

Verena Lauffer

**Supervision, kollegiale
Fallberatung und Coaching
für Lehrkräfte und
Schulleitungsmitglieder
in Bayern**

BELTZ JUVENTA

Verena Lauffer

Supervision, kollegiale Fallberatung und Coaching für Lehrkräfte und
Schulleitungsmitglieder in Bayern

Verena Lauffer

**Supervision, kollegiale
Fallberatung und Coaching
für Lehrkräfte und
Schulleitungsmitglieder
in Bayern**

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Verena Lauffer, geb. 1983, ist Lehrerin und Schulpsychologin am Gymnasium in Kaufbeuren, Bayern. Sie ist Mitglied des Krisen-Interventions- und Bewältigungsteams Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen (KIBBS) und im Inklusionsteam Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. Sie war 2017–2021 an den Lehrstuhl für Schulpädagogik der Universität Augsburg abgeordnet, hat in der Lehramtsausbildung mitgewirkt und promoviert.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-8576-1 Print

ISBN 978-3-7799-8577-8 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-8578-5 E-Book (ePub)

1. Auflage 2025

© 2025 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag

(ID 15985-2104-100)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

| | |
|--|----|
| Vorwort | 9 |
| I. Die Gesundheit von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern | 11 |
| 1. Gesundheitsförderliche Maßnahmen für Lehrkräfte und Mitglieder der Schulleitung | 12 |
| 2. Legitimation des Forschungsvorhabens | 14 |
| 3. Aufbau der Arbeit | 15 |
| II. Theoretische Hintergründe und Stand der Forschung | 17 |
| 1. Gesundheit und Krankheit | 17 |
| 1.1 Die Begriffe Gesundheit und Krankheit | 18 |
| 1.2 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit | 21 |
| 1.3 Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 30 |
| 2. Stress, Belastung, Beanspruchung, Ressourcen und Coping | 31 |
| 2.1 Die Begriffe Stress, Belastung, Beanspruchung, Ressourcen und Coping | 31 |
| 2.2 Zusammenspiel von Belastung, Beanspruchung, Ressourcen und Coping | 36 |
| 2.3 Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 46 |
| 3. Burnout – Krank durch Belastung und Beanspruchung | 47 |
| 3.1 Begriffsklärung Burnout | 48 |
| 3.2 Entstehung, Verlauf und Konsequenzen von Burnout | 53 |
| 3.3 Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 59 |
| 4. Der Beruf von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern | 60 |
| 4.1 Der Lehrberuf | 61 |
| 4.2 Der Schulleitungsberuf | 64 |
| 5. Belastung bzw. Beanspruchung im Lehr- und Schulleitungsberuf | 66 |
| 5.1 Belastung bzw. Beanspruchung bei Lehrkräften | 67 |
| 5.2 Belastung bzw. Beanspruchung bei Schulleitungsmitgliedern | 69 |
| 5.3 Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 71 |

| | | |
|--|---|-----|
| 6. | Ressourcen im Lehr- und Schulleitungsberuf | 72 |
| 6.1 | Kohärenzgefühl | 73 |
| 6.2 | Soziale Unterstützung | 74 |
| 6.3 | Selbstwirksamkeit | 77 |
| 6.4 | Erholungsfähigkeit/Distanzierungsfähigkeit | 80 |
| 6.5 | Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 83 |
| 7. | Coping im Lehr- und Schulleitungsberuf | 84 |
| 7.1 | Methoden im Lehrberuf | 84 |
| 7.2 | Mögliche Folgen von Coping | 86 |
| 7.3 | Zusammenfassung und Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 87 |
| 8. | Zusammenspiel von Belastung, Beanspruchung, Ressourcen und Coping im Lehr- und Schulleitungsberuf | 88 |
| 8.1 | Ausgewählte Modelle | 89 |
| 8.2 | Stand der Forschung zur Lehrergesundheit | 97 |
| 8.3 | Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für diese Arbeit | 106 |
| 9. | Eigenes Modell der Lehr- und Schulleitungsbeanspruchung | 109 |
| 10. | Möglichkeiten, Belastung und Beanspruchung zu begegnen | 110 |
| 10.1 | Begriffsklärung und Abgrenzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen | 112 |
| 10.2 | Stand der Forschung zu den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung | 122 |
| 10.3 | Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Bayern | 137 |
| 10.4 | Statistiken zu den angebotenen Maßnahmen | 140 |
| 10.5 | Zusammenfassung | 141 |
| 10.6 | Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit | 142 |
| 11. | Gesamtzusammenfassung zu Kapitel II | 144 |
| III. Ableitung der Forschungsfragen | | 147 |
| 1. | Studie I | 147 |
| 1.1 | Ziele der Untersuchung | 147 |
| 1.2 | Forschungsfragen und Forschungshypothesen | 148 |
| 2. | Studie II | 150 |
| 2.1 | Ziele der Untersuchung | 150 |
| 2.2 | Forschungsfragen und Forschungshypothesen | 150 |
| IV. Methodik | | 153 |
| 1. | Ablauf des Forschungsprojektes | 153 |
| 1.1 | Entdeckungsphase | 154 |
| 1.2 | Vorbereitungs- und Planungsphase | 154 |
| 1.3 | Durchführungsphase | 155 |
| 1.4 | Auswertungs- und Verwertungsphase | 157 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 2. | Erhebungsinstrumente | 158 |
| 2.1 | AVEM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster | 158 |
| 2.2 | SWE – Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung | 164 |
| 2.3 | Subjektive Einschätzung zum Erfolg der Maßnahmen | 166 |
| 2.4 | Zusätzliche Items bei der Befragung | 167 |
| 3. | Stichprobe | 167 |
| 3.1 | Studie I | 168 |
| 3.2 | Studie II | 174 |
| 4. | Datenaufbereitung | 176 |
| 4.1 | Studie I | 177 |
| 4.2 | Studie II | 179 |
| 5. | Kennwerte der Erhebungsinstrumente | 180 |
| 5.1 | AVEM | 181 |
| 5.2 | SWE | 182 |
| 6. | Datenanalyse | 183 |
| 6.1 | Studie I | 183 |
| 6.2 | Studie II | 190 |
| 7. | Zusammenfassung | 192 |
| V. | Ergebnisse der Studie I | 195 |
| 1. | Rücklaufquote, Repräsentativität und Drop-outs | 195 |
| 1.1 | Rücklaufquote | 196 |
| 1.2 | Repräsentativität | 196 |
| 1.3 | Drop-outs | 198 |
| 1.4 | Fazit | 200 |
| 2. | Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe im Prätest | 201 |
| 2.1 | Lehrkräfte | 201 |
| 2.2 | Schulleitungsmitglieder | 205 |
| 2.3 | Fazit | 207 |
| 3. | Veränderung der Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) | 208 |
| 3.1 | Supervision | 211 |
| 3.2 | Kollegiale Fallberatung | 214 |
| 3.3 | Coaching | 217 |
| 4. | Veränderung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) | 220 |
| 4.1 | Supervision | 221 |
| 4.2 | Kollegiale Fallberatung | 222 |
| 4.3 | Coaching | 223 |
| 5. | Subjektive Einschätzung zum Erfolg der Maßnahmen | 224 |
| VI. | Ergebnisse der Studie II | 227 |
| 1. | Rücklaufquote und Repräsentativität | 227 |
| 1.1 | Rücklaufquote | 227 |
| 1.2 | Repräsentativität | 227 |
| 1.3 | Fazit | 229 |

| | | |
|--|--|-----|
| 2. | Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) | 229 |
| 2.1 | Frauen versus Männer | 232 |
| 2.2 | Teilzeit- versus Vollzeitarbeitende | 235 |
| 2.3 | November 2018 versus Mai 2021 | 238 |
| 3. | Allgemeine Selbstwirksamkeit (SWE) | 241 |
| 3.1 | Frauen versus Männer | 242 |
| 3.2 | Teilzeit- versus Vollzeitarbeitende | 243 |
| 3.3 | November 2018 versus Mai 2021 | 244 |
| 4. | Belastungsfaktoren im Lehr- und Schulleitungsberuf | 245 |
| VII. Diskussion | | 249 |
| 1. | Interpretation der Ergebnisse | 249 |
| 1.1 | Studie I | 249 |
| 1.2 | Studie II | 256 |
| 2. | Limitationen der Studien | 263 |
| 2.1 | Stichprobenauswahl | 263 |
| 2.2 | Drop-outs in Studie I | 264 |
| 2.3 | Forschungsdesign | 265 |
| 2.4 | Statistische Methoden | 266 |
| 3. | Erkenntnisse für die Praxis | 267 |
| 4. | Ausblick | 269 |
| Literaturverzeichnis | | 271 |
| Abbildungsverzeichnis | | 291 |
| Tabellenverzeichnis | | 295 |
| Anhang | | 299 |
| Anhang 1: Evaluationsbögen | | 300 |
| Anhang 2: Berechnung fehlerhafter Eingaben in Studie I | | 312 |
| Anhang 3: Berechnung der Anzahl der ausgeteilten/verschickten Testunterlagen | | 313 |
| Anhang 4: Deskriptive Statistiken zum Fragebogen zur subjektiven Einschätzung zum Erfolg der Maßnahmen – aufgeteilt nach Maßnahmen | | 314 |

Vorwort

Nach meinem Studium für das Lehramt an Gymnasien mit der Fächerverbindung Mathematik und Psychologie mit schulpсихологischem Schwerpunkt konnte ich es nicht erwarten endlich als Lehrerin zu arbeiten. Das Jakob-Brucker-Gymnasium in Kaufbeuren war dafür die perfekte Schule und ohne die jahrelange Erfahrung als Lehrkraft dort wäre diese Arbeit niemals so geworden, wie sie ist. Deshalb danke ich von Herzen meinem Schulleiter, Herrn Christof Walter. Er war es auch, der mich 2017 bestärkt hat, das Angebot einer Promotionsabordnung anzunehmen. Die Arbeit entstand im Rahmen dieser Abordnung zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Lehrerbildung. Maßgeblich mitverantwortlich für diese Abordnung waren Frau Gürtner und Herr Zerpies vom Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Beiden gilt mein großer Dank für die Unterstützung. Herr Zerpies stand mir in den letzten Jahren fortwährend für Fragen zur Verfügung und hat sich intensiv um meine Belange gekümmert, selbst nachdem er vor Kurzem in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Des Weiteren gilt mein besonderer Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. Klaus Zierer dafür, dass er mich am Lehrstuhl für Schulpädagogik der Universität Augsburg aufgenommen hat. Ich danke ihm für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, das fachliche Feedback, die spannenden Diskussionen und vor allem dafür, dass ich mich frei entfalten konnte. Ebenso danke ich Frau Jun.-Prof. Dr. Ulrike Nett für die Zweitbetreuung der Arbeit, den fachlichen Austausch, die statistische Beratung und vor allem für das ein oder andere aufmunternde Gespräch. Und zudem danke ich Frau Prof. Dr. Eva Matthes für die Drittbetreuung der Arbeit.

Danken möchte ich auch den Leitungen der Schulberatungsstellen in Bayern und den Gesundheitsbeauftragten. Insbesondere Frau Andrea Klement, Gesundheitsbeauftragte der Schulberatungsstelle München, hat mich immer unterstützt.

Für die Hilfe bei statistischen Schwierigkeiten bedanke ich mich bei Dipl.-Stat. Frederic Klein, der mir hervorragend geholfen hat, mir selbst zu helfen.

Mein persönlicher Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden. Eva Schmidt und Georg Freitag haben mit ihren Deutschlehrerkenntnissen dieser Arbeit den letzten Schliff gegeben. Christiana Staudinger hat mir geholfen, nie den Boden unter den Füßen zu verlieren – nicht nur in dieser Arbeit. Und zuletzt danke ich von Herzen Felix Lauffer für seine immerwährende Unterstützung und Ermutigung.

I. Die Gesundheit von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern

Lehrkräfte spielen eine entscheidende Rolle auf dem Lebensweg von Schüler*innen. Im Schuljahr 2020/2021 waren in Bayern etwas über 120.000 Lehrkräfte für circa 1,25 Millionen Schüler*innen verantwortlich (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021a, 2021b). Dabei sollen „[d]ie Schulen (...) nicht nur Wissen und Können vermitteln, sondern auch Herz und Charakter bilden.“ (Verfassung des Freistaates Bayern, Artikel 131, Satz 1). Lehrkräfte und Schulleitungsmitglieder (diese sind in der Regel sowohl Lehr- als auch Leitungskräfte), beeinflussen die Entwicklung von Kindern in hohem Maße und tragen damit eine große Verantwortung in unserer Gesellschaft.

Dieser Verantwortung gerecht zu werden ist eine Herausforderung und „nur mit psychisch gesunden, also engagierten, belastbaren und zufriedenen Lehrern zu erreichen“ (Schaarschmidt & Fischer, 2001, S. 61). Die Qualität erfolgreicher pädagogischer Arbeit in Schulen wird demnach nicht nur durch Kompetenzen wie Fachkompetenz, didaktische und pädagogische Kompetenz, sondern vor allem auch durch die Belastungsfähigkeit und damit die Gesundheit der in der Schule tätigen Menschen mitbestimmt.

Gesundheit und *Krankheit* sind dabei als zwei Enden eines Kontinuums zu verstehen, auf dem ein Mensch mehr auf der gesunden oder mehr auf der kranken Seite eingeordnet werden kann. Zudem sind die Begriffe multiperspektivisch, sodass gleichzeitig physiologische, psychologische und soziale Faktoren in die Bewertung von Gesundheit und Krankheit einbezogen werden müssen. Aus dieser Begriffserklärung lässt sich ableiten, dass eine Person auf vielfältige Weise gesund oder krank sein kann und sich so im Kontinuum einordnen lässt.

Einen großen Einfluss auf die Einordnung auf dem Kontinuum hat zudem die *Belastung*, der ein Menschen ausgesetzt ist, und deren Auswirkung im Menschen, die *Beanspruchung*.

Gerade der Lehr- und Schulleitungsberuf sind hoch belastend und beanspruchend, das weiß man nicht erst seit der vielzitierten Potsdamer Lehrerstudie (Schaarschmidt, 2005a, 2007; Schaarschmidt & Fischer, 2001). Die Herausforderungen des Berufs liegen vor allem an komplexen und oft widersprüchlichen sozial-kommunikativen, emotionalen und motivationalen Anforderungen (vgl. Schaarschmidt, 2005a, S. 15).

Valentin Herzog drückt es etwas überspitzt so aus:

Der Lehrer hat die Aufgabe, eine Wandergruppe mit Spitzensportlern und Behinderten bei Nebel durch unwegsames Gelände in nordsüdlicher Richtung zu führen, und zwar so, dass alle bei bester Laune und möglichst gleichzeitig an drei verschiedenen Zielorten ankommen. (Valentin Herzog in „Die Weltwoche“ vom 2. Juni 1988 zitiert nach Besser-Scholz, 2007, S. 9)

Aber auch in der Realität ist der Lehrberuf mit „Hoffnungen, Erwartungen und Wünschen an die Zukunft der nachfolgenden Generationen einer Gesellschaft“ (Rothland & Terhart, 2007, S. 24) eng verbunden. Durch die vielfältigen Aufgaben, die hohen Erwartungen und die große Verantwortung ist der Lehrberuf ein Hochrisikoberuf in Bezug auf Burnout.

Burnout ist dabei zu verstehen als ein krankhafter Prozess, an dessen Ende ein völliger Zusammenbruch der Persönlichkeit stehen kann. Darunter werden „keineswegs allein die betroffenen Pädagogen, sondern auch ihre Schüler zu leiden haben“ (Kieschke, 2003, S. 296). Denn eine Lehrperson, die gesund ist, „realisiert (...) einen qualitativ besseren Unterricht und erzielt somit bei Schülerinnen und Schülern (...) bessere Bildungsergebnisse. (...) Letztere [ist] von herausragender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Landes, für die gesellschaftliche Entwicklung und die internationale Wettbewerbsfähigkeit“ (Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., 2014, S. 15).

Aus diesem Grund ist es wichtig, die Gesundheit von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern im Blick zu behalten und diese zu erhalten oder – falls nötig – wiederherzustellen. Gesundheitsforschung im Lehr- und Schulleitungsberuf ist damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Diese Aufgabe hat sich durch die Corona-Pandemie noch einmal deutlich verstärkt. Eine Befragung von Hansen et al. (2020, S. 3) ergab, dass „der Schulalltag in der Corona-Pandemie das Lehrpersonal belastet. Dies zeigte sich durch Sorgen um das eigene Wohlergehen als auch um das der Schüler*innen. Jeder Vierte im Schuldienst Tätige wies Symptome auf, die auf einen Burnout hinweisen können“.

1. Gesundheitsförderliche Maßnahmen für Lehrkräfte und Mitglieder der Schulleitung

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus unterstützt im Rahmen der staatlichen Schulberatung seit Jahren Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Lehrergesundheit. Zuständig für die Umsetzung sind die neun Staatlichen Schulberatungsstellen in Bayern und die dort eingesetzten Gesundheitsbeauftragten mit ihren Teams aus Beratungsfachkräften, das sind Schulpsycholog*innen sowie Beratungslehr*innen. Staatliche

Schulpsycholog*innen sind in Bayern „Lehrkräfte mit abgeschlossenem Studium der Psychologie“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2001). Beratungslehrkräfte sind in Bayern „Lehrkräfte mit einem Studium für die Qualifikation als Beratungslehrkraft“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2001). Diese Beratungsfachkräfte halten „Angebote zur Unterstützung für Lehrerinnen und Lehrer aller Schularten, aber auch für schulische Führungskräfte und Führungsteams bereit. Ziel ist, die Zufriedenheit im Beruf und damit die Gesundheit zu erhalten und zu fördern“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, o. J.).

Zu den gesundheitsförderlichen Maßnahmen zählen

- Supervision für Lehrkräfte
- Kollegiale Fallberatung für Lehrkräfte und
- Coaching für Schulleitungsmitglieder.

Bei Supervision und kollegialer Fallberatung handelt es sich um Beratungsangebote für eine Gruppe von acht bis zehn Lehrkräften, die sich etwa alle zwei Monate treffen. Die Lehrenden stammen dabei entweder aus einer Schule oder aus verschiedenen Schulen.

In der Supervision steht die Arbeit der Lehrkräfte mit den Schüler*innen im Mittelpunkt. Aktuelle Anliegen, Fragestellungen und Erfahrungen werden in der Gruppe erörtert und unter der Leitung eines/r Supervisor*in gemeinsam reflektiert. Der/die Supervisor*in ist ein/e Schulpsycholog*in, der/die eine professionelle Zusatzausbildung zum/r Supervisor*in absolviert hat.

Die kollegiale Fallberatung zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass ein Fallgebender einen konkreten Fall vorstellt, für den er sich Unterstützung wünscht. Die anderen Gruppenmitglieder schlüpfen in vordefinierte Rollen und besprechen den Fall mithilfe eines vorgegebenen Ablaufschemas. Dabei wird die Gruppe von einem/r kollegialen Fallberater*in moderiert. Der/die kollegiale Fallberater*in ist eine Beratungslehrkraft, die eine professionelle Weiterbildung¹ zur/m kollegialen Fallberater*in absolviert hat.

Coaching stellt ein Beratungsangebot speziell für Führungskräfte in der Schule dar. Dabei wird entweder ein einzelnes Mitglied der Schulleitung, meist aber eine Kleingruppe aus Schulleitungsmitgliedern einer oder verschiedener Schulen etwa fünf Mal im Jahr gecoacht. Im Mittelpunkt der Treffen steht die Führungsaufgabe, denn Schulleitungsmitglieder sind Lehrkräfte, die zusätzlich eine

1 Aus- und Weiterbildung unterscheiden sich in diesem Zusammenhang vor allem durch die Länge und den Arbeitsaufwand. Die Ausbildung dauert länger und beinhaltet deutlich mehr Arbeitsstunden. So führt auch nur die Ausbildung zu einer Zertifizierung durch den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP).

Leitungsfunktion übernehmen. Bei dieser Herausforderung unterstützt Coaching bei Themen wie etwa Personalverwaltung, Führungsverhalten, Rollenerwartungen und -anforderungen. Der Coach ist ein/e Schulpsycholog*in, der/die eine professionelle Zusatzausbildung zum/r Supervisor*in und zusätzlich eine Weiterbildung zum Coach absolviert hat.

Alle drei Maßnahmen „dienen der Professionalisierung, bieten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung sowie zum Austausch und unterstützen Lehrkräfte und Schulleitungen bei der Bewältigung typischer Herausforderungen ihres spezifischen Berufsalltags. Sie stärken und entlasten Kolleginnen und Kollegen sowie Mitglieder der Schulleitungen“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, o. J.). Das Hauptziel der Angebote ist demnach die Gesunderhaltung von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern. Die Angebote sind stets freiwillig und kostenfrei.

2. Legitimation des Forschungsvorhabens

Die Begriffe Supervision, kollegiale Fallberatung und Coaching *sind nicht geschützt* (siehe Kapitel II.10.1). Daraus resultiert eine Vielfalt von Angeboten mit unterschiedlichen Konzepten. Die Konsequenz ist, dass es kaum möglich ist, die Maßnahmen im Allgemeinen zu evaluieren. *Bestehende Wirkstudien lassen sich* deshalb auch *nicht auf die Maßnahmen*, die in dieser Untersuchung im Fokus stehen, *übertragen*.

Hinzu kommt, dass in der Allgemeinheit Personen unterschiedlicher Fachrichtungen als Supervisor*innen, Coaches und kollegiale Fallberater*innen arbeiten, denn eine *einheitliche und anerkannte Berufsausbildung gibt es nicht* (siehe Kapitel II.10.1). Aus diesem Grund sind die qualitativen Unterschiede auf dem freien Markt enorm. Erneut ist das der Grund, warum allgemeine Wirkstudien versagen und *bisherige Ergebnisse nicht auf die vorliegenden Maßnahmen übertragbar* sind. Die Personen, die die Maßnahmen in der durchgeführten Studie leiten, sind staatlich anerkannte Beratungsfachkräfte mit tiefgehendem Vorwissen zu Beratung, die zusätzlich eine maßnahmenspezifische Aus- bzw. Weiterbildung an der Akademie für Lehrerfortbildung und Personalführung bzw. den Schulberatungsstellen absolviert haben.

Der Einblick in den Forschungsstand zu Supervision, Coaching und kollegialer Fallberatung (siehe Kapitel II.10.2) zeigt, dass viele Studien induktiv angelegt sind oder gar methodische Mängel aufweisen. *Quasi-experimentelle Studien mit standardisierten Tests stellen ein Forschungsdesiderat dar*.

Aus den genannten Gründen wird eine *objektive Untersuchung der Wirksamkeit genau der drei Maßnahmen*, die Bayern allen Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern anbietet, benötigt; das ist *bisher nicht erfolgt*. Diesem Forschungsdesiderat soll in Studie I der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden.

Die Veränderungen und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie treffen auch Lehrkräfte und Schulleitungsmitglieder in Bayern. Eine *Erhebung der berufsbedingten Gesundheit während der Corona-Pandemie* mit standardisierten Erhebungsinstrumenten *hat bisher nicht stattgefunden*. Diesem Forschungsde-siderat soll in Studie II der Arbeit nachgegangen werden.

3. Aufbau der Arbeit

Den Kern der Arbeit stellt die Gesundheit von Lehrkräften und Schulleitungsmit-gliedern und die Überprüfung von drei Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf ihre Wirksamkeit dar.

Darauf baut der folgende Theorieteil, *Kapitel II*, der Arbeit auf: In den Unter-kapiteln 1 bis 3 werden die wichtigen Begriffe Gesundheit, Krankheit, Belas-tung, Beanspruchung, Ressourcen, Coping und Burnout geklärt. Dabei werden unterschiedliche Erklärungsmodelle und Forschungsergebnisse herangezogen. Anschließend werden die Erkenntnisse in den Kapiteln 4 bis 9 auf den Lehr- und Schulleitungsberuf übertragen. Eine genaue Analyse der Begriffe Supervision, kollegiale Fallberatung und Coaching, die auch den drei untersuchten Maßnah-men in dieser Arbeit zugrunde liegen, findet in Kapitel 10 statt. Hier findet sich auch eine Zusammenfassung zum bisherigen Forschungsstand.

In *Kapitel III* werden anschließend die Ziele dieser Arbeit aufgezeigt und dazu passende Forschungsfragen und -hypothesen formuliert.

Die Methodik der vorliegenden Studien beschreibt *Kapitel IV*. Hierbei wird der Ablauf der Erhebungen, eine Erklärung, weshalb aus einer zwei Studien entstan-den sind, die verwendeten Erhebungsinstrumente und die Stichproben beschrie-ben. Auch finden sich in diesem Kapitel erste Betrachtungen der Daten und der verwendeten Analysemethoden.

Kapitel V und VI stellen die Ergebnisse der Studie I und der Studie II sowohl de-skriptiv wie auch analytisch dar. Es findet eine Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der Forschungshypothesen statt.

Abschließend werden die Erkenntnisse der Arbeit in *Kapitel VII* diskutiert und interpretiert, die Forschungsfragen beantwortet, mögliche Grenzen aufgezeigt und ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

II. Theoretische Hintergründe und Stand der Forschung

In diesem Abschnitt werden der Arbeit zugrundeliegende zentrale Begriffe und Theorien dargestellt und der aktuelle Forschungsstand besprochen.

In *Kapitel 1* werden die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* beleuchtet sowie deren Entstehung, da beide in einem engen Verhältnis stehen.

Anschließend werden in *Kapitel 2* die Begriffe *Stress*, *Belastung*, *Beanspruchung*, *Ressourcen* und *Coping* definiert. Modelle zum Zusammenspiel dieser Komponenten mit Gesundheit und Krankheit werden abschließend beschrieben.

In *Kapitel 3* wird *Burnout* als eine der schwerwiegendsten Folgen des Zusammenspiels von Belastung, Beanspruchung, (fehlenden) Ressourcen und (misslingendem) Coping genauer betrachtet. Hierbei wird zunächst das Phänomen *Burnout* aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, um anschließend die Entstehung, den Verlauf und die Konsequenzen der Erkrankung zu verstehen.

Eine Übertragung der zuvor gewonnenen Erkenntnisse auf den Lehr- und Schulleitungsberuf beginnt mit *Kapitel 4*, in dem zunächst aufgezeigt wird, welche Merkmale diese Berufe kennzeichnen. Anschließend werden in *Kapitel 5* die speziellen Belastungen untersucht, denen Lehrkräfte und Schulleitungsmitglieder ausgesetzt sind. In *Kapitel 6* und *Kapitel 7* geht es um mögliche Ressourcen und Copingstrategien von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern.

Ausgewählte Modelle und der Stand der Forschung, speziell in Bezug auf die Gesundheit von Lehrkräften und Schulleitungsmitgliedern, werden in *Kapitel 8* referiert. Aufbauend auf den vorherigen Kapiteln werden in *Kapitel 9* alle Zusammenhänge von Belastung, Beanspruchung, Ressourcen, Bewältigung und Burnout speziell im Lehr- und Schulleitungsberuf in einem eigenen Modell erfasst.

Im anschließenden *Kapitel 10* werden mögliche Maßnahmen beschrieben, wie Lehrkräfte und Schulleitungsmitglieder darin unterstützt werden können, Belastungen und Beanspruchungen im Beruf zu begegnen. Drei dieser Maßnahmen stellen den Forschungsgegenstand der Arbeit dar.

1. Gesundheit und Krankheit

In diesem Kapitel werden die beiden Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* definiert (*Kapitel 1.1*). Anschließend wird deren Entstehung näher betrachtet (*Kapitel 1.2*). Nach einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse des Kapitels wird das Begriffsverständnis in der vorliegenden Arbeit abgeleitet (*Kapitel 1.3*).

1.1 Die Begriffe Gesundheit und Krankheit

Eine Definition des Begriffs *Gesundheit* beinhaltet automatisch eine Auseinandersetzung mit dem Begriff *Krankheit*, da sich die beiden Begriffe wechselseitig aufeinander beziehen (vgl. Faltermaier, 2005). Wie eng die beiden Begriffe verbunden sind, zeigt sich im Krankheits-Gesundheits-Kontinuum.

Begriffsklärung Gesundheit

Friedrich Nietzsche hat bereits 1887 angemerkt: „[E]ine Gesundheit an sich giebt [sic!] es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definiren [sic!], sind kläglich missrathen [sic!]“ (Nietzsche, 2016, S. 149). Bis heute gibt es keinen eindeutigen Konsens über eine wissenschaftliche Definition von Gesundheit (vgl. P. Becker, 2006, S. 13; Bengel et al., 2009, S. 16; Faltermaier, 2005, S. 33, 2009, S. 49; Franke, 2012, S. 35; Gangl, 2015, S. 7; V. Schneider, 2013, S. 20). Eine große Rolle dabei spielt, dass der Begriff in vielen Disziplinen aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wird, z. B. der Medizin, der Soziologie, der Psychologie oder der Pädagogik.

In der Medizin war der Gesundheitsbegriff von Anfang an eng mit dem Krankheitsbegriff verbunden. Eine in der Medizin gängige Definition findet sich in Springers Klinischem Wörterbuch, demnach ist Gesundheit „subjektives Wohlbefinden ohne Zeichen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Störung“ (Reuter, 2007, S. 666). Toni Faltermaier bringt das medizinische Verständnis von Gesundheit auf die Formulierung: „Menschen sind dann als gesund zu bezeichnen, wenn bei ihnen keine Krankheit vorliegt“ (2005, S. 33). Die klare Dichotomie der beiden Bezeichnungen ist in der Medizin sicherlich notwendig, denn sie dient als Legitimation für eine ärztliche Behandlung und in Konsequenz daraus für deren Kosten. So lässt sich schlussfolgern, „Medizin [sei] ein System des Umgangs mit Krankheiten und nicht ein System der Herstellung von Gesundheit“ (Luhmann, 2009, S. 182).

In der Soziologie wird bei der Definition von *Gesundheit* der Fokus auf die gesellschaftlichen Funktionen des Menschen gelegt: „Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Parsons, 1970, S. 71). Dies führt auch zur sozialversicherungsrechtlichen Sicht, die als Hauptmerkmal für Gesundheit die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit sieht. Man kann also sagen, jemand „sei dann krank, wenn er infolge seiner Krankheit nicht mehr arbeiten könne“ (U. Meyer, 2009, S. 586).

Zweifelsohne haben beide Perspektiven ihre pragmatische Berechtigung. Aber Gesundheit ist so viel mehr als körperliche Unversehrtheit und das Funktionieren des Menschen. Seit der Antike beschäftigt sich die Menschheit mit dem sogenannten Leib-Seele-Problem, also der Frage nach dem Zusammenspiel zwischen

körperlichen (Leib) und geistigen Vorgängen (Seele). Dabei war lange Zeit die Position René Descartes im 17. Jahrhundert prominent, der die Theorie von Leib und Seele als getrennte Einheiten vertrat. Ende des 19. Jahrhunderts war dann Sigmund Freud einer der ersten, der mit seinem Konversionsbegriff einen Zusammenhang von seelischen und körperlichen Prozessen postuliert. „Im Prozess der Konversion wird ein unbewusster, verdrängter Konflikt abgewehrt. Dieser beruht auf einer inakzeptablen Vorstellung, einer Fantasie, die innerpsychisch nicht ausreichend bearbeitet werden kann, verdrängt wird und ein körperliches Symptom hervorbringt“ (Klußmann, 2015, S. 76). Auch heute gehen viele Disziplinen davon aus, dass Gesundheit mehr ist als nur die Abwesenheit von Krankheit.

Diese positive Herangehensweise an den Begriff *Gesundheit* zeigt sich auch in einer der bekanntesten Definitionen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stammt. Sie schreibt in der Präambel ihrer Verfassung: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (signed on 1946, entered into force on 1948, S. 1). Ähnlich allgemein beschreibt es Hurrelmann (2006, S. 146) „Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“.

Psychologen fügen den genannten Definitionen je nach Forschungsrichtung weitere Teilaspekte hinzu. So findet man in einem Standardwerk zur Einführung in die Wissenschaft der Psychologie für *Gesundheit* die Erklärung „Ein allgemeiner Zustand der Robustheit und Stärke von Körper und Geist“ (Zimbardo et al., 2004, S. 581). Uwe Schaarschmidt ergänzt, dass ein Mensch psychisch gesund ist, „dem es im Alltag gelingt, sich engagiert und doch entspannt den Anforderungen zu stellen, der über eine positive Einstellung zu sich selbst und zu den eigenen Wirkungsmöglichkeiten verfügt, der Ziele verfolgt, in seinem Tun Sinn erfahren kann und sich sozial aufgehoben fühlt“ (Schaarschmidt, 2007, S. 29). Als Teil von Gesundheit versteht er deshalb „nicht nur körperliche Unversehrtheit und emotionales Wohlbefinden, sondern auch das Erleben von beruflicher Kompetenz und Motivation“ (2005a, S. 40).²

Wie man an den Ausführungen erkennen kann, hängt die Sichtweise auf den Begriff *Gesundheit* stark von der jeweiligen Disziplin ab und stellt damit ein komplexes, multidimensionales Phänomen dar. Hinzu kommt, dass Gesundheit von den Menschen in der Regel nicht wahrgenommen wird, außer sie fehlt. „Das Geheimnis der Gesundheit bleibt verborgen. Zur Bewahrung der Gesundheit gehört die Verborgenheit, die im Vergessen besteht“ (Gadamer, 1993, S. 173).

2 Solch eine Aussage muss auch kritisch betrachtet werden, denn sie scheint zu implizieren, dass Gesundheit ohne Beruf nicht existiert. Dies ist so pauschal sicher nicht richtig, aber jeder Autor setzt eben seine eigenen Schwerpunkte, die er mit Gesundheit verbindet.

Begriffsklahrung Krankheit

Insofern muss bei der Betrachtung des Begriffs *Gesundheit* immer auch der Begriff *Krankheit* in den Blick genommen werden. „Die Krankheit ist es, was sich aufdrängt, als das Störende, das Gefährliche, mit dem es fertig zu werden gilt“ (Gadamer, 1993, S. 135). Ebenso wie *Gesundheit* ist auch der Begriff *Krankheit* vielschichtig (vgl. Faltermaier, 2005, S. 32 f.; Franke, 2012, S. 60 f.; Hörmann, 1985, S. 7 ff.; Keupp, 1987, S. 88 ff.; Wesselborg, 2014, S. 21 f.).

In Springers Klinischem Wörterbuch findet man als Erklahrung für den Begriff *Krankheit* subjektive oder objektive Symptome, die eine Veränderung oder Störung darstellen (Reuter, 2007, S. 994).

Auch Talcott Parsons betont das Vorhandensein einer Störung des „normalen“ Funktionierens. Er sieht Krankheit als: „a state of disturbance in the „normal“ functioning of the total human individual, including both the state of the organism as a biological system and of his personal and social adjustments“ (Parsons & Turner, 1991, S. 290). Noch konkreter auf eine Operationalisierung hin definiert George Engel den Begriff „Krankheit durch Abweichung von der Norm messbarer biologischer (somatischer) Variablen“ (1979, S. 66).

Im Gegensatz zu Engels Definition sehen andere Autoren *Krankheit* viel weitreichender und grenzen sie klar von der rein medizinischen Symptomatik ab. Jörg Schumacher und Elmar Brähler (1996) weisen darauf hin, dass es bei der Bewertung und Beurteilung von Krankheit auch darum geht, „wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten“ (Jörg Schumacher & Brähler, 1996, S. 23).

Die Definitionen von Krankheit reichen also von der Störung des Funktionierens über messbare Abweichungen von einer Norm hin zum nicht Zurechtkommen im Alltag. Um der Komplexität des Phänomens Krankheit gerecht zu werden, muss der Begriff also gefasst werden als Zustand, der mit Symptomen oder Reaktionen einhergeht, die die Leistungsfähigkeit und das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen beeinträchtigen. Aufgrund der Vielfalt an komplexen Zusammenhängen muss man letztlich „[d]ie methodische Unbrauchbarkeit solcher Definitionen des Wesens der Krankheit“ (Hörmann, 1985, S. 9) anerkennen.

Krankheits-Gesundheits-Kontinuum

Die bisherigen Ausführungen legen eine Dichotomie der Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* nahe. Es scheint, als gäbe es nur zwei Extrema, entweder man ist gesund, oder man ist krank. Diese Kategorisierung wird der komplexen Realität jedoch nicht gerecht. Man kann krank sein, sich aber gesund fühlen, z. B. bei einer asymptomatisch verlaufenden Viruserkrankung. Ebenso kann man gesund sein,

sich aber krank fühlen, z. B. bei einer Fibromyalgie³. Der Schweizer Publizist und Gesundheitsökonom Gerhard Kocher formuliert es so: „Es gibt vier Kategorien von Menschen: gesunde Gesunde, kranke Gesunde, gesunde Kranke und kranke Kranke“ (Kocher, 2000, S. 48). Man kann über diese illustrierende Kategorisierung hinaus annehmen, dass es einen fließenden Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit gibt. Die theoretische Grundlage für diese Erkenntnis liefert Aaron Antonovsky mit seinem Modell der Salutogenese (siehe Kapitel II.1.2) im Jahr 1979. Er spricht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Das bedeutet, dass sich eine Person stets zwischen den beiden Extremen einordnen lässt, mal mehr auf der Seite der Krankheit, mal mehr auf der Seite der Gesundheit.

Abb. 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



(eigene Darstellung, nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)

Der Vorteil an dieser Konzeption ist, dass die Dichotomie und damit auch die starre Trennung der beiden Extrempole aufgehoben wird. Auf diese Weise lassen sich auch Erweiterungen des Gesundheitsbegriffs gut in die Theorie integrieren, wie etwa die von Schaarschmidt (siehe Kapitel II.3.2): Das Erleben von beruflicher Kompetenz und Motivation kann eine Bewegung hin zum positiven Pol unterstützen. Weitere Faktoren, die die Entstehung von Gesundheit und Krankheit beeinflussen, werden im Folgenden betrachtet.

1.2 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit

Das Ziel dieses Kapitels ist es zu zeigen, wie sich Gesundheit bzw. Krankheit entwickeln, denn nur mit diesem Wissen lässt sich das Themenfeld *Lehrergesundheit* der vorliegenden Arbeit erfassen.

Das biomedizinische Modell

Angelehnt an Descartes Theorie betrachtet das biomedizinische Modell den Körper aus naturwissenschaftlicher Perspektive und sieht darin vor allem einen biologischen Organismus. *Krankheit* wird als Störung der Funktionen des Organismus und als Abweichung von einer natürlichen Norm definiert. Gesundheit

3 Fibromyalgie ist eine chronische Schmerzkrankung ohne somatischen Krankheitsfaktor.

spielt dabei nur eine Nebenrolle und psychische Prozesse sind irrelevant. Diese Form der Denktradition nennt sich Pathogenese. Dabei steht die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten im Vordergrund. Um Krankheiten zu diagnostizieren und zu analysieren, wird auf streng naturwissenschaftliche Methoden zurückgegriffen. Körperliche Phänomene werden durch empirische Untersuchungen objektiv erfasst, um sie zu sortieren und die erforderliche Behandlung abzuleiten. Eine der bekanntesten Klassifikationen für Krankheiten ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)“. Am 01. Januar 2022 tritt die 11. Revision in Kraft. In der noch gültigen 10. Revision (Version 2021) sind Krankheiten in 22 Kapiteln aufgrund von Symptomen klassifiziert. Das biomedizinische Modell folgt also der dichotomen Kategorisierung von Gesundheit und Krankheit (vgl. Faltermaier, 2005, S. 45 ff., 2009, S. 48 f.; Franke, 2012, S. 133 ff.; Wesselborg, 2014, S. 25 ff.). Zudem geht das Modell von Gesundheit als Homöostase⁴ aus, das bedeutet, dass sich der Körper in einem Gleichgewicht befindet (Blutdruck, Körpertemperatur etc.) und stets versucht, diesen Zustand wiederherzustellen (vgl. Franke, 2012, S. 4546 f.; Schmidt, 2008, S. 145). Das biomedizinische Modell wurde aber auch häufig kritisiert. Engel führt als Hauptkritik die Vernachlässigung von psychischen, verhaltensmäßigen und sozialen Aspekten an. Die Fokussierung auf den biologischen Organismus verhindert seiner Auffassung nach sogar das Verständnis von Krankheiten (vgl. Engel, 1979, S. 71). Auch Löffelbein bestätigt, dass das biomedizinische Modell etwa bei der Erklärung von psychosomatischen Erkrankungen wie Magersucht an seine Grenzen stößt. Verbesserungen im Gesundheitssystem sind eher auf Veränderungen in der Umwelt, der Ernährung oder des Verhaltens zurückzuführen, als auf individuelle, medizinische Behandlungen (vgl. Löffelbein, 2020, S. 99 ff.). Obwohl auch die WHO bereits vor über 70 Jahren den Krankheitsbegriff um psychologische und soziale Wirkmechanismen erweitert hat, wird das biomedizinische Modell bis heute genutzt, denn nach wie vor stimmt die Prämisse, „dass bestimmte physiologische Veränderungen mit bestimmten Erkrankungen zusammenhängen“ (Roch & Hampel, 2019, S. 249).

Das biopsychosoziale Modell

Aus den genannten Kritikpunkten heraus formuliert Engel 1979 das biopsychosoziale Krankheitsmodell, eine Weiterentwicklung erfolgt u. a. durch Josef Egger. Das biopsychosoziale Modell stellt keinen Widerspruch zum biomedizinischen Modell dar. Die wissenschaftliche Perspektive ist ebenfalls die Pathogenese und die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit bleibt erhalten, aber das Modell

4 Das Wort lässt sich aus dem Griechischen erschließen, „homoiōs“ bedeutet „gleichartig, ähnlich“ und „stasis“ meint „Stillstand, Stehen“ (vgl. Wirtz, 2019).

entfernt sich von der rein dualistischen Vorstellung von Körper und Seele und ergänzt das biomedizinische Modell um eine psychologische und soziale Komponente. Die Person wird im biopsychosozialen Modell als Teil von hierarchisch geordneten Systemen gesehen (siehe Abb. 2, S. 14). Alle Systemebenen sind miteinander verbunden und so beeinflusst eine Veränderung auf einer Systemebene auch Veränderungen in anderen Ebenen (vgl. Engel, 1979, S. 81).

Abb. 2: Die Person in der Hierarchie von Systemen



(verkürzt und verändert, nach Egger, 2005, S. 7)

Krankheit impliziert dabei, dass ein Teil eines Systems nicht mehr funktionsfähig ist und damit auch weitere Teile und Ebenen betroffen sein können (vgl. Egger, 2005, S. 5). Es geht im biopsychosozialen Krankheitsmodell zunächst also um einen erweiterten Blick auf den Menschen als Teil von Systemen. Darüber hinaus verändern sich auch die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit*, denn diese umfassen nun drei Dimensionen: eine biomedizinische, eine psychologische und eine öko-soziale. Wobei betont werden muss, dass eine Krankheit stets aus allen drei Perspektiven betrachtet werden muss, niemals nur aus einer.

Tab. 1: Der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff

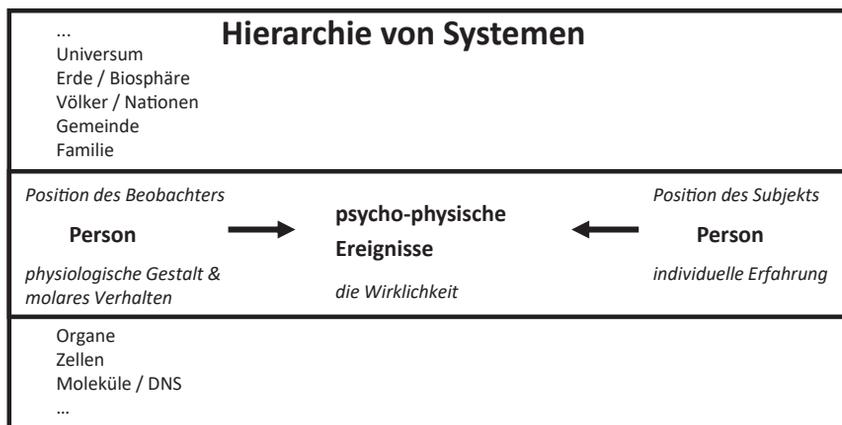
| | Krankheit | Gesundheit |
|----------------|---|--|
| biomedizinisch | Störung des biologischen Organismus | Abwesenheit von Krankheit |
| psychologisch | Störung des individuellen Erlebens und Verhaltens, Krankheitsgefühl | Wohlbefinden, Gesundheitsgefühl |
| öko-sozial | gestörte Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen | gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen |

(verkürzt und verändert, nach Egger, 2005, S. 6)

Das biopsychosoziale Modell wurde von Egger erweitert. Es gibt aus seiner Sicht zwei Perspektiven, um den Zustand eines Menschen zu beschreiben, die eines Beobachters und die des erlebenden Subjekts. Der Beobachter erkennt den Zustand an Verhaltensdaten, das erlebende Subjekt erhält weitere Informationen durch die eigene Wahrnehmung und das eigene Innenleben. Erst die Kombination beider Perspektiven führt zur Wirklichkeit an sich. Egger erläutert: „Die

(objektivierbaren Aspekte von) Krankheit und (die subjektiven Aspekte des Erlebens von) Kranksein sind damit nicht mehr nebeneinanderstehend, sondern zwei Seiten ein und derselben Medaille“ (Egger, 2005, S. 12) und fügt die hervorgehobene Zeile in der Mitte dem biopsychosozialen Modell (siehe Abb. 3, S. 15) hinzu.

Abb. 3: Das erweiterte biopsychosoziale Modell



(verkürzt und verändert, nach Egger, 2005, S. 7)

Die subjektive Gesundheit spielt bis heute eine große Rolle, denn sie „gilt als geeigneter Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der Befragten“ (RKI, 2011, S. 51) und spiegelt das persönliche Wohlbefinden wider (vgl. RKI, 2018, S. 64). Die Mehrdimensionalität von Krankheit – sowohl durch die Ergänzung um die subjektive Komponente als auch um psychologische und soziale Aspekte – hat zur Konsequenz, dass eine Behandlung nur auf der biomedizinischen Ebene in der Regel nicht ausreichend für die Wiederherstellung von Gesundheit ist (vgl. Engel, 1979, S. 73; Faltermaier, 2005, S. 48). Auch Egger betont, dass aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell eine veränderte Behandlung resultiert. „Es müssen nicht nur die physiologischen (z. B. Hormon- oder Immunkomponenten) oder psychologischen (d. h. Erlebnis- und Verhaltenskomponenten), sondern natürlich auch alle relevanten hierarchisch über- und untergeordneten Systeme als funktionale Ganzheiten verstanden werden“ (Egger, 2005, S. 9).

Das salutogenetische Modell

Die beiden vorherigen Modelle fokussieren Erkenntnisse zur Entstehung und Entwicklung, und damit auch Behandlung, von Krankheiten und können damit der Pathogenese zugeordnet werden. Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologie Aaron Antonovsky wandte sich gegen die einseitige medizinische Sicht und den

alleinigen Fokus auf Krankheit und führte das Wort Salutogenese⁵ ein. Mit seinem salutogenetischen Modell revolutionierte er die Denkweise über Gesundheit und Krankheit, weil er – im Gegensatz zu pathogenetischen Modellen – nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit in den Fokus rückte. Antonovsky setzte sich mit der Frage auseinander, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann und wie Menschen trotz gesundheitsgefährdender Einflussfaktoren gesund bleiben können.

Das Salutogenesekonzept geht von folgenden Grundannahmen aus (vgl. Antonovsky & Franke, 1997, S. 21 ff.; Faltermaier, 2005, S. 63 ff., 2009, S. 54; Franke, 2012, S. 170 ff.; Wesselborg, 2014, S. 27 ff.):

- Krankheit und Gesundheit schließen sich nicht aus, sondern sind die Extrempunkte eines Kontinuums.
- Die meisten Menschen sind auf irgendeine Weise von Krankheit betroffen, deshalb ist Krankheit keine Ausnahme, keine Abweichung von einer Norm, sondern Krankheit – und auch Tod – sind gewöhnliche Teile des Lebens. Diese Idee bezeichnet Antonovsky als Heterostase⁶.
- Krankheit wird verstanden als Ent-Gesundung. Um Krankheit bzw. die Einordnung innerhalb des Kontinuums nahe dem Krankheitspol erklären zu können, bedarf es eines umfassenden Blicks auf den Menschen. Seine gesamte innere und äußere Situation und damit auch sein Umfeld, seine psychologischen Voraussetzungen und seine gesunden Anteile müssen in die Betrachtungen einbezogen werden.

Eine große Rolle bei der Einordnung von Personen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum spielt der Umgang mit Stressoren. Antonovsky definiert Stressoren als von innen oder außen kommende „Herausforderung, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt“ (Antonovsky, 1979, S. 72). In seinem zweiten Buch (1987) verwendet er den Begriff *generalisierte Widerstandsdefizite*. Stressoren bzw. Widerstandsdefizite sind allgegenwärtig (Antonovsky, 1979, S. 93 ff.), sie können alltägliche Widrigkeiten oder schwerwiegend in das Leben einschneidende Ereignisse sein.

In pathogenetischen Modellen haben Stressoren eine negative Konnotation, im Sinne von krankmachend, sie müssen beseitigt oder reduziert werden. Antonovsky beschreibt Stressoren nicht per se als schädlich. Der Mensch reagiert auf Stressoren zunächst mit einem Spannungszustand, da er nicht weiß, wie er sonst reagieren soll. Kann diese Spannung aber erfolgreich aufgelöst werden,

5 Das Wort stammt aus dem Lateinischen, „salus“ bedeutet „Gesundheit, Wohlempfinden“.

6 Das Wort kann als Gegensatz zu Homöostase verstanden werden, entsprechend lässt es sich wiederum aus dem Griechischen erschließen: „hetero“ bedeutet „anders, verschieden“ und „stasis“ meint „Stillstand, Stehen“ (vgl. Wirtz, 2019)

ist das gesundheitsförderlich und kann eine Bewegung im Kontinuum in die gesunde Richtung anstoßen. Ermöglicht wird die erfolgreiche Bewältigung des Spannungszustandes, und damit der konstruktive Umgang mit Stressoren, durch generalisierte Widerstandsressourcen. Unter *Ressourcen* versteht Antonovsky „jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann“ (Antonovsky, 1979, S. 99). Ressourcen können nach Antonovsky dabei im Menschen selbst liegen, oder auch außerhalb.

Tab. 2: Generalisierte Widerstandsressourcen

| Ressourcen | | Beispiele |
|-----------------|--------------------------|---|
| gesellschaflich | | politische Stabilität ökonomische Stabilität Frieden intakte Sozialstrukturen funktionierende gesellschaftliche Netze |
| individuell | kognitiv | Wissen Intelligenz Problemlösefähigkeit |
| | psychisch | Selbstvertrauen Ich-Identität Optimismus |
| | physiologisch | Konstitution körperliche Stärken und Fähigkeiten physiologisch-biochemische Merkmale |
| | ökonomisch und materiell | finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit Zugang zu Dienstleistungen sicherer Arbeitsplatz |

(verändert, nach Franke, 2012, S. 173)

Gesundheit entsteht nun aus einer Art Wechselspiel zwischen „heilsamen Faktoren“ (Antonovsky, 1993a, S. 11) (Widerstandsressourcen) und herausfordernden Faktoren (Widerstandsdefizite/Stressoren). Je ausgeprägter die generalisierten Widerstandsressourcen sind, desto eher ist eine Person fähig dazu, mit Stressoren umzugehen und desto wahrscheinlicher lässt sich diese Person auf der gesünderen Seite des Kontinuums einordnen. Antonovsky geht aber noch einen Schritt weiter. In seinem Modell prägen die generalisierten Widerstandsressourcen kontinuierlich unsere Lebenserfahrungen, die „durch Konsistenz, Partizipation bei der Gestaltung des Ergebnisses und einer Balance zwischen Überlastung und Unterforderung gekennzeichnet sind“ (Antonovsky & Franke, 1997, S. 36). Eine auf diese Art wiederholte Lebenserfahrung bildet das SOC (sense of coherence, auf Deutsch Kohärenzgefühl) aus.

Das Kohärenzgefühl spielt eine entscheidende Rolle für die Gesundheit von Menschen. In einer ersten Definition beschreibt Antonovsky das Kohärenzgefühl als

„(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.“ (Antonovsky, 1979, S. 10)

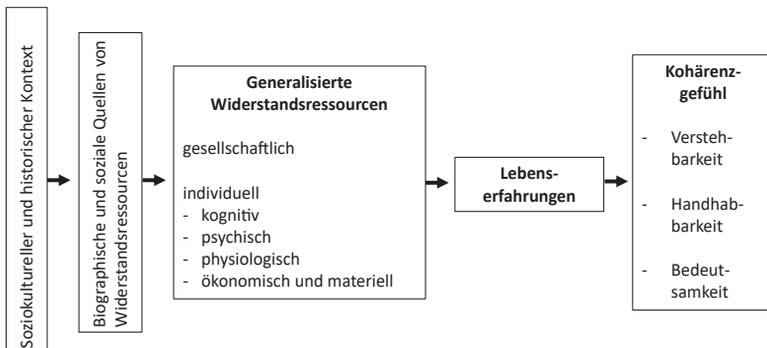
Später differenziert er den Begriff in drei Teilkomponenten, die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit.

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. in einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky & Franke, 1997, S. 36)

Zusammengefasst bedeutet das, dass die generalisierten Widerstandsressourcen die Lebenserfahrungen prägen, und diese Erfahrungen sind die Grundlage für die drei Komponenten des Kohärenzgefühls.

Abb. 4: Zusammenhang zwischen generalisierten Widerstandsressourcen, Lebenserfahrungen und dem Kohärenzgefühl



(eigene Darstellung, nach Antonovsky, 1979, S. 200 f.)

Da das Kohärenzgefühl in Antonovskys Modell eine bedeutende Rolle für die Einordnung und Bewegung auf dem Krankheits-Gesundheits-Kontinuum einnimmt, werden die drei Komponenten im Folgenden in ihren Extremen genauer betrachtet.

Eine Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, dass ihre Lebenswelt begreifbar und vorhersehbar ist. Falls überraschende Reize auftreten, erwartet die Person, dass sie zumindest erklärt werden können. Fehlt die Verstehbarkeit, wirkt die Welt „chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky & Franke, 1997, S. 34) an.

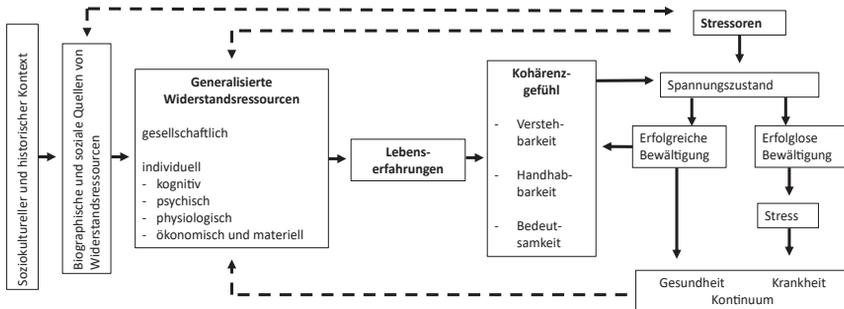
Eine Person mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit geht davon aus, dass sie Schwierigkeiten meistern wird, da ihr ausreichend Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Hierbei meint Antonovsky auch Ressourcen, die von anderen bereitgestellt werden, wie etwa soziale Unterstützung. Eine Person mit einem geringen Ausmaß an Handhabbarkeit fühlt sich schnell überfordert, verfällt in eine Opferrolle und fühlt sich Ereignissen im Leben hilflos ausgeliefert (vgl. Antonovsky & Franke, 1997, S. 34 ff.).

Eine Person mit einem hohen Maß an Bedeutsamkeit empfindet ihr Leben oder Bereiche des Lebens emotional als sinnvoll und sieht Anforderungen, die das Leben an einen stellt, weniger als Last, sondern eher als Herausforderungen im positiven Sinne. Eine Person mit einem geringen Ausmaß an Bedeutsamkeit zeigt wenig Interesse am Leben, macht selten die Erfahrung, an der Gestaltung beteiligt zu sein, und schreibt dem eigenen Leben und Ereignissen, die es betreffen, dadurch wenig Bedeutsamkeit zu (vgl. Antonovsky & Franke, 1997, S. 34 ff.).

Es ist durchaus möglich, dass eine Person unterschiedlich hohe Ausprägungen der einzelnen Komponenten zeigt. Antonovsky (1997) führt hierzu genau aus, welche Konsequenzen resultieren, wenn eine Person z. B. ein hohes Maß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit zeigt, aber ein geringes Maß an Bedeutsamkeit. „Das ist die klassische Situation der heutigen Mittelstandshausfrau.“ (Antonovsky & Franke, 1997, S. 37). In seinen Analysen kommt Antonovsky zu dem Schluss, „daß [sic!] die drei Komponenten des SOC zwar alle notwendig, aber nicht alle in gleichem Maße zentral sind.“ (Antonovsky & Franke, 1997, S. 38). Die Bedeutsamkeit bezeichnet er als die wichtigste Komponente, bei deren Fehlen hohe Ausprägungen auf den anderen Komponenten nicht lange Bestand haben. Verstehbarkeit ist am zweitwichtigsten, da man zunächst ein klares Verständnis von den Anforderungen benötigt, um das Gefühl entwickeln zu können, dass diese Anforderungen handhabbar sind. Der erfolgreiche Umgang mit Stressoren und damit die Einordnung und Bewegung auf der gesunden Seite des Kontinuums hängt aber letztlich von allen drei Komponenten ab (Antonovsky & Franke, 1997, S. 36 ff.). Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls hängen demnach eng zusammen.

Ergänzt um diese Aspekte wird das salutogenetische Modell grafisch dargestellt:

Abb. 5: Das salutogenetische Modell



(eigene Darstellung, nach Antonovsky, 1979, S. 200 f.)

Nach Antonovsky hat das Kohärenzgefühl unterschiedliche Wirkweisen in Bezug auf Gesundheit. Erstens kann das Kohärenzgefühl Einfluss auf die Beurteilung einer Situation als beanspruchend nehmen. Ein Spannungsgefühl tritt dann gar nicht erst auf und komplexe Reaktionen darauf werden nicht initiiert. Zweitens kann ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl dazu beitragen, vorhandene Ressourcen besser abzurufen. Diese Ressourcen tragen dann zur Spannungsreduktion und Stressverarbeitung bei. Und drittens kann ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl dazu führen, dass Personen sich eher für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen entscheiden. Das Kohärenzgefühl kann somit über das Gesundheitsverhalten Einfluss auf die Gesundheit nehmen (vgl. Bengel et al., 2009, S. 37 f.).

In Antonovskys Modell wird die Einordnung im Krankheits-Gesundheits-Kontinuum vor allem von dem Zusammenspiel von Stressoren und den Fähigkeiten, diese zu bewältigen, beeinflusst. Hierfür benötigt der Mensch Widerstandsressourcen und ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Für die Entstehung und Förderung von Gesundheit ergibt sich „[d]ie Stärkung und Unterstützung von Ressourcen (...) als wichtiges Handlungsfeld.“ (Blättner, 2007, S. 70).

Obwohl die Salutogenese als „eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung & Faltermaier, 2020) gilt, hat es aber durchaus auch Grenzen. Insbesondere die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit wird im salutogenetischen Modell vernachlässigt. Gemeint ist damit, dass Menschen nicht nur durch ihren Umgang mit Stressoren Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen, sondern „sie wird auch wesentlich aktiv hergestellt durch das Subjekt und durch gesellschaftliche Verhältnisse“ (Faltermaier, 2005, S. 189). Der Mensch selbst kann also zum Beispiel auf körperliche Fitness achten, sich gesund ernähren oder ein Risikoverhalten wie das Rauchen bewusst vermeiden. Ebenso können gesellschaftliche Werte und Normen Einfluss auf die Gesundheit haben: „Ob man (...) Schmerz (...) äußern