

# Gesundheitsförderliche Schule durch stärkere Partizipation

Schüler\*innen und Lehrer\*innen setzen gesundheitsbezogene Projekte um



Prof. Dr. Eike Quilling



Merle Müller



Stefanie Kruse

Um erfolgreiche Gesundheitsförderung an Schulen zu etablieren, hat das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) das Modellvorhaben „Partizipative Gesundheitsförderung“ initiiert. Mit dem Projekt sollen Schüler- und Lehrer\*innen gemeinsam gesundheitsfördernde Projekte an ihren jeweiligen Schulen umsetzen. Die Schulung und Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit soll helfen, Partizipation als Teil des gelebten Schulalltags zu etablieren. In dem Beitrag werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Evaluation beschrieben.

In Deutschland gibt es wie in anderen Industrieländern nach wie vor ein soziales Gefälle im Gesundheitszustand der Bevölkerung: Menschen mit geringerem Sozialstatus haben einen schlechteren Gesundheitszustand und sterben früher. Das soziale Gefälle wird in den Bereichen schlechter Ernährung, Bewegungsmangel, Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum sowie Adipositas sichtbar (Marmot 2010) und wird von Einkommen, Bildung und Berufszugehörigkeit bestimmt. Zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten

können langfristig verschiedene Determinanten von Gesundheit adressiert werden. Auf der Makro-Ebene müssen gesamtgesellschaftlich Rahmenbedingungen geschaffen werden beispielsweise durch normative oder gesetzliche Regulierung, so dass Risiken reduziert und Ressourcen gestärkt werden. Auf der Meso-Ebene liegt der Schwerpunkt auf der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen und sozialen Netzwerken. Auf der Mikroebene wiederum steht der Mensch im Mittelpunkt.

Die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit, sozialen Wandel und soziale Gerechtigkeit in der Gesellschaft und für das Individuum zu fördern, zeigt die deutliche und geradezu untrennbare Verquickung der Ziele Sozialer Arbeit mit dem Anliegen der Gesundheitsförderung, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Um in Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe die Mikro- und Meso-Ebene mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu verbinden, scheint die Schule ein besonders vielversprechendes Setting zu sein, da dort viele Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrem Sozialstatus erreichbar sind.

Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO ist der Setting-Ansatz ein adäquater Weg, Gesundheitsförderung zielgerichtet umzusetzen. Der Ansatz der Schaffung eines gesunden Lebensumfeldes verhindert, dass soziale Probleme, die sich aus sozialen Ungleichheiten ergeben, individualisiert werden: Einerseits soll die individuelle Gesundheit in Bezug auf gesunde Verhaltensweisen unabhängig von Einkommen, Herkunft und Bildungsstand verbessert (Swinburn, Egger und Razza 1999), darüber hinaus soll Gesundheit andererseits durch die Stärkung von Widerstandsfaktoren und die Reduzierung von Umweltrisikofaktoren gefördert werden. Nach Engelmann und Halkow

(2008) umfasst der Setting-Ansatz Empowerment, Partizipation und Strukturentwicklung als zentrale methodische Prinzipien.

Partizipation gilt nach Franzkowiak und Homfeldt (2012) auch als zentrale Handlungsmaxime für die lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Dementsprechend ist es in den verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe zentrale Aufgabe der Fachkräfte, vielfältige Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zu schaffen (ebd.; Thiersch et al. 2010). Die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) hat erst im Dezember 2018 ein Positionspapier zur herausragenden und weit über das unmittelbare Arbeitsfeld hinausgehenden Bedeutung von Partizipation formuliert, in dem sie partizipatives Arbeiten zum zentralen, konzeptionell leitenden Prinzip erklärt (vgl. AGJ, S. 15). Dabei sind positive gesundheitliche Wirkungen in der Kinder- und Jugendhilfe teilweise explizit intendiert und teilweise ein Nebeneffekt, aber nicht unmittelbar avisiertes Ergebnis methodischen Handelns mit Adressat\*innen, etwa in der Arbeit mit Familien oder im Kontext der Gemeinwesenarbeit. Arbeitsprinzipien und Handlungsansätze Sozialer Arbeit erfordern ein Kompetenzportfolio, das eine gesundheitsbezogene Aktivierung und Partizipationsförderung genuin ermöglicht (Franzkowiak und Homfeldt 2012).

### **Schulung und Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit ist zentrales Element des Modellprojektes**

Auf genau diese Kompetenzprofile zielt das Projekt der partizipativen Gesundheitsförderung in Schulen. Das Modellvorhaben wurde von der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS Köln) in Kooperation mit dem Jugendhilfeträger transfer e. V. in 2 Modellphasen (Modellphase I: 2015/2016) und Modellphase II: 2016/2017) umgesetzt. Ziel war es, in jeder beteiligten Schule Schüler\*innen und Lehrkräfte zu einem B-Team (Beteiligungsorientiertes Team) auszubilden und in die Lage zu versetzen, zukünftig eigen-

ständig partizipativ angelegte Projekte mit Gesundheitsbezug zu verwirklichen. Im Zentrum der Intervention stand die Schulung und Beratung der B-Teams durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Vor dem Hintergrund, mit dem Setting-Ansatz möglichst viele Kinder und Jugendliche zu erreichen, und mithilfe der Fachlichkeit Sozialer Arbeit soll Partizipation Teil des gelebten Schulalltags werden – zumindest aber im Bereich der gesundheitsfördernden Projekte. Das Projekt folgt dabei dem Anspruch, den Setting-Ansatz nicht auf einen Zugangsweg zu reduzieren, sondern über verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen zu einem Schulentwicklungsprozess zu gelangen, um langfristig gesundheitliche Wirkungen im Setting zu entfalten. Dazu müssen die Organisation als Ganzes in den Blick genommen und die verschiedenen Nutzergruppen aktiv einbezogen werden. Durch die konsequent partizipative Ausrichtung des Projekts werden die Nutzergruppen des Settings in die Lage versetzt, ihre Lebensbedingungen und Lebensumgebungen selbst zu beeinflussen.

An der ersten Pilotphase des Projektes „Partizipative Gesundheitsförderung“ nahmen Lehrkräfte und Schüler\*innen von 4 weiterführenden Schulen teil, die zuvor bereits an gesundheitsfördernden Maßnahmen im Rahmen des Landesprogrammes Bildung und Gesundheit mitgemacht hatten. Die Lehrkräfte und Schüler\*innen jeder Schule bildeten Teams mit je etwa 6 Personen (B-Teams). Der Jugendhilfeträger qualifizierte die B-Teams, damit diese in ihrer Schule gesundheitsfördernde Projekte partizipativ und eigenständig umsetzen konnten. Zur Unterstützung der Projekte in den Schulen wurden nach Abschluss der Qualifizierungsphase an jeder Schule 2 Beratungstermine für die B-Teams mit dem Jugendhilfeträger angeboten. Für die Qualifizierung der B-Teams wurde ein Schulungskonzept entwickelt, das ihnen an 4 Schulungsnachmittagen die wichtigsten Kompetenzen zur Umsetzung eigener Projekte

vermittelte. In Modellphase II wurden an den Schulen teilweise Blöcke mit 2 Modulen an einem Tag durchgeführt.

Zu den Inhalten der Qualifizierung gehören Einheiten zu Kommunikation und Feedback, Grundlagen der Partizipation, zu Teamentwicklungsprozessen, Gesundheitsförderung sowie Aspekte des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung. Den Aufbau der Module zeigt Abbildung 1.

Die B-Teams bearbeiten die Themen im Projektverlauf selbstständig weiter und beginnen parallel mit der Planung eigener gesundheitsfördernder Projekte in ihren Schulen. Die Qualifizierungsphase dauert dabei rund 3 Monate, danach können sich die B-Teams auf die Umsetzung der Projekte konzentrieren.

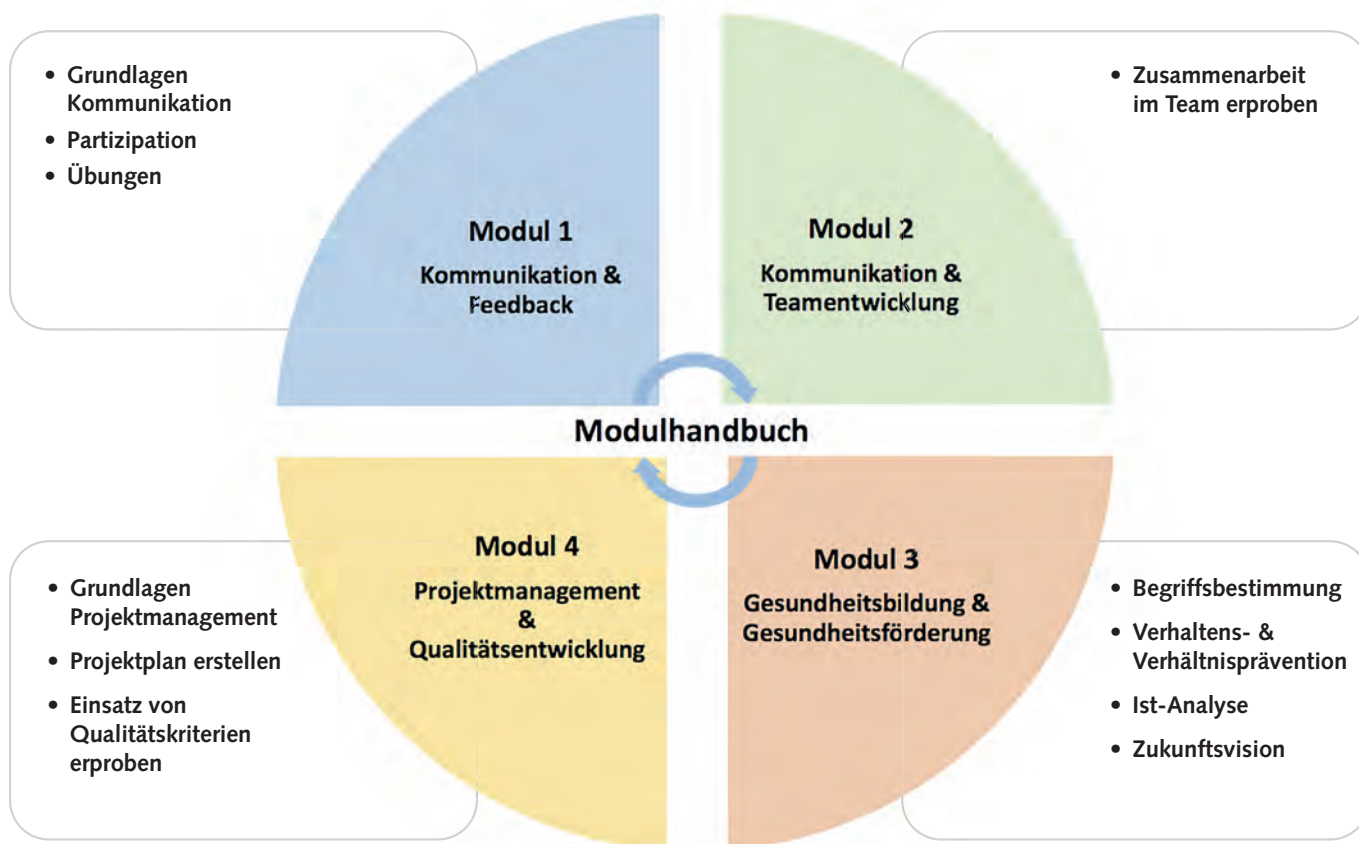
### **Ergebnisse der Evaluation zeigen deutlichen Lernzuwachs bei den Teilnehmer\*innen**

Beide Phasen des Modellvorhabens (M1 und M2) wurden in einem Mixedmethods-Design durch die DSHS Köln evaluiert. Die Befragung der B-Team-Mitglieder erfolgte im Rahmen einer schriftlichen Befragung und in Fokusgruppen. In der ersten Modellphase wurden zudem Schulleitungen mittels Leitfaden gestützten Interviews befragt. Die schriftliche Befragung der B-Teams erfolgte mittels Fragebögen vor Beginn der Qualifizierungsmodule (T0) und nach Abschluss des Modellvorhabens (T1).

Inhaltlich zielte die Befragung unter anderem auf den Stand der Partizipation und der Gesundheitsbildung in den Schulen sowie auf die Initiierung von gesundheitsfördernden Projekten (Quilling und Müller 2017).

Da die Qualifizierungsmodule den Kern der Intervention ausmachen, standen diese ebenfalls im Mittelpunkt der Evaluation. Nach jedem Qualifizierungsmodul wurden die Schüler\*innen und Lehrkräfte zu den Inhalten und deren Transfermöglichkeiten sowie zum methodischen Aufbau der Module befragt. Zudem wurde die Zu-

Abb. 1: Qualifizierungsmodule B-Teams (Quelle: Quilling et al., 2016: Handbuch B-Teams – Partizipative Gesundheitsförderung)



friedenheit mit den Qualifizierungsmodulen abgefragt. In Modellphase I (M1) wurden insgesamt 26 Teilnehmer\*innen befragt, in Modellphase II (M2) nahmen insgesamt 37 Teilnehmer\*innen an beiden Befragungen teil.

Insgesamt wurden die Qualifizierungsmodule von Schüler\*innen und Lehrkräften sowohl inhaltlich als auch methodisch als hilfreich und gut aufbereitet beschrieben. Im Bereich der Partizipation konnte folgende Veränderung beobachtet werden: In der Befragung für M1 antworteten die B-Teammitglieder (n=18) auf die offene Frage, was für sie „Partizipation“ bedeute vor den Qualifizierungsmodulen (T0) noch, es handele sich um:

- Zusammenarbeit (26,9 %)
- Ideen und Meinungen einbringen (19,2 %)
- Beteiligung an der Umsetzung (15,4 %)

Lediglich 7,7 Prozent der Befragten antworteten mit „Mitspracherecht“.

Dieses Bild wandelte sich bei der zweiten Abfrage: Hier gaben 46,7 Prozent der Befragten „Mitspracherecht“ als Antwort an. Insgesamt zeigten die Ergebnisse in der ersten Befragungswelle noch eine starke Streuung der Antworten. Zum zweiten Befragungszeitpunkt dagegen fokussierten die Antworten deutlich auf das „Mitspracherecht“, welches vorwiegend als Bedeutung von „Partizipation“ benannt wurde.

In M2 antworteten die B-Teammitglieder (n=29) auf die offene Frage, was für sie „Partizipation“ bedeute, vor den Qualifizierungsmodulen (T0) wie folgt:

- aktives Einbringen (47,06 %)
- beteiligt werden (32,35 %)
- ich weiß es nicht (11,76 %)

Hierbei fällt auf, dass im Vergleich zur ersten Modellphase „Beteiligung“ deutlich häufiger zu T0 angegeben wird. Die zweite Befragung der B-Teammit-

glieder (n=32) in M2 zeigte wiederum folgendes Antwortverhalten:

- aktives Einbringen (26,82 %)
- beteiligt werden (31,71 %)
- gleichberechtigte Zusammenarbeit (21,95 %).

Lediglich noch eine Person antwortete „ich weiß es nicht“ (2,44 %).

Besonders erwähnenswert erscheint hierbei die neu entstandene Kategorie der gleichberechtigten Zusammenarbeit. Die Ergebnisse der Qualifizierungsevaluation bestätigen zudem die Selbsteinschätzung der B-Teams, dass ein deutlicher Lernzuwachs bei den Teilnehmer\*innen stattgefunden hat. Daneben ist eine Verschiebung der Intentionen beobachtbar: Während die B-Teams in M1 noch Wünsche formulierten, durch das Modellvorhaben die „Umsetzung von Projekten zur Veränderung des Schulalltags zu erzielen“ (T0, n=22: 35,7 %; T1, n=21: 42,3 %), wuchs nach Abschluss der Qualifizierungsmodule



Foto: New Africa; fotolia.com

und mit Beginn der Projektumsetzung in den Schulen die „Hoffnung, mehr Mitspracherecht und Zusammenarbeit durch das Projekt zu fördern“ (23,1%) (ebd).

Insgesamt beurteilten die Befragten das Projekt als positiv. Alle B-Teams berichteten, dass sie durch die Projektteilnahme neue Themen in der Schule bearbeitet hätten oder bestehende Probleme angegangen seien. In beiden Modellphasen wurden gesundheitsfördernde Projekte umgesetzt oder angestoßen. Die Projektpalette reicht von der räumlichen Gestal-

tung der Schulmensa über die Veränderung des Essensangebots und die Anschaffung von Sportgeräten für bewegte Pausen bis hin zu einem Projekt zur Messung des CO<sub>2</sub>-Gehalts in den Klassenräumen (ebd.). Die erzielten Projektergebnisse wurden im Rahmen von Präsentationen auf den jeweiligen Abschlussveranstaltungen vorgestellt. (☒ [www.lzg.nrw.de/9141038](http://www.lzg.nrw.de/9141038))

### Umdenken bei den Lehrkräften macht Begegnung auf Augenhöhe mit den Schüler\*innen möglich

Der Ansatz, schulbezogene B-Teams mit Unterstützung von Fachkräften aus der Sozialen Arbeit auszubilden, hat sich bewährt. Mit ihrer Hilfe ist es gelungen, ein Umdenken bei den Lehrkräften anzustoßen und den Schüler\*innen auf Augenhöhe zu begegnen. Dieser Perspektivwechsel und die Kooperation von Schüler\*innen und Lehrkräften in B-Teams auf Augenhöhe ist ein erster Schritt in Richtung Partizipation und Empowerment im Kontext Schule.

Die Durchführung der beiden Erprobungsphasen hat gezeigt, dass das Konzept der B-Teams gut angenommen wurde. Im Verlauf des Modellvor-

habens wurde deutlich, wie vielfältig die Projektideen waren und wie unterschiedlich die Herausforderungen an den Schulen sind. Dabei erwies sich in der Durchführung der individualisierte Ansatz als zielführend. Die Fokussierung auf die nutzerorientierte Bedarfserhebung an den einzelnen Schulen durch die B-Teams war sicherlich ein zentraler Erfolgsfaktor für das Gelingen der Schulprojekte. Das Modellvorhaben „Partizipative Gesundheitsförderung“ stellt damit ein erfolgreiches Modell dar, um partizipative und damit passgenaue Ansätze der Gesundheitsförderung in Schulen zu etablieren.

■ Prof. Dr. Eike Quilling, Professorin für Interprofessionelles Handeln, Hochschule für Gesundheit (hsg), Bochum, © [eike.quilling@hs-gesundheit.de](mailto:eike.quilling@hs-gesundheit.de)

■ Merle Müller, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin, an der Deutschen Sporthochschule Köln.

■ Stefanie Kruse, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin, der Hochschule für Gesundheit, Bochum und der Hochschule RheinMain, Wiesbaden.

## Literatur

AGJ – Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe (2018): **Partizipation im Kontext von Kinder- und Jugendarbeit – Voraussetzungen, Ebenen, Spannungsfelder**. Online abrufbar: [https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Partizipation\\_im\\_Kontext\\_von\\_Kinder-\\_und\\_Jugendarbeit.pdf](https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Partizipation_im_Kontext_von_Kinder-_und_Jugendarbeit.pdf), (13.02.2019)

Engelmann, F.; Halkow, A. (2008): **Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung**. WZB Discussion Paper, No. SP I 2008-302.

Franzkowiak, P.; Homfeldt, H. G. (2012): **Partizipation in der Sozialen Arbeit**. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.): **Handbuch Partizipation und Gesundheit**. Bern: Hans Huber, S. 79–90.

Marmot, M.; Atkinson, T.; Bell, J.; Black, C.; Boradfoot, P.; Mulgan G. (2010): **The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010**. Online abrufbar: <https://tinyurl.com/y93feycd> (10.02.2019)

Quilling, E.; Müller, M. (2017): **Gesamtbericht. Evaluation des Modellvorhabens „Partizipative Gesundheitsbildung“** [...] Unveröffentlichter Bericht, Deutsche Sporthochschule Köln. Im Auftrag des LZG NRW.

Quilling, E.; Müller, M.; Feuerstein, S.; Ordemans, E.; Schaarschmidt, F.; Schmitz, O.; Schütte, G.; Severin, S. (2016): **Handbuch B-Teams – Partizipative Gesundheitsförderung**. Hg. von Landeszentrum Gesundheit NRW.

Swinburn, B.; Egger, G.; Raza, F. (1999): **Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity**. In: *Preventive medicine*, 29, S. 563–570.

Thiersch, H.; Grunwald, K.; Königeter, S. (2010): **Lebensweltorientierte Soziale Arbeit**. In: Thole, W. (Hg.): **Grundriss Soziale Arbeit**. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag, S. 175–196.

World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe (1986): **Ottawa Charter for Health Promotion**. Online abrufbar: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf) (10.02.2019)