



Leseprobe aus Berkemeyer, Kracke, Meißner und Noack, Schule gemeinsam
gesund gestalten, ISBN 978-3-7799-6242-7

© 2020 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?
isbn=978-3-7799-6242-7](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6242-7)

Vorbeugen durch soziale Teilhabe: Neue Wege der Gesundheitsförderung an Schulen

Sebastian Meißner, Ina Semper, Bärbel Kracke,
Nils Berkemeyer und Peter Noack

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ (WHO 1986).

Die 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Ottawa-Charta stellt ein Schlüsseldokument und einen Wendepunkt in der Gesundheitspolitik dar. Dem Leitbild der Gesundheitsförderung verpflichtet, entwirft die WHO eine neue, salutogenetisch und sozial-ökologisch ausgerichtete Perspektive auf Gesundheit (Loss/Warrelmann/Lindacher, 2016).

Richtungsweisend ist zunächst eine grundlegende Umorientierung im Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Entgegen der bis dato vorherrschenden Krankheits- und Risikoorientierung, deren Strategien auf die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten zielt, fokussiert der salutogenetische Ansatz primär die Frage, *was den Menschen gesund erhält* (Antonovsky 1996, 1997). Konkret heißt das, nach den Bedingungen und Faktoren, d.h. den internen wie externen Ressourcen zu fragen, die unsere Gesundheit schützen und uns und unseren Organismus widerstandsfähiger gegenüber schädlichen Einflüssen machen (Bengel/Strittmatter/Willmann, 2009, S. 27).

Eben diese Ressourcenorientierung erfordert die Berücksichtigung der ganzen Person mitsamt ihrer Lebenswelt. Gesundheitsförderung setzt an diesem Punkt an. Dass das Gesundheitsverhalten vielfach durch soziale wie umwelt-

bezogene Faktoren bedingt ist, die nur in Grenzen frei wähl- und beeinflussbar sind, belegen die zahlreichen Forschungen zu gesundheitsbezogenen Ungleichheiten der vergangenen Jahre eindrücklich (Hurrelmann/Richter 2009, 2013; Lampert et al. 2016; Lampert et al. 2017). Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen in ihrem Kern daher auf die Schaffung „gesundheitsfördernder Lebenswelten“ (Loss et al. 2016, S. 436). Konkret geht es hierbei zum einen um die Veränderung des materiellen, sozialen, organisatorischen und politischen Lebensumfeldes, d.h. jener Rahmenbedingungen, die es Gesellschaften und ihren Mitgliedern ermöglichen sich gesund zu entwickeln (Habermann-Horstmeier 2017; Habermann-Horstmeier/Lippke 2019; Loss et al. 2016). Zum anderen sollen Menschen individuell wie kollektiv dazu befähigt werden, in einem höheren Maß über ihre Gesundheit selbst zu bestimmen und sich proaktiv, auch durch Veränderung von Umweltbedingungen, für ihre eigene wie für die Gesundheit anderer einzusetzen.

Kurz: Gesundheitsförderung lenkt den Blick auf die Frage, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotenzial von Menschen durch die strukturelle Schaffung und Unterstützung bei der Ausgestaltung gesundheitserhaltender Lebensbedingungen (Verhältnisorientierung) wie über die Stärkung der Gesundheitskompetenz (Verhaltensorientierung) gefördert werden kann (Dadaczynski/Baumgarten/Hartmann 2016, S. 215 f.).

Eine Schlüsselstrategie hierfür sind sogenannte setting-bezogene Ansätze. Settings sind jene sozialräumlich institutionalisierten Lebenswelten, wie Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Betriebe, Unternehmen, Seniorenheime, Quartiere, Gemeinden etc., „in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“ (WHO 1998, S. 16). In diesen lebensweltlichen Institutionen können große Bevölkerungsteile mit präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden, daher sind sie geeignet, gesundheitsbezogenen Chancenungleichheiten effektiv entgegenzuwirken (Habermann-Horstmeier/Lippke 2019; Loss et al. 2016; kritisch hierzu Bär 2016).

Gesundheitsförderung im Sinne des Setting-Ansatzes ist ein komplexer Prozess und erfordert eine systemisch-ökologische Perspektive auf Gesundheit. Konkret bedeutet dies, Gesundheit einerseits als Ergebnis des dynamischen Wechselspiels von personellen, organisationalen und umweltbezogenen Faktoren zu verstehen und andererseits zu berücksichtigen, dass Settings als soziale Systeme aufgrund ihrer Offenheit immer in Relation zu anderen Settings und daher nie isoliert zu betrachten sind (Dadaczynski/Baumgarten/Hartmann 2016, S. 215). Um nachhaltige Veränderungen innerhalb eines Settings anzustoßen gilt es, ganzheitliche Organisationsentwicklungen anzustoßen, d.h. Gesundheit und ihre Förderung „in die Prozesse, Strukturen und Kernanliegen des Settings“ zu integrieren, sodass diese „zum selbstverständlichen Bestandteil aller Entscheidungs- und Planungsprozesse werden“ (ebd., S. 216). Auf lokaler Ebene

bedarf es daher der aktiven Einbeziehung und Einbindung der Setting-Mitglieder und relevanter Stakeholder (*participation*). Um die eigene Lebenswelt aktiv beeinflussen und gestalten zu können, forcieren setting-bezogene Ansätze den Aufbau und die Entwicklung der individuellen Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) wie den Aufbau von Netzwerkstrukturen innerhalb und außerhalb des Settings (*capacity-building*). Auch auf politischer Ebene ist ein Umdenken nötig. Eine umfassende und adäquate Gesundheitsförderung, wie sie die WHO in der Ottawa-Charta entwirft und wie sie in den Folgekonferenzen weiter ausdifferenziert wird (siehe hierzu Bröskamp-Stone/Dietscher 2011), ist nur durch die Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen erreichbar. „Health in all Politics“ lautet die Botschaft und Herausforderung (Loss/Warrelmann/Lindacher 2016, S. 437).

Dass Gesundheit ein wertvolles, zu bewahrendes und zu schützendes Gut ist, rückt unter dem Eindruck umfassender gesellschaftlicher Transformationen immer stärker in das öffentliche Bewusstsein. Zu nennen sind hier u. a. der demografische Wandel, die Internationalisierung, Individualisierung, veränderte Lebensbedingungen oder der technologische Wandel. In den letzten beiden Dekaden lässt sich aber auch ein grundlegender Wandel des Krankheitsspektrums hin zu sog. Volks- bzw. Zivilisationskrankheiten, wie Demenz, Depression, Burnout etc., konstatieren (Berger et al. 2019; Berger/Kraußlach/Strauß 2019). Aus all diesen Entwicklungen erwachsen neue gesundheits- und versorgungsrelevante Herausforderungen, bei denen es weniger um die Risikovermeidung, sondern um das Management von Krankheiten und den Erhalt von Lebensqualität geht (Krajic/Dietscher/Pelikan 2017, S. 10).

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, kurz Präventionsgesetz (PrävG) 2015 wird ein deutliches politisches Signal gesendet, die Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit und Prävention konsequent lebensweltlich auszurichten und hierfür die Anstrengungen verschiedener Akteure stärker zu bündeln (Bundesrat 2015).

Zur Bewältigung der komplexen Herausforderungen im Gesundheitssektor schreibt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2012 den Wettbewerb „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“ (GeDiReMo) aus (BMBF 2012). Ziel der Förderung ist es, Modellregionen zu etablieren, die „innovative Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Rahmen eines Forschungs- und Praxisverbundes anregen“ (Berger et al. 2019, S. 38). Getragen von der Idee setting-basierter Gesundheitsförderung sollen die fünf avisierten Gesundheitsregionen einen sektorenübergreifenden Ansatz verfolgen, der die relevanten Akteurinnen und Akteure auf lokaler Ebene in einem partizipativen Prozess miteinander verzahnt, um so „den individuellen Bedürfnissen der Menschen nach ganzheitlichen Lösungsangeboten zu genügen“ (BMBF 2012).

Unter dem Leitgedanken „Vorbeugen durch Teilhabe“ gehört Jena zu einer

der fünf vom BMBF unter dem Dach der Fördermaßnahme „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“ (GeDiReMo) geförderten Modellregionen, in denen innovative Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Zeitraum von 2014 bis 2018 in den Lebenswelten vor Ort und über die gesamte Lebensspanne hinweg erprobt und evaluiert werden (Förderkennzeichen 01KK1401A-C).

VorteilJena geht hierbei neue Wege der Gesundheitsförderung und -forschung, indem durch die Stärkung der sozialen Teilhabe den neuen Volkskrankheiten vorgebeugt und entgegengewirkt werden soll. Selbstwert und der Selbstwirksamkeit fungieren hierbei als vermittelnde Variablen zwischen Teilhabe und Gesundheit (Berger/Kraußlach/Strauß, 2015; Berger/Kraußlach/Strauß, 2019). Der diesem Ziel zugrundeliegende Kerngedanke ist der der Förderung gesellschaftlicher Inklusion: Wer sich dazugehörig fühlt, einbezogen wird, in seinen Bedürfnissen Anerkennung findet und nicht aufgrund von Geschlecht, Alter, Herkunft, Religionszugehörigkeit, Bildung oder Behinderung benachteiligt oder ausgeschlossen wird, kann aktiv und selbstbestimmt für seine Gesundheit sorgen. Soziale Teilhabe, im Sinne eines umfassenden Zugehörigkeitsgefühls (*belonging*) bewirkt, dass Menschen sich als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft erleben, die die wichtigsten Aspekte der eigenen Lebensführung beeinflussen und ein sinnerfülltes Leben führen können (vgl. Hurrelmann 2010; Niederbacher/Zimmermann 2011).

Auf dieser Basis arbeiten insgesamt acht Teilprojekte in den drei lebensweltbezogenen Teilbereichen, „Gesund Lernen“, „Gesund Arbeiten“ und „Gesund Altern“ des Verbundprojekts VorteilJena am Universitätsklinikum Jena (UKJ), der Friedrich-Schiller-Universität Jena sowie der Ernst-Abbe-Hochschule Jena (EAH) partizipativ mit den jeweiligen Modell- und Netzwerkpartnern sowie den Zielgruppen an innovativen Formaten der Gesundheitsförderung und der Entwicklung von qualitätsgesicherten Praxishilfen für eine bevölkerungsweite Nutzung (ausführlich hierzu Berger/Kraußlach/Strauß 2015; Berger et al. 2019; Berger/Kraußlach/Strauß 2019).

Im Bereich „Gesund Lernen“, der in diesem Band im Fokus steht, werden zentrale Herausforderungen der Jenaer Bildungsregion zum Anlass für die Entwicklung, die Erprobung und Evaluation zweier netzwerkbasierter Interventionen:

- „Netzwerke für Bildungsübergänge“: Teilhabe durch Unterstützung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf bei Übergängen in der Bildungslaufbahn
- „Gesunde Lehrkräfte durch Gemeinschaft“: Gesundheitsförderung von Lehrerinnen und Lehrern durch Stärkung der sozialen Teilhabe in Lehrkräftenetzwerken

In diesem Band werden die Impulse, Erfahrungen und Ergebnisse, die aus dem Kontext dieser beiden Teilprojekte hervorgegangen bzw. entstanden sind, vorgestellt und im Hinblick auf ihre Potenziale zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule kritisch diskutiert und eingeordnet.

Aufbau des Bandes

Der vorliegende Band gliedert sich in zwei große Schwerpunktbereiche. Der erste Teil beleuchtet die theoretischen Grundlagen der schulischen Gesundheitsförderung im Medium sozialer Teilhabe, während sich der zweite Teil den qualitätsgesicherten Praxishilfen zuwendet, diese exemplarisch vorstellt und deren Anwendbarkeit und Nutzungspotenziale im Kontext Schule reflektiert.

Den Einstieg in den ersten Schwerpunktbereich bildet der Beitrag von *Peter Noack und Bärbel Kracke*, die sich dem Thema Übergänge in der schulischen Bildungsbiographie widmen. Bildungsübergänge verstehen sie hierbei als „ökologische Übergänge normativer Art“ (Weber-Liel et al. 2019, S. 9). Entlang der einzelnen bildungsbiographischen Übergänge von der Kindertagesstätte über die Schule in die Berufs- und Arbeitswelt hinein, diskutieren sie die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen für die individuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit Bildungsübergänge stärker risikobehaftet oder chancenreich sind, hängt nicht nur von individuellen Dispositionen ab, sondern ist das Resultat des komplexen Wechselspiels zwischen individuellen Merkmalen und kontextuellen Bedingungen. Ansatzpunkte dafür, den Prozess und die Ergebnisse von Bildungsübergängen günstiger zu gestalten, sehen sie zum einen in der geeigneten Vorbereitung von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf Wissen, Kompetenzen und Orientierungen, zum anderen aber auch in der verstärkten Kooperation und Vernetzung zwischen den ab- und aufnehmenden Einrichtungen sowie weiteren regionalen Akteuren.

Dorit Weber-Liel und Bärbel Kracke zeigen vor dem Hintergrund des im Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention formulierten Anspruchs auf inklusive Bildung konkreten Handlungsbedarf auf, der hinsichtlich erfolgreicher Übergänge für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf besteht. Dabei stellen sie zum einen die Frage zentral, mit welchen spezifischen Herausforderungen sich Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf bei Bildungsübergängen konfrontiert sehen und zum anderen, welche Anforderungen sich hieraus für schulische Akteure und regionale Schulsysteme ergeben. Bezugnehmend auf den ökosystemischen Ansatz von Uri Bronfenbrenner betonen sie die zentrale Rolle von Kooperation und Vernetzung zwischen allen am Übergangsprozess beteiligten Akteuren und Bezugssystemen bei der individuellen und bedarfsgerechten Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Mit dem Instrument