



Foto: Monika Sanderl

## Christopher Grieben / Ingo Froböse

# Was hält Lehrkräfte gesund? – Was bewirkt Bewegung?

SchülerInnen stellen bereits seit mehreren Jahren eine beliebte Zielgruppe dar, um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie z.B. ausreichend viel Bewegung oder eine ausgewogene Ernährung im Setting Schule zu vermitteln. Insbesondere durch lange Sitzzeiten und zunehmendem Anforderungsdruck wird die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen häufig auch als Risikozielgruppe im Rahmen präventiver Maßnahmen definiert und ins Zentrum vieler wissenschaftlicher Untersuchungen im Bereich der Schul- und Bildungsforschung gesetzt. Die Zielgruppe der LehrerInnen, als eine bedeutende Stakeholdergruppe in der Schule, einer gesellschaftlichen Institution, die einen prägenden Lebens-, Lern- und Erfahrungsbereich für SchülerInnen darstellt (Johannsen, 2007), werden in der schulischen Gesundheitsförderung dagegen bislang wenig Beachtung gezollt. Und das obwohl Lehrkräfte aktuell mit 903.600 LehrerInnen zu einer starken Arbeitnehmer-schaft gehören (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland, 2015). Gesundheitsförderung stellt aktuell in den Schulgesetzen der Länder eine eher untergeordnete Rolle dar (Altgeld & Kolip, 2010). LehrerInnen sind jedoch maßgeblich für die Güte einer Schule mitverantwortlich. Die Güte einer Schule wird dabei stark von der Arbeitsfähigkeit des Individuums beeinflusst.

### Gesundheitliche Situation von LehrerInnen

Durch die Betrachtung der aktuellen gesundheitlichen Situation der LehrerInnen lassen sich Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit schließen. Zu den häufigsten Belastungen werden Muskel-Skelett- und Herz-Kreislaufkrankungen gezählt (Scheuch et al., 2015). Auffällig ist darüber hinaus das erhöhte Auftreten von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (Weber et al., 2004). Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass das aufgezeigte Krankheitspanorama kein „deutsches“ Problem darstellt. Unterbrink et al. (2010) zeigen auf, dass z.B. Schulstress auch in vielen anderen europäischen Ländern zu erhöhten Erkrankungs-raten von z.B. Depressionen, Angststörungen oder somatoformen Störungen bei Lehrkräften führt. Insgesamt ist mit zunehmenden Alter auch eine deutliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands zu beobachten. Dabei lassen sich eine Reihe unspezifischer Beschwerden, wie z.B. Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Angespanntheit und emotionale Erschöpfung feststellen (Hofmann et al., 2012).

### Arbeitsbelastungen von LehrerInnen

Zusammengefasst kann die Arbeitssituation eines Lehrers durch die Übernahme von immer mehr Funktionen/Rollen in den letzten Jahren, wie zum Beispiel der Rolle als Erzieher, Partner, Berater, Vermittler, Sozialarbeiter, professioneller Manager und politischer Aufklärer beschrieben werden (Scheuch et al., 2010). Damit einhergehend stellen u.a. die insgesamt hohen Anforderungen an den Lehrerberuf, die diskrepante Rollenerwartung und Ansprüche durch Eltern, Schulleitung und Schülern sowie insbesondere die erwähnten Mehrfachaufgaben eine zusätzliche Belastung für LehrerInnen dar (Schaarschmidt, 2005). Die Diskussion über die Arbeitsbedingungen und -belastungen von Lehrkräften ist jedoch nicht neu und soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Um die Unterrichtsqualität und somit auch den Lernerfolg der SchülerInnen insgesamt aufrecht erhalten zu können, muss entsprechend die Gesundheit der LehrerInnen angegangen werden. Im Gegensatz zu einer eher defizitorientierten Sichtweise vieler Veröffentlichungen, wird im folgenden Abschnitt eine ressourcenorientierte Herangehensweise gewählt, um aufzuzeigen, wie die Potentiale des Einzelnen, aber auch das des Settings Schule als solches genutzt werden können, um eine nachhaltige Gesundheitsförderung gewährleisten zu können.

### Schulische/ Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Ziel einer Maßnahme der schulischen/betrieblichen Gesundheitsförderung muss auf zwei zentralen Präventionsansätzen basieren: Gesundheits- und Sportwissenschaftler sprechen in diesem Zusammenhang von verhaltens- und verhältnisorientierten Präventionsansätzen. Einerseits müssen verhältnisorientierte Maßnahmen, hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes entwickelt werden und andererseits muss das individuelle Gesundheitsverhalten gefördert werden. Auf Verhältnisebene müssen Prozesse und Strukturen, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Rahmenbedingungen zum Ziel haben, gefördert werden. Die einzelnen Maßnahmen müssen entsprechend in ein übergeordnetes, ganzheitliches Konzept eingebettet werden und darüber hinaus sollten alle beteiligten Stakeholdergruppen, wie z.B. SchülerInnen, LehrerInnen und Schulleitungen mit in die Planungs- und Umsetzungsphasen aktiv, z.B. in Form von Fokusgruppeninterviews eingebunden werden (Partizipation).

Handlungsfelder
Bewegung
Ernährung
Stressmanagement
Suchtmittelkonsum

Übersicht über die Handlungsfelder des GKV-Spitzenverbands (Tab. 1)

Betrachtet man den Handlungsleitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands, lässt sich erkennen, dass nach § 20 Abs. 1 SGB V Maßnahmen mit folgenden Handlungsfeldern (s. Tab. 1) durch die gesetzlichen Krankenversicherungen subventioniert werden: Durch das im Jahre 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG), wurde der Bedarf und die Notwendigkeit nach evidenzbasierten Präventionsprogrammen, in dem die oben genannten Handlungsfelder angegangen werden sollen, noch einmal deutlich unterstrichen. Demnach werden Kranken- und Pflegekassen in Zukunft mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention in den sogenannten Lebenswelten wie Kita, Schule oder auch Betrieb investieren. Im weiterführenden Textabschnitt wird die Bedeutung, die Effektivität ausgewählter Maßnahmen und entsprechende Umsetzungsstrategien explizit des 1. Handlungsfeldes „Bewegung“ beschrieben.

### Handlungsfeld „Bewegung“

Die Notwendigkeit körperlich-sportlicher Aktivität zur Bewältigung des Alltags ist durch die steigende Mechanisierung (Automobile, Fahrstühle, Elektrogeräte, Fernbedienungen), den zunehmenden Einsatz neuer Medien und Veränderungen in der Berufswelt häufig zu gering. Gut belegt ist bereits, dass die gezielte Förderung von körperlich-sportlicher Aktivität als Schlüsselfaktor für das Verhindern zahlreicher Risikofaktoren und Krankheiten gilt. Allein ein Viertel aller Todesfälle, die durch chronische Erkrankungen bedingt sind, lassen sich auf körperliche Inaktivität zurückführen (Rütten, 2005). Insbesondere die Ausdauerleistungsfähigkeit (Starker et al., 2007) und moderate körperliche Aktivitäten besitzen entsprechend eine vorbeugende und positiv schützende Wirkung gegen unterschiedliche (chronische) Erkrankungen, wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2, Osteoporose, Depressionen und Angstzustände (Harding et al., 2015) (s. Tab. 2). Darüber hinaus wirkt körperliche Aktivität auf psychosozialer, emotionaler und kognitiver Ebene (Graf & Dordel, 2007).

### Qualität und Quantität von Bewegung

Die Daten zeigen auf, dass körperlich-sportliche Aktivitäten zu den zentralen Faktoren zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der physischen, psychischen und der psychosozialen Gesundheit gehören. Die Effekte sind jedoch stark abhängig von Quantität und

Erkrankung/ Risikofaktor	Wirkung von regelmäßiger körperl. Aktivität
Koronare Herzkrankheit	↓↓↓
Hypertonie	↓↓
Diabetes Mellitus Typ 2	↓↓ (↓)
Osteoporose	↓
Depressionen/Angststörungen	↓↓
Apoplexie	↓
Brust- und Darmkrebs	↓↓
Adipositas	↓↓
Fettstoffwechselstörung	↓↓
Funktionelle Leistungsfähigkeit	↓↓

(↓↓↓ starke Abnahme, ↓↓ moderate Abnahme, ↓ geringe Abnahme)

Effekte von körperlicher Aktivität (Tab. 2)

Qualität der Bewegung. Wie viel und welche Bewegung ist nun gesundheitsfördernd? Nach den aktuellen Aktivitätsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gilt eine Mindestaktivitätsempfehlung von 30 Minuten an fünf Tagen der Woche im moderat-intensiven Bereich (z.B. zügiges Gehen, Radfahren, Gymnastik, Tanzen, etc.). Diese Empfehlung für ein gesundheitswirksames Bewegungsverhalten bezieht sich explizit nicht nur auf sportliche Aktivität, sondern auch auf körperliche Aktivität im Alltag (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008; Haskell et al., 2007) (s. Abb. 1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Dauer von 30 Minuten in 10 Minuten Abschnitte als Minimaldauer absolviert werden müssen (z.B. 3 x 10 Minuten). Ergänzend sollten an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Bewegungen mit mittlerer oder höherer Intensität durchgeführt werden, bei denen möglichst die großen Muskelgruppen beansprucht werden (Haskell et al., 2007; World Health Organization, 2010) (siehe Abb. 1). Aktuell erreichen jedoch in Deutschland nur 15,5% der Frauen und 25,4% der Männer oben genannte Mindestanforderungen für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität der WHO (Kurth, 2012).

Bei zukünftigen Projekten/Programmen zur Gesundheit von Lehrkräften ist somit einerseits das Minimalziel von 150 min (2 ½ Stunden) moderater-intensiver körperlicher Aktivität anzustreben und darüber hinaus müssen immer individuelle Voraussetzungen und bei weiteren sportlichen Belastungen auch die richtige Dosierung individuell bestimmt werden. Eine nachhaltige Sicherung von Gesundheitseffekten im Setting Schule/Betrieb sollte bewegungsfördernde Maßnahmen unbedingt mit integrieren.

(Modifiziert nach Samitz und Baron, 2002; Bassuk und Manson, 2005; Rütten, 2005; Hänsel, 2007)



Abb. 1: Bewegungsempfehlungen für Erwachsene  
(<https://www.gesundheit.gv.at>)

Sie können auch Bewegungen mittlerer und Bewegungen höherer Intensität kombinieren. Als Faustregel gilt, dass 20 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität gleich viel zählen wie 10 Minuten Bewegung höherer Intensität.

Mittlere Intensität bedeutet, dass die Atmung etwas beschleunigt ist, während der Bewegung aber noch gesprochen werden kann. Dauer: 150 min - für Einsteiger empfohlen

Höhere Intensität bedeutet, dass man tiefer atmen muss und nur noch kurze Wortwechsel möglich sind. Dauer: 75 min

Bei muskelkräftiger Bewegung sollen die Muskelgruppen des Körpers gestärkt werden, indem das eigene Körpergewicht oder Hilfsmittel (z.B. Therabänder) als Widerstand eingesetzt werden.

## Zusammenfassung

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass der Nachweis gesundheitsförderlicher Bewegung in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen bereits aufgezeigt werden konnte. Dennoch kann aktuell lediglich jeder 5. Erwachsene den Bewegungsempfehlungen folgeleisten. LehrerInnen sind in diesem Zusammenhang erst selten als Risikozielgruppe definiert worden und entsprechend gibt es auch erst wenige bewegungsfördernde Ansätze für sie. Das neue Präventionsgesetz stellt eine Chance dar, das Setting Schule mit einem ganzheitlichen Ansatz, kombiniert aus verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen anzugehen. Um individuelle Bedürfnisse berücksichtigen zu können, müssen alle beteiligten Stakeholder aktiv in die Planungs- und Umsetzungsphase eingebunden werden. Ergänzend kann mit einem definierten Bedarf von Gesundheits- und Sportwissenschaftlern ein umfassendes Maßnahmenprogramm konzipiert und umgesetzt werden. Darüber hinaus sollten auch Wissenschaftler und Praktiker eng miteinander zusammenarbeiten und Netzwerke bilden, so dass die Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen werden kann und somit Kriterien für Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden können.

## Literatur:

- Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung (S. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bassuk, S.S. & Manson, J.E. (2005). Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of Applied Physiology*, 99(3), 1193-1204.
- Graf, C. & Dordel, S. (2007). Körperliche Aktivität und Bewegungsmangel. In C. Graf, S. Dordel & T. Reinehr (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hänsel, F. (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.) (Ed.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis* (S. 23-44). Göttingen: Hogrefe.
- Harding, S.K., Page, A.S., Falconer, C. & Cooper, A. R. (2015). Longitudinal changes in sedentary time and physical activity during adolescence. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12.
- Haskell, W.L., Lee, I.-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., Baumann, A. & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081-1093.
- Hofmann, F., Griebler, R., Ramelow, D., Unterweger, K., Griebler, U., Felder-Puig, R. & Dür, W. (2012). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Österreichs Lehrer/innen. Ergebnisse der Lehrer/innenbefragung 2010. Wien: LBHPR Forschungsbericht.
- Johannsen, U. (2007). Die gesundheitsfördernde Schule. Gesundheitsförderung durch Organisations- und Schulentwicklung. Saarbrücken. VDM Verlag Dr. Müller.
- Kurth, B.-M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 1-11.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*, 2008. In U. S. D. o. H. a. H. Services (Ed.). Washington, DC.
- Rütten, A. (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: H. 26. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Samitz, G. & Baron, R. (2002). Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In G. Samitz & G. Mensink, *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie: Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 11-31). München: Marseille.
- Schaarschmidt, U. (2005). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Scheuch, K., Seibt, R., Rehm, U., Riedel, R. & Melzer, W. (2010). Lehrer. In: S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Handbuch der Arbeitsmedizin*. Fulda: Fuldaer Verlagsanstalt.
- Scheuch, K., Haufe, E. & Seibt, R. (2015). Teachers' health. *Dtsch Arztebl Int*, 112, 347-56.
- Starker, A., Lamper, T., Worth, A., Oberger, J., Kahl, H. & Bös, K. (2007). Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) [Motor Fitness. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 775-783.
- Statistische Veröffentlichung der Kultusministerkonferenz. (2015). Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 2005 bis 2014. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Unterbrink, T., Zimmermann, L., Pfeifer, R., Rose, U., Joos, A., Hartmann, A., Wirsching, M. & Bauer, J. (2010). Improvement in School Teachers' Mental Health by a Manual-Based Psychological Group Program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 262-264.
- Weber, A., Weltle, D., Lederer, P. (2004). Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. *Dtsch Arztebl*, 101: A-850-9.
- World Health Organization, W. (2010). *Global recommendations on physical activity for Health*.