

# Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit

## Bachelor Thesis

Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW  
Bachelorstudium in Sozialer Arbeit, Olten

Eingereicht bei: Carlo Fabian  
Olten, im Januar 2013

Verfasserin: Magdalena Guldimann

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
1. Einleitung .....	2
2. Schulsozialarbeit .....	6
2.1 Begriffsklärung .....	7
2.2 Begründung der Schulsozialarbeit .....	7
2.3 Angebotsfelder der Schulsozialarbeit .....	9
2.4 Handlungsprinzipien und Handlungsansätze .....	11
2.5 Schulsozialarbeit als Bildungsort.....	12
2.6 Nutzung und Wirkung von Schulsozialarbeit .....	13
3. Gesundheit.....	15
3.1 Begriffsklärung.....	15
3.2 Salutogenese.....	16
3.3 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	17
3.4 Die Schule als Gesundheitsdeterminante .....	20
4. Prävention.....	22
5. Gesundheitsförderung .....	24
5.1 Begriffsklärung.....	24
5.2 Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter.....	27
5.3 Schulische Gesundheitsförderung .....	29
5.4 Prävention oder Gesundheitsförderung?.....	32
6. Schlussfolgerungen .....	36
6.1 Grundsätze der Gesundheitsförderung .....	37
6.2 Grundsätze der Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit.....	38
6.3 Gesundheitsfördernde Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit.....	43
6.4 Möglichkeiten und Ressourcen bzw. Grenzen und fehlende Ressourcen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung durch die Schulsozialarbeit.....	49
7. Schlusswort.....	52
Literaturverzeichnis .....	55

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Zehn Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule .....	30
---	----

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Häufigkeit des system- und strukturbezogenen SSA-Angebotes .....	10
Abbildung 2: Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht.....	19
Abbildung 3: Ziele der "Gesundheitsförderung" und der "Prävention" .....	33

## **Abstract**

Schulsozialarbeit, als neues und gefragtes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, wird mit verschiedensten Themen der Sozialisation und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert. Viele dieser Themen stehen direkt oder indirekt mit der Gesundheit in Verbindung. Gesundheit und Themen wie Sucht, Ernährung oder Gewalt sind auch in der Schule prominent und stehen oft im Kontext von Präventionsbestrebungen. Gesundheitsförderung setzt Gesundheit als Zieldimension fest und rückt dabei die Stärkung von individuellen Ressourcen und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten in den Mittelpunkt. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Stellenwert der Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit und versucht in diesem Zusammenhang die Frage nach der Vereinbarkeit ihrer Grundprinzipien und die Frage nach Aufgaben und Umsetzungsmöglichkeiten von Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit mittels eines theoretischen Zugangs zu klären. Es hat sich gezeigt, dass Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit aufgrund der Ähnlichkeit ihrer Grundsätze ein hohes Synergiepotential aufweisen und dass Gesundheitsförderung sowohl explizit als auch „eingebettet“ in der Schulsozialarbeit realisiert wird.

# 1. Einleitung

Vermerkt wird die Schule neben ihrem klassischen Bildungsauftrag mit Themen der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert. Schule soll folglich nicht nur Wissen vermitteln und die Schülerinnen und Schüler für weiterführende Schulen oder die Berufsausbildung qualifizieren, sondern sie gewinnt auch in Erziehungs- und Gesundheitsfragen, wie beispielsweise Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum und Gewalt, an Bedeutung. Diese vielfältigen Ansprüche können zu einer Überforderung der Schulen und Lehrpersonen führen, denen in der jetzigen Konzeption von Schule sowohl zeitliche als auch fachliche Ressourcen fehlen (vgl. Gschwind/Gabriel-Schäfer/Hafen 2008: 44). Sommer et al. (2006) halten fest, dass die Schule auf der einen Seite ansteigenden Anforderungen des Arbeitsmarktes und auf der anderen Seite zunehmend erscheinenden Defiziten im familiären Bereich begegnet. Die Schule muss folglich auf diese Veränderungen reagieren und eine "Vielzahl sozialkompensatorischer Aufgaben" übernehmen (vgl. 12). In diesem Zusammenhang steht die Entwicklung und Etablierung der Schulsozialarbeit, welche sich den altersspezifischen Themen und Belastungssituationen von Schülerinnen und Schülern widmet. Schulsozialarbeit ist in der Schweiz ein relativ junges und sich immer noch stark entwickelndes und wachsendes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Schulsozialarbeitende sind Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit, welche ihren Arbeitsplatz direkt am Standort Schule haben. Die Aufgaben der Schulsozialarbeit, die ein Teil der Kinder- und Jugendhilfe ist, sind vielfältig. Im Vordergrund steht bei vielen die Einzel- und Gruppenberatung von Schülerinnen und Schülern, aber auch Projektarbeit, Beratung von Lehrpersonen und Eltern oder Mithilfe bei der Schulentwicklung sind weitere wichtige Aufgaben. Als eine in Leitbildern der Praxis festgehaltene bedeutende Aufgabe der Schulsozialarbeit erscheint auch die Prävention. Schulsozialarbeit soll folglich nicht nur dann handeln, wenn Konflikte oder Problemlagen schon bestehen, sondern bereits im Vorfeld förderliche Bedingungen für die Lebensbewältigung von Kinder und Jugendlichen schaffen und damit problematischen Entwicklungen entgegenwirken (vgl. Vögeli-Mantovani 2005: 147).

Die Schule ist für Kinder und Jugendliche eine bedeutende Institution, in der sie viel Zeit verbringen. In diesem Zusammenhang wird auch von der „Lebensphase Schulzeit“ gesprochen, denn rund 20'000 Stunden seines Lebens verbringt eine Schülerin/ ein Schüler durchschnittlich in der Schule (vgl. Drilling 2001: 24). Die Schule ist nicht nur ein Lern- und Bildungsort, denn während der Schulzeit durchläuft das Individuum wichtige Phasen seiner Entwicklung und seiner Sozialisation. Auch bezüglich des Kontakts zu Gleichaltrigen und des Aufbaus von Freundschaften ist die Schule von grosser Bedeutung (vgl. Witteriede 2003: 39). Die

Schule selbst hat jedoch neben ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag und ihrer Funktion als Sozialisations- und Entwicklungsraum auch eine Selektionsfunktion inne, über welche sie die berufliche Zukunft des Einzelnen wesentlich mitbestimmt. In diesem Kontext können Schülerinnen und Schüler auch belastenden Situationen, wie etwa hohen Leistungsanforderungen, Schulangst, Stress oder unsicheren Zukunftsperspektiven ausgesetzt sein. Zudem können Schülerinnen und Schüler auch mit anderen problematischen Situationen wie Mobbing oder Gewalterfahrungen in Berührung kommen. Aber auch ausserhalb der Schule sehen sich Kinder und Jugendliche heute mit veränderten Lebenswelten konfrontiert. Beispiele sind instabile Familienstrukturen oder Gefahren und Einschränkungen im Lebensraum (Verkehr, wenig Natur- und Erholungsraum) oder kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung der Eltern, Tod eines Familienmitgliedes). Solche Situationen können als Risiko für die gesunde Entwicklung betrachtet werden (vgl. Hähne et al. 2008: 137-139). Die Schulsozialarbeit leistet in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag indem sie Kinder und Jugendliche in ihrem Aufwachsen und in der Bewältigung ihres Alltags unterstützt. Da Schulsozialarbeit im System Schule tätig ist, wird sie auch mit der Funktionslogik und den Widersprüchen in diesem Umfeld konfrontiert. So werden vielfältige Ansprüche seitens der Lehrpersonen, der Schulleitung und der Gemeinden an die Schulsozialarbeit herangetragen, welche sie im Hinblick auf ihr Angebot und ihre Handlungs- und Professionsmaximen überprüfen muss. Damit die Schulsozialarbeit als eigenständige und gleichberechtigte Profession in der Schule wahrgenommen wird, muss sie ihre Zuständigkeiten selbstbestimmt definieren können (vgl. Baier 2011a: 72f.).

Der Begriff "Gesundheit" ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Gesundheit hat sowohl für das Individuum persönlich als auch für die Gesellschaft und Öffentlichkeit einen wichtigen Stellenwert und ist daher ein zentrales Thema in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, beispielsweise in der Politik oder in der Wirtschaft. Gesundheit ist jedoch ungleich verteilt und ist von verschiedenen personalen, sozialen, gesellschaftlichen und ökologischen Faktoren abhängig (vgl. Bals/Hanes/Melzer 2008: 7f.). Gesundheitsförderung wurde in der aktuellen Gesundheitsdebatte vermehrt zum Schlagwort. Dies zeigt sich beispielsweise in Konzepten zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder auch in Leitbildern von Institutionen wie Krankenhäuser und Heime. Gesundheitsförderung (und auch Prävention) wird zudem auch unter dem Aspekt der Kostenreduzierung im Gesundheitssystem betrachtet. Durch Investitionen in gesundheitsfördernde Projekte soll die Gesundheit von spezifischen Zielgruppen erhalten und/oder verbessert werden und somit krankheitsbedingte Kosten eingespart werden (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz o.J.).

Was verbindet nun aber die Gesundheitsförderung mit der Schule und der Schulsozialarbeit? Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter und für den schulischen Erfolg und damit auch für die Zukunft von Schülerinnen und Schülern. Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit muss daher als pädagogisches Anliegen verstanden werden (vgl. Sommer et. al 2006: 37). Dabei ist das Setting Schule aufgrund seiner Rolle als primäre Sozialisationsinstanz und der Erreichbarkeit einer breiten und sozial heterogenen Zielgruppe von zentraler Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Präventionsbegriff ist an Schulen bereits etabliert. So wird beispielsweise Präventionsarbeit in Bereichen des Ernährungs-, Bewegungs-, Gewalt- oder Sexualverhaltens geleistet oder auch der Bereich der Suchtmittel wird durch verschiedene Präventionsprojekte abgedeckt. Prävention und die Planung und Durchführung von Präventionsprojekten werden oft als Aufgabenfeld der Schulsozialarbeit definiert. Gesundheitsförderung ist in der Literatur zur Schulsozialarbeit weniger prominent vertreten. Die vorliegende Arbeit wird die Begrifflichkeiten der Prävention und der Gesundheitsförderung noch genauer charakterisieren und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzeigen.

Die Schulsozialarbeit nimmt im Hinblick auf die Veränderungen in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen und den vielfältigen Alltagsthematiken und -problematiken, mit welchen sie sich konfrontiert sehen eine wichtige Rolle ein, denn die Lebenswelt Schule stösst dort in ihrer heutigen Form zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen. Auch die Wichtigkeit der Gesundheit bezüglich Entwicklung und Bildung von Individuen scheint unbestritten zu sein. Unklar ist jedoch, wie sich die Schulsozialarbeit im Hinblick auf die Gesundheitsförderung positioniert. Dabei stellen sich unter anderem folgende Fragen: Sind die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung überhaupt mit den Prinzipien und Arbeitsweisen der Schulsozialarbeit vereinbar und ist Schulsozialarbeit eine geeignete Profession für die Planung und Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung?

Im Rahmen dieser Arbeit soll das Verhältnis der Schulsozialarbeit zur Gesundheitsförderung reflektiert werden und es wird ein Bezug zwischen ihren konkreten Zielen und Handlungsprinzipien hergestellt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung der Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Schulsozialarbeit zu klären. Dabei sollen die folgenden Fragestellungen leitend sein:

*Wie lässt sich die Position der Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit charakterisieren?*

- 1. Wie können Grundsätze der Gesundheitsförderung in die Praxis der Schulsozialarbeit eingebunden werden?*
- 2. Was leistet die Schulsozialarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung? Was sind ihre Möglichkeiten bzw. Grenzen?*

Die zwei Unterfragen werden mit Hilfe von folgenden weiteren Fragen operationalisiert:

- 1. a) Welche Grundsätze gibt es in der Gesundheitsförderung?*  
*b) Wie können diese Grundsätze in Aufgaben und Tätigkeitsfelder der Schulsozialarbeit einbezogen werden?*
- 2. a) Welche Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit können als gesundheitsfördernd charakterisiert werden?*  
*b) Welche Möglichkeiten oder Ressourcen hat die Schulsozialarbeit und welche Grenzen oder fehlende Ressourcen können sich bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung zeigen?*

Die Fragestellungen werden über einen theoretischen Zugang mittels Einbezug verschiedener theoretischer und empirischer Erkenntnisse geklärt. Die vorliegende Arbeit fokussiert dabei besonders die Kinder und Jugendlichen als Adressatinnen und Adressaten der Schulsozialarbeit bzw. der Gesundheitsförderung.

Der Aufbau der Arbeit gestaltet sich folgendermassen: Zuerst wird im zweiten Kapitel das Themenfeld Schulsozialarbeit von verschiedenen Seiten beleuchtet. Anschliessend rückt in Kapitel 3 der Gesundheitsbegriff ins Zentrum. Vor allem die Theorie der Salutogenese, aber auch eine Charakterisierung der Gesundheit von Kinder und Jugendlichen und Überlegungen zur Rolle der Schule als Gesundheitsdeterminante sind zentrale Inhalte. Im nachfolgenden vierten Kapitel erfolgt eine Vertiefung des Begriffes Prävention. Kapitel 5 widmet sich der Gesundheitsförderung und fokussiert dabei vor allem die Gesundheitsförderung bei Kinder und Jugendlichen und die schulische Gesundheitsförderung. Danach wird in Unterkapitel 5.3 eine Abgrenzung der beiden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung angestrebt und der Stellenwert der beiden Begriffe in der Schulsozialarbeit wird reflektiert. In Kapitel 6 wird anschliessend das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit diskutiert und die in der Einleitung formulierten Fragestellungen werden geklärt. Zum Schluss soll Kapitel 7 die wichtigsten Ergebnisse erneut festhalten und einen Ausblick wagen.



## 2. Schulsozialarbeit

Das vorliegende Kapitel wird den Begriff der Schulsozialarbeit definieren und auf ihre Angebotsfelder, ihre Begründung, ihre Handlungsprinzipien, ihre Bedeutung als Bildungsort und auf die Nutzung der Schulsozialarbeit eingehen.

Das verhältnismässig junge Praxisfeld der Schulsozialarbeit erlebt in der Schweiz seit Ende der 1990er Jahre ein starkes Wachstum. Die Entstehungsgründe sind einerseits in den veränderten Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und in Veränderungen der gesellschaftlichen Bedingungen (z.B. veränderte Familienstrukturen, Armut, Arbeitslosigkeit, Migration etc.) zu suchen, andererseits zeigen sich auch im Bereich Schule grundlegende Veränderungen (z.B. Erweiterung des Erziehungsauftrages, Anpassungen im Lehrplan, internationale Bildungskonkurrenz etc.). Themen wie Gewalt, Schulabsentismus, multikulturelle und heterogene Klassen, psychosoziale Probleme der Schülerinnen und Schüler oder Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Eltern gewannen in der Schule an Aktualität und Relevanz (vgl. Schaffner 2003: 2). Diese Herausforderungen führten Lehrpersonen und Schulen an die Grenze ihrer Kapazität und machten den Einbezug von externen Diensten wie z.B. schulpsychologischer Dienst oder Jugendamt notwendig (vgl. Drilling 2001: 71). In diesem Zusammenhang wurde für die Schulen die Unterstützung durch die Jugendhilfe in Form von Schulsozialarbeit zum Thema.

Der Romandie kann in Bezug auf die Einführung der Schulsozialarbeit in der Schweiz eine Vorreiterrolle zugewiesen werden. Dort fanden entsprechende Konzepte bereits in den 1960er Jahren Beachtung, beispielsweise in Genf, wo Sozialarbeitende als "conseiller social" an Schulen tätig waren (vgl. Vögeli-Mantovani 2005: 8). Nachdem die Schulsozialarbeit vor allem zuerst in den grossen Städten und auf der Sekundarstufe entwickelt wurde, weisen heute auch immer mehr Agglomerationen entsprechende Konzepte auf und auch die Primarstufe wird vermehrt miteinbezogen. Schätzungen aus dem Jahr 2008 zeigen auf, dass die Schulsozialarbeit in der Schweiz etwa 400 Fachkräfte umfasst. Vor allem in ländlichen Gebieten sind die Schulsozialarbeitenden jeweils oft für mehrere Schulhäuser zuständig. Deshalb wird die Zahl der Schulen mit Angebot Schulsozialarbeit auf rund 1000 geschätzt. Das Interesse an Schulsozialarbeit und die Tendenz zur Einführung von entsprechenden Konzepten wurde im Jahr 2008 immer noch als steigend bezeichnet und deshalb dürften die heutigen Zahlen noch wesentlich höher liegen (vgl. Baier 2008: 88-90). Die Schulsozialarbeit in der Schweiz befindet sich seit 2005 in einer Profilierungsphase: Die Praxis wird zunehmend vernetzter und die Diskussion um Konzepte, Theorien und Methoden erhält Aufwind (vgl. Baier 2011a: 67).

In den folgenden Unterkapitel (2.1. bis 2.6) wird das Praxisfeld der Schulsozialarbeit näher beleuchtet. Dabei wird im Hinblick auf die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dem Präventions- und/oder Gesundheitsförderungsbegriff besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

## 2.1 Begriffsklärung

Zum Begriff der Schulsozialarbeit existiert eine Vielfalt an Definitionen. Exemplarisch werden an dieser Stelle zwei Definitionsvarianten herausgegriffen.

Drilling (2001: 95) definiert Schulsozialarbeit folgendermassen:

Schulsozialarbeit ist ein eigenständiges Handlungsfeld der Jugendhilfe, das mit der Schule in formalisierter und institutionalisierter Form kooperiert. Schulsozialarbeit setzt sich zum Ziel, Kinder und Jugendliche im Prozess des Erwachsenwerdens zu begleiten, sie bei einer für sie befriedigender Lebenspraxis zu unterstützen und ihre Kompetenzen zur Lösung von persönlichen und/oder sozialen Problemen zu fördern.

Auch Speck (2006: 23) hält in seiner Definition fest:

Unter Schulsozialarbeit wird im Folgenden ein Angebot der Jugendhilfe verstanden, bei dem sozialpädagogische Fachkräfte kontinuierlich am Ort Schule tätig sind und mit Lehrkräften auf einer verbindlich vereinbarten und gleichberechtigten Basis zusammenarbeiten, um junge Menschen in ihrer individuellen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung zu fördern, dazu beizutragen, Bildungsbenachteiligungen zu vermeiden und abzubauen, Erziehungsberechtigte und LehrerInnen bei der Erziehung und dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz zu beraten und zu unterstützen sowie zu einer schülerfreundlichen Umwelt beizutragen.(...)

Die Definitionen von Drilling (2001) und Speck (2006) weisen folgende Gemeinsamkeiten auf:

- Schulsozialarbeit wird an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Schule angesiedelt.
- Die Kooperationsbeziehung von Schulsozialarbeit und Schule wird betont.
- Aufgabe der Schulsozialarbeit ist die Begleitung, Unterstützung und Förderung von Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung und in ihrem Alltag.

Die Definition von Speck (2006) bringt zusätzlich den Aspekt der Chancengleichheit ein und nimmt mit dem „Beitragen zu einer schülerfreundlichen Umwelt“ den Gedanken der förderlichen Gestaltung der Lebenswelt Schule auf.

## 2.2 Begründung der Schulsozialarbeit

Die theoretische Begründung der Schulsozialarbeit führt Speck (2007) auf vier Muster zurück. Zum einen das *sozialisations- und modernisierungstheoretische Begründungsmuster*, welches die stärkeren Belastungen und defizitären Sozialisationsbedingungen für Kinder und Jugendliche aufgrund der Veränderungen der Gesellschaft in den Vordergrund rückt. Als zweites Modell nennt Speck das *schultheoretische Begründungsmuster*, welches die veränderten Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche im Kontext einer Überforderung

der Schulen betrachtet. Ziel der Schulsozialarbeit ist es, das System Schule und den Unterricht beim Funktionieren zu unterstützen. Das dritte Konzept für die Begründung der Schulsozialarbeit ist das *transformationstheoretische Begründungsmuster*, welches im Zusammenhang mit der deutschen Wende steht. Es besagt, dass die sich stark wandelnde Gesellschaft Orientierungsprobleme und Verunsicherung bei Kindern und Jugendlichen bewirken und die Schulsozialarbeit deshalb Kinder und Jugendliche bei ihrer Lebensführung unterstützen und als Bindeglied zwischen den anderen Sozialisationsinstanzen funktionieren soll. Das vierte Muster bildet das *rollen- und professionstheoretische Begründungsmuster*, welches betont, dass Lehrpersonen in ihrer professionellen Rolle keine sozialpädagogischen Funktionen übernehmen sollen, da dies zu Rollenkonflikten, einem unklar abgegrenzten Zuständigkeitsbereich und damit zu Überforderung führe (vgl. Speck 2007: 36-45).

Das schultheoretische und das sozialisations-/modernisierungstheoretische Begründungsmuster sind entgegengesetzte Positionen. In diesem Kontext sind auch die Kontroversen "Schulpädagogik vs. Sozialpädagogik" und "Intervention vs. Prävention" zu verstehen. Aus den unterschiedlichen Begründungsmustern leiten sich folglich auch unterschiedliche Ziele, Zielgruppen, Methoden, Arbeitsorte und Angebote ab (vgl. Speck/Olk 2009: 913).

Vögeli-Mantovani (2005) nennt als Gründe für die Einführung von Schulsozialarbeit einerseits innerschulische Problemlagen, zu denen soziale Konflikte zwischen Schülerinnen und Schülern und Konflikte zwischen der Schülerschaft und Lehrpersonen, abweichendes Verhalten (Drogenkonsum, Gewaltbereitschaft) sowie Schulabsentismus und Schulverweigerung gezählt werden. Andererseits können aber auch Problemlagen ausserhalb der Schule mitverantwortlich sein, wie beispielsweise fehlende oder ungenügende Angebote im Sozial- und Freizeitbereich, spannungsgeladene soziale und ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung in bestimmten Quartieren oder auch ungünstige Bedingungen im Lebensraum der Kinder und Jugendlichen. Meistens führt die Existenz mehrerer obengenannter Faktoren zu einer Einführung der Schulsozialarbeit (vgl. 42f.).

Eine Studie zur Bestandesaufnahme der Schulsozialarbeit im Kanton Bern aus dem Jahr 2007 zeigt im Hinblick auf die Gründe zur Einführung von Schulsozialarbeit, dass die Gemeinden die beiden Aspekte *Prävention* sowie *Verhaltensprobleme bei Schülerinnen und Schülern* hervorheben, über 90 % der befragten Gemeinden bewerteten diese Begründungen als zutreffend. Daneben wurden von 80 % der Gemeinden auch psychosoziale Probleme von Schülerinnen und Schülern, sowie Integrationsprobleme als bedeutende Gründe für die Einführung der Schulsozialarbeit genannt (vgl. Neuenschwander/Iseli/Stohler 2007: 21f.).

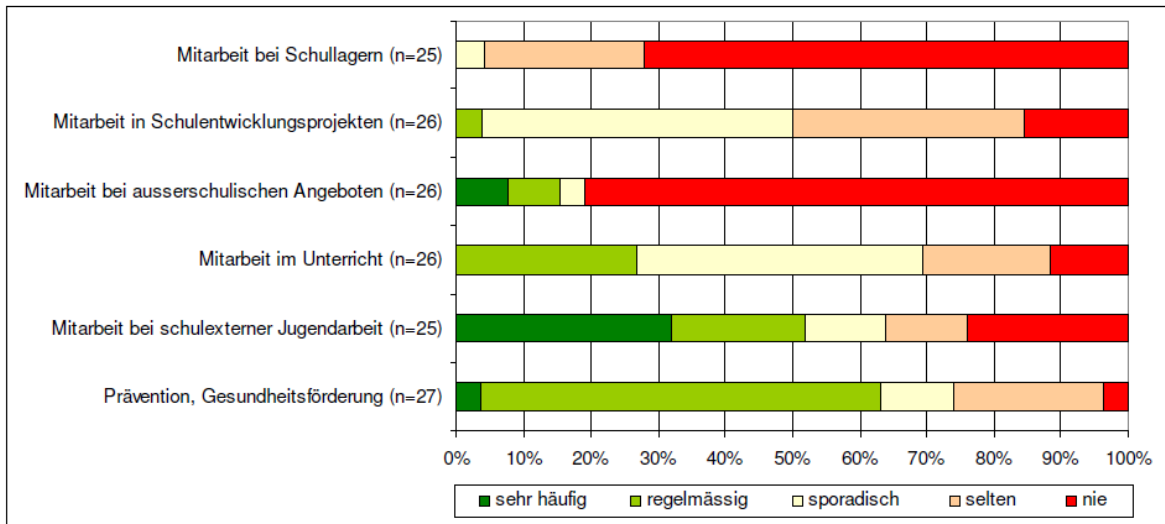
## 2.3 Angebotsfelder der Schulsozialarbeit

Die Praxis der Schulsozialarbeit zeichnet sich durch eine grosse Vielfalt aus. Als Angebote bzw. Aufgaben der Schulsozialarbeit werden in der Literatur (vgl. Baier 2008: 97f., Speck 2007: 62f., Vögeli-Mantovani 2005: 34) erwähnt:

- Beratung und Begleitung von einzelnen Schülerinnen und Schülern
- Gruppenberatungen von Schülerinnen und Schüler
- themenbezogene Arbeit mit (Klassen)Gruppen
- Mitarbeit in Schulprojekten und in der Schulentwicklung
- Beratung der Lehrpersonen und Eltern
- Kooperation mit anderen Stellen (z.B. Jugendarbeit, Vormundschaft), Vernetzungsarbeit

Der Berufsverband für Soziale Arbeit der Schweiz, Avenir Social (2010), erwähnt in seinen Rahmenbedingungen für die Schulsozialarbeit neben den oben aufgeführten Angeboten zusätzlich noch das Angebot der „Prävention“. Zudem definiert Avenir Social (2006: 8) in seinen Qualitätsrichtlinien zur Schulsozialarbeit drei verschiedene Schlüsselprozesse, darunter das Beratungsangebot, die Projektarbeit sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung. Unter den Schlüsselprozess Projektarbeit werden auch Präventionsprojekte subsumiert, welche Avenir Social auf der Ebene der Themen, Zielen und Methoden konkretisiert. Als Ziel der Präventionsprojekte nennt Avenir Social einen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten.

Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Angebot der „Beratung“ einen überwiegenden Teil der Arbeitszeit einnimmt (vgl. Baier 2008: 95). So zeigt auch eine Studie zur Bestandsaufnahme der Schulsozialarbeit im Kanton Bern aus dem Jahr 2007, dass die häufigste Tätigkeit der Schulsozialarbeitenden die Beratung ist. Dabei wird in Bezug auf das fall- und problembezogene Angebot der Schulsozialarbeit die Beratung von Kinder und Jugendlichen am meisten genannt, aber auch die Beratung von Lehrpersonen sowie Triage, Vernetzung und Koordination sind vielfach genannte Aufgaben (vgl. Neuenschwander et al. 2007: 21-23). Bei den system- und strukturbezogenen Angeboten zeigt sich im Kanton Bern eine Konzentration auf das Feld der Prävention und Gesundheitsförderung; Angebote, welche in 63 % der Gemeinden „sehr häufig“ oder „regelmässig“ erbracht werden (siehe Abbildung 1) (vgl. ebd. 23-27).



**Abb. 1: Häufigkeit des system- und strukturbezogenen SSA-Angebotes** (Neuenschwander et al. 2007: 27)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Aufgabenfeld der Schulsozialarbeit sowohl in der Literatur als auch in entsprechenden Leitbildern der Praxis sehr vielfältig ist und verschiedene Schwerpunkte und Ausgestaltungen der jeweiligen Aufgaben möglich sind. Im Hinblick auf das Interesse der vorliegenden Arbeit sollte der zentrale Stellenwert der Beratungstätigkeit auch in spätere Überlegungen einbezogen werden.

### Themen in der Schulsozialarbeit

In der Schulsozialarbeit werden die Professionellen mit einem vielfältigen Themenspektrum konfrontiert. Dieses kann alle möglichen Themen umfassen, welche Kinder und Jugendliche in ihrer spezifischen Lebensphase gerade bewegen. Beispiele sind Freundschaft, Sexualität, Suchtmittel, familiäre Probleme aber auch schulspezifische Themen wie Schulleistungen, Schulverweigerung, Leistungsdruck, Konflikte mit Lehrpersonen oder Themen aus dem sozialen Miteinander (vgl. Baier 2008: 96).

Eine Untersuchung zur Schulsozialarbeit und Früherfassung in der Stadt Thun von Fabian et al. (2007: 31) betrachtet die Anmeldegründe für die Einzelberatungen genauer und hält fest, dass die häufigsten Gründe für eine Anmeldung Konflikte zwischen Schülerinnen und Schülern, Schulschwierigkeiten sowie Probleme mit der Familie/Familiensituation sind.

## 2.4 Handlungsprinzipien und Handlungsansätze

Nachfolgend werden die Handlungsansätze und -prinzipien der Schulsozialarbeit aus der Perspektive unterschiedlicher Quellen näher beleuchtet. Dabei wird im Hinblick auf das thematische Interesse der vorliegenden Arbeit zusätzlich ein Fokus auf den Präventionsbegriff gelegt.

Speck (2007: 67-70) hält als allgemeine Handlungsprinzipien der Schulsozialarbeit neben *Prävention*, *Dezentralisierung/Regionalisierung*, *Alltagsorientierung* auch *Integration-Normalisierung*, *Partizipation* sowie *Hilfe und Kontrolle* fest. Das Handlungsprinzip der Prävention bedeutet gemäss Speck (2007: 68) nicht nur die Vermeidung von unerwünschtem Verhalten oder Gefährdungslagen, sondern auch:

sich in Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit LehrerInnen für positive Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Schulen einzusetzen, Räume zur persönlichen Entfaltung für alle Kinder und Jugendlichen zu schaffen sowie Beratungsangebote, vorbeugende Hilfen und Vernetzungsstrukturen zu entwickeln, die es den Kindern und Jugendlichen erleichtert, mit anforderungsreichen Lebenssituationen und -lagen in- und ausserhalb der Schule zurechtzukommen.

Drilling (2001) nennt *Prävention*, *Ressourcenorientierung*, *Beziehungsarbeit*, *Prozessorientierung*, *Methodenkompetenz* und *Systemorientierung* als Grundsätze der Schulsozialarbeit. Den Handlungsgrundsatz der Prävention wird als „vorbeugen bzw. verhüten“ von Problemlagen verstanden (vgl. 105-112). Schulsozialarbeit „intervenierte soweit möglich immer schon vor dem Eintreffen des unerwünschten Ereignisses oder Zustandes.“ (ebd.: 105)

Baier (2011b) unterteilt die Grundmuster professionellen Handelns in der Schulsozialarbeit in Handlungsprinzipien und Strukturmaximen. Unter Handlungsprinzipien versteht er das *Gewährleisten der Autonomie des Subjekts*, *anwaltschaftliches Handeln*, *Aushandlung*, *Hilfe als Ko-Produktion*, *Aufmerksamkeit*, *Bilderverbot* sowie *Nicht-Wissen* und *Vertrauen*. Die Strukturmaximen können nicht nur durch die Handelnden selbst realisiert werden, sondern erfordern auch die entsprechende Gestaltung gewisser Rahmenbedingungen. So werden *Dienstleistung*, *Freiwilligkeit*, *Partizipation*, *Niederschwelligkeit*, *Schweigepflicht* und *Equity* als Strukturmaximen genannt (vgl. 138).

Als Handlungsansätze definiert der Kooperationsverband Schulsozialarbeit (2009: 42f.) sowohl *sozialräumliche Handlungsansätze*, welche die gesamte Sozialstruktur mit einbeziehen, als auch die Prinzipien der *Vernetzung* und der *ganzheitlichen Sichtweise* von Individuen und Problemlagen. Zudem wird auch die *Prävention* als Handlungsansatz erwähnt, mögliche Problem- oder Gefährdungslagen sollen frühzeitig entdeckt und bearbeitet werden. Aber auch *Partizipation* sowie der *interkulturelle Ansatz* und der *Gender-Ansatz* werden als Handlungsansätze der Schulsozialarbeit hervorgehoben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verschiedenen Autoren unterschiedliche Handlungsprinzipien als bedeutsam erachten. Dabei wird die Prävention mehrfach als wichtiger Handlungsansatz bzw. Handlungsprinzip der Schulsozialarbeit verstanden. Die Definition des Handlungsprinzips Prävention bei Speck (2007) zeigt zudem, dass Prävention nicht nur auf einzelne Individuen bezogen wird, sondern dass auch Veränderungen der Lebensbedingungen und Strukturen im Zentrum stehen. Auch der Begriff der Partizipation wird von mehreren Autoren als ein wichtiges Handlungsprinzip erachtet. Eine Definition der Begriffe Prävention und Partizipation erfolgt in Kapitel 5.1.

## **2.5 Schulsozialarbeit als Bildungsort**

Als Folge der bildungspolitischen Diskussion um die Ergebnisse der PISA-Studien, rückt der Bildungsbegriff und damit verbunden die Bedeutung der informellen respektive nicht-formellen Bildung zunehmend ins Zentrum. Im Hinblick auf die Schulsozialarbeit als ein spezifisches Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe, interessiert auch ihre Bedeutung in der Bildungsdiskussion. Denn neben der formellen Bildung, die in der Schule geleistet wird, sind für Kinder und Jugendliche auch die nicht-formelle und die informelle Bildung zentral. Während unter nicht formeller Bildung organisierte Bildungsprozesse im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und Freizeitangebote (z.B. Jugendarbeit, Schulsozialarbeit, Sportvereine) verstanden werden, bezeichnet die informelle Bildung nicht organisierte und strukturierte Bildungsprozesse, welche in der Familie, in Gesellschaft der Peers (Gleichaltrige), in der Nachbarschaft und in der Freizeit stattfinden. Bildung findet somit nicht nur in der Schule, sondern in ganz verschiedenen Lebensbereichen statt und unter Berücksichtigung der Wichtigkeit nicht-formeller und informeller Bildungsprozesse müssen diese auch in der Arbeit im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe beachtet werden (vgl. Schumann/Sack/Schumann 2006: 29). Die verschiedenen Orte, an denen Bildung stattfinden kann, werden als lokale Bildungslandschaften bezeichnet. Dabei gewinnen die Peers mit zunehmendem Alter an Bedeutung, während die Bedeutung der Bildungslandschaft Familie abnimmt. Schulsozialarbeit ist selbst ein Bildungsort, hat aber auch die Funktion ihren Blick auf fehlende oder dysfunktionale lokale Bildungslandschaften von Kindern und Jugendlichen zu richten. In diesem Kontext ist die Schulsozialarbeit darum bemüht, bestimmte Bildungsorte in ihrer Bildungsqualität zu unterstützen und Vernetzungen zu ausserschulischen Einrichtungen, und wenn angezeigt auch zu politischen Institutionen, zu initiieren (vgl. Baier/Deinet 2011: 97-100).

Die Bedeutsamkeit der nicht-formellen Bildung und das Verständnis der Schulsozialarbeit als Bildungsort für Kinder und Jugendliche haben für die Schulsozialarbeit zur Folge, dass nicht nur Hilfeprozesse, sondern auch Bildungsprozesse einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit

mit Kinder- und Jugendlichen ausmachen. Schulsozialarbeit als eigenständiger Bildungsort unterstützt Schülerinnen und Schüler in ihrer Lebensbewältigung und leistet einen Beitrag zur Förderung von Sozial- und Selbstkompetenzen. Ein solches ganzheitliches Verständnis von Bildung führt in seiner Konsequenz zu einer Erweiterung des Bildungsbegriffes (vgl. Olk/ Speck 2009: 914).

## **2.6 Nutzung und Wirkung von Schulsozialarbeit**

Olk und Speck (2009: 914f.) haben mehrere Studien miteinander verglichen und halten zusammenfassend fest, dass die Nutzungsquote der Schulsozialarbeit sehr unterschiedlich ausfällt und etwa zwischen einem Fünftel und drei Viertel der Schülerinnen und Schüler liegt. Die Nutzung der Schulsozialarbeit wird wesentlich von der Angebots- und Zielgruppenausrichtung bestimmt: Je breiter Konzepte und Angebote gefasst sind, desto mehr Schülerinnen und Schüler nutzen die Schulsozialarbeit. Bedeutend erscheint zudem, dass vor allem Schülerinnen und Schüler "mit einer höheren subjektiven Belastung, einem geringeren Selbstbewusstsein, größeren sozialen Auffälligkeiten und ungünstigeren familiären Unterstützungsressourcen (z.B. niedrigerer Berufsabschluss, schlechteres Familienklima, geringere Ansprechbarkeit bei Problemen)" (ebd. 915) das Angebot der Schulsozialarbeit in Anspruch nehmen.

Sekundäranalysen von Evaluationen verschiedener Schweizer Schulsozialarbeitsstandorten aus den Jahren 2005-2009 von Baier und Heeg (2011) haben ergeben, dass Schulsozialarbeitende etwa zwei Drittel der Beratungsgespräche als sehr oder eher erfolgreich beurteilen und die besprochenen Probleme in den meisten Fällen als gelöst erleben. Die Lehrpersonen erfahren ihrerseits ihre Handlungssicherheit in Krisensituationen als gestärkt. Ein weiterer wichtiger Punkt für sie ist die Tatsache, dass sich die Schulsozialarbeit der Bearbeitung bisher vernachlässigter Probleme widmet und neue Sichtweisen und Ideen in Sitzungen einbringt. Aus dem Blickwinkel der Schülerinnen und Schüler zeigt sich, dass diese eine hohe Zufriedenheit mit der Schulsozialarbeit aufweisen: Fast 90 % empfinden den Kontakt mit der Schulsozialarbeit als hilfreich und bedeutend für die Lösung ihres Problems (vgl. 98-101).

Gemäss einer empirischen Studie von Fabian et al. (2008) in Thun und im Fürstentum Lichtenstein beurteilt mehr als die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler die Schulsozialarbeit als wichtig. In der Einzelberatung wird in 43 % der Fälle der Erstkontakt zur Schulsozialarbeit von Eltern, Lehrpersonen oder der Schulleitung initiiert und in 38 % nahmen die Schülerinnen/Schüler freiwillig Kontakt auf. Es zeigte sich, dass es für den persönlichen Nutzen der Beratung nicht von Bedeutung war, ob die Schülerinnen und



Schüler bei ihrem Erstkontakt freiwillig zur Schulsozialarbeit gekommen sind, oder ob sie von Lehrpersonen oder Eltern geschickt wurden (vgl. 3).

Befragungen, beispielsweise von Schumann et al. (2006) in der Ernst Reuter Schule in Deutschland, zeigen auf, dass die Schülerinnen und Schüler die Vertraulichkeit in der Schulsozialarbeit als wichtig empfinden. Auch die Niederschwelligkeit wird in diesem Zusammenhang positiv bewertet (vgl. 190f.). Diese Befunde decken sich mit denen der Sekundäranalysen von Forschungsdaten aus der Schweiz: Schülerinnen und Schüler heben Beziehungsaspekte hervor, darunter die Bedeutsamkeit der Schweigepflicht und damit verbunden auch den Aspekt des Vertrauens. Aber auch Sympathie und Empathie sind für die Befragten bei der Nutzung der Schulsozialarbeit wichtig. Hilfe ist für Schülerinnen und Schüler ein wesentlicher Bestandteil der Schulsozialarbeit, gut die Hälfte der Befragten erwähnt diesen Aspekt. Zudem wird von den Schülerinnen und Schüler das anwaltschaftliche Handeln der Schulsozialarbeitenden positiv bewertet, dieses bezieht sich sowohl auf Konfliktsituationen der Schülerinnen und Schüler untereinander als auch auf solche mit Lehrpersonen. Auch Freiwilligkeit ist ein Punkt, den die Befragten betonen, wobei der unfreiwillige Kontakt zur Schulsozialarbeit negativ erlebt wird (vgl. Baier/Heeg 2011: 77-88). Schliesslich wird auch Niederschwelligkeit von den Schülerinnen und Schüler positiv bewertet. Diese äussert sich in einer hohen Anwesenheit der Schulsozialarbeitenden im Schulhaus und in der Präsenz in den Pausen, sowie auch in der Möglichkeit zur inoffiziellen Kontaktaufnahme in Pausen und nach der Schule (vgl. ebd. 94f.).

### **Fazit: Schulsozialarbeit – ein vielfältiges Arbeitsfeld**

Schulsozialarbeit als junges Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit zeichnet sich durch ein vielfältiges Aufgabenspektrum aus. Dabei zeigt sich eine Dominanz der Beratung, aber auch die Arbeit mit Klassen und Gruppen, in denen oft auch Präventionsanliegen verknüpft sind, wird als wichtige Aufgabe erachtet. Auch bezüglich der Handlungsprinzipien wird eine Vielfalt sichtbar; hinsichtlich der Prinzipien Partizipation und Prävention zeigt sich in der Literatur eine gewisse Übereinstimmung der Autoren. Prävention wird sowohl als allgemeines Handlungs- bzw. Grundprinzip als auch als Aufgabe der Schulsozialarbeit verstanden. Weiter wurde ersichtlich, dass durch das Verständnis der Schulsozialarbeit als Bildungsort diese nicht nur einen Unterstützungs-, sondern auch einen Bildungsauftrag erhält. Aktuelle Studien zeigen zudem auf, dass Schulsozialarbeit genutzt und als hilfreich beurteilt wird. Aspekte, welche die Beziehung betreffen, sind dabei für die Schülerinnen und Schüler besonders wichtig.

### 3. Gesundheit

Gesundheit gilt als wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und wird sowohl von den einzelnen Menschen als auch von der Gesellschaft als schützenswert erachtet. Gesundheit ist kein klar eingrenzbare und erfahrbare Konstrukt, sondern wird wesentlich durch die Anwesenheit von Krankheit bzw. des Krankseins mit definiert. Zudem kann Gesundheit als sozialer Begriff verstanden werden, der von sich stetig verändernden historischen und sozialen Faktoren abhängt (vgl. Sting 2000: 55f.)

Im folgenden Kapitel werden nach der Begriffsklärung (Unterkapitel 3.1) das Konzept der Salutogenese (Unterkapitel 3.2), sowie eine Charakterisierung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen (Unterkapitel 3.3) und Überlegungen zur Bedeutung der Schule als Gesundheitsdeterminante (Unterkapitel 3.4) thematisiert.

#### 3.1 Begriffsklärung

Gemäss der Gesundheitsdefinition von 1946 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.“ (Naidoo/Wills 2003: 6) Diese Definition beinhaltet die physische, psychische und soziale Komponente von Gesundheit. Aus heutiger Sicht ist diese Definition aufgrund ihrer statischen Formulierung und der Begrifflichkeit des „vollständigen Wohlbefindens“ umstritten (vgl. Wilser 2004: 248). Die WHO modifizierte 1984 ihren Gesundheitsbegriff folgendermassen:

Gesundheit ist das Ausmass, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont, wie deren körperliche Leistungsfähigkeit. (WHO 1984 zit. nach Naidoo/Wills 2003: 23)

In dieser Definition wird Gesundheit nicht primär aus einer medizinischen, sondern hauptsächlich aus einer sozialen Perspektive formuliert. Dieses dynamische Gesundheitsverständnis begreift Gesundheit dann als realisiert, „wenn das Individuum zu einer möglichst geglückten Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt gelangt.“ (Wilser 2004: 248)

Eine mögliche theoretische Konzeption von Gesundheit ist die des Gesundheitsdeterminantenmodells. Dieses besagt, dass der Gesundheitszustand von mehreren Determinanten beeinflusst wird, welche in Form von Schutz- und Belastungsfaktoren auftreten können. Dazu gehören individuelle (z.B. Alter) und sozioökonomische Faktoren (z.B. Beruf), sowie

auch Bedingungen der Lebensumwelt (z.B. Wohnort, Gesundheitssystem) und Einflüsse aus dem Lebensstil und der Lebensgestaltung (vgl. Kickbusch/Engelhardt 2009: 19-24).

Da sich die vorliegende Arbeit mit Gesundheitsförderung befasst, wird von einem salutogenetischen Verständnis der Gesundheit gemäss Antonovsky (1997) ausgegangen. Dieses wird im nachfolgenden Unterkapitel näher erläutert.

### **3.2 Salutogenese**

Das Konzept der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky versteht Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum und wendet sich somit von der dichotomen Vorstellung des entweder Gesund- oder Krankseins eines Individuums ab. Salutogenese fokussiert im Gegensatz zur Pathogenese nicht die Risiken, die krankmachenden Faktoren, denen ein Individuum ausgesetzt ist, sondern die gesundheitserhaltenden und -fördernden Ressourcen, sogenannte Coping-Ressourcen. Zudem steht nicht eine einzelne Krankheit im Zentrum des Interessens, sondern diese wird eingebettet in den individuellen Hintergrund und die Lebensgeschichte eines Menschen verstanden (vgl. Antonovsky 1997: 29f.). Zentrale Fragen sind dabei: Was erhält den Menschen gesund bzw. was erhält ihn trotz vieler potenzieller Risikofaktoren gesund? Gemäss Antonovsky wirken sogenannte Widerstandsressourcen (oder Schutzfaktoren) Belastungsfaktoren (Stressoren) entgegen. Unter den Widerstandsressourcen werden sowohl Ressourcen des Individuums wie Intelligenz oder ein positives Selbstwertgefühl, Ressourcen aus dem sozialen Nahraum, also die Beziehungen zu anderen Menschen, als auch gesellschaftliche Ressourcen wie das Gewährleisten eines sicheren Arbeitsmarktes oder einer funktionierenden Krankenversicherung verstanden. Zudem sind kulturelle Ressourcen von Bedeutung unter denen "der Zugang zu kulturellem Kapital im Sinne tragfähiger Wertorientierungen" verstanden wird. Es geht jedoch nicht nur um das Vorhandensein der verschiedenen Widerstandsressourcen, sondern auch um die Fähigkeit, diese entsprechend zu nutzen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2009: 57-60).

Als zentrales Konzept nennt Antonovsky in diesem Zusammenhang das *Kohärenzgefühl*, welches aus den drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* besteht. *Verstehbarkeit* bezeichnet die Vorhersagbarkeit von bestimmten Lebenssituationen. *Handhabbarkeit* steht dafür, wie stark das Individuum seine geeigneten vorhandenen Ressourcen wahrnimmt, die es zur Bewältigung einer spezifischen Anforderung benötigt. Und als letzte Komponente meint die *Bedeutsamkeit* die Fähigkeit, den Sinn in spezifischen Anforderungen wahrzunehmen und die damit verbundenen Anstrengungen als lohnenswert zu erleben (vgl. Antonovsky 1997: 34-36).

Bereits in der Kindheit werden wichtige Grundlagen für das Kohärenzgefühl ausgebildet, dabei spielen das Urvertrauen, welches das Kind zu seinen primären Bezugspersonen entwickeln sollte, aber auch die Erfahrung von Zuwendung, positiver Bestätigung und Anerkennung in der Familie eine wichtige Rolle. Die Adoleszenz führt mit ihren vielfältigen Veränderungen und neuen Anforderungen an die Jugendlichen nicht zwingend zu einer Erschütterung des Kohärenzgefühls. Dieses wird durch die Umwelt des Jugendlichen (z.B. durch eine offene Gesellschaft, in der eine Vielzahl an Möglichkeiten existiert) und durch seine familiären Vorerfahrungen sowie von Aspekten seiner Persönlichkeit mitbestimmt (vgl. ebd.: 95-104). Personen mit einem starken Kohärenzgefühl können Anforderungen und Problemen positiver und kompetenter gegenüberstehen, denn sie haben Vertrauen in die eigenen Ressourcen und die positive Entwicklung einer Situation. Ein starkes Kohärenzgefühl ist besonders auch in der Stressbewältigung und im Hinblick auf den Gesundheitszustand hilfreich. Personen mit einem starken Kohärenzgefühl klassifizieren Stressoren eher als günstig oder irrelevant (vgl. ebd.: 127).

### **3.3 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

Eine Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz weist gemäss aktuellen Untersuchungen einen guten Gesundheitszustand auf. Dennoch zeigte sich in den letzten 20 Jahren, wie auch in anderen Industriestaaten, eine Zunahme der psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen und der chronischen Krankheiten sowie auch des Substanzkonsums (vgl. Michaud/Suris 2009: 59f.). Das Kindes- und Jugendalter ist für die Entwicklung und Stabilisierung von gesundheitsriskantem Verhalten wie beispielsweise Substanzkonsum, Fehlernährung oder mangelnde Bewegung zentral (Jerusalem 2003: 461). Nachfolgend wird für das Kindes- und für das Jugendalter eine nähere Beschreibung des Gesundheitszustandes und der bedeutenden Gesundheitsaspekte vorgenommen.

#### **Kinder**

Die Gesundheit von Kindern wird wesentlich durch ihre familiäre Sozialisation und Erziehung mitbestimmt. Über den Gesundheitszustand von Kindern im Primarschulalter gibt es in der Schweiz im Vergleich zur Altersgruppe der Jugendlichen nur wenige Forschungsergebnisse. Dratva und Zemp (2009) halten fest, dass Schulkinder meist regelmässige Mahlzeiten zu sich nehmen, eiweiss- und fetthaltige Nahrung wird jedoch durchschnittlich zu oft konsumiert. In Bezug auf das Bewegungsverhalten, zeigt sich, dass sich viele Kinder zu wenig bewegen, der Durchschnitt bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten liegt bei 6 bis 12-jährigen bei 122 Minuten pro Woche. Die Empfehlung des Bundesamtes für Gesundheit aus dem Jahr 2006 beträgt eine Stunde Bewegung pro Tag (vgl. 44). Im Bereich der psychischen

Gesundheit lässt sich feststellen, dass 9.5 % der Kinder in der Prä-Adoleszenz an Angststörungen und etwa 4-10 % der Kinder an ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) leiden (vgl. ebd.: 49).

In Deutschland ergab die KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen, dass in Bezug auf die psychische Gesundheit von Grundschulkindern (7-10 Jahre) rund 15 % Verhaltensprobleme (z.B. aggressives Verhalten) aufweisen. Dabei sind Jungen mit einem Anteil von 18.7 % wesentlich öfter betroffen als Mädchen mit 11.3 %. Auch von Hyperaktivitätsproblemen sind Jungen etwa doppelt so häufig (14.6 %) betroffen als gleichaltrige Mädchen. Kinder, deren Eltern einen niedrigen sozialen Status und/oder einen Migrationshintergrund aufweisen, schätzen ihre psychische Gesundheit tendenziell negativer ein. Der subjektive Gesundheitszustand ihrer Kinder wird von den Eltern überwiegend positiv bewertet, bei rund 94.4 % wird er als gut oder sehr gut eingeschätzt. Nur 0.2 % schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder als schlecht oder sehr schlecht ein (vgl. Robert Koch Institut 2008: 123-127).

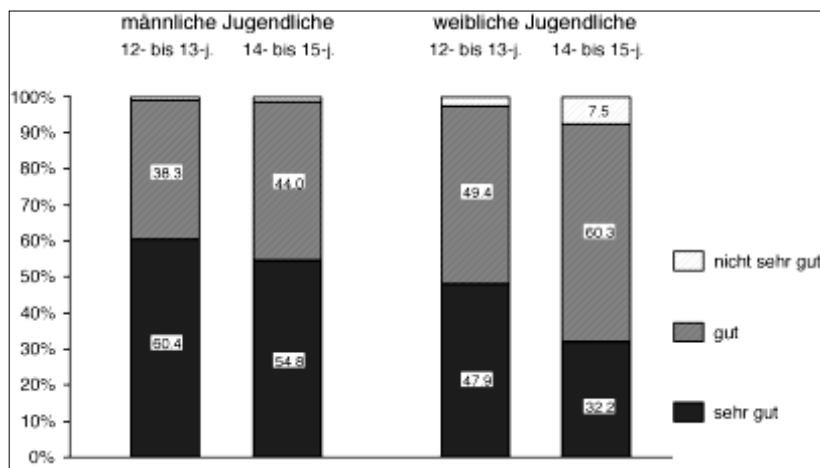
Offenkundig werden geschlechtsspezifische Unterschiede: Mädchen beurteilen ihre gesundheitsrelevante Lebensqualität in der Dimensionen Familie und Schule positiver als Jungen. Im Vergleich zu den Vorschulkindern ist zudem bei den Grundschulkindern eine Abnahme des Selbstwertgefühles feststellbar. Weiter zeigen die Ergebnisse der KIGGS-Studie auf, dass der Gesundheitszustand und die Dimensionen gesundheitlich relevanter Lebensqualität wesentlich vom sozioökonomischen Status und vom Migrationsstatus der Eltern abhängig sind (vgl. ebd.: 126f.).

### **Jugendliche**

Forschungsergebnisse der Health Behavior in school-aged Children Study (HBSC) aus Deutschland zeigen, dass ein grosser Teil der Jugendlichen (85.2 %) ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzt. Dabei schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand tendenziell etwas schlechter ein als Jungen. Auch ein Einfluss des Alters zeigt sich: Jüngere Schülerinnen und Schüler schätzen ihren Gesundheitszustand positiver ein. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und dem eingeschätzten Gesundheitszustand: Jugendliche aus einem Elternhaus mit einem niedrigen Wohlstandsniveau, schätzen ihre Gesundheit deutlich schlechter ein (vgl. Ravens-Sieberer/Thomas/Erhart 2003: 28f.).

Auch in der Schweiz zeigen sich ähnliche Befunde; gemäss einer Studie zur Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Zürich schätzt ein Grossteil der Jugendlichen zwischen 12 bis 15 Jahren ihre Gesundheit gut oder sehr gut ein. Unterschiede zeigen sich bei den weiblichen

Jugendlichen: der Anteil an Mädchen, die ihre Gesundheit als "nicht sehr gut" einstufen, ist bei den Jüngeren (12 bis 13 Jahre) wesentlich kleiner als bei den Älteren (14 bis 15 Jahre).



**Abb. 2: Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht** (Wydler 2002: 16)

Bei ihren männlichen Altersgenossen zeigt sich im Hinblick auf das Alter kein signifikanter Zusammenhang. Zudem zeigt sich eine geschlechtsspezifische Differenz bezüglich der Einschätzung der Gesundheit: Mädchen schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu den Jungen in beiden Alterskategorien schlechter ein (vgl. Wydler 2002: 16).

Jugendliche sehen sich in ihrer Entwicklung mit einer Vielzahl von sogenannten altersspezifischen Entwicklungsaufgaben konfrontiert. Dazu gehören gemäss Dreher & Dreher (1985) unter anderem die Übernahme einer männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle, die emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen, der Aufbau von neuen und reifen Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts sowie die Vorbereitung auf eine berufliche Karriere (zit. nach Kolip 1998: 205). Die Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen stehen in Verbindung mit ihrer Gesundheit: Jugendliche greifen zur Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben oft auf „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ (z.B. Diätverhalten, Konsum von Suchtmitteln, riskantes Fahrverhalten) zurück (vgl. Pinquart/Silbereisen 2004: 64), welche von Gesundheits- und Jugendforschungen problematisiert werden. Die Jugendlichen selbst erleben jedoch im Sinne einer Bewältigungsstrategie eine gewisse Funktionalität dieser Verhaltensweisen (vgl. Kolip 1998: 205-208). Zudem zeichnen sich Jugendliche durch eine starke Gegenwartsorientierung und durch ein eher geringes Risikobewusstsein aus: mögliche zukünftige Folgen des gesundheitsschädigenden Verhaltens stehen für sie nicht im Zentrum. Ein wichtiger Aspekt ist auch, dass die Peers mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen und in diesem Zusammenhang können riskante Verhaltensweisen ein wichtiger Teil von Interaktionen in einer Peergruppe sein. Jugendliches Risikoverhalten ist folglich nicht primär Gesundheits- sondern vor allem Sozialverhalten,

welches die Jugendlichen im Rahmen der Bewältigung ihres Alltags einsetzen (vgl. Jerusalem 1997: 576).

### **Fazit**

Das Unterkapitel 3.3 verdeutlicht, dass der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen als vergleichsweise gut charakterisiert wird, jedoch wesentlich von den Faktoren Geschlecht und Alter mitbestimmt wird. Während sich die Gesundheit von Mädchen und Jungen im Kindesalter noch nicht gross unterscheiden, bzw. sich Mädchen eher noch durch einen besseren Gesundheitszustand auszeichnen, wird im Jugendalter eine negativere Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei den weiblichen Jugendlichen sichtbar. Es wurde jedoch auch ersichtlich, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist. Ein grösseres gesundheitliches Risiko besteht für Kinder mit Migrationshintergrund und für Schülerinnen und Schüler, welche ein tieferes Schulniveau besuchen. Bildung erweist sich dabei als bedeutende Determinante der Gesundheit, Kinder aus einem Elternhaus mit einem hohen Bildungsgrad weisen selbst höhere Schulabschlüsse und eine besser eingeschätzte subjektive Gesundheit auf (vgl. Paulus 2010: 7). Während Kinder in ihrer Gesundheit noch sehr stark von ihren Eltern beeinflusst werden, lösen sich Jugendliche im Verlauf ihrer Entwicklung zunehmend von ihren Eltern. Dabei ist im Jugendalter ein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen (riskanten) Verhaltensweisen und den alterstypischen Entwicklungsaufgaben erkennbar.

Im Rahmen der Schulsozialarbeit gilt es, die alters- und geschlechtsspezifische Sicht auf die Gesundheit zu beachten und das Ziel sollte sein, Benachteiligungen oder Chancenungleichheit entgegenzuwirken. Auch die Funktionalität von gewissen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen im Hinblick auf verschiedene Entwicklungsaufgaben sollte reflektiert werden.

### **3.4 Die Schule als Gesundheitsdeterminante**

Die Schule wird als sekundäre Sozialisationsinstanz der Kinder und Jugendlichen verstanden und ist ein bedeutender Ort für die Realisierung von Entwicklungs- und Bildungsaufgaben. Dabei stellt die Schule auch selbst vielfältige Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. In diesem Zusammenhang spielt in der heutigen Wissensgesellschaft vor allem das Erlangen von Bildungszertifikaten eine wichtige Rolle. Damit bestimmt die Schule die beruflichen und sozialen Möglichkeiten eines Individuums wesentlich mit (vgl. Bilz/Melzer 2011: 121-123).

Die HBSC-Studie verdeutlicht den Einfluss der Schule auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Rund 41.6 % aller Befragten erlebte in den letzten sechs Monaten schulische Überforderung. Davon gaben 31.6 % an, die schulische Überforderung als belastend oder

sehr belastend zu empfinden (vgl. Bilz/Hähne/Melzer 2003: 257). Im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen zeigt sich, dass die Schulfreude und die selbsteingeschätzte schulische Kompetenz die bedeutendsten Einflussgrößen darstellen. Zudem sind für die Schülerinnen und Schüler Aspekte der Unterrichtsqualität und Stützleistungen wichtige Anteile der Schulkultur. Deshalb wird als Möglichkeit zur Gesundheitsförderung in Schulen auch die Verbesserung der Unterrichts- und Schulqualität hervorgehoben (vgl. ebd. 294-296). Darauf wird jedoch in Kapitel 5.2 zur schulischen Gesundheitsförderung noch Bezug genommen.

Studien von Bilz und Melzer (2011) zeigen zudem auf, dass das Klassenklima eine wichtige Dimension der Gesundheit von Jugendlichen darstellt. Dies offenbart sich in den Befunden, dass vor allem Mobbing unter Mitschülerinnen und Mitschülern, schulische Überforderung und eine geringe Unterrichtsqualität auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen Einfluss nimmt. Ängste, psychosomatische Beschwerden und depressive Anzeichen können die Folge sein und diese stehen in engem Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl der Jugendlichen. Das Selbstwertgefühl kann seinerseits als bedeutender Aspekt für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben betrachtet werden (vgl. 125f.).

Das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule ist ausserdem eine wichtige Determinante des Schulerfolgs. Wer gerne zur Schule geht, weist tendenziell auch bessere Schulleistungen auf. Angst, Überforderung oder Hilflosigkeit hingegen, wirken sich nachteilig auf die Schulleistungen von Kindern und Jugendlichen aus (vgl. Paulus 2010: 20).

Die Schule als wichtige Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen beinhaltet in Bezug auf deren Gesundheit sowohl gewisse riskante Einflüsse, als auch Schutzfaktoren. Für die Schulsozialarbeit ist es wichtig, das System Schule und dessen Einflussmöglichkeiten zu kennen um konkrete Schutzfaktoren zu fördern oder Risiken minimieren zu können. Die Reduktion von Risiken ist Ziel der Prävention, die im folgenden Kapitel näher betrachtet wird.



## 4. Prävention

Leppin (2004: 31) definiert Prävention wie folgt: "Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmassnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern."

Der Präventionsbegriff wurde im 19. Jahrhundert im Rahmen von Hygiene- und Volksgesundheitsbestrebungen entwickelt und weist eine nahe Beziehung zu den Disziplinen der Medizin und Biologie auf (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004: 11). Prävention geht von einem Risikofaktorenmodell aus, sie versucht folglich herauszufinden, welche Aspekte die Gesundheit bedrohen bzw. zur Entwicklung von Krankheiten beitragen. Prävention stützt sich dabei auf Zukunftsprognosen, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit voraussagen. Mit dem vorzeitigen Einschreiten soll ein möglicher Krankheitszustand verhindert bzw. gemildert werden und der Erfolg der Prävention wird an ebendieser Verhinderung bzw. Milderung gemessen (vgl. ebd. 12). Prävention kann vom Begriff der Behandlung, welche „versucht, bestehende Probleme bei bestimmten Personen zu beheben“ sowie vom Begriff der Schadensminderung, welche die „Folgeprobleme von bestehenden Problemen zu verhindern versucht“ abgegrenzt werden (Hafen 2001: 43).

Die gängige Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention<sup>1</sup>, nach Caplan 1984, orientiert sich am Zeitpunkt, an welchem bestimmte Massnahmen angesetzt werden. Im Rahmen des Settings Schule konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf die Unterteilung nach Gordon (1983), der sein Präventionskonzept an der Zielgruppe orientiert. Er unterteilt diese deshalb in *universelle Programme*, die sich an die Allgemeinheit oder an Gemeinschaften richten (z.B. nationale Impfkampagnen), *selektive Programme*, die bestimmte Risikogruppen im Fokus haben und *indizierte Programme*, die Personen mit einer bereits geäusserten Problematik ansprechen sollen (z.B. Schülerinnen und Schüler mit Depressionen) (vgl. 108).

Bei den Präventionsstrategien wird zwischen *Verhaltensprävention* und *verhältnispräventiven Massnahmen* unterschieden. Unter ersterem Begriff wird die Änderung des individuellen Verhaltens, wie beispielsweise rauchen oder ungesund essen, verstanden. Bei verhältnispräventiven Massnahmen hingegen steht die Veränderung der Umwelt- und Lebensbedingungen von Individuen im Zentrum. Darunter kann beispielsweise eine

---

<sup>1</sup> Unter Primärprävention werden Massnahmen verstanden, die vor dem Eintreten eines unerwünschten Zustandes bei Personen ohne Symptomatik eingeleitet werden. Sekundäre Prävention fokussiert die Eindämmung bzw. Verringerung der Dauer bei Krankheiten. Tertiäre Prävention hingegen will die negativen Folgen einer Krankheit vermindern (vgl. Leppin 2004: 31-33).

bedürfnisgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes oder auch die Einführung von gesunden Pausensnacks an Schulen verstanden werden. Während Verhaltensprävention eher mit dem Begriff der Prävention in Verbindung gebracht wird, stehen verhältnispräventive Massnahmen stärker mit der Gesundheitsförderung in Verbindung (vgl. Leppin 2004: 36). Die beiden Strategien unterscheiden sich in ihrer Ausrichtung: Verhaltensprävention konzentriert sich auf Individuen und einzelne Gruppen und deren Verhalten und Einstellungen, während Massnahmen in der Verhältnisprävention soziale Kontexte, Rahmenbedingungen oder konkrete gesundheitsgefährdende Lebensumgebungen fokussieren (vgl. BMFSFJ 2009: 51).

Bei den Methoden der Prävention werden edukative Methoden, normativ-regulatorische Massnahmen und ökonomische Anreiz- oder Bestrafungssysteme voneinander unterschieden. Edukative Methoden versuchen mittels Information, Aufklärung, Beratung und Verhaltenstrainings die Einsicht und Motivation zu Veränderungen zu beeinflussen. Normativ-regulatorische Massnahmen werden auf der Gesetzesebene angelegt und so beispielsweise durch Rauchverbote oder Schadstoffverordnungen verwirklicht. Mit Hilfe von ökonomischen Anreiz- oder Bestrafungssysteme, wie etwa der Erhöhung der Alkohol- oder Tabaksteuer, soll Einfluss auf das Konsumverhalten genommen werden (vgl. Leppin 2004: 37f.).

Der klassische Präventionsbegriff, der Kinder und Jugendliche vor Gefahren schützen und Abweichungen von der Norm abwenden will, steht in der Kritik. Da die Gesellschaft starken Veränderungsprozessen unterliegt und eine grosse Vielfalt an Werten und Normen existiert, soll der Fokus stärker auf die Förderung von Lebenskompetenzen als auf den Schutz vor möglichen Gefahren gerichtet sein (vgl. Baier 2011a: 72f.). Die stark an Normalität orientierte Diskussion um Risikofaktoren und den damit verbundenen Präventionsbedarf wird von wissenschaftlich orientierten Expertinnen und Experten dominiert. Deshalb erscheint es wichtig, dass Prävention im pädagogischen Kontext die Lebenswelt und die Perspektive der Kinder und Jugendlichen mit einbezieht (vgl. BMFSFJ 2009: 52). Gemäss Baier rückt an Stelle des klassischen Präventionsbegriffes zunehmend ein Verständnis der allgemeinen Stärkung der Kinder und Jugendlichen im Sinne einer Förderung ihrer Lebenskompetenzen (vgl. 2011a: 73). In diesem Kontext ist auch der wesentlich jüngere Begriff der Gesundheitsförderung zu lokalisieren, der im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet wird. Die Unterscheidung bzw. das Verhältnis der beiden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung wird dann im Unterkapitel 5.4 ausführlich diskutiert.

## 5. Gesundheitsförderung

Im folgenden Kapitel soll der Begriff der Gesundheitsförderung konkretisiert werden. Dafür wird zuerst in Kapitel 5.1 der Begriff der Gesundheitsförderung erläutert, dann folgt in Kapitel 5.2 eine Charakterisierung der Gesundheitsförderung im Jugendalter. Kapitel 5.3 widmet sich der schulischen Gesundheitsförderung und im letzten Kapitel (5.4) geht es um die Abgrenzung der beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention sowie um ihre Verwendung im Arbeitsfeld der Schulsozialarbeit.

### 5.1 Begriffsklärung

Gesundheitsförderung konzentriert sich im Gegensatz zur Prävention nicht primär auf die Verhinderung der „krankmachenden“ Verhaltensweisen, sondern hat im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes vor allem die Schutzfaktoren, also das was den Menschen gesund macht bzw. bleiben lässt, im Blickfeld (vgl. Hähne et al. 2008: 147). Ziel der Gesundheitsförderung als Intervention ist dabei "so früh wie möglich in den erwarteten Verlauf der Entwicklung des gesunden Zustandes eines Menschen oder einer ganzen Gruppe von Menschen mit dem Ziel zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird." (Hurrelmann et al. 2004: 13) Schutzfaktoren der Gesundheit bestehen einerseits aus sozialen und wirtschaftlichen Faktoren (z.B. Ausbildung, Arbeitsplatz, finanzielle Situation) und Umweltfaktoren (z.B. Luftqualität, Wohnbedingungen), andererseits aber auch aus Faktoren des Lebensstils (z.B. Ernährung und Bewegung), psychologischen Faktoren (z.B. Selbstwirksamkeit, Stressresistenz) und Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (vgl. ebd.: 14).

Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde maßgeblich durch die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1986 mitbestimmt. Diese fordert die Realisierung von Chancengleichheit in der Gesundheit unter Einbezug verschiedenster Beteiligter (Gesundheitssystem, Politik, Wirtschaft, Verbände, Medien und weitere). Die WHO hält in der Ottawa Charta folgende Definition der Gesundheitsförderung fest:

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. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. (...) (WHO 1986)

Dabei wurden folgende Handlungsgrundsätze definiert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: Gesundheitsförderung als aktuelles politisches Thema und ihre Realisierung auf allen Ebenen

- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: Realisierung der Gesundheitsförderung in verschiedenen Arbeits- und Freizeitbereichen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen: Stärkung von Gemeinden und Nachbarschaften mit dem Ziel einer grösseren Mitbestimmung
- Persönliche Kompetenz entwickeln: Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch Bildung, Information und Verbesserung der Sozial- und Lebenskompetenzen
- Gesundheitsdienste neu orientieren: Gesundheitseinrichtungen, Staat und Mitarbeitende im Gesundheitswesen sollen eine stärkere gesundheitsförderliche Ausrichtung der Gesundheitsdienste fokussieren. (vgl. WHO 1986, BMFSFJ 2009: 54f.)

Die Strategien des anwaltschaftlichen Handelns, des Befähigens und Ermöglichens sowie auch die des Vermittelns und Vernetzens sollen bei der Umsetzung richtungsweisend sein. Dabei übernehmen Professionelle, welche im Bereich der Gesundheitsförderung tätig sind, nicht die Rolle der Expertin oder des Experten, sondern üben eine unterstützende Funktion aus (vgl. Naidoo/Willis 2003: 96).

An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass die Ottawa-Charta hauptsächlich eine politische und keine explizit wissenschaftliche Konzeption ist. Sie hat jedoch massgeblich zur Etablierung der Gesundheitsförderung beigetragen (vgl. Faltenmaier/Wihofszky 2012: 102).

Zur Gesundheitsförderung gehören gemäss dem BMFSFJ (2009: 53) „die Förderung von selbstbestimmten Lebensweisen, Kompetenzen, von Wohlbefinden und Lebensqualität, aber auch die Pflege von förderlichen materiellen, sozialen und ökologischen Ressourcen und die Reduktion gesellschaftlich ungleich verteilter Risiken, Stressoren und Belastungen.“ Gesundheitsförderung möchte zum einen auf der Ebene der Individuen und zum anderen auch auf der Ebene der sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen Ressourcen stärken und verbessern. In der Praxis der Gesundheitsförderung kann eine Unterteilung in horizontale und vertikale Ansätze vorgenommen werden. Vertikale Ansätze konzentrieren sich stärker auf Individuen und deren Verhalten und Einstellungen. Horizontale Ansätze sind dagegen stärker an Settings orientiert und fokussieren die Gestaltung und Veränderung von Lebensräumen und Lebenssituationen. Es sind jedoch auch Mischformen dieser beiden Ansätze möglich (vgl. Franzkowiak/Wenzel 2005: 3). Andere Autoren unterteilen die Gesundheitsförderung analog zur Prävention in verhaltens- und verhältnisorientierte Massnahmen (vgl. Schwager/Udris 1998: 370). Diese sind inhaltlich der oben genannten Unterteilung in vertikale und horizontale Ansätze gleichzusetzen.

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist jedoch im Vergleich zur Prävention weniger konkret und die Wirkungszusammenhänge sind komplex und mehrdimensional. Gesundheitsförderung ist eine „intersektorale Aufgabe“ (Altgeld/Kolip 2004: 43), ihre Realisierung

steht in der Verantwortung mehrerer Akteure (z.B. Bildungswesen, Stadt- und Gemeindeentwicklung, Jugendarbeit oder einzelne Arbeitgeber). Dabei ist der Settingansatz, bei welchem einzelne Lebenswelten im Zentrum stehen, eine bedeutende Strategie in der Gesundheitsförderung. So kann ein Pflegeheim, ein Betrieb, eine Gemeinde oder auch eine Schule ein Setting für Gesundheitsförderung bilden (vgl. ebd. 42-45-). Der Begriff des Settings stammt aus der Feder der WHO und bezeichnet "soziale Bereiche (...), in denen Gesundheitsförderungsprogramme mit allen beteiligten Parteien umgesetzt werden sollen." (Bals et al. 2008: 8) Im Setting-Ansatz werden sowohl verhaltensorientierte, als auch verhältnisorientierte Massnahmen eingesetzt. Die Verbindung dieser beiden Strategien wird im Setting-Ansatz erleichtert (vgl. Altgeld/Kolip 2004: 45).

### **Empowerment und Partizipation**

Gesundheitsförderung hat zum Ziel, die Selbstbestimmung der Individuen über ihre eigene Gesundheit zu realisieren und zu fördern. In dieser Aussage wird die demokratisch-emanzipatorische Ausrichtung der Gesundheitsförderung klar ersichtlich. Dabei tauchen in der Literatur auch immer wieder die beiden Begriffe *Empowerment* und *Partizipation* auf, Individuen sollen befähigt werden selbst ihre Lebensverhältnisse gemäss ihren Bedürfnissen mitzubestimmen und zu gestalten (vgl. Wipplinger/Amann 1998: 36).

Partizipation<sup>2</sup> wird als Konzept der sozialen Teilhabe verstanden und Hartung (2012: 61) definiert Partizipation etwas konkreter: "Unter Partizipation soll hier die individuelle oder auch die kollektive Teilhabe an Entscheidungen verstanden werden, die die eigene soziale, ökonomische und politische Situation, die eigene Lebensgestaltung – und damit auch die eigene Gesundheit – betreffen." Partizipation steht in Verbindung mit dem Konzept der Salutogenese, denn das Kohärenzgefühl wird wesentlich dadurch bestimmt, dass das Individuum sich selbst als handlungsfähig und mächtig in Bezug auf sein eigenes Leben erlebt (vgl. Franzkowiak/Homfeldt 2012: 83).

Empowerment beschreibt gemäss Altgeld (2011: 57) "einen Entwicklungsprozess im Alltag, in dem Individuen, Gruppen oder ganze Organisationen die eigene Stärke entdecken und ihre Lebenswelt (mit)gestalten." Der Begriff des Empowerments steht in einem politischen Zusammenhang und ist stark mit der Frage nach Macht verknüpft. Empowerment kann auf verschiedenen Stufen stattfinden: auf der individuellen Stufe, auf der Stufe der Organisation und auf der Stufe der Gesellschaft (vgl. Dür 2008: 141f.).

---

<sup>2</sup> Partizipation kann gemäss Wright (2012) als ein Stufenmodell verstanden werden. Dabei gelten Instrumentalisierung und Anweisung als Nicht-Partizipation; Information, Anhörung und Einbeziehung werden als Vorstufen der Partizipation bezeichnet und Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht werden als „echte Partizipation“ bezeichnet (vgl. 95-98).

## 5.2 Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter

In der Lebensphase der Kindheit und Jugend werden in Bezug auf die spätere Lebensführung und Gesundheit bedeutende Verhaltensmuster ausprobiert und erlernt. Kinder orientieren sich in ihrem Gesundheitsverhalten noch stark an ihren Eltern und beobachten deren Verhalten sowie auch dessen Konsequenzen. Hier stehen im Kontext von Eltern- und Familienbildung vielfach die Eltern im Fokus von gesundheitsförderlichen Programmen wie beispielsweise das Erziehungsprogramm Triple P (Positive Parenting Program) (vgl. BMFSFJ 2009: 184-187). Für Kinder ist es wichtig, dass die positive Wirkung von Massnahmen oder Programmen im Bereich der Gesundheitsförderung unmittelbar erfahrbar wird, denn sie haben einen starken Gegenwartsbezug und ihre Motivation ist wesentlich von diesen erfahrbaren positiven Effekten abhängig. Dabei gilt es zu beachten, dass den Kindern nicht nur Wissensinhalte vermittelt werden, sondern dass diese anschaulich und für die Kinder erfahrbar werden, beispielsweise durch Übungen (vgl. Elben/Lohaus 2003: 382-284).

Bei Jugendlichen haben Untersuchungen gezeigt, dass eine stark an Wissensvermittlung und/oder Abschreckung orientierte Präventionsstrategie, die in erster Linie Risiken und Konsequenzen aufzeigt, ziemlich erfolglos blieb. Dies steht im Zusammenhang mit der starken Gegenwartsorientierung der Jugendlichen und der erlebten Funktionalität ihres gesundheitsriskanten Verhaltens (vgl. Jerusalem 1997: 576f.). Neuere Konzepte der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen fordern, dass sich der Blickwinkel weg von der Fokussierung auf die Prävention von Risiko- und Problemverhalten, hin zu einer Förderung der Kompetenzen und Ressourcen richtet. Dabei wird auch der Unterstützung bei der Bewältigung der jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben einen zentralen Stellenwert beigemessen (vgl. Pinquart/Silbereisen 2004: 68f.). Im Kontext der Gesundheitsförderung sollen die Bedürfnisse der Jugendlichen geklärt und berücksichtigt werden, beispielsweise das Bedürfnis nach Kontrolle über das eigene Leben. Zudem sollen bei den Jugendlichen durch die Fokussierung der Selbsttätigkeit und Eigeninitiative in der Gesundheitsförderung positive Gefühle angeregt werden (vgl. Roth/Rudert/Petermann 2003: 413-415).

Ergebnisse aus der HSCB-Studie aus Deutschland (siehe Kapitel 4.2.1) zeigen auf, dass die Gesundheitsförderung bereits früh ansetzen soll, da jüngere Jugendliche ihre Gesundheit noch wesentlich besser einschätzen. Zudem wird vorgeschlagen, durch sogenannte "Screeningmassnahmen", analog der selektiven Prävention, bestimmte Risikogruppen in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit zu lokalisieren und bei der Bewältigung von herausfordernden Lebensereignissen und Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. Es wird betont, dass die verschiedenen Settings, in denen sich Jugendliche aufhalten (z.B. Familie, Schule, Sportverein, Jugendtreff etc.), im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheits-

förderung mitberücksichtigt und miteinbezogen werden sollten. Bezüglich sozial benachteiligten Jugendlichen schlagen Langness, Richter und Hurrelmann (2003) vor, dass Massnahmen und Angebote zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein sollten. Dabei sind vor allem die Stärkung gesundheitsförderlicher Umwelten und die Unterstützung der Bewältigungsressourcen wertvolle Strategien. Zudem sollten Massnahmen zur Gesundheitsförderung geschlechtsspezifisch reflektiert und je nachdem ausgerichtet werden, da sich bezüglich des Gesundheitszustandes und -verhaltens wesentliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen zeigen, beispielsweise in den Bereichen Sucht, Ernährung oder in der Nutzung medizinischer Angebote (vgl. Langness et al. 2003: 311-315). Ziel der Gesundheitsförderung bei Jugendlichen besteht darin:

durch Bildungs- und Erziehungsmassnahmen gemeinsam und individuell auf eine verantwortungsbewusste, gesunde Lebensweise hinzuwirken, eine aktive Mitarbeit bei der gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen anzuregen und zugleich auf vermeidbare Zustände des Verhaltens und der Lebensbedingungen einzuwirken. Versteht man gesundheitsschädigendes Verhalten als eine Verarbeitung ungünstiger Lebenslagen, dann muss Gesundheitsförderung die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen und sozialer Unterstützungspotentiale umfassen. (Langness et al. 2003: 332f.)

Eine sehr umfassende Strategie der Gesundheitsförderung ist die der Förderung der Lebenskompetenzen (life-skills). Gesundheitsförderung soll die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen stärken und unterstützen und die Entwicklung von unterschiedlichen Ressourcen, welche zur Bewältigung von verschiedenen Lebensanforderungen dienen, fördern. Dabei werden sowohl kognitive Ressourcen (z.B. analytisches Denken, Wissensinhalte) als auch soziale (z.B. Selbstbehauptung, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit), emotionale (z.B. Fähigkeit zur Empathie, Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen) und motorisch-sensorische Ressourcen (z.B. Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit, Strategien zur Entspannung) ins Blickfeld genommen. Zudem spielt die Fähigkeit zur Selbstregulation, mit der die entsprechenden Ressourcen für die jeweiligen Situationen erkannt und umgesetzt werden können, eine wichtige Rolle. Mit Hilfe dieser Lebenskompetenzen soll es Kinder und Jugendlichen leichter fallen, alternative Handlungsmöglichkeiten zu Risikoverhaltensweisen (z.B. Substanzkonsum) wahrzunehmen und einzusetzen. Zudem soll das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität über die Stärkung dieser persönlichkeitsbildenden Ressourcen und Fähigkeiten gesteigert werden. Die Schule stellt ein beliebtes Setting für Konzepte zur Steigerung der Lebenskompetenzen dar (vgl. Jerusalem 2006: 47-49).

In Deutschland fordert der 13. Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), dass Gesundheitsförderung als fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe verstanden wird. Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen ist demnach nicht eine Voraussetzung, sondern ein Ziel, welches es zu realisieren und zu unterstützen gilt. Dabei gilt es besonders auch Einflüsse aus dem sozio-ökonomischen Umfeld und Diskriminierungen (z.B. Geschlecht, Herkunft, Behinderung) zu beachten. Damit zusammenhängend formuliert das BMFSFJ zwölf Leitlinien, welche sich an der salutogenetischen Perspektive orientieren. Gesundheitsförderung soll:

1. Die Lebenssouveränität stärken
2. Einen Gesellschaftsbezug aufweisen
3. Einen Lebenswelt- und Kontextbezug aufweisen
4. Positive Entwicklungsbedingungen fördern
5. Befähigungsgerechtigkeit verwirklichen
6. Bildungsgerechtigkeit realisieren
7. Inklusion verwirklichen
8. Einen achtsamen Körperbezug und kommunikativen Weltbezug fördern
9. Die Lebensverlaufsperspektive fokussieren
10. Interprofessionelle Vernetzung realisieren
11. Einen Paradigmenwechsel von der Anbieter- zur Akteurperspektive vollziehen
12. Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben verstehen (BMFSFJ 2009: 250f.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es kein allgemein gültiges theoretisches Konzept für die Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter gibt. Es ist jedoch wichtig, dass sich die Gesundheitsförderung nach dem Alter und dem Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen richtet und auch genderspezifische Unterschiede beachtet. Dabei sollen nicht nur Methoden der Wissensvermittlung, sondern vor allem auch psychosoziale erlebnis- und handlungsorientierte Methoden berücksichtigt werden. Bei Jugendlichen ist zudem der erlebten Funktionalität des riskanten Gesundheitsverhaltens Rechnung zu tragen und auch die Peergruppe, die sich als bedeutende und einflussreiche Lebenswelt der Jugendlichen zeigt, ist in der Konzeption von Gesundheitsförderungsprogrammen zu beachten. Eine starke Orientierung an den Lebenswelten und Bedürfnissen der Kinder und Jugendliche ist von grosser Bedeutung (vgl. Jerusalem 2006: 471-473).

### **5.3 Schulische Gesundheitsförderung**

Die Schule kann als geeignetes Setting für Gesundheitsförderung verstanden werden, da sie als sekundäre Sozialisationsinstanz ein wichtiger Bestandteil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ist. Zudem kann in der Schule eine breite Zielgruppe, darunter auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, über mehrere Jahre hinweg erreicht werden (vgl. Zurhorst 2004: 4f.). Gesundheit ist zudem sowohl für Kinder und Jugendliche, als auch für



Lehrpersonen und Eltern ein zentrales Thema, von welchem alle betroffen sind (vgl. Sommer et al. 2006: 88). Während früher vor allem die Gesundheitserziehung im Zentrum der schulischen Gesundheitsbestrebungen stand, fokussieren heutige Projekte vermehrt die Stärkung der Gesundheitsressourcen und im Zentrum stehen nicht nur Schülerinnen und Schüler, sondern auch Lehrpersonen, Eltern und die gesamte Schulumgebung (vgl. Schnabel 2004: 288). In der historischen Entwicklung schulischer Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte wird die Entwicklung von einem normierend-disziplinierenden zu einem ausdrücklich demokratisch-emanzipatorischen Konzept sichtbar, welches Partizipation und Empowerment der Beteiligten beinhaltet. Die an der Gesundheitsförderung Beteiligten übernehmen Verantwortung und gestalten ihre Umgebung und sich darin abspielende Prozesse aktiv mit. Unter schulischer Gesundheitsförderung werden zwei unterschiedliche Interventionsstrategien verstanden: Die Gesundheitsförderung in der Schule und die Gesundheitsfördernde Schule (vgl. Paulus 2003: 2-5).

Die Idee der Gesundheitsfördernden Schule entstand im Kontext der Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings gemäss der Ottawa-Charta der WHO (siehe Kapitel 5). Die WHO ist auch Initiatorin des "Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen", welches seit Anfang der 90er Jahren besteht und mittlerweile 43 Nationen umfasst. In diesem Zusammenhang hat sie zehn Prinzipien Gesundheitsfördernder Schulen herausgegeben:

<b>1. Demokratie</b>	Die Gesundheitsfördernde Schule gründet auf demokratischen Prinzipien und ermöglicht allen Akteurinnen und Akteuren umfangreiche Partizipationsmöglichkeiten.
<b>2. Gerechtigkeit</b>	Der gleichberechtigte Zugang und die Chancengleichheit für alle soll an der Gesundheitsfördernden Schule sowohl im Unterricht als auch in der Erziehung realisiert werden. Jedes Individuum soll in seiner emotionalen und sozialen Entwicklung gefördert werden.
<b>3. Empowerment und Handlungskompetenz</b>	Kinder und Jugendlichen sollen selbst handeln und Veränderungen initiieren können. Sie sollen befähigt werden ihre Ideen und Ziele umzusetzen und ihr Leben aktiv verändern zu können.
<b>4. Schulumgebung</b>	Die physische und soziale Schulumgebung beeinflusst das Wohlbefinden der im Setting Schule teilnehmenden massgeblich und erfordert eine angepasste Ausgestaltung.
<b>5. Lehrplan</b>	Der Lehrplan orientiert sich an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und ermöglicht ihnen das Erlangen von Lebenskompetenz.
<b>6. Lehrer-Schulung</b>	In der Aus- und Weiterbildung sollen Lehrpersonen bezüglich gesundheitsförderlicher Themen sensibilisiert und befähigt werden
<b>7. Erfolgsmessung</b>	Durch Erfolgsmessung wird die Effektivität der gesundheitsfördernden Massnahmen sichtbar.
<b>8. Zusammenarbeit</b>	Die gemeinsame Verantwortung und Zusammenarbeit von Schulen und den Gesundheits- und Bildungsministerien wird als zentrale Voraussetzung für die Etablierung Gesundheitsfördernder Schulen betrachtet.
<b>9. Gemeinschaften</b>	Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mehrerer Akteure wie Schulen, Familien, Gemeinden oder nicht-staatliche Akteure ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Gesundheitsfördernde Schule.
<b>10. Nachhaltigkeit</b>	Für die Gesundheitsfördernde Schule ist es notwendig, dass Politik und Verwaltung Ressourcen bereitstellen, um die Gesundheitsförderung längerfristig in den Schulen zu installieren.

**Tab. 1: Zehn Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule** (vgl. Schools for Health in Europe 1997, Witteriede 2002: 126-128)

Die Gesundheitsfördernde Schule steht in enger Verbindung mit dem Begriff der Schulqualität und in diesem Zusammenhang auch mit dem Anliegen der Schulentwicklung. In der Schweiz wurde das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ bis heute an rund 1000 Schulen verwirklicht. Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX definiert in seinem Leitfaden die Gesundheitsfördernde Schule folgendermassen:

Die Gesundheitsfördernde Schule setzt sich explizit mit Themen der Gesundheitsförderung auf allen Ebenen des Schulgeschehens (Unterricht, Team, Schulorganisation, Vernetzung, Curriculum) auseinander und verpflichtet sich zu entsprechenden Massnahmen. Damit trägt sie zur Verbesserung der Bildungs- und Schulqualität und zur Entfaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens aller an der Schule Beteiligten bei. Sie orientiert sich dabei an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und richtet ihre Arbeit nach den Prinzipien der Gesundheitsförderung gemäss Ottawa Charta aus: Partizipation, Befähigung zum selbst bestimmten Handeln, Ressourcenorientiertheit, Langfristigkeit und Pädagogik der Vielfalt (Chancengleichheit bezüglich Geschlecht, sozialer, ethnischer und religiöser Herkunft). (Zumstein 2008: 10)

Schulische Gesundheitsförderung wird nach dieser Definition sehr umfassend verstanden, alle Akteure im Setting Schule gehören zur Zielgruppe und anstelle der Durchführung von einzelnen Interventionen und Projekten, „wird die Schule selber zum gesundheitsfördernden Projekt“ (Zumstein 2009: 5).

Gesundheitsförderung in der Schule dagegen hat ihren Ausgangspunkt in konkreten gesundheitlichen Problematiken wie beispielsweise ungesunde Ernährung, Suchtmittelkonsum, Bewegungsmangel oder Stress. Gesundheitsförderung beabsichtigt Schülerinnen und Schüler in der Entwicklung von sozialen Fähigkeiten wie z.B. Durchsetzungskraft, Entscheidungskompetenz oder Stressbewältigung zu unterstützen und hat zum Ziel ihre Selbstbestimmung in Bezug auf ihr Leben zu vergrössern (vgl. Naidoo/Wills 2003: 282). Mögliche Ansätze der Gesundheitsförderung in der Schule sind beispielsweise Standfestigkeitstrainings, welche Schülerinnen und Schüler in Bezug auf den sozialen Einfluss sensibilisieren möchten oder auch der Life-Skills-Ansatz, welcher im vorangegangenen Kapitel 5.1 thematisiert wurde (vgl. Jerusalem 2006: 464f.).

Internationale Studien zur Wirksamkeit von schulischer Gesundheitsförderung haben gezeigt, dass vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit, sowie auch in den Bereichen Ernährung und Bewegung sowie in der Gewaltprävention positive Einflüsse erkennbar wurden (vgl. Felder-Puig 2011: 297). Die HSBC-Studie (siehe Kapitel 3.4) hat ergeben, dass sowohl die Mitbestimmung in der Schule, als auch die Mitbestimmung im Unterricht, die Unterstützung durch die Lehrpersonen und das Klassenklima wichtige Determinanten der Gesundheit von Kinder und Jugendlichen sind (vgl. Dür 2008: 161f.). Ziel der

Gesundheitsförderung in der Schule ist es, solche wichtigen Einflussfaktoren bei der Planung von Massnahmen und Interventionen zu berücksichtigen.

Es lässt sich festhalten, dass schulische Gesundheitsförderung auf ein geeignetes und eine heterogene Zielgruppe erreichendes Setting trifft. Wichtig erscheint, dass schulische Gesundheitsförderung zunehmend nicht nur im Sinne der Verhaltensprävention auf Einstellungen und Verhalten einzelner Personen (vor allem die Schülerinnen und Schüler) Einfluss nehmen will, sondern dass sie mit einer ganzheitlichen Sichtweise die gesamte Organisation Schule zum Zielobjekt von gesundheitsfördernden Prozessen und Veränderungen macht. Dies wird im Konzept der Gesundheitsfördernden Schule angestrebt: Gesundheitsförderung soll als Teil der Schulkultur über Schul- und Unterrichtsentwicklungsprozesse realisiert werden und zu einer Qualitätssteigerung der Bildung und der Organisation Schule führen.

#### **5.4 Prävention oder Gesundheitsförderung?**

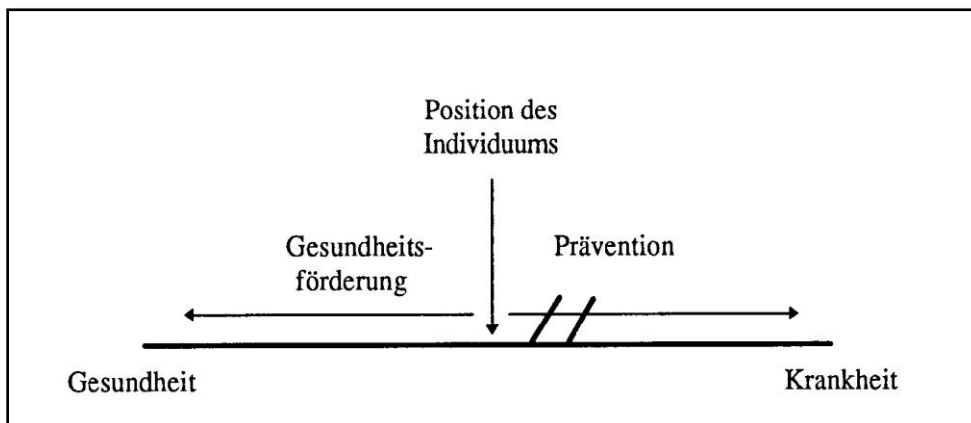
Die beiden Begriffe der Prävention und der Gesundheitsförderung werden in der Literatur und in Diskussionen nicht immer eindeutig verwendet. Es gibt unterschiedliche Ansichten zum Verhältnis und zur Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung. Nachfolgend sind exemplarisch einige erwähnt.

Gemäss Hafén (2004: 10) macht es aus unterscheidungs- und systemtheoretischer Sicht keinen Sinn die beiden Konzepte voneinander zu differenzieren, da sie dieselbe (gesellschaftliche) Funktion verfolgen, nämlich „die Beseitigung oder Verhinderung von gesundheitsminimierenden Phänomenen und deren Ursachen resp. die Förderung oder Erhaltung der Gesundheit.“ Hafén (2001: 40) betont zudem: „die Gesundheit kann nicht gefördert werden ohne Krankheit zu verhindern; die Krankheit kann nicht verhindert werden, ohne die Gesundheit zu fördern.“ Auch auf der Ebene der Methodik vermag der Autor keine bedeutenden Unterschiede auszumachen. Er schlägt deshalb vor die beiden Begriffe synonym bzw. Gesundheitsförderung als Überbegriff zu verwenden (vgl. Hafén 2004: 10f.).

Andere Autoren, wie beispielsweise Altgeld und Kolip (2004) plädieren für eine Trennung der beiden Begriffe und betonen den Paradigmen- und Perspektivenwechsel der Gesundheitsförderung, die sich nicht auf Krankheit, sondern auf die Gesundheit und auf das, was den Menschen gesund bleiben bzw. werden lässt, fokussiert (vgl. 42). Altgeld und Kolip (ebd.) weisen zudem darauf hin, dass: "(...) auch wenn in zahlreichen Massnahmen beide Elemente vertreten sind, so ist die konzeptionelle Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsam, da sich die Blickrichtung und Strategien unterscheiden."

Hurrelmann et al. (2004: 12-14) verwenden den Begriff der Krankheitsprävention als Bezeichnung für die Prävention und halten fest, dass die Zielorientierung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, nämlich der Gesundheitszuwachs, zwar dieselbe ist, sie verfolgen jedoch eine jeweils andere Strategie: In der Prävention vornehmlich die Verhinderung von Risikofaktoren und in der Gesundheitsförderung die Stärkung der Schutzfaktoren. Zudem fügen Hurrelmann et al. an, dass es nicht förderlich sei, die beiden Konzepte nachdrücklich voneinander abzugrenzen. "Die beiden Interventionsformen müssen deshalb als sich ergänzend verstanden werden, wobei je nach Ausgangslage einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessenere und erfolgversprechendere sein kann." (ebd.: 14)

Becker (1997) hingegen sieht einen Unterschied in der Zieldimension der Gesundheitsförderung: Die untenstehende Abbildung verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung das Individuum in Richtung Gesundheit bewegen möchte, während Prävention eine Verschiebung in Richtung Krankheit verhindern will.



**Abb. 3: Ziele der "Gesundheitsförderung" und der "Prävention"** (Becker 1997: 519)

Becker betont jedoch, dass die Methoden der Gesundheitsförderung und der Prävention sich oft überschneiden und schlägt vor, Gesundheitsförderung als übergeordneten Begriff zu verwenden (vgl. Becker 1997: 518f.).

Die vorliegende Arbeit geht im Sinne von Becker (1997) von einer Differenz der beiden Begriffe in ihrer Zielausrichtung aus, erkennt jedoch, dass sich die beiden in ihrer Umsetzung und ihren Methoden oft nicht klar unterscheiden lassen und ihre gesellschaftliche Funktion letztlich dieselbe ist.

## **Schulsozialarbeit: Gesundheitsförderung oder Prävention?**

In der Schulsozialarbeit zeigt sich eine Konzentration auf den Präventionsbegriff, der Gesundheitsförderungsbegriff wird eher selten verwendet. Dies wird auch bei der Betrachtung von unterschiedlichen Leitbildern bzw. Konzepten von Schulsozialarbeit deutlich. Dazu nachfolgend drei Beispiele aus verschiedenen Gemeinden.

Im Konzept der Schulsozialarbeit der Gemeinde Würenlos ist der Gesundheitsförderungsbegriff gemeinsam mit der Sucht- und Gewaltprävention und der Partizipation als „Problemstellung“ der Präventions-Aufgabe zu finden (vgl. Gemeinde Würenlos 2007: 19). Die Schulsozialarbeit Entlebuch (2007: 2) definiert Prävention als Ziel der Schulsozialarbeit und nennt als konkrete Aufgaben „frühes Erkennen von Problemsituationen (Gewalt, Sucht, Isolation, Mobbing...)“ und „Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung von Präventionsprojekten“. Im Konzept der Schulsozialarbeit der Primarschulen Mutschellen wird die Prävention unter dem Kapitel „Klientenprozesse“ aufgeführt und als Prozessziel wird das Leisten eines Beitrages zur Gesundheitsförderung genannt (vgl. Gemeinde Rudolfstetten 2011: 14). Diese Beispiele verdeutlichen, dass der Begriff der Prävention und vereinzelt auch derjenige der Gesundheitsförderung in Leitbildern und Konzepten der Schulsozialarbeit aufgeführt und als wichtig erachtet werden. Es fehlt jedoch oft eine Konkretisierung der Begriffe und diese werden uneinheitlich und teilweise auch nicht theoretisch abgestützt verwendet.

Konzepte wie die "Gesundheitsfördernde Schule" betonen die Wichtigkeit des Settinggedankens, der Lebensweltorientierung, des Empowerments und der Partizipation in der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, dennoch wird in der Praxis der Schulsozialarbeit dem verhaltensorientierten Präventionsgedanken nach wie vor ein zentraler Stellenwert beigemessen. Dieser Vorrang des Präventionsbegriffes gegenüber dem Gesundheitsförderungsbegriff wird gemäss Wilser (2004) im gesamten Feld der Kinder- und Jugendhilfe sichtbar. Gesundheitsförderliche Massnahmen werden vielerorts in der alltäglichen Arbeit realisiert, es gibt allerdings selten klare Auftragsformulierungen und keinen konkreten gesetzlichen Auftrag (vgl. 249f.). Zum Schluss des vierten Kapitels zum Begriff der Prävention wurden die problematischen Aspekte des klassischen Präventionsverständnisses im Zusammenhang mit der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erläutert. Prävention als Schutz vor möglichen Gefahren und das Vermeiden von unerwünschten Verhaltensweisen orientieren sich an Normen, die in der heutigen Zeit immer wieder starken Veränderungsprozessen unterliegen (vgl. Baier 2011a, Vögeli-Mantovani 2005). Zudem wird der Präventionsbedarf in vielen Fällen von erwachsenen Expertinnen und Experten definiert, und die Sicht der Kinder und Jugendlichen und ihre spezifische Lebenswelt werden nur unzureichend mit einbezogen (vgl. BMFSFJ 2009: 52). Der Gesundheitsförderungsbegriff

erscheint offener und bereits von seiner Definition her stärker auf die Partizipation und die Orientierung an der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ausgelegt. Dennoch orientiert sich auch die Gesundheitsförderung an einem bestimmten Idealzustand, nämlich an der Gesundheit und an dem, was den Menschen gesund erhält bzw. macht. Dieser Idealzustand ist durchaus auch normativ geprägt und unterliegt in seiner Definition gesellschaftlichen Veränderungen. Bezüglich der Umsetzung können sowohl bei der Prävention als auch bei der Gesundheitsförderung ähnliche Strategien und Methoden verwendet werden. Auch Prävention kann zum Beispiel die Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen fördern und stärken (vgl. Altgeld 2011: 54). In der Praxis ist es somit nicht einfach zu unterscheiden, was genau Prävention und was Gesundheitsförderung ist. Verhältnispräventive Massnahmen weisen in diesem Zusammenhang grosse Ähnlichkeiten mit gesundheitsförderlichen Massnahmen auf und auch Gesundheitsförderung kann z.B. Elemente einsetzen, welche die Verhaltensänderung bei Individuen beinhalten. Umfassende und ganzheitliche Präventionskonzepte zeichnen sich zudem durch eine grosse Nähe zur Gesundheitsförderung aus (vgl. Wilser 2004: 251). Wilser schlägt vor, den Unklarheiten und der Vermischung der beiden Begriffe entgegenzuwirken und in diesem Zusammenhang Konzepte der Prävention bzw. Gesundheitsförderung stärker zu konkretisieren (beispielsweise in Verhaltens- oder Verhältnisprävention oder bezüglich ihrer Zielgruppen) und klarer voneinander abzugrenzen (vgl. ebd.).

Gesundheitsförderung weist mit dem Setting- und Netzwerkgedanken, der die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingebettet in einen grösseren Rahmen und in ihre konkrete Lebenswelt versteht, und durch die starke Verbundenheit mit den Partizipations-, Empowerment- und Lebensweltorientierungskonzepten, eine grosse Nähe zu den Grundsätzen und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit auf (vgl. Franzkowiak/Wenzel 2005: 6). Deshalb ist die Gesundheitsförderung auch ein bedeutendes Konzept für die Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Wilser 2004: 251) und damit auch für das Arbeitsfeld der Schulsozialarbeit.

Welcher Begriff als geeigneter erscheint, kann an dieser Stelle nicht abschliessend beantwortet werden. Wichtig ist jedoch bei der Konzeption von Projekten und Leitbildern, sich der jeweils zentralen Elemente der Begriffe bewusst zu sein und den Einsatz der Begrifflichkeiten auf ihre Ziele und Absichten hin zu reflektieren. In vielen Fällen ist zudem eine Kombination von Prävention und Gesundheitsförderung denk- und realisierbar. Ausserdem wäre auch die Verwendung der Gesundheitsförderung als Überbegriff, wie es Hafén (2004) oder Becker (1997) vorschlagen, eine mögliche Lösung des Begriffsdilemmas.

## 6. Schlussfolgerungen

Die Bedeutung von Gesundheit in unserer Gesellschaft ist gross, deshalb vermag auch die Diskussion um Gesundheitsförderung in der Schule kaum zu erstaunen. Wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, offenbaren sich bereits in der Kindheit und im Jugendalter die unterschiedlichen Ausprägungen von Gesundheit, dabei sind Alter, Geschlecht und der soziokulturelle Hintergrund wichtige Einflussgrössen. Schulsozialarbeit wird im Arbeitsfeld Schule mit verschiedenen Themen wie beispielsweise Suchtverhalten, Schulstress, Leistungsproblemen, psychischen Störungen, Mobbing oder Gewalt konfrontiert, welche oft einen direkten oder indirekten Bezug zur Gesundheit haben. In diesem Kontext spielen Überlegungen zum Erhalt und zur Stärkung der Gesundheit bzw. zur Reduktion von gesundheitsschädigenden Faktoren oder Verhaltensweisen eine zentrale Rolle. Es zeigt sich, dass der Thematik der Gesundheitsförderung in der Literatur zur Schulsozialarbeit im Gegensatz zu Prävention, Bildung, Chancengleichheit oder Partizipation nur wenig Beachtung geschenkt wird. Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Schule bildet jedoch seit längerer Zeit ein wichtiges Anliegen und ist auch durch Konzepte wie die „Gesundheitsfördernde Schule“ fest verankert.

Die Ausführungen im Kapitel 2.3 zeigen, dass im Alltag, trotz der Bedeutung, welcher Prävention und Gesundheitsförderung beigemessen wird, eine Konzentration auf die problembezogene (Einzel)Beratung augenfällig ist. Für die Realisierung von Prävention und Gesundheitsförderung bleibt an vielen Arbeitsstellen wenig Zeit. Eine in diesem Zusammenhang auftretende Kritik an der Schulsozialarbeit lautet, dass diese oft hauptsächlich eine „behandelnde“ Funktion ausübt und vor allem bei "Problemschülern" oder Konfliktfällen im Sinne einer "Feuerwehr" einschreitet. Der Anspruch wäre, dass Schulsozialarbeit stärker präventiv arbeitet und vermehrt im Bereich der Früherkennung und Gesundheitsförderung tätig ist und somit beispielsweise im Rahmen der Schulentwicklung zu einer gesundheitsförderlicheren Umgebung für alle an der Schule Beteiligten beiträgt (vgl. Gschwind et al. 2008: 45-47). Die Konzentration auf die behandelnde Funktion der Schulsozialarbeit steht im Zusammenhang mit der Begründung zur Einführung von Schulsozialarbeit (siehe Kapitel 2.2). Die Einführung wird oft auf der Basis von Verhaltensproblemen oder abweichenden Verhaltensweisen der Schülerinnen und Schüler legitimiert. Im Kontext dieser „behandelnden Funktion“ der Schulsozialarbeit muss beachtet werden, dass die Problemlagen der Schülerinnen und Schüler nicht nur auf das einzelne Individuum bezogen und durch dieses Individuum verursacht sind, sondern dass auch die Schule und andere Lebenswelten an der Entwicklung verschiedener Problematiken beteiligt sind (vgl. ebd.: 45). Daher sollten in der

Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen auch die Gestaltung und Optimierung der Strukturen und Rahmenbedingungen der Organisation Schule und der gesamten Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen nicht vernachlässigt werden. Gesundheitsförderung greift diesen Gedanken in der Settingorientierung und in der Vernetzung auf.

Schulsozialarbeitende könnten als Teil der Profession Soziale Arbeit mögliche Umsetzerinnen und Umsetzer von Gesundheitsförderung sein. Wie Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit realisiert wird oder werden könnte und wie kompatibel Schulsozialarbeit und Gesundheitsförderung miteinander sind, soll in den folgenden Kapiteln auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 bis 5 konkretisiert werden. Dabei orientiert sich das vorliegende Kapitel an den in der Einleitung formulierten Fragestellungen. In Kapitel 6.1 werden die wesentlichen Grundsätze der Gesundheitsförderung nochmals konkretisiert und anschliessend werden diese in Kapitel 6.2 im Hinblick auf deren Einsatz in der Schulsozialarbeit reflektiert. In Kapitel 6.3 folgen Überlegungen zu gesundheitsförderlichen Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit und Kapitel 6.4 befasst sich mit den Chancen und Grenzen in der Umsetzung von Gesundheitsförderung durch die Schulsozialarbeit.

## **6.1 Grundsätze der Gesundheitsförderung**

An dieser Stelle folgen noch einmal zusammenfassend die wichtigsten Grundsätze der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung orientiert sich an einem positiven und ganzheitlichen Konzept der Gesundheit. Die Sichtweise auf die Gesundheit ist salutogenetisch geprägt: Schutzfaktoren, welche die Gesundheit des Menschen erhalten oder verbessern, sollen gestärkt werden. Die *Selbstbestimmung* und *Selbstermächtigung* der Individuen sind dabei zentrale Faktoren; Gesundheit wird nicht von externen Expertinnen oder Experten fremdbestimmt gefördert, sondern durch die Initiative und das selbstbestimmte Handeln des Individuums.

Auch *Partizipation* gilt als wichtiger Grundsatz in der Gesundheitsförderung, was bedeutet, dass die beteiligten Individuen bei Entscheidungen mitbestimmen und an Prozessen teilhaben können. Dabei nimmt die Gesundheitsförderung die subjektiven Gesundheitskompetenzen der Zielgruppe ins Blickfeld und hat zum Ziel, deren Vorstellungen von Gesundheit in mögliche Praxiskonzeptionen einzubeziehen. Individuen sollen befähigt und gestärkt werden, um die Bedingungen für ihre Gesundheit selbst bestimmen und verändern zu können (vgl. Faltermaier/Wihowszky 2012: 108).

Ferner verfügt das Gesundheitsförderungskonzept über eine starke *Settingorientierung*: Der Fokus liegt nicht nur auf einzelnen Individuen und deren Verhalten, sondern es wird eine ganze Lebenswelt mit ihren verschiedenen Beteiligten, Strukturen und ihrer Dynamik



betrachtet. Gesundheitsförderung soll zudem gemäss der WHO zu einer grösseren *Chancengleichheit* bezüglich der Gesundheit führen.

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen gilt es gemäss Ausführungen aus den vorangegangenen Kapiteln, den jeweiligen Entwicklungsstand, die Lebensumwelt, die Lebensbedingungen und die spezifischen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dabei spielen Partizipation und auch die Erfahrbarkeit von positiven Wirkungen der Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle. Gesundheitsförderung wird als umfassender Begriff verstanden, unter welchen viele verschiedenen Methoden (z.B. Stärkung des Selbstvertrauens oder Gestaltung des Arbeitsplatzes) subsummiert werden können. Dabei arbeitet sie sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert (vgl. Wilser 2004: 248). Als Gesamtziel beabsichtigt die Gesundheitsförderung die Gesundheit von Individuen zu erhalten und zu verbessern.

## **6.2 Grundsätze der Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit**

Im diesem Kapitel werden die im vorangegangenen Kapitel aufgeführten Grundsätze der Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Umsetzung in der Praxis der Schulsozialarbeit reflektiert.

### **Settingorientierung: Gesundheitsförderung als Aufgabe ganzer Schulen**

Der Setting-Ansatz bedeutet, dass Gesundheitsförderung in einem sozialen System realisiert wird, Gesundheit soll in diesem Zusammenhang zum „Organisationsprinzip“ werden (vgl. Sacher 1998: 59). Die Schulsozialarbeit agiert im Rahmen der erfolgreichen und nachhaltigen Gesundheitsförderung im Setting Schule nicht als Einzelakteurin, sondern die Kooperation aller in der Schule Beteiligten wird angestrebt. In diesem Kontext bedeutet Gesundheitsförderung auch die Realisierung von Schulentwicklungsprozessen und es soll geklärt werden, was für die Kinder und Jugendlichen, aber auch für die Lehrpersonen und Schulsozialarbeitenden eine „gute“ und gesunde Schule ist. Auch Zurhorst (2004: 2) sieht die Schulsozialarbeit als "Mitgestalterin der Strukturen" einer gesundheitsfördernden Schule, in der vor allem eine grössere Lebensweltorientierung für alle Beteiligten realisiert werden soll. Schulsozialarbeit bringt dabei ihre eigenen Wissens- und Kompetenzbestände ein und kann zu einem erweiterten Verständnis des Bildungsbegriffes sowie zu einer erweiterten Sicht auf die Schülerinnen und Schüler als Kinder und Jugendliche beitragen (vgl. Baier 2011c: 359-363). Gesundheitsförderung im Setting Schule setzt voraus, dass sowohl die Schulsozialarbeit, welche Teil der Sozialen Arbeit ist, als auch die Schule, welche als klassische Bildungsinstitution verstanden werden kann, miteinander kooperieren und gemeinsam Prozesse initiieren. In dieser Kooperation können durchaus auch Schwierigkeiten auftreten,

da die beiden Systeme einer jeweils anderen Funktionslogik folgen. Auf der einen Seite steht die Schule, welche die zwei sich entgegengesetzten Funktionen der Erziehung und der Selektion in sich vereint, auf der anderen Seite die Soziale Arbeit, welche die Funktion der Integration innehat (vgl. Olk/Bathke/Hartnuss 2000: 14f.). Wenn die Schulsozialarbeit Aufgaben wie die Intervention bei Schülern mit Problemen (z.B. durch ein Beratungsgespräch) oder einzelne präventive Projekte (z.B. gesündere Pausensnacks) übernimmt, ist dies wenig konfliktrichtig. Wenn Schulsozialarbeit jedoch Einfluss auf die Strukturen der Schule und auf die schulische Erziehung nehmen will, kann dies Konfliktpotential für die Kooperation mit der Schule und den Lehrpersonen bergen. Dies hat jedoch nicht in erster Linie mit einer fehlenden Kooperationsbereitschaft zu tun, sondern die Schule wird oft auch von aussen durch politische Entscheidungen und finanzielle Faktoren wesentlich beeinflusst (vgl. Hafen 2005: 95f.).

Die Gesundheitsfördernde Schule der WHO (siehe Kapitel 5.2) knüpft als Konzept eines gesundheitsfördernden Settings sehr eng an die Grundsätze der Gesundheitsförderung an. In der Gesundheitsfördernden Schule soll Gesundheitsförderung auf allen Ebenen realisiert werden, dabei spielen auch Partizipation, Empowerment, Gerechtigkeit und Vernetzung eine wichtige Rolle. Im Verständnis der Gesundheitsfördernden Schule ist die Schulsozialarbeit Teil eines Settings und arbeitet mit verschiedenen Kooperationspartnerinnen und -partnern gemeinsam im Bereich Schul- und Organisationsentwicklung auf die Verwirklichung von Gesundheit und Wohlbefinden aller Beteiligten hin.

### **Partizipation**

Gemäss den Grundsätzen der Gesundheitsförderung soll auch Partizipation ein wichtiger Bestandteil von Schulsozialarbeit sein, welche sich mit der Thematik der Gesundheitsförderung befasst. Partizipation ist nicht nur ein Grundsatz der Gesundheitsförderung, sondern sie ist allgemein eine Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit und wird auch als Handlungsprinzip der Schulsozialarbeit in der Literatur mehrfach erwähnt (siehe Kapitel 2.4).

Eine partizipative Orientierung der Schulsozialarbeit setzt voraus, dass die Schülerinnen und Schüler genügend Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten haben. Echte und nachhaltige Partizipation fordert, dass die Erwachsenen ein Stück ihrer Entscheidungskompetenz an die Kinder und Jugendlichen übertragen (vgl. Biebricher 2011: 228). Dies bedeutet für die Schulsozialarbeit, dass – wenn Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung partizipativ ausgerichtet sein sollen – Kinder und Jugendlichen z.B. über die Auswahl der Themen und deren Umsetzung mitbestimmen können. So hält auch Altgeld (2011: 56) fest:

Ein frühzeitiger Einbezug der Zielgruppe schon bei der Problemdefinition muss der Goldstandard für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen werden. Je

frühzeitiger die Zielgruppe bei der Problemdefinition und Programmgestaltung partizipieren, desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Gemäss obigem Zitat trägt eine frühzeitige Partizipation der Zielgruppe folglich auch zu einer grösseren Niederschwelligkeit bei. Gemäss Speck (2007) bedeutet Partizipation, dass Kinder und Jugendliche auch im Hinblick auf das Angebot und die benötigten Hilfeleistungen der Schulsozialarbeit mitbestimmen können und als aktive Gestalterinnen und Gestalter ihres Lebens verstanden werden. Zudem ist es im Sinne der Partizipation wichtig, dass Angebote der Schulsozialarbeit freiwillig sind und nur in begründeten und legitimierten Ausnahmefällen eine Pflicht zur Nutzung der Schulsozialarbeit besteht (vgl. 69).

Schulen bieten als langjährige Bildungs- und Entwicklungsräume einen optimalen Rahmen für Partizipationsprozesse. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Schülerinnen und Schüler vor allem ausserhalb des Unterrichts (z.B. bezüglich Klassenreisen, Projektwochen oder Schulfesten) Mitbestimmung eingeräumt wird. Die Mitbestimmung und -gestaltung des Unterrichts, sowie die Mitbestimmung im Bereich der Notengebung und der Schulhausregeln wird selten oder nur in Ansätzen realisiert (vgl. Hafenegger 2005: 34f.). Dies sind – die Schulhausregeln ausgenommen – jedoch Bereiche, in welchen weniger die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, sondern vor allem die Lehrpersonen Partizipationsmöglichkeiten schaffen können. Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter könnten an dieser Stelle ergänzend als Motivatoren und Motivatorinnen für Partizipationsprozesse tätig sein. Baier (2008) sieht den Ausbau und die Festigung der Partizipation als wichtige Herausforderung für Schulen und Schulsozialarbeitenden. Schülerinnen und Schüler sollen „Partizipation durch Partizipation“ erlernen können (vgl. 115). Partizipation soll Kinder und Jugendliche dazu befähigen, "(...) Entscheidungen für ihr eigenes Leben treffen zu können. Nur über Partizipation lassen sich Kompetenzen der individuellen Lebensbewältigung fördern: eigene Interessen wahrnehmen, artikulieren, aushandeln, durchsetzen sowie die Wirkung des eigenen Handelns erfahren." (Knauer/Sturzenhecker 2005: 89) Partizipation kann als eine wichtige Grundlage von (informellen) Bildungsprozessen begriffen werden, welche durch Beteiligung und Mitsprache der Adressatinnen und Adressaten angeregt und initiiert werden (vgl. Biebricher 2011: 225).

Im Setting Schule können sich Partizipationsbarrieren zeigen, wenn Machtverhältnisse und rechtliche Rahmenbedingungen tangiert werden (vgl. Saharai/Bittlingmayer/Gerdes 2012: 226). Saharai et al. (2012: 231) halten jedoch fest, dass Partizipation, welche eine gesundheitsfördernde Wirkung haben soll, sich an den Interessen und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientieren soll. Kinder und Jugendliche sollen in den Bereichen partizipieren

können, die sie interessieren und betreffen, beispielsweise auch in Bezug auf die Notenvergabe oder die Lerninhalte.

Die Realisierung einer grösseren Partizipation in der Schule ist jedoch nicht nur Teil der Umsetzung von Gesundheitsförderung, sondern sie kann auch selbst als ein gesundheitsförderlicher Aspekt verstanden werden. Denn Partizipation wirkt sich positiv auf die Kompetenzen der Teilhabenden, und auf Schulerfolg und Gesundheit aus (vgl. Dietscher 2005: 9). Es besteht zudem eine enge Verbindung zur Salutogenese: Die Erfahrbarkeit der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des eigenen Handelns sind wichtige Aspekte des Kohärenzgefühls und können zu dessen Steigerung beitragen. Auf diese Weise hat Partizipation einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit eines Individuums (vgl. Hartung 2012: 70).

### **Empowerment**

Die beiden Begriffe Partizipation und Empowerment sind eng miteinander verbunden. Empowerment wird als „Weg zu einer grösseren Selbstbestimmung“ beschrieben und dabei kann mittels Partizipation, verstanden als Entscheidungsteilhabe, Empowerment stattfinden. Die Realisierung von Partizipation und die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten kann als Ziel der Empowerment-Strategie verstanden werden (vgl. Hartung 2012: 61f.).

Da Empowerment auf verschiedenen Ebenen stattfindet, kann auch die Schulsozialarbeit sowohl auf der individuellen Ebene, z.B. in der Stärkung und Befähigung der Kinder und Jugendlichen, als auch auf einer organisationalen Ebene, beispielsweise durch die Ermöglichung aktiver Beteiligung an wichtigen Entscheidungen, Empowerment realisieren. Dabei kann bereits die Massnahme „empowernd“ wirken, es kann jedoch auch erst das Resultat einer Massnahme Empowerment ermöglichen (vgl. Dür 2008: 142). In der Arbeit mit ihren Klientinnen und Klienten soll die Schulsozialarbeit keine Abhängigkeit erzeugen, sondern Selbstständigkeit und Selbstbestimmung fokussieren und damit im Sinne von Empowerment auch die Macht des Individuums stärken und ihm eine grössere Kontrolle über das eigene Leben ermöglichen.

Im Hinblick auf die konkrete Umsetzung im Praxisfeld der Schulsozialarbeit gilt es wiederum zu reflektieren, dass Partizipation und Empowerment im Rahmen von Gesundheitsförderung nicht nur alleinige Aufgaben der Schulsozialarbeit sein können, sondern dass auch im Unterricht und in der Schulgestaltung und -führung eine partizipative Orientierung und Empowermentprozesse angestrebt werden sollen. Zudem können nicht nur Kinder und Jugendliche Adressatinnen und Adressaten von Partizipation und Empowerment sein, sondern auch Lehrpersonen, Eltern, das Schulhauspersonal sowie auch die Schulsozialarbeitenden selbst.

## **Förderung der Chancengleichheit**

Chancengleichheit und Teilhabe aller ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung und auch die Schulsozialarbeit als Teil der Sozialen Arbeit hat ihrerseits einen klaren Inklusionsauftrag. Der Schulsozialarbeit wird zudem auch im sozialpolitischen Kontext in der Diskussion um mehr Chancengleichheit eine wichtige Rolle zugesprochen.

Das BMFSFJ (1994: 467) hält fest, dass die Schule den Widerspruch gleiche Bildungschancen für alle versus Selektion innehat und sieht in der Schulsozialarbeit „das spezifische Sozialstaatliche Instrumentarium, um das Risiko des Scheiterns zu begrenzen und die Chancen Benachteiligter im Bildungswettbewerb zu sichern.“ Auch Spies und Pötter (2011: 43) formulieren als eine der Hauptaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, "die Selektionsfolgen des Erziehungs- und Bildungssystems abzumildern." Die Schulsozialarbeit hat im System Schulen den Auftrag, Exklusionsrisiken zu reduzieren und Inklusionsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zu fördern. Dabei beachtet sie bei der Umsetzung einen starken Bezug zur Lebenswelt und zu den eigenen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen. Schulsozialarbeit verfolgt jedoch nicht das Ziel, Kinder und Jugendliche den schulischen Bedingungen und Strukturen anzupassen, sondern fokussiert auch eine Veränderung und Anpassung der schulischen Rahmen- und Bildungsbedingungen. Schulsozialarbeit kann keine Garantie für Chancengleichheit gewährleisten, sie trägt jedoch aufgrund ihres Inklusionsauftrags maßgeblich zu einer Vergrößerung der Chancengleichheit bei. Dabei müssen auch Systemveränderungen und nicht nur Anpassungsleistungen seitens der Kinder und Jugendlichen möglich sein. Dies ist ein wichtiger Aspekt, welcher besonders auch in der Kooperation von Schule bzw. Lehrkräften und der Schulsozialarbeit Beachtung verdient (vgl. ebd.: 20f.).

Die Verwirklichung von Chancengleichheit in der Schule betrifft besonders die Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen, welche, wie bereits erwähnt, für diese zukunftsweisend sind. Die Rolle der Schulsozialarbeit in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit wird in der Literatur praktisch nicht thematisiert. Es soll jedoch an dieser Stelle auf den engen Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit verwiesen werden (vgl. Paulus 2010: 7). Baier (2011) sieht die Rolle der Sozialarbeit in der Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und misst dabei der UN-Kinderrechtskonvention eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Konkretisierung dieser Gerechtigkeit zu. In der Kinderrechtskonvention sind beispielsweise die Rechte auf Nicht-Diskriminierung, auf Beteiligung und Bildung festgehalten (vgl. 87- 95).

### **6.3 Gesundheitsfördernde Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit**

In diesem Kapitel werden die Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit zur Gesundheitsförderung und ihren im vorangegangenen Kapitel erläuterten Grundsätzen in Beziehung gesetzt. Dabei sollen gesundheitsfördernde Aspekte dieser Aufgaben und Tätigkeiten herauskristallisiert werden.

#### **Beratung**

Beratung ist eine wichtige und in der Praxis präsente Aufgabe und Tätigkeit der Schulsozialarbeit. Mittels Beratung unterstützen Schulsozialarbeitende Kinder und Jugendlichen in belastenden Situationen und helfen ihnen bei der Entwicklung und dem Einsatz ihrer Handlungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen. Dies kann über einen informellen Rat aber auch über die Bereitstellung eines über längere Zeit dauernden Beratungssettings stattfinden. Die Schulsozialarbeit führt sowohl Einzel- als auch Gruppenberatung durch und orientiert sich dabei an den Anliegen, Bedürfnissen und der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen. Die sozialpädagogische Beratung hilft nicht nur bei der Orientierung und bei Entscheidungen, sondern hat auch eine Bildungsfunktion, indem sie zu einer reflexiven Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Themen, Möglichkeiten, personalen und sozialen Ressourcen sowie Orientierungsmustern führt (vgl. Spies/Pötter 2011: 119-121).

Aufgrund der Bedeutung von Schutzfaktoren ist eine Orientierung an den Ressourcen und Stärken der Kinder und Jugendlichen zentral. Die Beratung durch die Schulsozialarbeit soll zudem im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe befähigen und ermächtigen und nicht über die Köpfe der Kinder und Jugendlichen hinweg entscheiden. In eine solchen Ausrichtung der Beratung wird der Empowerment-Ansatz sichtbar (vgl. Braun/Wetzel 2006: 144). Das Verständnis der Adressatinnen und Adressaten als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Lebenswelt ist für deren Aktivierung und die Förderung ihrer Selbstverantwortung hilfreich.

In der Beratung muss die Schulsozialarbeit nicht nur dem Individuum selbst, sondern auch der Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten Beachtung schenken und sie im Bestreben unterstützen, Ressourcen in ihrem eigenen sozialen Umfeld zu lokalisieren und zu nutzen (vgl. Bolay/Flad/Gutbrod 2003: 58).

Eine Beratung, welche sich an der Gesundheitsförderung orientiert, soll demnach partizipativ, ressourcenorientiert, lebensweltorientiert und auf Empowerment des Individuums ausgerichtet sein.

## **Projekt- und/oder Gruppenarbeit**

Mit den klassischen Gesundheitsthemen wie etwa Suchtmittelkonsum, Ernährung oder Bewegung wird die Schule immer wieder konfrontiert. Schulen und Gemeinden weisen der Schulsozialarbeit im Kontext dieser Themen eine bedeutende Rolle zu. Ihr Anliegen ist es, dass Kinder und Jugendliche sensibilisiert werden und dass unerwünschte Verhaltensweisen und Risiken bereits im Voraus verhindert bzw. eingeschränkt werden.

Projekt- oder Gruppenarbeiten sind eine im schulischen Umfeld allgegenwärtige und beliebte Form der Umsetzung von verschiedenen (Gesundheits-)Themen. Dabei kann einerseits die Auseinandersetzung mit einem bestimmten Thema Lernmöglichkeiten für die Beteiligten bieten. Andererseits können Schülerinnen und Schüler in der sozialpädagogischen Gruppenarbeit auch kommunikative und kooperative Fähigkeiten üben und festigen (vgl. Spies/Pötter 2011: 77). Durch die Anwesenheit von Gleichaltrigen kann zudem eine höhere Akzeptanz bzw. Veränderungsbereitschaft erreicht werden (vgl. Drilling 2001: 134). Es erscheint wichtig, dass Schulsozialarbeit als Teil der "präventiven Sozialen Gesundheitsarbeit" die Lebenswelt der beteiligten Individuen in die Planung von Interventionen mit einbezieht und sich nicht durch fremdbestimmte Ziele leiten lässt. Dabei soll die Aktivierung der Adressatinnen und Adressaten, die Stärkung ihrer Ressourcen und die Reduktion von Belastungen angestrebt werden (vgl. Franzkowiak 2008: 212).

Gerade in der Projekt- oder Gruppenarbeit ist Partizipation unabdingbar. Dies bedeutet konkret, dass die Schulsozialarbeit Gruppenarbeiten und Projekte methodisch so gestaltet, dass Kinder und Jugendliche über inhaltliche Fragen mitbestimmen und möglichst viel selbst erarbeiten können. Die Erfahrung, dass ihre Mitarbeit zentral und gewinnbringend für die Realisierung einer spezifischen Aufgabe oder eines Projekts ist und dass ihre Meinung etwas bewirkt, sollte dabei für die Kinder und Jugendlichen erlebbar sein. Die Schulsozialarbeit sollte sich deshalb auch im Hinblick auf die Wahl der (gesundheitsrelevanten) Themen fragen, welche Themen für die Kinder und Jugendlichen selbst zentral sind. Dies könnte sie beispielsweise durch eine Bedarfserhebung bei den Schülerinnen und Schülern tun. Gleichwohl sollte sie reflektieren, welche Themen aus welchen Gründen von Lehrpersonen, Eltern oder Gemeinden an die Schulsozialarbeit herangetragen werden.

In der Projekt- oder Gruppenarbeit kann sich die Schulsozialarbeit explizit wichtigen Themen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention widmen. Gruppenarbeiten selbst können aber auch gesundheitsfördernde Aspekte beinhalten, indem sie über die Erfahrung von Partizipation und das Einüben von sozialen und kommunikativen Kompetenzen die Ressourcen und die Handlungsfähigkeit von Individuen stärken.

## **Schulentwicklung**

Schulentwicklung umfasst Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in den Bereichen Organisation, Personal und Unterricht. Sie wird meistens von der Schulleitung oder von einem Gremium gelenkt, welchem die Schulleitung angehört. Während sich Lehrpersonen vor allem der Unterrichtsentwicklung widmen, verfügen Schulsozialarbeitende über ausgeprägte Kompetenzen im Bereich der Organisationsentwicklung, was sie zu wichtigen Akteuren in der Schulentwicklung macht (vgl. Spies/Pötter 2011: 156). In der Schulentwicklung kann die Schulsozialarbeit Themen wie Lebenswelt- oder Ressourcenorientierung einbringen oder sich für eine Realisierung der Partizipation oder einen stärkeren Einbezug der Empowerment-Strategie einsetzen. Schulentwicklung zielt auf eine zielorientierte Gestaltung der Lebenswelt Schule ab und fokussiert dabei hauptsächlich verhältnisorientierte Massnahmen. Die Orientierung an der Maxime der Gesundheit und ihrem Erhalt ist durch einen grossen Konsens der beteiligten Akteure (Lehrpersonen, Eltern, Schulleitung, Schulsozialarbeit etc.) geprägt. Deshalb eignet sich das "Querschnittsthema" Gesundheit auch gut als Thema für die Schulentwicklung (vgl. Sommer et al. 2006: 88).

Im Konzept der Gesundheitsfördernden Schule, welche Gesundheitsförderung im Setting realisiert, ist Schulentwicklung eine gemeinsame Aufgabe, welche den Einbezug aller beteiligten Akteure und gesundheitsförderliche Veränderungen der Kommunikations- und Regelstrukturen im System Schule als Ganzes zum Ziel hat. Zurhorst (2004: 5) bezeichnet den Schulentwicklungsansatz in der Gesundheitsfördernden Schule als „salutogenetisch orientiert, kompetenzfördernd und den Kohärenzsinn stärkend“. Die Voraussetzungen für eine nachhaltige Schulentwicklung sind im Wesentlichen die gelingende Kooperation aller Beteiligten und "eine Veränderung der Organisation als Ganzes" (Spies/Pötter 2011: 158).

In neuerer Zeit wurde die Bedeutung der schulischen Gesundheitsförderung für die Qualitätsentwicklung von Schulen erkannt und unter dem Motto "mit Gesundheit gute Schule machen" realisiert. Der Blickwinkel hat sich dabei vom Verständnis der "Gesundheitsförderung durch Bildung" zur "Bildungsförderung durch Gesundheit" verschoben. Die Thematik der Gesundheit soll über eine stärkere Verknüpfung mit den beiden Aspekten Erziehung und Bildung längerfristig und nachhaltig in die Schule integriert werden (vgl. Paulus 2010: 17).

## **Früherkennung und Frühintervention**

Früherkennung und Frühintervention ist ein Ansatz, welcher der Sekundärprävention zuzuordnen ist. Das Ziel ist dabei „gefährdete Menschen rechtzeitig wahrzunehmen und zu unterstützen, um passende Hilfestellungen zu finden und ihnen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen.“ (Fabian/Müller 2010: 5) In der Früherkennung werden Gefährdungspotentiale



und belastende Situationen von aussenstehenden Personen wahrgenommen und lokalisiert. Die Frühintervention hat dann das Ziel adäquate Hilfestellungen und Interventionen anzubieten (vgl. ebd.). Ob sich Früherkennung und Frühintervention auch mit Grundsätzen und Methoden der Gesundheitsförderung vereinbaren lassen, wird wesentlich durch ihre Ausgestaltung bestimmt. Wenn die Schulsozialarbeit jedoch im Sinne einer Frühintervention mit den Schülerinnen und Schülern ressourcenorientiert arbeitet und ihre Stärken fokussiert, können diese Interventionen gesundheitsfördernd wirken.

Gemäss Evaluationen im Bereich Schulsozialarbeit und Früherkennung und Frühintervention der FHNW ist die Schulsozialarbeit eine bedeutende Akteurin und verfügt über wichtige Kompetenzen und Wissen aus dem sozialarbeiterischen und schulischen Kontext (vgl. Müller/Mattes/Fabian 2008: 67). Beim Einsatz der Schulsozialarbeit in der Beratung im Kontext der Früherkennung und Frühintervention gilt es zu bedenken, dass die Schulsozialarbeit zwar mit den internen Strukturen der Schule, sowie mit aktuellen Themen der Schülerinnen und Schüler bzw. Lehrpersonen bestens vertraut ist, sie kann aber auch schnell in eine Doppelrolle geraten. Deshalb wird der Einsatz einer externen Beratungsperson (z.B. aus der Suchtberatung) mit spezifischem Fachwissen empfohlen, die sich auch durch eine stärkere Aussenperspektive und Neutralität auszeichnet. Innerhalb eines Projekts in der Früherkennung und Früherfassung müssen jedoch die Zuständigkeiten sowie auch die Art der Zusammenarbeit der Schulsozialarbeit und der externen Beratungsperson geklärt sein (vgl. Fabian/Müller 2010: 15). Über besondere Kompetenzen verfügt die Schulsozialarbeit im Bereich der Vernetzung mit Fachstellen und weiteren ausserschulischen Kooperationspartnern, dies wird auch von den Lehrpersonen und der Schulleitung positiv bewertet (vgl. ebd.: 34).

Partizipation wird nicht nur in der Schule und im Kontext der Schulsozialarbeit diskutiert, sondern ist auch bei Früherkennungs- und Frühinterventionsprojekten wichtig; die Schülerinnen und Schüler sollen entsprechende Projekte mitgestalten und die Leitfäden sollen mit ihnen diskutiert werden (vgl. Müller/Mattes/Fabian 2008: 79). Baier (2011a) geht noch einen Schritt weiter, er regt an, auch die Schülerinnen und Schüler selbst als "Früherkennerrinnen und Früherkennner" wahrzunehmen, da sich diese in ihrer eigenen Lebenswelt und deren Problematik sehr gut auskennen. Somit sollen Kinder und Jugendliche dahingehend sensibilisiert werden, dass sie mögliche Risiken und Gefährdungen selbst erkennen können. Schulsozialarbeit hat in diesem Kontext die Aufgabe die Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen zu fördern und gleichzeitig den Kinder- und Jugendlichen in Form eines niederschweligen Unterstützungsangebotes helfend zur Seite zu stehen (vgl. 75f.)

## **Netzwerke bilden, Vernetzung**

Im Zusammenhang mit den Handlungsgrundsätzen der Gesundheitsförderung, welche die WHO in der Ottawa Charta (siehe Kapitel 5) definiert hat, sind Netzwerke von grosser Bedeutung. Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik oder auch die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten sind keine Aufgabe einzelner Akteure, sondern fordern Kooperations- und Vernetzungsprozesse. Dabei sind jedoch organisations- oder institutionsübergreifende Ziele notwendig, um gemeinsam Gesundheitsförderung zu realisieren (vgl. Altgeld 2011: 57f.).

In Kapitel 2.3 wurde ersichtlich, dass die Vernetzungsarbeit und die Kooperation mit anderen Personen und Institutionen zentrale Aufgaben der Schulsozialarbeit sind. Deinet (2010: 116f.) unterscheidet zwei verschiedene Arten von Schulsozialarbeit; zum einen die standortbezogene und zum anderen die lebensweltbezogene Schulsozialarbeit. Letztere berücksichtigt die gesamte Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, begreift sich als Teil eines Sozialraumes und strebt ihre Vernetzung in diesem Sozialraum an. Auf diese Netzwerke kann sie bei der Bearbeitung von Problemlagen zurückgreifen und im Allgemeinen zur Öffnung der Schule beitragen.

Schulsozialarbeit kann für Kinder und Jugendliche eine "Scharnierfunktion" übernehmen und damit zwischen den verschiedenen Sozialisations- und Bildungsorten (z.B. Familie, Schule, offene Kinder- und Jugendarbeit, Gemeinden) vermitteln und eine vernetzende Position einnehmen. Die Notwendigkeit dieser Vernetzung wird unter anderem in der Komplexität von spezifischen Lebens- und Problemlagen der Kinder und Jugendlichen gesehen. In diesen sind oft mehrere Aspekte aus unterschiedlichen Lebensbereichen involviert, welche sich gegenseitig beeinflussen können. Die stärkere Vernetzung kann ausserdem zu einer besseren Koordinierung von Unterstützungsangeboten führen (vgl. Witteriede 2003: 89). Als Vernetzerin und Teil von Netzwerken ist die Schulsozialarbeit auch im Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsförderung in der Lage, auf ihr Kontaktnetz zurückzugreifen und auch mit ausserschulischen Partnern, beispielsweise mit der offenen Jugendarbeit, den sozialen Diensten oder der Quartierarbeit zu kooperieren.

## **Gesundheitsförderung als (nicht-formeller) Teil der Bildung**

Homfeldt und Sting (2006: 118) beschreiben Gesundheitsförderung "als einen Bildungsprozess (...), der die somatischen oder gesundheitsrelevanten Aspekte des Individuums betrifft." Unter diesem Bildungsprozess werden auch die Entwicklung des Kohärenzgefühls sowie die Herausbildung von Resilienz begriffen. Bildung wird in diesem Zusammenhang bewusst als soziale Bildung verstanden und damit soll auch dem Kontext, in welchem Bildungsprozesse stattfinden, und den sozialen Voraussetzungen Beachtung geschenkt

werden (vgl. ebd.). In Kapitel 2.5 wurde die Bedeutung der Schulsozialarbeit als Bildungsort erläutert. Die Aufgabe von Schulsozialarbeit liegt damit zusammenhängend im Initiieren, Gestalten und Begleiten von nicht-formellen Bildungsprozessen. So kann die Schulsozialarbeit Situationen schaffen, in denen wichtige Lebenskompetenzen wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, Bewältigungskompetenzen oder Konfliktfähigkeit erlernt, trainiert und gefestigt werden und damit auch einen Beitrag zur Identitätsbildung leisten. Dies kann beispielsweise in der Beratung oder in Projekt- und Gruppenarbeiten realisiert werden. Witteriede (2003) nennt in diesem Zusammenhang die Durchführung von Kommunikations- oder Konfliktrainings oder die Organisation von Selbstbehauptungs- oder Selbstverteidigungsseminaren. Zudem können auch Peer-to-Peer Projekte wie eine Schülerhausaufgabenhilfe oder Schülerinnen und Schüler als Konfliktschlichter bzw. Mediatorinnen eine bildende Komponente enthalten (vgl. 91). Kompetenzen wie Selbstwirksamkeit haben auf die Gesundheit einen wesentlichen Einfluss und ihre Stärkung ist deshalb auch Ziel der Gesundheitsförderung.

Aber nicht nur die konkrete Realisierung von Bildungsprozessen kann eine Aufgabe der Schulsozialarbeit sein, sondern auch die Wahrnehmung der verschiedenen Bildungsorte und Bildungsmöglichkeiten von Individuen sowie deren Erweiterung und Vernetzung. Mit dieser Aufgabe übernimmt die Schulsozialarbeit die Lokalisierung und Förderung vorhandener Ressourcen bzw. Schutzfaktoren (vgl. Baier/Deinet 2011: 99f.). Wenn der Anteil nicht-formeller Bildung auch von den Lehrpersonen, der Schulleitung und von den Gemeinden als wichtig erachtet wird, trägt er zu einem breiteren Verständnis des Bildungsbegriffes und zu vermehrten und differenzierteren Bildungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche bei. Zudem bietet das Verständnis der Schulsozialarbeit als Bildungsort und ihre Rolle als Vernetzerin von Bildungsorten ein neues mögliches Begründungsmuster zur Einführung von Schulsozialarbeit. Dieses Muster unterscheidet sich durch seine auf das Positive und Gelingende ausgerichtete Orientierung grundlegend von problem- oder defizitorientierten Begründungsmustern (vgl. ebd.: 100).

### **Fazit**

Es zeigt sich, dass vielen Tätigkeiten und Aufgaben der Schulsozialarbeit als gesundheitsfördernd charakterisiert werden können. Dieser Bezug zur Gesundheitsförderung wird teilweise explizit hergestellt, beispielsweise bei der Durchführung von konkreten Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekten, oftmals handelt es sich jedoch um einen weniger offensichtlichen Bezug, beispielsweise in der Beratungstätigkeit, in der Vernetzung oder in der sozialen Gruppenarbeit. Diese Integration der Gesundheitsförderung in die alltäglichen

Aufgaben der Schulsozialarbeit wird als eingebettete Gesundheitsförderung bezeichnet (vgl. BMFSFJ 2009: 243). Die implizite Gesundheitsförderung ist gemäss dem BMFSFJ (2009) nicht einfach nur eine „nicht unmittelbar intendierte Nebenwirkung“, sondern sie ist kennzeichnend für eine gelungene pädagogische Praxis. Persönlichkeitsbildung und Identitätsstärkung können demnach in der Perspektive der Gesundheitsförderung als Stärkung der Schutzfaktoren oder als wichtiger Beitrag zur Entwicklung des Kohärenzgefühls verstanden werden (vgl. ebd.: 244).

#### **6.4 Möglichkeiten und Ressourcen bzw. Grenzen und fehlende Ressourcen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung durch die Schulsozialarbeit**

Die Kapitel 6.2 und 6.3 haben einige Berührungspunkte von Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit aufgezeigt. Wilser (2004: 251) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe den gleichen Leitsätzen, nämlich "der Schaffung positiver Lebensbedingungen, Lebenswelt- und Gemeinwesenorientierung sowie Partizipation" folgen und deshalb stärker und systematischer miteinander kooperieren sollten. Die Ähnlichkeit der Prinzipien und fachlichen Standards der Gesundheitsförderung und der Kinder- und Jugendhilfe bieten ein grosses „Synergiepotential“, welches noch stärker genutzt werden sollte (vgl. BMFSFJ 2009: 200). Die Ähnlichkeit der Leitideen von Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit kann folglich als Ressource verstanden werden, da eine Verbindung der beiden Konzepte dadurch erleichtert wird und Synergien genutzt werden können. Während bei Aspekten wie Empowerment, Partizipation, Lebensweltorientierung, Ressourcenorientierung und der Beseitigung von gesellschaftlicher Ungleichheit eine hohe Übereinstimmung sichtbar wird, zeigen sich beispielsweise in ihren Ausgangspunkten Unterschiede: Schulsozialarbeit ist dort vornehmlich problem- und unterstützungsorientiert, während Gesundheitsförderung von einer allgemeinen Orientierung am Konzept Gesundheit und der entsprechenden Lokalisierung und Stärkung der Schutzfaktoren ausgeht (vgl. Witteriede 2003: 132). Die Lokalisierung von Stärken und Ressourcen eines Individuums ist jedoch auch ein zentraler Aspekt in der Schulsozialarbeit. Dies bedeutet, dass – auch wenn die Angebote von Schulsozialarbeit ihre Ausgangslage oft im Kontext von Problemen und Risiken haben – Schulsozialarbeitende eine auf das Gelingende und auf persönliche und soziale Ressourcen ausgerichtete, gesundheitsfördernde Strategie verfolgen können. Die Schulsozialarbeit steuert aber auch wichtige andere Zugänge bei, welche im Hinblick auf die Gesundheitsförderung genutzt werden können, wie beispielsweise die Niederschwelligkeit ihrer Angebote oder die Sozialraumorientierung (vgl. BMFSFJ 2009: 249). Eine weitere Ressource liegt sicher auch im Umstand, dass sie in ihrer Arbeit

vernetzend tätig ist und mit anderen Stellen und Institutionen zusammenarbeitet. Diese Vernetzung ist in Bezug auf die Gesundheitsförderung sehr wichtig, weil auch da vernetzende Tätigkeiten gefragt sind, damit Gesundheit nicht nur punktuell, sondern auch auf einer allgemeineren, organisationalen Stufe gefördert werden kann und Synergien genutzt werden können.

Im Allgemeinen kann sich die Schulsozialarbeit auf erprobte Methoden der Sozialen Arbeit (z.B. Fallarbeit oder soziale Gruppenarbeit) abstützen, welche wichtige Leitideen wie beispielsweise Partizipation, Empowerment oder Ressourcenorientierung integriert haben.

Bei der Realisierung von Gesundheitsförderung können sich für die Schulsozialarbeit jedoch auch Grenzen zeigen. Nicht alle beteiligten Akteure können von der schulischen Gesundheitsförderung gleichermassen profitieren, deshalb ist auch im Hinblick auf wissenschaftliche Erkenntnisse eine geschlechts- und alterssensible Gesundheitsförderung angebracht. In diesem Rahmen sollen allgemeine Programme der Gesundheitsförderung auch durch spezifische Programme ergänzt werden, welche sich an definierten Zielgruppen orientieren (vgl. Jerusalem 2003: 471-473). In einem gesundheitsfördernden schulischen Setting stellt sich auch die Frage, wessen Gesundheit denn eigentlich gefördert werden soll: Hauptsächlich die der Kinder und Jugendlichen oder auch die Gesundheit der Lehrpersonen, der Schulleitung oder anderer Beteiligter? Hier verfügt beispielsweise die Gesundheitsfördernde Schule über eine klare Positionierung, denn sie verpflichtet sich der Gesundheitsförderung aller im Raum Schule Beteiligter.

Grenzen können sich auch dort zeigen, wo Schulsozialarbeit als Einzelakteurin für die Verwirklichung der Gesundheitsförderung zuständig ist und dabei nicht oder nur unzureichend auf die Unterstützung der Schulleitung, Lehrpersonen und anderer Beteiligter zählen kann. Unter diesen Bedingungen dürfte eine gelingende Gesundheitsförderung schwierig sein. Auch wenn die Schulsozialarbeit Änderungen an bestehenden Strukturen oder Praxen der Schulen fordert, kann sie an Grenzen stossen. In Kapitel 3.4 wurde ersichtlich, dass die Schulfreude und die selbsteingeschätzte schulische Kompetenz sowie die wahrgenommene Unterrichtsqualität und Unterstützungsleistungen bedeutende Einflussgrößen im Hinblick auf die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sind. Gesundheitsfördernde Veränderungen, welche die Arbeit der Lehrpersonen, den Unterricht betreffen, aber auch Veränderungen an grundlegenden Strukturen der Schule (z.B. in Bezug auf die Leistungsorientierung) können nicht von der Schulsozialarbeit alleine umgesetzt werden, sondern erfordern eine Mitwirkung der Lehrpersonen sowie teilweise auch Veränderungsprozesse auf politischer und gesellschaftlicher Ebene.

Auch in der Mitwirkung von Schulsozialarbeit im gesundheitsförderlichen Setting können sich Probleme zeigen, denn die Verwirklichung von Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz erfordert von allen Beteiligten eine hohe Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit (vgl. Gschwind et al. 2008: 45). Diese Kooperation kann aufgrund fehlender finanzieller oder zeitlicher Ressourcen, aber auch aufgrund des fehlenden Interesses an der Sache scheitern. In diesem Zusammenhang ist im schulischen Bereich auch die politische Dimension (z.B. welche Ressourcen stehen einer Schule zur Verfügung) und die Macht politischer Entscheidungsträger nicht zu vernachlässigen.

Gesundheitsförderung als explizite Aufgabe der Schulsozialarbeit eröffnet für diese ein quasi unbegrenztes Aufgaben- und Zuständigkeitsgebiet. Deshalb gilt es, in Leitbildern konkrete und mögliche Zielsetzungen und Tätigkeiten sowie Kooperationspartner oder -partnerinnen klar zu definieren. Als Voraussetzung müssen genügend finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, da die Arbeitszeit an vielen Standorten eher knapp bemessen ist. Im Rahmen einer bewussten Orientierung am Ziel der Förderung und Erhaltung der Gesundheit, müsste zudem in der vielerorts geforderten Präventionsarbeit mit Klassen und Gruppen eine stärkere Orientierung an Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wie Empowerment oder Partizipation stattfinden. Bereits auf der Ebene der Themenwahl sollen Partizipationsmöglichkeiten geschaffen werden.

Das vorherige Kapitel hat gezeigt, dass Schulsozialarbeit im Rahmen von Beratungen, sozialen Gruppenarbeiten oder Mitwirkung in der Schulentwicklung viele nicht explizit definierte gesundheitsfördernde Tätigkeiten ausübt. Diese Einbettung der Gesundheitsförderung in die Alltagspraxis sollte jedoch nicht nur „nebenbei“, sondern ausdrücklich geschehen. Dies bedeutet, dass Schulsozialarbeitende den gesundheitsförderlichen Bezug in ihren jeweiligen Aufgaben und Tätigkeitsfeldern reflektieren, begründen und schriftlich festhalten sollten und damit auch nach aussen ihre Rolle im Bereich der Gesundheitsförderung klar definieren.

## 7. Schlusswort

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Position der Gesundheitsförderung in der Schulsozialarbeit im aktuellen Diskurs nicht eindeutig definiert ist. Es fällt auf, dass der Präventionsbegriff im Vergleich zur Gesundheitsförderung bis heute eine wesentlich grössere Popularität genießt. Zum Verhältnis bzw. der Abgrenzung der beiden Begriffe bestehen unterschiedliche Auffassungen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Verwendung der jeweiligen Begrifflichkeiten haben.

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass eine grosse Nähe zwischen den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und denen der Schulsozialarbeit besteht. Grundsätze der Gesundheitsförderung wie Partizipation, Empowerment, Förderung der Chancengleichheit, Vernetzung oder die Orientierung an Settings sind der Schulsozialarbeit nicht fremd und werden in vielen ihren Aufgaben und Tätigkeitsfeldern bereits realisiert. Es besteht folglich ein hohes Synergiepotential zwischen Gesundheitsförderung und Schulsozialarbeit. Dies wurde auch bei der Klärung der eingangs gestellten Frage nach den gesundheitsfördernden Aufgaben und Tätigkeiten der Schulsozialarbeit ersichtlich: Sowohl eine ressourcenorientierte und „empowernde“ Beratung, als auch Aufgaben der Schulsozialarbeit im Bereich der Schulentwicklung, der Vernetzung oder der Früherkennung und Frühintervention sowie Elemente der Projekt- oder Gruppenarbeit können als gesundheitsfördernd charakterisiert werden. Es wurde deutlich, dass Gesundheitsförderung nicht nur explizit und projektförmig verwirklicht werden kann, sondern dass auch eine „eingebettete Gesundheitsförderung“ denkbar ist, welche in die Aufgaben und damit in die Alltagspraxis der Schulsozialarbeit integriert ist. Diese Variante benötigt trotz ihrer quasi natürlichen Einbettung eine Fundierung: Die Schulsozialarbeit sollte die gesundheitsfördernden Aspekte ihrer Alltagspraxis herausarbeiten und festhalten (z.B. im Rahmen ihres Konzeptes).

Es hat sich zudem gezeigt, dass sich für die Realisierung von Gesundheitsförderung in der Institution Schule ein settingorientierter Ansatz eignet, wie er beispielsweise in der Gesundheitsfördernde Schule realisiert wird. Gesundheitsförderung wird dadurch in der Institution selbst verankert und ist nicht nur Teil einzelner Projekte oder Teilbereiche. Schulsozialarbeit ist eine wichtige Akteurin in der Gesundheitsförderung im Setting und muss ihre spezifischen beruflichen Kompetenzen entsprechend einbringen können. Dabei sollte jedoch eine Alleinständigkeit der Schulsozialarbeit sowie eine vollständige Delegation der Gesundheitsförderung an die Schulsozialarbeit vermieden werden. Es wurde auch deutlich, dass Gesundheitsförderung, welche im Setting realisiert wird, ein hohes Mass an Kooperation von allen Beteiligten verlangt. Für diese Kooperation müssen auch auf der institutionellen Ebene

Voraussetzungen geschaffen werden, so dass Kooperation zwischen Schulsozialarbeit, Schulleitung und Lehrpersonen zielführend stattfinden kann. Zudem wurde deutlich, dass die Schulsozialarbeit über die Definition als Bildungsort nicht nur einen Unterstützungs-, sondern auch einen Bildungsauftrag erhält. Die vorliegende Arbeit hat thematisiert, dass Gesundheitsförderung in ihrer Umsetzung als Teil der nicht formellen Bildung verstanden werden kann. Inwiefern die Bedeutung der Schulsozialarbeit als Bildungsort und als Initiatorin von gesundheitsfördernden (und nicht formellen) Bildungsprozessen als Bestandteil ihrer Praxis begriffen wird, wird sich in Zukunft noch zeigen müssen.

Partizipation und Empowerment, als wichtige Prinzipien der Gesundheitsförderung, sind in der Schule keine Fremdwörter mehr und sind nicht nur Inhalte von Leitbildern im Bereich der Schulsozialarbeit, sondern auch von schulischen Leitbildern. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese beiden Begriffe nicht nur leere Worthülsen bilden, sondern dass Mitbestimmung und -gestaltung sowie auch Befähigung und Ermächtigung von Individuen und Gruppen auch wirklich umgesetzt werden. Dabei ist im Hinblick auf die Realisierung von Gesundheit, als ein subjektives Konstrukt, die konkrete Orientierung an den Bedürfnissen und an den Lebensbedingungen und -gestaltung der Adressatinnen und Adressaten unerlässlich. Dies wird in der Schulsozialarbeit über einen lebensweltorientierten Zugang und Hilfeprozess angestrebt. Zudem sind auch die Ressourcenorientierung und Förderung von Handlungskompetenzen, welche für die Lebensbewältigung von Individuen wegweisend sind, wichtige Prinzipien der Sozialen Arbeit. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass diese in der Schulsozialarbeit z.B. im Rahmen von Beratungen bzw. in der Durchführung von Projekt- oder Gruppenarbeiten realisiert werden können. Dabei wird das übergeordnete Ziel verfolgt, Individuen eine grössere gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Ein wichtiges übergeordnetes Ziel für die Schulsozialarbeit ist in diesem Kontext die Realisierung einer grösseren Chancengleichheit. Für die Erreichung dieses Zieles kann die Schulsozialarbeit nicht nur auf der individuellen und organisationalen Ebene arbeiten, sondern sie müsste auch auf der (sozial)politischen Ebene agieren.

Eine generelle gesundheitsförderliche Ausrichtung der Schulsozialarbeit setzt voraus, dass nicht nur problemorientiert und -gesteuert gearbeitet wird, sondern dass die Orientierung an einem positiven Konzept stattfindet und dieser Aspekt auch in der täglichen Arbeit stärker gewichtet wird. Die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit ist ein denkbarer positiver Orientierungsrahmen. Der stärkere Einbezug einer gesundheitsfördernden Arbeitsweise bedeutet jedoch keine generelle Abkehr von Problemen und Risiken, denn Beratung und Hilfe im Kontext von Problemlagen wird von allen Beteiligten als eine wichtige Aufgabe der Schulsozialarbeit gesehen. Schulsozialarbeit kann an dieser Stelle jedoch gesundheits-



fördernd arbeiten indem sie Prinzipien wie Ressourcenorientierung, Partizipation oder Empowerment beachtet und verwirklicht. Im Allgemeinen muss die Schulsozialarbeit für ein verstärktes Engagement im Bereich der Gesundheitsförderung genügend finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung haben.

Gesundheitsförderung ist nach wie vor ein schwer fassbares Konzept, unter welches eine Vielzahl von Strategien und Methoden subsummiert werden können. Dieser Umstand macht es auch für die Schulsozialarbeit schwierig, ihre Zuständigkeit zu definieren. Schulsozialarbeit ist zwar eine geeignete und kompetente Akteurin im Bereich der Gesundheitsförderung, die Umsetzung von Gesundheitsförderung ist jedoch nicht ihre alleinige Aufgabe, sondern erfordert das Mitwirken von Schulleitung, Lehrpersonen und anderen Kooperationspartnern. Zudem sollte die Schulsozialarbeit die Reflexion der „Normalitätsstandards“, die in der Sozialen Arbeit zum Professionsverständnis gehören (vgl. Franzkowiak/Wenzel 2005: 7), auch im Kontext der Gesundheitsförderung nicht vernachlässigen. Was genau die Zieldimension von Gesundheitsförderung ist, soll kritisch hinterfragt werden, vor allem auch im Hinblick darauf, was Gesundheit bzw. Wohlbefinden für die jeweiligen Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsförderung bedeutet. Zudem sollte der Begriff der Gesundheit nicht als unhinterfragte Zieldimension begriffen, sondern als "soziale Konstruktion" verstanden werden, die wesentlich von der Gesellschaft und ihren sich zeitlich verändernden Sinnkonstruktionen, Werten und Normen bestimmt wird. Gesundheit ist zwar eine wichtige, aber nicht die einzige Komponente von Lebensqualität (vgl. Sting 2000: 65-67).

Die Schulsozialarbeit ist aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eine bedeutende Akteurin in der Gesundheitsförderung. Im Hinblick auf die Zukunft wäre eine stärkere Reflexion ihres Gesundheitsbezugs und damit auch eine klarere Positionierung innerhalb der Gesundheitsförderung wünschenswert. Diese sollte dann auch in Leitbildern und Konzepten der Praxis verstärkt zum Ausdruck gebracht werden. Dabei müsste auch in der Forschung der Schulsozialarbeit und in der Aus- bzw. Weiterbildung von Schulsozialarbeitenden den Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung noch grössere Beachtung geschenkt werden. Die Bedeutung der Dimension Gesundheit und spezifisch der Gesundheitsförderung für die Schulsozialarbeit ist jedoch wesentlich auch von der Institution Schule und damit zusammenhängend auch von politischen Instanzen abhängig. Das Bewusstsein und die Sensibilisierung für gesundheitliche Themen sind bereits vorhanden, inwiefern und wie die Relevanz der Schulsozialarbeit im Bereich Gesundheitsförderung auch von aussen wahrgenommen wird, hängt wesentlich mit ihrer eigenen Positionierung zusammen.

## Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas (2011). Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosmarie (Hg.). Lehrbuch schulischer Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 52-62.
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor /Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 41-51.
- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag.
- AvenirSocial (2006). Qualitätsrichtlinien für die Schulsozialarbeit. Bern.
- AvenirSocial (2010). Rahmenempfehlungen Schulsozialarbeit. Bern.
- Baier, Florian (2008). Schulsozialarbeit. In: Baier, Florian/Schnurr, Stefan (Hg.). Schulische und schulnahe Dienste. Angebote, Praxis und fachliche Perspektiven. Bern: Haupt Verlag. S. 87-120
- Baier, Florian (2011a). Schulsozialarbeit in der Schweiz. In: Baier, Florian/Deinet Ulrich (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 61-81.
- Baier, Florian (2011b). Schulsozialarbeiterischer Habitus oder Ethik und Moral in den Grundhaltungen und Grundmustern der Praxisgestaltung. In: Baier, Florian/Deinet Ulrich (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 135-158.
- Baier, Florian (2011c). Schulsozialarbeit in Kooperation mit Schule. In: Baier, Florian/Deinet Ulrich (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 355-367.
- Baier, Florian/Deinet, Ulrich (2011). Konzeptionelle Verortungen: Schulsozialarbeit im Spektrum lokaler Bildungs- und Hilfelandschaften. In: Baier, Florian/Deinet, Ulrich (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 97-102.
- Baier, Florian/Heeg, Rahel (2011). Praxis und Evaluation von Schulsozialarbeit: Sekundäranalysen von Forschungsdaten aus der Schweiz. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bals, Thomas/Hanses, Andreas/Melzer, Wolfgang (2008). Einleitung. In: Bals, Thomas/Hanses, Andreas/Melzer, Wolfgang (Hg.). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim/München: Juventa. S. 7-10.
- Becker, Peter (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, Ralf (Hg.). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 517-534.

- Biebricher, Martin (2011). Partizipation von Schülerinnen und Schüler-- Herausforderungen und Handlungsansätze für die Schulsozialarbeit. In: Baier, Florian/Deinet Ulrich (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 223-237.
- Bilz, Ludwig/Hähne, Cornelia/Melzer, Wolfgang (2003). Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus/Klocke, Andreas/ Melzer, Wolfgang/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hg.). Jugendgesundheitsurvey. Weinheim/München: Juventa. S. 243-299.
- Bilz, Ludwig/Melzer, Wolfgang (2011). Die Schule als Gesundheitsdeterminante. In: Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosmarie (Hg.). Lehrbuch schulischer Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 121-128.
- Bolay, Eberhard/Flad, Carola/Gutbrod, Heiner (2003). Sozialraumverankerte Schulsozialarbeit. Eine empirische Studie zur Kooperation von Jugendhilfe und Schule, Nr. 7, herausgegeben vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern. Stuttgart: Eigenverlag.
- Braun, Karl-Heinz/ Wetzels, Konstanze (2006). Soziale Arbeit in der Schule. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (1994). Neunter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Situation der Kinder und Jugendlichen und die Entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2009). Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.
- Deinet, Ulrich (2010). Schulsozialarbeit in der Kooperation von Jugendhilfe und Schule. In: Deinet, Ulrich/Icking, Maria (Hg.). Jugendhilfe und Schule. Leverkusen/Opladen: Budrich-Verlag. S. 103-118.
- Dietscher, Christina (2005). Wie kann Partizipation zur schulischen Gesundheitsförderung beitragen? Wirkweisen und Umsetzungsoptionen. URL: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5B4613A676/7871C6C305.pdf> [Zugriffsdatum: 20.11.2012]
- Dür, Wolfgang (2008). Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Hans Huber.
- Dratva, Julia/Zemp, Elisabeth (2009). Lebensanfang und Kindheit. In: Meyer, Katharina (Hg.). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber. S. 37-55.
- Drilling, Matthias (2001). Schulsozialarbeit. Antwort auf veränderte Lebenswelten. Bern: Haupt Verlag.
- Elben, Cornelia/Lohaus, Arnold (2003). Prävention im Kindesalter. In: Jerusalem, Matthias/Weber, Hannelore (Hg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 381- 397.

- Fabian, Carlo/Drilling, Matthias/Müller, Caroline/Galliker Schrott, Bettina/Egger-Suetsugu, Sawako (2008). Wirkung von Schulsozialarbeit in der Schweiz und in Lichtenstein. In: *Sozial Extra*, 10/2008. S. 1-5.
- Fabian, Carlo./Müller, Caroline/Galliker Schrott, Bettina/Drilling, Matthias (2007). Schulsozialarbeit und Früherfassung in der Stadt Thun. Schlussbericht der Evaluation. FHNW-HSA.
- Fabian, Carlo/Müller, Caroline (2010). Früherkennung und Frühintervention in der Schule. Lessons learned. Bern: Radix.
- Faltenmaier, Toni/Wihowsky, Petra (2012). Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 102-113.
- Felder-Puig, Rosmarie (2011). Ist schulische Gesundheitsförderung bzw. die Gesundheitsfördernde Schule „wirksam“? In: Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosmarie (Hg.). Lehrbuch schulischer Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 291-298.
- Franzkowiak, Peter (2008). Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In: Hensen, Gregor/Hensen, Peter (Hg.). Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 192-219.
- Franzkowiak Peter/Homfeldt Hans Günther (2012). Partizipation in der Sozialen Arbeit. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 79-90.
- Franzkowiak, Peter/Wenzel, Eberhard (2001). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.). Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 716-722.
- Gemeinde Rudolfstetten (2011). Gemeinsames Konzept Schulsozialarbeit Primarschulen Mutschellen. URL: [www.rudolfstetten.ch/media/bildung/schulpflege/konzept%20schulsozialarbeit%20rudolfstetten%20widen%20end%202023.8.11.pdf](http://www.rudolfstetten.ch/media/bildung/schulpflege/konzept%20schulsozialarbeit%20rudolfstetten%20widen%20end%202023.8.11.pdf) [Zugriff: 12.10.2012]
- Gemeinde Würenlos (2007). Konzept Schulsozialarbeit Würenlos. URL: [www.wuerenlos.ch/fileadmin/resources/pdf/schulsozialarbeit\\_konzept.pdf](http://www.wuerenlos.ch/fileadmin/resources/pdf/schulsozialarbeit_konzept.pdf) [Zugriff: 08.10.2012]
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.). URL: [www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\\_und\\_Praevention/Allgemeines/facts\\_and\\_figures.php](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Allgemeines/facts_and_figures.php) [Zugriff: 30.6.2012]
- Gordon, Robert S. (1983). An operational classification of disease prevention. In: *Public Health Reports* 98 (2). S. 107-109.
- Gschwind, Kurt/Gabriel-Schäfer, Pia /Hafen, Martin (2008). Eine Disziplin – viele Aufgaben. In: *Sozialaktuell*, 1/2008. S. 44-47.
- Hafen, Martin (2001). Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: *Abhängigkeiten*, 1/2001. S. 33-49.

- Hafen, Martin (2004). Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung. In: *Prävention*, 01/2004. S. 8-11.
- Hafen, Martin (2005). Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Luzern: Interact.
- Hafenegger, Benno (2005). Beteiligung, Partizipation und bürgerschaftliches Engagement. In: Hafenegger, Benno/Jansen, Mechtild M./Niebling, Torsten (Hg.). Kinder und Jugendpartizipation. Im Spannungsfeld von Interessen und Akteuren. Opladen: Budrich-Verlag. S. 11-40.
- Hähne, Cornelia/Bilz, Ludwig/Dümmler, Kerstin/Melzer, Wolfgang (2008). Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit. In: Bals, Thomas/Hanses, Andreas/Melzer, Wolfgang (Hg.). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim/München: Juventa. S. 137-154.
- Hartung, Susanne (2012). Partizipation – wichtig für die individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 57-78.
- Homfeldt, Hans Günter/Sting, Stephan (2006). Soziale Arbeit und Gesundheit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 11-19.
- Jerusalem, Matthias (1997). Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. In: Schwarzer, Ralf (Hg.). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 575-593.
- Jerusalem, Matthias (2003). Prävention in Schulen. In: Jerusalem, Matthias/ Weber, Hannelore (Hg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 461-477.
- Jerusalem, Matthias (2006). Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und im Jugendalter. In: Lohaus, Arnold/Jerusalem, Matthias/ Klein-Hessling, J. (Hg.). Gesundheitsförderung im Kinders- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 31-57.
- Kickbusch, Ilona/ Engelhardt, Kathrin (2009). Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, Katharina (Hg.). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber. S. 19-33.
- Knauer, Rainard/Sturzenhecker, Benedikt (2005). Partizipation im Jugendalter. In: Hafenegger, Benno/Jansen, Mechtild M./Niebling, Torsten (Hg.). Kinder und Jugendpartizipation. Im Spannungsfeld von Interessen und Akteuren. Opladen: Budrich-Verlag. S. 63-94.
- Kolip, Petra (1998). Jugend und Gesundheit: Präventionsbedarf aus der Sicht der Jugendgesundheitsforschung. In: Amann, Gabriele/Wipplinger, Rudolf (Hg.). Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt Verlag. S. 197-211.

- Kooperationsverband für Schulsozialarbeit (2009). Berufsbild und Anforderungsprofil der Schulsozialarbeit. In: Pötter, Nicole/Segel, Gerhard (Hg.). Profession Schulsozialarbeit. Beiträge zur Qualifikation und Praxis der sozialpädagogischen Arbeit an Schulen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 33-45.
- Langness, Anja/Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2003). Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klocke, Andreas/Melzer, Wolfgang/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hg.). Jugendgesundheitsurvey. Weinheim/München: Juventa. S. 311-334.
- Leppin, Anja (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 31-40.
- Michaud, Pierre André/Suris, Joan-Carles (2009). Jugendalter. In: Meyer, Katharina (Hg.). Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber. S. 57-72.
- Müller, Caroline/Fabian, Carlo/Mattes, Christoph (2008). Früherkennung und Frühintervention in der Schule. Schlussbericht der Evaluation. Olten/Basel: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW.
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Neuenschwander, Peter/Iseli, Daniel/Stohler, Renate (2007). Bestandesaufnahme der Schulsozialarbeit im Kanton Bern. Bern: BFH Soziale Arbeit.
- Olk, Thomas/Bathke, Gustav-Wilhelm/Hartnuss, Birger (2000): Jugendhilfe und Schule - Empirische Befunde und theoretische Reflexionen zur Schulsozialarbeit. Weinheim/München: Juventa.
- Olk, Thomas/Speck, Karsten (2009). Was bewirkt Schulsozialarbeit? In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 6/2009. S. 910-927.
- Paulus, Peter (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. URL: [www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-84F23EE1-10191910/bst/Manuskript\\_Schulische\\_Gesundheitsfoerderung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-84F23EE1-10191910/bst/Manuskript_Schulische_Gesundheitsfoerderung.pdf)
- Paulus, Peter (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit. In: Paulus Peter (Hg.). Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandesaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim/München: Juventa. S. 7-30.
- Pinquart, Martin/Silbereisen, Rainer K. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 63-71.
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Thomas Christine/Erhart, Michael (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheits von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus/Klocke, Andreas/Melzer, Wolfgang/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hg.) Jugendgesundheitsurvey. Weinheim/München: Juventa. S. 19-98.

- Robert Koch-Institut (2008). Lebensspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Roth, Marcus/Rudert, Elke/Petermann, Harald (2003). Prävention bei Jugendlichen. In: Jerusalem, Matthias/Weber, Hannelore (Hg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 399-418.
- Sacher, Andrea (1998). Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Wirklichkeit – Zur Entwicklung zwischen Utopie und Wirklichkeiten – Zur Entwicklung der WHO-Programmatik. In: Wipplinger, Rudolf/Amann, Gabriele (Hg.). Gesundheitsförderung. Ein Multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt Verlag. S. 53-72.
- Sahrai, Diana/ Bittlingmayer, Uwe/Gerdes, Jürgen (2012). Partizipation, politische Bildung und Gesundheit an Schulen. Zur Analyse eines fragilen Zusammenhangs. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 222-234.
- Schaffner, Dorothee (2003). Erfahrungen mit der Schulsozialarbeit zeigen Chancen und Herausforderungen – Erkenntnisse aus Projekten der Nordwestschweiz. URL: [www.schulsozialarbeit.ch/cms/content/uploaddocuments/Schaffner%20-%20Erfahrungen%20mit%20SSA%20in%20NWCH.pdf](http://www.schulsozialarbeit.ch/cms/content/uploaddocuments/Schaffner%20-%20Erfahrungen%20mit%20SSA%20in%20NWCH.pdf) [Zugriff: 15.5.2012]
- Schools for Health in Europe (SHE) (Hg.) (1997). Conference resolution. URL: [www.schoolsforhealth.eu/upload/Conferenceresolution.pdf](http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Conferenceresolution.pdf) [Zugriff: 14.5.2012]
- Schnabel, Peter-Ernst (2004). Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.) (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 281-291.
- Schumann, Michael/Sack, Anja/Schumann, Till (2006). Schulsozialarbeit im Urteil der Nutzer. Evaluation der Ziele, Leistungen und Wirkungen am Beispiel der Ernst-Reuter-Schule II. Weinheim/München: Juventa.
- Schulsozialarbeit Entlebuch (2007). Konzept Schulsozialarbeit Entlebuch. URL: [www.schule-entlebuch.ch/documents/Konzept\\_Schulsozialarbeit\\_Entlebuch.pdf](http://www.schule-entlebuch.ch/documents/Konzept_Schulsozialarbeit_Entlebuch.pdf)[Zugriff: 10.09.2012]
- Schwager, Thomas/Udris, Ivars (1998). Verhaltens- versus verhältnisorientierte Massnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Wipplinger, Rudolf/Amann, Gabriele (Hg.). Gesundheitsförderung. Ein Multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt Verlag. S. 367-388.
- Sommer, Dieter/Altenstein, Christine/Kuhn, Detlef/Wiesmann, Ulrich (2006). Gesunde Schule. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Speck, Karsten (2006). Qualität und Evaluation in der Schulsozialarbeit. Konzepte, Rahmenbedingungen und Wirkungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Speck, Karsten (2007). Schulsozialarbeit. Eine Einführung. Basel/München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Spies, Anke/Pötter, Nicole (2011). Soziale Arbeit an Schulen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Sting, Stefan (2000). Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, Stefan/ Zurhorst, Günter (Hg.). Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München: Juventa. S. 55-68.
- Vögeli-Mantovani, Urs (2005). Die Schulsozialarbeit kommt an! Trendbericht SKBF Nr. 8. Aarau.
- WHO (Hg.) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URI: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [Zugriffsdatum: 24.4.2012]
- Wilser, Anja (2004). „Gesund bin ich, wenns mir gut geht“ – oder: Was hat das Thema Gesundheit mit Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit zu tun?. In: Grunwald, Klaus/ Thiersch, Hans (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Weinheim/ München: Juventa. S. 247-263
- Wipplinger, Rudolf/Amann, Gabriele (1998). Gesundheit und Gesundheitsförderung– Modelle, Ziele und Bereiche. In: Wipplinger, Rudolf/Amann, Gabriele (Hg.). Gesundheitsförderung. Ein Multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt Verlag. S. 17-51.
- Wright, Michael T. (2012). Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 91-101.
- Witteriede, Heinz (2003). Schul Soziale Arbeit und Gesundheitsfördernde Schule. Gesunde und erfolgreiche Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Wydler, Hans (2002). Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher im Kanton Zürich. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.). Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. S. 15-39.
- Zumstein, Barbara (2008). Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen. Ein Unterstützungssystem für Kantonale Netzwerke und Schulen. Konzept 2008-2010. Luzern: Radix.
- Zumstein, Barbara (2009). Wir werden eine gesundheitsfördernde Schule. Ein Leitfaden. Luzern: Radix.
- Zurhorst, Günter (2004). Schulsozialarbeit und „Gesundheitsfördernde Schule“ (WHO). URL: [www.binder.ph-karlsruhe.de/04f.juhischu/lekt+lit/04schulsoz/17%20-%20Zurhorst,%20G%FCnter%20-%20Schulsozialarbeit%20und%20gesundheitsf%F6rdernde%20Schule.pdf](http://www.binder.ph-karlsruhe.de/04f.juhischu/lekt+lit/04schulsoz/17%20-%20Zurhorst,%20G%FCnter%20-%20Schulsozialarbeit%20und%20gesundheitsf%F6rdernde%20Schule.pdf) [Zugriffsdatum: 20.5.2012]



## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe.

Magdalena Guldemann

Solothurn, 30.12.2012