

Beutler, Karin

„Die Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung für die Arbeitnehmer  
in der Stadt Leipzig im Arbeitsfeld Schule und Hort.“

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Beutler, Karin

„Die Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung für die Arbeitnehmer  
in der Stadt Leipzig im Arbeitsfeld Schule und Hort.“

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. med. habil. Thomas Müller

## **Bibliographische Beschreibung**

Beutler, Karin:

Die Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung für die Arbeitnehmer in der Stadt Leipzig im Arbeitsfeld Schule und Hort. 44 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2015

## **Referat**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung für die Arbeitnehmer in der Stadt Leipzig im Arbeitsfeld Schule und Hort.

Es werden Begriffsbestimmungen vorgenommen, um den Zusammenhang zwischen den theoretischen Grundlagen und der Entwicklung des Modells herzustellen. Die Betrachtung der beruflichen Anforderungen und die gesundheitliche Situation von pädagogischem Personal unter Einbezug des demografischen Wandels sind wesentlich, um die Notwendigkeit des Einführens einer betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Arbeitsfeld zu verdeutlichen.

Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit ist das entwickelte Modell vorzustellen und mittels der quantitativen Methode des Fragebogens den Bedarf für dieses Modell bei der genannten Zielgruppe zu erforschen. Dafür werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von fünf Schulen, drei Horten und einem Betreuungsangebot befragt.

Die Ergebnisse des Fragebogens werden mit dem Programm „Statistical Product and Service Solutions“ (SPSS) ausgewertet. Daneben wird betrachtet, welche Entfaltungsmöglichkeiten die Entwicklung gesundheitsfördernder Konzepte der Sozialen Arbeit im Gesundheitssektor bieten.

# Inhaltsverzeichnis

	Abbildungsverzeichnis	
1	Einleitung	1
2	Begriffsbestimmungen	4
2.1	Aussagen zur Gesundheit	4
2.2	Gesundheitsförderung	7
2.3	Setting-Ansatz	10
3	Die berufliche und gesundheitliche Situation von pädagogischem Personal in Schule und Hort	13
3.1	Berufliche Anforderungen an Lehrer und Erzieher	13
3.2	Gesundheitliche Situation von Lehrern und Erziehern	14
3.3	Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit	17
4	Vorstellen des Modells und empirischer Teil	20
4.1	Ziel des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“	20
4.2	Vorstellen der Institutionen	21
4.3	Beschreibung des Modells	23
4.4	Empirischer Teil	26
4.5	Darstellung der Ergebnisse	29
4.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	36
5	Bedeutung des Modells für die Soziale Arbeit	39
6	Schlussbemerkungen	41
	Anlagen	45
	Literaturverzeichnis	48

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Altersdurchschnitt des Erzieherpersonals in Sachsen	16
Abbildung 2: Übersicht der beteiligten Institutionen	21
Abbildung 3: Anonymisierter Lageplan der Institutionen	23
Abbildung 4: Anzahl der ausgeteilten Fragebögen	28
Abbildung 5: Bedarfsermittlung	30
Abbildung 6: Übersicht über die ausgewählten Angebote	31
Abbildung 7: Übersicht über die angegebenen Zeiten	32
Abbildung 8: Bedarf an Kinderbetreuung	33
Abbildung 9: Bereitschaft zur monatlichen finanziellen Beteiligung	34
Abbildung 10: Alter der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	35
Abbildung 11: Geschlechterverhältnis der Befragten	36

# 1 Einleitung

„Sei du selbst die Veränderung, die du dir wünschst für diese Welt.“

Mahatma Gandhi

Gesundheit stellt nicht nur für jeden Einzelnen ein hohes Gut dar. Auch für ein Unternehmen ist die Gesundheit der Beschäftigten von unschätzbarem Wert, da für den Unternehmenserfolg gesunde, leistungsfähige und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zentrale Voraussetzung sind.

Die Arbeitssituation sowie die gesundheitliche Lage von Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern standen bislang nur selten im öffentlichen Interesse. Daher sind aktuelle Erkenntnisse weitestgehend durch einzelne in verschiedenen Bundesländern durchgeführte Studien vorhanden, welche nach Meinung der Autorin noch nicht ausreichend publiziert wurden. Erstaunlicherweise, denn es wird besonders dem pädagogischen Personal in den Schulen und Kindertagesstätten eine wesentliche Rolle bei der Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen zugeschrieben.

Nach den Lehrerinnen und Lehrern sind die Erzieherinnen und Erzieher die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im gesamten Bildungs-, Sozial- und Erziehungswesen. Sowohl das Schulgesetz des Freistaates Sachsen als auch das Sächsische Kindertagesstättengesetz stellen hohe Ansprüche an die Qualität der Bildung und Erziehung sowie an die Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Implizit erfordert das von den Trägern und Mitarbeitern, den Grad der Umsetzung dieser Ziele ständig zu reflektieren. Da diese Arbeit nur leistungsfähiges, gesundes und motiviertes Personal erbringen kann, muss es gelingen, die Gesundheit der Beschäftigten nicht nur zu erhalten, sondern auch zu fördern (vgl. Thinschmidt, Gruhne 2008, S.163).

Wenn die Last der Anforderungen den Mitarbeiter zu erdrücken droht, geraten seine eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund. Die Autorin konnte während ihrer langjährigen Tätigkeit in diesem Arbeitsfeld oft beobachten, dass Kollegen krank zur Arbeit kamen, um allen Aufgaben gerecht werden zu können oder der Personalmangel eine Krankschreibung auf Grund individueller und betrieblicher Zusammenhänge nicht zuließ. Dieses veränderte Verhalten im Krankheitsfall hat maßgeblichen Einfluss auf die Einstellung zur Gesundheit. Die Folge war meist eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit.

Diese Beobachtungen decken sich mit den vorhandenen Ergebnissen der durchgeführten Studien in diesem Arbeitsfeld, welche darauf hinweisen, dass die Beschäftigten

in dem Arbeitsfeld Schule und Hort einer Reihe von beruflichen Anforderungen ausgesetzt sind, die als negative Beanspruchung empfunden werden.

Das alles sind Anzeichen, die auf belastende Arbeitsbedingungen hinweisen, welche zu arbeitsbedingten Erkrankungen führen und einen dringenden Handlungsbedarf signalisieren (vgl. BKK-Landesverband Nordwest 2011, S.6f).

Für die Betriebe Schule und Hort ist vor allem die Orientierung auf das Kind von wesentlicher Bedeutung. Ist das pädagogische Personal während der Ausübung seiner Tätigkeit unzufrieden und weist negative Beanspruchungsfolgen wie Stress und Burnout auf, wird es kaum kinderorientiert arbeiten können (vgl. Thinschmidt, Gruhne 2008, S.163).

Bevor Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher Modell einer gesundheitsfördernden Haltung sein können, müssen sie einerseits dazu befähigt werden und andererseits in einem verbesserten Arbeitsfeld tätig sein (vgl. Khan 2010, 23.11.2014). Denn für das Gelingen einer erfolgreichen Gesundheitsförderung in diesen Einrichtungen ist das Wohlfühlen der Kinder und des Personals eine wesentliche Voraussetzung. Darum muss es ein Anliegen des Arbeitgebers sein, gesundes, motiviertes und leistungsfähiges pädagogisches Personal zu beschäftigen. Das im Kapitel 4 von der Autorin entwickelte Modell soll einen Beitrag leisten, die Situation der pädagogischen Fachkräfte dahingehend zu verändern, dass sie den Wert der Gesundheit erkennen und so auf den Erhalt der eigenen Gesundheit Einfluss nehmen können.

Eine Schlüsselfunktion übernehmen hierbei der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeit und Gesundheit gehören zusammen, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren entgegen zu wirken. Unternehmen, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen, Wertschätzung und Respekt kultivieren, werden künftig einen Wettbewerbsvorteil haben (vgl. Initiative Gesundheit und Arbeit 2011, S.5).

Obwohl die betriebliche Gesundheitsförderung in vielen Unternehmen zum selbstverständlichen Alltag gehört, sind derzeit kaum wirksame Konzepte für das Arbeitsfeld Schule und Hort vorhanden.

So geht die Autorin in dieser Bachelorarbeit der Frage nach: Was kann aus Sicht des Arbeitgebers getan werden, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Arbeitsfeld zu erhalten und zu fördern?

Dafür ist es notwendig, in Kapitel 2 die themenrelevanten Begriffe abzuklären. Es wird verdeutlicht, dass nicht nur das Individuum selbst Einfluss auf seine Gesundheit nehmen kann, sondern eine Wechselwirkung mit anderen Faktoren existiert. Die ständigen Debatten um die Finanzierbarkeit von Gesundheit im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel, erfordern ein Umdenken in der Gesellschaft. Daraus

resultierend wird die Förderung der Gesundheit zu einer gesellschaftlichen Notwendigkeit. Für eine schnelle Umsetzung der Gesundheitsförderung wurde von der WHO der Setting-Ansatz konzipiert. Dabei wurde der Betrieb vergleichsweise früh als Setting gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen berücksichtigt. Inhaltlich wird die betriebliche Gesundheitsförderung in Kapitel 2 ebenfalls Thema sein, um deren gesetzliche Regelung und Akteure festzuhalten.

In Kapitel 3 werden die beruflichen Anforderungen und die gesundheitliche Situation des pädagogischen Personals in dem Arbeitsfeld Schule und Hort erläutert. Es wird abgeklärt, welchen arbeitsbedingten Beanspruchungen sie gerecht werden müssen und welchen Einfluss diese auf ihre Gesundheit haben. Die Bearbeitung des Zusammenhangs zwischen der Arbeit und der Gesundheit soll Aufschluss darüber geben, wie die Arbeit und das damit verbundene Arbeitsfeld die Gesundheit positiv oder auch negativ beeinflussen kann.

Als Ergebnis dieser Bachelorarbeit wird in Kapitel 4 ein Modell vorgestellt, welches die gesundheitsfördernden Bedingungen in dem Arbeitsfeld Schule und Hort für die Arbeitnehmer entwickeln, unterstützen und fördern soll. Um zu erforschen, ob dieses Modell von den Arbeitnehmern überhaupt erwünscht ist, wurde ein Fragebogen (quantitative Methode) entwickelt und an die Mitarbeiter öffentlicher Institutionen (fünf Schulen, drei Horte und ein Betreuungsangebot) verteilt. Dieser soll unter anderem aufzeigen, ob ein Bedarf vorhanden ist und wenn ja, welche Interessen vertreten sind. Die Ergebnisse des Fragebogens werden mit dem Programm „Statistical Product and Service Solutions“ (SPSS) ausgewertet.

Interessant ist auch in Kapitel 5, das Modell in Bezug auf die Bedeutung für die Soziale Arbeit zu betrachten. Die Entwicklung gesundheitsfördernder Konzepte bietet den Akteuren der Sozialen Arbeit Möglichkeiten zur Entfaltung und Chancen, das Ansehen der Sozialen Arbeit in der Öffentlichkeit zu erhöhen.

In Kapitel 6 werden abschließend die Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit in den Schlussbemerkungen festgehalten.

Ausgangspunkt dieser wissenschaftlichen Arbeit bilden die Begriffsbestimmungen, um den Zusammenhang zwischen den theoretischen Grundlagen und der Entwicklung des Modells herzustellen.

## 2 Begriffsbestimmungen

### 2.1 Aussagen zur Gesundheit

Die Gesundheit wird von den meisten Menschen als ein hohes Gut eingeschätzt. Das persönliche Empfinden von Gesundheit und deren individuelle Bedeutung können sich unter Umständen von Mensch zu Mensch unterscheiden. Das Alter, das Geschlecht, der soziale Status oder auch die ethnische Gruppenzugehörigkeit können zum Beispiel ausschlaggebend dafür sein und ihren Einfluss auf die Gesundheit geltend machen. Außerdem korrespondiert sie stark mit den sozialen Rahmenbedingungen (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.24f).

In der Medizin und in vielen Bereichen der Gesellschaft besitzt das Thema Gesundheit gegenwärtig eine große Aktualität.

Doch woher stammt der Begriff Gesundheit, wie wird dieser definiert und warum ist dieses Thema so brisant?

„ ‚Gesundheit‘ (health) ist abgeleitet von dem altenglischen Wort für heilen (heal), was ‚vollständig‘ bedeutet und ausdrückt, dass mit Gesundheit die Integrität, Unversehrtheit oder das Wohlbefinden der ganzen Person gemeint ist“ (Naidoo, Wills 2010, S.5).

Der Begriff Gesundheit ist von allgemeiner Natur, dessen Bedeutung eine sehr große Bandbreite umfasst.

Er ist ein wandelbarer Begriff, welcher sich mit der jeweiligen Perspektive, unter der das Thema betrachtet wird, verändert. Während im Zeitalter des Barocks zum Beispiel die Leibesfülle Ausdruck von Schönheit und Gesundheit war, ist diese, zweihundert Jahre später, herzfinkartverdächtig und unansehnlich (vgl. Schiffer 2001, S.36).

Verschiedene Gesellschaften haben verschiedene Sichtweisen, was unter Gesundheit zu verstehen ist. Soziokulturelle Veränderungen spielen eine Rolle, aber auch allgemein verbreitete Sichtweisen von Gesundheit, die als Teil kulturellen Erbes über Generationen weitergegeben wurden. Diese Sichtweisen werden als „Laienkonzepte“ der Gesundheit benannt und durch Sozialisation erworben.

Die Art und Weise, wie Gesundheit oder Krankheit gesehen wird, ist die Widerspiegelung der Grundwerte und des Verständnisses einer Gesellschaft vom Leben in der Gemeinschaft und in der Welt (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.5, 17).

In der Medizin wird Gesundheit nicht komplex betrachtet und so kommt es in manchen Definitionen lediglich zu einer Abgrenzung des Begriffes Gesundheit gegenüber dem Begriff Krankheit.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vertritt ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und definiert diese wie folgt:

„Gesundheit ist laut Definition der WHO vom 22. Juli 1946 der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Rimbach 2013, S.14).

Dieses Verständnis von Gesundheit bietet eine ganzheitliche und positive Interpretation an. Sie ermöglicht das Einbeziehen der verschiedenen Dimensionen von Gesundheit. Jedoch wurde diese Definition aufgrund der zu idealistischen Vorstellungen immer wieder kritisiert, da ein Zustand des vollkommenen Wohlbefindens wahrscheinlich unerreichbar ist (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.18).

Eine Betrachtung der Dimensionen für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit ist unumgänglich, um die unterschiedlichen Einflüsse dieser Dimensionen und ihrer Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Sie existieren nebeneinander und beeinflussen sich gegenseitig.

#### Dimensionen der Gesundheit

Die Dimensionen der Gesundheit umfassen die Gesundheitsdimension des Einzelnen sowie die Einflüsse des weiteren Umfeldes auf die Gesundheit des Individuums.

Als Gesundheitsdimensionen des Einzelnen sind zu beachten:

- Physische Gesundheit: Sie betrifft den Körper, zum Beispiel die Fitness und nicht krank zu sein.
- Psychische Gesundheit: Sie bezieht sich auf ein positives Selbstwert- und Lebensgefühl.
- Emotionale Gesundheit: Das heißt, die Fähigkeit zu haben, Beziehungen zu entwickeln und aufrechterhalten zu können sowie Gefühle auszudrücken.
- Soziale Gesundheit: Das ist, das Gefühl zu haben, soziale Unterstützung von der Familie und Freunden zu erhalten und nicht im Abseits zu stehen.
- Spirituelle Gesundheit: Diese umfasst die Fähigkeit und das Erkennen, Überzeugungen und Grundsätze moralischer und religiöser Art in die Praxis umsetzen zu können, etwas Sinnvolles und Nützliches im Leben zu tun.
- Sexuelle Gesundheit: Sie betrifft das befriedigende Erleben seiner eigenen Sexualität, dafür bereit und fähig zu sein.

Die Einflüsse des weiteren Umfeldes auf die Gesundheit des Individuums werden in den folgenden Dimensionen ausgedrückt:

- Gesellschaftliche Dimension: Sie betrifft den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Strukturen und Gesundheit. Hier spielen der Grad der gesellschaftlichen Integration oder Ausgrenzung eine Rolle für die Gesundheit, ebenso wie grundlegende Infrastrukturen betreffend Unterkunft, Nahrung, Einkommen oder im Frieden leben zu können.
- Umweltdimension: Sie bezieht sich auf die Qualität dieser Bereiche wie Wohnraum, die Versorgung mit Trinkwasser, Hygiene sowie das Kümmern um eine nachhaltige Entwicklung.
- Globale Dimension: Das ist der Einfluss und die Sorge der Menschen aller Länder im Umgang mit dem Thema Gesundheit auf die weltweite Bevölkerung (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.5f).

Im Bewusstsein, dass die hier genannten Dimensionen nur im Zusammenspiel gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitswelten schaffen, stützt sich die Autorin im Weiteren auf die gesellschaftliche Dimension mit ihren individuellen Auswirkungen. Die Betrachtung der Dimensionen von Gesundheit verdeutlicht, dass die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Arbeitsfeld Schule und Hort durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird. Einerseits sind es die Dimensionen des Einzelnen (Wertvorstellungen über die eigene Gesundheit, gesundheitsbezogenes Verhalten) und andererseits die äußeren Umwelteinflüsse wie Lebensbedingungen oder auch Arbeitsbedingungen, die das persönliche Befinden tangieren. Festzuhalten ist, dass die Gesundheit zugleich Voraussetzung und Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Individuum, dem Verhalten und der Umwelt ist. Ebenso ist Gesundheit wie auch Krankheit als Prozess zu verstehen.

Die große Aktualität des Themas Gesundheit entsteht dadurch, dass sich in einer industrialisierten Gesellschaft, in der komplexe gesundheitliche Versorgungsstrukturen genutzt werden, mit der Finanzierbarkeit dieser vielfältigen Angebote auseinandergesetzt werden muss. Die veränderte Lebenssituation der Menschen in dieser Gesellschaft, der daraus resultierende veränderte Gesundheitsstatus wird zunehmend zu einer finanziellen Herausforderung. Das Älterwerden der Menschen, eine steigende Zahl der Hochaltrigen, weist auf eine Veränderung gesundheitlicher und sozialer Optionen hin. Wie sind dessen Auswirkungen in dem im Thema dieser Bachelorarbeit genannten Arbeitsfeld Schule und Hort? Zusätzlich zeichnen sich Veränderungen in den Krankheitsbildern ab. Während die Anzahl der klassischen Zivilisationserkrankungen abnimmt, steigen die Zahlen der Betroffenen mit chronischen, multimorbiden

Krankheitsverläufen sowie psychischen und psychosozialen Störungen. Erschwerend kommt hinzu, dass in der industrialisierten Gesellschaft nicht jeder Mensch gleichermaßen an dem gesellschaftlichen Gut „Gesundheit“ beteiligt ist. Der Umgang einer Gesellschaft mit Fremdsorge und Selbstsorge, der Frage nach der Leistungsfähigkeit eines Menschen, professionellen Versorgungsstrukturen und der ständigen Debatte über die Finanzierbarkeit dieser Versorgungsstrukturen lässt Gesundheit zur zwingenden Realität werden. In dem genannten Arbeitsfeld Schule und Hort spielt das Thema Gesundheit eine Rolle. Während für die Kinder und Jugendlichen ein breites Spektrum an Angeboten zur Förderung ihrer Gesundheit präsentiert wird, stößt das gesundheitliche Befinden der Pädagoginnen und Pädagogen jedoch weitestgehend auf gesellschaftliches Desinteresse. Diese lässt es an Fremdsorge fehlen. Daher ist es notwendig, speziell für das Arbeitsfeld Schule und Hort ein Konzept zu entwickeln, welches die Förderung der Gesundheit dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beinhaltet. Denn die Förderung der Gesundheit, die Gesunderhaltung nimmt gegenwärtig eine bedeutsame Stellung in allen gesellschaftlichen Bereichen ein (vgl. Bals, Hanses, Melzer 2008, S.7f).

## **2.2 Gesundheitsförderung**

Prävention und Gesundheitsförderung werden oft in einem Atemzug genannt. Die Prävention ist begrifflich eher pathogen geprägt, da sie Krankheiten verhindern beziehungsweise im Entstehen hinauszögern oder frühzeitig erkennen soll. Demgegenüber ist der Ansatz der Gesundheitsförderung, die Gesundheit der Menschen zu stärken. Eine salutogene Situationsbewältigung ist dabei vordergründig (vgl. Betriebliche Gesundheitsförderung, 8.11.2014).

Der Begriff Gesundheitsförderung (Health Promotion) entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In diese Debatten flossen neben den bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse ein. In der Gründungskonvention der WHO wurde zunächst der Begriff Gesundheit definiert, bevor sich der Begriff der Gesundheitsförderung im Anschluss etablierte. Bei dem Konzept der Gesundheitsförderung handelt es sich um eine Promotionsstrategie, welche den Menschen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen ermöglichen soll (vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch 2010, S.13).

Die Menschen zu befähigen, einen größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen, ist das Hauptziel.

„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. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Spicker, Sprengseis 2008, S.9).

Nach dem Verständnis der WHO ist ein wesentliches Merkmal der Gesundheitsförderung die Abkehr von der Suche nach Risikofaktoren und somit die Hinwendung zu Gesundheitsbedingungen und schützenden Faktoren. Dabei soll allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung für die eigene Gesundheit eingeräumt werden und sie zusätzlich befähigen, zur aktiven Stärkung ihrer Gesundheit beizutragen. Die Gesundheitsförderung zielt auf die Aktivierung und Erhaltung menschlicher und natürlicher Ressourcen sowie auf Unterstützung und Partizipation ab. Es ist ein Konzept, welches ganzheitlich und multidimensional ist und die Einbeziehung der biologischen, ökonomischen, psychologischen und sozialen Ebenen des Menschen (Dimensionen der Gesundheit) berücksichtigt (vgl. Köppel 2007, S.16, 23).

1986 wurde auf der Ottawa-Charta der WHO, der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung, ein anspruchsvolles Rahmenkonzept verabschiedet, das seitdem für die Entwicklung der Gesundheitsförderung weltweit eine anerkannte Rolle spielt. Ziele, Prinzipien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung wurden erstmals in der Ottawa-Charta zusammengefasst.

Dabei bezeichnet die Ottawa-Charta in ihrem Kern fünf Handlungsfelder und geht von einem dynamischen Verstärkereffekt zwischen diesen zentralen Bereichen aus.

Handlungsfelder:

1. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Das heißt, dass die Gesundheit politisches Thema auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Politik sein muss.
2. Die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten. Die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit ist die enge Verbindung zwischen Mensch und Umwelt. Indem die Gesundheitsförderung den Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt zum Thema macht, schafft sie sichere, anregende und befriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen.
3. Die Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen. Hier geht es insbesondere um soziale Unterstützung und Netzwerkbildung im Sinne von zunehmender Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle in den eigenen Gesundheitsbelangen.

4. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Die Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung der persönlichen und sozialen Kompetenzen durch Informations- und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Die Verbesserung der Kompetenzen soll den Menschen helfen, auf ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt Einfluss auszuüben. Ziel ist auch, den Menschen zu einem lebenslangen Lernen zu befähigen.
5. Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste. Es wird erwartet, dass die Gesundheitsförderung von den Gesundheitsdiensten in ihr Selbstverständnis integriert und der Mensch als ganzheitliche Persönlichkeit wahrgenommen wird, sich an seinen Bedürfnissen orientiert und die psychosoziale Dimension von Krankheit stärker berücksichtigt wird (vgl. Spicker, Sprengseis 2008 S.9f).

Diese Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung sind umfassend und eine gesellschafts- und sozialpolitische Herausforderung. Der Wunsch nach gesundheitlicher Chancengleichheit ist unüberhörbar, allen Menschen einen fairen Zugang zu den Ressourcen von Gesundheit zu schaffen. Daher ist es erforderlich, die bestimmenden Faktoren der Gesundheit wie zum Beispiel Bildung, Einkommen, Arbeitsbedingungen, kulturelle und physische Umwelt und andere, welche in allen gesellschaftlichen Bereichen vorhanden sind, durch maßgebende Interventionen zu beeinflussen. Die Befähigung der Bevölkerung zu einem eigenverantwortlichen und selbstbestimmenden Umgang mit der Gesundheit sowie eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt und der Gesundheitsdienste ist die Grundidee der Ottawa-Charta (vgl. Spicker, Sprengseis 2008, S.9f).

In Kapitel 4 dieser Bachelorarbeit wird ein Modell vorgestellt, welches die Situation der pädagogischen Fachkräfte dahingehend verändern soll, dass sie den Wert der Gesundheit erkennen und auf den Erhalt der eigenen Gesundheit Einfluss nehmen können. Diese maßgebende Intervention ist über die betriebliche Gesundheitsförderung umsetzbar. Das Setting dafür bildet die Institution. Eine Veränderung der strukturellen Bedingungen im Arbeitsfeld Schule und Hort ist dazu notwendig. Dies ist nur im Rahmen des Setting-Ansatzes möglich, welcher im folgenden Kapitel abgehandelt wird. Da sich jedoch der umfassende Ansatz der Ottawa-Charta für die Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend in den organisatorischen, institutionellen und politischen Strukturen widerspiegelt, stellt der Prozess der Umsetzung vielfältige Herausforderungen an die handelnden Personen und Institutionen (vgl. Spicker, Sprengseis 2008, S.11).

Laut WHO müssen indes bestimmte Grundvoraussetzungen für die Gesundheit erfüllt sein:

- Frieden, es dürfen keine Kriegsängste bestehen,
- soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit,
- Befriedigung der Grundbedürfnisse sowie
- die Unterstützung durch die Öffentlichkeit und politischer Handlungsträger.

Ohne diese Grundvoraussetzungen werden die Auswirkungen der Verbesserungen der Lebensweisen, der Umweltbedingungen und der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit gering sein (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.84).

Damit die Förderung der Gesundheit schnell umgesetzt werden kann, wurde von der WHO der Setting-Ansatz konzipiert.

### **2.3 Setting-Ansatz**

Der Setting-Ansatz ist ein besonderes Merkmal der Gesundheitsförderung und ermöglicht, die Menschen in den Lebensbereichen zu erreichen, in denen sie die meiste Zeit ihres Lebens verbringen, also wo sie leben, spielen, lernen und arbeiten. Es wird angestrebt, ein ganzes System zu verändern und zu einem „Gesundheitsfördernden System“ zu machen. Er ist ein langfristig angelegter Ansatz, da er versucht, die gesundheitlichen Anliegen in alle Bereiche des Settings zu integrieren (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.310f).

„Im Setting-Ansatz werden die gesundheitsfördernden Potenziale eines Settings (personale, organisatorische und finanzielle Ressourcen) aktiviert und genutzt, um Gesundheitsbelastungen zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken. Dies geschieht durch politische, organisatorische und sozialklimatische Veränderungen, die die Nutzerinnen und Nutzer des jeweiligen Settings einbeziehen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006)“ (Naidoo, Wills 2010, S.310).

Die Gesundheitsprobleme der Menschen sind das Resultat wechselseitiger Beziehungen zwischen den ökonomischen, sozialen, institutionellen und den individuellen Lebensweisen der Menschen. Deshalb richtet der Setting-Ansatz seine Interventionen in erster Linie auf soziale Systeme. Meist wird mit der Umsetzung spezifischer Projekte begonnen, welche darauf ausgerichtet sind, in den Settings

- gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen,
- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln und
- die Gesundheitsförderung zu integrieren in das Qualitäts- und Evaluationsmanagement, um die Ergebnisse der Gesundheitsförderung belegen zu können.

Einerseits hat die breite Umsetzung von Projekten in Settings zu einer schnellen Verbreitung der Gesundheitsförderung beigetragen, dennoch muss kritisiert werden, dass die klaren Zielformulierungen der Programme nicht immer konsequent durchgesetzt wurden. Die „Gesundheitsförderung im Setting“ ist nicht gleichzusetzen mit dem „Gesundheitsfördernden Setting“. Das Erstgenannte nutzt das Setting als organisatorische Basis von Programmen, das entscheidende Kriterium des „Gesundheitsfördernden Settings“ jedoch ist, grundsätzliche Veränderungen in den organisatorischen Abläufen und Strukturen des Settings anzustreben (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.310f).

Im Sinne der Ottawa-Charta ist der Betrieb vergleichsweise früh als Setting gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen berücksichtigt worden.

Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ wird in Verbindung gebracht mit Maßnahmen nach §20 des Sozialgesetzbuches (SGB) V, das die Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherung regelt. In §20 Absatz 1 des SGB V ist die Primärprävention festgehalten als eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen. Für die betriebliche Gesundheitsförderung jedoch ist der Absatz 2 des §20 des SGB V von größerer Bedeutung. Dieser legt fest, dass neben dem Arbeitsschutz durch die Krankenkassen ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt werden können. Außerdem werden die Krankenkassen zur Kooperation mit Unfallversicherungsträgern verpflichtet. Hinsichtlich seines gesetzlichen Auftrages sowie konkreter Ergebnisse für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen ist die Gesetzliche Unfallversicherung (Arbeitssicherheit, Arbeitsschutz) als weiterer zentraler Kostenträger zu nennen (vgl. Bals, Hanses, Melzer 2008, S.81ff). Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten sich an drei Ebenen orientieren, der personellen Ebene (individuelles Verhalten der Arbeitnehmer), der interpersonellen Ebene (Gruppenprozesse) und der strukturellen Ebene (Arbeitsbedingungen in den Betrieben). Neben den genannten überbetrieblichen Akteuren Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern sind die innerbetrieblichen Akteure Arbeitgeber und Arbeitnehmer von wesentlicher Bedeutung für die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Thinschmidt, Gruhne 2008, S.164).

2007 wurde die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet (Wettbewerbsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland) (vgl. Naidoo, Wills 2010, S.344).

Den heutigen Anforderungen des Arbeitslebens bis zum Renteneintritt gerecht zu werden ist nur dann möglich, wenn die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zum Beispiel durch Bewegung, gesunde Ernährung oder durch Wissensvermittlung bei betrieblich durchgeführten Gesundheitstagen erhalten bleibt. „Gesundheitsförderndes Setting“ umfasst mehr, doch ist das Einführen des in Kapitel 4 entwickelten Modells „Stärkung

der Gesundheit durch Bewegung“ am ehesten vorstellbar, um in dem Arbeitsfeld Schule und Hort gesundheitsfördernde Bedingungen zu unterstützen. Insbesondere, da in diesem Arbeitsfeld sehr gute räumliche und örtliche Bedingungen vorzufinden sind. Die körperliche Aktivität ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Sie trägt wesentlich zu einem möglichst langen, beschwerdefreien Leben mit hoher Lebensqualität bei. Die Wirksamkeit (präventiv und therapeutisch) von körperlicher Aktivität ist wissenschaftlich belegt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 12.11.2014). Durch regelmäßige körperliche Bewegungen lässt sich einerseits eine Vielzahl von Krankheiten signifikant senken, und andererseits beeinflusst sie zusätzlich das Wohlbefinden wie auch die seelische Gesundheit positiv. Zudem lassen sich körperliche Aktivitäten mit geringem Aufwand umsetzen, daher besteht eine sehr günstige Kosten-Nutzen-Relation. Um die Mitarbeiter mit sportlichen Aktivitäten zu erreichen, ist der Betrieb ein guter Ort (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 12.11.2014).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass das Thema Gesundheit nicht nur für den einzelnen Menschen eine wesentliche Rolle spielt, auch gesellschaftlich besitzt es eine große Aktualität. Das zunehmende Alter der Menschen führt im Laufe der Jahre zu einer Verschiebung in den Krankheitsbildern. Die angebotenen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sind sehr komplex und werden intensiv genutzt. Dies führt zu einer finanziellen Herausforderung. Daher wird die Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu einer gesellschaftlichen Notwendigkeit. Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wurde von der WHO etabliert und in einem umfassenden Konzept der Ottawa-Charta verabschiedet. Für ein schnelles Umsetzen der Gesundheitsförderung wurde durch die WHO der Setting-Ansatz konzipiert, welcher die Veränderung eines gesamten Settings zu einem „Gesundheitsfördernden Setting“ beinhaltet. Der Betrieb als Setting wurde dabei schon frühzeitig berücksichtigt. Nicht nur die innerbetrieblichen Akteure sind gefragt, auch überbetriebliche Akteure sind von großer Bedeutung. Durch die Beachtung aller Dimensionen von Gesundheit wird eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen möglich. Es wird deutlich, dass eine Wechselwirkung zwischen dem Individuum, dem Verhalten und der Umwelt stattfindet. Daher ist die Gesundheit zugleich Voraussetzung und Ergebnis dieser Wechselwirkung und als Prozess zu verstehen.

## **3 Die berufliche und gesundheitliche Situation von pädagogischem Personal in Schule und Hort**

### **3.1 Berufliche Anforderungen an Lehrer und Erzieher**

In den Schulen und Horten (als ein Bereich der Kindertagesstätten) sind die Anforderungen an das pädagogische Personal vielfältig und steigen von Seiten des Gesetzgebers, der Gesellschaft und auch durch die Eltern an. Die pädagogischen Fachkräfte müssen den verschiedenen Bedürfnissen der Kinder/Jugendlichen und Familien in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen gerecht werden. Dabei sollen die Bildung, Erziehung und Betreuung individuell, kompetent, professionell und transparent umgesetzt und dokumentiert werden. Die beruflichen Anforderungen an die Lehrerinnen und Lehrer sowie an die Erzieherinnen und Erzieher ergeben sich aus den

- Anforderungen aus den Arbeitsaufgaben, wie zum Beispiel die Umsetzung der Aufgabeninhalte, die Informationsdichte durch parallel auszuführender Aufgaben, den Zeitdruck (Vor- und Nachbereitungszeit der pädagogischen Arbeit), physische Belastungen (insbesondere das Heben und Tragen von Kindern) und die Sprechbelastung, die emotionalen Anforderungen, das heißt die Diskrepanz zwischen äußerer und innerer Gefühlslage, die notwendige adäquate berufliche Entwicklung und durch Gefahrenquellen wie Treppen, Nässe und Ausstattung sowie aus den
- gesellschaftlichen Bedingungen und den damit verbundenen gesellschaftlichen Anforderungen in Bezug auf den Bildungsauftrag, die kulturellen Normen, die wirtschaftlichen Lage betreffs Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsmarktsituation und den erhöhten Wettbewerb, den Berufsstatus und das Berufsimago, die Bezahlung und aus den
- sozialen Bedingungen der Sozialstruktur des Klientels, der Teammerkmale wie Altersstruktur oder der Rolle im Team, dem Betriebsklima, der Führung des Teams und sozialer Kontakte zu den Kindern/Jugendlichen, Eltern und anderer Personen.

Die Arbeitsumgebung, wobei der Lärm, die Temperatur, die Beleuchtung, die Luftbeschaffenheit, Gerüche, räumliche Bedingungen und deren Ausstattung sowie chemische Stoffe (Desinfektionsmittel) eine wesentliche Rolle spielen, gehört ebenso zu den beruflichen Anforderungen wie die organisatorischen Bedingungen. Diese betreffen die Art und Größe der Einrichtung, die Klassen- beziehungsweise Gruppengröße und deren Zusammensetzung, die Anzahl der Mitarbeiter im Team (Kompensation von Urlaub, Krankheit) und die Arbeitszeit (vgl. Thinschmidt 2008, S.2).

Das pädagogische Personal im Arbeitsfeld Schule und Hort ist einer Reihe beruflicher Anforderungen ausgesetzt, die als negative Beanspruchung wahrgenommen werden und so zum Auftreten arbeitsbedingter Erkrankungen beitragen können. Die Tätigkeit des pädagogischen Personals in diesem Arbeitsfeld ist weniger durch einzelne, besonders starke Belastungen gekennzeichnet, es ist eher eine Summierung der negativen Wirkung von vielen, weniger stark ausgeprägten Belastungsfaktoren (vgl. BKK-Landesverband Nordwest 2011, S.7).

### **3.2 Gesundheitliche Situation von Lehrern und Erziehern**

Im Vergleich zu anderen Berufen treten in dem Arbeitsfeld Schule und Hort überdurchschnittlich hohe psychische Belastungen auf. Berufliche Beanspruchungen werden von Arbeitnehmer zu Arbeitnehmer unterschiedlich empfunden, jedoch herrscht Einigkeit darüber, welche die Hauptbelastungen sind. Der Lärm, welcher teilweise über den gesetzlichen Grenzwerten liegt, eine große Anzahl vielfältiger Arbeitsaufgaben verbunden mit Zeitdruck, Personalmangel, fehlenden Möglichkeiten zur Entspannung und die Größe der Kindergruppen werden neben anderen von dem pädagogischen Personal als Hauptbelastungen genannt (vgl. BKK-Landesverband Nordwest 2011, S.7). Diese wirken sich negativ auf die Beanspruchung und die Gesundheit aus. Ein gehäuftes Auftreten des Burnout-Syndroms bei Erzieherinnen und Erziehern ist nur eine Folge. Des Weiteren entstehen aus diesen negativen Beanspruchungen bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Reaktionen in Form psychosomatischer Beschwerden wie Rückenschmerzen, Nervosität, Kopfschmerzen, Stimmprobleme, Erschöpfung, erhöhte Reizbarkeit und Stress.

Nur 13 Prozent der befragten Erzieherinnen und Erzieher (ein Beispiel aus Nordrhein-Westfalen) äußern laut einer aktuellen Erhebung der DGB-Gewerkschaften, keine gesundheitlichen Beschwerden während beziehungsweise nach der Arbeit zu empfinden (vgl. BKK-Landesverband Nordwest 2011, S.5ff). Das ist alarmierend. Überforderung und Stress, als Folge erhöhter psychonervaler und umfangreicher sozialkommunikativer Anforderungen, sind an den psychosomatischen Beschwerden maßgeblich beteiligt. Diese treten wiederum häufiger bei Frauen auf, welche zu einem hohen Anteil in diesem Arbeitsfeld tätig sind (vgl. Thinschmidt 2008, S.3).

Der Anstieg der Fehlzeiten durch Krankheit insbesondere bei älteren Lehrkräften ist ebenfalls zu beobachten. Psychische und psychosomatische Erkrankungen, einschließlich des Burnout-Syndroms, spielen eine prominente Rolle bei der Frühpen-sionierung wegen Dienstunfähigkeit bei Lehrkräften (vgl. Döring-Seipel, Dauber 2013,

S.9). Auch sie geben an, dass die hohen Belastungen wie Arbeitsintensität, emotionale und körperliche Anforderungen sowie Lärm sie stark belasten und sie dadurch unter stressbezogenen körperlichen Symptomen (Erschöpfung, Angst, Kopfschmerzen, nächtlichen Schlafstörungen, Krankheitsgefühl) leiden. Sie bedingen einen erhöhten Krankenstand und wirken sich durch die Fehlzeiten nicht nur negativ auf den Unterricht aus, sondern verursachen auch große finanzielle Kosten für den Staat. Zwar nahm die Zahl der Frühpensionierungen seit der Jahrtausendwende ab, doch ist dies nicht auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Lehrkräfte zurückzuführen, sondern eher auf die veränderte Rechtsprechung zur Frühverrentung. Denn diese geht jetzt mit einer erheblichen finanziellen Einbuße der auszuzahlenden Rente bei Dienstunfähigkeit einher, weshalb sich die Zahl der Antragsteller vermindert hat (vgl. Blossfeld, Bos, Daniel 2014, S.57, 75).

Beim Betrachten der gesundheitlichen Situation des pädagogischen Personals wird deutlich, dass durchaus eine Verbindung zwischen den Gesundheitsbeschwerden der Pädagoginnen und Pädagogen mit ihren besonderen Arbeitsbedingungen in Erwägung gezogen werden kann (vgl. BKK-Landesverband Nordwest 2011, S.8).

Die Arbeitsunfähigkeitstage im Öffentlichen Dienst, zu dem die Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer zählen, betrug bei einem Versicherten der Innungskrankenkasse (IKK) im Jahr 2013 im Durchschnitt 20,3 Tage. Übertroffen wird diese Zahl nur noch durch die Bau- und Ausbaubranche (vgl. IKK classic 2014, S.6f).

Der demografische Wandel ist auch in den Schulen und Horten präsent.

Bundesweit ist ein kontinuierlicher Anstieg der Betreuungskapazitäten und damit auch der Beschäftigtenzahlen zu verzeichnen. Dies schlägt sich auch im Schulbereich nieder. Das wiederum zieht einen erhöhten Bedarf an qualifiziertem Personal nach sich. In Deutschland lag im Jahr 2010 der Anteil der Arbeitnehmer mit einem Alter von 50 Jahren und älter bei 29,3 Prozent. Der Anteil unter den Lehrkräften an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen fiel mit 48,1 Prozent deutlich höher aus (vgl. Blossfeld, Bos, Daniel 2014, S.47f).

Im Schuljahr 2010/11 waren in Sachsen 11 Prozent der voll- und teilzeitbeschäftigten Lehrkräfte jünger als 40 Jahre und 31 Prozent 55 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter der Lehrkräfte in Leipzig betrug zu diesem Zeitpunkt 48,2 Jahre (vgl. Statistik Sachsen 2011, S.2).

Auch in der Betrachtung der Altersverteilung bei den Erzieherinnen und Erziehern ist der demografische Wandel sichtbar. Der Anteil an Personal über 50 Jahre nimmt kontinuierlich zu, wobei diese Fachkräfte zukünftig ihrem Ruhestand entgegensehen, während der Anteil der unter 35-Jährigen abnimmt. Diese Entwicklung ist in den

östlichen Bundesländern besonders gravierend, wie die folgende Tabelle für Sachsen verdeutlicht:

Pädagogisch tätige Personen<sup>1</sup> in Kindertageseinrichtungen in Sachsen 1994, 2002 und 2011 nach Alter

Alter von ... bis unter ... Jahren	1994	2002	2011
unter 25	1 360	566	1 960
25 – 30	2 730	574	2 047
30 – 35	3 838	1 774	1 776
35 – 40	5 050	2 936	2 698
40 – 45	4 297	3 471	4 330
45 – 50	2 937	4 044	4 286
50 – 55	4 448	2 991	4 665
55 – 60	1 380	2 306	3 924
60 und mehr	18	290	841
<b>Insgesamt</b>	<b>26 058</b>	<b>18 952</b>	<b>26 527</b>

<sup>1</sup>) einschließlich Einrichtungsleitung, Stichtage 31.12.1994, 31.12.2002, 01.03.2011  
(Jenschke 2011, S. 9)

Abbildung 1: Altersdurchschnitt des Erzieherpersonals in Sachsen

Diese Entwicklung stellt erhebliche Anforderungen an die Personalverantwortlichen. Einerseits muss es ihnen gelingen, qualifizierten Nachwuchs für das ausscheidende Personal zu finden und andererseits müssen sie eine intensive Personalpflege in Form betrieblicher Gesundheitsförderung initiieren. Ziel muss es sein, das bereits tätige, gut qualifizierte pädagogische Personal angesichts der hohen Anforderungen fachlich kompetent und gesund am Arbeitsplatz zu erhalten (vgl. Thinschmidt 2008, S.4).

### **3.3 Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit**

Dieser Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit ist sehr komplex. Für die Entwicklung der diagnostischen Methode ist das Belastungs-Beanspruchungs-Ressourcen-Konzept (Rudow 2004, S.3) eine theoretische Grundlage. Dabei werden wesentliche Belastungs- und Gesundheitsphänomene berücksichtigt. Belastungen sind aus arbeitswissenschaftlicher Sicht von vornherein weder positiv noch negativ zu bewerten, treten jedoch zwangsläufig durch die Arbeitstätigkeit auf. Diejenigen Faktoren in der pädagogischen Arbeit, welche unabhängig vom Individuum existieren (wie Arbeitsaufgaben, Arbeitsbedingungen) und potentiell Beanspruchungen hervorrufen, werden als objektive Belastung verstanden. Dieses Phänomen ist wertindifferent und muss folglich weder positiv noch negativ betrachtet werden. Erst durch die Widerspiegelung der objektiven Belastungsfaktoren entsteht die subjektive oder psychische Belastung. Dieser Prozess der Widerspiegelung ist eine notwendige Bedingung für die psychologische Relevanz der Belastung.

Bezeichnet werden als Belastung alle körperlichen, sozial-emotionalen und geistigen Anforderungen, welche auf den Menschen einwirken und Beanspruchungen hervorrufen. Im Gedächtnis sind die subjektiven Belastungen überwiegend als Erfahrungen gespeichert (vgl. Rudow 1995, S.42). Es findet ein Bewertungsprozess durch das Individuum statt, indem das Maß der Anforderungen eingeschätzt und in Beziehung zu den inneren und äußeren Ressourcen gesetzt wird. Positiv sind Belastungen zu bewerten, wenn keine Über- oder Unterforderung des Individuums entsteht und die Belastung somit den Kompetenzen der Person entspricht und bewältigt werden kann. Damit sind die Arbeitsbelastungen im Einklang mit den subjektiven Bewältigungsressourcen und es treten positive Beanspruchungsreaktionen und -folgen auf. Diese können wesentlich zur Gesundheit beitragen. Durch die Arbeit wird ein Einkommen gesichert, das Selbstwertgefühl gestärkt und es kann ein soziales Netzwerk zu Kollegen und Freunden aufgebaut werden (Dimensionen der Gesundheit).

Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher schätzen in besonderem Maße den engen Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen in ihrer Arbeit und haben Freude am Umgang mit ihnen. Die berufliche Kompetenz und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie die Identifikation mit dem Beruf sind wichtige persönliche Ressourcen für ein lösungsorientiertes Handeln.

Eine wesentliche Bedingung für arbeitsbedingte Befindensbeeinträchtigungen und Erkrankungen sind die Fehlbelastungen. Bestimmt werden diese Arbeitsbelastungen durch Tätigkeitsmerkmale wie Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum oder Partizipation, um nur einige zu nennen. Beanspruchungsreaktionen und -folgen sind die Auswirk-

ungen der Arbeitstätigkeit. Als reversible Beanspruchungsreaktion werden psychophysische Phänomene verstanden, die kurzfristig auftreten. Überdauernde und bedingt reversible psychophysische Phänomene hingegen sind Beanspruchungsfolgen (vgl. Rudow 2007, S.8ff).

Die Autorin schlussfolgert, dass sich anhand des Belastungs-Beanspruchungs-Ressourcen-Konzeptes ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen, den Beanspruchungen und den vorhandenen Ressourcen bei der genannten Zielgruppe erklären lässt, welches durch die hohen krankheitsbedingten Ausfallzeiten sichtbar wird. Das Zusammenspiel vieler gering ausgeprägter Belastungen, die sich in ihrer negativen Wirkung summieren sowie die psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Personalverknappung, Zeitdruck sowie Qualifikations- und Flexibilisierungserfordernissen haben sprunghaft zugenommen. Im Arbeitskontext zeigt sich die Verschiebung des Belastungsspektrums (von den körperlichen zu den psychosozialen) in der steigenden Bedeutung psychischer Erkrankungen als Ursache für Krankschreibung und Dienstunfähigkeit (vgl. Bartholdt, Schütz 2010, S.14f).

Belastungsfaktoren und Ressourcen lassen sich der Strukturqualität beziehungsweise den strukturellen Rahmenbedingungen zuordnen oder stehen mit diesen in indirektem Zusammenhang. Rechtliche, organisatorische und soziale Rahmenbedingungen ebenso wie finanzielle, personelle und materielle Ausstattung gehören zu den Merkmalen der Strukturqualität. Diese schlagen sich zum Beispiel in der vorhandenen Arbeitszeit- und Pausenregelung, dem Personalschlüssel, der Bereitstellung von Supervision, der Beratung bei Problemfällen und der Arbeitsumgebung (Lärmpegel, Räumlichkeiten, erwachsenengerechtes Mobiliar, Rückzugsmöglichkeiten, Gruppen- oder Klassengröße) nieder (vgl. Mauz, Viernickel, Voss 2011, 8.11.2014).

Reichen die Maßnahmen der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers durch die Umsetzung des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht aus, muss ein Ausgleich geschaffen werden, um gesundheitsförderliche Bedingungen für das pädagogische Personal zu intensivieren. Eine Option ist, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einzuführen, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten, zu stärken und somit eine intensive Personalpflege zu unterstützen.

Im nächsten Kapitel wird ein von der Autorin entwickeltes Modell im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt. Es soll in die Arbeitswelt des pädagogischen Personals im Arbeitsfeld Schule und Hort integriert werden, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken. Eine Veränderung struktureller Rahmenbedingungen als Merkmal des Setting-Ansatzes wird angestrebt.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass in den Bereichen der psychosozialen und psychomentalen Anforderungen an das pädagogische Personal ein hoher Erwartungsdruck aufgebaut wird, mit dem sich die Fachkräfte auseinandersetzen müssen. Eine adäquate erfolgreiche Bewältigung ist erforderlich. Werden diese Anforderungen nicht mit den inneren und äußeren Ressourcen erfolgreich bewältigt, treten Beanspruchungsreaktionen oder -folgen auf, die die Gesundheit des pädagogischen Personals beeinträchtigen können. Der hohe Krankenstand, psychische und psychosomatische Erkrankungen sind nach Ansicht der Autorin ein Alarmzeichen, um eine intensive Personalpflege über die gesetzlichen Grundregelungen hinaus, durch den Arbeitgeber zu initiieren. Dem Arbeitgeber muss es im Hinblick auf den demografischen Wandel, die Wettbewerbsfähigkeit und einen kultivierten wertschätzenden Umgang mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Anliegen sein, Bedingungen für einen Ausgleich zwischen den Anforderungen und der Beanspruchung zu schaffen. Aus diesen Gründen geht die Autorin der Frage nach: Was kann aus Sicht des Arbeitgebers getan werden, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Arbeitsfeld Schule und Hort zu erhalten und zu fördern? Eine Möglichkeit kann das im folgenden Kapitel vorgestellte Modell: „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ sein, auf das das pädagogische Personal als äußere Ressource zurück greifen kann.

Aufgrund der aufgeführten Studienergebnisse und der zusammenfassenden Schlussfolgerungen wird von der Autorin folgende Hypothese aufgestellt:

Es ist ein Bedarf bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden, gesundheitsfördernde Bedingungen in Ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

## **4 Vorstellen des Modells und empirischer Teil**

### **4.1 Ziel des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“**

Die ganzheitliche Sichtweise der WHO auf den Menschen schließt die Lebenswelt des arbeitenden Menschen (Handlungsfeld der Ottawa-Charta) ein. Das von der Autorin entwickelte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ soll einen Beitrag leisten, die Arbeitswelt des pädagogischen Personals dahingehend zu verändern, dass diese auf den Erhalt der eigenen Gesundheit Einfluss nehmen können.

Ziel ist es, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und unter Beteiligung ihrer Akteure, in dem Setting Schule und Hort gesunde Arbeitsbedingungen zu unterstützen und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in den institutionellen Strukturen zu entwickeln. Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten sowie eine salutogene Gestaltung der Arbeitswelt sind dabei vordergründig. Inhaltlich werden den Beschäftigten interessenbezogene Angebote zur Bewegung unterbreitet, welche außerhalb der Arbeitszeit genutzt werden können. Diese werden dem pädagogischen Personal von dem Arbeitgeber als äußere Ressource zur Verfügung gestellt, um einen Ausgleich zu den hohen Anforderungen zu schaffen. Freude und Spaß an gemeinsam durchgeführten Bewegungsangeboten im Arbeitskontext zu haben, kann Motivation für Leistungsfähigkeit sein und somit Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit nehmen. Sie stärkt den Teamgeist und wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Dienstleistung des Arbeitgebers wertgeschätzt. Für ein beschwerdefreies Leben mit hoher Lebensqualität ist die körperliche Aktivität eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Die Bewegung hat in jedem Alters- oder Lebensabschnitt eine spezifische Bedeutung. Für den Erwachsenen bedeutet sie den Erhalt der Leistungsfähigkeit im Berufs- und Privatleben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, 12.11.2014).

In dem Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ kommen primär die Dimensionen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit des Individuums zum Tragen und haben so Einfluss auf dessen persönliches Befinden und Verhalten. Die gesellschaftliche Dimension der Gesundheit als Einfluss durch die Umwelt spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle, da sie den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Strukturen und Gesundheit betrifft. Konkret am Beispiel der Stadt Leipzig bedeutet das, es müssen in den strukturellen Rahmenbedingungen von den Arbeitgebern Voraussetzungen geschaffen werden, um eine Veränderung der Arbeitswelt im Setting Schule und Hort für die Beschäftigten herbeizuführen. Anhand der Literaturrecherche wurde deutlich, dass die Gesundheit Voraussetzung und Ergebnis der Wechselwirkung des Individuums, des Verhaltens und der Umwelt ist. Dieses Modell

ermöglicht, dem jeweiligen Arbeitgeber und den Beschäftigten ihre Haltung und Wertvorstellungen von Gesundheit zu erkennen und zum Tragen zu bringen.

## 4.2 Vorstellen der Institutionen

Das Modell wird im ersten Schritt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von fünf Schulen, drei Horten und einem Betreuungsangebot (BTA) öffentlicher Einrichtungen der Stadt Leipzig konzipiert. Während die Erzieherinnen und Erzieher Angestellte der Stadt Leipzig sind, sind die Lehrerinnen und Lehrer der Sächsischen Bildungsagentur Regionalstelle Leipzig als Vertreter des Freistaates Sachsen zugehörig.

Für die Entwicklung des Modells sind folgende Einrichtungen gezielt von der Autorin ausgewählt worden, da sie lokal gut zu erreichen und regional gut eingebunden sind.

Bei der Auswahl wurde ebenfalls darauf geachtet, dass sich die Einrichtungen in ihren Angeboten unterscheiden, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erreichen, welche ein breites Spektrum an Tätigkeitsmerkmalen bedienen.

Auf Wunsch einiger Pädagoginnen und Pädagogen wird eine Anonymisierung der Institutionen vorgenommen.

Institution	Einrichtung	Anzahl der Schüler/ Kinder	Alter der Kinder/ Jugendlichen	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Klassen- und Gruppenstärke
A1	Grundschule	423	6 – 10 Jahre	24	21 – 26
A2	Hort	419	6 – 10 Jahre	21	offene Hortarbeit
B1	Lernförderschule	202	6 – 17 Jahre	16	10 (1. Klasse) bis 15 (2. bis 4. Klasse) 18 (ab 5. Klasse)
B2	BTA	73	6 – 12 Jahre	4	Betreuungsschlüssel erfordert 1:15
C1	Grundschule	164	6 – 10 Jahre	14	20 – 25
C2	Hort	143	6 – 10 Jahre	10	offene Hortarbeit
D	Gymnasium	730	10 – 20 Jahre	55	maximal 28
E1	Grundschule	250	6 – 10 Jahre	16	20 – 25
E2	Hort	240	6 – 10 Jahre	13	offene Hortarbeit

Abbildung 2: Übersicht der beteiligten Institutionen

Die Institutionen A1 und A2 befinden sich in ein und demselben Gebäude, ebenso wie B1 und B2, C1 und C2, E1 und E2. Auf Grund der hohen Kinderzahlen werden mitunter die Klassenräume während der Hortzeit von den Kindern und dem Hortpersonal nachgenutzt. Alle Institutionen verfügen über eine Sporthalle. Zusätzlich haben die Institutionen A und D eine geräumige Aula, welche neben besonderen Festivitäten für ruhige Bewegungsangebote durch die Schul- und Hortkinder unter Anleitung der Fachkräfte genutzt wird.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institutionen A1 bis D arbeiten integrativ, nach § 35a und/oder §§ 54,55 des Sozialgesetzbuches (SGB) VIII mit den Kindern und Jugendlichen. Das heißt, dass dafür speziell ausgebildetes Personal vor Ort ist.

In der Institution B1 werden Kinder mit einer „Bescheinigung“ für die Lernförderschule beschult, die von der Sächsischen Bildungsagentur ausgestellt wird. Die Einstellung von pädagogischen Unterrichtshilfen (PU) wird von Seiten des Lehrpersonals gewünscht, wurde bis dato jedoch nicht berücksichtigt. Bei der Institution B2 wird offensichtlich, dass die Anzahl der vorhandenen Erzieherinnen und Erzieher nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Betreuungsschlüssel entspricht.

Die Besonderheit an der Institution C ist, dass diese noch gemeinsam mit der Oberschule in einem Gebäude ist und so von 500 Schülerinnen und Schülern besucht wird. Die Institution D wird von leistungsstarken Schülerinnen und Schülern frequentiert. Diese verfügt über einen behindertengerechten Zugang zur Sporthalle und kann einen Fahrstuhl aufweisen, um die Aula zu erreichen. Im Schulbereich ist dies jedoch nicht möglich.

Das Konzept der offenen Hortarbeit beinhaltet, dass sich die Kinder während der Hortzeit entsprechend ihrer Interessen und Neigungen frei im Haus bewegen können. Dafür wurden speziell eingerichtete Funktionsräume wie ein Kreativzimmer, ein Bauzimmer, ein Bewegungsraum, eine Holzwerkstatt und andere geschaffen. Diese Funktionsräume unterscheiden sich natürlich von Hort zu Hort. Die Haus- und Hortregeln setzen hierbei notwendige Grenzen. Mit Hilfe von Übersichtstafeln wird deutlich, wo sich das Kind aktuell befindet. Haben die Kinder Fragen oder ein Anliegen, können sie sich an jede pädagogische Fachkraft wenden. Das Konzept der offenen Hortarbeit erfordert unter Einbeziehung des Sächsischen Bildungsplanes eine ständige Reflexion der pädagogischen Arbeit durch die Fachkräfte, um Veränderungen in den Interessen und Neigungen der Kinder aufzugreifen.

Alle Institutionen befinden sich im Südwesten von Leipzig. In unmittelbarer Nähe von den Institutionen A bis C befindet sich ein Waldgebiet. Des Weiteren erstreckt sich von den Institutionen C bis E ein angelegter Park mit ansässigen Sportvereinen, welche über Sportplätze verfügen. Dies ist für die Koordinierung der Bewegungsangebote von

Bedeutung. Regional sind die Institutionen untereinander, wie die folgende Grafik in Abbildung 3 zeigt, sehr gut angebunden und mit den öffentlichen Verkehrsmitteln der Leipziger Verkehrsbetriebe (LVB) erreichbar.

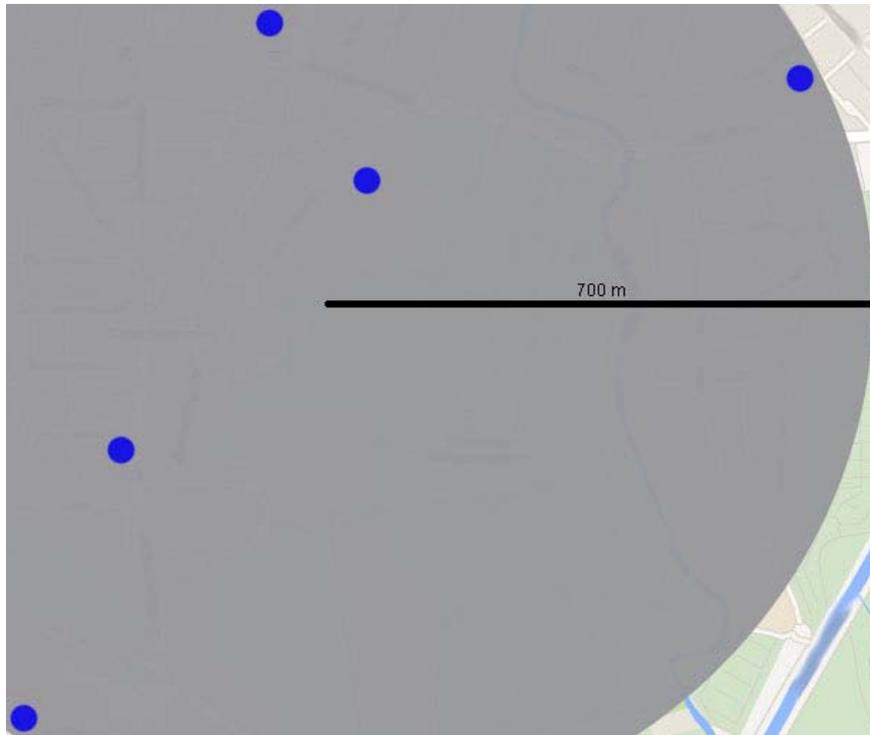


Abbildung 3: Anonymisierter Lageplan der Institutionen

Die Wegezeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den verschiedenen Institutionen beträgt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (Straßenbahn, Bus) maximal 15 Minuten. Die längste Entfernung zwischen den Institutionen liegt bei 1,4 Kilometern. Dies sind optimale regionale Bedingungen für die Entwicklung des folgenden Modells.

### 4.3 Beschreibung des Modells

Die Arbeitswelt des pädagogischen Personals in Schule und Hort wird dahingehend verändert, dass über die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Arbeitgeber initiiert, ein Pool an Bewegungsangeboten für die Beschäftigten geschaffen wird, auf die sie selbstbestimmt als äußere Ressource zurückgreifen können. Durch eine Vernetzung der umliegenden Institutionen können diese körperlichen Aktivitäten einer großen Anzahl von pädagogischen Fachkräften zugänglich gemacht werden. Eine gesunde Unternehmenskultur wie sie von der Stadt Leipzig intendiert wird, unterstützt den wertschätzenden und kultivierten Umgang miteinander und ist ein Zeichen für

Respekt und Anerkennung der geleisteten Arbeit. An jedem Wochentag werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Arbeitsfeld Schule und Hort Angebote zur Bewegung unterbreitet, die auf ihre Interessen abgestimmt sind. Je nach Interessenlage des pädagogischen Personals soll eine Sporthalle pro Tag für ein bis zwei Stunden für spezielle Angebote den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung stehen. So könnte Montag durch einen externen Anbieter (Trainer) in der Institution A ein Angebot stattfinden, Dienstag in der Institution B, Mittwoch in der Institution C, Donnerstag in der Institution D und Freitag in der Institution E. Die Beschäftigten können dann entscheiden, welche der Angebote sie in den umliegenden Institutionen nutzen wollen. Welche Angebote zu welchen Zeiten stattfinden, ergibt sich aus der Auswertung der anonym ausgefüllten Fragebögen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Des Weiteren können für sportliche Aktivitäten wie Nordic-Walking oder Fußball die nähere naturbelassene Umgebung genutzt werden. Außerdem steht für ruhigere Sportarten wie Yoga die Aula zur Verfügung. Für die professionelle Durchführung der Angebote werden Trainer und Physiotherapeuten mobilisiert.

Die Sporthallen sowie die Schul- und Hortgebäude, in denen sich die Aula befindet, sind Eigentum der Stadt Leipzig. Regelmäßig werden diese Sporthallen von Mitgliedern diverser Sportvereine genutzt. Eine Koordinierung der Vergabe der Hallenzeiten in den Sporthallenbelegungsplänen ist daher von großer Relevanz, um eine Nutzung der Sporthallen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ermöglichen. Diese Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung zieht sich durch alle drei Ebenen, die personelle, die interpersonelle (Gruppenprozesse) und die strukturelle. Die Umsetzung des Modells bedarf wichtiger Akteure wie politische Entscheidungsträger (Land/Bund für die Lehrerinnen und Lehrer, Kommune Stadt Leipzig für die Erzieherinnen und Erzieher), die Kostenträger (Kranken-, Unfallversicherung) sowie externe qualifizierte Fachkräfte (Trainer, Physiotherapeuten) und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für einen reibungslosen Ablauf muss ein Hauptverantwortlicher benannt sein. In der Literatur werden gleich drei Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung genannt:

- mehr Lebensqualität für den Einzelnen durch erhöhte Motivation und größere Arbeitsmotivation,
- durch weniger Fehlzeiten eine Kostensenkung für die Unternehmen
- und schließlich durch geringere Krankheitskosten eine Kostenersparung für das Gesundheitswesen

(vgl. Betriebliche Gesundheitsförderung 2014, 8.11.2014).

Mit diesem Modell gelingt es, den Beschäftigten im Arbeitsfeld Schule und Hort ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Darauf zielt der Prozess der Gesundheitsförderung ab. So wird im konkreten Setting (im Sinne der Definition von Gesundheitsförderung und der Handlungsfelder der Ottawa-Charta) mit der Entwicklung des Modells, die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützt und persönliche Kompetenzen entwickelt und gefördert.

### Finanzierung

Die Förderung der Mitarbeitergesundheit wird seit dem 1. Januar 2009 unbürokratisch unterstützt. Ein Unternehmer kann seither pro Mitarbeiter/-in pro Jahr 500 Euro für Maßnahmen der Gesundheitsförderung steuerfrei investieren.

Einkommenssteuergesetz (EStG) § 3 Nummer 34:
Betriebliche Gesundheitsförderung
„Steuerfrei sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht überschreiten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2011, S.17).

Maßnahmen, die hinsichtlich der Qualität, der Zweckbindung und Zielstrebigkeit den Anforderungen der §§ 20 und 20a Absatz 1 SGB V entsprechen, werden gefördert.

Das sind zum Beispiel

- Bewegungsprogramme,
- Suchtprävention,
- Stressbewältigung oder
- Ernährungsangebote.

Die Übernahme von Beiträgen für Sportvereine oder Gesundheitszentren beziehungsweise Fitnessstudios fällt nicht darunter (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S.17).

Das Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ ist eine Maßnahme, die diesen gesetzlichen Regelungen entspricht. Dem Grunde nach ist dieses Modell langfristig angelegt, um die Strukturen in dem Setting Schule und Hort nachhaltig zu

verändern. Eine direkte Kontaktaufnahme zu den örtlichen Krankenkassen gibt Aufschluss darüber, welche konkreten finanziellen Förderungen für die Umsetzung des Modells zusätzlich möglich sind, um eine eventuelle „Startfinanzierung“ zu vereinbaren. Die IKK Leipzig zum Beispiel hat einen konkreten Ansprechpartner, welcher für die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig ist und beratend fungiert. Laut dieser Aussage bestehen unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten. Sind die externen Trainer bei den Krankenkassen „gelistet“, besteht unter anderem für einen versicherten Teilnehmer die Möglichkeit, anfallende Kosten anteilig geltend zu machen.

#### **4.4 Empirischer Teil**

Als Grundlage der empirischen Forschung für diese Bachelorarbeit favorisiert die Autorin die quantitative Methode des Fragebogens. Die schriftliche Befragung zählt zu der am häufigsten verwendeten sozialwissenschaftlichen Methode. Allen Befragten eine sprachlich klar strukturierte Vorlage zur Beurteilung vorzugeben, ist typisch für die Fragebogen-Methode. Es geht in der Regel um das Ankreuzen festgelegter Antwortmöglichkeiten auf klar vorgegebene Fragen. Die Antworten auf eine größere Anzahl von Fragen in einem Messwert zusammenzufassen, ist Ziel der Auswertung. Durch diese Methode ist es möglich, Individuen und Gruppen miteinander zu vergleichen sowie mehrere Personen gleichzeitig zu befragen. Auch wenn die schriftliche Befragung eher allgemeiner gefasst ist gegenüber einer qualitativen Einzelfallanalyse, ist sie zugleich forschungsökonomischer.

Die Vorteile dieser Methode sind

- ein geringer Zeit- und Personalaufwand,
- die geringen Kosten,
- eine Befragung geografisch verstreuter Personen,
- keinen Einfluss durch den Interviewer und
- der Befragte hat mehr Zeit für die Beantwortung.

Die Nachteile der Fragebogen-Methode können

- eine geringe Rücklaufquote bei einem Postversand,
- eine Unkontrollierbarkeit der Erhebungssituation,
- unvollständig ausgefüllte Fragebögen sein sowie
- dass keine näheren Erläuterungen der Fragen durch den Interviewer möglich sind.

Beim Erstellen eines Fragebogens muss darauf geachtet werden, dass dieser klar, kurz, aus sich heraus verständlich und übersichtlich ist (vgl. Konrad 2000, S.83ff).

Bevor ein Fragebogen verteilt wird, also in die Feldphase geht, sollte dieser vorher einem sogenannten Pretest unterzogen werden.

Ein Pretest ist ein Test, welcher Aufschluss darüber gibt, ob eine inhaltliche und formale Stimmigkeit des eingesetzten Instruments (in diesem Fall des Fragebogens) vorliegt. Ist dies nicht der Fall, können Korrekturen und Nachjustierungen vorgenommen werden (vgl. Schaffer 2014, S.138).

In einem Anschreiben zu dem Fragebogen sollte ein Appell an die Befragten gerichtet sein, welcher die Befragten zu der Beantwortung der Fragen bewegt (vgl. Konrad 2000, S.95).

### Vorgehensweise

Am Anfang stand die Entwicklung des Fragebogens. Dieser sollte der Autorin Aufschluss darüber geben, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dem Arbeitsfeld Schule und Hort überhaupt einen Bedarf sehen, gesundheitsförderliche Bedingungen in Form des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ in ihrer Arbeitswelt zu etablieren. Falls dieser Bedarf bestehen sollte, war es auch interessant zu erfahren, welche Interessen vorhanden sind und zu welchen Zeiten die Angebote stattfinden könnten. Des Weiteren war von Interesse, ob das pädagogische Personal bereit ist, einen finanziellen Beitrag für die Angebote zur eigenen Gesunderhaltung beizusteuern, anonyme persönliche Daten wie Alter, Geschlecht sowie, ob alleinerziehende Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter während der Nutzung dieser Angebote eine Kinderbetreuung benötigen. Eine genaue Selektion der aufgeworfenen Fragen war erforderlich, um zielorientierte Fragenkomplexe zu erstellen. Nachdem der Fragebogen fertig gestellt war, wurde dieser einem Pretest unterzogen. Es fand ein Test mit vier schriftlichen Befragungen von Mitstudenten mittels dieses Fragebogens statt. Dabei wurde deutlich:

1. Testperson: Bemängelt wurde im Teil A, dass die Frage nur auf ein Angebot ausgelegt war und eine Erweiterung in den Antwortmöglichkeiten wünschenswert sei.
2. Testperson: Die im Teil A (2. Block) angegebenen Zeiten sind zu starr und mehr an der Erziehtätigkeit ausgerichtet. Die Lehrer können vielleicht zu früheren Zeiten.
3. Testperson: Die Frage nach der finanziellen Beteiligung (Teil A, Block 3) war zusammenhangslos.
4. Testperson: Die Bedankung am Ende des Fragebogens fehlte.

Es wurden die notwendigen Korrekturen und Nachjustierungen vorgenommen. Der so entstandene Fragebogen ist als Muster in der Anlage dieser Bachelorarbeit einsehbar. In einem kurzen prägnanten Anschreiben zum Fragebogen wurde den Befragten das Anliegen der Autorin mitgeteilt und um vollständige Beantwortung der Fragen ersucht. Um diesen Fragebogen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der in Kapitel 4.2 vorgestellten Institutionen austeilen zu dürfen, bedurfte es einer Genehmigung des Amtes Jugend, Familie und Bildung, Abteilung Bildung für die Erzieherinnen und Erzieher sowie der Sächsischen Bildungsagentur Regionalstelle Leipzig für das Lehrpersonal. In diesem Schreiben wurde deutlich hervorgehoben, dass diese Befragung anonym und freiwillig ist. Nach Erhalt der Genehmigungen durch das Amt für Jugend, Familie und Bildung sowie der Sächsischen Bildungsagentur kam es zu einer telefonischen und/oder persönlichen Kontaktaufnahme mit den Vorgesetzten der Zielgruppe, welchen die Autorin ihr Thema und ihr Anliegen schilderte und sie zur Teilnahme motivierte. Es wurde vereinbart, eine bestimmte Anzahl an Fragebögen mit dem Anschreiben in dem Dienstzimmer der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hinterlegen und eine Einwurfbox für die ausgefüllten Fragebögen aufzustellen. Die jeweilige Vorgesetzte informierte ihre Kollegen über das Anliegen dieser schriftlichen Befragung. Das Abholen der Boxen fand nach einem Zeitraum von 14 Tagen zu einem individuell festgelegten Termin statt.

Institution	Anzahl der ausgeteilten Fragebögen
A1	24
A2	21
B1	16
B2	4
C1	14
C2	10
D	30
E1	16
E2	13

Abbildung 4: Anzahl der ausgeteilten Fragebögen

## 4.5 Darstellung der Ergebnisse

Von der Autorin wird folgende Hypothese aufgestellt:

Es ist ein Bedarf bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden, gesundheitsfördernde Bedingungen in Ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

Die Ergebnisse des Fragebogens werden mit dem Programm „Statistical Product and Service Solutions“ (SPSS) ausgewertet.

Von den 148 ausgeteilten Fragebögen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, enthielten die dafür bereitgestellten Einwurfboxen 88 ausgefüllte Fragebögen, das entspricht einer Rücklaufquote von 59,5 Prozent. Davon sind drei Fragebögen ungültig, da diese fehlerhaft bearbeitet wurden. So wurde einerseits kein Interesse angekreuzt, jedoch Angaben zu den möglichen Zeiten, zum Bedarf für eine Kinderbetreuung sowie zur finanziellen Beteiligung getätigt. Es werden 85 korrekt ausgefüllte Fragebögen für die statistische Auswertung als 100 Prozent zu Grunde gelegt.

Die Auswertung der Ergebnisse wird in Säulendiagrammen dargestellt und soll Aufschluss über folgende Fragen geben:

1. Ist ein Bedarf für das vorgestellte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ vorhanden?
2. Welche Angebote werden durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von den Befragten favorisiert?
3. Zu welchen Zeiten lassen sich diese Angebote in den Alltagsablauf der Befragten integrieren?
4. Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen eine Kinderbetreuung, um diese Angebote zu nutzen?
5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit, einen monatlichen finanziellen Beitrag zur Nutzung der Angebote zu leisten, um ihre Gesundheit zu stärken?
6. Wie hoch ist das Alter der Befragten und welcher Altersdurchschnitt ergibt sich daraus?
7. Wie hoch ist der Frauen- beziehungsweise der Männeranteil bei den Befragten, welche in den vorgestellten Institutionen arbeiten?

Frage 1: Ist ein Bedarf für das vorgestellte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ vorhanden?

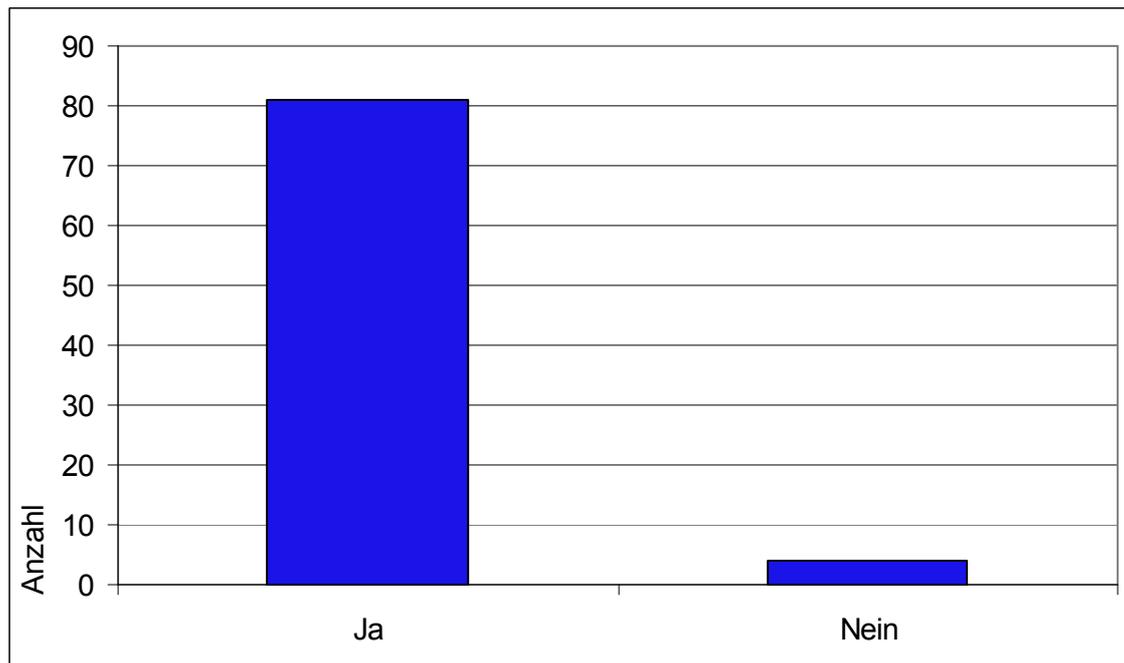


Abbildung 5: Bedarfsermittlung

Kein Interesse haben 4 der 85 Befragten angekreuzt. 81 Befragte, das entspricht 95,3 Prozent signalisieren einen Bedarf, die Angebote des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ in ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

Frage 2: Welche Angebote werden durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von den Befragten favorisiert?

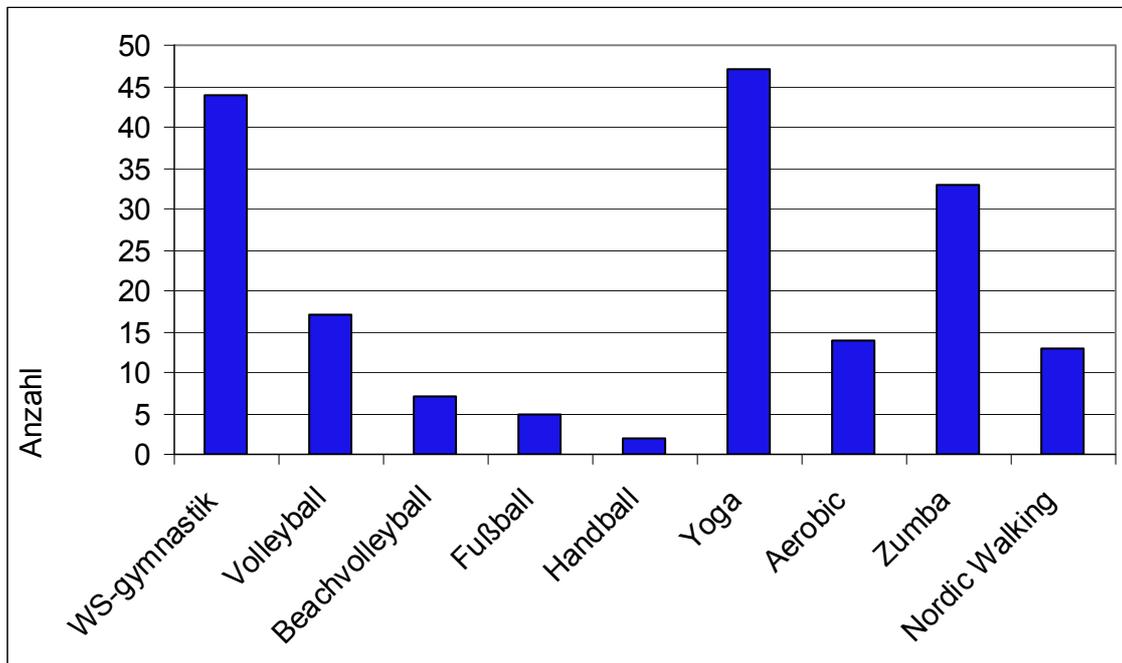


Abbildung 6: Übersicht über die ausgewählten Angebote

Die Angebote für die Wirbelsäulengymnastik (WS-gymnastik), Yoga, Zumba und Volleyball finden bei den Befragten den größten Anklang. So interessieren sich für das Angebot der Wirbelsäulengymnastik 44 (24,2 Prozent) der Befragten, 47 (25,8 Prozent) der Befragten für Yoga, 33 (18,1 Prozent) der Befragten für Zumba und 17 (9,3 Prozent) der Befragten für Volleyball. In diesem Teil des Fragebogens waren mehrfach Ankreuzungen möglich, ebenso wie sonstige Angaben. Vereinzelt kamen zusätzliche schriftliche Vorschläge für Angebote wie Rückenschule, Schwimmen oder der Einsatz von Fitness-Geräten.

Frage 3: Zu welchen Zeiten lassen sich diese Angebote in den Alltagsablauf der Befragten integrieren?

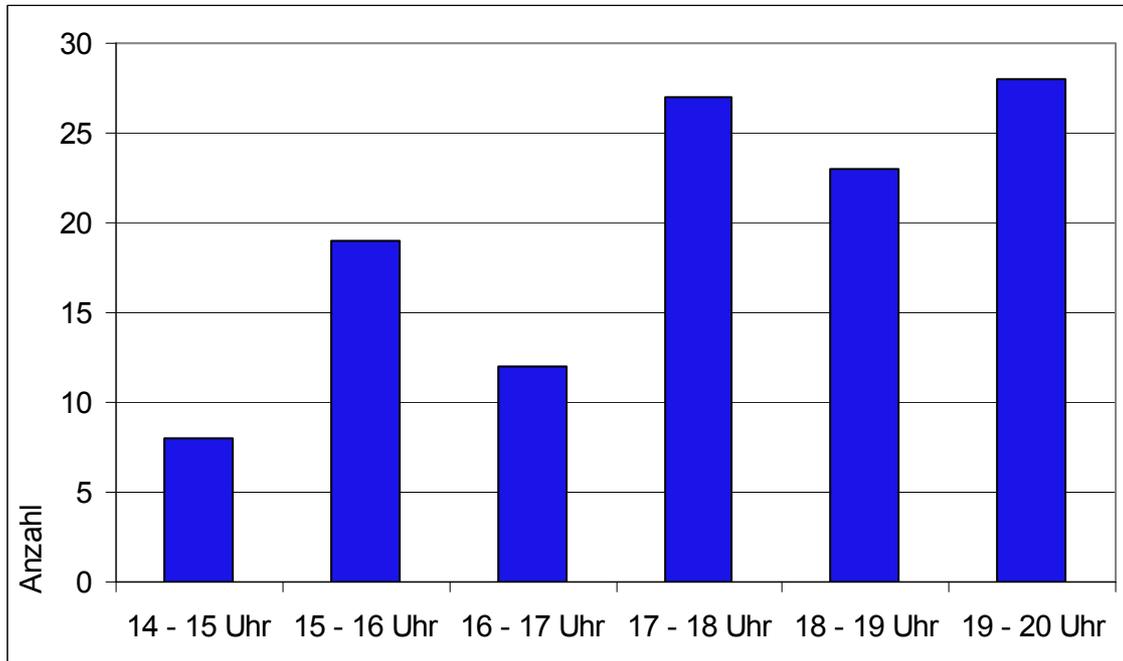


Abbildung 7: Übersicht über die angegebenen Zeiten

Der größte Anteil der Befragten gibt die Zeiten zwischen 17.00 Uhr und 20.00 Uhr als Möglichkeit an. 78 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (71,6 Prozent) von den 85 Befragten können diese Zeiten gut in ihren Alltagsablauf integrieren, um die Angebote zur Bewegung zu nutzen. Auch die Zeit von 15.00 bis 16.00 Uhr wurde von 19 Befragten (17,4 Prozent) als günstige Zeit zur Nutzung der Angebote gewählt. Die Zeit von 14.00 Uhr bis 15.00 Uhr war im Fragebogen nicht aufgeführt, wurde jedoch von 8 Befragten als sonstige Zeit angegeben. Mehrere Antworten waren strukturell beim Ausfüllen des Fragebogens möglich.

Frage 4: Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen eine Kinderbetreuung, um diese Angebote zu nutzen?

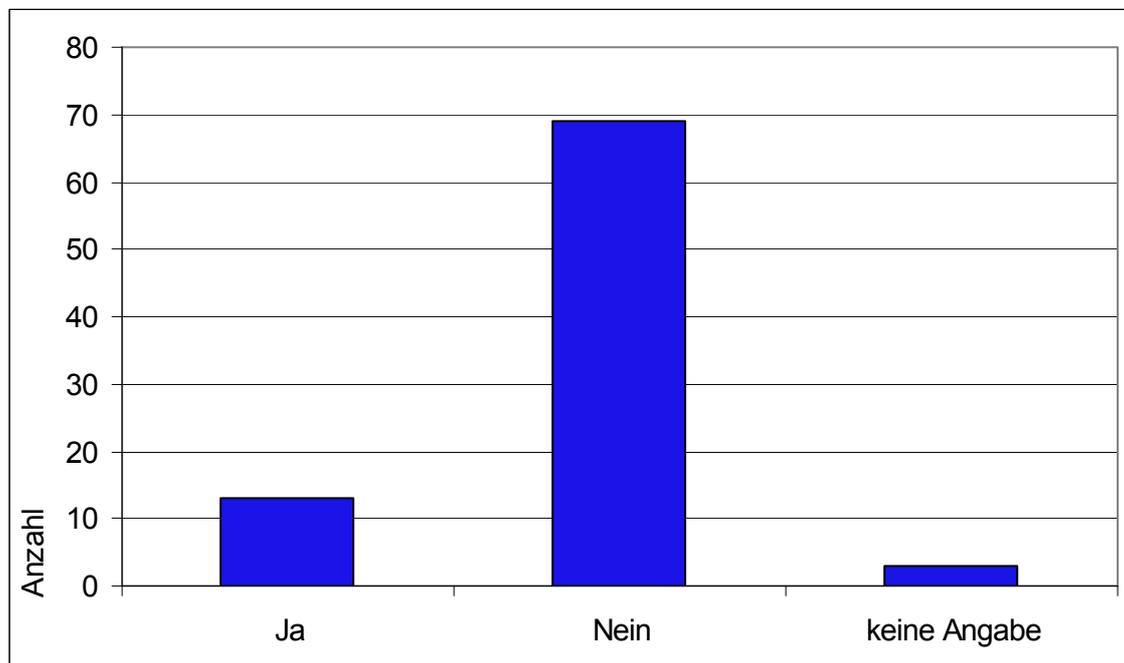


Abbildung 8: Bedarf an Kinderbetreuung

13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (15,3 Prozent) gaben an, dass sie eine Kinderbetreuung benötigen, um die Angebote nutzen zu können.

Frage 5: Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit, einen monatlichen finanziellen Beitrag zur Nutzung der Angebote zu leisten, um ihre Gesundheit zu stärken?

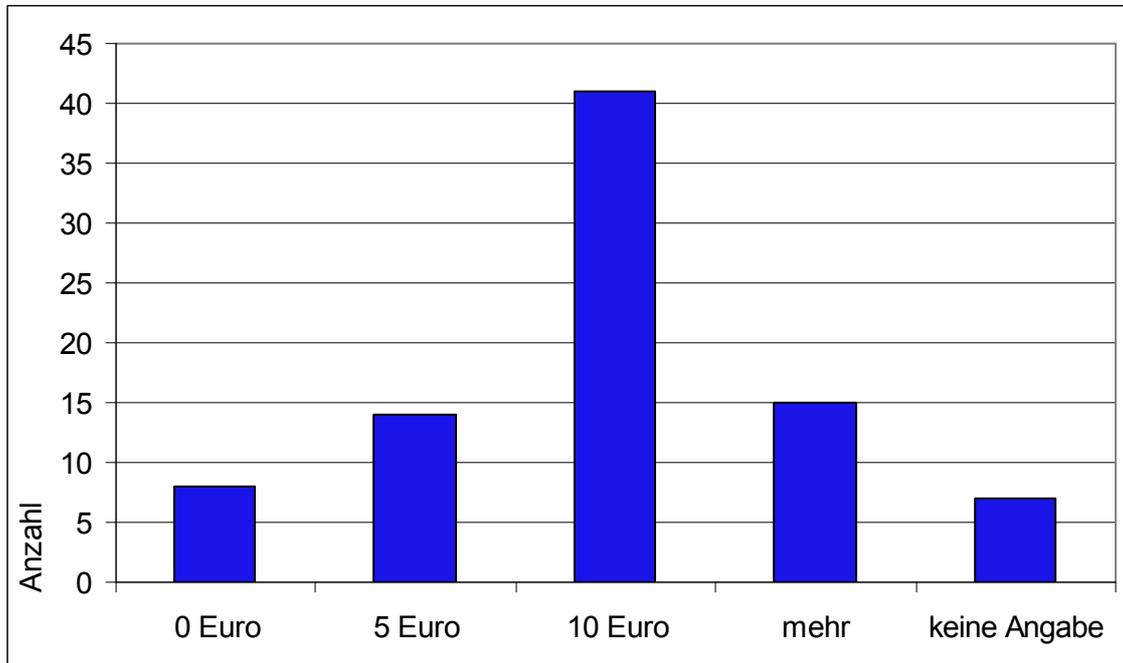


Abbildung 9: Bereitschaft zur monatlichen finanziellen Beteiligung

56 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (65,8 Prozent) sind bereit 10 Euro und mehr monatlich zu investieren, um diese Angebote zu nutzen und so ihre Gesundheit zu stärken. 8 der Befragten (9,4 Prozent) möchten sich nicht finanziell beteiligen. Insgesamt jedoch sind es 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (82,3 Prozent), die bereit sind in ihre Gesundheit finanziell zu investieren.

Frage 6: Wie hoch ist das Alter der Befragten und welcher Altersdurchschnitt ergibt sich daraus?

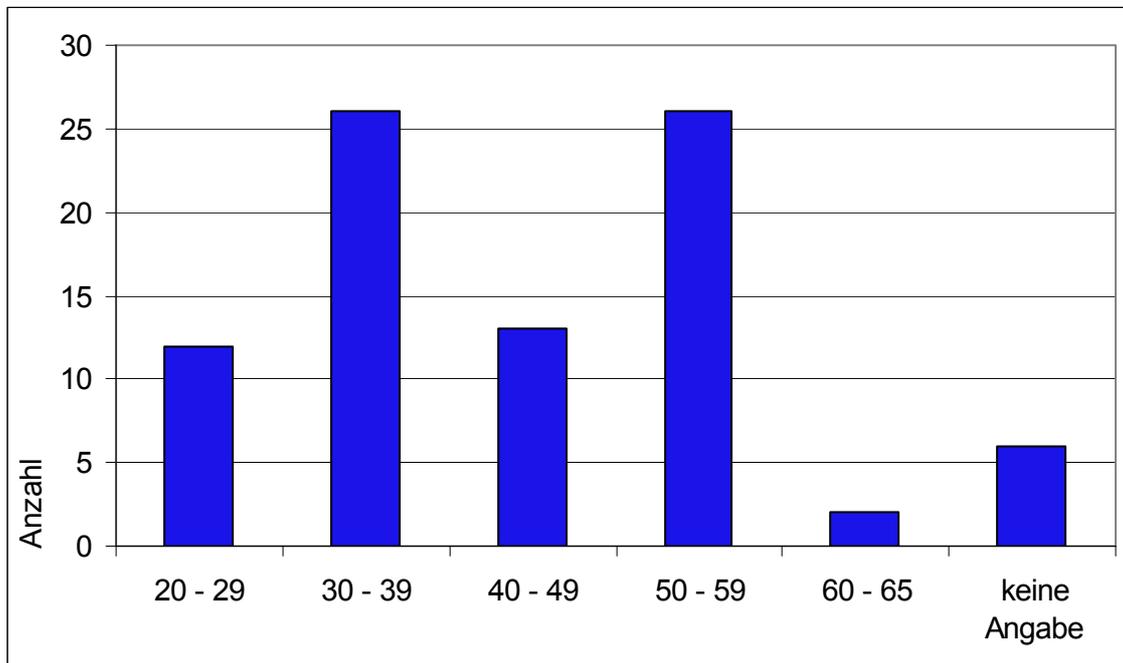


Abbildung 10: Alter der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Das Alter der 30 bis 39-Jährigen und 50 bis 59-Jährigen sind zu gleichen Teilen (26 der Befragten) vertreten, das heißt zu jeweils 30,6 Prozent. 6 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben keine Auskunft über ihr Alter. Der errechnete Altersdurchschnitt der Beteiligten liegt bei knapp 42 Jahren. Deutlich wird der geringe Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter 30 Jahre. Dieser Anteil beträgt 14,1 Prozent, das sind 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der (nach der Abzug der 6 Fragebögen ohne Altersangabe) verbleibenden 79 pädagogischen Fachkräfte.

Frage 7: Wie hoch ist der Frauen- beziehungsweise der Männeranteil bei den Befragten, welche in den vorgestellten Institutionen arbeiten?

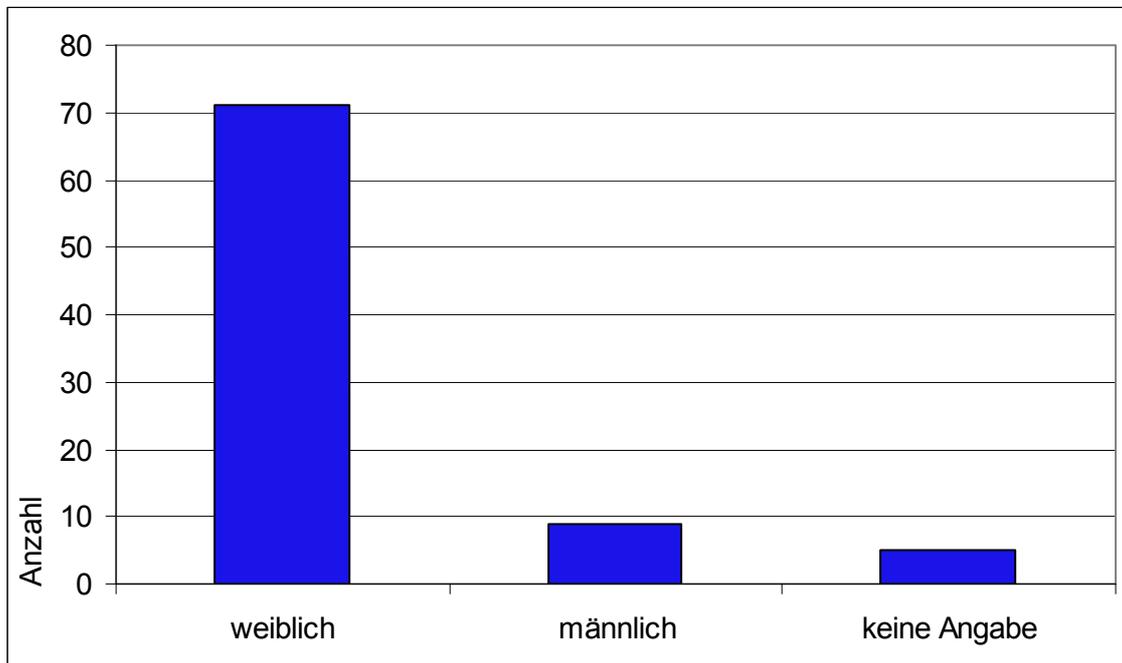


Abbildung 11: Geschlechterverhältnis der Befragten

Abzüglich der 5 fehlenden Angaben arbeiten in den vorgestellten Institutionen 71 Mitarbeiterinnen (83,5 Prozent) und 9 Mitarbeiter (10,6 Prozent). Der hohe Frauenanteil in diesem Arbeitsfeld findet wie auch in der Literatur beschrieben hier seine Bestätigung.

#### 4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Rücklaufquote von 59,5 Prozent der ausgeteilten Fragebögen ist als hoch einzuschätzen. Die Fragebögen persönlich in die Einrichtungen zu bringen, nach den Telefonaten auch persönlichen Kontakt mit den Verantwortlichen der Einrichtungen aufzunehmen, das Aufstellen der Einwurfboxen sowie diese zu einem festgelegten Termin wieder abzuholen, unterstützte die hohe Rücklaufquote.

Die von der Autorin aufgestellte Hypothese:

Es ist ein Bedarf bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden, gesundheitsfördernde Bedingungen in Ihren Arbeitsalltag zu integrieren, wird bestätigt.

Frage 1: Ist ein Bedarf für das vorgestellte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ vorhanden? In der Auswertung dieser Frage signalisieren 95,3 Prozent der Befragten einen Bedarf, gesundheitsfördernde Bedingungen in Form von Bewegung in ihre Arbeitswelt zu integrieren.

Frage 2: Welche Angebote werden durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten von den Befragten favorisiert? Bei der Auswahl der Angebote kristallisierte sich deutlich der Wunsch nach Yoga und Wirbelsäulengymnastik heraus. Wird diese Favorisierung der angegebenen Angebote in Verbindung mit der gesundheitlichen Situation des pädagogischen Personals in dem Arbeitsfeld Schule und Hort gesehen, spiegeln sich hier, nach Meinung der Autorin, verschiedene aufgeführte Krankheitsbilder wider, verbunden mit dem Wunsch, etwas dagegen zu unternehmen. Auch das Angebot Zumba findet Anklang, da es einerseits gerade populär ist und andererseits die dazugehörige Musik für gute Laune sorgt. Die Ballsportarten außer Volleyball wurden am seltensten angekreuzt. Das kann mit dem hohen Anteil der Frauen von 83,5 Prozent der Befragten zusammenhängen, da diese Sportarten mit einem höheren Verletzungsrisiko verbunden sind.

Frage 3: Zu welchen Zeiten lassen sich diese Angebote in den Alltagsablauf der Befragten integrieren? Die günstigste Zeit zur Nutzung der Angebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegt im Nachmittags- und Abendbereich. Ab 17.00 bis 20.00 Uhr ist es den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglich, die Angebote zu nutzen. Ebenso die Zeit von 15.00 bis 16.00 Uhr wird von 19 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Nutzung der Angebote angegeben. Bleibt zu hinterfragen, welches Angebot zu welcher Zeit stattfinden soll. Diese Rückschlüsse sind durch das Erfassen der Daten möglich, würden aber den vorgeschriebenen Rahmen für diese Bachelorarbeit übersteigen.

Frage 4: Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen eine Kinderbetreuung, um diese Angebote zu nutzen? Es ist wichtig, für alleinerziehende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder wo ein Partner/-in im Schichtdienst tätig ist, eine Kinderbetreuung abzusichern, um diesen gleichermaßen einen Zugang zu den sportlichen Angeboten zu ermöglichen. Diese Frage wurde von 13 Befragten mit ja beantwortet. Auch hier lassen die erhobenen Daten im Nachgang Rückschlüsse über die zu betreuenden Zeiten zu.

Frage 5: Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereit, einen monatlichen finanziellen Beitrag zur Nutzung der Angebote zu leisten, um ihre Gesundheit zu stärken? Positiv einzuschätzen ist die Bereitschaft der Befragten, einen finanziellen Aufwand zur eigenen Gesunderhaltung aufzubringen. Dies kann bei der Finanzierung einer

möglichen Umsetzung des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ eine Rolle spielen.

Frage 6: Wie hoch ist das Alter der Befragten und welcher Altersdurchschnitt ergibt sich daraus? Das angegebene Alter der Befragten liegt in der Anzahl der Beschäftigten zu gleichen Teilen zwischen den 20- bis 39-Jährigen und den 40- bis 59-Jährigen. Deutlich wird der geringe Anteil der unter 30-Jährigen bei den Befragten, so dass sich ein Altersdurchschnitt von circa 42 Jahren bei den Befragten ergibt. Dies impliziert, eine intensive Personalpflege durch den Arbeitgeber zu betreiben, um das bereits tätige, gut qualifizierte pädagogische Personal gesund am Arbeitsplatz zu erhalten.

Frage 7: Wie hoch ist der Frauen- beziehungsweise der Männeranteil bei den Befragten, welche in den vorgestellten Institutionen arbeiten? Unübersehbar ist der hohe Frauenanteil (siehe Abbildung 11), der, wie in der Literatur beschrieben, auch bei der Autorin vorgelegten Befragung im Arbeitsfeld Schule und Hort zum Ausdruck kam.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass das in Kapitel 4 vorgestellte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ gesundheitsfördernde Bedingungen für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Stadt Leipzig in dem Arbeitsfeld Schule und Hort entwickeln, unterstützen und fördern soll. Es werden strukturelle Rahmenbedingungen über die betriebliche Gesundheitsförderung angestrebt, welche ein breites Spektrum an körperlichen Aktivitäten anbietet, auf das die Beschäftigten als Ausgleich zu den hohen Anforderungen ihrer Arbeitstätigkeit als äußere Ressource für ihre Gesunderhaltung zurückgreifen können. Mittels der quantitativen Methode des Fragebogens wurde abgeklärt, inwieweit ein Bedarf bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besteht. Zielorientiert wurde der Fragebogen erstellt und einem Pretest unterzogen, bevor dieser in die Feldphase ging. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse des Fragebogens wurden mit dem Programm SPSS vorgenommen. Die Frage nach dem Bedarf wurde mit 95,3 Prozent der Befragten deutlich bejaht und somit fand auch die von der Autorin aufgestellte Hypothese Bestätigung. Die Förderung der Mitarbeitergesundheit wird seit dem 1. Januar 2009 unbürokratisch unterstützt. Wenn die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden ist, der Arbeitgeber darüber in Kenntnis gesetzt wird, sollte es dem Arbeitgeber ein Anliegen sein, darauf zu reagieren. Doch welche Bedeutung kann dieses Modell für die Soziale Arbeit haben?

## 5 Bedeutung des Modells für die Soziale Arbeit

Werden die anfangs im Theorieteil aufgezeigten Dimensionen von Gesundheit betrachtet, wird deutlich, dass durch das Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ primär die physische, psychische und soziale Dimension von Gesundheit des Einzelnen beeinflusst wird. Das kann zur Stärkung des persönlichen Befindens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Arbeitsfeld Schule und Hort beitragen und Motivation für regelmäßige Bewegung sowie einen gesunden Lebensstil sein. Die spirituelle und sexuelle Dimension von Gesundheit des Einzelnen werden dabei eher sekundär tangiert.

Durch die Wahrnehmung ihrer Gesundheitsbezüge kann die Soziale Arbeit ihr Profil schärfen und ihre gesellschaftliche Position, wie im empirischen Teil nachgewiesen werden konnte, stärken. Am beschriebenen Bedarf und skizzierten Modell wird deutlich, Soziale Arbeit ist zu einem nicht unerheblichen Teil selbst Gesundheitsförderung, da sie durch die Bearbeitung ihrer übertragener Aufgaben zur Förderung der Gesundheit ihrer Adressaten beiträgt. Vor allem in Problemgruppen werden von der Sozialarbeit die gesundheitlich wirksamsten Maßnahmen geleistet, oft ohne expliziten Gesundheitsbezug. Dies wird sichtbar, wenn die Berührungspunkte und Überschneidungen zwischen dem von der WHO propagierten Konzept einer positiven und umfassenden Gesundheitsförderung und die Entwicklung einer ressourcenorientierten Sozialen Arbeit vor Ort in Leipzig betrachtet werden. Soziale Arbeit soll ebenso wie die Gesundheitsförderung am Individuum, an sozialen Gruppen, Gemeinden, Institutionen und der Gesellschaft insgesamt ansetzen. Das betrifft ebenso städtische Unternehmen. Somit stellt die Soziale Arbeit eine sozialpolitische Strategie der Aktivierung, der Entfaltung von individuellen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten und der Erschließung von sozialen Ressourcen und Partizipationschancen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Arbeitsfeld Schule und Hort dar. Gesundheitsförderung soll unabhängig vom Auftreten von Krankheit zum Einsatz kommen und deckt sich so mit dem Anspruch der Sozialen Arbeit, bereits im Vorfeld an möglichen Problemlagen zu arbeiten und nicht nur Problembearbeitung zu betreiben. Exakt dieser Gedanke wird mit dem Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ umgesetzt. Dass Soziale Arbeit enormes gesundheitliches Potential enthält, verdeutlicht die Nähe zwischen ihr und der Gesundheitsförderung. Dieses Gesundheitsthema muss in der Sozialen Arbeit präsent sein, weil Soziale Arbeit dadurch, eigene Entwicklungsmöglichkeiten wahrnimmt, die sich ihr im Gesundheitsbereich durch eine Akzentverschiebung anbietet. Festzustellen ist, dass sich zwar Ausbildungsprofile und Professionalisierungsbestrebungen für neue gesundheitsbezogene Sozialberufe wie die klinische Sozialarbeit oder

das Gesundheitsmanagement behaupten können, dennoch herrscht weitestgehend Ignoranz dem Gesundheitsthema gegenüber, betreffend der Kinder- und Jugendhilfe, der Stadtteilarbeit oder der Beschäftigungsförderung. Vielfältige Anknüpfungspunkte bietet der Sozialen Arbeit die Neufassung des §20 SGB V, in dem die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindert werden soll, als Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Entwicklung im Gesundheitssektor wird im Sozialbereich noch zu wenig zur Kenntnis genommen (vgl. Bals, Hanses, Melzer 2008, S.215f). Und doch ist die Spanne zwischen dem gesundheitsförderlichen Wissen und deren Umsetzung relativ breit. Ein Schritt in diese Richtung ist das in dieser Bachelorarbeit vorgestellte Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ als Angebot für die Beschäftigten im Setting Schule und Hort in der Stadt Leipzig. Das Modell kann eine von vielen Möglichkeiten für die Soziale Arbeit sein, an den Gesundheitssektor anzuknüpfen. Solch ein skizziertes Angebot bietet den Akteuren der Sozialen Arbeit die Möglichkeit, sich als Leistungsanbieter auf dem „Gesundheitsmarkt“ zu etablieren. Es besteht die Perspektive, sich als freier Anbieter auf dem Markt zu konstituieren und salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderungskonzepte für Institutionen zu entwickeln und zu konzipieren. Fortführend könnte die weitere Arbeit darin liegen, bei der Umsetzung des Konzeptes der Institution beratend zur Seite zu stehen oder die Beschäftigten durch Schulungen dazu zu befähigen, das jeweilige Konzept selbstständig umzusetzen. Dies kann ein Weg sein, die Verbreitung des Konzeptes, Soziale Arbeit als Leistungsanbieter auf dem Gesundheitsmarkt, voranzutreiben und sich als Profession zu etablieren. Des Weiteren können als autonome Leistungen der Sozialen Arbeit interne Gesundheitsförderungskonzepte für die Beschäftigten entwickelt und angeboten werden, welche innerhalb der Institution Umsetzung finden. Sich den jeweiligen strukturellen Gegebenheiten anzupassen und flexibel zu sein ist gerade in der heutigen Arbeitsmarkt- und Wirtschaftsentwicklung von besonderer Bedeutung. Daher ist es für die Akteure der Sozialen Arbeit wichtig, nicht zu warten, bis ihnen ein „Platz“ innerhalb des Gesundheitswesens angeboten wird, sondern selbst an der Schaffung neuer Strukturen und an der Etablierung ihrer Profession richtungsweisend mitzuarbeiten. Selbständige Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter auf dem freien Markt zu etablieren sowie die Organisation in Berufsverbänden ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Damit sich die Akteure der Sozialen Arbeit einen gleichberechtigten Platz neben anderen Professionen sichern können, müssen sie sich von ihrem Non-Profit-Image befreien und sich auf dem Markt als freier Anbieter sozialer Leistungen behaupten. Hindernisse auf diesem Weg sollten nach salutogenem Vorbild als Herausforderungen gesehen werden, die es zu bewältigen gilt und letztlich zu mehr Wachstum verhelfen (vgl. Köppel 2007, S.66f).

## 6 Schlussbemerkungen

Die Suche nach einer Antwort auf die Frage, was aus Sicht des Arbeitgebers getan werden kann, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dem Arbeitsfeld Schule und Hort zu erhalten und zu fördern, führte bei der Autorin zu den im Folgenden zusammengestellten Erkenntnissen.

Etwas zu verändern, Teil dieser Veränderung zu sein, beschreibt das eingangs formulierte Zitat von Mahatma Gandhi. Es ist eine Herzensangelegenheit der Autorin mit der Entwicklung des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ einen persönlichen Beitrag zu leisten, die Arbeitswelt der pädagogischen Fachkräfte im Arbeitsfeld Schule und Hort gesundheitsförderlich zu gestalten.

Die Literaturrecherche verdeutlichte, dass die Gesundheit als Prozess zu verstehen ist. Gesundheit ist zugleich Voraussetzung und Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Individuum, dem Verhalten und der Umwelt. Die WHO vertritt ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Dieses ermöglicht das Einbeziehen der verschiedenen Dimensionen von Gesundheit, welche die Gesundheitsdimensionen des Einzelnen sowie die Einflüsse des weiteren Umfeldes auf die Gesundheit des Individuums umfasst. Auch wenn die Gesundheitsdefinition der WHO als zu idealistisch kritisiert wird, vertritt die Autorin die Ansicht, dass diese auf jeden Fall anzustreben ist. Aufgrund der zunehmenden Hochaltrigkeit der Bevölkerung, des Älterwerdens der Menschen, wird auf eine Veränderung gesundheitlicher und sozialer Optionen hingewiesen. Der demografische Wandel hat im Laufe der Jahre eine Verschiebung in den Krankheitsbildern bewirkt. Einerseits nimmt die Anzahl der klassischen Zivilisationserkrankungen ab und andererseits steigt die Anzahl der Betroffenen mit chronischen, multimorbiden Krankheitsverläufen sowie psychischen und psychosozialen Störungen. Die Frage nach der Leistungsfähigkeit eines Menschen, professionellen Versorgungsstrukturen und intensive Debatten über die Finanzierbarkeit von Gesundheit lässt diese zur zwingenden Realität werden. Die Förderung der Gesundheit und deren Erhalt nimmt gegenwärtig eine bedeutsame Stellung in allen gesellschaftlichen Bereichen ein. Auf der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung wurde von der WHO ein anspruchsvolles Rahmenkonzept verabschiedet, welches die Ziele, Prinzipien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta zusammenfasst und seitdem weltweit eine anerkannte Rolle für die Entwicklung der Gesundheitsförderung spielt. Die Befähigung der Bevölkerung zu einem eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit sowie eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt und der Gesundheitsdienste ist die Grundidee der Ottawa-Charta. Damit die Gesundheitsförde-

nung schnell umgesetzt werden kann, wurde von der WHO der Setting-Ansatz konzipiert. Dieser ermöglicht, die Menschen in den Lebensbereichen zu erreichen, wo sie die meiste Zeit ihres Lebens verbringen, also dort, wo sie leben, spielen, lernen und arbeiten. Der Betrieb ist dabei früh als Setting gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen berücksichtigt worden. 2007 wurde die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet und in Verbindung mit Maßnahmen nach §20 SGB V gebracht, das die Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen regelt. Hinsichtlich seines gesetzlichen Auftrages ist die Gesetzliche Unfallversicherung als weiterer zentraler Kostenträger hinzuzuziehen. Durch die Betrachtung der beruflichen und gesundheitlichen Situation der genannten Zielgruppe wurde deutlich, dass in den Bereichen der psychosozialen und psychomentalen Anforderungen an das pädagogische Personal ein hoher Erwartungsdruck aufgebaut wird, mit dem sich die Fachkräfte auseinandersetzen müssen. Werden diese nicht mit den inneren und äußeren Ressourcen erfolgreich bewältigt, treten Beanspruchungsreaktionen oder -folgen auf, die die Gesundheit dieser Beschäftigten beeinträchtigen können. Belastungsfaktoren und Ressourcen lassen sich der Strukturqualität beziehungsweise den strukturellen Rahmenbedingungen zuordnen oder stehen mit diesen in indirektem Zusammenhang. Der hohe Krankenstand, psychische und psychosomatische Erkrankungen des pädagogischen Personals sowie die Präsenz des demografischen Wandels auch im Arbeitsfeld Schule und Hort sind nach Ansicht der Autorin ein Alarmzeichen, um eine intensive Personalpflege durch den Arbeitgeber zu initiieren. Diese Literaturrecherche bildet für die Entwicklung des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ die theoretische Grundlage. Mit diesem Modell wird das Ziel verfolgt, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und unter Beteiligung ihrer Akteure, im Setting Schule und Hort in der Stadt Leipzig gesunde Arbeitsbedingungen zu unterstützen und eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in den institutionellen Strukturen zu entwickeln. Eine salutogene Gestaltung der Arbeitswelt sowie die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten sind dabei vordergründig. Dafür ist eine Veränderung struktureller Rahmenbedingungen im Setting als Voraussetzung durch die Arbeitgeber zu initiieren. Inhaltlich werden den pädagogischen Fachkräften interessenbezogene Angebote zur Bewegung unterbreitet, welche außerhalb der Arbeitszeit genutzt werden können. Diese werden ihnen als Ausgleich zu den hohen Anforderungen als äußere Ressource von ihrem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt. Die Wirksamkeit von körperlicher Aktivität ist wissenschaftlich belegt. Sie ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Zwar ist die Bewegung eine Maßnahme, die auch gut außerhalb des Arbeitsplatzes durchgeführt werden kann, doch ist diese im Arbeitskontext besonders wirksam. Sie

stärkt den Teamgeist und wird von den Beschäftigten als Dienstleistung des Arbeitgebers wertgeschätzt. In dem Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ kommen die physische, psychische und soziale Dimension des Einzelnen sowie die gesellschaftliche Dimension von Gesundheit zum Tragen. Diese können das persönliche Befinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen und so zur Stärkung ihrer Gesundheit beitragen. Den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, darauf zielt der Prozess der Gesundheitsförderung ab. Im Sinne dieser Definition der Gesundheitsförderung und der Handlungsfelder der Ottawa-Charta soll mit der Entwicklung des Modells „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützt und persönliche Kompetenzen entwickelt und gefördert werden. Dafür musste die Autorin in einem ersten Schritt eruieren, ob dieses Modell von den Arbeitnehmern überhaupt erwünscht ist.

So stellte die Autorin die Hypothese auf: Es ist ein Bedarf bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden, gesundheitsfördernde Bedingungen in Ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Das Modell „Stärkung der Gesundheit durch Bewegung“ ist anfangs für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von fünf Schulen, drei Horten und einem Betreuungsangebot konzipiert und soll im Nachgang flächendeckend ausgebreitet werden. Mittels der quantitativen Methode des Fragebogens fand eine schriftliche Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter statt. Es wurden 148 Fragebögen ausgeteilt und eine Rücklaufquote von 59,5 Prozent erzielt, die die Autorin als hoch einschätzt. Die Auswertung der Ergebnisse der ausgefüllten Fragebögen wurde mit dem Programm SPSS vorgenommen. 95,3 Prozent der 85 Befragten signalisierten einen Bedarf, gesundheitsfördernde Bedingungen in Form von Bewegung in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Damit wurde die von der Autorin aufgestellte Hypothese bestätigt. Darüber hinaus lassen die erhobenen Daten weitere Rückschlüsse zu wie in den Kapiteln 4.5 und 4.6 dieser Bachelorarbeit dargestellt und beschrieben. Arbeit und Gesundheit müssen zusammengehören, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren entgegen zu wirken.

Den Ausblick dieser Bachelorarbeit bietet die Antwort der Autorin auf die Frage, was aus Sicht des Arbeitgebers getan werden kann, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Arbeitsfeld Schule und Hort zu erhalten und zu stärken. Es ist die Umsetzung des vorgestellten Modells im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dann können auch Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher Modell einer gesundheitsfördernden Haltung sein, weil sie dazu befähigt werden und in einem veränderten, besseren Arbeitsfeld tätig sind.

Zunächst müssten beide Arbeitgeber über das Vorliegen dieser Bachelorarbeit informiert sein, da eine beratende und steuernde Unterstützung von Seiten der Arbeitgeber notwendig ist, um organisatorische, institutionelle und politische Strukturen als Voraussetzung zu schaffen. Ein wesentlicher Aspekt ist unter anderem die Koordinierung der Sporthallenbelegungspläne, um die Freileistung der jeweiligen Sporthalle an einem Tag für ein bis zwei Stunden zur Nutzung der Angebote durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewährleisten. Die Bereitschaft der innerbetrieblichen Akteure (Arbeitgeber, Arbeitnehmer) und der überbetrieblichen Akteure (Krankenkasse, Unfallversicherungsträger) ist eine wesentliche Voraussetzung. Die Förderung der Mitarbeitergesundheit wird seit Januar 2009 unbürokratisch unterstützt. So kann die Finanzierung der Umsetzung des Modells einerseits durch eine Steuervergünstigung für den Arbeitgeber durch das Einkommenssteuergesetz §3 Nummer 34 möglich sein und andererseits sind die Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger als Kostenträger mit einzubeziehen. Auch die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind gewillt, sich an den Kosten zu beteiligen. Dabei ist zu beachten, dass es bei dem Setting-Ansatz um die Veränderung eines gesamten Settings zu einem „Gesundheitsfördernden Setting“ geht. Das ist langwierig und kann nur Schritt für Schritt geschehen. Den Anfang können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vorgestellten Institutionen im Rahmen eines Projekts bilden, da bei diesen bereits ein Bedarf ermittelt wurde und so mit einer guten Beteiligung zu rechnen ist. Im Nachgang können die Beschäftigten weiterer Institutionen flächendeckend angegliedert werden. Eine gesunde Unternehmenskultur wie sie von der Stadt Leipzig intendiert wird, unterstützt den wertschätzenden und kultivierten Umgang und ist ein Zeichen für Respekt und Anerkennung der geleisteten Arbeit. Wird die Umsetzung des Modells von den Beschäftigten gut angenommen, bleibt folglich zu überprüfen, wer von dieser betrieblichen Gesundheitsförderung profitiert. Laut Literaturrecherche gibt es mehrere „Gewinner“. Mehr Lebensqualität für den Einzelnen durch erhöhte Motivation und größere Arbeitsmotivation, durch weniger Fehlzeiten eine Kostensenkung für die Unternehmen und schließlich durch geringere Krankheitskosten eine Kostenersparung für das Gesundheitswesen. Auch für die Akteure der Sozialen Arbeit ist die Entwicklung gesundheitsfördernder Konzepte eine Möglichkeit, diese von ihrem Non-Profit-Image zu befreien und sich als Leistungsanbieter auf dem „Gesundheitsmarkt“ zu etablieren. So sollten nach salutogenem Vorbild Hindernisse als Herausforderung gesehen werden, die es zu bewältigen gilt.

„Auch die längste Reise beginnt mit dem ersten Anheben eines Fußes.“

Laotse

# Anlagen

## Fragebogen

Die Entwicklung des Modells verfolgt das Ziel, gesundheitsfördernde Bedingungen in Ihre Arbeitswelt zu integrieren. Zeit- und ortsnah werden Angebote unterbreitet, welche die Stärkung der Gesundheit durch Bewegung ermöglichen. Es soll eine Vernetzung der umliegenden Institutionen entstehen, so dass die Wegezeit zur Nutzung der Aktivität max. 15 min beträgt.

### Teil A

**Um Ihren Bedarf zu ermitteln, kreuzen Sie bitte an, welches oder welche Angebote Sie interessieren.**

Wirbelsäulengymnastik	<input type="checkbox"/>
Volleyball	<input type="checkbox"/>
Beachvolleyball	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>
Handball	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>
Aerobic	<input type="checkbox"/>
Zumba	<input type="checkbox"/>
Nordic Walking	<input type="checkbox"/>
Kein Interesse	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	

**Welche Zeiten lassen sich gut mit Ihrem Alltagsablauf vereinbaren?**

15 – 16 Uhr	<input type="checkbox"/>
16 – 17 Uhr	<input type="checkbox"/>
17 – 18 Uhr	<input type="checkbox"/>
18 – 19 Uhr	<input type="checkbox"/>
19 – 20 Uhr	<input type="checkbox"/>
Andere Zeiten:	

**Kreuzen Sie bitte das für Sie Zutreffende an.**

Benötigen Sie eine Kinderbetreuung?  Ja  Nein

Ermöglicht Ihnen körperliche Bewegung Stress abzubauen?  Ja  Nein

Wieviel wären Sie bereit für dieses oder diese Angebote,  
monatlich zu zahlen?

0 €  5 €  10 €  mehr

**Teil B**

**Angaben zur Person**

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht  weiblich  männlich

Berufsjahre  bis 5 Jahre  bis 10 Jahre

bis 20 Jahre  bis 30 Jahre

mehr

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Literaturverzeichnis

- Bals, Thomas / Hanses, Andreas / Melzer, Wolfgang (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa.
- Bartholdt, Luise / Schütz, Astrid (2010): Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Betriebliche Gesundheitsförderung (2014): Auswirkungen auf die Motivation und Arbeitszufriedenheit. <http://gesundheitsmanagement.kenline.de/index.htm>, verfügbar am 8.11.2014.
- BKK-Landesverband Nordwest (Hg.) (2011): Fit von klein auf. Gesunder Arbeitsplatz Kita. <http://bkk.publitech.de/wp-content/uploads/2014/09/broschuere-fit-von-klein-auf.pdf>, verfügbar am 23.11.2014.
- Blossfeld, Hans-Peter / Bos, Winfried / Daniel, Hans-Dieter (2014): Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal. Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung. Gutachten. Münster: Waxmann.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bewegungsförderung als notwendiger Bestandteil in Prävention und Gesundheitsförderung. [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Flyer/Bewegungsfoerderung\\_als\\_notwendiger\\_Bestandteil\\_in\\_Praevention\\_und\\_Gesundheitsfoerderung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Flyer/Bewegungsfoerderung_als_notwendiger_Bestandteil_in_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung.pdf), verfügbar am 12.11.2014.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Unternehmen unternehmen Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen 2. Auflage Berlin: Bundesregierung.
- Döring-Seipel, Elke / Dauber, Heinrich (2013): Was Lehrerinnen und Lehrer gesund hält. Empirische Ergebnisse zur Bedeutung psychosozialer Ressourcen im Lehrerberuf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eppel, Heidi (2007): Stress als Risiko und Chance. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gandhi, Mahatma: <http://zitate.net/mahatma%20gandhi.html>, verfügbar am 4.11.2014.
- Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hg.) (2010): Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- IKK classic (Hg.) (2014): Gesundheitsbericht. Branche Öffentlicher Dienst. Zeitraum 01.01.2013 bis 31.12.2013. Dresden: IKK classic.

- Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (Hg.) (2011): Gesund arbeiten. Ein Wegweiser für Gesundheit im Betrieb. 2. Auflage. Essen, Berlin: iga.
- Jenschke, Dr. Dagmar (2011): Gesund bleiben in der Kita. Demographischer Wandel im Berufsfeld Kita-Erzieher/-innen. Freistaat Sachsen: Staatsministerium für Kultus und Sport. [http://www.mmik-parisax.de/texte-und-themen?file=tl\\_files/mmik/dokumente/Demografischer-Wandel-Kita-Dr.-Jenschke-SMK.pdf](http://www.mmik-parisax.de/texte-und-themen?file=tl_files/mmik/dokumente/Demografischer-Wandel-Kita-Dr.-Jenschke-SMK.pdf), verfügbar am 25.11.2014.
- Khan, Dr. Attiya (2010): Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas - Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen. <http://shop.rpi-loccum.de/download/khan.pdf>, verfügbar am 23.11.2014.
- Konrad, Klaus (2000): Die Befragung. In: Wosnitza & Jäger (Hg.): Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie? 3. Auflage. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Köppel, Monika (2007): Salutogenese und Soziale Arbeit. 3. Auflage. Lage: Verlag Hans Jacobs.
- Laotse: [http://www.age.aroew.spirito.de/data/entspannt\\_gemeinsam\\_besser.pdf](http://www.age.aroew.spirito.de/data/entspannt_gemeinsam_besser.pdf), verfügbar am 23.11.2014.
- Mauz, Elvira / Viernickel, Susanne / Voss, Anja (2011): Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Erzieherinnen und Erziehern – (auch) eine Frage der strukturellen Rahmenbedingungen. [http://www.kita-forschung.de/wp-content/uploads/2012/03/alice\\_22\\_web6061.pdf](http://www.kita-forschung.de/wp-content/uploads/2012/03/alice_22_web6061.pdf), verfügbar am 8.11.2014.
- Naidoo, Jennie / Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. 2. Auflage. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rimbach, Astrid (2013): Entwicklung und Realisierung eines integrierten Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Raab-Steiner, Elisabeth / Benesch, Michael (2012): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 3. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Rudow, Bernd (1995): Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrbelastung und Lehrgesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.

- Rudow, Bernd (2004): Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Kurzfassung des Projektberichts.  
[http://www.gew.de/Binaries/Binary109552/Rudow-2004\\_Arbeitsschutz-Studie-Kurzfassung.pdf](http://www.gew.de/Binaries/Binary109552/Rudow-2004_Arbeitsschutz-Studie-Kurzfassung.pdf), verfügbar am 5.1.2015
- Rudow, Bernd (2007): Arbeitsschutz, Belastungen und Belastungsbewältigungen bei Erzieherinnen (ABBE-Projekt) Merseburg, Viernheim: Hans Böckler Stiftung.
- Schaffer, Hanne (2014): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Schiffer, Eckhard (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Spicker, Ingrid / Sprengseis, Gabriele (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: facultas.wuv Universitätsverlag.
- Stascheit, Ulrich (Hg.) (2010): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 18. Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Statistik Sachsen (2011): 5. Oktober – Internationaler Tag des Lehrers. Weniger Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen.  
<http://www.statistik.sachsen.de/html/16613.htm>, verfügbar am 26.11.2014
- Thinschmidt, Marleen (2008): Notwendigkeit von Arbeit- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen. In: Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hg.): Erzieherinnengesundheit. Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen. Dresden: Sächsische Staatsregierung.
- Thinschmidt, Marleen / Gruhne, Brit (2008): Handlungsfeld Erziehergesundheit. In: Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hg.): Gesund aufwachsen in Sachsen. Handbuch für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen. 3. Auflage. Dresden: Sächsische Staatsregierung.

## **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

---

Bearbeitungsort, Datum

---

Unterschrift