

Gesundheitsförderung durch schulbasierte Ergotherapie – ein Pilotprojekt mit interprofessionellem Zugang

FH-Prof.ⁱⁿ Angelika Mitterbacher MSc M.Ed¹ und Elisabeth Bolg, BSc¹

¹ Fachhochschule Kärnten, Studiengang Ergotherapie, Österreich

Abstract. Der Übergang vom Kindergarten in die Schule stellt für ein Kind und seine Angehörigen ein großes Lebensereignis dar. Denn mit der Schulfähigkeit gilt es bestimmten Anforderungen in ganz unterschiedlichen Bereichen gerecht zu werden. In dem Pilotprojekt der Fachhochschule Kärnten „Schulkind leicht gemacht-Ergotherapie in Schulen“ wird der Fokus auf sinnvolle Unterstützungsangebote für Kinder der ersten Schulstufe gelegt. Konkret zielt das Projekt darauf ab, Kinder in Ihrem Betätigungsverhalten als Schulkind zu fördern, um die Rolle Schulkind besser und schneller einnehmen zu können. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche sowie einer quantitativen sowie qualitativen Bedarfsanalyse, in Form von Fragebogenerhebungen und Gruppeninterviews mit den PädagogInnen der teilnehmenden Volksschulen, werden gesundheitsförderliche Maßnahmen im Sinne einer Multikomponenten-Intervention konzipiert und über die Dauer des Schuljahres 2017/2018 pilotiert. Die 25 Einheiten beinhalten je nach Bedürfnislage der Klagenfurter Volksschulen motorische, sozio-emotionale, kognitive und/oder kommunikative Elemente und werden einmal wöchentlich in zwei ersten Klassen angeboten. Die Wirksamkeit der Intervention wird anhand standardisierter Instrumente (SCOPE; KINDL-R) im Rahmen eines quasi-experimentellen Prä-Pos-Designs evaluiert. Während der gesamten Projektlaufzeit wird eine engmaschige Zusammenarbeit mit den PädagogInnen angestrebt.

Keywords: Ergotherapie, Gesundheitsförderung, Kinder, Betätigung

1 Theoretischer Hintergrund

In Österreich leben aktuell rund 1.700.000 Kinder und Jugendliche (Bundesministerium für Gesundheit, 2016), wovon ca. 78.000 Kinder jedes Jahr ihre Rolle als Schulkind aufnehmen (Statistik Austria, 2017). Gerade dieser Übergang vom Kindergarten in die Schule stellt für ein Kind und seine Umgebung ein großes Lebensereignis dar, welcher mit bestimmten Anforderungen in ganz unterschiedlichen Bereichen verbunden ist. Mit dem Eintritt in die Schule gilt es Herausforderungen wie den Kontaktverlust zu vertrauten Personen (KindergartenpädagogInnen, Assistenzkräfte) und den Beziehungsaufbau zu neuen Vertrauenspersonen (Lehrpersonal, MitschülerInnen), sowie die Anpassung an stärker strukturierte und leistungsorientierte Tagesabläufe zu bewältigen. Zusätzlich zu den kognitiven Fähigkeiten werden sozio-emotionale und motorische Fähigkeiten für eine positive Bewältigung des Schuleintrittes benötigt

(Ehm & Hasselhorn, 2017). Setzt man alle erwähnten Faktoren in Beziehung zueinander, so lässt sich daraus ableiten, dass ein kompetentes Schulkind als solches bezeichnet werden kann, wenn es sich in der Schule wohl fühlt, die gestellten Anforderungen und Herausforderungen bewältigt und Bildungsangebote für sich optimal nutzt (Griebel & Niesel, 2013).

Parallel dazu steigt seit einigen Jahren laut Grundlagenbericht über Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-Jährigen des Bundesministeriums für Gesundheit die Anzahl diverser Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter deutlich an. So leiden sechs bzw. 15 Prozent der sechs- bis zwölfjährigen Kinder an einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten. Rund 25 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen weisen eine umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen bzw. je 16 Prozent der Sechs- und Achtjährigen eine Störung in Bezug auf ihre Grob- und Feinmotorik auf (Griebler et al., 2013). Diese Fakten machen klar, dass der Einstieg in die Schulkarriere sich zunehmend schwieriger gestaltet.

Um das generelle Gesundheitsziel des Bundesministeriums „mehr Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden für alle“ zu erreichen, braucht es in vielen Bereichen zudem stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Gerade Kinder und Jugendliche verdienen besondere Beachtung unterschiedlicher Disziplinen, da in der frühen Lebensphase Grundlagen für eine gesunde Lebensweise und lebenslange Gesundheit gelegt werden. Gerechte Gesundheitschancen und optimale Rahmenbedingungen können von langfristigem Nutzen für die Einzelnen und die Gesellschaft insgesamt sein (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017).

1.1 Forschungskontext

Gesundheitsfördernde Angebote erhalten in der alltäglichen Arbeit von ErgotherapeutInnen allmählich mehr Bedeutung (Köhler, Prušak & Rösler, 2010). Im Sinne einer Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung ist es notwendig, dass sich ErgotherapeutInnen mit ihren spezifischen Zugängen zu PatientInnen bzw. KlientInnen sowie fachlich-methodischen Kompetenzen an primärpräventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten und Projekten einbringen (Borgetto, 2010). Um diversen Phänomenen und Einschränkungen im Bildungsbereich passend entgegenwirken zu können, scheint die Etablierung der Ergotherapie in diesem Sektor durchaus sinnvoll. Nicht zuletzt dadurch, da eine direkte Zusammenarbeit mit PädagogInnen eine optimale Unterstützung der Kinder im Bildungsprozess und eine bestmögliche Bewältigung des Schulalltags bringt (Wirth, Schweiger, Zillhardt & Hasselbusch, 2014).

Mit dem Pilotprojekt der Fachhochschule Kärnten „Schulkind leicht gemacht-Ergotherapie in Schulen“ sollen Kinder während dem Übergang vom spielenden hin zum arbeitenden Kind unterstützt werden. Das Projekt zielt darauf ab, Kinder in Ihrem Betätigungsverhalten als Schulkind zu fördern um die Rolle Schulkind besser und schneller einnehmen zu können. Das Projekt folgt dem „Health for all“ Ansatz, und ist auf den regionalen Bedarf der Kindergesundheit ausgerichtet.

Zudem werden in diesem Pilotprojekt die Schnittstellen der Interprofessionalität im Bereich schulischer Gesundheitsförderung aufgezeigt und thematisiert. Um eine op-

timale Unterstützung der Kinder im Bildungsprozess zu ermöglichen, wird eine engmaschige Zusammenarbeit mit PädagogInnen während der gesamten Projektlaufzeit angestrebt.

2 Methodik

Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche wurde eine quantitative sowie qualitative Bedarfsanalyse, in Form von Fragebogenerhebungen und Gruppeninterviews, in den teilnehmenden Volksschulen durchgeführt. Daraufhin wurden gesundheitsförderliche Maßnahmen mit dem Fokus auf sinnvolle, alltagsrelevante Betätigungsangebote für Kinder der ersten Schulstufe im Sinne einer Multikomponenten-Intervention konzipiert und über die Dauer des Schuljahres 2017/2018 pilotiert. Durch die gewonnenen Daten der Bedarfsanalyse wurden die Inhalte der gesundheitsförderlichen Intervention an die Bedürfnisse der jeweiligen Volksschule individuell angepasst und beinhalten – je nach Schwerpunkt – motorische, sozio-emotionale, kognitive und/oder sprachliche Elemente. Im Sinne einer partizipativen Entwicklung der Angebote, wurden die geplanten Einheiten mit den PädagogInnen der beteiligten Klassen diskutiert und deren Sichtweisen und Wünsche eingearbeitet. So entstand ein Handbuch mit gesundheitsförderlichen alltagsrelevanten Betätigungseinheiten inklusive Pausengestaltung.

2.1 Zielgruppe

Primäre Zielgruppe dieses Projektes sind Kinder der 1. Schulstufe. In diesem Fall Kinder der Volksschule 1 - Benediktinerschule sowie der VS13 - Schule am Spitalbergweg in Klagenfurt. Konkret sind vier erste Klassen involviert, wobei zwei Klassen die Intervention erhalten und die Kinder aus den anderen beiden Klassen die Kontrollgruppe darstellen. Die Vergleichsgruppe wurde so gewählt, dass sie in einigen Hauptmerkmalen (z.B. Alter der Kinder, Schulstufe, Örtlichkeit) möglichst ähnlich der Interventionsgruppe ist.

Sekundäre Zielgruppe sind PädagogInnen sowie Eltern der Kinder. Durch die zunehmende Komplexität und Auswirkungen der Themen im Kinderbereich (Bewegungsarmut, Digitalisierung, Migration, etc...) ist ein hohes Ausmaß an Zusammenarbeit und ein individualisierter Zugang notwendig. Zudem werden in diesem Pilotprojekt die Schnittstellen zwischen Health Professionals und PädagogInnen im Bereich schulischer Gesundheitsförderung aufgezeigt und thematisiert.

2.2 Intervention

Die jeweils 90-minütigen Einheiten werden einmal wöchentlich im Rahmen des regulären Unterrichts durch Studierende des Studienganges Ergotherapie unter ständiger Supervision von MitarbeiterInnen der FH Kärnten durchgeführt. Insgesamt wurden 25 Einheiten für das Schuljahr 2017/2018 geplant. Die Einheiten beginnen und enden immer mit einem Begrüßungs- bzw. Abschlussritual, welches in einem Sitz- oder

Sesselkreis durchgeführt wird. Diese Konstante gibt den Kindern Orientierung und dient als Warm-up und Cool-down. Zudem setzen sich die Einheiten aus bis zu drei unterschiedlichen Betätigungssequenzen zusammen, wobei zwischendurch aktive bzw. ruhige Pausen vorgesehen sind.

2.3 Datenerhebung

Die Wirksamkeit der Intervention wird anhand standardisierter Instrumente (SCOPE, Marotzki, Mentrup & Weber, 2011; KINDL-R, Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) im Rahmen eines quasi-experimentellen Prä-Post-Designs evaluiert. Beobachtungen in der Klasse sowie Interviews mit den Kindern werden sowohl vor als auch nach der Intervention durchgeführt. Zusätzlich wird in jeder Einheit eine Standardsequenz mit anschließender Durchführung auf Zeit geübt. Diese Sequenzen greifen wesentliche Elemente des kindlichen Alltags auf, wie beispielweise das Maschebinden, das Einheften eines Blatt Papiers oder das Zuknöpfen eines Hemdes.

Das Projekt läuft während des gesamten Schuljahres 2017/18. Nach Beendigung der Intervention werden im Juni 2018 die Abschlusserhebungen durchgeführt. Im Anschluss erfolgt die wissenschaftliche Evaluierung.

3 Ausblick

Das Pilotprojekt der Fachhochschule Kärnten erfasst die Wirkungsweise gesundheitsfördernder Maßnahmen durch schulbasierte Ergotherapie und bietet durch den Transfer von Forschungsergebnissen unmittelbaren Nutzen für die regionale Bevölkerung. Die Erkenntnisse können in Zukunft dazu beitragen, wissenschaftlich fundierte Unterstützungsangebote für Kinder und ihren Angehörigen zu entwickeln.

Die positive Bewältigung des Schulalltags und die damit verbundene Rollenerfüllung als Schulkind wirkt sich positiv auf das gesamte spätere Leben von Kindern aus. Aber auch die Gesellschaft profitiert von einem besseren Bildungsniveau der Bevölkerung. Denn Lernende, die ihre Schullaufbahn frühzeitig bzw. ohne die entsprechenden Kompetenzen beenden, haben ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko, größere Schwierigkeiten bei der Anpassung an sich rapide verändernde wissensbasierte Wirtschaftsräume sowie geringere Einstiegsgehälter und Lebenseinkommen. Zudem scheinen dieselben Kinder auch mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit aktiv am modernen Gesellschaftsleben teil- sowie weiterführende Lernmöglichkeiten wahrzunehmen. Schulversagen führt zu zusätzlichen Kosten für die öffentlichen Budgets, um die Folgen der Bildungsversäumnisse zu kompensieren. Die Verringerung von Schulversagen trägt dazu bei, die Fähigkeit der einzelnen Menschen und der Gesellschaften zu stärken, auf Rezessionen zu reagieren und zu Wirtschaftswachstum und sozialem Wohlergehen beizutragen (OECD, 2013).

Literaturverzeichnis

1. Borgetto, B. (2010). Primärprävention und Gesundheitsförderung – Zukunftsperspektiven für die Ergotherapie. In Thapa-Görder, N. & Voigt-Radloff, S. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgaben der Ergotherapie. 10 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
2. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
3. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich Kurzfassung, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
4. Ehm, JH. & Hasselhorn, M. (2017). Kompensatorische Zusatzförderung zur Erhöhung der Schulbereitschaft. In Harmann, U., Hasselhorn, M. & Gold, A. (2017). Entwicklungsverläufe verstehen - Kinder mit Bildungsrisiken wirksam fördern: Forschungsergebnisse des Frankfurter IDEa-Zentrums. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag; 295–311.
5. Griebel, W. & Niesel, R. (2013). Übergänge verstehen und begleiten. Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern. Berlin: Cornelsen Verlag.
6. Griebler, R., Anzenberger, J., Hagleitner, J., Sagerschnig, S. & Winkler, P. (2013). Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte. Grundlagenbericht für das BMG, Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
7. Köhler, L., Prušak, S. & Rösler, S. (2010). Ein ergotherapeutisches Modell zur Gesundheitsförderung. In Thapa-Görder, N. & Voigt-Radloff, S. (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgaben der Ergotherapie. 10 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
8. Marotzki, U., Mentrup, C. & Weber, P. (Hrsg.). (2011). SCOPE. Kurzes Betätigungsprofil für Kinder. Handbuch mit Bewertungsbögen. Idstein: Schulz-Kirchner.
9. Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2013). Chancengerechtigkeit und Qualität in der Bildung. Förderung benachteiligter Schüler/innen und Schulen. [Originaltitel: Equity and Quality in Education. Supporting disadvantaged Students and Schools.]. Bundesministerium für Bildung und Forschung (für die deutsche Übersetzung), Veröffentlichung in Absprache mit der OECD, Paris.
10. Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2007). KINDLR. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. Zugriff am 24.11.2017 unter <https://www.kindl.org/deutsch/fragebögen/>
11. Statistik Austria (2017). Statistiken: Lebendgeborene. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/022899.html
12. Wirth, P., Schweiger, B., Zillhardt C. & Hasselbusch, A. (2014). Abenteuer Schule. Ergotherapie und Rehabilitation, 53(1), 25–31.