



Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer



Vorwort

Das Thema „LehrerInnen und Gesundheit“ kann unter zwei Perspektiven (einer krankheitsorientierten und einer präventiven) betrachtet werden: Bei einem krankheitsorientierten Blickwinkel wird dem Lehrberuf das Bild eines hoch belasteten Berufsstandes gleichgesetzt. Die Ergebnisse verschiedenster Studien zur Arbeitssituation und zum Gesundheitszustand von Lehrkräften zeigen unter anderem überdurchschnittlich häufig psychische Belastungssituationen und einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Pensionierungen aufgrund von Dienstunfähigkeit. Aus gesundheitsfördernder Perspektive gibt es hingegen kaum ein Berufsbild, das so viele persönliche Entfaltungsmöglichkeiten und Ressourcen aufweist. Abseits einer oberflächlichen Zeit- und Feriendebatte bietet dieser Beruf die Möglichkeit einer eigenverantwortlichen, vielfältigen und sinnerfüllten Tätigkeit – alles Faktoren, welche die persönliche Gesundheit eigentlich stärken sollten.

Unabhängig davon, welcher Blickwinkel eingenommen wird – und das vorliegende Handbuch sieht sich einer gesundheitsfördernden Perspektive verpflichtet – ist das Thema der „LehrerInnengesundheit“ nicht nur eine individuelle Herausforderung der/des konkret betroffenen Lehrerin bzw. Lehrers. Das Thema ist in erster Linie auch eine bildungspolitische und in weiterer Folge volkswirtschaftliche Herausforderung. Die notwendige Verbesserung und Weiterentwicklung der Schulqualität wird um die Förderung der Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern nicht herumkommen.

Durch die Initiative der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und Styria vitalis wurden im Rahmen zweier Modellprojekte in Oberösterreich und der Steiermark wichtige Grundlagen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Setting Schule erarbeitet. Das Ziel der Modellprojekte war die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von wirkungsvollen Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern. Dem Grundsatz der Gesundheitsförderung entsprechend, wurde dabei kein einheitliches Standardrezept zentral umgesetzt, sondern mit jeder beteiligten Schule das Konzept individuell und situationsgerecht angepasst und umgesetzt. VertreterInnen der Services Stellen Schulen der oberösterreichischen und steirischen Gebietskrankenkasse sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter unterstützten dabei die Schulen.

An den beiden Modellprojekten nahmen insgesamt sieben Schulen teil. Den beteiligten Direktorinnen und Direktoren, Lehrerinnen und Lehrern sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre Offenheit besonders gedankt.

Ziel des vorliegenden Handbuches ist es, Schulleitungen sowie Lehrer und Lehrerinnen dabei zu unterstützen, an ihren Schulen Projekte und Prozesse in Richtung einer ressourcenorientierten Gesundheitsförderung zu initiieren und umzusetzen. Dieses Ziel kann nicht durch Umsetzung von einander losgelösten Aktionen, die auf das Verhalten von Einzelpersonen abzielen, erreicht werden. Wie die Erfahrungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen, braucht es vielmehr einen strukturierten und längerfristigen Prozess, der sowohl an den Verhältnissen der Schule, als auch am

Verhalten der einzelnen Lehrperson ansetzt.

Auf Basis eines umfassenden Diagnoseschrittes werden in diesem Prozess am jeweiligen Schulstandort möglichst konkrete Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitsrelevanter Belastungen und zur Förderung persönlicher Gesundheitsressourcen von Lehrerinnen und Lehrern erarbeitet.

Am wirksamsten wird dieser Zugang dann, wenn es gelingt, die Gesundheitsförderung von Pädagoginnen und Pädagogen als Beitrag zur Personal- und Organisationsentwicklung an Schulen zu verankern. Hier trifft sich die Gesundheitsförderung mit anderen Initiativen zur Qualitätsentwicklung an Schulen.

Unabhängig davon, welcher Ansatz verfolgt wird: Gesunde und leistungsfähige Lehrerinnen und Lehrer sind eine wesentliche Grundbedingung dafür, dass sich alle Beteiligten in der Schule wohl fühlen und ihren Beitrag leisten können.

Das vorliegende Handbuch stellt nicht den Anspruch, ein vorgefertigtes Rezept zu liefern, welches für alle Schulen passen würde.

Anhand der vorgestellten theoretischen und praktischen Beispiele sollen aber mögliche Zugänge und Methoden aufgezeigt werden, wie es gelingen kann, die Lern- und Arbeitswelt Schule in Richtung mehr Gesundheit für Lehrerinnen und Lehrer zu entwickeln. In der konkreten Umsetzung muss jede Schule ohnehin ihren eigenen Weg in Richtung Gesundheitsförderung finden.

Die angeführten Beispiele aus den Erfahrungen der beiden Modellprojekte dienen daher an dieser Stelle eher als Illustration, denn als Kopiervorlage.

Um ein Ergebnis vorwegzunehmen: Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer im Setting Schule ist kein einfacher, aber ein lohnender Weg. Das vorliegende Handbuch möchte ermuntern, sich auf diesen Weg einzulassen.

Inhalt

Zur Ausgangssituation	5
Empirische Daten	7
Gesundheitsfaktoren im Setting Schule	12
Erfolgskriterien aus der Praxis	16
Das Phasenmodell	18
Vorphase	19
Konstituierung der Projektstruktur	19
Start – Kick-off.....	21
Diagnosephase.....	22
Planungsphase.....	23
Umsetzungsphase.....	27
Evaluation und Bewertung der Ergebnisse	30
Abschluss – Verankerung	32
Resümee	35
Modellschulen	36

Zur Ausgangssituation

*„Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine Verfasstheit,
ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel.
Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht.“*

Heinrich Schipperges

Zur Ausgangssituation

Gesundheitsförderung als Handlungsprinzip

Gesundheit und Gesundheitsförderung sind dynamische Begriffe, mit unterschiedlichsten Bedeutungen, die je nach Perspektive stark voneinander abweichen. Die Bandbreite reicht dabei vom gesunden Apfel bis zur Organisationsentwicklung.

Dieser Umstand sollte auch bei der Planung von Gesundheitsförderungsprojekten für Lehrerinnen und Lehrer unbedingt berücksichtigt werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass in einem Kollegium automatisch ein einheitliches Gesundheitskonzept vorherrscht, geschweige denn alle Beteiligten an Gesundheitsförderung interessiert sind.

Gesundheitsförderung ist nicht zuletzt eine Vision: Die Vision, dass gesunde Menschen in gesunden Lebenswelten und Organisationen leben und arbeiten.

Ausgehend und angeregt von innovativen Konzepten der Weltgesundheitsorganisation, welche 1987 erstmals programmatisch formuliert wurden, hat diese Konzeption in den vergangenen Jahren sowohl in der Theorie, als auch in der Praxis stark an Bedeutung gewonnen.

Die Schulische Gesundheitsförderung nahm dabei von Beginn an einen wichtigen Stellenwert ein, wurde aber lange Zeit unter dem zentralen Focus der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern thematisiert und bearbeitet.

Erst durch die erfolgreiche Etablierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung rückte „die Schule“ als Arbeitswelt verstärkt in den Mittelpunkt und Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer wurde auch programmatisch verankert.

Kennzeichnend für die Perspektive der Gesundheitsförderung ist die Frage nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Herstellung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit in einer sozialen Lebens- und Arbeitswelt – Setting genannt.

Die Arbeitswelt und im konkreten Fall das Setting Schule hat vor diesem Hintergrund einen doppelten Charakter: Schule kann „krank machen“, kann aber auch ein zentraler Gesundheitsfaktor sein.

Diese zentrale Bedeutung von Arbeit für das Entstehen von Gesundheit bzw. von Krankheiten ist nicht nur durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegt.¹

Auch im Alltagserleben lässt sich dieser Zusammenhang gut belegen. So geben zum Beispiel im Rahmen der Dritten Europäischen Umfrage – über die Arbeitsbedingungen 2000 – 60 Prozent aller befragten Erwerbstätigen an, dass die Arbeit ihre Gesundheit maßgeblich beeinträchtigt.²

**Landauer
Empfehlungen
zur Lehrer-
gesundheit**

Zur Ausgangssituation

Arbeit kann aber auch eine der wichtigsten Gesundheitsressourcen darstellen, wenn die Arbeitstätigkeit und die Unternehmenszugehörigkeit als sinnhaft, verstehbar und handhabbar gestaltet und erlebt werden. In diesem Fall trägt sie nachhaltig zur Entstehung von Gesundheit bei. Genau an dieser „Doppelrolle“ setzt auch die Idee der settingorientierten Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer an.

¹⁾ z. B.: Karasek/Theorell 1990 oder zusammenfassend Rosenbrock 2008

²⁾ Merlié, D., Paoli, P. (Hg.) (2002)



Empirische Daten

Im Rahmen eines der beiden Modellprojekte wurde ein Befragungsinstrument, das vor der Anwendung in den Pilotschulen in Oberösterreich getestet wurde, entwickelt. Der vorliegende Abschnitt stellt einige zentrale Ergebnisse dieser explorativ angelegten Untersuchung unter Oberösterreichischen GymnasiallehrerInnen dar (Gerich / Sebinger 2006)³. Erfasst wurden gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen im Schulbereich, um Grundlagen für zukünftige Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Schulen zu ermitteln. Aus dieser Studie werden handlungsrelevante Ergebnisse berichtet.

Einleitung und Zielsetzung

Um verhältnisorientierte Maßnahmen zur Schulischen Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer entwickeln zu können, ist es allerdings von entscheidender Bedeutung, jene betrieblichen Belastungen und Ressourcen zu ermitteln, welche besondere Gesundheitsrelevanz aufweisen, das heißt in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand stehen. In der vorliegenden Untersuchung wurde daher unter anderem erforscht, in welchem Ausmaß sich einerseits wahrgenommene Belastungen und Ressourcen im LehrerInnenberuf auf die (subjektive Einschätzung) der allgemeinen Gesundheit auswirken.

Gesundheitliche Befindlichkeit von AHS-LehrerInnen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

Die Ergebnisse zeigen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen eine deutliche und signifikant **schlechtere subjektive Gesundheitsbewertung bei LehrerInnen**.

Nachstehende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Einschätzung des Gesundheitszustandes der LehrerInnen zusammen mit Vergleichsdaten aus dem sozialen Survey Österreichs.

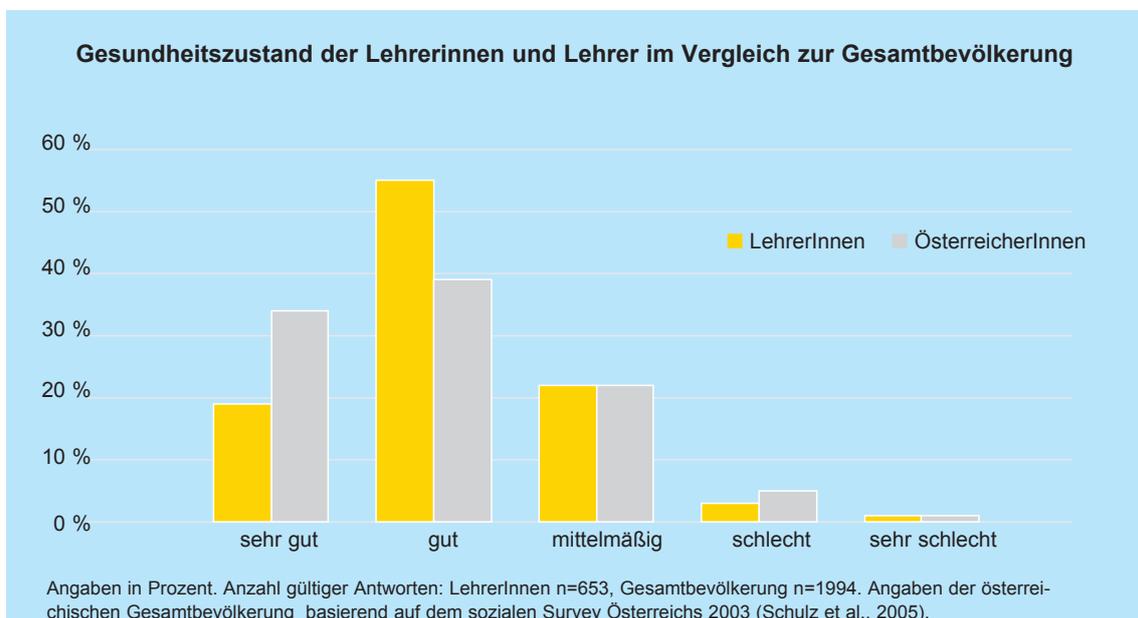


Abbildung 1

Empirische Daten

Beinahe drei Viertel der LehrerInnen (74 Prozent) bezeichnen ihren Gesundheitszustand als "sehr gut" oder "gut". Hier liegen die LehrerInnen in ihrer persönlichen Bewertung nahe an der gesamtösterreichischen Verteilung (73 Prozent "sehr gut" oder "gut"). Betrachtet man allerdings die Randkategorien "sehr gut" und „gut“ detaillierter (was aufgrund der Schiefe der beiden Verteilungen nahe liegt), wird ersichtlich, dass sich deutlich weniger Lehrkräfte einen sehr guten Gesundheitszustand zuschreiben als Personen der Vergleichsstichprobe: Knapp ein Fünftel (19 Prozent) der LehrerInnen, aber immerhin ein Drittel (34 Prozent) der ÖsterreicherInnen bewerten ihren Gesundheitszustand als "sehr gut", während sich der Anteil jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als "sehr schlecht" bezeichnen in der Gegenüberstellung in etwa gleicht. Bei Kontrolle von Alter und Geschlecht der beiden Stichproben erweisen sich diese Unterschiede als hoch signifikant.⁴

Die (psycho-) somatische Befindlichkeit wurde anhand einer Liste von 14 Symptomen erhoben. Nachstehende Abbildung zeigt anhand der LehrerInnenstichprobe und einer repräsentativen Vergleichsstichprobe für oberösterreichische Angestellte (Nemella/Stagel, 2002) die Anteile jener Personen, welche angaben, an den Symptomen gelegentlich oder häufig zu leiden (es werden nur Symptome angeführt, für die auch Vergleichszahlen zur Verfügung stehen).

Anteile an Personen mit häufigen bis gelegentlichen (Psycho-) Somatischen Beschwerden (LehrerInnen im Vergleich zu oberösterreichischen Angestellten)

	LehrerInnen	Angestellte	Odds-Ratio (p) ⁵
Herzbeschwerden	34,6	8,5	3,77
Migräne	43,9	30,0	1,82
Magenbeschwerden	25,3	16,7	1,62
Übelkeit	26,3	9,0	4,15
Schwindel	33,3	15,1	2,47
Schlafstörungen	58,2	22,4	3,40
Schweißausbrüche	40,7	11,9	3,21
Nacken-/Rückenbeschwerden	79,9	56,4	2,45
Schwächegefühl/Mattigkeit	70,9	41,7	3,21

Tabelle 1, Angaben in Prozent

Vergleichsdaten aus Nemella / Stagel 2002

Auf Basis dieser subjektiven Beschwerdeangaben, zeigt sich durchwegs eine deutlich **höhere Symptombelastung bei LehrerInnen** im Vergleich zu allgemeinen Angestellten in Oberösterreich. Auch wenn die unterschiedliche Alters- und Geschlechterverteilung der beiden Stichproben berücksichtigt wird, unterscheiden sich LehrerInnen im Vergleich zu den Angestellten bei allen verglichenen Symptomen.

Der Grad der psychischen Symptombelastung wird anhand von Schlafqualität, Konzentrationsfähigkeit, übermäßiger Belastung, Lösungs- und Entscheidungskompetenz, Selbstwertgefühl, allgemeiner Zufriedenheit und etwaiger Niedergeschlagenheit gemessen.

Psychische Symptombelastung

	LehrerInnen	Gesamtbevölkerung (Österr. Psychiatriebericht)
0 = keine Symptombelastung	41%	60%
Cut-off-score (3 oder mehr Symptome)	32%	16%
Mittelwert	2,16	1,16

Vergleichsdaten aus Katschnigg et al. (2001)

Die durchschnittliche psychische Symptombelastung von LehrerInnen beträgt 2,16. Der Anteil der LehrerInnen, welche Werte über dem Cut-off-score (≥ 3) aufweist, beträgt 31,5 Prozent⁶. Katschnigg et al. (2001) stellen für die österreichische Gesamtbevölkerung einen Mittelwert von 1,16 und einen Anteil von 16,4 Prozent mit Werten größer gleich drei⁷ fest.

Insgesamt kann auf Basis dieser Ergebnisse von einer erhöhten psychischen Belastung bei LehrerInnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ausgegangen werden.

Gesundheitsrelevante berufliche Belastungen und Ressourcen

Im Zentrum der Untersuchung stand die Identifizierung gesundheitsrelevanter beruflicher Belastungen und Ressourcen. Es sollte dabei zum einen erhoben werden, in welchem Ausmaß unterschiedliche Faktoren als belastend bzw. unterstützend eingeschätzt werden. Zum anderen sollte der Einfluss dieser Belastungs- und Ressourcendimensionen auf die Befindlichkeit der LehrerInnen untersucht werden. Berufliche Belastungen und Ressourcen wurden anhand von rund 100 Items gemessen, welche zu neun Belastungsdimensionen und zehn Ressourcendimensionen zusammengefasst wurden.

Zunächst lassen sich Bereiche von durchschnittlich hoch und gering erlebter Belastung identifizieren. Als durchschnittlich eher belastend nehmen LehrerInnen das negative Image, Zeitstress, Zusatzengagement und die Arbeitsplatzsituation wahr. Eher geringe Belastungsgefühle assoziieren die Lehrkräfte mit dem Vorgesetztenverhalten, den Rollenkonflikten und dem Sozialklima in der KollegInnenschaft.

Auf der anderen Seite können Dimensionen von Ressourcen festgestellt werden, welche durchschnittlich als hoch bzw. gering erlebt werden. Hohe Ressourcen sehen Lehrerinnen und Lehrer insbesondere in der Inspiration durch die Tätigkeit und in der sozialen Unterstützung durch Privatpersonen aber auch KollegInnen. Geringe Ressourcen orten sie in einer bedarfsgerechten Arbeitsplatzgestaltung, bei der (professionellen) Unterstützung bei Belastungen in Krisensituationen sowie in Zusammenhang mit der technisch-pädagogische Ausstattung.

Gemäß den Untersuchungsannahmen kann der subjektive **Gesundheitszustand** zu einem hohen Anteil **durch berufliche Belastungen und Ressourcen erklärt** werden.

Empirische Daten

Werden die Belastungs- und Ressourcendimensionen zu einem gemeinsamen Erklärungsmodell verknüpft und deren jeweiliger generalisierter direkte Einfluss auf die Gesundheitsindikatoren ermittelt, so ist erkennbar, dass im speziellen **vier Ressourcen- und fünf Belastungsdimensionen besondere Gesundheitsrelevanz** aufweisen⁸. In Übersicht 1 und 2 sind jene zentralen gesundheitsrelevanten Faktoren aus den Bereichen Belastungen und Ressourcen aufgelistet, für welche die stärksten generalisierten Einflüsse auf die Gesundheit festgestellt wurden.

Gesundheitsrelevante Belastungen

Rollenkonflikte	Balance zwischen Empathie und Autorität in der Beziehung zu den SchülerInnen
Belastendes SchülerInnenverhalten	Hohe Klassen-Belegszahlen und Lautstärke in der Klasse, aber auch geringe Motivierbarkeit, Verhaltensauffälligkeiten und Unterrichtsstörungen
Quantitative Überforderung (Zeitstress)	Zeitliche Überforderung vor allem durch Vor- und Nachbearbeitung des Unterrichts aber auch für zu kurz bemessene Zeit für nötige Arbeiten und Lehrstoffumfang
Physische Belastung	Kontakt mit Kreidestaub, Krankheiten und Sprechaufwand
Belastendes Zusatzengagement	Unbezahltes Zusatzengagement, beispielweise im Rahmen von Unterrichtsprojekten, sowie zusätzliche Aufgaben wie Pausenaufsicht, Wandertage, Exkursionen

Übersicht 1

Gesundheitsrelevante Ressourcen

Unterstützung bei Belastungen	Bemühen der Schule, psychische Belastungen ernst zu nehmen und die Möglichkeit zur und Information über professionelle Unterstützung
Soziale Unterstützung privat	Unterstützung von Familienangehörigen, Freunden und Bekannten
Soziale Unterstützung KollegInnen	Kollegialer Respekt, Austauschmöglichkeiten und generelle Unterstützung von Seiten der KollegInnenschaft
Inspiration	Aspekte, die mit der Arbeit mit jungen Menschen zusammenhängen (etwa bei der Entwicklung beobachten, Umgang mit jungen Menschen und selbst dabei „jung“ bleiben)

Übersicht 2

Schlussfolgerung

Die gesundheitliche Beeinträchtigung von Lehrerinnen und Lehrern stellt – wie vermutet – einen zukünftig vermehrten Handlungsbedarf dar. Dieser wird vor allem durch Vergleichsanalysen mit anderen Bevölkerungsgruppen dokumentiert, wonach bei Lehrerinnen und Lehrern – basierend auf subjektiven Einschätzungen – von einem zum Teil deutlich schlechteren Gesundheitszustand auszugehen ist.

Es besteht weiters kein Zweifel daran, dass berufliche Belastungen und Ressourcen einen erheblichen Einfluss auf das allgemeine gesundheitliche Befinden der Lehrerinnen und Lehrer haben. Die Untersuchung zeigt allerdings auch, dass Gesundheitsprogramme, welche sich auf jene Arbeitsfaktoren konzentrieren, die – zum Teil bereits bekanntermaßen – von Lehrerinnen und Lehrern als am stärksten belastend angegeben werden, möglicherweise am Ziel der Gesundheitsförderung vorbeigehen könnten. Auf Basis der vorliegenden Studienergebnisse wird empfohlen, verfügbare Befragungsinstrumente hinsichtlich ihrer Wirkungsrichtung zu hinterfragen und bei Bedarf ExpertInnen zu Rate zu ziehen. Darüber hinaus wird davon abgeraten, Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer lediglich auf jene Belastungs- und Ressourcenfaktoren zu konzentrieren, die von den Betroffenen als vordringlich genannt werden. Dann besteht die Gefahr, dass besonders gesundheitsrelevante Aspekte vernachlässigt werden. Die Untersuchung legt vor allem nahe, Schulische Gesundheitsförderungsstrategien in neun gesundheitsrelevanten Zielbereichen zu entwickeln⁹.

-
- ³⁾ AuftraggeberInnen waren die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Die Untersuchung wurde im Rahmen eines dreisemestrigen Forschungspraktikums (Wintersemester 2004/2005 bis Wintersemester 2005/2006) des Soziologiestudiums an der Johannes Kepler Universität durchgeführt.
- ⁴⁾ Odds-Ratio Lehrer versus Gesamtbevölkerung mit Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen 1,92 $p < 0,001$. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch hinsichtlich der Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Odds-Ratio 1,87, $p < 0,001$).
- ⁵⁾ Odds-Ratios LehrerInnen ($n=651-657$) vs. Angestellte ($n=1064-1068$) aus binärer logistischer Regression, p jeweils $< 0,001$. Kontrollvariablen: Alter und Geschlecht.
- ⁶⁾ Der cut-off Score von drei oder mehr Symptomen kann als grobe Abschätzung der „Prävalenz von depressiven Zustandsbildern, Angststörungen sowie psychosomatischen Erkrankungen verwendet werden“ (Katschnigg et al., 2001). Der GHQ-Score kann jedoch nur als grobe Orientierung und keinesfalls als klinisches Inventar bezeichnet werden und tendiert zu einer Überschätzung der Prävalenz.
- ⁷⁾ Auch wenn die unterschiedliche Verteilung nach Alter und Geschlecht der beiden Stichproben berücksichtigt wird, weisen LehrerInnen sowohl einen signifikant höheren durchschnittlichen GHQ-Wert als auch einen höheren Anteilswert von GHQ-Scores größer gleich drei auf ($p < 0,001$).
- ⁸⁾ Der generalisierte Einfluss wurde in einem zweistufigen Verfahren ermittelt: Zunächst wurde für jeden der vier Gesundheitsindikatoren aus Tabelle 3 eine schrittweise Regression mit sämtlichen erhobenen Belastungs- und Ressourcendimensionen (insgesamt 19 Indizes) durchgeführt (Einschlusskriterium $p \leq 0,05$, Ausschlusskriterium $p \geq 0,10$). Insgesamt betrachtet, wirken sich fünf Belastungs- und vier Ressourcendimensionen auf die ausgewählten Zielvariablen aus. In einem zweiten Schritt wurden diese selektierten Prädiktoren jeweils als unabhängige Variable für alle vier abhängigen Gesundheitsindikatoren eingesetzt und deren t-Werte der Regressionskoeffizienten gemittelt. Anhand des durchschnittlichen t-Wertes kann die Stärke des generalisierten Einflusses eines Prädiktors hinsichtlich aller vier Gesundheitsindikatoren abgeleitet werden.
- ⁹⁾ Dieser Abschnitt ist in veränderter Form auch in der Zeitschrift Bewegungserziehung (Sondernummer Gesundheitsförderung) im Jahr 2007 (www.bewegungserziehung.ac.at) sowie in der Österreichischen Zeitschrift für Soziologie (VS Verlag für Sozialwissenschaften, Heft 3/07) erschienen.

Gesundheitsfaktoren im Setting Schule

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt,
dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

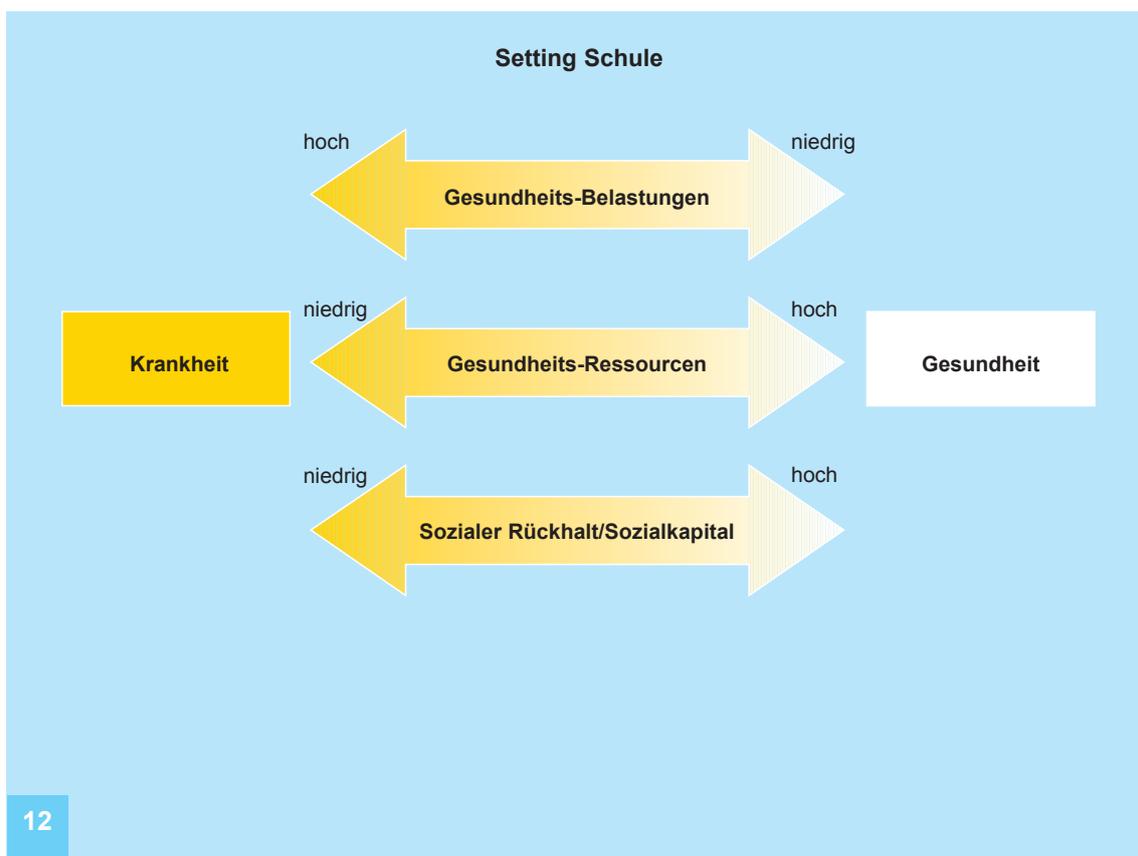
OTTAWA-Charta, 1986

Gesundheitsfaktoren im Setting Schule

Gesundheit hat einen dynamischen Charakter und kann auf unterschiedlichsten Ebenen gefördert werden. Übertragen auf das Gesundheitsmodell der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind demnach immer zumindest drei Dimensionen zu betrachten, wenn wir über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer im Setting Schule sprechen:

- ◆ Gesundheits-Belastungen
- ◆ Gesundheits-Ressourcen
- ◆ Sozialer Rückhalt / Sozialkapital

Sind die gesundheitsrelevanten Belastungen im Lehrberuf ausführlich erforscht und diskutiert, so werden die beiden anderen Dimensionen häufig nicht so rasch mit dem Thema Gesundheit in Verbindung gebracht.



Gesundheits-Belastungen

Die gesundheitlichen Belastungssituationen von Lehrerinnen und Lehrern sind in verschiedenen Studien beleuchtet worden und werden auch in diesem Handbuch dargestellt. Vereinfacht kann man dabei auf folgende Grobunterteilung zurückgreifen:

Gesundheits-Belastungen		
arbeitsbedingt	persönlichkeitsbedingt	außerschulische
<ul style="list-style-type: none">◆ Rollenkonflikte◆ Quantitative Überforderung (Stress, Zeitdruck , ...)◆ Belastendes Schüler-Innenverhalten◆ Arbeitsumgebungsfaktoren (Lärm, Hitze, Raum, usw.)◆ physische Belastungen (langes Sprechen, ...)◆ ...	<ul style="list-style-type: none">◆ individuelle Dispositionen◆ persönliches Gesundheitsverhalten◆ problematische Bewältigungsmuster im Umgang mit psychischen Anforderungen am Arbeitsplatz◆ ...	<ul style="list-style-type: none">◆ familiäre Belastungen◆ mangelnde Regenerationsmöglichkeiten◆ soziale Isolation◆ ...

Gesundheits-Ressourcen

Neben der Analyse von relevanten Gesundheitsrisiken ist die Frage nach den Gesundheits-Ressourcen besonders relevant. Unter Gesundheits-Ressourcen sind individuelle und schulbezogene Verhaltensweisen und Strukturen zu verstehen, die Lehrerinnen und Lehrer dabei unterstützen, die vorhandenen Belastungen gesund zu bewältigen.

Komprimiert können im Setting Schule folgende Gesundheits-Ressourcen angeführt werden:

Gesundheits-Ressourcen		
arbeitsbedingt	persönlichkeitsbedingt	außerschulische
<ul style="list-style-type: none">◆ Soziale Unterstützung durch KollegInnen◆ Arbeitszufriedenheit◆ Inspiration, Gefühl der Selbstwirksamkeit◆ Unterstützung bei Belastungen◆ Mitgestaltungsmöglichkeiten◆ ...	<ul style="list-style-type: none">◆ persönliche Work-Life-Balance◆ persönliche körperliche und mentale Gesundheitskraft◆ ...	<ul style="list-style-type: none">◆ Soziale Unterstützung im Familien- und Freundeskreis◆ körperliche und mentale Regenerationsmöglichkeit◆ soziale Netzwerke, familiäre Integration◆ ...

Gesundheitsfaktoren im Setting Schule

Zentrale Gesundheits-Ressourcen von Lehrerinnen und Lehrern liegen im Bereich der Arbeitszufriedenheit und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit.

„Arbeitszufriedenheit“ ist eines der zentralen Konzepte der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Betriebliche Gesundheitsförderung geht davon aus, dass dieser Faktor nicht nur die Zufriedenheit mit der unmittelbaren beruflichen Tätigkeit und der schulischen Arbeitsplatzsituation beschreibt, sondern auch zentrale Auswirkung auf die subjektive Gesundheit hat. Es ist daher erfreulich, dass Studien darauf hinweisen, dass österreichische Lehrerinnen und Lehrer eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen. Interessanterweise unterscheiden sich in diesem Punkt weibliche und männliche Lehrkräfte sowie AHS- und HS-Lehrerinnen und Lehrer nur wenig.¹⁰

Auch im Bereich der „Selbstwirksamkeit“ können Pädagoginnen und Pädagogen offenbar auf hohe Ressourcen zurückgreifen. Das Konzept geht davon aus, dass jeder Mensch subjektive Einschätzungen bezüglich seiner beruflichen Fähigkeiten und der Wirksamkeit seines beruflichen Handelns vornimmt. Diese Selbstwirksamkeits-Einschätzung hat zentrale Auswirkungen auf die Bewältigung beruflicher Herausforderungen und Belastungssituationen und damit auf die Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern.¹¹

Sozialer Rückhalt/Sozialkapital

Gesundheitsförderung geht davon aus, dass „Gesundheit“ ein soziales Phänomen darstellt. Daher spielt der soziale Rückhalt in einem Setting bzw. das Sozialkapital einer Organisation eine wesentliche Rolle bei der Förderung von Gesundheit. Dabei dient die Idee des „sozialen Kapitals“ nicht dazu, um nun auch noch soziale Beziehungen zu ökonomischen Währungen zu degradieren, sondern vielmehr, um die zentrale Relevanz von sozialem Zusammenhalt in einer Organisation zu entschlüsseln.

In Bezug auf das Setting Schule lassen sich – nach Bernhard Badaura – drei Bereiche anführen, die eine wesentliche Rolle bei der Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer spielen:¹²

- ◆ Gegenseitige Hilfe und soziale Unterstützung untereinander
- ◆ Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln im Kollegium
- ◆ Mitarbeiterorientierte Führung durch die Schulleitung

Diese Dimensionen stellen nicht nur die Grundlagen menschlicher Kooperation dar, sondern haben einen massiven Einfluss auf die Gesundheit der beteiligten Personen, gibt es doch kaum einen größeren Risikofaktor, als den „Risikofaktor Einsamkeit“.

Je besser der soziale Rückhalt und je höher das Sozialkapital an einer Schule, desto gesünder auch die Lehrerinnen und Lehrer.

In diesem Bereich dürfte eine der größten Entwicklungsmöglichkeiten für die Förderung der Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern liegen.

Wie das skizzierte Modell zeigt, reicht Betriebliche Gesundheitsförderung weit über die Ansätze individueller Gesundheitsinformation und persönlicher „Wohlfühlprogramme“ hinaus.

Gesundheitsförderung im Setting Schule geht davon aus, dass die Arbeitsumwelt, die organisatorischen Rahmenbedingungen und das soziale Klima an einer Schule starken Einfluss auf die Gesundheit der darin tätigen Lehrerinnen und Lehrer haben.

Dieser ressourcenorientierte Zugang beschäftigt sich mit der Entwicklung und Stärkung interner und externer Gesundheits-Ressourcen. An die Stelle der Frage „Was macht krank?“ tritt damit die Perspektive „Was hält Lehrerinnen und Lehrer gesund?“

Um es auf den Punkt zu bringen: Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist weniger ein individuelles Wohlfühlprogramm, sondern möchte eine zentrale Fähigkeit fördern: *„...eine Fähigkeit zur Problemlösung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten und wieder hergestellt wird.“* (Badaura / Hehlman 2003)

Diese Fähigkeit können wir Gesundheit nennen – diese Fähigkeit können wir fördern.

¹⁰⁾ Als aktuelles Studienbeispiel siehe: Schmich J. Schreiner C. 2008 Demnach waren 31 % der österreichischen LehrerInnen mit ihrem Beruf „sehr zufrieden“ (Wert 1 auf einer Skala von 1 bis 5). Weitere 51 % meinen, mit ihrem Beruf insgesamt „zufrieden“ (Wert 2) zu sein.

¹¹⁾ „91 % der österreichischen Lehrkräfte stimmen im Schnitt den Aussagen zur Selbstwirksamkeit eher oder ganz zu. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass Lehrer/innen – in Österreich, aber auch in vielen anderen Ländern – davon überzeugt sind, im Unterricht und im Umgang mit den Schülerinnen und Schülern erfolgreich sein zu können.“ Schmich J. Schreiner C. 2008

¹²⁾ Badaura B. (2008)



Erfolgskriterien aus der Praxis

Auch wenn es kein allgemein gültiges Erfolgsrezept für die Gesundheitsförderung von Lehrerinnen und Lehrern gibt, das für jede Schule Gültigkeit hätte, so zeigen nicht zuletzt die Erfahrungen der beiden Modellprojekte, dass folgende Kriterien bei der erfolgreichen Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten für diese Zielgruppe von zentraler Bedeutung sind:

1.) Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist eine Führungsaufgabe

Auch wenn Gesundheitsförderung auf Partizipation und Beteiligung setzt: Ohne eine aktive Rolle der Direktion kann Gesundheitsförderung für die Belegschaft an einer Schule nicht erfolgreich umgesetzt werden.

Ist die Schulleitung selbst nicht von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit für die betreffenden Lehrerinnen und Lehrer an der Schule überzeugt, so ist von einem Start von entsprechenden umfassenden Gesundheitsförderungsansätzen abzuraten.

Um es auf den Punkt zu bringen: Es genügt dabei auch kein passives Dulden oder Laufen lassen, sondern es bedarf eines aktiven Unterstützungs- und Managementverständnisses seitens der Schulleitung. Die theoretischen und praktischen Begründungen dafür sind ausreichend aufbereitet, bedürfen aber eines entsprechenden Entscheidungsprozesses.¹³

Erfolgreiche Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer lässt sich nur als integrierter Bestandteil der Führungspraxis an einer Schule wirklich verstehen.

Gesunde Führung

2.) Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist eine Teamaufgabe

Neben der entscheidenden Rolle der Schulleitung kann die zentrale Bedeutung des Aufbaues eines „Gesundheits-Teams“ an der Schule festgehalten werden. Gerade Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer sollte nicht als Projekt einer/eines Einzelkämpferin/Einzelkämpfers geplant und umgesetzt werden. Auch wenn es immer das Engagement von konkreten Einzelpersonen braucht, so kann erfolgreiche Gesundheitsförderung an einer Schule nie als EinzelkämpferInnen-Aktion geplant und umgesetzt werden. Ein breiter Konsens im LehrerInnenkollegium und die Definition eines „Gesundheits-Teams“ unter Leitung einer internen Projektkoordination sind vor diesem Hintergrund zentrale Erfolgsfaktoren.

3.) Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist eine Projektmanagement-Aufgabe

Es wurde bereits ausgeführt, dass die zufällige Aneinanderreihung vereinzelter Maßnahmen in einer Schule noch keine Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer darstellt. In der Umsetzungspraxis der Gesundheitsförderung ist die Initiierung von Projekten daher zur bevorzugten Arbeitsform geworden. Die „Stärke“ von Projekten liegt darin, dass sie es – durch einen zeitlich und sachlich abgegrenzten Rahmen – einer Schule ermöglichen, für einen bestimmten Zeitraum Ressourcen freizumachen. Ein Projekt einzurichten heißt aber auch, ein neues Projektteam an der Schule zu installieren und konsequent Schritte in Gang zu setzen. Die Steuerung solcher Projekte ist eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe. Auch wenn sich aus den Praxiserfahrungen mittlerweile Projektphasen und damit verbundene Methoden beschreiben lassen, so bleibt die Anwendung des klassischen Projektmanagements eine

zentrale Kernkompetenz. Die Praxis zeigt, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Kompetenz in allen Schulkollegien vorhanden ist.

4.) Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist eine ressourcenorientierte Aufgabe

Wie ausgeführt, basiert Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff, dem es nicht nur um individuelles Risikoverhalten geht. Im Mittelpunkt stehen vor allem die gesundheitsrelevanten schulischen Rahmenbedingungen und eine umfassende Herangehensweise mit einer geeigneten Mischung aus verhältnisbezogenen (schulische Arbeitsbedingungen) und verhaltensbezogenen (persönliche Lebensweisen) Maßnahmen.

Gesundheitsförderung geht dabei nicht davon aus, dass alle schulischen Belastungsfaktoren reduziert und alle Rahmenbedingungen geändert werden können – dies wäre völlig unrealistisch.

Die erfolgreichsten und nachhaltigsten Entwicklungsschritte liegen daher oft in der Stärkung nicht oder zu wenig genützter schulischer Gesundheitsressourcen im Kollegium. Diese Gesundheitsressourcen sind meist durch die Stärkung kollegialer Kooperation und den Ausbau des Sozialkapitals an einer Schule am besten zu fördern.

5.) Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer ist ein partizipativer Weg

Sinn der Gesundheitsförderung ist es, etwas mit Menschen zu entwickeln und umzusetzen und nicht etwas für Menschen zum Konsum anzubieten. Gerade das Thema Gesundheitsförderung sollte daher in einer Schule durch eine breite Partizipation getragen werden. Es wäre kontraproduktiv gegen den Widerstand einer Mehrheit des Kollegiums Gesundheitsförderung zu verordnen. Ein partizipativer Weg erhöht auch die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung.

¹³⁾ siehe ua. Zeitschrift für Schulleitung und Schulaufsicht (2008). Die Landauer Empfehlungen für Lehrgesundheit aus dem Jahr 2004 bringen dies auf den Punkt: „In Bildungspolitik, Schulaufsicht und bei Schulleitungen sollte Lehrgesundheit Führungsthema und strategisches Managementziel werden und ein selbstverständliches Kriterium für personelle und administrative Entscheidungen sein.“

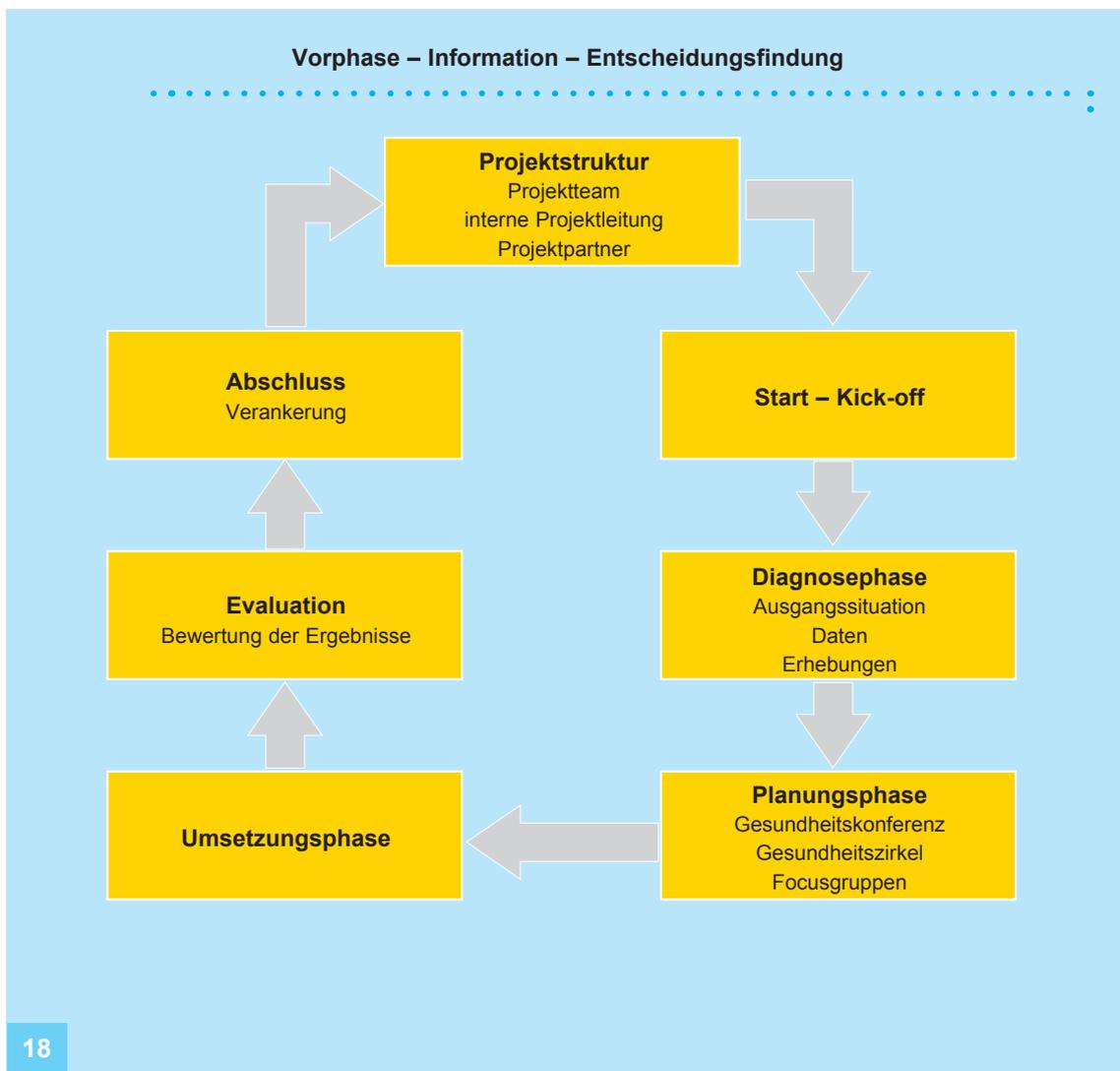
Das Phasenmodell

Das Phasenmodell

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln des vorliegenden Handbuchs auf die theoretischen Grundlagen und Qualitätskriterien eingegangen wurde, soll in einem nächsten Schritt die Übertragung dieser Aspekte in die konkrete Managementpraxis erfolgen. Den einzelnen Projektphasen sind in weiterer Folge einzelne Kapitel gewidmet.

Komprimiert dargestellt umfassen Schulische Gesundheitsförderungsprojekte für Lehrerinnen und Lehrer im Allgemeinen acht Phasen:

- ◆ Vorphase
- ◆ Konstituierung der Projektstruktur
- ◆ Start – Kick-off
- ◆ Diagnosephase
- ◆ Planung von konkreten Maßnahmen
- ◆ Umsetzung der Maßnahmen
- ◆ Evaluation und Bewertung der Ergebnisse
- ◆ Abschluss – Verankerung



1. Vorphase

Der Grundstein für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojektes für Lehrerinnen und Lehrer wird häufig bereits in der Vorphase gelegt. Neben einer umfassenden Information und Diskussion der möglichen Zugänge und unterschiedlichen Erwartungshaltungen, sollte bereits in dieser Phase eine ausführliche Information des LehrerInnenkollegiums bezüglich eines geplanten Gesundheitsförderungsprojektes erfolgen. Die Beziehung von externen ExpertInnen ist in dieser Vorphase empfehlenswert. Auf die zentrale Rolle der Schulleitung wurde bereits ausführlich hingewiesen. In dieser Vorphase sollten daher erstens die Erwartungen und das Unterstützungspotenzial seitens der Schulleitung offen diskutiert und zweitens ein Entscheidungsprozess in Abstimmung mit dem LehrerInnenkollegium herbeigeführt werden. Dabei sollte ebenso verdeutlicht werden, dass ein entsprechendes Projekt auch zeitliche Ressourcen und persönliches Engagement verlangt und nicht als reines „KonsumentInnen-Projekt“ betrachtet werden kann. Weiters sollte die Laufzeit eines entsprechenden Projektes mindestens drei bis vier Semester umfassen.

Je nach Schule haben sich in der Entscheidungsfindung Abstimmungen mittels 2/3 Mehrheitsbeschluss im Rahmen einer Konferenz bewährt. Manche Kollegien haben sich an dieser Stelle auch gegen ein geplantes Projekt entschieden. Dies ist zu respektieren und es wäre kontraproduktiv, Gesundheitsförderung gegen den Willen der Beteiligten betreiben zu wollen.

Sollte die Entscheidung von Schulleitung und Kollegium für ein umfassenderes Gesundheitsförderungsprojekt fallen, so kann im nächsten Schritt mit dem Aufbau der Projektstruktur begonnen werden.

2. Konstituierung der Projektstruktur

Wesentliche Zielsetzung dieser Phase ist – neben der Einrichtung eines Projektteams, inklusive einer internen Projektleitung – die genaue Projektdefinition und die Entwicklung gemeinsamer Projektziele. Das „**Gesundheits-Team**“ sollte – je nach Größe des Schulkollegiums – aus vier bis acht Lehrerinnen und Lehrern bestehen. Die Schulleitung sollte in diesem Projektteam vertreten sein, um Entscheidungen auch mittragen zu können. Das Projektteam sollte von einer internen Projektleitung koordiniert werden. Diese Funktion sollte von einer/einem am Thema interessierten Lehrerin/Lehrer wahrgenommen werden. Es hat sich in der Gesundheitsförderung nicht bewährt, diese Rolle an schulexterne Personen auszulagern.

Dieses Projektteam trifft sich regelmäßig (eventuell monatlich) und konzipiert, koordiniert und kontrolliert den Projektverlauf. Ein erster wesentlicher Arbeitsauftrag ist in dieser Phase die Formulierung von Zielen und Nichtzielen des Projektes. Ziele sind im Sinne des Projektmanagements „Zukunftsbeschreibungen“, die definieren, woran sich die erfolgreiche Zielerreichung genau messen und feststellen lassen wird. Mindestens genau so wichtig ist die Definition von Nicht-Zielen: Was kann oder soll mit dem Projekt nicht erreicht werden? Erst auf Basis dieser Zieldefinition und Abgrenzung ist die weitere Projektplanung möglich.

Das Phasenmodell

Folgende Fragen sollten in der Aufbauphase im Projektteam diskutiert und entschieden werden:

Projektziele	<ul style="list-style-type: none">◆ Was sind die Ziele des Gesundheitsförderungsprojektes für Lehrerinnen und Lehrer◆ Was sind die Nicht-Ziele?
Projektlaufzeit	<ul style="list-style-type: none">◆ Wann ist Projektbeginn und wann ist Projektende?◆ Welche Zeitstruktur (Ferienzeiten, Prüfungszeiten, ...) müssen wir berücksichtigen?
Projektrollen	<ul style="list-style-type: none">◆ Wer ist interne/r Projektleiterin/Projektleiter?◆ Wer gehört dem „Gesundheits-Team“ an?◆ Wer sind externe ProjektpartnerInnen? (z. B. Sozialversicherungsträger)
Projektstrukturen	<ul style="list-style-type: none">◆ Welche Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen gibt es im Projekt?◆ Wer berichtet wem?◆ Wer entscheidet was?
Projektschritte	<ul style="list-style-type: none">◆ Was sind die wichtigsten Projektschritte?◆ Von wann bis wann sollten die verschiedenen Projektphasen realisiert werden?
Projektressourcen (Projektname/Projektlogo)	<ul style="list-style-type: none">◆ Wie viel Zeit und wie viel Geld stehen dem Projekt zur Verfügung?◆ Name und Logo sollten im Gesundheits-Team erarbeitet werden

Auch in der Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer hängt eine erfolgreiche Entwicklung maßgeblich von einer qualifizierten und engagierten **schulinternen Projektleitung** ab. Folgende Aufgaben lassen sich für diese Aufgabe ableiten:

- ◆ Koordination und Dokumentation des Gesundheits-Teams
- ◆ Entwicklung eines Projektstrukturplanes und Meilensteinplanung
- ◆ Innerbetriebliche Kommunikation und Projektmarketing
- ◆ Kooperation und Kommunikation mit externen Projektpartnern
- ◆ Sicherstellung der Dokumentation und Evaluation des Projektes
- ◆ Vorbereitung und Herbeiführung von projektrelevanten Entscheidungen
- ◆ Delegation von Teilbereichen oder Teilaufgaben

Eine wichtige Unterstützung für die erfolgreiche Planung und Umsetzung kann in Gesundheitsförderungsprojekten eine externe Beratung sein. Die Einbeziehung außerschulischer Personen (zum Beispiel aus der Sozialversicherung) bringt neue Perspektiven ein und unterstützt die Umsetzung von bewährten Methoden und Prozess-Schritten.

Diese Rolle wurde im Rahmen der erwähnten Modellprojekte von den Sozialversicherungsträgern (von Vertretern und Vertreterinnen der „Service Stellen Schule“ und der BVA) wahrgenommen.

3. Start Kick-off

Der Start eines Gesundheitsförderungsprojektes ist eine besonders sensible Phase. Auch wenn im LehrerInnenkollegium bereits über ein mögliches Projekt informiert und ein Entscheidungsprozess in Gang gesetzt wurde, sollte in einem eigenen Schritt der Start eines Projektes bewusst gesetzt werden.

Neben schriftlichen Kommunikationsmedien bieten sich dabei innovative Auftaktveranstaltungen für Lehrerinnen und Lehrer an.

Als Informations-, Motivations- und Diagnoseinstrument kommt daher einer Kick-off-Veranstaltung ein zentraler Stellenwert zu. Diese dient dazu, über das Projekt zu informieren und ein erweitertes Gesundheitsverständnis zu thematisieren. Im Rahmen dieser Start Kick-offs sollte ausführlich über das geplante Projekt, das Projektteam und die nächsten Schritte informiert werden. Weiters können in diesen Ablauf auch Schritte eingeplant werden, die bereits diagnostische Funktion haben.

In der Praxis haben sich in der Gesundheitsförderung mit Lehrerinnen und Lehrern adaptierte Formen der Arbeit mit Großgruppen (u.a. Open Space, RTSC Konferenzen, World Café) bewährt.

Großgruppen-
settings

Diese Großgruppensettings basieren auf einem Wechsel von Phasen der direkten Information mit Arbeitsphasen in Kleingruppen. Die gesamte Veranstaltung sollte in einem großen Raum stattfinden (die Schullaula oder der Turnsaal sind dafür prinzipiell geeignet). Diese Veranstaltungsform ist in einer Größenordnung von 20 bis 80 TeilnehmerInnen möglich und sinnvoll.

Es sollten möglichst viele Lehrerinnen und Lehrer an einer solchen Kick-off-Veranstaltung bzw. „Gesundheitskonferenz“ teilnehmen.

Ein mögliches Ablaufdesign für eine zwei- bis dreistündige Kick-off-Veranstaltung könnte wie folgt aussehen:

- | | |
|---|------------|
| 1. Begrüßung und Kurzinformation über den Ablauf und die Ziele des geplanten Gesundheitsförderungsprojektes durch Schulleitung und interne Projektleitung | 20 Minuten |
| 2. Input: Aspekte und Ebenen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Schule mit Lehrerinnen und Lehrern (zum Beispiel durch externe ExpertIn) | 20 Minuten |
| 3. Gruppenarbeit: Was bedeutet für mich Gesundheit? Was hält mich gesund/ was macht mich krank? Präsentationen | 30 Minuten |
| 4. Diagnose: Umsetzung einer schriftlichen Gesundheitsbefragung in Einzelarbeit vor Ort | 30 Minuten |
| 5. Freies, motivierendes Element, z. B. Outdoorübung, Vortrag, Film, Kabarett ... | 60 Minuten |

Wichtig ist, dass in der Kick-off-Veranstaltung bzw. „Gesundheitskonferenz“ an einem erweiterten Gesundheitsverständnis gearbeitet wird. Ein motivierender und innovativer Schlussteil sichert eine gute Basis, um mit Freude weiter arbeiten zu können.

Im vorgestellten Design wurden auch bereits Arbeitsschritte integriert, welche zentral die Diagnosephase unterstützen.

Das Phasenmodell

4. Diagnosephase

Auch bei Gesundheitsförderungsprojekten für Lehrerinnen und Lehrer erfüllt die Diagnosephase weit mehr als „nur“ die Möglichkeit der Datenerhebung. In dieser Phase soll unter möglichst breiter Einbeziehung des Kollegiums ein Bild über die Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz Schule entstehen.

Dieses Bild liefert die Grundlage für die Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen.

Als Elemente der Diagnosephase haben sich folgende Zugänge in der Praxis bewährt:

Schriftliche Gesundheitsbefragung

„Eine Befragung der Kollegenschaft zur Bedarfserhebung einer schulischen Gesundheitsförderung im Juni 2008 hat ein starkes Interesse an dieser Thematik erkennen lassen, insbesondere im Bereich der psychosozialen Gesundheit. Auch das Thema Stress oder die Kommunikation mit (außer) schulischen PartnerInnen ist für etwa zwei Drittel der Befragten ein ganz wichtiges Anliegen.“

Europagymnasium Auhof Linz

Standardisierte schriftliche Gesundheitsbefragungen erfüllen auch im Feld der Gesundheitsförderung mit Lehrerinnen und Lehrern eine wichtige Funktion. Sie liefern nicht nur abstrakte Daten, sondern bieten oft auch bereits konkrete Ansatzpunkte für Veränderungsmaßnahmen. Bei der Auswahl eines entsprechenden Befragungsinstrumentes ist aber auf die Anschlussfähigkeit an den Arbeitsplatz Schule zu achten.

Im Modellprojekt wurde daher ein spezifisches Befragungsinstrument entwickelt, welches neben klassischen Fragestellungen des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustandes auf die spezifischen Fragestellungen der Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern eingeht.

In diesem speziell konzipierten Instrument wird die gesundheitsrelevante Belastungs- und Ressourcensituation an einer Schule umfassend analysiert und um Fragen des persönlichen Gesundheitsempfindens erweitert.

Fragebogen LehrerInnen- Gesundheit

Sozialstatistische Angaben sollten auch Aussagen in Hinblick auf soziale Gesundheitsdeterminanten (zum Beispiel Alter, Geschlecht,...) ermöglichen.

Schriftliche Gesundheitsbefragungen verlangen eine bestimmte Mindestanzahl an Befragten. Bei einer Größenanzahl von unter 30 Lehrerinnen und Lehrern ist eine Befragung aus Gründen der statistischen Aussagekraft (und aus Datenschutzgründen) meist nicht sinnvoll.

Arbeitsplatzanalysen

Ein weiterer wichtiger diagnostischer Schritt können Arbeitsplatzanalysen in Form von Schulbegehungen sein. Diese bringen oft wichtige Informationen in Bezug auf Ergonomie, räumliche Gestaltungsmöglichkeiten und klassische Arbeitsbelastungen, wie zum Beispiel Lärm. Die Beziehung externer ExpertInnen ist auf jeden Fall anzuraten, da eine solche Begehung nur von arbeitswissenschaftlich qualifizierten Personen vorgenommen werden sollte. Gesundheitsförderung besitzt ein über den gesetzlichen ArbeitnehmerInnenenschutz hinaus gehendes Interesse an gesundheitsgefährdenden und -fördernden Einflüssen, kann aber diese Basis keinesfalls ersetzen.

Analyse vorhandener Daten

Häufig sind an einer Schule weitere Daten vorhanden, die sich direkt oder indirekt auf die Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern beziehen. Dies können unter anderem Daten aus anderen schriftlichen Befragungen im LehrerInnenkollegium oder auch Daten bezüglich krankheitsbedingter Fehlzeiten sein. Diese Daten sollen im Gesundheitsteam auf ihre gesundheitsrelevanten Ergebnisse hin diskutiert werden.

Auf Basis der in der Diagnosephase gewonnenen Erkenntnisse kann in der Planungsphase mit der Erarbeitung konkreter Umsetzungsmaßnahmen begonnen werden. Den Grundsätzen der Gesundheitsförderung folgend sollten auch in dieser Phase möglichst viele Lehrerinnen und Lehrer an einer Schule aktiv eingebunden werden.

„Für uns war wichtig herauszufinden, was ganz konkret an unserer Schule für die LehrerInnengesundheit getan werden kann. Es wurde ein Gesundheitsteam gebildet, in dem jeweils zwei oder mehr KollegInnen für die einzelnen Zielbereiche, wie z.B. Schulraumgestaltung, LehrerInnenarbeits- bzw. Relax-Möglichkeiten, gegenseitige Hilfestellung im Umgang mit schwierigen Situationen und vieles mehr, die im Team vorher erarbeitet worden waren, Verantwortung übernommen haben.“

NMS Straßgang, Graz

5. Planungsphase

Nach Abschluss der Diagnosephase sollte ein klares Bild entstanden sein, welche Schwerpunkte eine Schule in Bezug auf die Förderung der Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern setzen könnte. Die Planungsphase dient zur Konkretisierung und Strukturierung der entsprechenden Umsetzungsschwerpunkte. Auch wenn nicht genug auf die Vorbildwirkung von anderen Projekten hingewiesen werden kann, so muss doch auch betont werden, dass jedes Gesundheitsförderungsprojekt ein Prototyp ist, der maßgeschneidert geplant werden muss.

Das vorliegende Handbuch schlägt mit den Instrumenten der Gesundheitskonferenz und der Gesundheitszirkel gleichsam einen notwendigen (Zwischen)schritt von der Diagnose zur Umsetzungsplanung vor. Dieser Zwischenschritt ist zentral für das Gelingen in der Umsetzungsphase.

Das Phasenmodell

Schulische Gesundheitskonferenz

Eine schulische Gesundheitskonferenz bietet eine gute Möglichkeit zur Analyse und Planung konkreter Gesundheitsförderungsmaßnahmen im LehrerInnenkollegium. Wie beschrieben, bietet diese abgewandelte Form der Großgruppenarbeit die Möglichkeit, in einem dialogischen Austausch mit möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen die gesundheitsrelevante Ausgangssituation an der Schule zu diskutieren und zu analysieren.

Großgruppen- settings

Das Setting der Schulischen Gesundheitsförderungskonferenz basiert auf Arbeitstischen zu jeweils maximal acht Personen. An einem „Podium“ werden Inputs präsentiert sowie Fragen und in weiterer Folge Arbeitsaufträge an die „Arbeitstische“ gestellt. Die Besetzung der Tische kann sowohl homogen (zum Beispiel nach Fachgebieten oder Altersgruppen) als auch möglichst durchmischt (Lehrerinnen und Lehrer, die im Schulalltag nicht so viel Kontakt miteinander haben) gestaltet werden. Die jeweiligen Ergebnisse der Gruppen werden immer plenar präsentiert. Die Dokumentation und Aufbereitung dieser Ergebnisse bilden eine wichtige Basis für die Entwicklung spezifischer Maßnahmen.

Ein mögliches Ablaufdesign für eine dreistündige Gesundheitskonferenz könnte wie folgt aussehen:

1. Begrüßung und Kurzinformation über die Ziele des geplanten Gesundheitsförderungsprojektes und den Ablauf der Gesundheitskonferenz durch Schulleitung und interne Projektleitung	10 Minuten
2. Input: Ergebnisse der schriftlichen Gesundheitsbefragung und der Diagnosephase – möglicherweise durch externe ExpertIn	20 Minuten
3. Gruppenarbeit: Interpretation der Ergebnisse – Feedback der Sichtweisen, Präsentationen der Arbeitstische	30 Minuten
4. Input: Mögliche Handlungsfelder der Gesundheitsförderung	10 Minuten
5. Gruppenarbeit: Was wären aus unserer Sicht die wichtigsten konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Lehrerinnen und Lehrern an unserer Schule? Maßnahmenkatalog, Präsentationen der Arbeitstische	90 Minuten
6. Abschließende Zusammenfassung und Ausblick	15 Minuten

Die Planung und Moderation einer solchen Gesundheitskonferenz könnte die interne Projektleitung und das Gesundheits-Team in Kooperation mit einer/m externen ModeratorIn übernehmen. Durch die Verbindung von Aktivierung, Diagnose und gemeinsamer Maßnahmenplanung ist die Methode ein hocheffektives Instrument und für Gesundheitsförderungsprojekte sehr gut geeignet.

Diese Veranstaltungsform ist in einer Größenordnung von 20 bis 80 TeilnehmerInnen möglich und sinnvoll. Für die Umsetzung bietet sich etwa eine schulinterne Fortbildung für Lehrerinnen und Lehrer (SCHiLF Tag) an. Eine externe Moderation ist empfehlenswert.

Eine Alternative zur schulischen Gesundheitskonferenz bieten Gesundheitszirkel.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel gehen von der Grundannahme der Gesundheitsförderung aus, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten der Belegschaft genutzt werden müssen, um erfolgreiche Projekte entwickeln zu können: Lehrerinnen und Lehrer sind ja selbst ExpertInnen für ihre jeweilige Arbeitssituation.

Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, in denen sich Lehrerinnen und Lehrer mit ihren Arbeitsbedingungen auseinandersetzen. Die ZirkelteilnehmerInnen tragen ihre Erfahrungen über relevante Belastungs- und Ressourcenfaktoren an der Schule zusammen, analysieren sie gemeinsam, entwickeln neue Lösungen und erarbeiten möglichst konkrete Umsetzungsvorschläge. Dem umfassenden Gesundheitsmodell der Gesundheitsförderung entsprechend, werden im Zirkel nicht nur technische und organisatorische Fragestellungen, sondern auch soziale und psychische Belastungs- und Ressourcenfaktoren (zum Beispiel Betriebs-, Kooperationsklima, soziale Unterstützung, ...) thematisiert.

Zusammenfassend die wichtigsten Grundlagen:

ZirkelteilnehmerInnen	6 – 8 Lehrerinnen und Lehrer
Teilnahme	freiwillig
Anzahl der Sitzungen	3 – 4
Dauer einer Sitzung	2 – 3 Stunden
Zeitressourcen	Arbeits-/Dienstzeit
Umsetzungszeitraum	2 – 3 Monate
Anzahl der Zirkel	Je nach Größe des Schulkollegiums 1 – 3
Dokumentation und Berichterstattung	durch externe oder interne Moderation anhand einer einheitlichen Struktur
Präsentation	an das Gesundheits-Team schriftlich und – wenn möglich – auch mündlich

Gesundheitszirkel bilden sich im Auftrag des Gesundheitsteams und arbeiten in drei bis vier Sitzungen von etwa zwei bis drei Stunden Dauer. Diese Sitzungen finden im Interesse der Schule und daher in der bezahlten Arbeitszeit statt. Die optimale Größe für einen Gesundheitszirkel liegt bei sechs bis acht Lehrerinnen und Lehrern. Größere Gruppen werden unüberschaubar, die Verständigung schwieriger und die Möglichkeit für einzelne Mitglieder sich einzubringen immer geringer. Kleinere Gruppen bilden meist nur sehr individuelle Sichtweisen ab.

Die personelle Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels sollte während seiner Laufzeit nicht verändert werden. Die Mitwirkenden sollten sich daher verpflichten, an allen Sitzungen teilzunehmen. Es ist folglich wichtig festzuhalten, was Gesundheitszirkel nicht sind:

- ◆ sie sind keine Plauderrunden, die dazu benützt werden können, um dem Betriebsalltag zu entrinnen
- ◆ sie sind nicht geeignet, Probleme chronisch kranker MitarbeiterInnen zu bearbeiten
- ◆ sie sind nicht als klassische Supervisionsrunden zu verstehen

Das Phasenmodell

Gesundheitszirkel brauchen eine kompetente Moderation, welche die Prozessgestaltung und Dokumentation übernimmt. Denkbar sind sowohl eine interne Moderation durch speziell dafür geschulte MitarbeiterInnen als auch eine externe Leitung durch professionelle Gesundheitszirkel-ModeratorInnen. Beide Varianten haben entsprechende Vor- und Nachteile, die gut abgewogen werden sollten.

Die Ablaufstruktur von Gesundheitszirkeln ist weitgehend standardisiert und durchläuft – immer unter Berücksichtigung der individuellen Schwerpunktsetzung durch die Moderation – folgende Stufen:

1. Begrüßung und Vorstellen der Ziele und des Ablaufes
2. Vermittlung des umfassenden Gesundheitsbegriffs der Gesundheitsförderung und der Funktion der Arbeit im Gesundheitszirkel
3. Ermittlung von gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Arbeitssituationen und Arbeitsabläufen, das heißt Sammlung möglichst relevanter Gesundheitsressourcen und Gesundheitsrisiken an der Schule
4. Herstellen eines Beschwerde- und Belastungszusammenhangs, das heißt Ermittlung der relevanten Ursachen und Hintergründe
5. Erarbeiten konkreter verhältnis- und verhaltensbezogener Verbesserungsvorschläge, das heißt Entwickeln technischer, organisatorischer und personenbezogener positiver Änderungsvorschläge und Maßnahmen an der Schule
6. Priorisierung und Gewichtung dieser Vorschläge und Erstellen eines entsprechenden Gesundheitszirkel-Berichtes
7. Präsentation der Ergebnisse im Gesundheits-Team

Sollte eine schriftliche Gesundheitsbefragung durchgeführt werden, bildet diese eine gute Grundlage für die Arbeit des Gesundheitszirkels. Gesundheitszirkel sollten daher erst nach Vorliegen dieser Ergebnisse gestartet werden.

Die Ergebnisse des bzw. der Gesundheitszirkel sollten im Gesundheitsteam schriftlich und mündlich präsentiert werden.

Fokusgruppen

Fokusgruppen kommen der Arbeit von Gesundheitszirkeln nahe, indem eine kleine Gruppe von Personen ihre unterschiedlichen Erfahrungen, Sichtweisen und ihr Wissen zu einem bestimmten Themenbereich (Fokus) einbringt.

Die Grundidee von Fokusgruppen ist die Annahme, dass im Sinne der „Weisheit von Gruppen“, der Diskussionsprozess einer Gruppe ein realistischeres Spektrum der Ausgangssituation liefert als zum Beispiel die Summe von individuellen Aussagen in einem Einzelinterview. Im Unterschied zu der Arbeit in den Gesundheitszirkeln beschränkt sich die Arbeit von Fokusgruppen daher meist auf zwei Treffen – zu etwa vier Stunden – mit einem Abstand von maximal zwei Wochen. Die TeilnehmerInnenanzahl sollte zehn Personen nicht überschreiten.

Wichtige Aspekte, um dieses Ziel zu erreichen, sind eine spezifische Auswahl der TeilnehmerInnen und die Etablierung einer internen oder externen Moderationsrolle.

Die Moderation übernimmt gleichzeitig auch die Dokumentation der Ergebnisse der Fokusgruppe und übernimmt gemeinsam mit VertreterInnen der Fokusgruppe die Rückmeldung an das Gesundheitsteam. Der Einsatz partizipativer Planungsinstrumente ist gleichzeitig auch die Basis einer erfolgreichen Umsetzungsphase. Für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen gibt es wenige Prozesstipps – die Devise lautet: konsequent tun.

6. Umsetzungsphase

Voraussetzung effektiver Umsetzungsmaßnahmen ist ein existierender Konsens im Gesundheitsteam und die Klärung der Fragestellung, welche Maßnahmen für die jeweils ausgewählten Problembearbeitungen überhaupt realistisch zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Umsetzungsphase sollte nicht übersehen werden, dass jedes Gesundheitsförderungsprojekt gleichsam ein neuer Prototyp ist und Maßnahmen, die an einer Schule gegriffen haben, in anderen Schulen möglicherweise wenig gesundheitsfördernde Wirkung zeigen.

Folgende fünf Handlungsfelder haben sich im Rahmen der vorliegenden Modellprojekte als schulübergreifende Umsetzungsschwerpunkte herauskristallisiert und sollen daher an dieser Stelle kurz beschrieben werden:

- ◆ **Teamkultur – Kooperation im Kollegium**
- ◆ **Bauliche Ausstattung / Arbeitsumfeld / Lärm**
- ◆ **Kooperation LehrerInnen – SchülerInnen – Eltern / Classroom-Management**
- ◆ **Stärkung der psychischen Gesundheit / Work Life Balance**
- ◆ **Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Lehrerinnen und Lehrern**



Das Phasenmodell

Die nachfolgenden Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern versuchen einige Teilaspekte zu illustrieren:

◆ Teamkultur – Kooperation im Kollegium

Es wurde bereits angeführt, dass eine der größten Gesundheitsressourcen in der sozialen Kooperation liegt. Fast alle Modellschulen haben daher Maßnahmen im Bereich der Stärkung der Kooperation im LehrerInnenkollegium gesetzt. Dies reichte von Belegungen der Gestaltung von Konferenzen, über gemeinsame sportliche Aktivitäten in der Freizeit bis hin zur schulinternen Teamsupervision. Weitere Maßnahmen lagen in einer Neugestaltung der gegenseitigen inhaltlichen Unterstützung in Fachteams und strukturiertem Erfahrungsaustausch.

Der Weg führt dabei klar weg vom Modus „EinzelkämpferIn“ in Richtung Teamkultur. Maßnahmen, welche den sozialen Zusammenhalt steigern und die Sozialkompetenzen des Einzelnen fördern, sind ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern.

In diesem Handlungsfeld ist der Schulleitung eine zentrale Rolle beizumessen.

◆ Bauliche Ausstattung / Arbeitsumfeld / Lärm

An sehr vielen Modellschulen wurde die bauliche Ausstattung als große Gesundheitsbelastung wahrgenommen. Dies beginnt bei der Platzproblematik im Konferenzzimmer und geht über fehlende Besprechungsräume bis hin zu gravierenden baulichen Mängeln. Als hohe klassische Gesundheitsbelastung – die man eher in Produktionsunternehmen erwarten würde – ist zudem der Faktor Lärm anzuführen. Dieser ist ein zentraler Treiber psychischer Belastungen und scheint im Berufsalltag von Lehrerinnen und Lehrern weit verbreitet zu sein.

Die gesetzten Maßnahmen der Modellschulen reichten von baulichen Veränderungen über die Neustrukturierung der Raumnutzung, visuelle Gestaltungskonzepte bis hin zu Maßnahmen der Lärmreduktion. Zentral ist weiters die Frage nach der Schaffung von „Ruhe-Zonen“ für Lehrerinnen und Lehrer. Obwohl in diesem Handlungsfeld Schulen oft an finanzielle und bauliche Grenzen stoßen, sind viele Gestaltungsmöglichkeiten noch nicht genutzt.

◆ Kooperation LehrerInnen – SchülerInnen – Eltern / Classroom-Management

Lehrerinnen und Lehrer sind in ihrer beruflichen Tätigkeit auf die Kooperation mit Eltern und SchülerInnen angewiesen. Ohne auf die Veränderung in dieser Kooperationsbeziehung eingehen zu können, machen die Praxisbeispiele deutlich, dass in diesem Bereich sowohl Gesundheitsressourcen, als auch Gesundheitsbelastungen für Lehrerinnen und Lehrer liegen.

Dass aber eine große Ressource in einer guten Kommunikation liegt, unterstreicht das Statement einer Modellschule: Mir ist wichtig, dass die Kommunikation durch das Projekt verbessert wurde und es dadurch allen besser geht.

HS Preding

In fast allen Modellschulen wurden daher Maßnahmen in Richtung einer verbesserten Kooperation mit Schülerinnen und Schülern entwickelt. Diese reichten von Aktivitäten zur transparenteren Beurteilung von Schülerinnen und Schülern, über gemeinsame Verhaltensvereinbarungen bis zur Entwicklung einer gemeinsamen Pausenkultur und Fortbildungen für ein besseres Klassenmanagement. An diesem Punkt ergeben sich Überschneidungen zur schulischen Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Schülerinnen und Schüler. Herausfordernder waren Maßnahmen zur Verstärkung der Kooperation mit Eltern, welche sich in einem ersten Schritt auf die klare Strukturierung der Erreichbarkeit und die Möglichkeit zu vertiefenden Elterngesprächen konzentrierten.

In diesem Handlungsfeld ergeben sich deutliche Überschneidungen zur Organisations- und Kulturentwicklung in Schulen.

◆ **Stärkung der psychischen Gesundheit / Work Life Balance**

Trotz der angeführten Gesundheitsressourcen von Lehrerinnen und Lehrern, birgt der Lehrberuf vor allem hohe psychische Anforderungen. Viele Untersuchungen belegen dieses überdurchschnittlich hohe Ausmaß an psychischer Beanspruchung, welches mit dem Lehrberuf verbunden ist.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass in nahezu allen Modellschulen im Bereich der psychischen Gesundheit Umsetzungsschwerpunkte entwickelt wurden. Diese reichten von Angeboten der Teamsupervision, über Methoden zur Stressreduktion und Entspannung, bis hin zur Schaffung von Ruhezeiten für Lehrerinnen und Lehrer.

Ein Thema im Bereich der psychischen Belastungen war auch die Durchforstung von laufenden Projekten und Zusatzaufgaben. Hier können eine transparente Planung und ein konsequentes Projektmanagement zur Entlastung beitragen.

Gerade in diesem Handlungsfeld ist eine parallele Vorgangsweise von Belastungsreduktion und persönlicher Ressourcenstärkung zielführend.

◆ **Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Lehrerinnen und Lehrern**

Neben organisationsbezogenen Aspekten sollten auch Maßnahmen auf der Ebene des persönlichen Gesundheitsverhaltens angeboten werden. Dies betrifft einerseits die Klassiker Bewegung, Ernährung und Rauchen. In diesem Bereich haben sich Gruppenangebote wie Nordic Walking-Gruppen, Langsam-Lauf-Treff oder gemeinsame Kochkurse bewährt. Andererseits stellt der Lehrberuf spezifische Anforderungen, welche unter anderem Angebote im Bereich des Stimmtrainings und des Bewegungs- und Stützapparates (wie etwa Rückenschule) sinnvoll erscheinen lassen.

Weiters können Angebote zur Reflexion der eigenen Gesundheitsmuster helfen, sich selbst wieder gesundheitsfördernder auszurichten.

Good Practice Beispiel aus der HS Straden:

Besonders gut sind in der Hauptschule Straden die gemeinsamen Bewegungstreffen angenommen worden. Im Mittelpunkt der meist 14-tägig stattfindenden gemeinsamen Aktivitäten standen neben der körperlichen Bewegung die Verbesserung der Kommunikation und das Forcieren des Austausches auf informeller Ebene. Die Angebote wurden nach Interessenslage des Kollegiums gewählt und jeweils von einem anderen Mitglied des Lehrkörpers organisiert.

Das Phasenmodell

Da im Lehrkörper der HS Straden der große Wunsch zu regelmäßigen Bewegungs-Treffen bestand, war die Teilnahme am Pilotprojekt "LehrerInnengesundheit" eine willkommene Gelegenheit diesen in die Realität umsetzen zu können. Durch die Vielfältigkeit des Angebots (Nordic Walking, Badminton oder Feldenkrais) konnte ein Großteil des Kollegiums angesprochen werden.

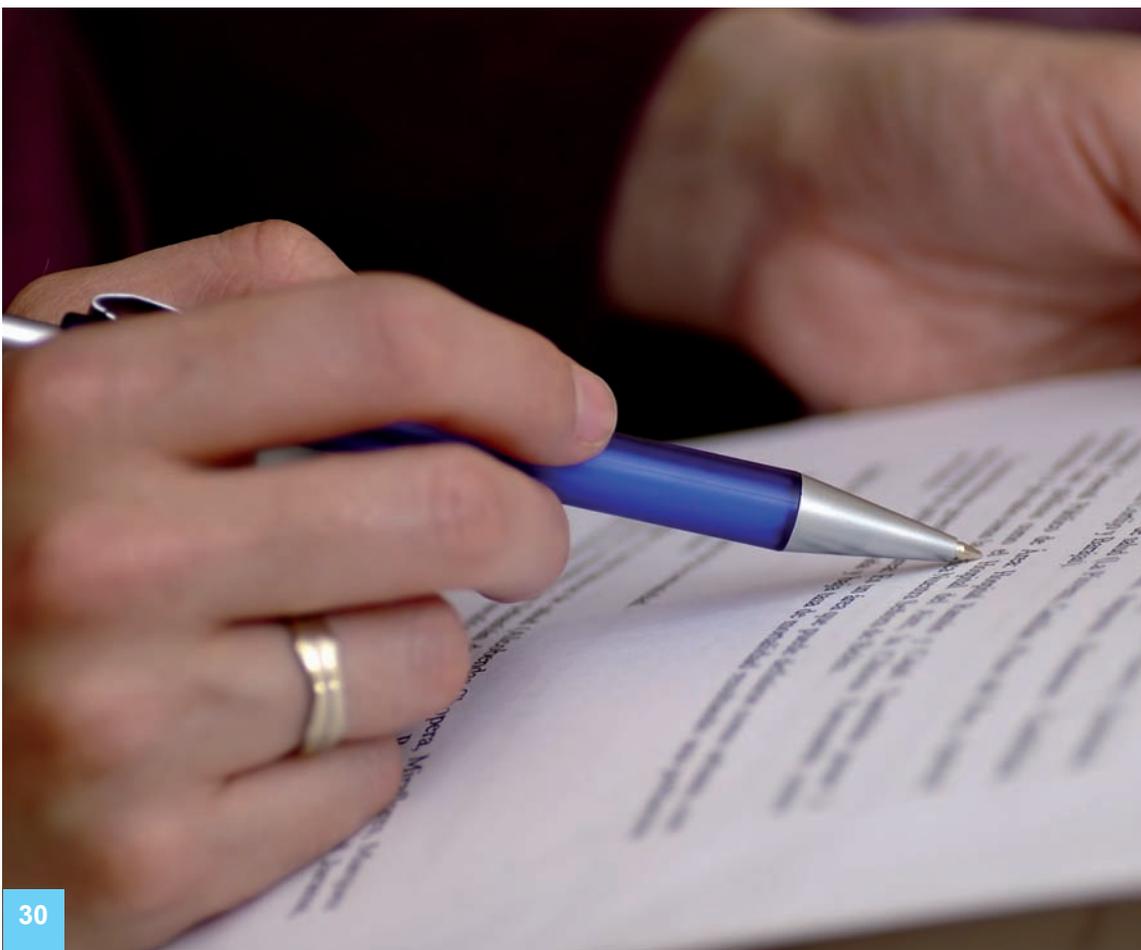
HS Straden

Gesundheitskompass

Wie bereits ausgeführt, liegt die Herausforderung im Bereich der Umsetzungsphase darin, eine Balance aus verhaltensorientierten und verhältnisorientierten Maßnahmen, welche gesundheitsrelevante schulische Rahmenbedingungen verändern, zu entwickeln und umzusetzen. Während verhaltensorientierte Angebote im Rahmen von Gesundheitstagen für Lehrerinnen und Lehrer umgesetzt werden können, brauchen verhältnisorientierte Veränderungen eine längere Zeitperspektive. Daher sollte für die Umsetzungsphase auch zumindest ein Schuljahr anberaumt werden.

7. Evaluation und Bewertung der Ergebnisse

Die systematische Dokumentation und Evaluierung von Maßnahmen und Projekten ist ein zentraler Bestandteil von Gesundheitsförderung geworden. Obwohl der Begriff „Evaluation“ oft sperrig erscheint, ist der damit beschriebene Grundgedanke gut nachvollziehbar: Am Ende eines Projektes sollte auch intern eingeschätzt werden, ob die gesetzten Maßnahmen Veränderungen in Richtung mehr Gesundheit bewirkt haben und inwieweit die definierten Ziele erreicht wurden.



Dies kann im Rahmen von Projekten zur Gesundheitsförderung von Lehrerinnen und Lehrern auf mehreren Ebenen erfolgen, wobei eine gute Dokumentation der Projektentwicklung und der gesetzten Maßnahmen eine zentrale Grundlage für alle weiteren Schritte darstellt. Diese Basisdokumentation sollte unterschiedliche Datenquellen beinhalten:

- ◆ Fotos oder Videos von Maßnahmen und Aktivitäten
- ◆ Sitzungsprotokolle des Gesundheitsteams
- ◆ Erfassung von Gruppenprozessen (Teilnahmelisten von Workshops, Vorträgen,..)
- ◆ Auswertungsgespräche im Kollegium
- ◆ Auswertungssitzung im Team Gesundheit
- ◆ ...

Diese Dokumentation sollte immer aktuell gehalten werden, da eine spätere Rekonstruktion der gesetzten Schritte und Maßnahmen sehr aufwendig und komplex ist. Unterstützend empfiehlt sich in diesem Zusammenhang die chronologische Beschreibung in Form eines Projektstagebuchs.

Projektstagebuch

Ein Projektstagebuch – von der internen Projektleitung geführt – ist eine wichtige Dokumentationsgrundlage. Möglichst regelmäßig sollten darin stichwortartig wichtige Termine und Ereignisse sowie die subjektiven Eindrücke und Hypothesen des Projektleiters festgehalten werden.

Neben dieser Form der internen Evaluation können auch Fragebogenerhebungen einen wichtigen Beitrag zur Bewertung der an der Schule gesetzten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Lehrerinnen und Lehrern bilden.

Fragebogen-Erhebung

Um die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprojekten zu beurteilen, kann einige Zeit nach Ende des Projektes eine weitere Gesundheitsbefragung durchgeführt werden. Prinzipiell sind dabei zwei unterschiedliche Wege möglich:

- ◆ Panel Erhebung
- ◆ Retrospektive Erhebung

Wurde bereits in der Diagnosephase eine schriftliche Erhebung durchgeführt, so bietet sich eine Panel-Befragung an. In einer Panel-Befragung wird ein identes Instrument an zwei Zeitpunkten (zum Beispiel vor dem Projektstart und nach dem Projektende) eingesetzt und gemessen, ob sich relevante Veränderungen in den Befragungsergebnissen abbilden.

Wurde in der Diagnosephase keine schriftliche Erhebung durchgeführt, so kann bei Projektende eine retrospektive Erhebung durchgeführt werden. Dabei wird ein Instrument entwickelt, das rückblickend einige Fragen zur Wahrnehmung und Wirksamkeit des Projektes beinhaltet. Damit soll eine möglichst breite Einschätzung seitens der betroffenen Lehrerinnen und Lehrer erhoben und mögliche Veränderungen quantifiziert werden.

Das Phasenmodell

Abschluss- und Reflexionssitzung im Gesundheitsteam

Die dokumentierten Entwicklungen sollten regelmäßig im Gesundheitsteam diskutiert und ausgewertet werden. Erst dadurch können die unterschiedlichen Bedeutungsebenen der Ergebnisse und die Schlussfolgerungen für das Projekt herausgearbeitet werden. Erfahrungsgemäß gewährleistet dieses Vorgehen eine gute Steuerungsmöglichkeit für die weitere Projektumsetzung.

Vor allem in der Phase des Projektabschlusses erhält diese Vorgehensweise besondere Bedeutung, da auf Basis der gemachten Erfahrungen konkrete Schritte zur Verankerung der Gesundheitsförderung im Schulkollegium gesetzt werden sollten.

Das Gesundheitsprojekt war eine sehr positive Sache für unsere Schule. Lang gehegte Wünsche und Anliegen, aber auch Probleme konnten angesprochen werden und wurden sachlich bearbeitet. Ideen werden frei und Schritte für Veränderungen festgehalten und auch in Gang gesetzt.

BG/BRG Mürzzuschlag

Rückmeldung und Projektabschluss

Die gesammelten und ausgewerteten Ergebnisse des Projektes sollten auf jeden Fall an das LehrerInnenkollegium rückgemeldet werden. Dies kann in Form eines kurzen Projektberichtes oder als Präsentation erfolgen. Eine entsprechende Projektpräsentation bildet auch den offiziellen Abschluss der Projektphase. Da Projekte gleichsam „Erprobungs- und Lerninseln“ darstellen, sollte aber bereits bei Projektende eine nachhaltige Verankerungsstruktur an der Schule sichtbar werden.

Projekte und Maßnahmen über den regulären Schulalltag hinaus bedeuten meist auch zusätzliches Engagement. Dank und Wertschätzung von Seiten der Führung an das Projektteam sollten dabei nicht vergessen werden. Auch muss Engagement nicht bedeuten, für immer Teil eines Gesundheitsteams zu sein. Es sollte ebenso die Möglichkeit bestehen, sein „Mandat“ zurückzulegen oder dass andere interessierte Lehrerinnen und Lehrer neu dazukommen können.

Abschluss – Verankerung

Das Projekt hat bei den LehrerInnen das Bewusstsein geschärft, dass neben der Hilfe von außen vor allem auch die eigene Mitarbeit nötig ist.

Als positives Ergebnis lässt sich festhalten, dass das Pilotprojekt das Gesundheitsbewusstsein von Direktion und Lehrerkollegium gestärkt hat; Dieses Bewusstsein aufrecht zu erhalten sollte uns Motivation genug sein, weiter daran zu arbeiten.

BRG Wallererstraße, Wels

Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer bedient sich auch im Setting Schule in einem ersten Schritt der Arbeitsform eines Projektes, welche einen strukturierten Kreislauf durchlaufen sollte. Die Planung und Umsetzung eines schulspezifischen Gesundheitsförderungsprojektes für Lehrerinnen und Lehrer stellt damit einen ersten wichtigen Schritt zur Steigerung der Sensibilität für das Thema Gesundheit dar, da in einem definierten Zeitraum entsprechende Ressourcen für dieses Thema zur Verfügung stehen.

Da Projekte aber nur „Organisationen auf Zeit“ bilden, sollten diese Erfahrungen bereits in der Schlussphase des Projektes genutzt werden, um das Thema Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer nachhaltig an der Schule zu verankern. Im Idealfall wird dadurch Gesundheitsförderung zu einer tragenden Säule der Schulkultur. Folgende Schritte zur Verankerung erscheinen aus bisherigen Praxiserfahrungen zielführend:

◆ **Entwicklung themenspezifischer Schulleitlinien**

Die Erarbeitung und Umsetzung von schulinternen Leitlinien zur Beachtung und Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Themenstellungen hat sich als eine mögliche Verankerungsschiene bewährt. Dies gilt unter anderem für Themenfelder wie Burn-Out-Prävention, Pausengestaltung, Lärmreduktion oder auch soziale Unterstützung. Die Erarbeitung entsprechender Richtlinien bedingt eine partizipative Formulierung und in weiterer Folge ein aktives Leben der erarbeiteten Grundsätze.

◆ **Etablierung eines Gesundheits-Teams**

Das Thema Gesundheitsförderung sollte auch nach der Projektphase von einem eigenen Team von Lehrerinnen und Lehrern weiterentwickelt werden. Wird dieses Thema entweder gar nicht organisatorisch verankert oder einer Einzelperson zugeteilt, so ist die Gefahr groß, dass nach dem Projekt viel an Schwung verloren geht.

Dieses Team kann kleiner sein als im Projekt und die Treffen vielleicht nicht so häufig – eine klare Zuständigkeit ist dennoch anzuraten.

In kleinen Schritten haben wir sichtbare und spürbare Fortschritte gemacht, so dass das Thema LehrerInnengesundheit nun in unserer Schule im Gesundheitsteam sicher verankert ist. Das zeigt sich darin, dass alle MitarbeiterInnen dieses Teams auch für die nächste Zeit diese Aufgabe weiter übernommen haben.

NMS Strassgang, Graz

◆ **Einbau in Managementinstrumente**

Bislang sind gängige Managementsysteme im Setting Schule noch wenig etabliert. Neben der Verankerung in umfassende Managementsysteme bietet sich aber möglicherweise die Chance, die Perspektive der Gesundheitsförderung in einzelnen Managementinstrumenten zu verankern. So sind beispielsweise MitarbeiterInnengespräche oder Zielvereinbarungsgespräche auch in einigen Schulen bereits etabliert.

Das Phasenmodell

Hier bietet sich die Integration einer umfassenderen Perspektive „Gesundheit“ an. Auch an dieser Stelle sollte nicht einseitig auf Fehlzeiten fokussiert werden, sondern die Themenstellungen gesundheitsrelevanter Ressourcen und Belastungen und der sozialen Integration konstruktiv bearbeitet werden. Entsprechende Schritte sind seitens der Schulleitung zu setzen.

◆ **Weiterführung einzelner Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Eine Weiterführung von in einem Projekt erprobten Instrumenten stellt eine niederschwellige Möglichkeit der Verankerung dar. So könnten etwa Gesundheitszirkel jährlich „wiederholt“ oder eine Gesundheitskonferenz in fixen Zeitabständen umgesetzt werden. Zudem sollten Möglichkeiten der Mitbestimmung und Partizipation weitergeführt und weiterentwickelt werden. Längerfristig ist dabei aber mit bestimmten „Gewöhnungseffekte“ zu rechnen.

◆ **Interne Aus- und Fortbildung**

Bei aller Struktur- und Managemententwicklung lebt Gesundheitsförderung immer wieder auch von der Qualifikation und dem Engagement von konkreten Personen. Im Bereich der Aus- und Fortbildung sollte daher sowohl auf Ebene der Schulleitung, als auch der jeweiligen Lehrerinnen und Lehrer kontinuierlich das Thema Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Eine entsprechende interne Expertise ist eine der besten Investitionen in die nachhaltige Verankerung.

◆ **Schulinternes Marketing**

Ohne kontinuierliche Information und Kommunikation verlieren die meisten Themen an Gewicht und Aufmerksamkeit. Gesundheitsförderung sollte daher in möglichst vielen schulinternen Kommunikationsmedien (Schulzeitung, Jahresbericht, Intranet,...) einen entsprechenden Platz finden.

Für welche Verankerungsmaßnahmen sich eine Schule auch entscheidet: Am Ende sollte das Thema Gesundheit und die Prinzipien der Gesundheitsförderung in die bestehenden Organisationsstrukturen und -prozesse der Schule gut integriert sein.

Nicht als dekorativer Aspekt, sondern als zentraler Bestandteil einer gesundheitsfördernden Schulkultur.

Resümee

Das Resümee: gesunde Lehrerinnen und Lehrer, die sich an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen, sind gelassener, freundlicher und einfach ‚bessere‘ Lehrerinnen und Lehrer. Und das ist es doch, was uns allen gemeinsam wichtig ist!

Aloisianum Linz

Die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer stellt einen zukünftig vermehrten Handlungsbedarf dar, denn „Gute gesunde Schulen brauchen gute gesunde Lehrer!“ (Sieland, 2006). Gemäß den Landauer Empfehlungen für LehrerInnengesundheit (2004) ist die Gesundheit der Pädagoginnen und Pädagogen als zentrales Gut des Bildungswesens und der Gesellschaft allgemein zu sehen.

Übereinkommen herrscht auch dahingehend, dass die Gesundheit von Lehrkräften am besten gefördert werden kann, wenn es zu einem gesundheitsfördernden Schulentwicklungsprozess kommt, in dem es nicht nur um die Veränderung des Verhaltens der Betroffenen, sondern besonders um eine Veränderung der Strukturen und Prozesse geht. Ein strukturiertes Vorgehen, wie in diesem Handbuch dargestellt, ist dabei unumgänglich.

Insbesondere geht es auch darum, einen partizipativen Verlauf in die Wege zu leiten, der an den aktuellen und dringlichen Themen der Lehrerschaft ansetzt, der von der Schulleitung unterstützt wird und in dem sich möglichst rasch kurzfristige Ziele verfolgen lassen.

Die professionelle und externe Begleitung einer Schule auf diesem Weg ist – wie die Erfahrungen aus dem Modellprojekten in Oberösterreich und der Steiermark zeigen – hilfreich und wirksam.

Nicht übersehen werden sollte dabei, dass LehrerInnengesundheit nicht von der SchülerInnengesundheit zu separieren ist. Wie auch in der Literatur vermehrt betont und durch Maßnahmen in den Modellprojekten ersichtlich, hängen die beiden zusammen und beeinflussen sich gegenseitig (HBSC Studie, 2007). Um die Effektivität zu erhöhen, wird es zielführend sein, sowohl SchülerInnen- als auch LehrerInnengesundheit zu vernetzen und die Maßnahmen im Sinne einer gesunden Schulentwicklung in das Schulleitbild und den -alltag zu integrieren.

Zu betonen bleibt, dass der Gesundheit in einer Zeit mit anspruchsvollen, komplexen und sich ständig ändernden Lebensanforderungen ein immer höherer Stellenwert eingeräumt wird. Moderne und innovative Ansätze in der Schulischen Gesundheitsförderung, in der die Förderung der LehrerInnengesundheit eine zentrale Rolle spielt, bekommen dabei besondere Bedeutung.

Modellschulen

Kontaktpersonen Projektschulen Oberösterreich:

BRG Wels Wallererstraße (Bezirk Wels)
Hr. Mag. Karl Buchinger
karl.buchinger@eduhi.at
Tel.: 07242 / 44604

Schulverein Kollegium Aloisianum (Bezirk Linz)
Fr. Mag.^a Gabriela Meinhart
g.meinhart@eduhi.at
Tel.: 0732 / 774121-50

Europagymnasium Auhof (Bezirk Linz)
Hr. Dir. HR Mag. Klaus Hötzenecker
europagym@auhof.eduhi.at
Tel.: 0732 / 245867-0

Kontaktpersonen Projektschulen Steiermark:

Hauptschule Preding (Bezirk Deutschlandsberg)
Hr. Dir. Peter Zach
direktion@hspreding.at
Tel.: 03185 / 61 10

Hauptschule Straden (Bezirk Radkersburg)
Hr. Dir. Karl Lenz und Hr. Karlheinz Maitz
hs.straden@radkersburg.com
Tel.: 03473 / 8368

Neue Mittelschule Straßgang (Bezirk Graz)
Hr. Dir. Franz Frech
hs.strassgang@stadt.graz.at
Tel.: 0316 / 28 22 89

BG/BRG Mürzzuschlag (Bezirk Mürzzuschlag)
Fr. Mag.^a Gudrun Ehrenfeldner
g.ehrenfeldner@bgbrg-muerz.at
Tel.: 03852 / 27 56 0

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGV.
- Badaura, B., Hehlman, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Springer Verlag.
- Badaura, B. u.a. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin, Springer Verlag.
- Dür, W., Griebler, R. (2007): Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnen-gesundheit. Forschungsbericht. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Wien.
- Gerich, J., Sebinger, S. (2006): Auswirkungen von Belastungen und Ressourcen auf die Gesundheit von LehrerInnen. Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung in oberösterreichischen allgemein bildenden höheren Schulen. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Universität Linz, Linz, OÖ Gebietskrankenkasse.
- Goldberg, D. P. (1978): Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, National Foundation for Educational Research.
- Karasek R./Theorell T. (1990): Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, New York.
- Katschnig H., Ladinsler E., Scherer M., Sonneck G., Wancata J. (2001): Österreichischer Psychiatriebericht 2001: Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Landert, Ch. (2002): Zufriedenheit und Unzufriedenheit im Lehrerberuf. Ergebnisse einer Untersuchung bei Deutschschweizer LehrerInnen, Zürich. (online am 28.12.2005, <http://www.sejb.ch/docs/pdf/rapportlandert.pdf>).
- Meggeneder, O. (2005): Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe. Wien, Linde Verlag.
- Merllié, D., Paoli, P. (2002): Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hg.): Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Nemella, J., Stigel, W. (2002): Lebens- und Arbeitsbedingungen von Angestellten in Oberösterreich. Linz, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.
- Rimann, M., Udris, I. (1993): Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie (Forschungsprojekt SALUTE: Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese), Bericht Nr. 3. Zürich, Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.

Rosenbrock R. (2008): Gesundheitsgerechte Arbeitswelt. Fördernde und hemmende Bedingungen, Halle (online am 01.04.2010: http://www.wzb.eu/bal/ph/pdf/vortraege/20080908_rosenbrock_arbeit_halle.pdf).

Schmich J., Schreiner C. (Hrsg.) (2009): TALIS 2008- Schule als Lernumfeld und Arbeitsplatz. Erste Ergebnisse des internationalen Vergleichs Graz: Leykam (online am 08.07.2009: <http://www.bifie.at/buch/749/4>).

Schulz W., Haller M., Grausgruber A. (Hg.) (2005): Österreich zur Jahrhundertwende. Gesellschaftliche Werthaltungen und Lebensqualität 1986 – 2004. Wiesbaden, VS-Verlag.

Sieland, B. (2006): Veränderungspotenziale und Veränderungshindernisse am Beispiel der Gesundheitsförderung im Schulkollegium. Deutsche Angestellten Krankenkasse, Bundesverband der Unfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2006): Lehrergesundheit – Baustein einer guten gesunden Schule, 1. Auflage.

SORA [Institute for Social Research and Analysis] (2000): LehrerIn 2000. Arbeitszeit, Zufriedenheit, Beanspruchungen und Gesundheit der LehrerInnen in Österreich. Wien, (Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, des Bundesministeriums für öffentliche Leistung und Sport und Gewerkschaft Öffentlicher Dienst) (online am 05.01.2006, <http://www.lehrerforum.at/lehrer2000/index2.htm>).

Zeitschrift für Schulleitung und Schulaufsicht (2008), Sonderausgabe zu Schulverwaltung 2/2008: Lehrergesundheit- ein Führungsthema, LinkLuchterhand, Neuwied.

Weiterführende Informationen:

Landauer Empfehlungen zur Lehrergesundheit (online am 01.04.2010: http://www.schulsport-nrw.de/info/05_sicherheitsundgesundheitsfoerderung/pdf/Landauer-Empfehlungen.pdf).

Handbuch Lehrergesundheit - DAK (online am 01.04.2010: http://www.dak.de/content/filesopen/Handbuch_Lehrergesundheit_06.pdf).

Gesunde Führung (online am 01.04.2010: <http://www.tk-online.de/tk/gesundheitsmanagement/broschueren/broschuere-mit-erfolg-gesund-bleiben-1/49540>).

Service Stellen Schule (online am 01.04.2010: <http://www.sozialversicherung.at/schule>).

Grossgruppensettings (online am 01.04.2010: http://www.pelzerap.com/upload/Vernetzung_als_Prozess_Weber_93.pdf).

Fragebogen LehrerInnen-Gesundheit (online am 01.04.2010: <http://www.ooegkk.at/schule>) im Bereich Informationsmaterial und Daten.

Gesundheitskompass (online am 01.04.2010: <http://www.ooegkk.at/schule>) im Bereich Informationsmaterial und Daten.

Tagungsband BAUA (online am 01.04.2010: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/697114/publicationFile/46902/Tb141.pdf>).



Projektkooperation:



Impressum:

Herausgeber: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Für den Inhalt verantwortlich: Mag.^a Sarah Sebinger, OÖGKK und Dr. Christian Scharinger

Bearbeitung: Angelika Mittendorfer, OÖGKK

Inhaltliche Kooperation: Mag.^a (FH) Verena Krammer, STGKK und Mag.^a Doris Kuhness MPH, Styria vitalis

Layout und Grafik: Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation, OÖGKK

Druck: BTS