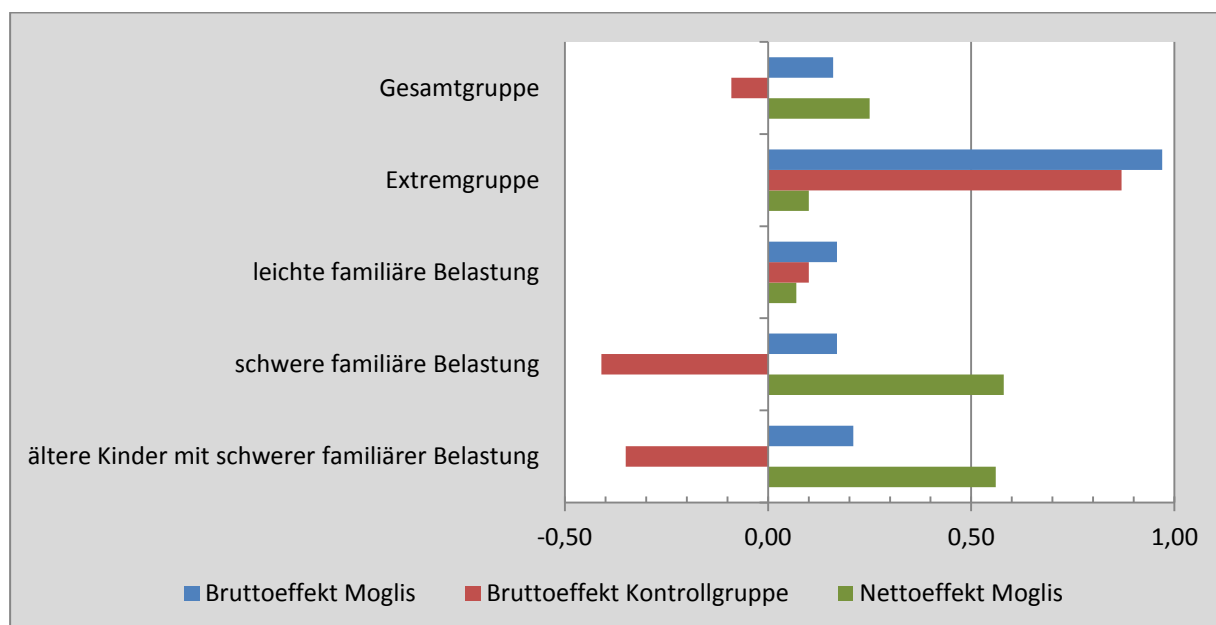


Abbildung 75. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Eine getrennte Betrachtung der unterschiedlichen Entwicklung der Moglis nach Geschlecht förderte ebenfalls interessante Ergebnisse zutage: Während bei den Jungen sowohl bei einer leichten (Bruttoeffektstärke $d= 0,10$) wie auch bei einer schweren familiären Belastung (Bruttoeffektstärke $d= 0,10$) nur eine minimale Änderungen ihrer Wahrnehmung hinsichtlich der Beziehungen zu Gleichaltrigen und ihrer sozialen Unterstützung beobachtet werden konnte, nahmen die Mädchen diese beim zweiten, gegenüber dem ersten Erhebungszeitpunkt (Bruttoeffektstärke $d= 0,41$ bei leichter familiärer Belastung und $d= 0,27$ bei schwerer familiärer Belastung) deutlich positiver wahr.

Zudem wurde für die Gruppe der Moglis untersucht, inwieweit die unterschiedliche Qualität der Mentorenbeziehung mit dem Balu (gemessen als sozialer Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“) bei leichter und schwerer familiärer Belastung eine unterschiedliche Schutzwirkung entfalten konnte. Während bei leichter familiärer Belastung der Moglis durch einen stärkeren Einfluss des Programms *Balu und Du* keine weitere, zusätzliche Wirkung ersichtlich wurde, schien ein stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung besonders bei Kindern aus schwer belasteten Familiensituationen von großer Bedeutung zu sein - so verschlechterten sich Kinder mit nur einem leichten Einfluss sogar (Bruttoeffektstärke $d= -0,24$) und Kinder mit einem stärkeren Einfluss entwickelten sich sehr viel positiver (Bruttoeffektstärke $d= 0,66$) (vgl. Abbildung 76 und Tabelle 185 im Anhang).

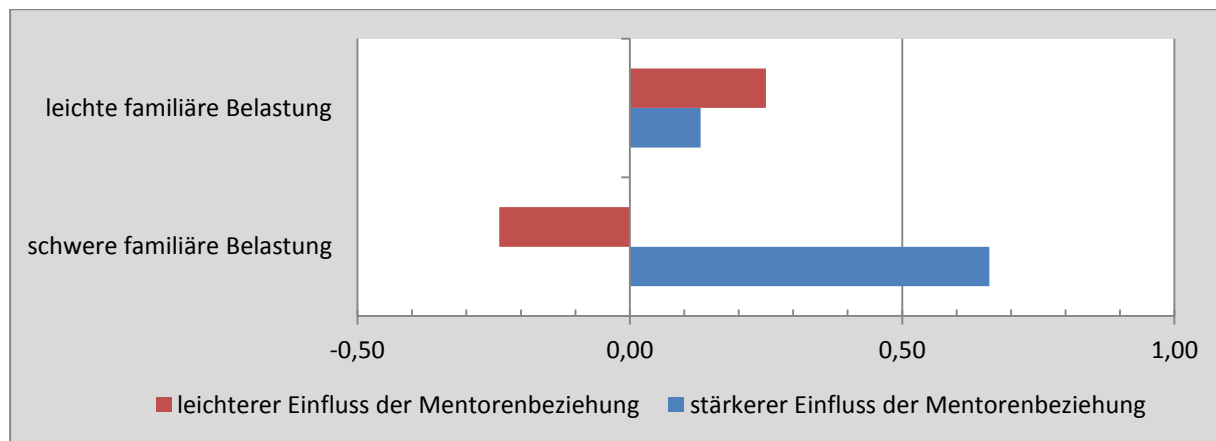


Abbildung 76. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Moglis im Vergleich zu der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums positiver entwickeln konnten. Vor allem ältere Kinder und Kinder aus schwer belasteten Familiensituationen mit einem stärkeren potenziellen Einfluss durch den Balu konnten von der Schutzwirkung des Projekts profitieren.

Für die Untersuchung der sozialen Beziehungen der Kinder zu anderen Kindern wurde der Fragebogen der ersten Kohorte in der zweiten Kohorte noch um einige Items ergänzt – deswegen wurde eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse (CATPCA) für die Items der

zweiten Kohorte, die sich auf die sozialen Beziehungen der Kinder bezogen, durchgeführt. Diese ergab, dass alle Items auf einem Faktor positiv und hoch luden. Eine entsprechende Reliabilitätsanalyse erzielte für beide Erhebungswellen hohe Alphaswerte (1. EW: $\alpha = 0,896$ / 2. EW: $\alpha = 0,881$). Daher wurden für fünf Items¹⁰⁰ die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) mit einem Gesamtsummenscore von null Punkten und einem Maximalwert von 20 Punkten gebildet (vgl. Tabelle 186 im Anhang). Insgesamt konnte die Gesamtgruppe der Moglis von einer Projektteilnahme profitieren, wie sowohl anhand der Bruttoeffektstärke ($d = 0,32^{***}$), wie auch der gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d = 0,07$) erreichten Nettoeffektstärke ($d = 0,25^{**}$) deutlich wurde (vgl. Abbildung 77 und Tabelle 187 im Anhang).

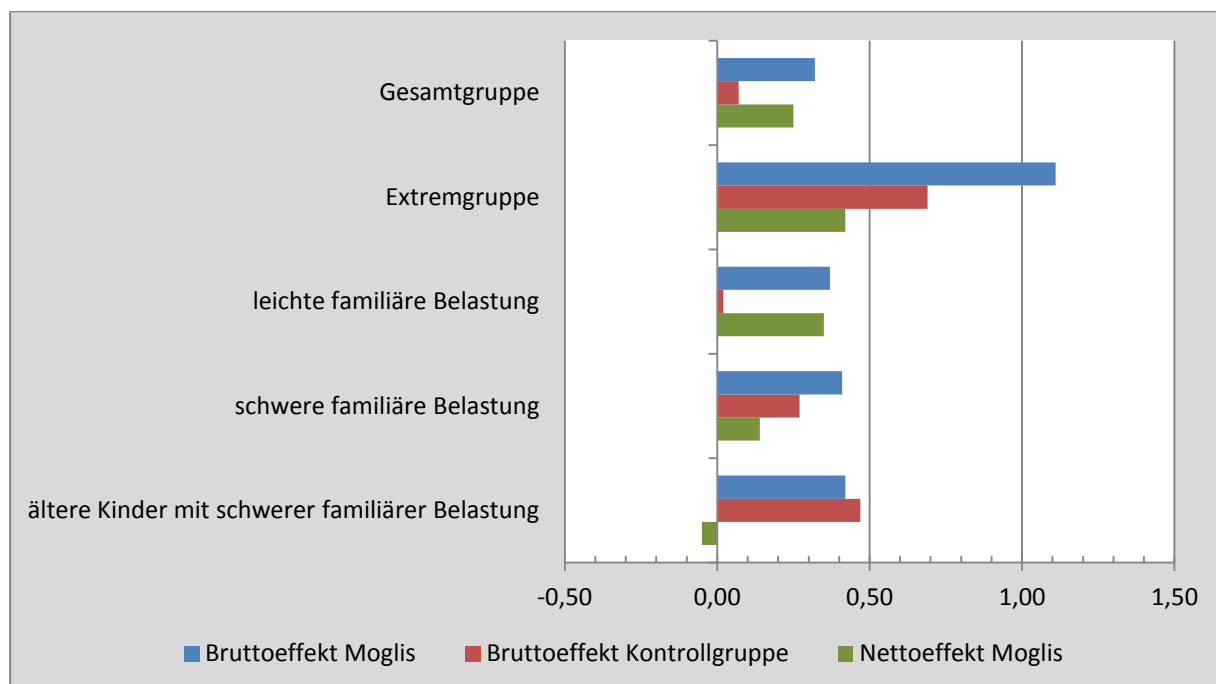


Abbildung 77. Entwicklung der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Dies galt auch für die Extremgruppe derjenigen Moglis, deren soziale Beziehungen zu anderen Kindern zu t_1 nach der Einschätzung ihrer KlassenlehrerInnen im unteren Bereich gelegen hatten. Diese Kinder konnten sich gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe, mit zu t_1 besonders schlechten Sozialbeziehungen zu anderen Kindern, deutlicher verbessern (Nettoeffektstärke Moglis: $d = 0,42$, Bruttoeffektstärke Moglis: $d = 1,11^{***}$, Bruttoeffektstärke Kontrollgruppe: $d = 0,69^{***}$). Bei einer gesonderten Betrachtung der unterschiedlichen Altersgruppen stellte sich zudem heraus, dass sich die jüngeren Moglis hinsichtlich ihrer Bruttoeffektstärke ($d = 0,27^{***}$) zwar nicht ganz so stark entwickeln konnten wie die älteren

¹⁰⁰ Die Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ besteht aus den fünf Items: „Wie würden Sie die Beziehungen des Kindes zu anderen Kindern im Allgemeinen beschreiben?“, „Hatte das Kind Spaß mit anderen Kindern?“, „War das Kind in Bezug auf andere Kinder selbstbewusst?“, „Wurde das Kind von den anderen Kindern in der Klasse akzeptiert?“, „Hatte das Kind Freunde in der Schule?“.

Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,35^{***}$); im Vergleich zu den jeweiligen Kindern aus der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke jüngere Kinder der Kontrollgruppe: $d= -0,11$ und Bruttoeffektstärke ältere Kinder der Kontrollgruppe: $d= 0,15^*$) schnitten sie jedoch besser ab (Nettoeffektstärke jüngere Moglis: $d= 0,38^{**}$ und Nettoeffektstärke ältere Moglis: $d= 0,20$). Bezüglich der familiären Belastung der Kinder konnten positive Unterschiede vor allem zugunsten von Moglis mit leichter familiärer Belastung festgestellt werden (Nettoeffektstärke: $d= 0,35^*$), da sich die Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,37^{**}$) gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,02$) deutlich günstiger entwickelten. Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten in der Sichtweise ihrer KlassenlehrerInnen ihre sozialen Beziehungen zu anderen Kindern während der Projektzeit ebenfalls beträchtlich steigern (Bruttoeffektstärke: $d= 0,41^{***}$). Allerdings fiel der Abstand zu der entsprechenden Subgruppe der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,27$) wesentlich geringer aus (Nettoeffektstärke: $d= 0,14$). Bei älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,42^{**}$) konnte keine nennenswerte Differenz zu den vergleichbaren Kindern der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,47^{***}$) mehr ausgemacht werden. Wurde die Entwicklung der Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung nach Geschlecht getrennt für sich betrachtet, wurde deutlich, dass bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung vor allem Mädchen (Bruttoeffektstärke: $d= 0,91^{**}$) ihre sozialen Beziehungen zu anderen Kindern verbessern konnten. Demgegenüber war die Bruttoeffektstärke der männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung mit $d= 0,27$ deutlich geringer ausgeprägt. Bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung wurden hingegen weniger Geschlechterdifferenzen deutlich – sowohl weibliche Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,44^{***}$) als auch männliche Moglis (Bruttoeffektstärke: $d= 0,37^{**}$) entwickelten sich während der Projektlaufzeit annähernd gleich positiv weiter. Die Auswirkungen eines unterschiedlich stark ausgeprägten Einflusses der „Mentorenbeziehung“ als sozialer Schutzfaktor wurden für die *Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH)* besonders deutlich: Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten ihre Beziehungen zu anderen Kindern bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,27$ steigern. Bei einem stärkeren Einfluss lag die Bruttoeffektstärke dagegen bei $d= 0,47$. Diese Unterschiede stachen bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung noch stärker hervor – hier betrug die Bruttoeffektstärke bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung $d= 0,13$ und bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung $d= 0,71^{***}$ (vgl. Abbildung 78 und Tabelle 188 im Anhang).

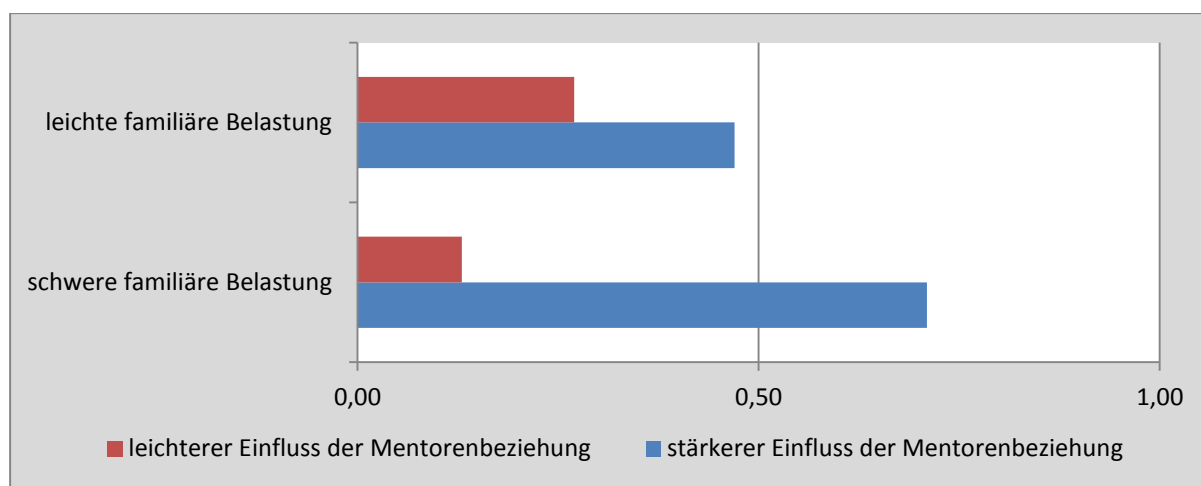


Abbildung 78. Entwicklung der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Als letzte Dimension gesundheitsbezogener Lebensqualität im Bereich der sozialen Gesundheit wurden die Kinder zu beiden Erhebungswellen (t_1 und t_2) zu ihrem „*schulischem Umfeld*“ befragt.¹⁰¹ Ein Vergleich der T-Stichprobenmittelwerte von t_1 zu den T-Normwerten ergab, dass die Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von $M_1= 53,68$ nur knapp unter dem KIDSCREEN-27 Normwert von $M= 54,03$ lag. Dies war vor allem auf den niedrigen Mittelwert der Moglis ($M_1= 51,45$) zu t_1 zurückzuführen, da der Mittelwert der Kontrollgruppe zu t_1 mit $M_1= 55,68$ sogar ganz leicht über dem Normwert lag (vgl. Tabelle 167 im Anhang). Eine Reliabilitätsanalyse für die Dimension erreichte ein Cronbach's α von 0,667 für t_1 und ein Cronbach's α von 0,745 für t_2 . Eine feinere Reliabilitätsanalyse durch Untergliederung der Gesamtstichprobe in die Subgruppe der jüngeren Kinder (zu t_1 6-7 Jahre alt) und in die Subgruppe der älteren Kinder (zu t_1 8-10 Jahre alt) ergab für beide Gruppen akzeptable Werte von $\alpha= 0,738$ für die jüngeren und $\alpha= 0,745$ für die älteren Kinder zu t_2 . Auffällig war allerdings fragwürdige Wert von $\alpha= 0,568$ für die jüngeren Kinder zu t_1 (gegenüber einem Cronbach's α von 0,706 für die älteren Kinder zu t_1). Somit erwies sich die Skala „schulisches Umfeld“ für die Befragung älterer Kinder und mit Abstrichen auch für die Befragung jüngerer Kinder als geeignet. Die Annahme, dass die Reliabilität bei Kindern, die zu Hause nur Deutsch sprachen (als Indikator für ein höheres Sprachverständnis), um einiges höher ausfiel als bei Kindern, die zu Hause ausschließlich eine andere Sprache oder neben Deutsch noch eine andere Sprache sprachen, erwies sich erneut als unbegründet (vgl. Tabelle 168 im Anhang). Die Berechnung der Bruttoeffektstärke für die Gruppe der Moglis ($d= 0,16^*$) und der Bruttoeffektstärke für die Kontrollgruppe ($d= -0,18^{**}$)

¹⁰¹ Die Dimension „schulisches Umfeld“ bestand in der Version des KIDSCREEN-27 aus den vier Items: „Wenn du an die letzte Woche denkst, bist du in der Schule glücklich gewesen?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, bist du in der Schule gut zurechtgekommen?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, konntest du gut aufpassen?“, „Wenn du an die letzte Woche denkst, bist du gut mit deinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen?“ (vgl. The KIDSCREEN Group Europe, S. 123).

zeigte, dass sich die Moglis mit einer daraus resultierenden Nettoeffektstärke von $d= 0,34^{***}$ während des Projektzeitraums positiver entwickeln konnten als die Kontrollgruppe. Dies galt in ähnlicher Weise auch für die Extremgruppe der Moglis, die ihr schulisches Umfeld zum Zeitpunkt der Erhebungswelle t_1 besonders negativ beschrieben hatten - nicht nur konnten diese Moglis hinsichtlich ihrer Bruttoeffektstärke ($d= 1,20^{***}$), sondern auch hinsichtlich ihrer Nettoeffektstärke ($d= 0,55$) gegenüber der Kontrollgruppe (Bruttoeffektstärke: $d= 0,65^{***}$) von einer Projektteilnahme profitieren. Eine erneute Aufteilung der Stichprobe nach dem Alter der Kinder machte zudem deutlich, dass sich insbesondere die älteren Moglis (zu t_1 8-10 Jahre alt) mit einer Nettoeffektstärke von $d= 0,43^*$ (gegenüber einer Nettoeffektstärke von $d= 0,21$ der jüngeren Moglis) bei einer Projektteilnahme positiv weiterentwickeln konnten (vgl. Abbildung 79 und Tabelle 189 im Anhang).

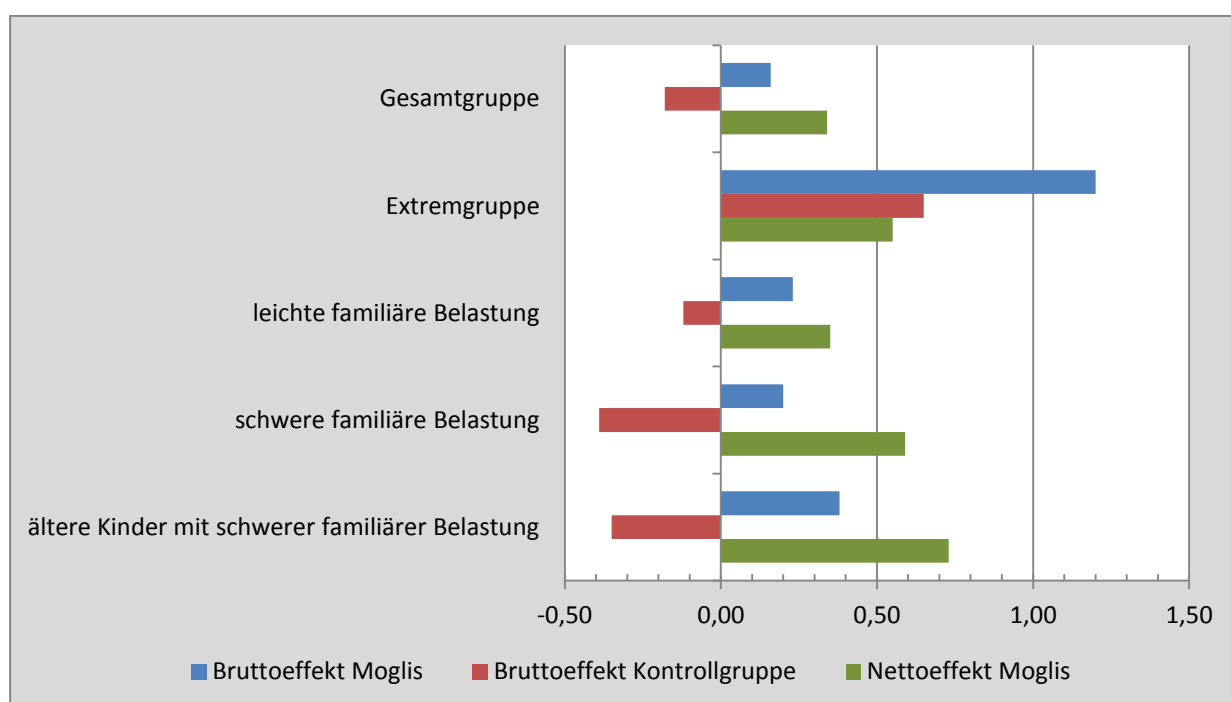


Abbildung 79. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“ für die Gesamtgruppen der Moglis und der Kontrollgruppe sowie für die jeweiligen Extremgruppen und bei leichter und schwerer familiärer Belastung bzw. schwerer familiärer Belastung älterer Kinder.

Während die gesundheitsbezogene Lebensqualität hinsichtlich des schulischen Umfelds bei den Kindern aus der Kontrollgruppe mit leichter familiärer Belastung um $d= -0,12$ (Bruttoeffektstärke) und bei schwerer familiärer Belastung sogar um $d= -0,39^{**}$ (Bruttoeffektstärke) sank, konnten sich Moglis mit leichter familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,23$) wie auch mit schwerer familiärer Belastung (Bruttoeffektstärke: $d= 0,20$) leicht verbessern. Die Nettoeffektstärke für Moglis mit leichter familiärer Belastung betrug daher $d= 0,35$ und für Moglis mit schwerer familiärer Belastung $d= 0,59^{***}$. Bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung waren es wiederum insbesondere die älteren Moglis, die von einer Projektteilnahme profitieren konnten. Wie eine entsprechende

Subgruppenanalyse ergab, erzielten sie eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,38^{**}$ gegenüber einer Bruttoeffektstärke von $d= -0,35^*$ der entsprechenden Kontrollgruppe, so dass sie sich bezüglich der *Dimension „schulisches Umfeld“* um eine Nettoeffektstärke von $d= 0,73^{***}$ steigern konnten. Während sich die Wahrnehmung des schulischen Umfelds bei den weiblichen Moglis für sich betrachtet kaum positiv veränderte (Bruttoeffektstärke: $d= 0,08$ bei schwerer familiärer Belastung) bzw. sogar leicht verschlechtert (Bruttoeffektstärke: $d= -0,20$ bei leichter familiärer Belastung), nahmen die männlichen Moglis das schulische Umfeld am Ende der Projektzeit deutlich positiver wahr als noch zu Projektbeginn (Bruttoeffektstärke: $d= 0,41^{**}$ bei leichter familiärer Belastung, Bruttoeffektstärke $d= 0,33^*$ bei schwerer familiärer Belastung).

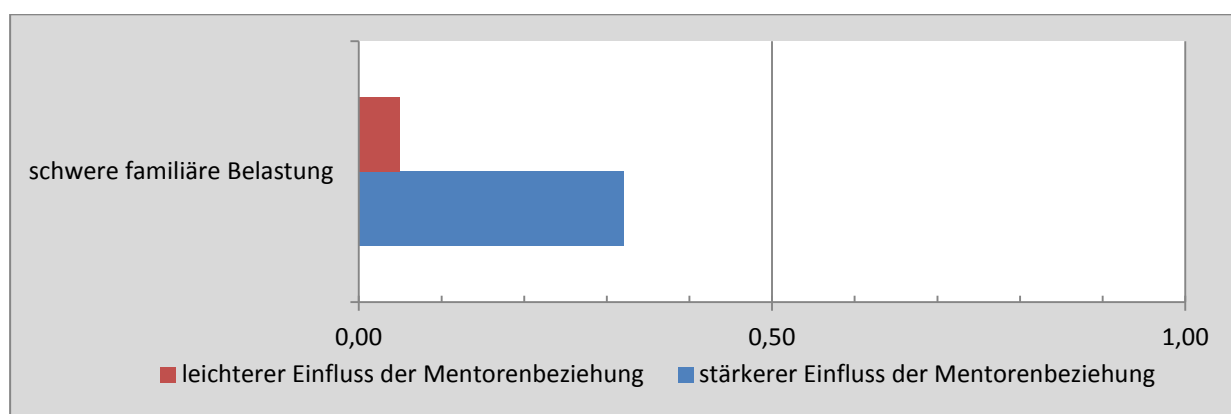


Abbildung 80. Entwicklung der KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“ für die Moglis mit leichter und schwerer familiärer Belastung bei leichtem und stärkerem Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor.

Zudem wurde noch für die Gruppe der Moglis untersucht, inwieweit die unterschiedliche Qualität der Mentorenbeziehung mit dem Balu (gemessen als sozialer Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“) bei leichter und schwerer familiärer Belastung eine unterschiedliche Schutzwirkung entfalten konnte. Während bei leichter familiärer Belastung der Moglis durch einen stärkeren Einfluss des Programms *Balu und Du* keine weitere, zusätzliche Wirkung ersichtlich wurde, machte ein stärkerer Einfluss durch das Projekt besonders bei Kindern aus schwer belasteten Familiensituationen einen Unterschied aus, und zwar von $d= 0,05$ (Bruttoeffektstärke) bei einem leichteren Einfluss auf $d= 0,32^*$ (Bruttoeffektstärke) bei einem stärkerem Einfluss (vgl. Abbildung 80 und Tabelle 190 im Anhang).

5.4 Exkurse zu weiterführenden Ergebnissen

In den folgenden beiden Exkursen wird zum einen auf die Wirkungen gleich- und gegengeschlechtlicher Mentorenbeziehungen für die Entwicklung männlicher Moglis eingegangen (Kapitel 5.4.1). Zum anderen werden allgemeine Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen und –relevanten Orientierungen, Verhaltensweisen und

Kompetenzen als Merkmale bestimmter Lebensstile auf der einen sowie Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität auf der anderen Seite aufgedeckt (Kapitel 5.4.2).

5.4.1 Entwicklung männlicher Moglis bei gleich- und gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen im Vergleich

Da die meisten Balus weiblich waren, hatten alle Mädchen eine gleichgeschlechtliche und die meisten Jungen eine gegengeschlechtliche Mentorin. Es stellte sich nun die Frage, ob das Geschlecht der Moglis für die größtenteils weiblichen Balus zu einem Unterschied in der Qualität und Quantität der Ausführung ihrer Mentorentätigkeit führte und sich der soziale Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ dadurch unterschiedlich stark auf die männlichen und weiblichen Moglis auswirkte. Ein entsprechender Zusammenhangstest ist zwar knapp nicht signifikant, bestätigt jedoch bei genauerer Betrachtung der Kontingenztabelle diese Vermutung – tatsächlich entfaltete der soziale Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ bei 70% der Mädchen einen stärkeren Einfluss und bei 30% einen leichteren Einfluss. Bei den männlichen Moglis mit weiblichen Balus war hingegen „nur“ bei etwas mehr als der Hälfte (55 %) ein stärkerer Einfluss der Mentorenbeziehung zu beobachten und bei 45% ein leichter Einfluss. Daraufhin wurde speziell für die männlichen Moglis noch einmal ein Zusammenhangstest des sozialen Schutzfaktors „Mentorenbeziehung“ mit dem Geschlecht des Balus durchgeführt, da sich gegengeschlechtliche (weiblicher Balu) und gleichgeschlechtliche (männlicher Balu) Mentorenbeziehungen unterschiedlich auswirken können. Hierdurch wurde der Eindruck noch einmal bestätigt, dass der soziale Schutzfaktor „Mentorenbeziehung“ bei männlichen Moglis mit gleichgeschlechtlichem Mentor tatsächlich eine stärkere Wirkung entfaltete. Auch wenn das Ergebnis aufgrund der geringen Fallzahl von $N = 10$ gleichgeschlechtlicher (männlicher Mogli mit männlichem Balu) Mentorenbeziehungen nur mit Vorsicht interpretiert werden kann, so zeigte sich doch ein leichter ($\Phi = 0,175$), wenn auch nicht signifikanter Zusammenhang zugunsten gleichgeschlechtlicher Mentorenbeziehungen. So war bei zwei der gleichgeschlechtlichen Mentorenbeziehungen nur ein leichter und bei acht ein stärkerer Einfluss zu beobachten.

Die berechneten Effektstärken bestätigen die insgesamt für die meisten der untersuchten Bereiche deutlich positivere Entwicklung in den Bereichen der gesundheitsbezogenen Orientierungen, der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Kompetenzen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von männlichen Moglis mit gleichgeschlechtlichen gegenüber gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen.

So wurden die Vorlieben für Essen und Trinken bei den männlichen Moglis mit gleichgeschlechtlichem Balu während der Projektlaufzeit gesünder (Bruttoeffektstärke: $d = 0,44$), während bei den männlichen Moglis mit gegengeschlechtlichem Balu kaum Unterschiede feststellbar waren (Bruttoeffektstärke: $d = 0,11$). Eine noch stärkere Differenz

ergab sich bei der Dimension zum tatsächlichen Ernährungsverhalten – während sich dieses bei den männlichen Moglis mit gegengeschlechtlichem Balu so gut wie gar nicht veränderte (Bruttoeffektstärke: $d= 0,08$), entwickelte es sich bei den männlichen Moglis mit gleichgeschlechtlichem Balu sehr positiv weiter (Bruttoeffektstärke: $d= 0,83^{**}$, vgl. Abbildung 81 und Tabelle 191 im Anhang).

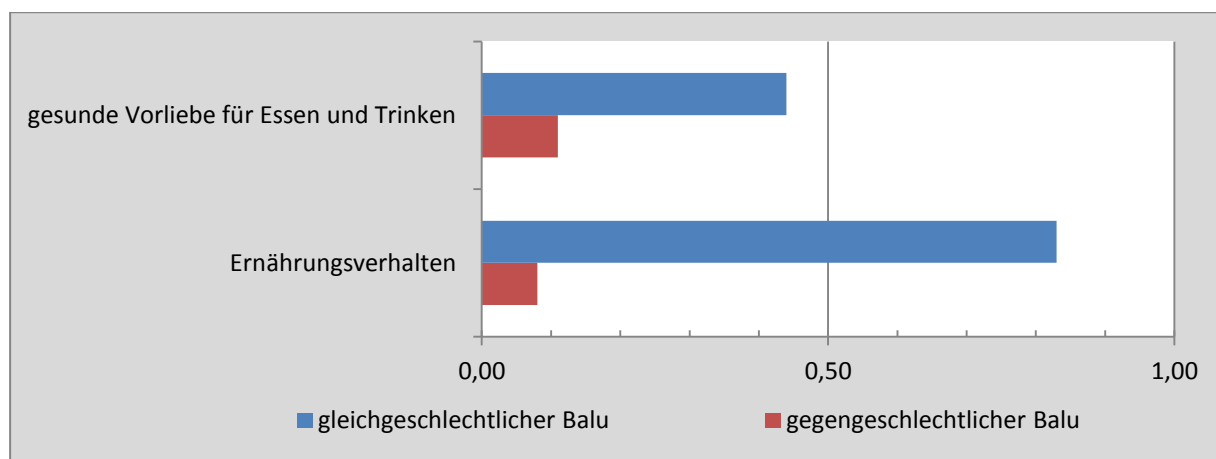


Abbildung 81. Entwicklung der beiden Dimensionen „gesunde Vorliebe für Essen und Trinken“ und „Ernährungsverhalten“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

Auch hinsichtlich der Bewegungsfreude und des –verhaltens konnten männliche Moglis deutlicher von einer Mentorenbeziehung zu einem gleichgeschlechtlichen Balu profitieren als bei einer Mentorenbeziehung zu einer gegengeschlechtlichen Balu. So nahm sowohl die Bewegungsfreude (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtlicher Balu: $d= 0,35$) wie auch das Bewegungsverhalten (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtlicher Balu: $d= 0,41$) bei diesen Kindern zu, während es bei Jungen mit gegengeschlechtlichem Balu (Bruttoeffektstärke: Bewegungsfreude: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke Bewegungsverhalten: $d= 0,15$) eher stagnierte (vgl. Abbildung 82 und Tabelle 191 im Anhang).

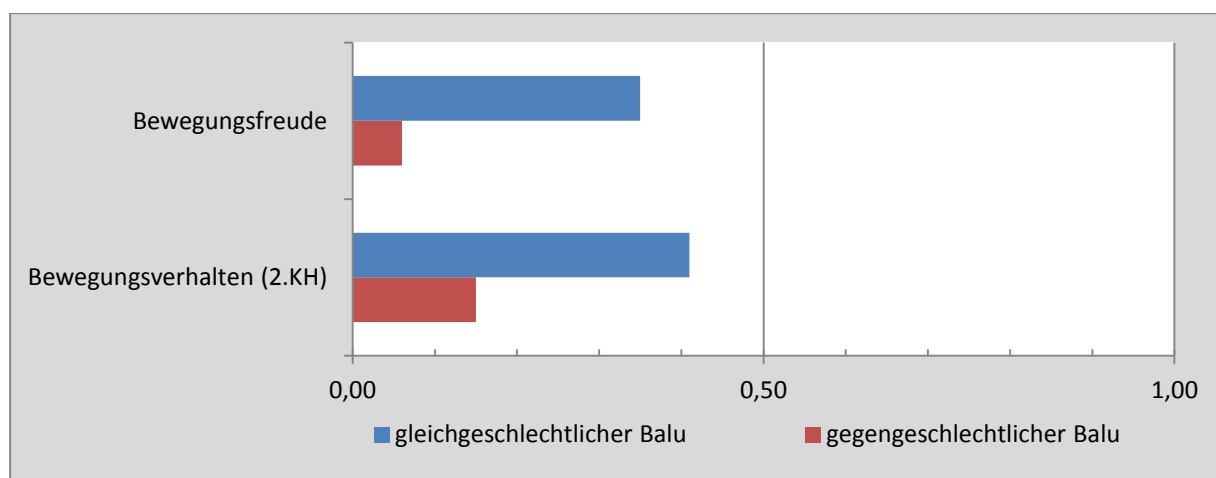


Abbildung 82. Entwicklung der beiden Dimensionen „Bewegungsfreude“ und „Bewegungsverhalten (2.KH)“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

Hinsichtlich der Entwicklung der Impulsivität und des Risikoverhaltens konnten hingegen keine Unterschiede zwischen Mentorengespannen mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu festgestellt werden; sowohl die Werte für die Impulsivität (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtlicher Balu: $d= 0,06$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtlicher Balu: $d= 0,09$) wie auch die Werte für das Risikoverhalten (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtlicher Balu: $-0,05$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtlicher Balu: $d= -0,03$) stagnierten nahezu zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten t_1 und t_2 (vgl. Tabelle 191 im Anhang).

Hinsichtlich des Hygieneverhaltens konnten männliche Moglis anscheinend jedoch weniger von einem gleichgeschlechtlichen (Bruttoeffektstärke: $d= 0,04$) als vielmehr von einer gegengeschlechtlichen Balu (Bruttoeffektstärke: $d= 0,26^*$) profitieren. Dies galt auch für die Entwicklung der Lernfreude und der schulischen Leistungsfähigkeit der Jungen – während bei einem männlichen Balu die Lernfreude tendenziell (Bruttoeffektstärke: $d= -0,11$) und die schulische Leistungsfähigkeit sogar leicht (Bruttoeffektstärke: $d= -0,26$) abnahmen, konnten sich männliche Moglis mit weiblichem Balu sowohl hinsichtlich ihrer Lernfreude (Bruttoeffektstärke: $d= 0,14$) wie auch ihrer schulischen Leistungsfähigkeit (Bruttoeffektstärke: $d= 0,23^*$) eher steigern (vgl. Abbildung 83 und Tabelle 191 und 193 im Anhang).

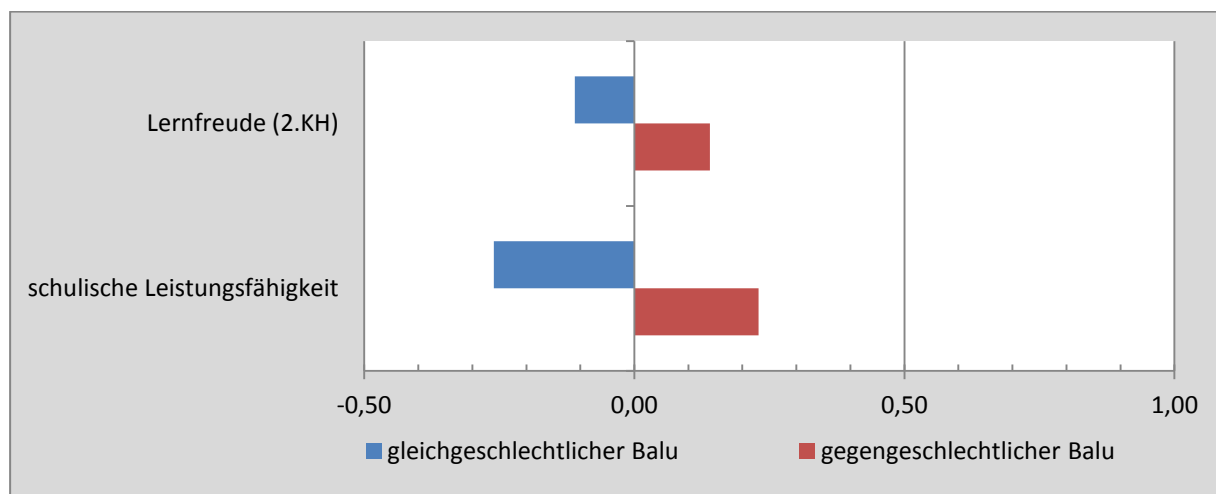


Abbildung 83. Entwicklung der beiden Dimensionen „Lernfreude (2.KH)“ und „schulische Leistungsfähigkeit“ für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

Stärkere Differenzen zugunsten der gleichgeschlechtlichen Mentorenbeziehungen wurden jedoch wieder bei der Erfassung bestimmter Kompetenzen deutlich. Auch wenn sich männliche Moglis mit weiblichem Balu hinsichtlich ihrer Entscheidungsfähigkeit (Bruttoeffektstärke: $d= 0,34^{***}$), ihrer Konzentrationsfähigkeit (Bruttoeffektstärke: $d= 0,20$) und ihrer Empathiefähigkeit (Bruttoeffektstärke: $d= 0,15$) während der Projektlaufzeit positiv entwickeln konnten, reichten diese Effektstärken nicht an die der Jungen mit männlichem Balu heran. Männliche Moglis erzielten in gleichgeschlechtlichen Mentorenbeziehungen

Bruttoeffektstärken von $d= 0,53$ (für die Entscheidungsfähigkeit), $d= 0,28$ (für die Konzentrationsfähigkeit) und $d= 0,49$ (für die Empathiefähigkeit, vgl. Abbildung 84 und Tabelle 192 im Anhang).

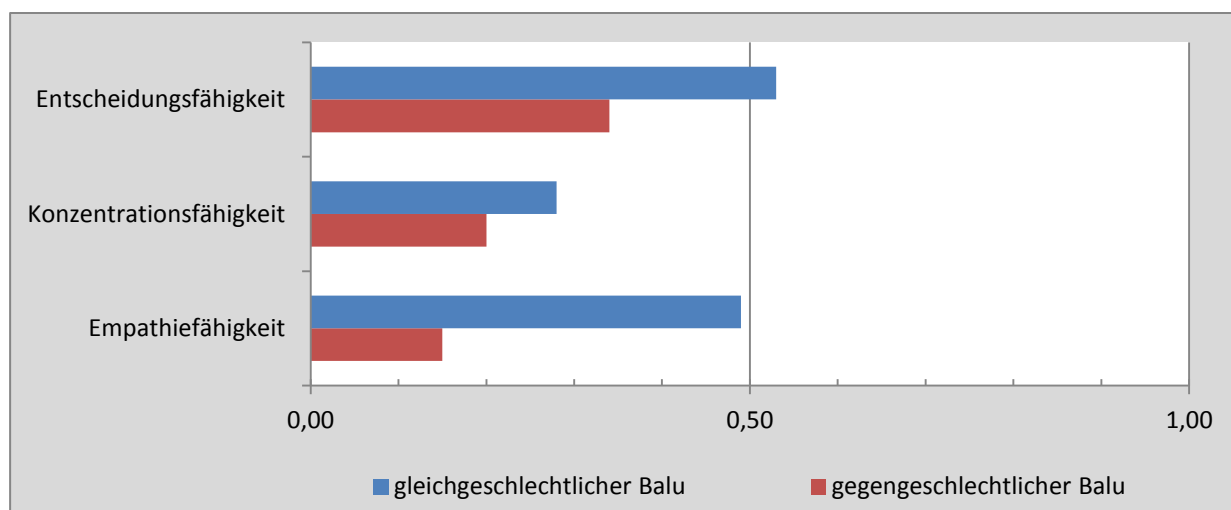


Abbildung 84. Entwicklung der Dimensionen Entscheidungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und der Empathiefähigkeit für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

Auch bei der realistischen Selbsteinschätzung (für die 2. KH) und bei der adäquaten Vorbereitung einer Arbeitssituation schnitten die männlichen Moglis mit gleichgeschlechtlichem Balu tendenziell leicht besser ab (Bruttoeffektstärke „realistische Selbsteinschätzung“ (2.KH): $d= 0,18$, Bruttoeffektstärke „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“: $d= 0,10$) als männliche Moglis mit einem weiblichem Balu (Bruttoeffektstärke „realistische Selbsteinschätzung“ (2.KH): $0,08$, Bruttoeffektstärke „Arbeitssituation adäquat vorbereiten“: $d= -0,04$). Hinsichtlich der Selbstorganisationsfähigkeit (für die zweite KH) wurden jedoch praktisch keine Unterschiede erkennbar (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtliche Balus: $d= 0,11$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtliche Balus: $d= 0,14$, vgl. Tabelle 192 im Anhang). Ebenfalls ähnliche Entwicklungen waren bei dem *Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)* und bei dem *Perlentest* festzustellen. So konnten die Moglis bei dem KTK eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,39$ bei einem männlichen Balu und eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,33^{***}$ bei einer weiblichen Balu erreichen. Bei dem Perlentest lagen die Ergebnisse ebenfalls eng beieinander (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtlicher Balu: $d= 0,22$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtlicher Balu: $d= 0,29^{***}$, vgl. Tabelle 193 im Anhang).

Hinsichtlich des Legotests und der Dimension der „sportlichen Leistungsfähigkeit“ erreichten die gleichgeschlechtlichen Mentorengespanne allerdings erneut leicht positivere Ergebnisse; so konnten sich Jungen bei dem Legotest mit einem männlichem Balu um eine Bruttoeffektstärke von $d= 0,83^{***}$ und mit einem weiblichen Balu um $d= 0,52^{***}$ verbessern. Die sportliche Leistungsfähigkeit von männlichen Moglis mit gegengeschlechtlichem Balu

veränderte sich nicht (Bruttoeffektstärke: $d= 0,03$) – anders als bei denjenigen Kindern mit gleichgeschlechtlichem Balu (Bruttoeffektstärke: $d= 0,20$, vgl. Tabelle 193 im Anhang).

Besonders interessierte auch, inwieweit sich die Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität der Jungen bei unterschiedlichen Geschlechterkonstellationen verändern bzw. verbessern würde. Diesbezüglich schnitten gleichgeschlechtliche Mentorenbeziehungen, bis auf bei der Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“, bei allen durch den KIDSCREEN-27 gemessenen Dimensionen erneut besser ab (vgl. Abbildung 85 und Tabelle 194 im Anhang).

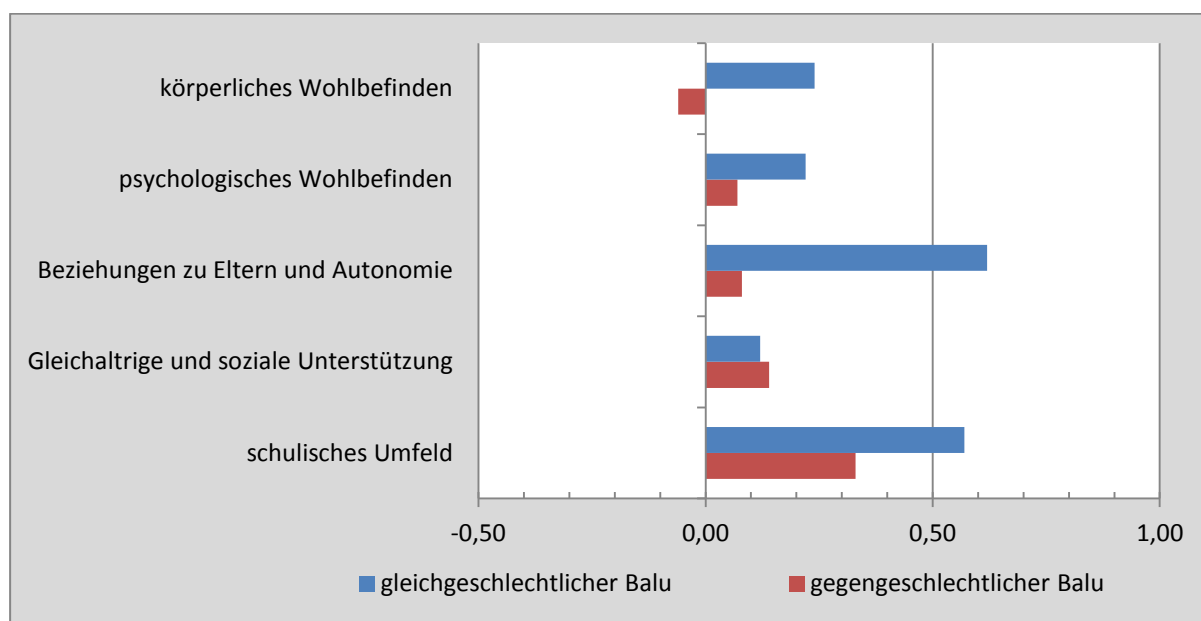


Abbildung 85. Entwicklung der Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „psychologisches Wohlbefinden“, „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ (KIDSCREEN-27) für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

Am größten fielen die Unterschiede bei der Dimension „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“ aus. Während sich bei den männlichen Moglis mit weiblichem Balu hier keine große Entwicklung zeigte (Bruttoeffektstärke: $d= 0,08$), verbesserten sich die Beziehungen zu den Eltern bzw. die wahrgenommene Autonomie bei den männlichen Moglis mit männlichen Balus (Bruttoeffektstärke: $d= 0,62^*$) stark. Auch bezüglich des psychologischen und des körperlichen Wohlbefindens machten männliche Moglis mit gegengeschlechtlichem Balu kaum Fortschritte (Bruttoeffektstärke psychologisches Wohlbefinden: $d= 0,07$) bzw. entwickelten sich tendenziell sogar eher negativ (Bruttoeffektstärke körperliches Wohlbefinden: $d= -0,06$), während Jungen mit gleichgeschlechtlichem Balu leicht positive Bruttoeffektstärken erzielen konnten (psychologisches Wohlbefinden: $d= 0,22$, körperliches Wohlbefinden: $d= 0,24$). Ihr schulisches Umfeld nahmen hingegen sowohl Jungen mit gleichgeschlechtlichem wie auch mit gegengeschlechtlichem Balu zum Zeitpunkt t_2

gegenüber dem Zeitpunkt t_1 positiver wahr; wobei erneut männliche Moglis mit männlichem Balu bessere Ergebnisse erzielten (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,57$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,33^{***}$). Nur hinsichtlich der Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ wurden keine Unterschiede sichtbar (Bruttoeffektstärke gleichgeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,12$, Bruttoeffektstärke gegengeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,14$); eine positive Weiterentwicklung hinsichtlich dieses Bereichs fiel zudem marginal aus.

Die Ergebnisse aus dem KIDSCREEN-27 wurden durch die Resultate zweier weiterer, selbstgebildeter Dimensionen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergänzt. Bei der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2. KH) konnten - wie bereits bei der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“- kaum Differenzen zwischen gleich- und gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen festgestellt werden. Allerdings fielen die Bruttoeffektstärken (gleichgeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,29$, gegengeschlechtliche Mentorenbeziehung: $d= 0,23$) etwas höher aus. Hinsichtlich der Dimension „passive negative Gefühle“ bestätigte sich bereits das für die KIDSCREEN-27 Dimension „psychologisches Wohlbefinden“ herausgefilterte etwas bessere Abschneiden der gleichgeschlechtlichen (Bruttoeffektstärke: $d= 0,40$) gegenüber den gegengeschlechtlichen (Bruttoeffektstärke: $d= 0,25^*$) Mentorenbeziehungen (vgl. Abbildung 86).

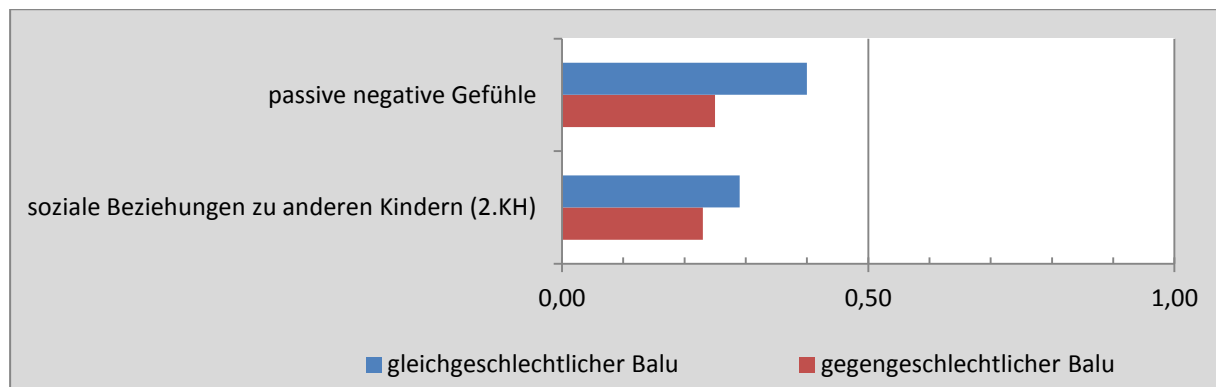


Abbildung 86. Entwicklung der Dimensionen „passive negative Gefühle“ und „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ (2.KH) für männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu.

5.4.2 Allgemeine Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Die für diese Untersuchung selbst entwickelten Dimensionen sowie die selbstentwickelten und standardisierten Testinstrumente wurden für alle Mädchen und alle Jungen (sowohl Moglis wie auch Kinder der Kontrollgruppe) miteinander korreliert (vgl. Tabelle 195 im Anhang). Zwei weitere, separate Korrelationsmatrizen wurden außerdem für die weiblichen und die männlichen Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe erstellt (vgl. Tabelle 196

und 197 im Anhang). Im Folgenden werden die interessantesten signifikanten bzw. hochsignifikanten Zusammenhänge dargestellt.

Bei der Gesamtgruppe der Mädchen hing die Bewegungsfreude mit ihrem Bewegungsverhalten und ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit (2. KH) zusammen. Auch bei der Gesamtgruppe der Jungen wurde ein Zusammenhang zwischen der Bewegungsfreude und der sportlichen Leistungsfähigkeit (2. KH) der Kinder deutlich. Die Dimension des Bewegungsverhaltens (2. KH) korrelierte sowohl für die Gesamtgruppe aller Mädchen wie auch aller Jungen positiv mit der KIDSCREEN-27 Dimension des körperlichen Wohlbefindens. Dies galt auch für separat durchgeführte Korrelationen für die Mädchen aus der Kontrollgruppe und die Jungen aus der Treatmentgruppe. Damit stieg das körperliche Wohlbefinden der Kinder an, je häufiger sie sich bewegten. Bei der Gesamtgruppe der Mädchen stand das Bewegungsverhalten außerdem in einem positiven Zusammenhang mit der KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“; bei der Gesamtgruppe der Jungen mit der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld.“ Impulsivität und Risikoverhalten hingen eng miteinander zusammen. So legten impulsivere Kinder i.d.R. auch ein höheres Risikoverhalten an den Tag. Lediglich bei den Jungen aus der Kontrollgruppe ließ sich hierfür kein signifikanter Zusammenhang finden. Bei den Mädchen aus der Gesamtgruppe wie auch bei den weiblichen Moglis verschlechterte sich zudem das Ernährungsverhalten bei erhöhter Impulsivität. Dies galt für die Gesamtgruppe der Mädchen auch für das Risikoverhalten: Je stärker das Risikoverhalten ausgeprägt war, desto eher konnte ein ungesünderes Ernährungsverhalten bei den Mädchen festgestellt werden. Interessanterweise wuchs das Wohlbefinden der Gesamtgruppe aller Jungen in der Schule (KIDSCREEN-27 „schulisches Umfeld“) mit steigendem Risikoverhalten an. Für die beiden Dimensionen der Lernfreude (für die 1. KH und für die 2. KH) konnten nahezu durchgängig für alle untersuchten Gruppen Zusammenhänge mit der Konzentrationsfähigkeit festgestellt werden. Zudem stieg die schulische Leistungsfähigkeit erwartungskonform mit zunehmender Lernfreude für die Gesamtgruppe aller Mädchen und aller Jungen an. Des Weiteren hing die Lernfreude der Kinder vereinzelt noch mit einer verbesserten Entscheidungsfähigkeit, einer erhöhten Selbstorganisationsfähigkeit, einer verbesserten realistischen Selbsteinschätzung und einer Abnahme passiver negativer Gefühle zusammen.

Bei den Mädchen hing ein gesundes Ernährungsverhalten sowohl für die Gesamt- wie auch die Treatmentgruppe mit einem verbesserten Hygieneverhalten zusammen. Auch ernährten sich diese beiden Gruppen interessanterweise besser, wenn ihre Entscheidungsfähigkeit ausgeprägter war. Bei den Jungen ließ sich kein eindeutiges Zusammenhangsmuster erkennen, jedoch nahmen negative passive Gefühle bei der Gesamtgruppe aller Jungen und bei den männlichen Moglis in Verbindung mit einem gesünderen Ernährungsverhalten ab.

Zudem konnten sich männliche Moglis mit gesünderem Ernährungsverhalten besser konzentrieren. Auch für das Hygieneverhalten ließ sich kein eindeutiges Korrelationsmuster, welches für alle Gruppen gültig war, erkennen. Plausibel erschienen jedoch Zusammenhänge mit der Selbstorganisationsfähigkeit der Kinder, wie sie zum einen für die weiblichen Moglis wie auch die Gesamtgruppe aller Jungen deutlich wurden.

Die Entscheidungsfähigkeit der Kinder korrelierte fast durchgängig über alle untersuchten Gesamt- wie auch Subgruppen hinweg mit der Konzentrationsfähigkeit; d.h. entscheidungsfähigere Kinder konnten sich auch besser konzentrieren (und andersherum). Zudem nahm die realistische Selbsteinschätzung (1. KH) bei der Gesamt- und der Treatmentgruppe der Mädchen bei steigender Entscheidungsfähigkeit zu. Für die Kontrollgruppe der Mädchen wie auch die Gesamtgruppe aller Jungen und die männlichen Moglis wurden zudem Zusammenhänge mit der Selbstorganisationsfähigkeit der Kinder (1. und 2. Kohorte) deutlich. Auch die Konzentrationsfähigkeit hing, zumindest für die Gesamtgruppe aller Mädchen, der Kontrollgruppe der Mädchen, der Gesamtgruppe aller Jungen und die männlichen Moglis mit der Selbstorganisationsfähigkeit und der schulischen Leistungsfähigkeit der Kinder zusammen. Für die Gesamt- und Treatmentgruppe der Jungen konnte zudem eine Erhöhung der realistischen Selbsteinschätzung bei zunehmender Konzentrationsfähigkeit beobachtet werden. Die modifizierte Form der Kaseler Konzentrations-Aufgabe (KKA 2. KH) hing bei den Mädchen (außer bei den Moglis) mit den Ergebnissen des Perlentests und bei den Jungen der Kontrollgruppe mit den Ergebnissen des Legotests zusammen. Zusammenhänge mit der Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ konnten jedoch nicht hergestellt werden, so dass davon ausgegangen werden muss, dass hierbei unterschiedliche Arten der Konzentrationsfähigkeit erfasst wurden. Mädchen der Gesamt- und der Treatmentgruppe waren interessanterweise empathischer, wenn sie höhere Werte hinsichtlich ihrer Selbstorganisationsfähigkeit (2. KH) erreichten. Bei den Jungen wuchs die Empathiefähigkeit mit einer höheren schulischen Leistungsfähigkeit (Ausnahme: Jungen aus der Kontrollgruppe) an. Bei einer Zunahme der realistischen Selbsteinschätzung (1.KH) nahmen negative passive Gefühle insbesondere bei den Gesamtgruppen wie auch bei den Moglis ab. Dies galt auch für die in der zweiten Kohorte gemessene realistische Selbsteinschätzung in Bezug auf die Gesamtgruppen der Jungen und Mädchen. Zudem verbesserten sich zum Teil die sozialen Beziehungen zu den Eltern und die Autonomie (KIDSCREEN-27 Dimension) und das Wohlbefinden in der Schule (KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“). Verbesserte Selbstorganisationsfähigkeiten waren vor allem auch mit einer höheren schulischen Leistungsfähigkeit verknüpft. Zudem nahmen passive negative Gefühle bei Jungen und Mädchen mit erhöhter Selbstorganisationsfähigkeit ab und die sozialen Beziehungen zu anderen Kindern verbesserten sich bei der Gesamt- und der Treatmentgruppe der Jungen.

Konnten die Kinder ihre schulische Leistungsfähigkeit steigern, nahmen passive negative Gefühle i.d.R. ebenfalls ab und die sozialen Beziehungen zu anderen Kindern entwickelten sich günstiger. Bei den Jungen der Kontrollgruppe verbesserte sich zudem das psychologische Wohlbefinden (KIDSCREEN-27) und das Wohlbefinden in der Schule (KIDSCREEN-27 „schulisches Umfeld“). Die Ergebnisse des Körperkoordinationstests für Kinder (KTK) hingen vornehmlich bei den Mädchen mit ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit (2. KH) zusammen. Die beiden Feinmotoriktests (Perlentest und Legotest) korrelierten jedoch nicht mit dem KTK, d.h. Kinder die großmotorisch geschickt waren wiesen nicht unbedingt höhere feinmotorische Fähigkeiten auf (und andersherum). Zudem konnten keine Zusammenhänge zwischen dem Perlen- und dem Legotest festgestellt werden. Damit maßen alle drei Tests andere motorische Fähigkeiten. Während sich Mädchen mit erhöhter sportlicher Leistungsfähigkeit (2. KH) in der Schule wohler fühlten (KIDSCREEN-27 Dimension „schulisches Umfeld“), verbesserten sich bei den Jungen neben dem Wohlfühlen in der Schule (KIDSCREEN-27 Dimension schulisches Wohlbefinden) bei einer verbesserten sportlichen Leistungsfähigkeit auch noch die sozialen Beziehungen zu anderen Kindern. Zudem nahm das körperliche Wohlbefinden zu, sowie passive negative Gefühle ab (bei den männlichen Moglis) und das psychologische Wohlbefinden (bei den Jungen der Kontrollgruppe) verbesserte sich. Passive negative Gefühle hingen durchgängig für alle untersuchten Gruppen mit den sozialen Beziehungen zu anderen Kindern zusammen, d.h. je besser die sozialen Beziehungen zu anderen Kindern ausfielen, desto geringer waren die von den Kindern wahrgenommenen passiven negativen Gefühle. Die fünf erhobenen KIDSCREEN-27 Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „psychologisches Wohlbefinden“, „Beziehung zu Eltern und Autonomie“, „Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ korrelierten für die Gesamtgruppe der Mädchen alle positiv miteinander. Dies galt mit Ausnahme des psychologischen Wohlbefindens (hing nicht mit der „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ und der „Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung“ zusammen) auch für die Gesamtgruppe aller Jungen.

5.5 Zusammenfassung und Diskussion

Die vorangegangenen, detailliert geschilderten Ausführungen machen deutlich, dass die Ergebnisse für die in das Projekt *Balu und Du* aufgenommenen Moglis im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensstile und der Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität sehr differenziert betrachtet werden müssen. Die Wirkungen des Mentorenprogramms *Balu und Du* werden im Folgenden zu einzelnen thematischen Bereichen zusammengefasst und anhand aktueller Forschungsstudien zur Gesundheit von Kindern reflektiert und diskutiert. Während mittlerweile vor allem für die aus

gesundheitswissenschaftlicher Sichtweise besonders bedeutsamen Bereiche der Ernährung und Bewegung etliche Ergebnisse auch für die Lebensphase der Kindheit bestehen, sind Forschungsergebnisse zur Auswirkung anderer Faktoren, wie z.B. der Entscheidungs- oder Empathiefähigkeit auf die kindliche Gesundheit, deutlich schwieriger zu finden. Hier bestehen offensichtlich zum Teil noch große Forschungslücken, die sich insbesondere auf die Kategorie der Lebenskompetenzen beziehen. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie daher - soweit möglich - mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen bzw. ergänzt und hierbei zum Teil, in Ermanglung von Daten für den Grundschulbereich, auch mit Erkenntnissen zu älteren Kindern bzw. Jugendlichen verglichen.

Nach dem Konzept des „Child well-being“, welches auch der UN-Kinderrechtskonvention zugrundeliegt, darf kindliches Wohlbefinden nicht alleine nur an Kriterien wie schulischem Erfolg oder schulisch relevanten Kompetenzen, wie beispielsweise durch die sog. PISA-Studien geschehen, gemessen werden. Kindliches Wohlbefinden umfasst somit viel mehr. Neben der mit objektiven Kriterien erfassbaren Gesundheit spielt hierfür auch das subjektiv empfundene Wohlbefinden der Kinder genauso wie ihre materielle Situation und ihre Bildungsmöglichkeiten als Gradmesser für ihre Teilhabechancen an der Gesellschaft eine bedeutende Rolle. Zudem wird das kindliche Wohlbefinden maßgeblich durch die sozialen Beziehungen der Kinder zu ihren Eltern, Familien wie auch zu ihren Altersgenossen, insbesondere in Form von Freundschaftsbeziehungen, mitbestimmt (vgl. Bertram 2011, S. 270ff.). Objektiv messbare Kriterien und subjektive Empfindungen der Kinder können hierbei nicht nur hinsichtlich der Gesundheit, sondern auch hinsichtlich der durch die Kinder wahrgenommenen Armut oder ihrer Bildungschancen divergieren. Kinder nehmen ihre Umwelt zumindest teilweise anders wahr, als dies aufgrund einer aus der Erwachsenensicht vorgenommenen Messung standardisierter Kriterien zu vermuten wäre. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, objektive Maßstäbe durch subjektive Selbsteinschätzungen der Kinder zu ergänzen (vgl. Bertram 2011, S. 274). Dies gilt somit insbesondere auch für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche in die körperliche Gesundheit, die psychische Gesundheit und die soziale Gesundheit der Kinder unterteilt werden kann.

Allgemeine Gesundheit, körperliches Wohlbefinden und gesundheitliche Risikofaktoren

Zu akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen liegen bisher repräsentative Ergebnisse nur durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vor. Bei den akuten Erkrankungen überwiegen Atemwegserkrankungen wie Erkältungen, grippale Infekte, Bronchitis oder Mandelentzündungen. Zudem sind Magen-Darm-Infekte weit verbreitet (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S.695). Chronische somatische Erkrankungen im Alter von 0 bis 17 Jahren betreffen vor allem Neurodermitis und obstruktive Bronchitis (jeweils ca. 13%) wie

auch Heuschnupfen (ca. 11%). Ungefähr 5% der Kinder kämpfen mit Asthma oder wurden mit einer Wirbelsäulenverkrümmung (Skolose) geboren. Andere Krankheiten sind bei 3,6% (Krampfanfälle bzw. epileptische Anfälle) bis 0,1% (Diabetes mellitus) der Kinder vertreten (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 697). Insgesamt spielen chronische Erkrankungen im Kindesalter jedoch noch eine untergeordnete Rolle, wenn gleich sie für die betroffenen Kinder und ihre Familien, insbesondere je nach Schwere der Krankheit, aufgrund der damit bereits in dieser frühen Lebensphase auftretenden Beschwerden und damit verbundenen Entwicklungsschwierigkeiten sowie den damit einhergehenden psychischen Belastungen, besonders schwierig zu bewältigen sind (vgl. Kamtsiuris et al. 2007, S. 687). Neben chronischen Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter noch eine untergeordnete Rolle spielen, rückt die Problematik eines zunehmenden Übergewichts bis hin zur krankhaften Adipositas bereits in jungen Jahren immer mehr in den Fokus von Wissenschaft und Public Health-Veröffentlichungen. Kurth und Schaffrath Rosario (2010, S. 646ff.) greifen diesbezüglich für ihren Übersichtsartikel zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland auf Daten von Schuleingangsuntersuchungen (für Kinder zwischen fünf und sechs Jahren), der HBSC-Studie¹⁰² (für Kinder ab der fünften Klasse) sowie Daten der KiGGS-Studie zurück. In ihrem Fazit halten sie fest, dass insbesondere die für die letzten Jahre zu beobachtende Adipositazunahme ein ernstzunehmendes gesundheitliches Risiko darstellt (vgl. Kurth/ Schaffrath Rosario 2010, S. 651). Folgt man den Ergebnissen der KiGGS-Studie sind 14,8% der sieben bis zehn Jahre alten Mädchen übergewichtig und 5,7% adipös. Jungen in der gleichen Altersgruppe weisen einen Anteil von 15,9% übergewichtiger und von 7,0% adipöser Kinder auf. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil übergewichtiger bzw. adipöser Kinder zudem nach dem Grundschulalter noch weiter zu. Hierbei spielt die soziale Herkunft offensichtlich einen entscheidenden Einfluss: So sind Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus sowohl von Übergewicht wie auch Adipositas deutlich häufiger betroffen; dies gilt auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund aus bestimmten Herkunftsnationen wie bspw. der Türkei (vgl. Kurth/ Schaffrath Rosario 2010, S. 647f.). Neben den insbesondere auch langfristig zu erwartenden gesundheitlichen Risiken einer erhöhten Morbidität – auch in Bezug auf chronische Erkrankungen - und Mortalität im Erwachsenenalter, wirkt sich Übergewicht im Kindes- und Jugendalter negativ auf die psychische Gesundheit aus. Spätestens im Jugendalter fällt die gesundheitsbezogene Lebensqualität übergewichtiger Kinder i.d.R. niedriger aus als bei normalgewichtigen Kindern, sie leiden häufiger an psychosomatischen Beschwerden, einem niedrigeren Selbstwertgefühl und werden eher

¹⁰² Die „Health Behaviour in School-aged Studie zur Erfassung personaler und sozialer Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage der elf- bis 15-Jährigen wird bereits seit 1982 von der WHO als internationale Vergleichsstudie durchgeführt (vgl. Glücks/ Kolip 2013, S. 8).

Opfer von Diskriminierungen und Vorurteilen (vgl. Barlösius/ Philipps 2011, S. 199ff.; Mensink et al. 2011, S. 293; Hähne et al. 2013, S. 113ff.).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheit der Kinder als Outcome von Resilienzprozessen und als personaler Schutzfaktor wurde für diese Untersuchung mit dem Instrument des KIDSCREEN-27, sowie mit selbst entworfenen Fragen an die Kinder und ihre KlassenlehrerInnen, erhoben. Hinsichtlich ihres *körperlichen Wohlbefindens* konnten sich insbesondere diejenigen Moglis mit zu t_1 besonders niedrigem körperlichem Wohlbefinden gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe positiv weiterentwickeln – sie erreichten sogar eine große positive Nettoeffektstärke. Während bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung weder für sich betrachtet eine Zunahme des körperlichen Wohlbefindens während des Projektzeitraums noch ein Unterschied zwischen der Entwicklung der Treatment- und der Kontrollgruppe beobachtet werden konnte, schnitten Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber der äquivalenten Subkontrollgruppe besser ab. Dies galt auch für einen Gesamtgruppenvergleich aller Moglis mit allen Kindern der Kontrollgruppe. Hierbei entwickelten sich die jüngeren gegenüber den älteren Moglis hinsichtlich ihrer Nettoeffektstärken noch etwas positiver. Bei den Kindern der Treatmentgruppe mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung wirkte sich zudem ein stärkerer gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung vorteilhafter auf die Entwicklung ihres körperlichen Wohlbefindens aus.

Die KlassenlehrerInnen der Kinder wurden zudem gefragt, wie sie die *Gesundheit des Kindes im Allgemeinen* beschreiben würden. Diesbezüglich konnten sich die Kinder der Treatmentgruppe gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe bei allen Gruppenvergleichen positiver entwickeln, d.h. ihr allgemeiner Gesundheitszustand verbesserte sich in der Einschätzung ihrer KlassenlehrerInnen stärker als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Hierbei fielen die Nettoeffektstärken sowohl bei einem Gesamtgruppenvergleich, bei einem Vergleich derjenigen Extremgruppen, mit zu t_1 besonders niedrigem Gesundheitszustand, wie auch einem Vergleich von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung, recht ähnlich aus und lagen im Bereich kleiner bis mittelgroßer positiver Nettoeffektstärken.

Für die allgemeine Gesundheit und das körperliche Wohlbefinden spielen *Ernährungsvorlieben und –verhaltensweisen* eine wichtige Rolle. Um sich gesund ernähren zu können, braucht es Kenntnisse darüber, welche Lebensmittel gesund bzw. ungesund sind und aus welchen Gründen dies der Fall ist, potenziell beeinflusst werden. Daher wurde das *Wissen über gesunde Ernährung als Gesundheitskompetenz* im Rahmen dieser Untersuchung ebenfalls erfasst. Hierfür wurden die KlassenlehrerInnen darum gebeten, die altersgemäßen Kenntnisse der Kinder bezüglich gesunder Ernährung zu beurteilen. Diese wurden für die Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe über beide Erhebungszeitpunkte hinweg insgesamt recht ähnlich bewertet - allerdings konnten sich die

Moglis tendenziell etwas positiver entwickeln und erreichten im Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, mit zu t_1 besonders niedrigem Wissen über gesunde Ernährung, und bei der Subgruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung immerhin kleine positive Nettoeffektstärken.

Auch sollten die Kinder im Rahmen einer offen gestellten Frage selbst dazu Stellung nehmen, *was Kinder essen sollten damit sie gesund bleiben*. Während die Kinder der Treatmentgruppe zum Zeitpunkt t_1 „Obst“ und „Gemüse“ noch deutlich weniger häufig angaben, als die Kinder der Kontrollgruppe, konnten die Moglis bis zum Zeitpunkt t_2 deutlich aufholen. Der Anteil an Nennungen von Gemüse übertraf zum Projektende dann auch den Anteil an Nennungen in der Kontrollgruppe. Verbesserungen waren für die Lebensmittelgruppe Obst vor allem aufgrund des gewachsenen Wissens bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung zurückzuführen, da sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung im Vergleich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe diesbezüglich nicht verbessern konnten. Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich dagegen bei der Nennung von Gemüse als gesundem Lebensmittel deutlich verbessern.

Bei der ebenfalls offen gestellten Frage nach *gesunden Getränken* landete die Angabe von Wasser nicht nur auf dem ersten Platz, sondern nahm während des Projektzeitraums auch noch weiter zu. Obstsäfte folgten an zweiter Stelle, wurden jedoch zum Erhebungszeitpunkt t_2 weniger häufig genannt als noch zum Erhebungszeitpunkt t_1 . Während ungefähr jedes zehnte Kind Milchgetränke angab, schwankte die Angabe von Schorlen zwischen vier und 13% und nahm bei den Kindern der Treatmentgruppe ab, während diese bei den Kindern der Kontrollgruppe zunahm. Insgesamt zeigten beide Gruppen ein bereits recht umfangreiches Wissen über gesunde Getränke auf, auch wenn dieses bei der Kontrollgruppe tendenziell - auch im Subgruppenvergleich der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung - noch etwas höher ausfiel.

Eine *Ernährung* mit einer ausreichenden Aufnahme von Energie und Nährstoffen ist für den kindlichen Organismus bedeutsam, um einen optimalen Wachstums- und Entwicklungsverlauf zu ermöglichen und Gesundheit zu erhalten bzw. auszubilden. Nach dem ersten Lebensjahr gelten für Kinder aller Altersstufen prinzipiell die gleichen Empfehlungen für die notwendigen Mengen an Energie und Nährstoffen für eine gesunde Ernährung (siehe Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr sowie die Tabelle für die durchschnittliche Energiezufuhr mit einem BMI im Normbereich und mit entsprechend erwünschter körperlicher Aktivität in Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) et al. 2013, S.4ff. und S. 31). Eine gesunde Ernährung wirkt präventiv gegenüber einer späteren Entwicklung von Diabetes mellitus, Osteoporose oder Herz-Kreislauf-Krankheiten, da diese häufig durch eine ungesunde Ernährungsweise (mit)verursacht werden. Ein gesunder Ernährungsstil im Kindesalter spielt jedoch nicht nur durch seine direkt präventive Wirkung

eine bedeutsame Rolle, sondern auch durch die insbesondere in der Kindheit erfolgenden Prägungen bestimmter Ernährungsgewohnheiten. So verfestigen sich früh in Familie und auch Schule eingeübte gesunde wie auch ungesunde Ernährungsweisen mit zunehmendem Alter und können später nur noch schwerer abgeändert werden. Insbesondere schulischen Bemühungen zur Erhöhung des Ernährungswissens bei gleichzeitiger, praktischer Umsetzung durch gesunde Essensangebote werden als besonders chancenreich angesehen (vgl. Zubrägel/ Settertobulte 2003, S. 159; Kersting 2009, S.160).

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie mit denen der KiGGS-Untersuchung und der EsKiMo-Studie (als Teilmodul der KiGGS-Studie) verglichen bzw. durch diese ergänzt. Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf den Gewohnheiten und dem Verhalten der Sechs- bis Elfjährigen (Grundschulalter), jedoch werden auch Daten zu Jugendlichen dargestellt, insofern sie längerfristige Trends verdeutlichen können oder wenn, wie im Fast Food-Bereich, noch nicht viele Erkenntnisse zu Grundschulkindern vorliegen.

Für den Bereich der *Ernährungsvorlieben* wurde in dieser Evaluationsstudie deutlich, dass sich die Moglis nicht günstiger entwickeln konnten als die Kinder der Kontrollgruppe. Zwar waren bei der *Dimension „gesunde Vorlieben für Essen und Trinken“* positive Entwicklungen für die Kinder der Treatmentgruppe zu beobachten, jedoch schnitten die Kinder der Kontrollgruppe durchweg besser ab. Ausnahme war der Vergleich bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung – hier konnten sich die Moglis ähnlich positiv entwickeln wie die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe. Der Anteil an Kindern, die *„ziemlich gerne“* oder *„sehr gerne“* aßen, nahm zudem sowohl in der Mogli- wie auch in der Kontrollgruppe ab.

Laut der *KiGGS-Studie* fällt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die ein bis drei Mal pro Woche (72% Jungen und 75% Mädchen) oder sogar nie Fast Food im abgefragten Zeitraum verzehrten (hierunter fallen Döner Kebab, Hamburger, Bratwurst und Currywurst) bundesweit insgesamt erfreulich gering aus (vgl. Mensink et al. 2007, S. 619). Eine spezielle Auswertung des Fast Food-Verzehrs mit Erweiterung der Fast-Food-Kategorie (z.B. auf Pizza) für die Altersgruppe der zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen innerhalb der EsKiMo-Studie zeigt ferner, dass der Fast Food-Anteil an der individuellen Energiezufuhr bei den weiblichen Jugendlichen in allen Alterskohorten konstant bleibt. Der Fast Food-Anteil bei den Jungen liegt jedoch bereits im Alter von zwölf bis 13 Jahren höher und nimmt bis zur Altersklasse der 16- bis 17-Jährigen noch deutlich zu. Ebenfalls auffällig ist der hohe Fast Food-Verzehr in der Gruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Auch wenn diesbezüglich noch erhebliche Forschungsdesiderata bestehen, wird ein erhöhter Fast Food-Verzehr aufgrund des hohen Fettanteils (mittlere Gesamtenergiezufuhr von Fast Food beträgt 38% Fett) mit einem damit insgesamt einhergehenden ungünstigeren Ernährungsstil und einer höheren

Prävalenz für Adipositas in Verbindung gebracht (vgl. Fischer et al. 2008a, S. 518ff. und Fischer et al. 2008b, S. 579ff.).

Fast Food-Produkte waren in dieser Evaluationsstudie zumindest hinsichtlich der Ernährungsvorlieben sowohl bei der Treatment- wie auch bei der Kontrollgruppe sehr beliebt, wurden jedoch von Kindern mit schwerer familiärer Belastung nicht häufiger genannt als von Kindern mit leichter familiärer Belastung.

Bisher existieren auch nur wenige Studien zu dem vermuteten protektiven Einfluss von Obst und Gemüse auf das Adipositasrisiko. Als problematisch für die Entstehung von Übergewicht gelten hingegen Snacks, gezuckerte Getränke und das durch eine hohe Energiedichte charakterisierte Fast Food, welches mit einem Trend zu immer höheren Portionen einhergeht (vgl. Lanfer et al. 2010, S. 690ff.). Während laut HBSC-Studie immerhin 32% der Mädchen mindestens einmal pro Tag Gemüse zu sich nehmen, sind es nur 19% der Jungen. Hinsichtlich des Gemüsekonsums zeigen sich somit geschlechtsspezifische Differenzen, welche mit steigendem Alter weiter zunehmen. Der familiäre Wohlstand scheint einen leichten Einfluss auf die Verzehrhäufigkeit von täglich mindestens einem Mal Gemüse zu besitzen; deutlicher jedoch sind die Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund ausgeprägt: So konsumieren Mädchen (+8,3 Prozentpunkte) und Jungen (+5,1 Prozentpunkte) mit beidseitigem Migrationshintergrund gegenüber denjenigen ohne Migrationshintergrund deutlich mehr Gemüse (vgl. HBSC Team Deutschland 2011a). Mädchen (44%) verzehren gegenüber Jungen (30%) deutlich häufiger mindestens ein Mal pro Tag *Obst*. Zudem nimmt der Obstkonsum bei den elf bis 15-Jährigen bei den Mädchen ebenfalls ab, fällt jedoch mit -8,8 Prozentpunkten deutlich niedriger aus als bei den Jungen (-13,9 Prozentpunkte). Zusammenhänge zwischen dem familiären Wohlstand und dem Obstkonsum sind insbesondere bei den Mädchen hoch - so liegt der Anteil derjenigen, die mindestens einmal pro Tag Obst verzehren bei den Mädchen mit hohem gegenüber den Mädchen mit niedrigem familiären Wohlstand bei +16,1 Prozentpunkten (bei den Jungen sind dies für die entsprechende Vergleichsgruppe +8,0 Prozentpunkte). Unterschiede hinsichtlich des Obstkonsums sind bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund jedoch kaum zu beobachten (vgl. HBSC Team Deutschland 2011b).

In dieser Evaluationsstudie nahm eine Nennung von *Speisen mit Gemüsebestandteilen* in beiden Gruppen zu. *Obstspeisen* wurden von den Kindern der Kontrollgruppe alles in allem häufiger genannt. Insgesamt entwickelte sich die Nennung von Lieblingsgerichten bzw. gerne gegessenen Speisen in eine aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive eher wünschenswerte Richtung, wobei die Schwere der familiären Belastung, anders als in der HBSC-Studie, interessanterweise keinen Einfluss ausübte. *Beliebtste Gemüsesorten* waren bei allen Kindern Karotten bzw. Möhren, Gurken und Tomaten. Bei den *Lieblingsobstsorten*

dominierte der Apfel, gefolgt von der Banane und Orangen und Mandarinen. Hierbei konnten erneut keine großen Unterschiede bei den unterschiedlich familiär belasteten Kindern festgestellt werden.

Laut der KIGGS- bzw. EsKiMO-Studie stellt Leitungswasser das von den Kindern am häufigsten gewählte Getränk dar - 46% des täglichen Trinkkonsums werden hiermit gedeckt. Auf dem zweiten Platz folgen Obst- und Gemüsesäfte und auf dem dritten Platz Limonaden (vgl. Richter et al. 2008, S. 29f.). Mit steigendem Alter nimmt der Getränkekonsum insgesamt zu, so dass, anders als noch in der Gruppe der Kinder, die meisten Jugendlichen (zwölf- bis 17-Jährige) ihren täglichen Flüssigkeitskonsum decken. Neben der Flüssigkeitsmenge spielt jedoch auch die Qualität der ausgewählten Getränke ernährungsphysiologisch eine bedeutsame Rolle für die Aufrechterhaltung für den Körper essenziell wichtiger Stoffwechselprozesse sowie eine optimale Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit. Zwar bleibt auch unter Jugendlichen Wasser das am häufigsten gewählte Getränk, jedoch nimmt der Anteil an problematischen Softdrinks (hier insbesondere Limonaden) vor allem bei den Jungen stark zu. Auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nehmen gegenüber Nichtmigranten häufiger Softdrinks zu sich. Ein erhöhter Verzehr von gezuckerten Softdrinks gilt aufgrund seines niedrigen Sättigungsgrads trotz seiner hohen Energiezufuhr als Risikofaktor für Adipositas und wird mit einer höheren Anfälligkeit für Karies in Verbindung gebracht. Mehrmals täglich Säfte werden zudem mit steigendem Alter weniger konsumiert (vgl. Kohler et al. 2007, S. 444ff.; Mensink et al. 2007, S. 614f.).

Eines der *liebsten Getränke* der Kinder war auch bei dieser Untersuchung *Wasser*. Während Wasser bei den Moglis allerdings nur auf Platz drei der beliebtesten Getränke stand, verschob sich Wasser als Getränk bei den Kindern der Kontrollgruppe von Platz drei (zu t_1) auf Platz eins (zu t_2) der beliebtesten Getränke. *Obstsäfte und Saftchorlen* kamen bei den Kindern ebenfalls sehr gut an - sie lagen im Ranking auch weit oben. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht bedenklich war jedoch der hohe und über den Projektzeitraum noch anwachsende Anteil *gesüßter Getränke* wie Softdrinks. Gesüßte Getränke wurden fast durchgehend von allen Kindern gegenüber anderen Getränken favorisiert. Auch diese Entwicklung konnte sowohl bei Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung gleichermaßen beobachtet werden.

Die Zusammenhänge zwischen *bestimmten Ernährungsmustern* und dem Entstehen von Adipositas sind für Kinder und Jugendliche noch wenig erforscht. Aufgrund der bisher vorliegenden Untersuchungen wird vermutet, dass eine höhere Mahlzeitenhäufigkeit von bis zu sechs Mahlzeiten pro Tag speziell bei Mädchen Übergewicht vorbeugt. Der seit 50 Jahren beobachtete Trend von Kindern und vor allem Jugendlichen das tägliche Frühstück wegzulassen, wurde teilweise mit einem erhöhten Body-Mass-Index (BMI) bei über

Zehnjährigen in Verbindung gebracht. Die Zusammenhänge ließen sich jedoch nicht eindeutig nachweisen und gehen vermutlich zumindest partiell eher auf andere Faktoren zurück. Weitere Abhängigkeiten zwischen der Essgeschwindigkeit und einer erhöhten Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen werden vermutet (vgl. Lanfer et al. 2010, S. 694f.).

In dieser Evaluationsstudie wurde das *Ernährungsverhalten* der Kinder vor allem durch die nach eigenen Angaben der Kinder in der letzten Woche konsumierten Lebensmittelgruppen erfasst. Bei der hierfür gebildeten Dimension entwickelten sich diejenigen Moglis, die zum Erhebungszeitpunkt t_1 nach eigenen Aussagen ein besonders ungünstiges Essverhalten an den Tag legten, im Vergleich zu der entsprechenden Kontrollsubgruppe günstiger. Auch Moglis mit schwerer familiärer Belastung erzielten bessere Ergebnisse als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe; bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung verlief diese Entwicklung jedoch umgekehrt. Anders als bei den Ernährungsvorlieben ergaben sich somit beim Ernährungsverhalten positive Einflüsse vor allem bei familiär stark belasteten Moglis.

Neben dem körperlichen Wohlbefinden und den Ernährungsvorlieben und –verhaltensweisen wird die allgemeine Gesundheit auch durch die *Körperhygiene* beeinflusst. Die Pflege und Reinigung des Körpers ist für die Gesundheit und das psychische wie körperliche Wohlbefinden unabdingbar; es gehört somit neben dem Schlafen, Trinken und Essen zu den absoluten Grundbedürfnissen des Menschen (vgl. Kramer et al. 1993, S. 121). Neben der medizinischen Bedeutung stellt die Körperhygiene für Heranwachsende und Erwachsene einen Bestandteil der sozialen Attraktivität dar und trägt wesentlich zum Selbstwertgefühl bei. Im Baby- und Kleinkindalter wird der Akt der Körperpflege im Idealfall in die Kommunikation mit der Umwelt eingebettet und transportiert zudem ein Gefühl der sozialen Geborgenheit (vgl. Kramer et al. 1993, S. 137). Stößel und Hofmann definieren Hygiene als ein „Verhalten (individuell) und ein Gestalten von Lebensumständen (sozialökologisch), die sich durch Aneignung von Wissen (z.B. über übertragbare Krankheiten), durch Verfügbarmachung von Hygienemitteln (z.B. Körperpflegemitteln) und durch Nutzung von Ressourcen (z.B. Auswahl hygienisch unbedenklicher Orte) darauf richten, nicht nur körperliche, seelische und geistige Unversehrtheit zu gewährleisten, sondern auch funktional im Sinne der Präsentation des Körpers als Träger des Ichs zu sein“ (Stößel/ Hofmann 2001, S. 172). In Industriestaaten wie den USA und Südkorea wurden Studien zu der Häufigkeit von regelmäßigem Händewaschen bei Kindern durchgeführt und veröffentlicht (vgl. Snow et al. 2008; Song et al. 2012). So stellten Snow et al. 2008 in ihrer 2006 mit 492 Erst- bis Sechsklässlern an einer öffentlichen Grundschule in Utah (USA) durchgeführten Studie fest, dass sich der Anteil derjenigen Kinder, die sich vor dem Mittagessen die Hände wuschen, nach einer genauen Erklärung der Bedeutung des Händewaschens sowie einer entsprechenden Instruktion durch einen Gastlehrer

(Intervention 2) gegenüber einer einfachen Demonstration des Händewaschens durch den Klassenlehrer (Intervention 1) deutlich erhöhte. Am schlechtesten fiel die Rate bei den Kindern einer Kontrollgruppe aus, die weder Intervention 2 noch Intervention 1 bekommen hatten. Diese Ergebnisse blieben auch nach einem dreimonatigen Follow-up konstant (vgl. Snow et al. 2008, S. 230ff.). Doch auch familiäre Einflussfaktoren spielen bei der täglichen Handhygiene eine bedeutsame Rolle, wie eine mit 2.089 Sechstklässlern aus elf Grundschulen in Seoul (Südkorea) durchgeführte Untersuchung aufzeigt - demnach hängt insbesondere die Gründlichkeit, mit der die Hände gewaschen werden, signifikant mit dem gesundheitsbezogenen Vorwissen der Kinder sowie insbesondere mit der von den Eltern praktizierten Handhygiene, der Eltern-Kind-Bindung und der gemeinsam mit den Eltern verbrachten Zeit ab (vgl. Song et al. 2012, S. 166ff.).¹⁰³ Zur *Zahngesundheit und Mundhygiene* existieren auch Studien für den deutschsprachigen Raum. So konnte im Rahmen der HBSC-Untersuchung für Deutschland herausgefunden werden, dass 80,2% aller elf bis 15-Jährigen Kinder sich laut eigenen Angaben häufiger als einmal pro Tag die Zähne putzen – hingegen gaben nur 2,8% an, keine tägliche Zahnreinigung zu betreiben. Mit steigendem Alter werden hierbei zunehmend Geschlechterdifferenzen deutlich: Während der Anteil der Jungen, die sich täglich häufiger als ein Mal die Zähne putzen um 6,9% absinkt, steigt er bei den Mädchen in der Zeitspanne von elf bis 15 Jahren um 4,9% an. Zudem putzen sich sowohl Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem Wohlstand deutlich häufiger mehr als einmal täglich ihre Zähne als bei Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Wohlstand (die Differenz liegt bei 15,8 Prozentpunkten für die Mädchen und 15,5 Prozentpunkten bei den Jungen). Auch reinigten Jungen und Mädchen häufiger mehr als einmal täglich ihre Zähne, wenn sie keinen Migrationshintergrund besitzen. Bei einem beidseitigen Migrationshintergrund ist hierbei die geringste Zahnputzhäufigkeit zu beobachten (vgl. HBSC-Team Deutschland 2012). Diese Ergebnisse decken sich größtenteils mit denen der, ein noch etwas breiteres Altersspektrum (null bis 17 Jahre) umfassenden, KIGGS-Studie. Auch für diese Studie wurde beobachtet, dass die Zahnputzfrequenz geschlechterspezifisch unterschiedlich ausfällt – so erreichen nur zwei Drittel der Jungen die Empfehlungen von einer mindestens zweimal täglichen Zahnreinigung, bei den Mädchen sind es hingegen Dreiviertel. Diese Unterschiede konnten für alle Alterskohorten festgestellt werden; selbst in dem Alter in dem die Eltern noch maßgeblich die Zahnpflege ihrer Kinder vornehmen. Auch wurden, analog zu der HBSC-Studie, deutliche Schichtunterschiede erkannt: So sinkt der Anteil mit geringer Putzfrequenz mit steigendem Status der Eltern (geringe Putzfrequenz bei hohem Sozialstatus: 21,5%, mittlerem Sozialstatus: 27,7% und niedrigem Sozialstatus: 39,0%). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen zudem eine deutlich niedrigere Putzfrequenz auf (45,0%

¹⁰³ Für Deutschland konnte trotz intensiver Suche in den entsprechenden Datenbanken keine Studie hinsichtlich der Häufigkeit sowie Wirkung regelmäßigen Händewaschens für (Grundschul-)Kinder gefunden werden.

mit niedriger Putzfrequenz gegenüber 26,1% niedriger Putzfrequenz bei Kindern ohne Migrationshintergrund) - diese Unterschiede bleiben auch nach einer Kontrolle der Schichtzugehörigkeit als einer theoretisch denkbaren Mediatorvariablen bestehen. Auch die Anzahl an Zahnarztkontrollen pro Jahr, die im Vergleich aller Alterskohorten in der Altersgruppe der Sieben- bis Zehnjährigen interessanterweise am höchsten ausfällt, ist bei Kindern aus einer niedrigeren Sozialschicht und mit Migrationshintergrund ebenfalls geringer ausgeprägt (vgl. Schenk/ Knopf 2007, S. 654ff.; BZgA/ Robert Koch Institut 2008, S. 83ff.).

Neben der *Waschaffinität* wurde für diese Studie daher auch das *Hygieneverhalten* der Kinder erfasst. Die *Dusch- und Badeaffinität* nahm sowohl bei den Kindern der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums tendenziell eher ab. Dennoch konnten sich die Gesamtgruppe der Moglis und die Gruppe der Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Duscaffinität tendenziell eher verbessern. Hingegen nahm die Badeaffinität bei den Moglis insgesamt, sowie bei den Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung, etwas stärker ab als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Nur bei denjenigen Kindern, die zu t_1 besonders ungerne badeten, konnten sich die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe deutlicher verbessern.

Um einiges positiver als bei der Waschaffinität fielen die Ergebnisse für die Moglis jedoch beim *Hygieneverhalten* aus. Diesbezüglich konnten sich die Moglis im Gesamtgruppen, wie auch im Extremgruppenvergleich, tendenziell verbessern. Besonders günstig entwickelten sich die Gruppe der jüngeren Moglis und die Gruppe der Moglis mit schwerer familiärer Belastung - sie schienen von einer Projektteilnahme hinsichtlich ihres Hygieneverhaltens besonders profitieren zu können.

Als ein weiterer für die Gesundheit bedeutsamer Bereich gilt das Schlafverhalten. Die *Schlafqualität und -dauer* wird bereits im Kindes- und Jugendalter mit einer Reihe von Gesundheitsbeeinträchtigungen in Verbindung gebracht - insbesondere mit einem zu hohen Körpergewicht, dem verstärkten Verzehr fettreicher Nahrung, Lernschwierigkeiten, Art und Ausprägung von Depressionen sowie weiteren emotionalen und psychischen Beeinträchtigungen wie Angststörungen (vgl. Liu et al. 2007; Bayer et al. 2009; Glozier et al. 2010; Weiss et al. 2010; Silva et al. 2011; Pileggi et al. 2013). Zum Zusammenhang zwischen der Schlafdauer und dem Körperfettanteil/ BMI von drei- bis zehnjährigen Kindern liegen für Deutschland repräsentative Ergebnisse aus der KIGGS-Studie vor. Demnach konnten insbesondere bei den bereits übergewichtigen Kindern starke Korrelationen zwischen einer verkürzten Schlafdauer und einem erhöhten BMI sowie Körperfettanteil festgestellt werden. Diese Assoziation war unabhängig von dem Alter der Kinder beobachtbar (vgl. Bayer et al. 2009, S. 1184ff.). Auch eine mit N= 542 bei ungefähr 10jährigen Kindern in Süditalien durchgeführte Studie stützt die Hypothese vom

Zusammenhang der Schlafdauer und möglichem Übergewicht – so ziehen auch Pileggi et al. (2013, S. 2ff.) nach Kontrolle etlicher weiterer potenzieller Einflüsse auf das Körpergewicht durch multivariate Regressionsanalysen die Schlussfolgerung, dass chronischer Schlafmangel Übergewicht begünstigen könne, zumindest jedoch hiermit assoziiert ist. Ein möglicher Einfluss des Schlafmangels auf das Körpergewicht wird auf drei Faktoren zurückgeführt: So scheint es möglich, dass der Körper während der Schlafphase Wachstumshormone absondert, die das Körperwachstum anregen könnten. Diesbezüglich sind die bisherigen Ergebnisse jedoch recht widersprüchlich. Wahrscheinlicher scheint es, dass bei gewohnheitsmäßig verkürzter Schlafdauer das Appetit anregende Hormon Ghrelin verstärkt, sowie das Appetit senkende Hormon Leptin in geringerem Ausmaß ausgeschüttet wird (vgl. Bayer et al. 2009, 1186f.). Für Jugendliche im Alter von 16 bis 19 Jahren (N= 240) konnte in Cleveland (USA) zudem dokumentiert werden, dass eine kürzere Schlafdauer mit einer höheren Kalorienaufnahme fetthaltiger Lebensmittel und einer geringeren Kalorienaufnahme durch kohlenhydratreiche Nahrung zusammenhängt - und zwar unabhängig vom Geschlecht der Jugendlichen, ihrer ethnischen Herkunft und der Bildung ihrer Eltern. Vermutet wird, dass mangelnder Schlaf ein leicht verändertes Essverhalten mit erhöhtem Verzehr fettreicher Nahrung begünstigt, über einen längeren Zeitraum so zu einer erhöhten Energiezufuhr und letztendlich zu Übergewicht führt (vgl. Weiss et al. 2010, S. 1201ff.). Zudem wird die Schlafdauer wie auch die Schlafqualität bereits in der Kindheit mit Depressionen in Verbindung gebracht – Kinder die sowohl unter Insomnie wie auch Hypersomie leiden sind dabei am schwersten von diesem psychischen Krankheitsbild betroffen, wie eine mit N= 553 zwischen sieben und 15 Jahre alten klinisch depressiven Kindern bzw. Jugendlichen in Ungarn zeigt. Selbst bei Vorliegen nur einer der beiden Schlafkrankheiten ist die Prävalenz für Depressionen gegenüber Kindern ohne Schlafstörungen bereits deutlich erhöht. Verschiedene Schlafstörungen hängen zudem mit unterschiedlichen Symptomen der Depressivität zusammen. Während Kinder, die unter Insomnie leiden, verstärkt täglich schwankende, depressive Stimmungen mit körperlichen Unruhezuständen aufweisen, unterliegen Kinder mit Hypersomie häufiger dem Gefühl der Wertlosigkeit und verzeichnen stärkere Gewichtsveränderungen sowohl in Richtung einer Gewichtszunahme wie auch –abnahme (vgl. Liu et al. 2007, S. 84ff.). Hinsichtlich der bisher erwähnten Studien muss jedoch einschränkend bemerkt werden, dass es sich ausschließlich um Querschnittsuntersuchungen handelte, so dass keine Kausalitäten aufgedeckt werden konnten. Jedoch wurde auch in einer australischen Studie mit 19.648 jungen Erwachsenen (17 bis 24 Jahre alt) und Follow-up (nach zwölf bis 18 Monaten mit N= 2.937 zufällig ausgewählten Teilnehmern) der Zusammenhang zwischen einer verkürzten Schlafdauer und bereits bestehenden psychologischen Problemen sowie ihrer Persistenz bestätigt (vgl. Glozier et al. 2010, S. 1140ff.). In einer US-amerikanischen Längsschnittstudie mit

N= 304 Kindern (Alter zum Zeitpunkt der Baseline-Untersuchung: sechs bis zwölf Jahre) über fünf Jahre konnten die genannten Ergebnisse ebenfalls im Wesentlichen bestätigt werden. Zudem wurden bereits bekannte Zusammenhänge zwischen der Schlafdauer und der Gedächtnisleistung bestätigt, da Kinder, die weniger als 7,5 Stunden pro Nacht gegenüber Kindern, die mindestens neun Stunden pro Nacht schliefen, deutlich häufiger Lernschwierigkeiten aufwiesen. Zudem stieg bei diesen Kindern die Wahrscheinlichkeit einer Depression oder Angststörung sowie einer Entwicklung von Übergewicht signifikant an (vgl. Silva et al. 2011, S.1202ff.). Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse machen somit deutlich, dass bereits im Kindesalter signifikante Zusammenhänge zwischen der Schlafdauer und -qualität sowie der körperlichen und psychischen Gesundheit bestehen.

Zur Erfassung des *Schlafverhaltens* der Kinder war für diese Evaluationsstudie jedoch nur ein einziges Item in den Lehrerfragebogen (für die erste Kohorte) integriert worden - während sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe negativ entwickelten, konnten für die anderen Subgruppenvergleiche positive Ergebnisse beobachtet werden. Insbesondere die Extremgruppe derjenigen Moglis, die zu t_1 morgens besonders unausgeschlafen gewirkt hatten, verbesserte sich gegenüber den äquivalenten Kindern der Kontrollgruppe deutlich. Auch bei einem Gesamtgruppenvergleich aller Moglis mit allen Kindern der Kontrollgruppe und bei einem Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung erzielten die Moglis positive Nettoeffektstärken.

Hyperaktivität, Impulsivität und ein *erhöhtes Risikoverhalten* gelten als gesundheitliche Risikofaktoren. Das Störungsbild der *Hyperaktivität*¹⁰⁴ tritt häufig gemeinsam mit einer pathologischen *Impulsivität* auf – diese kann in die „kognitive Impulsivität“ und die „motivationale Impulsivität“ unterteilt werden. Unter „kognitiver Impulsivität“ versteht Döpfner „die Tendenz, dem ersten Handlungsimpuls zu folgen und eine Tätigkeit zu beginnen, bevor sie hinreichend durchdacht oder vollständig erklärt worden ist“ (Döpfner 2010, S. 280). Als „motivationale Impulsivität“ definiert er hingegen „die Schwierigkeit mancher Kinder und Jugendlicher, Bedürfnisse aufzuschieben und abzuwarten, bis sie an der Reihe sind“ (Döpfner 2010, S. 280). Kommen zur Hyperaktivität und Impulsivität noch Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration hinzu, liegt eine *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (ADHS, engl.: „attention deficit hyperactivity disorder“, ADHD) oder *Hyperkinetische Störung* (HKS) vor (vgl. Roth 2003, S. 348; Döpfner 2010, S. 280). Bei *hyperkinetischen Kindern* bestehen häufig bereits Auffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter wie Schlaf- oder Essprobleme. Es handelt sich um eine vom Kindergarten bis in das Grundschulalter sehr stabile Verhaltenspathologie, die meist bereits weit vor dem siebten Lebensjahr auffällig wird. Im

¹⁰⁴ Hyperaktivität soll im Folgenden definiert werden „als eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität [...], die besonders in strukturierten und organisierten Situationen auftritt, welche ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern oder relative Ruhe verlangen (z.B. im Unterricht). Die Hyperaktivität kann sich in der Fein- und in der Grobmotorik [sic] äußern (Döpfner 2010, S. 280).“

Jugendalter nimmt der hyperaktive Anteil wie auch häufig die damit einhergehende Impulsivität ab, jedoch persistiert die Störung mit veränderter Symptomatik bei ca. 30 bis 50% (Schlack et al. 2007, S. 828) bzw. 30 bis 70% (Döpfner 2010, S. 281f.) bis weit in das Erwachsenenalter hinein. Weitere *komorbide Störungen*, die häufig beobachtet werden, sind verweigernde, oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen. So bescheinigten Eltern ihren hyperkinetisch belasteten Kinder in einer bundesweiten Untersuchung zu 35% ebenfalls aggressive Tendenzen und zu 27% Störungen des Sozialverhaltens. ADHS-Kindern fällt es deutlich schwerer, Beziehungen zu anderen Kindern einzugehen, aufrechtzuerhalten und richtige Freundschaften zu schließen. Eine weitere Fülle an möglichen Störungen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, aber auch Sprach-, Sprech- und Lernstörungen und Schulleistungsdefizite treten bei diesen Kindern ebenfalls gehäuft auf. Neben einer allgemeinen Intelligenzminderung können zusätzlich noch das Tourette-Syndrom sowie Tic-Störungen hinzukommen. Dementsprechend ist die individuelle wie auch familiäre psychosoziale Belastung, welche eine ADHS-Erkrankung mit sich bringt, oft enorm und kann nicht nur zu gestörten Eltern-Kind-Interaktionen, sondern auch durch den damit einhergehenden Stress zu weitreichenden Problemen in der Ehe der Eltern sowie im gesamten familiären Gefüge führen (vgl. Kiphard 1997, S. 64ff.; Schlack et al. 2007, S. 827 und Döpfner 2010, S. 280f.). Aufgrund ihrer teilweise massiven Lernstörungen wird knapp ein Drittel der ADHS-Patienten zudem zu chronischen Schulverweigerern und bricht die schulische Ausbildung ab. Ein Fünftel der ADHS-Kinder entwickelt im späteren Lebenslauf schwere Persönlichkeitsstörungen und die meisten schweren Gewaltverbrecher wiesen in ihrer Kindheit ADHS-Symptome auf, welche mit Defiziten in gewissen Hirnstrukturen und -funktionen einhergehen (vgl. Roth 2003, S. 349f.). Damit kommen hyperkinetischen Störungen nicht nur eine hohe individuelle und intra-familiäre gesundheitsbeeinträchtigende Relevanz zu, sondern sie sind auch als gesundheits- und gesellschaftspolitisch äußerst bedeutsam zu betrachten (vgl. Schlack et al. 2007, S. 828). Nach den neusten Erkenntnissen der KIGGS-Studie liegt bei 4,8% der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren eine durch einen Psychologen oder einen Arzt diagnostizierte hyperkinetische Störung vor. Weitere 4,9% der Kinder und Jugendlichen, denen (noch) keine ADHS-Diagnose bescheinigt wurde, wiesen laut SDQ-Elternurteil (Strengths and Difficulties Questionnaire) sowie laut der Einschätzung des Verhaltens durch die UntersucherInnen¹⁰⁵ Symptome einer solchen Verhaltensstörung auf. Wird diese Gruppe der sog. ADHS-Verdachtsfälle zu den diagnostizierten ADHS-Fällen hinzu gezählt, beläuft sich die summarische Prävalenz auf insgesamt 9,7%. Im Geschlechtervergleich wird eine ADHS bei den Jungen deutlich häufiger diagnostiziert als bei den Mädchen - zum Teil fällt die Prävalenz für die Jungen in den einzelnen Altersgruppen um das Vierfache höher aus und

¹⁰⁵ Die Verhaltenseinschätzung der UntersucherInnen erfolgte nur für die Gruppe der Drei- bis Elfjährigen, nicht jedoch für die älteren Kinder (vgl. Schlack et al. 2007, S. 830).

liegt in der Altersgruppe der Sieben- bis Zehnjährigen bei 8,7% (Mädchen: 1,9%). Ebenfalls auffällig hinsichtlich der relativen Anzahl diagnostizierter ADHS-Kinder ist der sprunghafte Anstieg nach Schuleintritt, der deutlich höhere Anteil an Kindern ohne Migrationshintergrund und der hohe Anteil an Kindern mit niedrigem Sozialstatus (vgl. Schlack et al. 2007, S. 828ff.).

Mit einer Reihe von Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen, insbesondere mit einem erhöhten *Risikoverhalten*, steigt das unfallbedingte Verletzungsrisiko an. So ergab eine Befragung der Eltern von N= 3.585 *durch Unfälle verletzter Kinder und Jugendlicher*, weitere Tiefeninterviews mit N= 129 dieser Kinder und Jugendlichen sowie ein zusätzlich durchgeführter Gefahrenkognitionstest mit N= 52 (im Vergleich mit N= 52 nicht verletzten Kindern und Jugendlichen als Kontrollgruppe), dass die von den Eltern eingeschätzte Risikobereitschaft hoch signifikant mit der Unfallhäufigkeit zusammenhing. Das gleiche galt für die Variable der Selbstständigkeit. Somit blieben risikoaversive und sehr selbstständige Kinder und Jugendliche von unfallbedingten Verletzungen sehr viel öfter verschont. Die Eltern schätzten ihre Söhne gegenüber den Töchtern deutlich häufiger als risikobereit und unkonzentriert ein - dementsprechend waren die Jungen auch in mehr Unfälle verwickelt, die medizinisch versorgt werden mussten. Kinder, die laut Elterneinschätzung zu hochriskanten Verhaltensweisen neigen, lehnten zudem insbesondere mit steigendem Alter häufiger schützende Protektoren wie Schutzhelme, Knieschützer oder Ellenbogenschützer bei Aktivitäten wie dem Radfahren oder Inlineskaten ab. Zudem trugen auch extrovertierte, kontaktfreudige und sehr lebhaft Kinder ein höheres Risiko, da sie auch höhere körperliche Aktivitäten aufwiesen. Eine weitere gefährdete Gruppe stellen Kinder mit neurotischen Persönlichkeitsmerkmalen wie erhöhter Ängstlichkeit, Nervosität und emotionaler Empfindlichkeit dar - diese Gruppe findet sich insbesondere bei den Mädchen und ist durch ein ungünstiges Bewältigungsverhalten in Gefahrensituationen geprägt (vgl. Schupp et al. 2006, S. 55ff.).

Die Entwicklung von *Impulsivität und Risikoverhalten* waren ebenfalls Inhalte dieser Evaluationsstudie. Beides wurde mit dem *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie (IVE)* erfasst und für beide Geschlechter gesondert ausgewertet. Zu beiden Erhebungszeitpunkten lagen die Werte für die *Impulsivität der weiblichen Moggis* wie auch der weiblichen Kinder der Kontrollgruppe fast bzw. nur leicht über den Normwerten der Eichstichprobe. Beide Gruppen konnten ihre Impulsivität während der Projektlaufzeit nicht nennenswert verringern. Zudem sank die Impulsivität bei den weiblichen Moggis bezüglich der verschiedenen Subgruppenvergleiche weniger stark ab als bei den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe bzw. nahm bei den weiblichen Moggis mit leichter familiärer Belastung sogar noch zu. Weibliche Moggis mit schwerer familiärer Belastung profitierten von einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung, da ihre

Impulsivität unter dieser Bedingung sank, während sie bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung zunahm. Die T-Mittelwerte für das *Risikoverhalten* lagen bei den *weiblichen Moglis* zu beiden Erhebungszeitpunkten leicht unter denen der weiblichen Kontrollgruppe. Während das Risikoverhalten der weiblichen Moglis während des Projektzeitraums leicht zunahm, sank dieses zeitgleich bei den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Extremgruppe derjenigen Kinder, die zu t_1 nach eigenen Angaben ein relativ hohes Risikoverhalten an den Tag legten, konnten die weiblichen Moglis gegenüber den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe jedoch leicht besser abschneiden. Das Risikoverhalten der weiblichen Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung, deren T-Mittelwerte zu t_1 noch deutlich unter den Normmittelwerten der Eichstichprobe lagen, nahm hingegen zu, während dies bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe nicht der Fall war. Wie bereits bei der Impulsivität nahm auch das Risikoverhalten der weiblichen Moglis bei einem stärkeren Einfluss ihrer Mentorenbeziehung stärker ab als bei einem leichteren Einfluss.

Bei den *männlichen Moglis* lagen die T-Mittelwerte für die *Impulsivität* zu beiden Erhebungszeitpunkten leicht über dem Normmittelwert, während die T-Mittelwerte der männlichen Kinder der Kontrollgruppe leicht darunter lagen. Während die männlichen Moglis ihre Impulsivität im Gesamtgruppen- und im Extremgruppenvergleich nicht verringern konnten, nahm die Impulsivität bei den männlichen Moglis mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe eher ab. Die T-Mittelwerte des *Risikoverhaltens* lagen bei den *männlichen Moglis* zu beiden Erhebungszeitpunkten nahezu auf dem Niveau des Normmittelwertes sowie unter dem Wert der entsprechenden männlichen Kinder aus der Kontrollgruppe. Während sich weder die Gesamtgruppe der männlichen Moglis noch die Gesamtkontrollgruppe im Projektverlauf nennenswert in die eine oder andere Richtung entwickelte, sank das Risikoverhalten bei der Extremgruppe derjenigen männlichen Moglis, die sich zu t_1 besonders risikofreudig gaben, gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe weniger stark ab und nahm in der Subgruppe mit schwerer familiärer Belastung stärker zu. Lediglich in der Subgruppe mit leichter familiärer Belastung konnten sich die männlichen Moglis gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe positiver entwickeln, d.h. ihr Risikoverhalten nahm deutlicher ab.

Neben der Anwendung des Inventars zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie (IVE) wurde die Impulsivität und das Risikoverhalten der Kinder noch durch eine Reihe von in den Lehrerfragebogen integrierte Einzelitems erfasst. Dazu gehörte die Frage, *ob sich das Kind, wenn erforderlich, auch mal zurücknehmen konnte*. Hierbei schnitten die Moglis hinsichtlich eines Gesamt- und Extremgruppenvergleichs sowie eines Vergleichs der familiär leicht belasteten Kinder besser ab, nicht jedoch bei dem Vergleich von Kindern mit

schwerer familiärer Belastung. Bei der Frage „*Überspannte das Kind den Bogen*“, d.h. es wusste nicht, wann Schluss ist“? zeigten sich hingegen keine Unterschiede hinsichtlich eines Gesamtgruppen- und einen Extremgruppenvergleichs. Dafür erzielten hier Moglis mit leichter familiärer Belastung und Moglis mit schwerer familiärer Belastung deutlich bessere Ergebnisse. Die *Unfallneigung* der Kinder nahm in der Gesamtgruppe der Moglis und bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung zu, während bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung eine Abnahme derselbigen zu beobachten war. Insgesamt positiver entwickeln konnte sich die Gruppe der Moglis lediglich bei der Extremgruppe derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders zu Unfällen neigten - hier nahm die Unfallneigung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe stärker ab. Bei der Frage, wie *unvorsichtig* die Kinder waren, konnten sich die Moglis prinzipiell leicht positiver weiterentwickeln – dies betraf insbesondere erneut den Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zum Zeitpunkt t_1 von ihren KlassenlehrerInnen als besonders unvorsichtig eingeschätzt worden waren. Die *Abenteuerlust* der Moglis stieg während des Projektzeitraums an und übertraf die der Kontrollgruppe sowohl im Gesamt- und Extremgruppenvergleich wie auch in den Subgruppen der Kinder mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung. Insbesondere diejenigen Moglis, die noch zum Zeitpunkt t_1 von ihren KlassenlehrerInnen als besonders wenig abenteuerlustig empfunden wurden, konnten sich hier gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe deutlich positiver weiterentwickeln.

Bewegung, Sport und motorische Fähigkeiten

Bewegungsfreude und –verhalten sowie *motorische Fähigkeiten* sind für den Erhalt der Gesundheit wichtig, da sportlich-körperliche Aktivität die gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv beeinflusst und der Entstehung von psychischen Erkrankungen, einer Verminderung des Selbstwertgefühls, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungsorgane, des Bewegungsapparats sowie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) präventiv vorbeugt. So sinkt bei regelmäßiger körperlicher Aktivität das Risiko, vorzeitig zu sterben, im Erwachsenenalter um 20 bis 30% und das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung um 50%. Bewegungsmangel stellt somit einen bedeutsamen gesundheitlichen Risikofaktor dar (vgl. Rommel et al. 2008a; S. 18, BMBF 2009, S. 16f.; Woll et al. 2011, S. 1129). Während diese Zusammenhänge, insbesondere auch im Zusammenspiel mit durch Bewegungsmangel mit ausgelöstem Übergewicht/ Adipositas, für das Erwachsenenalter gut erforscht sind, können sie für die Lebensphasen der Kindheit und Jugend weniger klar hergestellt werden. Dies liegt vor allem darin begründet, dass chronische Erkrankungen erst im Erwachsenenalter verstärkt auftreten und in der Kindheit nur eine untergeordnete Rolle spielen. Dennoch hilft ein aktiver Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Aktivität bereits in der Kindheit, die Krankheitsprävalenz zu senken und schon bestehende Beschwerden zu lindern. Für ein gesundes Aufwachsen und eine normale organische und motorische

Entwicklung ist sie zudem unabdingbar. Auch das Erlernen sozialer Kompetenzen und eine gesunde psychische Persönlichkeitsentwicklung mit einem entsprechenden seelischen Wohlbefinden werden in der Kindheit mit körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht. Zudem weisen Sport- und Gesundheitswissenschaftler daraufhin, dass das Gesundheitsverhalten insbesondere im Bewegungs- und Motorikbereich maßgeblich im Kindes- und Jugendalter erlernt wird; in keiner anderen Sozialisationsphase finden ähnliche Erprobungsprozesse (wie z.B. das Testen des eigenen physischen Limits im sozialen Austausch mit Gleichaltrigen) und prägende Phasen statt wie in den ersten beiden Lebensjahrzehnten. Aufgrund des in der Kindheit angelegten natürlichen Bewegungsdrangs sind körperliche Aktivitäten in Form von Spiel und Sport bedeutsam wie in keiner anderen Lebensphase. Sporttreiben hilft Kindern und Jugendlichen, sich mit dem eigenen Körper positiv auseinanderzusetzen, indem altersspezifische physische Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigt und so ein zufriedenstellendes körperliches Selbstkonzept erreicht wird. Früh entdeckte Bewegungsfreude und erlernte Motorikkompetenzen, wie auch in der Kindheit internalisierte sportlich-körperliche Aktivitätsmuster, werden häufig ein Leben lang beibehalten und können in späteren Lebensphasen nur noch mit großem Aufwand und erhöhter Motivation modifiziert werden. Somit wird das Fundament für ein gesundheitsförderliches Bewegungsverhalten im Erwachsenenalter maßgeblich in der Kindheit gelegt und durch eine Förderung kindlicher Bewegungsfreude und -aktivitäten die Weichen für eine lebenslange Gesundheit gestellt (vgl. Lampert et al. 2007, S. 634; Opper et al. 2007, S. 879f.; Rommel et al. 2008a, S. 5f. und S. 17ff.; BMBF 2009, S. 16f.).

Hinsichtlich ihrer *Bewegungsfreude* konnten die Moglis von einer Projektteilnahme größtenteils profitieren. Bis auf bei der Extremgruppe derjenigen Kinder, die zu t_1 die geringste Bewegungsfreude aufwiesen, und bei Kindern mit leichter familiärer Belastung, schnitten sie gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe durchweg positiver ab. Insbesondere ältere Moglis und Moglis mit schwerer familiärer Belastung entwickelten sich günstig. Im direkten Geschlechtervergleich konnten männliche Moglis ihre Bewegungsfreude eher steigern als weibliche Moglis. Hinsichtlich einer Nennung von *Bewegungsspielen als Lieblingsspiele* konnten jedoch keine positiveren Resultate bei den Moglis beobachtet werden - eine Ausnahme hiervon bildete nur die Gruppe der Moglis mit leichter familiärer Belastung.

Wie die Ergebnisse zur körperlich-sportlichen Aktivität der KiGGS-Untersuchung zeigen, bewegen sich die Kinder und Jugendlichen von vier bis 17 Jahren durchschnittlich an 1,6 (+/- 0,9) Tagen 2,2 (+/- 0,9) Stunden pro Woche in Kindergarten und Schulen und 10,8% (Jungen) bzw. 9,0% (Mädchen) nahmen an weiteren Sportaktivitäten im Kindergarten/der Schule teil. Speziell für die GrundschülerInnen (sechs bis zehn Jahre alt) konnte ein Mittelwert von 2,4 (+/- 0,8) Stunden an 2,0 (+/-0,8) Tagen ermittelt werden. Die

GrundschülerInnen gaben zudem an, sich durchschnittlich zwischen 5,5 (Jungen) bzw. 5,3 (Mädchen) Tagen in der Woche draußen körperlich zu bewegen. 60% (Jungen) bzw. 58% (Mädchen) der Kinder berichteten von sportlichen Aktivitäten, die nicht in Sportvereinen stattfanden. Wird die körperlich-sportliche Aktivität der drei Altersgruppen der Kindergartenkinder, Grundschul Kinder und Kinder/ Jugendlichen ab der Sekundarstufe I sowie der Geschlechtergruppen untereinander verglichen, fällt auf, dass der Anteil an körperlichen Aktivitäten bei den Jungen höher als bei den Mädchen ausfällt sowie insgesamt für beide Geschlechter mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Woll et al. 2011, S. 1136ff.).

Vor diesem Hintergrund ist die durchweg deutliche Verbesserung ihres durch die Bildung einer entsprechenden Dimension gemessenen *Bewegungsverhaltens* der Moglis gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe als besonders positiv zu werten. Verbesserungen zeigten sich sowohl für einen Gesamtgruppenvergleich wie auch einen Extremgruppenvergleich, insbesondere jedoch auch für ältere Moglis und Moglis mit schwerer familiärer Belastung. Letztere konnten ihr Bewegungsverhalten zudem bei einem stärkeren Einfluss ihrer Mentorenbeziehung deutlicher steigern als bei einem leichteren Einfluss. Wie bereits bei der Dimension der Bewegungsfreude entwickelten sich auch bei der Dimension des *Bewegungsverhaltens* männliche Moglis für sich betrachtet positiver als weibliche Moglis. Bei den Einzelitems „*Wie oft spielst du nach der Schule draußen?*“ und „*Wie oft spielst du am Wochenende draußen?*“ konnten positivere Entwicklungen für die Moglis mit leichter familiärer Belastung, nicht jedoch mit schwerer familiärer Belastung, nachgewiesen werden.

Zwar ist bei den Kindern und Jugendlichen die *Freizeitoption Sport* nach wie vor äußerst beliebt und das absolute Sportpensum ging nicht nachweislich zurück. Allerdings wird eine zunehmende Freizeitverdichtung im Leben vieler Kinder und Jugendlichen beobachtet, so dass immer mehr Freizeitaktivitäten bei gleichbleibendem Freizeitbudget nachgekommen wird. Dies führt zu einer entsprechenden Zeitverknappung bei der Ausführung einzelner Aktivitäten wie dem Sporttreiben. Entsprechende Zeitbudgeterhebungen zeigen, dass klassische Spiele und Hobbies (ohne Computerspiele und Sport), die auch mit Bewegung verbunden sein können, zwischen 1991/92 und 2001/2 bei gleichzeitiger Zunahme von Computerspielen deutlich abnahmen. Zudem verringerte sich der relative Anteil an Sport und Bewegung bei den zehn- bis 18-Jährigen im gleichen Zeitraum um drei bis vier Prozentpunkte am gesamten Freizeitzeitbudget. Zur Untersuchung, ob es sich hierbei tatsächlich um einen langfristig besorgniserregenden Entwicklungstrend handeln könnte, fehlen jedoch noch Langzeitstudien zum Zusammenhang zwischen Art und Intensität körperlicher Aktivitäten mit bestimmten Freizeit- und Lebensstilen (vgl. Rommel et al. 2008a, S. 19ff.)

Die Frage danach, wie stark die Kinder in *Sportvereinen und Sport-AGs* vertreten waren, wurde dementsprechend auch in diese Untersuchung eingebaut. Hier reichte der Anteil der Treatmentgruppe an beiden Erhebungszeitpunkten nicht an das Niveau der Kontrollgruppe heran; allerdings war bei der relevanten Gruppe von Kindern mit schwerer familiärer Belastung eine ähnliche Beteiligung der Moplis und der Kinder der Kontrollgruppe auf einem, zu den anderen Kindern vergleichsweise niedrigeren Niveau, von etwas mehr als einem Drittel zu beobachten.

Kompetenzen spielen schließlich auch in den *Sportwissenschaften*, die durchaus als Teilbereich der Gesundheitswissenschaften begriffen werden können (und in Deutschland häufig in einer Fakultät mit den Gesundheitswissenschaften verankert sind), eine weitreichende Bedeutung. Hier sind es vor allem die motorischen Kompetenzen, deren Einfluss auf die Beweglichkeit und die körperliche Gesundheit diskutiert und gemessen werden. Im deutschsprachigen Raum sind hierzu insbesondere die Arbeiten von Klaus Bös von Bedeutung, der „unter Motorik [...] die Gesamtheit aller latenten Steuerungs- und Funktionsprozesse, die sichtbaren Bewegungsabläufen zu Grunde liegen [versteht, Einschub der Autorin]. Die einzelnen Analyseeinheiten bezeichnet man als motorische Fähigkeiten, die sichtbaren Bewegungen als Bewegungsfertigkeiten“ (Bös 2004, S. 352). Darüber, ob und wenn ja wie stark das körperliche Aktivitätsniveau und die körperlichen Fähigkeiten insbesondere im motorischen Bereich bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten abgenommen haben, wird in der Fachwelt intensiv diskutiert (vgl. Bös 2004, S. 353f.; Rommel et al. 2008a, S. 19ff.; Klaes et al. 2008, S. 32f.; BMBF 2009, S. 21ff.; Woll et al. 2011, S. 1130). So kam Bös anhand einer Kohortenstudie zu dem Ergebnis, dass sich die motorische Leistungsfähigkeit von Grundschulkindern zwischen 1976 und 1996 um ca. zehn bis 20% verschlechterte. Er führt dies vor allem auf den in dieser Zeit gewachsenen Anteil übergewichtiger Kinder von 16% auf 31% und sinkende Bewegungsanforderungen zurück. Bewegungstagebüchern zufolge, die von Grundschulkindern in der Schule ausgefüllt wurden, bewegt sich ein Grundschulkind eine Stunde pro Tag, wobei nur 15 bis 30 Minuten intensiven Bewegungen zuzurechnen sind. Bös räumt jedoch zugleich ein, dass die Befunde aufgrund der nicht-repräsentativen Stichprobenauswahl mit Vorsicht interpretiert werden müssen (vgl. Bös 2004, S. 353f.). Auch wenn es etliche weitere Hinweise hinsichtlich der Abnahme der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen gibt, war die Hypothese eines zunehmenden Bewegungsmangels, insbesondere auch aufgrund fehlender repräsentativer Untersuchung, nur schwer empirisch zu belegen und wurde u.a. von Kretschmer in Frage gestellt (vgl. Kretschmer/ Giewald 2001; Kretschmer 2003; Kretschmer 2006). Klaes et al. (2008, S. 34ff.) kommen nach Analyse des Datensatzes aus dem Projekt „Fit sein macht Schule“ jedoch ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Fitness der Kinder und Jugendlichen, in diesem Fall für den Zeitverlauf von den Jahren 2001 bis 2006, im zeitlichen

Trend abnahm. Trotz der Verwendung anderer Indikatoren zur Erhebung der motorischen Leistungsfähigkeit decken sich die Ergebnisse mit denen von Bös (2003) der anhand einer Metaanalyse von 54 Studien aus 20 Industrieländern und anhand der Berechnung von 48 Vergleichen einen Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen um ca. zehn Prozentpunkte zwischen den Jahren 1975 bis 2000 feststellte. Während der Anteil der motorisch auffälligen Kinder insbesondere in den sozialschwächeren Schichten zunahm, erzielten die motorisch sehr guten Kinder heute jedoch bessere Ergebnisse als noch vor 30 Jahren. Somit lässt sich eine sozial determinierte Schere bei der körperlichen Leistungsfähigkeit feststellen (vgl. Opper et al. 2007, S. 880). Dieses Ergebnis konnte durch die erste repräsentative Untersuchung für das gesamte Bundesgebiet, das Motorik-Modul der KiGGS-Studie (kurz: MoMo-Modul), zwischen den Jahren 2003 und 2006 bestätigt werden. Demnach haben sich die Motorikkompetenzen der Kinder und Jugendlichen gegenüber früheren Jahrzehnten deutlich verringert; während dieser Rückgang in der Phase der Kindheit (-5,5 Prozentpunkte) noch relativ niedrig ausfällt, beläuft er sich im Jugendalter auf ein deutlich höheres Niveau von -12,5 Prozentpunkten (Bös et al. 2009, S. 141ff.).

Für diese Untersuchung wurden die *motorischen Fähigkeiten* der Kinder im Bereich der Großmotorik mit dem *Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)* sowie im Bereich der Feinmotorik mit einem selbstentwickelten Lego- und Perlentest untersucht. Bezüglich aller drei Tests waren altersbedingte Reifungsprozesse, d.h. eine Zunahme der motorischen Fähigkeiten, zu beobachten. Hierbei konnten sich die Kinder der Treatment- gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums insbesondere hinsichtlich des KTK jedoch nicht positiver entwickeln. Hinsichtlich des *Legotests* wurde allerdings eine positive Wirkung der Stärke der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor für Moglis mit leichter familiärer Belastung deutlich, da diese Kinder bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung hinsichtlich des Legotests auch besser abschnitten als bei einem leichteren Einfluss. Zudem konnten sich Moglis mit leichter familiärer Belastung bei der Durchführung des *Perlentests* tendenziell etwas stärker verbessern als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe.

Neben den motorischen Fähigkeiten wurde auch die *sportliche Leistungsfähigkeit* der Kinder erfasst. Die Ergebnisse der hierfür gebildeten Dimension fielen für die Gesamtgruppe der Moglis besser aus. Moglis mit schwerer familiärer Belastung erreichten gegenüber der äquivalenten Subkontrollgruppe sogar eine mittelgroße positive Nettoeffektstärke. Bei einem Vergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 die niedrigste sportliche Leistungsfähigkeit aufwiesen, verbesserten sich die Kinder der Treatmentgruppe während des Projektzeitraums vergleichsweise jedoch weniger stark als die Kinder der Kontrollgruppe. Ein Vergleich der Kinder mit leichter familiärer Belastung in der Treatment- und der Kontrollgruppe erbrachte

allenfalls marginale Unterschiede zuungunsten der Moglis. Da sich die Moglis mit leichter familiärer Belastung bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung in ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit verschlechterten, während sie sich bei einem stärkeren Einfluss zumindest minimal verbessern konnten, könnte dies möglicherweise darauf zurückgeführt werden.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Bezug auf psychisches und soziales Wohlbefinden

Durch die KiGGS-Untersuchung liegen außerdem Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe ab elf bis 17 Jahren vor. Dem Ansatz der Resilienzforschung folgend wurden hierfür vor allem der positive Einfluss personaler, sozialer und familiärer Ressourcen auf der einen, wie auch der möglicherweise negative Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status, eines riskanten Gesundheitsverhaltens sowie soziodemographischer Merkmale wie dem Geschlecht und dem Migrationsstatus auf der anderen Seite, erhoben (vgl. Erhart et al. 2007, S. 801ff.). Ergebnis der Studie ist, dass die Anzahl der zur Verfügung stehenden personalen, sozialen und familiären Ressourcen bei Kindern mit niedriger sozialer Herkunft tatsächlich niedriger ausfällt; bei Kindern mit Migrationshintergrund sind dagegen vor allem personale und soziale Schutzfaktoren geringer ausgeprägt. Zudem stellten die Forscher fest, dass in der Selbstwahrnehmung älterer Kinder vor allem familiäre Ressourcen abnahmen und Jungen personale und familiäre Ressourcen gegenüber den Mädchen im Geschlechtervergleich eher positiv wahrnahmen. Auch verleiteten mangelnde personale und familiäre Ressourcen Jugendliche eher zu gesundheitlich riskanten Verhaltensweisen wie Alkohol trinken oder Rauchen. Vor allem bei denjenigen Kindern, bei denen wenige Ressourcen vielen Belastungen gegenüberstehen, steigt das Risiko einer niedrigen psychischen Lebensqualität stark an (vgl. Erhart et al. 2007, S. 807f.). Auch die HBSC-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die psychische, aber auch die körperliche, gesundheitsbezogene Lebensqualität stark vom Geschlecht und Alter der Kinder geprägt ist. Wie bereits in der KiGGS-Studie herausgearbeitet werden konnte, fällt die psychische Gesundheit von Mädchen sowie die Selbsteinschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands generell niedriger aus als bei ihren männlichen Altersgenossen. Sie neigen auch, vor allem in der späteren Jugendphase, häufiger zu psychosomatischen Beschwerden. Zudem ist für beide Geschlechter ein Rückgang des psychischen und körperlichen Wohlbefindens mit zunehmendem Alter zu beobachten (vgl. Ottova et al. 2013, S.51ff.).

Für diese Evaluationsstudie wurde die psychische Gesundheit mit Hilfe der *KIDSCREEN-27 Dimension „psychologisches Wohlbefinden“* bei den Kindern erfasst. Wie sich hierbei herausstellte, sank das psychische Wohlbefinden sowohl bei den Kindern der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe während des Projektzeitraums ab, auch wenn diese Verringerung

bei den Moglis etwas geringer ausfiel. Insbesondere bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung verschlechterte sich das psychische Wohlbefinden bei den Kindern der Treatment- und der Kontrollgruppe gleichermaßen. Ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung schnitten hierbei gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe sogar noch etwas schlechter ab. Dafür konnten Moglis mit leichter familiärer Belastung und die Extremgruppe derjenigen Moglis mit zu t_1 besonders niedrigem psychischem Wohlbefinden vergleichsweise günstigere Ergebnisse erzielen. Insgesamt entwickelten sich die Kinder in der jüngeren Alterskohorte gegenüber den älteren Kindern sowohl in der Treatment- wie auch in der Kontrollgruppe während des Untersuchungszeitraums günstiger.

Des Weiteren wurden die KlassenlehrerInnen um eine *Einschätzung des psychischen Wohlbefindens* der Kinder gebeten. Zwar gingen die KlassenlehrerInnen, anders als die Kinder selbst, davon aus, dass sich die psychische Gesundheit der Kinder insgesamt verbesserte hätte, jedoch waren auch sie der Ansicht, dass sich die Kinder der Treatmentgruppe vergleichsweise gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe leicht günstiger entwickelt hätten. Bei dem Vergleich der Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 nach Ansicht ihrer KlassenlehrerInnen die niedrigste psychische Gesundheit aufgewiesen hatten, sahen die KlassenlehrerInnen jedoch eine positivere Entwicklung bei den Kindern der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Kinder mit unterschiedlicher familiärer Belastung deckten sich die nach der Einschätzung der KlassenlehrerInnen ergebenden Entwicklungstendenzen mit denen der Kinder: Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten sich demnach gegenüber den äquivalenten Kindern der Kontrollgruppe leicht besser entwickeln, während die Entwicklung bei den Kindern der Treatment- und der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung nahezu gleich blieb.

Die Ergebnisse für eine weitere, das psychische Wohlbefinden der Kinder betreffende und auf den Einschätzungen der KlassenlehrerInnen beruhende Dimension fielen für die Moglis jedoch durchweg günstiger aus. Bei der Dimension „*passive negative Gefühle*“, welche die Gefühle der Traurigkeit, Einsamkeit und Ängstlichkeit abdeckte, erreichten die Moglis im Gesamtgruppenvergleich, sowie im Vergleich von Kindern mit leichter und mit schwerer familiärer Belastung, geringfügige bis kleine positive Nettoeffektstärken, d.h. passive negative Gefühle nahmen bei ihnen im Vergleich zur Kontrollgruppe eher ab. Bei den Kindern der Extremgruppe, die zu t_1 besonders hohe Werte auf der Dimension „*passive negative Gefühle*“ erzielt hatten, konnten die Moglis sogar eine mittelgroße positive Nettoeffektstärke erreichen. Vor allem Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten für eine Abnahme passiver negativer Gefühle von einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung in höherem Maße profitieren als von einem leichteren Einfluss.

Zwei weitere Einzelitems zu diesem Themenkomplex bezogen sich auf die Aggressivität der Kinder bzw. auf die Frage, inwieweit sich die Kinder in ihrer Haut wohl zu fühlen schienen.

Laut den Daten des Kinderpanels des Deutschen Jugendinstituts (DJI) weisen knapp 12% der neun- bis elfjährigen Kinder nach eigenen Angaben aggressive Verhaltensweisen auf. Dabei deckt sich die Einschätzung der Kinder größtenteils mit denen ihrer Eltern, auch wenn diese im Zweifel sogar eine noch höhere Aggressivität bei ihren Söhnen und Töchtern wahrnehmen. Erwartungskonform neigen Jungen signifikant häufiger zu aggressivem Verhalten als Mädchen. Als Ursachen für eine erhöhte Aggressivität im Kindesalter konnten insbesondere ein niedriges Einkommen, ein niedriger sozialer Status, und ein emotional negativ besetztes Familienklima mit häufigen Konflikten, erhöhter elterlicher Kontrolle und einem mangelhaften Kommunikationsverhalten ausgemacht werden (vgl. Edlinger/Wahl 2007, S. 306ff.). Die von den KlassenlehrerInnen hierauf gegebenen Antworten deuteten darauf hin, dass sich wenn dann vor allem Mäglis mit schwerer familiärer Belastung vergleichsweise positiv entwickeln konnten, d.h. bis zum Erhebungszeitpunkt t_2 nahm ihre *Aggressivität* eher ab und sie schienen sich in ihrer *Haut wohler zu fühlen* als die äquivalente Subkontrollgruppe.

Neben dem körperlichen und dem psychischen Wohlbefinden besteht die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch aus dem *sozialen Wohlbefinden*, welches analog zum Konzept des „Child well-being“ maßgeblich von der Qualität der Beziehungen der Kinder zu ihren Eltern bzw. in ihrer Lebensumwelt wichtigen Erwachsenen wie LehrerInnen, ihren Familien und ihrer Peergroup beeinflusst wird (vgl. Bertram 2011, S. 271f.). Während das Verhältnis der Kinder zu Erwachsenen wie den Eltern durch komplementäre Reziprozität geprägt ist, unterliegen Beziehungen zu Gleichaltrigen einer symmetrischen Reziprozität. Kinder müssen in allen Altersphasen lernen mit gleichaltrigen Kindern zu interagieren, um gemeinsame Spielsituationen zu schaffen, gegenseitige Erwartungen aufeinander abzustimmen und auftretende Konflikte zu lösen. Soziale Kompetenzen der Kinder sind zum einen Voraussetzung und zum anderen Produkt guter Beziehungen zu Gleichaltrigen, die im Idealfall zu einem Netzwerk von freundschaftlichen Beziehungen führen, in denen sich das Kind verstanden und unterstützt fühlt (vgl. Petillon 2010, S. 794ff.). Zwischen dem sozialen Wohlbefinden bzw. der sozialen Gesundheit der Kinder und ihrem psychischen Wohlbefinden lassen sich, insbesondere auch in Bezug auf das schulische Umfeld und das Wohlbefinden der Kinder in der Schule, etliche Rückkopplungseffekte finden. Zum einen können durch das schulische Umfeld hervorgerufene Belastungen wie Mobbing-Opfererfahrungen, schulischer Leistungsdruck oder im Vergleich zu den MitschülerInnen niedriger familiärer Wohlstand psychische Probleme hervorrufen (vgl. Bilz et al. 2013, S. 173f.). Zum anderen wirken sich psychische Störungen negativ auf einen gesunden Aufbau bzw. eine gesunde Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen mit Gleichaltrigen, wie auch mit der eigenen Familie, aus und können die Lernfreude und die schulische Leistungsfähigkeit massiv behindern (vgl. Bilz et al. 2013, S. 168). Diesbezüglich

untersuchten Bilz et al. (2013, S. 168f.) die psychische Gesundheit von elf- bis 15-jährigen SchülerInnen an deutschen Schulen anhand der HBSC-Daten. Mögliche psychische Probleme in der Kindheits- und Jugendphase unterteilten sie hierfür in die zwei Bereiche der internalisierenden bzw. emotionalen Schwierigkeiten (wie z.B. Ängste, Depressionen, Einsamkeit) und externalisierende Schwierigkeiten (wie z.B. aggressive Verhaltensweisen). Wichtigste Ergebnisse ihrer Untersuchung sind, dass psychische Auffälligkeiten im *emotionalen Bereich* insbesondere dann vorhanden sind, wenn Ressourcen wie z.B. Schulfreude, Unterstützung durch MitschülerInnen oder wahrgenommene Unterrichtsqualität gering ausfallen, während gleichzeitig etliche Risiken vorhanden sind. Für *externalisierende psychische Schwierigkeiten* wie aggressive Verhaltensweisen war ein solcher Zusammenhang zwar nicht ganz so klar herstellbar, jedoch schienen bei den Mädchen ein niedriger familiärer Wohlstand und Mobbing-Erfahrungen in der Schule eher zu Aggressionen zu führen, während bei Jungen Verhaltensprobleme stärker bei einer niedrigen Schulfreude und als gering wahrgenommenen Unterrichtsqualität zu verzeichnen waren. Insgesamt deuten die Ergebnisse zudem daraufhin, dass sich schulbezogene Einflussfaktoren bei den Mädchen stärker auf ihre psychische Gesundheit auswirken als bei den Jungen sowie Mädchen stärker von emotionalen Problemen und Jungen stärker von Verhaltensproblemen betroffen sind (vgl. Bilz et al. 2013, S. 181ff.).

Für diese Untersuchung wurde das *soziale Wohlbefinden* der Kinder durch die Qualität der „*Beziehungen zu den Eltern und Autonomie*“ der Kinder mit einer entsprechenden Dimension des KIDSCREEN-27 Erhebungsinstruments abgefragt. Hierbei konnte sich vor allem die Extremgruppe derjenigen Moglis, mit zu t_1 besonders niedrigen Werten in diesem Bereich, gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe mit einer großen positiven Nettoeffektstärke günstiger entwickeln. Auch erreichten Moglis mit leichter familiärer Belastung eine kleine positive Nettoeffektstärke gegenüber der äquivalenten Subkontrollgruppe. Im Gesamtgruppenvergleich schnitten die Moglis jedoch nicht besser ab als die Kinder der Kontrollgruppe und bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung entwickelten sie sich vergleichsweise sogar leicht ungünstiger. Insbesondere bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung waren deutliche Unterschiede zwischen einer positiven Entwicklung bei der Dimension „*Beziehung zu Eltern und Autonomie*“ und einem stärkeren bzw. leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung zum Balu als sozialem Schutzfaktor zu sehen. Dies galt, in leicht abgeschwächter Form, auch für die Moglis mit leichter familiärer Belastung.

Eine weitere Dimension des KIDSCREEN-27 Erhebungsinstruments betraf die Beziehungen zu „*Gleichaltrigen und soziale Unterstützung*“. Diesbezüglich entwickelten sich die Kinder der Treatmentgruppe durchgängig positiver als die Kinder der Kontrollgruppe. Während sie sich bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders niedrige Werte auf

dieser Dimension erreicht hatten, sowie bei einem Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung jedoch nur geringfügig besser entwickeln konnten, erreichten sie bei einem Vergleich der Gesamtgruppen eine kleine positive Nettoeffektstärke. Besonders stark von einer Projektteilnahme konnten allerdings Moglis mit schwerer familiärer Belastung profitieren – sie erreichten, auch in der Untersubgruppe der älteren Moglis mit schwerer familiärer Belastung, mittelgroße positive Nettoeffektstärken. Für sich betrachtet konnten weibliche Moglis ihre Beziehungen zu Gleichaltrigen und die Qualität der ihnen nach eigener Einschätzung zuteilwerdenden sozialen Unterstützung noch etwas stärker verbessern als männliche Moglis. Bei Moglis mit leichter familiärer Belastung und insbesondere bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung war für eine positive Entwicklung in dieser Dimension die Stärke der Mentorenbeziehung erneut von Bedeutung - so konnten sich die Moglis bei einem stärkeren gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung auch positiver weiterentwickeln.

Die durch Fragen an die Kinder gerichtete Erfassung ihrer sozialen Beziehungen wurde durch diesbezüglich an die KlassenlehrerInnen gerichtete Fragen und eine Verdichtung dieser Fragen zu der *Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“* ergänzt. Auch in der Wahrnehmung der KlassenlehrerInnen konnten sich die Kinder der Treatmentgruppe gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe fast durchgängig zumindest geringfügig positiver entwickeln. Während diese Entwicklung, anders als in der Wahrnehmung der Kinder, bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung jedoch nur marginal ausfiel, konnten die Gesamtgruppe der Moglis sowie Moglis mit leichter familiärer Belastung kleine positive Nettoeffektstärken erzielen. Moglis in der Extremgruppe mit zu t_1 besonders niedrigen Werten in der Dimension „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ erreichten sogar mittelgroße positive Nettoeffektstärken. Erneut konnten bei den Moglis mit unterschiedlicher familiärer Belastung differierende Auswirkungen eines leichteren bzw. stärkeren Einflusses der Mentorenbeziehung auf die Verbesserung ihrer sozialen Beziehungen zu anderen Kindern beobachtet werden - so entwickelten sich Kinder mit einem stärkeren Einfluss auch positiver als bei einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung mit ihrem Balu. Dies galt insbesondere für Moglis mit schwerer familiärer Belastung.

Sowohl für das psychische wie auch das soziale Wohlbefinden ist das *Verständnis der eigenen Gefühle wie auch das Verständnis der Gefühle der Mitmenschen* bedeutsam, weil Kinder nur so lernen können, situationsadäquate Verhaltensweisen anzuwenden und gelingende Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Um von den eigenen Gefühlen nicht zu sehr überwältigt und infolgedessen handlungsunfähig zu werden, müssen Kinder lernen, ihre eigenen Gefühle zu erkennen und ggf. zu kontrollieren, um so die Intensität sie selbst schädigender Emotionen herunter regulieren zu können. Nur mit diesen Selbstregulationsstrategien können belastende Situationen und Probleme

bewältigt werden (vgl. Petermann et al. 2013, S. 18ff.). Dadurch wird es Kindern möglich Konflikte, wie sie in zwischenmenschlichen Interaktionen regelhaft auftreten, zu bewältigen und konstruktiv zu lösen. Konflikte sollen hier verstanden werden als „Situationen, in denen inter-personelle Widersprüche zwischen individuellen Interessen und Handlungsabsichten („Intentionen“) von Interaktionspartnern („Konfliktparteien“) auftreten und ausgetragen werden“ (Sturzbecher/ Hermann 2003, S. 175). Eine konstruktive Konfliktbewältigung besteht in einer Lösung, bei der ein für alle in den Konflikt mit einbezogenen Personen ein zufriedenstellendes Resultat erreicht werden kann. Bei einer kooperativen Konfliktbewältigung werden zusätzlich noch die dem Konflikt zugrundeliegenden Ursachen für die Problemstellung gemeinsam reflektiert. Destruktive Konfliktlösungen basieren daher häufig auf mangelndem Wissen und fehlenden Kompetenzen für gemeinsam zu erarbeitende Lösungswege (vgl. Sturzbecher/ Hermann 2003, S. 176ff.). Neben der Fähigkeit widersprüchliche und wenig eindeutige Situationen auszuhalten („Ambiguitätstoleranz“), der Fähigkeit gerade vorherrschende Bedürfnisse zugunsten späterer Gewinne zu unterdrücken („Belohnungsaufschub“) und der Fähigkeit sich selbst zu reflektieren, andere zu verstehen und Empathie zu verspüren, bedarf es auch der Frustrationstoleranz, um Konflikte kooperativ bewältigen zu können. So führt eine höhere Frustrationstoleranz zu einem sachlichen und vernünftigen Verhalten in Konflikten (vgl. Sturzbecher/ Hermann 2003, S. 180f.). Die Befähigung, Konflikte konstruktiv lösen zu können, ist somit Teil der übergreifenden Fähigkeit der „emotionalen Kompetenz“, welche Kinder während ihres Heranwachsens lernen müssen, um dauerhaft gelingende zwischenmenschliche Beziehungen unterhalten zu können. Emotionale Kompetenz soll im Folgenden verstanden werden „als Selbstwirksamkeit in emotionsauslösenden sozialen Transaktionen. Selbstwirksamkeit bedeutet, dass ein Individuum die Fähigkeiten und die Fertigkeiten dazu hat, ein erwünschtes Ergebnis zu erreichen. Wenn eine Person auf eine emotionsauslösende soziale Transaktion reagiert und sich erfolgreich ihren Weg durch den interpersonalen Austausch bahnt und dabei gleichzeitig die eigenen emotionalen Reaktionen wirksam reguliert, dann hat diese Person ihr Wissen über Emotionen, Ausdrucksverhalten und emotionale Kommunikation in strategischer Weise angewandt“ (Saarni 2002, S. 10.). Diese, wie Saarni selbst erläutert (2002, S. 10), „komplexe Aussage“ umfasst eine Reihe von Einzelfertigkeiten, die zwar analytisch, nicht jedoch empirisch, voneinander getrennt betrachtet werden können. Diese stellen - knapp zusammengefasst - erstens die Fähigkeit zur Erfassung der eigenen Gefühlswelt, zweitens die Fähigkeit Emotionen bei Mitmenschen korrekt zu erkennen, drittens die Fähigkeit eigene Gefühle in kulturspezifischer Art und Weise auszudrücken, viertens Empathiefähigkeit, fünftens die Fähigkeit zwischen gezeigten Gefühlen und tatsächlichen Gefühlen zu unterscheiden, sechstens die Fähigkeit zur Anwendung selbstregulativer Strategien zur emotionalen Problembewältigung, siebtens die Fähigkeit zum gegenseitigen Transfer echter Emotionen mit anderen Menschen und achtens die Fähigkeit seine Gefühle zu akzeptieren und mit den eigenen moralischen Werten in Einklang

zu bringen (emotionale Selbstwirksamkeit) dar (vgl. Saarni 2002, S. 12f.). Die Forscherin fasst zudem etliche Ergebnisse weiterer Studien bei der anschließend folgenden ausführlichen Auseinandersetzung mit den acht beschriebenen Fertigkeiten zusammen. Die für diese Arbeit interessantesten Ergebnisse sollen nun aufgegriffen und in Kürze vorgestellt werden: Kinder, die sich ihrer eigenen Emotionen bewusst waren und diese besser kontrollieren konnten, erzielten eher für sie günstige Kompromisse und setzten sich so in einer Situation stärker durch. Sie trugen dadurch auch zu einer Deeskalation von Konflikten bei (vgl. Saarni 2002, S. 14f.). Dagegen pflegten Kinder, die den Gesichtsausdruck ihrer KlassenkameradInnen häufiger falsch als ärgerlich einschätzten, d.h. die Mimik anderer Kinder auf negative Art und Weise fehldeuteten, im Allgemeinen schlechtere Beziehungen zu ihren Altersgenossen und wurden auch von ihren Lehrkräften eher als feindselig eingestuft (vgl. Saarni 2002, S. 16). Zudem trug die angemessene Bewältigung negativer Gefühle durch konstruktive Copingstrategien zu einer größeren Beliebtheit in der Peergroup bei. Vor allem Kinder aus unterstützenden Elternhäusern mit festen Strukturen verfügten über einen größeren Umfang an Copingstrategien, welche es ihnen ermöglichte, differenziert auf unterschiedliche mit aversiven Gefühlen verknüpfte Situationen zu reagieren. Jungen, die ein solches Copingrepertoire aufwiesen, waren im Vergleich zu den von ihren Lehrkräften als aggressiv sowie als schüchtern eingestuften Jungen bei der Problemlösung von Konflikten mit anderen Kindern deutlich erfolgreicher. Während als aggressiv eingeschätzte Jungen erwartungskonform eher zu aggressiven Copingstrategien neigten, wählten schüchterne Jungen eher ineffektive Copingstrategien (vgl. Saarni 2002, S. 20f.). Auch von Salisch (2002) beschäftigt sich in ihrem Artikel über den Umgang mit Ärger und der Handhabung von Gefühlen im Kindes- und Jugendalter mit dem Erlernen von Emotionsregulierung. Sie weist daraufhin, dass die Wahrnehmung von Konflikten sowie die daraus folgende emotionale Belastung stark alters- und geschlechtsabhängig sind. Während bei weiblichen Jugendlichen vor allem der „Vertrauensbruch“ oder „mangelnde Aufmerksamkeit“ durch andere Mädchen Stress auslösend wirkt, sind es bei männlichen Jugendlichen mangelnde Respekterweisungen durch ihre Peergroup. Im Grundschulalter ärgerten sich Mädchen, wenn sie bei Spielen von anderen Mädchen nicht einbezogen oder gehänselt wurden. Jungen im Grundschulalter stießen sich hingegen vor allem an physisch aggressiven Verhaltensweisen anderer Kinder. In solchen Situationen können vier verschiedene Copingstrategien bei Kindern beobachtet werden. Diese bestehen einerseits aus der Schädigung oder Konfrontation des Ärger auslösenden Kindes, zweitens der Abwendung, Distanzierung oder Ablenkung, drittens der verbalen Auseinandersetzung mit anschließender Versöhnung oder aber dem Herunterregulieren der eigenen Ansprüche und viertens der Möglichkeit der Situation mit Humor zu begegnen.

Diese vier Möglichkeiten wurden mit dem Fragebogen zu den Kindlichen Ärger-Regulierungs-Strategien (KÄRST) in einer Berliner Grundschule in der dritten, fünften und sechsten Klasse (N= 140) abgefragt. Wie die Ergebnisse zeigen, wurden aggressive Verhaltensweisen gegenüber den anderen genannten Möglichkeiten deutlich seltener gewählt, wenn auch Jungen dieses häufiger als Mädchen angaben. Stattdessen setzten die Kinder beiderlei Geschlechts gleichermaßen häufiger auf die Suche nach sozialer Unterstützung (z.B. bei anderen Kindern), versuchten ihre Gefühle den anderen Kindern mitzuteilen und sich wieder zu vertragen, setzten ihre eigenen Ansprüche zurück oder lenkten sich von der Situation ab. Den meisten Kindern fiel es hingegen deutlich schwerer einer solchen Situation mit Humor, z.B. durch eine schlagfertige Antwort, zu begegnen (vgl. von Salisch 2002, S. 138ff.). Interessanterweise wandelte sich die Art und Weise des Umgangs mit Ärger während dem neunten Lebensjahr (dritte Klasse) und dem dreizehnten Lebensjahr (sechste Klasse) kaum. Als einziges nahm allerdings die Strategie der Distanzierungen zu, d.h. mit zunehmendem Alter ignorierten die Kinder ihre Ärger auslösenden Mitschüler eher und lenkten sich, z.B. durch andere Aktivitäten, ab. Als Ursache hierfür wird das mit steigendem Lebensalter der Kinder wachsende Bemühen angesehen, die eigenen Emotionen zu kontrollieren und vor anderen zu verbergen. Dies gilt für die gesamte Bandbreite negativer Gefühle wie Ärger, Trauer, Schmerz oder Angst. Insbesondere Jungen streben eine höhere Selbstbeherrschung an und zeigen selbst positive Gefühle wie Freude verhaltener als noch in jüngeren Jahren. Peergespräche über emotionale Ausbrüche anderer Kinder sowie die damit einhergehende Abwertung dieser Verhaltensweisen, verstärken vor allem bei den Mädchen die gemeinsame Freundschaft und ermutigen die Kinder ihre eigenen, unerwünschten Gefühle selbst möglichst gut zu regulieren. Die oben genannte Strategie der Distanzierung und Ablenkung könnte nach dieser Sichtweise insbesondere einem Umgang mit den eigenen Gefühlen dienen, ohne diese zu stark gegenüber anderen offenbaren zu müssen. In reziproken Wechselwirkungen trainieren sich die Kinder so gegenseitig zu einer stärkeren Kontrolle ihrer Gefühle, um nicht selbst in einen Viktimisierungsprozess durch „Lästereien“ und Ausgrenzungen zu geraten. In dieser von von Salisch als „Überlebenstraining in den Grundschuljahren“ bezeichneten Entwicklungsphasen lernen Kinder so auf dem Weg zur bzw. in der Pubertät eine Art „öffentliche Selbstpräsentation“, die sich von einem privaten Kreis mit guten Freunden, mit denen durchaus auch über die eigenen Gefühle gesprochen werden kann, unterscheidet (vgl. von Salisch 2002, S. 142ff.).

Bewältigungsstrategien von Kindern bei Trauer und negativen Gefühlen wie Ärger und Angst sowie das Ausmaß ihrer Konfliktlösungs- und Frustrationskompetenz wurden für diese Untersuchung ebenfalls erfasst. Hierfür wurden sowohl den KlassenlehrerInnen wie auch den Kindern verschiedene Einzelfragen zu dieser Thematik gestellt. Die KlassenlehrerInnen

beantworteten die Frage, ob die Kinder *Konflikte mit anderen Kindern positiv lösen konnten*. Während sich die Moglis diesbezüglich weder im Gesamt- und im Extremgruppenvergleich noch bei einem Vergleich der Kinder mit leichter familiärer Belastung gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe nennenswert günstiger entwickeln konnten, entwickelten sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe deutlich positiver.

Auch bei der Frage: „*War das Kind frustrationstolerant?*“ erzielten die Moglis bei einem Gesamtgruppenvergleich und einem Vergleich der Kinder mit leichter familiärer Belastung kaum positivere Ergebnisse. Jedoch schnitten sie bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die von ihren KlassenlehrerInnen zu t_1 als besonders wenig frustrationstolerant eingeschätzt worden waren, leicht besser ab und erreichten bei dem Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung eine positive mittelgroße Nettoeffektstärke.

Um mehr über den *Umgang der Kinder mit traurigen und negativen Gefühlen* zu erfahren, wurden die Kinder gebeten, sich vorzustellen, dass sie generell traurig wären bzw. dass ein anderes Kind sie geärgerte hätte, und sie deswegen traurig wären. Mehrere mögliche Bewältigungsstrategien standen für die Kinder als Antwortkategorien zur Verfügung, wobei Mehrfachangaben möglich waren. Wie sich herausstellte, wählte die Gesamtgruppe der Moglis deutlich häufiger die Option des Fernsehens und des Computerspielens als Ablenkungsstrategie aus als die Gesamtkontrollgruppe. Bei einem direkten Vergleich von Kindern mit schwerer familiärer Belastung fiel jedoch auf, dass die Wahl dieser beiden Möglichkeiten bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe vom Zeitpunkt t_1 bis zum Zeitpunkt t_2 klar anstieg, während sie bei den Kindern der Treatmentgruppe gleichzeitig abnahm. Auch nahm die Suche nach sozialer Unterstützung durch die Familie, LehrerInnen und Freunde bei den Moglis während des Projektzeitraums deutlich zu und übertraf im Subgruppenvergleich der Kinder mit schweren familiären Belastungen den Anteil bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe. Bemerkenswert war der bereits zu Projektbeginn hohe Anteil an Moglis, die angaben, in solchen Situationen auch mit ihrem Balu zu sprechen.

Eine der wichtigsten Kompetenzen zum Verständnis der Gefühle von Mitmenschen stellt sicherlich die *Empathiefähigkeit* dar. „*Empathie* ist die Fähigkeit, sich in eine andere Person, auch in einer fremden Situation, hineinzusetzen. Empathie kann uns helfen, andere, die sich möglicherweise sehr von uns unterscheiden, zu verstehen und zu akzeptieren [kursive Hervorhebung auch im Original] (Bühler/ Heppekausen 2005, S.16).“ Empathie entsteht unter folgenden Bedingungen: „(i) one is in an affective state; (ii) this state is isomorphic to another person's affective state; (iii) this state is elicited by the observation or imagination of another person's affective state; (iv) one knows that the other person is the source of one's own affective state“ (de Vignemont/ Singer

2006, S. 435). Als wichtigste Gründe dafür, warum Menschen überhaupt Empathie fühlen können, führen de Vignemont und Singer (2006, S. 439f.) zum einen eine epistemologische und zum anderen eine soziale Funktion der Empathiefähigkeit an. Die *epistemologische Funktion* besteht in einer schnelleren Vorhersagekraft daran anschließender Verhaltensweisen, da uns Empathie dazu befähigt, dass damit in Verbindung stehende Motivations- und Aktivitätssystem anderer Menschen besser zu verstehen. Zudem verschafft eine höhere Empathiefähigkeit eine erhöhte Informationsdichte bzw. bessere Berechnungsgrundlage der uns umgebenden Umwelt. De Vignemont und Singer (2006) führen hier als Beispiel die Verletzung eines anderen Menschen durch eine Maschine an. Durch die Fähigkeit den hierdurch verursachten Schmerz nachzuempfinden, wird die Maschine fortan von empathischen Menschen ebenfalls gemieden. Die *soziale Funktion* der Empathiefähigkeit liegt in der dadurch erleichterten zwischenmenschlichen Kommunikation begründet. Empathie, sowie eine damit einhergehende feinfühligere Reaktion auf die Bedürfnisse anderer Personen, fördert den sozialen Zusammenhalt. Menschen mit Empathiedefiziten neigen dementsprechend häufiger zu aggressivem und antisozialen Verhalten. Empathiefähigkeit alleine führt jedoch noch nicht *per se* zu einem prosozialeren Handeln, sondern kann auch eine Vermeidung und einen Rückzug aus der Situation zur Folge haben. Zudem spielt die Fähigkeit zur Empathie eine bedeutsame Rolle für prosoziales Verhalten, ist jedoch nicht die einzige Motivation hierfür (vgl. de Vignemont/Singer 2006, S. 439f.). Die Fähigkeit zur Empathie unterliegt sowohl Erb- wie auch Sozialisationseinflüssen. Während der Erbeinfluss, für durch Empathiefähigkeit ausgelöste prosoziale Verhaltensweisen, als biologische Basis des Mitgefühls, nur etwa bis zum zwanzigsten Lebensmonat, d.h. bei Kleinkindern, nachweisbar ist, werden nach dieser Altersstufe insbesondere Einflussfaktoren wie eine sichere Bindung zu den Eltern, ein durch menschliche Wärme und Sensibilität geprägter Erziehungsstil sowie die Wirkung von Vorbildern wirksam. Durch Empathiefähigkeit gesteuerte prosoziale Verhaltensweisen unterliegen zudem Alters- und Geschlechtseinflüssen. Zum einen steigt die Hilfsbereitschaft während der Grundschulzeit an, um in der Jugendphase wieder leicht abzunehmen. Auch erzielen Mädchen höhere Empathiewerte und sind häufiger hilfsbereit als Jungen (vgl. Bierhoff 2010, S. 671ff.). Wie Ulich et al. (2002, S. 117ff.) in ihren Studien zur Entwicklung von Mitgefühl und prosozialem Verhalten herausfanden, ist neben einem „wärmenden Erziehungsstil“ mit den Komponenten hoher Wertschätzung und emotionaler Unterstützung bzw. Trost, welcher zu einer sicheren Bindung der Kinder an ihre Eltern führt, jedoch auch ein sog. „induktiver“ Erziehungsstil für die Entwicklung von Empathie notwendig. Ein „induktiver“ Erziehungsstil besteht in einer gemeinsamen Reflexion bestimmter Situationen mit den Kindern, in dem den Kindern Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Gefühlen, den Ursachen dieser Gefühle und den daran anschließenden

Verhaltensweisen bei dem Kind selbst oder aber bei anderen Kindern sowie Erwachsenen erklärt werden. Danach werden gemeinsame Lösungs- und Hilfemöglichkeiten überlegt. Durch diesen induktiven Erziehungsstil wird prosoziales Verhalten mehr gefördert und gefordert, als bei Kindern, deren Eltern einen rein „wärmenden“ Erziehungsstil aufwiesen. Interessanterweise fanden die Wissenschaftler um Ulich et al. (2002) auch bei den Erzieherinnen der Kinder positive Zusammenhänge zwischen einem emotional warmen und mitfühlenden Umgang der Erzieherinnen mit den Kindern und empathisch-prosozialen Verhaltensweisen der Kinder selbst. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass Empathiefähigkeit sicherlich zunächst im Familienkreis gelernt wird, jedoch auch dem Einfluss signifikanter Anderer wie einer/m MentorIn unterliegt bzw. unterliegen kann.

Für die hier vorliegende Untersuchung wurde die *Empathiefähigkeit* der Kinder, wie bereits die Impulsivität und das Risikoverhalten, mit dem *Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathiefähigkeit (IVE)* gemessen und für die Geschlechter getrennt ausgewertet. Wie sich hierbei herausstellte, konnte die Gesamtgruppe der *weiblichen Moglis* ihre Empathiefähigkeit gegenüber den weiblichen Kindern der Kontrollgruppe kräftig steigern - bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Mädchen mit zu t_1 besonders niedrigen Empathiewerten gelang immerhin noch eine leicht bessere Entwicklung. Während bei dem Vergleich der Mädchen mit leichter familiärer Belastung kaum Unterschiede zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe auftauchten, konnten weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung ihre Empathiefähigkeit, insbesondere auch im Vergleich zu den entsprechenden Mädchen der Kontrollgruppe, stark verbessern. Hierbei profitierten die am Projekt teilnehmenden Mädchen von einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung deutlich mehr als von einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung.

Auch die *männlichen Moglis* verbesserten ihre Empathiefähigkeit, insbesondere auch im Vergleich zu den entsprechenden Subkontrollgruppen, während des Projektzeitraums wesentlich. Während die Gesamtgruppe der männlichen Moglis eine mittelgroße positive Nettoeffektstärke erzielen konnte, erreichte die Extremgruppe männlicher Moglis mit zu Projektbeginn besonders niedrigen Ausgangswerten sogar eine große positive Nettoeffektstärke. Wie bereits bei den Mädchen konnten auch bei den Jungen Moglis mit leichter familiärer Belastung weniger von einer Teilnahme am Mentorenprogramm *Balu und Du* profitieren als Moglis mit schwerer familiärer Belastung, welche eine mittelgroße positive Nettoeffektstärke erreichten. Sowohl bei den Jungen mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung waren höhere Bruttoeffektstärken bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung gegenüber einem nur leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung zu beobachten.

Als eine weitere wichtige Fähigkeit für die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist die *Entscheidungsfähigkeit* zu betrachten, welche bereits Kindern dabei hilft „konstruktiv mit

Entscheidungen umzugehen, die unseren Alltag betreffen. Dies kann sich insofern auf die Gesundheit auswirken, als dass junge Menschen bewusst über ihre gesundheitsbezogenen Handlungen entscheiden, indem sie die unterschiedlichen Optionen bedenken und die Folgen verschiedener Entscheidungen mit in ihre Entscheidungen einbeziehen (Bühler/ Heppekausen 2005, S.17).“ Doch was genau ist unter einer Entscheidung zu verstehen? Hierfür kann die Definition von Betsch et al. (2011) herangezogen werden, in der es heißt: „Entscheiden (»decision making«) ist der Prozess des Wählens zwischen mindestens zwei Optionen, mit dem Ziel, erwünschte Konsequenzen zu erreichen und unerwünschte Konsequenzen zu vermeiden. Der Prozess führt im günstigsten Fall zu einer Entscheidung (Wahl). Durch die Entscheidung wird eine Option selektiert und der Entschluss gebildet, diese zu realisieren, z.B. eine Handlung durchzuführen [fette Hervorhebung auch im Original]“ (Betsch et al. 2011, S. 68). Wichtig ist hierbei, dass im Entscheidungsprozess selbst immer zwischen verschiedenen Möglichkeiten gewählt werden kann und das Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses i.d.R. nicht alleine nur durch den handelnden Akteur bestimmt wird, sondern häufig von einer Reihe von sich seinem unmittelbaren Einfluss entziehenden situationsspezifischen Umständen bzw. der Handlungen signifikanter Anderer abhängt. Somit stellen Entscheidungen immer auch eine „Wette auf die Zukunft“ dar, bei der das erwünschte Ergebnis umso eher eintritt, je besser die entscheidende Person dazu in der Lage ist bestimmte Entwicklungen zu prognostizieren. Während bei „Entscheidungen unter Sicherheit“ mit einer großen Wahrscheinlichkeit mit dem erwünschten Resultat gerechnet werden kann, sind „Entscheidungen unter Unsicherheit“ mit größeren Risiken und höheren Opportunitätskosten verbunden. Dabei werden Nutzen und Möglichkeit des Eintretens eines bestimmten Ereignisses gegeneinander abgewogen. Psychologische Entscheidungstheorien gehen daher auf Überlegungen mathematischer Wahrscheinlichkeitsberechnungen zurück (vgl. Betsch et al. 2011, S. 68ff.). Doch ab wann ist es Kindern möglich, unter Einbeziehung verschiedener Optionen, deren möglichen Wirkungen und unter Berücksichtigung situationsspezifischer Randbedingungen rational vernünftige Entscheidungen zu treffen? Hierzu führte Betsch mit einer Kollegin eine entsprechende Untersuchung mit 89 Vorschulkindern, 75 Grundschulkindern und 81 jungen Erwachsenen (als Referenzgruppe) in der *Stadt Erfurt* durch (vgl. Betsch/ Lang 2013, S.113). Dabei wurden den Kindern verschiedene unsichere bzw. riskante Entscheidungen abverlangt. Ziel war es herauszufinden, inwieweit die Kinder bereits dazu in der Lage waren die Risikowahrscheinlichkeit für die verschiedenen Wahlmöglichkeiten abzuschätzen und in ihre Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Getestet wurde dies, in dem neben für den Entscheidungsprozess wichtige Informationen auch unwichtige Informationen gegeben wurden. Die Forscher analysierten nun, inwieweit die Kinder bereits zwischen den für den Entscheidungsprozess wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden und diese korrekt mit in ihre Überlegungen einbeziehen konnten (vgl. Betsch/ Lang 2013, S. 108ff.).¹⁰⁶

¹⁰⁶ Das diesem Test zugrundeliegende Spiel mit dem Namen „Treasure Hunt Game“ kann in zwei hierzu

Ergebnis dieser Untersuchung war, dass sich Kinder im Vorschulalter noch häufig von für die Entscheidungsfindung irrelevanten, aber subjektiv durchaus überzeugenden Informationen ablenken und leiten lassen. Zudem beziehen Vorschulkinder zwar verschiedene Informationen in ihre Entscheidungsfindung mit ein, gehen hierbei jedoch noch recht unsystematisch vor. Ab dem sechsten Lebensjahr sind Kinder jedoch zunehmend dazu in der Lage, verschiedene Optionen gegeneinander abzuwägen und hierbei auch das Umfeld, in welchem der Entscheidungsprozess gefällt werden muss, in ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Dies ist ein notwendiges, jedoch noch nicht hinreichendes Kriterium für eine ausgereifte Entscheidungsfähigkeit. Dafür bedarf es zusätzlich noch eines Verständnisses über die Bedeutung der Einbeziehung verschiedener Wahrscheinlichkeiten in den Entscheidungsprozess sowie der vorrangigen Berücksichtigung dieser Wahrscheinlichkeiten bei der Entscheidungsfindung. Nach dieser Studie sind Kinder bereits ungefähr ab dem neunten, spätestens jedoch ab dem zehnten Lebensjahr hierzu in der Lage. Zudem deuten die großen Kompetenzunterschiede zwischen den Sechs- und Zehnjährigen daraufhin, dass die Entscheidungsfähigkeit von Kindern während der Grundschulzeit deutlich zunimmt (vgl. Betsch/ Lang 2013, S. 124; Betsch et al. 2014, S. 86).

In dieser Studie entwickelten sich die Kinder der Treatmentgruppe hinsichtlich ihrer mit einer entsprechenden Dimension gemessenen *Entscheidungsfähigkeit* gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe deutlich positiver weiter - dies betraf nicht nur einen Vergleich der Gesamtgruppen, sondern auch einen Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zum Erhebungszeitpunkt t_1 von ihren KlassenlehrerInnen als besonders wenig entscheidungsfähig angesehen worden waren. Während sich Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe jedoch nur geringfügig positiver entwickeln konnten, nahm die Entscheidungsfreudigkeit bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den äquivalenten Kindern der Kontrollgruppe deutlich zu. Sowohl bei den Moglis mit leichter wie auch bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich die Mädchen gegenüber den Jungen etwas stärker verbessern.

Schulische Leistungsfähigkeit, Lernfreude und Wohlbefinden im schulischen Umfeld

Schulische Leistungsfähigkeit und *Lernfreude* sind aus zwei Gründen für den Erhalt der Gesundheit von Bedeutung. Zum einen determiniert schulischer Erfolg den weiteren schulischen Lebensweg und damit den Bildungsgrad, den ein/e SchülerIn vermutlich erwerben wird. Insbesondere in einem hochselektiven Bildungssystem wie dem deutschen und bei entsprechender Trennung der Kinder nach Schulformen schon nach der vierten Klasse stellt der schulische Erfolg der Kinder bereits in der Grundschule einen zumindest

ersten Hinweis für die wahrscheinliche spätere Entwicklung fachlicher Kompetenzen und beruflichen Erfolgs dar (vgl. Ditton 2010, S. 56ff.; Giesecke et al. 2010, S. 424ff.). Bildungserfolg und berufliche Positionen hängen jedoch, wie seit langem in der sozialen Ungleichheitsforschung bekannt, stark mit der (späteren) Gesundheit zusammen (vgl. Richter/ Hurrelmann 2009, S. 16f.; Mielck 2000, S. 69ff.; Mielck 2008, S. 345ff.; Mielck 2011, S. 510ff., siehe nähere Ausführungen Kapitel 3.2.1).

Im Zusammenhang mit Bildungschancen und -gerechtigkeit wird seit einigen Jahren vermehrt auch über Jungen als neuentdeckte Bildungsverlierer diskutiert. Nicht nur werden Jungen gegenüber Mädchen häufiger zu Beginn der Einschulung zurückgestellt, sondern sie sind bereits in der Grundschule von häufigeren Klassenwiederholungen betroffen. Nach Ende der Grundschulzeit erhalten sie zu einem höheren Anteil Hauptschul- und zu einem geringeren Anteil Gymnasialempfehlungen als ihre gleichaltrigen Klassenkameradinnen. Auch sind sie im Geschlechtervergleich an Förderschulen gegenüber Mädchen deutlich überrepräsentiert; dies betrifft insbesondere Schulen mit einem Förderschwerpunkt im Bereich der sozialen und emotionalen Entwicklung. Wie ein Vergleich ihrer in Mathematik in der Schule erzielten Noten mit ihren in der PISA-Studie erzielten Ergebnissen zeigt, werden sie zudem in der Schule häufiger unterbewertet, während die Gruppe der Mädchen *vice versa* vergleichsweise häufiger überbewertet wird. Diese aufgezählten Nachteile kumulieren bei den Jungen während der Zeit ihrer Schullaufbahn in abschließend schlechteren Schulabschlüssen und weiterführenden Chancen bei der Berufsausbildung oder bezüglich eines Hochschulzugangs (vgl. Diefenbach 2010, S. 248ff.).

Eine abschließende Erklärung für dieses Phänomen wurde bisher noch nicht gefunden. Die gerne gewählte Begründung möglicher negativer Auswirkungen einer Feminisierung des Lehrerberufs auf die schulische Entwicklung von Jungen, konnte Helbig (2010, S. 275ff.) in seiner für 21 EU und OECD-Statten anhand der Daten aus PIRLS 2006 (*engl.* „Progress in International Reading Literacy Study“) und TIMSS 2007 (*engl.* „Trends in International Mathematics and Science Study“) durchgeführten Auswertungen jedoch nicht nachweisen. Er zieht daraus die Schlussfolgerung, dass die zunehmende Gleichberechtigung von Frauen und die damit in den letzten Jahrzehnten einhergehenden höheren Schulabschlüsse sowie gestiegene weibliche Arbeitsmarktpartizipation zu einer Vorbildfunktion für die heutigen Mädchen geführt hat, so dass diese, anders als die Jungen, ihr Potenzial mittlerweile voll entfalten könnten (vgl. Helbig 2010, S. 284ff.).

Diefenbach wählt jedoch eine andere Erklärungsmöglichkeit. Sie vermutet, dass eine mangelnde Passung zwischen den von den Jungen gewählten männlichen Verhaltensstilen und der üblichen Schulkultur für die unterschiedlichen Schulleistungen mindestens mitverantwortlich sein könnte. Demnach wäre weniger die Feminisierung der Lehrerberufes *per se*, sondern vielmehr die - unabhängig vom Geschlecht der Lehrkräfte - in der

Lehrerschaft vorherrschende Vorstellung darüber, was einen „guten“ Schüler ausmacht, entscheidend für die Leistungsbeurteilung der SchülerInnen (vgl. Diefenbach 2010, S. 264). Diese Vorstellungen passen eher zu den weiblichen als zu den männlichen Verhaltensstilen. Wie eine in Bayern und Berlin durchgeführte Studie, die von Diefenbach explizit benannt wird (2010, S. 266), aufdecken konnte, erzielten Jungen, die ähnliche Verhaltensstile wie die untersuchten Mädchen wählten, deutlich bessere Noten und wurden von ihren LehrerInnen als insgesamt verhaltensunauffälliger beschrieben. Da es sich bei dieser Studie jedoch nur um eine geringe Fallzahl handelt und das Wissen über mögliche Wirkfaktoren auf die geringere schulische Leistungsfähigkeit von Jungen immer noch sehr begrenzt ist, fordert Diefenbach eine stärkere Auseinandersetzung mit diesem Forschungsfeld wie auch insbesondere mit der Funktionsweise der Organisation Schule und deren Auswirkungen auf die schulischen Leistungen von Jungen (vgl. Diefenbach 2010, S. 267).

Neben den beschriebenen langfristig zu erwartenden Auswirkungen schulischen Erfolgs auf die Gesundheit ist davon auszugehen, dass sich der mit schulischer Leistungsfähigkeit und Leistungsdruck verknüpfte schulische Erfolg bzw. Misserfolg bereits im Kindesalter mindestens auf die psychische Gesundheit eines Kindes bzw. Jugendlichen auswirkt. Zwar konnten die Untersuchungsergebnisse der HBSC-Studie für die Altersgruppe der elf- bis 15-Jährigen SchülerInnen keinen Zusammenhang zwischen den Schulnoten in den Kernfächern und der Schulzufriedenheit nachweisen, wohl aber für die subjektiv wahrgenommene Kompetenzeinschätzung der Kinder und ihrer Schulzufriedenheit. Je höher die eigenen Kompetenzen eingeschätzt wurden, desto stärker wuchs die Wahrscheinlichkeit sich in der Schule wohl zu fühlen. Auch zeigte die Studie einen deutlichen Zusammenhang mit der schulischen Belastung auf. Kinder, die sich schulisch belasteter fühlten, waren seltener in der Schule glücklich (Ritter et al. 2013, S. 201ff.). Auch eine *Studie in der Schweiz* mit Achtklässlern weist daraufhin, dass Schulentfremdungstendenzen möglicherweise durch eine Summe von Ressourcendefiziten entstehen. So war bei Kindern aus bildungsfernen Schichten insbesondere dann eine negative Einstellung gegenüber der Schule zu beobachten, wenn sie durch ihr Elternhaus und die sie unterrichtenden Lehrkräfte nicht schulisch unterstützt wurden und ihr Freundeskreis der Schule ablehnend gegenüberstand. Dies führte insbesondere bei den Jungen zu schlechteren Schulleistungen und einer niedrigeren Lernmotivation (vgl. Hadjar et al. 2010, S. 240).

Die Daten des Kinderpanels, erhoben durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI), legen zudem nahe, dass Kinder mit einem positiveren Selbstbild bessere Schulnoten erreichen. Dieses positive Selbstbild wird bereits vor Schuleintritt durch den Besuch von Kindertageseinrichtungen günstig beeinflusst, vorausgesetzt, es handelt sich um eine qualitativ hochwertige Kinderbetreuung. So entfaltet die institutionalisierte vorschulische Bildung zwar keinen direkten, aber immerhin einen indirekten Einfluss auf die spätere

Schulleistung. Dies gilt jedoch nicht für alle Kinder gleichermaßen - während Kinder mit einer hohen sozialen Herkunft von einem solchen Besuch i.d.R. profitieren, bleiben die gewünschten kompensatorischen Effekte qualitativ guter Kindergartenprogramme für Kinder mit einer niedrigeren sozialen Herkunft jedoch häufig aus (vgl. Strehmel 2007, S. 76f.).

Wissenserwerb und die hierfür notwendigen Lernhandlungen stehen zudem in einer engen Verbindung zu motivationalen Aspekten (vgl. Schiefele/ Schaffner 2010, S. 944ff.). „Mit ‚*Lernmotivation*‘ (engl. *learning motivation*) wird der Bereich der Motivation bezeichnet, der sich auf intentionale Lernprozesse bezieht. Lernmotivation ist damit in erster Linie eine inhaltliche, nicht jedoch eine theoretisch-systematische Differenzierung des allgemeinen Motivationsbegriffs, die vor allem aufgrund der hohen wissenschaftlichen wie praktischen Bedeutung des Lernens eine eigene Forschungstradition aufweist [kursive Hervorhebungen auch im Original]“ (Harterter 2008, S. 294). Dabei ist es für den Lernprozess und den Lernerfolg von großer Bedeutung, ob aus eigenem Interesse und aus Freude an den Lerninhalten gelernt wird (*intrinsische Motivation*) oder ob dies unter Zwang, Angst oder anderen, nicht mit dem Lernstoff unmittelbar in Verbindung stehenden Interessen (wie z.B. dem Streben nach einem bestimmten Bildungszertifikat (*extrinsische Motivation*), heraus erfolgt (vgl. Harterter 2008, S. 294ff.). Schiefele und Schaffner (2010, S. 947) bemängeln jedoch, dass über die genauen Wirkungsmechanismen motivationaler Prozesse auf den Lernerfolg nach wie vor sehr wenig Wissen vorhanden ist. Wie genau verschiedene motivationale Aspekte mit unterschiedlichem Wissenserwerb zusammenhängen bzw. darauf einwirken, ist ihrer Ansicht nach bisher noch nicht differenziert genug bekannt. Sie fordern daher eine zukünftig noch stärkere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Forschungsfeld.

Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurde für die Untersuchung der „*Lernfreude*“ der Kinder für die erste und die zweite Erhebungskohorte jeweils separat eine Dimension gebildet. Diesbezüglich konnten sich die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe in der *ersten Kohorte* sehr viel positiver entwickeln – so nahm die Lernfreude in der Treatmentgruppe sowohl im Gesamtgruppenvergleich wie auch im Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zum Zeitpunkt t_1 durch eine besonders geringe Lernfreude auffielen, als auch im Vergleich der verschiedenen Altersgruppen zu. Zudem steigerte sich die Lernfreude bei den Subgruppen der Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe deutlich. Kinder mit schwerer familiärer Belastung konnten bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung, im Vergleich zu einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung, stärker von einer Projektteilnahme profitieren.

In der *zweiten Kohorte* konnten sich die Moglis hinsichtlich ihrer „*Lernfreude*“ größtenteils ebenfalls positiver entwickeln. Lediglich bei den älteren Moglis konnten bessere Ergebnisse bei den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe beobachtet werden und bei den Kindern

mit leichter familiärer Belastung waren praktisch keine Unterschiede erkennbar. Dafür schnitten die Moglis bei einem durchgeführten Gesamt- und Extremgruppenvergleich sowie bei einem Vergleich der jüngeren Kinder und der Kinder mit schwerer familiärer Belastung mindestens leicht, wenn nicht deutlich positiver ab. Wie bereits in der ersten Kohorte konnten insbesondere weibliche Moglis mit schwerer familiärer Belastung ihre Lernfreude steigern. Erneut machte es für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung zudem einen Unterschied, ob sie einem leichteren oder einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung ausgesetzt waren - bei einem stärkeren Einfluss stieg ihre Lernfreude stärker an.

Den KlassenlehrerInnen wurde zudem die Frage gestellt, inwieweit die Kinder *Freude am Unterricht* gehabt hätten. Hinsichtlich dieses Einzelitems wurden keine besseren Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Moglis und die Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den äquivalenten Kindern der Kontrollgruppe sichtbar. Während sich die Moglis mit leichter familiärer Belastung vergleichsweise sogar etwas negativer entwickelten, erzielten die Moglis bei einem Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 durch eine besonders geringe Freude am Unterricht auffielen, jedoch ein deutlich besseres Resultat.

Als letzte Dimension des KIDSCREEN-27 und als letzte Dimension zur Erfassung des sozialen Wohlbefindens der Kinder wurden die Kinder zu ihrem „*schulischen Umfeld*“ befragt. Nach den Daten des *Kinderpanels* des Deutschen Jugendinstituts (DJI) nimmt das schulische Wohlbefinden von Kindern in der Grundschulzeit von der ersten bis zur vierten Klasse zwar nur leicht, jedoch sukzessive ab. Im Geschlechtervergleich fällt das schulische Wohlbefinden der Jungen bereits in der ersten Klasse geringer aus als bei den Mädchen, sinkt jedoch vergleichsweise nicht stärker ab. Schulisches Wohlbefinden wird hierbei nicht von der sozialen Herkunft, dem Migrationshintergrund oder der monetären familiären Situation der Kinder beeinflusst. Im Gegenteil gelingt es der Institution Schule durch die hier vorhandenen Verwirklichungsmöglichkeiten und die durch die KlassenlehrerInnen geleistete Beziehungsarbeit Chancenungleichheit familiärer Armut entgegenzuwirken. Positive Einflussfaktoren für ein zufriedenstellendes schulisches Wohlbefinden sind eine höhere Unterrichtsbeteiligung der Kinder, ein gutes Klassenklima und selbstbestimmte Lernformen (vgl. Gisdakis 2007, S. 113ff.). In dieser Untersuchung entwickelte sich das Wohlbefinden der Kinder bezüglich ihres „*schulischen Umfelds*“ bei den Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe durchweg günstiger und erreichte sogar mittelgroße bis große positive Nettoeffektstärken. Insbesondere diejenigen Moglis, die ihr schulisches Umfeld zu t_1 besonders negativ empfanden, sowie Moglis mit schwerer familiärer Belastung nahmen ihr schulisches Umfeld zum Projektende hin deutlich positiver wahr. Am stärksten von einer Projektteilnahme profitieren konnten ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung, sie erreichten mittelgroße bis große Nettoeffektstärken. Bei den Moglis mit schwerer familiärer

Belastung wurde erneut eine positivere Entwicklung des Wohlbefindens in ihrem schulischen Umfeld bei einem stärkeren gegenüber einem leichteren Einfluss der Mentorenbeziehung deutlich.

Auch die *schulische Leistungsfähigkeit* der Kinder wurde durch die Bildung einer entsprechenden Dimension untersucht. Bis auf bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung, bei denen sich keine Entwicklungsunterschiede zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe zeigten, konnten sich die die Gesamtgruppe aller Moglis und die Moglis mit schwerer familiärer Belastung zumindest tendenziell etwas besser entwickeln als die äquivalenten Subkontrollgruppen. Moglis, deren schulische Leistungsfähigkeit zu t_1 besonders gering ausfiel, erzielten gegenüber der Kontrollgruppe außerdem eine kleine bis mittelgroße positive Nettoeffektstärke. Auch konnten ältere gegenüber jüngeren Moglis von einer Projektteilnahme eher für ihren schulischen Erfolg profitieren. Moglis mit schwerer familiärer Belastung verbesserten ihre schulische Leistungsfähigkeit zudem deutlicher, wenn ein stärkerer und nicht nur ein leichterer Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialer Schutzfaktor vorlag.

Ergänzend hierzu wurden den KlassenlehrerInnen noch verschiedene Einzelfragen zu der Thematik gestellt. Bei den beiden Items, „*Fragte das Kind andere Kinder um Hilfe, weil es etwas nicht schaffte?*“ und „*Fragte das Kind Sie als LehrerIn um Hilfe, weil es etwas nicht schaffte?*“, konnten sich die Kinder der Treatmentgruppe jedoch gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe nicht durchgängig verbessern, d.h. die Bitte der Moglis an andere Kinder und an die LehrerInnen um Hilfestellungen nahm während des Untersuchungszeitraums nicht deutlicher ab als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Allerdings verringerte sich die von den Moglis im *Vergleich zu anderen Kindern geforderte Aufmerksamkeit* während des Projektzeitraums stärker als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Dies galt sowohl hinsichtlich eines Gesamtgruppenvergleichs wie auch bei einem Vergleich derjenigen Kinder, die noch zu t_1 besonders viel Aufmerksamkeit von ihren LehrerInnen gefordert hatten. Während bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung allerdings kaum Unterschiede zu den Kindern der Kontrollgruppe bestanden, erreichten die Moglis mit schwerer familiärer Belastung eine positive mittelgroße Nettoeffektstärke. Auch bei der Frage danach wie *unsicher die Kinder bei neuen Aufgaben* gewirkt hätten, konnten sich die Moglis fast durchgehend positiver entwickeln. So erreichten sie bei einem Vergleich der Gesamtgruppen und der Extremgruppen derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders unsicher bei neuen Aufgaben gewirkt hatten, kleine positive Nettoeffektstärken. Moglis mit leichter familiärer Belastung legten ihre Unsicherheit bezüglich neuer Aufgaben zudem deutlich stärker ab als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe, so dass sich hier eine positive mittelgroße Nettoeffektstärke ergab. Einzig bei den Kindern mit schwerer familiärer Belastung konnten keine Unterschiede zwischen den Kindern der Treatment- und der Kontrollgruppe festgestellt werden.

Die schulische Leistungsfähigkeit und Lernfreude der Kinder wird von der *Konzentrationsfähigkeit* wesentlich mitbestimmt. Die Fähigkeit sich auf eine bestimmte Aufgabe konzentrieren zu können, „ist ein wesentliches Merkmal von Aufmerksamkeit (engl. *attention*), da der Organismus zwar kapazitativ viele Aktivitäten durchführen kann, sich aber bei konkreten Anforderungen für eine Handlung entscheiden und diese gegen konkurrierende - ebenfalls mögliche Verhaltensweisen - gleichsam abschirmen muss. Hierfür sind Aufmerksamkeitsfokussierungen erforderlich [kursive Hervorhebung auch im Original]“ (Linderkamp 2008, S. 198). Liegt jedoch eine Aufmerksamkeitsstörung, bspw. bei einer ADHS-Erkrankung vor, besteht eine erhöhte Ablenkbarkeit durch Umweltreize. Zudem unternehmen Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen weniger Anstrengungen und verwenden weniger Zeit auf die Lösung beispielsweise schulischer Aufgaben. Im außerschulischen Bereich äußern sich Aufmerksamkeitsstörungen durch ein sprunghaftes Verlassen einmal z.B. von den Eltern übertragener häuslicher Aufträge sowie einer geringen Zeitspanne in der das Kind zuhören, Informationen aufnehmen und verarbeiten kann. In der Schule fallen diese Kinder durch Verhaltensproblematiken wie dem un stetigen Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben, einer hohen Abbruchquote angefangener Aufgaben und einer hohen Fehlerquote auf. Die hieraus entstehenden zwischenmenschlichen Konflikte werden von den LehrerInnen häufig als Disziplinprobleme wahrgenommen bzw. dem Kind ein hohes oppositionelles Verhalten attestiert. In einer Art *circulus vitiosus* führen Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsstörungen daher langfristig zu einer wachsenden sozialen Isolation und einem schwindenden Selbstwertgefühl der Kinder, welches sich häufig in trotzigem und aggressivem Verhalten niederschlägt. Allgemeine Aufmerksamkeitsstörungen sind dabei deutlich weiter verbreitet als ADHS-Erkrankungen. Folgt man der Einschätzung von Lehrkräften können mehr als 15% der Kinder als motorisch unruhig und sogar über 20% der Kinder als unkonzentriert beschrieben werden. Jungen sind hiervon mit einer sechs- bis neunmal höheren Prävalenzrate deutlich häufiger betroffen (vgl. Linderkamp 208, S. 198ff.). Auch wenn sich die Erforschung der Konzentrations- bzw. Aufmerksamkeitsfähigkeit in den letzten Jahren wieder zunehmender Beliebtheit erfreut, steckt die Grundlagenforschung zum besseren Verständnis der komplizierten Dimension „Konzentrationsfähigkeit“ immer noch in den Kinderschuhen. Zudem beschränken sich die meisten der bisherigen Untersuchungen zu der Thematik auf Laborexperimente unter ganz bestimmten Bedingungen. Somit bleibt die fehlende Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf praktisch-reale Bedingungen im schulischen Kontext weiterhin mangelhaft (vgl. Berg/ Imhof 2010, S. 50).

In der hier durchgeführten Evaluationsstudie konnten die Kinder der Treatmentgruppe, wie bereits bei der Entscheidungsfähigkeit, auch hinsichtlich ihrer Konzentrationsfähigkeit von einer Teilnahme am Mentoringprogramm *Balu und Du* profitieren. Während die Ergebnisse für die Dimension „*Konzentrationsfähigkeit*“ beim Gesamtgruppenvergleich sowie für den Vergleich von Kindern mit leichter familiärer Belastung für die Moglis nur geringfügig besser

ausfielen, konnten sich die Extremgruppe derjenigen Moglis, die von ihren KlassenlehrerInnen zu t_1 als besonders wenig konzentrationsfähig angesehen wurden, sowie Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Subkontrollgruppen kräftig verbessern. Die Konzentrationsfähigkeit der Kinder wurde in der zweiten Kohorte zusätzlich auch noch durch eine modifizierte Version der Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige (KKA) gemessen. Die diesbezüglich durchgeführten Gruppenvergleiche zwischen den Kindern der Treatment- und der Kontrollgruppe erbrachten durchgängig höhere Steigerungen der Konzentrationsfähigkeit bei den Moglis, welche sich in positiven, mittelgroßen Nettoeffektstärken niederschlugen.

Neben der Konzentrationsfähigkeit können auch die Fähigkeit zur Selbstorganisation, die Selbstständigkeit und die realistische Selbsteinschätzung der Kinder ihre schulische Leistungsfähigkeit, ihre Lernfreude und ihr Wohlbefinden im schulischen Umfeld massgeblich mitbestimmen.

Zur Erfassung der *Selbstorganisationsfähigkeit* wurden für diese Untersuchung zwei für die erste und die zweite Kohorte unterschiedliche Dimensionen gebildet. In der ersten Kohorte verbesserte sich die Selbstorganisationsfähigkeit der Moglis in den Augen ihrer KlassenlehrerInnen durchgängig sowohl im Gesamtgruppen- wie auch in allen Subgruppenvergleichen während des Projektzeitraums, während die Selbstorganisationsfähigkeit bei den Kindern der Kontrollgruppe zeitgleich ausnahmslos abnahm. Dies resultierte in mittelgroßen bis großen positiven Nettoeffektstärken für die Kinder der Treatmentgruppe. Neben den Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten ältere Moglis mit schwerer familiärer Belastung besonders von einer Projektteilnahme profitieren. Zudem unterschied sich bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung die Zunahme der Selbstorganisationsfähigkeit, je nach Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor - bei einem leichteren Einfluss nahm die Selbstorganisationsfähigkeit weniger stark zu als bei einem stärkeren Einfluss. In der zweiten Kohorte waren die Ergebnisse in der Dimension der „Selbstorganisationsfähigkeit“ nicht mehr ganz so eindeutig, auch wenn sie für die Treatmentgruppe durchgehend positiver ausfielen. Zwar waren die positiven Nettoeffektstärke bei dem Vergleich der Gesamtgruppen und der Kinder mit leichter familiärer Belastung nur marginal, jedoch konnten sich erneut Moglis in der Extremgruppe derjenigen Kinder, die zu t_1 besonders niedrige Selbstorganisationsfähigkeiten aufwiesen, sowie Moglis mit schwerer familiärer Belastung deutlich positiver entwickeln. Sie erreichten mittelgroße positive Nettoeffektstärken. Wie bereits in der ersten Kohorte war auch in der zweiten Kohorte ein unterschiedlicher Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialer Schutzfaktor auf die Entwicklung der Selbstorganisationsfähigkeit bei Moglis mit schwerer familiärer Belastung zu beobachten – während die Selbstorganisationsfähigkeit bei

einem leichteren Einfluss kaum zunahm, gewann sie bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung deutlich.

Um die bereits erreichte Ausmaß an *Selbstständigkeit* der Kinder zu überprüfen, wurde eine Dimension mit dem Namen „*Arbeitssituation adäquat vorbereiten*“ gebildet. Hierfür wurden die Kinder gefragt, „was sie schon alles tun könnten“. Dies bezog sich auf unterschiedliche hauswirtschaftliche und handwerkliche Fähigkeiten wie beispielsweise ein „Ei aufschlagen“ oder ein „Bild/ Plakat/ Poster aufhängen“. Hierbei konnten sich die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe nicht positiver weiterentwickeln, sondern verschlechterten sich vergleichsweise sogar zum Teil marginal. Inwieweit dies möglicherweise auf wahrheitsgemäßer gegebene Antworten zum zweiten Erhebungszeitpunkt t_2 und, damit verbunden, eine zugenommene realistischere Selbsteinschätzung der Treatmentgruppe zurückzuführen ist, kann allerdings nur gemutmaßt werden.

Hinsichtlich ihrer *realistischen Selbsteinschätzung* entwickeln sich Kinder nach Erkenntnissen der LOGIK-Studie im Verlaufe der Grundschulzeit von „rosaroten Optimisten zu optimistischen Realisten“ (Weinert 1998, S. 188). So überschätzen insbesondere Vorschulkinder sowie Kinder in der ersten Klasse ihre eigenen mentalen und körperlichen Kräfte noch deutlich. Erst mit der Sammlung weiterer Erfahrungen gelingt es Kindern daher, eine *realistische Selbsteinschätzung* ihrer eigenen Fähigkeiten wie auch von Grenzen der selbigen aufzubauen. Bis zum Ende der Grundschulzeit bleiben die meisten Kinder jedoch generelle Optimisten, auch wenn bereits in dieser Zeit eine Entwicklung hin zu einer Abnahme des Selbstvertrauens und eine wachsende Ängstlichkeit zu versagen zu beobachten sind. Auch wenn es sich hierbei teilweise um schmerzhaft Prozesse der Selbsterkenntnis handelt, so wirkt sich eine realistischere Selbsteinschätzung doch langfristig positiv auf eine Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit aus. Kinder mit unrealen Vorstellungen der eigenen Leistungsmöglichkeiten können ihre Ziele trotz erhöhter Anstrengungen i.d.R. nicht erreichen, weswegen sie immer wieder an Aufgaben scheitern und die Gefahr einer dauerhaften Demotivation entsteht (vgl. Weinert 1998, S. 188f.).

Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurde die *allgemeine realistische Selbsteinschätzung* der Kinder anhand einer Reihe von Fragen gemessen, die sowohl den KlassenlehrerInnen wie auch in gleicher oder zumindest ähnlicher Form den Kindern selbst gestellt worden waren. Ausgehend von der Prämisse, dass eine hohe Anzahl an Abweichungen bei der Beantwortung der entsprechenden Fragen auf eine weniger realistische Selbsteinschätzung und eine niedrigere Anzahl an Abweichungen auf eine höhere realistische Selbsteinschätzung der Kinder hindeuten würden, wurde die Anzahl der entsprechenden Abweichungen aufsummiert und in einen Gesamtsummenscore überführt. Beides wurde für die erste und die zweite Kohorte getrennt berechnet.

Die Dimension der „*realistischen Selbsteinschätzung*“ für die erste Kohorte ergab weder bei einem Gesamt- noch bei einem Extremgruppenvergleich nennenswert positivere Ergebnisse für die Treatmentgruppe. Dies galt auch für die Gruppe der älteren Moglis. Moglis mit leichter familiärer Belastung entwickelten sich gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe zudem ungünstiger. Dagegen konnten sich die Subgruppen der jüngeren Moglis und der Moglis mit schwerer familiärer Belastung vergleichsweise positiver entwickeln, d.h. die Anzahl der Abweichungen zu den von den KlassenlehrerInnen gegebenen Antworten wurde kleiner und die realistische Selbsteinschätzung wuchs stärker an.

Die Ergebnisse der Dimension „*realistische Selbsteinschätzung*“ für die zweite Kohorte wichen hiervon nur leicht ab. Erneut schnitten Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe tendenziell negativer ab und die Gesamttreatmentgruppe konnte sich gegenüber der Gesamtkontrollgruppe allenfalls marginal verbessern. Anders als in der ersten Kohorte konnten sich die Moglis im Extremgruppenvergleich derjenigen Kinder, die zu t_1 über eine besonders unrealistische Selbsteinschätzung verfügt hatten, diesbezüglich weniger stark verbessern als die Kinder der Kontrollgruppe und schnitten sogar schlechter ab. Erneut waren es jedoch die Moglis mit schwerer familiärer Belastung, die sich gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe besser entwickeln konnten. Für die zweite Kohorte wurden zudem unterschiedliche Auswirkungen durch die Stärke des Einflusses der Mentorenbeziehung auf die Entwicklung der realistischen Selbsteinschätzung deutlich - so konnten sowohl Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung ihre realistische Selbsteinschätzung bei einem stärkeren Einfluss der Mentorenbeziehung als sozialem Schutzfaktor stärker verbessern.

Neben dieser Art der Erfassung der realistischen Selbsteinschätzung wurden die Klassen- und SportlehrerInnen zudem explizit danach gefragt, ob die Kinder ihre schulischen wie auch ihre sportlichen Leistungsfähigkeiten ihrer Ansicht nach im Allgemeinen realistisch einschätzen. Während bei der *Einschätzung der schulischen Leistungsfähigkeit* sich erneut vor allem Moglis mit schwerer familiärer Belastung, insbesondere auch im Vergleich zu den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe, verbessern konnten, schnitten die Moglis hinsichtlich der *Beurteilung ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit* durchgängig sowohl im Gesamtgruppen- und Extremgruppenvergleich wie auch bei dem Vergleich von Kindern mit unterschiedlicher familiärer Belastung besser ab. Insbesondere bei dem Vergleich der Extremgruppen und der Kinder mit schwerer familiärer Belastung erzielten sie mittelgroße bis große positive Nettoeffektstärken.

Dieses Ergebnis kann durch die analysierten Daten zu dem Projekt „*Fit sein macht Schule*“, hinsichtlich der *Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit* bei sechs bis 18-Jährigen SchülerInnen ergänzt werden. Hierbei wird deutlich, dass sich

Selbsteinschätzung und Sportnote bei den Jungen stärker decken als bei den Mädchen. Rommel et al. (2008b) führen dies auf die kritischere Selbsteinschätzung der Mädchen zurück. Dies erklärt auch, warum Jungen ihre Leistungsfähigkeit gegenüber den Mädchen häufiger überschätzen. Zudem nimmt die Selbstüberschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ab - über 15-Jährige schätzten sich daher gegenüber Kindern unter elf Jahren deutlich realistischer ein. Während Kinder, die Mitglied in einem Sportverein sind, gegenüber Nichtmitgliedern generell häufiger zur Selbstüberschätzung neigen, nehmen übergewichtige Kinder und Jugendliche das mit ihren Gewichtsproblemen zusammenhängende körperliche Leistungsdefizit i.d.R. sehr realistisch wahr und überschätzen sich daher seltener als Kinder und Jugendliche ohne Übergewicht (vgl. Rommel et al. 2008b, S. 45ff.)

Freizeitverhalten und Medienkonsum

Das Freizeitverhalten von Kindern wurde im Rahmen des *Kinderpanels* des Deutschen Jugendinstituts (DJI) für die Altersgruppe der fünf- bis 13-jährigen Kinder untersucht. Demnach steht sowohl bei der Alterskohorte der jüngeren wie auch der älteren Kinder das Fernsehen auf Platz eins der beliebtesten Freizeitaktivitäten. Danach folgen sportliche Aktivitäten, Ausflüge (mit der Familie) und kulturelle Aktivitäten wie Kino-, Theater und Museumsbesuche, die in der Liste der populärsten Freizeitmöglichkeiten ebenfalls ganz weit oben rangieren. Die Begeisterung der Kinder für Spielkonsolen bzw. die hiermit verbrachte Zeit nimmt jedoch mit dem Alter der Kinder deutlich zu (vgl. Zerle 2007, S. 249 ff.).

In seinem Buch „Vorsicht Bildschirm!“ warnt der Mediziner und Neurowissenschaftler Manfred Spitzer (2005) eindringlich vor den Gefahren eines steigenden Fernseh- und Computerkonsums bei Kindern und Jugendlichen. So hat die Anzahl der vor dem Fernseher verbrachten Zeit in Deutschland seit Mitte der 1980er Jahre stark zugenommen (vgl. Spitzer 2005, S. 2) und sich die Anzahl verkaufter Computerspiele in den USA in den Jahren 1995 bis 2003 mehr als verdoppelt (vgl. Spitzer 2005, S. 209). Ein steigender Fernsehkonsum bewirkt bei Kindern und Jugendlichen in einer Dosis-Wirkungsbeziehung Übergewicht (vgl. Spitzer 2005, S. 48f.) und schränkt damit insbesondere ihre körperliche Gesundheit massiv ein. Eine erhöhte Fernsehnutzung vor allem im Kleinkindalter führt zu Aufmerksamkeitsstörungen im Schulalter, da die Bildschirminhalte dem kindlichen Gehirn nur eine flache und verarmte Realität bieten können (vgl. Spitzer 2005, S. 90f.). Die Lese- und Lernfähigkeit von vielfernsehenden Kindern ist deutlich eingeschränkt (vgl. Spitzer 2005, S. 153). Zudem geht Spitzer (2005, S. 240f.) auf der Grundlage einer steigenden Anzahl von Untersuchungen zu diesem Thema davon aus, dass sich die Gedanken, Gefühle und das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, die mit Gewalt aufgeladene Videospiele spielen, langfristig verändern. Damit einhergehend steige ihre Gewaltbereitschaft in der realen Welt ebenfalls an.

Insgesamt lassen sich zum Medieninteresse und –konsum sowie dem Stellenwert der selbigen in der allgemeinen Freizeitgestaltung jedoch bisher insgesamt mehr Untersuchungen zu älteren Kindern bzw. Jugendlichen finden, als zu Kindern im Grundschulalter. Eine Ausnahme stellt die *KIM-Studie 2012* dar, die das Medienverhalten von sechs- bis 13-Jährigen Kindern von Mai bis Juli desselben Jahres mit Hilfe von face-to-face Interviews (N= 1.220) erfasste; die Fälle wurden in einem nach Bundesland und Gemeindetyp geschichteten Quotaverfahren ausgewählt und gelten als für ganz Deutschland repräsentativ (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2013, S. 4f.). Demnach ist die *Geräteausstattung in den Familien* der Kinder sehr hoch – so ist in allen Haushalten mindestens ein Fernsehgerät, in 98% der Haushalte ein Handy bzw. Smartphone, in 96% ein Internetanschluss und in 95% ein Computer bzw. Laptop und in 92% ein Radio vorhanden. CD-Player, DVD-Player und Digitalkameras sind bei 80 bis 90% der Familien präsent; der Anteil an Spielkonsolen beträgt 75% und an MP3-Playern immerhin noch 69%. Die Kinder selbst besitzen nach Aussage ihrer Haupterzieher am häufigsten einen eigenen CD-Player (69%), gefolgt von einem eigenen Handy und einer Spielkonsole (jeweils um die 50%). Über einen MP3-Player, der ihnen selbst gehört, verfügen 45% und über einen Fernseher 36%. Danach folgt anteilig im Kinderbesitz das Radio (32%) und der Kassettenrekorder (30%). Jedes fünfte Kind nennt einen Computer bzw. Laptop sein Eigen und 15% haben selbst einen Internetzugang. Dabei fällt auf, dass Jungen insgesamt mehr Geräte und hierbei häufiger auch Spielkonsolen besitzen, während Mädchen etwas öfter CD-Player, Kassettenrekorder und Digitalkameras gehören. Der Gerätebesitz wächst zudem mit steigendem Alter der Kinder; allerdings kann ein insgesamt rückläufiger Trend im Vergleich zu der KIM-Studie aus dem Jahr 2010 beobachtet werden (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2013, S. 8f.).

Werden die Kinder nicht nach ihren häufigsten, sondern nach ihren *drei liebsten Freizeitbeschäftigungen* gefragt, bestätigt sich die bereits im Kinderpanel des DJI angedeutete hohe Medienpräferenz. So nennen 36% der Mädchen und 40% der Jungen das „Fernsehen“. Damit steht das „Fernsehen“ bei den Mädchen auf Platz zwei nach der absoluten Lieblingsbeschäftigung „Freunde treffen“ (58%) und noch vor dem „draußen spielen“ (32%). Bei den Jungen liegt die höchste Freizeitpräferenz ebenfalls beim „Freunde treffen“ (46%), gefolgt von „draußen spielen“ (43%). Als liebste Freizeitbeschäftigungen werden ebenfalls PC-/ Konsolen-/ Onlinespiele (Mädchen: 15%/ Jungen: 34%), das Internet (Mädchen: 18%/ Jungen: 19%), die offline Computernutzung (Mädchen: 7%/ Jungen: 12%), Musik hören (Mädchen: 11%/ Jungen: 7%) und die Handynutzung (Mädchen: 8%/ Jungen: 6%) genannt. Neben der stärker ausgeprägten Medienpräferenz bei den Jungen zeigen sich weitere geschlechtsspezifische Unterschiede insbesondere bei der Freizeitbeschäftigung des

Sporttreibens (Mädchen: 14%/ Jungen: 30%) und des Lesens von Büchern (Mädchen: 14%/ Jungen: 4%) (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund und Südwest 2013, S. 12ff.).

Neben den geschilderten Freizeitpräferenzen sind jedoch auch die tatsächlich durchgeführten *Mediennutzungsmuster* im Kindesalter von Interesse. Diesbezüglich analysierte die *Berliner Längsschnitt Medien-Untersuchung* als eine der wenigen Studien zu dieser Thematik die genauen Wirkmechanismen von Mediennutzung für die Dritt- bis Sechstklässler im Bundesland Berlin (vgl. Mößle 2012, S. 31f.). Auch wenn die Ergebnisse nicht auf das gesamte Bundesgebiet übertragbar sind, liefert die Studie interessante und wichtige Erkenntnisse. Danach führt ein erhöhter Gewaltmedienkonsum ursächlich zu einer niedrigeren Empathiefähigkeit. Ein erhöhtes Computerspielverhalten kann insbesondere dann eine gefährliche Abwärtsspirale in Gang setzen, wenn Kinder und Jugendliche bereits ein niedriges Selbstkonzept eigener (Schul-)Fähigkeiten besitzen und realweltliche Misserfolge hiermit kompensiert werden. Eine Stärkung von Sozialkompetenzen und der Fähigkeit zur Stressbewältigung in der wirklichen Welt ist für diese Zielgruppe daher besonders bedeutsam. Auch hängt das Mediennutzungsverhalten der Kinder stark mit dem ihrer Eltern zusammen. Geht ein erhöhter familiärer Medienkonsum zudem mit einer fehlenden elterlichen Zuwendung einher, sind Kinder besonders gefährdet riskante Verhaltensweisen zu entwickeln (vgl. Mößle 2012, S. 500ff.).

Auch im Rahmen der hier durchgeführten Evaluationsstudie wurden die *Medieneinstellungen* und das *Medienverhalten* der Kinder untersucht.

Zunächst wurden die auf die offen gestellte Frage „*Was spielst du am liebsten?*“ gegebenen Antworten, die sich auf *Computerspiele* und *Fernsehen* im Allgemeinen bezogen, herausgefiltert. Dabei stellte sich heraus, dass die Moglis beides etwas häufiger als Lieblingsbeschäftigung berichteten als die Kinder der Kontrollgruppe. Allerdings gaben insgesamt Vierfünftel der Moglis und damit der Großteil der Treatmentgruppe keine Computerspiele bzw. kein Fernsehen als Lieblingsbeschäftigung an.

Ebenfalls von Interesse war auch die Frage danach, *auf welche Medien die Kinder am ehesten verzichten könnten*. Hier zeigte sich in der KIM-Studie 2012 ein klarer Altersbias: Während die jüngsten Kinder bei der Wahl zwischen Fernsehen, Computer bzw. Internet, MP3-Playern und CDs, Radio, Büchern und Zeitschriften am wenigsten auf das Fernsehen verzichten konnten, hielten die ältesten Kinder den Computer bzw. das Internet als am wenigsten verzichtbar (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2013, S. 12ff.). Auch für diese Studie wurde die Reaktion der Kinder auf einen *möglichen Medienverzicht* untersucht. Die Kinder wurden hierfür darum gebeten, sich vorzustellen, ihr PC bzw. ihre Spielkonsole oder ihr Nintendo DS gingen kaputt und sie könnten eine Woche

lang nicht spielen. Des Weiteren sollten sie sich ausmalen, dass auch ihr Fernseher kaputt ginge und sie eine Woche lang nicht fernsehen könnten. Sie sollten nun angeben, inwieweit ihnen beides fehlen würde. Insgesamt war sowohl für die gesamte Treatment- wie auch die Kontrollgruppe eine positive Entwicklung, d.h. eine *Abnahme des Fehlens von Computerspielen und des Fernsehens*, während des Projektzeitraums festzustellen. Während sich die Kinder der Kontrollgruppe insbesondere jedoch auch in der Gruppe der Kinder mit leichter familiärer Belastung positiver entwickeln konnten, waren für die Gruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung hinsichtlich des Vermissens von Computerspielen keine Unterschiede zu bemerken. Bei der Frage, inwieweit ihnen das Fernsehen fehlen würde, schnitten die Moglis mit schwerer familiärer Belastung gegenüber der entsprechenden Subkontrollgruppe hingegen besser ab.

Bezüglich der *tatsächlichen Nutzung von Medien* kam die HBSC-Studie für die Altersgruppe der elf- bis 15-Jährigen zu dem Ergebnis, dass die gesamte Mediennutzung von Jungen im Vergleich zu den Mädchen höher ausfällt. Zudem zeigte sich, dass sowohl der *Fernsehkonsum* wie auch die *Computernutzung* inklusive der *Gefahr des extensiven Computerspielens* mit zunehmendem Alter weiter deutlich ansteigen. Während 40,3% der Mädchen den Computer an Schultagen für mindesten zwei Stunden zum chatten, surfen, Emails schreiben und für ihre Hausaufgaben nutzen, sind dies etwas weniger Jungen (35,9%). Jungen sind gegenüber Mädchen jedoch deutlich empfänglicher für Computerspiele bzw. Spielkonsolen - an Schultagen spielen von ihnen vier von zehn (41,8%) mindestens für zwei Stunden, während es bei den Mädchen mit knapp einem Viertel (24,9%) um einiges weniger sind. Kinder und Jugendliche insbesondere mit beidseitigem Migrationshintergrund sowie Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand weisen außerdem einen besonders hohen Fernsehkonsum auf. Generell gilt zudem, dass der Anteil eines sehr hohen Fernsehkonsums bei den Kindern beiderlei Geschlechts mit steigendem familiären Wohlstand abnimmt (vgl. HBSC-Team Deutschland 2011c; HBSC-Team Deutschland 2011d; Bucksch/ Finne 2013, S. 82ff.).

Auch in dieser Studie wurde das von den Kindern *erinnerte Verhalten bezüglich elektronischer und digitaler Medien* erfasst. Hierbei erzielten die Moglis gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe insgesamt bessere Ergebnisse als hinsichtlich ihrer Medieneinstellungen. So nahm das tatsächliche *Spielen von Computerspielen* und ähnlichem in der Retrospektive der Moglis fast durchgängig stärker ab als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Nur bei den Kindern mit leichter familiärer Belastung waren kaum Unterschiede zwischen den Moglis und den Kindern der Kontrollgruppe erkennbar; dafür schnitten die Kinder der Treatmentgruppe in der Subgruppe der familiär schwer belasteten Kinder gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe deutlich besser ab.

Hinsichtlich des tatsächlichen *Fernsehverhaltens* fielen die Ergebnisse jedoch nicht mehr ganz so eindeutig aus. Allerdings konnten sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung bei diesem Item erneut deutlich positiver entwickeln, da ihr Fernsehverhalten vergleichsweise stärker abnahm als bei der äquivalenten Subkontrollgruppe.

Auch berichteten die Kinder der Kontrollgruppe nach Einschätzung ihrer KlassenlehrerInnen insgesamt vergleichsweise häufiger über *elektronischen und digitalen Medienkonsum in ihrer Freizeit*; interessanterweise konnten sich hier vor allem die Moglis mit leichter familiärer Belastung positiver entwickeln, während sich kaum Unterschiede zwischen den Moglis und den Kindern der Kontrollgruppe mit schwerer familiärer Belastung herauskristallisierten.

Die letzte, etwas aus diesem Themenblock herausfallende Frage bezog sich darauf, inwieweit es den Kindern *schwer fallen würde, nicht bei ihren Eltern zu betteln*, wenn sie unbedingt etwas gekauft haben wollten. Diesbezüglich entwickelten sich Moglis mit leichter familiärer Belastung gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe jedoch negativer; für die Moglis mit schwerer familiärer Belastung waren hingegen keine Unterschiede bemerkbar.

Ein Teil des LBS-Kinderbarometers Deutschland¹⁰⁷ beschäftigte sich mit bestimmten *Wünschen der Kinder an ihre Eltern* in verschiedenen (alltäglichen) Bereichen; hierbei konnten die Kinder jeweils angeben, ob sie sich mit dem Vater bzw. der Mutter weniger gemeinsame Zeit als jetzt, etwas weniger Zeit als jetzt, genau gleich viel Zeit wie jetzt, etwas mehr Zeit als jetzt oder mehr Zeit als jetzt wünschen würden. Insgesamt sind die meisten Kinder bei beiden Elternteilen mit der gemeinsam verbrachten Zeit zufrieden, es fällt jedoch auf, dass etliche Kinder in bestimmten Bereichen gerne mehr bzw. weniger Zeit mit dem entsprechenden Elternteil verbringen würden. So wünschen sich 34% der Kinder, dass ihr Vater und 22% der Kinder, dass ihre Mutter weniger arbeiten würde. Am ehesten wünschen sich dagegen Kinder arbeitsloser Eltern, dass diese mehr arbeiten würden. Vor allem hinsichtlich des gemeinsamen Spielens wünschen sich deutlich mehr Kinder mehr Zeit mit dem Vater (40%) und mit der Mutter (38%) und nur jedes zehnte weniger Zeit. Auch würden deutlich mehr Kinder gerne mehr Sport mit ihrem Vater (33%) und ihrer Mutter (30%) treiben wollen als weniger (14 bzw. 13%). Gemeinsames Essen mit der Mutter (29%) bzw. dem Vater (27%) wird für die Zukunft deutlich häufiger gewünscht - demgegenüber wünschen sich nur 4% (Mutter) bzw. 7% (Vater) weniger gemeinsame Mahlzeiten. Ähnlich sieht es beim gemeinsamen Kochen oder Backen (mehr wünschen sich dies 39% der Kinder von der

¹⁰⁷ Das LBS-Kinderbarometer Deutschland wird seit 2007 repräsentativ für die gesamte Bundesrepublik Deutschland in zweijährigen Abständen als Querschnittsuntersuchung erhoben. Für das LBS-Kinderbarometer 2011 nahmen N= 10.348 Kinder der 4. bis 7. Klassen, N= 5.935 Eltern und N= 461 Lehrkräfte an der Untersuchung aus allen 16 Bundesländern teil – sie wurden durch eine geschichtete Zufallsstichprobe ausgesucht (vgl. Beisenkamp et al. 2011, S. 9f.).

Mutter bzw. 34% vom Vater, weniger nur 7% von der Mutter bzw. 15% vom Vater), nicht jedoch beim gemeinsamen Basteln mit dem Vater aus (jeweils 18% wünschen sich jeweils mehr bzw. weniger). Mit der Mutter wird hingegen häufiger mehr gemeinsames Basteln (28%) als weniger gemeinsames Basteln (14%) angestrebt. Mehr Kinder wünschen sich, ihr Vater würde sich mehr gemeinsame Zeit für ihre Hausaufgaben nehmen (23%), als weniger (13%). Bei den Müttern fällt der Unterschied noch deutlicher aus - hier wünschen sich 29% mehr und nur 9% weniger Unterstützung. Ähnlich sehen die Zahlen beim „Reden über die Erlebnisse des Kindes“ aus – hier möchten 24% dies häufiger mit dem Vater tun (allerdings auch 14% weniger als jetzt). Hinsichtlich der Mütter wünschen 28% mehr und nur 10% weniger Gespräche. Gemeinsames Fernsehen mit dem Vater wird relativ ausgeglichen von 19% mehr, jedoch von 13% weniger gewünscht. Auch hier wünschen sich mehr Kinder mehr gemeinsame Fernsehzeiten mit der Mutter (28%) als weniger (11%). Ähnliches gilt für das gemeinsame Musikhören (20% möchten dies mehr mit ihrem Vater und 25% mehr mit ihrer Mutter gemeinsam machen, 19% wünschen sich dies bei beiden Elternteilen weniger). Hinsichtlich des gemeinsamen Computerspielens werden mehr Wünsche an die Väter herangetragen - während sich hier 21% mehr gemeinsame Zeit in diesem Bereich und nur 19% weniger wünschen, sind dies hinsichtlich der Mütter jeweils 17% (mehr Zeit) bzw. 20% (weniger Zeit) der Kinder. Der einzige Bereich, bei dem etwas mehr Kinder gerne weniger (21%) als mehr Zeit (18%) mit ihrem Vater verbringen würden, ist das gemeinsame Wandern - dagegen würden gerne mehr Kinder mehr Zeit beim Wandern mit ihrer Mutter verbringen (24%) als weniger (18%) (vgl. Beisenkamp et al. 2011, S. 46ff.) Die Vier- bis Siebtklässler wurden zudem nach der *Häufigkeit von Naturerlebnissen* sowie diesbezüglichen Wünschen gefragt. Demnach sind 64% der Kinder und Jugendlichen mit dem Anteil ihrer draußen in der Natur verbrachten Zeit zufrieden, 29% würden sich jedoch gerne häufigeren und nur 7% weniger Naturkontakt wünschen. Auch zeigte sich hier ein Geschlechtsbias: So sind Jungen insgesamt etwas weniger an Naturerlebnissen interessiert als Mädchen. Auch wünschen sich Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder arbeitsloser Eltern häufiger, dass sie weniger mit der Natur in Kontakt treten müssten. Zudem fällt auf, dass Kinder, die weniger Naturkontakte anstreben, auch ein niedrigeres Wohlbefinden im Wohnumfeld sowie in der Familie aufweisen (vgl. Beisenkamp et al. 2011, S. 104f.)

Auch für diese Untersuchung wurden die Kinder, wenn auch mit einem etwas anderen Schwerpunkt, bezüglich ihrer *Wünsche* interviewt. Die hierfür offen gestellte Frage brachte eine Vielzahl unterschiedlichster Antworten hervor, bei denen kaum Unterschiede zwischen den Kindern mit unterschiedlicher familiärer Belastung beobachtet werden konnten. Insgesamt standen *Wünsche nach Erlebnissen* bei knapp 40% der Kinder, sowohl aus der Treatment- wie auch aus der Kontrollgruppe, zum Projektende (Erhebungszeitpunkt t₂) ganz weit oben auf der Präferenzliste. *Soziale Wünsche* lagen auf dem zweiten Platz und wurden

von jedem dritten Kind der Kontrollgruppe und jedem fünften Mogli zu Projektbeginn (t_1) genannt. Während dieser Anteil bei den Kindern der Kontrollgruppe gleich blieb, holten die Moglis nicht nur auf, sondern lagen zum Zeitpunkt t_2 sogar prozentual leicht über dem Wert der Kontrollgruppe. Besonders spannend war auch die Entwicklung der *materiellen Wünsche* und der *Wünsche nach digitalen Medien* - während die Wünsche nach digitalen Medien annähernd gleich blieben und von ungefähr jedem zwanzigsten Kind der Treatment- und der Kontrollgruppe genannt wurden, sank die Nennung materieller Wünsche sowohl bei den Kindern der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe ab. *Wünsche nach bestimmten Fähigkeiten bzw. für die Zukunft* nahmen bei den Kindern der Kontrollgruppe eher zu und bei den Kindern der Treatmentgruppe tendenziell eher ab – insgesamt schwankte ihr Anteil zwischen ca. sieben und zehn Prozent der Nennungen. Der Wunsch „zu spielen“ war den Moglis hingegen wichtiger als den Kindern der Kontrollgruppe – während bei den Kindern der Kontrollgruppe dieser Wunsch eher sank, nahm er bei den Moglis während des Projektzeitraums zu, so dass 12% diesen Wunsch äußerten. Weitere Wünsche, die sich auf die *Schule oder das eigene Wohlbefinden* bezogen, spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Der Anteil an Kindern, die *keine Wünsche* benennen konnten, lag bei der Kontrollgruppe konstant bei ungefähr elf Prozent, während sich dieser Anteil bei den Kindern der Treatmentgruppe von 14% auf sieben Prozent halbierte. Schlussendlich kann festgehalten werden, dass sich die Moglis bei der Nennung sozialer Wünsche und dem Wunsch „zu spielen“ vergleichsweise stärker steigerten, sowie der Anteil von Kindern, die keine Wünsche benennen konnten, deutlicher abnahm als bei den Kindern der Kontrollgruppe.

Exkurs 1: Wirkungen des Mentorenprogramms Balu und Du auf männliche Moglis mit gleich- und gegengeschlechtlichem Balu

In einem anschließenden Exkurs wurde der Frage nachgegangen, ob *männliche Moglis* während des Projektzeitraums in ihrer Entwicklung stärker von einer *gleich- oder gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehung* profitieren konnten. Hierfür wurden die Entwicklung gleich- und gegengeschlechtlicher Mentorengespanne für alle in dieser Untersuchung verwendeten standardisierten und selbstentwickelten Tests sowie für alle Dimensionen untereinander verglichen. Auch wenn die Fallzahlen gleichgeschlechtlicher Mentorengespanne (männliche Moglis mit männlichen Balus) recht gering ausfielen und die Ergebnisse daher mit Vorsicht interpretiert werden müssen, weisen sie doch eine eindeutige Tendenz auf. Demnach konnten sich männliche Moglis mit weiblichen Balus in den Dimensionen des „Hygieneverhaltens“, der „Lernfreude“ und der „schulischen Leistungsfähigkeit“ stärker verbessern als ihre Geschlechtsgegnossen mit männlichem Balu. Und in einigen Bereichen wie bei der realistische Selbsteinschätzung, der adäquaten

Vorbereitung einer Arbeitssituation, dem Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) und dem Perlentest fielen die Resultate für beide Gruppen recht ähnlich aus. In allen anderen Bereichen waren gleichgeschlechtliche den gegengeschlechtlichen Mentorenbeziehungen jedoch überlegen. Dies betraf sowohl den Bereich der Ernährungsvorlieben und des Ernährungsverhaltens, der Bewegungsfreude und des Bewegungsverhaltens sowie die Entscheidungs-, Konzentrations- und Empathiefähigkeit, den Legotest und die sportliche Leistungsfähigkeit. Zudem konnten sich männliche Moglis in fast allen Dimensionen des gesundheitlichen Wohlbefindens zumindest leicht positiver entwickeln, wenn sie einen jungen Mann als Mentor zur Seite gestellt bekommen hatten. Nur in der KIDSCREEN-27 Dimension „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ erzielten sie ähnliche Ergebnisse wie gegengeschlechtliche Mentorenbeziehungen. Während die Unterschiede in der KIDSCREEN-27 Dimension „psychologisches Wohlbefinden“ und in den Dimensionen „passive negative Gefühle“ und „soziale Beziehungen zu anderen Kindern“ noch relativ marginal ausfielen, resultierten sie für die KIDSCREEN-27 Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“ und „schulisches Umfeld“ in kleine positive Nettoeffektstärken und schlugen bei der KIDSCREEN-27 Dimension „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ in eine mittelgroße positive Nettoeffektstärke nieder.

Exkurs 2: Zusammenhänge innerhalb und zwischen den verschiedenen Bereichen gesundheitsrelevanter Lebensstile und gesundheitsbezogener Lebensqualität

In einem zweiten Exkurs wurden bestehende Korrelationen zwischen den selbst entwickelten Dimensionen bzw. selbstentwickelten und standardisierten Testinstrumenten aus den Bereichen der gesundheitsbezogenen Orientierungen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Kompetenzen sowie aus dem Bereich der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität überprüft. Die wichtigsten und interessantesten Zusammenhänge werden hier noch einmal in Kürze dargestellt. Erwartungsgemäß konnten eine Reihe von Zusammenhängen zwischen den fünf KIDSCREEN-27 Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „psychologisches Wohlbefinden“, „Beziehung zu Eltern und Autonomie“, „Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ ermittelt werden. Ebenfalls bei etlichen der untersuchten (Sub-)Gruppen positiv korrelierten die Bewegungsfreude, das Bewegungsverhalten, die sportliche Leistungsfähigkeit (2.KH) und das körperliche Wohlbefinden miteinander. Zudem erhöhte sich das Risikoverhalten der Kinder bei einer gesteigerten Impulsivität (und andersherum). Kinder, die mehr Freude am Lernen besaßen, konnten sich i.d.R. auch besser konzentrieren. Mädchen mit einer ausgeprägteren Entscheidungsfähigkeit und einem verbesserten Hygieneverhalten ernährten sich besser. Eine größere Entscheidungsfähigkeit hing eng mit einer höheren Konzentrationsfähigkeit, einer realistischeren Entscheidungsfähigkeit sowie einer teilweise größeren Selbstorganisationsfähigkeit zusammen. Zudem nahmen „negative

passive Gefühle“ (Traurigkeit, Angst, Einsamkeit) bei einer realistischeren Selbsteinschätzung ab. Jungen mit einer höheren schulischen Leistungsfähigkeit wiesen auch bessere soziale Beziehungen zu anderen Kindern und eine höhere Selbstorganisationsfähigkeit auf. Kinder mit höherer sportlicher Leistungsfähigkeit fühlten sich in der Schule wohler; sportlichere Jungen hatten zudem bessere Sozialbeziehungen zu anderen Kindern. Bei einer Verbesserung der sozialen Beziehungen zu anderen Kindern war zudem bei allen Kindern eine Abnahme passiver negativer Gefühle zu beobachten.

6 Fazit und Ausblick

Alle Kinder in Deutschland haben nach der UN-Kinderrechtskonvention (vgl. BMFSFJ 2014) ein Recht auf die gleichen Lebens- und Bildungschancen für ein gelingendes Aufwachsen. Jedoch sind nicht alle Kinder gleich. Abgesehen von genetisch unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen, wie angeborenen Temperaments- und Intelligenzunterschieden, werden Kinder neben einer örtlich bedingten anders gearteten Infrastruktur (bspw. urban vs. ländlich) in die diversesten familiären Konstellationen hineingeboren. Das ökonomische, kulturelle und soziale Kapital ist in diesen Familien, genauso wie die emotionalen Möglichkeiten und das Zeitbudget der wichtigsten Erziehungspersonen für eine liebevolle und unterstützenden Zuwendung zum Kind, sehr unterschiedlich verteilt. Neben horizontal gelagerten Ungleichheitsmerkmalen, wie dem Geschlecht und dem Alter der Kinder sowie der Familiensituation und dem Migrationshintergrund, wirken somit auch vertikal differenzierende Merkmale wie die sozioökonomische Schicht und relative Armut auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ein. Daher besitzen zwar alle Kinder theoretisch, nicht jedoch empirisch die gleichen Chancen für ein gelingendes Aufwachsen und das Meistern altersgerechter Entwicklungsaufgaben. Je mehr Risikofaktoren, insbesondere in Form familiärer Belastungen wie bspw. Arbeitslosigkeit mindestens eines Elternteils, chronischer relativer Armut oder Aggressionen und Vernachlässigung gegenüber dem Kind, bestehen, desto stärker ist die normale kindliche Entwicklung bedroht. Insbesondere Kinder mit multiplen Risiken müssen eine besondere Widerstandskraft (*engl.* resilience) entwickeln, um sich trotz dieser Schwierigkeiten gesund entwickeln zu können. Hierfür kann der Einfluss signifikant bedeutsamer anderer Beziehungspersonen, entweder in der Familie, im (weiteren) Freundeskreis oder aber – wie in dieser Untersuchung – einer/s MentorIn wie dem Balu, von enormer Bedeutung sein. Diese Personen fangen die Bedürfnisse der aus vielfältigen Gründen vernachlässigten bzw. sozial benachteiligten Kinder zumindest zum Teil auf und geben ihnen so die Möglichkeit, andere, gesündere Entwicklungsabläufe zu wählen. In der Resilienzforschung werden bereits seit den 1980er-Jahren solche positiven Beziehungserfahrungen zu einem kompetenten, verlässlichen und dem Kind zugewandten Erwachsenen als der bedeutendste soziale Schutzfaktor für eine gelingende Entwicklung von Risikokindern überhaupt genannt. Dabei kommt es insbesondere jedoch auch auf die Fähigkeit der Kinder selbst an, eine solche Beziehung eingehen zu können (vgl. Garmezy 1983, S. 73ff.; Hüther 2007, S. 58f.; Masten 2007, S. 925; Wustmann 2009, S. 77; Bengel et al. 2009, S. 107f.; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, S.30; Ungar 2012, S. 27f. und S. 52ff.).

Je jünger die Kinder sind, desto eher besteht noch die Möglichkeit pädagogisch ungünstige Entwicklungen zu revidieren. Im Sinne einer Pfadabhängigkeit wird mit zunehmendem Alter auch das Aufholen von bereits vorhandenen Entwicklungsdefiziten immer schwieriger. In der mittleren Kindheit sind zwar schon etliche Entwicklungsweichen gestellt worden, die Kinder sind jedoch, stärker noch als in der Phase der Adoleszenz, offen für neue Erfahrungen und Veränderungen.

Genau an dieser Stelle setzt das Mentorenprogramm *Balu und Du* an. Grundschul Kinder mit erhöhter Risikokonstellation werden niedrigschwellig durch ihre KlassenlehrerInnen für das Programm rekrutiert. Um eine Bandbreite von möglichst vielen Kindern mit einer Fülle von unterschiedlichsten Problemlagen, wie z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, motorischen Problemen aufgrund von Bewegungsmangel, kindlichen Depressionen und Aggressionen oder schwierigen Beziehungen zu Gleichaltrigen, für das Programm zu gewinnen und damit keines dieser Kinder durch das Anwerberaster fällt, wählen die KlassenlehrerInnen die Kinder nur nach dem bewusst offen formulierten Kriterium „*weil sie sich um sie Sorgen machen*“ aus (vgl. Müller-Kohlenberg/ Drexler 2013, S. 108f.).

Im Sinne der Resilienzförderung werden diese Kinder dann durch eine/n MentorIn, den Balu, über mindestens zwei Semester lang begleitet. Durch die in der Regel wöchentlich stattfindenden nachmittäglichen Treffen sollen die Kinder insbesondere in ihrer Kompetenzentwicklung sowie pädagogisch günstigen Einstellungen und Verhaltensweisen gefördert und in ihrem seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefinden gestützt werden. Dabei liegt eine besondere Herausforderung für die MentorInnen darin, dass sie auf Kinder mit unterschiedlichsten Unterstützungsbedarfen eingehen müssen (vgl. Schomborg/ Müller-Kohlenberg 2010, S. 19f.).

Sozial benachteiligte Grundschul Kinder werden durch „vertikal“ wirkende chronische Herausforderungen und bestimmte stresserzeugenden Lebensereignisse als negative akute Herausforderungen in ihrer individuellen Fähigkeit beeinflusst, mit diesen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit nur wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen umzugehen. Zudem können auch normale Entwicklungsherausforderungen (Übergang in die Schule oder Umzüge), wie sie als „horizontal“ wirkende Stressoren auch bei unbelasteten Kindern über die Lebensspanne erfolgen, ihre Widerstandsfähigkeit schwächen (vgl. Ungar 2012, S. 19f.).

Erfahrungen in der Kindheit, insbesondere vermittelt durch bestimmte Umweltbedingungen, besitzen einen massiven Einfluss auf die Entwicklung von Hirnstrukturen. Kinder brauchen gehirnphysiologisch Vertrauen und emotionale Sicherheit, um wichtige Entwicklungs-, Bildungs- und Sozialisierungsprozesse durchlaufen zu können. Eine sichere Bindung zu einem zuverlässigen Erwachsenen, der Halt und Orientierungshilfen gibt, ist hierfür die erste und wichtigste Voraussetzung. Nur so kann sich ein inneres Bild von Selbstwirksamkeit und

Selbstmotivation herausbilden und nur so können Kinder lernen, lebenswirkliche Probleme und Herausforderungen aus eigener Anstrengung zu bewältigen und ihre eigene Belastungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Ungünstig sind hierfür Umweltbedingungen, bei denen die spezifischen Wünsche und Bedürfnisse von Kindern nicht wahrgenommen werden, sondern stattdessen passiver Medienkonsum, keine Freiräume für Kreativität und kein Interesse an Wissen und Bildung vorherrschen (vgl. Hüther 2007, S. 52ff.; Scheithauer et al. 2000b, S. 23ff.).

Aus diesen Gründen sind alternative Erfahrungsräume mit einer/m MentorIn wie dem Balu so immanent bedeutsam, da die Kinder hierdurch Spielmöglichkeiten jenseits eines passiven Medienkonsums kennenlernen können, ihre Kreativität gefördert wird und sie so aufgefordert werden, eigene Ideen und Wünsche für ihre Freizeitgestaltung zu entwickeln. Dabei spielen informelle Lernprozesse, die sich „im zwischenmenschlichen Bezug des Erklärens, Zeigens, Antwortens oder Entdeckens“ (Müller-Kohlenberg 2015, S. 528) mit dem Balu abspielen, eine große Rolle. Die multiplen Belastungen der ihnen anvertrauten Kinder verlangen von den Balus zudem ein besonderes Einfühlungsvermögen und bedürfen einer Abpufferung durch positive Erfahrungen und Erfolgserlebnisse mit einem kompetenten und empathischen Erwachsenen. Den Überlegungen und Forschungsergebnissen von Garnezy et al. (1984, S. 102) und Rutter (2012a, S. 337f.) folgend kann außerdem vermutet werden, dass *Balu und Du* protektiv auf die Fähigkeit der Kinder, mit stressigen Trennungserfahrungen umzugehen, wirken kann. Insbesondere bei Kindern, die selten das Haus verlassen oder sehr schüchtern sind, können sog. „happy separations“, d.h. positive Erlebnisse mit dem Balu außerhalb ihres sonstigen Erfahrungshorizontes und ihrer bisherigen „Komfortzone“ dabei helfen, Resilienzprozesse anzustoßen.

Im Sinne einer Qualitätssicherung stellt sich für das im Jahr 2002 in Osnabrück gegründete Mentorenprogramm *Balu und Du* selbstverständlich immer wieder die Frage, ob und inwieweit die Mentorenbeziehung zu ihrem Balu die am Projekt teilnehmenden Moglis tatsächlich auf pädagogisch wünschenswerte Art und Weise beeinflusst.

Aufgabe der hier vorgestellten Evaluationsstudie war es daher, positive Wirkungen des Mentorenprogramms *Balu und Du* auf die Moglis zu identifizieren. Hierfür wurden zum einen gesundheitsbezogene Orientierungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Kompetenzen (gesundheitsrelevante Ressourcen) als Bestandteile gesundheitsrelevanter Lebensstile und als Kriterien für erfolgreiche Resilienzprozesse untersucht. Ebenfalls analysiert wurden mögliche Veränderungen der Gesundheit bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Outcome dieser Resilienzprozesse sowie als personaler Schutzfaktor. Ziel der vorliegenden Arbeit war somit die Beantwortung der übergreifenden Forschungsfrage, ob und inwieweit die Teilnahme am Mentorenprogramm *Balu und Du* bei sozial benachteiligten

Grundschulkindern zu Resilienzprozessen in Form von positiven Lebensstiländerungen und Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt.

Durch diese Herangehensweise wurde der engen Verzahnung zwischen Resilienz- und Gesundheitsförderung Rechnung getragen. So liegt dem Konzept der Gesundheitsförderung und der Idee von Gesundheit als möglichst umfassenden Zustands körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ein Perspektivenwechsel der letzten Jahre zugrunde, welcher durch das Salutogenesekonzept von Antonovsky, aber auch durch die Resilienzforschung, entscheidend mitgeprägt wurde (vgl. Jerusalem/ Meixner 2009, S. 14f.; Ritterbach/ Wohlfahrt 2009, S. 55).

Das von Antonovsky entwickelte Konzept der Salutogenese mit dem Gesamtkonzept „übergeordneter psychosozialer generalisierter Widerstandsressourcen-Widerstandsdefiziten“ (GRR-GRD) und der globalen Orientierung des Kohärenzgefühls basiert auf einer stärker auf Gesundheitspotenziale und weniger nur auf die Vermeidung und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichteten Sichtweise. Antonovsky beschäftigte sich insbesondere damit, wie es Menschen gelingt, mit der allgegenwärtigen Herausforderung einer aktiven Anpassung an eine unvermeidlich mit Stressoren gefüllten Umwelt umzugehen. Dies führte ihn unmittelbar zu den Theorien des erfolgreichen Copings und der Frage, warum bestimmte Menschen allen medizinischen Wahrscheinlichkeiten zum Trotz, gesund bleiben (vgl. Antonovsky 1997, S. 24ff.). Damit stellte er ganz ähnliche Fragen wie die Resilienzforschung, da er ebenfalls nach der Identifikation gesundheitserhaltender Faktoren strebte (vgl. Bengel et al. 2001, S. 63f.). Er selbst sah Parallelen seiner eigenen Arbeit zu der Kauai-Studie von Werner und Smith (1982) bei dem der Fokus der Studie auf den „Wurzeln der Unverwüstlichkeit“ einer Subgruppe der untersuchten risikobelasteten Kindern und der damit einhergehenden protektiven Wirkung bestimmter Fähigkeiten und Einstellungen, wie einer stärkeren internalen Kontrollüberzeugung, einem positiveren Selbstkonzept und einem ausgeprägten Kohärenzgefühl lag (vgl. Antonovsky 1997, S. 55f.).

Später wurde das Kohärenzgefühl als eine mögliche Ressource zur Gesundheitserhaltung in das Modell der Resilienzforschung integriert. Personale und soziale Schutzfaktoren ermöglichen erst die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls, während ein hohes Kohärenzgefühl wiederum Risikofaktoren protektiv abpuffern kann. Diese Interdependenzbeziehung kann zu einem späteren Zeitpunkt im Lebenslauf jedoch gestört werden, wenn Ressourcen bzw. Schutzfaktoren aufgrund eines schwachen Kohärenzgefühls nicht mehr aktiviert werden können (vgl. Bengel et al. 2001, S. 63f.).

Auf der Grundlage der salutogenetischen Orientierung ist nun davon auszugehen, dass eine gute Beziehung zum Balu das Vertrauen der Moglis in ihre Umwelt und in ihre eigenen Fähigkeiten stärkt. Auch wenn dies nicht explizit in dieser Untersuchung mit einbezogen

wurde, darf angenommen werden, dass die Teilnahme am Mentorenprogramm durch die Fokussierung auf Copingstrategien und generalisierte Widerstandsressourcen bei den Moglis Lebenserfahrungen ermöglicht, die zu einem höheren Kohärenzgefühl führen. Für zukünftige Untersuchungen des Mentorenprogramms *Balu und Du* wäre es sicherlich sinnvoll, die Entwicklung des Kohärenzgefühls der Moglis während der Projektteilnahme zu untersuchen und dieses mit der Anzahl vorhandener personaler Ressourcen wie auch vorhandener Risikofaktoren in Beziehung zu setzen.

Für die hier vorgestellte Evaluationsstudie wurde die Entwicklung der Moglis immer im Vergleich zu der Entwicklung von Kindern einer Kontrollgruppe betrachtet. Neben einem gesamten Vergleich beider Gruppen sowie dem Vergleich von verschiedenen Alters- und Geschlechtskohorten waren der Vergleich von Kindern mit unterschiedlicher familiärer Belastung sowie der Vergleich derjenigen Extremgruppen, die zum Erhebungszeitpunkt t_1 die jeweils geringsten Ausgangswerte aufwiesen, von Interesse. Denn neben vertikal wirkenden gesundheitlichen Ungleichheiten, die sich z.B. durch eine höhere Morbiditätsrate ärmerer gegenüber wohlhabenderen Kindern äußert (vgl. Hradil 2009, S. 45f.; Mielck 2011, S. 510), wirken auch horizontale gesundheitliche Ungleichheiten, wie das Geschlecht, auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Gesundheit der Kinder ein.

Innerhalb der Lebensphase Kindheit vollziehen sich in den ersten zehn Jahren große Entwicklungssprünge. Daher stellt das Alter der Kinder eine, auch im Zusammenspiel mit anderen Ungleichheitsfaktoren, nicht unwesentliche Einflussgröße dar. Die soziale Benachteiligung bzw. vorliegende Belastung der Kinder wurde anhand einer Reihe von in der Resilienzforschung bekannten Risikofaktoren erfasst. Hierfür wurden die Kinder dem Schema der Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. Laucht et al. 2002, S.8) folgend in die Gruppe „ohne familiäre Belastung“ (kein Risikomerkmal), die zweite Gruppe der Kinder mit „leichter familiärer Belastung“ und die dritte Gruppe der Kinder mit „schwerer familiärer Belastung“ eingeteilt. Denn für einen negativen Entwicklungsverlauf ist weniger die Art oder Spezifität eines einzigen Risikofaktors, sondern die Anzahl der Risikofaktoren, denen das Kind ausgesetzt wird, ausschlaggebend (vgl. Scheithauer/ Petermann 1999, S. 5).

Im besonderen Forschungsfokus stand hierbei, dem soeben geschilderten Ansatz der Resilienzforschung folgend, zweifelsohne die Risikogruppe der familiär schwer belasteten Moglis.¹⁰⁸ Resilienztheoretischen Überlegungen folgend konnte jedoch nicht erwartet

¹⁰⁸ Da verschiedene Gesundheitspotenziale und Krankheitsrisiken in der Migrantenbevölkerung in Abhängigkeit vom Herkunftsland, der Aufenthaltsdauer und der Einwanderungsgeneration nach Erkenntnissen der KiGGs-Studie stark variieren (vgl. Kurth et al. 2008, S. 20; RKI 2008, S. 123ff.), wurde das Merkmal „Migrationsstatus“ hierbei nicht als eigenständiger Risikofaktor mit in diese Untersuchung einbezogen. Dem Umstand, dass viele Kinder mit Migrationshintergrund aus Elternhäusern mit niedriger Bildung, relativer Armut und geringen Deutschkenntnissen kommen und diese Variablen sehr wohl als Risikofaktoren angesehen werden können, wurde jedoch durch die Einbeziehung dieser Merkmale (die sich selbstverständlich auch auf die autochthone Bevölkerung beziehen können) Rechnung getragen.

werden, dass familiär schwer belastete Kinder ähnlich positive Anfangswerte wie überhaupt nicht oder nur leicht familiär belastete Kinder erzielen würden, sondern vielmehr dass sie sich besser entwickelten als dies bei Kindern aus der Kontrollgruppe mit ähnlich schwierigen Lebensumständen der Fall war. Entscheidend ist es für diese Kinder daher vor allem Entwicklungsergebnisse zu erreichen, die über den eigentlichen Erwartungen liegen (vgl. Rutter 2012a, S. 342).

Auch wäre es vollkommen unrealistisch gewesen anzunehmen, dass die Kinder der Treatmentgruppe konsistent gleiche positive Umweltanpassungen in multiplen und nicht miteinander in Verbindung stehenden Bereichen erlangen würden. Somit war weniger von einer allgemeingültigen Resilienz auszugehen, sondern auch erfolgreiche Anpassungsprozesse in einzelnen Bereichen und das damit zusammenhängende Erreichen einer „situations- und lebensbereichsspezifische Resilienz“, z.B. im Bereich der sozialen Kompetenzen oder des sozialen Wohlbefindens, können bereits als Programmerfolg gewertet werden (vgl. Luthar et al. 2000, S. 548f.; Scheithauer et al. 2000a, S. 81).

Da Schutzfaktoren ihre volle protektive Wirkung erst bei einer gewissen Anzahl und Intensität vorhandener Risikofaktoren entfalten (vgl. Sturzbecher/Dietrich 2007, S. 1), war theoriekonform zudem zu vermuten, dass die Wirkungen der Mentorenbeziehung mit dem Balu als sozialem Schutzfaktor bei Kindern mit schwerer familiärer Belastung stärker ausfallen würden als dies bei Kindern ohne oder nur mit leichter familiärer Belastung der Fall war. Auch war anzunehmen, dass die Mentorenbeziehung mit dem Balu nicht *per se* einen „universell geltenden Schutzfaktor“ darstellt, der die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder als Outcome von Resilienzprozessen und personalen Schutzfaktor immer positiv beeinflusst. Vielmehr spielen die Qualität und Intensität der Beziehung zwischen Balu und Mogli eine entscheidende Rolle dafür, ob die Kinder soziale Unterstützung auch in Anspruch nehmen und der Schutzfaktor in Form von positiven Bindungserfahrungen wirksam werden kann.

Um mehr über die Güte der Mentorenbeziehungen zwischen Balu und Mogli zu erfahren, wurde die Stärke der Mentorenbeziehung (dichotomisiert als „leichterer Einfluss“ und „stärkerer Einfluss“) anhand einiger Fragen aus dem Lehrer- und Kinderfragebogen, sowie anhand von aus den Tagebüchern der Balus extrahierter Variablen, gemessen. Wie sich im Laufe der Untersuchung jedoch herausstellte, konnten hierauf beruhende Unterschiede in der Entwicklung der Moglis mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung nicht so durchgehend identifiziert werden, wie ursprünglich erhofft. Zu vermuten ist daher, dass die Extraktion einiger der ausgewählten Variablen aus den Tagebüchern mit Messfehlern behaftet ist (z.B. weil nicht an allen Standorten bzw. von allen Balus gleichermaßen regelmäßig Tagebucheinträge gemacht wurden).

Eine interessante weitere Erklärung für diesen Befund liefert die Annahme Ungars (2012, S. 15f.) darüber, dass die Art und Intensität einer Intervention sowie die damit verbundenen Veränderungen der Sozialökologie der Kinder für den Erfolg entscheidender seien, als die individuelle Motivation der Kinder selbst. Demzufolge wäre bspw. die Häufigkeit der Treffen wichtiger gewesen als die (für die Bildung dieser Variablen ebenfalls einbezogene) Angabe der Kinder, wie sehr ihnen die Projektteilnahme gefallen hatte. Für weitere Untersuchungen sollte daher nach Möglichkeiten gesucht werden, den Fokus durch eine zusätzliche Befragung der Balus stärker auf den Einfluss der Mentorenbeziehungen zu richten und die Stärke der Mentorenbeziehungen noch adäquater zu operationalisieren als dieses anhand der hier durchgeführten ad-hoc Operationalisierung gelungen ist.

Wie die Ausführungen der in Kapitel 5.5 vorangegangenen Diskussion und Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse bereits verdeutlichten, muss die eingangs gestellte Forschungsfrage, ob und inwieweit die Teilnahme am Mentorenprogramm *Balu und Du* bei sozial benachteiligten Grundschulkindern zu Resilienzprozessen in Form von positiven Lebensstiländerungen und Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt, differenziert beantwortet werden.

Für Kinder im Grundschulalter sind durch Gewohnheiten entstandene Verhaltensweisen (vgl. Orbell/ Verplanken 2010; Wood/ Tann 2005) für ihre Gesundheit sicherlich bedeutsamer als intentional durchgeführte Verhaltensänderungen, wie sie Schwarzer (2004) in seinem Modell erläutert. In jungen Jahren können bewusst herbeigeführte Verhaltensänderungen noch nicht im gleichen Maße erwartet werden wie bei Erwachsenen (denen dieses im Übrigen häufig auch schwer genug fällt). Dennoch kann der Balu mit den Moglis auch auf intentional herbeigeführte Verhaltensänderungen, in denen diese immer wieder in gemeinsamen Gesprächen reflektiert werden, hinarbeiten. Gewohnheitsmäßige Handlungen laufen häufig automatisiert ab und werden durch situative Signale ausgelöst (vgl. Orbell/ Verplanken 2010, S. 374).

In diesem Zusammenhang ist es für eine/n MentorIn wie den Balu möglich, situative Signale zu setzen, um bestimmte Verhaltensweisen herbeizuführen (z.B. ins Schwimmbad zu gehen, um die Bewegungsfreude und das Bewegungsverhalten zu fördern) bzw. bewusst situative Umgebungssignale zu durchbrechen (z.B. durch Verlassen des elterlichen Zuhauses und damit der Versuchung gemeinsam fernzusehen). Wie die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie zeigen, konnten tatsächlich durchgängig positive Ergebnisse für die Bereitschaft der Kinder, offen über Probleme zu reden, sowie bei der Zunahme ihrer Abenteuerlust erzielt werden. Auch die Kontaktfreudigkeit zu anderen Kindern nahm ausnahmslos zu, wenn auch nur mit teilweise sehr geringen Effektstärken. Überwiegend positive Ergebnisse der Moglis ergaben sich hinsichtlich ihres Ernährungsverhaltens, Bewegungsverhaltens und Hygieneverhalten. Zumindest teilweise besser entwickeln

konnten sich die Moglis zudem bezüglich ihres Medienverhaltens; vor allem bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung nahmen das Spielen von Computerspielen und das Fernsehen ab.

Noch schwieriger dürfte es sein, gesundheitsbezogene Orientierungen, die auf Werten, Einstellungen und Normen der Kinder fußen, und sich bereits in jungen Jahren manifestiert haben können, dauerhaft zu durchbrechen. Kinder bzw. Jugendliche müssen erst dazu fähig sein, ein abstraktes Konzept von Gesundheit zu entwickeln, welches Beziehungen zwischen ihrem Verhalten und ihrer Gesundheit beinhaltet, um aktiv Prävention bzw. Gesundheitsförderung betreiben und gesundheitsbezogene Orientierungen verändern zu können. Die nach wie vor bestehenden erheblichen Wissenslücken hinsichtlich kindlicher Gesundheitskognitionen betreffen sowohl ihren Ursprung wie auch ihre weitere Entwicklung; d.h. inwieweit Gesundheitskognitionen von der Familie, Gleichaltrigen und Medien beeinflusst werden, ist bisher nicht bekannt. Es wird jedoch vermutet, dass insbesondere das familiäre Verständnis und Konzept von Gesundheit einen großen Einfluss haben dürften (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.). So werden neben gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auch gesundheitsbezogene Orientierungen noch maßgeblich in der Familie und im näheren Umfeld der Kinder vorgegeben und vorgelebt (vgl. Susman et al. 1992, S. 1ff.). Zudem spielt die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit in jungen Jahren als Verhaltensmotiv wie auch bei der Entwicklung von Werten und Präferenzen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.). Wie die Ergebnisse zeigen, waren positive Entwicklungen im Bereich der Ernährungsvorlieben daher auch kaum möglich. Umso beachtenswerter ist, dass sich die Moglis zumindest in zwei Dimensionen, der Bewegungsfreude und der Lernfreude der Kinder, verbessern konnten.

Als besonders bedeutsam zur Vermeidung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen auch im späteren Jugendalter sind vor allem frühe Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie allgemeiner Lebenskompetenzen anzusehen (vgl. Pinquart/Silbereisen 2002, S. 847ff.). Ohne den Erwerb von Kompetenzen ist eine aktive und erfolgreiche Lebensführung sowie eine positive Bewältigung kurzfristiger wie langfristiger Anforderungen über den gesamten Lebenslauf nicht denkbar. Dies trifft insbesondere auf das Erwachsenenalter, jedoch auch (wenn gleich noch in geringerem Maße) auf die Lebensphase der Kindheit zu.

Ab der frühesten Kindheit werden Kindern Kompetenzen vermittelt und die erfolgreiche Ausführung derselben mit jedem weiteren Lebensjahr zunehmend erwartet. Eine positive, altersgemäße kindliche Entwicklung wird daher auch im hohen Maße an dem Erwerb dieser Kompetenzen und der damit verknüpften positiven Bewältigung der in den unterschiedlichen Phasen der Kindheit anstehenden Entwicklungsaufgaben festgemacht. Zwar handelt es beim Kompetenzerwerb um ein das gesamte Leben durchziehendes Thema, dennoch wird der

Grundstein für einen erfolgreichen, lebenslangen Kompetenzerwerb insbesondere in der Kindheit und Jugend gelegt. Eine Förderung von Lebenskompetenzen muss immer auch als Förderung von Resilienz betrachtet werden, da Lebenskompetenzen, wie bspw. die Fähigkeit zur Emotionsregulation, es Individuen ermöglicht, sich auch in schwierigen Situationen bzw. im Angesicht von kritischen Lebensereignissen kompetent zu verhalten und sich so, trotz widriger Lebensumstände, positiv an ihre Umwelt anzupassen und in dieser zu behaupten. Auch bestehen starke Verknüpfungen zwischen dem theoretischen Grundgedanken der Lebenskompetenzen und der salutogenetischen Perspektive. So können Lebenskompetenzen als „generalisierte Widerstandsressourcen“ bezeichnet werden, welche zu einem positiven Umgang und letztendlich einer Lösung sowohl psychischer wie auch sozialer Probleme befähigen. Lebenskompetenzen tragen so maßgeblich zu der Ausbildung und Beibehaltung eines stark ausgeprägten Kohärenzsinn bei (vgl. Bühler/Heppekausen 2005, S. 19f.).

Nicht zu vernachlässigen ist auch, dass bedeutsame Kompetenzen den später erreichten Bildungsgrad, berufliche Positionen und Einkommensmöglichkeiten maßgeblich mitbestimmen. Dadurch ergibt sich für sozial benachteiligte Grundschul Kinder aus sozial niedrigen Schichten in der Lebenslaufperspektive die Möglichkeit, einer Generationenfolge von wiederkehrender Arbeitslosigkeit, niedriger Bildung und relativer Armut zu entgehen. Der Erwerb verschiedenster (Lebens-)Kompetenzen ist daher aus den unterschiedlichsten Gründen heraus für die mindestens langfristige Entwicklung der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Moglis ganz zentral. Dieser Gedankenführung folgend kann argumentiert werden, dass positive Kompetenzentwicklungen für die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensstile die größte Bedeutung besitzen. Andere, frühe Präventionsansätze der 1950er-Jahre, die vor allem der Wissensaneignung und Abschreckung dienten, sowie persönlichkeitsorientierte Präventionsprogramme der 1970er-Jahre, haben sich im Vergleich zur Lebenskompetenzförderung daher bisher auch als ziemlich wirkungslos erwiesen (vgl. Jerusalem/ Meixner 2009, S. 141f.).

Tatsächlich konnten sich die Moglis hinsichtlich ihrer motorischen Fähigkeiten, insbesondere bezüglich ihrer Großmotorik, entgegen ursprünglich anderer Erwartungen allerdings nicht positiver entwickeln als die entsprechenden Kinder der Kontrollgruppe. Aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften können fehlende sportliche und motorische Kompetenzen bereits im Kindesalter zu diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Diesbezüglich bestehen sicherlich Verbesserungsmöglichkeiten für das Mentorenprogramm *Balu und Du*, da die in dieser Untersuchung festgestellten Ergebnisse hinsichtlich der groß- und feinmotorischen Fähigkeiten der Kinder eher unbefriedigend ausfielen. Hier scheinen die Möglichkeiten der Balus, längerfristig die Motorik positiv beeinflussen zu können, begrenzt zu sein, auch wenn sie in der Regel sehr darauf achten, dass die Moglis sich, z.B. auf dem

Spielplatz, beim Radfahren, beim Schwimmen oder Fangen spielen, sehr viel bewegen. Zudem animieren viele Balus ihre Moglis dazu in Sportvereine zu gehen.

Anders als bei den motorischen Fähigkeiten entwickelten sich die Moglis bezüglich ihrer Entscheidungsfähigkeit, der modifizierten Version der Kaseler Konzentrations-Aufgabe (KKA), ihrer Empathiefähigkeit und ihrer Selbstorganisationsfähigkeit hingegen nahezu durchgängig positiv. Überwiegend positive Ergebnisse erzielten sie auch hinsichtlich ihrer Konzentrationsfähigkeit, ihrer Frustrationstoleranz und ihrer realistischen Selbsteinschätzung. Kleine positive Nettoeffektstärken konnten immerhin noch hinsichtlich ihres Wissens über gesunde Ernährung (als Gesundheitskompetenz) und ihrer schulischen Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Auch die sportliche Leistungsfähigkeit der Moglis entwickelte sich für die Gesamtgruppe aller Moglis, wie auch für Moglis mit schwerer familiärer Belastung, vergleichsweise günstiger als bei der Kontrollgruppe.

Während jüngere Kinder im Vorschulalter noch nicht über ein bewusstes Gesundheitskonzept verfügen, verbinden Kinder ab dem Grundschulalter Gesundheit und Wohlbefinden mit einem angenehmen Zustand. Je älter die Kinder werden, desto besser können sie ihr Gesundheitsverständnis von der gegenwärtigen Situation und ihrem unmittelbaren Gesundheitsempfinden lösen und stärker mit der Zukunft verknüpfen (vgl. Gochman 1992, S. 10ff.). Nach Untersuchungsergebnissen der KiGGS-Studie nimmt der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder nach elterlicher Einschätzung mit zunehmenden Alter jedoch ab (vgl. Rattay et al. 2012, S. 154ff.).

Für die hier durchgeführte Evaluationsstudie lagen für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Moglis als Outcome von Resilienzförderung und als personaler Schutzfaktor die folgenden Ergebnisse vor: Das psychische Wohlbefinden der Moglis konnte sich gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe – entgegen der Zielsetzung des Projekts - nur kaum sowie bei der Subgruppe von Moglis mit schwerer familiärer Belastung überhaupt nicht verbessern. Die Intensität passiver negativer Gefühle wie Trauer, Angst und Einsamkeit als Teilbereich psychischen Wohlbefindens nahm bei den Moglis jedoch immerhin während des Projektzeitraums etwas stärker ab als bei den Kindern der Kontrollgruppe. Zudem konnten sich die Moglis gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe durchgängig bzw. überwiegend positiver hinsichtlich ihres körperlichen Wohlbefindens, ihrer allgemeinen Gesundheit (nach Einschätzung der KlassenlehrerInnen), ihrer sozialen Beziehungen zu anderen Kindern und ihr Wohlbefinden im schulischen Umfeld entwickeln. Auch für die Dimension „Beziehungen zu Eltern und Autonomie“ ergaben sich, bis auf bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung, positivere Ergebnisse.

Dieser Befund ist für diese Gruppe der besonders benachteiligten Grundschul Kinder insofern als Zukunftsperspektive wenig erfreulich, da der Einfluss der Familie als primäre

Sozialisationsinstanz auf die kindliche Lebenswelt und das kindliche Wohlergehen als sehr groß gelten kann (vgl. Klocke/ Becker 2003, S. 183). So können sich familiäre Strukturen und das Familienklima, teilweise im Zusammenwirken mit anderen vertikalen Ungleichheiten, sozial begünstigend oder sozial nachteilig auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern auswirken. An dieser Stelle ist es dem Mentorenprogramm *Balu und Du* – aus welchen Gründen auch immer - offensichtlich nicht gelungen, bessere Beziehungen der Kinder zu den Eltern sowie eine höhere Autonomie der Moplis mit schwerer familiärer Belastung herbeizuführen. Inwieweit dies für einen Balu jedoch überhaupt möglich und nicht doch eher überfordernd ist, bleibt eine offen zu diskutierende Frage und wäre ein interessanter Ansatzpunkt für weitere Forschungsstudien.

Schließlich sollen die Bedeutsamkeit der Ergebnisse dieser Evaluationsstudie noch einmal im Vergleich zu den von der WHO herausgegebenen Kriterien zu Lebenskompetenzen bzw. zu anderen Studien bewertet werden. Wenn auch grundsätzlich eine Fülle von verschiedensten Lebenskompetenzen für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wichtig sein können, so sind es doch nach Einschätzung der WHO vor allem ein Kernbereich von zehn Lebenskompetenzen, deren Einfluss als besonders hoch eingeschätzt wird. Diese umfassen die „Entscheidungsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit, Fähigkeit zu kreativem Denken, Fähigkeit zu kritischem Denken, Fähigkeit zu erfolgreicher Kommunikation, Fähigkeit zu zufriedenstellenden zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbewusstsein, Empathiefähigkeit, Fähigkeit zur Emotionsregulation und die Fähigkeit zur Stressbewältigung [Übersetzung der Autorin].“ (WHO 1997b, S. 1).

Ergänzend hierzu konnten im Rahmen des „Rochester Child Resilience Projects“ (RCRP) 84% der untersuchten Kinder anhand der fünf Eigenschaften allgemeines Selbstwertgefühl, Empathie, realistische Selbsteinschätzung, soziale Problemlösefähigkeit und Selbstbewusstsein korrekt in die Gruppe der resilienten bzw. nicht-resilienten Kinder eingeordnet werden (vgl. Cowen et al. 1997, S. 532f.). In der „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ wurde deutlich, dass sich resiliente Jugendliche durch eine realistischere Zukunftsplanung, ein aktiveres und weniger vermeidendes Bewältigungsverhalten, ein höheres Selbstvertrauen, bessere soziale Beziehungen, eine höhere Lernmotivation und bessere Schulleistungen auszeichnen (vgl. Lösel/Bender 2007, S. 58f.).

Daher können günstige Entwicklungen der Moplis hinsichtlich derjenigen Kompetenzen, wie sie von der WHO wie auch dem „Rochester Child Resilience Project“ und der „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ als für die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zentral definiert wurden, auch in dieser Evaluationsstudie als bedeutsam angesehen werden. Die positiven Wirkungen des Mentorenprogramms *Balu und Du* auf die

Entscheidungsfähigkeit, die Empathiefähigkeit sowie die realistische Selbsteinschätzung sind hierbei besonders hervorzuheben.

Auch wurde den KlassenlehrerInnen die Frage gestellt, ob die Moglis die Bereitschaft zeigten, offen über Probleme zu sprechen bzw. sich frustrationstolerant gezeigt hätten. Aufgrund der bei beiden Einzelitems beobachtbaren Verbesserungen kann geschlussfolgert werden, dass die Fähigkeit zur Emotionsregulation zumindest zum Teil zunahm. Die Fähigkeit zur erfolgreichen Kommunikation wurde zwar nicht direkt abgefragt, jedoch das tatsächliche Kommunikationsverhalten der Kinder mit Gleichaltrigen, welches sich ebenfalls bei den Moglis steigerte und als Indikator für eine erhöhte Kommunikationsfähigkeit angesehen werden kann.

Da die Moglis bei Trauer und negativen Gefühlen am Projektende etwas weniger häufig Möglichkeiten des Rückzugs (z.B. Fernsehen oder Computerspielen) wählten, während sie deutlich öfter die soziale Unterstützung durch den Balu, ihre Familien, LehrerInnen oder Freunde suchten, kann außerdem von einer Entwicklung hin zu einem aktiveren und weniger vermeidenden Bewältigungsverhalten bzw. einer besseren Stressbewältigung gesprochen werden. Auch wenn die Fähigkeit zum kreativen Denken nicht Bestandteil dieser Evaluationsstudie gewesen war, ist sicherlich davon auszugehen, dass die nachgewiesene gesteigerte Abenteuerlust der Moglis am Projektende und die damit einhergehende höhere Entdeckungsfreude eine wichtige Voraussetzung zum Anstoß kreativer Denkprozesse darstellt.

Ihr Selbstvertrauen (zumindest das von den KlassenlehrerInnen beobachtete Selbstbewusstsein auf dem Schulhof) konnten die Kinder der Treatmentgruppe allerdings nicht erhöhen. Dafür nahm die Lernfreude der Moglis deutlich zu und ihre schulische Leistungsfähigkeit verbesserte sich leicht. Hinsichtlich ihrer sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen schätzten die Moglis selbst dieses am Projektende deutlich positiver und die KlassenlehrerInnen zumindest leicht positiver ein als noch zu Projektbeginn.

Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass sich die Moglis hinsichtlich der von dem „Rochester Child Resilience Projekt“ genannten wichtigsten Eigenschaften resilienter Kinder, einiger Kriterien der „Bielefelder Invulnerabilitätsstudie“ sowie dem nach der WHO wichtigen Kernbereich an Lebenskompetenzen positiv bzw. zum Teil sogar sehr positiv weiterentwickeln konnten, sofern diese auch in dieser Studie erhoben wurden. Als weitere Anregung könnte für zukünftige Studien auch noch die Lebenskompetenz der Selbstwirksamkeit in die Untersuchung mit einbezogen werden. Denn Selbstwirksamkeit stellt aufgrund der mit ihr verbundenen Kompetenzerwartungen eine wichtige Voraussetzung für die Aneignung weiterer Kompetenzen und die Motivation hierfür notwendiger Handlungen dar (vgl. Bühler/ Heppekausen 2005, S. 19f.).

Neben der soeben durchgeführten Betrachtung der Ergebnisse dieser Studie für die einzelnen Bereiche der gesundheitsrelevanten Lebensstile (gesundheitsbezogene Orientierungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Kompetenzen) sowie der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität war ebenfalls von Interesse, ob Moglis mit schwerer familiärer Belastung stärker von einer Programmteilnahme profitieren konnten als die Gesamtgruppe der Moglis, als die jeweiligen Extremgruppen der Moglis mit t_1 besonders ungünstigen Ausgangswerten und als die Moglis mit leichter familiärer Belastung. Auch wurde die Entwicklung der jüngeren mit den älteren Moglis und der weiblichen mit den männlichen Moglis verglichen.

Hinsichtlich der familiären Belastung der Kinder konnte zwar von der Prämisse ausgegangen werden, dass bei den teilgenommenen Moglis *per se* eine Grundbelastung vorlag, da sie sonst nicht von ihren KlassenlehrerInnen für das Programm angemeldet worden wären. Dennoch war anzunehmen, dass die Anzahl an belastenden Risikofaktoren sowie die Schwere dieser Belastungsfaktoren zwischen den Kindern zum Teil massiv variieren würde. Daher wurden die Kinder, wie bereits erläutert, in die Gruppe der Kinder „ohne familiäre Belastung“, mit „leichter familiärer Belastung“ und mit „schwerer familiärer Belastung“ eingeteilt.

Moglis mit schwerer familiärer Belastung konnten sich im Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Bewegungs- und Lernfreude sowie ihres Ernährungsverhaltens, ihres Bewegungsverhaltens, ihres Hygieneverhaltens sowie teilweise bezüglich ihrer Mediennutzung gegenüber den Moglis mit leichter familiärer Belastung leicht bis stark positiver entwickeln. Bei einer Reihe von Resilienz fördernden Kompetenzen schnitten Moglis mit schwerer familiärer Belastung zudem besser ab. Diese umfassten die Entscheidungs-, Konzentrations- und Empathiefähigkeit sowie die Frustrationstoleranz, die realistische Selbsteinschätzung und die sportliche Leistungsfähigkeit. Ebenfalls günstiger entwickelten sie sich hinsichtlich der drei KIDSCREEN-27 Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“ und „schulisches Umfeld“ als Gradmesser ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Moglis mit leichter familiärer Belastung konnten sich dagegen nur im Bereich gesundheitsbezogener Orientierungen und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bei einigen Einzelitems, bei der Durchführung des Konzentrationstests, bei ihrem psychischem Wohlbefinden, den Beziehungen zu ihren Eltern sowie der durch die LehrerInnen gegebenen Einschätzung hinsichtlich der Qualität der sozialen Beziehungen zu anderen Kindern positiver weiter entwickeln als Moglis mit schwerer familiärer Belastung.

Da der Gesamtgruppenvergleich der Treatment- und der Kontrollgruppe neben Kindern mit leichter wie auch mit schwerer familiärer Belastung auch Kinder ohne familiäre Belastung (hauptsächlich Kinder der Kontrollgruppe) umfasste, überrascht nicht, dass sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung zudem gegenüber der Gesamtgruppe der Moglis in fast allen untersuchten Dimensionen und Einzelitems während des Projektzeitraums mindestens gleich wenn nicht sehr viel besser entwickeln konnten. Während Kinder mit schwerer familiärer Belastung die in dieser Untersuchung *per se* am stärksten sozial benachteiligte Subgruppe stellte, wurden für jede einzelne Dimension und jedes einzelne Item zusätzlich die Extremgruppen an Kindern mit den zum Erhebungszeitpunkt t_1 niedrigsten Ausgangswerten für die Moglis wie auch für die Kinder der Kontrollgruppe ermittelt.

Wie anhand der Ergebnisse abgelesen werden kann, konnten sich die Moglis der jeweils individuell für die verschiedenen Dimensionen bzw. Einzelitems gebildeten Extremgruppen gegenüber den Moglis mit schwerer familiärer Belastung in einigen Bereichen wie der Lernfreude, dem Bewegungsverhalten, der Empathiefähigkeit (nur bei den Jungen) oder der schulischen Leistungsfähigkeit besser entwickeln. Insbesondere bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erzielten sie hinsichtlich ihres körperlichen und psychischen Wohlbefindens, wie auch den Beziehungen zu ihren Eltern und zu anderen Kindern, zum Teil positivere Ergebnisse.

Bei allen anderen Dimensionen und Einzelitems schnitten Moglis mit schwerer familiärer Belastung jedoch mindestens ungefähr gleich gut, wenn nicht sogar besser ab. Die Erkenntnis, dass sich Moglis mit schwerer familiärer Belastung in den meisten Dimensionen und Einzelitems gegenüber den entsprechenden Kindern der Kontrollgruppe deutlich positiver weiterentwickeln konnten als alle anderen untersuchten Mogli-Subgruppen ist im Sinne des Projekts besonders wichtig und erfreulich. Grund hierfür ist, dass Moglis mit schwerer familiärer Belastung nach den Prämissen der Resilienzforschung für die Beantwortung der Fragestellung dieser Untersuchung, ob und wenn ja wie stark *Balu und Du* auf gesundheitsrelevante Lebensstile als Resilienz Kriterien sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. Gesundheit als Outcome dieser Resilienzprozesse wirkt, die wichtigste Subgruppe überhaupt darstellen.

Dennoch sind selbstverständlich auch die Ergebnisse anderer Subgruppenvergleiche interessant, um mehr über den Einfluss von *Balu und Du* auf Kinder verschiedener Alters- und Geschlechtskohorten zu erfahren. So wurden die Entwicklungen der jüngeren und der älteren Alterskohorte der Moglis miteinander verglichen. Dabei konnte allenfalls ein Trend zu einem leicht besseren Abschneiden für die Moglis der jüngeren Alterskohorte beobachtet werden. Zumindest leicht besser entwickeln konnten sich die jüngeren Moglis jedoch nur in vier Dimensionen, während den älteren Moglis in sechs Dimensionen eine zumindest leicht bessere Entwicklung gegenüber den jüngeren Moglis gelang. Da bei den meisten

Dimensionen wie auch für die bei beiden Altersgruppen durchgeführten Motoriktests (Körperkoordinationstest für Kinder, Lego- und Perlentest) zudem kaum Unterschiede bemerkt werden konnten, muss konstatiert werden, dass sich die Entwicklung beider Altersgruppen insgesamt sehr wenig voneinander unterschied. Damit scheint das Mentorenprogramm *Balu und Du* sowohl bei den jüngeren wie auch bei den älteren Moglis eine ähnlich intensive Wirkung zu entfalten.

Im direkten Vergleich der Entwicklung zwischen den weiblichen und männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung, gemessen an den erreichten Bruttoeffektstärken, konnten sich beide Geschlechter in zehn der untersuchten Tests bzw. Dimensionen ungefähr gleich gut entwickeln. Männliche Moglis entwickelten sich jedoch in zehn und weibliche Moglis in fünf der Tests bzw. Dimensionen zumindest leicht positiver als die jeweilige Pendantgruppe der weiblichen bzw. männlichen Moglis. Hierbei konnten die männlichen Moglis mit leichter familiärer Belastung vor allem im Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Lernfreude (1.KH) und Hygieneverhalten) zumindest etwas günstigere Ergebnisse erzielen. Bei den weiblichen Moglis war eine, wenn dann positivere Entwicklung, gegenüber den männlichen Moglis eher im Bereich des gesundheitsbezogenen Wohlbefindens (Dimension „passive negative Gefühle“ und KIDSCREEN-27 Dimensionen „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ und „Gleichaltrige und soziale Unterstützung“) zu beobachten.

Während bei den Moglis mit leichter familiärer Belastung die männlichen gegenüber den weiblichen Moglis also insgesamt etwas besser abschnitten, war bei einem Geschlechtervergleich der Moglis mit schwerer familiärer Belastung genau das Gegenteil der Fall. Hier erzielten die weiblichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung in zwölf Dimensionen bzw. Tests mindestens leicht bessere Ergebnisse als die männlichen Moglis mit schwerer familiärer Belastung. Diese umfassten die Dimensionen der Lernfreude, Konzentrationsfähigkeit, der realistischen Selbsteinschätzung und der Selbstorganisationsfähigkeit sowie den Lego- und den Perlentest. Außerdem konnten sich die weiblichen Moglis bei der Dimension „passive negative Gefühle“ und den KIDSCREEN-27 Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „Beziehung zu Eltern und Autonomie“ und „Gleichaltrige und soziale Beziehungen“ positiver entwickeln. Bei sechs Dimensionen erzielten die männlichen Moglis jedoch günstigere Ergebnisse – diese betrafen das Bewegungsverhalten, Hygieneverhalten und die Entscheidungsfähigkeit sowie die KIDSCREEN-27 Dimensionen „psychologisches Wohlbefinden“ und „schulisches Umfeld“. Die Ergebnisse in den anderen zehn Dimensionen fielen wiederum ziemlich ausgewogen aus.

Damit konnten sich innerhalb der Subgruppe von Kindern mit schwerer familiärer Belastung weibliche Moglis im Vergleich zu den männlichen Moglis offensichtlich günstiger entwickeln

– hieraus lässt sich schlussfolgern, dass das Mentorenprogramm *Balu und Du* für die Subgruppe der Moglis mit schwerer familiärer Belastung offensichtlich einen stärkeren positiven Einfluss bei den Mädchen als bei den Jungen ausübt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen zu den unterschiedlichen Wirkungen gleichgeschlechtlicher gegenüber gegengeschlechtlicher Mentorenbeziehungen auf die Entwicklung männlicher Moglis, nach denen männliche Moglis sich vor allem dann verbessern können, wenn sie von einem jungen Mann betreut werden. Da jedoch nach wie vor die große Mehrheit der Balus aus weiblichen Mentorinnen besteht, während 60% der angemeldeten Moglis männlich sind, kann aus diesen Untersuchungsergebnissen geschlossen werden, dass das Förderpotenzial von *Balu und Du* hinsichtlich männlicher Moglis mit schwerer familiärer Belastung noch nicht voll ausgeschöpft ist. Ein zukünftiges Ziel von *Balu und Du* sollte daher sein, mehr männliche Balus für das Mentorenprogramm anzuwerben, um männliche Moglis insbesondere mit schwerer familiärer Belastung noch adäquater unterstützen zu können.

Zusammenfassend lassen die hier dargestellten und interpretierten Ergebnisse die Schlussfolgerung zu, dass es sich bei dem Mentorenprogramm *Balu und Du* in weiten Teilen tatsächlich um ein Resilienzprogramm handelt, welches sich Luthar et al. (2000, S. 548f.) und Scheithauer et al. (2000a, S. 81) folgend lebensbereichsspezifisch positiv auf die gesundheitsrelevanten Lebensstile wie auch die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome und als Schutzfaktor auswirkt. Hierbei können die Moglis stellenweise zwar auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Orientierungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen profitieren, insbesondere jedoch scheint das größte Potenzial von *Balu und Du* im Bereich der Kompetenzverbesserungen sowie an zweiter Stelle bei der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. Gesundheit zu liegen. Hierbei müssen den von der WHO (1997b) sowie durch andere Studien identifizierten Resilienzmerkmalen, bei denen die Moglis besonders gut abschneiden konnten, eine hohe Bedeutung beigemessen werden.

Auch weisen die besonders günstigen Entwicklungsergebnisse für Moglis mit schwerer familiärer Belastung daraufhin, dass sich die Schutzwirkung des Balus als MentorIn i.S. der Resilienzforschung besonders bei dem Vorliegen einer höheren Anzahl bzw. Intensität von Risikofaktoren entfalten kann. Neben diesen Evaluationserfolgen machte zudem die aufgrund der großen Begeisterung für *Balu und Du* hohe Teilnahmebereitschaft der in diese Untersuchung einbezogenen Kinder und LehrerInnen deutlich, dass durch das Mentorenprogramm *Balu und Du* eine Beziehungsarbeit zwischen dem Balu und dem Mogli geleistet wird, welche mit harten quantitativen Messinstrumenten wohl auch nie vollständig zu erfassen sein wird. Hierfür bedarf es ergänzender qualitativer Untersuchungen, wie sie für *Balu und Du* bereits durch Esch (2011) durchgeführt wurden. Zudem sollten zukünftig mehr

Forschungsansätze Resilienz- und Gesundheitsförderung miteinander verbinden und die zentrale Bedeutung von (Lebens-)Kompetenzen noch intensiver untersuchen.

Doch wie steht es mit dem Gültigkeitsanspruch der hier gefundenen Ergebnisse? Zur Beurteilung der internen Validität wurden die von Bortz/ Döring (2005, S. 504f.) herausgearbeiteten Kriterien herangezogen. Demnach können externe zeitliche Einflüsse, Reifungsprozesse sowie die Möglichkeit einer Testübung die Untersuchungsergebnisse verfälschen. Während der Gefährdung externer zeitlicher Einflüsse durch die Auswahl von Kindern für die Kontrollgruppe aus den Klassen der Moglis sowie Reifungsprozesse durch die Auswahl von gleichen Altersgruppen für die Treatment- und die Kontrollgruppe vorgebeugt werden konnte, kann eine mögliche Gefährdung durch Testübungen (z.B. des Körperkoordinationstests für Kinder) generell nur schwer eingeschätzt werden. Es bleibt jedoch zu bedenken, dass mögliche Veränderungen bei der Beantwortung von Fragen und Tests die Treatment- wie auch die Kontrollgruppe wohl im gleichen Maße betroffen haben dürften. Zudem waren etliche Tests wie der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK), der Perlen- oder der Legotest so angelegt, dass sie kaum bis gar nicht geübt werden konnten. Des Weiteren können Untersuchungsergebnisse durch statistische Regressionseffekte verfälscht werden. Dies betrifft insbesondere Extremgruppenvergleiche. Da positive Entwicklungen bei Kindern mit zu t_1 besonders ungünstigen Ausgangswerten mindestens zum Teil auf „Regression zur Mitte“-Effekte zurückgeführt werden müssen, war ein Vergleich der Entwicklungen insbesondere zwischen der jeweiligen Extremgruppe der Moglis mit der jeweiligen Extremgruppe der Kinder aus der Kontrollgruppe unabdingbar, um die „wahren“ Effekte des Mentorenprogramms *Balu und Du* herausfiltern zu können. Bei quasiexperimentellen Untersuchungen können zudem Selektionseffekte aufgrund von anderen Einflussgrößen auftreten, die nicht mit dem Treatment in Verbindung stehen. In diesem Zusammenhang muss noch einmal selbstkritisch auf die unterschiedliche Verteilung von „familiärer Belastung“ in der Mogli- und in der Kontrollgruppe hingewiesen werden. Auch fiel die Geschlechterverteilung zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe nicht ganz paritätisch aus: Während die Moglis zu 60% männlich und zu 40% weiblich waren, setzte sich die Kontrollgruppe jeweils zur Hälfte aus Jungen und Mädchen zusammen. Diese beiden Problematiken konnten jedoch durch eine entsprechende Subgruppeneinteilung in Kinder „ohne familiäre Belastung“, mit „leichter familiärer Belastung“ und mit „schwerer familiärer Belastung“ sowie eine anschließend separate Betrachtung der Entwicklung von weiblichen und männlichen Moglis behoben werden. Signifikante Zusammenhänge zwischen der Gruppenzugehörigkeit der Kinder und ihrem Migrationsstatus bestanden hingegen nicht.

Schlussendlich fiel die experimentelle Mortalität in dieser Studie sehr gering aus, da es für die zweite Erhebungswelle gelang, fast alle Kinder der Treatment- und der Kontrollgruppe

erneut in die Untersuchung mit einzubeziehen (Dropout-Rate: 3,7%). Insgesamt wird die diesbezügliche interne Validität dieser Studie daher als recht hoch bewertet.

Schwierigkeiten bei der Datenerhebung ergaben sich allerdings durch die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume für die erste und die zweite Erhebungswelle, welche weniger forschungslogischen Prämissen als vielmehr organisatorischen Restriktionen des schulischen Ablaufs (Schulferien, Klassenfahrten, Belastungsphasen aufgrund geschriebener Schularbeiten) sowie individuellen Ausfällen (Krankheiten der Lehrkräfte oder der Kinder) folgen mussten. Zudem gaben jeweils ungefähr 10% der Kinder an, „innerhalb der letzten Woche“ vor der Untersuchung krank gewesen zu sein – es ist nun selbstverständlich denkbar, dass diese noch nicht lange zurückliegende Erkrankung die Einschätzung der Kinder hinsichtlich ihrer eigenen, insbesondere körperlichen, Gesundheit sowie ihre Fähigkeit, den Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) durchführen zu können, verschlechterte. In diesem Zusammenhang bleibt zu hoffen, dass sich hieraus entstandene Verzerrungen sowohl bei der Treatment- wie auch der Kontrollgruppe „ausmittelten“.

Zudem bleibt eine gewisse Unsicherheit darüber bestehen, ob gerade die jüngsten Kinder mit erst sechs Jahren, trotz durchgeführter Pretests und möglichst kindgerechter Sprache, die Fragen bereits kognitiv angemessen verstehen konnten bzw. schon dazu in der Lage waren, Selbsteinschätzungen, z.B. hinsichtlich bestimmter Kompetenzen, vorzunehmen. Hinweise auf diesbezügliche Schwierigkeiten und die damit einhergehende, sinkende Validität und Reliabilität von Ergebnissen bei (jüngeren) Grundschulkindern wurden beispielsweise in der Untersuchung zum „Rochester Child Resilience Project“ deutlich (vgl. Cowen, Work, Wyman 1997, S. 536ff.). Diesbezüglich sei auch noch einmal auf die zum Teil sehr niedrigen Reliabilitäten bei den KIDSCREEN-Dimensionen für jüngere Kinder hingewiesen.

Von einer hinreichenden Testgüte der verwendeten Erhebungsinstrumente kann hingegen ausgegangen werden. So konnte das Testgütekriterium der Objektivität in zufriedenstellendem Maße erreicht werden. Als weiteres Testgütekriterium wurde ebenfalls die Reliabilität kontrolliert und nur Dimensionen (Skalen) mit hohen Cronbachs α -Werten von i.d.R. $\alpha \geq 0,7$ bei gleichzeitig hohen Inter-Itemkorrelationen für weitere Analysen zugelassen. Das Testgütekriterium der Validität wurde hinsichtlich des Teilaspekts der Inhaltsvalidität bereits während der Pretestphase, wie auch nach der ersten Erhebungswelle der ersten Kohorte, durch Diskussionen innerhalb des Forschungsteams, mit dem Interviewerteam und in der Gruppendiskussion mit ausgewählten LehrerInnen (nur für den Pretest) überprüft. Eine Kriteriums- und Konstruktvalidierung der Erhebungsinstrumente wurde, soweit möglich, durch entsprechende Korrelationen vorgenommen.

Neben der internen Validität ist auch die externe Validität einer Untersuchung von großer Bedeutung, da sie angibt, inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf die definierte Grundgesamtheit übertragen werden können (vgl. Bortz/ Döring 2005, S.57). Eine mögliche Gefährdung hierfür besteht in einer mangelnden instrumentellen Validität, d.h. wenn das in einer Untersuchung verwendete Instrument nicht das misst, was es messen sollte. Gründe hierfür können in unterschiedlichen kulturellen Kontexten oder Tendenzen der sozialen Erwünschtheit gesucht werden (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 505). Um etwaige Tendenzen sozialer Erwünschtheit möglichst gering zu halten, wurde das Interviewerteam explizit darin geschult, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Zudem gaben die InterviewerInnen nach jeder Untersuchung auf einem Beobachtungsbogen an, für wie glaubwürdig sie die Antworten der Kinder halten würden und wie wohl sich das Kind in der Untersuchungssituation gefühlt hatte. Dabei, wie auch bei den immer wieder stattfindenden Nachgesprächen wurde deutlich, dass das Interviewerteam die Tendenz der sozialen Erwünschtheit als insgesamt eher gering einschätzte, auch wenn die Glaubwürdigkeit der Kinder aus der Kontrollgruppe wie auch deren Konzentrationsfähigkeit während der Befragung als insgesamt etwas höher eingestuft wurde. Zwei bedeutsame Einwände der externen Validität können für diese Untersuchung jedoch angeführt werden – dies betrifft zum einen die relativ geringe Anzahl an signifikanten Ergebnissen wie auch zum anderen den sog. Stichprobenfehler. Signifikanzen (für diese Untersuchung $\alpha \leq 0,10$) entscheiden darüber, ob relevante und bedeutsame Ergebnisse aus statistischer Sicht auf eine Grundgesamtheit übertragen werden dürfen.

Trotz Übererfüllung der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für diese Evaluationsstudie geforderten Anzahl zu untersuchender Kinder ist die für weitergehende quantitative statistische Auswertungen insgesamt eher geringe Fallzahl dieser Untersuchung zum einen der Zielgruppe der Kinder im Grundschulalter, die teilweise noch nicht richtig lesen und schreiben können, dem hohen Untersuchungsaufwand (insbesondere aufgrund der umfangreichen Testinstrumente/ Fragen), der weiten Streuung der am Projekt teilnehmenden Kindern über das gesamte Bundesgebiet sowie den verschiedenen, notwendigen Subgruppeneinteilungen geschuldet. Zwar kann zu Recht eingewandt werden, dass auch kleine Effektstärken bei einer hohen Fallzahl im Sinne eines statistischen Artefakts immer signifikant werden, dennoch kann auf der anderen Seite angeführt werden, dass auch hohe Effektstärken bei mangelnder Signifikanz eher als Zufallsergebnisse interpretiert werden könnten bzw. müssten (vgl. hierzu auch insbesondere für den klinischen Bereich Windeler/ Conradt 1999; Goldschmidt/ Weißbach 1999).

Der Stichprobenfehler wiederum besagt, dass Ergebnisse einer Untersuchung nur auf die Stichprobe verallgemeinert werden dürfen, wenn die Stichprobe für die Grundgesamtheit repräsentativ ist (vgl. Bortz/Döring 2005, S. 505). Zwar können die Ergebnisse für die zwölf

in diese Evaluation einbezogenen Standorte aufgrund der durchgeführten Vollerhebung und sehr geringen Dropout-Rate (3,7%) als repräsentativ gewertet werden, jedoch ist eine pauschale Übertragung der Befunde auf alle bundesweiten Standorte nicht möglich, da das Mentorenprogramm in den einzelnen Standorten teilweise sehr unterschiedlich umgesetzt wird. Werden diese beiden Einwände (relativ wenige signifikante Resultate und eine zumindest für das gesamte Bundesgebiet nicht repräsentative Stichprobe) ernst genommen, muss einschränkend festgestellt werden, dass eine externe Validität dieser Studie nur segmenthaft gegeben ist.

Auffällig war in diesem Zusammenhang auch, dass die Kinder der Kontrollgruppe zum Erhebungszeitpunkt t_1 häufig, wenn auch zumeist nicht signifikant, bessere Ausgangswerte aufwiesen als die Kinder der Treatmentgruppe. Dies galt auch für die Kontrollsubgruppe der Kinder mit schwerer familiärer Belastung. Es ist daher anzunehmen, dass die Kinder der Kontrollgruppe, trotz sorgfältiger Auswahl durch die KlassenlehrerInnen und entsprechender Subgruppeneinteilung, durchschnittlich etwas weniger belastet waren als ihre in das Mentorenprogramm *Balu und Du* aufgenommenen Klassenkameraden. Dies ist auch deswegen unmittelbar plausibel, da die am schwersten familiär belasteten bzw. hinsichtlich einer normalen kindlichen Entwicklung auffälligsten Kinder in den Klassen häufig bereits für das Mentorenprogramm *Balu und Du* angemeldet worden waren. Ein randomisiertes Untersuchungsdesign mit Kontrollgruppe (RCT-Studie) sowie eine Untersuchung der an dem Projekt und an der Kontrollgruppe teilnehmenden Kinder noch vor Beginn der Intervention („Baseline“) war in dieser Evaluationsstudie aufgrund moralisch-ethischer Bedenken der StandortkoordinatorInnen, wie sie bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen häufiger vorkommen (vgl. Bortz/ Döring 2005, S. 429 und 528ff.; Müller-Kohlenberg 2015, S. 529), jedoch nicht möglich gewesen.

Die in den ersten ein bis zwei Monaten vermutlich bereits stattfindenden positiven Entwicklungen bei den Moglis wurden somit auch nicht erfasst. Dies könnte eine Unterschätzung der Entwicklung des psychischen Wohlbefindens der Moglis zur Folge gehabt haben, da möglicherweise insbesondere bei den Moglis mit schwerer familiärer Belastung die Freude, nun einen Balu zu haben das psychische Wohlbefinden zu Projektbeginn besonders stark steigerte, während die Kinder am Projektende möglicherweise bereits traurig darüber waren, dass die Intervention bald endete. Eine hiermit konkurrierende und ebenfalls plausible Interpretationsmöglichkeit wäre selbstverständlich, dass bei Kindern mit schwerer familiärer Belastung ihre im sonstigen familiären Umfeld erlebten Schwierigkeiten so schwer wiegen, dass sich die Beziehung zu einem Balu vergleichsweise weniger positiv bemerkbar machen kann bzw. die psychische Gesundheit aufgrund dieser Probleme mit steigendem Alter eher abnimmt. Bedenkt man die angeführte, anzunehmende Stichprobenverzerrung (höhere Ausgangswerte bei den Kindern der

Kontrollgruppe, da keine RCT-Studie durchgeführt werden konnte) sowie die fehlende Baseline-Untersuchung, können die von den Moglis erreichten Nettoeffektstärken in jedem Fall als insgesamt überraschend gut gewertet werden.

Bedacht werden sollte in diesem Zusammenhang auch, dass die mit dem Balu verbrachte Zeit (zwei bis drei Stunden pro Woche) im Vergleich zu allen anderen Aktivitäten der Kinder (verbrachte Zeit in der Schule, zu Hause mit der Familie bzw. vor dem Fernseher, mit Freunden) quantitativ betrachtet sehr gering ausfällt. Daher müssen die Erlebnisse und informellen Lernprozesse mit dem Balu von einer solchen Qualität sein, dass sie auch über diese gemeinsamen Momente hinaus im Alltag des Kindes weiterwirken und so z.B. eine positivere Wahrnehmung anderer Kinder oder der KlassenlehrerInnen gegenüber dem Mogli wie auch positivere Lebensstile (durch die mit dem Balu gemeinsam erworbenen Kompetenzen) oder eine höhere Lebensqualität bewirken können. Vor diesem Hintergrund sind die hier vorgestellten Ergebnisse wahrlich positiv zu bewerten und sprechen für die Wirkfähigkeit des Mentorenprogramms *Balu und Du*.

Zukünftige Studien sollten, neben der Durchführung einer RCT-Studie sowie einer Baseline-Untersuchung, zudem auch auf eine weitere Erhebungswelle nach Projektende drängen. So war es im Rahmen dieser Studie aufgrund mangelnder Ressourcen nicht möglich, die Nachhaltigkeit der gefundenen Ergebnisse (ein halbes bzw. ein Jahr nach Projektende) durch eine dritte Erhebungswelle zu überprüfen. Für die Beantwortung der Frage, inwieweit die hier festgestellten Verbesserungen bezogen auf gesundheitsrelevante Lebensstile als Resilienz Kriterien wie auch auf die Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome dieser Resilienzprozesse, langfristig erhalten bleiben können, wäre dies unbedingt notwendig gewesen. Des Weiteren wäre es wichtig, zukünftig vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, um die Fallzahlen insbesondere schwer familiär belasteter bzw. sozial benachteiligter Kinder weiter zu vergrößern, um so eine höhere Anzahl signifikanter Ergebnisse erreichen zu können. Insgesamt kann diese Untersuchung jedoch einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von Resilienzprozessen als gesundheitsbezogene Orientierungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Kompetenzen sowie Gesundheit bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome von Resilienzprozessen leisten, da Studien hier rar gesät sind und das diesbezügliche Wissen noch äußerst begrenzt ist.

Nachdem nun ausführlich dargestellt wurde, ob und wie sich das Mentorenprogramm *Balu und Du* auf die Resilienz sozial benachteiligter Grundschul Kinder auswirken kann, soll abschließend noch einmal die gesellschaftliche Relevanz der Ergebnisse unterstrichen werden.

Einflüsse aus den ersten Lebensjahren können den Gesundheitszustand über den gesamten Lebenslauf maßgeblich mit beeinflussen, da manifeste Erkrankungen im Erwachsenenstadium häufig mit bereits in der frühen Kindheit vorhandenen Risiko- und Belastungsfaktoren wie dem Fehlen von für die weitere Entwicklung bedeutsamen personalen, sozialen und familiären Ressourcen verknüpft sind. Im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sind insbesondere diejenigen Zeitfenster von Bedeutung, in denen gesundheitliche Belastungen manifeste Beeinträchtigungen des Aufbaus und der Funktionen verschiedener Organe bewirken können. In diesen „kritischen Perioden“ können einmal aufgetretene körperliche, aber auch psychische Störungen, nicht oder nur noch teilweise in späteren Lebensjahren revidiert werden (vgl. Dragano/Siegrist 2009, S. 181ff.; Erhart et al. 2010, S. 59f.).

Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in ihrer Kindheit als resilient erwiesen, haben nach den Ergebnissen der Kauai-Studie zudem deutlich höhere Chancen während ihres gesamten Lebens resilient zu bleiben (vgl. Werner 2007a, S. 25ff.). Aus diesen Gründen sind Interventionen wie das Mentorenprogramm *Balu und Du* in einem frühen Alter, noch vor Eintritt der Pubertät, besonders wichtig. Ohne Unterstützung und Hilfestellungen einer erwachsenen (oder einer zumindest jugendlichen, aber reifen) Person mit Vorbildfunktion, wie z.B. einer/m MentorIn, fehlen sonst eine für günstige informelle Lernprozesse wichtige, und mit einer positiven emotionalen Beziehung verbundene, fortlaufende Rückmeldung hinsichtlich bestimmter Einstellungen, Verhaltensweisen oder (sozialen) Kompetenzen des Kindes bzw. hinsichtlich eines pädagogisch wünschenswerten Fortschritts in diesen Bereichen. Dann besteht, insbesondere bei der Existenz entsprechender negativer Einflüsse durch ein ungünstiges soziales Umfeld, verstärkt die Gefahr, dass das Kind problematische und gesellschaftlich wenig akzeptierte Lösungen für die Bewältigung alltäglicher Herausforderungen wie auch altersbedingter Entwicklungsaufgaben wählt bzw. langfristig wählen wird (vgl. Müller-Kohlenberg 2015, S. 528f.).

Wie das von Reisch und Gwozdz (2010, S. 725ff.) für diese Studie weiterentwickelte Modell verdeutlicht, sind die Einflussmöglichkeiten von auf der Mesoebene angesiedelten Mentorenprogrammen wie *Balu und Du* jedoch begrenzt. Zwar können auf der intra- und interindividuellen Ebene Verbesserungen durch die Stärkung personaler Schutzfaktoren und gesundheitsrelevanter Lebensstile sowie der Bereitstellung einer/s MentorIn als sozialem Schutzfaktor erreicht werden, umfassendere Veränderungen auf der Ebene der Wohnumgebung und der Gesellschaftsebene sind jedoch nicht möglich.

Mentorenprogramme können daher nicht als „Allheilmittel“ für kindliche Fehlentwicklungen aufgrund innerfamiliären sowie staatlichen Versagens angesehen werden.

Während die Ebene der Wohnumgebung darüber entscheidet, ob Kinder bspw. gesundheitsfördernde Ernährungs- und Bewegungsangebote (wie entsprechende Supermärkte und Schwimmbäder) leicht erreichen und nutzen können, repräsentiert die Gesellschaftsebene von einer Makroebene ausgehende Wirkfaktoren, wie bspw. mediale Werbeeinflüsse, auf das Gesundheitsverhalten von Kindern. Diesbezüglich wäre es dringend ratsam, die gesundheitsbezogene Lebensqualität in sozial schwachen Stadtteilen weiter zu fördern sowie, auch vor dem Hintergrund der hohen relativen Armutsquote von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, umfassende Unterstützungsprogramme für sozial benachteiligte (Grundschul-)Kinder zu schaffen.

Da Zusammenhänge einer erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate über den gesamten Lebenslauf hinweg mit einer niedrigeren Bildung, Arbeitslosigkeit und Armut einhergehen, sowie die kontinuierliche Wirkung dieser sozialen Gradienten seit langem bekannt ist (vgl. Richter/ Hurrelmann 2009, S. 16f.; Mielck 2000, S. 69ff.; Mielck 2008, S. 345ff.; Mielck 2011, S. 510ff.) und Kinder von diesen prekären Lebenslagen besonders betroffen sind (vgl. Geene 2009, S. 13), könnten entsprechende staatliche Programme zur Verbesserung von Bildungschancen und zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut in den Familien dieser Kinder einen wesentlichen Beitrag für ihre langfristige Gesundheit leisten. Gesamtgesellschaftliches Ziel sollte es dabei sein, Möglichkeiten eines gleichermaßen gesunden und glücklichen Aufwachsens für alle Kinder in Deutschland zu gewährleisten und so speziell auf sozial benachteiligte Kinder ausgelegte Mentorenprogramme wie *Balu und Du* langfristig überflüssig zu machen.

Da dies wohl nur ein frommer Wunsch bzw. eine Utopie bleiben wird, ist – auch nach den hier vorliegenden Ergebnissen – dringend zu empfehlen, stärker in gemeinnützige Initiativen wie *Balu und Du* zu investieren. So bieten auf ehrenamtlichem Engagement basierende Mentorenprogramme eine kostengünstige und damit realistisch auch mit wenigen finanziellen Ressourcen durchführbare Ergänzung zu staatlichen Förderprogrammen. Zwar kann das Mentorenprogramm *Balu und Du* selbstverständlich keine umfassende Kindersozialarbeit ersetzen, wie sie bei schwer deprivierten Kindern (Kinder, die mit schweren körperlichen, psychischen und sozialen Misshandlungen aufwachsen) dringend notwendig ist. *Balu und Du* kann jedoch insbesondere aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit dazu beitragen, dass Kinder mit vielfältigen (familiären) Belastungen seelisch unterstützt werden sowie Hilfestellungen bei dem Erreichen wichtiger altersspezifischer Entwicklungsaufgaben erhalten. Dies ist auch bzw. gerade dann sinnvoll, wenn das Jugendamt bereits eingeschaltet wurde. Zudem können Risikogruppen erreicht werden, die

bisher noch nicht auffällig genug wurden, um das staatliche Unterstützungssystem zu aktivieren.

Denn nur durch gemeinsame Anstrengungen auf der gesellschaftlichen Makro-, Meso- und Mikroebene können die anfangs bereits in der Einleitung ausgeführten UN-Kinderrechte (vgl. BMFSFJ 2014), in denen das Wohl des Kindes im Mittelpunkt steht, tatsächlich umgesetzt werden. Das Mentorenprogramm *Balu und Du* leistet - trotz des vergleichsweise zu anderen Programmen geringen Zeit- und Kostenaufwandes - einen eigenständigen Beitrag hierzu. Über die Größe des jeweiligen Beitrages in den einzelnen untersuchten Bereichen kann anhand der nicht immer eindeutigen empirischen Daten zwar sicherlich gestritten werden, nicht jedoch darüber, dass die Balus für ihre Moglis, insbesondere aus schwierigen Familienverhältnissen, ein wichtiger Schutzfaktor sind.

Literaturverzeichnis

Abel, T./ Buddeberg, C./ Duetz, M. (2004): Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. 3. aktualisierte Auflage Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 297-306.

Abel, T./ Kolip, P./ Wydler, H. (2010): Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 197-201.

Abel, T./ Ruckstuhl, B. (2011): Lebensweisen/ Lebensstile. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 365-368.

Abel, T./ Sommerhalder, K./ Bruhin, E. (2011): Health Literacy/Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 337-340.

Altgeld, T./ Maschewsky-Schneider, U./ Köster, M. (2011): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 96-99.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke, Tübingen: DGTV-Verlag.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (2010): Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Stellungnahmen und Positionen.

URL:[http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20\(2\).pdf](http://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20(2).pdf) [Stand: 10.01.2015]

Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) (2011): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. ULR: www.deutscherqualifikationsrahmen.de [Stand: 21.09.2013].

Aronson, J.K. (2005): Biomarkers and surrogate endpoints. In: British Journal of Clinical Pharmacology, 59 (5), pp. 491-494.

Babitsch, B. (2009): Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 283-300.

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, 84 (2), pp. 191-215.

Bandura, A. (1982): Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. In: American Psychologist, 37 (2), pp. 122-147.

Barlösius, E./ Phillips, A. (2011): Die Gesellschaft und das Selbst der ‚Dicken‘ – Wie Kinder und Jugendliche gesellschaftliche Haltungen und Erwartungen in ihre Selbstkonstitution hineinnehmen. In: Zwick, M.M./ Deuschle, J./ Renn, O. (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 181-201.

Baumert, J./ Lehmann, R. u.a. (1997): TIMSS – Mathematisch – naturwissenschaftlicher Unterricht im internationalen Vergleich. Deskriptive Befunde. Opladen: Leske + Budrich.

Baumert, J./ Klieme, E./ Neubrand, M./ Prenzel, M./ Schiefele, U./ Schneider, W./ Stanat, P./ Tillmann, K.-J./ Weiß, M. (Hrsg.) (2001): PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske + Budrich.

Bayer, O./ Schaffrath Rosario, A./ Wabitsch, M./ von Kries, R. (2009): Sleep Duration and Obesity in Children: Is the Association Dependent on Age and Choice of the Outcome Parameter? In: SLEEP, 32 (9), pp. 1183-1189.

Beisenkamp, A./ Klöckner, C./ Hallmann, S./ Müthing, K. (2011): LBS Kinderbarometer Deutschland 2011. Stimmungen, Meinungen, Trends von Kindern und Jugendlichen. Institut für Sozialforschung der PROSOZ Hertel GmbH PROKIDS. URL:
http://www.prosoz.de/fileadmin/daten/mandanten/prosoz/filme/Endbericht_erster_Teil_26_01_2012_f.pdf [Stand: 10.01.2015]

Bengel, J./ Strittmatter, R./Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Erweiterte Neuauflage, Band 6, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
URL: <http://www.bug-nrw.de/cms/upload/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf> [Stand: 10.01.2015]

Bengel, J./ Meinders-Lücking, F./ Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). URL: <http://lebenleben.de/wp-content/uploads/2013/03/Schutzfaktoren-psychische-Gesundheit.pdf> [Stand: 10.01.2015]

Berg, D./ Imhof, M. (2010): Aufmerksamkeit und Konzentration. In: Rost, D.H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S. 45-53.

Bertram, H. (2011): Ist Deutschland Mittelmaß für Kinder? Das Konzept des „Child well-being“ und die Notwendigkeit mehrdimensionaler Beschreibung von Kindheit für die Betrachtung von Forschungsergebnissen zu „kindlichem Wohlbefinden“. In: Wittmann, S./ Rauschenbach, T./ Leu, H. R. (Hrsg.): Kinder in Deutschland. Eine Bilanz empirischer Studien. Weinheim: Juventa Verlag, S. 270-276.

Bertram, H./ Kohl, S./ Rösler, W. (2011): Zur Lage der Kinder in Deutschland 2011/2012. Starke Eltern - starke Kinder: Kindliches Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe. Köln: Deutsches Komitee für UNICEF.

Betsch, T./ Funke, J./ Plessner, H. (2011): Denken- Urteilen, Entscheiden, Problemlösen. Allgemeine Psychologie für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Betsch, T./ Lang, A. (2013): Utilization of probabilistic cues in the presence of irrelevant information: A comparison of risky choice in children and adults. In: Journal of Experimental Child Psychology, 115 (1), pp. 108-125.

Betsch, T./ Lang, A./ Lehmann, A./ Axmann J. M. (2014): Utilizing probabilities as decision weights in closed and open information boards: A comparison of children and adults. In: Acta Psychologica, 153, pp. 74-86. [Online-Ausgabe]

Bieneck, S./ Stadler, L./ Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. URL:
http://www.bmbf.de/pubRD/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011.pdf
[Stand: 24.12.2014]

- Bierhoff, H.-W. (2010): Prosoziales Verhalten in der Schule. In: Rost, D.H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S. 671-677.
- Biermann, K.L. (2002): Evaluation of the First 3 Years of the Fast Track Prevention Trial With Children at High Risk for Adolescent Conduct Problems. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (1), pp. 19-35.
- Biermann, K.L./ Coie, J.D./ Dodge, K.A./ Foster, E.M./ Greenberg, M.T./ Lochman, J.E./ McMahon, R.J./ Pinderhuges, E.E. (2004): The Effects of the Fast Track Program on Serious Problem Outcomes at the End of Elementary School. In: *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), pp. 650-661.
- Bilz, L./ Ottova, V./ Ravens-Sieberer, U. (2013): Psychische Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern: Prävention und Früherkennung. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 168-189.
- Bogat, A.G./ Liang, B. (2005): Gender in Mentoring Relationships. In: DuBois, D.L./ Karcher, M.J. (Hrsg.): *Handbook of Youth Mentoring*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 205-217.
- Borde, T./ Blümel, S. (2011): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe* Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 255-262.
- Borrmann, B./ Drexler, S./ Müller-Kohlenberg, H. (2013): Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien durch das Mentorenprojekt "Balu und Du". In: *Gesundheitswesen*, 75, S. S1-S2.
- Bortz, J./ Döring, N. (2005): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftlicher*. 3. Auflage Nachdruck Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bös, K. (2003): Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Schmidt, W./ Hartmann-Tews, I./ Brettschneider, W.-D. (Hrsg.): *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Schorndorf: Hofmann-Verlag, S. 85-107.
- Bös, K. (2004): Motorische Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen. In: *Ernährungsumschau* 51 (9), S. 352-357.
- Bös, K./ Oberger, J./ Lämmle, L. / Opper, E. / Rohmahn, N./ Tittlbach, S./ Wagner, M./ Woll, A./ Worth, A. (2009): Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern. In: Schmidt, W. (Hrsg.): *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit. 2., überarbeitete Auflage* Schorndorf: Hofmann-Verlag, S. 137-157.
- Bos, W./ Lankes, E.-M./ Prenzel, M./ Schwippert, K./ Walther, G./ Valtin, R. (2003): IGLU – ein kooperatives internationales Projekt. In: Bos, W./ Lankes, E.-M./ Prenzel, M./ Schwippert, K./ Walther, G./ Valtin, R. (Hrsg.): *Erste Ergebnisse aus IGLU. Schülerleistungen am Ende der vierten Jahrgangsstufe im internationalen Vergleich*, Münster: Waxmann Verlag, S. 1-6.
- Bourdieu, P. (1989): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. 3. Auflage Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Bourdieu, P. (2012): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Bauer, U./ Bittlingmayer, U.H./ Scherr, A. (Hrsg.): *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 229-242. Erstveröffentlichung in: Kreckel, R. (1983) (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2*, S. 183-198.

Brandes, S./ Stark, W. (2011): Empowerment/ Befähigung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuauflage Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 57-60.

Bucksch, J./ Finne, E. (2013): Körperliche Aktivität, Medienkonsum und Ernährungsverhalten im Jugendalter - eine geschlechtsspezifische Analyse. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag. S. 77-95.

Bühler, A./ Heppekausen, K. (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Referat Information, Publikation, Redaktion.

URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 10.01.2015]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBF) (2009): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Forschungsreihe Band 5 Nomos Verlag. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/motorik-modul,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 10.01.2015]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Perspektive für ein kindergerechtes Deutschland. Abschlussbericht des Nationalen Aktionsplans „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/kindergerechtes-deutschland-abschlussbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 26.12.2014]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2013): 14. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: Referat Öffentlichkeitsarbeit. URL:

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/14-Kinder-und-Jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 10.01.2015]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. URL:

http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/_C3_9Cbereinkommen-_C3_BCber-die-Rechte-des-Kindes,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

[Stand: 26.12.2014]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)/ Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln. URL:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 10.01.2015]

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn. Herausgeber: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement. In Zusammenarbeit mit Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin). URL:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2013.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 10.01.2015]

Burzan, N. (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. 4. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.

Butler, J./ Albrecht, N.-J./ Ellsäßer, G./ Gavranidou, M./ Habermann, M./ Lindert, J./ Weilandt, C. (2007): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (10), S. 1232-1239. [Online-Ausgabe]

Chomsky, N. (1968): *Language and mind*. New York: Harcourt, Brace & World.

Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, second edition, Lawrence Erlbaum Associates.

Cortina, J.M. (1993): What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. In: *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), pp. 98-104.

Cowen, E.L./ Work, W.C./ Wyman, P.A. (1997): The Rochester Child Resilience Project: Facts found, lessons learned, future directions divined. In: Luthar, S.S./ Burack, J.A./ Cicchetti, D./ Weisz, J.R. (Eds.): *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 527-547.

DeGEval – Gesellschaft für Evaluation (2008): *Standards für Evaluation*. 4., unveränderte Auflage, Mainz. URL: http://www.degeval.de/fileadmin/user_upload/Sonstiges/STANDARDS_2008-12.pdf [Stand: 07.01.2015]

DeSeCO (2005): *Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen*. Zusammenfassung. OECD publications. URL: <http://www.oecd.org/pisa/35693281.pdf> [Stand: 02.12.2013]

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2008): *Lebenslagen in Deutschland – Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Drucksache 16/9915. 30. Juni 2008. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/099/1609915.pdf> [Stand: 26.12.2014]

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)/ Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE)/ Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) und Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) (2013): *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. 1. Auflage, 5., korrigierter Nachdruck, Neustadt an der Weinstraße: neuer Umschau Buchverlag.

Deutscher Kinderschutzbund (DKSB) (2014): *Aktionsbündnis Kinderrechte: Kinderrechte gehören ins Grundgesetz!* Pressemitteilung vom 05.12.2014. URL: http://www.dksb.de/CONTENT/NEWS_PRESSE.ASPX [Stand: 26.12.2014]

de Vignemont, F./ Singer, T. (2006): The empathic brain: how, when and why? In: *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (10), pp. 435-441.

Dewey, John (1975): *Experience and education*. 18. Auflage, Nachdruck der Ausgabe von 1938. New York: Collier.

Diefenbach, H. (2010): Jungen – die „neuen“ Bildungsverlierer. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 245-271.

Ditton, H. (2010): Selektion und Exklusion im Bildungssystem. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 53-71.

Döpfner, M. (2010): *Hyperaktivität und Impulsivität*. In: Rost, D.H. (Hrsg.): *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S. 280-288.

Dragano, N./ Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.181-194.

Drexler, S./ Borrmann, B./ Müller-Kohlenberg, H. (2012): Learning life skills strengthening basic competencies and health-related quality of life of socially disadvantaged elementary school children through the mentoring program „Balu und Du“ (“Baloo and you”). In: *Journal of Public Health*, 20 (2), pp. 141-149.

DuBois, D.L./ Karcher, M.J. (2014): Youth Mentoring in Contemporary Perspective. In: DuBois, D.L./ Karcher, M.J. (ed.): *Handbook of Youth Mentoring*. Los Angeles u.a.: SAGE Publications, Inc., pp. 3-13.

Duetz, M./ Abel, T./ Siegenthaler, F./ Niemann, S. (2010): Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa Verlag Weinheim, S. 85-89.

Eckardt, G.: (2013): Der Zusammenhang von kognitiven Strukturen und Handlungskompetenzen (J. Piaget). In: Eckardt, G. (Hrsg.): *Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie. Zentrale Schriften und Persönlichkeiten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71-798.

Edlinger, D./ Wahl, K. (2007): Aggressivität bei Kindern: persönliche und soziale Einflüsse. In: Alt, Christian (Hrsg.): *Kinderleben – Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle. Schriften des Deutschen Jugendinstituts: Kinderpanel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 299-323.

Egle, U.T./ Hoffmann, S./ Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: *Der Nervenarzt*, 68 (9), S. 683-395.

Erhart, M./ Hölling, H./ Bettge, S./ Ravens-Sieberer, U./ Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 800-809.

Erhart, M./ Ottova, V./ Ravens-Sieberer, U. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Bern: Verlag Hans Huber, S. 59-69.

Esch, D. (2011): *Informelles Lernen in Mentoring- und Patenschaftsprogrammen am Beispiel von „Balu und Du“*. Prävention von Devianz und Vermittlung von sozialen Basiskompetenzen. ElectronicThesisandDissertation.

URL: https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-201103088015/20/thesis_esch.pdf [Stand: 01.01.2015]

Europäische Kommission, Generaldirektion Bildung und Kultur, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales (2001): Mitteilung der Kommission: Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen. Brüssel, KOM (2001) 678 endgültig.

URL: http://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/com_de.pdf [Stand: 01.01.2015]

Eurostat Pressestelle (2013): Armutgefährdung und soziale Ausgrenzung in der EU27. STAT/13/28. URL: Eurostat Pressemitteilungen im Internet: <http://ec.europa.eu/eurostat> [Stand: 25.12.2014]

Fahrmeir, L./ Künstler, R./ Pigeot, I./ Tutz, G. (2007): *Statistik. Der Weg zur Datenanalyse*. Sechste, überarbeitete Auflage Berlin u.a.: Springer Verlag.

Faltermaier, T. (2010): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 185-201.

Faltermaier, T. (2011a): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 551-554.

Faltermaier, T. (2011b): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 311-314.

Fertig, M./ Tamm, M. (2008): Die Verweildauer von Kindern in prekären Lebenslagen. In: Bertram, H. (Hrsg.): *Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland*. München: Verlag C.H. Beck, S. 152-166.

Field, A. (2009): *Discovering Statistics using SPSS*. Los Angeles u.a.: SAGE Publications Ltd. Third Edition.

Fischer, J./ Richter, A./ Vohmann, C./ Stahl, A./ Hesecker, H., Mensink, G. (2008a): Fast Food-Verzehr bei Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus EsKiMo - Teil 1: Verzehrsmengen und Energiezufuhr. In: *Ernährungsumschau* 55 (9), S. 518-522.

Fischer, J./ Richter, A./ Vohmann, C./ Stahl, A./ Hesecker, H., Mensink, G. (2008b): Fast Food-Verzehr bei Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus EsKiMo – Teil 2: Nährstoffzufuhr und Diskussion. In: *Ernährungsumschau* 55 (10), S. 579-583.

Franzkowiak, P. (2011): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 349-355.

Fröhlich-Gildhoff, K./ Rönau-Böse, M.(2011): *Resilienz. 2., durchgesehene Auflage* München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Fromm, S. (2012): *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 2: Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten*. 2. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Garmezy, N. (1983): Stressors of Childhood. In: Garmezy, N./ Rutter, M. (Hrsg.): *Stress, coping, and development in children*. New York u.a.: McGraw-Hill, pp. 43-84.

Garmezy, N./ Masten A.S./ Tellegen, A. (1984): The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. In: *Child Development*, 55 (1), pp. 97-111.

Geene, R. (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit in Deutschland. In: Geene, R./ Gold, C. (Hrsg.): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 13-24.

Geyer, S. (2010): Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 71-83.

Giesecke, J./ Ebner, C./ Oberschachtsiek, D. (2010): Bildungsarmut und Arbeitsmarktexklusion. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 421-438.

Gisdakis, B. (2007): Oh, wie wohl ist mir in der Schule... Schulisches Wohlbefinden - Veränderungen und Einflussfaktoren im Laufe der Grundschulzeit. In: Alt, C. (Hrsg.): *Kinderleben - Start in die Grundschule*. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle. Schriften des Deutschen Jugendinstituts: Kinderpanel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 107-162.

Glozier, N./ Martiniuk, A./ Patton, G./ Ivers, R./ Li, Q./ Hickie, I./ Senserrick, T./ Woodward, M./ Norton, R./ Stevenson, M. (2010): Short Sleep Duration in Prevalent and Persistent Psychological Distress in Young Adults: The DRIVE Study. In: *SLEEP*, 33 (9), pp. 1139-1145.

Glücks, S.-C./ Kolip, P. (2013): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 8-24.

Gochman, D.S. (1992): Here's Looking at You, Kid! New Ways of Viewing the Development of Health Cognition. In: Susman, E.J./ Feagans L.V./ Ray, W.J (eds): *Emotion, Cognition, Health, and Development in Children and Adolescents*. New York: Erlbaum, Hillsdale, pp 9-24.

Goldschmidt, A.J.W./ Weißbach, L. (1999): Therapieforschung im Spannungsfeld zwischen Signifikanz und klinischer Relevanz. Hilfe durch die Methodik evidenz-basierter Medizin und Therapieoptimierungsstudien? In: *Der Onkologe*, 5, 11, S. 1008-1114.

Grabka, M.M./ Frick, J.R. (2010): Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 7 vom 17. Februar 2010. URL: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.347307.de/10-7-1.pdf [Stand: 10.01.2015]

Graham, P./ Rutter, M. (1973): Psychiatric Disorder in the Young Adolescent: A Follow-up Study. In: *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, pp. 58-61.

Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S.1478) geändert worden ist.

Hadjar, A./ Lupatsch, J./ Grünewald-Huber, E. (2010): Bildungsverlierer/-innen, Schulentfremdung und Schulerfolg. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 223-244.

Hagen, C./ Kurth, B.-M. (2007): Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, S. 25-31.

Hähne, C./ Schmechtig N./ Finne, E. (2013): Der Umgang mit dem Körpergewicht und Körperbild im Jugendalter. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurveys „Health Behaviour in School-aged children“*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 112-129.

Hallmann, J. (2011): Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 356-360.

Harteringer, A. (2008): Förderung von Lernmotivation und Interesse. In: Arnold, K.-H./ Graumann, O./ Rakhkochkine, A. (Hrsg.): *Handbuch Förderung. Grundlagen, Bereiche und Methoden der individuellen Förderung von Schülern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 294-303.

Hauser, R./ Becker, I./ Grabka, M.M./ Westerheide, P. (2007): Integrierte Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung. Abschlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bonn. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a369.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 10.01.2015]

HBSC-Team Deutschland (2011a): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_gemuesekonsum.pdf [Stand: 10.01.2015]

HBSC-Team Deutschland (2011b): Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Obstkonsum von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_obstkonsum.pdf [Stand: 10.01.2015]

HBSC-Team Deutschland (2011c). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Nutzung von Computer und Spielkonsole durch Kinder und Jugendliche“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_computer_spielkonsole.pdf [Stand: 10.01.2015]

HBSC-Team Deutschland (2011d). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt Fernsehkonsum an Schultagen von Kindern und Jugendlichen. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_fernsehkonsum.pdf [Stand: 10.01.2015]

HBSC-Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt Zahnputzhäufigkeit von Kindern und Jugendlichen. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. URL: https://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_Zahnputzhaeufigkeit.pdf [Stand: 10.01.2015]

Helbig, M. (2010): Geschlecht der Lehrer und Kompetenzentwicklung der Schüler. In: Quenzel, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 273-288.

Helm, D./ Laußmann, D./ Eis, D. (2010): Assessment of environmental and socio-economic stress. *Central European Journal of Public Health* 18 (1), pp. 3-7.

Helm, D./ Laußmann, D. (2011): Umweltstress, Sozialstatus und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im KiGGS. In: *UMID 2*, S. 53-56.

Henecka, H. P. (2009): *Grundkurs Soziologie*. 9. Auflage Stuttgart: UTB Verlag.

Hinz, A./ Hübschner, U./ Brähler, E./ Berth, H. (2010): Ist Gesundheit das höchste Gut? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur subjektiven Bedeutung von Gesundheit. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, S. 897-903.

Holtmann, M./ Laucht, M. (2007): Biologische Aspekte der Resilienz. In: Opp, Günther/ Fingerle, Michael (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 32-44.

Hradil, S. (2001): *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Schriftenreihe UTB für Wissenschaft 8. Auflage Opladen: Leske + Budrich.

Hradil, S. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.35-54.

Hübenthal, M. (2009): *Kinderarmut in Deutschland. Empirische Befunde, kinderpolitische Akteure und gesellschaftspolitische Handlungsstrategien. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts*. Deutsches Jugendinstitut, München. URL: http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1463/pdf/Huebenthal_2009_Kinderarmut_ExpertiseD.pdf [Stand: 10.01.2015]

Hüther, G. (2007): Resilienz im Spiegel entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse. In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage, München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 45-56.

Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozial-wissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, K./ Franzkowiak, P. (2011): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 100-105.

Iannotti, R./ Bush P.J (1992): The Development of Autonomy in Children's Health Behaviors. In: Susman, E.J./ Feagans, L.V./ Ray, W.J. (eds): Emotion, Cognition, Health, and Development in Children and Adolescents. New York: Erlbaum, Hillsdale, pp. 53-74.

Jerusalem, M. (2009): Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel, J./ Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag, S. 175-187.

Jerusalem, M./ Meixner, S. (2009): Lebenskompetenzen. In: Lohaus, A./ Domsch, H. (Hrsg.): Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 141-153.

Kamtsiuris, P./ Atzpodien, K./ Ellert, U./ Schlack, R./ Schlaud, M. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5/6), S. 686-700.

Kersting, M. (2009): Ernährung. In: Bitzer, E.M./ Walter, U./ Lingner, H./ Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Vorsorge. Wissenschaftliche Reihe der GEK. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 160-169.

Kickbusch, I./ Maag, D./ Saan, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. European Health Forum Badgastein. Partnerships for health. Background paper for Parallel Forum F6. URL: http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf [Stand: 10.01.2015]

Kiphard, E.J. (1997): Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht. In: Passolt, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. 2., aktualisierte Auflage, München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 64-84.

Kiphard, E.J./ Schilling, F. (2007): KTK. Körperkoordinationstest für Kinder. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Göttingen: Beltz Test, Hogrefe Verlagsgruppe.

Kizilhan, J./ Bermejo, I. (2009): Migration, Kultur, Gesundheit. In: Bengel, J./ Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag, S. 509-518.

Klaes, L./ Rommel, A./ Cosler, D. (2008): Entwicklung der Fitness von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Klaes, L./ Podding, F./ Wedekind, S./ Zens, Y./ Rommel, A. (Hrsg.): Fit sein macht Schule. Erfolgreiche Bewegungskonzepte für Kinder und Jugendliche. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 29-43.

Klieme, E. (2004): Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen? In: Pädagogik, 6, S. 10-13.

Klieme, E./ Hartig, J. (2007): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: Prenzel, M./ Gogolin, I./ Krüger, H.-H. (Hrsg.): Kompetenzdiagnostik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 8, S. 11-32.

Klieme, E./ Artelt, C./ Hartig, J./ Jude, N./ Köller, O./ Prenzel, M./ Schneider, W./ Stanat, P. (Hrsg.) (2010): PISA 2009. Bilanz nach einem Jahrzehnt. Münster u.a.: Waxmann Verlag.

Kline, P. (2000): The handbook of psychological testing. Second Edition, London, New York: Routledge.

- Klocke, A./ Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey: internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim u.a.: Juventa Verlag. S. 183-242.
- Kohler, S./ Kleiser C./ Richter, A./ Stahl, A./ Vohmann, C./ Hesecker, H./ Mensink, G.B.M. (2007): Trinkverhalten von Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus EsKiMo. In: Ernährung - Wissenschaft und Praxis, 1 (10), S. 444-450.
- Kramer, A./ Hingst, V./ Hoffmann-Lalé, A./ Meffert, H./ Mestwerdt, W. (1993): Körperhygiene. In: Kramer, A./ Gröschel, D./ Heeg, P./ Hingst, V./ Lippert, H./ Rotter, M./ Weuffen, W. (Hrsg.): Klinische Antiseptik. Berlin u.a.: Springer Verlag, S. 121-145.
- Krampen, G. (2007): KKA. Kaseler-Konzentrations-Aufgabe für 3- bis 8-Jährige. Manual. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Kretschmer, J./ Giewald, C. (2001): Veränderte Kindheit – veränderter Schulsport? In: Sportunterricht, 50 (2), S. 36-42.
- Kretschmer, J. (2003): Beweismangel für Bewegungsmangel: Untersuchungen zur motorischen Leistungsfähigkeit von Grundschulern. Teil 1: Ergebnisse. In: Sportpädagogik (5), S. 64-67.
- Kretschmer, J. (2006): Und sie bewegen sich doch. In: Fritz, A./ Klupsch-Sahlmann, R./ Ricken, G. (Hrsg.): Handbuch Kindheit und Schule: neue Kindheit, neues Lernen, neuer Unterricht. Weinheim: Beltz Verlag, S. 84-96.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-Rlpl-Berufsschule.pdf [Stand: 10.01.2015]
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2011): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf [Stand: 10.01.2015]
- Kumpfer, K. (1999): Factors and Processes Contributing to Resilience. The Resilience Framework. In: Glantz, M.D./ Johnson, J. (ed.): Resilience and Development: Positive Life Adaptations. New York: Academic/ Plenum Publishers, pp. 179-224.
- Kurth, B.-M./ Ellert, U./ Neuhauser, H./ Schenk, L. (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund. Dokumentation. Tagung vom 19./20. September 2008 in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, S. 16-21.
- Kurth, B.-M./ Schaffrath Rosario, A. (2010): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 53 (7), S. 643-652.
- Kurth, B.-M./ Ravens-Sieberer, U. (2011): Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 125-128.
- Lampert, T./ Sygusch, R./ Schlack, R. (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 643-652.

- Lanfer, A./ Hebestreit, A./ Ahrens, W. (2010): Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53 (7), S. 690-698.
- Laucht, M./ Esser, G./ Schmidt, M.H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29 (4), S.246-262.
- Laucht, M./ Schmidt M. H./ Esser, G. (2002): Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (1), S. 5-19.
- Lazarus, R.S./ Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company.
- Lerner, R.M./ Napolitano, C.M./ Boyd, M.J./ Mueller, M.K./ Callina, K.S. (2014): Mentoring and Positive Youth Development. In: DuBois, D.L./ Karcher, M.J. (ed.): Handbook of Youth Mentoring. Los Angeles u.a.: SAGE Publications, Inc., pp. 17-27.
- Linderkamp, F. (2008): Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentration. In Arnold, K.-H./ Graumann, O./ Rakhkochine, A. (Hrsg.): Handbuch Förderung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S.197-205.
- Linting, M./ Meulman, J.J./ Groenen, P.J.F./ Van der Kooij, A.J. (2007). Nonlinear principal components analysis: Introduction and application. In: Psychological Methods, 12 (3), pp. 336-358.
- Linting, M./ Van der Kooij, A.J. (2012). Nonlinear Principal Components Analysis With CATPCA: A Tutorial. In: Journal of Personality Assessment, 94 (1), pp.12-25.
- Liu, X./ Buysse, D.J./ Gentzler, A.L./ Kiss, E./ Mayer, L./ Kapornai, K./ Vetró, Á./ Kovacs, M. (2007): Insomnia and Hypersomnia Associated with Depressive Phenomenology and Comorbidity in Childhood Depression. In: SLEEP, 30 (1), pp. 83-90.
- Lösel, F./ Bender, D. (2007): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2., völlig neu bearbeitete Auflage München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 57-78.
- Luthar, S.S. (1999): Developmental Clinical Psychology and Psychiatry: Poverty and Children's Adjustment. (Vols. 1-41), Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Luthar, S.S./ Cicchetti, D./ Becker, B. (2000): The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. In: Child Development, Vol. 71 (3), pp. 543-562
- Masten, A.S./ Reed, M.-G.J. (2002): Resilience in Development. In: Snyder, C.R./Lopez, S.J. (Hrsg.): Handbook of Positive Psychology, Oxford University Press, pp.74-88.
- Masten, A.S. (2007): Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. In: Development and Psychopathology, 19 (3), pp. 921-930.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2013): KIM-Studie 2012. Kinder + Medien. Computer + Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Aktualisierte Ausgabe, Stuttgart.
URL: http://www.mpfs.de/fileadmin/KIM-pdf12/KIM_2012.pdf [Stand: 10.01.2015]
- Mensink, G.B.M./ Kleiser, C./ Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 609-623.
- Mensink, G. B. M./ Schlack R./ Kurth, B.M./ Hölling H. (2011): Welche Ansatzpunkte zur Adipositasprävention bietet die KiGGS-Kohorte? In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54 (3), S. 290-294.

- Mertens, D. (1974): Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. In: Sonderdruck aus: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 7.Jg., S. 36-43.
URL: http://doku.iab.de/mittab/1974/1974_1_MittAB_Mertens.pdf [Stand: 10.01.2015]
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u.a.: Verlag Hans-Huber.
- Mielck, A. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Die internationale Perspektive. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51 (3), S. 345-352.
- Mielck, A. (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 510-515.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2004) (Hrsg.): Sozialbericht NRW 2004. Armut- und Reichtumsbericht. Kurzfassung. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. URL: http://www.mais.nrw.de/sozialberichte/sozialberichterstattung_nrw/sozialberichte_seit_1992/sozialbericht2004.pdf [10.01.2015]
- Mohd Razah, N./ Bee Wah, Y. (2011): Comparisons of Shaprio-Wilk, Komogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. In: Journal of Statistical Modeling and Analytics, 2 (1), pp.21-33.
- Moor, I./ Richter, M. (2013): Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter. Welche Rolle spielt das Gesundheitsverhalten? In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag. S. 209-228.
- Moosbrugger, H./ Schermelleh-Engel, K. (2007): Exploratorische (EFA) und Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA). In: Moosbrugger, H./ Kelava, A. (Hrsg.): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion, Heidelberg: Springer Verlag, S. 307-324.
- Mößle, T. (2012): „dick, dumm, abhängig, gewalttätig?“ Problematische Mediennutzungsmuster und ihre Folgen im Kindesalter. Ergebnisse der Berliner Längsschnitt Medien. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung. Band 42, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Müller-Kohlenberg, H./ Drexler, S. (2013): Balu und Du ("Baloo and you") - A Mentoring Program: Conception and Evaluation Results. In: Shaugnessy, M.F. (ed.): Mentoring. Practices, Potential Challenges and Benefits. New York: Nova Science Publishers, pp. 107-123.
- Müller-Kohlenberg, H. (2015): Informelles Lernen – Stärkung sozialer Kompetenz durch Mentoring. In: Melzer, W./Hermann, D./ Sandfuchs, U./ Schäfer, M./ Schubarth, W./ Daschner, P. (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 528-531.
- Nauck, B./ Clauß, S./ Richter, E. (2008): In: Bertram, H. (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München: Verlag C.H. Beck, S. 127-151.
- Noeker, M./ Petermann, F. (2013): Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7., überarbeitet und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe, S. 535-552.
- OECD (2008): Mehr Ungleichheit trotz Wachstum? Einkommensverteilung und Armut in OECD-Ländern. OECD publishing.
- OECD (2010): PISA 2009 Results: What Students Know and Can Do – Student Performance in Reading, Mathematics and Science (Volume I), OECD publishing.
URL: <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/48852548.pdf> [Stand: 10.01.2015]

- Opper, E./ Worth, A./ Wagner, M./ Bös, K. (2007): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 879-888.
- Orbell, S./ Verplanken, B. (2010): The Automatic Component of Habit in Health Behavior: Habit as Cue-Contingent Automaticity. In: Health Psychology, 29 (4), pp. 374-383.
- Ottova, V./ Hillebrandt, D./ Bilz, U./ Ravens-Sieberer, U. (2013): Psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus geschlechtsspezifischer Sicht. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 38-57.
- Overwien, B. (2009): Informelles Lernen. Definitionen und Forschungsansätze. In: Brodowski, M./ Devers-Kanoglu, U./ Overwien, B./ Rohs, M./ Salinger, S./ Walser, M. (Hrsg.): Informelles Lernen und Bildung für eine nachhaltige Entwicklung. Beiträge aus Theorie und Praxis. Opladen u.a.: Budrich Verlag, S. 23-34.
- Petermann, F./ Schmidt, M.H. (2006): Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychologie? In: Kindheit und Entwicklung, 15 (2), S. 118-127.
- Petermann, F./ Natzke, H./ Gerken, N./ Walter, H.-J. (2013): Verhaltenstraining für Schulanfänger. Ein Programm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Petillon, H. (2010): Soziale Beziehungen. In: Rost, D. H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S. 793-800.
- Pileggi, C./ Lotito, F./ Bianco, A./ Nobile, C.G.A./ Pavia, M. (2013): Relationship between Chronic Short Sleep Duration and Childhood Body Mass Index: A School-Based Cross-Sectional Study. In: PLOS ONE, 8 (6), pp. 1-6.
- Pinquart, M./ Silbereisen, R.K. (2002): Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. Leitthema: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45 (11), S. 873-878.
- Porst, R. (1996): Ausschöpfungen bei sozialwissenschaftlichen Umfragen. Die Sicht der Institute. ZUMA-Arbeitsbericht 96/07. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/96_07.pdf [Stand: 07.01.2015].
- Pott, E. (2008): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund. Dokumentation. Tagung vom 19./20. September 2008 in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, S. 22-33.
- Rasch, D./ Guiard, V. (2004): The robustness of parametric statistical methods. In: Psychology Science, 46 (2), pp. 175-208.
- Rattay, P./ Lampert, T./ Neuhauser, H./ Ellert, U. (2012): Bedeutung der familialen Lebenswelt für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 15 (1), S. 145-170.
- Ravens-Sieberer, U./ Wille, N./ Bettge, S./ Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 871-878.

Reimann, S./ Hammelstein, P. (2006): Ressourcenorientierte Ansätze. In: Renneberg, B./ Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 13-28.

Reisch, L.A./ Gwozdz, W. (2010): Einfluss des Konsumverhaltens auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern. Ein Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 53 (7), S. 725-732.

Richter, A./ Vohmann, C./ Stahl, A./ Hesecker, H./ Mensink, G. (2008): Der aktuelle Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Teil 2: Ergebnisse aus EsKiMo. In: Ernährungsumschau, 55 (1), S. 28-36.

Richter, M./ Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.13-34.

Richter, M./ Bohn, V./ Lampert, T. (2011): Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation. In: Schott, T./ Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 489-508.

Ritter, M./ Bilz, L./ Melzer, W. (2013): Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern im Schulkontext. Die Bedeutung der Schulzufriedenheit für die Gesundheit von Heranwachsenden. In: Kolip, P./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“, Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 190-208.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. URL: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45Pil/PDF/23Ydv84JGTBo6_07.pdf [Stand: 10.01.2015]

Robert Koch-Institut (RKI)/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 07.01.2015]

Rommel, A./ Lampert, T./ Bös, K. (2008a): Sport und Bewegung im Kindes- und Jugendalter - Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. In: Klaes, L./ Podding, F./ Wedekind, S./ Zens, Y./ Rommel, A. (Hrsg.): Fit sein macht Schule. Erfolgreiche Bewegungskonzepte für Kinder und Jugendliche. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 3-27.

Rommel, A./ Klaes, L./ Cosler, D. (2008b): Fitness, Einstellungen und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen - Bewegungsstatus und korrespondierende Haltungen und Präferenzen. In: Klaes, L./ Podding, F./ Wedekind, S./ Zens, Y./ Rommel, A. (Hrsg.): Fit sein macht Schule. Erfolgreiche Bewegungskonzepte für Kinder und Jugendliche. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 45-56.

Roth, H. (1971): Pädagogische Anthropologie. Band II. Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik. Hannover: Hermann Schroedel Verlag.

Roth, G. (2003): Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Neue, vollständig überarbeitete Ausgabe, Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft.

Rotter, J.B. (1972): Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. In: Rotter, J.B./ Chance, J.E./ Phares, E. J. (ed.): Applications of a Social Learning Theory of Personality. New York u.a.: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Rotter, J.B. (1975): Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (1), pp. 56-67.

Rübenach, S. P./ Weinmann, J. (2008): Haushalte und Lebensformen der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2006. In: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.): *Wirtschaft und Statistik*, 2/ 2008, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, S. 123-134.

Richter-Kornweitz, A. (2011a): Gleichheit und Differenz – die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In: Zander, M. (2011): *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 240-274.

Richter-Kornweitz, A. (2011b): Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Neuausgabe Köln: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 215-218.

Ritterbach, U./ Wohlfarth, R. (2009): Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstilansätze und Gesundheit. In: Ritterbach, U./ Nicolaus, J./ Spörhase, U./ Schleider, K. (Hrsg.): *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht*. Breisgau: Centaurus (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg), S. 51-78. URL: http://www.pedocs.de/volltexte/2009/2069/pdf/Leben_nach_Herzenslust_D_A.pdf [Stand: 10.01.2015]

Rutter, M./ Quinton, D. (1977): Psychiatric disorder- ecological factors and concepts of causation. In: McGurk, H. (ed.): *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, pp. 173-187.

Rutter, M. (1979): Protective factors in children's response to stress and disadvantage. In: Kent, M.W./ Rolf, J.E. (ed.): *Primary prevention of psychopathology*. Hanover, NH: University Press of New England, pp. 49-74.

Rutter, M. (1983): Stress, Coping and Development: Some Issues and Some Questions. In: Garnezy, N./ Rutter, M. (ed.): *Stress, coping, and development in children*. New York u.a.: McGraw-Hill, pp. 1-41.

Rutter, M. (1987): Psychological resilience and protective factors. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, pp. 316-331.

Rutter, M. (1989): Isle of Wight Revisited: Twenty-five Years of Child Psychiatric Epidemiology. In: *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 28 (5), pp. 633-53.

Rutter, M. (2001): Psychosocial Adversity: Risk, Resilience and Recovery. In: Richman, J.M./ Fraser, M.W. (ed.): *The Context of Youth Violence. Risk, Resilience and Protection*. Westport, Conn. u.a.: Praeger, pp. 13-42.

Rutter, M. (2012a): Resilience as a dynamic concept. In: *Development and Psychopathology*, 24 (2), pp. 335-344.

Rutter, M. (2012b): Resilience: Causal Pathways and Social Ecology. In: Ungar, M. (Ed): *The Social Ecology of Resilience: A handbook of theory and practice*, New York u.a.: Springer Science+Business Media, pp. 33-42.

Saarni, C. (2002): Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In: von Salisch, M. (Hrsg.): *Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 3-30.

Sachverständigenkommission 14. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2013): *Zur Entwicklung von Armutsrisiken bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auswertungen auf Basis des SOEP im Rahmen des 14. Kinder- und Jugendberichts*. URL: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/14-KJB-Expertise-Krause-ua.pdf [Stand: 10.01.2015]

Scheithauer, H./ Petermann, F. (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Kindheit und Entwicklung*, 8 (1), S.3-14.

- Scheithauer, H./ Niebank, K./ Petermann, F.(2000a): Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Petermann, F./ Niebank, K./ Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 65-100.
- Scheithauer, H./ Petermann, F./ Niebank, K.(2000b): Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In: Petermann, F./ Niebank, K./ Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag. S. 15-38.
- Schenk, L./ Bau, A.-M./ Borde, T./ Butler, J./ Lampert, T./ Neuhauser, H./ Razum, O./ Weilandt, C. (2006): Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49 (9), S. 853-860.
- Schenk, L./ Knopf, H. (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 653-658.
- Schenk, L./ Ellert, U./ Neuhauser, H. (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 590-599.
- Schiefele, U./ Schaffner, E. (2010): Wissenserwerb und Motivation. In: Rost, D. H. (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage Weinheim u.a.: Beltz Verlag, S. 942-948.
- Schlack, H.G. (2003): Sozial benachteiligte Kinder - eine Herausforderung für die gemeinwesensbezogene Gesundheitsfürsorge. Einflüsse der Lebenswelt auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern. In: Gesundheitswesen, 65 (12), S. 671-675.
- Schlack, R./ Hölling, H./ Kurth, B.-M./ Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), S. 827-835.
- Schneekloth, U./ Pupeter, M. (2010): Familie als Zentrum: Bunt und vielfältig, aber nicht für alle Kinder gleich verlässlich. In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, S. 61-93.
- Schomborg, N./ Müller-Kohlenberg, H. (2010): Das Mentorenprojekt „Balu und Du“ als Baustein entwicklungsorientierter Präventionsansätze. In: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (Hrsg.), forum kriminalprävention, 3/2010, S. 19-27.
- Schupp, A./ Schlag, B./ Richter, S. (2006): Psychologische Ursachen verunfallter Kinder und Jugendlicher. In: Schlag, B./ Roesner, D./ Zwipp, H./ Richter, S. (Hrsg.): Kinderunfälle. Ursachen und Prävention. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 55-67.
- Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarbeitete Auflage Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Schwarzer, R. (2008): Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. In: Applied Psychology, 57 (1), pp. 1-29.
- Selye, H. (1950): The Physiology and Pathology of Exposure to STRESS. Montreal (Canada): ACTA Medical Publishers.
- Silva, G.E./ Goodwin, J.L./ Parthasarathy, S./ Sherrill, D.L./ Vana, K.D./ Drescher, A.A./ Quan, S. F. (2011): Longitudinal Association between Short Sleep, Body Weight, and Emotional and Learning Problems in Hispanic and Caucasian Children. In: SLEEP, 34 (9), pp. 1197-1205.

Snow, M./ White, G.L./ Kim, H.S. (2008): Inexpensive and Time-Efficient Hand Hygiene Interventions Increase Elementary School Children's Hand Hygiene Rates. In: *Journal of School Health*, 78 (4), pp. 230-233.

Soellner, R./ Huber, S./ Lenartz, N./ Ruding, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (3), Sonderdruck. S. 105-113.

Sommerhalder, K./ Abel, T. (2007): Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Schweiz). Universität Bern. Institut für Sozial und Präventivmedizin. Abteilung für Gesundheitsforschung.
URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de>
[Stand: 15.03.2014]

Song, H.I./ Kim, S.-A./ Park, W.-S. (2012): Family factors associated with children's handwashing hygiene behavior. In: *Journal of Child Health Care*, 17 (2), pp. 164-173.

Spitzer, M. (2005): *Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Stadler, C./ Janke, W./ Schmeck, K. (2004): *IVE. Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern*. Manual. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011a): *Wie leben Kindern in Deutschland? Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 3. August 2011 in Berlin*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2011/Mikro_Kinder/pressebrosc huere_kinder.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 24.12.2014]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011b): *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band I*. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 24.12.2014]

Statistisches Bundesamt (2014a): *Pressemitteilung vom 14. August 2014 – 288/14*. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/08/PD14_288_225pdf.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 24.12.2014]

Statistisches Bundesamt (2014b): *Pressemitteilung vom 7. April 2014 – 126/14*. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_126_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 25.12.2014]

Stößel, U./ Hofmann, F. (2001): *Das Hygieneverhalten Jugendlicher - Ein gesundheitliches Risikoverhalten?* In: Raithel, J. (Hrsg.): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 171-182.

Straus, F./ Höfer, R. (2010): *Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit*. In: Wydler, H./ Kolip, P./ Abel, T. (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 115-128.

Strehmel, P. (2007): *Der Einfluss vorschulischer Betreuung auf den Schulerfolg*. In: Alt, Christian (Hrsg.): *Kinderleben – Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle*. Schriften des Deutschen Jugendinstituts: Kinderpanel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61-79.

Sturzbecher, D./ Hermann, U. (2003): *Aggression und Konflikterziehung im Kindergarten*. In: Sturzbecher, D./ Hermann, U. (Hrsg.): *Soziale Partizipation im Vor- und Grundschulalter. Grundlagen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Sturzbecher, D./ Dietrich, P. (2007): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und –vernachlässigung (DGgKV) (Hrsg.): Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift. Themenheft Resilienz, Ressourcen, Schutzfaktoren - Kinder, Eltern und Familien stärken. PABST, Jahrgang 10, Heft 1, S. 3-30.
- Susman, E.J./ Dorn, L.D./ Feagans, L.V./ Ray, W.J. (1992): Historical and Theoretical Perspectives on Behavioral Health in Children and Adolescents: An Introduction. In: Susman E.J./ Feagans L.V./ Ray, W.J. (ed.): Emotion, Cognition, Health, and Development in Children and Adolescents. New York: Erlbaum, Hillsdale, pp. 1-8.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006): The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich u.a.: Pabst Science Publishers.
- Ulich, D./ Kienbaum, J./ Volland, C. (2002): Empathie mit anderen entwickeln. Wie entwickelt sich Mitgefühl? In: von Salisch, M. (Hrsg.): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 111-133.
- Ungar, M. (2007): Contextual and Cultural Aspects of Resilience in Child Welfare Setting. In: Brown, I./ Chaze, F./ Fuchs, D./ Lafrance, J./ McKay, S./ Prokop, S.T. (ed.): Putting a human face on child welfare: Voices from the Prairies. Prairie Child Welfare Consortium, pp. 1-23.
- Ungar, M. (2012): Social Ecologies and Their Contribution to Resilience. In: Ungar, M. (ed): The Social Ecology of Resilience: A handbook of theory and practice, New York u.a.: Springer Science+Business Media, pp. 13-32.
- UNICEF (2007): Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. The most comprehensive assessments to date of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Innocenti Report Card 7, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. The United Nations Children's Fund.
URL: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf [Stand: 25.12.2014]
- Verplanken, B./ Aarts, H. (1999): Habit, Attitude, and Planned Behaviour: Is Habit an Empty Construct or an Interesting Case of Goal-directed Automaticity? In: European Review of Social Psychology, 10 (1), pp. 101-143.
- Verplanken, B. (2006): Beyond frequency: Habit as mental construct. In: British Journal of Social Psychology, 45 (3), pp. 639-656.
- von Kardoff, E. (2003): Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage Schwabenheim a.d.Selz: Verlag Peter Sabo. S. 234-137.
- von Salisch, M. (2002): Seine Gefühle handhaben lernen. Über den Umgang mit Ärger. In: von Salisch, M. (Hrsg.): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer, S. 135-157.
- Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47 (3), S. 251-255.
- Weinert, F.E. (1998): Das LOGIK-Projekt: Rückblicke, Einblicke und Ausblicke. In: Weinert, F. (Hrsg.): Entwicklung im Kindesalter. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion, S. 177-195.
- Weinert, F.E. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F.E. (Hrsg.): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim u.a.: Beltz-Pädagogik Verlag, S.17-31.
- Weiss, A./ Fang, X./ Storfer-Isser, A./ Thomas, A./ levers-Landis, C.E./ Redline, S. (2010): The Association of Sleep Duration with Adolescents' Fat and Carbohydrate Consumption. In: SLEEP, 33 (9), pp. 1201-1209.

Werner, E.E./ Smith, R.S. (1982): *Vulnerable but invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.

Werner, E.E. (1995): Resilience in Development. In: *Current Directions in Psychological Science*, 4 (3), pp. 81-85.

Werner, E.E. (2007a): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage, München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 20-31.

Werner, E.E. (2007b): Resilienz: ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In: Opp, G./ Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2., völlig neu bearbeitete Auflage, München u.a.: Ernst Reinhardt Verlag, S. 311-326.

Werner, E.E. (2012): Children and war: Risk, resilience, recovery. In: *Development and Psychopathology*, 24 (2), pp. 553-558.

Windeler, J./ Conradt, C. (1999): Wie können „Signifikanz“ und „Relevanz verbunden werden? In: *Medizinische Klinik*, 51 (11), S. 648-651.

Woll, A./ Kurth, B.-M./ Opper, E. (2011): The 'Motorik-Modul' (MoMo): physical fitness und physical activity in German children and adolescents. In: *European Journal of Pediatrics*, 170 (9), pp. 1129-1142.

Wood, W./ Tann, L. (2005): Changing Circumstances, Disrupting Habits. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (6), pp. 918-933.

World Health Organization (WHO) (1948): Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Stand: 10.01.2015]

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [WHO- autorisierte Übersetzung].

URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
[Stand: 10.01.2015]

World Health Organization (WHO) (1997a): Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes. WHO/MNH/93.7A.Rev.2. URL:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf [Stand: 10.01.2015]

World Health Organization (WHO) (1997b): WHOQOL Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL Group, World Health Organization. URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [Stand: 10.01.2015]

World Health Organization (WHO) (1998): Health Promotion Glossary. World Health Organization Geneva, WHO/HPR/HEP/98.1 Distr.: Limited.

URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
[Stand: 16.03.2014]

Wustmann, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 51 (2), S.192-206.

Wustmann, C. (2007): Resilienz. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): *Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung*. Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn, Berlin, S. 119-89.

URL: http://www.bmbf.de/pub/bildungsreform_band_16.pdf [Stand: 10.01.2015]

Wustmann, C. (2009): Die Erkenntnisse der Resilienzforschung – Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. In: *Psychotherapie Forum*, 17 (2), S. 71-78.

Zeanah, C.H./ Boris, N.W./ Larrieu, J.A. (1997): Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (2), pp. 165-178.

Zerle, C. (2007): Wie verbringen Kinder ihre Freizeit? In: Alt, C. (Hrsg.): Kinderleben - Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle. Schriften des Deutschen Jugendinstituts: Kinderpanel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 243-270.

Ziegler, H. (2013): Gewaltstudie 2013. Gewalt- und Missachtungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. URL:
http://presse.healthcare.bayer.de/html/pdf/presse/de/digitale_pressemappen/Gewaltstudie_2013/03_Abstrakt_Gewaltstudie_ProfZiegler.pdf [Stand: 24.12.2014]

Zubrängel, S./ Settertobulte, W. (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey: internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim u.a.: Juventa Verlag. S. 159-182.

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Weitere Personen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Oberbrück, 25.09.2015, J. Jurek

(Ort, Datum) (Unterschrift)