



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz
von Schülerinnen und Schülern im Setting Schule

verfasst von / submitted by

Sophie Frantal

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 190 406 482

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UniStG UF
Mathematik UniStG UF Bewegung und
Sport UniStG

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

I. Zusammenfassung

Hintergrund

Basierend auf aktuellen Umfrageergebnissen (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow, & Maier, 2019; Ramelow, Teutsch, Hofmann, & Felder-Puig, 2014; Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013; Sørensen et al., 2015) sieht man, dass der Stand der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen in Österreich bei weitem nicht zufriedenstellend ist. Die Schule bietet ein ideales Setting, um diese zu fördern, da sie einen großen Teil der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft begleitet (Naidoo & Wills, 2003). Welche Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe im Setting Schule zum Einsatz kommen, soll in dieser Arbeit ermittelt werden.

Methodik

Um die Frage nach den anzuwendenden Methoden zu beantworten, wird eine strukturierte Literaturrecherche in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt wird durch einen narrativen Review (Ressing, Blettner, & Klug, 2009) Hintergrundinformation gefunden. Auf dieser aufbauend wird in einem zweiten Schritt, basierend auf einem systematischen Review (Ressing et al., 2009), passende Literatur ausgewählt. Die gesammelten Informationen werden anhand einer kategorienbasierten Textanalyse, in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) teilstandardisiert (Baur, 2014; Häder, 2010) erarbeitet und mit Hilfe von deskriptiven Statistiken analysiert.

Resultate

In der Methodenwahl für Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird der Schwerpunkt auf handlungsorientierte Methoden und dabei vor allem auf Methoden mit Gruppenbezug gelegt. Dennoch ist eine breite Streuung mit Einbezug von klassischen Methoden und kleineren Techniken in den verwendeten Methoden erkennbar. Leichte Trends sind in der Methodenwahl je nach Handlungsfeld und Resultat erkennbar. Handlungsorientierte Methoden werden vor allem für die Handlungsfelder materielle Umwelt, Ernährung und Bewegung, sowie die Resultate Verbesserung individueller Fähigkeiten, die Erhöhung der Motivation und die Steigerung des Selbstvertrauens genutzt.

Résumé

Um die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in der Sekundarstufe im Setting Schule zu fördern, sollte der Schwerpunkt auf handlungsorientierte Methoden gelegt werden. Eine breite Streuung in der Methodenvielfalt, sowie den zu betrachtenden Handlungsfeldern und zu erreichenden Resultaten ist möglich und ratsam.

II. Abstract

Background

Based on the results from current surveys (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow, & Maier, 2019; Ramelow, Teutsch, Hofmann, & Felder-Puig, 2014; Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013; Sørensen et al., 2015) it is obvious that health literacy in Austria's youth is non-satisfying. As schools have the possibility to reach almost all children and adolescents, they are an ideal setting to facilitate health literacy (Naidoo & Wills, 2003). This work will investigate which methods can be used to promote health literacy of pupils in secondary schools.

Methods

To answer the question which methods to be used to increase health literacy, a structured literature research will be performed in two steps. In a first step, background information will be gathered by a narrative review (Ressing, Blettner, & Klug, 2009). Based on this, a systematic review (Ressing et al., 2009) will capture appropriate articles. Selected information will be prepared for evaluation using a partly-standardized (Baur, 2014; Häder, 2010) category-based text analysis, based on the qualitative content analysis from Mayring (2015). Descriptive statistics will be used for analysis.

Findings

Facilitation methods should focus on activity-oriented approaches, especially on group-based methods. Nevertheless, a broad variety of methods, including classical strategies and special techniques, is seen in according interventions. Depending on the field of action and the result to be achieved slight trends in the choice of methods to be used can be seen. Activity-oriented methods are mainly used to work on the fields material environment, nutrition and physical activity and to reach the results increase of individual competencies, motivation and self-efficacy.

Conclusion

To increase health literacy in pupils from secondary schools, a broad variety of methods, with a focus on activity-oriented methods, should be used. Also several fields of action and results to be achieved are possible and should build the basis of health literacy interventions.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
1 Vorwort	6
2 Einleitung	8
2.1 Forschungsinteresse	8
2.2 Aufbau der Arbeit	9
3 Hauptteil – Methoden zur Förderung von Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern	11
3.1 Begriffe und Definitionen	11
3.1.1 Gesundheitsförderung	11
3.1.2 Gesundheitserziehung	13
3.1.3 Gesundheitskompetenz	16
3.2 Forschungsstand	18
3.2.1 Aktueller Stand der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern	19
3.2.2 Konzepte/Modelle zur Strukturierung von Gesundheitskompetenz	21
3.2.3 Mögliche Methoden basierend auf dem Modell von Nutbeam	25
3.3 Forschungsfrage und Hypothesen	28
3.4 Methodik	28
3.4.1 Literaturrecherche	28
3.4.2 Textanalyse	31
3.4.3 Auswertung	37
3.5 Analyse	37
3.5.1 Details zu Faktoren	37
3.5.2 Allgemeiner Überblick	41
3.5.3 Informationsfaktoren	46
3.5.4 Analysefaktoren	50
4 Diskussion	70

4.1	Allgemeiner Überblick.....	70
4.2	Informationsfaktoren.....	72
4.3	Analysefaktoren.....	74
4.3.1	Subgruppe Intervention.....	74
4.3.2	Subgruppe Interventionseinheit.....	77
4.4	Einschränkungen.....	80
5	Résumé.....	82
	Darstellungsverzeichnisse.....	85
	Tabellen.....	85
	Abbildungen.....	85
	Literaturverzeichnis.....	86
	Anhang.....	91
	Tabellen zu erhobenen Informationen.....	91
	Überblick Studien.....	91
	Informationsfaktoren.....	98
	Analysefaktoren Intervention.....	101
	Analysefaktoren Interventionseinheit.....	106

1 Vorwort

Persönliche Motivation

Als eines meiner wichtigsten Ziele als zukünftige Bewegungs- und Sportlehrerin sehe ich die Hinleitung der Schüler/innen zu einem gesunden Lebensstil - gesund in vielerlei Hinsicht. Gesund im Hinblick auf den Bezug zur eigenen Persönlichkeit, auf ein soziales Miteinander, auf die eigene Ernährung, und natürlich auch im Hinblick auf Bewegung. Die Möglichkeit zu haben, dazu beizutragen, dass Schüler/innen sich zu aktiven, motivierten und eigen-initiativen Menschen entwickeln, ist für mich eine sehr schöne und erfüllende Vorstellung. Um das zu erreichen braucht man, bzw. brauche ich, natürlich eine gewisse Kenntnis davon, wie ich die Schüler/innen bestmöglich dabei unterstützen kann, dass sie sich in diese Richtung entwickeln. Also welche Unterstützung ich bieten sollte, und auch wann welche Unterstützung besonders effektiv ist. Nur dann kann ich als zukünftige Lehrerin bewusst Ziele zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Schüler/innen setzen und passende Unterstützungsmöglichkeiten auswählen und anbieten. In dieser Arbeit möchte ich deshalb, als einen Baustein zur Unterstützung, mögliche Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz betrachten und sehen, wann welche Methode zur Anwendung kommen kann. Methoden-Wissen zu entwickeln und eine gewisse Auswahl an Methoden zur Verfügung zu haben, ist auch in Anbetracht der sehr unterschiedlichen Bedürfnisse und Vorlieben von Schüler/innen sicher von Vorteil.

Urheberschaft

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z. B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z. B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.

Danksagung

Ich möchte mich gleich zu Beginn bei einigen Unterstützerinnen bedanken. Bei Rosa Diketmüller, welche trotz der bereits unzähligen zu betreuenden Diplomarbeiten bereit war, mich zu betreuen. Auch für das Vertrauen in mein selbständiges Arbeiten, die wirklich kollegiale Zusammenarbeit und die oft genau passenden kurzen Inputs. Ihre überaus wichtigen kritischen Anmerkungen, vor allem zu Beginn meines Weges, haben mich zu einem realistischen Ziel geführt und mich dem Abschluss meines Studiums nähergebracht.

Bei meiner Mama, Gertrude Frantal, für das wiederholte Korrekturlesen der Disposition, sowie der Arbeit selbst. Besonders auch für ihre Geduld bei diversen Fragen und Diskussionen im Hinblick auf Beistrichsetzung. Zu guter Letzt bei Nina Haglage für einen finalen Review und die positiven, lobenden Worte.

2 Einleitung

2.1 Forschungsinteresse

„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“ wurde schon 1986 in der Ottawa Charta (World Health Organization (WHO), 1986) festgehalten. Um eine Entwicklung, in der sich schnell verändernden westlichen Gesellschaft in diese Richtung zu erreichen, werden verschiedene Strategien vorgestellt, die möglichst übergreifend in Ansätze zur Gesundheitsförderung eingebaut werden sollen. Dabei bieten Settings, also „Lebensbereiche in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen“ (World Health Organization (WHO), 1997) ideale Voraussetzungen zur Umsetzung solcher Ansätze. Naidoo und Wills (2003) meinen, dass gerade die Schule ein besonders gutes Setting ist, da sie einen großen Teil der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft über einen langen Zeitraum hinweg erreicht.

Basierend darauf wurden im Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung (Unterrichtsministerium für Bildung Kunst und Kultur (UMBKK), 1997) Ziele der schulischen Gesundheitsförderung formuliert. Neben setting- und umfeldbezogenen Zielen, geht es um die Förderung der Gesundheitskompetenzen der Schüler/innen. Die Schüler/innen sollen also dabei unterstützt werden, Fähigkeiten zu entwickeln, die ihnen ermöglichen, eigenverantwortlich ein gesundheitsbewusstes Leben zu führen. Zu beachten ist, dass nach Richter-Kornweitz (2015) die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter alters- und geschlechtsspezifisch aufgebaut sein sollte.

Die Umsetzung der Gesundheitserziehung in der Schule, also das gezielte Setzen von Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Schüler/innen (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009), kann dabei sehr unterschiedlich erfolgen. Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind vielseitig – sie beinhalten Gesundheitsmanagement, Lernen und Lehren, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention, Suchtprävention sowie materielle Umwelt und Sicherheit (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019). Entsprechend vielfältig sind die möglichen Methoden, die verwendet werden können, um die Handlungsfelder umzusetzen.

Trotz der Entwicklungen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten, sagt Mag.^a Daniela Kern-Stoiber, MSc, vom bundesweiten Netzwerk Offene Jugendarbeit, dass Jugendliche in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern der Europäischen Union eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Sie findet

Unterstützung von Robert Lender aus dem Bundeskanzleramt, Sektion Jugend, der meint, dass die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an Kinder und Jugendliche nicht nur in der Verantwortung der Eltern, sondern auch der Kindergärten, Schulen und außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit liegt. Basierend auf aktuellen Umfrageergebnissen (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow, & Maier, 2019; Ramelow, Teutsch, Hofmann, & Felder-Puig, 2014; Sørensen et al., 2015) zeigt sich ganz klar, dass der aktuelle Status der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen nicht besonders hoch ist. Eine weitere Fokussierung auf die Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen, vor allem auch im Setting Schule, scheint daher angebracht und notwendig zu sein.

Ziel dieser Arbeit ist es, die verwendeten Methoden zur Umsetzung von Gesundheitserziehung im Setting Schule zu erheben und zu untersuchen, wie diese dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz der Schüler/innen zu erhöhen. Es wird angenommen, dass eine bewusste Methodenauswahl zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Schüler/innen je nach betrachtetem Handlungsfeld, dem zu erreichenden Gesundheitskompetenzlevel, sowie dem gewünschten Resultat zur Anwendung kommt.

Die sich daraus ergebende Forschungsfrage lautet: Welche Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe werden im Setting Schule angewandt?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, sollen durch eine strukturierte Literaturrecherche und eine kategorienbasierte Textanalyse entsprechende Informationen zu solchen Methoden gefunden, erarbeitet und mit Hilfe von deskriptiven Statistiken analysiert werden.

2.2 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 1 der Arbeit wird die persönliche Motivation dargestellt, sowie eine Erläuterung zur Urheberschaft, sowie eine Danksagung abgegeben.

In der Einleitung der Arbeit, Kapitel 2, wird im ersten Teil ein Einblick in das Forschungsinteresse (Kapitel 2.1) gegeben. Dabei wird der aktuelle Forschungsstand zusammengefasst und darauf aufbauend kurz die Forschungsfrage, sowie die zu verwendende Methodik, angegeben. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird der Aufbau der Arbeit (Kapitel 2.2) vorgestellt.

Kapitel 3 bildet den Hauptteil der Arbeit. Zu Beginn dieses Kapitels werden die wichtigsten Begriffe und Definitionen (Kapitel 3.1) – Gesundheitsförderung (Kapitel 3.1.1), Gesundheitserziehung (Kapitel 3.1.2) und Gesundheitskompetenz (Kapitel 3.1.3) – angegeben und erläutert. Anschließend wird der Forschungsstand (Kapitel 3.2) zum Themengebiet eingehend dargestellt. Es wird der aktuelle Stand zur Gesundheitskompetenz von Schüler/innen präsentiert (Kapitel 3.2.1), Konzepte bzw. Modelle zur Strukturierung von Gesundheitskompetenz vorgestellt (Kapitel 3.2.2) und auch schon ein erster Blick auf vorgeschlagene Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz – ohne, dass diese tatsächlich zur Anwendung gekommen wären – geworfen (Kapitel 3.2.3). Darauf basierend wird die Forschungsfrage und die sich daraus ergebenden Hypothesen (Kapitel 3.3) behandelt. Danach wird die verwendete Methodik (Kapitel 3.4), zur Beantwortung der Forschungsfrage, erläutert. Dabei werden Details zur Literaturrecherche (Kapitel 3.4.1), der Textanalyse (Kapitel 3.4.2) und der Auswertung (Kapitel 3.4.3) präsentiert. Das Ende des Hauptteils bildet die Analyse (Kapitel 3.5) der gefundenen, in Schulprojekten durchzuführenden Methoden. Nach Details zu den in der Textanalyse erarbeiteten Faktoren (Kapitel 3.5.1), gibt es einen allgemeinen Überblick über die inkludierten Studien und die betrachteten Subgruppen (Kapitel 3.5.2). Gefolgt von Ergebnissen zu allgemeinen, auf die Schulprojekte bezogenen Informationsfaktoren (Kapitel 3.5.3), werden Ergebnisse zu Analysefaktoren mit Bezug zu den Methoden gezeigt (Kapitel 3.5.4).

Im Zuge der Diskussion in Kapitel 4, werden die Ergebnisse, vor dem Hintergrund des Forschungsstands, sowie der Forschungsfrage und der formulierten Hypothesen, erörtert. Entsprechend dem Aufbau der Analyse, werden hier zuerst die Ergebnisse des allgemeinen Überblicks (Kapitel 4.1) und anschließend jene zu den Informationsfaktoren (Kapitel 4.2) und den Analysefaktoren (Kapitel 4.3) besprochen. Letzteres wird separiert für die Subgruppe der Interventionen (Kapitel 4.3.1) und jene der Interventionseinheiten (Kapitel 4.3.2) diskutiert. Am Ende dieses Kapitels gibt es noch einige allgemeine Anmerkungen zu den gefundenen Ergebnissen (Kapitel 4.4).

Den Abschluss der Arbeit bildet das Résumé in Kapitel 5, mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und Vorschlägen für die zukünftige Verwendung von Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schule, sowie weiteren möglichen Forschungsansätzen.

3 Hauptteil – Methoden zur Förderung von Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern

3.1 Begriffe und Definitionen

Im Folgenden werden die grundlegenden Begriffe und Definitionen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage und die Bearbeitung der Forschungshypothesen notwendig sind, angegeben und im Hinblick auf den betrachteten Rahmen des Settings Schule erläutert.

Gesundheit selbst wird als eine Ressource für das tägliche Leben gesehen und entsteht in einem ständigen, dynamischen Prozess in der Auseinandersetzung mit der Umwelt (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019). Sie ist Voraussetzung für Lernen und Lehren und spielt damit im Setting Schule eine wesentliche Rolle.

3.1.1 Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist Mitte der 70er Jahre aufgekommen und ist damit noch ziemlich jung. Das aktuelle Begriffsverständnis basiert auf den Definitionen und Erklärungen der Ottawa Charta aus 1986 (World Health Organization (WHO), 1986). Darin wurde festgehalten, dass Gesundheitsförderung auf einen Prozess abzielt, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, um sie somit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Ziel der Gesundheitsförderung ist es demnach, die Menschen zu befähigen sich eigenständig um ihre Gesundheit zu kümmern, diese aktiv zu beeinflussen und möglichst zu verbessern. Diese Befähigung inkludiert eine Verhaltensänderung der Menschen, aber auch eine Verhältnisänderung in der Gesellschaft (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Die Lebensweisen und Lebensbedingungen der Menschen haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten stark verändert. Etwa zehn Jahre nach der Ottawa-Charta, sieht deshalb die Jakarta-Erklärung aus 1997 (World Health Organization (WHO), 1997) Verhältnisänderungen wie die steigende Armut oder demographische Trends wie Verstädterung, aber auch Verhaltensänderungen wie zunehmende Bewegungsarmut, als immer größer werdende Herausforderungen für das 21. Jahrhundert. Damit gewinnt die Gesundheitsförderung gleichzeitig aber immer mehr an Bedeutung.

An dieser Stelle soll auf die klare Abgrenzung des Begriffs Gesundheitsförderung, von den Begriffen Krankheit und Prävention hingewiesen werden. Details dazu, sowie Definitionen

zu letzteren beiden Begriffen und zum Begriff Gesundheit, können zum Beispiel in Naidoo und Wills (2003) gefunden werden. Auch finden sich dort viele Strategien, Methoden und Hinweise zur praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung.

Basierend auf der Definition und dem Ziel der Gesundheitsförderung entsprechend der Ottawa-Charta (World Health Organization (WHO), 1986), spricht diese von fünf Prinzipien zur Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung, möchte die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit beeinflussen, verbindet unterschiedliche Maßnahmen und Ansätze, beteiligt die Öffentlichkeit und ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich. Neben diesen Prinzipien werden dort außerdem die drei Handlungsstrategien ‚Interessen vertreten‘, ‚befähigen und ermöglichen‘ und ‚vermitteln und vernetzen‘, sowie fünf Handlungsebenen zur Gesundheitsförderung präsentiert:

1. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsdienste neu orientieren
4. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
5. Persönliche Kompetenzen entwickeln

Es geht somit nicht nur um die Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens der Menschen (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019), sondern auch um die Schaffung eines entsprechenden gesellschaftlichen und politischen Rahmens. In der Jakarta-Erklärung (World Health Organization (WHO), 1997) finden sich, aufbauend auf diesen Handlungsebenen, neue Ideen und Umsetzungsvorschläge im Hinblick auf das 21. Jahrhundert. Besonders wichtig scheinen dabei übergreifende, möglichst viele der fünf Ebenen einbauende, Ansätze zu sein.

Ideale Voraussetzungen zur Umsetzung solcher gemischter Ansätze bieten Settings, also „Lebensbereiche in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen“ (World Health Organization (WHO), 1997). Sie verbinden unterschiedliche Zielgruppen in einem festgelegten sozialen Rahmen (Blättner & Waller, 2011) und bieten personale, organisatorische, sowie finanzielle Ressourcen die zur Verbesserung der Gesundheitsförderung genutzt werden können (Naidoo & Wills, 2003). Diese Orte, an denen die Menschen ihren Alltag verbringen, in denen sie leben, arbeiten und spielen, haben natürlich direkten Einfluss auf ihr Wohlbefinden und bilden so einen ausgezeichneten Rahmen für Interventionen zur Verbesserung desselben (Hartung & Rosenbrock, 2015). Man kann zwischen verschiedenen Arten von Settings unterscheiden. Settings können eine

räumliche Perspektive, Institutionen oder Organisationen, sowie Lebensbereiche oder Lebensphasen fokussieren (Blättner & Waller, 2011).

Gesundheitsförderung in der Schule

Macht man sich bewusst, dass das Wissen über und der Umgang mit Gesundheit im Kindes- und Jugendalter die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf maßgeblich beeinflusst (Naidoo & Wills, 2003), dann liegt auf der Hand, dass gerade in dieser Zielgruppe Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle spielt. Zusätzlich erreicht man über die Schule einen großen Teil der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft, aus allen Schichten, über einen langen Zeitraum hinweg. Damit ist Schule ein besonders gutes (institutions-fokussierendes) Setting für Gesundheitsförderung.

Die schulische Gesundheitsförderung sollte möglichst alle der Handlungsfelder Gesundheitsmanagement, Lernen und Lehren, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention, Suchtprävention sowie materielle Umwelt und Sicherheit (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019) abdecken. Zu beachten ist, dass nach Richter-Kornweitz (2015) die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, und somit in der Schule, alters- und geschlechtsspezifisch aufgebaut sein sollte. Auch die gegebenen individuellen Voraussetzungen, wie das soziale Umfeld, der kulturelle Hintergrund, sowie das Selbstbild der Kinder und Jugendlichen sollte einbezogen werden (Naidoo & Wills, 2003).

Diese Handlungsfelder sollen aber nicht nur von Lehrer/innen in der direkten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Beachtung finden, sondern Einbeziehung, entsprechend der Handlungsebenen der Ottawa Charta, in der Gesamtheit des schulischen Lernumfeldes finden. Auch die Entwicklung des sozialen, ökonomischen und strukturellen Umfelds soll sich an diesen Feldern orientieren. Initiierte Schulentwicklungsprozesse sollen dabei nach Blättner und Waller (2011) die curriculare Dimension (Integration in den Unterricht), die soziale Dimension (Einbezug von Kollegium, Schüler/innen, Eltern), die ökologische Dimension (räumliche Gegebenheiten) und die kommunale Dimension (Öffnung nach außen) beachten.

3.1.2 Gesundheitserziehung

Mit dem Begriff der Gesundheitsförderung wurde auch der Begriff der Gesundheitserziehung entwickelt. Während bei der Gesundheitsförderung der Schwerpunkt auf Möglichkeiten und Ressourcen zur Schaffung von Gesundheit liegt

(Schuhmayer, 2001), geht es bei der Gesundheitserziehung mehr um eine bewusst gestaltete Lernmöglichkeit zur Verbesserung der individuellen Fähigkeiten zur Schaffung von Gesundheit. Es geht um eine Hinführung zu selbstbestimmtem gesundheitsförderndem Verhalten von Individuen und Gemeinschaften durch Aktivitäten zur Vermittlung von Wissen, Haltungen, Kompetenzen und Fertigkeiten (Blättner & Waller, 2011; Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Dazu gehören nach Naidoo und Wills (2003) die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, die Vermittlung von Informationen, die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten für gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen, sowie die Unterstützung bei diesen Verhaltensänderungen. Gesundheitserziehung ist also die Gesamtheit von gezielt gesetzten Interventionen die zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit beitragen (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009).

In der Gesundheitsförderung von Erwachsenen wird im deutschsprachigen Raum, alternativ zum Begriff der Gesundheitserziehung, oft der Begriff der Gesundheitsbildung verwendet (Blättner & Waller, 2011; Schuhmayer, 2001). Rahmen und Ausrichtung der Gesundheitsbildung wird dabei oft von den Erwachsenen selbst gestaltet. Im Gegensatz dazu findet der Begriff der Gesundheitserziehung seinen Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. In entsprechenden Settings werden Rahmen und Ausrichtung dabei meist von anderen Personen vorgegeben. Abbildung 1 zeigt einen Auszug aus der Kompetenzlandkarte für Unterrichtsprinzipien und Bildungsanliegen zu den Kompetenzen der Gesundheitsbildung (Weiglhofer, 2013), welche aber auch in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen Anwendung findet.

Organisationsstruktur	Gesundheitsbildung
Wissen aufbauen, reflektieren, weitergeben	Wissen aufbauen, reflektieren, weitergeben
(be-)nennen, aufzählen, zuordnen, beschreiben, darstellen, vergleichen, erklären	wesentliche Faktoren einer gesunden Lebensweise (Ressourcen) und krankmachende Faktoren (Risiken) benennen
beschaffen, kommunizieren, präsentieren	Informationsquellen und Einrichtungen zum Thema Gesundheit kennen und Informationen weitergeben
analysieren, kategorisieren, unterscheiden, schlussfolgern, Vermutungen aufstellen, Zusammenhänge herstellen	einfache Informationen zur Gesundheit verstehen und einen Bezug zum Lebensalltag herstellen
beurteilen, begründen, interpretieren	Methoden und Möglichkeiten, Gesundheitsinformationen kritisch zu hinterfragen und zu beurteilen, kennen und anwenden
Haltungen entwickeln	Haltungen entwickeln
Haltungen entwickeln	eine positive Haltung sich selbst und den eigenen Bedürfnissen gegenüber zeigen
Werthaltungen haben	eigene Einstellungen zur Gesundheit und persönliche Werthaltungen bewusst machen
bewerten, entscheiden, umsetzen	bewerten, entscheiden, umsetzen
bewerten	Gesundheitsinformationen nach individuellen, sozialen, medizinischen und ethischen Gesichtspunkten bewerten
Handlungs-, Verhaltensabsichten ausbilden; Handlungsentscheidungen treffen	Entscheidungen treffen, die sich im täglichen Leben positiv auf die Gesundheit auswirken können
Handlungen planen, ausführen, reflektieren, aufrechterhalten	gesundheitsrelevante Entscheidungen planen, umsetzen und aufrechterhalten

Abbildung 1: Kompetenzen Gesundheitsbildung (Weiglhofer, 2013)

Gesundheitserziehung in der Schule

Im Setting Schule bildet die Gesundheitserziehung in vielen Ländern eine Querschnittsaufgabe über alle Fächer (Blättner & Waller, 2011). In Österreich ist Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung als Bildungsbereich „Gesundheit und Bewegung“ im allgemeinen Bildungsziel, aber auch in den Bildungs- und Lehraufgaben einzelner Unterrichtsgegenstände, als Unterrichtsprinzip verankert (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019). Zusätzlich wurden im Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung (Unterrichtsministerium für Bildung Kunst und Kultur (UMBKK), 1997) fünf Hauptziele der schulischen Gesundheitsförderung, passend zu den Handlungsebenen der Ottawa-Charta, formuliert:

1. Vernetzung von Schule und regionalem Umfeld (gesellschaftliche/politische Beachtung)
2. Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt (Ressourcen, Öffnung, Vernetzung)
3. Verankerung als organisationsumfassender Ansatz (Schulprofil, Schulkultur)
4. Thematisierung in der Schulgemeinschaft (Schüler/innen, Kollegium, Eltern)
5. Individuelle Wissens- und Kompetenzentwicklung

Sie unterstreichen die Idee der Nutzung des Settings Schule zum Zweck der Gesundheitsförderung, basierend auf den Handlungsebenen der Ottawa Charta, und möchten eine Basis für gesundheitsfördernde Maßnahmen auf allen schulischen Ebenen erzielen.

Laut dem Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019) definiert § 2 des Schulorganisationsgesetzes als Aufgabe der Schule, junge Menschen zu gesunden und gesundheitsbewussten Gliedern der Gesellschaft heranzubilden. Neben strukturellen und gemeinschaftlichen Aspekten, soll Gesundheitserziehung in der Schule also das individuelle Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein, sowie die Kompetenzen der Schüler/innen fördern (Naidoo & Wills, 2003). Die Umsetzung der Gesundheitserziehung in der Schule findet sich damit im gezielten Setzen von Interventionen durch Lehrer/innen zur Förderung der genannten individuellen Aspekte ihrer Schüler/innen (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009). Wichtig dabei ist, an positiven Erfahrungen und Erlebnissen der Schüler/innen anzusetzen und Interventionen auf ihren Lebensstil und den sozialstrukturellen Rahmen anzupassen (Schuhmayer, 2001).

3.1.3 Gesundheitskompetenz

Auch wenn die Idee hinter dem Begriff Gesundheitskompetenz mit der Entwicklung der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung einhergeht, so ist die eigentliche Definition des Begriffs, in ihrem aktuellen Verständnis, doch um einiges jünger. Das Konzept der Gesundheitskompetenz gewinnt seit den 90er Jahren zunehmend an Bedeutung. Gesundheitskompetenz kann als das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, sich relevante Informationen über Gesundheit zu beschaffen, sie zu verstehen, zu beurteilen und so anzuwenden, dass sie ihrer Gesundheit förderlich sind, definiert werden (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Sie beschreibt demnach das zu erreichende Resultat in Individuen durch Bildungs- und Kommunikationsmaßnahmen des Sozialsystems (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019). Gesundheitskompetenz bildet einen

wichtigen Baustein zur gesundheitlichen Chancengleichheit und ist eng mit Begriffen wie Empowerment und Partizipation verbunden (Nutbeam, 2000). Während in der Gesundheitserziehung andere geeignete Interventionen zur Gesundheitsförderung setzen, soll Gesundheitskompetenz die Menschen dabei unterstützen, selbstbestimmte und selbstinitiierte Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit erhalten und stärken. Mit dieser Verschiebung kommt es auch zu einer Veränderung der Aufgaben der Initiatoren von gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Sie sollen nicht mehr die Rolle von Expert/innen einnehmen und Interventionen setzen und durchführen, sondern in die Rolle von Unterstützer/innen schlüpfen, die zwar dafür sorgen, dass der gesundheitsförderliche Prozess in Gang gesetzt wird, sich dann aber wieder aus diesem Prozess zurückziehen (Naidoo & Wills, 2003).

Kickbusch (2006) unterscheidet verschiedene Bereiche der Gesundheitskompetenz:

1. Persönliche Gesundheit
2. Systemorientierung
3. Konsumverhalten
4. Gesundheitspolitik
5. Arbeitswelt

Auch wenn alle diese Bereiche – manche mehr, manche weniger - von den Rahmenbedingungen der dahinterstehenden Gesellschaft beeinflusst werden, so sind sie doch auf die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Menschen bezogen. Um diese zu ermöglichen, braucht es entsprechende Möglichkeiten, verständliche Information und unterstützende Kommunikation (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Helfende Expert/innen lassen sich auch hier wieder in den verschiedenen Settings finden.

Gesundheitskompetenz in der Schule

Robert Lender aus dem Bundeskanzleramt, Sektion Jugend, sagt, dass die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an Kinder und Jugendliche nicht nur in der Verantwortung der Eltern, sondern auch der Kindergärten, Schulen und außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit liegt (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (2019) gibt an, dass Gesundheitskompetenz als Begriff im Setting Schule noch relativ neu ist, obwohl für Gesundheitskompetenz relevante Handlungsfelder in Schulen schon länger thematisiert werden. 1994 definierte die WHO zehn Kernkompetenzen, die es in der Schule, im Sinne der Gesundheitsförderung, zu vermitteln gilt. Diese sind die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, Problemlösefähigkeit, kreatives

Denken, kritisches Denken, effektive Kommunikationsführung, die Fähigkeit zur Führung interpersoneller Beziehungen, Selbstwahrnehmung, Empathie, sowie die Fähigkeiten zum Umgang mit Emotionen und Stress (World Health Organization (WHO), 1994). Die Förderung dieser Kompetenzen findet sich auch als Bildungsauftrag in den österreichischen Lehrplänen wieder.

Die Schule hat einen wesentlichen Einfluss darauf, ob und wie weit Kinder und Jugendliche Gesundheitskompetenz entwickeln (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019). Schulen können und sollen dabei einerseits auf Schulebene, durch Zugang zu Gesundheitsinformationen für Lehrer/innen und Schüler/innen, und andererseits auf Unterrichtsebene, durch Gesundheitserziehung, ansetzen. Letzteres wird auch durch die Möglichkeiten zu Fortbildungen für Lehrpersonen, und damit eine aktuelle Wissens- und Kompetenzvermittlung an die Schüler/innen, beeinflusst. Nach dem Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019) soll der Wissensbereich dabei Informationen über den eigenen Körper, über Gesundheit, das Gesundheitssystem, sowie das eigene Gesundheitsverhalten umfassen. Zu erlernende Handlungskompetenzen inkludieren Informationsbeschaffung und -verarbeitung, sowie Selbstwahrnehmung und -reflexion. Neben den Handlungsfeldern Gesundheitsmanagement, Lernen und Lehren, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention, Suchtprävention und materielle Umwelt und Sicherheit (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019) werden als interessierende Themengebiete auch Verbraucherbildung, Sexualpädagogik und Stress- und Mobbingprävention genannt (Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), 2019).

3.2 Forschungsstand

Basierend auf den, im vorigen Kapitel erläuterten grundlegenden Begriffen und Definitionen, soll im Folgenden der aktuelle Forschungsstand zu Gesundheitskompetenz festgehalten werden. Als Einstieg werden Umfrageergebnisse zum aktuellen Stand der Gesundheitskompetenz in Schulen besprochen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung in Österreich. Internationale Angaben werden als Vergleichswerte herangezogen. Anschließend werden Unterschiede in den Details von vorhandenen Definitionen ermittelt, sowie verschiedene Konzepte bzw. Modelle zur Strukturierung von Gesundheitskompetenz vorgestellt werden. Der Fokus liegt auf dem von Nutbeam (2000) vorgestellten Modell, welches später auch als Basis für die Analyse der gefundenen Methoden dient. Als Abschluss dieses Kapitels werden Studien gezeigt, welche theoretisch

mögliche Methoden, entsprechend der von Nutbeam (2000) präsentierten Faktoren, vorschlagen, ohne dabei eine praktische Durchführung anzupeilen.

3.2.1 Aktueller Stand der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern

Der Schwerpunkt der präsentierten Umfrageergebnissen liegt auf der Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Österreich. Internationale Angaben werden als Vergleichswerte herangezogen.

In den Jahren 2009 bis 2012 wurde im Rahmen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) ein europäischer Vergleich zum Stand der Gesundheitskompetenz ermittelt (Sørensen et al., 2015). Teilgenommen haben jeweils 1000 Personen aus 8 Ländern der Europäischen Union. Der für die Studie entwickelte Fragebogen enthielt 47 Items zur Erhebung der Gesundheitskompetenz, auf deren Basis ein allgemeiner Gesundheitskompetenz-Index erstellt wurde. Dieser erlaubte eine Kategorisierung in 4 Niveaus: inadäquat, problematisch, ausreichend und ausgezeichnet. Die Verteilung dieser Niveaus war länderweise sehr unterschiedlich. Es wurde vermutet, dass diese Unterschiede durch unterschiedliche soziale Gradienten (niedrigere Kapitalstärke, niedrigerer sozialer Status, niedrigeres Bildungsniveau, ...) in den einzelnen Ländern entstanden. In Österreich wiesen mehr als 50% der Teilnehmer/innen eine unzureichende oder problematische Gesundheitskompetenz auf. Nicht einmal 10% hatten eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Es ist klar zu erkennen, dass gerade in Österreich hier ein gewisser Nachholbedarf vorhanden war.

Schon 2013 wurde dann die österreichische Gesundheitskompetenz Jugendstudie (Röthlin, Pelikan, & Ganahl, 2013) durchgeführt. Dabei wurde die Gesundheitskompetenz von 571 15-jährigen Jugendlichen erhoben. Es wurde das in der HLS-EU Studie (Sørensen et al., 2015) entwickelte Messinstrument leicht adaptiert verwendet und eine entsprechende Kategorisierung in die 4 Niveaus durchgeführt. Im Allgemeinen waren die Ergebnisse der Jugendlichen sehr ähnlich zu jenen der Erwachsenen. Etwa 60% der Jugendlichen zeigten inadäquates oder problematisches Gesundheitskompetenz-Niveau. Wobei immerhin die Gruppe mit inadäquater Gesundheitskompetenz bei den Jugendlichen, im Gegensatz zu den Erwachsenen mit etwa 18%, nur knapp über 10% lag. Die sozialen Unterschiede schienen bei den Jugendlichen weniger Einfluss zu haben als bei den Erwachsenen. Anzumerken ist auch, dass der Anteil an nicht-beantworteten Fragen in Summe etwas höher lag als bei den Erwachsenen, was auf Verständnisprobleme bei manchen Fragen hindeuten könnte.

Bald darauf wurde, mit Unterstützung der WHO, 2014 zum zehnten Mal die internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie durchgeführt (Ramelow et al., 2014). Dabei werden alle vier Jahre in 46 Ländern bzw. Regionen Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Jugendlichen erhoben. Inkludiert werden Schüler/innen zwischen 11 und 17 Jahren. In Österreich sind das etwa 6000 Personen. Ergebnisse der Studien wurden sowohl international als auch länderspezifisch publiziert. 2014 wurde im Zuge der HBSC Studie erstmalig auch die Gesundheitskompetenz erhoben. Wie schon bei der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie (Röthlin et al., 2013), wurde der gleiche Gesundheitskompetenz-Begriff wie bei der HLS-EU Studie verwendet. Die Erhebung der Gesundheitskompetenz-Items beschränkte sich allerdings auf die 13 bis 17-jährigen Schüler/innen, da im Zuge einer Vorerhebung klare Verständnisprobleme bei 11- und 12-jährigen Jugendlichen festgestellt wurden. Für die Auswertung der Gesundheitskompetenz wurde eine eigene Skala entwickelt. Diese basierte auf nur 16 Items, bei denen die Jugendlichen jeweils angeben sollten, ob die erfragten Aspekte für sie in ihrem täglichen Leben einfach oder schwierig zu bewältigen waren. Die Kategorisierung wurde auf die Niveaus inadäquat, problematisch und ausreichend beschränkt.

Die österreichischen Studienergebnisse zeigten, dass die Gesundheitskompetenz der österreichischen Jugendlichen, je nach betrachtetem Aspekt, unterschiedlich gut ausgeprägt war. Während eher wenig Kompetenzen im Umgang mit psychischen Problemen vorhanden waren, schienen die Kompetenzen für einen gesunden Lebensstil, sowie zum Verständnis ärztlicher Anweisungen, besser vorhanden zu sein. Bei den meisten Items stiegen die Kompetenzen mit dem Alter klar an (Felder-Puig & Maier, 2017). Dennoch ist bei nur 37% ausreichender Gesundheitskompetenz über alle Altersgruppen viel Spielraum für Verbesserung. Erwähnenswert ist auch, dass die Schüler/innen oft keine Antwort bzw. die Antwort ‚weiß nicht‘ angegeben hatten. Wobei dies bei jüngeren Schüler/innen deutlich häufiger vorkam, als bei Älteren. Das deutet darauf hin, dass es auch in diesen Altersgruppen immer noch zu Verständnisproblemen kam.

Basierend auf diesen ersten Daten, war die wiederholte Erhebung im Zuge der HBSC Studie 2018 – und damit die Möglichkeit zur Untersuchung der Entwicklung der Gesundheitskompetenz – natürlich von großem Interesse. In diesen vier Jahren gab es viel Entwicklung im Bereich der Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen. Entsprechend wurde auch die zu verwendende Skala zur Erhebung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der HBSC Studie adaptiert. Neben einer Selektion von 6 Items aus der 2014 genutzten Skala, gab es eine zweite, neue Skala mit 10 Items die nur bei 15 bis 17-jährigen Schüler/innen erhoben wurde (Felder-Puig et al., 2019). Die Ergebnisse der österreichischen Daten zeigten, dass zwei Drittel der älteren Schüler/innen

über eine durchschnittliche Gesundheitskompetenz verfügten. Wie schon in der HBSC Studie 2014, stieg die Gesundheitskompetenz auch in der 2018 durchgeführten Studie mit dem Alter an. Dabei scheinen Informationen aus den Medien schwerer verständlich als Informationen, welche aus dem persönlichen Umfeld erhalten werden. Einen Unterschied zwischen Mädchen und Buben scheint es, wie auch schon 2014, nicht zu geben. Informationen zu fehlenden Antworten wurden 2018 leider nicht angegeben. Auch durch die Adaptionen in den verwendeten Items und Skalen, ist ein detaillierterer Vergleich der beiden HBSC Studien damit kaum möglich.

Basierend auf diesen Ergebnissen und der geringen Entwicklung im Bereich der Gesundheitskompetenz von Schüler/innen in den letzten Jahren scheinen Projekte, zur Förderung und Steigerung dieser, angebracht. Dabei sollte besonders bei jüngeren Jugendlichen angesetzt werden und damit besonderes Augenmerk auf einen altersadäquaten Zugang gelegt werden. Mit dem Wissen, dass die Schule ein hervorragendes Umfeld und die nötigen pädagogischen Voraussetzungen für eine solche Förderung der Gesundheitskompetenz von Schüler/innen bietet, sollten natürlich auch dort entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden. Themenspezifisch scheinen der Umgang mit psychischen Problemen und Medien wichtige, zu unterstützende Aspekte zu sein. Um eine erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen zu gewährleisten, bedarf es aber natürlich geschultes und kompetentes Personal, oft Lehrer/innen. Wissen über einen angemessenen Aufbau von Maßnahmen – im Sinn von erreichbaren Zielsetzungen, einem Bewusstsein zu den erreichbaren Kompetenzen, einem ansprechenden Rahmen, einer sinnvoll gewählten Sozialstruktur, sowie passenden Methoden und Materialien – muss erarbeitet werden. Als Grundlage bieten sich aktuelle Konzepte bzw. Modelle zur Strukturierung von Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheitskompetenz an.

3.2.2 Konzepte/Modelle zur Strukturierung von Gesundheitskompetenz

In der Literatur finden sich viele verschiedene Ansätze zur Strukturierung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Im Folgenden sollen einige dieser Konzepte bzw. Modelle (Begriffe werden nachfolgend synonym verwendet) vorgestellt und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede präsentiert werden.

Sorensen et al. (2012) präsentierten ein Review mit 17 verschiedenen Definitionen, sowie 12 Konzepten zu Gesundheitskompetenz. In den 17 erwähnten Definitionen waren auch Definitionen von großen Gesundheitsorganisationen wie der WHO, der American Medical Association und dem Institute of Medicine inkludiert. Sie zeigten aber auch Definitionen von

Einzelartikeln wie jener von Nutbeam (2000): „The personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health“. Seine Definition ist eine Erweiterung jener der WHO und ist der Definition des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (2019), die als Grundlage für diese Arbeit dient, sehr ähnlich. Allen Definitionen gemein war der Fokus der Erreichung von individuellen Fähigkeiten, um Entscheidungen zu ermöglichen, die der eigenen Gesundheit förderlich sind. Aber auch hier wurde wieder der Einfluss der, und die benötigte Grundlage durch die Sozialsysteme diskutiert. Neben den Definitionen, betrachteten Sorensen et al. (2012) auch Konzepte zur Gesundheitskompetenz. Die wichtigsten Erkenntnisse ihrer Erhebung waren, dass die gefundenen Konzepte immer multidimensional, also auf vielen verschiedenen Komponenten aufgebaut, waren.

Das Konzept von Nutbeam (2000) wird dabei als Basismodell gesehen und basierend auf der Idee der Differenzierung von Determinanten für Gesundheit werden verschiedene, aufeinander aufbauende, Stufen der Gesundheitsförderung unterschieden. Dabei bewegt man sich von der Stufe der möglichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Bildung, gesellschaftliche Aktivierung, Interessensvertretungen) bis hin zur Stufe der zu erreichenden gesundheitlichen und sozialen Folgen (z.B.: gesteigerte Lebensqualität oder verhinderbare Mortalität). Die Gesundheitskompetenz wird dabei auf jener Stufe angesetzt, in der Faktoren durch Interventionen verändert werden können, um die gesundheitlichen Folgen (positiv) zu beeinflussen. Sie folgt damit direkt auf die Stufe der möglichen Maßnahmen und stellt eines der Hauptresultate von Gesundheitsbildung bzw. Gesundheitserziehung dar. Resultate („health literacy measures“ nach Nutbeam (2000)), die durch Gesundheitskompetenz erreicht werden sollen (und damit wieder eine Stufe weiterführen) sind eine verbesserte Gesundheit, ein erhöhter Wissensstand, eine gesteigerte Motivation, positive Verhaltensänderungen, gesteigerte soziale Fähigkeiten und ein erhöhtes Selbstvertrauen.

Um den Begriff der Gesundheitskompetenz greifbarer zu machen, unterscheidet Nutbeam (2000) drei verschiedene zu erreichende Dimensionen bzw. Kompetenzlevel („Health literacy level/educational goal“). Das erste Level bezeichnet er als „functional health literacy“ und bezieht sich dabei auf die Übermittlung von theoretischem Gesundheitswissen und die nötigen Basisfähigkeiten für Alltagssituationen. Das zweite Kompetenzlevel heißt „interactive health literacy“ und zielt auf die Entwicklung erweiterter individueller Fähigkeiten ab. Inkludiert sind dabei Kompetenzen, um die eigenen Fähigkeiten auch in veränderten Lebenssituationen wirksam einzusetzen und aktiv am täglichen Leben teilzunehmen. Level drei wird „critical health literacy“ genannt und Ziel ist die Entwicklung von kritischem Denken. Vorhandene Information soll kritisch analysiert werden und zur Steigerung der

Gesundheit eingesetzt werden. Bei allen drei Kompetenzlevels können und sollen dabei sowohl Ziele auf individueller als auch auf sozialer/gesellschaftlicher Ebene abgedeckt werden (siehe Abbildung 2).

Health literacy level and educational goal	Content	Outcome		Examples of educational activity
		Individual benefit	Community/social benefit	
Functional health literacy: communication of information	Transmission of factual information on health risks and health services utilization	Improved knowledge of risks and health services, compliance with prescribed actions	Increased participation in population health programs (screening immunization)	Transmit information through existing channels, opportunistic inter-personal contact, and available media
Interactive health literacy: development of personal skills	As above and opportunities to develop skills in a supportive environment	Improved capacity to act independently on knowledge, improved motivation and self-confidence	Improved capacity to influence social norms, interact with social groups	Tailor health communication to specific need; facilitation of community self-help and social support groups; combine different channels for communication
Critical health literacy: personal and community empowerment	As above and provision of information on social and economic determinants of health, and opportunities to achieve policy and/or organizational change	Improved individual resilience to social and economic adversity	Improved capacity to act on social and economic determinants of health, improved community empowerment	Provision of technical advice to support community action, advocacy communication to community leaders and politicians; facilitate community development

Abbildung 2: Kompetenzlevel zur Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000, S.8)

Sorensen et al. (2012) beschreiben auch einige weitere, auf dem Modell von Nutbeam (2000) aufbauende, Konzepte. Dabei wurde versucht die Gruppierung der Dimensionen zu verändern bzw. zu erweitern oder sie klarer zu benennen. Je nach Zielsetzung der Autoren wurden die Dimensionen dabei detaillierter (schreiben, lesen, sprechen, ...) oder grober (konzeptuelle Grundlagen, Zivilkompetenz, kulturelle Kompetenz, ...) angegeben. Zum Teil blieben die Dimensionen sogar gleich und nur die angenommenen Einflussfaktoren und gesundheitlichen Folgen änderten sich. Auch Sorensen et al. (2012) versuchten sich in ihrem Review an einem eigenen, neuen Konzept.

Bröder et al. (2017) erarbeiteten in einem ähnlichen Review Definitionen und Modelle zur Gesundheitskompetenz speziell von Kindern und Jugendlichen. Dabei wurden 12 verschiedene Definitionen und 21 Modelle gefunden. Die zugrundeliegenden Zielpopulationen variierten in den inkludierten Studien altersmäßig von Kinder- über Jugend- bis hin zu altersgemischten (inklusive Erwachsenen) Gruppen. In letzterer fanden sich auch die oben erwähnten Definitionen und Modelle von Nutbeam (2000) und Sorensen et al. (2012) wieder. Allen gefundenen Definitionen gemein ist die Forderung nach kognitiven und physischen Fähigkeiten zur Beschaffung und Verarbeitung von hilfreichen Informationen. Wie schon bei Sorensen et al. (2012) zeigte sich auch hier bei den meisten Studien ein Fokus auf individuelle Persönlichkeiten in einem multidimensionalen Feld. Als

Unterschied, im Vergleich zu den allgemeinen Definitionen, fällt die oft eingebaute Zeitabhängigkeit auf. Also die Beschreibung von Gesundheitskompetenz als Prozess, der über einen längeren Zeitraum hinweg zu dauerhaften Veränderungen führen soll und den Kindern und Jugendlichen zukünftig helfen soll, ein gesundes Leben zu führen. Aus den 12 vorhandenen Studien mit Definitionen kamen 4 aus der Gruppe der Jugendlichen, 3 davon hatten Schulbezug. Darunter jene von Paakkari und Paakkari (2012), welche wieder eine Erweiterung von dem Modell von Nutbeam (2000) ist, die den sozialen Aspekt von Gesundheitskompetenz stärker betont und auch Vorschläge zu Lehrmethoden gibt (siehe Kapitel 3.2.3). Alle erarbeiteten Modelle bestehen, wie schon jene im allgemeinen Review von Sorensen et al. (2012), aus mehreren Dimensionen. Auch hier gab es wieder verschiedenste Ansätze mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Detailgraden, in Abhängigkeit von der Zielsetzung und dem zugrundeliegenden Kollektiv. Wie schon bei den Definitionen, fällt, auch bei den Modellen, wieder der kinder- und jugendspezifische Aspekt des zeitlichen Verlaufs auf. Die gezeigten Konzepte bezogen sich meist auf spezifische Altersgruppen bzw. änderte sich deren Komplexität und Tragweite über die Zeit, dem Alter entsprechend. Von den 21 gefundenen Modellen, basierten 8 auf einer jugendlichen Population, 6 von diesen waren mit Schulbezug. Inkludiert war auch wieder die Studie von Paakkari und Paakkari (2012), sowie die empirisch belegte Studie von Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper und Mühlhauser (2009) welche ihren Platz in der Analyse dieser Arbeit gefunden hat (siehe Kapitel 3.5.3). Besonders in dieser Auswahl von Modellen wurde das Modell von Nutbeam (2000) oft als Basis verwendet und versucht sinnvoll zu erweitern.

Trotz der verschiedenen Erweiterungsversuche, sowohl im allgemeinen Setting, als auch mit Fokus auf Kinder und Jugendliche, scheint das Modell von Nutbeam (2000), gerade im Hinblick auf dessen Einfachheit und die Anwendung im Schulbezug, zur Analyse von Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Schüler/innen, die Ziel dieser Arbeit ist, gut geeignet zu sein. Die im Modell angegebenen Inhalte und Ziele, also der Fokus auf Empowerment und Partizipation und die Förderung der Gesundheitskompetenz basierend auf Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, sprechen für sich.

An dieser Stelle sei, als kurzer und für das behandelte Thema durchaus interessanter Abstecher, erwähnt, dass Okan et al. (2018) sich in einem weiteren Review mit Tools zur Erhebung des Stands der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Die meisten der 15 gefundenen Tools basierten auf individuellen Definitionen von Gesundheitskompetenz und bestanden demnach, wie wir aus obigen Erläuterungen wissen, aus unterschiedlichen Dimensionen. Auch die erhobenen Komponenten der Tools waren sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 3). Damit ist ein Vergleich der Tools und auch

deren Ergebnisse natürlich schwierig. Die Entwicklung eines standardisierten und einfach handhabbaren Messtools wäre wünschenswert (Okan et al., 2018).

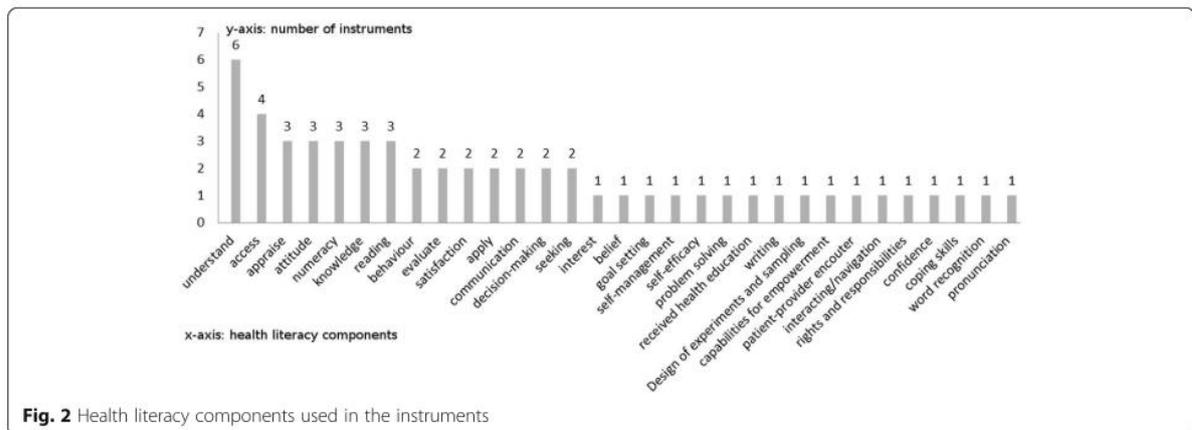


Abbildung 3: Erhobene Komponenten zur Gesundheitskompetenz (Okan et al., 2018, S. 12)

3.2.3 Mögliche Methoden basierend auf dem Modell von Nutbeam

Einige der auf dem Modell von Nutbeam (2000) beruhenden Ansätze präsentieren nicht nur Erweiterungsversuche seines Modells, sondern schlagen auch Methoden für die verschiedenen Kompetenzlevel vor. Die Methoden wurden dabei nur theoretisch diskutiert, nicht aber in einer praktischen Durchführung validiert.

Nutbeam (2000) selbst gibt ein paar Beispiele von Lehraktivitäten. Dabei bezieht er sich aber mehr auf allgemeine didaktische Möglichkeiten als auf anzuwendende Methoden. Für Kompetenzlevel 1 schlägt er für die Schüler/innen übliche Informationskanäle vor und bezieht sich auf einen bekannten Personen- und Medienkreis. Kompetenzlevel 2 kann durch spezifische gesundheitsförderliche Kommunikation, über verschiedene Kommunikationskanäle, und das Nutzen von unterstützenden Sozialgruppen erreicht werden. Hilfreich für das Setzen von Gemeinschaftsaktivitäten und öffentlicher Kommunikation für Kompetenzlevel 3 soll technische und strukturelle Unterstützung sein (siehe Abbildung 2).

St Leger (2001) bezieht sich bei seiner Analyse, wie Bildung an der Schule mit Zielen der öffentlichen Gesundheit vereint werden kann, direkt auf das Modell von Nutbeam (2000). Im Gegensatz zu diesem, gibt St Leger (2001) aber schon spezifischere Methoden für die drei Kompetenzlevel an. Er betrachtet speziell den Bereich Ernährung an Schulen und bezieht sich auf entsprechende Inhalte und Ziele. Als Methoden für Kompetenzlevel 1 schlägt er übliche Unterrichtseinheiten in der Klasse, sowie das Lesen von Büchern bzw.

Broschüren vor. Für Kompetenzlevel 2 sieht er Kleingruppenarbeiten und Gruppendiskussion zu aktuellen Themen in der Schule, sowie Einzelaktivitäten in der Öffentlichkeit vor. Kompetenzlevel 3 bezieht sich auf die Beteiligung der Schüler/innen in gemeinschaftlichen Schulaktionen die auf eine Änderung/Verbesserung der momentanen Situation bzw. momentaner Praktiken abzielen sollen (siehe Abbildung 4).

Health literacy level and educational goal	Content	Outcome	Examples of educational activity
Functional health literacy (level 1) (communication of information)	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission of basic information about: <ul style="list-style-type: none"> – hygiene – nutrition – safety – drugs – relationships – sexuality – parenthood 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased knowledge of the factors that inhibit and enhance health 	<ul style="list-style-type: none"> • Classroom-based lessons • Reading books and leaflets
Interactive health literacy (level 2) (development of personal skills)	<ul style="list-style-type: none"> • Opportunities to develop specific skills, e.g.: <ul style="list-style-type: none"> – problem solving – food preparation – hygiene – communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved capacity to be independent and take care of own health through health-related behaviours (e.g. physical activity, no tobacco use) and to access health information and services 	<ul style="list-style-type: none"> • Small group work in schools • Individual tasks with the outside community involving the curriculum • Tasks analysing current health issues and discussing at school
Critical health literacy (level 3) (personal and community empowerment)	<ul style="list-style-type: none"> • Classroom and community learning opportunities which address social inequities, determinants of health, policy development and ways of affecting change 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacity to participate in community and societal action to bring about health improvement for disadvantaged groups 	<ul style="list-style-type: none"> • Involvement in school–community issues which students have chosen and which confront current policies and practices

Abbildung 4: Methodenvorschläge – I (St Leger, 2001, S.5)

Ein Erweiterungsvorschlag des Modells von Nutbeam (2000) kommt von Paakkari und Paakkari (2012) und richtet den Blick mehr auf soziale Komponenten. Sie erweitern das Modell auf die 5 Hauptkomponenten Theoretisches Wissen, Praktisches Wissen/Können, Kritisches Denken, Selbsterfahrung (kritische individuelle Reflexion) und Nationalität (kritische gesellschaftliche Reflexion), wobei sie anmerken, dass die Komponenten sich teilweise überschneiden. Neben Inhalten, Zielen und Lehr- und Lernmethoden präsentieren Paakkari und Paakkari (2012) zu jeder Komponente praktische Beispiele zur Durchführung an Schulen zum Thema Rauchen. Die letzten drei Komponenten kombiniert, entsprechen etwa dem Kompetenzlevel 3 im Modell von Nutbeam (2000). Damit sollte Kompetenzlevel 1 mit Hilfe von üblichen Lehreinheiten (Übermittlung von Information, Diskussionen, Tests) und Büchern erreicht werden. Praktische Übungen, Rollenspiele und praktische Tests sollen die Basis für Kompetenzlevel 2 liefern. Für Kompetenzlevel 3 (also die Komponenten 3, 4 und 5) werden die folgenden Methoden vorgeschlagen: Konzepte/Mindmaps, hinterfragen von Argumenten, systematische Analysen von Texten und Bildern, Erhebung und Darstellung von Daten, Diskussionen/Debatten, Konfliktsituationen und Problemlösestrategien, Lerntagebücher, Selbstevaluationen, Schauspiel/Rollenspiele, Portfolios und Projekte (siehe beispielhaft Abbildung 5).

Learning objective	Content	Teaching-learning methods
To have control over knowledge: to create links, to have new perspectives and to build up coherent pictures, to assess topics from various perspectives, to evaluate sources of knowledge	Critical evaluation of the reliability of smoking-related information Comparison of potential costs and benefits of smoking at different ages Analysis of social norms and values related to smoking Analysis of peer-group pressure on smoking, the need to follow the herd Media-literacy: skills to critically interpret smoking-related media messages	Mind-mapping, concept-mapping, debating, conflict situations, systematic analysis of texts and pictures, evaluating arguments, justifying claims, collaborative ranking and listing, collective problem-solving, student data-gathering and synthesis, round-table discussions
<p>Notes: Practical example. The aim is that students should learn to reflect on and evaluate smoking as a phenomenon from various perspectives, to build links between the various pieces of knowledge, and to evaluate the validity of knowledge about smoking. The teacher organizes a debate on the following topic: Advantages and disadvantages of smoking – Why do people start to smoke? Before the debate, the students have access to various kinds of material (e.g. research articles, leaflets, brochures) and are given time to prepare their claims and arguments. The teacher gives some practical advice about how to debate, and encourages the expression of opinions, irrespective of whether they are well argued. The important thing is not to “win” but to build an argument based on evidence, to draw conclusions, and to evaluate arguments. The teacher’s role is to keep the debate on-topic if necessary, but otherwise to stay in the background. At the end of the debate there is evaluation of the evidence that was used, the perspectives that were brought up, and the quality of the arguments that were put forward</p>		

Table III.
Practical example

Abbildung 5: Methodenvorschläge - II (Paakkari und Paakkari, 2012, S. 12)

Zusammengefasst zeigen sich also folgende Methodenvorschläge zur Anwendung in der Schule für die drei Kompetenzlevel entsprechend dem Modell von Nutbeam (2000):

1. „functional health literacy“ - Schaffung von Informationen durch klassische Lehrmethoden (Frontalvorträge, Gespräche, schriftliche Unterlagen) im üblichen Rahmen des Settings Schule
2. „interactive health literacy“ - Schaffung von Fähigkeiten durch handlungsorientierte Lehrmethoden (Gruppenarbeiten- und diskussionen, praktische Übungen, Rollenspiele, spezifische themenbezogene Kommunikation) in unterschiedlichen Settings (Schule, Öffentlichkeit)
3. „critical health literacy“ – Schaffung von kritischem Denken durch fortgeschrittene handlungsorientierte Lehrmethoden (Konzepte/Mindmaps, systematische Analysen von Texten und Bildern, Erhebung und Darstellung von Daten, Argumente finden bzw. hinterfragen, Diskussionen und Debatten, Konfliktsituationen und Problemlösestrategien, Lerntagebücher, Selbstevaluationen, Schauspiel und Rollenspiele, Portfolios, Unterstützung bei Projekten, Gemeinschaftsaktivitäten und Kommunikation) in unterschiedlichen Settings (Schule, Öffentlichkeit)

3.3 Forschungsfrage und Hypothesen

Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand und der daraus entstandenen Forschungsfrage ‚Welche Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe werden im Setting Schule angewandt?‘ haben sich folgende Forschungshypothesen entwickelt.

Es wird vermutet, dass im Setting Schule eine bewusste Methodenauswahl zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Schüler/innen vorgenommen wird. Es wird angenommen, dass unterschiedliche Methoden je nach betrachtetem Handlungsfeld, dem zu erreichenden Gesundheitskompetenzlevel, sowie dem gewünschten Resultat zur Anwendung kommen.

Außerdem soll untersucht werden ob Faktoren mit Bezug zum Hintergrund der Schule, der Lehrperson/en und/oder der Schüler/innen bei der Verwendung der Methoden eine Rolle spielen. Dabei werden als interessierende Schulfaktoren das Land der Schule, der Schultyp, die Schulstufe und das Schulfachgebiet betrachtet. Wer als Lehrperson fungierte wurde ebenso beleuchtet wie der Schüler/innen-Faktor Geschlecht.

Details zu den erwähnten Faktoren bezüglich Methoden und Hintergrundinformation, und deren für die Analyse benötigte Kategorisierung und Codierung, können in Tabelle 1 in Kapitel 3.4.2 gefunden werden.

3.4 Methodik

Die Forschungsfrage soll durch eine strukturierte Literaturrecherche, eine kategorienbasierte Textanalyse und eine deskriptive Auswertung beantwortet werden. Die einzelnen Schritte werden im Folgenden näher beschrieben.

3.4.1 Literaturrecherche

Im Rahmen einer Literaturrecherche werden Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz im Setting Schule gesucht. Die Suche basiert auf einem zweistufigen Prozess. In einem ersten narrativen Schritt soll Hintergrund- und Grundlagenliteratur zu den Themengebieten Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Gesundheitskompetenz gefunden werden. Auf dieser Basis wird in einem zweiten Schritt, basierend auf einem vorab definierten Suchalgorithmus und festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe unten), eine systematische Suche

durchgeführt. Literatur, die nicht dem vorgegebenen Suchprozess entspricht, wird maximal ergänzend erwähnt, wenn sie interessante Aspekte oder einen absehbaren Mehrwert für die Beantwortung der Forschungsfrage (z.B.: ungewöhnliche Methoden, die auch im untersuchten Rahmen Anwendung finden könnten) aufweist.

Eine erste Suche wurde in Form eines narrativen Reviews (Ressing, Blettner, & Klug, 2009) zwischen Juli und September 2019 im Bibliotheksbestand der Universität Wien (Bücher, Zeitschriften, E-Ressourcen, ...) durchgeführt. Folgende Suchbegriffe (in Deutsch und Englisch) wurden für diese erste Recherche herangezogen: „Gesundheitsförderung“/„health promotion“, „Gesundheitserziehung“/„health education“, „Gesundheitskompetenz“/„health literacy“, „Methoden“/„methods“, „Schule“/„school“, „Projekt“/„project“ und „Evaluation“/„evaluation“. Diese Suche diente einerseits zur Erhebung von passender Hintergrund- und Grundlagenliteratur (z.B.: World Health Organization (WHO) (1986), World Health Organization (WHO) (1997), Naidoo und Wills (2003), Unterrichtsministerium für Bildung Kunst und Kultur (UMBKK) (1997), Richter-Kornweitz (2015), Wulfhorst und Hurrelmann (2009), Ressing et al. (2009), Baur (2014) und Häder (2010)), sowie andererseits zu einer Einschränkung bzw. Verfeinerung der wichtigsten Suchbegriffe. Ergänzend wurden auch die Literaturlisten der wichtigsten gefundenen Artikel betrachtet und interessante Artikel in die weitere Auswahl miteinbezogen.

Basierend auf den bei der ersten Suche gefundenen Informationen und Begriffen, wurde im September und Oktober 2019, als zweiter Schritt, ein systematischer Review (Ressing et al., 2009) in Anlehnung an die PRISMA Richtlinien (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The, 2009) durchgeführt. Die Datenbanken PubMed und Web of Science bildeten die Basis für die Suche. Zusätzlich wurde besonderes Augenmerk auf die Journale Health Promotion Practice und Health Education Journal gelegt. Es wurde ein Suchalgorithmus erstellt, der alle Kombinationen von Suchbegriffen aus je einer der folgenden fünf Kategorien abdeckt:

1. „Gesundheitskompetenz“/„health literacy“/„health competence“
2. „Schule“/„school“, „Bildungseinrichtung“/„educational institution“
3. „Kinder“/„children“, „Jugendliche“/„adolescents“/„teenager“/„young“/„youth“, „Schüler/innen“/„pupils“
4. „Methoden“/„methods“, „Aktivität“/„activity“/„intervention“, „Anwendung“/„practical tool“
5. „Projekt“/„project“, „Evaluation“/„evaluation“, „Praxis“/„best practice“, „Studie“/„study“/„trial“, „Programm“/„programme“, „Experiment“/„experiment“

Um die Suchbegriffe zu verbinden wurden Bool'sche Operatoren („AND“/“OR“) verwendet. Der vollständige Suchalgorithmus in Englisch lautete wie folgt: (,health literacy‘ OR ,health competence‘) AND (school OR ,educational institution‘) AND (children OR adolescents OR teenager OR youth OR young OR pupils) AND (method OR activity OR intervention OR ,practical tool‘) AND (project OR evaluation OR ,best practice‘ OR study OR trial OR programme OR experiment). Nur Literatur, welche den folgenden vier Einschlusskriterien entsprach, wurde als relevant in Betracht gezogen: 1. Erscheinungsjahr 2000-2019 (basierend auf den Definitionen zu Gesundheitskompetenz nach Nutbeam (2000)), 2. Volltext in Deutsch oder Englisch verfügbar, 3. Volltext online frei verfügbar und 4. es handelte sich um eine Studie mit Menschen, nicht Tieren (dieses Kriterium wurde nur angewandt, wenn auswählbar). Um fokussierte Ergebnisse und möglichst relevante Literatur zu erhalten, beschränkte sich die Suche außerdem auf die grobe Beschreibung der Artikel (,MeSH Terms‘ in PubMed, ,Topic‘ in Web of Science und ,Abstract‘ für die Journale).

Die gefundenen Artikel aus beiden Suchen wurde in Anlehnung an PRISMA (Moher et al., 2009) selektiert und ein entsprechendes Flussdiagramm zur Selektion wurde erstellt (siehe Abbildung 6). Artikel, die keine Originalarbeiten (z.B.: redaktionelle Materialien, Kommentare, Briefe, ...) waren, die sich nicht auf empirische - also praktisch durchzuführende - Projekte bezogen, die nicht als Ziel die Förderung der Gesundheitskompetenz hatten, die nicht im Setting Schule durchzuführen waren oder bei denen die Einschränkung auf die Sekundarstufe (entsprechend der landesspezifischen Definitionen) nicht gegeben war, wurden exkludiert. In Bezug auf die Zuweisung der Sekundarstufe, stellte Literatur aus Dänemark eine Ausnahme dar. Dort gibt es keine Schulstufenteilung und es wurde die Selektion demnach basierend auf Altersangaben (mit Anlehnung an die österreichische Sekundarstufe:10-19 Jahre) gemacht. Aus dieser Selektion konnten des Weiteren nur jene Artikel tatsächlich für die Analyse ausgewählt werden, die den folgenden detaillierteren Checks standhielten. Artikel, in der die für das Projekt verwendete(n) Methode(n) nicht detailliert genug vorgestellt wurden, Artikel, welche dieselbe Intervention beschrieben wie ein bereits inkludierter Artikel (es wurde jeweils jener Artikel mit dem meisten Informationsgehalt zur verwendeten Methode behalten), sowie Artikel, die sich mit einer Risikopopulation (entsprechend im Artikel angegeben) befassten, wurden nicht genutzt. Zu bemerken ist, dass einige der Artikel Reviews waren, die mehrere Studien enthielten. Aus diesen Reviews wurden nur jene Studien für die Analyse herangezogen, welche den obigen Selektions- und Auswahlkriterien entsprachen.

Die verbleibenden 27 Artikeln wurden in zwei Subgruppen geteilt. In der ersten Subgruppe wurde in den 12 eingeschlossenen Artikeln (einer davon eine Metaanalyse aus der 1 Studie

in diese Subgruppe fiel) nur ein Überblick über die Methoden, bezogen auf die gesamte Intervention, gegeben. In der zweiten Subgruppe, in die 16 Artikel inkludiert wurden (einer davon die gleiche Metaanalyse wie oben, mit 2 für diese Subgruppe möglichen Studien), waren Detailinformationen zu den Methoden der einzelnen Interventionseinheiten vorhanden (siehe Abbildung 6).

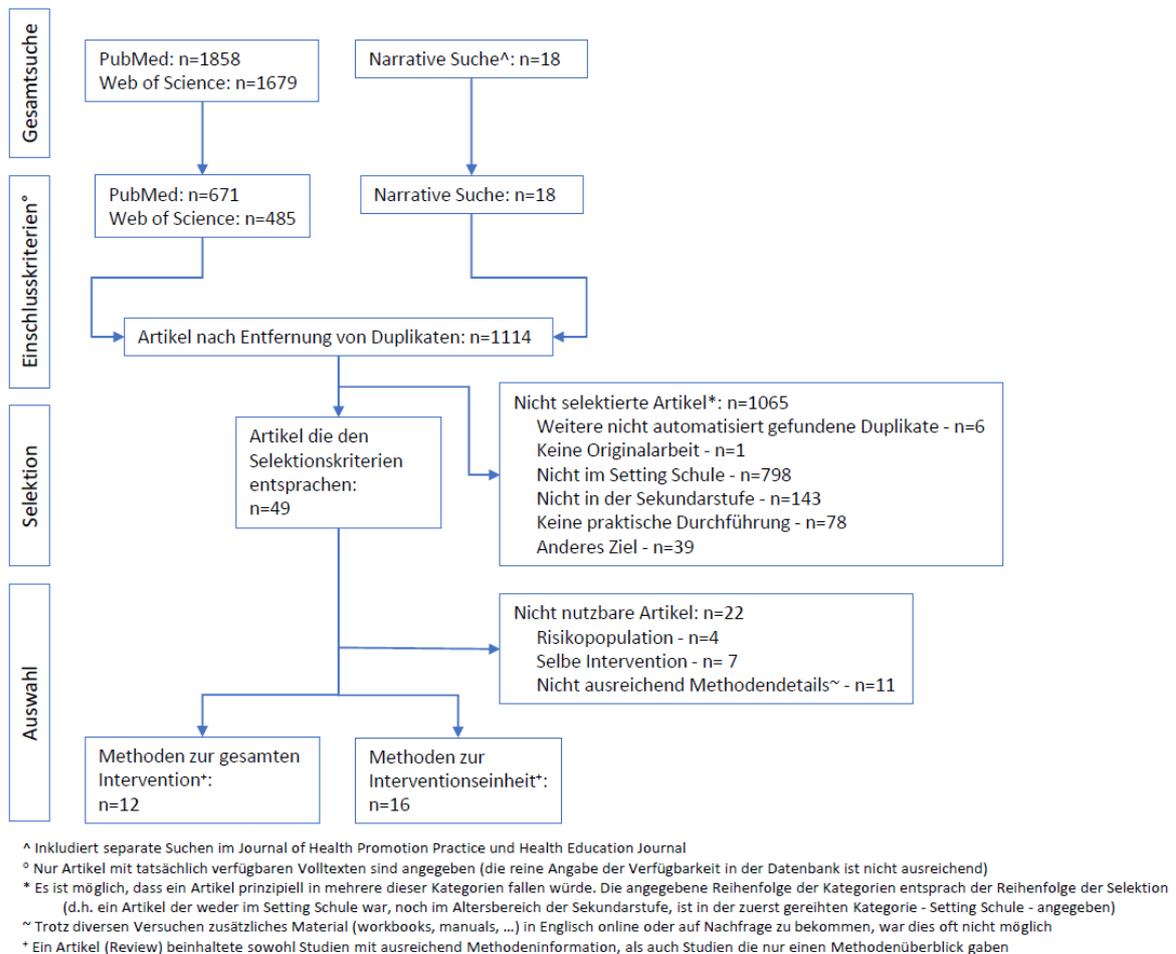


Abbildung 6: PRISMA Flussdiagramm

3.4.2 Textanalyse

Die ausgewählten Artikel wurden mit Hilfe einer kategorienbasierten Textanalyse, in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) teilstandardisiert (Baur, 2014; Häder, 2010) untersucht. Als Grundlage wurden Informationen zum Artikel, zum Projekt bzw. der durchzuführenden Intervention, sowie zu den Teilnehmenden gesammelt. Für die für die Analyse der Interventionen primär relevanten Faktoren wurden deduktiv Kategorien festgelegt. Diese Faktoren bezogen sich einerseits auf

Hintergrundinformationen zur Schule und den Schüler/innen – im Folgenden als Informationsfaktoren bezeichnet – und andererseits direkt auf die Untersuchung der Interventionen – im Folgenden als Analysefaktoren bezeichnet. Informationsfaktoren zur Schule und den Schüler/innen waren: das Land der Schule (International Organization for Standardization (ISO) Landeskürzel), der Schultyp (administrativer Typ der Schule), die Schulstufe (Gruppierung der Sekundarstufe), das Schulfachgebiet (Wissenschaftsgruppen der Schulfächer), die Lehrperson, sowie das (biologische) Geschlecht der Schüler/innen. Als Analysefaktoren zur Intervention wurden das interessierende Handlungsfeld (Aspekt von Gesundheitsförderung), das zu erreichende Gesundheitskompetenzlevel (die Lehrziele), das gewünschte Resultat (individuelle und soziale Wirkung) der Intervention, sowie die Methodengruppe (Einteilung der verwendeten Methoden in Übergruppen) erarbeitet. Während die Kategorisierung der Informationsfaktoren auf in Österreich üblichen Einteilungen beruhte, basierte die Kategorisierung der Analysefaktoren Kompetenzlevel und Resultat auf den Modellen und Definitionen von Nutbeam (2000) (siehe Kapitel 3.2.2), sowie die Kategorisierung des Analysefaktors Handlungsfeld auf den Angaben des Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019) und des Analysefaktors Methodengruppe auf der Einteilung von Reich (2012). Weitere, sich als interessant herausstellende, Faktoren wurden induktiv, im Laufe der Analyse, kategorisiert. Induktiv kategorisierte Faktoren waren die Phase des Projekts (Projektstand zum Zeitpunkt der Publikation) und die Zielerreichung (des Gesamtziels) des Projekts, sowie der Informationsfaktor Training (vor der Durchführung der Einheiten durch Klassenlehrer/innen). Zusätzliche Analysefaktoren bezogen sich einerseits auf die Anzahl der Einheiten und die Dauer je Einheit und andererseits auf detailliertere Angaben zu den Methoden. Es wurden mehrere Faktoren zum Fokus der Methode (Lehrperson, Gruppe, Material, Anleitung, Anwendung, Rahmen und Techniken) ergänzt, bei denen jeweils angegeben wurde, ob diese durchzuführen waren oder nicht. Details zur Kategorisierung und zur Codierung der Faktoren können in Tabelle 1 gefunden werden.

Als Auswertungseinheit wurde, je nach Subgruppe, die gesamte Intervention oder einzelne Interventionseinheiten genutzt. Interventionseinheiten bezogen sich dabei auf einen spezifischen Komplex (Thema, Kompetenz, gewünschtes Resultat) der Intervention, der in einer oder mehreren Schulstunden behandelt wird. Es wurden immer alle, praktisch und in der Schule durchzuführende, Interventionseinheiten einer Intervention analysiert. Wenn innerhalb einer Interventionseinheit mehrere Methoden verwendet wurden, wurde versucht bei der Erarbeitung der Analysefaktoren Handlungsfeld und Methodengruppe jeweils den Hauptaspekt zu erfassen. Mehrfachzuordnungen von unterschiedlichen Kategorien zu einem Analysefaktor wurden möglichst vermieden, im Bedarfsfall aber zugelassen. Beim

Analysefaktor Resultat wurden hingegen alle gewünschten Ziele (in alphabetischer Ordnung) angegeben. Für den Analysefaktor Kompetenzlevel wurde immer das höchste vorkommende Level angegeben.

Tabelle 1: Kategorisierung und Codierung

	Oberkategorie	Definition	Kategoriename	Code
	Subgruppe	Detailgrad an Information zu den verwendeten Methoden in dem Projekt	Interventionseinheit Intervention	IE I
	Phase	Phase in der sich das Projekt bei der Publikation befunden hat	Planung Abgeschlossen	P A
	Zielerreichung	Erreichen des Projektziels zu Gesundheitskompetenz bei bereits abgeschlossenen Projekten	Ziel erreicht Ziel zum Teil erreicht Ziel nicht erreicht	Ja Teilweise Nein
Informationsfaktoren	Land	ISO Landeskürzel des Landes des Projekts	Siehe Website: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ISO_3166_country_codes	
	Schultyp	Administrativer Typ der Schule	Öffentliche Schulen Privatschulen Gemischt	OS PS G
	Schulstufe	Gruppierung der Sekundarstufe basierend am österreichischen System - andere Angaben aus anderen Ländern werden in dieses System übertragen	Sekundarstufe 1 Sekundarstufe 2 Gemischt	SEK1 SEK2 G
	Schulfachgebiet	Wissenschaftsgruppen der Schulfächer basierend am österreichischen System - andere Angaben aus anderen Ländern werden in dieses System übertragen	Sprachen Naturwissenschaften Geisteswissenschaften Sozialwissenschaften	S NW GW SW
	Lehrperson	Unterrichtende Person	Klassenlehrer/in Andere Schulperson Externe/r Lehrende/r	KL AS EL

	Training	Vorangehendes Training bei der Durchführung der Einheiten durch Klassenlehrer/innen	Training Kein Training	Ja Nein
	Geschlecht SuS	Biologisches Geschlecht (Gemischt bedeutet, dass sowohl Schülerinnen als auch Schüler bei der Durchführung des Projekts involviert waren)	Männlich Weiblich Gemischt	M W G
Analysefaktoren	Anzahl	Anzahl der durchzuführenden Einheiten	-	-
	Dauer	Dauer der Durchführung je Einheit	In Minuten	-
	Handlungsfeld	Aspekt von Gesundheitsförderung der im Projekt bearbeitet wird (Gesundheitsmanagement, Lernen und Lehren, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention, Suchtprävention, materielle Umwelt und Sicherheit) - nach dem Bundesministerium für Bildung (2019)	Gesundheit Lehren und Lernen Ernährung Bewegung Psychosoziale Gesundheit Suchtprävention Materielle Umwelt	GH LL EN BW PG SP MU
	Kompetenzlevel	Zu erreichendes Gesundheitskompetenzlevel/Lehrziel - nach Nutbeam (2000): health literacy level/educational goal	Übermittlung von theoretischem Wissen Entwicklung praktischer Fähigkeiten Individuelle und gemeinschaftliche Entwicklung zu kritischem Denken	KL1 KL2 KL3
	Resultat	Gewünschtes Resultat bzw. gewünschte Wirkung ('Steigerung der/des ...'), individuell oder sozial - nach Nutbeam (2000): health literacy measures	Gesundheit Wissensstand Motivation Verhaltensänderung Fähigkeiten Selbstvertrauen	GH WS MV VA FH SV

Methodengruppe	Einteilung der verwendeten Methoden in Übergruppen – nach Reich (2012)	Klassische Methoden Handlungsorientierte Methoden Techniken	KM HM T
Methode Lehrperson	Durchführung von Methoden mit Fokus auf die Lehrperson (z.B.: Vortrag oder Präsentation)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Gruppe	Durchführung von Methoden mit Fokus auf die Gruppe (z.B.: Gruppendiskussion oder Gruppenarbeit)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Material	Durchführung von Methoden mit Fokus auf das Material (z.B.: Video oder Arbeitsblätter)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Anleitung	Durchführung von Methoden mit Fokus auf die Anleitung (z.B.: Hilfestellung oder Instruktion)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Anwendung	Durchführung von Methoden mit Fokus auf die Anwendung (z.B.: Experimente oder Messungen)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Rahmen	Durchführung von Methoden mit Fokus auf den Rahmen (z.B.: Brainstorming oder Log-bücher)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein
Methode Techniken	Durchführung von Methoden mit Fokus auf kurze Techniken (z.B.: Rollenspiel oder Quiz)	Durchgeführt Nicht durchgeführt	Ja Nein

SuS = Schülerinnen und Schüler

3.4.3 Auswertung

Die erhobenen Informationen wurden tabellarisch aufgearbeitet, wie beschrieben kategorisiert und entsprechend ihrer Kategorienzuordnung analysiert. Die Analyse beinhaltete rein deskriptive Auswertungen. Je nach Typ der Variable (metrisch oder kategoriell) wurden Häufigkeiten und/oder Prozentangaben bzw. Mediane mit Minima und Maxima oder Mittelwerte mit Standardabweichungen angegeben. Alle Auswertungen wurden mit dem Statistikprogramm SAS, Version 9.4 für Windows, durchgeführt.

3.5 Analyse

Zu Beginn dieses Kapitels gibt es erst noch einige Erklärungen und Details zu den erhobenen Informationen und den erarbeiteten Faktoren. Im Anschluss gibt es einen allgemeinen Überblick über die bearbeiteten Studien, mit bereits einigen interessanten gefundenen Aspekten. Danach folgt eine Analyse der Informationsfaktoren. Dabei wird einerseits ein Gesamtbild vermittelt und andererseits zwischen Studien mit Methodeninformationen auf Interventionsebene bzw. Interventionseinheitsebene unterschieden. Folgend werden die Analysefaktoren getrennt für Studien zur Intervention und für Studien zu Interventionseinheiten betrachtet.

3.5.1 Details zu Faktoren

Für die Analyse der Studien wurden diverse Informationen zum Artikel, zum Projekt bzw. der durchzuführenden Intervention, sowie zu den Teilnehmenden gesammelt. Informationen zum Artikel beinhalteten den Titel, den Erstautor, sowie das Jahr der Publikation. Dabei wurde zwischen Originalartikeln und Reviews unterschieden. Für letztere wurden diese Angaben sowohl für das Review als auch die präsentierten Subartikel gesammelt. Als allgemeine Angaben zum Projekt wurden das bearbeitete Thema, der Name der Intervention, die Phase des Projekts, sein(e) Ziel(e) und deren Erreichung, sowie Informationen zum Projektablauf erhoben. Zur Intervention bzw. den Interventionseinheiten (je nach Subgruppe) wurden außerdem weitere Informationen zum bearbeiteten Thema, der Anzahl und Dauer der Einheiten, dem Inhalt bzw. der Durchführung, der angewandte(n) Methode(n), der zu vermittelnden Kompetenzen, sowie der gewünschten Resultate erhoben. Bezüglich der Teilnehmenden wurden Angaben zum Land, dem Schultyp, der Schulstufe, der Schulklasse, dem Schulfach, der Lehrperson, vorhandenem Training für Klassenlehrer/innen, sowie dem Alter und dem Geschlecht der Schüler/innen inkludiert. Aus

diesen Informationen wurden nachfolgend die, in Kapitel 3.4.2 eingeführten, Informations- und Analysefaktoren erarbeitet. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln präsentiert und analysiert. Weitere Tabellen mit den zugrundeliegenden erhobenen Informationen können im Anhang gefunden werden. Hier werden nun einige Details bzw. Spezifika zu den erarbeiteten Faktoren besprochen.

Die Informationen zum Faktor Dauer der Interventionseinheiten waren in den Artikeln unterschiedlich angegeben. Zum Teil gab es Minuten, zum Teil (Schul-)Stunden, und sogar Tagesangaben. Zur Analyse wurden für den Faktor Dauer alle Angaben in Minuten umgerechnet. Dabei wurde eine Schulstunde als 50 Minuten angesehen. Für einen Tag wurden 6 Schulstunden gerechnet.

Der Faktor Handlungsfeld beschreibt, welcher Aspekt von Gesundheitsförderung im Projekt bearbeitet wurde. Die Kategorisierung des Faktors basierte auf der Gruppierung zur Gesundheitsförderung des Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF) (2019): Gesundheitsmanagement, Lernen und Lehren, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention, Suchtprävention sowie materielle Umwelt und Sicherheit. Dabei wurden Projekte zu Themen wie Wissen, Biologie oder Medizin der Gruppe Gesundheit zugeordnet. Unter Lehren und Lernen wurden Projekte gesehen, welche sich mit gesundheitsförderlichen Formen des Lehrens und Lernens beschäftigten. Unter Ernährung fielen Projekte zu Themen wie Essen oder Zucker. Interventionen mit Schwerpunkt Bewegung und Sport wurde der Gruppe Bewegung zugeschrieben. Projekte die Themen wie Emotionen, Stress, Gewalt, psychische Störungen und/oder Vorurteile behandelten, wurden der Gruppe psychosoziale Gesundheit zugeordnet. Unter die Gruppe Suchtprävention fielen Gebiete wie Drogen, Zigaretten und Alkohol. Die Gruppe materielle Umwelt beinhaltete Themen wie Medien, Natur, Verkehr oder Ökologie. Da dieser Faktor auch für einen Gesamtvergleich interessant zu sein schien, wurde auch das Handlungsfeld auf Studienebene ermittelt. Dabei wurden, bei unterschiedlichen Angaben für Studien auf Interventionseinheitsniveau, immer alle verschiedenen angegebenen Handlungsfelder inkludiert.

Informationen zur gewünschten Wirkung der Intervention gibt der Faktor Resultat. Die Kategorisierung beruht auf der Gruppierung der „health literacy measures“ nach Nutbeam (2000): Gesundheit, Wissensstand, Motivation, Verhaltensänderung, soziale Fähigkeiten und Selbstvertrauen. Es geht also in diesem Zusammenhang jeweils um eine Steigerung/Verbesserung innerhalb der angegebenen Gruppe. Nachdem das Thema Gesundheitskompetenz, und damit auch jede der eingeschlossenen Studien, als großes Gesamtziel immer in irgendeiner Form eine Verbesserung der Gesundheit hat, scheint die

Gruppe Gesundheit in diesem Faktor nicht sehr zielführend (da für alle Studien zutreffend) zu sein. Sie wurde deshalb nicht für die Analyse verwendet.

Auch die Kategorisierung des Faktors Kompetenzlevel basiert auf einer Definition von Nutbeam (2000), nämlich jener des „health literacy levels“. Sie besteht aus 3 Gruppen: ‚Übermittlung von theoretischem Wissen‘, ‚Entwicklung individueller Fähigkeiten‘ und ‚(individuelle und) gemeinschaftliche Entwicklung zu kritischem Denken‘. Vergleicht man nun die Faktoren Resultat und Kompetenzlevel, so scheint es hier zum Teil Überschneidungen zu geben. Es ist zu vermuten, dass die Gruppe ‚Wissensstand‘ des Faktors Resultat oft mit der Gruppe ‚Übermittlung von theoretischem Wissen‘ des Faktors Kompetenzlevel einhergehen wird. Die Gruppen ‚Motivation‘, ‚soziale Fähigkeiten‘ und ‚Selbstvertrauen‘ des Faktors Resultat könnten mit der Gruppe ‚Entwicklung individueller Fähigkeiten‘ des Faktors Kompetenzlevel korrelieren. Damit würde die Gruppe ‚Verhaltensänderung‘ des Faktors Resultat dem Kompetenzlevel ‚(individuelle und) gemeinschaftliche Entwicklung zu kritischem Denken‘ zugeordnet werden. Die Richtigkeit der Vermutung dieses Zusammenhangs wird bei der Analyse überprüft werden.

Einige Studien inkludierten in ihren Projekten nicht nur Interventionseinheiten an der Schule, sondern auch Blöcke die in der Freizeit (z.B. zu Hause) durchzuführen waren, zum Teil auch mit Informationen zu dafür verwendeten Methoden. Nachdem die Forschungsfrage dieser Arbeit sich aber ganz klar nur mit Interventionen, welche in der Schule durchgeführt werden, beschäftigt, wurden diese Angaben nicht erhoben und sind demnach auch nicht in der Analyse eingeschlossen.

Zu den angewandten Methoden wurde einerseits der Überblicksfaktor Methodengruppe und andererseits die detaillierten Methodenfaktoren Lehrperson, Gruppe, Material, Anleitung, Anwendung, Rahmen und Techniken erarbeitet. Der Faktor Methodengruppe gibt eine grobe Gruppierung der verwendeten Methoden nach Reich (2012). Es werden die drei Gruppen Klassische Methoden, Handlungsorientierte Methoden und Techniken unterschieden. Beispiele für klassische Methoden wären demnach Unterrichtsstunden mit Frontalunterricht oder Präsentationen, sowie fragend-entwickelnder Unterricht. Zu den handlungsorientierten Methoden zählen Experimente, Referate, Rollenspiele, kooperatives Lernen, offener Unterricht und Projekte. Unter Techniken fallen Methoden wie Brainstorming, Einstiege/Ausstiege, Erzählungen, Gespräche und Quiz. Die einzelnen Detailfaktoren für Methoden sind jeweils für sich genommen zu betrachten. Das bedeutet, dass eine untersuchte Studie mindestens einen, unter Umständen aber auch alle, dieser Methodenfaktoren als ‚durchgeführt‘ angegeben haben kann. Um den Inhalt der verschiedenen Methodenfaktoren zu klären, sind beispielhaft folgende Methoden zugeordnet:

- Lehrperson: Frontalunterricht, Präsentation, Beschreibungen, Informationen
- Gruppe: Gruppenarbeiten, Gruppendiskussionen, kritische Dialoge, Argumentationen, Besprechungen, Geschichten, Erzählungen
- Material: Arbeitsblätter, Ausdrücke, Broschüren, Magazine, Videos, Filme, Werbung
- Anleitung: Hilfe, Unterstützung, Instruktion
- Anwendung: Erforschung, Gebrauch, Messung, Analyse, praktische Durchführungen, Experimente, Ausarbeitungen
- Rahmen: Einstieg, Brainstorming, Wahl, Auswahl, Essen/Trinken, Log-buch, Feedback
- Technik: Rollenspiele, Malen, Spiele, Quiz, Entspannung

Ein paar ausgewählte, beschriebene Techniken sollen an dieser Stelle – zur Vorstellung von Möglichkeiten und zur Anregung der Entwicklung eigener kreativer Varianten – auch ihren Platz finden. Kutcher, Wei und Morgan (2015) nutzen viele verschiedene kürzere, spezielle Methoden, die in obiger Zuteilung eben in Techniken fallen würden, zur Stärkung mentaler Gesundheit. Eine davon ist „challenging our thinking“. Dabei werden Karten mit Aussagen zum Thema Reaktionen auf Stress (in unterschiedlichsten Bezügen und Situationen) an die Schüler/innen verteilt. Ein Beispiel für einen Kartentext ist: Schiffe sind im Hafen sicher, aber das ist nicht, wo die Fische sind. Dies sollte zum Ausdruck bringen, dass Häfen zwar wichtig für uns Menschen und unsere Wirtschaft sind, gleichzeitig aber Tiere aus Teilen ihrer natürlichen Lebenswelt verdrängen. Es sollen immer mehrere Schüler/innen den gleichen Kartentext erhalten. Die Schüler/innen sollen dann die Bedeutung des Textes in eigenen Worten formulieren und zumindest zwei Schüler/innen pro Text sollen ihre Interpretation vorlesen. Die Karten sollen dann für eine Woche in der Klasse aufgehängt werden, um zu weiterem Nachdenken anzuregen. Auch Riebschleger, Costello, Cavanaugh und Grove (2019) verwenden interessante Kurztechniken in ihrem Projekt zur Steigerung der mentalen Gesundheitskompetenz. Zu Beginn jeder Einheit gibt es das „word of the day“, also ein kurzes Statement zu dem Thema der Einheit. Als Abschluss der Einheiten nutzen sie die „prize box“, bei der sich alle Schüler/innen einen kleinen Preis als Belohnung für ihre Teilnahme aussuchen dürfen.

Die Zuordnung der Faktoren zu den Studien/Interventionen/Interventionseinheiten war zumeist eindeutig. In einigen wenigen Fällen wären mehrere Varianten möglich gewesen. In diesen Situationen wurde versucht, möglichst viel Information (Ziel, Thema, gewünschtes Resultat) aus der Studie in die Auswahl miteinzubeziehen. Als Beispiel: in der Studie von Hindmarsh, Jones und Kervin (2015) wurde als Ziel Medienkompetenz angegeben, das behandelte Thema war Alkohol. Demnach hätte man für den Faktor Handlungsfeld

entweder materielle Umwelt (Medien) oder Suchtprävention (Alkohol) auswählen können. Nachdem das Ziel der Studie so klar auf den Schwerpunkt der Medienkompetenz ausgerichtet war, wurde in diesem Fall das Handlungsfeld materielle Umwelt gewählt.

3.5.2 Allgemeiner Überblick

Basierend auf der Literaturrecherche und dem Selektionsverfahren wurden 27 Artikel in die Analyse eingeschlossen. Von diesen 27 Artikeln, waren 2 systematische Reviews. Sowohl aus dem Review von Hindmarsh et al. (2015), als auch aus dem Review von Nordheim, Gundersen, Espehaug, Guttersrud und Flottorp (2016) entsprachen 3 Studien den Einschlusskriterien. Die Studien aus diesen Reviews werden im Folgenden als Substudien des entsprechenden Reviews bezeichnet. In Summe bildeten damit 31 Studien die Basis für die Analyse. Jede Studie präsentierte eine Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Jede Intervention bestand dabei aus einer oder mehreren Interventionseinheiten. Wobei eine Interventionseinheit, wie in 3.4.2 angegeben, einen spezifischen Themenkomplex umfasst und aus einer oder mehreren Schulstunden (geblockt oder separiert) bestehen kann. Je nach angegebenem Detailgrad zu den Interventionen bzw. Interventionseinheiten wurden die Studien in ebendiese beiden Subgruppen eingeteilt. Ein Überblick über die eingeschlossenen Studien - inklusive Angaben zu Thema und Name der Intervention, Subgruppe, Phase und Zielerreichung, sowie die Nummerierung der Substudien zu den beiden Reviews - kann in Tabelle 2 gefunden werden.

Tabelle 2: Überblick Studien

Artikel ID	Sub ID	Artikel Titel	Artikel Autor (Jahr)	Thema Intervention	Name Intervention	Sub-gruppe	Phase	Zielerreichung
17	-	Ebm@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study	Steckelberg et al. (2009)	Kritisches Denken	ebm@scho ol	I	A	Ja
20	-	Effectiveness of a universal school-based programme for preventing depression in Chinese adolescents: A quasi-experimental pilot study	Wong et al. (2012)	Depression	LPD	I	A	Teilweise
26	-	A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial	Skre et al. (2013)	Mentale Gesundheit	Mental health for everyone	I	A	Ja
23	-	Comparison of media literacy and usual education to prevent tobacco use: a cluster randomized trial	Primack, Douglas, Land, Miller und Fine (2014)	Medien (Tabak)	AD IT UP	I	A	Ja
15		Effectiveness of alcohol media literacy programmes: a systematic literature review	Hindmarsh et al. (2015)					
15	2	Media literacy interventions: a meta-analytic review	Jeong, Cho and Hwang (2012)	Medien (Alkohol)	-	I	A	Ja
16		Effects of School-Based Educational Interventions for Enhancing Adolescents Abilities in Critical Appraisal of Health Claims: A Systematic Review	Nordheim et al. (2016)					
16	2	Field test of an epidemiology curriculum for middle school students	Kaelin, Huebner, Nicolich and Kimbrough (2007)	Akne, Rückenschmerzen	-	I	A	Teilweise
16	1	The effects of emotive reasoning on secondary school students' decision-making in the context of socioscientific issues	Powell (2014)	Krebs, Stammzellentherapie	-	I	A	Teilweise
16	3	Developing multivariable thinkers. Cognitive Development	Kuhn, Ramsey and Arvidsson (2015)	Adipositas	-	I	A	Ja
22	-	“EspaiJove.net”- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial	Casanas et al. (2018)	Mentale Gesundheit	EspaiJove.net	I	P	-
18	-	Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program	Campos et al. (2018)	Mentale Gesundheit	Finding Space	I	A	Ja

25	-	Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents	Bjornsen, Ringdal, Espnes, Eilertsen und Moksnes (2018)	Mentale Gesundheit	MEST	I	A	Teilweise
19	-	Improving children's physical self-perception through a school-based physical activity intervention: The Move for Well-being in School study	Christiansen et al. (2018)	Körperliche Selbstwahrnehmung, Wohlbefinden	MWS	I	A	Teilweise
24	-	Emotional Intelligence and Mindfulness: Relation and Enhancement in the Classroom With Adolescents	Rodriguez-Ledo, Orejudo, Cardoso, Balaguer und Zarza-Alzugaray (2018)	Emotionale Intelligenz, Achtsamkeit	SEA	I	A	Ja
13	-	School-based mental health promotion in children and adolescents with StresSOS using online or face-to-face interventions: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium	Eschenbeck et al. (2019)	Mentale Gesundheit	StresSOS	I	P	-
4	-	High School Intervention for Influenza Biology and Epidemics/Pandemics: Impact on Conceptual Understanding among Adolescents	Dumais und Hasni (2009)	Grippe, Epidemien/Pandemien	-	IE	A	Ja
8	-	Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents	Pinto-Foltz, Logsdon und Myers (2011)	Mentale Gesundheit	IOOV	IE	A	Teilweise
11	-	A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: the MABIC study protocol	Sanchez-Carracedo et al. (2013)	Ernährung, Medien	MABIC	IE	P	-
15		Effectiveness of alcohol media literacy programmes: a systematic literature review	Hindmarsh et al. (2015)					
15	3	Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review	Bergsma and Carney (2008)	Medien (Alkohol)	-	IE	A	Ja
15	1	The effectiveness of different approaches to media literacy in modifying adolescents' responses to alcohol	Chen (2013)	Medien (Alkohol)	-	IE	A	Teilweise
14	-	Successful Application of a Canadian Mental Health Curriculum Resource by Usual Classroom Teachers in Significantly and Sustainably Improving Student Mental Health Literacy	Kutcher et al. (2015)	Mentale Gesundheit	The Guide	IE	A	Ja

6	-	'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation	Hart, Mason, Kelly, Cvetkovski und Jorm (2016)	Mentale Gesundheit	teen MHFA	IE	A	Ja
7	-	The Effectiveness of a New School-Based Media Literacy Intervention on Adolescents' Doping Attitudes and Supplements Use	Lucidi et al. (2017)	Medien	-	IE	A	Ja
27	-	School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial	Swartz et al. (2017)	Depression	ADAP	IE	A	Ja
2	-	The effects of an educational program on depression literacy and stigma among students of secondary schools in Jazan city, 2016	Darraj, Mahfouz, Sanosi, Badedi und Sabai (2018)	Depression	-	IE	P	-
9	-	School Program Improves Adolescents' Knowledge of Responsible Medicine Use	Recchiuti, Malone und Zimmerman (2018)	Medikamentennutzung	OTC literacy	IE	A	Ja
21	-	Process evaluation of implementation fidelity in a Danish health-promoting school intervention	Bonde, Stjernqvist, Sabinsky und Maindal (2018)	Bewegung, Ernährung	We act	IE	A	Nein
3	-	A school-based intervention based on self-determination theory to promote girls' physical activity: study protocol of the CReActivity cluster randomised controlled trial	Demetriou und Bachner (2019)	Bewegung	-	IE	P	-
12	-	Using Food Models to Enhance Sugar Literacy among Older Adolescents: Evaluation of a Brief Experiential Nutrition Education Intervention	Santalo, Gibbons und Naylor (2019)	Ernährung (Zucker)	-	IE	A	Ja
5	-	Promotion of physical activity-related health competence in physical education: study protocol for the GEKOS cluster randomized controlled trial	Haible et al. (2019)	Bewegung	GEKOS	IE	P	-
1	-	A School-Based Program to Promote Well-Being in Preadolescents: Results From a Cluster Quasi-Experimental Controlled Study	Allara et al. (2019)	Wohlbefinden	My Health Diary	IE	A	Nein
10	-	Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale	Riebschleger et al. (2019)	Mentale Gesundheit	YES	IE	A	Ja

SubID gibt die Nummerierung der Substudien der Reviews – die Angaben zu den Reviews selbst sind ausgegraut angegeben; Tabelle ist sortiert nach Subgruppe und Jahr

Die älteste eingeschlossene Studie wurde im Jahr 2007 publiziert und kommt aus dem Review von Nordheim et al. (2016). Auch die Studie aus dem Jahr 2008 entstammt einem Review, nämlich jenem von Hindmarsh et al. (2015). Die ältesten inkludierten Einzelstudien sind von Dumais und Hasni (2009) und Steckelberg et al. (2009) aus dem Jahr 2009. Von 2011 bis inklusive 2017 wurden dann jährlich zwischen 1 und 3 Studien zum Thema publiziert. 14 Studien (45 %) wurden in den Jahren 2018 und 2019 publiziert.

Fast die Hälfte der untersuchten Studien, nämlich 14 (45%), beschäftigten sich mit dem Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit. Dabei lag der Themenschwerpunkt – bei 9 (64%) dieser 14 Studien – auf mentaler Gesundheit. 3 Studien (10%) fokussierten sich auf Depression. Ein weiteres größeres Themengebiet bildete das Handlungsfeld materielle Umwelt - 9 (29%) der 31 Studien arbeiteten in diesem Gebiet. Bei 6 (67%) dieser 9 Studien lag der Schwerpunkt auf einem sinnvollen Zugang zu Medien (zu unterschiedlichen Themengebieten – zum Teil auch zu Themen im Bezug zur Suchtprävention). Während das Handlungsfeld Bewegung von 4 Studien untersucht wurde, wurden die Handlungsfelder Gesundheit und Ernährung jeweils von 3 Studien behandelt. Bonde et al. (2018) und Sanchez-Carracedo et al. (2013) betrachteten jeweils zwei Handlungsfelder – Bewegung und Ernährung bzw. Ernährung und materielle Umwelt. Zu den Handlungsfeldern Lehren und Lernen, sowie Suchtprävention (ohne Zusammenhang zur Medienkompetenz) gab es gar keine Studien.

Die Handlungsfelder materielle Umwelt und Gesundheit wurden dabei hauptsächlich in früheren Jahren publiziert. Im Gegensatz dazu wurden die Themen Bewegung und Ernährung hauptsächlich in den Jahren 2018 und 2019 präsentiert. Das Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit entwickelte sich langsam über die Jahre und auch dieses fand seinen Schwerpunkt mit 8 (57%) von 14 Studien in den letzten beiden Jahren. Weitere Details zu den Handlungsfeldern werden bei der Untersuchung der Analysefaktoren (siehe 3.5.4) präsentiert.

Von den 31 Studien waren 25 (81%) bereits abgeschlossene, praktisch durchgeführte Projekte. Die anderen 6 Studien (19%) befanden sich in der Planungsphase der praktischen Durchführungen. Von den 25 abgeschlossenen Studien haben 16 (64%) die geplanten Ziele erreicht. Während 7 Studien (23%) die Ziele zumindest teilweise erreichten, mussten 2 (6%) der Studien, nämlich Allara et al. (2019) und Bonde et al. (2018), die Studie leider erfolglos beenden. Beides rezente Publikationen, erstere zum Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit, letztere zu den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung. Ein weiterer Unterschied zwischen abgeschlossenen und geplanten Studien in den Publikationsjahren schien nicht gegeben zu sein.

Subgruppen

Von den insgesamt 31 Studien waren für 14 Studien (45%) aus 12 Artikeln Informationen auf Interventionsniveau vorhanden. Beide Reviews trugen Studien zu dieser Kategorie bei. Während aus dem Review von Nordheim et al. (2016) alle 3 Studien in diese Kategorie fielen, entsprach nur eine der Studien von Hindmarsh et al. (2015) dieser Kategorie. Für die anderen beiden Studien des letztgenannten Reviews, sowie für 15 weitere Einzelstudien, waren Details auf Ebene der Interventionseinheiten verfügbar. Diese Subgruppe beinhaltete also 17 Studien (55%) aus 16 Artikeln.

In beiden Subgruppen verteilten sich die Studien von den frühen bis zu den späten Publikationsjahren recht ähnlich. Der Großteil der Studien wurde in jeder der Subgruppen in den Jahren 2018 und 2019 durchgeführt.

Die Studien zu den Handlungsfeldern psychosoziale Gesundheit (je 7 Studien) und materielle Umwelt (5 (36%) von 14 auf Interventionsebene, 4 (24%) von 17 pro Interventionseinheit) sind recht gleichmäßig auf die beiden Subgruppen aufgeteilt. Auch die entsprechenden Themenschwerpunkte zeigen keine Tendenz in Richtung einer der Subgruppen. Im Gegensatz dazu, gaben alle 3 Studien zum Handlungsfeld Ernährung Informationen pro Interventionseinheit an. Auch die meisten bewegungsbezogenen Studien – 3 (75%) von 4 – gaben Details auf dieser Ebene an.

Während doppelt so viele Planungsstudien Informationen pro Interventionseinheit (4 (24%) von 17 Studien), als pro Intervention (2 (14%) von 14 Studien) angaben, verteilten sich die 25 Studien mit bereits abgeschlossener Durchführung gleichmäßig auf die Subgruppen (13 (76%) von 17; 12 (86%) von 14). Beide Studien, die ihre Ziele bei der Projektdurchführung verfehlt hatten, fielen in die Subgruppe mit Informationen pro Interventionseinheit. Dennoch beschrieben in dieser Subgruppe 9 (69%) von 13 Studien ihr Ziel als vollständig erreicht, während dies in der Subgruppe mit Information auf Interventionsniveau nur bei 7 (58%) von 12 Studien so war.

3.5.3 Informationsfaktoren

Nachdem die Informationsfaktoren, anders als die Analysefaktoren im nachfolgenden Kapitel, sich in erster Linie auf die betrachteten Studien beziehen und nicht unterschiedlich je Interventionseinheit sein können, werden diese auch auf Studienebene analysiert. Ein Überblick über die Informationsfaktoren zu allen inkludierten Studien kann in Tabelle 3 gefunden werden.

Die meisten der eingeschlossenen Studien wurden in Europa (14 (45%) Studien) oder Nordamerika (13 (42%) Studien) durchgeführt. Die anderen 4 Studien fanden in Australien (Hart et al., 2016), Hong-Kong (Wong et al., 2012), Saudi-Arabien (Darraj et al., 2018) und Nigeria (Substudie 2 von Hindmarsh et al. (2015)) statt.

Die schulbezogenen Faktoren waren zum Teil nur spärlich angegeben - besonders traf dies auf die Angaben zum Schultyp und dem Schulfachgebiet zu, welche nur für weniger als die Hälfte der Studien zugänglich waren. Aus den 31 analysierten Studien basierten 7 (23%) auf Projekten in öffentlichen Schulen und 6 (19%) weitere Studien auf Projekten die sowohl öffentliche als auch private Schulen einbezogen. Die Studie von Dumais und Hasni (2009) wurde in nur einer privaten Schule durchgeführt. Das Schulfachgebiet war nur für 8 der Studien angegeben. Davon waren 5 (62%) Studien aus dem Gebiet der Sozialwissenschaften, fast alle aus dem Fach Bewegung und Sport. Die anderen 3 (38%) Studien kamen aus dem Gebiet der Naturwissenschaften, aus den Fächern Biologie und Umweltkunde, sowie Mathematik (mit Durchführungsteilen im Fach der Landessprache). Die bearbeiteten Themen und Handlungsfelder der Studien aus beiden Schulfachgebieten waren dabei sehr unterschiedlich. Keine Studien gab es in den Schulfachgebieten der Geisteswissenschaften sowie der Sprachen.

Besser war der Informationsstand bezüglich der Schulstufe. Abgesehen von der Substudie 2 von (Hindmarsh et al., 2015), bei welcher nur die Angabe der Sekundarstufe zu finden war, konnte dieser Faktor immer ermittelt werden. Dabei teilten sich die Studien recht gleichmäßig auf die Sekundarstufe 1 (12 (39%) von 31 Studien) und die Sekundarstufe 2 (13 (42%) von 31 Studien) auf. 5 Studien (16%) inkludierten Schüler/innen aus beiden Sekundarstufen.

Die Lehrpersonen waren in mehr als der Hälfte (in 16 (52%) von 31 Studien) der Studien die entsprechenden Klassenlehrer/innen. Häufig (in 10 (32%) von 31 Studien) wurden aber auch externe Lehrende zur Durchführung der Interventionen eingeladen. Nur selten (in 3 (10%) von 31 Studien) wurde auf anderes Schulpersonal, wie Schulärzt/innen, Schulkrankenschwester/innen oder Sozialarbeiter/innen, zurückgegriffen. In zwei Studien wurden die Interventionen von mehreren Lehrpersonen durchgeführt. Dabei nutzten Wong et al. (2012) die Mischung von Klassenlehrer/innen und externen Lehrenden und Riebschleger et al. (2019) setzten auf die Zusammenarbeit von externen Lehrenden und anderem Schulpersonal. Sowohl die Studien, die auf anderes Schulpersonal als auch die Studien, die auf eine gemischte Lehrpersonen-Auswahl zurückgriffen, betrachteten das Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit. Alle Studien zu den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung wurden von den Klassenlehrer/innen durchgeführt. Die Projekte zu den restlichen Handlungsfeldern wurden etwa gleichermaßen durch die

unterschiedlichen Lehrpersonen durchgeführt. Während es keinen Zeittrend in der Durchführung durch Klassenlehrer/innen bzw. externen Lehrenden zu geben schien, fiel auf, dass anderes Schulpersonal erst in Interventionen welche 2018 und 2019 publiziert wurden als Lehrpersonen herangezogen wurden. In den von Klassenlehrer/innen (auch mit Unterstützung durch externe Lehrende) durchgeführten Interventionen gab es in 13 (76%) von 17 Fällen vorab eine entsprechende Trainingseinheit durch die hinter dem Projekt stehenden Forscher/innen bzw. von diesen organisierten Trainer/innen. Die Dauer bzw. Intensität der Trainingseinheiten variierte dabei von kurzen Briefings bis hin zu Ganztagestrainings.

Der Großteil der Studien (21 (68%) von 31 Studien) inkludierte sowohl Mädchen als auch Buben. Des Weiteren wurden in 3 (10%) der Studien, nämlich bei Demetriou und Bachner (2019), Dumais und Hasni (2009) und Pinto-Foltz et al. (2011) nur Mädchen eingeschlossen. Es gab keine Studie an der nur Buben teilgenommen haben. Bei den noch offenen 7 (23%) Studien gab es keine Angabe zum Geschlecht der Teilnehmer/innen. Auch hier fielen keine Zusammenhänge zu bearbeitetem Thema und Handlungsfeld auf.

Tabelle 3: Informationsfaktoren

Artikel ID	Sub ID	Sub-gruppe	Land	Schul-typ	Schul-stufe	Schul-fachgebiet	Schul-fach	Lehrperson	Training	Geschlecht
17	-	I	DE	-	SEK2	-	-	KL	Nein	G
20	-	I	HK	-	SEK2	-	-	EL, KL	Ja	G
26	-	I	NW	-	G	-	-	KL	Ja	G
23	-	I	US	OS	SEK2	-	-	EL	-	G
15	2	I	NGA	-	-	-	-	EL	-	-
16	2	I	US	-	SEK1	-	-	KL	Ja	G
16	1	I	US	-	SEK2	NW	BU	KL	Ja	-
16	3	I	US	G	SEK1	-	-	EL	-	-
22	-	I	ES	G	SEK1	-	-	AS	-	-
18	-	I	PT	G	SEK1	-	-	EL	-	G
25	-	I	NW	-	SEK2	-	-	AS	-	G
19	-	I	DK	OS	SEK1	SW	BS	KL	Nein	-
24	-	I	ES	OS	SEK1	-	-	AS	-	G
13	-	I	DE	-	G	-	-	EL	-	-
4	-	IE	CA	PS	SEK2	NW	BU	EL	-	W
8	-	IE	US	OS	SEK2	-	-	EL	-	W
11	-	IE	ES	G	SEK1	-	-	KL	Ja	G
15	3	IE	US	-	SEK2	-	-	KL	Ja	G
15	1	IE	US	-	G	-	-	EL	-	G
14	-	IE	CA	-	SEK2	-	-	KL	Ja	G

6	-	IE	AU	G	SEK2	-	-	EL	-	G
7	-	IE	IT	-	G	-	-	EL	-	G
27	-	IE	US	G	SEK2	SW	Andere	KL	Ja	G
2	-	IE	SA	OS	G	-	-	KL	Ja	G
9	-	IE	US	-	SEK1	-	-	KL	Nein	G
21	-	IE	DK	OS	SEK1	NW, S	M, LS	KL	Ja	-
3	-	IE	DE	-	SEK1	SW	BS	KL	Ja	W
12	-	IE	CA	-	SEK2	SW	BS	KL	Nein	G
5	-	IE	DE	-	SEK2	SW	BS	KL	Ja	G
1	-	IE	IT	OS	SEK1	-	-	KL	Ja	G
10	-	IE	US	-	SEK1	-	-	AS, EL	-	G

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Subgruppen

Vergleicht man die Informationsfaktoren zwischen den beiden Subgruppen der Studien auf Interventions- bzw. Interventionseinheitenniveau, so fallen kaum Unterschiede auf. Sowohl die Länderverteilung, als auch die Verteilungen der Schulangaben Schultyp, Schulstufe und Schulfachgebiet sind in Summe sehr ähnlich für die beiden Subgruppen. Im Faktor des Schulfachgebiets gibt es einen erwähnenswerten Unterschied in der Verteilung der Studien die den Sozialwissenschaften, also dem Schulfach Bewegung und Sport, zugeordnet werden. 4 (80%) von 5 dieser Studien fallen in die Subgruppe mit Informationen zu Interventionseinheiten.

Größere Unterschiede zeigt der Faktor Lehrperson. Während alle 3 nur von anderen Schulpersonen (als Klassenlehrer/innen) durchgeführten Studien sich in der Subgruppe auf Interventionsebene finden (alle im Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit), liegt der Schwerpunkt der Studien welche von Klassenlehrer/innen angeleitet wurden bei der Subgruppe mit Informationen zu Interventionseinheiten. Genauer fallen 11 (69%) von 16 rein von Klassenlehrer/innen abgehaltenen Interventionen in diese Gruppe. Trainingseinheiten für diese Interventionen waren in beiden Subgruppen ähnlich oft vorhanden (Intervention: 3 (60%) von 5, Interventionseinheiten: 9 (82%) von 11). Studien welche von oder unterstützend durch externe Lehrpersonen durchgeführt wurden, verteilten sich gleichmäßig auf die Subgruppen.

Auch im Faktor Geschlecht zeigen sich durchaus Differenzen zwischen den Subgruppen. 6 (86%) von den 7 Studien, bei denen die Angabe zum Geschlecht fehlt, zählen zur Subgruppe auf Interventionsniveau. In der Subgruppe der Studien zu Interventionseinheiten fehlt diese Information nur bei der Studie von (Bonde et al., 2018). Außerdem geben alle 3 der Studien, die ausschließlich Schülerinnen einschließen,

Informationen auf Ebene der Interventionseinheiten an. Die Verteilung der Studien mit gemischt-geschlechtlichen Teilnehmer/innen auf die beiden Subgruppen war mit 8 (57%) von 14 bzw. 13 (76%) von 17 Studien auf Interventions- bzw. Interventionseinheitenniveau recht ähnlich.

3.5.4 Analysefaktoren

Die Informationen aus den Studien, die als Basis für die Analysefaktoren dienten, wurden für die beiden Subgruppen einerseits auf Interventionsebene und andererseits auf Ebene der Interventionseinheiten erhoben. Anschließend wurden die Analysefaktoren separat für die beiden Subgruppen erarbeitet. Um dem unterschiedlichen Detailgrad nachzukommen, wurde die Analyse separat für jede der beiden Subgruppen durchgeführt. Anzumerken ist, dass, wie beschrieben, jede Intervention aus einer oder mehreren Interventionseinheiten bestand – unabhängig davon welcher Detailgrad an Information dazu angegeben war. Um eine Unterscheidung zwischen der Subgruppe der Interventionseinheiten und Ergebnissen zu Interventionseinheiten zu erleichtern, werden im Folgenden letztere immer nur mit Bezug auf ‚Einheiten‘ zu finden sein.

Subgruppe Intervention

Die Subgruppe mit Informationen auf Interventionsniveau wird von 14 Studien aus 12 Artikeln gebildet. Aus dem Review von Nordheim et al. (2016) fielen alle 3 eingeschlossenen Substudien in diese Kategorie, während das Review von Hindmarsh et al. (2015) nur 1 Substudie, nämlich Substudie 2, zu dieser Subgruppe beisteuerte (siehe Tabelle 2). Details zu den Analysefaktoren der Studien auf Interventionsebene können in Tabelle 4 gefunden werden.

Der Analysefaktor Dauer zeigte eine mediane Länge jeder Einheit von 57.5 Minuten. Die kürzesten Einheiten dauerten 30 Minuten (Substudie 2 von Hindmarsh et al. (2015)), die längsten Blöcke sogar 300 Minuten (Skre et al., 2013). Letzteres entspricht, basierend auf der angewandten Umrechnung, einem ganzen Schultag. Die mediane Anzahl der Einheiten pro Intervention war 8, wobei die Anzahl stark schwankte und von 2 (Campos et al., 2018) bis zu 34 (Substudie 2 von Nordheim et al. (2016)) durchzuführenden Einheiten ging. Es scheint keinen klaren Zusammenhang zwischen der Anzahl der Einheiten und deren Dauer zu geben. Bei der Studie von Bjornsen et al. (2018) gab es keine Angaben zur Anzahl und Dauer der Einheiten. Bei Substudie 3 von Nordheim et al. (2016) fehlte die Angabe zur Dauer.

Tabelle 4: Analysefaktoren pro Intervention

Artikel ID	Sub ID	Anzahl Einheiten	Dauer je Einheit	Handlungsfeld	Kompetenzlevel	Resultat	Methodengruppe	Methode Lehrperson	Methode Gruppe	Methode Material	Methode Anleitung	Methode Anwendung	Methode Rahmen	Methode Techniken
13	-	8	90	PG	KL2	FH, WS	T	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
15	2	5	30	MU	KL2	VA, WS	HM, T	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
16	1	12	55	MU	KL2	FH	T	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
16	2	34	75	GH	KL2	WS	KM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
16	3	24	-	MU	KL2	FH	HM	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
17	-	22	50	MU	KL3	FH, MV, SV, VA, WS	HM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
18	-	2	90	PG	KL2	VA, WS	HM	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
19	-	6	90	BW	KL2	FH, MV	HM	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
20	-	12	50	PG	KL2	FH, WS	HM, KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
22	-	8	50	PG	KL2	FH, VA, WS	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
23	-	6	60	MU	KL2	WS	HM, KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
24	-	18	55	PG	KL2	FH	T	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
25	-	-	-	PG	KL2	FH	HM, KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
26	-	3	300	PG	KL2	VA, WS	HM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Wie bereits erwähnt, ist die Verteilung der Handlungsfelder psychosoziale Gesundheit und materielle Umwelt recht ähnlich zwischen den Subgruppen und damit auch zum Gesamtüberblick. Entsprechend waren 7 (50%) und 5 (36%) der 14 Studien aus diesen Bereichen. Auch der Themenschwerpunkt der psychosozialen Gesundheit lag wie gesamt gesehen auf mentaler Gesundheit. Im Bereich der materiellen Umwelt waren die Themengebiete aber sehr unterschiedlich. Jeweils 1, nämlich die Substudie 2 von Nordheim et al. (2016) und die Studie von Christiansen et al. (2018), fielen in die Handlungsfelder Bewegung und Gesundheit. Es wurden keine Studien zum Handlungsfeld Ernährung und Suchtprävention in dieser Subgruppe durchgeführt.

Der auf Nutbeam (2000) basierende Analysefaktor Kompetenzlevel zeigte, mit 13 (93%) von 14 Interventionen, die in diese Kategorie fielen, ganz klar einen Schwerpunkt auf Kompetenzlevel 2, also auf die Entwicklung individueller Fähigkeiten. Während keine der Studien Kompetenzlevel 1 entsprach, zählte nur die Studie von Steckelberg et al. (2009) als Kompetenzlevel 3 und hatte damit die Entwicklung von kritischem Denken als Ziel. Der zweite von Nutbeam (2000) beeinflusste Analysefaktor Resultat zeigte primär, dass die Ziele der Studien oft breitgefächert sind. Nur 6 (43%) der 14 Studien hatten ein eindeutiges Resultat als Ziel. Ebenso viele Studien hatten zwei verschiedene Resultatkategorien zum Ziel. Die Studie von Casanas et al. (2018) wollte 3, jene von Steckelberg et al. (2009) gleich 5 verschiedene Resultate erreichen. Die beiden am häufigsten vorkommenden Zielkategorien waren die sozialen Fähigkeiten und der Wissensstand, welche in jeweils 9 (64%) der 14 Studien zu erreichen waren. Mit etwas Abstand folgt die Kategorie Verhaltensänderung mit 5 (36%) von 14 Studien. Nachdem fast alle der Studien auf Interventionsniveau Kompetenzlevel 2 hatten, war ein Zusammenhang zum Faktor Resultat kaum analysierbar. Dennoch fällt auf, dass die Studie mit Kompetenzlevel 3 auch jene ist, die die meisten verschiedenen Resultate als Ziel hat.

Methoden

Die gefundenen Methoden wurden an Hand von verschiedenen Analysefaktoren untersucht. Der Faktor Methodengruppe gab dabei einen ersten Überblick und präsentiert die Schwerpunkte der verwendeten Methoden basierend auf Reich (2012). Mit 9 (64%) von 14 Studien, welche diese Art von Methoden nutzten, stellte die Gruppe der handlungsorientierten Methoden (z.B.: kooperatives Lernen oder Experimente) die größte Kategorie dar. Klassische Methoden (z.B.: Frontalunterricht oder fragend-entwickelnder Unterricht) wurden in 5 (36%), Techniken (z.B.: Brainstorming oder Quiz) in 4 (29%) der Studien angewandt. Zu erwähnen ist, dass 4 der Interventionen jeweils zwei dieser

Kategorien (3 Mal klassische und handlungsorientierte Methoden, 1 Mal handlungsorientierte Methoden und Techniken) in gleichem Ausmaß einbezogen.

Eine detailliertere Aufschlüsselung konnte durch die einzelnen Methodenfaktoren, die jeweils ermittelten, ob die angegebene Methodenart in der Studie zur Anwendung kam (siehe 3.4.2 und 3.5.1), getroffen werden. Am häufigsten, nämlich bei 10 (71%) der 14 Interventionen, wurden gruppenbezogene Methoden (z.B.: Gruppendiskussionen) verwendet. Dicht gefolgt, mit einer Anwendungshäufigkeit von jeweils 8 Studien (57%), durch Methoden mit Fokus auf die Lehrperson (z.B.: Frontalunterricht) bzw. das Material (z.B.: Videos). Schon weniger als die Hälfte der Interventionen (6 (43%) von 14) nutzten Methoden zum Rahmen (z.B.: Brainstorming). Eher selten waren mit 5 (36%) bzw. 4 (29%) durchführenden Studien anwendungsbezogene Methoden (z.B.: Experimente) bzw. kleinere Techniken (z.B.: Quiz). Am wenigsten – nur 1 Mal (7%) von der Substudie 3 von Nordheim et al. (2016) – einbezogen wurde die Methode der Anleitung.

Die mediane Anzahl der Einheiten, bezogen auf eindeutig zuordenbare Methodengruppen, war bei den handlungsorientierten Methoden des Analysefaktors mit 6 Einheiten am niedrigsten, gefolgt von Techniken mit 12 Einheiten und klassischen Methoden mit 21 Einheiten. Die Dauer der einzelnen Einheiten (wieder ohne gemischte Gruppen) war bei den Techniken mit einem Median von 55 Minuten am niedrigsten. An zweiter Stelle fanden sich die klassischen Methoden mit einem Median von 62,5 Minuten und an dritter Stelle, also mit längster Dauer, die handlungsorientierten Methoden mit einem Median von 90 Minuten. Ein etwas anderes Bild findet man bezogen auf die einzelnen Methodenfaktoren. Während Methoden mit Fokus auf Anwendung bzw. Lehrperson, sowie Methoden für einen passenden Rahmen die geringsten Anzahlen an Einheiten aufwiesen, zeigte die Methode der Anleitung, genutzt allerdings nur in der Substudie 3 von Nordheim et al. (2016), die höchste Anzahl mit 24 Einheiten. Die anwendungsbezogenen Methoden hatten, neben einer niedrigen Einheitenzahl, auch die kürzeste mediane Dauer je Einheit, nämlich 55 Minuten. Die höchsten medianen Dauern wurden bei Methoden in der Gruppe (75 Minuten), sowie Techniken (72,5 Minuten) gefunden. Alle Angaben zu medianer Dauer und Anzahl der Einheiten für die einzelnen Methodenfaktoren können in Tabelle 5 gefunden werden.

Tabelle 5: Mediane Anzahl und Dauer nach Methoden pro Intervention

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	1	5	10	8	8	6	4
Anzahl	24	9	10	8	10	9	10

Dauer	-	55	75	60	65	60	72,5
-------	---	----	----	----	----	----	------

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten

Basierend auf dem Analysefaktor Methodengruppe zeigten Studien im Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit eine recht gleichmäßige Verteilung auf alle Methoden. Studien zum Handlungsfeld materielle Umwelt verwendeten aber eher handlungsorientierte Methoden (4 (80%) von 5 Studien). Während auch die Substudie 2 von Nordheim et al. (2016) zum Handlungsfeld Bewegung primär handlungsorientierte Methoden verwendete, lag der Fokus bei der Studie von Christiansen et al. (2018) zum Handlungsfeld Gesundheit auf klassischen Methoden. Wie bereits erwähnt, kamen die Handlungsfelder Ernährung und Suchtprävention in dieser Subgruppe nicht vor. Auch bei Betrachtung der einzelnen Methodenfaktoren ergab sich ein ähnliches Bild (siehe Tabelle 6). Im Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit gab es eine recht breite Streuung, mit einem leichten Fokus auf Methoden mit der Lehrperson (5 (71%) von 7 Studien). Bemerkenswert ist, dass alle 4 Studien, welche die Methode Techniken nutzten, anders als für den Faktor Methodengruppe, in dieses Handlungsfeld fielen. Das Handlungsfeld materielle Umwelt zeigte wieder starken Handlungsbezug, vor allem über die Faktoren Gruppe (4 (80%) von 5 Studien) und Anwendung (3 (60%) von 5 Studien).

Tabelle 6: Handlungsfelder nach Methoden pro Intervention

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	1	5	10	8	8	6	4
BW (n=1)	-	-	1	-	-	1	-
GH (n=1)	-	-	1	1	1	-	-
MU (n=5)	1	3	4	2	3	3	-
PG (n=7)	-	2	4	5	4	2	4

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Handlungsfeld betrachteten; BW = Bewegung, GH = Gesundheit, MU = materielle Umwelt, PG = psychosoziale Gesundheit

Entsprechend dem Schwerpunkt auf die handlungsorientierten Methoden findet sich dieser Trend natürlich auch bei dem kaum separierten Faktor Kompetenzlevel. Sowohl die 13 Studien zu Kompetenzlevel 2, als auch die Studie von Steckelberg et al. (2009) zu

Kompetenzlevel 3 nutzen primär diese Methodenart. In den einzelnen Methodenfaktoren wird dies durch die Methode Gruppe widergespiegelt (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Kompetenzlevel nach Methoden pro Intervention

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	1	5	10	8	8	6	4
KL1 (n=0)	-	-	-	-	-	-	-
KL2 (n=13)	1	5	9	7	7	5	4
KL3 (n=1)	-	-	1	1	1	1	-

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzen; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Kompetenzlevel erreichten; KL = Kompetenzlevel

Die verschiedenen, zu erreichenden Resultate in den Studien zeigten, bezogen auf den Analysefaktor Methodengruppe, alle einen starken Hang zu handlungsorientierten Methoden. Für die beiden am häufigsten abgezielten Resultate Wissensstand und Fähigkeiten wurden zwar auch andere Methoden genutzt, dennoch wurden mit 6 (67%) von 9 und 5 (56%) von 9 Interventionen handlungsorientierte Methoden bevorzugt. Einen noch höheren Anteil dieser Methodengruppe, mit 4 (80%) von 5 Interventionen, fand sich für das Resultat Verhaltensänderung. Für das Resultat Motivation in den Studien von Christiansen et al. (2018) und Steckelberg et al. (2009), sowie das Resultat Selbstvertrauen in der Studie von Steckelberg et al. (2009) wurden überhaupt nur handlungsorientierte Methoden verwendet. Die einzelnen Methodenfaktoren zeigten hier ein etwas anderes Bild (siehe Tabelle 8). Generell erkennt man, anders als beim Faktor Methodengruppe, für alle zu erreichenden Resultate eine recht breite Streuung der Methoden. Handlungsorientierte Methoden, dargestellt durch die Methodenfaktoren Gruppe, Anwendung und Anleitung, sowie klassische Methoden, präsentiert durch die Methodenfaktoren Lehrperson und Material, werden meist häufiger verwendet als Techniken. Dies stimmt vor allem in den am häufigsten vorkommenden Resultatkategorien Wissensstand (Bsp.: Gruppe und Lehrperson bei je 7 (78%) von 9 Interventionen) und Fähigkeiten (Bsp.: Gruppe bei 6 (67%) von 9, Lehrperson bei 5 (56%) von 9 Interventionen).

Tabelle 8: Resultate nach Methoden pro Intervention

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
--	-----------	-----------	--------	------------	----------	--------	-----------

N	1	5	10	8	8	6	4
FH (n=9)	1	3	6	5	4	4	3
MV (n=2)	-	-	2	1	1	2	-
SV (n=1)	-	-	1	1	1	1	-
VA (n=5)	-	1	4	3	4	2	1
WS (n=9)	-	2	7	7	6	4	3

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Resultat verfolgten; FH = Fähigkeiten, MV = Motivation, SV = Selbstvertrauen, VA = Verhaltensänderung, WS = Wissensstand; Mehrfachnennungen pro Studie waren möglich – die Summe der Anzahlen der Resultate muss also nicht N ergeben

Der Zusammenhang zu den verwendeten Methoden wird für diese Subgruppe nur für die Informationsfaktoren Land, Schulstufe und Lehrperson erarbeitet. Der Informationsfaktor Geschlecht konnte hier nicht weiter betrachtet werden, da nur Studien die sowohl Schülerinnen als auch Schüler (oder die keine Angabe zum Geschlecht machten) eingeschlossen wurden. Die Informationsfaktoren Schultyp und Schulfachgebiet wurden nicht weiter untersucht, da sie nur bei weniger als 50% der Studien verfügbar waren.

Während, nach dem Analysefaktor Methodengruppe, in europäischen Ländern ein Schwerpunkt auf handlungsorientierte Methoden (5 (63%) von 8 Studien) gelegt wurde, lies sich kein klarer Trend für andere Länder erkennen. Auch bedingt durch die kleinen Stichprobengrößen. Sowohl in der Sekundarstufe 1 als auch der Sekundarstufe 2 wurden am häufigsten handlungsorientierte Methoden verwendet. In der Sekundarstufe 2 sogar in 4 (80%) von 5 Studien. Aber auch die anderen beiden Methodenarten kamen in beiden Schulstufen vor. Die Studien von Eschenbeck et al. (2019) und Skre et al. (2013) welche beide Sekundarstufen inkludierten, sowie die Substudie 2 von Hindmarsh et al. (2015) mit fehlender Angabe zur Schulstufe, verwendeten nur handlungsorientierte Methoden und Techniken. Sowohl Klassenlehrer/innen als auch externe Lehrende verwendeten sehr oft handlungsorientierte Methoden, nämlich in 4 (67%) bzw. 5 (83%) von 6 Studien. Bei anderem Schulpersonal war kein Schwerpunkt auf eine Methodengruppe erkennbar. Wieder war das Bild, das die einzelnen Methodenfaktoren vermittelten, ein etwas anderes. Entsprechend diesen wurden in Europa vor allem die Methoden Gruppe, Lehrperson und Material (in je 5 (63%) von 8 Interventionen) verwendet. Diese würden damit sowohl handlungsorientierte als auch klassische Methoden abdecken. In den anderen Ländern schien es wieder keinen klaren Trend zu einer Methodengruppe zu geben. Auch in den Kategorien des Schultyps war die Methodenverteilung sehr gleichmäßig. Nur für den Informationsfaktor Lehrperson zeigte sich ein ähnliches Bild in den einzelnen

Methodenvariablen wie schon basierend auf dem Faktor Methodengruppe. Klassenlehrer/innen (in allen von ihnen durchzuführenden Interventionen) und externe Lehrende (in 5 (83%) von 6 Interventionen) nutzten am häufigsten die Methode Gruppe, also einen handlungsorientierten Ansatz. Während Klassenlehrer/innen außerdem gerne die Methoden Lehrperson und Material (je 4 (67%) von 6), also klassische Ansätze, heranzogen, erweiterten externe Lehrende hauptsächlich um die Methode Rahmen (4 (67%) von 6), welche am ehesten zu den Techniken zu zählen sind. Details zu den Informationsfaktoren bezogen auf die einzelnen Methodenfaktoren können in Tabelle 9 gefunden werden.

Tabelle 9: Informationsfaktoren nach Methoden pro Intervention

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	1	5	10	8	8	6	4
Europa (n=8)	-	2	5	5	5	3	3
Nord-Amerika (n=4)	1	2	3	2	2	2	-
Andere (n=2)	-	1	2	1	1	1	1
SEK1 (n=6)	1	1	4	2	3	3	1
SEK2 (n=5)	-	3	3	4	2	3	1
KL (n=6)	-	1	6	4	4	3	2
AS (n=3)	-	2	-	2	1	-	1
EL (n=6)	1	2	5	3	3	4	2

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Resultat verfolgten; SEK = Sekundarstufe; KL = Klassenlehrer/in, AS = andere Schulperson, EL = Externe Lehrende; für den Faktor Lehrperson waren Mehrfachnennungen pro Studie möglich und für den Faktor Schulstufe wurden nur die separaten Sekundarstufen angegeben, da in erster Linie deren Vergleich interessant war – die Summe der Anzahlen der Resultate muss also in beiden Fällen nicht N ergeben

Subgruppe Interventionseinheit

Die Subgruppe mit vorhandenen Informationen auf Ebene der Interventionseinheiten inkludiert 17 Studien aus 16 Artikeln. Dabei kommen 2 Studien aus dem Review von Hindmarsh et al. (2015), nämlich die Substudien 1 und 3 (siehe Tabelle 2). In Summe wurden in den 17 Studien 58 verschiedene Interventionseinheiten beschrieben. Jede Studie beschrieb damit im Median 3 Interventionseinheiten. Details zu den Analysefaktoren der Studien auf Ebene der Interventionseinheiten können in Tabelle 10 gefunden werden.

Die mediane Dauer der einzelnen Einheiten der verschiedenen Interventionseinheiten war 60 Minuten. Dabei waren die kürzesten Einheiten wieder 30 Minuten lang (Allara et al., 2019). Die längsten, im Vergleich zur Dauer der Einheiten auf Interventionsniveau, aber nur 175 Minuten (Darraj et al., 2018). Die meisten Interventionseinheiten (48 (83%)), welche aus 15 Studien kamen, bestanden aus je 1 Einheit, bei 4 Studien gab es auch Interventionseinheiten mit mehreren Einheiten. Die Studie von Lucidi et al. (2017) inkludierte 4 Interventionseinheiten mit je 2 Einheiten und 1 Interventionseinheit mit 4 Einheiten. Die Studien von Sanchez-Carracedo et al. (2013) und Swartz et al. (2017) nutzten je einmal 1 Interventionseinheit mit 2 Einheiten. Wobei bei Ersterer auch einige weitere Interventionseinheiten mit je 1 Einheit zur Anwendung kamen. Die 3 Interventionseinheiten in der Studie von Bonde et al. (2018) bestanden sogar aus 10, 12 und 15 Einheiten.

Tabelle 10: Analysefaktoren pro Interventionseinheit

Artikel ID	Sub ID	Einheit ID	Thema Einheit	Anzahl Einheiten	Dauer je Einheit	Handlungsfeld	Kompetenzlevel	Resultat	Methode ngruppe	Methode Lehrperson	Methode Gruppe	Methode Material	Methode Anleitung	Methode Anwendung	Methode Rahmen	Method e Techniken
1	-	1	My emotions	1	175	PG	KL2	VA	T	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
1	-	2	Beyond stereotypes	1	100	PG	KL2	FH, VA	KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
1	-	3	Becoming men & women	1	125	PG	KL2	FH, VA	HM, KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
1	-	4	Exploring the world of adults	1	100	SP	KL2	FH, VA	HM, KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
1	-	5	Let's keep fit	1	175	BW, EN	KL2	FH, SV, VA	HM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
2	-	1	-	1	30	PG	KL2	VA, WS	HM, KM, T	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
2	-	2	-	1	30	PG	KL2	WS	HM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
3	-	1	-	1	45	BW	KL2	FH	T	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
3	-	2	-	1	45	BW	KL2	SV	T	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
3	-	3	-	1	45	BW	KL2	SV	T	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
4	-	1	-	1	80	GH	KL1	WS	KM	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
5	-	1	Physiological responses to PA	1	90	BW	KL2	FH, MV, WS	HM, KM, T	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
5	-	2	(Resting) Heart Rate	1	90	BW	KL2	FH, MV, WS	HM	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
5	-	3	Perceived exertion	1	90	BW	KL2	FH, MV, WS	HM	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
5	-	4	Health-related physical fitness	1	90	BW	KL2	FH, MV, WS	HM, KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
5	-	6	Applying 1-5	1	90	BW	KL2	FH, MV, WS	HM	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
6	-	1	-	1	75	PG	KL2	FH, VA, WS	T	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
6	-	2	-	1	75	PG	KL2	FH, VA, WS	HM	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
6	-	3	-	1	75	PG	KL2	FH, VA, WS	HM	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja

7	-	1	Communication experts	2	90	MU	KL2	FH, WS	KM, T	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
7	-	2	Pharmacology experts	2	90	MU	KL2	FH, VA, WS	HM, KM	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	-	3	High level sport athletes	2	90	MU	KL2	FH, WS	HM	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	-	4	Sport psychologists	2	90	PG	KL2	FH, VA, WS	HM	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	-	5	Media message	4	90	MU	KL3	FH	HM	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
8	-	1	-	1	60	PG	KL2	FH, SV, VA, WS	KM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
9	-	1	All About Medicines	1	40	GH	KL1	WS	KM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
9	-	2	Reading and understanding the Drug Facts label	1	40	GH	KL1	WS	KM	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
9	-	3	Medicine Measuring Tools	1	40	GH	KL1	WS	KM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
9	-	4	Medicine Storage Smarts: Up, Away and Out of Sight	1	40	GH	KL1	WS	KM	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
10	-	1	Mental illness	1	50	PG	KL1	WS	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	2	Coping	1	50	PG	KL2	FH	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	3	Depression	1	50	PG	KL1	WS	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	4	Recovery	1	50	PG	KL2	FH	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	5	Substance abuse	1	50	SP	KL1	WS	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	6	Family	1	50	PG	KL2	FH	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
10	-	7	Planning	1	50	PG	KL2	FH	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
11	-	1	Nutrition	1	60	EN	KL1	VA	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	2	Nutrition	1	60	EN	KL1	VA	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	3	Media Literacy	1	60	MU	KL2	WS	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	4	Media Literacy	2	60	MU	KL2	WS	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	5	Media Literacy	1	60	MU	KL2	FH	HM	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	6	Media Literacy	1	60	MU	KL2	WS	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
11	-	7	Media Literacy	1	60	MU	KL3	VA	HM	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

11	-	8	Booster	1	60	MU	KL3	SV, VA	KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
12	-	1	Overall diet and diet quality	1	50	EN	KL2	FH, WS	HM, KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
12	-	2	Sugar content in food and beverages	1	50	EN	KL2	FH, WS	HM, KM	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
14	-	1	Stigma of mental illness	1	60	PG	KL2	VA, WS	KM	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
14	-	2	Understanding mental health and wellness	1	60	PG	KL2	FH, WS	T	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
14	-	3	Understanding mental disorders and their treatments	1	100	PG	KL1	WS	KM, T	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
14	-	4	Experiences of mental illness	1	60	PG	KL1	WS	T	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
14	-	5	Seeking help and finding support	1	60	PG	KL2	FH, WS	T	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
14	-	6	Importance of positive mental health	1	60	PG	KL2	FH, WS	T	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
15	1	1	-	1	45	MU	KL2	FH, VA, WS	KM	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
15	3	1	-	1	90	MU	KL2	VA	HM, T	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
21	-	1	IMOVE, IEAT	15	50	BW, EN	KL2	FH, VA, WS	HM	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
21	-	2	Vision	12	50	BW, EN	KL3	FH	HM, T	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
21	-	3	Action & Change	10	50	BW, EN	KL3	FH	HM	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
27	-	1	-	2	90	PG	KL2	WS	HM	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Wie bereits erwähnt, spiegelt auch in dieser Subgruppe die Verteilung der Handlungsfelder psychosoziale Gesundheit (23 (40%) von 58 Interventionseinheiten) und materielle Umwelt (12 (21%) von 58 Interventionseinheiten) gut den Gesamtüberblick wider. Die beschriebenen Themenschwerpunkte sind schwer vergleichbar, da einerseits pro Interventionseinheit und damit viel detaillierter und diverser angegeben und andererseits für einige Studien nicht beschrieben (siehe Tabelle 10). Im Gegensatz zur Subgruppe auf Interventionsniveau, ist in dieser Subgruppe auch das Handlungsfeld Bewegung, mit 12 (21%) Interventionseinheiten aus 4 Studien, stark vertreten. Außerdem gibt es in dieser Subgruppe auch Interventionseinheiten zu den Handlungsfeldern Ernährung (8 (14%) Interventionseinheiten aus 3 Studien) und Suchtprävention (2 (3%) Interventionseinheiten aus 2 Studien). Das Handlungsfeld Gesundheit findet sich bei 5 (9%) Interventionseinheiten aus 2 Studien.

Auch für die Subgruppe mit Informationen pro Interventionseinheiten ist das meist angepeilte Kompetenzlevel nach Nutbeam (2000) mit 41 (71%) von 58 Interventionseinheiten die Entwicklung individueller Fähigkeiten, also das Kompetenzlevel 2. Kompetenzlevel 1, die Übermittlung von theoretischem Wissen, bildet die Basis von 12 (21%) Interventionseinheiten aus 4 Studien und Kompetenzlevel 3, die Entwicklung von kritischem Denken, wird bei 5 (9%) Interventionseinheiten aus 3 Studien erreicht. Der Analysefaktor Resultat streutet etwas weniger als für die Subgruppe auf Interventionsebene. Immerhin für mehr als die Hälfte der Interventionseinheiten, nämlich für 31 (53%) von 58, konnten eindeutige, zu erreichende Resultate festgemacht werden. Von diesen 31 Interventionseinheiten hatten 15 (48%) eine Erhöhung des Wissensstandes, 9 (29%) eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten, 5 (16%) eine Verhaltensänderung und 2 (6%) eine Steigerung des Selbstvertrauens zum Ziel. In je 13 Interventionseinheiten waren 2 bzw. 3 verschiedene Resultate als Ziel gesetzt. Nur in der Studie von Pinto-Foltz et al. (2011) mit nur 1 Interventionseinheit sollten gleich 4 Resultate erreicht werden. Insgesamt waren die häufigsten Zielkategorien wieder, wie schon in der Subgruppe der Interventionen, der Wissensstand (37 (64%) von 58 Interventionseinheiten) und die sozialen Fähigkeiten (33 (57%) von 58 Interventionseinheiten). Wieder gefolgt von der Kategorie Verhaltensänderung, welche es in immerhin 20 (34%) von 58 Interventionseinheiten zu erreichen galt. Anders als bei der Subgruppe auf Interventionsniveau, lässt sich hier ein recht klarer Zusammenhang zwischen dem Analysefaktor Kompetenzlevel und dem Analysefaktor Resultat feststellen. Während Kompetenzlevel 1 in 10 (83%) von 12 Interventionseinheiten als Resultat eine Erhöhung des Wissensstands aufweist, zielen 3 (60%) von 5 Interventionseinheiten mit Kompetenzlevel 3 auf eine Verbesserung der individuellen Fähigkeiten ab. In beiden Leveln

spielen auch Verhaltensänderungen eine Rolle. Interventionseinheiten mit Kompetenzlevel 2 sind wieder breit gestreut über die verschiedenen, zu erreichenden Resultate.

Methoden

In der Subgruppe mit Information auf Ebene der Interventionseinheiten zeigte der Analysefaktor Methodengruppe, anders als in der Subgruppe auf Ebene der Interventionen, eine gleichmäßige Aufteilung auf alle drei Kategorien. Handlungsorientierte Methoden (z.B.: kooperatives Lernen oder Experimente) sowie klassische Methoden (z.B.: Frontalunterricht oder fragend-entwickelnder Unterricht) kamen in je 25 (43%) von 58 Interventionseinheiten vor. Auch Techniken (z.B.: Brainstorming oder Quiz) wurden mit 22 (38%) von 58 Interventionseinheiten häufig verwendet. Dabei wurden bei 10 Interventionseinheiten je zwei der Kategorien angegeben, bei 2 Interventionseinheiten (je 1 Mal in den Studien von Darraj et al. (2018) und Haible et al. (2019)) sogar alle drei Kategorien. Nachdem der Analysefaktor Methodengruppe ja den Schwerpunkt der Interventionseinheit beschreibt, wurden die Kategorien in diesen Einheiten also in gleich großem Ausmaß verwendet.

Bei den einzelnen Methodenfaktoren setzten sich wieder die üblichen Faktoren Gruppe (z.B.: Gruppendiskussionen, in 37 (64%) von 58 Interventionseinheiten) und Lehrperson (z.B.: Frontalunterricht, in 33 (57%) von 58 Interventionseinheiten) durch. Materialbezogene Methoden (z.B.: Videos) wurden seltener, in nur 17 (29%) von 58 Interventionseinheiten, verwendet. Die gleiche Häufigkeit zeigten anwendungsbezogene Methoden (z.B.: Experimente). Methoden zu Techniken (z.B.: Quiz) wurden sogar noch öfter, nämlich in 22 (38%) von 58 Interventionseinheiten, genutzt. Seltener wurden Methoden zum Rahmen (z.B.: Brainstorming, in 15 (26%) von 58 Interventionseinheiten) und basierend auf Anleitungen (in 6 (10%) von 58 Interventionseinheiten) in Betracht gezogen.

Die mediane Dauer der einzelnen Einheiten, in den Interventionseinheiten die eindeutig einer Methodengruppe zuordenbar waren, war ziemlich gleich zur Subgruppe auf Interventionsniveau. Die Techniken zeigten mit 50 Minuten wieder die niedrigste Dauer. An mittlerer Position folgten die klassischen Methoden mit 60 Minuten und die längsten Zeiten beanspruchten wieder die handlungsorientierten Methoden mit 90 Minuten. Diesmal passten auch die Angaben der einzelnen Methodenvariablen ganz gut in dieses Bild. Methoden in Bezug zur Gruppe zeigten eine der höchsten medianen Dauern mit 75 Minuten. Auf mittlerer Ebene fanden sich Methoden zur Lehrperson, aber auch zu Techniken – mit je 60 Minuten pro Einheit. Die geringste Dauer zeigten unter anderem die Methoden zu Anwendungen mit 50 Minuten, welche die mittleren Dauern der Techniken in Bezug zur Methodengruppe Techniken senkten. Alle Angaben zur medianen Dauer der

Einheiten für die einzelnen Methodenfaktoren können in Tabelle 11 gefunden werden. Wieder werden, auf Grund der in erster Linie einzelnen Einheiten, keine Angaben zur medianen Anzahl gemacht.

Tabelle 11: Mediane Dauer nach Methoden pro Interventionseinheit

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	6	17	37	33	17	15	22
Dauer	77,5	50	75	60	60	50	60

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten

Ganz anders als in der Subgruppe der Interventionen, präsentierte sich die Aufteilung der Methoden auf die verschiedenen Handlungsfelder in der Subgruppe der Interventionseinheiten. Das größte Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit zeigte mit 14 (61%) von 23 Interventionseinheiten einen klaren Schwerpunkt in Richtung Techniken. Im Gegensatz dazu, wurden für das Handlungsfeld materielle Umwelt primär handlungsorientierte (6 (50%) von 12 Interventionseinheiten) und klassische Methoden (7 (58%) von 12 Interventionseinheiten) verwendet. Auch das Handlungsfeld Ernährung nutzte hauptsächlich diese beiden Methodengruppen (6 (75%) von 8 bzw. 4 (50%) von 8 Interventionseinheiten). Während sich im Handlungsfeld Bewegung die handlungsorientierten Methoden durchsetzten (9 (75%) von 12), wurden in allen 5 Interventionseinheiten im Handlungsfeld Gesundheit und damit in den Studien von Dumais und Hasni (2009) und Recchiuti et al. (2018) ausschließlich klassische Methoden herangezogen. Im Handlungsfeld Suchtprävention zeigte sich kein klarer Trend. Die einzelnen Methodenfaktoren zeigten auch für diesen Analysefaktor recht ähnliche Ergebnisse (siehe Tabelle 12). Zwar lag der Schwerpunkt beim Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit nicht nur auf Techniken (17 (74%) von 23 Interventionseinheiten), sondern auch auf Methoden zur Gruppe (20 (87%) von 23 Interventionseinheiten) und damit einem handlungsorientierten Ansatz. Die Handlungsfelder materielle Umwelt und Ernährung nutzten aber wie zuvor hauptsächlich klassische und handlungsorientierte Methoden. Beide verwendeten Methoden zur Lehrperson (je 6 (50 bzw. 75%) von 12 bzw. 8 Interventionseinheiten), welche im Handlungsfeld materielle Umwelt durch Gruppenmethoden (6 (50%) von 12) und im Handlungsfeld Ernährung durch Anwendungsmethoden (4 (50%) von 8) ergänzt wurden. Auch für das Handlungsfeld Gesundheit, zeigten sich mit Methoden mit Schwerpunkt auf Lehrperson und Material, in allen 5 vorkommenden Interventionseinheiten, passende

Ergebnisse im Bereich der klassischen Methoden. Anders als für den Analysefaktor Methodengruppe, zeigte allerdings das Handlungsfeld Bewegung eine breite Streuung auf die verschiedenen Methoden.

Tabelle 12: Handlungsfelder nach Methoden pro Interventionseinheit

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	6	17	37	33	17	15	22
BW (n=12)	3	6	7	6	1	5	1
EN (n=8)	1	4	3	6	1	3	-
GH (n=5)	1	1	2	5	5	-	2
MU (n=12)	1	1	6	6	2	1	-
PG (n=23)	1	6	20	11	9	7	17
SP (n=2)	-	1	2	1	-	2	2

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Handlungsfeld betrachteten; BW = Bewegung, GH = Gesundheit, MU = materielle Umwelt, PG = psychosoziale Gesundheit

Anders als in der Subgruppe auf Basis der Interventionen, gab es in der Subgruppe zu den Interventionseinheiten alle drei von Nutbeam (2000) vorgestellten Kompetenzlevel. Entsprechend dem Faktor Methodengruppe werden für Interventionseinheiten zu Kompetenzlevel 1 dabei nur klassische Methoden und Techniken verwendet – handlungsorientierte Methoden kommen in dieser Kategorie gar nicht vor. Ganz anders das Bild für Kompetenzlevel 3, für das 4 (80%) von 5 Interventionseinheiten den handlungsorientierten Methoden zugeordnet werden. Die Interventionseinheiten in Kompetenzlevel 2 verteilen sich recht gleichmäßig auf die verschiedenen Methodengruppen. Basierend auf den einzelnen Methodenfaktoren zeigt sich diesmal doch ein leicht anderes Gesamtbild. Für Kompetenzlevel 1 finden sich, wie auch schon für den Faktor Methodengruppe, die Faktoren Lehrperson und Techniken, nämlich in 8 (75%) von 12 und 7 (58%) von 12 Interventionseinheiten. Oft werden für dieses Kompetenzlevel aber auch Methoden mit Fokus auf Gruppe (7 (58%) von 12 Interventionseinheiten) bzw. Material (6 (50%) von 12 Interventionseinheiten) verwendet. Kein klares Bild ergibt sich für Kompetenzlevel 3, bei dem die verwendeten Methoden breit gestreut scheinen. Auch für Kompetenzlevel 2 gibt es eine breite Streuung, allerdings liegt der Schwerpunkt mit 28 (68%) und 24 (59%) aus 41 Interventionseinheiten eindeutig auf den Methoden Gruppe und

Lehrperson. Ein Überblick zu den verwendeten Methoden entsprechend der Kompetenzlevel kann in Tabelle 13 gefunden werden.

Tabelle 13: Kompetenzlevel nach Methoden pro Interventionseinheit

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	6	17	37	33	17	15	22
KL1 (n=12)	1	4	7	8	6	3	7
KL2 (n=41)	3	12	28	24	11	11	15
KL3 (n=5)	2	1	2	1	-	1	-

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzen; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Kompetenzlevel erreichten; KL = Kompetenzlevel

Wieder waren die Ergebnisse in der betrachteten Subgruppe der Interventionseinheiten doch recht unterschiedliche im Vergleich zur Subgruppe auf Interventionsniveau. Der Analysefaktor Resultat zeigte generell eine recht weite Streuung in den Kategorien der Variable Methodengruppe. Für das häufigste zu erreichende Ziel, die Erhöhung des Wissensstandes, werden zwar am häufigsten klassische Methoden (in 19 (51%) von 37 Interventionseinheiten) verwendet, aber auch handlungsorientierte Methoden (in 16 (43%) von 37 Interventionseinheiten) und Techniken (in 12 (32%) von 37 Interventionseinheiten) finden ihre Anwendung. Für die Erreichung des zweiten großen Ziels, eine Verbesserung der individuellen Fähigkeiten, stechen die handlungsorientierten Methoden mit einer Durchführung in 20 (61%) von 33 Interventionseinheiten hervor. Klassische Methoden und Techniken werden nur in etwa der Hälfte dieser Zahl von Interventionseinheiten genutzt. Sowohl handlungsorientierte (11 (55%) von 20 Interventionseinheiten) als auch klassische Methoden (10 (50%) von 20 Interventionseinheiten) werden eingesetzt, um Verhaltensänderungen zu erreichen. Zur Steigerung der Motivation werden in allen 5 vorkommenden Interventionseinheiten primär handlungsorientierte Methoden angewandt. Ein sehr konsistentes Bild zu den zu erreichenden Zielen liefern die einzelnen Methodenfaktoren (siehe Tabelle 14). Dabei werden die handlungsorientierten Methoden primär durch die Methodenfaktoren Gruppe und Anwendung und klassische Methoden primär durch den Faktor Lehrperson repräsentiert.

Tabelle 14: Resultate nach Methoden pro Interventionseinheit

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	6	17	37	33	17	15	22
FH (n=33)	4	12	24	16	6	10	14
MV (n=5)	1	4	4	4	-	-	1
SV (n=5)	1	-	2	3	2	2	-
VA (n=20)	1	2	15	14	9	4	7
WS (n=37)	3	11	24	25	15	5	14

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Resultat verfolgten; FH = Fähigkeiten, MV = Motivation, SV = Selbstvertrauen, VA = Verhaltensänderung, WS = Wissensstand; Mehrfachnennungen pro Studie waren möglich – die Summe der Anzahlen der Resultate muss also nicht N ergeben

Der Zusammenhang zu den verwendeten Methoden wird für die Subgruppe mit Informationen auf Ebene der Interventionseinheiten für die Informationsfaktoren Land, Schulstufe, Lehrperson und Geschlecht erarbeitet. Die Informationsfaktoren Schultyp und Schulfachgebiet wurden nicht weiter untersucht, da sie nur bei weniger als 50% der Studien verfügbar waren.

Im Vergleich zur Subgruppe auf Interventionsebene, gab es in dieser Subgruppe durchaus größere Unterschiede in der Methodennutzung für einzelne Informationsfaktoren. Basierend auf dem Analysefaktor Methodengruppe zeigte sich, dass Europa und Länder aus anderen (als europäischen und nord-amerikanischen) Gebieten vor allem handlungsorientierte Methoden (für 17 (59%) von 29 bzw. 4 (80%) von 5 Interventionseinheiten) verwendeten, während in Nord-Amerika besonders Techniken (für 14 (58%) von 24 Interventionseinheiten) Anklang fanden. In beiden Sekundarstufen waren die angewandten Methoden recht gleichmäßig verteilt. In der Sekundarstufe 2 war eine leichte Bevorzugung von handlungsorientierten Methoden (11 (55%) von 20 Interventionseinheiten) zu erkennen. Größere Unterschiede zeigten sich allerdings wieder im Informationsfaktor Lehrperson. Bei Klassenlehrer/innen und externen Lehrenden war eine ähnlich häufige Nutzung der verschiedenen Methoden zu sehen. Im Gegensatz dazu lag der Methodenfokus von anderem Schulpersonal ganz klar bei Techniken, welche in allen 7 der von ihnen durchzuführenden Interventionseinheiten, in der Studie von Rietschleger et al. (2019), eingesetzt wurden. Während in Interventionseinheiten für Schülerinnen und Schüler alle drei Methodengruppen recht gleichmäßig zur Anwendung kamen, wurden in Interventionseinheiten bei denen nur Schülerinnen teilnahmen nur

klassische Methoden und Techniken genutzt. Im Hinblick auf die einzelnen Methodenfaktoren, zeigen sich wieder deutliche Unterschiede im Vergleich zur Methodengruppe. In europäischen und anderen Ländern wurden neben den handlungsorientierten Methoden auch klassische Methoden sehr häufig verwendet. Dabei wurden in Europa vor allem die Methoden Gruppe und Lehrperson (je 17 (59%) von 29 Interventionseinheiten) verwendet, in anderen (als europäischen und nord-amerikanischen) Ländern fanden die Methoden Gruppe und Material in allen 5 präsentierten Interventionseinheiten der Studien von Darraj et al. (2018) und Hart et al. (2016) Platz. In Nord-Amerika war kein klarer Trend zu einer Methodenart erkennbar. Sowohl in der Sekundarstufe 1 als auch in der Sekundarstufe 2, wurden die Methoden Gruppe und Lehrperson am häufigsten angewandt – nämlich in jeweils mehr als der Hälfte (18 (60%) bzw. 16 (53%) von 30 und je 13 (65%) von 20) der Interventionseinheiten. Interessant ist, dass während in der Sekundarstufe 1 auch die Methode Rahmen häufig (in 14 (47%) von 30 Interventionseinheiten) verwendet wurde, diese in der Sekundarstufe 2 nie zur Anwendung kam. Die einzelne Methodenverteilung war auch in den Informationsfaktoren Lehrperson und Geschlecht sehr anders als für den Faktor Methodengruppe. Klassenlehrer/innen nutzten primär die Methoden Gruppe (22 (55%) von 40 Interventionseinheiten) und Lehrperson (29 (73%) von 40 Interventionseinheiten). Der Fokus bei externen Lehrenden lag auf den Methoden Gruppe (15 (83%) von 18) und Techniken (11 (61%) von 18). Anderes Schulpersonal verwendete in gleichmäßigem Ausmaß handlungsorientierte Methoden (Faktoren Anwendung und Gruppe) und Techniken (Faktoren Rahmen und Techniken), aber gar keine klassischen Methoden. Bei Interventionseinheiten bei denen sowohl Schülerinnen als auch Schüler teilnahmen wurden hauptsächlich die Methoden Gruppe (34 (68%) von 50) und Lehrperson (30 (60%) von 50) gebraucht. Für Interventionseinheiten nur für Schülerinnen war kein Methodentrend zu erkennen. Details zu den Informationsfaktoren finden sich in Tabelle 15.

Tabelle 15: Informationsfaktoren nach Methoden pro Interventionseinheit

	Anleitung	Anwendung	Gruppe	Lehrperson	Material	Rahmen	Techniken
N	6	17	37	33	17	15	22
Europa (n=29)	4	6	17	17	1	8	5
Nord-Amerika (n=24)	1	11	15	14	11	7	14
Andere (n=5)	1	-	5	2	5	-	3
SEK1 (n=30)	2	9	18	16	5	14	12

SEK2 (n=20)	3	8	13	13	9	-	10
KL (n=40)	3	9	22	29	11	7	11
AS (n=7)	-	7	7	-	-	7	7
EL (n=18)	3	8	15	4	6	8	11
Gemischt (n=50)	3	14	34	30	15	11	21
Weiblich (n=5)	2	1	1	2	2	2	1

N = Anzahl der Studien, die die entsprechende Methode nutzten; n = Anzahl der Studien, die das entsprechende Resultat verfolgten; SEK = Sekundarstufe; KL = Klassenlehrer/in, AS = andere Schulperson, EL = Externe Lehrende; für den Faktor Lehrperson waren Mehrfachnennungen pro Studie möglich, für den Faktor Schulstufe wurden nur die separaten Sekundarstufen angegeben, da in erster Linie deren Vergleich interessant war und für den Faktor Geschlecht wurden fehlende Angaben hier nicht inkludiert – die Summe der Anzahlen der Resultate muss also in beiden Fällen nicht N ergeben

4 Diskussion

Im Folgenden werden die in der Analyse gefundenen Ergebnisse, mit Blick auf den aktuellen Forschungsstand, sowie die Forschungsfrage und Hypothesen, interpretiert und diskutiert. Um einen besseren Überblick über die doch umfangreichen Resultate zu haben, wird die Strukturierung entsprechend den Unterkapiteln der Analyse gestaltet.

4.1 Allgemeiner Überblick

Mit einer Publikationsrate von 45 %, also knapp der Hälfte der eingeschlossenen Studien in den Jahren 2018 und 2019, zeigt sich klar die Aktualität des Themas Gesundheitskompetenz in der Schule. Obwohl die Entstehung des Begriffs Gesundheitskompetenz schon in den 90er Jahren, auch im Bezug zur Schule, begann (World Health Organization (WHO), 1994), hat es scheinbar länger gebraucht bis eine praktische Umsetzung wirklich begonnen und in den Schulalltag Einzug gehalten hat. Basierend auf dem aktuell bei weitem noch nicht zufriedenstellendem Gesundheitskompetenzstatus (Felder-Puig et al., 2019; Ramelow et al., 2014; Sørensen et al., 2015) ist damit erst der Beginn gemacht und es bedarf in den nächsten Jahren sicher noch weiterer Forschung und damit weiterer Projekte.

Bemerkenswert im Hinblick auf die Publikationsjahre, ist auch die Verteilung der untersuchten Handlungsfelder. Aktuelle Umfrageergebnisse (Felder-Puig & Maier, 2017; Felder-Puig et al., 2019; Ramelow et al., 2014; Röthlin et al., 2013) sehen, fundiert durch besonders schlechte Gesundheitskompetenzergebnisse in diesen Bereichen, den Umgang mit Medien und psychischen Problemen als wichtige thematische Ansatzpunkte. Das würde den Handlungsfeldern materielle Umwelt und psychosoziale Gesundheit entsprechen. In den Bereichen gesunder Lebensstil (z.B.: durch die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung) und Verständnis von Informationen aus dem persönlichen Umfeld (z.B.: durch die Handlungsfelder Gesundheit und Lehren und Lernen) waren deutlich bessere Ergebnisse in den vorhandenen Kompetenzen zu sehen. Während das Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit, passend zu den Umfrageergebnissen, im durchgeführten Review über die Jahre immer mehr Anwendung fand, wurden Projekte zum Handlungsfeld materielle Umwelt eher in früheren Jahren publiziert und über die Zeit immer weniger. Die immer noch andauernde Wichtigkeit dieses Bereiches scheint den Forscher/innen und

Projektleiter/innen nicht bewusst zu sein. Es wäre grundlegend, über gesellschaftliche und/oder politische Kanäle, eine entsprechende Aufmerksamkeit dafür zu schaffen.

Gesamt gesehen lag der Schwerpunkt der Handlungsfelder aber durchaus auf den, in den oben beschriebenen Umfrageergebnissen als wichtig angegeben, Bereichen der psychosozialen Gesundheit (14 Studien) und der materiellen Umwelt (9 Studien). Dabei lag der Themenschwerpunkt bei psychosozialer Gesundheit mit 9 Studien auf mentaler Gesundheit. Es scheint also ein positiver und individueller Zugang zu dem Thema wichtig zu sein. Fokussiert wird eben nicht der Aspekt der Krankheit oder Prävention, sondern jener der Gesundheit. Ganz so, wie es nach der Definition der Gesundheitsförderung und ihrer Abgrenzung zu den beiden anderen Begriffen (Naidoo & Wills, 2003) auch sein sollte. Im Handlungsfeld materielle Umwelt lag der Themenschwerpunkt, passend zu den Ergebnissen von Felder-Puig et al. (2019), bei einem reflektierten Umgang mit Informationen aus den Medien. Interessant ist, dass Themengebiete wie Natur oder Ökologie gar nicht zur Anwendung kamen. Gerade durch die hohe Aktualität des Themas Klimaerwärmung und dem jugendlichen Input von Greta Thunberg hätte sich das durchaus angeboten. Möglich ist, dass der Zeitrahmen für das Aufsetzen entsprechender Projekte bis zu diesem Review zu kurz war und in den nächsten Jahren mehr Studien in diesem Bereich durchgeführt werden.

Erwähnenswert ist auch, dass zu den Handlungsfeldern Lehren und Lernen, sowie Suchtprävention gar keine Studien mit Projektdurchführungen für dieses Review gefunden werden konnten. Unter Umständen wird der Aspekt des Lehrens und Lernens eher hintergründig in die anderen Themengebiete eingebaut. Dabei wäre gesundheitsförderliches Lernen gerade für Schüler/innen, die noch länger in der Schule sind, bzw. nach der Schule eventuell weitere Bildungsmaßnahmen (wie Universitätsbesuche) in Anspruch nehmen, durchaus von hoher Wichtigkeit. Auch eine Bearbeitung des Handlungsfelds Suchtprävention wäre, basierend auf den Zahlen der Statistik Austria, sehr wichtig. Beispielhaft die Zahlen zum Rauchverhalten von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen in Österreich (Statistik Austria, 2019): 30% der 15 bis 29-Jährigen rauchen täglich, weitere 10% rauchen zumindest gelegentlich und wieder 10% geben an, früher täglich geraucht zu haben - Zahlen also die definitiv reduziert werden sollten. Wenige Studien konnten auch zu den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung und Gesundheit eingeschlossen werden. Auch wenn die Umfrageergebnisse zur Gesundheitskompetenz in diesen Handlungsfeldern im akzeptablen Bereich liegen, sollten dennoch weiterhin Projekte dazu durchgeführt und gefördert werden. Denn auch hier liegt die aktuelle Gesundheitskompetenz der Schüler/innen ‚nur‘ im mittleren Bereich und eine

weitere Verbesserung wäre durchaus wünschenswert (Felder-Puig & Maier, 2017; Felder-Puig et al., 2019).

Auch bezüglich der beiden zu untersuchenden Subgruppen, jener mit Informationen auf Interventionsniveau und jener mit Informationen pro Interventionseinheit, ergaben sich einige interessante allgemeine Feststellungen.

Es konnte generell kein Unterschied in der Jahresverteilung der Publikationen zwischen den beiden Subgruppen gefunden werden. Damit wäre zu vermuten, dass auch die Verteilung der Handlungsfelder – welche sich, wie oben erwähnt, über die Jahre ja ändert – zwischen den Subgruppen ähnlich ist. Dies ist aber nicht der Fall. Alle 3 Studien aus dem Handlungsfeld Ernährung gaben zum Beispiel Informationen pro Interventionseinheit an. Dies galt auch für 3 der 4 bewegungsbezogenen Studien. Es scheint hier also tatsächlich einen Unterschied zwischen den Subgruppen bezogen auf den Faktor Handlungsfeld zu geben. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass es in den beiden genannten Handlungsfeldern, einfacher war Details anzugeben, weil in diesen Gebieten erhobene Variablen (z.B.: Geschwindigkeit oder Anzahl an gegessenem Obst) eher messbar sind als zum Beispiel in den Handlungsfeldern der psychosozialen Gesundheit oder der materiellen Umwelt.

Beide Studien, welche ihre Projektziele verfehlt hatten, fielen in die Subgruppe mit Informationen pro Interventionseinheit. Dennoch beschrieben in dieser Subgruppe mehr als zwei Drittel der Studien ihr Ziel als vollständig erreicht, während dies in der Subgruppe mit Information auf Interventionsniveau nur knapp über die Hälfte der Studien waren. Man könnte annehmen, dass Studien mit detaillierten Angaben (also jene der Subgruppe der Interventionseinheiten) präziser geplant waren und deren Zielgrößen klarer definiert wurden. Dann könnte man eindeutiger die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen und häufiger von ‚erreicht‘ oder ‚nicht erreicht‘ sprechen, als die Gruppe ‚teilweise‘ für die Zielerreichung zu wählen. Es wäre aber auch durchaus möglich, dass die Angabe der ‚teilweisen‘ Zielerreichung Aspekte inkludiert, welche diesen Effekt in anderer Form beeinflussten und die aus den Artikeln nicht herauslesbar waren.

4.2 Informationsfaktoren

Aus den Informationsfaktoren waren die schulbezogenen Faktoren zum Teil leider nur spärlich in den Studien angegeben. Besonders traf dies auf die Faktoren Schultyp und Schulfachgebiet zu. Hier war zu wenig Information vorhanden, um die Faktoren in die Analyse aufnehmen zu können und valide Aussagen treffen zu können. Damit konnten auch

die mit diesen Faktoren in Verbindung stehenden Hypothesen zur Forschungsfrage leider nicht erarbeitet werden.

Interessante Aspekte zeigten sich in Bezug auf die Lehrpersonen, welche die Interventionen (bzw. Interventionseinheiten) der Studien durchführten. Generell wurden die Studien hauptsächlich von Klassenlehrer/innen bzw. externen Lehrenden abgehalten. Anderes Schulpersonal wurde erst in Interventionen, welche in den Jahren 2018 und 2019 publiziert wurden, als Lehrpersonen herangezogen. Diese Studien wurden in Spanien, Norwegen und den USA durchgeführt und präsentierten alle Informationen auf Interventionsniveau. Die Idee, anderes Schulpersonal (wie Schulärzt/innen, Schulkrankenschwestern oder Sozialarbeiter/innen) mit entsprechenden sozialen Fähigkeiten für überfachliche Bildungsmaßnahmen heranzuziehen, könnte entstanden sein, um den ohnehin schon sehr umfangreichen Aufgabenbereich der Lehrer/innen nicht weiter anwachsen zu lassen und diese zu entlasten. Damit wäre es auch möglich mehr Zeit für solche und ähnliche Projekte zu investieren, die ganz sicher eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Jugendlichen und die für ihr ganzes weiteres Leben nötigen Kompetenzen spielen. Vermutlich steht diese erst spät einsetzende Entwicklung auch in Verbindung mit dem Entstehen der Schul-Krankenschwestern, welche in anderen Ländern bereits viel verbreiteter ist als in Österreich. Die Angabe von Informationen auf Interventionsniveau scheint nicht erstaunlich, da anderes Schulpersonal doch weniger direkten Bezug zu den Klassen bzw. Schüler/innen hat und damit Detailangaben vermutlich schwieriger zu erreichen sind. Für mehr als zwei Drittel der von Klassenlehrer/innen durchgeführten Projekte fand die Erhebung von Information auf Ebene der Interventionseinheiten statt. Spannend ist auch die Tatsache, dass alle Studien zu den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung von Klassenlehrer/innen durchgeführt wurden. Nachdem Klassenlehrer/innen gleichmäßig über alle betrachteten Jahre Projekte durchführten, schien auch das wieder tatsächlich ein Trend, ausgelöst durch die Handlungsfelder, zu sein.

Obwohl der Großteil der Interventionen in gemischt-geschlechtlichen Klassen abgehalten wurde, gab es 3 Studien bei denen nur Mädchen eingeschlossen wurden. Bei keiner der inkludierten Studien nahmen nur Buben teil. Pinto-Foltz et al. (2011) erwähnen, dass Interventionen – jedenfalls im Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit – dann die beste Wirkung zeigen, wenn sie einer möglichst homogenen Gruppe präsentiert werden. Einerseits müssten das dann aber nicht unbedingt Mädchen sein, und andererseits sind bei diesem Review die 3 eingeschlechtlichen Studien alle aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Damit bleibt die Frage nach dem Grund, wieso keine Studie nur mit Buben gefunden werden konnte, offen. Beachten sollte man hier, dass bei 7 Studien die Angabe zum Geschlecht leider nicht in den Artikeln angegeben war. Diese Information

könnte das Bild natürlich ändern. Als interessanter Nebenaspekt, zählten alle bis auf eine der Studien mit fehlender Geschlechtsangabe zur Subgruppe auf Interventionsniveau. Diese scheinen also generell, und nicht nur zu den verwendeten Methoden, durch die sich die Subgruppen bildeten, weniger Informationen anzugeben.

4.3 Analysefaktoren

Die Analysefaktoren werden im Anschluss wieder separat je Subgruppe diskutiert. Es soll hier aber auch ein spezieller Fokus auf den Ab- bzw. Vergleich der beiden Subgruppen gelegt werden, um ein Gesamtbild über die zu verwendenden Methoden treffen zu können.

4.3.1 Subgruppe Intervention

Mit einer Anwendung in knapp zwei Drittel der Studien auf Interventionsniveau stellten die handlungsorientierten Methoden die größte Methodengruppe dar. Klassische Methoden sowie Techniken wurden nur in etwa einem Drittel der inkludierten Studien genutzt. Dass die Entwicklung eines neuen Gebietes bzw. eines neuen Lernfeldes wie der Gesundheitskompetenz also eher auf der Verwendung von neueren Methoden basiert, ist nicht überraschend. Dies basiert höchstwahrscheinlich darauf, dass der Schwerpunkt bei klassischen Methoden mehr auf dem Zuhören und Nachahmen liegt als auf der Entwicklung eigener Kompetenzen. Gerade letzteres ist aber ja das Ziel bei der Förderung der Gesundheitskompetenz. Es soll die individuelle Entwicklung unterstützt und die Selbstkompetenzen der Schüler/innen gesteigert werden. Es ist also eigentlich fast eher verwunderlich, dass doch noch so häufig klassische Methoden in diesem Gebiet zur Anwendung kommen. Ein Blick ins Detail (also auf die einzelnen Methodenfaktoren) zeigt, dass in so gut wie allen Projekten in denen klassische Methoden den Schwerpunkt bildeten – die einzige Ausnahme ist Casanas et al. (2018) – auch andere Methoden verwendet wurden. Bjornsen et al. (2018) und Primack et al. (2014) nutzten zusätzlich die Methode Anwendung, die Substudie 2 von Nordheim et al. (2016) ergänzte durch die Methoden Gruppe und Material und die Studie von Wong et al. (2012) erweiterte durch die Methoden Gruppe, Rahmen und Techniken. So gut wie immer kamen also auch handlungsorientierte Methoden zum Einsatz. Generell wurden in dieser Subgruppe in fast drei Viertel der Studien die Methode Gruppe verwendet. Immerhin fand in mehr als der Hälfte der Studien aber auch die Methode Lehrperson Anklang. Methoden zu Rahmen, Anwendung und Techniken kamen in etwa einem Drittel der Studien vor. In Summe steht also klar die Anwendung von handlungsorientierten Methoden im Vordergrund. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Methode Gruppe. Dennoch scheint eine breite Streuung der Methoden wünschenswert.

Dies hilft sicher auch die verschiedenen Lerntypen der Schüler/innen anzusprechen und deren Motivation zu erhöhen.

Interessant ist, dass dabei die mediane Anzahl der Einheiten bei den handlungsorientierten Methoden des Analysefaktors Methodengruppe mit 6 Einheiten am niedrigsten ist, die mediane Dauer pro Einheit mit 90 Minuten aber am höchsten. Ein ähnliches Bild zeigt auch der einzelne Methodenfaktoren Gruppe. Die mediane Einheitenanzahl befindet sich mit 10 Einheiten zwar im mittleren Bereich (und ist gesamt gesehen sehr ähnlich über die einzelnen Methodenfaktoren), aber wieder mit der höchsten medianen Dauer der Einheiten. Insgesamt ist die Korrelation zwischen dem Faktor Methodengruppe und den einzelnen Methodenfaktoren in dieser Subgruppe für die Variablen Anzahl und Dauer aber nicht ganz klar. Dies könnte einerseits durch die ungenaueren Angaben im Faktor Methodengruppe, durch eine unklare Zuordnung durch die möglichen Mehrfachnennungen bei den einzelnen Methodenfaktoren, aber auch durch unterschiedliche Formen der Zeitangaben in den Artikeln entstanden sein. Besonders für die Variable Anzahl scheint auch die geringe Stichprobengröße hier Einfluss zu nehmen. Die Methode Anleitung, mit der höchsten angegebenen medianen Anzahl an Einheiten, kommt beispielsweise nur einmal in der Substudie 3 von Nordheim et al. (2016) vor. Die Angabe des Medians macht hier also eigentlich keinen Sinn. Zusätzlich ist die Studie mit der eigentlich höchsten vorkommenden Anzahl an Einheiten die Substudie 2 von Nordheim et al. (2016). Diese ist aber in den Medianen der Methodenfaktoren Lehrperson, Gruppe und Material versteckt, welche durch die anderen beteiligten Studien gesenkt werden. Die Ergebnisse zu Anzahl und Dauer der Einheiten müssen entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Während sich für das am häufigsten vorkommende Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit die Methoden recht gleichmäßig verteilten (mit leichter Tendenz zur Methode Lehrperson), zeigte sich für die Handlungsfelder materielle Umwelt und Bewegung doch ein Fokus auf handlungsorientierte Methoden (vor allem über die Methoden Gruppe und Anwendung). Für das Handlungsfeld Gesundheit wurden nur klassische Methoden verwendet. Nachdem dieses aber nur durch eine einzige Studie repräsentiert wurde, ist die Aussagekraft dieses Ergebnisses sehr fragwürdig. Interessant ist auch, dass sich alle Studien, welche die Methode Technik nutzten, im Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit befanden. Dieser Trend konnte im Analysefaktor Methodengruppe nicht gesehen werden. Um dies nachvollziehen zu können, muss man sich bewusst machen, dass die Variablen doch etwas unterschiedliche Dinge erheben. Für den Faktor Methodengruppe wurde nur der Schwerpunkt der Intervention abgefragt. Im Gegensatz dazu wurden für die einzelnen Methodenvariablen alle vorkommenden Methoden erhoben. Auch für die betrachteten Handlungsfelder scheint also eine breite Streuung in den

Methoden stattzufinden. Dennoch sollten vor allem für die Handlungsfelder materielle Umwelt und Bewegung handlungsorientierte Methoden Vorrang haben.

Generell waren die beiden am häufigsten zu erreichenden Resultatkategorien eine Verbesserung der individuellen Fähigkeiten und eine Erhöhung des Wissensstands. Man könnte mutmaßen, dass dies an der vorhandenen Erfahrung der Lehrpersonen in diesen Bereichen lag. Andere Resultate wie eine Steigerung des Selbstvertrauens oder eine Verhaltensänderung sind vermutlich schwerer zu erreichen und deshalb vielleicht auch seltener das Ziel. Dazu kommt sicher, dass Wissensstand und Fähigkeiten die Basis für alle weiteren zu erreichenden Resultatkategorien bilden. Es ist also naheliegend, dass viele Studien sich zuerst bzw. zumindest auch mit diesen beiden Effekten beschäftigen. Interessant ist, dass sich im Analysefaktor Methodengruppe ein Trend für alle zu erreichenden Resultate zu handlungsorientierten Methoden zeigt. Für die Resultate Motivation und Selbstvertrauen wurden sogar ausschließlich solche Methoden verwendet. In den einzelnen Methodenfaktoren war allerdings, für alle Resultate, eine breite Streuung über alle Methoden, mit leichter Tendenz zu handlungsorientierten und klassischen Methoden, zu sehen.

Mit Blick auf die Informationsfaktoren zeigten sich in dieser Subgruppe nur wenige Unterschiede.

Interessant war, dass basierend auf dem Analysefaktor Methodengruppe der Schwerpunkt auf die handlungsorientierten Methoden vor allem in Europa zum Tragen kam. Für Nordamerika und andere Länder ließ sich kein klarer Trend zu einer Methode erkennen. Nachdem auch die Zahl der eingeschlossenen europäischen Studien am größten ist, könnte man vermuten, dass hier das Thema Gesundheitskompetenz und damit die bevorzugten handlungsorientierten Methoden generell schon mehr Fuß gefasst haben. Möglich ist natürlich auch, dass der Zugang zu europäischen Artikeln aus einem europäischen Land leichter ist und sich mit einer größeren Stichprobe aus anderen Ländern auch dort eine Tendenz in den Methoden zeigen würde. In den einzelnen Methodenfaktoren wurden die handlungsorientierten Methoden, in gleichem Ausmaß von klassischen Methoden (Lehrperson und Material) begleitet. Wieder zeigen die erhobenen Variablen also ein etwas inkonsistentes Bild.

Im Faktor Lehrperson zeigte sich sowohl für Klassenlehrer/innen als auch für externe Lehrende wieder der Trend in Richtung handlungsorientierter Methoden, vor allem zur Methode Gruppe. Dieser wird von Klassenlehrer/innen durch klassische Methoden und von externen Lehrenden durch Techniken ergänzt. Für anderes Schulpersonal konnte kein Methodenschwerpunkt erkannt werden. Unter Umständen liegt dies daran, dass anderes

Schulpersonal, wie z.B.: Schulärztl/innen, zwar durchaus gute soziale und medizinische Fähigkeiten besitzen, aber nicht speziell pädagogisch geschult sind. Während sowohl die Klassenlehrer/innen, als auch die externen Lehrenden (zumindest teilweise - basierend auf den angegebenen Informationen in den Artikeln) pädagogisch geschult waren.

4.3.2 Subgruppe Interventionseinheit

In der Subgruppe mit Information auf Ebene der Interventionseinheiten zeigte der Analysefaktor Methodengruppe, anders als in der Subgruppe auf Ebene der Interventionen, eine recht gleichmäßige Aufteilung auf alle drei Methodenkategorien. Bei den einzelnen Methodenfaktoren setzte sich aber, mit einer Durchführung in fast zwei Drittel der Studien, wieder der Methodenfaktor Gruppe durch. Dieser wurde gefolgt von der Methode Lehrperson, welche immer noch in mehr als der Hälfte der Studien zum Einsatz kam. Methoden zu Material, Anwendung und Techniken wurden in etwa einem Drittel der Interventionseinheiten angewandt. In den einzelnen Methodenfaktoren zeigte sich also durchaus ein ähnliches Bild wie in der Subgruppe auf Interventionsniveau. Der Fokus lag wieder auf handlungsorientierten Methoden mit Schwerpunkt auf die Gruppe. Aber auch klassische Methoden, besonders jene zur Lehrperson, und Techniken sollten ihren Platz finden.

In der Subgruppe auf Basis der Interventionseinheiten zeigte sich eine bessere Korrelation zwischen dem Faktor Methodengruppe und den einzelnen Methodenfaktoren in Bezug auf die Dauer der Einheiten. Wieder beanspruchten die handlungsorientierten Methoden mit 90 Minuten die längsten Einheiten. Besonders die Methoden Gruppe und Anleitung unterstützten dieses Ergebnis.

Ein doch recht anderes und weit klareres – im Sinne von weniger breiter Streuung – Bild als in der Subgruppe der Interventionen zeigte sich auf Ebene der Interventionseinheiten. Scheinbar sind Detailinformationen gerade für die Zuordnung von Methoden zum Analysefaktor Handlungsfeld grundlegend. Trotzdem sind auch hier die Angaben zwischen der Methodengruppe und den einzelnen Methodenfaktoren nur teilweise konsistent. Wie erwähnt entsteht dies durch eine leicht unterschiedliche Definition der Variablen. Für das Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit wurde in den Studien in dieser Subgruppe ein Schwerpunkt auf die Methodengruppe der Techniken gesetzt. Aber auch die Methode Gruppe wurde häufig herangezogen. Zwar kamen sowohl im Handlungsfeld materielle Umwelt als auch im Handlungsfeld Bewegung handlungsorientierte Methoden (Gruppe, Anwendung) wieder häufig vor, aber auch klassische Methoden (vor allem Lehrperson) wurden für das Handlungsfeld materielle Umwelt angewandt. Auch das Handlungsfeld

Ernährung nutzte diese beiden Methodengruppen. Im Handlungsfeld Gesundheit fanden wieder ausschließlich klassische Methoden statt. Betrachtet man das Gesamtbild über beide Subgruppen, so wirkt es, als wären die gewählten Methoden nicht per se einem Handlungsfeld zuzuordnen. Die einzig durchgängigen Ergebnisse waren der Einbezug (ohne Klarheit über das Ausmaß) von Techniken für das Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit, von handlungsorientierten Methoden für die Handlungsfelder materielle Umwelt, Ernährung und Bewegung und von klassischen Methoden für das Handlungsfeld Gesundheit.

Wieder ist das Bild in dieser Subgruppe recht unterschiedlich, aber konsistent zwischen dem Analysefaktor Methodengruppe und den einzelnen Methodenvariablen. In Summe zeigte sich wieder eine breite Streuung über die verwendeten Methoden. Nur für die Verbesserung der individuellen Fähigkeiten und die Steigerung der Motivation zeigte sich ein Trend zu handlungsorientierten Methoden. Techniken wurden zumeist nur ergänzend eingesetzt.

Im Gegensatz zur Subgruppe auf Interventionsniveau, konnten die Interventionseinheiten durchaus unterschiedlichen Kompetenzlevels zugeordnet und damit auch eine Korrelation zum Analysefaktor Resultat, sowie eine Verteilung der Methoden untersucht werden.

Im Vergleich zum Analysefaktor Resultat zeigte sich zwar durchaus ein Zusammenhang der beiden Faktoren, allerdings nicht ganz das vermutete Bild (siehe 3.5.1). Während Kompetenzlevel 2 eine breite Streuung in den zu erreichenden Resultaten aufwies, gab es klare Tendenzen für die beiden Randgruppen des Kompetenzlevels. Kompetenzlevel 1 hat, entsprechend seiner Definition nach Nutbeam (2000), eine Erhöhung des Wissensstands zum Ziel. Kompetenzlevel 3 zielte primär auf eine Verbesserung der individuellen Fähigkeiten ab. Hier fehlte, im Vergleich zur Vermutung, etwas der, in der Definition erwähnte, Anspruch auf Gemeinschaftlichkeit, dieser ist aber im Setting Schule wohl eher in einem kleineren Rahmen (z.B.: im Sinne der Klassen- oder Schulgemeinschaft) zu sehen und zu suchen. Jedenfalls bildet die Ausbildung von individuellen Fähigkeiten die Basis um gemeinschaftliche Aktivitäten anzudeuten und in Gang bringen zu können.

Kompetenzlevel 1 hatte sowohl im Faktor Methodengruppe als auch in den einzelnen Methodenfaktoren den Schwerpunkt bei klassischen Methoden und Techniken. Kompetenzlevel 2 zeigte wieder eine breite Streuung. Der Schwerpunkt fiel dabei, mit einer Anwendung in etwa zwei Drittel der Interventionseinheiten, auf die Methoden Gruppe (z.B. Gruppendiskussionen oder Gruppenarbeiten) und Lehrperson (z.B.: Frontalunterricht oder Präsentationen). Zwar zeigte sich für Kompetenzlevel 3 in der Methodengruppe ein starker Fokus auf handlungsorientierte Methoden, dieser konnte aber in den einzelnen

Methodenfaktoren nicht erkannt werden. Dort waren die Methoden auch für dieses Kompetenzlevel breit gestreut. In Summe lässt sich hier kein wirklich klares Bild erkennen. Eine breite Streuung scheint für alle Kompetenzlevel wichtig zu sein und eine Anpassung an das jeweilige Projekt, den vorhandenen Rahmen und die Voraussetzungen der involvierten Schüler/innen ist notwendig.

An dieser Stelle sei, in aller Kürze, auch ein Vergleich zu den in Kapitel 3.2.3 von St Leger (2001), Paakkari und Paakkari (2012) und Nutbeam (2000) vorgeschlagenen Methoden für die verschiedenen Kompetenzlevel bzw. die verschiedenen Resultate angesprochen. Wie vorgeschlagen fanden sich auch in den Ergebnissen in diesem Review für Kompetenzlevel 1 die Schaffung von Informationen, also die Erhöhung des Wissensstandes, durch klassische Methoden. Allerdings wurden diese in den untersuchten Projekten noch durch kleinere Techniken erweitert. Während die Schaffung von Fähigkeiten durch handlungsorientierte Methoden für Kompetenzlevel 2 vorgeschlagen wurde, zeigten sich diese Kategorien in den inkludierten Studien eher für Kompetenzlevel 3. Wobei einige der für Kompetenzlevel 3 vorgeschlagenen Methoden (z.B.: Analysen, Diskussionen und Rollenspiele) im durchgeführten Review auch schon bei Studien mit Kompetenzlevel 2 angewandt wurden. Natürlich muss hier auch wieder die breite Streuung in den gefundenen Methoden für Kompetenzlevel 2 und 3 in Betracht gezogen werden. Eine klare Differenzierung zwischen diesen beiden Kompetenzlevels scheint schwierig. Basierend auf dieser Feststellung, dem doch erkennbaren Zusammenhang zwischen den Analysefaktoren Resultat und Kompetenzlevel und der Tatsache, dass Angaben zum Faktor Resultat meist direkt aus den Artikeln herausgelesen werden können (was für den Faktor Kompetenzlevel nicht so ist), scheint es ratsam Interpretationen bzw. Schlüsse eher auf dem Faktor Resultat zu fundieren.

Anders als für die Subgruppe der Interventionen, zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied in der Methodenwahl basierend auf den betrachteten Ländern. Während in Nord-Amerika in dieser Subgruppe ein besonderer Fokus auf die Methodengruppe Techniken gelegt wurde, kam in Europa und anderen Ländern vor allem die Methodengruppe der handlungsorientierten Methoden zum Einsatz. Laut den einzelnen Methodenvariablen wurden Letztere auch oft um klassische Methoden (Lehrperson und Material) erweitert. Die hier gefundenen, doch deutlichen Trends in Nord-Amerika und anderen Ländern würde der Interpretation, dass das Thema und damit die entsprechende Methodenanwendung dort noch nicht angekommen ist, widersprechen. Damit bleibt die Vermutung, dass die Stichprobengröße für diese Länder einfach nicht groß genug ist, um eine klare Aussage treffen zu können.

Obwohl der Faktor Methodengruppe keinen Methodenschwerpunkt für Klassenlehrer/innen und externe Lehrende zeigte, gab es in den einzelnen MethodenvARIABLEN ganz klar einen Fokus von Klassenlehrer/innen auf die Methode Lehrperson, unterstützt durch die Methode Gruppe, und von externen Lehrenden auf die Methode Gruppe, unterstützt durch Techniken. Anderes Schulpersonal nutzte häufig Techniken, aber auch handlungsorientierte Methoden. Allen gemein bleibt also nur der Einbezug von handlungsorientierten Methoden, primär der Methode Gruppe, durch Klassenlehrer/innen und externe Lehrende und von Techniken durch anderes Schulpersonal - jeweils in Zusammenhang mit anderen Methoden.

In dieser Subgruppe war auch die Analyse des Informationsfaktors Geschlecht möglich. Leider zeigte sich ein absolut konträres Bild zwischen dem Analysefaktor Methodengruppe und den einzelnen Methodenfaktoren, was jegliche Interpretation schwierig macht. Mit nur 3 Studien welche nur Mädchen einschlossen, ist die Stichprobe aber auch einfach zu klein, um Unterschiede zwischen den verwendeten Methoden erkennen zu können.

4.4 Einschränkungen

Generell ist zu erwähnen, dass die Zahl der inkludierten Studien beschränkt ist. Dies ist bedingt durch die Aktualität des Themas und die erst kürzlich wachsende Zahl an Publikationen. Höchstwahrscheinlich wird es in den nächsten Jahren viele weitere entsprechende Artikel geben, welche für einen größeren, umfassenderen Review genutzt werden könnten. Damit wären auch Analysen mit speziellerem Fokus, z.B.: nur in einem spezifischen Handlungsfeld oder mit Einschränkung auf eine kleinere Alterskohorte, besser möglich. Dafür wäre es hilfreich, wenn in Artikeln zu Projektbeschreibungen diese und ähnliche Informationen auch wirklich immer, im Detail, angegeben werden würden.

Für diesen Review kam der unterschiedliche Grad an angegebenen Methodeninformationen erschwerend hinzu, welcher eine zusätzliche Gruppierung und damit eine weitere Verkleinerung der jeweils vorhandenen Stichprobengröße nötig machte. In der Analyse der Methoden wurde keine Unterscheidung zwischen den 6 geplanten und 25 abgeschlossenen Studien, sowie für die bereits abgeschlossenen Studien zwischen Studien mit (23 Studien) und ohne (2 Studien) Zielerreichung gemacht bzw. wurden mögliche Unterschiede zwischen diesen Subgruppen eben nicht untersucht. Beide Aspekte wären ganz sicher interessant, hätten aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. In dieser ging es ja in erster Linie darum, als ersten Schritt einen Gesamtüberblick über die durchzuführenden Methoden zu erarbeiten. Es könnte angedacht werden, diesen Review

in einigen Jahren zu wiederholen und dann jene Studien, welche sich im aktuellen Review in der Planungsphase befanden, nach deren Durchführung und mit den entsprechenden Ergebnissen, inklusive der Angabe zur Zielerreichung, zu analysieren.

Erwähnt werden muss an dieser Stelle auch, dass die Kategorisierung, durch die Zuweisung durch eine Einzelperson, subjektiv beeinflusst ist. Dies betrifft vermutlich vor allem die Analysefaktoren, da die Informationsfaktoren zumeist exakt aus den Artikeln abzulesen waren. Zwar basieren sie auf publizierten Definitionen und die Klassifizierung und Erarbeitung der Faktoren wurde bestmöglich erklärt und dargestellt, dennoch wäre es denkbar, dass bei Zuweisung der Kategorien durch andere bzw. weitere Personen eine leicht unterschiedliche Einteilung entstehen könnte. Zu vermuten ist, dass die Auswirkungen auf die Ergebnisse eher klein wären und die in der Analyse zum Teil recht deutlichen Trends sich kaum verändern würden. Die Informationsfaktoren sind eindeutiger zuordenbar. Dennoch könnte man basierend auf dem Informationsfaktor Land hinterfragen, ob die Substudie 2 von Hindmarsh et al. (2015) tatsächlich in die Analyse miteinbezogen werden sollte. Nigeria zählt als Entwicklungsland und eine gemeinsame Analyse mit Industrieländern könnte die Gesamtergebnisse leicht verschieben. Die Entscheidung den Artikel in der Analyse zu behalten, wurde durch die vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien getroffen. Im Artikel wurde nicht von einer Hochrisiko-Population gesprochen und es wurde kein Ausschlusskriterium zum Status des Landes festgelegt. Tatsächlich konnten in der Analyse keine großen Auffälligkeiten dieser Studie gefunden werden und auch im Review von Hindmarsh et al. (2015) wurde sie gemeinsam mit Studien aus Industrieländern untersucht.

Für die Subgruppe basierend auf Informationen zu Interventionseinheiten, wurde in der Analyse nicht für die Korrelation der Interventionseinheiten aus derselben Studie korrigiert. Dies könnte die Ergebnisse etwas verzerren, da Studien mit vielen Interventionseinheiten stärker repräsentiert sind und hintergründig ja doch ein gewisser Zusammenhang zwischen diesen Einheiten besteht. Die vergleichende Diskussion zwischen den beiden Subgruppen und das Ziel einer Gesamtaussage (unabhängig von der Subgruppe) sollte diese möglichen Effekte aber einschränken.

Alle hier genannten Aspekte laden dazu ein, die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren und sie mehr als Richtungsweiser, anstatt als grundlegende Erkenntnisse zu betrachten. Eine Validierung der Ergebnisse in einigen Jahren, welche die dann abgeschlossenen Planungsprojekte und weitere, neue Artikel einschließen könnte, wäre wünschenswert.

5 Résumé

Basierend auf den Umfrageergebnissen der HLS-EU (Sørensen et al., 2015), der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie (Röthlin et al., 2013) und der HBSC Studien (Felder-Puig et al., 2019; Ramelow et al., 2014) sieht man, dass der aktuelle Stand der Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen, aber auch bei Jugendlichen in Österreich bei weitem nicht zufriedenstellend ist. Etwa 60% der Jugendlichen zeigten eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz. Die Schule bietet ein ideales Setting, um diese zu fördern, da sie einen großen Teil der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft, aus allen Schichten, über einen langen Zeitraum hinweg begleitet (Naidoo & Wills, 2003).

Um angemessene Förderungen anbieten zu können, braucht es Wissen über den Stand der Gesundheitskompetenz der betroffenen Schüler/innen. Um dieses zu erlangen und herauszufinden welche Aspekte der Gesundheitskompetenz in der eigenen Klasse besonders gefördert werden sollten, können vorhandene Messmethoden zur Erhebung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen (Okan et al., 2018) verwendet werden. Nach diesen Ergebnissen können dann entsprechende Interventionen – mit passendem Handlungsfeld und Kompetenzlevel – aufgebaut werden.

Dabei sollte, laut obigen Umfrageergebnissen, die Förderung besonderes Augenmerk auf den Umgang mit psychischen Problemen und Medien legen und schon bei jüngeren Jugendlichen begonnen werden. Die Wichtigkeit der beiden Handlungsfelder psychosoziale Gesundheit und materielle Umwelt wird auch durch die Ergebnisse dieses Reviews unterstrichen. Während das Gebiet der psychosozialen Gesundheit in den inkludierten Studien auch rezent häufig thematisiert wird, scheint das Gebiet der materiellen Umwelt etwas ins Hintertreffen geraten zu sein. Ein erneutes Fokussieren auch auf dieses Gebiet, vor allem auf den Schwerpunkt Medien, wäre angebracht. Auch neue bzw. aktuelle Themengebiete wie Ökologie könnten gut genutzt werden. Generell sollte versucht werden alle Handlungsfelder zur Gesundheitsförderung (Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF), 2019) abzudecken. Zu den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Gesundheit konnten nur wenige, zu den Handlungsfeldern Suchtprävention und Lehren und Lernen konnten gar keine Studien für dieses Review gefunden werden. Die offenen und möglichen Themenbereiche zum Aufbau von Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen sind also vielfältig. Die grundlegenden, zu erreichenden Resultate sind dabei meist die Verbesserung des Wissensstandes und die Steigerung individueller Fähigkeiten. Auf diesen aufbauend, kann auch auf weitere Resultate wie eine Verhaltensänderung oder eine Steigerung des Selbstvertrauens abgezielt werden.

Natürlich sollte versucht werden alle Jugendlichen mit den entwickelten Interventionen zu erreichen. Nach obigen Umfrageergebnissen ist aber besonders bei jüngeren Jugendlichen großer Bedarf vorhanden. Zur Durchführung der Interventionen können sowohl Klassenlehrer/innen, anderes Schulpersonal als auch externe Lehrende gut herangezogen werden. Das Review zeigt, dass vor allem in den Handlungsbereichen Ernährung und Bewegung primär Klassenlehrer/innen die Interventionen angeleitet haben. Gesamt gesehen zeigt sich in den letzten Jahren aber ein Trend zu mehr Unterstützung in der Durchführung durch anderes Schulpersonal.

Die Methoden, die für Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz herangezogen werden, sollten je nach Rahmen und zu erreichendem Ziel angepasst werden. Dabei lassen sich basierend auf den Ergebnissen dieses Reviews die folgenden Ansatzpunkte festhalten. Der Schwerpunkt sollte auf handlungsorientierten Methoden und dabei vor allem auf Methoden mit Gruppenbezug liegen. Dennoch ist eine breite Streuung in den verwendeten Methoden wichtig, um alle Lerntypen anzusprechen und die Motivation der Schüler/innen hoch zu halten. Es sollten also auch immer wieder klassische Methoden, vor allem Methoden mit Fokus auf die Lehrperson, sowie kleinere Techniken genutzt werden. Die Anzahl und Dauer der Einheiten einer Intervention sollte an die gewählten Methoden angepasst werden. Für handlungsorientierte Methoden scheint es einen Trend zu einer niedrigeren Anzahl (etwa 6) an Einheiten mit längerer Dauer (90 Minuten je Einheit) zu geben. Generell ist zu überdenken, ob dieses in Summe doch recht geringe Ausmaß der Interventionen ausreicht, um eine deutliche Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu erreichen. Würde es mehr Studien mit höherer Anzahl bzw. längerer Dauer an Einheiten geben, könnte man einen möglichen Einfluss dieser Faktoren besser analysieren.

Interessant ist, dass der Schwerpunkt auf handlungsorientierten Methoden besonders in Europa zu erkennen war. Diese wurden durch klassische Methoden ergänzt. In anderen Ländern ließ sich kein klarer Methodentrend erkennen. Auch in Bezug auf Schulstufe und Geschlecht der Schüler/innen schien es keine starken Methodenpräferenzen zu geben. Während die Durchführung durch Klassenlehrer/innen und externe Lehrende von handlungsorientierten Methoden, besonders der Methode Gruppe, geleitet war, bildeten Techniken die Basis in der Durchführung durch anderes Schulpersonal.

In den verschiedenen Handlungsfeldern zeigte sich eine breite Streuung der Methodenanwendung. Oft wurden Techniken für das Handlungsfeld der psychosozialen Gesundheit, handlungsorientierte Methoden für die Handlungsfelder materielle Umwelt, Ernährung und Bewegung und klassische Methoden für das Handlungsfeld Gesundheit verwendet. Auch die zu erreichenden Resultate basierten auf der Nutzung verschiedenster Methoden. Besonders für die Verbesserung individueller Fähigkeiten, die Erhöhung der

Motivation und die Steigerung des Selbstvertrauens wurden aber handlungsorientierte Methoden bevorzugt.

Durch einige Einschränkungen in der Analyse (siehe 4.4) müssen die Ergebnisse dieses Reviews vorsichtig interpretiert werden. Dennoch, entsprechend dem unzureichenden Grad der Gesundheitskompetenz von österreichischen Jugendlichen, der hohen Aktualität des Themas und der vielen offenen, zu behandelnden Bereiche sollte unbedingt weiter geforscht und neue Interventionsansätze zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen entwickelt werden. Eine Validierung der Ergebnisse dieses Reviews, welche die dann abgeschlossenen Planungsprojekte einschließen könnte, bzw. die Durchführung eines erweiterten Reviews, welches weitere, neue Artikel einschließen könnte, wäre wünschenswert. Damit könnte dann unter Umständen auch der Faktor Zielerreichung besser untersucht werden. Eine größere Stichprobe würde eventuell auch eine Analyse der Informationsfaktoren Schultyp, Schulfachgebiet und Geschlecht erlauben. Auch ein Einbezug des Analysefaktors Kompetenzlevel bzw. eine Adaption desselben könnte überdacht werden. Als weitere Ziele könnten Analysen mit speziellerem Fokus, z.B.: nur in einem spezifischen Handlungsfeld oder mit Einschränkung auf eine kleinere Alterskohorte, gesehen werden.

Darstellungsverzeichnisse

Tabellen

Tabelle 1: Kategorisierung und Codierung	34
Tabelle 2: Überblick Studien	42
Tabelle 3: Informationsfaktoren.....	48
Tabelle 4: Analysefaktoren pro Intervention	51
Tabelle 5: Mediane Anzahl und Dauer nach Methoden pro Intervention	53
Tabelle 6: Handlungsfelder nach Methoden pro Intervention	54
Tabelle 7: Kompetenzlevel nach Methoden pro Intervention	55
Tabelle 8: Resultate nach Methoden pro Intervention	55
Tabelle 9: Informationsfaktoren nach Methoden pro Intervention	57
Tabelle 10: Analysefaktoren pro Interventionseinheit.....	59
Tabelle 11: Mediane Dauer nach Methoden pro Interventionseinheit.....	64
Tabelle 12: Handlungsfelder nach Methoden pro Interventionseinheit	65
Tabelle 13: Kompetenzlevel nach Methoden pro Interventionseinheit.....	66
Tabelle 14: Resultate nach Methoden pro Interventionseinheit.....	67
Tabelle 15: Informationsfaktoren nach Methoden pro Interventionseinheit.....	68

Abbildungen

Abbildung 1: Kompetenzen Gesundheitsbildung (Weiglhofer, 2013).....	15
Abbildung 2: Kompetenzlevel zur Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000, S.8)	23
Abbildung 3: Erhobene Komponenten zur Gesundheitskompetenz (Okan et al., 2018, S.12)	25
Abbildung 4: Methodenvorschläge – I (St Leger, 2001, S.5)	26
Abbildung 5: Methodenvorschläge - II (Paakkari und Paakkari, 2012, S.12)	27
Abbildung 6: PRISMA Flussdiagramm	31

Literaturverzeichnis

- Allara, E., Beccaria, F., Molinar, R., Marinaro, L., Ermacora, A., Coppo, A., Faggiano, F., dal Molin, A., Di Dio, A., Cossu, S., Reale, R., Tonella, S., Zoppi, M., & Diario Della Salute Evaluation, S. (2019). A School-Based Program to Promote Well-Being in Preadolescents: Results From a Cluster Quasi-Experimental Controlled Study. *Journal of Primary Prevention, 40*(2), 151-170. doi:10.1007/s10935-018-0530-y
- Baur, N. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bjornsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., & Moksnes, U. K. (2018). Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *Bmc Health Services Research, 18*, 13. doi:10.1186/s12913-018-3829-8
- Blättner, B., & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft : eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonde, A. H., Stjernqvist, N. W., Sabinsky, M. S., & Maindal, H. T. (2018). Process evaluation of implementation fidelity in a Danish health-promoting school intervention. *BMC Public Health, 18*, 10. doi:10.1186/s12889-018-6289-5
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessler, F., & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*. doi:10.1186/s12889-017-4267-y
- Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Forschung (BMBWF). (2019, 7.10.2019). Gesundheitsförderung. Abgerufen von <https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/index.html>
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is It Possible to "Find Space for Mental Health" in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *Int J Environ Res Public Health, 15*(7). doi:10.3390/ijerph15071426
- Casanas, R., Arfuch, V. M., Castellvi, P., Gil, J. J., Torres, M., Pujol, A., Castells, G., Teixido, M., San-Emeterio, M. T., Sampietro, H. M., Caussa, A., Alonso, J., & Lalucat-Jo, L. (2018). "EspaiJove.net"- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health, 18*(1), 939. doi:10.1186/s12889-018-5855-1
- Christiansen, L. B., Lund-Cramer, P., Brondeel, R., Smedegaard, S., Holt, A. D., & Skovgaard, T. (2018). Improving children's physical self-perception through a school-based physical activity intervention: The Move for Well-being in School study. *Mental Health and Physical Activity, 14*, 31-38. doi:10.1016/j.mhpa.2017.12.005
- Darraj, H., Mahfouz, M. S., Sanosi, R., Badedi, M., & Sabai, A. (2018). The effects of an educational program on depression literacy and stigma among students of secondary schools in Jazan city, 2016: A cluster-randomized controlled trial study protocol. *Medicine, 97*(18), 4. doi:10.1097/md.00000000000009433
- Demetriou, Y., & Bachner, J. (2019). A school-based intervention based on self-determination theory to promote girls' physical activity: study protocol of the CReActivity cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health, 19*, 9. doi:10.1186/s12889-019-6817-y

- Dumais, N., & Hasni, A. (2009). High School Intervention for Influenza Biology and Epidemics/Pandemics: Impact on Conceptual Understanding among Adolescents. *Cbe-Life Sciences Education*, 8(1), 62-71. doi:10.1187/cbe.08-08-0048
- Eschenbeck, H., Lehner, L., Hofmann, H., Bauer, S., Becker, K., Diestelkamp, S., Kaess, M., Moessner, M., Rummel-Kluge, C., Salize, H. J., Thomasius, R., Bertsch, K., Bilic, S., Brunner, R., Feldhege, J., Gallinat, C., Herpertz, S. C., Koenig, J., Lustig, S., Ozer, F., Parzer, P., Resch, F., Ritter, S., Spinner, J., Wille, K., Baldofski, S., Kohls, E., Peter, L. J., Gille, V., Voss, E., Pfeiffer, J., Samel, A., & Pro, H. C. (2019). School-based mental health promotion in children and adolescents with StresSOS using online or face-to-face interventions: study protocol for a randomized controlled trial within the ProHEAD Consortium. *Trials*, 20, 12. doi:10.1186/s13063-018-3159-5
- Felder-Puig, R., & Maier, G. (2017). *HBSC Factsheet 03; Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und Schüler: HBSC Ergebnisse 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. (IfGP) Abgerufen von https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/8/2/CH4154/CMS156204_3067885/hbhc_2014_factsheet_gesundheitskompetenz.pdf
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., Ramelow, D., & Maier, G. (2019). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern; Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) Abgerufen von https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/8/2/CH4154/CMS156204_3067885/2018_hbhc-bericht_mit_alternativtexten_final.pdf
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). (2019, 10.10.2018). Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Abgerufen von <https://oepgk.at/foerderung-der-gesundheitskompetenz-im-setting-schule/>
- Häder, M. (2010). *Empirische Sozialforschung* (2., überarbeitete Auflage. ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Haible, S., Volk, C., Demetriou, Y., Honer, O., Thiel, A., Trautwein, U., & Sudeck, G. (2019). Promotion of physical activity-related health competence in physical education: study protocol for the GEKOS cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 19(1), 396. doi:10.1186/s12889-019-6686-4
- Hart, L. M., Mason, R. J., Kelly, C. M., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2016). 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 18. doi:10.1186/s13033-016-0034-1
- Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2015). Settingansatz / Lebensweltansatz. doi:10.17623/BZGA:224-i106-1.0
- Hindmarsh, C. S., Jones, S. C., & Kervin, L. (2015). Effectiveness of alcohol media literacy programmes: a systematic literature review. *Health Education Research*, 30(3), 449-465. doi:10.1093/her/cyv015
- International Organization for Standardization (ISO). (26.11.2019). List of ISO 3166 country codes. Abgerufen von https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ISO_3166_country_codes
- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft : Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Kutcher, S., Wei, Y. F., & Morgan, C. (2015). Successful Application of a Canadian Mental Health Curriculum Resource by Usual Classroom Teachers in Significantly and Sustainably Improving Student Mental Health Literacy. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 60(12), 580-586. doi:10.1177/070674371506001209
- Lucidi, F., Mallia, L., Alivernini, F., Chirico, A., Manganelli, S., Galli, F., Biasi, V., & Zelli, A. (2017). The Effectiveness of a New School-Based Media Literacy Intervention on Adolescents' Doping Attitudes and Supplements Use. *Frontiers in Psychology*, 8, 9. doi:10.3389/fpsyg.2017.00749

- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage. ed.). Weinheim Basel: Beltz.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The, P. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung : umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung* (1. Aufl. d. dt. Ausg.. ed.). Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Nordheim, L. V., Gundersen, M. W., Espehaug, B., Gutterrud, O., & Flottorp, S. (2016). Effects of School-Based Educational Interventions for Enhancing Adolescents Abilities in Critical Appraisal of Health Claims: A Systematic Review. *Plos One*, 11(8), 21. doi:10.1371/journal.pone.0161485
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sørensen, K., Saboga-Nunes, L., Levin-Zamir, D., Sahrai, D., Bittlingmayer, U. H., Pelikan, J. M., Thomas, M., Bauer, U., & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18. doi:10.1186/s12889-018-5054-0
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112, 152. doi:10.1108/09654281211203411
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med*, 72(12), 2011-2019. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.006
- Primack, B. A., Douglas, E. L., Land, S. R., Miller, E., & Fine, M. J. (2014). Comparison of Media Literacy and Usual Education to Prevent Tobacco Use: A Cluster-Randomized Trial. *Journal of School Health*, 84(2), 106-115. doi:10.1111/josh.12130
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., & Felder-Puig, R. (2014). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern; Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Bundesministerium für Gesundheit Abgerufen von https://www.fachstelle.at/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2017/03/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who-hbsc-survey_2014.pdf
- Recchiuti, K., Malone, M. K., & Zimmerman, B. (2018). School Program Improves Adolescents' Knowledge of Responsible Medicine Use. *Health Behavior and Policy Review*, 5(6), 98-115. doi:10.14485/hbpr.5.6.9
- Reich, K. (2012). Methodenpool. Abgerufen von <http://methodenpool.uni-koeln.de/uebersicht.html>
- Ressing, M., Blettner, M., & Klug, S. J. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen - Teil 6 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(27), 456 - 463. doi:10.3238/arztebl.2009.0456
- Richter-Kornweitz, A. (2015). Gesundheitsförderung im Kindesalter. doi:10.17623/BZGA:224-i041-1.0
- Riebschleger, J., Costello, S., Cavanaugh, D. L., & Grove, C. (2019). Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 10. doi:10.3389/fpsy.2019.00002
- Rodriguez-Ledo, C., Orejudo, S., Cardoso, M. J., Balaguer, A., & Zarza-Alzugaray, J. (2018). Emotional Intelligence and Mindfulness: Relation and Enhancement in the Classroom With Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 9, 10. doi:10.3389/fpsyg.2018.02162

- Röthlin, F., Pelikan, J., & Ganahl, K. (2013). Die Gesundheitskompetenz der 15 Jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz-Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Sanchez-Carracedo, D., Lopez-Guimera, G., Fauquet, J., Barrada, J. R., Pamias, M., Punti, J., Querol, M., & Trepas, E. (2013). A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: the MABIC study protocol. *BMC Public Health*, 13, 17. doi:10.1186/1471-2458-13-955
- Santalo, M. I., Gibbons, S., & Naylor, P. J. (2019). Using Food Models to Enhance Sugar Literacy among Older Adolescents: Evaluation of a Brief Experiential Nutrition Education Intervention. *Nutrients*, 11(8), 15. doi:10.3390/nu11081763
- Schuhmayer, A. (2001). *Die Förderung der Gesundheit in der Schule : Grundlagen, Strömungen und Strategien der schulischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Pflichtschulbereich mit dem Schwerpunkt "Bewegte Schule"*. Trauner, Linz. Retrieved from <https://ubdata.univie.ac.at/AC03243021>
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. V. D., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25, 1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*, 25, 12-80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197-205. doi:10.1093/heapro/16.2.197
- Statistik Austria. (2019, 29.10.2015). Aktueller Raucherstatus 2014. Abgerufen von http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/105592.html
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., & Mühlhauser, I. (2009). Ebm@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study. *International Journal of Public Health*, 54, 165. doi:10.1007/s00038-008-7033-1
- Swartz, K., Musci, R. J., Beaudry, M. B., Heley, K., Miller, L., Alfes, C., Townsend, L., Thornicroft, G., & Wilcox, H. C. (2017). School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial. *Am J Public Health*, 107(12), 1970-1976. doi:10.2105/ajph.2017.304088
- Unterrichtsministerium für Bildung Kunst und Kultur (UMBKK). (1997, 6.4.2018). Grundsatzterlass zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung. Abgerufen von https://bildung.bmbwf.gv.at/ministerium/rs/1997_07.html
- Weiglhofer, H. (2013). *Die Kompetenzenlandkarte für Unterrichtsprinzipien und Bildungsanliegen*. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
- Wong, P. W. C., Fu, K.-W., Chan, K. Y. K., Chan, W. S. C., Liu, P. M. Y., Law, Y.-W., & Yip, P. S. F. (2012). Effectiveness of a universal school-based programme for preventing depression in Chinese adolescents: A quasi-experimental pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1), 106-114. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.050>
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. World Health Organization Abgerufen von

- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organization (WHO). (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. World Health Organization Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- World Health Organization (WHO). (1997). *Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. World Health Organization Abgerufen von https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf
- Wulfhorst, B., & Hurrelmann, K. (2009). *Handbuch Gesundheitserziehung*. Bern: Hans Huber, Hogrefe, AG

Anhang

Tabellen zu erhobenen Informationen

Überblick Studien

Artikel ID	Sub ID	Ziel_C	Plan_C	Zielerreichung_C
4	-	The goal of this research project was to foster the development of adolescents' conceptual understanding of viruses and influenza biology.	The curriculum included scientific-led lectures (conferences) and for certain topics, models in large or small groups. After the analysis of students' conceptions in the pretests and identification of concepts for which students demonstrated a weak comprehension, we created models for fundamental concepts such as virus structure, cellular tropism, and influenza epidemics/pandemics.	after an intervention that promoted active learning, results showed that conceptions about influenza are more accurately related to the provided scientific knowledge
8	-	We hypothesized that adolescent participants who received In Our Own Voice (IOOV) would have less mental illness stigma and higher mental health literacy immediately and intermediately	IOOV focuses on five components: (a) Dark Days, the person's first experience with symptoms of mental illness; (b) Acceptance, how the person has accepted the mental illness; (c) Treatment, what therapies and medications work for the person; (d) Coping, daily activities that help the person self-manage the mental illness; and (e) and Successes, Hopes, and Dreams, how the person overcomes the challenges associated with mental illness and progresses toward meeting his or her personal goals. For this study, the intervention was administered one time to three different groups (roughly equal in size) of participants on the same day during school hours. In Our Own Voice included the all components as described in In Our Own Voice training manual.	The intervention did not reduce mental illness stigma or improve mental health literacy at one week follow up. The intervention did not reduce mental illness stigma at 4 and 8 weeks follow up. The intervention did improve mental health literacy at 4 and 8 weeks follow up.
11	-	Objectives are to increase knowledge about basic concepts in nutrition and food and correct false beliefs about food, develop media literacy skills, and through the activities it is also intended to generate cognitive dissonance in relation to the current Beauty Ideal	The project's name is a Spanish acronym for four shared risk factors of eating disorders and obesity with empirical support: "M" for media ("Medios de comunicación"); "A" for disordered eating ("Alimentación alterada"); "B" for weight-related teasing ("Burlas relacionadas con el peso"); and "IC" for body dissatisfaction ("Insatisfacción Corporal"). Duration of the program is one session per week for eight weeks plus one booster session. The intervention has two components. The first component, called Nutrition, consists of two sessions. The main objective of this component is to increase knowledge about basic concepts in nutrition and food and correct false beliefs about food. The second component, called Media Literacy, consists of four sessions plus two activity sessions. Nine months after completion	-

			of the intervention there was a booster session. This session aimed to refresh memories of the main ideas conveyed in the Media Literacy component and to look at the companies' responses to the letters of complaint written by the participants in one of the activities of the program, with a view to strengthening their activist behavior and increasing their self-efficacy beliefs.	
15	3	Teach core ML concepts and skills	Type of media studied: television; Outcome variables: Expectancies, Alcohol consumption	Alcohol expectancies 1>2 (P<0.05); Alcohol consumption 1<2 (P<0.05)
15	1	Teach core ML concepts and skills	Type of media studied: television; Outcome variables: Behavioural, Intention, Realism, Desirability, Expectancies, Advertising, Scepticism, Media scepticism	Media scepticism: 1&2 (girls)>1 & 2 (boys) (P<0.05); '2 (girls)>3 (girls) (P<0.05); Perceived realism: 1 (boys)<3 (boys) (P<0.05); Negative expectancies: 1>2 (P<0.05); 1-3 (girls)>1-3 (boys)
14	-	It was developed in recognition of the increasing awareness of the importance of health literacy as a necessary foundation for improving health, extrapolated into the area of youth mental health.	The Guide contains a teacher self-assessment tool, a teacher self-study module, a student evaluation tool, and 6 classroom ready modules.	Taken together these results suggest a simple but effective approach to improving MHL in young people by embedding a classroom resource, delivered by usual classroom teachers in usual school settings
6	-	The teen MHFA program aims to increase mental health literacy, decrease stigmatising attitudes towards individuals with mental illness, and improve MHFA behaviours.	teen Mental Health First Aid (MHFA) is a new initiative of the MHFA program. The program focuses on developing knowledge and skills in: recognising warning signs that a peer is developing a mental health problem, understanding how to talk to a peer about mental health and seeking help, when and how to tell a responsible adult, where to find appropriate and helpful resources about mental illness and professional help, and how to respond in a crisis situation. The teen MHFA training intervention involved three classroom sessions within 5-8 school days, at least 1 day between each session.	teen MHFA appears to be an effective and feasible program for training high school students in Mental Health First Aid techniques
7	-	Core goal of involving youth in re-conceptualizing what realistic objectives might be with respect to sport performance and to the pursuit of personal esthetic goals through sport in regard of Performance and Appearance Enhancing Substances (PAESs).	Call the attention on media literacy skills that relies on three interlocking cognitive processes, namely, (1) the acquisition of knowledge structures in diverse areas concerning the media (e.g., media contents, media effects), (2) the boost or reinforcement of diverse cognitive skills which are at the basis of media literacy (e.g., analysis, evaluation, abstracting), and (3) one's individual capacity to re-frame his or her awareness and goals through the active effort of discounting or minimizing the possible detrimental effects of media. intervention program that consisted in 12 sessions, which took place in students' classrooms and that were scheduled twice a month throughout the school year. During the intervention activities, students actively participated to seminars and meetings with different professionals.	the media literacy intervention investigated in the present study was effective in decreasing adolescent student's positive attitudes toward doping use and in reducing the use of legal PAES
27	-	To assess the effectiveness of ADAP in increasing depression literacy, assess the sustainability of depression literacy changes,	The Adolescent Depression Awareness Program (ADAP) is a universal school-based depression education program to increase depression literacy as the first step in encouraging depressed youths to seek treatment. ADAP delivers the core	ADAP is an effective public health intervention for improving depression literacy among students

		assess whether the ADAP intervention had an influence on self-reported receipt of mental health treatment	message that depression and bipolar disorder are treatable medical illnesses and that concerned individuals should seek help.	
2	-	To increase depression literacy and to reduce stigma toward depression for secondary school students	2 lectures; 1 lecture will be held each week; video, lectures, and group discussion; A printed brochure will be structured to include all components of the intervention. Four posters with mental-health slogans about depression will be distributed around the school in visible places. "Get support from your doctor, family, friends, and school", "An untreated mental disorder can lead to more severe and difficult to treat illness", "If you are worried, sad, angry, or just don't feel ok, talk to someone about how you feel. Reach out for help. Don't be afraid." and "Getting help shares the burden. Believing in yourself makes your load lighter."	-
9	-	The program is designed to promote students' knowledge and understanding of medicines.	Learning about over-the-counter (OTC) medicines is achieved through lessons and experiential learning with interactive activities, in classroom activities, and takehome activities. It includes turnkey lesson plans, printables, resources, and assessment tools to be integrated into classroom teaching by instructors, school nurses, or health teachers. If unmodified, this initial implementation of the OTC Literacy program consisted of 4 individual lessons: 3 required lessons and one optional lesson that align with the 4 learning objectives and are supported by activity worksheets and 2 culminating activities that gave students the opportunity to apply what they had learned to critical thinking scenarios.	Students who participated in the OTC Literacy program increased their medicine-related knowledge about safe, responsible use of OTC medicines in a variety of school locales
21	-	The objectives were to improve pupils' dietary habits, physical activity, well-being and social capital using the Investigation, Vision, Action & Change (IVAC) health educational methodology.	"We Act - together for health" is a health-promoting school intervention comprising an educational, a parental and a school component. The school component comprised the following elements: a) a We Act leaflet informing the school community about the intervention, b) introductory meetings with principals and key teachers to prepare the conditions and agree upon the implementation process, c) competence workshops for all involved teachers, principals and other resource persons at each school, and d) the formation of a health committee with the primary task of supporting the transition from pupils' visions to actions at the classroom and school levels.	Although 'We Act' was designed to comply with evidence- and theory-based requirements, IVAC and the health-promoting school approach did not result in change. The time dedicated to schools' preparation and competence development may have been too low.
3	-	To address the constructs of autonomy, competence and relatedness, as well as in the adjacent constructs of self-efficacy and social support, which are in turn deemed important in terms of increasing physical activity	Enhanced PE programme, 3 lessons, 5 month intervention period lessons combine the requirements of the PE curriculum and the behaviour change techniques by Michie, Richardson [12] in order to establish a change in the targeted mediating variables competence, autonomy and relatedness	-
12	-	The primary purpose of the nutrition education sessions was to enhance sugar literacy	The sessions included an experiential learning component to increase knowledge and understanding around sugar content in food and beverages and the daily amount of added sugar in a healthy diet placed into the context of Canada's Food Guidelines to promote healthy eating and lower consumption of added sugar. The	A brief experiential learning intervention using food models was efficacious for changing student's knowledge about sugar guidelines and sugar in food, label

		(knowledge, awareness, skills and intention to change) among youth.	sessions also included a component to help students develop the necessary skills to interpret nutrition fact labels in packaged products and design healthy eating patterns. Each nutrition education session was held either in a room with large tables or on the gym floor so students could have enough space to work with the food models. Participants were provided with 2 didactic lectures plus experiential learning activities. For the experiential learning activities, participants were teamed in groups of 3 or 4, and each team was given a kit with more than 150 life-sized food and beverage models, 100 models of sugar teaspoons, and colored copies of seven nutrition fact labels of commercial foods and beverage packages.	reading confidence, and intention to change sugar consumption.
5	-	The main goal of the project GEKOS (Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz im Sportunterricht) is to investigate the impact of a health and physical fitness-related PE program that combines practice and theory on physical activity-related health competence (PAHCO) in lower secondary students.	The two intervention programs (IG-run, IG-game play) only differ in the type of PA that is carried out during these lessons. The lessons include both practical and theoretical elements dealing with the perception and control of physical load as well as the design of a training program to promote health as central aspects of control competence for physical training. The intervention programs include six PE lessons within the intended timeframe of 6 weeks. To support students' progress concerning the learning outcomes, we developed five learning tasks to guide the six PE lessons. Each of the five learning tasks includes six steps (Fig. 3). Step 1: presenting the issue. Step 2: the teachers invite their students to formulate assumptions on the topic without receiving immediate feedback. Step 3: the students receive information on the topic while solving tasks that combine PA and cognitive elements by reflecting on-action or in-action. Steps 4: students discuss the given information and findings in relation to the lessons' topic with their respective teacher. Step 5: identifying right and wrong assumptions, and defining relevant outcomes. Step 6: the teachers ask the students to apply the new skills and knowledge. All tasks incorporate aspects considered important for the acquisition of competences in education, such as cognitive activation, student-orientation, and support social-interaction.	-
1	-	Building adolescents' competence and including components designed to promote the psychological and behavioral wellbeing of the young	Interactive approach and focuses on the active engagement of children (1) five standardized interactive units on emotional, social and health issues administered by previously trained teachers(2) a narrative booklet for teens that tells the story of four same-age students dealing with common developmental tasks such as identity formation, relationships with peers, conflicts with parents, and physical changes at puberty (3) a narrative booklet for parents that describes the experience of two families with teenage children that focuses on parent-child communication and their relationship during adolescence	Unexpectedly, respondents in the intervention group showed a reduction in subjective well-being reflected by an increased perception of psychosomatic complaints. We did not observe any program effects on aggressive and health behaviors.
10	-	Youth Education and Support (YES) program to learn about mental health and recovery	The Youth Education and Support (YES) program is a manualized, ten-session mental health literacy program for youth. Sessions took place during the school day at varying days of the week and times of the day to reduce youth participants from missing too much of one class. Session 1 was an introduction section, session 10 a graduation section; 1 session was combining two of the separately explained topics.	Findings revealed that youth levels of mental health literacy increased significantly from pre to post program participation. Over 90% of the youth reported an improved use of positive coping strategies from pre to post intervention.

17	-	To enhance critical health literacy, which implies the recognition of the benefit of independent acquisition and critical appraisal of information. This competence enables students to deal with multifaceted questions and to reflect chances and limitations of research in health sciences and medicine.	The curriculum is based on the concept of evidence based medicine (EBM) and consists of six modules. The six modules comprise 22 lessons. The curriculum could be integrated as a week-long project, as well as sequences taught over a longer period of time. We selected vitamin substitution and smoking (covering nutrition, therapy and smoking), depression screening (covering diagnosis and prevention) and diagnosis in sports injuries (covering diagnosis, sports and fitness and injuries in sports). All students received a workbook containing the six modules and corresponding worksheets, original publications and a glossary. Supplemental material is provided by the research project (workbook, flipchart paper, Metaplan, a card technique system for collecting ideas when a group is working together, dictionaries, etc.)	Teaching critical health literacy to secondary school students is feasible and is likely to enhance the competence of critical health literacy.
20	-	We primarily addressed the effectiveness of the present pilot programme in reducing depressive symptoms among the subject group, especially the high-symptom students	The present study evaluated the effectiveness of a two-phase universal programme, the "Little Prince is Depressed" (LPD), based on the cognitive-behavioural model, which aimed to reduce depressive symptoms and enhance student knowledge of depression and life skills such as goal setting, cognitive restructuring, communication, problem solving, conflict resolution, and anger management. Implementation carried out in two phases, with a professional-led first phase and teacher-led programme second phase. LPD consisted of a 12-week school-based face-to-face programme with psycho-educational lessons and homework assignments.	positive development in help-seeking attitudes and self-esteem. For students who had more depressive symptoms at pre-assessment, the programme was found to be significant in enhancing cognitive-restructuring skills and support-seeking behaviours. The programme was not, however, found to be statistically significant in reducing depressive symptoms of the participants over the study period.
26	-	To investigate whether mental health literacy, could be improved by a 3-days universal education programme	The aims of "Mental health for everyone" are fourfold: 1) To contribute to the prevention of mental disease, 2) To challenge the attitudes and prejudices against mental health problems and the mentally ill, 3) To contribute to openness and confidence about mental health issues, 4) To impart knowledge about mental health services and availability of help for mental health problems. For the 8th grade the themes are Self-awareness and Identity; for the 9th, Being different, and Loneliness; and for the 10th grade Fear of the Unknown. When implementing the school package for the first time, schools are advised to use the 8th grade programme for all levels, since the programmes build upon each other, and this was done in the present study.	Mental health literacy improved contingent on the intervention, and there was a shift towards suggesting primary health care as a place to seek help. Those with more prejudiced beliefs did not suggest places to seek help for mental health problems.
23	-	Theory-based anti-smoking media literacy curriculum	The purpose of this study was to determine if a theory-driven, school-based, 3-session antismoking media literacy curriculum affects students' media literacy (both general and smoking-specific) and the factors mediating adolescent smoking according to our underlying conceptual model based on the TRA. This curriculum teaches youth to access, analyze, and evaluate mass media messages involving smoking, such as advertisements, promotions, or film product placements. Each letter of the title refers to one of the 6 lessons contained in the curriculum, which were associated with core concepts from a conceptual model of media literacy and a key question related to media literacy.	A school-based media literacy curriculum is more effective than a standard educational program in teaching media literacy and improving perceptions of the true prevalence of smoking among adolescents

15	2	Teach core ML concepts and skills	Type of media studied: television; Outcome variables: Expectancies, Persuasion knowledge; lessons are administered over 5 days	Negative alcohol expectancies 1&2>3&4 (P<0.05); Persuasion knowledge 1&2>3&4 (significance not reported)
16	2	Improve adolescents' abilities in critical appraisal of health claims	Acne, back pain; lessons over six months; Epidemiology curriculum. Topics: Descriptive and analytical epidemiology, flaws in observational studies, societal role of epidemiology, evaluating prevention strategies	The students who received more than ten lessons had small improvements in epidemiological knowledge. Overall, students' mean scores were generally low (less than 50% correct answers). These scores contrasted students' self-reports of epidemiological understanding, which were generally high.
16	1	Improve adolescents' abilities in critical appraisal of health claims	Cancer, stem cell therapy; lessons over 5 weeks; Evaluation of Evidence Unit Topics: Sensational scientific news, basic elements of scientific studies, making observations, evaluating evidence, peer review of research proposals, determine scientific accuracy of news reports of science	students exposed to active learning approaches rated their abilities to evaluate evidence significantly higher. However, when directly tested, there was no statistically significant difference in their abilities to critically appraise a fictitious media report about health research
16	3	Improve adolescents' abilities in critical appraisal of health claims	Obesity; lessons over 4 weeks; Causal reasoning unit Topics: Identifying multiple variables that may influence an outcome	students were almost two times more likely to recognise that multiple variables may influence cancer outcomes
22	-	To promote mental health knowledge, increase help-seeking, reduce the stigma associated with mental illness, and prevent mental disorders in Spanish school settings	The EspaiJove.net programme started in 2010 and consists of: a) disseminating information on mental health; b) carrying out training activities with young people in schools; and c) carrying out training activities with professionals and families.	-
18	-	Evaluate the effectiveness of the intervention in the promotion of MHL	The intervention program, named "Finding Space" was composed of two sessions, delivered at one-week intervals in the students' classrooms (each class had between 20 to 25 students).	Overall, "Finding Space for Mental Health" showed efficacy as a short-term promotion program for improving MHL in schools.
25	-	To investigate the potential differences in positive MHL and mental wellbeing between adolescents who participated and those who did not participate in MEST	MEST is a short version of the Norwegian word for coping. The core aim of MEST is to increase adolescents' positive MHL and to provide resources for mental wellbeing by focusing on adolescents' assets and the promotion of personal and contextual factors for good mental health. MEST offers open school seminars, classroom seminars and smaller group discussions with adolescents and is based on voluntary student participation. The seminar topics may include, but are not limited to, normal emotional variations, sleep hygiene, stress management, relaxation techniques, body image, self-esteem, and aspects related to autonomy (e.g., making decisions based on one's own will and recognizing personal limits)	Positive MHL increased significantly more among the MEST participants compared to the non-MEST participants (p = .02). No significant change in mental wellbeing was found
19	-	Aiming at increasing psychosocial well-being among school children	The Move for Well-being in School study (MWS) is an intervention study strived to improve the quality of the activities conducted and the social and pedagogical	Despite limited overall intervention effects on self-perceived competence and self-

			<p>climate in which they were performed. The tailored activity programme was supported by a competency development programme consisting of four full-day workshops focusing on the underlying theoretical approach and opportunities to try out core activities in practice. At each school, an internal coordination group guided and motivated the implementation of the intervention programme. The intervention programme consisted of initiatives targeting four settings for school-based physical activity: 1) PE classes, 2) in-class activities, 3) break-time activities, and 4) theme days. PE classes had 6 PE courses, where 2 of these are mandatory and the last 4 can be chosen from a variety of lesson plans.</p>	<p>worth, the intervention appeared to diminish the gap between those groups with most and those with least self-confidence.</p>
24	-	To assess the impact of implementing EI and a mindfulness competence developmental program (SEA) about participants' mindfulness competence	<p>The SEA Program to develop emotional and mindfulness competences was designed in an attempt to fulfill the best conditions and to promote the development of EI, understood as the capacity to perceive, understand, regulate and express one's own and others' emotional events adaptively. It also aimed to enhance mindfulness, or the ability to maintain moment-to-moment attention on emotional and social events, either our own or those of others, and in a non-evaluative manner. Such a program is meant to be implemented for 1 h/week throughout an academic year (9 months) by following the 18 sessions that compose it.</p>	<p>The data indicated a significant effect on participants' interior and kinesthetic mindfulness competence after implementing the SEA Program. These findings corroborate the possibility of enhancing mindfulness by applying a direct intervention program in the classroom.</p>
13	-	Key questions are the potentially positive and negative effects of the program StresSOS, focusing on stress management and mental health.	<p>The StresSOS face-to-face program is a classroom-based intervention. The StresSOS program focuses on stress/coping and MHL. It teaches coping skills, the connection between thoughts, feelings, and behaviors, and concepts about mental health/illness and help-seeking. All interventions (online and face-to-face) comprise eight weekly sessions. Each session provides knowledge and information referring to the session's main issue, re-inforces content by illustrating particular examples, tests participants in a playful manner, and fosters transfer to daily life with a weekly homework assignment aiming to increase self-management skills.</p>	-

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Informationsfaktoren

Artikel ID	Su b ID	Land_C	Schultyp_C	Schulstufe_C	Schulklasse_C	Schulfach_C	Lehrperson_C	Vorbereitung_C	AlterSuS_C	GeschlechtSuS_C
4	-	Canada	private school	high school	10th grade	biology	scientific-led	-	-	female
8	-	USA	public schools	high schools	9-10th grade	-	two trained consumers	-	13-17	female
11	-	Spain	public or private schools	secondary schools	8th grade	-	teacher	training program - five 3-hour sessions per week	13-14	male and female
15	3	USA	-	high schools	9-12th grade	-	teacher	teacher training	-	male and female
15	1	USA	-	middle and senior high schools	7-10th grade	-	researcher	-	-	male and female
14	-	Canada	-	secondary schools	9th grade	-	teacher	1-day training	-	male and female
6	-	Australia	government, catholic or independent schools	secondary schools	10-11th grade	-	MHFA Instructor	specific training and experience in youth mental health	15-17	male and female
7	-	Italy	-	high school	-	-	communication experts, pharmacology experts, high level sport athletes, sport psychologists	-	13-19	male and female
27	-	USA	public, private, charter, vocational, etc. schools	secondary schools	9-10th grade	health education	teacher	instructor training	14-15	male and female
2	-	Saudi-Arabia	governmental schools	secondary schools	-	-	teacher	supervised by a team consisting of a psychiatrist, a public health physician, and a social worker	10-19	male and female
9	-	USA	-	-	6th grade	-	teacher	no, but teachers guide	-	male and female
21	-	Denmark	public schools	-	5-6th grade	maths, danish	teacher	three-hour competence workshop	-	-
3	-	Germany	-	lower secondary schools	6th grade	PE	teacher	teacher training session	11-13	female
12	-	Canada	-	high school	9-12th grade	PHE	teacher	-	-	male and female

5	-	Germany	-	secondary schools	9th grade	PE	teacher	two-hour teacher training session by two main researchers	-	male and female
1	-	Italy	state school	middle schools	-	-	teacher	trained by health professionals for 12.5 hours over a maximum of 4 program implementation manual	12-13	male and female
10	-	USA	-	middle school	5-8th grade	-	co-led by a school social worker and university faculty member with expertise in mental health practice and research	-	10-16	male and female
17	-	Germany	-	secondary schools	11th grade	-	teacher	-	16-18	male and female
20	-	Hong Kong	-	secondary schools	-	-	partly teachers, partly professionals	teacher training package - half-day training session	14-16	male and female
26	-	Norway	-	secondary schools	8-10th grade	-	teacher	briefing	13-15	male and female
23	-	USA	public schools	high schools	9th grade	-	experienced health educators	-	-	male and female
15	2	Nigeria	-	-	-	-	researcher	-	13-18	-
16	2	USA	-	lower secondary schools	7th grade	-	teacher	instructed prior to intervention	-	male and female
16	1	USA	-	high school	9th grade	biology	teacher	instructed prior to intervention	-	-
16	3	USA	public and independent school	middle school	8th grade	-	two researchers and an assistant	-	-	-
22	-	Spain	public and private schools	secondary schools	7th grade	-	trained mental health nurses	-	13-14	-
18	-	Portugal	public and state-funded schools	-	7-9th grade	-	trained psychologist in collaboration with masters-level psychology student	-	12-14	male and female
25	-	Norway	-	upper secondary school	-	-	school health services	-	15-21	male and female

19	-	Denmark	publicly funded schools	-	4-6th grade	PE	teachers and pedagogues	no, but planning guides	10-13	-
24	-	Spain	public school	high school	-	-	tutor	training by external experts	11-14	male and female
13	-	Germany	-	-	6-13th grade	-	experts (advanced students, mental health professionals)	-	>12	-

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Analysefaktoren Intervention

Artikel ID	Sub ID	Thema_C	Anzahl Einheiten_C	Dauer je Einheit_C	Inhalt/Durchführung_C	Methoden_C	Zu vermittelnde Kompetenz_C	Gewünschtes Resultat_C
13	-	The basics of stress and wellbeing; Managing stress: problem-solving; Helpful thoughts; Time to chill out and relax; Upward spirals of positive emotions; Seek support and talk; Mental health and mental illness; A glimpse into the future — finding one's own goals	8	90 Minuten	<p>What is stress? How does stress affect the body? How does stress occur? Is stress a disease? When do I get stressed? What can I do if I find myself in a stressful situation? I have a problem — how can I solve it?</p> <p>Stress occurs in the head — why thoughts play a role. Relationship between thoughts, feelings, and behavior. My helpful thoughts and feelings — my hindering thoughts feelings. How can I change my thoughts and expectations?</p> <p>What happens in the body during relaxation? What possibilities for balance and recreation are there? What are relaxation methods?</p> <p>Spiral of emotions — up or down? What is the spiral of positive emotions? What makes me feel good? How can I influence my emotions? What do positive feelings and stress management have in common? What is social support and why is it so important? Social support — a give and take. Whom can I contact if I feel I can't cope on my own? How can I make social contacts? How do I express socially competent and self-confident behavior?</p> <p>What is mental health? What are risk factors and protective factors? Stress and mental illness — what's the difference? Mental illness in adolescents — is this an issue at all? How can I help others?</p> <p>Finding the appropriate goals. Why are goals important? What do goals have to do with stress and wellbeing? Why can thinking about goals be helpful?</p>	create knowledge/information (presentations, group discussion), re-inforces content (illustrating particular examples - group activities, role play, video presentations), tests in a playful manner (games, quizzes, answer sheets)	concepts about mental health/illness and health seeking; coping skills (problem-solving, relaxation techniques, cognitive reconstruction, seeking support); connection between thoughts, feelings, and behaviors	increase knowledge and information and enhance skills referring to the session's main issue
15	2	-	5	30 Minuten	Type of media studied: television; Outcome variables: Expectancies, Persuasion knowledge	discussions and/or lesson activities: Media clips and discussion guide	understand that media messages are 'constructed'; understand the techniques	increase media literacy

							used to make advertisements appealing; understand that media messages are interpreted differently; identify the implicit messages which are conveyed in media texts; understand the purpose(s) of media messages	(knowledge and attitudes)
16	1	Cancer, stem cell therapy	12	55 Min	Evaluation of Evidence Unit; Topics: Sensational scientific news, basic elements of scientific studies, making observations, evaluating evidence, peer review of research proposals, determine scientific accuracy of news reports of science; Socioscientific issues (SSI) instruction: Using real-world situations to illuminate e.g. ethical dimensions of science. Teacher as mentor.	individual/group presentations and assignments, inquiry activities, discussions, use of authentic news stories, advertisements	applying causal or scientific reasoning to constructed health scenarios or actual news reports of research; addressed science communication related to deficiencies in media reports of science	increase ability to scientifically evaluate claims [skills]
16	2	Acne, back pain	34	1-2 SS	Epidemiology curriculum; Topics: Descriptive and analytical epidemiology, flaws in observational studies, societal role of epidemiology, evaluating prevention strategies; Understanding by Design: Enduring understanding that has lasting value outside the classroom	small groups (Epi teams investigations), lectures, worksheets, portfolios	knowledge and skills relevant to critical appraisal, such as understanding of epidemiological research	increase epidemiological knowledge and understanding [knowledge]
16	3	Obesity	24	-	Causal reasoning unit; Topics: Identifying multiple variables that may influence an outcome	class discussions, authentic data collection and analysis, report writing, blackboard logs, individual assignments.	applying causal or scientific reasoning to constructed health scenarios or actual news reports of research	enhance causal reasoning [skills]
17	-	-	22	1 SS	Fallacies and misinterpretations of data representation: observational studies versus randomized controlled trials (RCT) – What are the differences? Critical appraisal of RCT's Informed choice in diagnostic tests Understanding systematic reviews Searching the Internet and databases Appraising Patient Information Projects were planned and executed by the students working independently in groups	lecture with discussion, brainstorming, class discussion, small group discussion (using a card technique system for collecting ideas), worksheets, flip charts, posters, overhead transparencies, Metaplan and computer projections. The selection of a particular method was	knowledge and skills regarding the recognition of the benefit of independent acquisition and critical appraisal of information to deal with multifaceted questions and to reflect chances and limitations of research in health sciences and medicine; foster independent thinking, self-	increase critical health literacy - understanding EBm aspects [Knowledge / Skills], improve student involvement

						dependent on the defined aims for every single step of the curriculum.	confidence, and social responsibility	t and motivation
18	-	-	2	90 Min	(1) presentation of the project; (2) establishment of group rules; (3) exploration of students' knowledge and beliefs about physical and mental health and illness; (4) exploration of the signs of mental health problems and their impact; (5) identification of risk factors for mental health; (6) identification of symptoms and signs of five mental disorders (depressive disorder, generalized anxiety disorder, anorexia, schizophrenia, and substance-related disorder); and (7) promotion of nonstigmatized behaviors towards mental disorders, addressing the social inclusion of people with mental health disorders. (1) explore inadequate beliefs related to mental disorders; (2) raise students' awareness of mental health problems and their impact; (3) identify formal and informal help-seeking options; (4) promote first aid skills towards people with mental health problems; and (5) address self-help strategies and explore mental health promoting behaviors	group dynamics, music, videos, group discussions, disclosure	aid their recognition, management and prevention	increase in Mental Health Literacy (knowledge and beliefs about mental health disorders)
19	-	-	6	90 Min	Tailored activity programme - Team based, Student involvement, Competence focus	a) students working in teams, b) ensuring a high degree of student co-creation through choices, reflection and feedback, and c) focusing on individual skills development rather than on competition	competence, autonomy, relatedness	improve intrinsic motivation for physical activity
20	-	-	12	1 SS	Included topics covering the prevalence of and risks for depression and stress, the myths and facts about negative thought patterns, the identification of activating events and negative beliefs, and self-management skills such as problem solving, communication and interpersonal skills, conflict resolution, anger management, and positive coping	introduction of the learning outcomes, psychoeducation lectures, mini-games/exercises, discussions, and conclusions	knowledge of depression and life skills such as goal setting, cognitive restructuring, communication, problem solving, conflict resolution, and anger management	reduce depressive symptoms, enhance protective factors of depression
22	-	Sensitivity programme; MHL Programme; Stigma reduction	8	1 SS	Sensitivity about mental health, including the concepts of mental health and mental disorders (emotional management) Concepts of mental health and mental disorders.	presentation	knowledge about mental health; recognition of mental disorders; information about the most prevalent mental	increase mental health knowledge,

					Mental health multidisciplinary team network; Healthy and risky behaviours in mental health; Social skills and antisocial behaviour, bullying and cyberbullying; Anxiety, depression, self-harm, and suicidal behaviours; Eating and behavioural disorders; Substance abuse (alcohol and cannabis) and psychotic disorders Presentation delivered by a person with first-hand experience of a mental disorder, accompanied by a voluntary member from the Activament Catalunya Associació (http://www.activament.org/es), a nonprofit group specialised in reducing mental health-related stigma		disorders during adolescence; recognition of healthy behaviours, risk behaviours; recognition of bullying/cyber-bullying behaviours; information about the magnitude of the stigma associated with a delay in help-seeking and the use of treatment	prevent mental disorders, increase help-seeking, reduce stigma
23	-	Authority; Direct, Aim, Fire; The Big Idea; Techniques; Speak the Unspoken; Plan your Escape	6	60 Min	Authors create media messages for profit and/or influence; Who is the Author of this media message, and what is their motive/purpose? Authors target specific audiences; Who is this message Directed against? (That is, who is the target audience?) Messages contain values and specific points of view; different people interpret messages differently; What Ideas are they trying to get across through this message? Messages affect attitudes and behaviors; multiple production techniques are used; What Techniques do they use to make this message in order to get those ideas across? Messages filter reality; messages omit information; What is Unspoken or omitted from this message? Facilitation of movement from altered attitude and norms toward intention and behavior; What is your Plan now that you know what you know? Is this something you want to buy/do or not?	slide presentation combined with activities and a 16-page workbook	determine the author and purpose as well as the target audience of a media message; describe ideas and feelings which message authors intend to convey; identify specific production techniques used to convey those ideas and feelings; identify salient omissions from the media message; engage in an evaluative process integrating personal perspectives with information from the media message	improve media literacy (authors, audience, message, meaning, representation, reality)
24	-	-	18	55 Min	Mindfulness was implemented in the first 10–15 min of the session; the mindfulness techniques were designed to be useful in the participants' real world by seeking their real practical use and attempting to transfer them to their real lives. Mindfulness capacity is specifically developed to address external or internal events, as well as other activities, to enhance youngster's awareness or to maintain attention to specific inputs. Improve the studied mindfulness	mindfulness techniques (via CD): reflection, body scanning, meditation, frets/matrices, ...	ability to maintain attention openly, both inside and outside, enhanced by anchoring to different aspects: breathing, association of words, body scanner, etc.	develop emotional intelligence, enhance mindfulness

					subcomponents by seeking improvements in sustained attention through frets and matrices, in the association of students' life spaces to a higher level of attention and a lower level of activation, and by reducing students' activation tone prior to lessons.			
25	-	-	-	-	The seminar topics may include, but are not limited to, normal emotional variations, sleep hygiene, stress management, relaxation techniques, body image, self-esteem, and aspects related to autonomy (e.g., making decisions based on one's own will and recognizing personal limits)	1) a theoretical understanding of the seminar topic, 2) practical ageappropriate examples, and 3) providing adolescents with at least one specific and useful tool related to the subject of the seminar	promoting good mental health and coping with normative stressors and emotional variations	increase positive MHL, provide resources for mental wellbeing
26	-	Self-awareness and identity	3	1 ST	The theme Self-awareness and Identity for the 8th grade have three subsidiary themes: Well-being, mental health problems, and mental disorders. For the different themes the teachers are free to choose among a variety of tasks, whichever he or she finds most suiting for their class. All tasks are relatively short, and intend to catch attention and inspire to reflect around the chosen theme. Lectures on the most common or well-known mental disorders are given: anxiety, depression, eating disorders and schizophrenia in 8th grade. Practical information about where and how to find help is included for all levels. However, the main focus is on positive mental health, and only one lesson in the three-day programme is aimed at information about specific mental.	lecturing, individual tasks, group tasks and plenary sessions (e.g. catwalk), and illustrating video material; Active tasks like: 1) to make a play-list of her or his favourite music, or 2) to bring dispensable items symbolizing favourite themes (i.e. movie or concert tickets, postcards) to school and use them for a collage representing him or herself.	a) improving naming of symptom profiles of mental disorder, b) reducing prejudiced beliefs about mental illness, and c) improving knowledge about where to seek help for mental health problems.	improve MHL

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.

Analysefaktoren Interventionseinheit

Artikel ID	Sub ID	Einheit ID	Anzahl Einheiten_C	Dauer je Einheit_C	Inhalt/Durchführung_C	Methoden_C	Zu vermittelnde Kompetenz_C	Gewünschtes Resultat_C
1	-	1	1	3-4 SS	In one role-play activity students are asked to choose an emotion they wish to talk about (e.g., "happiness") and then wear a colored hat representing that emotion (e.g., a blue hat). The teacher then asks questions to facilitate recollection of the circumstances during which the student experienced that particular emotion	presentation, brainstorming, role-playing, recall of experiences associated to emotions, drawing, plenary discussion	emotion recognition and management	improve well-being
1	-	2	1	2 SS	Teachers would collect several photos representing persons in a way that does not reflect their real profession or role (for example, a rich businessman wearing cheap clothes). Students are asked to describe these photos and take guesses about the life of the persons depicted (e.g., where do they think they live, what do they do in the weekends, what kind of music they are into, are they popular, etc.). The teacher then compares students guesses with the real features of the persons involved, highlighting possible mismatches between appearance and reality.	presentation, group work, game, plenary discussion	critical thinking, effective communication skills	reduce aggressive behaviour, improve well-being
1	-	3	1	2-3 SS	During the role-play activity, girls mimic how they think that boys behave during daily activities (e.g., tooth brushing, sports, when they meet someone they like, etc.) and boys do the same for girls. Teacher-led group-work follows to prompt reflection, for example by asking students what the similarities and differences were (for example, they could find out that many activities are performed more similarly than expected, whereas others are not).	presentation, role-playing, group work, plenary discussion	critical thinking, interpersonal skills	reduce aggressive behaviour, improve well-being
1	-	4	1	2 SS	For example, four students are asked to perform the beginning of a story during which the 'cool kid' asks the others to smoke a cigarette. Students are divided into small groups and each group is asked to imagine an ending for this story and perform it in front of the others. This is followed by teacher-led plenary discussion, during which the teacher encourages students to share their thoughts about how the four characters behaved and how they could have acted differently.	presentation, group work, role-playing, feedback, plenary discussion	critical thinking, decision making, peer-pressure resistance skills	enhance healthy behavior (decline smoking and alcohol)
1	-	5	1	3-4 SS	Before the beginning of this unit's activities, students are asked to fill out an anonymous worksheet to record their eating and physical-	presentation, feedback on aggregate analysis of	critical thinking, self-efficacy	enhance healthy behavior (favouring

					activity habits over 1 week. After about a week, the teacher involves students in a group work aimed at identifying their unhealthy behaviors and each group has to select three healthy behaviors and to decide to enforce them for a defined period (for instance, they might commit to use the stairs rather than the lift for at least 3 weeks).	individual worksheets, description of healthy and unhealthy behaviors, plenary discussion		healthy eating and physical activity)
2	-	1	1	30 Min	Recognition, risk factors, and causes of depression; Numerous studies support the role of contact with an individual who has personal experience with mental illness in helping to reduce stigma. Research suggests that video contact can work as effectively as a live presentation. Thus, we will show a video of a young man who has been diagnosed (i.e., not an actor) with depression. The video will present information that is moderately disconfirming of prior stereotypes by balancing presentation of the individual's difficulties resulting from depression with his ability to live a normal life. Each lecture will be followed by a group discussion concerning common myths about depression. After the lecture, for 5minutes for each myth presented, the students will be divided into groups of 10 for discussion. Myths will be displayed on the monitor, and students will be asked to talk about their opinions, specifically whether they agree or disagree with the myths. After 5minutes, the teacher will give them the correction for the displayed myth.	lecturing, group discussion, video	gain information, disconfirm stereotypes	increase mental health (depression) literacy
2	-	2	1	30 Min	Depression treatments—including antidepressants and cognitive behavioral therapy—as well as the professional help available and appropriate ways to seek help; The brochures will be distributed and students will then be asked to read these brochures for 10 minutes, and they will be encouraged to ask questions about the material. Each lecture will be followed by a group discussion concerning common myths about depression. After the lecture, for 5minutes for each myth presented, the students will be divided into groups of 10 for discussion. Myths will be displayed on the monitor, and students will be asked to talk about their opinions, specifically whether they agree or disagree with the myths. After 5minutes, the teacher will give them the correction for the displayed myth.	lecturing, group discussion, brochures - reading and asking questions	gain information	increase mental health (depression) literacy
3	-	1	1	45 Min	Feedback on behaviour: The teacher provides feedback on performance of the physical activity behaviour during PE and informs the students whether they were active during the lesson and how they can improve their activity levels. Graded tasks: The teacher sets easy-to-perform tasks in and after PE, making them increasingly difficult, but achievable, until behaviour is performed. Behavioural practice/rehearsal: Sufficient practice time should be included in each	provide feedback	competence	increase performance recognition and behaviour recognition

					PE lesson. Moreover, practice or rehearsal of the performance of the behaviour should be prompted once or more times in a context or at a time when the performance may not be necessary, in order to increase habit and skill without any social pressure.			
3	-	2	1	45 Min	Providing choice: The teacher supports students' autonomy during PE by providing them a choice between different contents during the PE lesson and for different activities during the afternoon.	provide choice	autonomy	enhance decision making
3	-	3	1	45 Min	Social support: Teachers advise on, arrange or provide social support (e.g. from friends and parents) or non-contingent praise or reward for performance of the behaviour.	advise/arrange/provide support	relatedness	enhance self-efficacy
4	-	1	1	80 Min	define what is a virus, a bacteria and a cell explore elements of the virus particles and structure of influenza talk about conceptions of tropism and virus entry explore epidemics and pandemics Make links, principal characteristics of vaccines for influenza	conversation with visual presentation conversation and exploration with visual support play a game, conversation with visual presentation mini-lecture with visual support, exploration in groups help to make links, conversation	gain information	increase understanding of influenza biology and epidemics/pandemics
5	-	1	1	90 Min	Changes in body during PA, reasons for changes/causes of physiological responses to PA	create perception combined with PA tasks and cognitive elements, quiz, group discussion, apply skills and knowledge	perform and pace aerobic and muscle strengthening PA, perceive as well as explain physiological responses to PA during PA and use the physiological response to PA to regulate PA	increase PAHCO: cognitive = health-related fitness knowledge, physical = physical fitness, motivational = interest and attitudes
5	-	2	1	90 Min	Factors that influence HR, measure RHR and HR, create scatter plot diagram	create perception combined with PA tasks and cognitive elements, measurements and analysis, group discussion, apply skills and knowledge	+ monitor and evaluate acute physiological responses to PA during PA using different techniques	increase PAHCO: cognitive = health-related fitness knowledge, physical = physical fitness, motivational = interest and attitudes
5	-	3	1	90 Min	Factors that influence perceived exertion, rating of perceived exertion (e.g., rating of perceived exertion (RPE)), create scatter plot diagram	create perception combined with PA tasks and cognitive elements, measurements and analysis, group discussion, apply skills and knowledge	same	increase PAHCO: cognitive = health-related fitness knowledge, physical = physical fitness, motivational =

								interest and attitudes
5	-	4	1	90 Min	Session 4 and 5 combined; types of PA, performance of PA exercises to enhance health-related physical fitness, motives for being physically active, components of health-related physical fitness, definition of FITT formula (frequency, intensity, time and type) - differences between cardiovascular endurance and strengthening activities on it	create perception combined with PA tasks and cognitive elements, group discussion, apply skills and knowledge	+ identify different types of PA, name and explain the basic principles of exercise to plan an exercise program while considering a specific objective, name the effects of PA on health and reflect upon the importance of PA for one's own health	cognitive = health-related fitness knowledge, physical = physical fitness, motivational = interest and attitudes
5	-	6	1	90 Min	Students to create PA activity by applying new skills and knowledge from sessions 1-5	instruction	same	cognitive = health-related fitness knowledge, physical = physical fitness, motivational = interest and attitudes
6	-	1	1	75 Min	Mental health, mental health problems and types, impact, Stigma, appropriate help	group discussion, identifying supportive adults, relaxation, videos	knowledge/skills in: recognising warning signs, communication, seeking help, respond in a crisis	increase mental health literacy, decrease stigmatising attitudes towards individuals with mental illness
6	-	2	1	75 Min	MHFA, mental health crisis, help a friend in a mental health crisis using teen MHFA, recovery position	group discussion, role play, video	knowledge/skills in: communication, seeking help, respond in a crisis	increase mental health literacy, improve MHFA behaviours
6	-	3	1	75 Min	Acting early, help a friend with a mental health problem using teen MHFA, links and resources	group discussion, role play, videos	knowledge/skills in: communication, seeking help	increase mental health literacy, improve MHFA behaviours
7	-	1	2	90 Min	Highlighting the role media messages can have in promoting dysfunctional beliefs on (a) sport as the means to unrealistic objectives, (b) advertising which alters and falsifies body images and portrayals and may contribute to esthetic ideals that are unrealistic and impossible to meet, and (c) doping as a necessary means to achieve outstanding performances (two sessions)	feedback, arguments	knowledge about media, skills in: recognition, critical thinking, decision making	increase media literacy (in the domain of PAES)

7	-	2	2	90 Min	Side effects of doping substances and on the ways correct nutrition and lifestyle allow one to reach optimal performance, especially considering the misinformation that often is carried out by media (two sessions)	conversation, provide information, encourage to share their personal views, groupwork, group discussion	knowledge about doping/nutrition and media, skills in: recognition, critical thinking, decision making	increase media literacy (in the domain of PAES)
7	-	3	2	90 Min	Issues concerning the moral and ethical implications of doping substance use and on the ways media may disregard or minimize these issues (two sessions)	actively engage, encourage to share their personal views, groupwork, group discussion	knowledge about doping/moral and media, skills in: recognition, critical thinking, decision making	increase media literacy (in the domain of PAES)
7	-	4	2	90 Min	Ways beliefs and other mental strategies may help students in re-framing his or her awareness and sport related goals, in order to counteract temptations toward doping use (two sessions)	address/provide arguments, encourage to share their personal views, groupwork, group discussion	knowledge about mental strategies, skills in: recognition, critical thinking, decision making	increase media literacy (in the domain of PAES)
7	-	5	4	90 Min	During the last four sessions, students actively and in full autonomy worked on the development of a media message and a sensitization campaign against doping use, and they were instructed to think about their age peers as the target group of this type of campaign.	instruction, provide support	interpersonal skills	increase media literacy (in the domain of PAES)
8	-	1	1	60 Min	(0) Introduction (a) Dark Days, the person's first experience with symptoms of mental illness; (b) Acceptance, how the person has accepted the mental illness; (c) Treatment, what therapies and medications work for the person; (d) Coping, daily activities that help the person self-manage the mental illness; and (e) and Successes, Hopes, and Dreams, how the person overcomes the challenges associated with mental illness and progresses toward meeting his or her personal goals.	presentation, video, presentation, group discussion	knowledge about mental illness and coping strategies, develop skills, confidence and self-esteem	increase mental health literacy, decrease mental health stigma
9	-	1	1	40 Min	define over-the-counter (OTC) medicines and prescription (Rx) medicines. understand how OTC medicines and Rx medicines are similar and how they are different. define how to responsibly use medicine.	conversation, quiz, group discussion, personal story telling, conversation/presentation 4x, printables	define OTC medicines and prescription medicines; understand the similarities and differences between OTC medicines and prescription medicines; learn how to responsibly use medicine	understanding of prescription and OTC medicines

9	-	2	1	40 Min	Identify the Drug Facts Label. learn the definitions of the terms on the Drug Facts Label. Know the importance of reading and understanding all of the information on the Drug Facts Label. learn the consequences of not reading and understanding all of the information on the Drug Facts Label. Identify the steps to take in the event of a medicine mistake.	presentation 3x, printable, video, presentation 6x	identify the drug facts label; learn the definitions of the terms on the drug facts label; know the importance of reading and understanding all of the information on the drug facts label; learn the potential consequences of not reading and understanding all of the information on the drug facts label; identify the steps to take in the event of a medicine mistake	understanding of how to read a Drug Facts Label
9	-	3	1	40 Min	Identify information found in the dosage instructions on the Drug Fact Labels (when, how, and how often to take the medicine). understand why using proper dosing tools is important. Discuss possible consequences of not following dosage instructions. Explain the importance of reading and understanding dosage information.	group discussion 3x, presentation 4x, printable	identify information found in dosing instructions on drug facts labels (when, how, and how often to take the medicine); Explain the importance of reading and understanding dosing information; understand why using proper dosing tools is important; Discuss possible consequences of not following dosing instructions;	increase knowledge of responsible use of medicines and the dangers of taking medicine not as labeled
9	-	4	1	40 Min	describe what makes a location safe or unsafe for medicine storage. Identify potential consequences of unsafe medicine storage. Brainstorm ways students can talk to family members about safe medicine storage.	presentation 2x, printable, presentation 2x, printable, presentation	describe what makes a location safe or unsafe for medicine storage; identify potential consequences of unsafe medicine storage; brainstorm ways students can talk	understanding of where to properly store medicines

								to family members about safe medicine storage and safe disposal	
10	-	1	1	50 Min	Mental illness in general including risk/causes, “truths” (facts) and “myths” (stigma)	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of mental illness	increase mental health literacy	
10	-	2	1	50 Min	Coping - hands-on: develop a customized individual coping plan with illustrations.	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of coping strategies	increase mental health literacy and coping skills	
10	-	3	1	50 Min	Depression and other mental health disorders (including types of anxiety, schizophrenia, bipolar disorder), hands-on: color pictures of a depressed vs. a non-depressed brain based on an MRI example.	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of specific mental health disorders	increase mental health literacy	
10	-	4	1	50 Min	Recovery-focused learning model by holistic recovery model - hands-on: construct a crisis mobile with drawings and names of behaviors that they believe will help them reduce stress and “stay in balance.”	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of recovery-focused learning content	increase mental health literacy and coping skills	
10	-	5	1	50 Min	Substance abuse e.g., alcohol, marijuana, meth amphetamines, inhalants, and opioid addiction, hands-on: walk rapidly about the room in a circle demonstrating how substance abuse and depression can have a “circular” effect, sometime leading to increased levels of mental health symptoms.	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of substance abuse	increase mental health literacy	
10	-	6	1	50 Min	Family - impacts of mental illness on family members, discuss how to seek help for mental health concerns and how to help others with these concerns, hands-on: watch a movie clip about a family with a parent with a mental illness and discuss what each family member may be feeling and/or thinking.	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of possible impacts on family members and how to (seek) help	increase mental health literacy and coping skills	
10	-	7	1	50 Min	Planning - for mental health crises and the future of the youth, hands-on: engage in a hopscotch-like team competition to plan for ways to work toward their future goals.	'word of the day', food/drink, check-in, discussion, hands-on activity, 'prize box'	knowledge of future-planning	increase mental health literacy and coping skills	
11	-	1	1	60 Min	Eating and Nutrition - Balanced eating concept, Concepts of eating and nutrition, Nutrients, Food pyramid and foods, The importance of water; Knowledge is transmitted from a positive approach: it focuses on what students can enjoy rather than what they should avoid.	PP presentation	knowledge about basic concepts in nutrition and food and correct false beliefs about food	increase health behavior (favouring healthy eating)	
11	-	2	1	60 Min	Practical and relevant aspects of food are discussed through the analysis of four menus (one balanced and three unbalanced in carbohydrates, proteins and fats). Knowledge is transmitted from a positive approach: it focuses on what students can enjoy rather than what they should avoid.	lecturing	knowledge about basic concepts in nutrition and food and correct false beliefs about food	increase health behavior (favouring healthy eating)	
11	-	3	1	60 Min	Feminine beauty ideal - Beauty throughout history, Recent changes in the criteria of beauty, Beauty in different cultures, Thinness in Western culture today	PP presentation	knowledge and critical thinking about beauty ideals	increase media literacy	

11	-	4	2	60 Min	The feminine beauty ideal in the media - Analysis of advertising messages and transmission of values, What advertising hides from us, The comparison trap, Introduction of the first activity	PP presentation	knowledge and critical thinking about beauty ideals in the media	increase media literacy
11	-	5	1	60 Min	Activity 1: advertising analysis - Guided critical analysis of an advertisement, Responding to a 10-question media literacy-based script	group activity	skills to create a media message, generate cognitive dissonance in relation to the current Beauty Ideal	increase media literacy
11	-	6	1	60 Min	How to deal with media messages - Groups complete and discuss the work done in Activity 1, "You can do something": How to develop active attitudes and behavior, Introduction of the second activity	PP presentation	knowledge and critical thinking about media messages	increase media literacy
11	-	7	1	60 Min	Activity 2: complaint letters to the media - Preparing and writing a complaint letter, Giving the letter to one's tutor	group activity	develop active behaviors toward messages conveyed by the media, generate cognitive dissonance in relation to the current Beauty Ideal	increase media literacy
11	-	8	1	60 Min	This session aimed to refresh memories of the main ideas conveyed in the Media Literacy component and to look at the companies' responses to the letters of complaint written by the participants in one of the activities of the program.	lecturing	strengthening their activist behavior and increasing their self-efficacy beliefs	increase empowerment
12	-	1	1	1 SS	Educational lecture: Canada's Food Guide and the number of recommended daily servings from each food group for the age of participants; Limiting consumption of added sugar as part of a healthy lifestyle; The use of two-dimensional food models. Experiential learning activities: food models were used to: Visualizing an everyday personal diet (students used the models to represent their previous day's diet); Designing a daily menu according to Canada's Food Guide Servings (students were asked to use the food models to create a healthy daily diet according to food guide servings); Setting goals on how to modify the personal diet to consume the number of servings suggested by Canada's Food Guide	educational lecture, experiential learning activity	knowledge and understanding around the daily amount of added sugar in a healthy diet, skills to design healthy eating patterns	enhance health literacy (healthy eating; knowledge, awareness, skills and intention to change)
12	-	2	1	1 SS	Educational lecture: World Health Organization recommendations/guidelines for consumption of sugars; How to read and interpret ingredients lists on packaged foods and beverages, specifically, the added sugar content in Nutrition Fact tables. Experiential learning activities: use of two-dimensional food models (including models of teaspoons of sugar) to help students: Visualizing the amount of added sugar in food and beverages by expressing the content of sugar in teaspoons of sugar; Identifying added sugar information in packaged food (real food labels were provided) and	educational lecture, experiential learning activity	knowledge and understanding around sugar content in food and beverages, skills to interpret nutrition fact labels in packaged products	enhance sugar literacy (knowledge, awareness, skills and intention to change)

					converting added sugar content to teaspoons of sugar; Analyzing an example of an adolescent diet (supplied by the researcher) and determining the teaspoons of added sugar included in that diet. Make recommendations on how to reduce total added sugar and incorporate the right amount of servings from each Food Group for that particular diet.			
14	-	1	1	60 Min	The activities in this section will explore the nature of stigma, its impact on the lives of people with mental illness, and some ways of combating stigma.	presentation 2x, Digital Story Telling, Lecturing	understand stigma surrounding mental illness, and the impact of stigma on help-seeking behaviour; explore the differences between the myths and realities of mental illness; about some ways of overcoming stigma and promoting a realistic understanding of mental illness	enhance mental health literacy (decrease stigma, help increase mental health for those who have a mental illness)
14	-	2	1	60 Min	In this module, students will be introduced to the basics of brain function, and will learn that the brain processes and reacts to everything we experience. Its activities initiate and control movement, thinking, perception, emotions and involuntary physiological processes. Students will learn that brain fun determines both mental health and mental illness, and that the two are not mutually exclusive.	'Teenage Brain', presentation, 'Language Matters'	Some of the basic concepts involved in normal brain function, and the role the brain plays in controlling our thoughts, feelings and behaviours; realize that mental health and mental illness both include a wide range of states, having a mental health problem is not the same thing as having a mental illness, a person can have a mental illness and be mentally healthy at the same time; some of the language used to discuss mental health and mental illness	enhance mental health literacy (obtain and maintain good mental health)

14	-	3	1	100 Min	In this module, students will learn more about the most common mental illnesses that affect adolescents. This module is divided into 3 sections – A, B and C. For each section, each activity must be completed. There are no optional activities in this module. Module 3 can be completed over two or more classroom periods if necessary.	presentation 2x, describing Common Mental Disorders Found in Teenagers, group discussion, 'sharing the pieces'	recognize that mental illnesses are associated with changes in usual brain functions; gain a better understanding of the symptoms, causes, treatments and other supports for specific; mental illnesses that commonly arise during adolescence	enhance mental health literacy (increase understanding of mental disorders and their treatments)
14	-	4	1	60 Min	In this module students will hear directly from other young people about their personal experiences with mental illness. In their own words, a number of young people describe their symptoms, the difficulties they went through as a result of their illness, and how the illness affected their lives at school, within their families, and in their friendships. Students will work together in small groups to explore the impact of mental illnesses on the lives of the young people in the video. Students will also be introduced to two resources: "How Do I Teen My Parent?" and "How Do I Parent My Teen?"	video discussion, 'teens and parents'	understand on personal level the way mental illnesses can impact on a person's life; appreciate the importance of getting help and proper treatment for a mental illness; stress the importance of positive communications between parents and teens	enhance mental health literacy (increase understanding of treatments and help-seeking)
14	-	5	1	60 Min	This lesson will address the issues around help seeking, as well as providing ideas about ways in which that help and support can be accessed - within the school and beyond.	presentation, 'getting help', 'my health questions'	understand that people may need support to deal with some very stressful life events and situations; distinguish between "normal" responses to stress and those that may indicate a need or additional support from health professionals; consider who they could talk to if they were worried about their own mental health, or that of a friend or relative;	enhance mental health literacy (enhancing help-seeking efficacy)

								identify support personnel in the school relevant to mental health; become familiar with the range of community-based healthcare services and groups available to support people who are experiencing mental illness and their families and friends	
14	-	6	1	60 Min	What constitutes a mentally healthy person? Does being mentally healthy mean not having negative emotions? What does the word "stress" mean and how can we re-think the common perception that all stress is bad for our mental health? Are the strategies that we use to achieve good mental health mostly different or mostly the same as those we use to achieve good physical health?	'understanding the stress response', 'challenging out thinking', review useful strategies for modulating the intensity of the stress response	learn about what the stress response is and how to use it to help develop resilience; learn when to apply stress reduction techniques and what kinds of stress reduction techniques can be helpful; learn and apply activities designed to enhance both mental and physical health	enhance mental health literacy (obtain and maintain good mental health)	
15	1	1	1	45 Min	Type of media studied: television; Outcome variables: Behavioural, Intention, Realism, Desirability, Expectancies, Advertising, Scepticism, Media scepticism	presentation: media clips, magazine	understand that media messages are 'constructed'; understand the purpose(s) of media messages	increase media literacy (knowledge, skills - critical thinking, behaviour and attitudes - scepticism, realism, expectancies)	
15	3	1	1	90 Min	Type of media studied: television; Outcome variables: Expectancies, Alcohol consumption	discussions and/or lesson activities: Media clips	understand that media messages are 'constructed'; understand that media messages are interpreted differently; identify the implicit messages which are conveyed in media	increase media literacy (behaviour and attitudes)	

							texts; understand the purpose(s) of media messages	
21	-	1	15	1 SS	Investigation phase, where pupils investigate their physical activity with step counters (IMOVE) and their food intake with a log book (IEAT), followed by learning and critical dialogue in the next week.	measurements and analysis, log book, lecture, group work, critical dialogue	gain information, critical thinking	improve pupils' dietary habits, physical activity, well-being and social capital
21	-	2	12	1 SS	Vision phase, where pupils elaborate their visions for a health-promoting school and present them to a school audience.	brainstorming, voting, elaboration and presentation in groups	action competence	improve pupils' dietary habits, physical activity, well-being and social capital
21	-	3	8-12	1 SS	Action & Change phase, where pupils work to realize their visions with the support of teachers, health committee school management and parents.	provide support	action competence	improve pupils' dietary habits, physical activity, well-being and social capital
27	-	1	2	90 Min	Symptoms of depression, process of medical decision-making; parallels between depression and other medical illnesses; suicide as a potential consequence of depression; depression is a treatable medical illness	interactive lectures (curriculum overheads or PowerPoint presentations), videos, film assignments, handouts, and group activities (group activity cards)	knowledge about mood disorders as well as attitudes about treatment	increase depression literacy (to seek treatment)

Die Zuweisung von Artikel ID und Sub ID zum entsprechenden Artikel findet sich in Tabelle 2.