

Inhalt

1) Einleitung	3
2) Konstrukte im Gesundheitsmanagement.....	5
2.1) Gesundheit im Wissenschaftsdiskurs.....	5
2.2) Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.....	7
2.2.1) Kohärenzgefühl	8
2.2.2) Salutogenese und Gesundheitsförderung	9
2.3) Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	10
2.3.1) Betriebliche Gesundheitsförderung im wissenschaftlichen Kontext.....	10
2.3.2) Prävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	12
2.3.3) Abgrenzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung von Prävention	12
2.3.4) Salutogene Führung.....	13
2.4) Stress im Wissenschaftsdiskurs.....	14
2.4.1) Stress – die physiologische Herleitung nach Selye und Cannon.....	15
2.4.2) Stress und die Widerstandskräfte nach Antonovsky	16
2.4.3) Bedeutsamkeit von Stress für den Gesundheitsdiskurs in sozialen Berufen	17
2.5) Zusammenfassung	18
3) Konzept der Achtsamkeit.....	19
3.1) Ursprung des Achtsamkeitskonzepts	19
3.2) Wissenschaftliche Auffassung von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn.....	21
3.2.1) Definition von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn	21
3.2.2) Stressbewältigungsprogramm MBSR (Mindfull Based Stress Reduction).....	22
3.2.3) Achtsamkeitspraktiken aus dem MBSR-Programm	23
3.3) Achtsamkeit als gesundheitsförderndes Konzept.....	26
3.3.1) Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch die Praxis von Achtsamkeit	27
3.3.2) Veränderungen in Gehirnregionen durch die Praxis von Achtsamkeit	27
4) Forschungsergebnisse hinsichtlich Gesundheit und Soziale Arbeit	30
4.1) Stress und Burnout in sozialen Berufen	31
4.2) Gesundheit im psychosozialen Berufsfeld der Kinder- und Jugendhilfe	35

5) Konzepterarbeitung	42
5.1) Jugendhilfeträger: Gangway e.V.	42
5.1.1) Leitbild des Trägers	42
5.1.2) Darstellung der Arbeitsbereiche	43
5.1.3) Strukturbeschreibung der Organisation	44
5.2) Leitbild des Konzepts	45
5.3) Rahmenbedingungen des Konzepts	45
5.3.1) Sozial- kommunalpolitische Bedeutung	46
5.3.2) Handlungstheoretischer Hintergrund	47
5.3.3) Gesetzliche Rahmenbedingungen	48
5.3.4) Grober Zeitrahmen	50
5.4) Bedarfsanalyse	51
5.5) Differenzierte Ziele und genaue Angebotsbeschreibung des Konzepts	53
5.5.1) Zielstruktur	53
5.5.2) Arbeitspakete und Balkenprozessplan	56
5.6) Finanzierung	62
5.6.1) Personaleinsatz und -kosten	62
5.6.2) Sachmittel	64
5.6.3) Finanzierungsbedarf	67
6) Grenzen und Ausblick	68
7) Fazit	70
Literaturverzeichnis	72
Anhang	76
Eidesstaatliche Erklärung	83

Abkürzungsverzeichnis

BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement

BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung

DIN - Deutsches Institut für Normung

e.V. – eingetragener Verein

MBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction

PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung

ReBBZ – Regionales Bildungs- und Beratungszentrum

SOFA – Sozialräumliches Fachteam

SOC - Kohärenzgefühl

Skt. - Sanskrit (altindische Sprache)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Qualifikationen der Fachkräfte	31
Abbildung 2 Arbeitserfahrung Männer	32
Abbildung 3 Arbeitserfahrung Frauen	32
Abbildung 4 Wahrnehmung der Arbeitsbelastung	32
Abbildung 5 Belastung im Berufsalltag	33
Abbildung 6 Höchster Bildungsabschluss	35
Abbildung 7 Arbeitsunfähigkeit in Wochen.....	36
Abbildung 8 Trotz arbeitsunfähig auf der Arbeit erschienen.....	37
Abbildung 9 Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche	38
Abbildung 10 Sportbetätigung in der Woche.....	39
Abbildung 11 Sport und Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche	40
Abbildung 12 Nachfrage Angebote zur Gesundheitsprävention	41
Abbildung 13 Organigramm.....	44
Abbildung 14 Zielstruktur.....	55
Abbildung 15 Arbeitspaket 1	58
Abbildung 16 Arbeitspaket 2.....	59
Abbildung 17 Arbeitspaket 3.....	60
Abbildung 18 Prozessbalkenplan	61
Abbildung 19 Kostenspezifische Sachkosten	63
Abbildung 20 Kostenanteile in %	63

1) Einleitung

Aus dem Gesundheitsreport der deutschen Betriebskrankenkassen von 2019 geht hervor, dass für Arbeitsunfähigkeitstage im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen die Diagnose psychischer Störungen mit 396 Tagen je 100 Beschäftigte die höchste Quote gegenüber anderen Berufsgruppen darstellt (vgl. Knieps & Pfaff 2019, 100). Demnach ist zu vermuten, dass insbesondere in der von zwischenmenschlichen Interaktionen geprägten Arbeit, psychosozialer Stress hervorgerufen werden kann (vgl. Knieps & Pfaff 2019, 96, 110 f.). Des Weiteren haben sich die Anforderungen an die Fachkräfte im psychosozialen Arbeitsfeld in den letzten Jahren verändert und Gefühle wie Überforderung und Hilflosigkeit haben zugenommen (vgl. Winkens, 2016 14).

Die alarmierenden Erkenntnisse des Gesundheitsreports sowie weitere Forschungsergebnisse, die in der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden, haben die Verfasserin dieser Arbeit dazu veranlasst, sich mit der Thematik von Gesundheitsförderung im psychosozialen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit auseinanderzusetzen. Aus den bisherigen Erkenntnissen der Stressforschung hinsichtlich sozialer Berufe, ergibt sich der Handlungsbedarf für die vorliegende Arbeit. Sie zielt auf eine Entwicklung eines gesundheitsfördernden Konzepts im betrieblichen Kontext mit dem Fokus auf psychosoziale Berufe in der Sozialen Arbeit ab.

Das in späteren Kapiteln vorgestellte Konzept versteht sich als eine Strategie der Gesundheitsförderung auf der Mikroebene von Sozialer Arbeit im Trägerkontext. Um dem Faktor Stress im Konzept zur Gesundheitsförderung innovativ entgegenzuwirken, wird sich in der theoretischen Darlegung auf altbewehrte, buddhistische Theorien und Praktiken bezogen, die bei der Umsetzung des Konzepts von großer Bedeutung sind.

Es wird sich dahingehend mit der Forschungsfrage beschäftigt: **Welche gesundheitsfördernden Potentiale haben Achtsamkeitspraktiken in der betrieblichen Gesundheitsförderung für Sozialarbeiter*innen¹?**

Um die Frage zu beantworten, wird sich zunächst mit dem Gesundheitsbegriff im Allgemeinen auseinandergesetzt (Kapitel 2.1). In Kapitel 2.2 wird das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky vorgestellt, was die Entstehung von Gesundheit beschreibt und somit einen tieferen Einstieg in den theoretischen Gesundheitsdiskurs ermöglichen soll. In diesem Kapitel wird ebenfalls Bezug auf den Begriff des Kohärenzgefühls nach Antonovsky genommen. Außerdem wird die Theorie der Salutogenese mit der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht.

¹ In der vorliegenden Arbeit bezieht sich der Begriff *Sozialarbeiter*innen* auf alle Berufsgruppen, die in sozialarbeiterischen Tätigkeiten in der Jugendhilfe tätig sind.

Daraufhin erhalten die Leser*innen einen Einblick in das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) in Deutschland. In diesem Kapitel (Kapitel 2.3) werden die Begrifflichkeiten betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (Kapitel 2.3.1) und Prävention (Kapitel 2.3.2) des deutschen BGM definiert und voneinander abgegrenzt (Kapitel 2.3.3). Darauf folgt ein Einblick in das Konzept der salutogenen Führung im betrieblichen Kontext (Kapitel 2.3.4). Kapitel 2.4 schließt mit einer Einführung in die Stressforschung an, um sich aus einem anderen Blickwinkel dem Thema Gesundheit zu nähern. Es wird definiert, was Stress im Kontext der vorliegenden Arbeit bedeutet. Des Weiteren wird eine Verknüpfung der Stresstheorie mit der Theorie Antonovskys dargestellt (Kapitel 2.4.2). Die Bedeutsamkeit von Stress für den Gesundheitsdiskurs sozialer Berufe wird in Kapitel 2.4.3 thematisiert.

Kapitel 3 umfasst das Konzept der Achtsamkeit, was dem Buddhismus entstammt und durch den amerikanischen Professor Jon Kabat-Zinn erstmals wissenschaftlich definiert wurde. Es werden der Ursprung der traditionellen Praktiken erläutert (Kapitel 3.1), die wissenschaftliche Auffassung nach Kabat Zinn (Kapitel 3.2.1), sein Stressbewältigungsprogramm *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Kapitel 3.2.2) sowie seine Achtsamkeitspraktiken erklärt (Kapitel 3.2.3). In Kapitel 3.3 wird eine erste Annäherung an die Forschungsfrage versucht, indem die Achtsamkeit anhand von Forschungserkenntnissen aus diesem Bereich als gesundheitsförderndes Konzept dargestellt wird.

In Kapitel 4 werden Forschungsergebnisse aus den Bereichen Gesundheit und Stress im sozialen Berufsfeld vorgestellt, um stressauslösende Faktoren im psychosozialen Berufsfeld der Sozialen Arbeit darzustellen.

Mit dem 5. Kapitel wird die Konzepterarbeitung vorgestellt. Sie beginnt zunächst mit der Vorstellung des Jugendhilfeträgers Gangway e.V. (Kapitel 5.1) anhand des Leitbilds (Kapitel 5.1.1), der Darstellung der Arbeitsbereiche (Kapitel 5.1.2) sowie der Strukturbeschreibung der Organisation (Kapitel 5.1.3). Anschließend werden das Leitbild (Kapitel 5.2) und die Rahmenbedingungen (Kapitel 5.3) des Konzepts der vorliegenden Arbeit erläutert. Die Rahmenbedingungen unterteilen sich in die sozial-kommunalpolitische Bedeutung (Kapitel 5.3.1), in den handlungstheoretischen Hintergrund (Kapitel 5.3.2), in die gesetzlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 5.3.3) sowie den groben Zeitrahmen (Kapitel 5.3.4). In Kapitel 5.4 wird der Handlungsbedarf des Konzepts in einer Analyse dargestellt. Dabei fließen alle vorherigen theoretischen Auffassungen und die vorgestellten Forschungsergebnisse mit ein. Mit Kapitel 5.5 wird die theoretische Umsetzung des Konzepts durch die Zielstruktur, die Arbeitspakete und der Prozessbalkenplan gezeigt und erläutert. Die Finanzierung des Konzepts wird in Kapitel 5.6 ausführlich behandelt. Mit Kapitel 6 wird auf die möglichen Grenzen des Konzepts eingegangen und ein forschungsorientierter Ausblick gegeben. Im Fazit (Kapitel 7) wird schließlich die vorliegende Arbeit zusammengefasst, reflektiert und die Forschungsfrage schlussendlich beantwortet.

2) Konstrukte im Gesundheitsmanagement

In diesem Kapitel werden zunächst die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit im wissenschaftlichen Diskurs definiert und voneinander abgegrenzt. Darauf folgt die theoretische Darlegung der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Danach wird sich mit den Begriffen des betrieblichen Gesundheitsmanagements auseinandergesetzt. Da es sich bei Stress um ein Krankheitsbild handeln kann, wird dieser ebenfalls in diesem Kapitel definiert und in Verbindung mit der Theorie von Antonovsky gebracht. Des Weiteren wird die Bedeutsamkeit von Stress in sozialen Berufen beleuchtet, was eine weitere Grundlage für die vorliegende Arbeit darstellt.

2.1) Gesundheit im Wissenschaftsdiskurs

Im interdisziplinären Feld der Gesundheitswissenschaft werden sich Fragen gewidmet wie Gesundheit erhalten bzw. wiederhergestellt werden, unter welchen Bedingungen das Erhalten oder Wiederherstellen erfolgen kann und welche Folgen Gesundheit mit sich bringt. Es wird in den unterschiedlichen Disziplinen (Gesundheitssoziologie, -psychologie, -pädagogik und -ökonomie) versucht sich dem Gegenstand Gesundheit zu nähern, um eine einheitliche, allgemeingültige wissenschaftliche Definition zu finden. (vgl. Blättner & Waller 2011, 9). Gesundheit werde oft als Gegensatz zu Krankheit gesehen oder habe ihre eigene Qualität, die objektiv festgestellt werden kann oder durch subjektives Empfinden ausgemacht wird (vgl. Blättner & Waller 2011, 52)

Krankheit „[...] wird in der Regel als implizit definiert behandelt, etwa in dem Sinne, dass ein Mensch krank ist, wenn **er irgendeine bestimmte Krankheit hat**, oder wenn **eindeutig krankhafte Zustände, Vorgänge oder Ereignisse vorliegen**, wie sie in der allgemeinen Pathologie, Pathophysiologie und Symptomatologie katalogisiert sind.“ (Hucklenbroich 2018, 27)

Hucklenbroichs Definition von Krankheit aus seinem wissenschaftstheoretischen Artikel bedeutet, dass man von einer Krankheit sprechen kann, wenn eine bestimmte Erkrankung nachweisbar ist, der Mensch subjektiv krankhafte Zustände/ Lebensumstände wahrnehme oder sie objektiv festgestellt werden oder sozialrechtlich der Körper – oder Geisteszustand regelwidrig sei und eine Behandlung bedarf oder eine Arbeitsunfähigkeit begründe (vgl. Hucklenbroich 2018, 27).

In der Etymologie wird der Begriff „gesund“ als „stark“, „nicht erkrankt“ oder „unverletzt“ betrachtet (vgl. Blättner & Waller 2011, 51).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (Röhrle 2018, online).

Diese Definition der Gesundheit bringe ein Ideal von einem absoluten Gesundheitszustand zum Ausdruck, was eine politische Handlungsaufforderung impliziere, die wegen der geschätzten Unerreichbarkeit ein hohes Ziel stecke. Aus diesem Grund ist diese Gesundheitsdefinition der WHO schon des Öfteren in der Kritik gewesen (vgl. Hornberg 2016, 63f.).

Ferner dessen beschreibt das klinische Wörterbuch *Psychoembel* Gesundheit als ein subjektives Empfinden, das das Fehlen von körperlichen, seelischen und geistigen Störungen oder Veränderungen beinhaltet (vgl. Blättner & Waller 2011, 51).

Sozialkonstruktivistisch betrachtet, sind Gesundheit und Krankheit biologischen Ursprungs, dennoch sei es auch eine soziale Konstruktion, wenn jemand als gesund oder krank bezeichnet werde. Die soziale Konstruktion basiere auf dem Agieren und den Entscheidungen von Individuen in einem konkreten sozialen, kulturellen und historischen Kontext (vgl. Reibling 2021, online).

Gesundheit scheint ein Fachbegriff zu sein, der je nach Betrachtung oder Blickwinkel verschiedener Definitionen bedarf. Die Versuche ihn, ohne sein vermeintliches Pendant der Krankheit zu bestimmen, scheint zwar durch vielfältige Art und Weisen möglich zu sein, aber schafft trotz allem keine eindeutige Begriffsbestimmung. Die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen können Gesundheit eine mehrdimensionale Bedeutung geben, sodass der Zustand des „gesund seins“ immer im Auge des*r Betrachters*in liegen wird, der den Zustand als gesund definiert (vgl. Blättner & Waller 2011, 52f.).

Dennoch wird für die vorliegende Arbeit eine Definition gewählt, die für den Kontext der Gesundheitsförderung und der späteren Konzeptionalisierung angemessen erscheint:

So schreiben Blättner und Waller:

„Gesundheit beschreibt das körperliche, mentale und soziale Handeln (Funktionalität, instrumentelle Komponente) und Erleben (Wohlbefinden, emotional-kognitive Komponente) von Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einem Kontinuum optimaler Möglichkeiten bis hin zu stärksten Einschränkungen. Gesundheit wird als Gesundsein immer subjektiv erlebt und ist nur in Verbindung mit dieser lebensgeschichtlich in spezifischen Lebensbedingungen entstandenen Subjektivität messbar“ (Blättner & Waller 2011, 84).

Die von Blättner und Waller formulierte Definition umfasst den Begriff der Gesundheit für die vorliegende Arbeit am Treffendsten. Sie macht deutlich, dass Gesundheit ein subjektives Empfinden beschreibt, das von der Lebensgeschichte des jeweiligen Menschen abhängt.

Messbar ist Gesundheit durch das subjektive Erleben des Individuums und kann auf einem Kontinuum festgehalten werden.

Die Definition von Blätter und Waller deckt sich weitestgehend mit dem Modell der Salutogenese von Antonovsky, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird (vgl. Blättner & Waller 2011, 85). Antonovskys Modell liefert zwar keine Definition, dennoch bestimmt er die Entstehung von Gesundheit, was einerseits in der Gesundheitswissenschaft eine Basis der Erkenntnis und andererseits für die Konzepterstellung der vorliegenden Arbeit einen wichtigen theoretischen Aspekt darstellt.

2.2) Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Antonovsky publizierte 1979 in seinem Buch „*Health, Stress and Coping*“ das Gesundheitsmodell der Salutogenese (vgl. Antonovsky 1997, 15). Er begreift Gesundheit als einen dynamischen, dennoch komplexen Prozess, den er mit seinem Konzept der Salutogenese beschreibt.

Nach Antonovsky bedeute Salutogenese zunächst einmal die Entstehung von Gesundheit, während Pathogenese die Entstehung von Krankheit verkörpere. Der Prozess der Salutogenese könne auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum abgebildet werden (vgl. Strawe, 2006).

Seine salutogenetische Orientierung frage sich, warum sich die Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums befinden oder sich auf den positiven Pol des Kontinuums hin zu bewegen scheinen. In seinen Studien beschreibt Antonovsky, dass es immer wieder Menschen gebe, die starken Stressoren² ausgesetzt sind, diese jedoch bewältigen können und „gut“ zurecht kommen. Er stellte sich die Frage, wieso Menschen trotz potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund seien bzw. bleiben (vgl. Tameling 2014, 51).

Kernstück seiner salutogenetischen Theorie auf philosophischer Ebene ist, dass sich der Mensch immer in einem Zustand des Ungleichgewichts befinde. Der Mensch sei alltäglich mit Reizen konfrontiert, die ihn in individuelle Spannungszustände versetze. Durch sogenannte Copingstrategien³ können die Stressoren erfolgreich oder weniger erfolgreich kompensiert werden (vgl. Antonovsky 1997, 124).

² Ein Stressor ist ein Merkmal, was Unordnung in ein System bringt (bspw. eine Lebenserfahrung), die durch Unbeständigkeit, Über- oder Unterforderung sowie fehlender Mitbestimmung bei Entscheidungen charakterisiert ist (vgl. Antonovsky 1997, 44)

³ Coping bedeutet eine Bewältigungsstrategie. Sie beschreibt das Bemühen und die Anstrengungen eines Individuums, das sich in einer belastenden Lebenssituation befindet. Coping beschreibt nur die Bewältigungsbemühung, nicht aber das erfolgreiche Überwinden (vgl. Lazarus 1984).

2.2.1) Kohärenzgefühl

Die Antwort auf die salutogenetische Frage fand Antonovsky im Ausarbeiten seines Konzepts des Kohärenzgefühls (SOC= sense of coherence). Das Gefühl beschreibe eine umfassende Orientierung, die ausdrücke, in welcher Intensität ein Gefühl des Vertrauens in sich selbst entstehe, was von drei Komponenten abhängt (vgl. Antonovsky 1997, 15).

Das Kohärenzgefühl kann als eine stabile Persönlichkeitsstruktur beschrieben werden, bei der die Person ihre eigenen Bewältigungsstrategien wahrnehme. Dieses Verhalten der effizienten Problemlösung könne zu reduziertem Stress und verringerten Erkrankungsrisiken führen.

Aus Antonovskys Sicht sei die Gesundheitsentstehung (Salutogenese) bedingt durch das SOC, was das Gefühl von den drei Komponenten beinhaltet: **Verstehbarkeit**, **Handhabbarkeit** sowie **Bedeutsamkeit**. Gleichzeitig wird hierbei die Krankheitsentstehung (Pathogenese) durch Orientierungslosigkeit, Überforderung und Sinnlosigkeit definiert (vgl. Strawe 2006).

Um das SOC mit seinen Komponenten anschaulicher zu machen, werden die drei Begrifflichkeiten hier näher definiert:

Die Verstehbarkeit bezieht sich auf die Intensität, in welchem Rahmen interne und externe Reize auf der kognitiven Ebene eines Menschen deutlich wahrgenommen werden. Sie gilt als eine zuverlässige Kompetenz, die Realität zu beurteilen. Ein Lebensereignis gelte dann als „verstehbar“, wenn es entweder als Herausforderung wahrgenommen und bewältigt oder als schwere Erfahrung wahrgenommen und die Konsequenz ertragen werde.

Die Handhabbarkeit definiert Antonovsky als die Intensität, wie man wahrnehme, dass man geeignete Ressourcen besitzt, um jeweiligen Anforderungen zu begegnen, die von konfrontierenden Reizen ausgehen.

Die Bedeutsamkeit repräsentiere den motivationalen Moment in seinem Konzept. Diese Komponente beschreibe die Intensität, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet. Der Mensch entscheide bei dieser Komponente, ob die Anforderung, Herausforderung oder das Problem es wert sei, dass man für sie/es Energie investiere (vgl. Antonovsky 1997, 34).

Das SOC bedarf es mit Grenzen zu betrachten. Jeder Mensch lebe in anderen Lebensumständen sowie Sozialräumen, was ein unterschiedliches Ausleben bedeute. Ausschlaggebend sei allerdings, ob es bestimmte Lebensbereiche gibt, die für den Menschen auf subjektiver Ebene von Bedeutung sind. Wenn dem nicht so ist, habe der Mensch mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ein geringes SOC. Wenn nun der Mensch bedeutende Lebensbereiche habe, dann werden diese unter den drei Komponenten analysiert (verstehbar, handhabbar und bedeutsam). Antonovsky geht davon aus, dass folgende Lebensbereiche in jedem Falle vorhanden seien: Die eigenen Gefühle, die eigene Tätigkeit, interpersonelle Beziehungen sowie existentielle Fragen bspw. nach dem Tod etc. (vgl. Antonovsky 1997, 39f.).

„Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht.“ (Antonovsky 1997, 130).

2.2.2) Salutogenese und Gesundheitsförderung

Die Salutogenese sei als eine Aufforderung zu verstehen, die (präventiv) Gesundheitskräfte stärkt und gesundheitsfördernde und sich selbst fördernde gesunde, soziale Strukturen schafft. Stetig wachsende soziale und ökologische Krisen zwingen uns zu sozialer Salutogenese. Strawe geht davon aus, dass Funktionsübergriffe durch politische Entscheidungen, sowie gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen (Konsum, Geldprozesse etc.) die Demokratie hemmen und sie scheinen das soziale Leben krank zu machen. Wie Strawe in seinem Artikel schreibt, wird die Menschheit nur kränker werden, wenn wir uns gegen die krankmachenden Strukturen auflehnen (pathogenetisch). Salutogenese als positiver Ansatz könne dort entstehen, wo Defizite erkannt werden und Alternativen als Leitbilder fungieren. Gut seien Sozialstrukturen, wenn sie die Kräfte und das Kohärenzgefühl der Menschen fördern, schlecht seien sie, wenn sie die Kräfte und das Gefühl schwächen (vgl. Strawe, 2006).

Die Selbstheilungsfähigkeiten unseres Körpers stellen die wichtigste Ressource für eine gesunde Entwicklung dar, um eine gesunde Selbstregulation zu gewährleisten. Salutogenese als Konzept bedeutet alle möglichen Ressourcen zu aktivieren und zu stärken, um an die persönlichen Gesundheitsziele zu gelangen. Demnach setzen sich die Selbstheilungsfähigkeiten aus subjektiven, motivierenden Wünschen, Urvertrauen und den drei Komponenten des Kohärenzgefühls zusammen (vgl. Petzold 2011, 175-184).

Für die vorliegende Arbeit kann daraus geschlossen werden, dass der Ansatz von Antonovsky als Basis des Gesundheitsprozess eines Menschen angesehen werden kann. Strawes Interpretation von der Theorie der Salutogenese als eine Aufforderung zur Gesundheitsförderung wird in den folgenden Kapiteln innerhalb der Darstellung des deutschen betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgegriffen.

2.3) Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Themenbereich der Gesundheit weist einige Überschneidungen der Aufgaben innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements BGM, der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), dem Arbeitsschutz, der Arbeitssicherheit und dem Eingliederungsmanagement auf. In der vorliegenden Arbeit wird sich auf den Bereich der Aufgaben im BGM und BGF konzentriert. Nach Haas und Reblin bezieht sich betriebliches Gesundheitsmanagement auf alle Strukturen, Prozesse und Führungen eines Unternehmens, was Maßnahmen der BGF miteinschließt. Das BGM gehört, wie beispielsweise das Personalwesen, Qualitätsmanagement oder Controlling, zu den zahlreichen Aufgabenbereichen in einem Unternehmen, die sich in ihren Aufgaben bedingen oder überschneiden können. In diesen Arbeitsbereichen entstehen Maßnahmen zum Schutz, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Gesundheit eines*r Mitarbeiters*in (vgl. Haas & Reblin 2021, 38).

2012 wurde durch das Deutsche Institut für Normung (DIN) eine Definition entwickelt, die in jedem Unternehmen ihre Anwendung finden kann, das betriebliche Gesundheitsbelange in einem gerechten Management entwickeln möchte. Das DIN beschreibt das BGM als die „systematische sowie nachhaltige Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen“ (DIN 2012, 7). Dieses Prozedere schließt die „Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Verhalten“ (DIN 2012, 7) mit ein. (vgl. Haas & Reblin 2021, 42)

2.3.1) Betriebliche Gesundheitsförderung im wissenschaftlichen Kontext

Historisch betrachtet wird als konzeptionelle Geburtsstunde der betrieblichen Gesundheitsförderung die Ottawa Charta gesehen. Im Rahmen dieser wurde am 21. November 1986 die erste internationale Konferenz abgehalten, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandersetzte. Mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ wurde zum aktiven Handeln aufgerufen. Die Konferenz antwortete auf die zunehmenden Erwartungen der öffentlichen Gesundheitsbewegung. Die Grundlage der Konferenz bildete das Dokument der WHO „Gesundheit für alle“ und die Deklaration von Alma-Ata⁴ (vgl. Kuhn 2010, 15).

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 2022a, online).

⁴ Alma-Ata-Deklaration: Konferenz von 1978, Gesundheit wird zu einem grundlegenden Menschenrecht deklariert. Sie gilt als Meilenstein für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung (vgl. WHO 2022b, online)

Menschen sollen im Rahmen einer Gesundheitsförderung dazu befähigt werden, sich selbstbestimmend, um ihre Gesundheit zu sorgen und sie eigenständig zu stärken.

Dass eine Verbindung zwischen Menschen und Umwelt vorliege, bilde die Grundlage für den sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. Laut der WHO liege die Verantwortung hierbei nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern betreffe alle Politikbereiche. Es werden alle (Regierungen, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektoren, nichtstaatliche und selbstorganisierten Verbände) dazu aufgerufen, zusammen zu wirken und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu ergreifen. Aus diesem Grund seien alle dazu angeregt, durch aktives Handeln befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen (vgl. WHO 2022a, online).

Die Gesundheitswissenschaft betrachtet das Konzept der Gesundheitsförderung als eine Bewegung, die stark durch die Theorie von Antonovsky (siehe Kapitel 2.3) beeinflusst wurde und sieht die Ottawa Charta der WHO als maßgebliche Mitwirkung auf gesundheitspolitischer Ebene. Die Bewegung der Gesundheitsförderung ist im Vergleich zur Gesundheitsprävention noch sehr jung. Während die Gesundheitsprävention der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts entstammt, in dem Industrialisierung, Durchseuchung und somit Vermeidung von Ausbreitung dessen Thema war, erlangt die Gesundheitsförderung durch Antonovsky und der WHO ihr Ziel der Erhaltung und Stärkung von vorhandenen Ressourcen für die eigene Gesundheit (Blättner & Waller 2011, 211f.). Im Fokus steht statt pathogenetischer Vermeidung, die Förderung von positiver Gesundheit im Sinne von salutogenem Denken:

„Aus Sicht der Gesundheitswissenschaft kann Gesundheitsförderung nur als eine Kombination von Strategien verstanden werden, die die Position von Menschen auf dem Gesundsein/Kranksein Kontinuum in Richtung des Gesundsein Pols zu verändern in dem Gesundheitsrisiken möglichst reduziert und Gesundheitsressourcen gestärkt werden, vor allem aber das Empfinden von Kohärenz unterstützt wird“ (Blättner & Waller 2011, 215).

Die Gesundheitsförderung möchte bei den Lebensbedingungen der Menschen ansetzen, um die biologischen, sozialen und seelischen Widerstandskräfte und Schutzfaktoren zu mobilisieren (vgl. Blättner & Waller 2011, 213f.).

Dabei steht das Konzept von Antonovsky mit seinem sogenannten Gesundheits-und-Krankheits-Kontinuum im Fokus und ermöglicht eine Einordnung des Gesundheitszustandes eines Individuums. Anhand dessen kann eingeschätzt werden, welche Handlungsmaßnahmen hinsichtlich von Gesundheitsförderung für die jeweilige Person angebracht sind. Dabei können Ressourcen gestärkt werden und Gesundheitsrisiken minimiert werden, sodass sich die Person weiter auf den gesunden Pol zu bewegt und das Kohärenzgefühl gestärkt werden kann.

2.3.2) Prävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Ein zentraler Begriff im BGM neben der Gesundheitsförderung ist die Prävention. Wie in Kapitel 2.2 erläutert wurde, stammt der Begriff Prävention aus dem 19. Jahrhundert. In der Zeit wurde er in der Sozialmedizin entwickelt und wurde im Zuge der Volksgesundheit und Hygiene verwendet. Der pathogene Ansatz der Prävention ist erfolgreich, wenn der Ausbruch oder die Verbreitung einer Krankheit verringert werden kann. Der Ausgangspunkt sei immer eine besondere gesundheitliche Störung. Wichtig zu erläutern an dieser Stelle ist, dass Prävention immer mit Wahrscheinlichkeiten einhergeht. Die Reduktion der Krankheit durch die präventive Maßnahme ist nicht mit Sicherheit zu gewährleisten. Im Feld der Prävention wird zwischen drei Formen der Prävention unterschieden:

Maßnahmen zur primären Prävention werden eingesetzt, wenn die Abwendung des Auftretens einer Krankheit im Fokus steht. Die Zielgruppe sind Menschen ohne Krankheitssymptome. Die Maßnahme zielt auf die Eliminierung von Teilursachen ab, die eine Krankheit auslösen könnten. Die sekundäre Prävention strebt nach einer frühen Entdeckung von Erkrankungen, wenn es eindeutige, biomedizinische Anzeichen dafür gibt (z.B. Krebsvorsorgeuntersuchung). Es wird von einer tertiären Prävention gesprochen, wenn die Erkrankung bereits da ist. Dann wird versucht mit den Maßnahmen eine Zusammenführung von psychosozialen, therapeutischen, medizinischen sowie schulischen/ beruflichen Aktivitäten zu verknüpfen, um der Person ein nahezu selbstbestimmtes und aktives Leben zu ermöglichen (vgl. Haas & Reblin 2021, 38f.)

2.3.3) Abgrenzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung von Prävention

Wie schon in Kapitel 2.3.1 erläutert, beruht die BGF auf dem salutogenen Denken und entwickelte sich durch die gesundheitspolitischen Diskurse der WHO. Die BGF setzt bei der Lebenswelt der Menschen an, um die Ressourcen zu stärken, die zu einem gesunden Zustand, beispielsweise auf der Arbeit, führen können.

Das BGM ist für die gesundheitsfördernden Maßnahmen in einem Betrieb verantwortlich. BGF ermittelt die Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines*r Mitarbeiters*in und strebt nach einer Verbesserung dieser Faktoren. Ziel ist es die gesundheitsrelevanten Faktoren zu beeinflussen, die im Arbeitskontext auftreten. Dabei werden die Unternehmensgrundsätze, eine Personalpolitik und gesundheitsbewusste Unternehmenskultur durch die führende Kraft des Unternehmens berücksichtigt. Außerdem fordert die BGF eine gesundheitsrelevante Arbeitsorganisation, Mitarbeiter*innenbeteiligung, Einflussmöglichkeiten hinsichtlich der eigenen Arbeit, einen integrierten Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie soziale Unterstützung (vgl. Haas & Reblin 2021, 42f.).

Prävention im Allgemeinen, strebt zwar ebenfalls nach Gesundheit, ist aber durch den pathogenen Ansatz auf die „Vermeidung von Schäden“ (Faller 2010, 24) fokussiert. Wenn die Definition von Prävention wie in Kapitel 2.3.2 jedoch in die drei Formen der Prävention unterschieden wird, ergibt sich folgendes Bild: In diesem Sinne streben die sekundäre und tertiäre Prävention zwar ebenfalls nach Gesundheit, sind aber durch den pathogenen Ansatz, welcher die Vermeidung von Schäden impliziert, für die vorliegende Arbeit nicht im Fokus. Nach der Definition der primären Prävention, kann angenommen werden, dass sie mit der Gesundheitsförderung in Verbindung steht. Die primäre Prävention enthält zwar auch einen pathogenen Ansatz, ist aber durch die Ausgangslage (gesunde und symptomfreie Zielgruppe) mit der Gesundheitsförderung zu vereinbaren, die nach den positiven Ressourcen der jeweiligen Zielgruppe sucht und diese stärkt.

Die vorliegende Arbeit möchte den Fokus auf die „Unterstützung von Potentialen“ (Faller 2010, 24) lenken, sodass die BGF und die primäre Prävention in den Blick genommen werden.

2.3.4) Salutogene Führung

Nachdem das betriebliche Gesundheitsmanagement und deren Bestandteile erläutert wurden, möchte dieses Kapitel einen Einblick in die sogenannte salutogene Führung liefern.

Wie schon in Kapitel 2.3.2 beschrieben, werden die Personalpolitik, Unternehmensgrundsätze und eine gesundheitsbewusste Unternehmenskultur durch die führende Kraft integriert (Haas & Reblin 2021, 42f.). Im BGM kann von einer salutogenen Führung gesprochen werden, wenn eine besondere Ausrichtung der Personalführung vorhanden sei. Diese impliziere, dass die führende Kraft die psychische, soziale sowie körperliche Gesundheit aller Akteure der jeweiligen Einrichtung im Blick behalte (vgl. Strehmel 2010, 24).

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wird, sei die Gesundheit eines Menschen anhand des Kohärenzgefühls nach Antonovsky messbar (Kapitel 2.2.1). Laut dem Konzept der salutogenen Führung bedinge ebenfalls die psychische Gesundheit im Betrieb das Kohärenzgefühl der Mitarbeiter*innen. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls sind somit auf die betriebliche Gesundheitsförderung anzuwenden:

Die Mitarbeiter*innen fühlen sich wohl, wenn die Leitung dafür Sorge, dass die Ziele sowie dahinter liegende Überzeugungen und Werte der Organisation innerhalb der Einrichtung sinnig interpretiert werden (Sinnhaftigkeit). Dazu zähle ebenfalls die Identifikation mit diesen Zielen und Werten (vgl. Strehmel 2010, 24 und Antonovsky 1997).

Wenn die Leitung offen für Vorschläge sei und häufig mit ihren Mitarbeiter*innen über die Qualität ihrer Arbeit spreche, können sich die Mitarbeiter*innen verstanden fühlen (Verstehbarkeit). Dabei sei es wichtig, dass Aufgaben, Strukturen, Prozesse und

Entscheidungen transparent und klar kommuniziert werden sowie Möglichkeiten der Partizipation stattfinden (vg.. Strehmel 2010, 24 & Antonovsky 1997).

Die Handhabbarkeit könne die Leitung erfüllen, wenn ausreichend Ressourcen für die Arbeit verfügbar seien (Handhabbarkeit). Die Ressourcen können demnach zur Bewältigung der Arbeit zur Verfügung gestellt werden. Die Organisationsstruktur bestehe aus verlässlichen Arbeitsgruppen und einem Zusammenhalt, was Vertrauen in die Führung mit sich bringe (vgl. Strehmel 2010, 24 & Antonovsky 1997).

Beim Konzept der salutogenen Führung wird deutlich, dass die führende Kraft einer Organisation umfangreiche Aufgaben hinsichtlich eines betrieblichen Gesundheitsmanagements haben kann. Für die vorliegende Arbeit ist die salutogene Führung insofern relevant, weil sie aufzeigt, dass die Leitungsposition innerhalb einer Organisation in vielerlei Hinsicht dazu beitragen kann die (psychische) Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen durch ein salutogenes Handeln zu fördern.

Der Fokus für die vorliegende Arbeit wird auf die Schaffung von der Handhabbarkeit im Personalbereich gelegt. Diese geht mit der Erklärung vom Entstehen arbeitsbedingter Belastungen und der Stresstheorie einher, die in den nachfolgenden Kapiteln erläutert wird.

Ziel der salutogenen Führung sei es, an die stressbedingten Belastungen anzuknüpfen und Bewältigungsressourcen zu schaffen, die die Entstehung von Gesundheit begünstigen (vgl. Strehmel 2010, 53).

Wie nun die Handhabbarkeit in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Konzepterarbeitung umgesetzt werden kann, wird in Kapitel 5.4 erläutert.

2.4) Stress im Wissenschaftsdiskurs

Um sich dem Gesundheitsbegriff aus einer anderen Perspektive zu nähern, wird in den folgenden Kapiteln auf den Diskurs Stress eingegangen, da er ein krankmachender Faktor sein kann und somit hinsichtlich psychosozialer Berufe von großer Bedeutung ist. Die physiologischen Erkenntnisse von Selye und Cannon, bilden heute die Grundlage für die aktuellere Stressforschung und sind für Themen hinsichtlich der biopsychosozialen Gesundheit relevant. Stress aus der physiologischen Perspektive wird in Kapitel 2.4.1 erläutert. Darauf folgt ein Kapitel, das versucht Antonovskys Theorie der Widerstandskräfte mit dem Thema des Stresses in Verbindung zu bringen. Schließlich wird in Kapitel 2.4.3 die Bedeutsamkeit von Stress in sozialen Berufen erläutert, um einen Einblick in den Gesundheitsdiskurs von Fachkräften der Sozialen Arbeit zu erhalten.

2.4.1 Stress – die physiologische Herleitung nach Selye und Cannon

Die ursprüngliche Verwendung des Begriffs Stress ist auf die Materialprüfung zurückzuführen. Mit Stress wurde damals das Ausmaß der Belastung beschrieben, welchem das Material ausgesetzt war. In der Stressforschung wurde dann die Begrifflichkeit als die Reaktion auf eine Belastung, dem sogenannten Stressor, festgelegt. Die frühen Theorien von Selye und Cannon beziehen sich auf die körperlichen Reaktionen auf Stressreize bei einem Menschen (vgl. Allwinn 2010, 47f.).

Walter Cannon entwickelte 1915 das Stress-Modell: *Fight-or-Flight-Syndrom*, was die psychophysiologische Reaktion des Körpers zur Flucht oder zum Kampf beschreibe. Die beiden Reaktionen werden durch die Stresshormone Noradrenalin und Adrenalin ausgelöst und helfen dem Organismus sich in bedrohlichen Situationen zu schützen.

Der österreich-kanadischen Mediziner Hans Selye (1907-1982) untersuchte Stress an Tieren bei Belastungssituationen und stellte das allgemeine Adaptionssyndrom (AAS) mit seinen drei Phasen auf (vgl. Allwinn 2010, 49).

In seiner biologisch-medizinischen Betrachtungsweise legt er den Fokus auf die physiologischen Vorgänge und körperlichen Veränderungen innerhalb einer Stressreaktion. Er definiert Stress als menschliche Alltagserfahrung, die mit unterschiedlichen Problemen verbunden sei. Obwohl das Individuum mit den verschiedensten Problemen konfrontiert sei, laufen die Stressreaktionen laut Selye biologisch betrachtet gleichermaßen ab. Es werden Stresshormone ausgeschüttet, Energiereserven aus dem körpereigenen Speicher freigesetzt und das Herz-Kreislaufsystem werde umgestellt. Dabei ist ein stereotypisches Muster zu erkennen, dass biochemische, funktionelle sowie strukturelle Veränderungen des Körpers mit sich ziehe und somit grundsätzlich eine Bewältigung von erhöhter Anforderung an die (alltäglichen) Lebensbedingungen bedeute (vgl. Selye 1981, 169).

Nach Selye erlebe der Körper drei Stadien: Zunächst beeinträchtigt der Stressor (äußere Reiz) in der **Alarmphase** den Gleichgewichtszustand im Inneren (Homöostase). Der Organismus erhöhe seine Aktivität und Leistungsbereitschaft, indem der Sympathikus aktiviert werde: Steigerung der Herzaktivität, Blutdruck, Tonus der Herz- und Skelettmuskulatur, Durchblutung und Stoffwechsel. In der **Widerstandsphase** strebe der Körper nach der Beseitigung des Stressors, um den Normalzustand widerherzustellen und das akute Stresslevel zu minimieren. In der **Erschöpfungsphase** könne der Widerstand gegenüber den Stressoren nicht länger aufrecht gehalten werden und der Organismus breche folglich zusammen. Dabei könne er nachhaltig geschädigt werden (vgl. Selye 1981, 167f.)

Selye unterscheidet bei Stress zwischen zwei verschiedenen Arten: Eustress und Distress. Eustress werde als positiver Stress definiert, wie bspw. sportliche Herausforderungen, die mit

Spaß verbunden sind. Distress bezeichne die Form von Stress, die sich in unangenehmen, bedrohlichen und überfordernden Gefühlen ausdrücke (wie bspw. Leistungsdruck auf der Arbeit) (vgl. Selye 1981, 171).

2.4.2 Stress und die Widerstandskräfte nach Antonovsky

Nach Antonovsky erfahre das Individuum Einwirkungen durch Ursachen aus der äußeren und inneren Umwelt, die durch die Dauer oder dem Ausmaß der Intensität zu Stressoren werden können. Das Individuum reagiere mit verstärkter Energieaufwendung auf den jeweiligen Stressor. Antonovsky unterscheidet bei den Stressoren zwischen exogenen (äußerlich entstehend) und endogene (körperlich-biochemischen) Einwirkungen: Unfälle, historische Katastrophen, Angst vor Aggressionen, (non-) normative Krisen, Gewalterfahrungen, innerpsychische Konflikte sowie unvorhergesehene Umweltveränderungen definiert er als exogene Stressoren. Das daraus entstehende Spannungsgefüge im Individuum könne bei nicht erfolgreicher Bewältigung zu Stress führen. Körperlich-biochemische Stressoren seien in Interaktion mit den krankmachenden Schwachstellen des Individuums und es bestehe die Möglichkeit, dass sich der Stresszustand erhöhe (vgl. Haas & Reblin 2021, 22f.).

Ein gelungenes Stressmanagement wirke sich auf die Position innerhalb des Kontinuums aus und führe zur Stärkung des Kohärenzgefühls. Im Laufe des Lebens, soziokulturell sowie historisch betrachtet, entwickle das Individuum Widerstandsquellen gegen die vorgestellten Stressoren. Biologisch betrachtet bewahren diese Quellen den Körper vor Einwirkungen des Stressors und können spannungslösend wirken (vgl. Haas & Reblin 2021, 23f.).

Zu den generalisierten Widerstandsquellen zählen vor allem das genetisch bedingte Immunsystem mit seinen immunologischen Abwehrkräften und das anlagebedingte Anpassungsvermögen des Menschen. Psycho-soziale Widerstandsquellen äußern sich in materiellem Wohlstand, in einer stabilen Ich-Identität, in Wissen und Intelligenz sowie steuerbarer und flexibler Bewältigungsstrategien. Eine präventive Gesundheitseinstellung gehöre ebenfalls zu den Widerstandsquellen dieser Art. Besondere Widerstandsquellen, wie soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität und dauerhafte Bindungen können ebenso spannungslösend wirken. Auch unterschiedlichen Weltanschauungen (religiöser, philosophischer oder magischer Art) sind bei den Widerstandsquellen von Bedeutung und können als Hilfe bei der Frage nach dem Sinn des Lebens unterstützen. (vgl. Antonovsky 1979; Antonovsky/Franke 1997 in Haas & Reblin 2021, 23f.).

Die Einwirkung der Stressoren und der genannten Widerstandsquellen befindet sich im Leben eines Menschen in einem stetigen Kreislauf und bedingen sich gegenseitig:

Je mehr Widerstandsquellen gefunden werden bzw. vorhanden seien, desto mehr erlebe das Individuum die Welt kohärent. Gleichzeitig löse ein starkes Kohärenzgefühl die Mobilisierung

von spezifischen und generalisierten Widerstandsquellen aus, was wiederum die erfolgreiche Bewältigung stärke (vgl. Haas & Reblin 2021, 23).

2.4.3 Bedeutsamkeit von Stress für den Gesundheitsdiskurs in sozialen Berufen

Dass Stress zunächst einmal eine lebenswichtige Funktion des Körpers ist, um sich in Bedrohungssituationen zu schützen, wird in der heutigen Zeit oftmals als eine negative Auswirkung auf den Körper und die Psyche wahrgenommen (Ernst et. al. 2022, online).

Stressreaktionen können aber auch als Anpassung, an die sich immer verändernde Umwelt, betrachtet werden. Menschen können stresshafte Momente für eine gewisse Zeit gut aushalten. Dennoch gibt es in der Stressforschung einige Hinweise darauf, dass Stress auf Dauer das Potential hat, krank machend zu wirken (vgl. Allwinn 2010, 47f.)

Wie nun deutlich wurde, ist Stress ein wesentlicher Faktor, der die Gesundheit eines Menschen beeinflussen kann. Distress ist eine Form des Stressses, die der Gesundheit langfristig schaden kann. Genaue Forschungsergebnisse zu gesundheitlichen Auswirkungen durch Stress folgen in Kapitel vier.

In der Lebensgeschichte des Menschen spielt die Erwerbstätigkeit eines Menschen in der heutigen Zeit eine wichtige Rolle. Nach gesellschaftlichen Vorstellungen zu urteilen, liege sie etwa bei 45 Lebensjahren und umfasse etwa 46 Wochen im Jahr mit jeweils 40 Stunden in der Woche. Fakten belegen, dass im Jahr 2008 39,3 % der erwerbstätigen Frauen (Teilzeit mit inbegriffen) und 77,9% der erwerbstätigen Männer sogar mehr als 40 Stunden pro Woche gearbeitet haben (vgl. BAS 2010 in Blättner & Waller 2011, 95). Bei den Zahlen wird die Bedeutung der Erwerbsarbeit im Leben eines Menschen deutlich.

In Deutschland fühle sich jede*r dritte Arbeitnehmer*in stark erschöpft und jede*r fünfte leide an gesundheitlichen Stressfolgen, was sich in Burnout⁵-Symptomaten äußere (vgl. Gesundheitsreport Techniker KK Mai 2009 in Poulsen 2012, 13). Durch diese Erkenntnisse des Gesundheitsreports der Techniker Krankenkasse im Mai 2009, erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Stress zu einem sehr hohen Gesundheitsrisiko im 21. Jahrhundert. Die Stresswahrnehmung und Erschöpfung habe sich in den letzten 20 Jahren verstärkt (vgl. Poulsen 2012, 13).

Aus den Fakten einer Pressemitteilung des wissenschaftlichen Insituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) geht hervor, dass ein klarer Anstieg von Burnout-Betroffenen seit 2004 bis 2010 zu vermerken ist. Im Vergleich der Berufsgruppen führen die Sozialpädagog*innen mit Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Schwierigkeiten der Lebensbewältigung die Spitze an (vgl. AOK 2011 1-5).

⁵ Burnout ist ein kranker Zustand physischer und psychischer Erschöpfung, der durch chronischen Stress am Arbeitsplatz ausgelöst werden kann (vgl. WHO 2019, online).

Bei den vorgestellten Fakten in diesem Kapitel wird die Bedeutung von Stress in vor allem sozialen Berufen deutlich.

Poulsen beschreibt, dass die Arbeit von Fachkräften in sozialen Berufen stetig von der helfenden Haltung gegenüber ihren Klient*innen geprägt ist.

Besonders aufgrund der Nähe zur Lebenswelt, sowie den vielschichtigen Problemlagen der Klient*innen, ist ein „professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis“ (Poulsen 2012, 19) wichtig. Die Grundlage für eine gut funktionierende Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und/oder den Familien ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Hierfür bedarf es emotionaler Nähe. Dies bedeute aber auch, dass die Fachkräfte stets eine Balance zwischen Nähe zu bieten sowie zuzulassen und sich zeitgleich abzugrenzen finden müssen (vgl. Poulsen 2012, 20 f.). Die Themen der Arbeitswelt begleiten die Fachkräfte aus den besagten Gründen oft auch nach Feierabend, erschweren das Abschalten in der Freizeit und somit das Privatleben sowie langfristig auch die eigene Gesundheit (vgl. Poulsen 2012, 28).

2.5) Zusammenfassung

Aus dem ersten theoretischen Teil dieser Arbeit geht hervor, dass Antonovsky mit seiner Theorie der Salutogenese eine Grundlage für den Wissenschaftsdiskurs geebnet hat. Während sich die westliche Welt auf die Entstehung sowie Behandlung von Krankheiten fokussiert (pathogen), schaffte Antonovsky mit seinem alternativen Ansatz eine neue Perspektive. Zudem wurden Fakten geschildert, die das psychosoziale Berufsfeld als Bedarfswelt für Gesundheitsförderung darstellt. Des Weiteren kann zusammenfassend festgestellt werden, dass Betriebe und Träger praktische sowie gesundheitsbezogene Ansätze benötigen, die Gesundheit vor allem im psychosozialen Berufsfeld fördern. Mit der betrieblichen Gesundheitsförderung kann dieser Weg gegangen werden. In den folgenden Kapiteln wird ein Ansatz dargestellt, der auf die vorangegangene Theorie von Antonovsky aufbaut. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Ansatz der Achtsamkeit dazu beitragen kann, ein gesünderes Berufsleben zu führen (salutogen).

3) Konzept der Achtsamkeit

Achtsamkeit ist zunächst als eine Haltung zu verstehen, die sich schon seit Jahrhunderten durch die Geschichte der Menschen zieht. Ihre Anfänge nahm sie im Buddhismus und ist im heutigen Zeitalter in der westlichen Welt in Form von Yoga- und Meditationsangeboten angekommen. Der gesundheitliche Aspekt spielt dabei eine große Rolle und ist in dieser Arbeit weitestgehend im Fokus (Kabat-Zinn 2019, 42f.)

In den nachfolgenden Kapiteln wird zunächst auf die buddhistische Lehre, den Ursprung sowie die historische Entwicklung des Achtsamkeitskonzepts eingegangen. Anschließend wird ein Einstieg in die Achtsamkeitsforschung durch die Auffassung des amerikanischen Professors Jon Kabat-Zinn dargestellt. Er entwickelte ein Programm, das im klinischen Bereich Fuß gefasst hat und auch auf andere Bereiche anwendbar ist. Dieses Programm wird in Kapitel 3.2.2 vorgestellt. Bedeutsam sind die Achtsamkeits-Praktiken, die daraufhin ebenfalls vorgestellt werden, um einen praktischen Einstieg in das Achtsamkeitskonzept nach Kabat-Zinn zu geben. Das Kapitel 3.3 bringt das Konzept der Achtsamkeit mit der Gesundheitsförderung in Verbindung und stellt Achtsamkeit als gesundheitsförderndes Konzept dar. Die Verbindung zwischen Achtsamkeit und Gesundheitsförderung wird anhand Vermutungen von Kabat-Zinn und daraufhin ausgeführten Studien aus den 2010er Jahren gestützt.

3.1) Ursprung des Achtsamkeitskonzepts

Das Konzept der Achtsamkeit wird seit mehreren tausend Jahren in Ost-asiatischen Ländern als spirituelle Tradition praktiziert (vgl. Chang-Gusko 2019, 5).

In den 1950er und 60er Jahren fand das Interesse für den Zen-Buddhismus⁶ vor allem in Amerika anhand der Achtsamkeitsübung als Meditation ihren Weg in die westliche Psychologie und Medizin (vgl. Chang-Gusko 2019, 5).

Die Wurzeln des Konzeptes der Achtsamkeit liegen in der Lehre des Buddhismus (vgl. Michalak, Heidenreich & Williams 2012, 8).

Achtsamkeit wird aus dem buddhistischen Begriff *sati* (Skt.) abgeleitet, was mit „die Absicht des Geistes“, „Aufwachen des Geistes“ und „Klarheit des Geistes“ (Glomb et al. 2011 in Chang-Gusko 2019, 5) übersetzt werden kann (vgl. Chang-Gusko 2019, 5).

Die philosophisch-ethische Lehre des Buddhas basiert auf der Herausforderung des menschlichen Auseinandersetzens mit der Umwelt und des eigenen Selbst, was Buddha als das Leiden (*duhkka*) definiert. Aufgrund seiner meditativen Praxis erreichte Buddha die Erkenntnis, wie das menschliche Leiden überwunden werden könne. Er nannte diese

⁶ Der Zen-Buddhismus ist eine japanische Strömung des Buddhismus, der die Meditation fokussiert (vgl. Notz, 2002).

Erkenntnis die *Vier edlen Wahrheiten*. Buddha geht davon aus, dass jeder Mensch durch eigene Anstrengung, unter Beachtung der *vier edlen Wahrheiten* sowie unter Berücksichtigung des sogenannten *Edlen Achtfachen Pfades* diesen Zustand der Überwindung des Leidens erreichen könne (vgl. Wolff 2012, 11ff.)

In der ersten Rede des Buddhas (auch bekannt als *die erste Drehung des Rades*) formulierte er die *vier edlen Wahrheiten*: Zunächst sei das Leben voller Leid zu sehen. Zweitens gebe es Ursachen, die zu leidvollem Empfinden führen, drittens gäbe es ein Ende des Leidens und mit der vierten Wahrheit beschreibe er den Weg dorthin (*der edle achtfache Pfad*) (vgl. Lexikon der Religionen 2014, online).

Der edle achtfache Pfad, der die vierte Wahrheit beschreibt, gliedert sich wie folgt auf: 1. Rechtes Verstehen, 2. Rechtes Denken, 3. Rechte Rede, 4. Rechtes Handeln, 5. Rechter Lebenserwerb, 6. Rechte Anstrengung, 7. Rechte Achtsamkeit, 8. Rechte Konzentration (vgl. Wolff 2012, 14-20).

Die rechte Achtsamkeit ist, wie im vorherigen Absatz zu erkennen, eines der Glieder des *edlen achtfachen Pfades*. Nach buddhistischem Verständnis könne ein Mensch nur dann eine innere Kraft und reines Glück empfinden, wenn er sein Denken und seinen Glauben nach der rechten Achtsamkeit ausrichte (vgl. Michalak, Heidenreich & Williams 2012, 8).

Das wichtigste Ziel der Achtsamkeit sei die Überwindung von Wahn, Hass und Gier und führe nach buddhistischem Verständnis zu einer gänzlichen Aufhebung des menschlichen Leidens (vgl. Michalak, Heidenreich & Williams 2012, 8).

Anhand der Meditationspraxis erschließe sich der Mensch, was unter Achtsamkeit (*sati*) zu verstehen ist. Tichy beschreibt das Wort *sati* als das „[...] Sich-Erinnern an ein Wissen [...]“ (Tichy 2018, 115), dass den Menschen helfe, ihr Leiden (*dukkha*) zu beenden. Nach Tichy scheinen Gewahrsein und Aufmerksamkeit die zwei Bedeutungen zu sein, die in sämtlichen Achtsamkeitsdefinitionen enthalten sind. Daraus lässt sich schließen, dass Achtsamkeit nicht nur als bewusste Wahrnehmung definiert werden kann, sondern dass die Dinge so wahrhaftig wahrzunehmen sind und man ihnen dabei ohne Verlangen, Abneigung oder Selbsttäuschung begegnen solle (vgl. Tichy 2018, 115 f.).

Dem hinzuzufügen ist, dass die Systematik des sich Übens in der Achtsamkeit das Herzstück der Meditation im Buddhismus bilde (vgl. Kabat-Zinn 2019, 42).

Nachdem die buddhistische Tradition der Achtsamkeit ihren Anklang in Amerika fand, folgte die Anwendung, abgekoppelt von dem spirituellen Hintergrund, in der Verhaltensintervention für die klinische Praxis. Das geschah in den 1970er Jahren durch den amerikanischen Molekularbiologen Jon Kabat-Zinn (vgl. Chang-Gusko 2019, 6). Auch Michalak, Heidenreich und Williams vertreten die Ansicht, dass Achtsamkeit als eine neutrale Fähigkeit zu verstehen

ist, die nicht an eine bestimmte Religion oder Kultur gebunden sei (vgl. Michalak, Heidenreich & Williams 2012, 8).

Das Schaffen von Kabat-Zinn wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

3.2) Wissenschaftliche Auffassung von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn

Jon Kabat Zinn (*1944, New York) ist der Begründer der Stress Reduction Clinic in Massachusetts, USA. Er ist der erste amerikanische Wissenschaftler und Professor, dem es gelungen ist, die Praxis der Achtsamkeit in einem Konzept in die therapeutische und medizinische Betreuung einzubinden (vgl. Kabat-Zinn 2019).

Wie oben beschrieben entstammt das Konzept der Achtsamkeit ursprünglich dem Buddhismus. Jon Kabat-Zinn entwickelte mit seinem Kollegen Saki Santorelli (Professor für Präventiv- und Verhaltensmedizin an der University of Massachusetts, USA und Direktor des Centers für mindfulness in Medicine, Health and Care) das Programm Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). In diesem Programm geht es nicht um die Vermittlung von spirituellen oder religiösen Inhalten. Kabat-Zinn versucht damit Achtsamkeit in einem wissenschaftlichen Kontext zu definieren und vermittelt ein Übungsprogramm der Achtsamkeitspraxis für therapeutische Zwecke, was laut ihm seine Effektivität durch tägliches Üben entfalten könne (vgl. Schneider 2012, 9).

3.2.1) Definition von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn

Nach Kabat-Zinn bedeutet Achtsamkeit (*mindfulness*) vereinfacht dargestellt, in jedem Moment gegenwärtig zu sein. Das menschliche Bewusstsein befinde sich in einem Zustand, in dem es seine Aufmerksamkeit auf alles richte, was normalerweise nicht in den Fokus gerückt werde. Den Ansatz der Achtsamkeit beschreibt er als eine Ausbildung, die dem Menschen ermögliche, eine Ebene der Weisheit und Selbstbestimmung zu erlangen, um sich wieder den natürlichen Fähigkeiten der Entspannung, Achtsamkeit, Einsicht und Aufmerksamkeit zu nähern (vgl. Kabat-Zinn 2011, 20).

Die innere Ruhe, die durch die Praxis der Achtsamkeit ausgelöst werde, bringe den Menschen in einen Zustand der Tiefenentspannung, in der sich der Körper und Geist regenerieren könne. Gleichzeitig geht Kabat-Zinn davon aus, dass es der Mensch durch seine Achtsamkeitspraxis schaffe, äußere Lebensumstände besser zu erkennen und wahrzunehmen. Dadurch könne der*die Praktizierende wahrnehmen, an welcher Stelle im Leben Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit zu finden sind. Ebenfalls könne der Grund für das individuelle Stressempfinden ausgemacht werden (vgl. Kabat-Zinn 2011, 34).

Achtsamkeit definiert Kabat-Zinn später in einer überarbeiteten Version seiner Bücher schließlich als „die Bewusstheit, die sich durch gerichtete, nicht wertende Aufmerksamkeit im

gegenwärtigen Augenblick einstellt“ (Kabat-Zinn 2019, 23). Achtsamkeit ist aus seiner Sicht nicht nur eine Idee oder ein Konzept. Es sei für ihn eine Art zu *sein*. Kabat-Zinn charakterisiert Achtsamkeit ebenfalls als eine besondere Art und Weise der Aufmerksamkeit, die er in seinen späteren Werken als *Gewahrsein* definiert (vgl. Kabat-Zinn 2019, 43). Wenn er von dem Synonym des *Gewahrseins* (*awareness*) spreche, meint er eine umfassendere Art des Wissens, was bedeutsamer als das bloße Denken erscheine (vgl. Kabat-Zinn 2019, 23). Die besondere Aufmerksamkeit, die in der oben genannten Definition Kabat-Zinns zitiert wurde, ist im Grunde genommen, die Art von Aufmerksamkeit, die er in seiner Auffassung als *Gewahrsein* benennt. Mit der Praxis der Achtsamkeit könne das tiefe Versinken in sich selbst praktiziert werden. Selbstbesinnung und Selbstfindung stehen dabei im Fokus (vgl. Kabat-Zinn 2019, 42f.).

3.2.2) Stressbewältigungsprogramm MBSR (Mindfull Based Stress Reduction)

Vor etwa vierzig Jahren entwickelte Jon Kabat-Zinn gemeinsam mit Saki Santorelli das achtwöchige Stressbewältigungs-Programm MBSR. Es basiert auf der Ausbildung von Meditation, Yoga und Achtsamkeit. Es wurde für Menschen entwickelt, die unter Schmerzen, chronischen Erkrankungen, Stress (beruflich oder privat), Burnout oder Belastungen jeglicher Art leiden. Das Programm ist systematisch und alltagstauglich aufgebaut und bietet formale sowie informelle Übungen (vgl. Schneider 2012, 7).

Als Ausgangspunkt des Programms ist die jeweilige persönliche Situation jedes Einzelnen zu betrachten und es bedarf der Bereitschaft an sich und mit sich arbeiten zu wollen (vgl. Kabat-Zinn 2019, 54).

Nach Kabat-Zinn lehre die Methode der Achtsamkeit Zeit für sich selbst zu beanspruchen, seinen Lebenspuls zu entschleunigen sowie zu innerer Ruhe zu kommen. Außerdem gehe es um das Lernen der Selbstakzeptanz, den springenden Geist sowie seine Gedanken zu beobachten und sie anschließend loszulassen (vgl. Kabat-Zinn 2019, 56).

Das Programm zielt darauf ab, einen Erlebnisraum für die Praktizierenden zu schaffen, sodass jeder Lebensaugenblick intensiv erlebbar werde. Außerdem werde der Mensch darin geschult, die Signale seines Körpers und Geistes zu erkennen und dadurch diese deuten zu können. Dabei wird die Fähigkeit der Selbstreflexion geübt und das Vertrauen in die eigenen Erfahrungen trainiert. Schließlich gehe es um die Sensibilisierung der Wahrnehmung der eigenen Probleme, die zu einer Wahrnehmung eines verstärkten Gefühls der Selbstbestimmung führen können (vgl. Kabat-Zinn 2019, 54).

Kabat-Zinns Vision dabei ist, dass die Meditationspraktiken den Bemühungen Kraft und Substanz verleihen und somit als Katalysator für einen aktiven Heilungsprozess dienen (vgl.

Kabat-Zinn 2019, 62). Der aktive Heilungsprozess meint im Sinne der vorliegenden Arbeit das Heilen von Stresssymptomen.

3.2.3) Achtsamkeitspraktiken aus dem MBSR-Programm

Die Achtsamkeit wird im MBSR-Programm durch vier Praktiken gelehrt, die in diesem Kapitel näher beschrieben werden:

Atemübungen

Kabat Zinn geht davon aus, dass der menschliche Rhythmus des Atmens mit den Rhythmen des Planeten (Ebbe, Flut, Jahreszeiten) verbunden sei. Es finde dauerhaft ein Austausch zwischen der Umwelt und des Organismus statt, der sich durch den Vorgang der Atmung beschreiben lasse.

In der Praxis der Atemübung seines Programms gehe es um die Beobachtung des Atmens, der sich wiederholt und sich je nach Stimmungslage verändere. Es gibt drei Körperbereiche, die sich für eine Beobachtung eignen: die Nasenlöcher, die Bauchdecke und der Brustkorb. Durch die Nasenlöcher kann der*die Praktizierende das Ein- und Ausströmen der Luft konzentriert beobachten. Die Bauchdecke kann sich beim Ein- und Ausatmen heben und senken. Das Empfinden des Atmens kann ebenfalls im Brustkorb wahrgenommen werden, durch das sich Ausbreiten und sich Zusammenziehens der Lunge. Beim achtsamen Atmen gehe es um das aufmerksame Beobachten, was zum Medium des Gewahrseins werden kann. Wenn die Aufmerksamkeit auf die Atmung gelenkt ist, dann könne sich der Körper in einem Moment der meditativen Achtsamkeit wiederfinden. Besonders geeignet ist die Zwerchfellatmung sowie die Bauchatmung. Bei jedem Atemzug zieht sich der Zwerchfellmuskel zusammen, während sich bei der Ausatmung der Muskel wieder weitet und somit im Körper Entspannung eintritt. Bei tiefem Aus- und Einatmen kann sich die Bauchdecke bei dieser Art von Atmung entspannen. Ziel dieser Methode ist es, dass sich der*die Praktizierende daran erinnert mit seinem*ihrem Körper in Kontakt zu sein. Durch die Praxis kann konzentrierte Aufmerksamkeit und innere Ruhe entstehen, die darauf abziele den Menschen in einen Zustand der Tiefenentspannung zu geleiten. Den Atem als die Kraftquelle des Körpers zu betrachten, macht ihn zu der „universellen Grundlage jeder Meditationspraxis“ (Kabat-Zinn 2019, 91). Die Atmung stellt schließlich das Medium dar, dass der*dem Praktizierenden helfe, die Fähigkeit zu lehren, in Achtsamkeit bzw. in Gewahrsein zu sein (vgl. Kabat-Zinn 2019, 84-92).

Body Scan Meditation

Die Methode des Body Scans bildet mit der Atmung die Grundlage für alle weiteren Methoden des MBSR-Programms. Mit dieser Meditationspraxis werde versucht den Kontakt zum eigenen Körper wieder herzustellen. Der*die Praktizierende spürt intensiv, im kleinsten Detail in seinen*ihren Körper hinein und schult dabei seine*ihre Konzentration. Die Übung zielt auf eine differenzierte Körperwahrnehmung ab. Durch das Hineinspüren in die verschiedenen Körperregionen könne die Person mit ihrem Körper wieder eins werden und im gegenwertigen Moment verweilen. Die Meditation werde nach einem bestimmten Schema ausgeführt. Die Aufmerksamkeit wird zunächst auf die Zehen des linken Fußes gelenkt, danach wandert die Aufmerksamkeit weiter nach oben bis zum Becken. Danach werde aufmerksam in den rechten Fußzehen gespürt bis hin zum Becken, darauf folgt der gesamte Oberkörper, jeweils die Arme und Hände. Schließlich konzentriert sich der*die Praktizierende auf den Nackenbereich, über das Gesicht bis zum Scheitel. Bei jeder Konzentration im jeweiligen Körperbereich wird der Atem in diese Region geschickt. Darauf folgt eine Phase der stillen Unbeweglichkeit, was mit dem *Savasana* (Skt. Totenstellung) im Hatha-Yoga gleich kommt. Durch das Wechseln der Aufmerksamkeit in den Körperregionen werde sich der*die Praktizierende im Loslassen üben. Das habe zur Folge, dass die Muskeln im Körper locker werden und sich Spannungen auf mentaler und körperlicher Ebene lösen können. Kabat-Zinn spricht davon, dass der*die Praktizierende sein*ihr Erschöpfungsgefühl aus den jeweiligen Körperregionen ausströmen lassen könne. Der*die Praktizierende erlerne mit dieser Methode über einen längeren Zeitraum konzentriert und aufmerksam zu sein. Sie ver helfe ihnen zu einer mentalen Stabilität in Stille und Achtsamkeit. Viele Erfahrungsberichte der Praktizierenden deuten darauf hin, dass sich in ihnen durch diese Praxis ein Wohlbefinden eingestellt habe und sie ein Gefühl der Zeitlosigkeit empfunden haben (vgl. Kabat-Zinn 2019, 114-117).

Sitzmeditation

Die aus alter buddhistischer Tradition des Vipassanas⁷ stammende sitzende Meditation bilde das „Herzstück der formalen Meditationspraxis“ (Kabat-Zinn 2019, 95) im MBSR-Programm. Es wird sich für eine bestimmte Zeit ein Ort gesucht, an dem sich der*die Praktizierende für eine Weile ungestört hinsetzen kann. Er oder sie begibt sich in einen präsenten, aufrechten und entspannten Sitzhaltung. Dabei ist darauf zu achten, dass sich Kopf, Nacken und Rücken in einer lotrechten, geraden Linie befinden. Diese Haltung strahle Selbstakzeptanz- und Vertrauen sowie volle Konzentration aus. Der*die Praktizierende begeben sich in einen Zustand der stillen Empfänglichkeit, die er klassischer Weise im Schneidersitz oder Fersensitz

⁷ Vipassana ist eine Meditationsform, die aus dem Buddhismus stammt. Sie verhilft zum Klarblick und Perspektivwechsel. Sie erfolgt durch den Versuch einer konzentrativen Schulung der Sinne, die zunächst reduziert, kontrolliert und weitestgehend ausgeschaltet werden (vgl. Notz 2002, 303).

praktizieren kann. Dabei ist es möglich die sitzende Haltung durch Hilfsmittel (Anlehnen an eine Wand, Stuhl, Kissen etc.) zu unterstützen. Die Hauptsache sei, dass der Sitz stabil sei und sich die Person geerdet fühle. Bei der Sitzmeditation sei nicht die Ausführung des Sitzens ausschlaggebend, sondern die Ernsthaftigkeit des Bemühens stehe im Vordergrund. Wenn nun eine sitzende Position gefunden wurde, richte der*die Praktizierende die Aufmerksamkeit auf seine*ihre Atmung und beobachte das Ein- und Ausströmen des Atems. Aus Erfahrung falle es Erstpraktizierenden sehr schwer sich im Moment des Nicht-Tuns und der Atembeobachtung auszuhalten. Das sei genau die Herausforderung, die diese Übung impliziere. Ziel sei es, den Impuls des Abbrechens der Übung oder den sprunghaften Geist zu beobachten. Es geht schlicht darum, seinen eigenen Atem zu beobachten und sich im Moment des Seins zu empfinden. Wenn die Übung mehrfach ausgeführt oder regelmäßig praktiziert werde, können diese inneren Widerstände geringer werden und der Körper und Geist gewinnt an innerer Stärke und Geduld (vgl. Kabat-Zinn 2019, 95-99).

Hatha Yoga

Hatha-Yoga zählt als vierte Methode zum MBSR-Programm. Beim Hatha-Yoga gehe es um die Wiederherstellung der Verbindung zum eigenen Körper. Durch sogenannte *Asanas* (Skt. Übungen), die den Körper sanft dehnen, kräftigen und in Balance üben, lerne der*die Praktizierende sich in seinem*ihren Körper wieder heimisch zu fühlen. Sie werden in Kombination mit der Atmung ausgeführt. Im Hatha-Yoga werden die Asanas sehr langsam und bedacht praktiziert. Durch das langsame und bewusste Ausführen der Asanas könne der*die Praktizierende die Auswirkungen auf den Körper achtsam empfinden. Der*die Praktizierende erfahre durch das regelmäßige Ausführen dieser Methode eine tiefe Entspannung, Lockerung und Kräftigung des Körpers. Zum Schluss dieser Methode befinde sich der Körper, wie auch im Body-Scan, in Rückenlage und es werde versucht im Geist die Vergangenheit und Zukunft ruhen zu lassen und sich auf den gegenwertigen Moment zu konzentrieren. Achtsam ausgeführtes Yoga kann zur Meditation werden, da versucht wird den Körper in seinem Ist-Zustand wahrzunehmen. Dabei übe sich der*die Praktizierende in Geduld und wird dazu angehalten seine*ihre eigenen Grenzen zu erfahren und sich demnach in den Asanas zurückzuhalten, wenn er*sie in der Ausführung der Asanas an seine*ihre Grenzen stoße. Yoga ist eine behutsame Methode, die überall durch verschiedene Hilfsmittel (Stuhl, Yoga-Block, Wand etc.) ausgeführt werden könne. Außerdem erfordere Hatha-Yoga einen ganzheitlichen Körpereinsatz, der das Herz und den Kreislauf stärken könne. Praktizierende beschreiben, dass sie sich nach dem Yoga sehr energetisch fühlen, einen Zustand der Stille und des inneren Friedens erfahren. Durch Yoga könne man den Energiefluss in seinem eigenen Körper spüren. Das Sanskritwort *Yoga* bedeutet übersetzt „Joch“ und meint die Vereinigung von Körper und Geist. Yoga könne das Gefühl von Leichtigkeit, Fließen und Stille auslösen. Demnach ist

davon auszugehen, dass sich die Asanas nicht nur rein körperlich auswirken, sondern auch einen Einfluss auf die Gedanken, Gefühle und Stimmungslagen des*der Praktizierenden haben. Wie auch die Sitzmeditation und der Body Scan eröffnet Yoga dem Menschen Türen, durch die er oder sie gehen kann, um sich besser zu fühlen (vgl. (Kabat-Zinn 2019, 128-138).

3.3) Achtsamkeit als gesundheitsförderndes Konzept

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wurde, ist Achtsamkeit nach ihrem geschichtlichen Ursprung eine buddhistische Konzeption, die seit vier Jahrzehnten im Westen angekommen ist und u.a. im medizinischen sowie alltäglichen Bereich praktiziert wird. Es wurde ebenfalls die gesundheitliche Dimension dieses Konzeptes angesprochen. Achtsamkeitspraktiken, wie bspw. die Meditation, können Stress abbauen und zu einem gesteigerten Wohlbefinden im gesundheitlichen Kontext beitragen.

Antonovsky berichtet in seinem Konzept der Salutogenese von psychosozialen Widerstandsquellen, die sich in einer stabilen Ich-Identität, in Wissen und Intelligenz sowie steuerbarer und flexibler Bewältigungsstrategien äußern können. Außerdem beschreibt er, dass eine präventive Gesundheitseinstellung ebenfalls zu den Widerstandsquellen gehöre.

Doch wie schafft es der Mensch seine Ich-Identität, sein Wissen, seine Intelligenz und sein Wohlbefinden für ein dementsprechendes gesundes Leben zu fördern und Ressourcen für den Stressabbau zu nutzen?

Achtsamkeit stelle einen inneren Prozess dar, der das bewusste, spirituelle und geistige Wachstum entwickelt. Die Achtsamkeit als äußerer Prozess, kann verstanden werden als Mitgefühl, Hinwendung Achtung und liebevolles Verhalten ggü. allen Lebensformen. Achtsamkeit bedeute zusammenfassend das Bemühen und Streben nach einem friedvollen Leben (vgl. Lützenkrichen 2004, 27).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Mensch durch das Praktizieren von Achtsamkeit zu einem friedvollen Leben finden kann, in dem er*sie sich liebevoll behandelt, sich selbst achtsam hinwendet und für sich selbst Empathie empfindet. Es ist davon auszugehen, dass sich das eigene Schätzen und der achtsame Umgang mit sich selbst ebenfalls auf die Umwelt und die zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken kann.

Die in den folgenden Kapiteln vorgestellten Studienergebnisse werden einen Beweis liefern, dass Achtsamkeit als ein „Must-Have“ anzusehen ist, wenn sich das Individuum gesund fühlen möchte. Die Praxis halte das Gehirn gesund, unterstützt den Menschen in Selbstregulierung und der Entscheidungsfindung und kann als Schutz vor Stress dienen (vgl. Congleton et.al. 2015, online).

„Wenn sich der Mensch Platz nehme, durchatme und sich verpflichten würde, achtsam zu sein, insbesondere wenn er oder sie sich mit anderen treffe, die dasselbe tun, habe er oder sie das Potenzial, verändert zu werden“ (Hölzel et. al. 2010, online).

3.3.1) Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch die Praxis von Achtsamkeit

Bereits 1982 äußerte sich Kabat-Zinn zu vorläufigen Ergebnissen seines achtsamkeitsbasierenden Stressreduktions- und Entspannungsprogramms: Sie deuten darauf hin, dass viele chronische Schmerzpatienten von einem solchen Programm profitieren können. Abgesehen von der Verringerung des Schmerzniveaus und schmerzbezogenen Verhaltensweisen zeige die Mehrheit der Patient*innen Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die auf die regelmäßige Praxis der Achtsamkeitsmeditation zurückgeführt werden könne.

Kabat-Zinn konnte beobachten, dass die Patient*innen die Fähigkeit erlernten, mentale Ereignisse, einschließlich Schmerzen, mit einem Gefühl der Loslösung zu betrachten. Diese kognitiven Veränderungen, die in direktem Zusammenhang mit der Erfahrung von Loslösung stehen, schienen zu einem gesteigerten Selbst-Bewusstsein, ein Bewusstsein in Beziehung zu anderen und zur Umwelt zu führen. Häufig berichteten die Patient*innen von tiefen persönlichen Einsichten, größerer Geduld und von einer neuen Fähigkeit, sich in Alltagssituationen zu entspannen und die eigene Bereitschaft, mehr im gegenwärtigen Moment zu leben. Außerdem erzählten Patient*innen von einem gesteigerten Bewusstsein für Stresssituationen und eine verbesserte Fähigkeit, erfolgreich mit diesen umzugehen. Doch konnte durch diese vorläufigen Resultate nur Vermutungen angestellt werden, dass die Meditationspraxis für die genannten Veränderungen verantwortlich seien (vgl. Kabat-Zin 1982, 33-47).

3.3.2) Veränderungen in Gehirnregionen durch die Praxis von Achtsamkeit

Was schon in den 80er Jahren vermutet wurde, kann durch aktuellere Studien der Harvard Medical School belegt werden. Sue McGreevey berichtet 2011 in der Zeitschrift der Harvard University von einer Studie, die die Annahmen von Kabat Zinn in den 80er Jahren bestätigen. In dem Artikel ist zu lesen, dass die Teilnahme an einem achtwöchigen Achtsamkeitsmeditationsprogramm messbare Veränderungen in Gehirnregionen zu bewirken scheint, die mit Gedächtnis, Selbstgefühl, Empathie und Stress verbunden sind. Dieses Ergebnis beruht auf der Studie, die ein Team unter der Leitung von Harvard verbundenen Forscher*innen am dem Massachusetts General Hospital durchführten. Die erzielten

Ergebnisse der Studie dokumentieren erstmals durch Meditation verursachte Änderungen in der grauen Substanz des Gehirns⁸.

Die Praxis der Meditation werde häufig mit einem Gefühl der Ruhe und körperlichen Entspannung in Verbindung gebracht. Dem hinzuzufügen ist die Ansicht vieler Praktizierenden, dass Meditation auch kognitive und psychologische Vorteile bietet, die den ganzen Tag über anhalten. Die Studienergebnisse aus Massachusetts zeigen, dass Veränderungen in der Gehirnstruktur einigen dieser berichteten Verbesserungen zugrunde liegen könnten und dass sich die Menschen nicht nur besser fühlen, weil sie sich entspannen. Frühere Studien von Sara Lazar (Assistenzprofessorin der Psychologie und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Harvard Medical School) fanden strukturelle Unterschiede zwischen den Gehirnen von erfahrenen Meditationspraktizierenden und Personen ohne Meditationsgeschichte und beobachteten eine Verdickung der Großhirnrinde in Bereichen, die mit Aufmerksamkeit und emotionaler Integration verbunden sind.

Aber diese Untersuchungen konnten nicht dokumentieren, dass diese Unterschiede tatsächlich durch Meditation erzeugt wurden. Für die aktuellere Studie in Massachusetts, USA wurden Magnetresonanzaufnahmen (MRT) der Gehirnstruktur von 16 Studienteilnehmer*innen zwei Wochen vor und nach der Teilnahme an dem achtwöchigen MBSR-Programm am Zentrum für Achtsamkeit der Universität von Massachusetts gemacht. Zusätzlich zu den wöchentlichen Treffen, die das Üben der Achtsamkeitsmeditation beinhalteten, erhielten die Teilnehmer*innen Audioaufnahmen für eine geführte Meditationspraxis und wurden gebeten, aufzuzeichnen, wie viel Zeit sie jeden Tag praktizierten.

Die Teilnehmer*innen der Meditationsgruppe gaben an, jeden Tag durchschnittlich 27 Minuten mit Achtsamkeitsübungen zu verbringen. Darüber hinaus zeigten ihre Antworten auf einem Achtsamkeitsfragebogen signifikante Verbesserungen im Vergleich zu den Antworten vor der Teilnahme.

Die Analyse von MRT-Bildern, die sich auf Bereiche konzentrierte, in denen in früheren Studien mit Meditation verbundene Unterschiede festgestellt wurden, ergab eine erhöhte Dichte der grauen Substanz im Hippocampus⁹, der wichtig für Lernen und Gedächtnis sei sowie in Gehirnstrukturen, die mit dem Selbstbewusstsein und Mitgefühl sowie der Selbstbeobachtung verbunden sind. Die von den Teilnehmern berichtete Stressreduktion korrelierte auch mit einer

⁸ Die graue Substanz steuert das zentrale Nervensystem, dazu zählt ebenfalls die menschliche Intelligenzleistung sowie Wahrnehmungsprozesse und motorische Fähigkeiten (vgl. MediLexi 2022a, online).

⁹ Der Hippocampus ist der Arbeitsspeicher unseres Gehirns und die Schaltstelle zwischen dem Kurz- und Langzeitgedächtnis. Er ist einer der wenigen Bereiche des Gehirns, in dem ein Leben lang neue Nervenzellen gebildet werden können (vgl. MediLexi 2022b, online).

verringerten Dichte der grauen Substanz in der Amygdala¹⁰, von der bekannt ist, dass sie eine wichtige Rolle bei Angst und Stress spielt (vgl. McGreevey 2011, online und vgl. Hölzel, et al. 2010, online).

Anschließend an die Forschung von 2011 untersuchten weltweit verschiedene neurowissenschaftliche Labors, die Auswirkungen von Achtsamkeitstrainings auf das menschliche Gehirn. 2015 konnte ein Team aus Wissenschaftler*innen der University of British Columbia und der TU Chemnitz Daten aus mehr als 20 Studien zusammenführen, um festzustellen, welche Bereiche des Gehirns durch achtsame Praktiken verändert werden. Sie identifizierten mindestens acht verschiedene Regionen, von denen im Folgenden zwei vorgestellt werden, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind (vgl. Congleton et. al. 2015, online).

Der erste ist der anteriore cinguläre Kortex (ACC), eine Struktur, die sich tief in der Stirn hinter dem Frontallappen des Gehirns befindet. Das ACC ist mit der Selbstregulation und Persönlichkeit verbunden, d.h. der Fähigkeit, Aufmerksamkeit und Verhalten zielgerichtet zu lenken, unangemessene reflexartige Reaktionen zu unterdrücken sowie Strategien flexibel zu wechseln. Menschen mit Schäden am ACC zeigen eine Impulsivität und unkontrollierte Aggression. Menschen mit gestörten Verbindungen zwischen dieser und anderen Gehirnregionen schneiden bei Tests zur geistigen Flexibilität schlecht ab: Sie halten an ineffektiven Problemlösungsstrategien fest, anstatt ihr Verhalten anzupassen. Menschen, die Meditation praktizieren, zeigten eine überlegene Leistung bei Tests zur Selbstregulierung, widerstehen Ablenkungen und geben häufiger richtige Antworten als Nicht-Meditierende. Sie zeigen auch mehr Aktivität im ACC als Nicht-Meditierende. Neben der Selbstregulierung ist das ACC mit dem Lernen aus vergangenen Erfahrungen verbunden, um eine optimale Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Die zweite Gehirnregion, die vorgestellt wird, ist nochmals der Hippocampus. Neben seiner Funktion als Arbeitsspeicher und Schaltstelle zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis, ist er mit Rezeptoren für das Stresshormon Cortisol bedeckt. Studien haben gezeigt, dass er durch chronischen Stress geschädigt werden könne, was wie schon in Kapitel 2.4.1 angesprochen, sich auf den ganzen Körper auswirken und der menschliche Organismus zusammenbrechen kann. Tatsächlich haben Menschen mit stressbedingten Störungen, wie Depressionen und PTBS, tendenziell einen kleineren Hippocampus. Die Studie von 2011 zeigte bei den meditierenden Proband*innen eine Verdichtung des Hippocampus, was darauf hindeuten lässt, dass die Meditierenden stressresistenter sind.

¹⁰ Die Amygdala ist ein Teil des limbischen Systems im Gehirn. Zusammen mit dem Hippocampus regelt diese Hirnregion emotionale Äußerungen, bspw. Angstgefühle (MediLexi 2022c, online).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die vorgestellten Studien der Neurowissenschaft zeigen, dass das Üben von Achtsamkeit Gehirnbereiche positiv beeinflusst. Die betroffenen Gehirnbereiche steuern die Wahrnehmung, das Körperbewusstsein, die Schmerztoleranz, die Emotionsregulation, die Selbstbeobachtung, das komplexem Denken sowie das Selbstgefühl (vgl. Congleton et. al. 2015, online).

4) Forschungsergebnisse hinsichtlich Gesundheit und Soziale Arbeit

Die bereits in Kapitel 2.4.3 vorgestellten Fakten des Gesundheitsreports der AOK machten die Bedeutsamkeit von Stress in sozialen Berufen deutlich. Die zwei Forschungen, die in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden, geben einen umfassenderen Einblick in den gesundheitlichen Zustand von Sozialarbeiter*innen und in den Umgang mit arbeitsbedingtem Stress von pädagogischen Fachkräften im psychosozialen Arbeitsfeld. Die zwei Forschungen stellen ebenfalls die Arbeitsanforderungen der Jugendhilfe sowie die Auswirkungen dessen auf die Fachkräfte dar.

Die erste Studie wurde 2012 vom Irmhild Poulsen durchgeführt, die vor allem die Intention verfolgte, die Stressoren in den Alltagsanforderungen eines*r Sozialarbeiters*in zu identifizieren. Ihre Studie zielte darauf ab, Maßnahmen für die Verantwortlichen herauszuarbeiten, die eine Burnout-Prävention unterstützen.

Die zweite Studie schließt an die Studie von Poulsen an und wurde im Rahmen des Master-Moduls M4 Lebenslagenanalyse an der HAW Hamburg von der Verfasserin dieser Arbeit durchgeführt. Anhand eines Fragebogens wurde die Lebenslage von pädagogischen Fachkräften zweier Jugendhilfeträger analysiert. An einen dieser Jugendhilfeträger richtet sich auch das nachfolgende Konzept für Gesundheitsförderung. Da die Lebenslage eines Menschen nicht nur durch ein Merkmal, wie in diesem Fall durch eine berufliche Zuordnung zu einem herausfordernden Arbeitsfeld beschrieben werden kann, war das Ziel der Ausarbeitung die Mehrdimensionalität der Lebenslage von Mitarbeiter*innen zu untersuchen (vgl. Wendt 1988, 79f.). In Anbetracht des Themas, wird sich in der vorliegenden Arbeit jedoch nur auf die Ausführung der Lebenslage hinsichtlich der Dimension *Gesundheit* bezogen und die restlichen Ergebnisse der Lebenslagenanalyse werden demnach nicht vorgestellt. In Kapitel 4.2 werden die Forschungsergebnisse bereits mit den von Poulsen in Verbindung gesetzt und dahingehend analysiert.

4.1) Stress und Burnout in sozialen Berufen

Im Zuge der Studie von Poulsen wurden Beschäftigte der „Jugendsozialarbeit/Kinder- und Jugendhilfe/Jugendarbeit in ganz Deutschland“ (Poulsen 2012, 29). befragt, deren Arbeitgeber Kommunen, Landkreise, freie Träger sowie Wohlfahrtsverbände sind. Im Zeitraum von November 2010 bis Februar 2011 wurde die Studie mit Hilfe von einem fast ausschließlich qualitativen Fragebogen durchgeführt. Poulsen gestaltete die Fragen weitestgehend offen, da sie ausdrucksstarke Antworten der Fachkräfte festhalten und ihnen ein Gehör verschaffen wollte (vgl. Poulsen 2012, 29 ff).

Nach Poulsen sei die Arbeit in der Jugendhilfe durch ein komplexes Tätigkeitsfeld mit großer Verantwortung geprägt. Durch ihre langjährige Erfahrung in den Berufsfeld als Sozialarbeiter*in und ihrem jetzigen Beruf als Trainerin für Burnoutprävention und Stressbewältigung für diese Berufsgruppe habe sie selbst die berufliche Belastung erfahren und ist weiterhin nah an den Berufstätigen dran. Mit ihrer Studie beabsichtigt sie eine Anregung zum Nachdenken der Verantwortlichen. Sie richtet ihre Studienergebnisse hauptsächlich an „Verantwortliche in der Sozialpolitik, an Träger der Jugendhilfe und an die Führungskräfte“ (Poulsen 2012, 12). Außerdem möchte sie ein Bewusstsein für „Maßnahmen zur Burnoutprävention“ für Sozialarbeiter*innen anregen. Ihre Studie sei als Appell gemeint, Rahmenbedingungen sowie Strukturen für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit anzupassen und zu verbessern, sodass diese Berufsgruppe psychisch und physisch gesund bleibt (vgl. Poulsen 2012, 12f.).

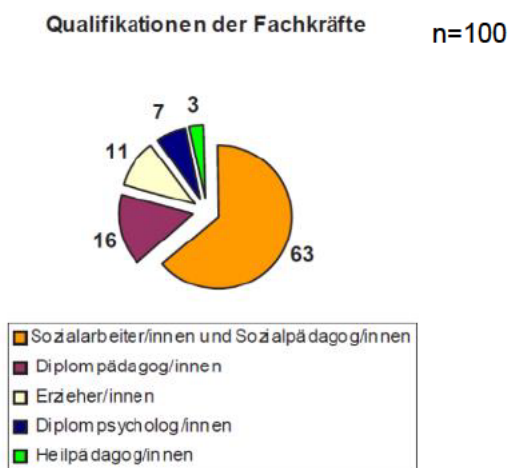


Abbildung 1 Qualifikationen der Fachkräfte (Poulsen 2012, 35)

Abbildung 1 aus dem Buch „Stress und Belastung bei Fachkräften der Jugendhilfe, ein Beitrag zur Burnoutprävention“ von Poulsen stellt die Verteilung der teilnehmenden Fachkräfte nach Qualifikationen dar. 63 der befragten Personen waren Sozialarbeiter*innen sowie Sozialpädagog*innen und vertreten somit die größte Gruppe. Die befragten Fachkräfte sind hierbei breit gefächert. Sie arbeiten im stationären, sowie ambulanten Bereich der Jugendhilfe. Als Schulsozialarbeiter*innen, in (Sucht-) Beratungsstellen, beim Allgemeinen Sozialen Dienst und vieles mehr.

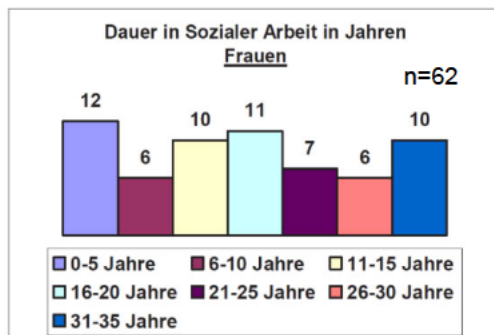


Abbildung 2 Arbeitserfahrung Männer (Poulsen 2012, 45)

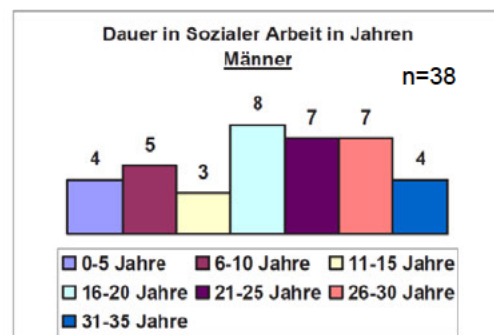


Abbildung 3 Arbeitserfahrung Frauen (Poulsen 2012, 46)

Die 100 Rückläufe ergaben eine Anzahl von 62 weiblichen und 38 männlichen Teilnehmer*innen. Die Grafiken der Studie zur Arbeitserfahrungen (Abbildung 2 und 3) in Jahren verdeutlicht eine breite Verteilung der verschiedenen Altersgruppen im Arbeitsfeld, sowohl unter den Männern als auch den Frauen.

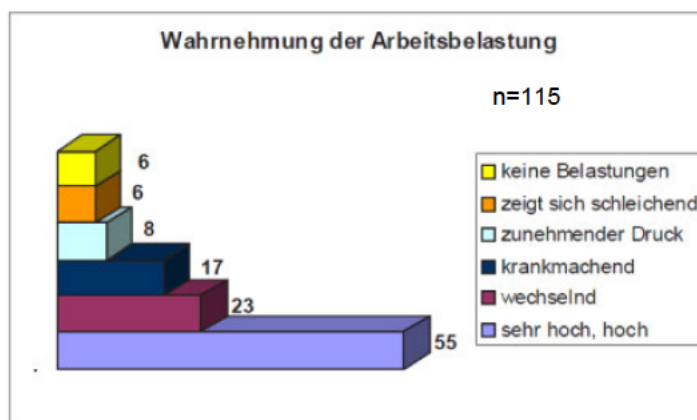


Abbildung 4 Wahrnehmung der Arbeitsbelastung (Poulsen 2012, 49)

Abbildung 4 aus der Studie verdeutlicht, wie die befragten Fachkräfte¹¹ die berufliche Arbeitsbelastung wahrnehmen. Mehr als die Hälfte der befragten Personen (55) äußert sich hier mit der Einschätzung „sehr hoch“ und „hoch“, 17 Personen nutzen die Antwortoption „krankmachend“. Demgegenüber gaben lediglich sechs Personen, an „keine Belastungen“ wahrzunehmen.

Die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung zeigt, dass die in Kapitel 2.4.3 ausgeführten Arbeitsanforderungen von Beschäftigten in sozialen Berufen als belastend wahrgenommen werden, wodurch Stress entstehen kann und infolgedessen negative Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit möglich sind.

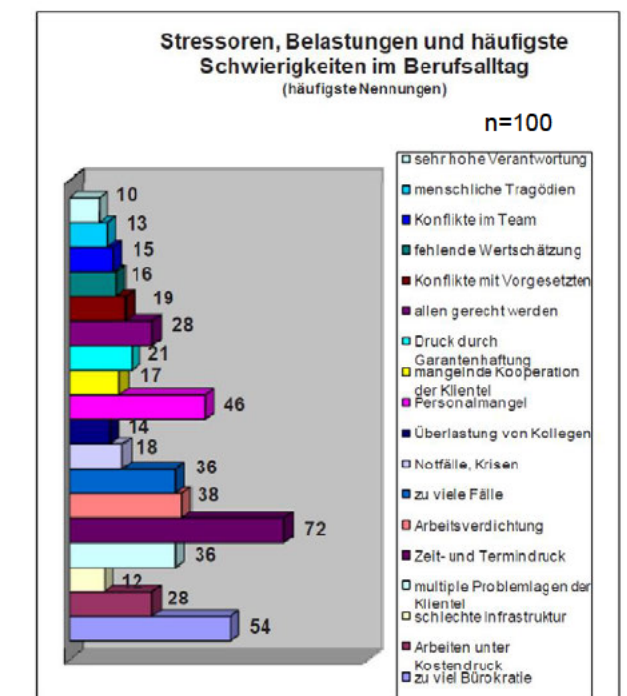


Abbildung 5 Belastung im Berufsalltag (Poulsen 2012, 51)

Das Balkendiagramm (Abbildung 5) verdeutlicht genannte Belastungen der Fachkräfte in der qualitativen Befragung mittels des Fragebogens. Beispielsweise gaben 72 von 100 Befragte an, unter Zeit- und Termindruck zu leiden. Außerdem nannten 46 von 100 Befragten den Personal mangel als Belastung.

¹¹ Aus der übernommenen Abbildung 4 ist zu entnehmen, dass von 115 befragten Fachkräften ausgegangen werde. In den schriftlichen Auswertungen spricht Poulsen von 100 Rückläufen. Hier konnte eine Abweichung festgestellt werden, die aber nicht relevant für die Erkenntnis ist. Sie wird hier lediglich vermerkt.

Bezüglich der Frage, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Fachkräfte durch die Arbeit wahrnehmen, wurde eine große Vielfalt von mentalen und körperlichen Schwierigkeiten angegeben. Auffällig ist hierbei, dass nur sieben Personen angaben, keine Beeinträchtigungen durch die Arbeit wahrzunehmen. Auch wurde hier im Rahmen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen geäußert, dass Fachkräfte, auch wenn sie krank sind, zur Arbeit gehen (vgl. Poulsen 2012, 69 f.).

Die Ergebnisse der Forschung lassen vermuten, dass von den 100 befragten pädagogischen Fachkräften 93 über wenig Widerstandskräfte verfügen, um den Stressoren durch ihren Beruf zu trotzen. Sie geben an, mentale sowie körperliche Belastungen zu spüren. Die Äußerungen, dass manche trotz Krankheitsgefühlen zur Arbeit erscheinen, sollte man als höchst alarmierend wahrnehmen. Es kann vermutet werden, dass die emotionale Bindung zu den Klient*innen oder auch das Gewissen gegenüber Kolleg*innen zur Entscheidung führt, krank zur Arbeit zu erscheinen. Wie schon in Kapitel 2.4.3 erläutert, ist der Beruf von emotionaler Nähe geprägt. Diese Tatsache könnte eine Erklärung für die auffällige Auswertung dieser Forschungsergebnisse sein.

4.2) Gesundheit im psychosozialen Berufsfeld der Kinder- und Jugendhilfe

Die nun vorgestellten Daten wurden im Herbst 2021 erhoben und geben einen Einblick in die gesundheitliche Situation der pädagogischen Fachkräfte, die zu dem Zeitpunkt für zwei Jugendhilfeträger in Hamburg arbeiteten. Im Zuge dieser Studie wurden diese Mitarbeiter*innen anhand eines standardisierten, quantitativen und digitalen Fragebogens befragt. Es konnten nach Abschluss der Umfrage 51 Rückläufe festgestellt werden, was als repräsentative Anzahl zu vermerken ist, da sich auf ambulant und im Schulsetting arbeitende Mitarbeiter*innen beschränkt wurde.

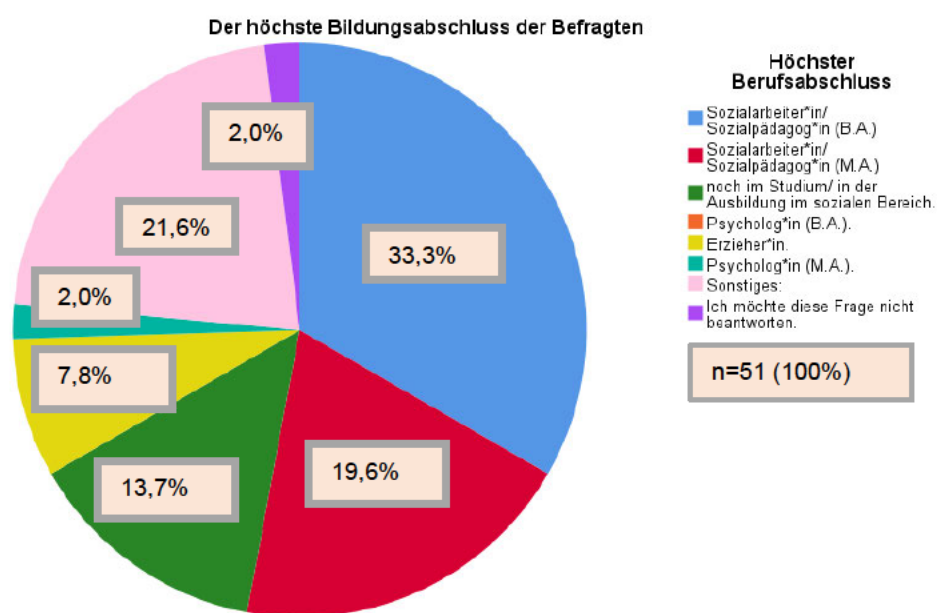


Abbildung 6 Höchster Bildungsabschluss

In Abbildung 6 ist zu erkennen, dass über die Hälfte der befragten Mitarbeiter*innen (insgesamt 52,9 %) Sozialarbeiter*innen oder -pädagog*innen mit Bachelor- oder Masterabschluss waren. Das Feld *Sonstiges* wurde ebenfalls häufig ausgefüllt. Den Daten des Feldes „Sonstiges“ ist zu entnehmen, dass andere vergleichbare akademische Titel wie bspw. Erziehungs- und Bildungswissenschaftler*in, Sonderpädagog*innen oder Lehrer*innen eingetragen wurden (vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2 im Anhang). Demnach sind Erzieher*innen und Psycholog*innen weniger vertreten.

Daraus lässt sich schließen, dass die Mitarbeiter*innen aus dem ambulanten und schulischen Arbeitsfeld der beiden Jugendhilfeträger, größtenteils Fachkräfte mit akademischen Berufsabschlüssen sind und eine Bandbreite an Berufen abgedeckt ist. Vergleicht man die Daten mit den Ergebnissen der Studie von Poulsen aus dem Jahr 2012 sind Parallelen zu

erkennen. 63 der befragten pädagogischen Fachkräfte sind ebenfalls Sozialpädagog*inne oder Sozialarbeiter*innen, während sich die restlichen 37 Befragten in Diplompädagog*innen, Heilpädagog*innen und Erzieher*innen aufteilen. In der Studie von Poulsen wurden Pädagog*innen in Ausbildung nicht mit einbezogen. In den Forschungsergebnissen der vorliegenden Studie ist zu vermerken, dass 13,7 % der Befragten sich noch in Ausbildung oder Studium befinden. Festzuhalten ist, dass in beiden Auswertungen die Zahl der Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen überwiegt und somit den meistverbreiteten Berufstitel in der sozialen Arbeit darstellt.

Bezüglich der Nachfrage, wie lange die Fachkraft im vergangenen Jahr krankgeschrieben war, ergibt sich die folgende Abbildung:

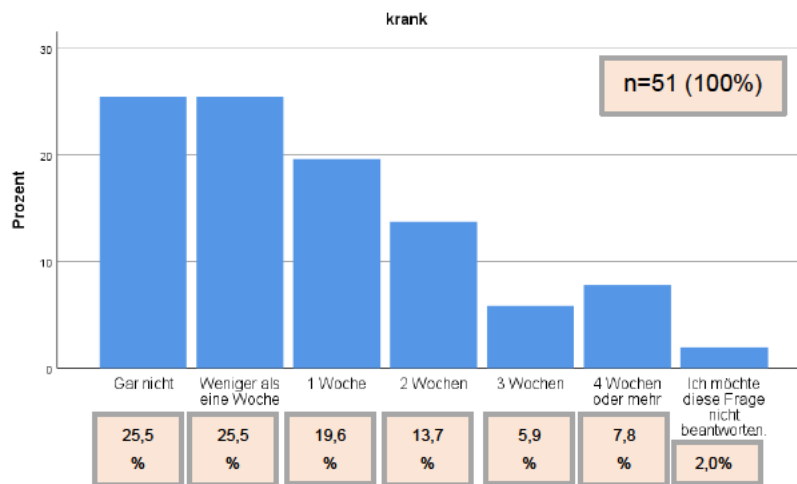


Abbildung 7 Arbeitsunfähigkeit in Wochen

25,5 % (13 Personen) geben an, gar nicht krankgeschrieben gewesen zu sein. Weitere 25,5 % (13 Personen) machten die Angabe „Weniger als eine Woche“. Für 19,6 % (zehn Personen) trifft eine Woche zu. 13,7 % (sieben Personen) waren zwei Wochen krankgeschrieben. Lediglich 5,9 % (drei Personen) waren drei Wochen und 7,8% (vier Personen) waren vier Wochen oder mehr krankgeschrieben. Eine Person machte dazu keine Angaben. Demnach waren 70,6% gar nicht bis eine Woche in einem Jahr krankgeschrieben.

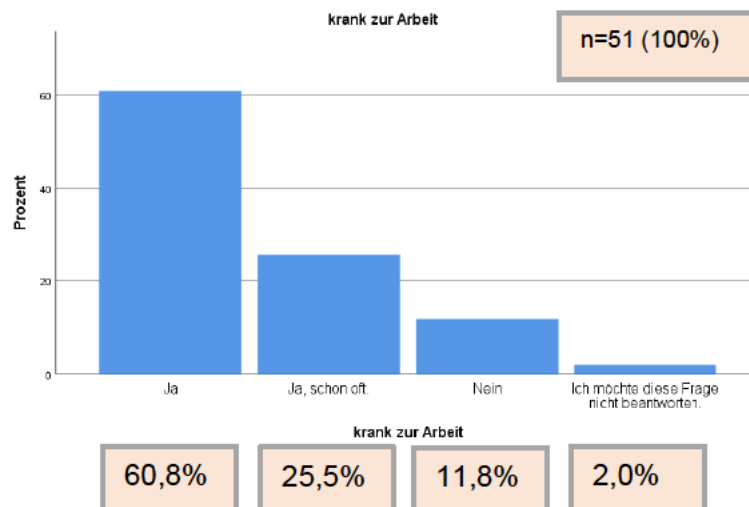


Abbildung 8 Trotz arbeitsunfähig auf der Arbeit erschienen

Auf Nachfrage, ob die Fachkraft bereits einmal krank zur Arbeit erschienen sei, weil sie das Gefühl hatte nicht fehlen zu können, zeigt sich ein klares Bild. 60,8% (31 Personen) stimmten hier zu. Weitere 25,5 % (13 Personen) gaben an, dass dies schon oft passiert sei. Demnach sind 86,3 % der Befragten bereits zur Arbeit gegangen, obwohl sie krank gewesen sind. Lediglich 11,8 % (sechs Personen) verneinten diese Frage. Eine Person (2,0%) machte keine Angabe. Diese Ergebnisse bestätigen auch die Äußerungen von Fachkräften in der Studie von Poulsen, dass sie krank zur Arbeit gingen und dies als gesundheitliche Beeinträchtigung empfinden (vgl. Poulsen 2012, 69 f.).

Des Weiteren wurden die Teilnehmer*innen dazu befragt, wie erschöpft sie sich am Ende einer gewöhnlichen Arbeitswoche fühlen.

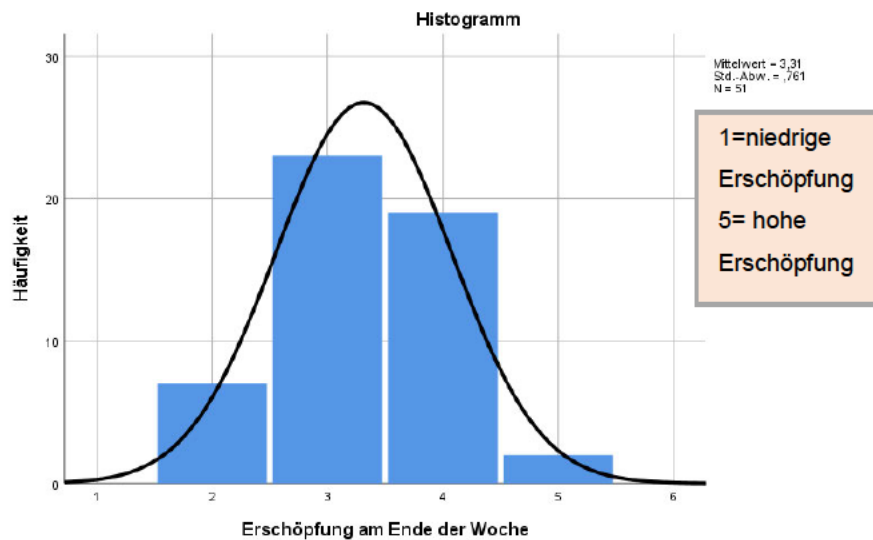


Abbildung 9 Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche

Das Histogramm verdeutlicht, dass der Großteil (23 Personen) mit 45,1 % den Wert 3 und somit den dritt höchsten angegeben hat. Dicht gefolgt von 19 Personen (37,3 %), die ihre Erschöpfung mit dem Wert 4 angegeben haben. Zwei Personen (3,9%) geben sogar den höchsten Wert fünf an. Der niedrigste Wert eins entfällt, da dieser von keiner Fachkraft ausgewählt wurde. Der zweitniedrigste (zwei) wurde von sieben Personen (13,7%) zur Beschreibung ihrer Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche genutzt.

Aus diesen Daten ergibt sich ein Mittelwert von 3,31 und die abgebildete Normalverteilungskurve. Beides verdeutlicht, dass die Fachkräfte durchschnittlich einen Erschöpfungsgrad von 3,31 aufweisen. Die Standardabweichung von der durchschnittlichen Erschöpfung liegt bei 0,761, gemessen auf einer Skala von 1 bis 5. Demnach findet sich die Normalverteilung zwischen den Werten 2,546 und 4,071. Dies verdeutlicht die Erkenntnis, dass die Fachkräfte eine nicht geringe Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche wahrnehmen. Bei der Studie von Poulsen wurde deutlich, dass die Befragten eine hohe Arbeitsbelastung wahrnehmen. Das Histogramm verdeutlicht nun, dass die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie sich am Ende der Woche mittelmäßig bis stark erschöpft fühlen. Das bestätigt die Ergebnisse von Poulsen und verdeutlicht die Arbeitsbelastung des Berufsfeldes.

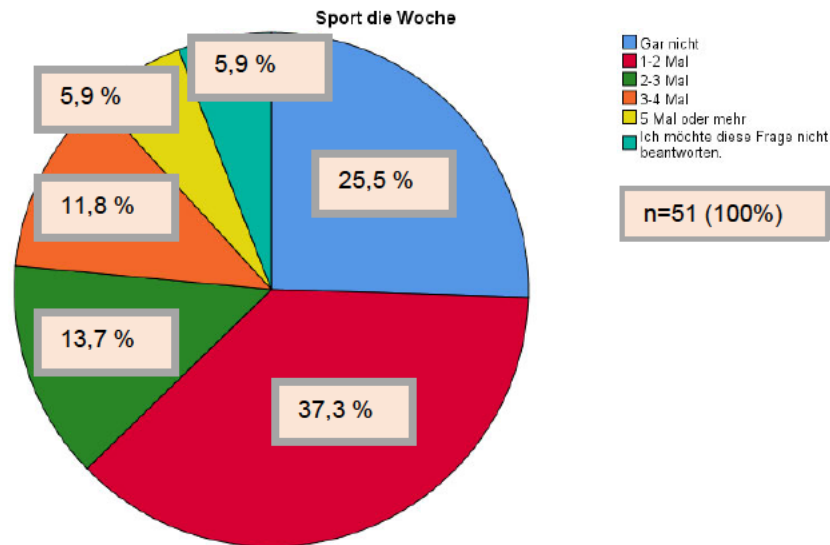


Abbildung 10 Sportbetätigung in der Woche

Körperliche Betätigung in Form von Sport ist, wie in Kapitel 2.4.3 dargelegt, ein effektiver Ansatz zur Stressreduktion und zum körperlichen Wohlergehen. In dieser Studie wurden die Fachkräfte im Fragebogen gefragt, wie oft sie in der Woche Sport treiben:

Abbildung 12 verdeutlicht, dass der Großteil der Antworten sich mit 37,3 % (19 Personen) bei „1-2-Mal“ die Woche wiederfindet. Der nächste große Prozentsatz findet sich bei „Gar nicht“ mit 25,5% (13 Personen). 13,7% (sieben Personen) gaben an, „2-3-Mal“ die Woche Sport zu machen und 11,8 % (sechs Personen) „3-4-Mal“. 5,9% (drei Personen) machen „5-Mal oder mehr“ pro Woche Sport. Drei Personen haben sich bei der Beantwortung dieser Frage enthalten.

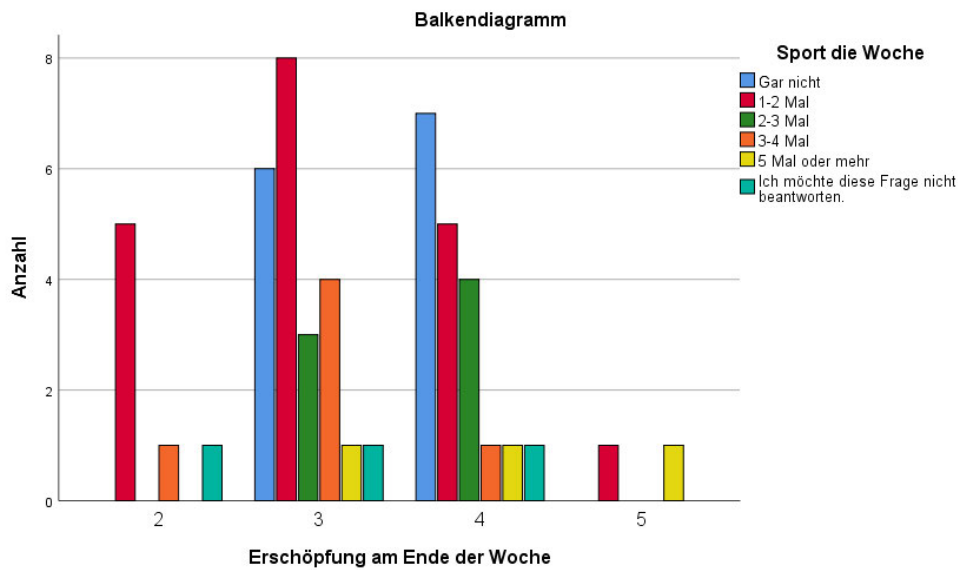


Abbildung 11 Sport und Erschöpfung am Ende der Arbeitswoche

Das Balkendiagramm (Abbildung 13) verdeutlicht, dass die Personen, die keinen Sport machen nur die Werte 3 und 4 bei Erschöpfung angegeben haben. Besonders bezogen auf den Wert 4 wird sichtbar, dass die sieben Personen, die keinen Sport machen, die größte Erschöpfung am Ende der Woche wahrnehmen.

Die Studie von Mutz von 2020 kann als externer Vergleich herangezogen werden. Wie schon in Kapitel 2.4.3 erläutert, fand Mutz heraus, dass sich die Gesamtanzahl von bestimmten Arbeitsstressoren negativ auf die Ausübung von sportlichen Aktivitäten auswirken kann.

Demnach kann mit den Ergebnissen aus dem Balkendiagramm (vgl. Abbildung 11) hier interpretiert werden, dass sich diese Annahme bestätigen lässt. 62,8 % der Teilnehmer*innen (vgl. Abbildung 10) gaben an, „Gar nicht“ oder „1-2-Mal“ die Woche Sport zu machen, während das Balkendiagramm deutlich zeigt, dass sich der Erschöpfungswert bei dem Wert drei bis vier ballt. Die generelle Erschöpfung in der Woche lag laut Mittelwert bei 3,31, sodass sich ein Zusammenhang vermuten lässt: Viele der Teilnehmer*innen scheinen zu erschöpft zu sein, um überhaupt Sport zu machen oder sich dazu nur wenig Sport motivieren können.

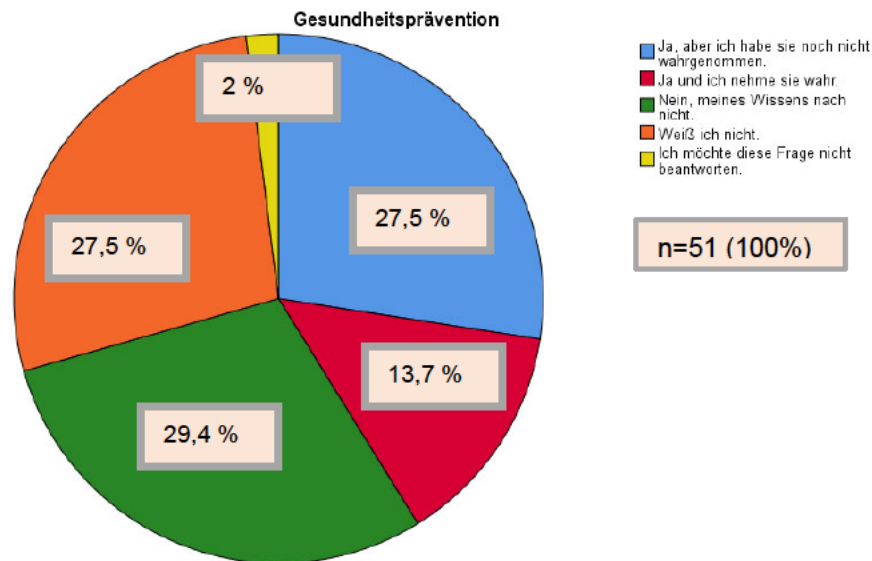


Abbildung 12 Nachfrage Angebote zur Gesundheitsprävention

Die Abbildung stellt die Antworten der befragten Fachkräfte zur letzten Frage des Fragebogens dar. Gefragt wurde hier, ob der Arbeitgeber bereits Maßnahmen zur Gesundheitsprävention angeboten habe. Hierbei gaben 27,5 % an, dass Maßnahmen bereits angeboten wurden, sie aber diese noch nicht wahrgenommen haben. 13,7 % bestätigten das Angebot von Gesundheitspräventionsmaßnahmen und nehmen diese auch wahr. 29,4 % der Befragten nutzten die Antwortoption „Nein, meines Wissens nach nicht“ und 27,5 % nutzten die Antwortoption „Weiß ich nicht“. 2% möchten diese Frage nicht beantworten.

Dies verdeutlicht, dass eine sehr große Unwissenheit bezüglich Maßnahmen der Gesundheitsprävention herrscht. Mehr als die Hälfte (56,9%) scheint nicht informiert über etwaige Angebote zu sein und erlebt somit nicht die Option, Maßnahmen zu nutzen, welche die Auswirkungen der Anforderungen ihrer Arbeitswelt auf die eigene Gesundheit abfedern könnten. Hier bedarf es einer besseren Informationsweitergabe und Sicherstellung des Wissens bei allen Mitarbeiter*innen über die bestehenden Angebote.

Fraglich ist, worin es begründet ist, dass 27,5 % von ihnen von diesen Maßnahmen wissen, sie aber dennoch nicht nutzen. Da 27,5 % der Mitarbeiter*innen die aktuellen Angebote aktiv ablehnen, wird an dieser Stelle deutlich, dass hier neue Ansätze gefunden werden müssen. Frage ist, wie man solche Maßnahmen attraktiver gestalten kann oder die Motivation der Mitarbeiter*innen steigern kann, um gesundheitsfördernde Maßnahmen im Sinne des eigenen Wohlbefindens und der eigenen Gesundheit wahrzunehmen. Möglich wäre auch Aufklärungsarbeit über die Vorteile und Wirkungsweisen solcher Maßnahmen.

5) Konzepterarbeitung

Auf der theoretischen Grundlage der Konzeptvorstellungen von Antonovsky und Kabat-Zinn hinsichtlich Gesundheit und Achtsamkeit sowie der Forschungsergebnisse bezüglich der positiven Veränderungen im Gehirnregionen durch Meditation (Kapitel 3.3.2) sowie zum Stressempfinden und der psychischen und körperlichen Belastung im psychosozialen Berufsfeld von den zwei vorgestellten Studien aus Kapitel 4, ist die Idee gewachsen ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung für psychosoziale Berufe zu entwickeln.

Das nachfolgende Konzept **Übe dich in Achtsamkeit – Deine Gesundheitsförderung bei Gangway e.V.** wurde für den Jugendhilfeträger Gangway e.V. in Hamburg erarbeitet.

Um einen kurzen Einblick in das psychosoziale Berufsfeld der Jugendhilfe zu erhalten wird der Verein anhand seines Leitbildes, der Arbeitsbereiche sowie der Organisationsstruktur im Kapitel 5.1 vorgestellt. Danach folgt das erarbeitete Leitbild des Konzepts zur Gesundheitsförderung (5.2). Anschließend werden die Rahmenbedingungen erläutert, die sich in die sozial-kommunalpolitische Bedeutung, in den handlungstheoretischen Hintergrund, die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie den groben Zeitrahmen aufteilen. Daran schließt die Bedarfsanalyse an, die sich auf den theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit stützt. Die theoretische Umsetzung des Konzepts wird in Kapitel 5.5 anhand der Zielstruktur den Arbeitspaketen und dem Prozessbalkenplan dargestellt. Schlussendlich wird in Kapitel 5.6 ein mögliches Finanzierungsmodell für das Konzept der Gesundheitsförderung vorgestellt.

5.1) Jugendhilfeträger: Gangway e.V.

Gangway e.V., ein freier, gemeinnütziger und anerkannter Träger der Jugendhilfe Hamburgs und wurde 1992 gegründet. Er verfolgt das Ziel für Jugendliche in komplizierten Lebenslagen Möglichkeiten einer nachhaltigen Perspektive zu eröffnen. Der Hauptsitz und damit die Geschäftsstelle befindet sich in Hamburg-Wilhelmsburg (Am Veringhof 19). Gangway e.V. führt mittlerweile diverse Einrichtungen und Betreuungsstandorte in ganz Hamburg. Dem Verein steht ein Aufsichtsrat vor, bestehend aus drei Ehrenamtlichen, die bereits seit vielen Jahren auf der Ebene des Vereins aktiv sind. Sie berufen den geschäftsführenden Vorstand und begleiten die Arbeit im Rahmen der in der Satzung beschriebenen Aufgaben (vgl. Gehrke 2022, online).

5.1.1) Leitbild des Trägers

Gangway e.V. möchte seine Unterstützungsangebote und Hilfen an den jeweilig betroffenen Menschen mit seinen individuellen Fähigkeiten ausrichten. Der Verein verfolgt das Leitbild, dass sich Menschen nur dann weiterentwickeln und verändern, wenn sie ein Gefühl von Sicherheit erfahren und eine Person an ihrer Seite wissen, die an sie glaube. Eine wichtige

Ausrichtung der Arbeit bei Gangway e.V. bildet die Annahme, dass sich nicht die Menschen an Systeme anpassen müssen, sondern sich die Systeme den Menschen nähern müssen. Das bedeutet für den Arbeitsalltag bei Gangway e.V., dass immer wieder neue, kreative sowie individuelle Lösungsansätze gefunden werden, um schließlich dem Menschen zu helfen (vgl. Gehrke 2022, online).

5.1.2) Darstellung der Arbeitsbereiche

Der Verein verfügt über zwei Wohngruppenangebote für Mädchen und Jungen, bedient teilstationäre Angebote sowie Angebote für einen trägereigenen Wohnraum. Nach §30 und §31 SGBVIII wird ebenfalls ambulante Arbeit geleistet, die sich entweder in Erziehungsbeistandschaft oder der sozialpädagogischen Familienhilfe widerspiegelt. Bei Gangway e.V. gibt es außerdem regionale Angebote, wie das Programm *Jugendaktiv Plus*, was durch die EU finanziert wird. Das Angebot richtet sich an junge Erwachsene, die im Übergang von der Schule ins Berufsleben (Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche, Alltagsfragen, berufliche Perspektive, Bewerbungsverfahren, Existenzsicherung in prekären Lebenssituationen etc.) Unterstützung benötigen.

Sozialräumliche Hilfen wie Jungen- und Mädchengruppen, in der soziale Gruppenarbeit stattfindet, niederschwellige, stadtteilorientierte Unterstützung für Familien, offene Kinder und Jugendarbeit (Haus der Jugend) sowie lösungsorientierte Begleitung von Jugendlichen ab 15 Jahren werden ebenfalls angeboten.

Der Verein ist Mitglied bei dem SOFA (sozialräumliches Fachteam). Dieses Gremium wird von regional tätigen Einrichtungen und Projekten zur Fachberatung genutzt.

Beim Gangway e.V. gibt es die sogenannte Gangway Schule, an der die Schüler*innen ihren ersten oder mittleren Schulabschluss erwerben können. Gangway e.V. bietet ebenfalls schulische Alternativen an, wenn Jugendliche im Regelschulsystem aus unterschiedlichen Gründen nicht aufgefangen werden können. Durch Angebote, wie integrierte und temporäre Lerngruppen, findet ein alternatives Schulangebot statt, was das Ziel der Reintegration in das Regelschulsystem in Kooperation mit den ReBBZ's (Regionale Bildungs- und Beratungszentren) der Stadt Hamburg verfolgt (vgl. Gehrke 2022, online).

5.1.3) Strukturbeschreibung der Organisation

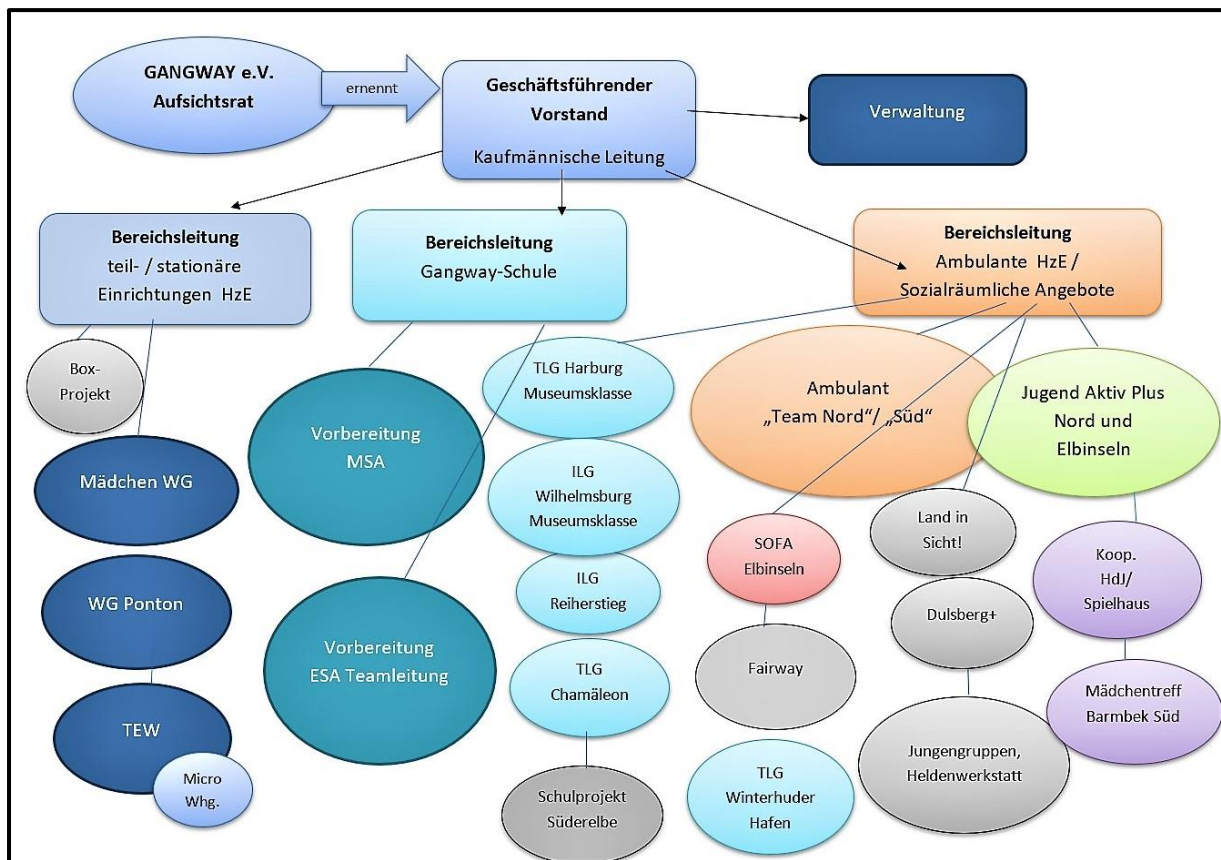


Abbildung 13 Organigramm

Um einen Überblick über die Vereinsstruktur und deren Angebote zu erhalten, stellt Abbildung 13 die Trägerstruktur von Gangway e.V. in Form eines Organigramms vor. Neben dem geschäftsführenden Vorstand, der kaufmännischen Leitung¹² sowie der Verwaltung sind die Bereichsleitungen für die drei großen Hauptbereiche skizziert. Darunter sind jeweils die verschiedenen Angebote von Gangway e.V. aufgelistet.

Neben den Angeboten gibt es außerdem noch verschiedene Arbeitsgruppen, wie beispielsweise die AG: Sexualität und Gender, die nicht auf dem Organigramm dargestellt sind.

¹² Im nachfolgenden Fließtext entspricht die „Geschäftsleitung“ der kaufmännischen Leitung.

5.2) Leitbild des Konzepts

Das Konzept ***Übe dich in Achtsamkeit – Deine Gesundheitsförderung bei Gangway e.V.*** richtet sich an die Mitarbeiter*innen des Jugendhilfeträgers Gangway e.V. in Hamburg. Es ist davon auszugehen, dass die Zielgruppe, die aufgrund des Berufsfeldes unter enormer psychosozialer Belastung steht, auf gesundheitlicher Ebene gefördert werden muss.

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wurde, verzeichnet das Berufsfeld der Sozialen Arbeit für die Beschäftigten ein hohes Aufkommen von Stressempfinden und eine erhöhte Tendenz zu Burnouts. Sozialarbeiter*innen scheinen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen häufiger arbeitsunfähig zu sein oder gehen krank zur Arbeit. Das häufige Arbeitsunfähig-sein ist auf die Schwierigkeiten der beruflichen Alltagsbewältigung zurückzuführen, was durch die psychosoziale Belastung in den sozialen Berufen ausgelöst wird. Das Nähe-Distanz Verhältnis zu den Klient*innen und zu deren Lebenswelt sowie die emotionale Nähe zu den Klient*innen bedeuten eine tiefgehende Beziehung, die im beruflichen sowie privaten Kontext zu emotionalem und psychischem Stress führen kann. Die negativen Auswirkungen von Stress wurden ebenfalls in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich erklärt. An dieser Ausgangslage von einem gesundheitsgefährdenden beruflichen Umfeld, dem Sozialarbeiter*innen täglich ausgesetzt sind, setzt das vorliegende Angebot an. Durch einen gesundheitsbetrieblichen Zugang zu den Mitarbeiter*innen wird eine professionelle Unterstützung angeboten, die auf eine verbesserte Gesundheitsförderung für Mitarbeiter*innen des Jugendhilfeträgers Gangway e.V. abzielt.

Durch eine Angebotsstruktur von Praktiken der Achtsamkeit wird ein gesundheitsförderndes Angebot geschaffen, was die individuellen Widerstandskräfte der Mitarbeiter*innen anregen und fördern soll. Durch diese achtsame Gesundheitsförderung wird sich erhofft, dass die Mitarbeiter*innen ihren beruflichen Alltag durch ein betriebliches Gesundheitskonzept mit Angeboten nach der Arbeit gesünder meistern, in Stresssituationen die erlernten Praktiken anwenden können und somit langfristig gegen Stressoren im psychosozialen Berufsfeld widerstandsfähiger werden.

5.3) Rahmenbedingungen des Konzepts

Im Folgenden wird der Konzeptrahmen vorgestellt. Zunächst wird auf die sozial-kommunalpolitische Bedeutung des Konzepts eingegangen. Daraufhin leitet sich der handlungstheoretische Hintergrund des Konzepts ab und wird in 5.3.2 erläutert. Das vorzustellende Konzept wird sich in der bestehenden Organisation Gangways wiederfinden, was die Finanzierung durch die Krankenkasse bedarf (siehe Kapitel 5.6).

Es werden demnach in Kapitel 5.3.3 gesetzliche Rahmenbedingungen erläutert, die u.a. für die Finanzierung von Bedeutung sind. Außerdem wird ein grober Zeitrahmen abgesteckt, wie und wann das Konzept umgesetzt werden kann.

5.3.1 Sozial- kommunalpolitische Bedeutung

Sozialpolitisch lässt sich das vorliegende Konzept in den Ansatz der WHO über BGF einordnen. Zu nennen ist hierbei, wie schon in Kapitel 2.2.1 ausführlich dargestellt, die Ottawa Charta Konferenz von 1986, in der die Grundsätze von BGF erarbeitet wurden. Inhaltliche wurde festgehalten, dass die Menschen dazu befähigt werden sollen, für ihre Gesundheit einzustehen, sodass diese verbessert und erhalten werde. Hinzuzufügen ist die Jakarta Konferenz von 1997 in der die Ziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung bestätigt und weiterentwickelt wurden. Die beiden Konferenzen lieferten zwei kombinierte Ansätze für ein sozialpolitisches Konzept von Gesundheitsförderung: Die soziale und persönliche Gesundheitskompetenz soll in Verbindung mit einer zielgerichteten Politik, die sich zur Aufgabe macht, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen sowie die Gesundheitsbedingungen zu verbessern, gestärkt werden. Die salutogenetische Perspektive nach Antonovsky (siehe Kapitel 2.2) ist der hierbei zu nennende Schlüsselpunkt.

Das Rahmenprogramm „Gesund leben und arbeiten in Hamburg“ vom *Pakt für Prävention, Gemeinsam für ein gesundes Hamburg!* bildet den kommunalpolitischen Rahmen für das vorliegende Konzept. Das Programm wurde 2011 anhand der Daten einer Befragung über Erwerbstätigkeit und Gesundheit von Hamburger*innen durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), entwickelt.

Das Programm beschäftigt sich u.a. mit dem Abbau von psychischen Belastungen sowie der Stärkung von Gesundheitsressourcen. Unter der zusätzlichen Berücksichtigung des Gesundheitsreport Deutschlands von 2012 (vgl. Gesundheitsreport Techniker KK Mai 2009 in Poulsen 2012, 13) und der Daten der Befragung aus Hamburg (Kapitel 4.2), konnte ein hohes Ausmaß an psychischen Belastungsfaktoren, wie bspw. Termin- und Zeitdruck, Multitasking oder Störungen, festgestellt werden. Daraus ergibt sich die Annahme, dass der Diskurs der psychischen Gesundheit durch die vorgestellten Daten auch in der Arbeitswelt präsent geworden ist, aber in nur wenigen Unternehmen ein Konzept besteht, um die Mitarbeiter*innen vor diesen psychischen Belastungen zu schützen. Eine Umfrage der Handelskammer Hamburg von 2013, bei der Unternehmen nach einer Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen befragt wurden, ergab, dass diese nur bei 15 Prozent der Unternehmen durchgeführt wurde. Aus diesem Grund habe Hamburg sich beim Bundesrat dafür eingesetzt, dass diesem Umsetzungsdefizit nachgegangen werde. Der Bundesrat beschloss daher 2013 einen Entwurf der Rechtsverordnung, die das Arbeitsschutzgesetz

verdeutliche, sowie in Anbetracht des Umgangs mit psychischer Belastung auf der Arbeit eine verbindliche Regelung festlege.

Der *Pakt für Prävention* sieht seine Aufgabe ebenfalls darin, Ressourcen und Potentiale in weiteren Lebenswelten zu fördern. Dazu zähle die Entlastung im alltäglichen Leben durch bspw. Netzwerke für Kinderbetreuung, Zugänge zu Gesundheitsinformationen oder die Unterstützung von Selbsthilfe und Gemeinschaftsaktivitäten (vgl. Pakt für Prävention 2013, online).

5.3.2) Handlungstheoretischer Hintergrund

Das Konzept ***Übe dich in Achtsamkeit – Deine Gesundheitsförderung bei Gangway e.V.*** bietet den Mitarbeiter*innen des Jugendhilfeträgers Gangway e. V. eine Möglichkeit den erlebten psychosozialen Stress im Arbeitskontext durch Praktiken der Achtsamkeit zu minimieren. Durch das gesundheitsfördernde Angebot in Form eines Kurses vor oder nach der Arbeit, können die Mitarbeiter*innen ihre eigenen Widerstandskräfte finden und aufbauen. Die Angebotsreihe der Achtsamkeitspraktiken liefert Anreize zur selbstbestimmten Gesundheitsförderung des eigenen Körpers und Geists. Das Konzept setzt außerdem an die Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. an. Wie bereits in der Studie aus 4.2 erläutert wurde, scheinen pädagogische Fachkräfte in der Woche bereits zu erschöpft zu sein, um Sport zu machen. Durch die Achtsamkeitspraxis kann dem entgegengewirkt werden:

Im Sinne der Achtsamkeitsauffassung von Kabat-Zinn, sollen die Mitarbeiter*innen erlernen, wie sie ihren Körper in Formen der Entspannung und Aufmerksamkeit üben lassen können (vgl. Kabat-Zinn 2011, 20). Hierbei ist das Konzept handlungstheoretisch an die wissenschaftliche Auffassung von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn sowie an sein Stressbewältigungsprogramm MBSR angesiedelt.

In aktuellen Studien von Lazar oder Wissenschaftler*innen der University of British Columbia und der TU Chemnitz wurde die positive Veränderung von Verhalten und Einstellungen der Praktizierenden bewiesen. Dem zugrunde liegen, Ergebnisse die zeigen, dass positive Beeinflussungen und Veränderungen in Gehirnregionen von Praktizierenden festgestellt wurden. Es besteht dadurch die Annahme, dass Praktizierende stressresistenter sind (vgl. Congleton et. al. 2015, online).

Normativ wird das Konzept durch Vorstellungen und Argumentationen gerahmt, die Querverbindungen zu anderen Ansätzen erschließen.

Einer der Ansätze definiert sich über die kohärente Identität eines Menschen. Diese Auffassung findet sich in der Salutogenese nach Antonovsky wieder. Wie schon in Kapitel 2.3.1 beschrieben, setze sich das Kohärenzgefühl aus den Komponenten Verstehbarkeit,

Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen. Abhängig von den Widerstandskräften, werde das Kohärenzgefühl eines Menschen festgelegt (vgl. Antonovsky 1997, 34).

Durch das gesundheitsfördernde Angebot dieses Konzepts wird das Spektrum an Widerstandskräften erweitert, was wiederum zu einem stärkeren Kohärenzgefühl im psychosozialen Berufsleben der Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. führen kann. Im Sinne Antonovskys wird der Mensch ganzheitlich betrachtet und es besteht eine Distanzierung von einem dichotomen Verständnis von Krankheit und Gesundheit.

Hierbei kommt das Konzept der salutogenen Führung zum Tragen. Wie schon in Kapitel 2.3.4 erläutert wird, kann die Leitung eines Betriebs die Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen beeinflussen. Durch die Schaffung einer betrieblichen Gesundheitsmaßnahme im Sinne der salutogenen Führung kann Stress im Arbeitskontext bewältigt werden und führt dazu, dass die Mitarbeiter*innen Ressourcen zur Bewältigung ihres Arbeitsalltags bereitgestellt bekommen. Durch das Angebot der gesundheitsfördernden Maßnahmen kann die Handhabbarkeit ihrer Arbeitsbewältigung angeregt werden, was wiederum stressreduzierend wirken kann. Die Stressreduktion wird durch die Atmen-, Meditations- und Yogaangebote forciert.

Ein Zusammenhang zwischen dem Aspekt der sportlichen Betätigung und/oder Bewegung und der jeweiligen Gesundheit wurde in verschiedenen Studien bereits untersucht. Es handelt sich hierbei um eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise, die Fachkräfte im Arbeitsalltag unterstützen kann, indem das Stresshormon, Cortisol, im Körper abgebaut werden kann (vgl. Poulsen 2012, 110).

Dies hat auch Selye bereits festgestellt und auf die Bedeutung von Bewegung, aber auch auf Meditation oder Yoga hingewiesen. Diese bewirken eine Steigerung des Wohlbefindens sowie Leistungsfähigkeit der Individuen (vgl. Selye 1981, 186 f.).

Körperliche Betätigung ist eines der effektivsten Mittel, um Stress bzw. negativen gesundheitlichen Folgen vorzubeugen. Außerdem kann es helfen im Rahmen der Freizeit Abstand zu Arbeitsthemen und ein aktives Abschalten, besonders von Problemlagen, zu fördern. Es mildert nicht nur die negativen Effekte von Arbeit, da es emotionale Erschöpfung und Stress vermindert. Es beeinflusst außerdem die Stimmung positiv (vgl. Mutz, et. al. 2020, 5).

5.3.3) Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Konzept unterliegt einigen rechtlichen Bedingungen, die im Folgenden erläutert werden. Wenn Maßnahmen von BGF eingeführt werden, beruht die Teilnahme seitens des Arbeitsgebers*in sowie der Arbeitnehmer*in unter „dem Prinzip der Freiwilligkeit“ (Faller & Faber 2010, 35). Es ist keine*r verpflichtet Maßnahmen der BGF einzurichten oder an ihnen

teilzunehmen. Daher ist es für die Umsetzung wichtig, dass die beteiligten Akteure motiviert und überzeugt werden (vgl. Faller & Faber 2010, 35).

Die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung werden im fünften Sozialgesetzbuch durch §20 SGB V rechtlich definiert (vgl. Sozialgesetzbuch 2021).

„Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor“ (SGB V §20 Abs. 1 Satz 1).

Weiter im Gesetzestext des §20 SGB V wird deutlich, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die jeweilige Leistung Handlungsfelder festlegt (vgl. Sozialgesetzbuch 2021). Das Gesetz vgl. §20 Abs. 5 SGB V differenziert Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsbereichen von u.a. Bewegungsgewohnheiten und Stressbewältigung (vgl. Sozialgesetzbuch 2021). Außerdem definiert § 20a SGB V Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (vgl. Haas & Reblin 2021, 52): Lebenswelten, die als gesundheitsrelevante Systeme definiert werden, seien demnach: Wohnen, Studieren, Lernen, pflegerische sowie medizinische Versorgung und Freizeitgestaltung (Sport). Diese Lebenswelten seien in Kooperation vom öffentlichen Gesundheitsdienst und den Krankenkassen mit gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen zu fördern, was die Stärkung und den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen impliziert (vgl. Sozialgesetzbuch 2021).

Die Kosten, die durch die betriebliche Primärprävention anfallen, werden durch den §20 Abs. 6 SGB V geregelt:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§20a-20c sollen ab dem Jahr 2019 insgesamt für jeden Versicherten einen Betrag in Höhe von 7,52 Euro umfassen. Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach §20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach §20b auf.“ (vgl. Sozialgesetzbuch, 2021).

Der Gesetzgeber hat Anreize gesetzt, die Betriebe dahingehend motivieren können, Maßnahmen für BGF aufzubauen. Nach §20a SGB V sind alle Krankenkassen verpflichtet, Arbeitgeber*innen sowie Arbeitnehmer*innen Leistungen zur BGF anzubieten. Außerdem vermittelt der §65a Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, dass die Krankenkassen einen Beitragsbonus an Arbeitgeber*innen und Versicherte ausschütten, wenn Maßnahmen der

BGF stattfinden. Außerdem werden seit 2009 Maßnahmen der BGF durch das Jahressteuergesetz steuerlich begünstigt (vgl. Faller & Faber 2010, 35).

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) spielt beim rechtlichen Kontext der BGF ebenfalls eine Rolle. Das Gesetz implementiert einen betrieblichen Gestaltungsauftrag. Dieser beinhaltet u.a. die betriebliche Gesundheitssituation hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung eines Betriebs kontinuierlich zu verbessern. Bewährte Maßnahmen der BGF fallen unter den §4 Nr.3 ArbSchG, die „als gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse“ (Kohle 2008 in Faller & Faber 2010, 35) aufgefasst werden können (vgl. Faller & Faber 2010, 35).

In §5 ArbSchG ist die eben genannte Gefährdungsbeurteilung zu finden, die die Einschätzung von psychischer sowie körperlicher Belastung beinhaltet (vgl. Haas & Reblin 2021, 51).

Die Rolle des Betriebsrats ist in diesem Kontext erwähnenswert. Nach §80 Abs. 1, Nr.2 Betr.VG kann der Betriebsrat einen Antrag beim Arbeitgeber für Maßnahmen, die dem Betrieb und/oder der Belegschaft zugutekommen, stellen. Unter diese Maßnahmen können auch die der BGF oder der Aufbau eines BGM fallen. Da der Betriebsrat die eben vorgestellte einflussreiche Funktion innehat Anträge an den*die Arbeitgeber*in zu stellen, ist es sinnvoll mit dieser Instanz eng zusammen zu arbeiten (vgl. Faller & Faber 2010, 45).

5.3.4) Grober Zeitrahmen

Als neu entwickeltes Konzept sollten die ersten sechs Monate der Umsetzung als Vorbereitungsphase betrachtet werden. Die aufgestellte Konzeption und die darauf basierenden Teilschritte werden beobachtet und gegebenenfalls noch genauer an die Bedürfnisse (oder Wünsche) der Mitarbeiter*innen angepasst. Der Ablauf der Umsetzung gliedert sich insgesamt in drei Teilabschnitte. Zunächst beginnt die Vorbereitungsphase, die die Veranlassung und Umsetzung der Rahmenbedingungen verfolgt. Dazu gehört u.a. der Antrag auf Finanzierung bei der Krankenkasse, die Vorstellung des Konzepts für alle Mitarbeiter*innen sowie die personelle, technische und strukturelle Umsetzung des Kurses. Sobald die Finanzierungsfrage abgeschlossen ist, wird die Vorbereitungsphase von der Praxisphase abgelöst. Diese beschreibt die Realisierung des geplanten Kurses für die betriebliche Gesundheitsförderung. Grundsätzlich soll das Angebot durch die Reflexionsrunden mit der Kursleitung und der Feedbackkultur via Internet einen partizipativen Moment schaffen. So kann die Kursleitung auf besondere Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. reagieren und den Kursplan in der Praxisphase ggf. anpassen. Im Kontext von Finanzierung und Beurteilung des Konzepts soll einen Monat nach Beendigung des Projekts eine Abschlussevaluation stattfinden: Wie ist das Angebot aufgenommen worden? Inwiefern ist eine Weiterführung möglich? Dies ist als dritte Phase (Evaluationsphase) zu betrachten.

5.4) Bedarfsanalyse

Anlehnend an die zuvor beschriebenen zentralen Aspekte und Rahmenbedingungen, wird im Folgenden eine Bedarfsanalyse durchgeführt, um die zentrale Bedeutung des hier beschriebenen Konzepts zu begründen. Dabei liegen die Salutogenese nach Aaron Antonovsky und die damit verknüpften Paradigmen – das Kohärenzgefühl und die Widerstandskräfte nach Antonovsky – zu Grunde. Anhand dieser wird der Bedarf eines Konzepts der Gesundheitsförderung für Sozialarbeiter*innen des Jugendhilfeträgers Gangway e.V. in Hamburg begründet. Durch die vorgestellten forschungsbedingten sowie theoretisch dargelegten Hinweise, wird die Anwendung der Achtsamkeitspraktiken in den Angeboten des Konzepts begründet.

Wie schon in Kapitel 2.4.2 beschrieben, wirke sich nach Antonovsky ein gelungenes Stressmanagement auf die Position im Gesund-Krankheits-Kontinuum aus: Wenn der Mensch über genügend Widerstandsquellen verfüge, kann er/sie dem Stressor entgegenwirken. Gleichzeitig werde das Kohärenzgefühl gestärkt (vgl. Haas & Reblin 2021, 23f.).

Durch die in Kapitel 4.1 und 4.2 vorgestellten Forschungsergebnisse zeichnet sich ein erhöhtes Aufkommen von Stress im beruflichen Alltag von Sozialarbeiter*innen sowie eine emotionale und psychische Arbeitsbelastung ab. Zudem konnte in 4.2 festgehalten werden, dass ca. 60 % der befragten Mitarbeiter*innen bereits krank zur Arbeit erschienen sind. Interessant waren auch die Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen Sport und Erschöpfung am Ende einer Arbeitswoche vermuten lassen (Abbildung 10 & 11). Zum einen scheint Sport eine generelle Möglichkeit zu sein, Stress zu reduzieren. Andererseits kann Stress auf der Arbeit dazu führen, dass der*die Sozialarbeiter*in am Ende der Woche zu erschöpft ist, um überhaupt Sport zu treiben.

Vor diesem Hintergrund scheint Sport zwar eine Widerstandsquelle für beruflich bzw. alltagsbedingte Stressoren zu sein, werde aber von manchen der befragten Mitarbeiter*innen wegen Erschöpfung nicht praktiziert. Festzuhalten ist dennoch, die Möglichkeit Sport als Widerstandsquelle einzusetzen. Es scheint als müsse die Art und Weise der Widerstandsquelle oder die passende Anregung zur Bewegung neu überlegt werden, sodass der Anreiz geschaffen wird, persönliche Widerstandsquellen zu fördern.

In Kapitel 2.4.2 wird sich ebenfalls auf psycho-soziale Widerstandsquellen bezogen, die sich in materiellem Wohlstand, in einer stabilen Ich-Identität, in Wissen und Intelligenz sowie steuerbarer und flexibler Bewältigungsstrategien äußern sollen.

Wenn nun davon ausgegangen wird, dass der Mensch sich seine psychosozialen Widerstandsquellen aneignen kann, in dem seine Ich-Identität, sein Wissen und seine Intelligenz sowie die Bewältigungsstrategien gefördert werden (der materielle Wohlstand wird

hier bewusst ausgeklammert), so scheinen die Praktiken der Achtsamkeit ein praktisches Mittel zu sein, um die Widerstandsquellen aufzubauen oder zu fördern. Wie schon in Kapitel 3.5 erläutert, haben Achtsamkeitspraktiken einen positiven Einfluss auf Gehirnbereiche, die u.a. für das Selbstwertgefühl, das Lernen und Gedächtnis verantwortlich sind.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich durch einen stabilen Selbstwert ebenfalls die Ich-Identität eines Menschen steigern kann.

Kabat-Zinn beschreibt die Praxis der Achtsamkeit außerdem als eine Aneignung von Wissen – Wissen über den eigenen Geist und Körper, was ebenfalls zu den Widerstandskräften zählt. Wer seinen Körper und Geist kennt, weiß über seine Grenzen Bescheid und kann in Stresssituationen bewusster handeln:

Kabat-Zinn geht davon aus, dass es der Mensch durch seine Achtsamkeitspraxis schaffe, äußere Lebensumstände besser zu erkennen und wahrzunehmen. Dadurch könne der/die Praktizierende wahrnehmen, an welcher Stelle im Leben Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit zu finden sind. Ebenfalls kann der Grund für das individuelle Stressempfinden ausgemacht werden (vgl. Kabat-Zinn 2011, 34).

Nicht nur in der Theorie von Kabat-Zinn, sondern auch in der Forschung gibt es Hinweise, die die Stressreduktion bei Praktizierenden belegen (siehe Kapitel 3.3.2).

Durch die Forschungsergebnisse in Kapitel 4.2 wird deutlich, dass eine große Ungewissheit hinsichtlich Maßnahmen zur Gesundheitsprävention bestehen. Viele befragte Mitarbeiter*innen scheinen über Angebote zu einer Gesundheitsförderung nicht informiert zu sein. Außerdem gibt es auch Ergebnisse, die zeigen, dass Mitarbeiter*innen zwar von Angeboten wissen, sie aber dennoch nicht nutzen (siehe Kapitel 4.2).

Aus diesen Ergebnissen leitet sich der Bedarf für die vorliegende Konzeptarbeit ab: Beim Konzept **Übe dich in Achtsamkeit - Deine Gesundheitsförderung bei Gangway e.V.** muss darauf geachtet werden, dass eine klare Informationsweitergabe der Angebote stattfindet, dass die Mitarbeiter*innen über die gesundheitsfördernden Maßnahmen aufgeklärt werden und somit ihre Motivation zur Teilnahme gesteigert wird. Um die Ressourcen und die damit verbundenen Widerstandsquellen der Mitarbeiter*innen zu fördern, wird der Fokus beim Konzept auf die Gesundheitsförderung durch Achtsamkeitspraktiken gerichtet, um dem pathogenen Ansatz entgegenzuwirken und die Entstehung von Gesundheit in den Blick zu nehmen.

Daraus lässt sich für das vorliegende Konzept ableiten, dass es stets an den Berufsalltags der Mitarbeiter*innen angelegt sein muss, sodass diese selbstbestimmt nach einer kohärenten Identität innerhalb ihres Berufs streben können.

5.5) Differenzierte Ziele und genaue Angebotsbeschreibung des Konzepts

Im Folgenden wird die Zielerarbeitung des Konzepts dargestellt, die folglich die Absicht des Projekts durch u.a. die Formulierung des Leitziels unterstützen. Zudem werden Mittlerziele und passende Handlungsziele ermittelt, sodass sich eine zusammenfassende und passende Zielstruktur ergibt. Diese Zielstruktur wird nach der Erläuterung der Ziele in einem Schaubild präsentiert. Darauf folgt die genaue Angebotsbeschreibung, die anhand von drei Arbeitspaketen mit den zugehörigen Maßnahmen aufgeteilt und durch einen Prozessbalkenplan visualisiert wird.

5.5.1) Zielstruktur

Mit Blick auf die Bedarfsanalyse wurde ein *achtsamer und gesundheitsfördernder Berufsalltag der Mitarbeiter*innen* von Gangway e.V. als Leitziel des Konzepts herausgearbeitet. Das Leitziel beschreibt damit die Fähigkeit der Mitarbeiter*innen ihren beruflichen Alltag achtsam und gesundheitsfördernd zu gestalten. Um dieses Leitziel zu erreichen, sind zuvor einzelne Teilschritte zu gehen, die durch die Mittler- und Handlungsziele abgedeckt werden. Mit den Mittlerzielen wird das Leitziel nochmals in einzelne Phasen und Entwicklungsschritte des Konzepts aufgeteilt. Diese orientieren sich an der zuvor vorstellten salutogenen Perspektive von Gesundheitsförderung und der Stressreduktion durch die Achtsamkeit. Der Fokus liegt dabei auf dem beruflichen Alltag, der durch Achtsamkeitspraktiken für die Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. ergänzt wird. Die Mittlerziele sollen in Bezug auf das Leitziel gesundheitsfördernd wirken, sodass die Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. ihre psychosozialen Widerstandsquellen aufbauen bzw. ausbauen können. Die daraus resultierenden Handlungsziele stellen zum einen die finanzielle und praktische Umsetzung sowie einzelne Ergebnisse der Weiterentwicklung der Mitarbeiter*innen dar, welche insgesamt wieder das Leitziel des achtsamen und gesundheitsfördernden Berufsalltag aufzeigen.

Mit dem ersten Mittlerziel wird die *Finanzierung der gesundheitsfördernden Maßnahmen* thematisiert. In den Handlungszielen werden demnach die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Beantragung der gesundheitsfördernden Maßnahmen bei der zuständigen Krankenkasse aufgegriffen.

Die technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen müssen gegeben sein, um die Umsetzung des Konzepts überhaupt erst möglich zu machen. Dieses Mittlerziel zielt auf die Entstehung der Infrastruktur ab. Räumlichkeiten, Ausstattung dieser und die personelle Umsetzung der Rahmengestaltung und der Angebote müssen geklärt werden.

Das dritte Mittlerziel erfordert, dass die Angebote zur Gesundheitsförderung konzipiert und offeriert sind. Die Veranschaulichung der Angebote durch einen digitalen Kursplan, der auf die Mitarbeiter*innen abgestimmt ist, bilden die passenden Handlungsziele.

Wie in der Bedarfsanalyse deutlich wurde, ist die Transparenz und Informationsweitergabe von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ein wichtiges Kriterium für das vorliegende Konzept. Mit dem Mittlerziel: *Die Inanspruchnahme der Angebote ist vorhanden.* möchte erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter*innen motiviert fühlen, ihre Gesundheit zu fördern. Außerdem sollen die Informationen so transparent wie möglich gestaltet sein, sodass sie für die Mitarbeiter*innen leicht zugänglich sind.

Zuletzt möchte das fünfte Mittlerziel die langfristige Gesundheitsförderung in den Blick nehmen. Mit Blick auf die Teilschritte der vorherigen Mittler- und Handlungsziele ist es den Mitarbeiter*innen nun möglich, durch die Anwendung von Achtsamkeitspraktiken, ihre psychosozialen Widerstandskräfte zu fördern und somit *ihren psychosozialen Stressoren entgegenzuwirken.*

Das Diagramm auf der nächsten Seite veranschaulicht nochmals alle Zielebenen. In der Gesamtbetrachtung ermöglichen die Mittler- und Handlungsziele die Umsetzung des Hauptzieles – **die Mitarbeiter*innen sind mithilfe der Angebote in der Lage, ihren beruflichen Alltag achtsam und gesundheitsfördernd zu gestalten.**



Abbildung 14 Zielstruktur

- 1 Die rechtlichen und finanziellen Mittel sind geklärt.
- 2 Das Gesundheitskonzept ist bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht.
- 3 Die Räumlichkeiten sind gefunden, ausgestattet und einsatzbereit.
- 4 Das Personal für die Umsetzung der Rahmengestaltung und Angebote ist gefunden.
- 5 Es gibt eine Angebotsstruktur, die auf die Mitarbeiter*innen abgestimmt ist.

- 6 Eine digitale Veranschaulichung der Angebote ist geschaffen.
- 7 Die Mitarbeiter*innen fühlen sich motiviert, ihre Gesundheit zu fördern.
- 8 Die Informationen zur Gesundheitsförderung sind transparent und leicht zugänglich gestaltet.
- 9 Die Mitarbeiter*innen kennen die Anwendung der Achtsamkeitspraktiken.
- 10 Die psychosozialen Widerstandquellen der Mitarbeiter*innen sind gefördert.

5.5.2) Arbeitspakete und Balkenprozessplan

Aus den in Kapitel 5.5.1 analysierten Zielen des Konzepts ergeben sich die drei Arbeitspakete: **Interaktion und Infrastruktur**; **Kursangebot** sowie **Gesundheitsmanagement**. Diese fassen die notwendigen Arbeitsschritte des Konzepts in verschiedene Maßnahmen zusammen. Während der Entwicklung der Arbeitspakete haben sich drei Meilensteine ergeben, nach denen sich der zeitliche Ablauf und die Strukturierung des Konzepts richtet. Die Arbeitspakete werden in einem Fließtext genauer erläutert und in den darauffolgenden Seiten abgebildet.

Schließlich werden die Arbeitspakete in einem Prozessbalkenplan dargestellt, um die einzelnen Maßnahmen und Meilensteine des Projektes zu visualisieren. Es wird sich für die Darstellung in einem Prozessbalkenplan entschieden, da der Ablauf so übersichtlich dargestellt werden kann. Des Weiteren wurde während der Erarbeitung des Prozessbalkenplans festgestellt, dass die Arbeitspakete nicht chronologisch betrachtet werden können. Manche Maßnahmen gestalten sich arbeitspaketübergreifend, was bedeutet, dass sie sich gegenseitig bedingen und parallel zueinander verlaufen. Die Veranschaulichung in den Arbeitspaketen ermöglicht die Einzelbetrachtung, aber die Zusammenführung der Maßnahmen ist im Balkenprozessplan ersichtlich.

Arbeitspaket 1 Interaktion und Infrastruktur

Das **Arbeitspaket 1 Interaktion und Infrastruktur** umfasst zunächst die Arbeitsschritte der ersten zwei bis drei Monate, die notwendig sind, um eine räumliche, technische sowie personelle Infrastruktur für die Umsetzung des Konzepts zur Gesundheitsförderung zu schaffen (siehe Maßnahme 1.1/ 1.2). Es wird zu Beginn eine Arbeitsgemeinschaft (AG) gegründet, um eine Kommunikationsstruktur bis zur Leitungsebene zu schaffen (siehe Maßnahme 1.1). Außerdem umfasst dieses Arbeitspaket die Interaktionsmöglichkeiten der Mitarbeiter*innen, die durch verschiedene partizipative Elemente eingerichtet werden (siehe Maßnahme 1.3)

Arbeitspaket 2 Kursangebot

Das zweite Arbeitspaket umfasst die Maßnahmen, die für die personelle und praktische Umsetzung der Angebote hinsichtlich des gesundheitsfördernden Konzepts, nötig sind. Zunächst wird eine Kursleitung gefunden, die in der darauffolgenden Maßnahme den Kursplan¹³ konzipiert (siehe Maßnahme 2.1). Des Weiteren macht sich dieses Arbeitspaket zur Aufgabe, die Motivation zur Teilnahme an den bevorstehenden gesundheitsfördernden Kursen anzuregen. Das Kursangebot wird beworben, indem verschiedene Maßnahmen wie

¹³ Exemplarischer Kursplan, Tabelle 3 im Anhang

bspw. Informationsveranstaltungen in digitaler und präsenster Form zur Bewerbung des Konzepts durchgeführt werden. An diesen Informationsveranstaltungen werden Vorträge über die Entstehung von Stress und psychischer Belastung im psychosozialen Berufsfeld gehalten sowie über Gesundheit und Achtsamkeitspraktiken aufgeklärt (siehe Maßnahme 2.2). Das Arbeitspaket beinhaltet außerdem die Maßnahme der Teilnahme an dem Kursangeboten. Die Mitarbeiter*innen erlernen die Achtsamkeitspraktiken durch den angebotenen Kurs und können durch das Erlernen der neuen Fähigkeiten ihren psychosozialen Stressoren entgegenwirken.

Arbeitspaket 3 Gesundheitsmanagement

Das dritte Arbeitspaket umfasst die Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Finanzierung der Gesundheitsangebote im Rahmen des Konzepts. Bei Arbeitspaket drei handelt es sich um eine exemplarische Finanzierungsplanung, die von der jeweiligen ausgesuchten Krankenkasse abhängt. Durch die in Kapitel 6.2.3 erörterten gesetzlichen Rahmenbedingungen kann eine betriebliche Gesundheitsförderung durch eine Krankenkasse finanziert werden. Daher wird in diesem Arbeitspaket der Vorgang der Finanzierung durch eine Krankenkasse vorgestellt. Es finden zunächst Gespräche zwischen der*dem Gesundheitsbeauftragten*m und der Geschäftsleitung statt, um die Möglichkeiten der Finanzierung zu erörtern sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen zu klären (Maßnahme 3.1 & 3.2). Ggf. kann ein Beratungsgespräch mit der BGF Kooperationsstelle in Anspruch genommen werden. Im nächsten Schritt wird eine Krankenkasse ausgewählt, die für die Finanzierung in Frage kommt (Maßnahme 3.2). Die Beantragung der Finanzierung erfolgt durch die Geschäftsleitung, die von der*dem Gesundheitsbeauftragten bzw. der AG Gesundheitsförderung vorbereitet wurde. Wenn die Bewilligung der Finanzierung erfolgt, wird die *AG Gesundheitsförderung* von der Geschäftsleitung informiert und kann somit die Praxisphase einleiten.

Falls sich in der Planung eine Finanzierung durch die Krankenkasse nicht ergibt, kann eine Finanzierung durch eine Honorarzahlung für die Kursleitung in Erwägung gezogen werden (siehe Tabelle 6 im Anhang).

Arbeitspaket 1: Interaktion und Infrastruktur

Maßnahme 1.1:

Die teaminterne Interaktion für die Umsetzung der Rahmengestaltung wird gefunden.

Aufgaben/Handlungen:

- AG *Gesundheitsförderung* für Umsetzung des Gesundheitskonzepts wird gegründet: Es wird ein*e Gesundheitsbeauftragte*r aus der AG gewählt.

-Gesundheitsbeauftragte*r terminiert Gespräche mit der Geschäftsleitung über die Rahmenbedingungen (siehe AP3).

-Die digitale Umsetzung wird organisiert: AG nimmt Kontakt mit IT-Leitung von Gangway e.V. auf (Gibt es eine Person, die eine Website erstellen kann? Oder kann der digitale Auftritt in bereits bestehende Interaktionsplattformen integriert werden? Muss ein*e externe*r IT-Beauftragte*r angestellt werden?).

Verantwortung: Gesundheitsbeauftragte*r

Zeitpunkt: die ersten sechs Wochen

Ressourcen: Räumlichkeit für die AG-Treffen

Maßnahme 1.2:

Die räumliche und technische Infrastruktur für die Angebote wird geschaffen.

Aufgaben/Handlungen:

-Räumlichkeiten von Gangway e.V., die für die Kurse des Konzepts infrage kommen, werden besichtigt und es wird sich für einen entschieden.

-Oranisation der Ausstattung, Bestandaufnahme und ggf. Bestellung von Kursmaterialien (bspw. Musikanlage, Yogamatten etc.)

-Die Website/der Internetauftritt des Kursplans wird vorbereitet und umgesetzt.

Verantwortung: AG *Gesundheitsförderung*, Gesundheitsbeauftragte*r, Websitebeauftragte*r / IT-Abteilung

Zeitpunkt: die ersten zwei Monate

Ressourcen: Sachmittelbudget, Mobilität durch PKW oder öffentliche Verkehrsmittel

Maßnahme 1.3:

Die Interaktionsmöglichkeiten zur Partizipation für die Mitarbeiter*innen werden eingerichtet.

Aufgaben/Handlungen:

-Teilnahme an der AG *Gesundheitsförderung* steht allen Gangway Mitarbeiter*innen offen und wird durch den großen E-mail-Verteiler beworben.

-Der Internetauftritt des Kursplans verfügt über eine Feedbackkultur in Form von Bewertungsmöglichkeiten (Webiste).

-Absprache mit Kursleitung: Reflexionsrunden nach Kursen anbieten, um Kritik und Wünsche der Mitarbeiter*innen einzuholen.

Verantwortung: Websitebeauftragte*r/ IT-Abteilung, Gesundheitsbeauftragte*r

Zeitpunkt: die ersten sechs Monate

Ressourcen: Internetzugang und technische Infrastruktur

Meilenstein 2

Abbildung 15 Arbeitspaket 1

Arbeitspaket 2: Kursangebot

Maßnahme 2.1:

Die personelle und praktische Umsetzung der Angebote wird geplant.

Aufgaben/ Handlungen:

- Es wird eine Kursleitung für die gesundheitsfördernden Angebote gefunden, die eine Ausbildung im Bereich von Achtsamkeitspraktiken absolviert hat.
- Die Kursleitung konzipiert in Absprache mit der AG *Gesundheitsförderung* einen Kursplan für 6 Monate (Besichtigung der Räumlichkeiten etc.)
- Die AG *Gesundheitsförderung* bereitet in Zusammenarbeit mit der Kursleitung die zwei Informationsveranstaltungen vor.
- Es wird ein Startzeitpunkt für den Kursplan festgelegt.

Verantwortung: AG *Gesundheitsförderung*, Kursleitung

Zeitpunkt: nach Meilenstein 1

Ressourcen: Internetzugang, technische Infrastruktur & Moderationskoffer

Maßnahme 2.2:

Die Motivation der Mitarbeiter*innen zur Teilnahme an den Angeboten wird angeregt.

Aufgaben/ Handlungen:

- Es werden Einladungs-E-mails zu den Informationsveranstaltungen und dem Start der Angebote im großen Verteiler von Gangway e.V. verschickt, die zur Teilnahme anregen sollen.
- Es finden Informationsveranstaltungen statt (digital und präsent), bei denen sich die Kursleitung und ihren Kursplan vorstellt. Zusätzlich wird über die Entstehung von Stress und psychischer Belastung im psychosozialen Berufsfeld sowie über Gesundheit und Achtsamkeitspraktiken referiert.

Verantwortung: AG *Gesundheitsförderung*, Kursleitung

Zeitpunkt: vor und während dem Kursangebot

Ressourcen: Räumlichkeit für die eine Inforveranstaltung, technische Infrastruktur & Internetzugang, Moderationskoffer

Maßnahme 2.3:

Die Mitarbeiter*innen erlernen Achtsamkeitspraktiken, um psychosozialen Stressoren entgegenwirken.

Aufgaben/ Handlungen:

- Die Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. nehmen an den Kursen teil.
- Die Achtsamkeitspraktiken werden alltagsnah vermittelt.
- Die Verinnerlichung der Achtsamspraktiken findet statt und werden in den beruflichen Alltag integriert und angewendet.

Verantwortung: Mitarbeiter*innen von Gangway e.V. , Kursleitung

Zeitpunkt: nach Meilenstein 2

Ressourcen: Kursuntensilien, räumliche und technische Infrastruktur

Meilenstein 3

Abbildung 16 Arbeitspaket 2

Arbeitspaket 3: Gesundheitsmanagement

Maßnahme 3.1:

Die finanziellen Rahmenbedingungen werden geklärt.

Aufgaben/ Handlungen:

- In Gesprächen mit der Geschäftsleitung werden Möglichkeiten der Finanzierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung erörtert.

-Es wird eine Krankenkasse für die Finanzierung ausgewählt und ein Kontakt hergestellt.

Verantwortung: Geschäftsleitung, Gesundheitsbeauftragte*r

Zeitpunkt: erster Monat

Ressourcen: Räumlichkeiten für die Gespräche & Internetzugang

Maßnahme 3.2:

Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden geklärt.

Aufgabe/ Handlungen:

- In Gesprächen mit der Geschäftsleitung werden die rechtlichen Rahmenbedingungen zur BGF erörtert.

-ggf. wird eine Beratung mit der BGF Kooperationsstelle Hamburg terminiert.

Verantwortung: Geschäftsleitung, Gesundheitsbeauftragte*r, AG Gesundheitsförderung

Zeitpunkt: ersten zwei Monate

Ressourcen: Räumlichkeiten für die Gespräche & Internetzugang

Maßnahme 3.3:

Die Finanzierung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wird beantragt.

Aufgabe/ Handlungen:

- Die erforderlichen Unterlagen werden in Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung von der*dem Gesundheitsbeauftragten vorbereitet und an die ausgewählte Krankenkasse eingereicht.

Verantwortung: Geschäftsleitung, Gesundheitsbeauftragte*r

Zeitpunkt: die ersten zwei Monate

Ressourcen: Internetzugang, Bürountensilien, Räumlichkeiten für die Vorbereitung

Maßnahme 3.3.1:

Der geplante Antrag auf Gesundheitsförderung wird von der Krankenkasse bewilligt.

- Mitteilung an die AG Gesundheitsförderung und Einleitung der Praxisphase.

Verantwortung: Geschäftsleitung, AG Gesundheitsförderung

Zeitpunkt: vor der Praxisphase

Meilenstein 1

Abbildung 17 Arbeitspaket 3

Prozessbalkenplan: Übe dich in Achtsamkeit – Deine Gesundheitsförderung bei Gangway e.V.

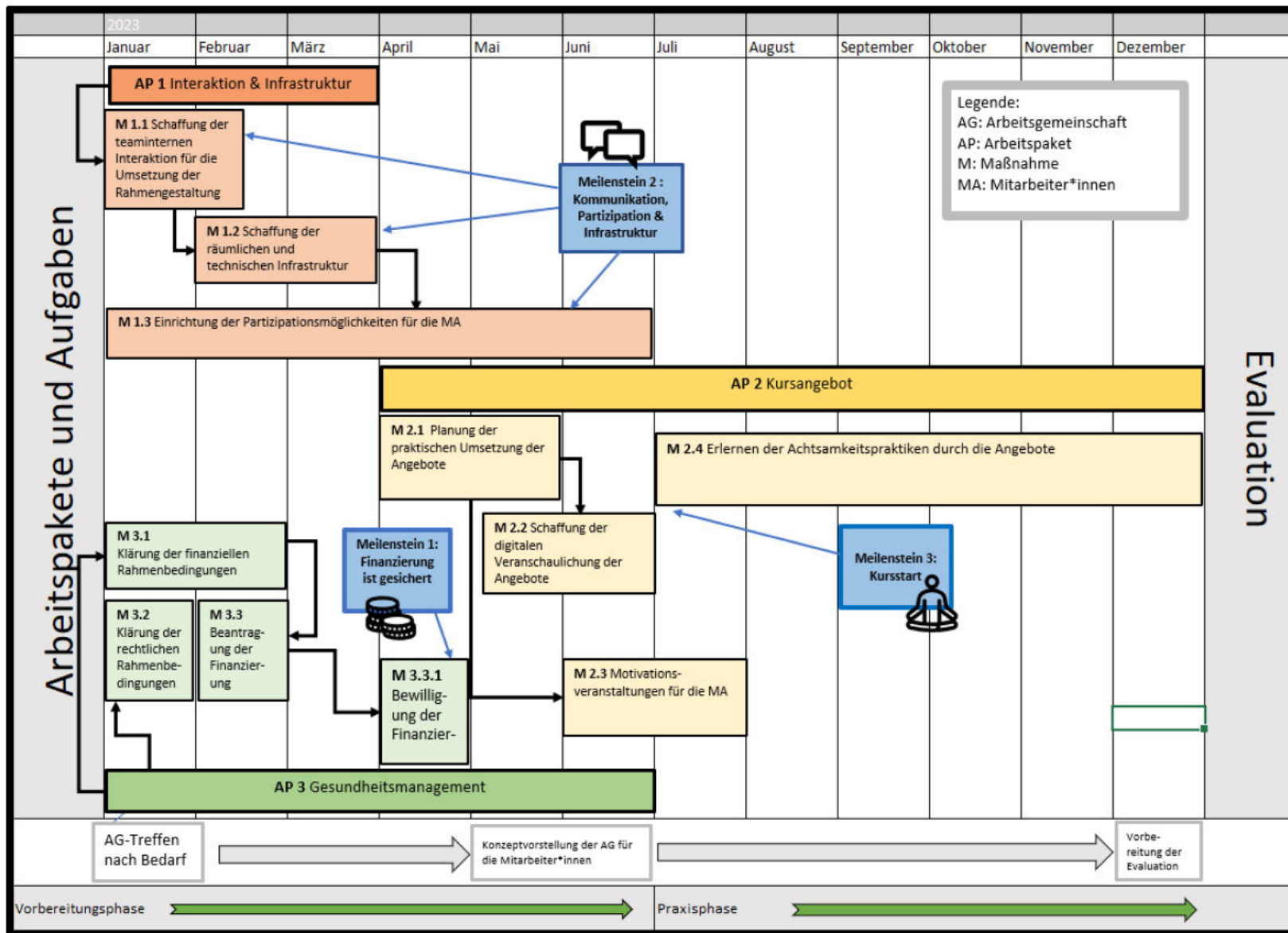


Abbildung 18 Prozessbalkenplan

5.6) Finanzierung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln vor allem die inhaltlichen Aspekte des vorliegenden Konzeptvorhabens, wie die theoretische Verankerung und Zielstruktur detailliert ausgeführt wurden, gilt es im Sinne einer vollständigen Konzeptplanung ebenso finanzielle Aspekte zu berücksichtigen.

Hierbei wird im Folgenden zuerst auf die benötigten Fachkräfte und dann Aufwendungen im Sachmittelbereich eingegangen. Diese bilden die Basis für die Ermittlung einer Overhead-Pauschale. Durch die Einbettung des Konzepts in den Träger ergibt sich die Nutzung einer Pauschale gegenüber der Errechnung einzelner Bürokosten (vgl. Schmädeke 2014, 6ff.) als sachgemäß.

Die Veranschlagung möglicher Investitionen, Eigenmittel sowie eines fremden Finanzierungsbedarfs kommen nachstehend gleichfalls zur Sprache.

5.6.1) Personaleinsatz und -kosten

Für das einjährige Vorhaben wird eine Fachkraft (Gesundheitsbeauftragte*r) des Jugendhilfeträgers benötigt, die zu ihren bisherigen Arbeitszeiten zwei Stunden pro Woche auf das Jahr gesehen zusätzlich an Arbeitszeit erhält. Dementsprechend kommen nur bereits auf Teilzeit angestellte Mitarbeiter*innen für diesen zusätzlichen Arbeitsaufwand in Frage.

Im Detail handelt es hierbei um eine*n staatlich anerkannte Sozialpädagog*in mit universitärem Bachelor oder Masterabschluss. Dabei wäre es zusätzlich wünschenswert, dass die Person mit der Thematik Gesundheitsförderung vertraut ist oder sich ggf. in die Thematik einliest.

Orientierend am Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes, Bereich Sozial- und Erziehungsdienst (TVöD-SuE), in S11b Stufe 2 wird die Mitarbeiter*in eingruppiert, bzw. der Vertrag wird an die Mehrstunden angepasst (vgl. ISAR Medien GmbH 2020, online). Der*die Gesundheitsbeauftragte*r begleitet das Vorhaben in der Vorbereitungs- und Praxisphase sowie in der Evaluationsphase nach dem einjährigen Konzeptvorhaben. Hieraus ergeben sich insgesamt 108 Stunden Arbeitszeit, die während dem Konzept, zusätzlich zur bisherigen Arbeitszeit bei Gangway e.V., geleistet werden müssen (siehe Personaleinsatzplan Tabelle 4 im Anhang). Exemplarisch wurde eine gehaltliche Eingruppierung anhand einer Fachkraft angefertigt, die bereits auf Teilzeit mit 20 Stunden bei Gangway e.V. angestellt ist und nun die zusätzliche Arbeitszeit leistet. Daraus ergibt sich, inklusive Abzug des Arbeitgeberanteils, ein Konzeptkostenanteil im Personalbereich in Höhe von 2.613,30 € (siehe Tabelle 5 im Anhang).

Das Überschlagen beim Personaleinsatzplan ergab, dass sich die technische und digitale Umsetzung des Konzepts mit 42 Arbeitsstunden bewältigen lässt. Aufgrund des geringfügigen Arbeitszeitanteils im Gesamtkonstrukt wird diese Leistung in Form eines Honorars an eine externe Person im Webdesignkontext vergütet. Diese initiiert vor allem den Internetauftritt des Kursplans sowie die Einrichtung der Feedbackkultur für die Mitarbeiter*innen. Näheres erschließt sich in dem nachstehenden Absatz zur Ermittlung der Sachaufwendungen.

Die 52 Stunden, die durch den Personaleinsatzplan der Geschäftsleitung zugeschrieben werden, können hier in der Kostenaufstellung unberücksichtigt bleiben. Es wird davon ausgegangen, dass die Leitung im Interesse ihrer Mitarbeiter*innen handeln möchte, um eine gesunde Unternehmenskultur realisieren zu können. Wie schon in Kapitel 5.3.3 erläutert, ist die Einführung einer BGF eine freiwillige Angelegenheit, jedoch vertraut das vorliegende Konzept auf die Motivation der Leitung eine Gesundheitsförderung für den Träger einzurichten, auch wenn in der zukünftigen Arbeitszeit die Priorität auf das Gesundheitskonzept gelenkt werden müsse.

Zuletzt werden die Personalkosten der Kursleitung angesprochen. Für das Konzept wird eine Finanzierung durch die Krankenkasse angestrebt. Wie schon in Kapitel 5.3.3 erwähnt, kann durch gesetzliche Bestimmungen eine BGF über die Krankenkassen finanziert werden. Da es sich bei dem Konzept um das Angebot von Achtsamkeitspraktiken handelt, fällt es als BGF-Maßnahme unter den §20 Abs. 5 SGB V: Die Achtsamkeitspraktiken fallen unter Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in den Handlungsbereichen von u.a. Bewegungsgewohnheiten und Stressbewältigung (vgl. Sozialgesetzbuch 2021). Dementsprechend könnte die Finanzierung einer Kursleitung im Rahmen einer BGF bei einer beliebigen Krankenkasse beantragt werden. Falls die Finanzierung durch die Krankenkasse aus vereinsspezifischen Gründen nicht möglich sein sollte, kann eine Finanzierung der Kursleitung auf Honorarbasis erfolgen (siehe Tabelle 6 im Anhang).

Die Mitarbeiter*innen des Trägers, die durch die Aufgaben der AG Gesundheitsförderung mehr Arbeitsstunden leisten, werden durch Überstundenableistung entweder ausgezahlt oder es wird einen Freizeitausgleich geben.

Somit belaufen sich die Personalkosten für das Projekt auf lediglich 2.613,30€.

5.6.2) Sachmittel

Wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels erwähnt, liegt der Fokus bei der Sachkostenermittlung auf den konzeptspezifischen Sachkosten, da die Bürokosten durch eine Overhead-Pauschale abgedeckt werden. Für die Maßnahme werden folgende Sachmittel benötigt: Ausstattung für den Kursraum: Yogamatten, Meditationskissen, Yogablocks, zwei indirekte Lichtquellen. Ggf. wird weiteres Mobiliar benötigt. Die Entscheidung hängt von der Raumbesichtigung und der Bestandaufnahme ab, was die Kursleitung benötigt und was bereits in den Räumlichkeiten vorhanden ist. Wenn die Beschaffung weiteren Mobiliars notwendig ist, können die Sachkosten dahingehend nochmals angepasst werden. Des Weiteren beinhalten die Sachkosten die Verpflegungskosten für die Meetings zwischen der*die Gesundheitsbeauftragten*m und der Leitung sowie den Gesprächen und Vorbereitungen für die Informationsveranstaltungen mit der Kursleitung. Da eine Honorarkraft im Webdesign-Bereich (Websitebeauftragte*r) angestellt wird, fallen hier ebenfalls Sachkosten für die Bezahlung an. Letztere wird in der Vorbereitungsphase des Konzepts den digitalen Kursplan sowie die digitale Feedbackkultur für die Mitarbeiter*innen auf der Website von bisherigen Kommunikationswegen von Gangway e.V. gestalten. Hierfür werden 42 Stunden Arbeitszeit veranschlagt. Der Stundensatz orientiert sich am Ergebnis des „Freelancer-Kompass“, eine der größten IT-Freelancer-Studien im deutschsprachigen Raum aus dem Jahr 2020 (vgl. [freelancermap 2020, 2, online](#)). Der durchschnittliche Lohn liegt demnach bei 94,28€ (vgl. [freelancermap 2020, 8, online](#)). Die nachstehende Tabelle bietet eine detaillierte Auflistung der projektspezifischen Sachkosten.

Konzeptspezifische Sachkosten						
<u>Ausstattung des Kursraums</u>						
10x Yogamatten	39,95 €		399,50 €			
10x Meditationskissen	29,95 €		299,50 €			
20x Yogablocks	8,90 €		178,00 €			
2x indirektes Licht	30,29 €		60,58 €		937,58 €	
<u>Verpflegung für die Meetings</u>						
30x 5,00€					150,00 €	
<u>Honorarkraft für Websitegestaltung /IT</u>						
42x 94,28€					3.959,76 €	
Jahreskosten	im Jahr				5.047,34 €	
Prozentual	1,00				5.047,34 €	
Gesamt	ein Jahr				5.047,34 €	

Abbildung 19 Kostenspezifische Sachkosten

Die Wahl der Ausstattung des Kursraums entspricht hierbei einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis und bewegt sich somit im mittleren Preissegment (bspw. Marke: Lotuscrafts). Die Ausstattung ist auf 10 Kursteilnehmer*innen ausgelegt, was aber ausbaufähig ist. Außerdem berechnet sich die Verpflegung – vor allem heiße und kalte Getränke für die Gespräche in der Vorbereitungsphase– aus der durchschnittlichen Wochenanzahl pro Jahr. Die Addition aller genannten Posten ergibt einen Kostenanteil der Sachmittel i.H.v. 5.047,34€.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, errechnen sich die zusätzlichen Bürokosten in Form einer Overhead-Pauschale. Hierfür werden Personal- und projektspezifische Kosten addiert. 20% der daraus resultierenden Summe bilden dann die Pauschale. Im vorliegenden Fall werden somit 1.532,13€ veranschlagt.

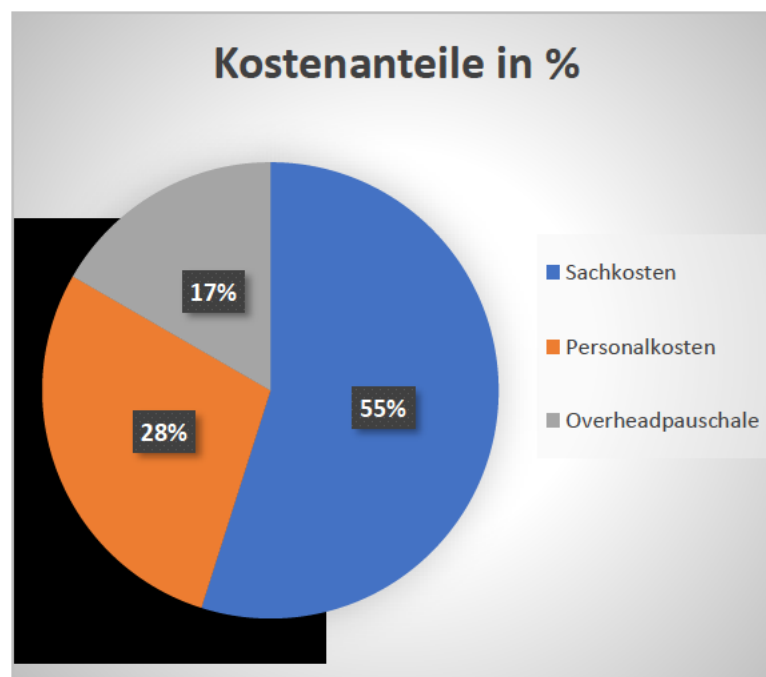


Abbildung 20 Kostenanteile in %

Das Kreisdiagramm in Abbildung 20 zeigt die prozentualen Kostenanteile des Projekts verhältnismäßig zu den Gesamtkosten im Überblick.

Die Sachkosten bilden mit 55% die größten Kosten, während die Personalkosten im Vergleich sehr gering sind. Dazu muss gesagt werden, dass in den Sachkosten das Honorar für den*die Websitebeauftragte*n mit inbegriffen ist. Falls die Finanzierung der Kursleitung ebenfalls auf

ein Honorar (30 Euro/Std.¹⁴) hinauslaufen wird, dann würden die Sachkosten verhältnismäßig weiter ansteigen, da sich die Finanzierung auf eine Honorarsumme von 3.990,00€ einstellen müsste (vgl. Tabelle 6 im Anhang).

5.6.3) Finanzierungsbedarf

Insgesamt entsteht durch die vorangegangenen Posten ein Gesamtbetrag i.H.v. 9.192,77€, sofern die Finanzierung des Kurses zur Gesundheitsförderung von einer Krankenkasse übernommen wird. Die Unternehmensart des Trägers (gemeinnütziger, freier Verein) lässt nur eine geringe Finanzierung durch Eigenmittel zu. Es handelt sich um einen gemeinnützigen, freien Verein, der nicht wirtschaften darf. Die Verwendung der finanziellen Mittel des Vereins ist nach § 55 AO nur mit Einschränkungen möglich (z.B. keine Begünstigung anderer Personen für Zwecke außerhalb der Vereinssatzung) (vgl. Bundesministerium der Justiz, online).

Im Falle der Umsetzung des Konzepts müsste die Vereinssatzung die BGF mitaufnehmen, um somit die Berechtigung der Finanzierung durch Eigenmittel durchzusetzen.

Die Finanzierungsfrage gilt es in den Gesprächen zwischen Gesundheitsbeauftragter*in und Geschäftsleitung sowie in dem ggf. stattfindendem Beratungsgespräch mit der Kooperationsstelle für eine BGF zu erörtern und eine Lösung zu finden. Die Finanzierung kann demnach erst in der Umsetzung des Konzepts abschließend geklärt werden und ist abhängig von den aktuellen Begebenheiten.

¹⁴ Das Honorar pro Stunde orientiert sich an einem Durchschnittswert, der von einer Fitnessplattform festgelegt wurde (vgl. Eversports 2022, online).

6) Grenzen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragestellung welche gesundheitsfördernden Potentiale Achtsamkeitspraktiken in der betrieblichen Gesundheitsförderung haben können. Um sich von anderen Arbeiten abzugrenzen, ist bei der vorliegenden Arbeit zu erwähnen, dass sie als theoretische Konzepterarbeitung fungiert. Es muss die Tatsache beschrieben werden, dass eine empirische Analyse und Interpretation einer praktischen Umsetzung des Konzepts eine aussagekräftigere Antwort auf die Forschungsfrage liefern könnten. Demnach kann die Forschungsfrage nur auf theoretischer Grundlage beantwortet werden und ist daher auf die Theorie des Konzepts und der vorgestellten Empirie begrenzt.

Um nun inhaltliche Grenzen zu thematisieren, wird auf die Ausarbeitung des Konzepts eingegangen. Da das vorliegende Konzept zur Gesundheitsförderung lediglich mit Achtsamkeitspraktiken ausgearbeitet wurde, kann es passieren, dass sich nicht alle Mitarbeiter*innen des Jugendhilfeträgers damit identifizieren können. Achtsamkeit kann im gesellschaftlichen Kontext mit Spiritualität und Esoterik assoziiert werden, worauf ein Teil der Mitarbeiter*innen mit Ablehnung reagieren könnte. Aus Erfahrung heraus ist diese Ablehnung aber meist nur durch geringes Wissen über Achtsamkeitspraktiken und ihren Nutzen verbunden. Demnach ist es wichtig, die Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter*innen (siehe Abb. 16, AP2) durch wissenschaftliche Studienergebnisse zu stützen und die wissenschaftliche Auffassung von Achtsamkeit nach Kabat-Zinn den vermeidlichen Skeptiker*innen durch fundiertes Wissen hinsichtlich Stressbewältigungsprogrammen in der klinischen Arbeit wie bspw. in der Verhaltenstherapie näher zu bringen (vgl. Hauff 2021, online).

Was bei einer Konzeptionierung eines Vorhabens immer passieren kann ist, dass sich die zeitliche Planung verändert und ggf. angepasst werden muss. Dementsprechend ist wie in Kapitel 5.3.4 schon betitelt, von einer groben Zeitplanung auszugehen. Gerade in einem Jugendhilfeträger wie Gangway e.V. mit vielen unterschiedlichen Angeboten und Maßnahmen, ist der Arbeitsalltag (auch in der Geschäftsstelle des Trägers) von Personalmangel, Krankheitsausfällen sowie unvorhersehbaren Krisen geprägt. Daher muss die zeitliche Planung als flexibel betrachtet werden. Der dritte Meilenstein kann auch erst nach einem Jahr erreicht sein, sodass dann die Praxisphase ein halbes Jahr später beginnen würde.

Ferner dessen kann außerdem die fehlende Bereitschaft der Geschäftsleitung eine Hürde für die Umsetzung darstellen, da die Einführung einer BGF nach den gesetzlichen Rahmenbedingungen freiwillig ist. Dabei wäre es denkbar den Betriebsrat miteinzubeziehen, der wie in Kapitel 5.3.3 einen Antrag beim Arbeitgeber für Maßnahmen einer BGF stellen könnte.

Ein großer grenzbedingter Aspekt, mit dem das Konzept steht und fällt, ist die Finanzierung der BGF. Falls eine Finanzierung durch die Krankenkasse nicht ermöglicht werden kann, müssen die Gespräche zwischen der*m Gesundheitsbeauftragten und der Geschäftsleitung erneut durchgeführt werden, um eine neue Lösungsstrategie für die Finanzierung zu finden. Demnach kann auch dieser Aspekt zu einer Verzögerung des Zeitplans führen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sowie das Konzept sind vielversprechend und ermöglichen einen tieferen Einblick in den Gesundheitsdiskurs hinsichtlich Sozialer Arbeit. Es wäre denkbar das Konzept in die Praxis umzusetzen, um zu erfahren ob genannte Grenzen eintreten und welche Aspekte nochmals überdacht und verändert werden müssten, um eine erfolgreiche Umsetzung zu erzielen. Außerdem wäre es spannend anhand einer quantitativen sowie qualitativen Forschung herauszufinden inwieweit die Mitarbeiter*innen ihr Verhalten oder ihre Einstellung nach der Teilnahme an dem Konzept zur Gesundheitsförderung wahrnehmen.

Die vorliegende Arbeit fasst bereits durchgeführte Studien zusammen und die Diskussion der Ergebnisse sowie das erarbeitete Konzept laden dazu ein, die Thematik von Gesundheitsförderungen für Sozialarbeiter*innen in Hinblick auf die Stressbewältigung in sozialen Berufen durchzuführen und weiter zu diskutiere

7) Fazit

Mit der Gesundheitsdefinition aus Kapitel 1.1 wird deutlich, dass jeder Mensch für seine eigene Gesundheit verantwortlich ist. Dazu schließt sich der Kerngedanke von Antonovskys Theorie an. Wenn der Mensch seine eigenen Bewältigungsstrategien wahrnehmen kann, besitze er ein stabiles Kohärenzgefühl, was ebenfalls eine stabile Persönlichkeitsstruktur impliziert. Die widerstandsfähige Bewältigung von herausfordernden Situationen vermindert Stress und Erkrankungsrisiken.

Die vorgestellten Forschungsergebnisse aus Kapitel vier hinsichtlich Gesundheit in der Sozialen Arbeit haben gezeigt, dass das Stressempfinden gerade in psychosozialen Berufen sehr hoch ist. Die Sozialarbeiter*innen neigen in ihrem durch Bindung geprägten, emotionalen Beruf zu Burnouts aufgrund von psychosozialen Stress und bewegen sich auf dem vorgestellten Gesund-Krankheit-Kontinuum nach Antonovsky eher Richtung Krankheit. Dauerhafter Stress kann, wie in Kapitel 2.4.1 beschrieben, zu Krankheit führen, da der Organismus überlastet ist und unter der dauerhaften Belastung zusammenbricht.

Die vorliegende Arbeit fokussiert die Förderung von Gesundheit, das Entgegenwirken von Stressoren durch den Aufbau von Widerstandskräften und bringt den Gesundheitsdiskurs mit dem traditionell-buddhistischen Achtsamkeitsansatz in Verbindung. Wie schon in Kapitel drei ausführlich erläutert, kann nach Buddha ein achtsames Leben und Denken, menschliches Leiden aufheben. In die heutige Zeit wissenschaftlich übersetzt durch Kabat-Zinn bedeutet Achtsamkeit eine Fähigkeit im gegenwertigen Moment präsent zu sein und zu entspannen. Kabat-Zinn und sein Stressbewältigungsprogramm MBSR haben in der Vergangenheit gezeigt, dass sich der Mensch durch regelmäßiges Üben in Achtsamkeitspraktiken (Yoga, Meditation, Bodyscans), in seinem Verhalten und in seiner Einstellung verändern kann. Die in Kapitel 3.5.2 und 3.5.3 vorgestellten klinischen Forschungsergebnisse zur veränderten Gehirnregionen zeigen deutlich, dass die Meditation positive Auswirkungen auf die sozial-emotionalen sowie kognitiven Kompetenzen des Menschen haben. Außerdem belegen die Studien, dass die Meditation Stressempfinden mindern kann.

Mit dieser theoretischen und empirischen Fundierung wurde das in Kapitel 5 vorgestellte Konzept zur Gesundheitsförderung für Sozialarbeiter*innen entwickelt. Das Konzept für den Hamburger Jugendhilfeträger Gangway e.V. bildet sich aus Achtsamkeitspraktiken, die von einer in diesem Bereich ausgebildeten Kursleitung den Mitarbeiter*innen gelehrt werden. Das Konzept zielt darauf ab, dass die Praktiken in den Berufsalltag integriert werden können. Durch die sechsmonatige Vorbereitungszeit können finanzielle und rechtliche Aspekte geklärt werden und eine betriebliche Gesundheitsförderung im Träger initiiert werden. Im Optimalfall trägt die Krankenkasse die Kosten für die Kursleitung, sodass der Träger finanziell entlastet

werden kann. Durch das Einführen einer gesundheitsbeauftragten Person gibt es für das Konzept eine Ansprechperson in der Trägerstruktur, die eine koordinierende Funktion übernimmt. Gleichzeitig kann sie die anschließende Evaluation durchführen, sodass eine mögliche Weiterführung des Konzepts durch die Evaluationsergebnisse erarbeitet werden kann. Durch die vorgestellten empirischen Erkenntnisse hinsichtlich Gesundheit in sozialen Berufen ist die Einführung bzw. Weiterführung von Konzepten dieser Art der BGF für Sozialarbeiter*innen aufgrund der psychosozialen Belastung des Berufes unabdinglich. Die Aufklärung über Stress und Stressentstehung im psychosozialen Berufsfeld sowie über Gesundheit und Achtsamkeitspraktiken wurde im Konzept ebenfalls durch die Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter*innen berücksichtigt, was einen ganzheitlichen Moment des Konzepts beschreibt. Es arbeitet nicht nur gesundheitsfördernd sondern leistet ebenfalls Aufklärung über laufende Erkenntnisse im Gesundheitsdiskurs. Dadurch kann die Motivation der Mitarbeiter*innen des Trägers angeregt werden, um Selbstwirksamkeitsprozesse für die Stärkung eigener Ressourcen voranzutreiben.

Doch was sind nun die gesundheitsfördernden Potentiale durch eine auf Achtsamkeitspraktiken abgestimmte BGF für Sozialarbeiter*innen? Durch die achtsamkeitsbasierte Vorgehensweise wird zum einen Stress entgegengewirkt, andererseits wird sich langfristig erhofft, dass die Mitarbeiter*innen die Praktiken verinnerlichen und somit ein intensiveres Körperempfinden entwickeln. Es wird ihnen dadurch leichter fallen anhaltende Stressoren, die zu krankmachenden Zuständen führen können, früher zu erkennen und ihnen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen wie bspw. einer Meditation oder einer Yogapraxis entgegenzuwirken. Gleichzeitig bestärkt das Konzept im sozialpolitischen Rahmen die Definition von betrieblicher Gesundheitsförderung, die von der WHO (Alma Alta) bestimmt wurde. Es unterstützt den sozialpolitischen Appell für ein selbstbestimmtes Bewusstsein für Gesundheit und hilft sich selbst zu befähigen, um bereits vorhandene gesundheitsfördernde Ressourcen zu stärken.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde gezeigt, dass BGF eine komplexe und an bestimmte gesetzliche Vorgaben gebundene Maßnahme ist, die den Willen verfolgt, Mitarbeiter*innen eines Betriebs salutogene Angebote zu machen, um selbstbestimmt ihre eigenen Ressourcen zu stärken, die zu einem gesunden Berufsleben verhelfen. Eine BGF mit Achtsamkeitspraktiken zu füllen, kann sich positiv auf die Verhaltens- und Einstellungskompetenzen der Mitarbeiter*innen auswirken und wird gerade die Berufsgruppen im psychosozialen Bereich dabei unterstützen, das arbeitsbedingte Stressempfinden zu verringern. Mit Blick in die Zukunft scheint es für die Stressforschung sowie dem Gesundheitsdiskurs im Bereich der psychosozialen Berufe wichtig zu sein aktiv zu forschen, um die Auswirkungen auf den beruflichen Alltag von Sozialarbeiter*innen mit achtsamkeitsbasierender BGF zu beobachten und weitere Erkenntnisse zu erzielen.

Literaturverzeichnis

- Allwinn, S. (2010): Stressbewältigung. Eine multiperspektivische Einführung für die Soziale Arbeit und andere psychosozialen Professionen. Freiburg: FEL.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- AOK, W. -W. (2011): Pressemitteilung: Burnout auf dem Vormarsch. URL: <https://www.medkolleg.de/news/n2752029506.html> (abgerufen am 12.03.2022, MEZ:12:36 Uhr).
- Blättner, B., & Waller, H. (2011): Gesundheitswissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
Bundesministerium der Justiz: Abgabenordnung. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/ao_1977/_55.html (abgerufen am 9.08.2022, MEZ: 00:26 Uhr).
- Chang-Gusko, Y.-S. (2019): Geschichte und Definition von Achtsamkeit. In Y.-S. Chang-Gusko, Achtsamkeit in Arbeitswelten. (S. 3-17). Wiesbaden: Springer.
- Congleton, C., Hölzel, B. K., & Lazar, S. W. (2015): Mindfulness Can Literally Change Your Brain. Harvard Business Review. URL: <https://hbr.org/2015/01/mindfulness-can-literally-change-your-brain> (abgerufen am 20.05.2022, MEZ: 20:45 Uhr).
- DIN (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Beuth.
- Ernst, G., Franke, A., & Franzkowiak, P. (2022): Stress und Stressbewältigung. Von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/>
(abgerufen am 23.07.2022, MEZ: 10:25 Uhr).
- Eversports (2022): Yoga als Beruf – wie sieht es mit dem Yogalehrer Gehalt genau aus? URL: <https://www.eversportsmanager.com/de/blog/yoga-als-beruf-wie-sieht-es-mit-dem-yogalehrer-gehalt-genau-aus/> (abgerufen am 9.08.2022, MEZ: 14:41 Uhr).
- Faller, G. (2010): Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext. In G. Faller, Lehrbuch. Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 23-33). Bern: Huber.
- Faller, G., & Faber, U. (2010): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In G. Faller, Lehrbuch. Betriebliche Gesundheitsförderung. (S. 34-47). Bern: Huber.
- freelancemap GmbH (2020): Freelancer-Kompass 2020. Freelancer Studie Finanzen, Selbstständigkeit, Demografie, Ausblick, Corona. Nürnberg: freelancemap GmbH.
- Gehrke, A. (2022): Gangway. Erziehung und Bildung aus einer Hand. URL: <https://www.gangway.hamburg/> (abgerufen am 28.06.2022, MEZ: 9:06 Uhr).

- Haas, R., & Reblin, S. (2021): Bio-psycho-soziales betriebliches Gesundheitsmanagement für Sozial- und Gesundheitsberufe. München: Ernst Reinhardt.
- Hauff, M. (2021): Achtsamkeit - Ist das Esoterik? Was ist mit Bewusstheit? URL: <https://www.angstlotse.de/2019/02/12/achtsamkeit-ist-das-esoterik-was-ist-mit-bewusstheit/> (abgerufen am 8.08.2022, MEZ: 23:37 Uhr).
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2010): Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, S. 36-43. URL: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S092549271000288X?token=08F4DAB9A4F7E1B58ECEDAD3DBBB15EA209583FA086CB621A33FA8D779688E2FABC505FA4AF512ABD20BD89D70E7ED0A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220429123256> (abgerufen am 09.07.2022, MEZ: 17:45 Uhr).
- Hornberg, C. (2016): Gesundheit und Wohlbefinden. In U. Gebhard, & T. Kistemann, *Landschaft, Identität und Gesundheit* (S. 63-67). Wiesbaden: Springer.
- Hucklenbroich, P. (2018): "Krankheit" als theoretischer Begriff der Medizin: Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichen Krankheitsbegriff. *Journal for General Philosophy of Science*, S. 23-58.
- ISAR Medien, G. (2020): Gehaltsrechner für den öffentlichen Dienst. Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst, Sozial- und Erziehungsdienst. URL: https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tvoed/sue?id=tvoed-sue-2020&g=S_11b&s=2&zv=VBL&z=100&zulage=&stj=2021&stkl=1&r=0&zkf=0&kk=14.99%25 (abgerufen am 30.07.2022, MEZ: 10:50 Uhr).
- Kabat-Zinn, J. (1982): An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*, S. 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2011): *Gesund durch Meditation. Full Catastrophe Living. Das vollständige Grundlagenwerk*. München: O. W. Barth Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (2019): *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer.
- Knieps, F., & Pfaff, H. (2019): *BKK Gesundheitsreport. Psychische Gesundheit und Arbeit*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kuhn, K. (2010): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller, *Lehrbuch. Betriebliche Gesundheitsförderung*. (S. 15-22). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

- Lexikon der Religionen. (2014): Von Die Vier Edlen Wahrheiten. URL: <https://religion.orf.at/v3/lexikon/stories/2568089/> (abgerufen am 18.04.2022, MEZ: 8:15 Uhr).
- Lützenkrichen, A. (2004): Bedeutung und Nutzen von Achtsamkeit in der sozialen Arbeit. Gruppendynamik und Organisationsberatung. In: Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO) S. 27-36.
- McGreevey, S. (2011): HEALTH & MEDICINE. Eight weeks to a better brain. In: The Harvard Gazette. URL: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2011/01/eight-weeks-to-a-better-brain/> (abgerufen am 25.06.2022, MEZ: 12:09 Uhr).
- MediLexi (2022a): Graue Substanz. URL: https://medlexi.de/Graue_Substanz (abgerufen am 16.08.2022, MEZ: 12:43 Uhr).
- Medilexi (2022b): Hippocampus. URL: <https://medlexi.de/Hippocampus> (abgerufen am 9.08.2022, MEZ: 14:07 Uhr).
- Medielexi (2022c): Amygdala. URL: <https://medlexi.de/Amygdala> (abgerufen am 9.08.2022, MEZ: 14:10 Uhr).
- Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, M. G. (2012): Achtsamkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Mutz, M., Häusser, J., & Hadi, S. (2020): work and sport: relationships between specific job stressors and sports. *Ergonomics*, S. 1077-1087.
- Notz, K.-J. (2002): Lexikon des Buddhismus. Grundbegriffe, Traditionen, Praxis in 1200 Stichworten von A-Z. Wiesbaden: Fourier.
- Pakt für Prävention (2013): Rahmenprogramm: Gesund leben und arbeiten in Hamburg! URL: <https://www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/gesund-leben-und-arbeiten/> (abgerufen am 22.07.2022, MEZ: 13:57 Uhr).
- Petzold, T. D. (2011): Praxisbuch Salutogenese. München: südwest.
- Poulsen, I. (2012): Stress und Belastung bei Fachkräften der Jugendhilfe. Ein Beitrag zur Burnoutprävention. Wiesbaden: Springer .
- Reibling, N. (2021): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Von Soziologische Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziologische-perspektiven-auf-gesundheit-und-krankheit/> (abgerufen am 10.04.2022, MEZ: 19:18 Uhr).
- Röhrle, B. (2018): Wohlbefinden/ Well Being. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/> (abgerufen am 7.04.2022, MEZ: 15:35 Uhr).
- Schmädeke, M. (2014): Sachverständigengutachten zur Ermittlung des Vergütungssatzes selbstständiger Berufsbetreuer/-innen. Auftrag vom 10. Januar 2014 erledigt am 04. April 2014, Oldenburg: FTSP-Gruppe.

- Schneider, M. (2012): Stressfrei durch Meditation. Das MBSR-Kursbuch nach der Methode von Jon Kabat-Zinn. München: W. Barth
- Seyle, H. (1981): Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch, Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. (S. 163-187). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Sozialgesetzbuch. (2021). München: Beck.
- Strawe, C. (Juni 2006): Salutogenese. Ein Thema für die Sozialgestaltung? Sozialimpulse, S. 8-10.
- Strehmel, P. (2010): K!GG: Kita Gut & Gesund. Das Programm für Integriertes Gesundheitsmanagement; Weiterbildungsmodul 1 Schwerpunkt Betriebliches Gesundheitsmanagement; Veranstaltung 3: Bedingungsfaktor für psychische und psychosomatische Gesundheit: Salutogene Führung von Personen und Teams. Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften. Leuphana Universität Lüneburg.
- Tameling, R. (2014): Stress und Stressbewältigung. Die Stresstheorien von Richard S. Lazarus und Aaron Antonovsky. Hamburg: disserta Verlag.
- Tichy, H. E. (2018): Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation. Münster : Waxmann.
- Wendt, W. R. (1988): Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 4/88.
- WHO (2019): Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (abgerufen
- WHO (2022a). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. URL: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (abgerufen am 13.03.2022, MEZ: 16:38 Uhr).
- WHO (2022b): WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. URL: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (abgerufen am 16.04.2022, MEZ: 20:39 Uhr).
- Winkens, H. (2016). Der Beitrag von Supervision zur Stärkung von Resilienz in der Jugendhilfe: Eine empirische Untersuchung der Risikofaktoren für Arbeitnehmer/-innen und Organisationen der Jugendhilfe, sowie der Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit durch Supervision. Kassel: Kassel University Press GmbH.
- Wolff, T. J. (2012). Was bewirkt Achtsamkeitsmeditation? Altbuddhistische Meditation im Blick der Psychologie. Hamburg: Diplomica.

Anhang

Inhalt

- (1) Tabelle 1 Sonstiges
- (2) Tabelle 2 Höchster Berufsabschluss
- (3) Tabelle 3 Exemplarischer Kursplan
- (4) Tabelle 4 Personaleinsatzplanung
- (5) Tabelle 5 Gehaltliche Eingruppierung einer pädagogischen Fachkraft
- (6) Tabelle 6 Alternative plus Honorarkraft Kursleitung

1) Tabelle 1: Sonstiges

B.A. Lehramt
Heilpädagogik in Arbeit (plus ein für die Arbeit irrelevanter M.A.)
Erziehungs- und Bildungswissenschaften (B.A.)
Gesundheits- und Krankenpfelger*in
Lehrer
M.A. der Angewandten Kulturwissenschaft
M.A. Erziehungs- und Bildungswissenschaft
M.A. LaGym
Pädagoge (Diplom, Uni)
Sonderpädagogik M.A.
Systematische Paar- und Familientherapeutin

Tabelle 2: Höchster Berufsabschluss

		Höchster Berufsabschluss			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sozialarbeiter:in/ Sozialpädagog:in (B.A.)	17	33,3	33,3	33,3
	Sozialarbeiter:in/ Sozialpädagog:in (M.A.)	10	19,6	19,6	52,9
	noch im Studium/ in der Ausbildung im sozialen Bereich.	7	13,7	13,7	66,7
	Erzieher:in.	4	7,8	7,8	74,5
	Psycholog:in (M.A.).	1	2,0	2,0	76,5
	Sonstiges:	11	21,6	21,6	98,0
	Ich möchte diese Frage nicht beantworten.	1	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	51	100,0	100,0	

Tabelle 3 Exemplarischer Kursplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
3. Juli – 7. Juli 2023	7-8:00 Uhr Atemübungen & Meditation + Reflexionsrunde	19:00-20:00 Uhr Hatha Yoga + Reflexionsrunde	17:00-18:00 Uhr Atemübungen & Meditation + Reflexionsrunde	10:00-11:00 Uhr Hatha Yoga + Reflexionsrunde	Kein Kurs

Tabelle 4 Personaleinsatzplanung

Personaleinsatzplanung					
		Arbeitszeit in Stunden			
Aufgabenpaket/ Name	Arbeitsteilung/Aufgabenbeschreibung	Gesundheitsbeauftragte*r	IT- Abteilung	Kursleitung	Geschäftsleitung
AP1: M:1.1	AG-Gründung	2			
AP1: M:1.1	Gesprächsvereinbarung mit Leitung	1			
AP1: M:1.1	Anfrage bei IT-Abteilung	2	2		
AP1: M:1.2	Begehung der Räumlichkeiten	6			
AP1: M:1.2	Organisation der Ausstattung	6			
AP1: M:1.2	Umsetzung der Website/des Internetauftritt		32		
AP1: M:1.3	AG in großem E-Mailverteiler präsentieren	1			
AP1: M:1.3	Feedbackkultur in Kursplan einrichten		8		
AP1: M:1.3	Absprache Reflexionsrunden	1		1	
AP2: M:2.1	Suche der Kursleitung	4			
AP2: M:2.1	Konzeption des Kursplans			8	
AP2: M:2.1	Vorbereitung Info VA's	16		16	

AP2: M:2.2	Einladungs-E-mails verschicken	2			
AP2: M:2.2	Durchführung der Info VA's	4		4	
AP2: M:2.3	Kurse werden durchgeführt & alltagsnah vermittelt			4/Woche Juli 2023- Dezember 2023: 26 Wochenx4=104 Std.	
AP3: M:3.1	Gespräche Finanzierungsmöglichkeit	32			32
AP3: M:3.1	Auswahl Krankenkasse	2			
AP3: M:3.2	Gespräche rechtliche Rahmenbedingungen	16			16
AP3: M:3.2	Ggf. Beratung BGF Kooperationsstelle Hamburg	3			3
AP3: M:3.3	Vorbereitung und Einreichung des Finanzierungsantrags	8			2
AP3: M:3.3.1	Einleitung Praxisphase	2			1
Gesamt		108	42	133	54

Tabelle 5 Gehaltliche Eingruppierung einer pädagogischen Fachkraft

Fachkraft	SozPäd (staatlich anerkannt)				
Eingruppierung	TVÖD-SuE	S11b Stufe 2		Monatsbrutto	3430,33
Bruttoverdienst im Jahr					€ 41.163,96
		Jahressonderzahlung	40,00	% Urlaubsgeld	€ 1.372,13
			40,00	% Weihnachtsgeld	€ 1.372,13
Bruttolohnkosten					€ 43.908,22
Arbeitgeberanteile:	Art		Beitrag in %		
	Krankenversicherung 2x7,3 + 0,9 An Zulage		14,60		
	Pflegeversicherung		2,35		
	Rentenversicherung		18,70		
	Arbeitslosenversicherung		3,00		
	Summe		38,65		
	Arbeitgeberanteil		18,875		
	Krankenversicherung	AG-Anteil	0,00		
		U2	0,00		
	Arbeitgeberanteil in %		18,875		
	Arbeitgeberanteil in €				€ 8.287,68
N.N					
Berufsgenossenschaft					
			ca.	€ 70,00	
			ca.		€ 70,00
Jahreskosten					€ 52.265,90
Prozentual					€ 28.746,25
			0,55		€ 28.746,25
Konzeptlaufzeit	1 Teilzeitstelle à 22 Stunden				€ 28.746,25
Konzeptlaufzeit	Nur die 2 Mehrstunden (5,5%)				2613,30 €
	(Rechnung: 28746,25 € (Teilzeitstelle 55 %) abzüglich 26132,95 € (Teilzeitstelle 50 %))				

Tabelle 6 Alternative plus Honorarkraft Kursleitung

<u>Ausstattung des Kursraums</u>							
10x Yogamatten		29,95 €		299,50 €			
10x Meditationskissen		29,95 €		299,50 €			
20x Yogablocks		8,90 €		178,00 €			
2x indirektes Licht		30,29 €		60,58 €		837,58 €	
<u>Verpflegung für die Meetings</u>							
30x 5,00€						150,00 €	
<u>Honorarkraft für Websitegestaltung /IT</u>							
42x 94,28€						3.959,76 €	
Jahreskosten		im Jahr				4.947,34 €	
Prozentual			1			4.947,34 €	
Gesamt		ein Jahr				4.947,34 €	
<u>Plus Honorarkraft Kursleitung (Alternative zur Finanzierung Krankenkasse)</u>							
133x30€		3.990,00 €			Gesamt	8.937,00 €	

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Master-Thesis mit dem Titel: **Gesundheitsförderung für Sozialarbeiter*innen - Eine Konzepterarbeitung mit Achtsamkeitspraktiken für Mitarbeiter*innen eines Kinder- und Jugendhilfeträgers in Hamburg** selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Ort, Datum

*Unterschrift
der Studierenden*