

Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung und der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe

Abstract

Der vorliegende Beitrag zielt insofern auf das Leitthema der 17. Hochschultage Berufliche Bildung 2013 Arbeit der Zukunft - Zukunft der Arbeit, als hier zunächst für die berufliche Bildung der Gesundheitsberufe diskutiert wird, ob und wie eine in den Gesundheitsberufen zu stärkende Gesundheitsförderung auch in deren Arbeit integriert werden sollte.

Der zweite Schwerpunkt widmet sich der Frage, welchen Stellenwert Arbeit bzw. der berufliche Wirkungsraum und der außerberufliche Wirkungsraum von Lehrkräften für den Bereich der Gesundheitsberufe einnehmen sollte – also etwas populärer der Frage einer work-life-balance für Lehrkräfte – und zwar nicht nur, um deren eigene Gesundheit zu stärken, sondern auch um als glaubwürdigere Beispiele in der Vermittlung gesundheitsbezogener Kompetenzen wahrgenommen zu werden.

Nach Klärung der Ausgangslage werden so zuerst Ansätze der Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe vorgestellt, um anschließend auf die Ansätze und Konzepte der Gesundheitsförderung in der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe einzugehen und beides in den Kontext eines modernen Qualitäts- und Gesundheitsmanagements in berufsbildenden Schulen zu stellen.

In den Konsequenzen und Perspektiven wird gefordert bzw. für die Zukunft erwartet, dass sowohl die Gesundheitsberufe als auch die Lehrkräfte der beruflichen Fachrichtung Gesundheit nicht nur für ihre jeweils eigene Berufsgruppe die Verbreitung der Gesundheitsförderung in beruflichen Schulen und Betrieben forcieren, sondern auch eine Vorreiter- bzw. Multiplikatorenfunktion für andere (nicht gesundheitsbezogene) Ausbildungsberufe übernehmen bzw. einen entsprechenden Beitrag in der Lehrerbildung und im Berufsalltag von Lehrkräften anderer Fachrichtungen leisten könnten.

1 Ausgangslage und Begründung für eine Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung

Im Folgenden soll zunächst die Ausgangslage – etwas untypisch – zunächst unter dem Fokus besonderer Ressourcen skizziert werden und erst anschließend kurz auf Befunde eingegangen werden, die Belastungen und Erkrankungen bereits bei Kindern und Jugendlichen erkennen lassen, die eine entsprechende Fortsetzung bei Auszubildenden und jungen Erwachsenen finden. Mit Blick auf den zweiten Schwerpunkt sollen auch empirisch umfassend belegte und inzwischen auch recht verbreitete Befunde zur Lehrergesundheit angeführt werden. Im Sinne einer ersten bzw. noch vorläufigen Schlussfolgerung sollen dann besondere Begründungen beschrieben werden, die für die *Arbeit der Zukunft – Zukunft der Arbeit* (so das Leitthema der Fachtagung Gesundheit im Rahmen der 17. Hochschultage Berufliche Bildung 2013) die

Notwendigkeit und die Chancen einer Gesundheitsförderung *in den* und *durch die* berufsbildenden Schulen betonen sollen. Als abschließender Aspekt dieses einleitenden und anteilig auch grundlegenden Kapitels sollen die zentralen Strategien der Gesundheitsförderung und hierbei vor allem der Settingansatz vorgestellt werden.

1.1 Ressourcen einer Gesundheitsförderung an beruflichen Schulen

In aller Regel werden Belastungen, Erkrankungen und Defizite möglichst eindrücklich vorangestellt, um die Notwendigkeit und den unmittelbaren Handlungsbedarf gesundheitsbezogener Maßnahmen – selbstverständlich auch in den Lernorten der beruflichen Bildung – zu betonen. Dies ist zwar keineswegs unrichtig, aber dennoch ganz offenkundig eine krankheitsbezogene Argumentation, die meist auf eine Forderung präventiver Maßnahmen abzielt. Wenn hier also einleitend zunächst die Ressourcen bzw. vorhandene oder entwicklungsfähige Stärken angesprochen werden sollen, so ist dieses als eine konsequent gesundheitsförderliche Perspektive zu verstehen, die ihrerseits gesundheitstheoretisch an das Modell der Salutogenese (vgl. ANTNOVSKY 1997 zit. nach FRANKE 2011, 487) anknüpft. Es wird diesbezüglich vor allem danach gefragt, wie vorhandene gesundheitliche Kompetenzen genutzt und die Rahmenbedingungen für Gesundheit förderlich gestaltet werden können.

So soll hier herausgestellt werden, dass auch die Schulen des Gesundheitswesens, an denen noch immer ein größerer Anteil der pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsberufe ausgebildet werden, wie auch die öffentlichen berufsbildenden Schulen mit den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit (und ggfs. deutlich seltener auch Pflege) grundsätzlich günstige Voraussetzungen bieten, indem hier Bildungsgänge angeboten werden, die zumindest als potenzielle Ressourcen verstanden werden können. Dies impliziert, dass diese Potenziale ggfs. noch nicht erkannt wurden, obwohl dieses besonders naheliegend erscheint oder auch, dass es zugleich Hemmnisse geben könnte, die eine Nutzung dieser Potenziale deutlich erschweren.

Gleichwohl sind für die oben genannten beruflichen Schulen – die allerdings noch immer parallelen Bildungssystemen und unterschiedlichen administrativen Zuständigkeiten zuzuordnen sind – zunächst besondere gesetzliche Grundlagen und curriculare Bedingungen zu attestieren, die prinzipiell das Thema Gesundheit erkennbar ausweisen und legitimieren, mithin also auch eine offensive Berücksichtigung einer berufsbezogenen Gesundheitsförderung ausdrücklich zulassen oder gar einfordern. Zugleich soll hier ebenfalls im Sinne erster Setzungen, die an anderer Stellen vertieft werden sollen, auf die Zielgruppe der Gesundheitsberufe hingewiesen werden, in deren Berufswahlmotiven gesundheitsbezogene „Interessen“ und vor allem das Motiv „anderen Menschen helfen wollen“ auch in aktuelleren Arbeiten (SCHACHE/ LAU 2011, 113) eine zentrale Bedeutung einnehmen.

Für die Lehrkräfte der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, die nicht selten einen entsprechenden Ausgangsberuf aufweisen, ist über ein analog anzunehmendes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen hinaus davon auszugehen, dass die Themen Gesundheit

und Krankheit bzw. auch Gesundheitsförderung und Prävention in vermutlich (fast) allen Studiengängen dieser Fachrichtungen zumindest fachwissenschaftlich nachzuweisen sind, was eine entsprechende inhaltsanalytische Untersuchung der entsprechenden Modulhandbücher zu diesen bundesweit inzwischen enorm zahlreichen Studienangeboten lohnend erscheinen lässt. So werden im Hochschulkompass (vgl. HOCHSCHULKOMPASS o.J.) aktuell 503 Treffer zu gesundheits- und pflegebezogenen Bachelor- und Master-Studiengängen ausgewiesen, die hier allerdings nicht differenzierter gesichtet wurden; das Spektrum reicht hier von „Allgemeine Pflege mit Schwerpunkt Casemanagement/Gesundheitsförderung“ bis zum Studiengang „Workplace Management“.

Festzuhalten ist hier also, dass Lehrkräfte der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege (bzw. auch in anders bezeichneten Studiengänge analog qualifizierte Lehrkräfte) in der Regel über ein deutlich umfangreicheres gesundheitswissenschaftliches Fachwissen verfügen sollten als Lehrkräfte anderer beruflicher Fachrichtungen. Ob und wie dieses Wissen allerdings auch genutzt bzw. erkennbar angewandt wird, und ob hier auch tatsächlich erkennbare gesundheitsbezogene Kompetenzen erwartet werden dürfen, ist damit noch nicht beantwortet.

1.2 Belastungen und Herausforderungen für die Gesundheit

Eine Fülle unterschiedlichster Belastungen sowohl für die Zielgruppe der Auszubildenden (insgesamt oder auch spezifisch für den Bereich der Gesundheitsberufe) als auch für die Zielgruppe der Lehrkräfte (wiederum allgemein oder spezifisch für den Bereich berufsbildender Schulen der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege) könnte hier detailliert vorgestellt werden, um den Handlungsdruck, möglichst rasch diese Belastungen und Erkrankungen zu behandeln, zu betonen. Statt dessen soll hier nur exemplarisch auf zwei der Fachöffentlichkeit seit längerem bekannte Studien verwiesen werden, die verdeutlichen sollen, dass eine systematische Gesundheitsförderung im gesamten Bildungsbereich, wie selbstverständlich auch in den Handlungsfeldern der beruflichen Bildung eine sehr lohnende Investition in die „Zukunft der Arbeit“ wäre.

Für die etwas jüngere Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (im Alter von 11-17 Jahren), also im Vorfeld bzw. am Übergang in die berufliche Erstausbildung wurde bereits 2006 seitens des Robert Koch-Instituts die sehr umfangreiche, aus zahlreichen Teilstudien bestehende 'KiGGS'- Studie vorgestellt, die bereits bei Kindern und Jugendlichen ein Phänomen erkennen lässt, dass inzwischen in der Arbeitswelt im vollem Umfang angekommen ist und das zunehmend zu mahnenden Hinweisen der gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherern geführt hat: Es handelt sich um die Zunahme psychischer Erkrankungen, die in nahezu jeder Altersgruppe, bei beiden Geschlechtern und in fast allen Lern- und Arbeitsbereichen besonders prominent erscheint. Angesichts dieser inzwischen wissenschaftlich, politisch und gesellschaftlich breit geführten Debatte soll hier nur die folgende Studie exemplarisch präsentiert werden:

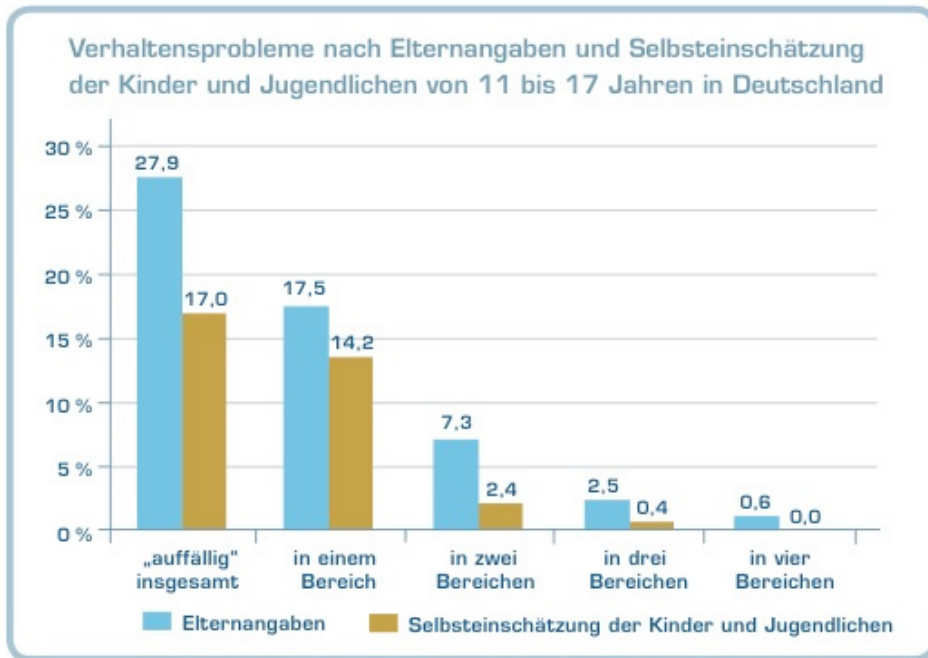


Abb. 1: Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen (Aus: ROBERT-KOCH-INSTITUT 2006, 45).

Die zweite, hier ebenfalls exemplarisch vorzustellende Studie bezieht sich auf die Belastungen bei Lehrkräften und deren psychische Gesundheit, die auch empirisch sehr eindrucksvoll belegt sind (so z.B. auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen). Dabei handelt es sich um die inzwischen breit veröffentlichte Potsdamer Lehrerstudie von SCHAARSCHMIDT/ KIESCHKE (2005) bzw. SCHARSCHMIDT (2009), aus der hier eine zentrale Grafik vorgestellt werden soll.

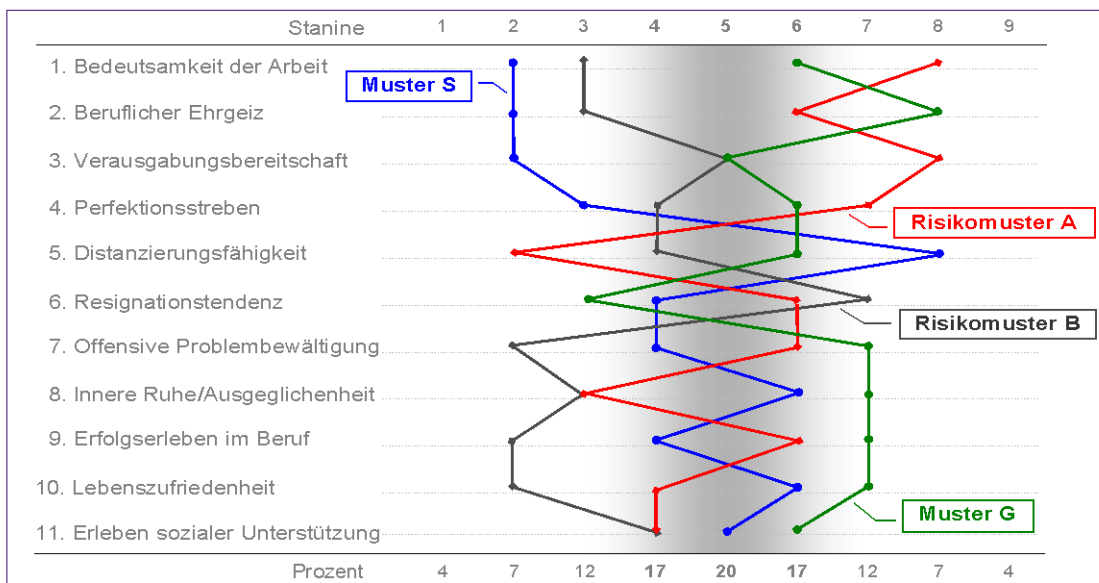


Abb. 2: Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens AVEM (Aus: SCHAARSCHMIDT 2009).

Die zentrale Aussage bei SCHAARSCHMIDT (2009) für Lehrkräfte besteht darin, dass nur ein überraschend geringer Anteil der Lehrkräfte das Verhaltensmuster G (= gesund) aufweist (hier: Berufsbildende Schulen: männlich = 24 %, weiblich = 18 %) während hingegen die krankheitsbezogenen Risikomuster A und B dominieren bzw. auch das Muster S (= Schonung) als durchaus problematisch beschrieben werden (z.B. höhere Anzahl der Krankheitstage, Zusammenhänge mit körperlicher Erkrankungen).

1.3 Begründungen zur Förderung der Gesundheit in Gesundheitsfachberufen und deren Lehrerbildung

Als Konsequenz aus den hier nur knapp skizzierten besonderen Ressourcen und den analog auch nur exemplarisch vorgestellten psychischen Belastungen bei Lernenden und Lehrkräften fällt eine theseartige Zusammenfassung mit dem Ziel einer Begründung von Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe sowie in der entsprechenden Lehrerbildung nicht schwer.

Angesichts der demographischen Entwicklung werden Gesundheitsförderung und Prävention als Leitstrategien an Bedeutung - insbesondere auch in den Gesundheitsberufen - gewinnen, wobei es hier einerseits um deren eigene Gesundheit und andererseits um deren mögliche Multiplikatorenfunktion geht.

Hinzu kommt der Fachkräftemangel in den Gesundheitsfach- und Pflegeberufen, dem gerade wegen der bekannt hohen Fluktuation und des frühen Ausscheidens aus den Gesundheitsberufen durch eine offensive Gesundheitsförderung in deren beruflichen Settings begegnet werden sollte.

Die zukünftig komplexeren beruflichen Anforderungen in (fast) allen Berufen verlangen auch bei Lehrkräften höhere gesundheitsbezogene Kompetenzen und eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen als Lern- und Arbeitsumgebungen.

Insbesondere die berufliche Bildung bietet Chancen von Lernortkooperationen, in denen berufliche Schulen, Betriebe (des Gesundheitswesens) und Hochschulen (mit den Fachrichtungen Gesundheit und Pflege) die Gesundheitsförderung in der „Arbeit der Zukunft“ stärken könnten.

Bildungseinrichtungen, also in besonderer Hinsicht auch öffentliche berufsbildende Schulen und Schulen des Gesundheitswesens, erscheinen als Settings der Gesundheitsförderung prädestiniert, eine sinnvolle Verknüpfung von Bildung und Gesundheit zu leisten: Dieser Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist zwar offenkundig und wissenschaftlich unstrittig, die Chancen einer tatsächlichen Verknüpfung werden jedoch bislang längst nicht immer erkannt bzw. bislang eher nur zurückhaltend genutzt.

1.4 Strategien einer Gesundheitsförderung in Settings

Ausgehend vom auch aktuell noch immer zentralen Dokument der Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta der WHO (1986), setzt die Gesundheitsförderung explizit an der Stärkung vorhandener sozialer und individueller *Ressourcen* der betroffenen Akteure an.

So zielt Gesundheitsförderung auf die *Selbstbestimmung* über die eigene Gesundheit und auf die Förderung gesundheitlicher Kompetenzen der Person. Damit verbunden wird die Befähigung, Gesundheit als Interesse in persönlichen, beruflichen und sozialen Kontexten wahrzunehmen – diese Strategie wird als *Empowerment* bezeichnet.

Zugleich fordert die Gesundheitsförderung die Beteiligung der Betroffenen bzw. der lernenden und arbeitenden Menschen an den Prozessen der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten ein – damit ist die *Partizipation* eine weitere maßgebliche Strategie von Gesundheitsförderung.

Im Gegensatz zu der nicht selten als stärker krankheitsorientiert bezeichneten Prävention bezieht sich Gesundheitsförderung explizit auf die Gestaltung der äußeren Bedingungen von Gesundheit in definierten Lebenswelten bzw. sozialen Kontexten. Diese inzwischen auch gesundheitspolitisch zunehmend verbreitete Strategie wird als *Settingansatz* in der Gesundheitsförderung bezeichnet (vgl. HURRELMANN/ LAASER 2006, 767; NAIDOO/ WILLS 2003, 263f.).

2 Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe

Ansätze einer empirisch fundierten Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe existierten bis zur Akademisierung der Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie der relativ späten Etablierung einer eigenständigen und noch immer eher heterogenen Lehrerbildung in der Bundesrepublik Deutschland bis in die späten 80er Jahre des 20. Jahrhunderts kaum, so dass hierzu im folgenden ebenfalls einige Beispiele angeboten werden sollen.

2.1 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbildung von Auszubildenden

Vor dem Hintergrund des oben angedeuteten Forschungsdesiderates wurden das Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitsstatus und die Gesundheitsinteressen von Auszubildenden aus Gesundheitsfachberufen erstmalig in einer eigenen umfangreichen empirischen Untersuchung dem analogen Gesundheitsverhalten (und dem Gesundheitsstatus und den Gesundheitsinteressen) von Auszubildenden kaufmännischer Berufe gegenüber gestellt. Aus den teilweise durchaus überraschenden Befunden konnten so curriculare Konsequenzen für die bislang fast ausschließlich kurativ (also kaum präventiv) orientierte Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe im Sinne einer tatsächlichen Gesundheitsbildung abgeleitet werden.

So soll in der folgenden Tabelle beispielhaft gezeigt werden, dass hier ein signifikant höherer aktueller regelmäßiger und unregelmäßiger Tabakkonsum (insgesamt 52,2 %) von Auszubildenden aus Gesundheitsfachberufen gegenüber Auszubildenden aus kaufmännischen Berufen (insgesamt 45.5 %) aufgedeckt werden konnte und damit Forderungen einer systematischen Gesundheitsbildung für Gesundheitsberufe berechtigt erscheinen ließ.

Tabelle 1: **Tabelle1: Aktueller und früherer Tabakkonsum (allgemein) und Entwicklung des Tabakkonsums: Auszubildende im Vergleich (Aus: BONSE-ROHMANN 1999, 257)**

	Auszubildende aus Gesundheitsfachberufen (n = 303)	Auszubildende aus kaufmännischen Berufen (n = 240)
aktueller Tabakkonsum	Chi2 = 8,471 / Phi = ,125 / p = ,014	
ja, regelmäßig	35,9	35,1
ja, unregelmäßig	16,3	8,4
nein, nie	47,8	56,5
früherer Tabakkonsum	n.s.	
ja, regelmäßig	20,1	18,9
ja, unregelmäßig	31,4	29,5
nein, nie	48,5	51,5
Entwicklung d. Tabakkonsums	n.s.	
eher zunehmend	37,2	39,8
etwa gleichbleibend	32,0	33,3
eher abnehmend	30,8	26,8

(Angaben in Prozent)

Auf die Vielzahl der Differenzen in weiteren Dimensionen des Gesundheitsverhaltens dieser vergleichenden Untersuchung von Auszubildenden (Ernährung, sportliche Aktivität, Rauschdrogenkonsumverhalten, Alkoholkonsum- und Arzneimittelkonsumverhalten, Sexualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen) kann hier leider nicht näher eingegangen werden.

2.2 Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen

Als ein beispielhaftes Projekt für die Gesundheitsförderung in den Pflegeberufen konnte in einem vom Land NRW im Programm TRAFO (transferorientierte Forschung an Fachhochschulen) geförderten Projekt gezeigt werden, dass durch gezielte Maßnahmen zur rückenbezogenen Prävention und unterrichtlichen Gesundheitsförderung eine Abnahme der Rückenbeschwerden bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der analog auch in der Altenpflege erzielt werden konnte. Auch hier ging es um ein breiteres Spektrum unterschiedlicher Gesundheitsverhaltensbereiche (Alkohol-, Tabak- und Arzneimittelkonsum, subjektive Burnout-Gefährdung und Stress sowie Ernährungsverhalten) und die entsprechenden settingspezifischen gesundheitlichen Bedingungen. Exemplarisch soll

in Abbildung 3 eine signifikante ($p = 0,10$) Reduktion der Rückenbeschwerden bzw. eine deutliche Zunahme der Beschwerdefreiheit für Auszubildende aus der Gesundheits- und Krankenpflege ausgewählt werden.

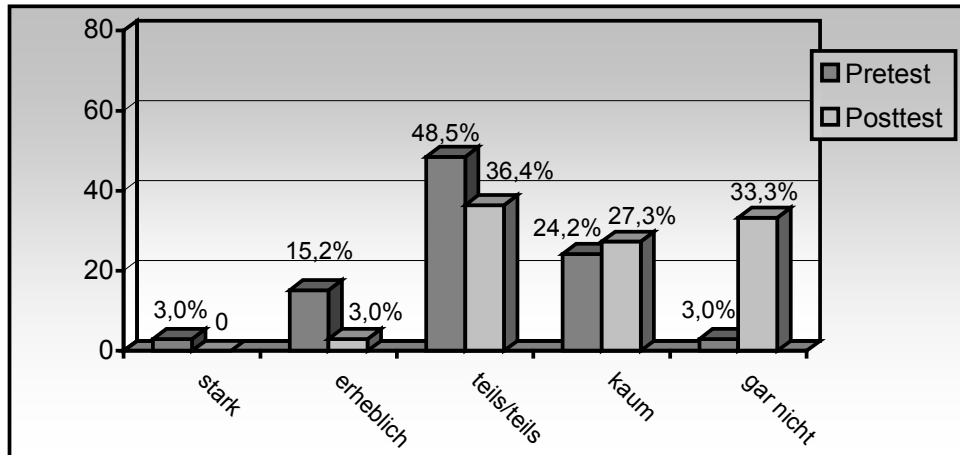


Abb. 3: Rückenbeschwerden Auszubildende Gesundheits- und Krankenpflege (Aus: HÜNTELMANN 2005, 90).

Dabei war es sehr wichtig, sowohl die gesundheitlichen Kompetenzen von Auszubildenden und (berufserfahrenen) Beschäftigten in der Aus- und Fortbildung zu fördern, als auch die Settings Schule (des Gesundheitswesens) und Betrieb (Modellstationen in der stationären Kranken- und Altenpflege) gesundheitsförderlicher zu gestalten. Hierzu zählten die Integration von Fachkräften der Physiotherapie in den Unterricht und das gemeinsame Einüben rückengerechten Arbeitens im Praxisfeld (als ein training on the job) ebenso wie die Einführung einer präventiven berufsbezogenen Rückenschule für Auszubildende und Beschäftigte der Pflegeberufe (vgl. BONSE-ROHMANN/ FREESE 2005).

2.3 Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen

Als drittes Beispiel soll hier auf ein seitens des Bundesgesundheitsministeriums aktuell gefördertes Modellprojekt (Laufzeit: 4/2013 – 12/2014) hingewiesen werden, in dem drei Institutionen mit unterschiedlichen Profilen gemeinsame Interventionen und bereits erprobte Programme der Tabakkonsumprävention für die „Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen zielgruppen- und settingspezifisch anpassen, implementieren und evaluieren werden (vgl. BONSE-ROHMANN 2013).

Dabei kooperieren das auf der Verhaltensebene ausgewiesene IFT Institut für Therapieforschung mit der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege (Hochschule Esslingen, SAGP), die auf dem Gebiet der (strukturellen) Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung der Pflegeberufe über spezifische Erfahrungen verfügt.

Die Förderung der Nachhaltigkeit und Netzworkebildung der ausbildenden Einrichtungen leistet hier als dritter Kooperationspartner das breit etablierte Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNRfK 2013).

So sollen, ausgehend von erfolgreichen Strategien zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Jugendlichen (vgl. BÜHLER. et al. 2012), gemeinsam mit acht ausgewählten Schulen des Gesundheitswesens umfassende, in curriculare Strukturen integrierbare, zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickelt werden, die Auszubildende in den Pflegeberufen nachweisbar dabei unterstützen, nicht mit dem Rauchen anzufangen oder das Rauchen aufzugeben.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Fokus einer Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in den Kontext weiterer Gesundheitsverhaltensdimensionen (hier vor allem Stressprävention) gestellt wird und in eine dem Settingsansatz der Gesundheitsförderung verpflichtete Entwicklung zu einer gesunden Schule eingebettet wird.

3 Gesundheitsförderung in der Lehrerbildung der Gesundheitsberufe

Die Lehrerbildung für die Bereiche der beruflichen Bildung der Gesundheitsberufe soll hier nicht hinsichtlich ihrer bildungsorganisatorischen, administrativen, hochschulischen und einrichtungsspezifischen Besonderheiten diskutiert werden (vgl. hierzu grundlegend BALS 1995) und auch nicht im Hinblick auf die in diesem Bereich erwartungsgemäß nicht unproblematische Bologna-Reform, als eine seit ca. zehn Jahren unterschiedlich an (Fach-) Hochschulen und Universitäten umgesetzte Bachelor-Master-Abfolge lehrerbildender Studiengänge (vgl. BONSE-ROHMANN 2011).

Unter der Perspektive einer Integration einer zugleich personen- und settingorientierten Gesundheitsförderung sollen im Folgenden Gemeinsamkeiten dieser so unterschiedlichen Lehrerbildung der Gesundheitsberufe betont werden. Das Ausmaß und die Tiefe der gesundheitswissenschaftlichen Fundierung und einer tatsächlich umsetzungs- bzw. „output“-orientierten Gesundheitsförderung innerhalb dieser so bislang nicht intensiver analysierten Studiengänge mögen zwar unterschiedlich ausfallen, gleichwohl scheint die Erwartung realistisch, dass sich hier Ansatzpunkte finden lassen, die für die Gesundheitsförderung unterschiedlicher Zielgruppen (Auszubildende aus Gesundheitsberufen und die entsprechenden Lehrkräfte) nutzbar sein sollten.

Aus systematischen Gründen soll nachfolgend zwischen den unterschiedlichen Phasen der Lehrerbildung differenziert werden, wobei nicht übersehen werden soll, dass es zwischen der weniger traditionsreichen Lehrerbildung an (Fach-)Hochschulen und der klassischen Lehrerbildung nicht nur im Studium (1. Phase), sondern wesentlich deutlicher in den Bereichen des Vorbereitungsdienstes (2. Phase) und der Lehrerfortbildung (3. Phase) zum Teil erhebliche Unterschiede gibt.

3.1 Studium: Gesundheitsfördernde Hochschule

Was erneut unmittelbar evident (im Sinne von offenkundig) erscheint, ist jedoch im Bereich der Hochschulen (hier als Sammelbegriff für Fachhochschulen und Universitäten) keineswegs selbstverständlich: Nämlich, dass sich Hochschulen, die gesundheits- und pflegebezogene Studiengänge anbieten, zugleich auch das Handlungsfeld Gesundheitsförderung für ihre eigene Fakultät bzw. eigene Hochschule als „naheliegend“ entdeckt hätten.

So existiert seit 1995 der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH), der von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) gegründet wurde und in dem inzwischen mehr als 80 Hochschulen und ca. 325 Personen aus dem Hochschulbereich organisiert sind. Dabei sind zwar durchaus mehrere Hochschulen mit Studienschwerpunkten in den Bereichen Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaften vertreten, doch in nicht wenigen Fällen hatte die jeweilige Entwicklung zu einer gesundheitsfördernden Hochschule ihren Ursprung in nicht ausschließlich gesundheitsorientierten Fachbereichen, also z.B. auch in den Sportwissenschaften, den Arbeitswissenschaften und der Psychologie oder auch bei Personen aus der Sucht- und Sozialberatung, dem Betriebsärztlichen Dienst oder dem Personalrat (vgl. ARBEITSKREIS GESUNDHEITSFÖRDERNDER HOCHSCHULEN 2013).

Nicht selten stehen im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements die an der Hochschule beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Verwaltung und Technik im Mittelpunkt, zunehmend inzwischen auch die Statusgruppe Studierender und bislang deutlich seltener die Statusgruppe der Lehrenden (Professorinnen und Professoren, Lehrbeauftragte) und befristet beschäftigte wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Forschungsprojekten.

Wenngleich sich insbesondere die FU Berlin seit vielen Jahren mit Gesundheitsberichten um die Statusgruppe Studierender verdient gemacht hat (vgl. GUSY 2010) oder auch der Gesundheitssurvey NRW (vgl. MEIER et al. 2007) eine weitaus um-fassendere Datenbasis aufweist, soll im Folgenden beispielhaft ein aktueller Befund aus der Hochschule Esslingen vorgestellt werden, der im Rahmen einer Masterarbeit erhoben wurde:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	103	13,0	13,2 (10,2)	13,2
	nein	665	84,1	85,3 (88,1)	98,5
	keine Angabe	12	1,5	1,5 (1,6)	100,0
	Gesamt	780	98,6	100,0	
Fehlend	System	11	1,4		
Gesamt		791	100,0		

Abb. 4: Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder nervenärztlicher Beratung oder Behandlung in den letzten 12 Monaten (N= 791 Gesamt; N = 489 nur Technik) (Mezger et al. 2013).

Die hier im Rahmen einer Vollerhebung (aller Fachbereiche) gewonnenen Daten zur *Gesundheitlichen Lage Studierender an der Hochschule Esslingen* machen deutlich, dass die gut vergleichbaren (d. h. mit anteilig identischen, validierten Instrumenten erhobenen und um eigene Fragestellungen ergänzten) Befunde die psychischen Belastungen und Beschwerden Studierender, die in den beiden o.g. früheren Studien erkannt wurden, voll bestätigen.

Hinzu kommt, dass auch für die ganz überwiegend männlichen Studierenden technischer Studiengänge ebenfalls in einem erstaunlich hohen Ausmaß behandlungsbedürftige psychische Belastungen und Beschwerden an der Hochschule Esslingen festgestellt wurden.

Vor dem Hintergrund dieser exemplarischen Befunde sind für eine umfassende - d. h. nicht nur ausschließlich für Studierende der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege zu fordernde - Gesundheitsförderung an Hochschulen folgende Chancen zu betonen:

Die Gesundheit der einzelnen Statusgruppen der Hochschule (hier: Studierende) kann in gut betreuten Abschlussarbeiten empirisch erfasst und analysiert werden, um so (ausgehend von einem nachgewiesenen Bedarf) Maßnahmen zu Gesundheitsförderung an Hochschulen zu entwickeln, zu erproben und systematisch zu evaluieren.

Gesundheit und Gesundheitsförderung können so als interessanter Gegenstand verstanden werden, der eine Verknüpfung von Lehre (in gesundheitsbezogenen Studiengängen), Entwicklung und Forschung besonders gut ermöglicht; d.h. das Spektrum reicht von einer empirischen Analyse der Ausgangslage über die Entwicklung von Konzepten oder die Gestaltung von Projekten bis zur Evaluation der Prozesse und Ergebnisse.

Gesundheitsförderung an Hochschulen kann – vor allem in gesundheitsbezogenen Studienprogrammen – als ein komplexes Handlungsfeld einer Bildungseinrichtung bzw. eines besonderen Betriebes verstanden werden, das eine Entwicklung, Erprobung und Evaluation

gesundheitsförderlicher Konzepte zulässt, die seitens der späteren Absolventinnen und Absolventen in deren berufliche Handlungsfelder (z.B. Kindertagesstätten, Schulsozialarbeit, allgemein bildende und berufsbildende Schulen, Betriebe des Gesundheitswesens, Jugendhilfeeinrichtungen) transferiert werden können.

Ein weiterer, auch bereits bei SCHAARSCHMIDT (2009) als bedeutsam erkannter Aspekt im Hinblick auf die bereits bei Lehramtsstudierenden erkannten psychischen Belastungen (hier AVEM-Verhaltensmuster A und B) ist die Empfehlung, bereits bei dem an einem Lehramtsstudiengang Interessierten – vor Beginn des Studiums, spätestens jedoch beim Übergang von stärker fachwissenschaftlich orientierten Bachelor- zum spezifisch (beruf-) pädagogisch orientierten MA-Studiengängen – ein Selbst-Assessment möglichst verpflichtend nachzuweisen. Hierzu soll auf die beiden folgenden Angebote verwiesen werden, die a) vor Aufnahme des Studiums und b) am Übergang BA-MA angesiedelt sind.

CCT - Career Counselling for Teachers (2013)

Dieses Internet-Portal (www.cct.germany.de) bietet Studieninteressierten nicht nur einen „Fragebogen zu pädagogischen Vorerfahrungen für Studieninteressierte und Studierende“ zur Selbsterkundung an, sondern zahlreiche Informationen, geführte Touren und Reportagen zur online-Beratung. Die entsprechenden Instrumente werden inzwischen nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich angeboten und seitens der zuständigen Ministerien bzw. auch direkt von den Hochschulen für Interessentinnen und Interessenten lehrerbildender Studiengänge empfohlen.

FIBEL, WWU MÜNSTER (2013)

Das Instrument FIBEL des Instituts für Erziehungswissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster soll hier als zweites Beispiel vorgestellt werden, da der web-basierte Fragebogen zur Selbsteinschätzung für Lehramtsstudierende verpflichtend beim Übergang der Bachelor-Studiengänge in Master-Studiengänge des Lehramts gegenüber dem Zentrum für Lehrerbildung nachzuweisen ist. Dabei geht es jedoch nicht um das konkrete Ergebnis der Selbsteinschätzung, sondern lediglich darum, dass das Instrument FIBEL zur Selbstreflexion tatsächlich genutzt wurde (vgl. BÖTTCHER et al. 2007).

In der Konsequenz sollen beide Optionen einer kritischen Selbsteinschätzung dazu beitragen, dass sich möglichst von ihren Persönlichkeitseigenschaften und hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Selbstkompetenz geeignetere Studierende für ein Lehramt entscheiden und nicht etwa andere (weniger relevante) Motive dominieren sollten.

3.2 Vorbereitungsdienst: Gesunde Kooperation

Kooperationen einer Universität (erste Phase der Lehrerbildung) mit einem Studienseminar (zweite Phase) mit der Fortbildung für mehrere berufsbildende Schulen (dritte Phase) im Bereich der Gesundheitsförderung sind trotz erster Ansätze vor ca. 10 Jahren (vgl. BONSE-ROHMANN/ MANSTETTEN 2002) noch immer eher selten.

Als beispielhaft soll hier deshalb auf einen BLK-Modellversuch (MÖLLENKAMP-THIEN/WEYLAND 2005a) hingewiesen werden: In dem Modellversuch „KoLeGe – kooperative Lehrerinnen-/Lehrerfortbildung – Gesundheitsfördernde berufsbildende Schulen des Landes Niedersachsen“ wurde am Standort Osnabrück eine solche Kooperation von Universität, staatlichem Studienseminar und der Lehrerfortbildung des Landes Niedersachsen mit mehreren berufsbildenden Schulen entwickelt und erprobt. Die externe Evaluation sowie die prozessbezogene Begleitung wurde dabei von zwei weiteren Universitäten übernommen (vgl. BALS et al. 2005).

Dieser insgesamt erfolgreiche Modellversuch wurde zwar nicht in einen Regelbetrieb überführt, sollte aber durchaus als gelungene Strategie einer Vernetzung der drei Phasen der Lehrerbildung – speziell für die berufliche Fachrichtung Gesundheit – gewertet werden.

3.3 Lehrerbildung: Gesunde und gute Schule

Sofern die Ansätze einer Gesundheitsförderung in den beiden ersten Phasen der Lehrerbildung isoliert blieben, würden die zentral bedeutsamen Wirkungen der Gesundheitsförderung *durch und für* Lehrkräfte der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege vermutlich weitgehend ausbleiben, so dass im Folgenden die sehr erfolgversprechende Strategie einer Verknüpfung der Ansätze einer „Gesunden Schule“ und einer „Guten Schule“ (im Sinne eines integrierten Gesundheits- und Qualitätsmanagements) betont werden soll.

Das von der DAK-GESUNDHEIT & UNFALLKASSE NRW (2012) inzwischen in 2. Auflage herausgegebene *Handbuch Lehrergesundheit* liefert viele *Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen*. Dabei wird davon ausgegangen, dass Schulen, die auf die Gesundheit von Lernenden, Lehrkräften und nichtpädagogischen Beschäftigten achten, damit nicht nur einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsmanagement, sondern zugleich auch zum Qualitätsmanagement einer guten Schule – also auch hinsichtlich Bildungsqualität insgesamt – erbringen. So brauchen gute Schulen gesunde Lehrkräfte und eine Gesundheitsförderung für alle am Schulleben beteiligten Akteure – dies ist zugleich als Aufgabe der Schulentwicklung zu verstehen. Ausgehend vom Modellprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen – Entwicklung von Maßnahmen und Strategien“ (01/2003-8/2005) über ein zweites Modellprojekt „Gute Gesunde Schule entwickeln - mit Lehrergesundheit Schulqualität sichern“ (02/2007 – 06/2009) bis zur erst kürzlich dokumentierten Initiative „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ (<http://www.gemeinsam-gesunde-schule-entwickeln.de>, 06/2007 – 12/2012) werden hier viele Beispiele einer erfolgreichen Gesundheitsförderung als Bestandteil einer komplexen schulischen Qualitätsentwicklung präsentiert, wobei auch umsetzungsorientierte Empfehlungen zum Projektmanagement nicht fehlen.

4 Qualitäts- und Gesundheitsmanagement in berufsbildenden Schulen

Diese Entwicklung, d. h. aktuell und auch künftig vermehrt eine Verknüpfung von Bildung und Gesundheit im Sinne einer guten gesunden Schule zu fördern, findet sich inzwischen auch in zahlreichen Programmen mehrerer Bundesländer wieder, die hier lediglich exemplarisch und sehr verkürzt in den vier folgenden Abschnitten skizziert werden können.

a) NRW- Landesprogramm: „Bildung und Gesundheit“

Das hier thematisch und regional direkt anschließende Landesprogramm „*Bildung und Gesundheit*“ ist ein „gemeinsame(s) Programm der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das Ministerium für Schule und Weiterbildung, (und) der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen, der AOK (AOK Rheinland/Hamburg und AOK Westfalen-Lippe) und der BARMER zur Förderung der integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und Schulen“. Bei einer fünfjährigen Laufzeit (von Mitte 2013 bis 2018) zielt es auf die Qualitätsentwicklung von Schule und Unterricht insgesamt. Es intendiert also eine Verbesserung der Qualität der Schul- und Unterrichtsprozesse zur Förderung der *Lern- und Leistungsfähigkeit der Lehrpersonen und Schüler/innen* und soll so die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Beteiligten fördern (vgl. MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (2013)

b) Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt: „Gesund leben lernen“

Als Kooperationsprojekt der Spitzenverbände der GKV und der Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt haben sich die Beteiligten vor allem die Förderung und Verbesserung der *Gesundheit von Schülerinnen und Schülern* zum Ziel gesetzt.

Dabei geht es vor allem um die Entwicklung der Schule zu einem gesunden Lebensraum und um eine Verbesserung des Gesundheitswissens und -verhaltens der Schülerinnen und Schüler. Hierzu zählen insbesondere auch die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen von Schülerinnen und Schülern. Strategisch soll eine Erprobung, Verankerung und Verbreitung praxistauglicher, nachhaltiger und übertragbarer Modelle unter Beteiligung der Betroffenen erreicht werden (vgl. IKK – BUNDESVERBAND/ LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT SACHSEN-ANHALT E.V. 2013).

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur „Fit for Job“

In Kooperation mit der Unfallkasse Thüringen bietet das Thüringer MBWK das Programm: „Fit for Job - Selbsttest für Ihre Gesundheit“ für Lehrerinnen und Lehrer an Schulen und Universitäten“ an. Damit wird also eine interessante Verknüpfung einer schulischen und hochschulischen Gesundheitsförderung für Lehrende unterschiedlicher Bildungseinrichtungen geschaffen (vgl. THÜRINGER MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR (IN KOOPERATION MIT DER UNFALLKASSE THÜRINGEN) 2013).

Ergänzend hierzu soll auf den Sächsische Bildungsagentur (SBA 2011) hingewiesen werden, die „Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ für Lehrkräfte in den Vordergrund stellt und einen umfassenden „Bericht zur Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern der Sächsischen Bildungsagentur“ vorgelegt hat.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg: „Gesund und aktiv im Lehrberuf“

Ebenfalls mit dem Fokus „Lehrergesundheit“ stellt das zuständige Ministerium für Kultus, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg eine „Handreichung für berufsbildende Schulen“ zur Verfügung, um speziell auch für diese Schulformen einen Beitrag zur Gesundheitsförderung anzubieten (vgl. MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT DES LANDES BADEN-WÜRTTEMBERG 2013).

Mit dieser Auflistung sollte also keineswegs ein vollständiger Überblick über die Aktivitäten und Programme der einzelnen Bundesländer (und ihrer jeweils spezifischen Kooperationspartner) erstellt werden. Das Ziel besteht hingegen vor allem darin, die Vielzahl der auch von den Kultusbehörden inzwischen initiierten Optionen zur Gesundheitsförderung in beruflichen Schulen anzureißen, so dass diese sowohl von den öffentlichen berufsbildenden Schulen als auch von den Schulen des Gesundheitswesens (durchaus auch länderübergreifend) als sehr konkrete Anregungen und Handlungsempfehlungen genutzt werden können.

5 Konsequenzen und Empfehlungen

In den Konsequenzen und Empfehlungen geht es im Folgenden zugleich um eine kurze Zusammenfassung der Überlegungen zur *Zukunft der Arbeit – Arbeit der Zukunft* in den *Gesundheitsberufen*, wobei beide Entwicklungen zu Gesundheitsförderung sowohl in den Gesundheitsberufen selber als auch in deren Lehrerbildung vorgesehen werden.

Allerdings wird nun die Argumentationskette bei der Lehrerbildung aufgenommen, weil hier zentrale Bedingungen bzw. zugleich Ressourcen für eine fundierte und systematische Gesundheitsförderung und -bildung der Gesundheitsberufe in beruflichen Schulen erkannt werden.

D. h. die Lehrerbildung für den Bereich der beruflichen Schulen (insbesondere der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege) fungiert als Voraussetzung und zugleich als „Motor“ einer Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung (insbesondere in den Gesundheitsberufen).

Assessments für Studieninteressierte für das Lehramt an berufsbildenden Schulen (und Schulen des Gesundheitswesens)

Eine Auswahl für lehrerbildende BA- und MA-Studiengänge geeigneter Studienbewerberinnen und -bewerber scheint nicht nur im Hinblick auf die spätere Lehrergesundheit, sondern auch zur Gestaltung der Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung der

Gesundheitsfach- und der Pflegeberufe sehr empfehlenswert. Ansätze hierzu konnten exemplarisch aufgezeigt werden - eine systematische Verbreitung und die Verbindlichkeit solcher Assessments sollte seitens der Hochschulen und zuständigen Wissenschafts- und Kultusbehörden (bzw. anteilig noch Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder) intensiv gefördert werden.

Gesundheitsfördernde Hochschule als Ressource und Herausforderung des Studiums

Ebenfalls im Sinne eine Fortsetzung und Intensivierung sollen hier die skizzierten Ansätze einer Förderung der Gesundheit im Studium und eine starke Beteiligung (oder gar eine Federführung) von lehrerbildenden Studiengängen der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege an diesen Prozessen betont werden. Damit sollen also (auch angesichts der erkennbaren Belastungen) einerseits ein Beitrag zum „gesünderen Setting“ Hochschule geleistet und andererseits dieses komplexe Setting einer bedeutsamen Bildungseinrichtung als wissenschaftlich zu füllendes Erfahrungs- und Handlungsfeld empfohlen werden: Ein Transfer auf die späteren beruflichen Handlungsfelder der Absolventinnen und Absolventen erscheint so leichter und konkreter möglich.

Gesundheitsförderung als Aufgabe des Vorbereitungsdienstes und der Berufseinstiegsphase für das Lehramt an berufsbildenden Schulen

Angesichts durchaus herausfordernder Bedingungen sollen in diesem Beitrag sowohl der Vorbereitungsdienst (im Anschluss an klassische universitäre Lehramtsstudiengänge) als auch die Berufseinstiegsphase für Absolventinnen und Absolventen lehrerbildender Studiengänge als besonders wichtige Bereiche einer künftigen Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung (insbesondere der Gesundheitsfach- und Pflegeberufe) herausgestellt werden. Dieser nicht selten als „Praxisschock“ bezeichnete Übergang scheint von zentraler Bedeutung für die spätere Gesundheit von Lehrkräften und deren erwünschtes Engagement für die Gesundheitsförderung der unterschiedliche Settings beruflicher Schulen zu sein. Ausgehend von dem hierzu skizzierten Beispiel (des Modellversuches KoLeGe) könnte somit eine Kooperation von Universität, Studienseminar und Lehrer-Fortbildung an berufsbildenden Schulen erfolgsversprechend sein.

Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung und Gesundheitsmanagement als Aufgabe der beruflichen Fortbildung für Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen und Schulen des Gesundheitswesens

Die aktuell an beruflichen Schulen tätigen Lehrkräfte werden in Abhängigkeit von ihrem Dienstesintritt unterschiedlich intensive Studienerfahrungen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung und Gesundheitsmanagement gesammelt haben. Mit Blick auf deren eigene Gesundheit als Lehrkräfte, aber auch hinsichtlich deren gesundheitsbezogener Vermittlungskompetenz werden hier gezielte Maßnahmen der Lehrerfortbildung empfohlen, für die es im Bereich der öffentlichen berufsbildenden Schulen und den entsprechend etablierten Instituten für Lehrerfortbildung und Schulentwicklung (mit unterschiedlichen bundeslandspezifischen Bezeichnungen) bereits durchaus zahlreiche Angebote und Programme gibt. Für den Bereich der Schulen des Gesundheitswesens stellen sich allerdings deutlich größere Herausforderungen, da hier Maßnahmen und Angebote der Lehrerfortbildung insgesamt nicht in die Zuständigkeit der Kultusbehörden fallen und die freien Bildungsträger eher nur punktuelle Angebote für ihre eigenen Einrichtungen anbieten.

Gesundheit und Bildung als Aufgaben der „Guten und gesunden Schulen“:
Qualitätsmanagement und gesundheitsbezogene Schulentwicklung

Es bedarf hier wohl nicht mehr einer Auflistung der zahlreichen empirischen Befunde, dass zwischen Bildung und Gesundheit ein enger positiver Zusammenhang besteht. Insofern ist es nur konsequent, wenn die seit dem „Pisa-Schock“ des Jahres 2000 in allen Bundesländern forcierten Anstrengungen einer Einführung von Bildungsstandards und eines umfassenden Qualitätsmanagements in nahezu allen Schulformen mit den Überlegungen einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung (vgl. hierzu auch MÖLLENKAMP-THIEN/WEYLAND 2005b) verknüpft werden. Dabei geht es keineswegs nur um eine Kompensation der ggfs. mit zusätzlichem „Schulstress“ verbundenen Qualitätsverbesserungen, sondern um die Entwicklung gesünderer Lern- und Arbeitsverhältnisse in Bildungseinrichtungen, von denen alle Statusgruppen, also Lernende und Lehrende, sowie auch das nichtpädagogische Personal profitieren sollen. Bei der Gestaltung des *Settings berufliche Schule* wird von den Lehrkräften der beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege und eine besondere Multiplikatorenfunktion erwartet – nicht nur im Hinblick auf den Unterricht in den Gesundheitsfach- und Pflegeberufen.

Gesundheitsförderung als Chance und Herausforderung für Auszubildende aus Gesundheits- und Pflegeberufen

Gesundheitsförderung hat einen höheren berufsrechtlichen und curricularen Stellenwert in den Gesundheitsfach- und Pflegeberufen, so dass hier eine Chance erkannt wird, entsprechende Fragestellungen und ggfs. auch unterrichtliche wie unterrichtsübergreifende Projekte zur Gesundheitsförderung in öffentlichen berufsbildenden Schulen wie auch in Schulen des Gesundheitswesens zu initiieren. Hierin besteht also zugleich die

Herausforderung, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowohl für den eigenen Bereich der Gesundheitsfach- und Pflegeberufe zu entwickeln als auch schulische Angebote in Projekten zur Gesundheitsförderung auch Auszubildenden und Lehrkräften anderer Berufsgruppen zugänglich zu machen. Tatsächlich könnten berufliche Schulen so zu einem gesundheitsförderlichen Setting entwickelt und Transfereffekte auf praktische Berufsausbildung in den Betrieben (nicht nur des Gesundheitswesens) erzielt werden.

Gesundheit und Gesundheitsförderung ermöglichen also eine Entwicklung von positiven und integrierenden Konzepten, die über die beruflichen Schulen und insbesondere über die berufliche Bildung der Gesundheitsfach- und Pflegeberufe und deren Lehrkräfte der Fachrichtungen Gesundheit und Pflege einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung der *Zukunft der Arbeit – Arbeit der Zukunft* leisten können und dieses auch offensiv wahrnehmen sollten.

Literatur

ARBEITSKREIS GESUNDHEITSFÖRDERNDER HOCHSCHULEN (2013): Wer sind wir? Online: http://www.gesundheitsfoernderde-hochschulen.de/HTML/A_Arbeitskreis/A1_Wer_sind_wir1.html (30-04-13).

BALS, T. (1995): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Reihe: TWARDY, M. (Hrsg.): Wirtschafts-, Berufs- und Sozialpädagogische Texte, Band 16. Köln 1995.

BALS, T./ KÖNIG, E./ LUCHTE, K.: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch KoLeGe (im Rahmen des BLK-Programms Innovative Fortbildung der Lehrerinnen und Lehrer an beruflichen Schulen. Paderborn, Dresden. Online: http://www.beruflicheschulen-modellversuche.de/fileupload/abschlussbericht_kolege_wb.pdf (22-02.13).

BONSE-ROHMANN, M. (2013): Modellversuch zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. In: *horizonte*, H. 41, 50.

BONSE-ROHMANN, M./ BURCHERT, H.(Hrsg.) (2011): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bonn.

BONSE-ROHMANN, M. (2005): Überblick über das Projekt „Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen“. In: BONSE-ROHMANN, M./ FREESE, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe – Beiträge zur gesundheitsberuflichen Bildung. Gamburg.

BONSE-ROHMANN, M./ FREESE, C. (Hrsg.). (2005): Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe – Beiträge zur gesundheitsberuflichen Bildung. Gamburg.

BONSE-ROHMANN, M./ MANSTETTEN, R. (2002): Zur Situation der Gesundheitsförderung in berufsbildenden Schulen. In: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 25, H. 2, 39-43.

BONSE-ROHMANN, M. (1999): Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbildung von Auszubildenden. Ein empirischer Beitrag aus berufs- und wirtschaftspädagogischer Perspektive. Europäische Hochschulschriften Reihe 11/ Bd. 778. Frankfurt a. M.

BÖTTCHER, W./ KANNING, U. P./ HERRMANN, C./ BRINKMANN, G. (2007): Self-Assessment in der Lehrerbildung an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. In: BONNMANN, J./ SCHODEN, P. (Hrsg.): Reform der Lehrerbildung in NRW – Tagungsband. Forum Lehrerbildung 2006, ZfL-Text Nr. 17. Münster, 75-82.

BÜHLER, A./ WEGMANN, L./ SCHMIDT, A./ THRUL, J./ STRUNK, M./ LANG, P. (2012): Rekrutierung, Implementation und Aufhörrate eines Rauchstopp-Kurses für Jugendliche. In: Sucht, 58, H. 1, 23-32.

CCT – CAREER COUNSELLING FÜR TEACHERS. Laufbahnberatung für Lehrerinnen und Lehrer. Online: <http://www.cct-germany.de> (22-02-13).

DAK-GESUNDHEIT & UNFALLKASSE NRW (Hrsg.) (2012): Handbuch Lehrgesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. Köln.

DNRfK (2013): Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. Online: http://www.dnrfk.de/pressemeldung/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=513&tx_ttnews%5BbackPid%5D=91&cHash=b78b229c6e (30-04-13).

FRANKE, A. (2011): Salutogenetische Perspektive. In: BZGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Gamburg, 487-490.

GUSY, B. (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 5, H. 3, 250–256.

HOCHSCHULKOMPASS (o.J.). Online: www.hochschulkompass.de/studium/suche/search/1/studtyp/3.html?tx_szhrksearch_pi1%5Bfach%5D=gesundheit&tx_szhrksearch_pi1%5Bpointer%5D=2&tx_szhrksearch_pi1%5Bresult_at_a_time%5D=100 (25-04-13).

HÜNTELMANN, I. (2005): Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung. Evaluation eines innovativen Projektes in der Pflegeausbildung. In: SOHR, S./ BONSE-ROHMANN, M. (2005): Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung. Gamburg, 86-94.

HURRELMANN, K./ LAASER, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, K./ LAASER, U./ RAZUM, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, 749-780.

IKK – BUNDESVERBAND/ LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT SACHSEN-ANHALT E.V. (Hrsg.,) (2013): Gesund leben lernen - Kooperationsprojekt der Spitzenverbände der GKV und der Landesvereinigungen für Gesundheit aus Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Online: <http://www.gesundlebenlernen.com/ziel.php> (30-04-13).

- MEIER, S./ MILZ, S./ KRÄMER, A. (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW (Laufzeit 11.2005 - 12.2007). Projektbericht: Bielefeld. Online: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf (30-04-2013)
- MEZGER, T./ BONSE-ROHMANN, M./ HEIDENREICH, T. (2013): Das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsstatus von Studierenden. Aktuelle Befunde der Hochschule Esslingen. (in Druck).
- MINISTERIUM FÜR KULTUS, JUGEND UND SPORT DES LANDES BADEN-WÜRTTEMBERG (2013): Gesund und aktiv im Lehrberuf. Eine Handreichung für berufsbildende Schulen. Online: http://www.kultusportal-bw.de/site/pbs-bw/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/kultusportal-bw/pdf/HR_Lehrergesundheit_final_online.pdf (25-04-13).
- MINISTERIUM FÜR SCHULE UND WEITERBILDUNG DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (2013): Bildung und Gesundheit. Online: http://www.bug-nrw.de/cms/front_content.php (06-03-2013).
- MÖLLENKAMP-THIEN, G./ WEYLAND, U. (2005a): Abschlussbericht Modellversuch KoLeGe – kooperative Lehrerinnen-/Lehrerfortbildung – Gesundheitsfördernde berufsbildende Schulen des Landes Niedersachsen. Osnabrück.
- MÖLLENKAMP-THIEN, G./ WEYLAND, U. (2005b). Gesunde Schule. Gesundheitsförderung und Schulentwicklung –ein zukunftsweisendes Konzept? In: Schulmanagement, 36, H. 3, 37-38.
- NAIDOO, J./ WILLS, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg, 263-322.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.) (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin.
- SÄCHSISCHE BILDUNGSAGENTUR (SBA) (2011): Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Bericht zur Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern der Sächsischen Bildungsagentur 2010. Dresden.
- SCHEPERS, S. (2011): Gesundheitsbezogenes Verhalten – der Januskopf der Pflegeberufe? In: PADUA, 6, H. 4, 45-49.
- SCHAARSCHMIDT, U. (2009): Lehrergesundheit erhalten und stärken. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. Online: <http://www.zlb.uni-freiburg.de/derlehrerberuf/dateien/schaarschmidt-heidelberg-09.pdf/view> (30-04-2013).
- SCHAARSCHMIDT, U./ KIESCHKE, U. (Hrsg.) (2005): Halbtagsjobber – Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim.

SCHACHE, S./ LAU, D. (2011): Berufswahlmotive und berufliche Perspektiven – Eine Analyse ausgewählter Gesundheitsberufe. In: BONSE-ROHMANN, M./ BURCHERT, H. (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen. Bonn, 101-131.

THÜRINGER MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR (IN KOOPERATION MIT DER UNFALLKASSE THÜRINGEN) (2013): „Fit for Job – Selbsttest für Ihre Gesundheit Lehrerinnen und Lehrer an Schulen und Universitäten“. Online <http://www.gda-schulen.de/attachments/article/55/FitForJob-Selbsttest.pdf> (30-04-2013).

WWU (WESTFÄLISCHE WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER) (2013): Self-Assessment an der Universität Münster – FIBEL. Projektleitung BÖTTCHER, W./ KANNING, U. Online: http://egora.uni-muenster.de/ew/qe/sp_auto_63209.shtml (30-04-2013).

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (1996): Ottawa charter for health promotion. In: Journal of health promotion, 1, 1-4.

Zitieren dieses Beitrags

BONSE-ROHMANN, M. (2013): Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung und der Lehrerbildung für Gesundheitsberufe. In: *bwp@* Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 10, hrsg. v. BONSE-ROHMANN, M./ WEYLAND, U., 1-21. Online: http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/bonse-rohmann_ft10-ht2013.pdf

Der Autor



Prof. Dr. Mathias BONSE-ROHMANN

Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Hochschule Esslingen

Flandernstraße 101, 73732 Esslingen a.N.

E-Mail: mathias.bonse-rohmann@hs-esslingen.de

Homepage: www.hs-esslingen.de/de/mitarbeiter/mathias-bonse-rohmann.html