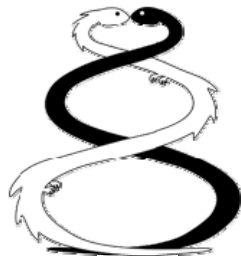


**Kohärenzempfinden**  
- Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky - bei  
**LehrerInnen aus Mitgliedsschulen des**  
**österreichischen Netzwerkes**  
**„Gesundheitsfördernde Schulen“**  
differenziert nach  
Angaben zur Person, zur Schule und zum Gesundheitsverhalten



Thesis  
zur Erlangung des Grades  
Master of Science (MSc)  
am  
Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau ([college@inter-uni.net](mailto:college@inter-uni.net), [www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net))  
vorgelegt von  
MMag<sup>a</sup>. Bibiana Falkenberg  
Graz, im Juni 2005

### **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig und unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben

---

**Thesis angenommen im Juni 2005**

---

**MMag<sup>a</sup>. Bibiana Falkenberg**

Geb. 11.4.1969

Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Sozialpädagogin,  
Unternehmensberaterin, Supervisorin, Coach, Absolventin des  
Psychotherapeutischen Propädeutikums

b\_falkenberg@hotmail.com

Humboldtstr. 26, 8010 Graz

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	8
<b>2.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	14
2.1	Untersuchungen zur Thematik „LehrerInnengesundheit“	16
2.1.1	Persönliche Ressourcen bei der Bewältigung Psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte – eine Untersuchung von Uwe Schaarschmidt u.a.	16
2.1.2	Untersuchungen zu Gesundheit, Be-/Entlastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien von LehrerInnen	18
2.1.3	Untersuchungen zu Frühpensionierungen, Dienstunfähigkeit und deren Ursachen im Lehrberuf	24
2.1.4	Untersuchungen zu Stress und Berufs-/Arbeitszufriedenheit im Lehrberuf	27
2.1.5	Zusammenfassende Ergebnisse und Erklärungsansätze zur Belastungssituation von LehrerInnen	29
2.1.6	Maßnahmen für eine gesundheitsgerechte Umgestaltung	32
2.2	Salutogenese	34
2.2.1	Das Salutogenese-Modell nach Antonovsky	36
2.2.2	Generalisierte Widerstandsressourcen	37
2.2.3	Kohärenzgefühl	37
2.2.4	Stressoren und Spannungszustände	39
2.2.5	Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit	39
2.2.6	Forschung	40
2.3	Gesundheitsförderung und Prävention	41
2.3.1	Begriffsklärung von Gesundheitsförderung	41
2.3.2	Organisationsentwicklung/Setting	43
2.3.3	Gesundheitsfördernde Schulen	46

2.4	Forschungsfragen	49
<b>3.</b>	<b>METHODIK</b>	49
3.1	Fragebogen zum Kohärenzgefühl	49
3.2	Allgemeine Fragen	50
3.3	StudienteilnehmerInnen/Stichprobe	50
3.4	Durchführung	52
3.5	Statistische Auswertung	54
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	55
4.1	Deskriptive Statistik bezogen auf die Stichprobe	55
4.2	SOC-Komponenten Werte und SOC-Gesamtwert	56
4.3	Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und den SOC-Werten	57
4.4	Vergleich der SOC-Komponenten	58
4.5	Unterschiedsanalysen	58
4.6	Vergleich mit Normstichproben	62
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION</b>	65
5.1	Überblick	65
5.2	Weiterführende Diskussion	67
5.3	Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften	72
5.3.1	Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen	72
5.3.2	Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit	73
5.3.3	Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung	73

5.3.4	Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren	73
5.3.5	Vorstellung regulativer Verfahren – Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung	74
5.3.6	Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren – Menschenbild und Heilkunde	75
<b>6.</b>	<b>ANHÄNGE</b>	<b>76</b>
<b>7.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>90</b>

Ein Meinungsforscher befragte drei Arbeiter in einem Steinbruch, die alle damit beschäftigt waren, Steine zu klopfen, warum sie diesen harten Job machten:

Der erste antwortete, stupide und lustlos auf einen Stein klopfend: „Ich verdiene damit meinen Lebensunterhalt.“

Der zweite antwortete, relativ motiviert und kräftig einen Stein klopfend: „Ich bin der beste Maurer hier.“

Der dritte antwortete, vollauf begeistert und schwungvoll seinen Stein weiterklopfend. „Ich helfe mit, eine Kathedrale zu bauen.“

(Seiwert 1998, S.144)



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

**Kohärenzempfinden bei LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen in Österreich,  
differenziert nach Angaben zur Person, zur Schule und zum Gesundheitsverhalten.  
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Bibiana Falkenberg, mit Elke Mesenholl und P.C. Endler  
Interuniversitäres Kolleg ([college@inter-uni.net](mailto:college@inter-uni.net)) 2005

**Einleitung**

Die Tätigkeit als LehrerIn ist mit hohen sozialen und emotionalen Anforderungen verbunden: unmittelbar im Verhältnis zu den SchülerInnen und indirekt durch die wachsenden gesellschaftlichen Erwartungen gegenüber der Schule. Viele neue gesellschaftliche Probleme werden in die Schule gebracht und sehr unterschiedliche Rollenerwartungen sind zu balancieren. Die Arbeit der LehrerInnen erfordert viel emotionale Distanz, viel soziale Unterstützung. Sie braucht Gelegenheiten zur Reflexion und eine Verankerung in stabilen und befriedigenden Arbeitsbeziehungen. Die reale Arbeitssituation in der Organisation Schule zeigt aber, dass LehrerInnenarbeit im Wesentlichen Einzelarbeit ist, verbunden mit einem erheblichen Maß an Isolation und Einsamkeit, wenig entwickelten Kooperationsstrukturen und zumeist wenig Gelegenheit zu gemeinschaftlicher Verarbeitung von Alltagsproblemen und Belastungen. Hier liegt das Potenzial für Gesundheitsgefährdung, aber in seiner Überbrückung auch für Gesundheitsförderung. Gesundheitsfördernde Schulen stehen als Antwort auf diesen Hintergrund und als Versuch, salutogenetische Aspekte in der schulischen Realität umzusetzen.

Der Lehrberuf zeichnet sich durch besondere Belastungssituationen aus. In einer großen Anzahl von Untersuchungen (siehe dazu Schaarschmidt u.a. 1999; Bauer 2003; Vuille 2004; Katschnig 2002; BM für Bildung, Wissenschaft und Kultur, BM für öffentliche Leistung und Sport, Gewerkschaft Öffentlicher Dienst 2000; Institut für betriebliche Gesundheitsförderung, Lehrerberatungszentrum 1999; Gamsjäger, Sauer 1996; Frei 1996; Wulk 1988; Saupe, Möller 1981; Krampen, Schui, Vedder 2004; Dauber, Vollstädt 2002; Jehle, Gayler, Seidel 2001; Schmitz, Hillert 2001; Landert 2002; Van Dick 1999) wird nachgewiesen, dass insbesondere die psychische Belastung im Vergleich zu anderen akademischen Berufen außerordentlich hoch ist und bei einer Vielzahl von Lehrkräften zu Beschwerden, Krankheiten und Dienstunfähigkeit führen.

Es wurden bisher keine Untersuchungen zum Kohärenzempfinden – als entscheidender Prädiktor für Gesundheit – von LehrerInnen durchgeführt.

*Forschungsfrage*



Die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung lautet:

Wie hoch sind der SOC-Gesamtwert und die Werte der SOC-Komponenten von LehrerInnen, die in Gesundheitsfördernden Schulen tätig sind? Unterscheiden sich diese signifikant von anderen Normstichproben?

Als zusätzliche Fragen – ausgehend von den angeführten Untersuchungen – sind folgende anzuführen: Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf den ermittelten Kohärenzwert und dessen Komponenten?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und SOC-Werten? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf das Gesundheitsverhalten?

## **Methodik**

### *Design*

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantitative Datenerhebung in einer Einmalmessung mittels des standardisierten Fragebogens nach Antonovsky unter Einbezug von Zusatzfragen betreffend die Person, Schule und das Gesundheitsverhalten.

### *TeilnehmerInnen*

Befragt wurden KoordinatorInnen bzw. in Koordinationsteams Tätige an 110 Gesundheitsfördernden Schulen – Kooperations-, Netzwerk- und Schwerpunktschulen – unterschiedlichen Schultyps in ganz Österreich.

### *Durchführung*

Die Untersuchung wurde im September 2004 durchgeführt. Die Fragebögen wurden, zusammen mit einem Begleitschreiben, per Post bzw. per Mail verschickt. Die Rücksendung erfolgte mittels beiliegendem Kuvert oder per E-Mail. Es konnten 92 retournierte Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

### *Statistische Analyse*

Die Daten wurden mittels statistisch standardisierter Verfahren auf Zusammenhänge (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) und Unterschiede (t-test für abhängige und unabhängige Stichproben, einfaktorielle Varianzanalyse, Post-tests nach Scheffe sowie Tukey) hin geprüft. Außerdem wurden Mittelwertberechnungen und Summenberechnungen für Indexbildungen durchgeführt.

## **Ergebnisse**

### *Überblick*

Der abgerundete SOC-Gesamtwert von LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen beträgt 156,05, dessen Komponenten lassen sich wie folgt beziffern: SOC-Verstehbarkeit 53,15; SOC-Handhabbarkeit 53,50; SOC-Bedeutsamkeit 47,69. Bezieht man sich auf die einzelnen SOC-

Komponenten - SOC-Verstehbarkeit, SOC-Handhabbarkeit, SOC-Bedeutsamkeit - so kann zusammenfassend konstatiert werden, dass diese drei Komponenten eine gegenseitige Beeinflussung aufweisen, insbesondere der SOC-Verstehbarkeit und der SOC-Handhabbarkeit.

Das Kohärenzempfinden von LehrerInnen an gesundheitsfördernden Schulen ist signifikant höher als das von MaturantInnen [Gypser 2005], Jugendlichen in betreutem Wohnen [Tranninger 2005] und einer deutschen Normstichprobe von Schuhmacher et al. (2000). Allerdings zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zu Stichproben anderer helfende[r] Berufe (Ärzte/-innen [Siber 2005], schweizerische LehrerInnen [Niederdorfer 2005], PhysiotherapeutInnen [Binder A. 2005], PsychotherapeutInnen [Binder H. 2005],) und einer Studie von Hannover et al. (2003).

Keine Unterschiede konnten weiters zwischen Geschlecht, Dauer der Mitgliedschaft, Schultyp, Berufserfahrung und den SOC-Komponenten, dem SOC-Gesamtwert und dem Gesundheitsverhalten festgestellt werden, d.h. diese Variablen scheinen keinen Einfluss auf den SOC und das Gesundheitsverhalten zu haben.

Außerdem gibt es keinerlei Zusammenhänge zwischen den beiden Fragen, die das Gesundheitsverhalten definieren, und dem SOC-Gesamtwert und dessen Komponenten.

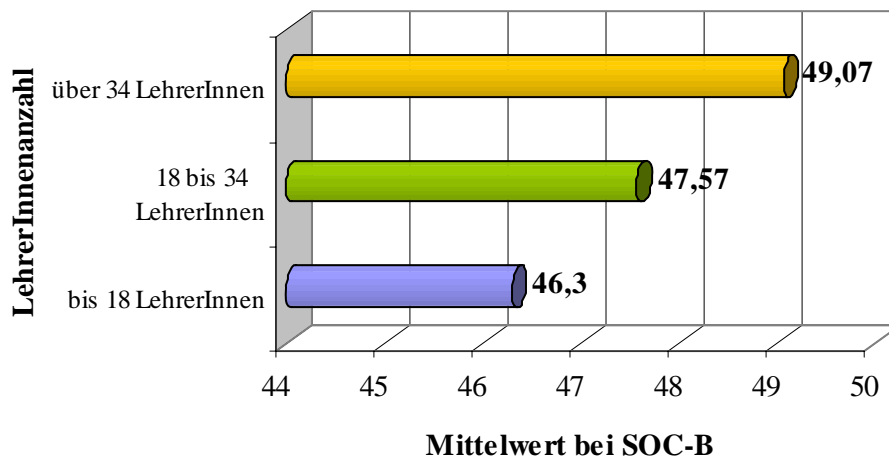
Es konnten allerdings Unterschiede im Bezug auf den Beschäftigungsstatus, den Mitgliedsstatus, das Alter und die Schulgröße bezogen auf die SchülerInnen- und LehrerInnen-Anzahl eruiert werden. Weiters konnte auch ein tendenzieller Unterschied zwischen Alter und der SOC-Komponente Bedeutsamkeit festgestellt werden.

#### *Besonderheiten*

Beschäftigt man/frau sich näher mit den Unterschieden, so zeigt sich, dass teilzeitbeschäftigte LehrerInnen einen etwas höheren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweisen als vollzeitbeschäftigte LehrerInnen, d.h. teilzeitbeschäftigte LehrerInnen achten stärker auf ihre Gesundheit und glauben auch, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können.

Weiters konnte gezeigt werden, dass die Altersgruppe der unter 45-Jährigen einen deutlich höheren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweist als die Gruppe der 45- bis 51-Jährigen.

Tendenziell konnte herausgefunden werden, dass LehrerInnen aus kleineren Schulen, d.h. jene aus Schulen mit wenigen LehrerInnen (bis 18 LehrerInnen) etwas geringere Werte beim SOC-Bedeutsamkeit (das Ausmaß, indem man das Leben als sinnvoll erlebt) aufweisen als jene aus mittleren (18 bis 34 LehrerInnen) und größeren Schulen (über 34 LehrerInnen).



*Schulgröße (bezogen auf die LehrerInnenanzahl) und SOC-B*

### **Schlussfolgerung**

#### *Interpretation*

Die gegenseitige Beeinflussung von SOC-Verstehbarkeit und SOC-Handhabbarkeit bedeutet, dass, wenn eine Person die Welt als geordnet und strukturiert wahrnimmt und nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich, diese Person auch die Überzeugung hat, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Sie kann auch wahrnehmen, dass geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen.

#### *Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens*

LehrerInnen aus Gesundheitsfördernden Schulen haben – sieht man das Kohärenzempfinden als Prädiktor für die Gesundheit – gute Voraussetzungen unter Einbezug des Systemumfeldes und der eigenen Person, das Leben gesund zu bewältigen. Die Gesundheitsfördernde Schule steht als die Möglichkeit, Salutogenese in einer Organisation lebbar zu machen. Nach Scharinger (1998) weist das Modell der Salutogenese auf die Bedeutung eines zu entwickelnden Kohärenzsinn für die Erhaltung der Gesundheit der beteiligten Personen hin. Eine Gesundheitsfördernde Schule zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Organisations-, Kooperations- und Kommunikationsstrukturen so gestaltet sind, dass durch eine gesunde Organisationskultur der Kohärenzsinn bei allen schulischen AkteurInnen auf- und ausgebaut werden kann. In diesem Zusammenhang ist dies die erste Studie, die das Kohärenzempfinden von LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen untersucht und somit erste Ergebnisse in diese Richtung aufweist.

#### *Anregungen zu weiterführender Arbeit*

Um eindeutigere Aussagen über LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen zu treffen, wären weitere Untersuchungen an Kontrollgruppen anderer Schulen wesentlich.

## 2. EINLEITUNG

Die Tätigkeit als LehrerIn ist mit hohen sozialen und emotionalen Anforderungen verbunden: unmittelbar im Verhältnis zu den SchülerInnen und indirekt durch die wachsenden gesellschaftlichen Erwartungen gegenüber der Schule. Viele neue gesellschaftliche Probleme werden in die Schule gebracht und sehr unterschiedliche Rollenerwartungen sind zu balancieren.

Störungen in der Organisationskultur, im Führungsverhalten und Personaleinsatz sowie in der Kollegialität, Mängel in der Unterrichtsgestaltung und in der Elternarbeit beeinträchtigen nicht nur in hohem Maße die Qualität schulischer Arbeit, sondern stellen auch psychische Belastungsfaktoren dar, die sich auf Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit von LehrerInnen auswirken. Eine einseitige Orientierung auf die pädagogische und fachliche Qualitätssicherung ist nicht ausreichend, wenn nicht gleichzeitig auch die Weiterentwicklung der Lehrkräfte und Schulleitungen sowie deren Gesundheit und Arbeitszufriedenheit Aufmerksamkeit erfahren.

Die Arbeit der LehrerInnen erfordert viel emotionale Distanz, viel soziale Unterstützung. Sie braucht Gelegenheiten zur Reflexion und eine Verankerung in stabilen und befriedigenden Arbeitsbeziehungen. Die reale Arbeitssituation in der Organisation Schule zeigt aber, dass LehrerInnenarbeit im Wesentlichen Einzelarbeit ist, verbunden mit einem erheblichen Maß an Isolation und Einsamkeit, wenig entwickelten Kooperationsstrukturen und zumeist wenig Gelegenheit zu gemeinschaftlicher Verarbeitung von Alltagsproblemen und Belastungen. Hier liegt das Potenzial für Gesundheitsgefährdung aber in seiner Überbrückung auch für Gesundheitsförderung.

*„Organisationsentwicklung der Schule im Interesse der Gesundheit der LehrerInnen wird ein besonderes Augenmerk darauf richten, wie es gelingen kann, mit schwierigen Anforderungen fertig zu werden, Widersprüche gemeinschaftlich zu verarbeiten und den Einfluss auf die Gestaltung der Organisation zu erweitern.“ (BMAGS, BMUK 1997, S.8)*

Im theoretischen Teil dieser Arbeit stehen folgenden Fragen im Mittelpunkt: Wie belastet fühlen sich LehrerInnen? Was sind die Ursachen dafür? Die Antworten darauf werden durch Untersuchungen zur Thematik „LehrerInnengesundheit“ veranschaulicht. Sie geben zudem einen Überblick zu diesem Forschungsbereich. Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse und Erklärungsansätze zur Belastungssituation von LehrerInnen in einem Kapitel zusammengefasst.

Ausgehend von den Untersuchungen zur Gesundheit von LehrerInnen wird die Frage nach den individuellen und sozialen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die gesundheitsförderliche Bewältigung der Anforderungen in den Vordergrund gerückt. In diesem Zusammenhang wird das Salutogenese-Modell von Antonovsky und dessen zentrales Element – das Kohärenzempfinden – erläutert.

Das darauf folgende Kapitel zur Thematik Gesundheitsförderung und Prävention mit Fokus Gesundheitsfördernde Schule bildet die Synthese aus den beiden vorher beschriebenen Abschnitten. Gesundheitsfördernde Schulen stehen als Versuch, salutogenetische Aspekte in der schulischen Realität umzusetzen. Die physische, psychische und soziale Gesundheit aller, die einen wichtigen Teil

ihrer Lebenszeit in der Schule verbringen, wird ein relevantes Kriterium bei allem Tun und Entscheiden, das die Gestaltung der Schule und des schulischen Alltags betrifft.

Da das Kohärenzgefühl der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und Stressoren und damit entscheidend für die Gesundheit ist, widmet sich die Untersuchung schließlich folgenden Forschungsfragen:

Wie sieht das Kohärenzempfinden von LehrerInnen aus, die in Gesundheitsfördernden Schulen tätig sind, d.h. wie stark erleben LehrerInnen Kohärenz, die in einem Umfeld arbeiten, in dem salutogenetische Aspekte verwirklicht werden? Unterscheidet sich dieses von anderen Normstichproben und gibt es einen Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten?

Als zusätzliche Fragen – ausgehend von den angeführten Untersuchungen – werden Unterschiede zu Fragen der Person (Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung) und Fragen die Schule betreffend (Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft, Größe der Schule) im Bezug auf das Kohärenzempfinden und das Gesundheitsverhalten eruiert.

## 2.1 Untersuchungen zur Thematik „LehrerInnenengesundheit“

### 2.1.1 *Persönliche Ressourcen bei der Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte – eine Untersuchung von Uwe Schaarschmidt u.a. (1999, 2000, 2001, 2002a, 2002b)*

In der Untersuchung von Uwe Schaarschmidt u.a. (1999, 2000, 2001, 2002a, 2002b) wurden über 4000 LehrerInnen aus Deutschland (aus alten und neuen Bundesländern), Österreich und Polen einbezogen. Zusätzlich wurde eine Stichprobe von 752 deutschen und österreichischen Lehramtstudierenden verwendet.

Im Zentrum dieser Untersuchung steht die Frage nach den persönlichen Ressourcen, auf die LehrerInnen bei der Bewältigung ihrer beruflichen Anforderungen zurückgreifen können. Sie dienen als Indikator psychischer Gesundheit. Ihre Erfassung erfolgte über die Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens mittels des diagnostischen Instruments AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster), das von Schaarschmidt und Fischer (2001) entwickelt wurde. Es ermöglicht, individuelle Verhaltens- und Erlebensmerkmale im Sinne von Einstellungen, Kompetenzen und Gefühlen zu erfassen und zu beurteilen, mit denen eine Person ihren beruflichen Anforderungen begegnet und auf deren Hintergrund sie diese bewältigt. Ausgehend von der aktiven Rolle des Menschen bei der Gestaltung seiner beruflichen Situation sind solche Merkmale sowohl als Voraussetzung für die Bewältigung beruflicher Anforderungen als auch als Ergebnis und Folge beruflicher Tätigkeit zu verstehen.

Mittels AVEM ist eine Unterscheidung nach vier Bewältigungsmustern möglich, die eine hohe gesundheitliche Relevanz besitzen:

- G** Dieses Muster ist Ausdruck von Gesundheit und ein Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit. Es ist durch hohes, aber nicht überhöhtes Engagement, Ehrgeiz mit Distanzierung- und Regenerationsfähigkeit, Belastbarkeit und positive Emotionen (Zufriedenheit und Wohlbefinden) gekennzeichnet.
- S** Im Vordergrund steht eine Schonungshaltung. Es zeigt die geringsten Ausprägung in der Bedeutsamkeit der Arbeit und dem beruflichen Ehrgeiz, ein reduziertes Engagement, große Distanz zum Schulgeschehen, Ruhe und Gelassenheit sowie relative Zufriedenheit.
- A** Bei diesem Muster steht die Selbstüberforderung im Mittelpunkt. Es geht überhöhtes Engagement mit verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und eher negativen Emotionen einher (geringe Ausprägung der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung, relativ hoher Wert in der Resignationstendenz). Weiters sind auch exzessive Verausgabung und verminderte Erholungsfähigkeit und fehlende Distanzierungsfähigkeit zu nennen. Insgesamt ist das Muster dadurch charakterisiert, dass hohe Anstrengung keine positive emotionale Entsprechung findet.
- B** Beim Muster B liegt vermindertes Engagement vor, das mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einhergeht. Generell ist das Muster durch vorherrschende

Resignation, Motivationseinschränkung, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negative Emotionen gekennzeichnet. Es handelt sich hier um Erlebensmerkmale des sogenannten Burnout-Syndroms.

Es konnte gezeigt werden, dass sich die VertreterInnen der Muster im Bezug auf psychisches und körperliches Wohlbefinden, Erholungsfähigkeit, Krankheitstage und andere Gesundheitsindikatoren deutlich unterscheiden. Dabei sind durchwegs für das Muster G die günstigsten und für die Risikomuster A und B die ungünstigsten Werte aufzufinden, wobei zwischen letzteren nochmals qualitative und quantitative Unterschiede der Beanspruchung deutlich werden.

Regionenübergreifend treten wenige G-Muster (um die 15 %), dafür aber viele A- und B-Muster auf (jeweils um die 30 %), die in Zusammenhang mit verschiedenen Belastungsfolgen stehen und beispielsweise mit Herz-Kreislauf-Risiken oder dem Burnout-Syndrom verknüpft sind.

Wie Nacherhebungen gezeigt haben, nehmen die LehrerInnen auch im Vergleich zu Pflegepersonal in Krankenhäusern, PolizistInnen, ErzieherInnen und Beschäftigten in Sozialämtern mit einem Anteil von knapp 60 %, die gesundheitsschädliches Verhalten zeigen, eine „Spitzenposition“ ein. In keinem anderen untersuchten Beruf findet sich darüber hinaus so deutlich ausgeprägt die gesundheitspsychologisch problematische Konstellation, sich hoch zu verausgaben, ohne damit persönliche Zielsetzungen zu verbinden.

Ein stärkerer Anteil des Risikomusters A ist in der Grundschule und im Gymnasium sowie des Risikomusters B in der Hauptschule als gültige Tendenz zu konstatieren.

Als belastende schulische Arbeitsbedingungen stehen generell folgende drei Faktoren an der Spitze:

- das Verhalten schwieriger Kinder
- die Klassenstärke
- die Stundenanzahl

Mit diesen Bedingungen verbinden die VertreterInnen aller Muster das stärkste Belastungserleben – so auch die VertreterInnen des G-Musters, also die psychisch Gesundesten. Diese Faktoren wirken natürlich nicht isoliert für sich. Sie sind in ihrem Zusammenspiel zu sehen wie z.B. Eine Erhöhung der Pflichtstundenanzahl wird vor allem dann zum spürbaren Belastungsfaktor, wenn damit die Wirkung besonders problematischer Arbeitsbedingungen wie zu große Klassen und demotivierte und undisziplinierte SchülerInnen noch verlängert wird. Es kommt also vor allem darauf an, was in den Stunden geschieht, mit welcher Erlebensqualität sie verbunden sind. So ist es auch folgerichtig, dass die VertreterInnen der beiden Risikomuster für die Stundenzahl noch deutlich höhere Belastungsfaktoren veranschlagen als die LehrerInnen aus den Nicht-Risikogruppen.

Der Geschlechtsvergleich verweist darauf, dass insbesondere bei den Frauen ein ungünstiges Bild der Beanspruchungssituation besteht. Durchwegs wurden für sie höhere B- und geringere G-Anteile vorgefunden.

In den vorherrschenden Tendenzen können keine Altersabhängigkeiten in der Musterverteilung ausgewiesen werden: In der Regel ordnen sich die schon (relativ) Jüngsten in die allgemein ungünstige Verteilung ein, zeigen also bereits gleich hohe Risikoanteile wie die Älteren.

Im Bezug auf die betrachteten Rahmenbedingungen lassen zunächst die sozialen Faktoren (Offenheit im Kollegium, soziales Klima in der Schule, entlastende Gespräche im privaten Bereich und Zeit für die Familie) einen deutlichen Zusammenhang mit den Mustern erkennen. Für A und B scheint gleichermaßen zu gelten, dass der protektive Faktor der erlebten sozialen Unterstützung nur unzureichend zur Verfügung steht. Vor allem sind es die in und außerhalb der Schule erlebten Entspannungs- und Kompensationsmöglichkeiten, die starke Unterschiede zwischen den Mustern erkennen lassen. Für A und B bestehen in dieser Hinsicht deutliche Defizite.

### ***2.1.2 Untersuchungen zur Gesundheit, Be-/Entlastungsfaktoren und Bewältigungsstrategien von LehrerInnen***

Professor Dr. Joachim Bauer, Internist und Facharzt für psychosomatische Medizin an der Uniklinik Freiburg, hat 400 LehrerInnen an sieben Freiburger Gymnasien untersucht.

In einem Interview (2004) meint er, dass 35 % der diensttuenden Lehrkräfte an dem Burnout-Syndrom leiden. Von den Frauen sind sogar 43 % davon betroffen, von den Männern 27 %. Darüber hinaus zeigen 20 % der Lehrkräfte psychosomatische Symptome, die krankheitswertig und behandlungsbedürftig sind. An oberster Stelle stehen Depressivität, Angstsymptome und psychosomatische, körperliche Beschwerden.

Die Ursachen für die alarmierend schlechte LehrerInnengesundheit sieht Bauer (2003) vor allem in der rapiden Abnahme der elterlichen Zuwendung sowie in einer geradezu dramatischen Situation bei der SchülerInnengesundheit. Außerdem sieht er als weitere beeinflussende Faktoren das destruktive SchülerInnenverhalten und der Mangel an kollegialem Zusammenhalt. Als Hauptbelastungsfaktoren wurden von den LehrerInnen destruktive Verhaltensweisen von SchülerInnen im Unterricht und zu große Klassen angegeben.

Auf die Frage nach selbstschädigenden Verhaltensweisen von LehrerInnen, antwortet Bauer (2003), dass viele LehrerInnen als EinzelgängerInnen arbeiten, gepaart mit starken Konkurrenzdenken und wenig Austausch in der KollegInnenschaft. Zudem kommt es häufig zu Spannungen zwischen den „Schontypen“ und einer kleinen Gruppe von überengagierten LehrerInnen, die perfektionistisch auftreten. Diese Lehrkräfte setzen sich und andere übermäßig unter Druck – diese Gruppe ist insbesondere Burnout-gefährdet.

In der erst kürzlich erschienenen Untersuchung von Vuille u.a. (2004) wurden 1997/98 um die 230 Lehrkräfte an öffentlichen Schulen der Stadt Bern befragt, die im Bereich Gesundheitsförderung tätig waren (Kriterien: seit 1997 Bildung eines Gesundheitsteam oder mind. eines/einer KoordinatorIn für Gesundheitsförderung bezeichnet und in Ausbildung entsendet). Im Schuljahr 2002 wurden 475 Fragebögen ausgefüllt retourniert. Der Fragebogen für Lehrpersonen enthält neben einem Instrument zur Messung des Schulklimas und Fragen zur Praxis des Gesundheitsunterrichts und der Gesundheitsförderung auch Fragen zur Person, zu ihrem Gesundheitszustand, ihrer persönlichen Gesundheitspflege und ihrer Belastung durch die Schularbeit.



Unter den Frauen fühlen sich 41 % von der Schule überhaupt nicht oder ein wenig belastet, bei den Männern beträgt der entsprechende Anteil nur 22 %. Es zeigt sich aber, dass das Geschlecht an sich keine Rolle spielt, sondern dass der Unterschied durch einen viel größeren Anteil an Frauen mit Teilpensen und relativ kurzer Berufserfahrung erklärt werden kann. In diesen Gruppen ist der Anteil Belasteter bedeutend kleiner als bei Lehrpersonen mit vollen Pensen und langer Berufserfahrung. Als Belastungsursachen werden vor allem Aufgaben erwähnt, die außerhalb dessen liegen, was von Lehrpersonen selbst als „Kerngeschäft“ verstanden wird, sowie schwierige SchülerInnen und Eltern (weitere Nennungen gereiht nach der Anzahl: zeitliche Belastung, Administration, Sitzungen, Klassengröße, schlechtes Klima, Projekte/Arbeitsgruppen, Sparmaßnahmen, mangelnde Unterstützung durch Behörden, Lärm, Schulmodell).

Zwischen 1998 und 2002 war keine Veränderung der empfundenen Belastung zu erkennen. Die Lehrkräfte, die der Ansicht sind, die Schule mache genug für die Gesundheit der Lehrpersonen, fühlen sich auch weniger belastet. Die Sorge um die eigene Gesundheit ist unabhängig von Alter, Pensum und Berufserfahrung. Jüngere Lehrpersonen geben wesentlich häufiger an zu rauchen als ältere. Der selbst beurteilte Gesundheitszustand ist umso schlechter, je stärker eine Person sich durch die Schule belastet fühlt. 14 % aller Lehrpersonen werden als überengagiert klassifiziert. Sie leisten einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand und fühlen sich durch die Arbeit gleichzeitig stark belastet. In dieser Gruppe ist der Anteil mit angeschlagener Gesundheit mit 43 % deutlich höher als bei den KollegInnen, die weniger Zeit aufwenden oder sich trotz hohem Aufwand weniger belastet fühlen (17 % mit eher schlechtem oder mittelmäßigem Gesundheitszustand).

Von 1998 bis 2002 hatte der Anteil mit bloß mittelmäßigem oder schlechtem Gesundheitszustand von 12 auf 20 % zugenommen. Dafür nahm der Anteil der durch die Schule ziemlich oder stark Belasteten im gleichen Zeitraum ab. Da die Belastung durch die Schule im gleichen Zeitraum konstant geblieben war, erscheint es unwahrscheinlich, dass dies die Hauptursache für die zunehmenden Gesundheitsstörungen bei Lehrpersonen ist.

Im Rahmen einer Untersuchung von Katschnig (2002) wurde ein Fragebogen zur Messung der Bereiche Burnout, Arbeitsklima, Image und emotionale Stabilität im Rahmen einer Lehrveranstaltung an der Universität Wien gemeinsam mit Studierenden der Erziehungswissenschaft entwickelt. Diese bestand aus persönlichen Angaben, 94 Fragen zu den oben genannten Bereichen sowie Fragen zu Bewältigungsstrategien. Der Fragebogen wurde an LehrerInnen an Volksschulen (VS), allgemeinen Sonderschulen (ASO), Hauptschulen (HS), allgemein bildende höhere Schulen (AHS) und berufsbildenden mittleren und höheren Schulen (BMHS) verteilt. Von ca. 300 ausgegebenen Fragebögen wurden 240 retourniert.

SchülerInnen und Vorgesetzte können in dieser Studie nicht als Hauptbelastungsquelle ausgemacht werden. KollegInnen können als versteckte Belastungsquelle gesehen werden – die befragten LehrerInnen beantworteten viele Fragen im Bezug auf ihre KollegInnen eher positiv, manche jedoch sehr negativ. Was die Eltern betrifft, so fürchten sich die LehrerInnen einerseits nicht sehr vor dieser Gruppe, andererseits ist der Einfluss, den die Eltern auf die LehrerInnen ausüben, sehr groß. Das System Schule – als starrer und unveränderbarer Pol – wird des öfteren als Belastungsquelle genannt. Burnout, Arbeitsklima, Angst, Image und emotionale Stabilität sind Bereiche, durch die sich LehrerInnen in der Schule belastet fühlen.

Mit zunehmendem Alter steigt die Belastung, Frauen sind stärker betroffen als Männer, AHS-LehrerInnen spüren diese Belastungen stärker als ihre KollegInnen in der VS, HS, ASO oder BMHS. Die in dieser Studie befragten LehrerInnen haben drei verschiedene Bewältigungsstrategien ihres Stresses bzw. ihrer Angst, welche hier in „keine“ (LehrerInnen, die keine Angst empfinden und daher auch keine Bewältigungsstrategien benötigen), „eher gesunde“ (Bewältigungsstrategien: Alternativmedizin, Yoga, Supervision, Esoterik, autogenes Training, Gespräche, Sport, Hobbies) und „eher ungesunde“ (Bewältigungsstrategien: Zigaretten, Alkohol, Kaffee, Medikamente, Süßigkeiten) eingeteilt wurden. Bei Problemen im Schullalltag suchen die meisten LehrerInnen das Gespräch mit KollegInnen oder FreundInnen, reagieren aber auch oft mit körperlichen und/oder psychischen Symptomen. Fast die Hälfte der befragten LehrerInnen fühlt sich jedoch nicht überfordert.

In der Studie „LehrerIn 2000“ (BM für Bildung, Wissenschaft und Kultur, BM für öffentliche Leistung und Sport, Gewerkschaft Öffentlicher Dienst 2000) war der Gegenstand der Untersuchung eine österreichweite repräsentative Erhebung der LehrerInnenarbeitszeit, berufsspezifischer Be- und Entlastungsfaktoren sowie deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der befragten LehrerInnen.

6861 LehrerInnen aller Schultypen nahmen an dieser Untersuchung teil. Die Erhebung wurde in zwei Modulen durchgeführt: in einer Fragebogenerhebung über Arbeitszeit, Zufriedenheit und Beanspruchung und einer arbeitsmedizinischen Untersuchung über den psychischen und physischen Gesundheitszustand der LehrerInnen.

Die Ergebnisse decken sich teilweise mit denen der vorhergenannten Studien:

Am meisten zufrieden machen die LehrerInnen der Kontakt mit den SchülerInnen, die Tätigkeit insgesamt, die Beziehungen zu den KollegInnen und die hohe Autonomie in der Gestaltung der Arbeit. Eine hohe Arbeitsbelastung ist nicht die wichtigste Ursache für Burnout von LehrerInnen. Wesentlich schwerwiegender wirkt sich hier der Zwiespalt zwischen einer von den LehrerInnen wahrgenommenen geringen öffentlichen Anerkennung in ihrer Arbeit sowie den wachsenden pädagogischen Herausforderungen aus (z.B. Kompensation gesellschaftlicher Missstände, Ergänzung der Erziehungsarbeit der Eltern, Umgang mit „schwierigen“ Kindern etc.), die mit zum Teil mangelnden Ressourcen bewältigt werden müssen.

Ernsthafte gesundheitliche Störungen konnten auch bei dieser Studie bei den LehrerInnen nicht festgestellt werden. Die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit liegt sogar deutlich über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Allerdings weisen die Laborwerte bei einem Drittel erhöhte Blutfettwerte auf. Hals- und Stimmprobleme, Kopfschmerzen, Probleme mit dem Stützapparat wurden in der arbeitsmedizinischen Untersuchung von den LehrerInnen als häufigste Beschwerden genannt. Die arbeitsmedizinisch-psychologische Untersuchung zeigt, dass subjektiv eine Reihe von Belastungen wahrgenommen wird, die ein Risiko für das psychische Wohlbefinden darstellen können. Als Belastungen werden bei 60 % der Befragten mangelnde Disziplin der SchülerInnen, bei 19 % der Kontakt mit den Eltern und bei 18 % das schlechte Berufsimago angegeben.

Mitte 1998 haben das Institut betriebliche Gesundheitsförderung und das Lehrerberatungszentrum Graz im Auftrag des Landesschulrates Steiermark mit einer Analyse zu „Gesundheit, Sinnfindung und Lebensqualität von LehrerInnen in der Steiermark“ begonnen (Institut für betriebliche Gesundheitsförderung, Lehrerberatungszentrum 1999). Die Analyse hat neun Monate gedauert. 150

LehrerInnen wurden in Fokusgruppen, 60 DirektorInnen in Seminaren einbezogen und 4794 LehrerInnen hatten die Chance genutzt und einen Fragebogen ausgefüllt.

Folgende Ergebnisse wurden hierbei gefunden:

Das Gesundheitsniveau bei den LehrerInnen in der Steiermark ist relativ hoch: Die gesundheitliche Befindlichkeit wird von drei Viertel als ziemlich gut eingeschätzt. Ein Drittel der LehrerInnen ist ohne Beschwerden und rund 50 % haben überhaupt keinen Krankenstand. Positive Gefühle wie Freude verbinden rund 70 % der LehrerInnen mit dem Unterricht. Das Stress-Niveau ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr hoch.

Positive Trends zeigen sich bei Unterricht, Arbeitsinteresse und Work Ability (Arbeitsbewältigung): Sehr hoch ausgeprägt sind Arbeitsinteresse und Sinnfindung im Beruf sowie eine relativ hohe Sinnfindung im Privatleben. Mitgestaltung, pädagogische Herausforderung und die Beziehungen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern werden in den letzten fünf Jahren als deutlich verbessert erlebt. Die Arbeitsbewältigung ist bei einem Drittel als hoch klassifiziert und für weitere 50% überdurchschnittlich. Die Arbeitszufriedenheit ist in den Volksschulen relativ hoch. Die gegenwärtige Lebensqualität erleben drei Viertel als zufriedenstellend. Die Balance zwischen Privatleben und Berufsleben ist bei über 90 % nicht gestört.

Andererseits zeigen sich bei einer Gruppe zwischen 10 bis 25 % deutliche existenzielle und gesundheitliche Krisenzeichen: Für rund 25 % der LehrerInnen besteht die Gefahr einer „inneren Kündigung“, da im Beruf keine Sinnfindung erlebt wird. Über 10 % kämpfen mit einem starken Verlangen nach Aufhören und Beendigung des Lehrberufs. Die Arbeitsbewältigung der vorgegebenen Arbeitsanforderungen wird bei 4 % als sehr niedrig eingeschätzt. 20 % der LehrerInnen stehen in einer Vorstufe zu diesem Stadium. Rund 15 – 20 % der LehrerInnen über 45 Jahre sind sich nicht sicher, in zwei bis drei Jahren arbeitsfähig zu sein. 20 % befinden sich in gesundheitsgefährdenden Arbeitseinstellungen. Die Zufriedenheit mit Betriebsklima, Schule und Arbeitssituation ist insgesamt gering ausgeprägt – mit Ausnahme in der Volksschule. Rund 15 % erwarten eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität in zwei bis drei Jahren. Es befindet sich also rund ein Viertel der steirischen LehrerInnen in einer krankheitsfördernden Krisen- oder Abschiedsdynamik, das einer gesundheits- und altersgerechten Umgestaltung im Lehrberuf dringend bedarf.

Die LehrerInnen der verschiedenen Schultypen unterscheiden sich deutlich: In den Volksschulen zeigen sich durchgehend positive, gesundheitsfördernde Werte. Die LehrerInnen der Hauptschulen und des Polytechnikums zeichnen sich durch höheren Stress, geringere Anerkennung und Sinnfindung aus. Die LehrerInnen von AHS, BMS, BHS arbeiten unter höherem Stress, schlechterer Beziehungsqualität und verstärktem, innerem Rückzug.

Relevante Belastungspotenziale im LehrerInnen-Alltag sind:

- Anerkennungsmangel (von Seiten der ArbeitsgeberInnen, Öffentlichkeit)
- Unzufriedenheit über die Schulpolitik
- steigender psychischer und zeitlicher Druck aufgrund von quantitativer und qualitativer Erhöhung der Arbeitsanforderungen
- psychobiologische und sozialpädagogische Überforderung
- schlechtes Betriebsklima
- schlechte ergonomische Bedingungen

In einer Untersuchung von Gamsjäger und Sauer (1996) im Sommer 1993 wurde die psychische Belastung von HauptschullehrerInnen erhoben. Merkmale psychischer Belastung sind Burnout – charakterisiert durch emotionale Erschöpfung, reduziertes Wirksamkeitserleben – und Depersonalisierung, Berufsunzufriedenheit, Stress, Erfolgsunsicherheit, tägliche Ärgernisse, soziale Unterstützung und andere situative Merkmale.

Die Stichprobe umfasste 103 verwertbar ausgefüllte Fragebögen (Maslach Burnout Inventory, Berufszufriedenheitstest, Freiburger-Persönlichkeits-Inventar, Stressverarbeitungsfragebögen, Erfolgsunsicherheitstest). Von den beteiligten Lehrpersonen erreichten 27 % einen hohen Burnout-Wert. Sie sind emotional erschöpft und leiden persönlich unter eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Ein Teil von ihnen beklagte die gestörte LehrerInnen-SchülerInnen-Interaktion. Es zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Differenzen. Dienstalter und Burnout verhalten sich direkt proportional, d.h. mit Zunahme des Dienstalters wird die schulische Arbeit subjektiv als belastender wahrgenommen. Berufsunzufriedenheit korreliert hochsignifikant mit der Burnout-Dimension „persönliche Leistungsfähigkeit“. Die Persönlichkeitsvariable Emotionalität/Ängstlichkeit steht in signifikantem Zusammenhang mit Burnout. Soziale Unterstützung hat Burnout-reduzierende Effekte.

Das Ziel der Untersuchung von Frei (1996) war die Erprobung des Belastungs-Instrumentariums an einer Stichprobe von 568 Mittelstufenlehrkräften der Primarschule. Die Faktorenanalyse ergab in dieser Untersuchung sechs Belastungsbereiche:

- Belastungen durch problematisches Verhalten von SchülerInnen
- Belastungen durch die permanente Anspannung der Lehrperson
- Belastungen durch das Kollegium
- Belastungen durch neue Aufgaben
- Belastungen durch das negative Berufsbild
- Belastungen durch Doppelanforderungen

Von den Lehrpersonen der Stichprobe fühlen sich 39,8 % als überdurchschnittlich belastet. 17,6 % liegen in der Belastungsskala im oberen Durchschnitt. Alarmierend sind vor allem die 22,2 % der LehrerInnen, die über dem oberen Durchschnitt liegen und sich stark bis äußerst belastet fühlen. Die Bereiche Doppelanforderungen, SchülerInnenverhalten und permanente Anspannung belasten die Lehrpersonen überdurchschnittlich stark. Diese Bereiche können als zentrale Stressquellen der Lehrkräfte gesehen werden. Die Wechselwirkung zwischen problematischem SchülerInnenverhalten und Anspannung ist hierbei sehr interessant: Wenn sich eine Lehrperson stark durch problematisches SchülerInnenverhalten belastet fühlt, ist nicht erstaunlich, dass die Belastungen durch die persönlichen Voraussetzungen wie Nicht-Abschalten-Können, eigene hohe Erwartungen etc. ebenfalls hoch sind. Die Belastungen durch permanentes Angespant-Sein verlaufen also synchron mit den hohen Belastungen anderer Bereiche. Im Bereich „neue Aufgaben“ fühlen sich Lehrkräfte mit mehr Dienstjahren signifikant stärker belastet als Lehrkräfte mit weniger Dienstjahren. Die Belastungen durch das „negative Berufsbild“ werden von den mittleren Dienstaltersgruppen (9 – 19 Dienstjahre) als am stärksten erlebt.

Außerdem zeigt sich, dass je mehr Belastung erlebt wird, desto geringer schätzt sich eine Lehrperson in der Kompetenz ein – oder – je kompetenter sich eine Lehrperson einschätzt, desto weniger Belastungen werden erlebt. Außerdem konnte herausgefunden werden, dass, je belasteter eine

Lehrperson ist, desto emotional erschöpfter fühlt sie sich. Und umgekehrt: Je erschöpfter sich LehrerInnen fühlen, desto mehr Belastungen erleben sie. Je kompetenter sich die Lehrkräfte einschätzen, desto weniger fühlen sie sich erschöpft (und umgekehrt).

Bei einer Untersuchung von Wulk (1988) nahmen zwischen 1983 und 1984 68 LehrerInnen beruflicher Schulen teil. Die Erkundung der Variablen der beruflichen Belastungssituation von LehrerInnen ist Gegenstand dieser Studie, wobei Qualität und Vielfalt der Anforderungen im Vordergrund stehen. Hierbei wurde die Methode der „Kritischen Situationen“ verwendet, ein Verfahren, bei dem die Lehrpersonen aufgefordert werden, besonders belastende, frustrierende und stressige Ereignisse zu schildern und zu bewerten.

Viele belastende Bedingungen liegen in der Schule, aber außerhalb des Unterrichts. Vor- und Nachbereitungen werden ebenfalls als belastend erlebt, dies gilt auch für Klassenarbeiten und Fortbildungen, ebenso wie für häusliches Arbeiten (mangelnde Trennung von Beruf und Privatleben). Insgesamt lässt sich sagen, dass Beschränkungen der Autonomie als besonders belastend erlebt werden. Auch mangelnde Professionalität führt zu Belastung. Die kritischen Situationen verteilen sich wie folgt: 58 % der erfassten Situationen zählen zum Unterricht, 33 % zur Schule, aber außerhalb des Unterrichts und nur 9 % zum häuslichen Umfeld.

Weiters fand Wulk (1988) heraus, dass die Gruppe der BerufsschullehrerInnen in beruflichen Extremsituationen nur sehr wenig lösungsorientiert sind, sie betonen eher die Ärgernisse. In extremen Situationen sehen sie keine Handlungsmöglichkeit mehr. Die Ereignisse sind dann für sie derart belastend, dass sie nicht mehr adäquat reagieren können und die schwierige Situation einfach hinnehmen.

In einer Untersuchung von Saupe und Möller (1981) stand die Analyse subjektiver Erfahrungen und innerer Verarbeitung struktureller Belastungsmomente im Lehrberuf im Mittelpunkt. Anhand dieser Analyse sollten Aussagen über die psychomenteale Belastung gewonnen werden.

An 1000 Berliner LehrerInnen wurde im Sommer 1980 ein Fragebogen geschickt (Rücklauf N=404) bei dem vier Fragen im Mittelpunkt standen: Worüber klagen die LehrerInnen? Wie spiegelt sich der Arbeitsplatz der LehrerInnen in den subjektiven Äußerungen wider? Welche Verarbeitungsreaktionen zeigen LehrerInnen? Besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzstrukturen und Belastungsreaktionen der LehrerInnen? Untersuchungsgegenstand war psychomentaler Stress bei LehrerInnen. Es sollten umfassende Aussagen über psychische Belastungen und Beanspruchungen der Lehrpersonen an ihrem Arbeitsplatz gewonnen werden. Als psychologische Korrelate von Belastung wurden die Dimensionen Depression, Gereiztheit und körperliche Symptome gemäß der Freiburger Beschwerdeliste erfasst.

Eine Auswahl der Ergebnisse aus dem Belastungsfragebogen spiegelt die berufliche Belastung wider: 71,1 % der Befragten geben an, mit der Arbeit in der Schule „nie wirklich fertig zu sein“, ein Gefühl, das eng mit Schuldgefühlen einhergeht. 66,5 % der LehrerInnen können nicht von ihrer Arbeit abschalten und bejahen die Kategorie „Auswirkungen auf das Sozialleben“. Rollenkonflikte treten durch einander gegenseitig widersprechende Anforderungen bei den meisten LehrerInnen auf (z.B. Bildungsanspruch versus Erfüllungsmöglichkeit). Mangel an sozialer Unterstützung wird beklagt – 43,4 % klagen über unzureichenden Erfahrungsaustausch, nur 18,3 % bezeichnen die bestehende

Zusammenarbeit als ausreichend. Antworten auf die Items der Skala „Person – Umwelt – Einpassung“ deuten auf ein negativ bestimmtes Verhältnis der Befragten zu ihrer Arbeit. Sie befinden sich nicht in Übereinstimmung mit den Bedingungen und Anforderungen ihrer Umgebung. 76,7 % der LehrerInnen wollen ohne disziplinarische Mittel auskommen, 47,5 % stimmen jedoch der Formulierung „in der Praxis muss ich dem ständig zuwiderhandeln“ zu. Erschöpfung nach Schulschluss ist ein Charakteristikum bei 64 % der Befragten. Die Items der abhängigen Variablen „Depression“ und „Gereiztheit“ finden gehäuft Zustimmung, was bei „Gereiztheit“ auf unbewältigten Stress weist, der in die Freizeit getragen wird, und bei Depressions-Items auf ein generelles Gefühl von Müdigkeit und Abgeschlagenheit bis hin zur Resignation. Der Prozentsatz von 22 % der LehrerInnen, die überwiegend bedrückt und niedergeschlagen sind, ist Besorgnis erregend.

Die Häufigkeit somatischer Beschwerden schwankt zwischen 17,8 % (Schlafstörungen) und 29,3 % (empfindlicher Magen). Es wurden korrelative Zusammenhänge zwischen den Belastungsvariablen und den abhängigen Variablen Depression, Gereiztheit und somatische Beschwerden berechnet. Auch zeichnet sich ein Belastungssyndrom ab – Korrelationen zwischen den vier Variablen „Erschöpfung nach Schulschluss“, „Gereiztheit“, „Depression“ und „körperliche Beschwerden“ sind als hoch zu bezeichnen.

### ***2.1.3 Untersuchungen zu Frühpensionierungen, Dienstunfähigkeit und deren Ursachen im Lehrberuf***

Ende 2001/Anfang 2002 wurden LehrerInnen, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden waren, über ihre Situation in der Schule und über die Entwicklung der Dienstunfähigkeit befragt. Ende 2002/Anfang 2003 erfolgte eine Kontrollbefragung von Lehrkräften, die aus Altersgründen in den Ruhestand versetzt worden waren (Krampen, Schui, Vedder 2004).

Frühpensionierte Lehrkräfte (FPL) erinnern sich in ihren letzten Dienstjahren stärker an Belastungen als die Alterspensionierten (APL) durch:

- berufliche Anforderungen und ihre Tätigkeit
- das Verhalten von SchülerInnen und Eltern
- schulische Arbeitsbedingungen

Die LehrerInnen beider Gruppen sind mit dem beruflichen Leben zufrieden. Schule war für sie im Vergleich zu anderen Lebensbereichen Hauptsache und sie sind eigentlich immer gerne in die Schule gegangen. Sie blicken mit positiven Gefühlen auf ihre Berufstätigkeit insgesamt und auf verschiedene Bereiche ihres Arbeitsfeldes zurück. Zu den Aspekten von Schule, die Freude und Befriedigung verschafft haben, zählt die Arbeit mit den SchülerInnen. Wichtig war den LehrerInnen: guter Unterricht, Verantwortung als Klassenleitung, gute Beziehungen zu den SchülerInnen.

Die FPL gehören prozentual in größerer Zahl zu dem Risikomuster A und sehr viel weniger zu den „Schonungsbedachten“ (vgl. dazu Untersuchung von Schaarschmidt, 2002). Sie liegen mit den APL beim Risikomuster B gleichauf, was aussagt, dass FPL nicht in höherem Maße resigniert haben und sich für die Schule einsetzen wollten. Die psychische Belastung des Lehrberufes wird als

außerordentlich hoch eingestuft. Am belastendsten erscheint das SchülerInnenverhalten zu sein. Als weitere belastende Arbeitsbedingungen werden mangelnde Transparenz von Regelungen/Entscheidungen, Vertretungseinsatz und fehlende Information angegeben. Mobbing scheint für die FPL ein wichtiger Belastungsfaktor zu sein.

APL und FPL unterscheiden sich sehr in der Intensität und Art der Anzeichen von Stress und Belastung. Bei den FPL stehen zu 66 % vegetative Störungen im Vordergrund, während bei den APL mit 41 % Müdigkeit und Zerschlagenheit dominieren. Auf Belastungssituationen und Stress stehen bei 50 % der FPL als Reaktionen Wut, Ärger und Angst an erster Stelle, bei 63 % der APL aktive Problemlösung. Beschwerden verringern sich bei FPL nach der Pensionierung erheblich, insbesondere Erschöpfung, Anspannung und Schmerzen.

Die LehrerInnen raten BerufsanfängerInnen:

FPL

- auf die psychische und physische Gesundheit achten
- Bewältigungsmöglichkeiten lernen, Ausgleich schaffen, Distanz wahren
- Berufswahl vor und in der Ausbildungsphase prüfen
- als Team mit KollegInnen, Eltern und SchülerInnen agieren; Ziele gemeinsam definieren.

APL

- positive Einstellung zu SchülerInnen und zur Schule allgemein
- professionelle Dienstauffassung leben
- Kooperation/Kontaktpflege
- kritische Überprüfung der Berufswahl

Was genau es ist, dass Lehrkräfte vor der Pensionsgrenze aus den Beruf ausscheiden lässt, untersuchte die Arbeitsgruppe „Psychosoziale Belastungen im Lehramt“ vom Zentrum der Lehrerbildung der Universität Kassel (Dauber, Vollstädt 2002). Im August 2002 wurden 2384 LehrerInnen aller Schulstufen und -arten befragt, die in den letzten sechs Jahren in Nordhessen aus Krankheitsgründen frühpensioniert wurden. Über die Hälfte der ausgesandten Fragebögen (1430) wurden ausgefüllt retourniert. Mehr als die Hälfte der Befragten war bereits beim Erreichen des 60. Lebensjahres aus dem Schuldienst ausgeschieden. Gefragt wurde einerseits nach den subjektiv empfundenen Belastungsfaktoren während der aktiven Dienstzeit, andererseits nach den Formen der Verarbeitung dieser Belastungen aus ihrer heutigen Sichtweise.

Als Grund für die Dienstunfähigkeit wurden psychische/psychosomatische Erkrankungen (49 %), Erkrankungen des Bewegungsapparates (47 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (38 %), Stoffwechselerkrankungen (15 %), Erkrankungen des Atmungssystems (14 %) und Krebs (9 %) angegeben.

13 Hauptbelastungsfaktoren werden von den Befragten genannt:

- die Fülle der Anforderungen, insbesondere die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten
- immer mehr Erziehungsaufgaben
- zu große Klassen
- undisziplinierte SchülerInnen
- große Leistungsunterschiede

- sinkende Lernmotivation
- hoher Verwaltungsaufwand
- hoher Lärmpegel
- labiler Gesundheitszustand
- hohe Pflichtstundenanzahl
- Verantwortungsdruck
- zu wenige wirksame Sanktionsmöglichkeiten

Zusätzlich werden Belastungsfaktoren wie die problematische Zusammenarbeit mit den Eltern, Mobbing, schulorganisatorische Schwierigkeiten oder fehlende Unterstützung genannt. Dabei zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer leiden eher unter der sinkenden Lernmotivation und Schulunlust von SchülerInnen, Frauen dagegen besonders unter deren Hyperaktivität. Lehrer empfinden Vorschriften als belastend, Lehrerinnen haben mehr Probleme mit dem Konkurrenzdruck im Kollegium, der Gestaltung sozialer Beziehungen, der Bewertungspflicht, dem hohen Verantwortungsdruck oder dem „Lärmpegel im Unterricht“. Für Lehrerinnen spielt die Bedeutsamkeit der Arbeit, ihre Verausgabensbereitschaft und ihr Perfektionsstreben eine überdurchschnittliche Rolle, für Lehrer ihr beruflicher Ehrgeiz.

Bezogen auf die Schulform zeigen sich ebenso Unterschiede in der Ausprägung der Belastungsfaktoren: In der Grundschule werden vor allem die Zunahme von Erziehungsaufgaben und von Verhaltensauffälligkeiten von SchülerInnen etc. als starke Belastung erlebt, in der Haupt-/Realschule die Schulunlust, lernschwierige SchülerInnen, fehlende elterliche Unterstützung etc., an beruflichen Schulen die Schulunlust und der Mangel an Gestaltungsspielraum, in den Gymnasien ebenso der Mangel an Gestaltungsspielraum und das schwierige Zeitmanagement und in den Gesamtschulen beispielsweise die Schulunlust, lernschwierige SchülerInnen und fehlende elterliche Unterstützung. Ein besonderer Belastungsfaktor, „undisziplinierte SchülerInnen“, wird, bezogen auf die Schulformen, sehr unterschiedlich beurteilt: Während ein Drittel der GrundschullehrerInnen diesen Faktor benennt, sind es schon 40 % bei den Gesamt- und BerufsschullehrerInnen und sogar 50 % der Haupt- und RealschullehrerInnen, aber nur 14% der GymnasiallehrerInnen. Mit zunehmender Zahl an wahrgenommenen Belastungsfaktoren steigt auch die Häufigkeit der Nennung „Tendenz zur Resignation“ als Verarbeitungsform, interessanterweise aber auch die Gewichtung von „subjektiver Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Verausgabensbereitschaft“ und „Perfektionsstreben“.

Für eine Qualitätssicherung des Lehrberufs und für mehr Zufriedenheit der LehrerInnen selbst hat die Kasseler Arbeitsgruppe einen Maßnahmenkatalog formuliert (siehe dazu [www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/AG-Bericht.doc](http://www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/AG-Bericht.doc)). Unter den Forderungen finden sich beispielsweise praxisorientierte Aus- und verpflichtende Fortbildung, Unterstützung der LehrerInnen durch Super- oder Intervision, zusätzlich durch SchulpsychologInnen und SozialarbeiterInnen an sozialen Brennpunkten u.v.m.

1999 wurden 117 Schulleiterinnen und 202 Schulleiter in Hessen zu folgenden thematischen Schwerpunkten befragt (Jehle, Gayler, Seidel 2001): Die Beobachtung der Schulleitungen bezüglich früher Hinweise für einen Dienstunfähigkeits (DU)-Prozess, „DU-förderliche“ Kontextbedingungen sowie von der Schulleitung bereits praktizierte und gewünschte Maßnahmen zur Prävention. Als quasi unterschwellige Beweggründe einer Lehrperson für den Wunsch, vorzeitig aus dem Dienst auszuschcheiden, wurden mittels Faktorenanalyse folgende sechs Faktoren ermittelt:



1. berufliche Kompetenz und Einstellung (z.B. Zeitmanagement, kommunikative Defizite, unrealistische Berufserwartungen etc.)
2. aktuelle soziokulturelle Gesichtspunkte, die zum Kern des Aufgabenprofils gehören (z.B. veränderte Wertorientierung der Jugend, das aggressive Verhalten der SchülerInnen etc.)
3. Gegebenheiten des unmittelbaren beruflichen Umfeldes (z.B. Mangel an konstruktivem Feedback, zuwenig Gestaltungsspielraum für eigene Ideen etc.)

Für frühe Hinweise wurden folgende Faktoren ermittelt:

schwerwiegende, psychische Probleme, Leistungs-/Kompetenzprobleme, Rückzug ins/ Inanspruchnahme durchs Private, innere Kündigung, Probleme bei sozialen Kontakten.

In drei voneinander unabhängigen Studien wurde die Klärung folgender Thesen in Angriff genommen (Schmitz, Hillert 2001):

- Risikofaktoren späterer Dienstunfähigkeit im Lehrberuf sind nachweisbar.
  - Risikofaktoren späterer Dienstunfähigkeit im Lehrberuf lassen sich spezifizieren.
  - Begeisterung, Idealismus, Engagement für den Beruf stellen keinen Risikofaktor dar.
1. Studie: retrospektive Befragung von 220 (94 Frauen) Personen in sozialen Berufen (Krankenschwestern, ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen)  
Gefragt wurde nach der Berufswahl, nach den Gefühlen und Einstellungen bei Berufseintritt und nach den beruflichen Enttäuschungen sowie nach dem Grad des Ausbrennens (MBI).
  2. Studie: Befragung von 1073 (28 Frauen) LehrerInnen mittels oben genannten Fragen.
  3. Studie: Eine vergleichende Studie von 96 Berufstätigen mit 79 Lehrpersonen, die sich wegen psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden und Dienstunfähigkeit in klinischer Behandlung befinden.

Gefragt wurde nach folgenden Frageblöcken: unrealistische Erwartung von Anerkennung der eigenen Leistung, unrealistische Ansprüche, Unterstützung durch KollegInnen, eigene Leistungserwartung, Unsicherheit bei Berufsbeginn, Begeisterung für den Beruf und die Arbeit mit SchülerInnen.

Als allgemeiner Risikofaktor späterer Dienstunfähigkeit im Lehrberuf lassen sich unrealistische Ansprüche/Erwartungen identifizieren, diese sind durch überhöhte und gleichzeitig unklare Zielvorstellungen gekennzeichnet. Unrealistische Ansprüche/Erwartungen lassen sich inhaltlich aufschlüsseln in:

- unrealistische Erwartung an die Anerkennung der eigenen Leistung durch die Schulleitung, Eltern, KollegInnen
- Träume, Omnipotenzgefühle
- Unerstützung durch KollegInnen und eigene Leistungserwartungen.

Begeisterung für den Beruf ist kein protektiver Faktor von Dienstunfähigkeit.

#### ***2.1.4 Untersuchungen zu Stress und Berufs-/Arbeitszufriedenheit im Lehrberuf***

1990 waren die Mitglieder des Dachverbandes der Schweizerischen LehrerInnenorganisation (LCH) erstmals zur Berufszufriedenheit befragt worden. Ende 2001 folgte die hier vorgestellte Untersuchung

– eine inhaltliche Wiederholung der ersten Befragung. Die Untersuchung gibt Aufschluss über die Bedingungen von beruflicher Zufriedenheit und Unzufriedenheit. Es werden das pädagogische Arbeitsfeld, die Bedingungen der Berufsausübung und die Beziehung zwischen Schule und Öffentlichkeit in den Vordergrund gestellt (Landert 2002). Gefragt wurde nach der Wichtigkeit von ausgewählten 35 Aspekten des Lehrberufes, der Zufriedenheit in Bezug auf diese Aspekte, den wichtigsten Gründen der Zufriedenheit und Unzufriedenheit, der Wiederwahl oder Abwahl des Lehrberufes im Falle einer erneuten Berufswahl und den Gründen für den Wiederwahl- oder Abwahlentscheid. Um die 11000 Lehrpersonen sendeten den ausgefüllten Fragebogen zurück.

Fasst man die Einzelaspekte zu inhaltlich homogenen Kategorien zusammen, haben die Bereiche beruflicher Erfolg, Arbeitsbedingungen und Arbeitsklima den höchsten Stellenwert. Deutlich an Wichtigkeit zugenommene Einzelaspekte sind: keine ständigen Neuerungen/Reformen, Führungsstil der Schulleitung, Anerkennung durch KollegInnen, Prestige in der Öffentlichkeit, Hoffnung auf beruflichen Aufstieg. Im Vergleich zu 1990 hat die Zufriedenheit der Lehrpersonen abgenommen: 1990 betrachteten sich noch 72 % aller Befragten in Bezug auf die 35 Aspekte als zufrieden oder sehr zufrieden, im Jahr 2001 sank dieser Wert auf 69 %. Nur bei dem Aspekt Kooperation im Kollegium wuchs die Gruppe der zufriedenen Personen um von 10 % auf 14 % an. Die reduzierte Zufriedenheit tritt bei folgenden Aspekten sehr deutlich hervor: das Vorwiegen von Verwaltungsarbeit, ständige Neuerungen/Reformen, Status als Beamter/-in und Klassengröße.

Werden statt Einzelaspekten wiederum homogene, übergeordnete Kategorien dieser Aspekte betrachtet, wird in den Bereichen beruflicher Erfolg, Arbeitsklima und Außenbeziehungen die höchste Berufszufriedenheit erzielt. Eine besondere Stellung nehmen die Arbeitsbedingungen ein. Im Vergleich ist die Zufriedenheit in diesem Bereich eher tief – liegt sie doch an drittletzter Stelle von insgesamt acht Bereichen beruflicher Tätigkeit. Den Ausschlag für dieses relativ schlechte Resultat geben vor allem die Aspekte Arbeitszeit, Klassengröße und Erhaltung der Gesundheit.

Zufriedenheit hängt aufgrund einer Analyse der Antwortkonstellationen wesentlich vom erzielten beruflichen Erfolg ab (fachliche und erzieherische Sicherheit, Erfolge im Unterricht, Anerkennung durch SchülerInnen). Hinzu kommen spezifische Aspekte der Arbeitsbedingungen (pädagogischer Handlungsspielraum, flexible Arbeitsgestaltung, Neues ausprobieren können) sowie das Arbeitsklima (Kooperation im Kollegium, Geselligkeit, Anerkennung durch KollegInnen). In den Antworten auf die offene Frage nach den Momenten, die Zufriedenheit bewirken, kommt der Motivation, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, klar die höchste Bedeutung zu. Unzufriedenheit steht demgegenüber vor allem im Zusammenhang mit Aspekten des Berufsprestige (Prestige in der Öffentlichkeit, Besoldung), mit der Schulreform (ständige Neuerungen, Vorwiegen von Verwaltungsarbeit), einzelnen Aspekten der Arbeitsbedingungen (Klassengröße, Arbeitszeit, Gesundheitserhaltung) und Führung (Mitsprachrecht, Führungsstil von Schulaufsicht und Schulleitung).

Lehrpersonen der Unterstufe, Lehrpersonen mit reduziertem Unterrichtspensum, niedrigem Dienstalter und in relativ kleinen Schulen sind tendenziell zufriedener. Tendenziell unzufriedener sind dem gegenüber Lehrpersonen aus der Oberstufe, Volksschule sowie mit Vollpensum.

Stärker in den Fokus geraten bei den offenen Fragen die – inhaltlich zusammenhängenden – Aspekte schwierige SchülerInnen, schwierige Eltern und soziale Probleme der Familien. Über 30 % geben an, dass das soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen oder schwierige Eltern ihnen die größte

Unzufriedenheit bereiten. Und 13 % geben an, dass die Erwartungen und Vorurteile der Eltern ihnen die meisten Mühe machen.

Insgesamt gesehen stehen diejenigen Bereiche, die Berufszufriedenheit besonders ausgeprägt produzieren, auch am meisten unter Druck bzw. sehen sich schwierigen Rahmenbedingungen gegenüber. So fühlen sich die Lehrpersonen in der Unterrichtsfunktion zunehmend beeinträchtigt. Sie vermelden eine gesunkene Konstanz der Arbeitsbedingungen sowie Probleme bei Klassengrößen und reduzierte erzieherische Erfolge. Und sie sehen ihre Freiräume zunehmend unter Druck und wachsend fremdbestimmt.

In einem größeren Forschungsprojekt zu Stress und Arbeitszufriedenheit im Lehrberuf der Arbeitsgruppe Sozialpsychologie an der Philipps-Universität Marburg konnten verschiedene Merkmale identifiziert werden, die mit körperlichen Beschwerden und Burnout zusammenhängen (Van Dick 1999). Dies sind vor allem berufliche Belastungen, Unterstützung durch die Schulleitung, individuelle Differenzen in Selbstwirksamkeitsüberzeugungen oder Copingressourcen, aber auch Faktoren wie administrative Unterstützung und der Umgang mit Fehlzeiten durch KollegInnen und Schulleitung. Schulische Belastungen (z.B. zu große Klassen, Disziplinprobleme, hektisches Arbeitsklima) und die Wahrnehmung von Mobbing durch Schulleitung und/oder KollegInnen führen zu Burnout und zu körperlichen Beschwerden (z.B. Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Schulter- und Nackenprobleme). Körperliche Beschwerden und Burnout führen dazu, dass LehrerInnen häufiger fehlen und sich eher vorzeitig pensionieren lassen wollen.

Eigene Copingressourcen (z.B. aktives Angehen der Probleme anstelle von Vermeidung oder Ignorieren) reduzieren die Wahrnehmung von Belastungen und Mobbing und führen zu geringerer Ausprägung von Burnout. Darüber hinaus ist aber die Wahrnehmung von Unterstützung durch die Schulleitung ein wesentlicher Faktor zur Stress-Prävention. Die organisationspsychologische Forschung hat ergeben, dass erhöhte Bindung an die Organisation mit geringeren Fluktuations- und Absentismuseinigungen einhergeht. LehrerInnen, die sich stärker mit ihrem Beruf identifizieren, empfinden geringere Beschwerden. Sie engagieren sich in größerem Maße, fehlen seltener und beabsichtigen in geringerem Maße, sich vorzeitig pensionieren zu lassen.

### ***2.1.5 Zusammenfassende Ergebnisse und Erklärungsansätze zur Belastungssituation von LehrerInnen***

Der Lehrberuf zeichnet sich durch besondere Belastungssituationen aus. In einer großen Anzahl von Untersuchungen (siehe oben genannte Studien) wird nachgewiesen, dass insbesondere die psychische Belastung im Vergleich zu anderen akademischen Berufen außerordentlich hoch ist und bei einer Vielzahl von Lehrkräften zu Beschwerden, Krankheiten und Dienstunfähigkeit führen.

Kramis-Aebischer (2003) sieht – ausgehend von den Untersuchungen zur Belastungssituation von LehrerInnen – die Belastungen einerseits in der Struktur der LehrerInnenarbeit generell liegen z.B. hohe Aufgabendichte, Hast, enge Arbeitsabläufe, Wechsel zwischen vorgeprägten Zeitfolgen und zwischen flexibel disponierbarer Arbeitszeit. Zum Anderen bestehen die Belastungen in erzieherischen Aufgaben, in den Erwartungen an differenzierte Unterrichtsgestaltung, in

Stressfaktoren wie geringe Pausen, große Aufgabenvielfalt, uninteressierte SchülerInnen, dauernde Verfügbarkeit, Lärm sowie in Problemen mit Elternarbeit und Schulorganisation.

Nach Wilke (1997) lassen sich die wichtigsten Belastungsfaktoren den drei Subsystemen der Schule zuordnen:

- das kulturell-politische,
- das strukturell-soziale und
- das technisch-instrumentelle

Wichtige Belastungsfaktoren im kulturell-politischen Subsystems der Schule sind:

- mangelnde Identität mit der eigenen Schule
- mangelnde gemeinsame Schulphilosophie
- abnehmendes Prestige des Lehrberufs
- Sackgassenberuf
- kaum Aufstiegsmöglichkeiten
- ständiger Innovationsdruck

Wichtige Belastungsfaktoren im strukturell-sozialen Subsystems der Schule sind:

- mangelnde Kooperation
- Isolation innerhalb des Lehrkörpers
- kein fachlicher und pädagogischer Austausch
- mangelnde Offenlegung von Problemen
- Konflikte im Kollegium
- fehlende Unterstützung durch die Schulleitung
- widersprüchliche und diffuse Rollenansprüche

Wichtige Belastungsfaktoren im technisch-instrumentellen Subsystems der Schule sind:

- Motivationsprobleme, Disziplinprobleme, Desinteresse der SchülerInnen
- Leistungsbeurteilung, Notengebung und Selektion
- administrative und bürokratische Aufgaben
- außerunterrichtliche bzw. außerplanmäßige Tätigkeiten
- unklare und anspruchsvolle Lehrziele
- Mängel in der Organisation des Lehrplans
- Stofffülle, Leistungsdruck
- Fehlen von Unterrichtshilfen
- Klassengrößen
- heterogene Zusammensetzung der Klassen
- Schultyp
- Physische Belastung
- Sprechbelastung
- Lärmbelastung

In Untersuchungen zur Belastungssituation von Lehrkräften werden – nach Heyse (2004a) – immer wieder folgende Faktoren genannt:

- Verhältnis von Unterrichtsverpflichtung, Klassengröße und SchülerInnenverhalten
- Überbrückende Arbeit zwischen Bildungsabsichten der Schule und „SchülerInnenhorizonten“

- widersprüchliche Forderungen: Förderung, Selektion, Notengebung, Leistungsbeurteilung, Gerechtigkeit etc.
- diskrepante Rollenerwartungen und Ansprüche von Eltern, SchülerInnen, Schulleitung, Schulaufsicht, Schulträger, Öffentlichkeit
- Erziehungspflicht ohne Sanktionsmacht; elterliches Desinteresse, Erziehungskonflikte
- Verhaltens- und Disziplinprobleme von SchülerInnen
- Zeitdruck durch Stundentakt und Pausengespräche mit SchülerInnen, kollegiale Absprachen; wenig Erholungszeit am Vormittag
- wenig berufsständischer Rückhalt in der Gesellschaft mit Auswirkungen bis in die Interaktion mit SchülerInnen und Eltern
- mangelnde Trennung von Arbeitszeit und Freizeit
- Spannungen im Kollegium und zwischen Schulleitung und Kollegium/einzelnen Lehrkräften
- eingeschränkte Ergebnis- und Situationskontrolle
- unzuverlässige Quellen für Erfolgsmeldungen und Selbstwert bei nahezu ausschließlich intrinsischer Motivation

*„Erhalten Lehrer trotz hohen Engagements keine positive Rückmeldung von Schülern, Eltern oder Kollegen, dann entsteht eine sogenannte Gratifikationskrise, wodurch sich das Risiko für eine Burnout-Entwicklung erhöht. Lehrer hingegen, die positive Rückmeldungen von Kollegium und Schülerschaft bekommen, können sehr viel leisten, ohne krank zu werden.“ (Bauer 2004, S. 33/34)*

Der Bayrische Lehrer- und LehrerInnenverband (BLLV 2002) sieht zusammenfassend folgende Belastungsfaktoren:

- hohe Klassenstärken
- wachsender Anteil schwieriger SchülerInnen
- hohe Unterrichtsverpflichtung, insbesondere an den Pflichtschulen
- ungünstige Altersstruktur der LehrerInnen
- allgemeine Erziehungsdefizite in den Familien und übersteigerte Erwartungshaltung an die LehrerInnen
- Mangel an Instrumenten frühzeitiger Diagnostik und Prävention
- abnehmendes Sozialprestige des Lehrberufes

Bauer (2002) erläutert, dass das Risiko für Burnout und Depression auf Seiten der Institution insbesondere dort erhöht ist, wo der individuelle Gestaltungsspielraum bei der Arbeit gering ist und die Leistung an relativ starren Vorgaben bzw. Leitbildern gemessen wird. Schulen, in denen der pure Arbeitseinsatz und weniger der kollegiale Zusammenhalt das LehrerInnenleitbild prägen, sind High-Burnout-Schulen.

Negatives Stress-Erleben stellt sich – nach Schmitz (2002) und Weber (2002) – ein, wenn die Anforderungen die Ressourcen übersteigen. Unrealistische Ansprüche verstärken die Anforderungen im Zuge der Bewertung des Stressors. Die Diskrepanz zwischen Ziel und tatsächlichem Ist-Zustand kann nicht reduziert werden. Das wiederum verstärkt das Stress-Erleben. Unter der Bedingung, dass an den unrealistischen Ansprüchen festgehalten wird und keine oder nur geringe soziale Kompetenz für Unterrichtsverhalten erworben wird, sind die Aussichten hinsichtlich Gesundheit und Leistungsfähigkeit auf lange Sicht schlecht.

Stimmt die Balance zwischen pädagogischem Idealismus und schulischer Realität, kann der Lehrberuf ein hohes Maß an Zufriedenheit und Erfüllung geben. Stimmt sie nicht, kann der Lehrberuf zu Resignation oder Krankheit führen.

Laut Bauer (2004) sollte eine gute Lehrkraft trotz Engagement die Distanzierungsfähigkeit behalten. „Distanzierungsfähigkeit heißt außerdem, dass es für den Lehrer nicht automatisch persönliches Versagen bedeutet, wenn sich Schüler destruktiv verhalten oder eine Klasse schlechte Noten schreibt. Ein guter Lehrer kennt seine Einflussmöglichkeiten, aber auch seine Grenzen.“ (Bauer 2004, S. 36)

### **2.1.6 Maßnahmen für eine gesundheitsgerechte Umgestaltung**

Eine nachhaltige Verbesserung kann nur erreicht werden, wenn systemische Konzepte zur Gesundheitsförderung entwickelt werden, die alle Interventionsebenen, von der persönlichen Ebene bis hin zu bildungspolitischen Rahmenbedingungen, einbeziehen. Personenbezogene Interventionen sind auf Dauer nur sinnvoll, wenn sie sich auf bedingungsbezogene Interventionen stützen können. Schaarschmidt (2002a) benennt in diesem Zusammenhang vier Aspekte:

1. Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen des Lehrberufes (kleinere Klassen, Verjüngung der LehrerInnen etc.)
2. Qualifizierung der Nachwuchsentwicklung (Realismus in der Berufsorientierung, Beachtung der persönlichen Voraussetzungen, Förderung der Handlungskompetenzen)
3. Personenbezogene Maßnahmen (Kompetenzentwicklung, emotionale Stabilisierung, effektive Arbeitsorganisation, realistische Ansprüche und Erwartungen, Entspannung und Kompensation)
4. Gestaltung der Arbeitsbedingungen vor Ort (Klima der Offenheit und gegenseitiger Unterstützung, Psychohygiene im Schulalltag, Gemeinsamkeit in den Normen und Zielen der schulischen Arbeit)

Auch Schmitz (2002) nennt ähnliche Punkte, an denen angesetzt werden muss, um Leistungsfähigkeit und Gesundheit von LehrerInnen zu erhalten:

1. An der Stützung einzelner Personen bei der Stärkung ihrer persönlichen Ressourcen, wie emotionale Stabilität, Selbstwirksamkeits-Erwartungen etc. durch positive Bewertung von pädagogischem Können, von Einsatzbereitschaft bei schulischen Aktivitäten außerhalb des Unterrichts, durch Transparenz von Beförderungskriterien u.v.m. sowie durch Reduzierung von individuellen Risikofaktoren.
2. An den berufsbedingten objektiven Belastungsfaktoren mit dem Ziel der Verbesserung der Arbeitsbedingungen innerhalb der einzelnen Schulen.
3. An der Ausbildung: Die psychologisch-erziehungswissenschaftliche Ausbildung sollte der fachspezifischen Ausbildung formal gleichgestellt werden.
4. An den Rahmenbedingungen des Schulsystems etwa durch Förderung von Maßnahmen zur Supervision der LehrerInnen durch LehrerInnen. Der Möglichkeit, dass Gruppen/Kollegien sich durch Außenstehende coachen lassen u.v.m.

Weber (2002) sieht Maßnahmen im Bereich der Prävention unter folgenden vier Aspekten:

1. Interdisziplinär: eine „konzertierte Aktion“ aller in LehrerInnengesundheit involvierten Disziplinen, insbesondere Politik/Verwaltung, Psychologie, Medizin (vor allem Arbeitsmedizin und Psychosomatik).
2. Multidimensional: impliziert ein Handeln auf allen vorgenannten Präventionsebenen und schließt die Therapie ebenso wie Nachsorge und Rehabilitation mit ein.
3. Integrativ: steht für die Bildung von Netzwerken zur Optimierung von Prozessen bzw. der Verzahnung von Schnittstellen im Sinne eines „Case-/Disability-Management“.
4. Institutionalisiert: beinhaltet die Schaffung zentraler Strukturen, die die vorgenannten Maßnahmen koordinieren und steuern – betreffend Qualität, Effektivität, Effizienz, Evaluation und weitere Entwicklung.

Nach Heyse (2004b) sollen Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit von LehrerInnen an zumindestens drei Punkten ansetzen:

1. an der Beanspruchung einzelner Personen (Verhaltensmanagement)
2. an den Arbeitsbedingungen innerhalb der jeweiligen Schule und
3. an den Rahmenbedingungen des Schulsystems (Verhältnismangement)

Verhaltens- und Verhältnismangement sind im Zusammenhang zu sehen: Wenn es gelingt, den Führungsstil einer Schulleitung z.B. in Richtung Partizipation, Transparenz, Wertschätzung zu verändern, kann dies für das Kollegium eine Verbesserung der Arbeitssituation in der Schule bedeuten, durch die eine Menge an täglicher Enttäuschung, Demotivierung etc. entfällt. Andererseits könnte der Einsatz in einer kleinen Klasse für eine einzelne Lehrkraft bedeuten: eine entspannte Lernsituation schaffen zu können, sich mehr um Einzelne zu kümmern, gelassener mit Störung umzugehen und mit weniger Anstrengung effektiver zu unterrichten.

Maßnahmen zur LehrerInnengesundheit können nach Heyse (2004) verschiedene Zielrichtungen haben:

- Stärkung von individuellen Ressourcen: Entwicklung und Aktivierung von fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kräften, sozialen und persönlichen Kompetenzen.
- Prävention: Beseitigung oder Reduzierung von Risikofaktoren (unrealistische Forderungen an sich selbst und die Arbeit, überzogene Erwartungen an die eigene berufliche Wirksamkeit, dauerhafte Konflikte mit KollegInnen/Eltern/SchülerInnen/Vorgesetzten, private oder berufliche Überbeanspruchung)
- Intervention: Wiederherstellung von Gesundheit und Dienstfähigkeit. Im Vordergrund stehen zunächst medizinische und/oder psychologische Beratung, Rehabilitation, Kuren usw. Nachhaltige Hilfestellungen müssen auch berufsbezogene Angebote bereithalten. Darüber hinaus sind auch institutionelle Maßnahmen denkbar und notwendig, verminderter Leistungsfähigkeit Rechnung zu tragen.

Laut einer ExpertInnenbefragung im Rahmen eines Forschungsprojektes der Universität Lüneburg (Sieland, Tacke 2000) sollten folgende belastungsverringende Maßnahmen durchgeführt werden, damit die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Lehrkräften gefördert werden können:

- Belastungsverringerung durch „schulorganisatorische Veränderungen“ – hierbei ist das gesamte System Schule miteinzubeziehen.
- Belastungsverringerung durch „schulrechtliche Veränderungen“ – z.B. das Sabbatjahr und dessen Nutzung, das Ansammeln von Berufszeiten und verschiedenen Alternativ-Beschäftigungen etc.
- Belastungsverringerung durch „Veränderungen in der ersten und zweiten LehrerInnen-Ausbildungsphase“ – dazu gehören geänderte Seminarinhalte, Handlungsfeldarbeit während des Vorbereitungs-/Referendardienstes etc.

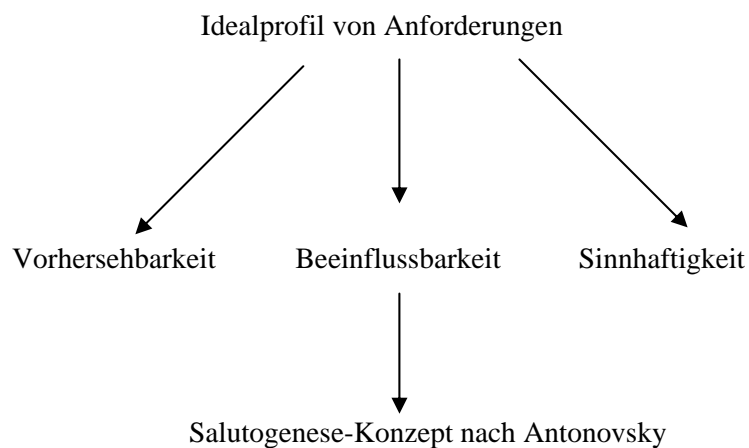
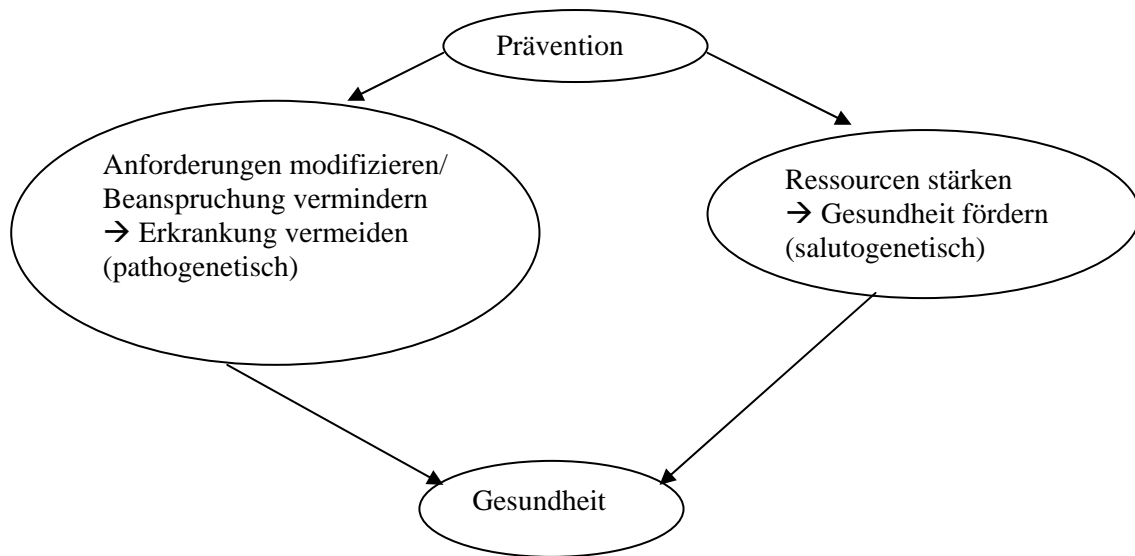
Alle genannten Maßnahmen zielen auf die Verbesserung von Arbeitsbewältigung, Erhaltung von Gesundheit und Herausforderung, Förderung von Teamqualität und Sicherung der pädagogischen Qualität ab. Letztlich tendieren alle Bemühungen in die Richtung eine auch für LehrerInnen gesunde Schule zu schaffen, im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Schule, sowohl auf der Ebene der Einzelschule als auch der Ebene des Schulsystems.

## **2.2. Salutogenese**

Ausgehend von den Untersuchungen zur Gesundheit von LehrerInnen wird die Frage nach den individuellen und sozialen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die gesundheitsförderliche Bewältigung der Anforderungen in den Vordergrund gerückt. Damit werden die Betroffenen nicht als Opfer der auf sie einwirkenden Belastungen gesehen, sondern es wird ihnen eine aktive Rolle bei der Mitgestaltung ihrer Beanspruchungsverhältnisse zugesprochen. Auf dieser Ebene dürfte insbesondere ein besserer Zugang zur Früherkennung möglicher Gefährdungen und damit zur Prävention gegeben sein, denn es lässt sich wirksamer in die Stärkung persönlicher Ressourcen als in die Korrektur bereits vorliegender und manifester Störungen und Beschwerden eingreifen.

Nach Weber (2002) ist Prävention grundsätzlich von zwei Seiten möglich: Zum Einen über die Modifizierung der Anforderungen, die zu einer Verminderung der Beanspruchung und somit zu einer Senkung des Erkrankungsrisiko führt (pathogenetischer Ansatz), zum Anderen über die Stärkung der persönlichen Ressourcen im Sinne der Gesundheitsförderung (salutogenetischer Ansatz). Nach dem Salutogenese-Konzept von Antonovsky sollten Anforderungen so modifiziert werden, dass sie nicht krank machen. Dies ist dann der Fall, wenn Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Sinnhaftigkeit gegeben sind. Eine Kombination ist in dem von Weber (2002) konzipierten 4-Säulen-Modell möglich:





Auch Heyse (2001) sieht in der Praxis drei einander überlagernde Zielrichtungen:

- Intervention: dient der Wiederherstellung von Gesundheit und Dienstfähigkeit.
- Prävention: Beseitigung oder Reduktion von individuellen und institutionellen Risikofaktoren bzw. -belastungen.
- Salutogenese: Stärkung der personalen und professionellen Weiterentwicklung durch eigene und institutionelle Bemühungen mit dem Ziel, die mit dem Lehrberuf unvermeidbar zusammenhängenden Belastungen aushalten, sie produktiv umgestalten oder durch eigene Anstrengungen verringern zu können.

Kramis-Aebischer (2003) zählt neben der Stärkung individueller Ressourcen, Förderung der sozialen Ressourcen, gezielter Nutzung vorhandener Ressourcen für die Organisation Schule, Koordination der

Kräfte, Visionenentwicklung und der Konzentration auf Stärken auch die Ermöglichung von Sinnfindung und Sinnerfahrung für den Ausbau und den Erhalt einer zufriedenen Schule auf.

Wenn es gelingt, in der Tätigkeit Sinn zu erfahren, Sinnfindung zu ermöglichen, so dass die Handlungen mit den Fähigkeiten in Einklang stehen und die Aufmerksamkeit auf die Tätigkeit ausgerichtet ist, dann ist Sinnerleben möglich. Sinnerfüllung in der Arbeit zu haben, heißt, an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten, in dem die Ausschöpfung der eigenen Fähigkeiten, die Realisierung des eigenen Potenzials als wichtige Motivationskraft erfahren wird. Auf der Suche nach Sinn müssen aber gerade Lehrpersonen auch lernen, Sinn nicht nur dann zu erfahren, wenn alles perfekt gemacht wird, sondern auch dort, wo das Bestmögliche aus einer Berufs- und Lebenssituation gemacht wird.

Eine hohe Qualität des Lehrens und Lernens kann auf Dauer nur mit psychisch gesunden LehrerInnen gewährleistet werden, d.h. LehrerInnen, die sich durch Zufriedenheit, Engagement, Widerstandsfähigkeit gegenüber den berufsspezifischen Belastungen auszeichnen.

### **2.2.1 Das Salutogenese-Modell nach Antonovsky**

(vgl. Antonovsky in einer Übersetzung von Franke 1997, Bengel 2001)

Der gesellschaftliche und wissenschaftliche Hintergrund, vor dem Aaron Antonovsky seine Theorie entwickelte, ist geprägt von einer wachsenden kritischen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsversorgung und der Gesundheits- und Krankheitsforschung. Mit dem Modell der Salutogenese will er eine Antwort auf die zentrale Fragestellung geben: Was erhält Menschen – trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Das Verständnis der Umstände, die dazu führen, dass Menschen gesund bleiben, soll Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risikofaktoren erhalten.

Gesundheit ist für Antonovsky ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden. Der menschliche Organismus als System ist permanent Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die eine Störung seiner Ordnung (d.h. seiner Gesundheit) bewirken. Gesundheit und Krankheit sind keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum. Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit. Die beiden Pole völlige Gesundheit und völlige Krankheit sind für lebende Organismen nicht zu erreichen. Jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch noch gesund sein.

Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Die individuelle Geschichte einer Person ist wichtig, weil sich nur in Kenntnis aller Lebensaspekte einer Person die Ressourcen auffinden und fördern lassen, die zur Genesung einer Person beitragen können.

In einer berühmten Metapher hat Antonovsky Gesundheit und Leben mit einem Fluss verglichen – hierbei wird auch der Perspektivenwechsel der Salutogenese bildlich hervorgehoben: Die Menschen

schwimmen in einem Fluss voller Gefahren, Strudel, Biegungen und Stromschnellen. Der Arzt/die Ärztin könne mit seiner pathogenetisch orientierten Medizin versuchen, den/die Ertrinkende aus dem Strom zu reißen. In der Salutogenese geht es aber darum, aus dem Menschen einen guten Schwimmer zu machen und sich dem Lauf des Flusses hinzugeben und seine Möglichkeiten flexibel zu nutzen, d.h. an flachen ruhigen Stellen auszuruhen und wenn es dann dort zu langweilig ist, sich von der Neugier auf den weiteren Verlauf hinter einer Biegung leiten lassen.

### **2.2.2 Generalisierte Widerstandsressourcen**

Gesunde Menschen verfügen über ein Arsenal von Widerstandskräften, mit denen sie Problemen, Spannungen und Stresssituationen begegnen. Antonovsky nennt diese Kräfte „generalisierte Widerstandskräfte“. Diese Kräfte sind wesentliche Protektivfaktoren der Gesundheit. Stressoren und daraus resultierende Stressbelastungen können Krankheiten auslösen, wenn sie mit ohnehin bestehenden Krankheitserregern und körperlichen Schwächen zusammentreffen. Die Ressourcen ermöglichen es, auch körperlich schädigende Spannungen zu bewältigen.

Mit „generalisierten Widerstandsressourcen“ bezeichnet Antonovsky individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten (z.B. finanzielle Sicherheit, Ich-Stärke, Intelligenz, praktische Bewältigungsstrategien, genetisch geprägte oder organische Faktoren), Probleme zu lösen und Schwierigkeiten zu meistern. Diese Ressourcen werden insbesondere in der Kindheit und Jugend entwickelt. Defizite entstehen dann, wenn frühere Lebenserfahrungen nicht konsistent sind.

### **2.2.3 Kohärenzgefühl**

Wenn die äußeren Bedingungen vergleichbar sind, dann wird es von der Ausprägung der individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Diese Grundeinstellung zum Leben wird andauernd mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und von diesen beeinflusst. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst wiederum die Art der Lebenserfahrung. Das führt dazu, dass die Lebenserfahrungen in der Regel die Grundhaltung bestätigen und diese damit stabil und überdauernd wird (= dispositionale Orientierung).

Diese Grundhaltung setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen:

#### **1. Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)**

Das Gefühl der Verstehbarkeit meint, die Welt als geordnet und strukturiert wahrzunehmen und nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster.

## 2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky nennt dies auch instrumentelles Vertrauen und definiert es als das „*Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen.*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.35). Antonovsky betrachtet das Gefühl der Handhabbarkeit als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster.

## 3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Diese Komponente beschreibt das „*Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.35/36). Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls.

Ein Vertrauen in die innere Sinnstiftung, das Leben als verstehbar, handhabbar und sinnvoll wahrzunehmen, d.h. gelingende Persönlichkeitsentwicklung auf der Basis von Kohärenzsinn – nicht im Sinne eines oberflächlichen Optimismus, sondern als intensive Erfahrung und Einstellung, das Leben meistern und Probleme als Herausforderungen angehen zu können – ist unter dem Begriff „sense of coherence“ durch den israelischen Forscher Aaron Antonovsky ursprünglich an Menschen unter Extrembelastungen aufgefunden worden.

Soziale Unterstützung, Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Kohärenzsinn als Fähigkeit, Belastungen auch als sinnvolle Herausforderung zu begegnen, sind psychosoziale Qualitäten – gesundheitsförderliche Ressourcen – sozialen Handelns. (Koch 2003)

Sense of coherence ist eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang eine Person ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann. Dadurch sollen die eigenen Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn bekommen und durch ein positives Selbstbild soll Handlungsfähigkeit ermöglicht werden. (Milz zitiert Kickbusch 1996)

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Er aktiviert die für diese spezifische Situation angemessenen Ressourcen. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird hingegen Anforderungen eher starr und rigide beantworten, da er weniger Ressourcen zur Bewältigung hat bzw. wahrnimmt.

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls hängt von der Umwelt ab, in der das Individuum aufgewachsen ist. Erfahrungen, Prägungen und Erziehung spielen eine wesentliche Rolle. So entwickeln Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ein hohes Maß an Kohärenzgefühl, wenn sie die Welt als gleichmäßig und berechenbar erleben, Probleme und Aufgaben als herausfordernd, aber auch lösbar kennen lernen und sich im Kontakt mit andern als bedeutsam und liebenswert begreifen. Ab etwa dem 30. Lebensjahr bleibt nach Antonovsky das individuelle Maß des Kohärenzgefühls relativ konstant. Untersuchungen legen aber nahe, dass auch jenseits des 30. Lebensjahres der SOC beeinflussbar ist.

## **2.2.4 Stressoren und Spannungszustände**

Potenziell stressauslösende Faktoren sind nach Antonovsky in erster Linie neutrale Reize. Zu Stressoren werden Reize erst, wenn sie Stressreaktionen hervorrufen. Stressreaktion bedeutet nach Antonovsky aber nicht mehr, als dass eine Situation vorliegt, in der das Individuum nicht weiß, wie es reagieren soll. Aufgabe des Organismus ist es nun, den Stressor zu bearbeiten und den dabei auftretenden physiologischen Spannungszustand zu lösen. Ob ein Stressor eine Stressreaktion auslöst und ob dann die Stressreaktion tatsächlich schädlich ist, hängt vom individuellen Bewertungsraster und persönlichen Widerstandsressourcen ab. In einer ersten Bewertung wird also über die Frage befunden, ob ein Reiz überhaupt als Stressor auftritt. Dabei bewerten Menschen mit hohem SOC potenzielle Stressreize häufiger neutral als Menschen mit niedrigem SOC. Bereits durch diese erste Bewertung nehmen Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl viele potenzielle Stressoren nicht mehr als Stressreize wahr. Selbst die als Stressoren wahrgenommenen Reize lösen nicht zwangsläufig eine Stressreaktion aus. In einer zweiten Prüfung beurteilt das Individuum den Stressor und schätzt ab, ob es Reserven, Strategien und Ressourcen hat, dem Problem angemessen entgegenzutreten. Fall eins: Es nimmt zwar Anspannung wahr, versichert sich aber gleichzeitig, dass keine Gefahr droht. Fall zwei: Es sieht sich durch das Problem gefährdet, und das löst eine Stressreaktion aus. Menschen mit einem hohen SOC werden in einem Stressor eher eine bewältigbare Herausforderung als ein unlösbares Problem entdecken.

Die Aufwärtsspirale: Ein hohes Maß an Widerstandsressourcen hilft, Reize seltener als Stressoren zu werten. Das Individuum erfasst die Welt als strukturiert und handhabbar mit der Folge, dass diese Erfahrungen das Kohärenzgefühl stärken. Diese Stärkung wiederum erhöht die Widerstandsressourcen.

Die Abwärtsspirale: Ein Stressor löst Spannung aus, und dem Individuum gelingt es nicht, diese Spannung zu lösen. Es gerät in einen Stresszustand, der zur Krankheit führt. Zugleich erfährt sich die Person als machtlos gegenüber der Welt und kann ein nur gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl entwickeln.

## **2.2.5 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit**

Nach Antonovsky können unterschiedliche Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls angenommen werden: Der SOC kann verschiedene Systeme des Organismus (z.B. Zentralnervensystem, Immunsystem, Hormonsystem) direkt beeinflussen. Er wirkt bei den gedanklichen Prozessen mit, die darüber entscheiden, ob Situationen als gefährlich, ungefährlich oder als willkommen bewertet werden. Die Ausprägung des SOC beeinflusst somit nicht nur die Bewältigung von Spannungszuständen, sondern wirkt direkt als Filter bei der Verarbeitung von Informationen.

Der SOC mobilisiert vorhandene Ressourcen. Der erfolgreiche Einsatz dieser Ressourcen führt zur Spannungsreduktion und wirkt damit indirekt auf die physiologischen Systeme der Stressverarbeitung. Die kurzfristigen physiologischen Stressreaktionen sieht Antonovsky dabei nicht als

gesundheitsschädigend, sofern sie durch eine anschließende Erholungsphase ausgeglichen werden. Eine Schädigung entsteht erst dann, wenn diese selbstregulativen Prozesse des Systems gestört sind.

Menschen mit einem ausgeprägten SOC sind eher in der Lage, sich gezielt für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entscheiden (z.B. gesunde Ernährung, Vorsorgeuntersuchung etc.) und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden. Damit hat der SOC über die Auswirkungen des Gesundheitsverhalten indirekt Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Seine Annahme, dass das kognitiv-motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls direkten Einfluss auf den Organismus nehmen kann, sieht Antonovsky durch die Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsbereiches der Psychoneuroimmunologie bestätigt.

### **2.2.6 Forschung**

Um die Ausprägung des Kohärenzgefühls zu erfassen, hat Antonovsky einen Fragebogen, den Orientation to Life Questionnaire bzw. die SOC-Skala entwickelt, der in einer Lang- und Kurzform vorliegt. Die bisherige empirische Überprüfung des Fragebogens zeigt, dass die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, d.h. dass die Skala nur die Gesamtausprägung misst. Es zeigt sich, dass das Instrument eine hohe Reliabilität, d.h. eine hohe Messgenauigkeit aufweist.

Der Stand der Forschung zeigt, dass Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit eng zusammenhängen. Die Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit bzw. Depressivität sind sogar so hoch, dass sich die Frage stellt, ob die SOC-Skala anderes oder mehr misst als die gängigen Instrumente zur Erfassung der genannten Dimensionen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Weniger eindeutig erweist sich der Zusammenhang zwischen SOC und Maßen der körperlichen Gesundheit bzw. dem subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand. In Frage gestellt werden muss der von Anonovsky formulierte direkte Einfluss von SOC auf die körperliche Gesundheit.

Bestätigt wurde Antonovskys Modell beim Zusammenhang zwischen SOC und Stresswahrnehmung. Der SOC beeinflusst die Wahrnehmung von Stress und die Bewertung von potenziellen Stressoren. Tendenziell bestätigt haben Untersuchungen eine Korrelation zwischen dem SOC und dem sozialen Umfeld, in dem der/die Einzelne steht. Die Hypothese, dass Frauen einen im Durchschnitt geringeren SOC als Männer haben, scheint sich zu bestätigen. Bestätigt hat sich auch Antonovskys Annahme, dass das Modell interkulturell in den Industrieländern einsetzbar ist. Zugleich belegt die Forschung, dass das Maß an Kohärenzgefühl unabhängig vom Bildungsstand ist. Ein Zusammenhang zwischen SOC und Gesundheitsverhalten ließ sich kaum belegen. Außerdem zeichnet sich ab, dass der SOC bis in hohe Alter veränderbar ist.

## 2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Das Modell der Salutogenese ist in etwa zeitlich parallel mit gemeindepsychologischen Ansätzen, dem Konzept des Empowerment und sozial-ökologischen Ansätzen formuliert worden. All diese Ansätze stehen bzw. ermöglichen einen Perspektivenwechsel in der Prävention, der seinen Niederschlag in der Ottawa-Charta der WHO und im Ansatz der Gesundheitsförderung findet. Auch wenn in der Ottawa-Charta von 1986 der Begriff der Salutogenese bzw. des Kohärenzgefühls noch nicht auftaucht, wird die Stärkung des Kohärenzgefühls später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung genannt und das von Antonovsky formulierte positive Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet.

Der Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren ist im Einklang mit einem modernen Gesundheitsbegriff, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend neben die körperliche Dimension stellt. Das Modell steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen. Strukturelle und gesellschaftliche Maßnahmen, die dem/der Einzelnen Einflussnahme und Teilhabe an sozial anerkannte Entscheidungsprozessen (Partizipation) ermöglichen, sieht Antonovsky als vielversprechende Möglichkeit, das Kohärenzgefühl positiv zu beeinflussen.

Das Kohärenzgefühl dominiert zwar als personale Ressource das Modell der Salutogenese, für dessen Entwicklung müssen jedoch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen darauf abzielen, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren (z.B. Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität etc.) zu fördern.

### 2.3.1 Begriffsklärung von Gesundheitsförderung

In der gesundheitspsychologischen Literatur liegen zur „Gesundheitsförderung“ vielfältige begriffliche Fassungen vor. Durch einige lässt sich der pathogenetische Aspekt, durch andere Definitionen der salutogenetische Aspekt gesundheitlichen Handelns hervorheben. Bei dem pathogenetischen Aspekt dient die Gesundheitsförderung sowohl als soziale Integrationshilfe rehabilitativ als auch größtenteils präventiv. Während der pathogenetische Aspekt die Prävention von Risikofaktoren beinhaltet, kommt es beim salutogenetischen Aspekt auf die Förderung von Ressourcen an. Es geht hierbei also eher um die Erhöhung der Gestaltungskraft und die Bewältigungsfähigkeit, während es bei dem pathogenetischen Aspekt um die Abwesenheit von Gebrechen und Krankheit geht. Der salutogenetische Aspekt zielt auf selbstbestimmtes Gesundheitshandeln von Individuen. Die Grundlage hierfür sind die Beschlüsse der Ottawa-Charta (1986).

*„Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und*

*nicht als vorrangiges Lebensziel...Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesunderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden.“ (Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation, WHO 1986)*

Wichtig an der Definition der WHO erscheint, dass sie sich nicht nur auf den Körper bezieht, sondern alle Aspekte menschlichen Seins berücksichtigt und die Vorstellung von „wer nicht krank ist, ist gesund“ überholt.

Bereits 1948 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden definiert. In diesem Zusammenhang wird von einem „bio-psycho-sozialen“ bzw. „öko-holistischen Gesundheitsbegriff“ gesprochen. Demnach beeinflusst alles, was auf den Körper, die Seele und die soziale Situation von Menschen einwirkt, ihre Gesundheit. Und alle diese Einflüsse finden sich überall dort, wo sich Menschen aufhalten. (BMSG, BMBWK 1999)

1986 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung verabschiedet und damit der Begriff Gesundheitsförderung mit einem neuen Konzept für den gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit und Gesundheit versehen. Die Ottawa-Charta aus dem Jahre 1986 verband erstmals eine adäquate Gesundheitsauffassung mit gesundheitspolitischen Umsetzungsstrukturen und bot so eine neue Vision von Gesundheit für differenzierte demokratische Gesellschaften. (Scharinger 1998)

*„Die Förderung gesunder Lebensweisen nimmt durch eine krankheitsunspezifische Prävention neben dem Verhalten des einzelnen Menschen auch seine Lebens- und Umweltbedingungen in den Blick.“ (Heindl, Gusek 1993, S. 341)*

In der Ottawa-Charta werden fünf Handlungsbereiche für die Gesundheitsförderung folgendermaßen festgelegt:

- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenzen entwickeln
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Interessen vertreten, vermitteln, befähigen
- Gesundheitsdienste neu orientieren

(Kickbusch, Jones 1996)

Nach Scharinger (1998) bietet den theoretischen Rahmen für das Konzept der Gesundheitsförderung ein neuer Gesundheitsbegriff. Durch die Neubewertung der Differenz gesund/krank wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen und den pathogenen Modellen der Medizin ein salutogenetisches Konzept gegenübergestellt.

Nach Kickbusch (1996) war es nicht nur interessant zu fragen: „Was macht krank?“, sondern zu fragen: „Was macht uns eigentlich gesund?“ Ein Teil des WHO-Programms war die Frage, wie man es schaffen kann, der Gesundheit Priorität zu geben, gewidmet. Und weiters, wie es möglich ist, dem Bemühen um Gesundheit statt dem Behandeln von Krankheit Legitimation und Status, rechtliche und institutionelle Grundlagen und Geld zu verschaffen.



Das Ottawa-Konzept der Gesundheitsförderung hatte weltweit große Resonanz. Es hat in zahlreichen Ländern zum Aufbau neuer Gesundheitsprojekte und Gesundheitsprogramme geführt. Seit den 80er Jahren sind umfangreiche internationale und nationale Gesundheitspartnerschaften entstanden (Netzwerke gesundheitsfördernder Städte, Gemeinden, Schulen, Betriebe und Krankenhäuser).

### **2.3.2 Organisationsentwicklung/Setting**

Die in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung erstmalig geleistete Zusammenführung personen- und institutionenbezogener Handlungsebenen (Personen, Gruppen, Institutionen, Gemeinwesen, Politik) erfordert – laut Homfeldt u.a. (1993) – praktische Konzepte, die Ansätze zur Personenqualifizierung mit solchen zur Organisationsentwicklung verbinden.

Im Gegensatz zu älteren Konzepten der Gesundheitserziehung oder der Präventivmedizin zielen die Interventionen von Gesundheitsförderung nicht primär auf die Veränderungen von persönlichen Verhalten, sondern auf die Entwicklung von sozialen Systemen, von Organisationen. Als Schlüsselstrategie der international größten Gesundheitsförderungsprojekte kann der sogenannte „Setting-Approach“ angesehen werden. Dieser geht davon aus, dass die neue Konzeption der Gesundheitsförderung immer auf bereits vorhandene Settings – relevante Lebenswelten und relevante soziale Systeme bestimmter Bevölkerungsgruppen – trifft und daher stark auf erfolgreiche Interventionen in bereits strukturierte soziale Felder angewiesen ist. (Scharinger 1998)

Die Entwicklung von Settings für Gesundheit bedeutet, dass die organisatorischen Rahmenbedingungen aktiv gestaltet werden müssen – von Entscheidungsträgern, Fachkräften und Betroffenen. (BMAGS, BMUK 1997)

Das Konzept der „Settings für Gesundheit“ baut auf der Voraussetzung auf, dass jede Organisation und/oder Gemeinschaft ihr gesundheitliches Entwicklungspotenzial hat, das durch eine Reihe festgelegter Strategien gefördert und in den unterschiedlichen Settings eingesetzt werden kann. (Kickbusch, Jones 1996)

Baric´ und Conrad (1999) glauben, dass die neue Fokussierung der Gesundheitsförderung auf Settings davon abhängen wird, inwieweit jene, die dieses Konzept umsetzen wollen, den Unterschied zwischen der Gesundheitsförderung in einem Setting und einem gesundheitsfördernden Setting verstehen: Gesundheitsförderung in einem Setting hat eine lange Tradition und beinhaltet die Einführung von Maßnahmen (Programme, Projekte) der Gesundheitsförderung in ein spezifisches Setting. Ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung oder deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Systems.

Die Umwandlung eines Settings in ein gesundheitsförderndes Setting erfordert - laut Baric´ und Conrad (1999) – organisatorische Veränderungen zur Übernahme folgender Verpflichtungen:

- Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Settingumwelt
- Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Settingalltags
- Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen

Dies wird in der Regel in drei Phasen durchgeführt: Grundlagenarbeit – das ist die Arbeit der Leitung und Verwaltung eines Settings, die die Entscheidung zur Umwandlung in ein gesundheitsförderndes Setting trifft – Umsetzung auf der institutionellen Ebene und Umsetzung auf der Ebene der Konsumenten.

Die Veränderungsprozesse in und von Organisationen und die Initiierung und Begleitung dieser Organisationsentwicklungsprozesse werden damit zum Kernbereich des neuen Ansatzes von Gesundheitsförderung. Außerdem stehen die Kommunikations- und Handlungsstrukturen der sozialen Systeme und nicht die Verhaltensweisen einzelner AkteurInnen im Vordergrund. (Scharinger 1998)

Svoboda (1993) sieht als das Ziel der Organisationsentwicklung die partizipativ geplante Veränderung der Organisationen zu ermöglichen, indem interne strukturelle Handlungsspielräume vergrößert und gebundene personelle Ressourcen mobilisiert werden, um damit sowohl die betriebliche Effizienz als auch das individuelle Wohlbefinden der MitarbeiterInnen zu erhöhen.

Eine Untersuchung von Meier (2003) hat in diesem Zusammenhang belegt, dass ein positiv erlebtes Organisationsklima mit einem hohen Wert des SOC einhergeht, wobei das Kooperations- und Konfliktbewältigungsklima und das Vertrauensklima den größten gesundheitsfördernden Einfluss ausüben. Die Befragung stützt sich auf 225 berufstätige Personen von drei Organisationen mittels des SOC-29-Fragebogen von Aaron Antonovsky. Diese Studie unterstreicht die Wichtigkeit des positiv erlebten Organisationsklima im Bezug auf den SOC und demzufolge auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten.

Gesundheitsförderung, verstanden als Intervention in soziale Systeme und praktiziert als Entwicklungsprozess in und zwischen Organisationen, verändert – laut Grossmann (1993) – in einschneidender Weise die Arbeitsperspektive der Professionellen im Feld der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsprozess erfordert Verständnis für die Entwicklungsbedingungen von komplexen sozialen Systemen und das Managen von Organisationsprozessen. Gesundheitsförderung steht vor der Aufgabe, in die Entscheidungen und das professionelle Handeln von Organisationen neue und der Eigenlogik dieser Organisationen zunächst fremde Dimensionen einzuführen. Gesundheitsförderung muss sich zu den Hauptaufgaben der jeweiligen Organisationen in Beziehung setzen – sie muss anschlussfähige Interessen finden.

Schule als soziale Organisationsform begibt sich damit – nach Göpel (1993) – selbst in einen Lernprozess und verschränkt dabei zwei unterschiedliche Entwicklungsprozesse: erstens die biografische Entwicklung der beteiligten Menschen und zweitens die gesellschaftlich-kulturelle Entwicklung, die zu veränderten Anforderungen, Problemen und Möglichkeiten von Schule führt. Gesundheitsförderung bedeutet sehr wesentlich, das Kriterium Gesundheit in die Entscheidungsprozesse eines Systems einzuführen.

Projektmanagement ist nach der Auffassung von Grossmann (1993) in vielen Bereichen eine adäquate Organisationsform für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb, in der Schule, in Krankenhäusern, aber auch in der Realisierung von größeren umwelt- oder lebensstilbezogenen Programmen, in denen es besonders darauf ankommt, unterschiedliche Organisationen und fachliche Ressourcen für eine befristete gemeinsame Handlungsperspektive zu gewinnen. Projektentwicklung im Interesse von Gesundheitsförderung kann – laut Grossmann (1993) – nicht bedeuten, fertige Konzepte in eine Organisation hineinzutragen und zu implementieren. Projektmanagement setzt Impulse für die Selbstentwicklung einer Organisation und ihrer Mitglieder. Vom Status quo ausgehend wird Schritt um Schritt die Art und Weise bearbeitet, wie in einer Organisation mit bestimmten Gesundheitsbedingungen umgegangen wird, in einem zirkulären Prozess von Planung, Entscheidung, Auftragserteilung, Realisierung, Beobachtung, Auswertung, Planung, neuerlicher Entscheidung und neuerlicher Beauftragung.

Zusammenfassend lassen sich nach Göpel (1993) folgende Anforderungen formulieren, die im Rahmen von Organisationsentwicklung in Schulen zu berücksichtigen sind:

- überprüfbare Zielorientierung
- Verlagerung der Initiative und Verantwortung an die unmittelbar Beteiligten
- Transparenz und Partizipation
- Internalisierung statt Externalisierung von Problemen
- Erweiterung des Handlungsbereiches

Nach Schley (1993) ist ein neuer Denk- und Handlungsrahmen nötig: Paradigmenwechsel, Verbindung zwischen Zielorientierung und Prozessorientierung, Verständnis der Schule als lebendigem, sich selbst wandelndem Organismus und der Notwendigkeit der Entwicklung einer Lernkultur. Ein Projekt im Organisationsentwicklungsverständnis liegt nach Schley (1993) dann vor, wenn eine Schule sich mit allen Beteiligten darüber verständigt, eine grenzüberschreitende Veränderung einzuführen, die systemweite Folgen hat und wenigstens einen Parameter des bisherigen Systems betrifft: Zeit, Raum, Arbeitsteilung, Kooperation, Öffnung nach außen, Profilbildung.

Lüde (1993) sieht in den Methoden der Organisationsentwicklung die Möglichkeiten, auf verändertes Verhalten von KollegInnen, auf ihre Individualität, ihre Stärken und Schwächen einzugehen und es für gemeinsame schulische Ziele zu nutzen. Versteht man Schulentwicklung als Prozessplanung, kommt es nach Lüde (1993) darauf an, Kriterien für eine überzeugende Prioritätensetzung beabsichtigter Handlungen zu finden und Entscheidungen des Kollegiums aus dem Bereich der Zufälligkeit herauszubringen. Hierzu müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Ein geplantes Entwicklungsvorhaben muss einen Bereich betreffen, der für die betreffende Schule wirklich von Belang ist.
2. Positive Ergebnisse sollen in einem überschaubaren Zeitraum zu erwarten sein, damit das Kollegium Vertrauen in seine Fähigkeiten gewinnen kann, mit den neuen Verfahren der Organisationsentwicklung auch umgehen zu können.

Nach Homfeldt u.a. (1993) ist das Innovationspotenzial einer Schule im Hinblick auf die Gestaltung gesünderer Lebensformen in den Stärken und Schwächen ihrer inneren Organisation zu suchen und somit in der Ausprägung der Kooperationsformen zwischen LehrerInnen und ihren Arbeitsbeziehungen zueinander. Innovationen lassen sich so gut wie gar nicht gegen die Zustimmung und innere Beteiligung von Kollegien durchsetzen. Innerschulische Kooperationsformen, persönliche

Arbeitszufriedenheit sowie der Identifikationsgrad mit dem Arbeitsplatz sind daher entscheidende Faktoren von Organisationsentwicklung.

In der Organisationskultur einer Schule spiegelt sich der Grad der Offenheit oder Geschlossenheit, der Beweglichkeit oder Erstarrung, der Innovationsbereitschaft oder -hemmung wider. Die Kultur hat nach Homfeldt u.a. (1993) *„nicht nur unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen auf die Beteiligten, sondern sie ist auch ein Indiz für den Grad der Gesundheit eines sozialen Systems insgesamt.“* (S. 331)

### 2.3.3 *„Gesundheitsfördernde Schulen“*

Kramis-Aebischer (2003) sieht folgende Faktoren als ausschlaggebend für die Zufriedenheit im Lehrberuf:

- wenn die LehrerInnen die eigene Schule als gut beurteilen;
- wenn die LehrerInnen ein positives Lernklima und eine angenehme Lernatmosphäre in der Arbeit mit den SchülerInnen erfahren;
- wenn die Zusammenarbeit im Team als wertschätzend und gewinnbringend erlebt wird;
- wenn die Schule gut geführt ist;
- wenn Arbeitserfolge bei Kindern und Eltern feststellbar sind;
- wenn für Innovationsprojekte differenzierte Arbeitsformen, flexible Zeitnutzung und die Koordination der Kräfte in der Schule berücksichtigt und angewendet werden.

Daraus ist zu entnehmen, dass die Voraussetzungen für eine zufriedene Schule sowohl bei der einzelnen Lehrperson, der Organisation Schule, als auch beim Team zu finden sind.

Die zuvor aufgelisteten Ergebnisse von Untersuchungen zeigen auf, welche schulischen Bedingungen für die Gesundheit und die Zufriedenheit von LehrerInnen wichtig bzw. Voraussetzung sind. Die Gesundheitsfördernde Schule versucht diese Erfolgsfaktoren in die Realität umzusetzen.

Als wichtige Erfolgsfaktoren haben sich die Förderung vorhandener Ressourcen, die Einbeziehung des „Systems Schule“, die Partizipation der Betroffenen und Einbettung der Maßnahmen in ein Gesamtkonzept zur Schulentwicklung herausgestellt (Hundeloh 2002).

Die Ottawa-Charta besagt, dass Gesundheitsförderung einerseits die Ressourcen der Menschen stärkt, damit diese selbst die Balance zwischen Anforderungen und Wünschen herstellen können. Stichworte dazu sind Empowerment, Ressourcenorientierung und Partizipation. Und andererseits hat die Gesundheitsförderung die Aufgabe, Rahmenbedingungen schaffen zu helfen, welche ein höheres Maß an Selbstbestimmung ermöglichen. Stichworte dazu sind Vernetzung von Beteiligten und Ressourcen, Interessen vertreten und gestalten von Lebensbedingungen und -umwelten. Gesundheitsförderung in der Schule hat damit nicht nur die SchülerInnen im Blick, sondern auch die Lehrkräfte, das Kollegium und die Klasse als Gruppe, die gesamte Schule als Institution als auch deren Umfeld. Wichtigstes Ziel der Gesundheitsfördernden Schule ist es, in allen Handlungen und Entscheidungen optimal auf die Bedürfnisse der SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern und der anderen Mitglieder der Schulgemeinschaft einzugehen.

Eine Gesundheitsfördernde Schule wertet die Gesundheit der LehrerInnen als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung der SchülerInnen.

Gesundheitsförderung versteht sich – laut Gerber-Eggimann (2002) – als Instrument, Aufgaben, welche in der Schule ohnehin anfallen, auf eine gezielte Weise anzugehen und mit anderen Anliegen und Projekten zu verbinden. Es geht um den Umgang mit alltäglichen Anforderungen wie: Konflikte lösen, angemessen auf aggressive, unmotivierte oder ausgegrenzte SchülerInnen eingehen, eine konstruktive Gesprächskultur in der Klasse/im Team/in der Schule pflegen, Regeln vereinbaren und durchsetzen, sich als Schule ein Profil geben, Qualität sichern. Die Orientierung an vorhandenen Bedürfnissen aller Beteiligten und die Verwirklichung partizipativer Vorgehensweisen ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung.

In einer Gesundheitsfördernden Schule müssen im Ergebnis die Gesundheitsrisiken und -belastungen abnehmen und Gesundheitspotenziale gestärkt werden. So wird Gesundheitsförderung zu einer Investition in die Entwicklung der Schule als Organisation. Die physische, psychische und soziale Gesundheit aller, die einen wichtigen Teil ihrer Lebenszeit in der Schule verbringen, wird ein relevantes Kriterium bei allem Tun und Entscheiden, das die Gestaltung der Schule und des schulischen Alltags betrifft.

Die Umsetzung des Konzeptes Gesundheitsförderung fordert die Organisation auf, sich als Organisation auf Gesundheit zu beziehen und die nicht allein einigen an diesem Thema interessierten LehrerInnen zu überlassen. Eine Schule, die sich als Organisation ein Profil geben will, kann Qualität und Gesundheit sehr gut als Pfeiler der eigenen Identität integrieren und ins eigene Schulprofil aufnehmen.(BMAGS, BMUK 1997)

Die innere Gestaltung und Qualitätsverbesserung des Schullebens und die Öffnung der Organisation Schule nach außen sind die zentralen Leitorientierungen des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“, welches damit eine deutliche Erweiterung traditioneller Formen von schulischer Gesundheitserziehung darstellt.

Es ergeben sich nach Scharinger (1996) drei zentrale Innovationsstrategien:

Gesundheitsfördernde Schulen

- orientieren sich an den Bedürfnissen ihrer KlientInnen
- gestalten sich von innen heraus
- öffnen sich relevanten Umwelten.

Nach Scharinger (1996) ist die wichtigste konzeptionelle Vorgabe im Rahmen der konkreten Umsetzung die Forderung nach der Bildung eines Schulteams, welches die Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen übernimmt.

*„Mit der Forderung, das ‚schulische Einzelkämpfertum‘ aufzugeben und im Rahmen der ‚Gesundheitsfördernden Schulen‘ partizipative Teamentwicklung zu forcieren, werden langfristige und komplexe Prozesse in Gang gesetzt, die weit über den unmittelbaren Themenkomplex ‚Gesundheit‘ hinausgehen.“ (Scharinger 1996, S.17)*

Hauptziele der Gesundheitsförderung sind (BMSG, BMBWK 2001):

1. die Kompetenzentwicklung im Umgang mit Gesundheit und mit Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können, d.h. Wissensentwicklung und Entwicklung persönlicher Handlungskompetenz. Diese Stärkung der persönlichen Gesundheitsressourcen bezeichnet man auch „Empowerment-Ansatz“ der Gesundheitsförderung.
  2. die Veränderung des Umfeldes – schädliche Einwirkungen (z.B. Stress, ungünstige Beleuchtung) sollen reduziert werden, günstige Einwirkungen (z.B. gesunde Jause, partizipative Unterrichtsstile) sollen verstärkt werden. Gesundheitsförderung konzentriert sich damit auf Veränderungen bei einzelnen Personen und Gruppen und auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Situationen bzw. Umwelten, in denen sich diese Personen und Gruppen aufhalten.
- Gesundheitsförderung behandelt Gesundheit aus ganzheitlicher Perspektive – also körperliche (z.B. Haltung/Bewegung, Ernährung) sowie psychische (z.B. Stressbewältigung) und soziale Gesundheit (z.B. Erarbeiten von Möglichkeiten einer erfüllten Lebensgestaltung).
  - Gesundheitsförderung betrifft alle Personen in einer bestimmten Umwelt. Für den Bereich Schule bedeutet das: Förderung der Gesundheit von SchülerInnen, LehrerInnen, nicht-unterrichtendem Personal und Eltern.
  - Schulische Gesundheitsförderung setzt Methoden zur Wissensvermittlung, zum sozialen Lernen und zur Entwicklung der Schule als Lebenswelt ein. Dazu gehören auch Methoden der Organisationsentwicklung, des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung.
  - Gesundheitsförderung ist ein organisationsumfassender Ansatz und sollte daher im Auftrag der Schulleitung möglichst fächer- und schulstufenübergreifend durchgeführt werden. Idealerweise geschieht dies, indem ein/e GesundheitsförderungskordinatorIn und ein Gesundheitsförderungsteam innerhalb einer Schule gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Dazu ist es auch notwendig, dass Gesundheitsförderung regelmäßig in den Gremien der Schulgemeinschaft thematisiert und diskutiert wird. Im Rahmen der Schulautonomie besteht auch die Möglichkeit und Chance, Gesundheitsförderung im Schulprogramm oder Schulprofil zu verankern.

Laut Gerber-Eggimann (2002) ist Gesundheitsförderung an der Schule eine gezielte Gestaltung des Alltags anhand folgender Leitlinien:

- Bedürfnisorientierung: Zu Beginn einer Aktivität steht eine Bedarfsabklärung.
- Partizipation: Alle betroffenen Zielgruppen werden bei der Planung, Durchführung und Auswertung einer Aktivität beteiligt.
- Zielorientierung: Die Ziele sind klar definiert, erreichbar und können überprüft werden. Anfang und Schluss der Aktivität sind definiert.
- Ressourcenorientierung: Die Aktivitäten gehen von den Stärken der Beteiligten aus und fördern diese. Sie sind mit positiven Erfahrungen verbunden.
- Organisation: Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind allen Beteiligten klar.

- Grundlagenorientierung: Die Aktivitäten können aus Sicht der Gesundheitsförderung theoretisch begründet werden.

Das Europäische Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ wurde von WHO-Regionalbüro für Europa, dem Europarat und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften 1991 angeregt. Innerhalb von fünf Jahren hat sich das Netzwerk von einem kleinen Pilotprojekt mit vier Ländern zu einem riesigen Aktivitätenkomplex entwickelt. (Kickbusch, Jones 1996)

Österreich beteiligt sich seit September 1993 an diesem Netzwerk – eine Pilotphase mit elf Projektschulen erfolgte 1993 – 1996.

## **2.4 Forschungsfragen**

Die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung lautet:

Wie hoch sind der SOC-Gesamtwert und die Werte der SOC-Komponenten von LehrerInnen, die in Gesundheitsfördernden Schulen tätig sind? Unterscheiden sich diese signifikant von anderen Normstichproben?

Als zusätzliche Fragen – ausgehend von den angeführten Untersuchungen – sind folgende anzuführen: Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf den ermittelten Kohärenzwert und dessen Komponenten?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und SOC-Werten? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf das Gesundheitsverhalten?

## **3. METHODIK**

### **3.1 Fragebogen zum Kohärenzgefühl**

Als Operationalisierung des Kohärenzgefühls entwickelte Antonovsky den 29 Item umfassenden Orientation to Life Questionnaire. Allgemein hat sich der Terminus Sense of Coherence (SOC) für das Instrument durchgesetzt. Neben der Langform (SOC-29), die aus 29 Items besteht, liegen eine 13 Items (SOC-13) und eine neun Items umfassende Kurzform vor (SOC-L9).

Der Fragebogen basiert auf den Daten von 51 qualitativen Interviews, in denen die befragten Personen über ihr Leben berichteten. Die InterviewpartnerInnen waren Menschen, die schwersten Belastungen ausgesetzt waren und dennoch bemerkenswert gut mit ihrem Leben zurechtgekommen zu sein schienen. Ausgewertet wurden Aussagen, die als Grundhaltung gegenüber dem Leben bzw. dem

Erlebten identifiziert wurden. Mit Hilfe der Facettentechnik von Guttman entstanden 29 Items mit jeweils siebenstufigen Einschätzskalen.

Diese Skala zur Messung des Kohärenzgefühls erfasst die Konstrukte „comprehensibility“ (Verstehbarkeit) mit elf Items, „manageability“ (Handhabbarkeit) mit zehn Items und „meaningfulness“ (Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit) mit acht Items (siehe Anhang 1). Die Items sollen eine Grundhaltung im Sinne einer dispositionellen Orientierung erfassen. Die Skala soll transkulturell anwendbar sein und ist für die Lebenssituation von Erwachsenen konzipiert. Die SOC-Skala ist mittlerweile in mehrere Sprachen übersetzt worden.

### **3.2 Allgemeine Fragen**

Der allgemeine Teil bezieht Fragen, die

- die Person: Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung
- die Schule: Mitgliedsstatus, Dauer der Mitgliedschaft, Schultyp, Größe der Schule (Anzahl der LehrerInnen/SchülerInnen) und
- das Gesundheitsverhalten betreffen, mit ein (siehe Anhang 2).

### **3.3 StudienteilnehmerInnen/Stichprobe**

Es wurden alle Schulen des österreichischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“ in die Untersuchung miteinbezogen. Befragt wurden die KoordinatorInnen (AdressatInnen) an Gesundheitsfördernden Schulen und Personen, die in Gesundheitsfördernden Teams mitarbeiten.

Innerhalb des Netzwerkes sind drei Arten der Mitgliedschaft zu berücksichtigen:

- Kooperationsschulen

Das sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen, vielleicht im Moment keine Projekte durchführen, aber Erfahrung mit gesundheitsfördernden Projekten haben.

Unterstützung:

- Information durch Newsletter, Homepage u.a.
- Kontaktadresse auf der Homepage als Vernetzungsmöglichkeit
- Teilnahme an der Netzwerktagung
- Beitritt ins Netzwerk jederzeit möglich

- Netzwerkschulen

Das sind Schulen, die laufend über das Netzwerk informiert werden wollen und selbst qualitätsgesicherte Projekte durchführen und dokumentieren.



Unterstützung:

- Information durch Newsletter, Homepage u.a.
- eine Urkunde
- Kontaktadresse und Projektdokumentation auf der Homepage als Vernetzungsmöglichkeit
- Teilnahme an der Netzwerktagung
- konstruktives Feedback zum Projekt

Die regionalen Netzwerke bieten zusätzliche Unterstützung an.

Leistungen der Schulen:

- Wahl einer/eines Koordinatoren/in
- Bildung eines Projektteams
- Erstellung eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs
- kurze Dokumentation mindestens eines Projekts pro Jahr nach vorgegebenen Kriterien

➤ **Schwerpunktschulen**

Das sind Netzwerkschulen, die den Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“ im Sinne der Erarbeitung eines Leitbildes und Schulprogramms weiterentwickeln wollen.

Unterstützung:

- begleitende Betreuung und Beratung der Schulen durch die Koordinierungsstelle
- eine Urkunde
- Adressen, Prozessberichte und Kommunikationsraum für diese Schulen auf der Homepage
- Teilnahme an der Netzwerktagung

Leistungen der Schulen:

- Bildung einer Steuergruppe an der Schule
- Planung, Durchführung, Evaluation und Dokumentation von Schwerpunktbildungen mit dem Instrument des Schulprogramms
- Beiträge in der Netzwerkzeitung

Die folgende Abbildung 1 gibt einen Gesamtüberblick bezogen auf die Mitgliedsschulen und deren Verteilung auf die Bundesländer.

	<b>Wien</b>	<b>NÖ</b>	<b>OÖ</b>	<b>Sbg.</b>	<b>Tirol</b>	<b>Bgld.</b>	<b>Stmk.</b>	<b>K</b>	<b>V</b>
Schwerpunktschulen	1	1	1	1	1		4	1	
Kooperationsschule	7	4	4	4	5		3	3	
Netzwerkschule	26	10	13	6	4	1	6	3	1

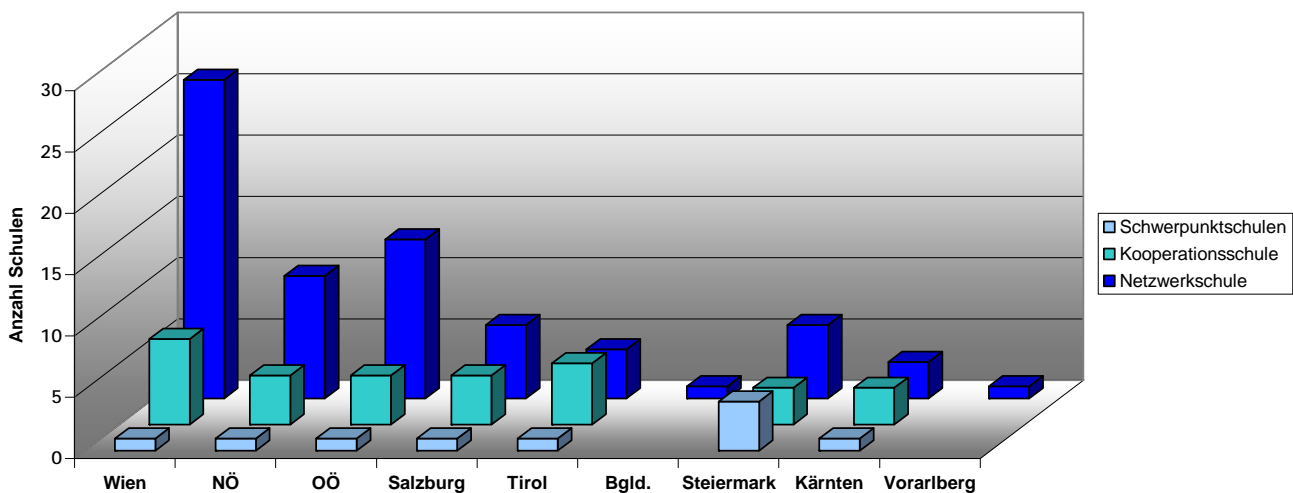


Abb.1: Verteilung der Mitgliedsschulen bezogen auf die Bundesländer

### 3.4 Durchführung

Am 28. September 2004 wurden die Fragebögen mit einem Begleitschreiben (siehe Anhang 3) postalisch an 100 Kooperations- und Netzwerkschulen versendet. Mitgeschickt wurde außerdem ein Rücksendekuvert mit der Anschrift und dem Vermerk „Postentgelt beim Empfänger einheben“. Am selben Tag erfolgte auch eine Mailaussendung mit einem eigens dafür konzipierten Fragebogen, d.h. es wurde ermöglicht, den Fragebogen durch Anklicken der Felder auszufüllen. Als Eingangsfrist wurde der 8. Oktober 2004 genannt. Es wurden aber letztendlich alle Eingänge bis zum 29. Oktober 2004 berücksichtigt. Nach diesem Termin sind noch drei Fragebögen eingelangt, die nicht mehr in die Auswertung miteinbezogen werden konnten.

Insgesamt wurden 92 Fragebögen von den LehrerInnen ausgefüllt. Sieben wurden per Mail, 85 per Post retourniert.

In der Abbildung 2 wird die Aufteilung der Schultypen der Netzwerk- und Kooperationschulen bezogen auf die Bundesländer verdeutlicht.

	Wien	NÖ	OÖ	Sbg.	Tirol	Bgld.	Stmk.	V	K
Mittelschulen	2								
Hauptschulen	5	2	5	4	1		5	1	
Sonstige *	7	4	3	3	3				
Gymnasien	7	4	3	3			2		
Volksschulen	12	4	6		5	1	2		6

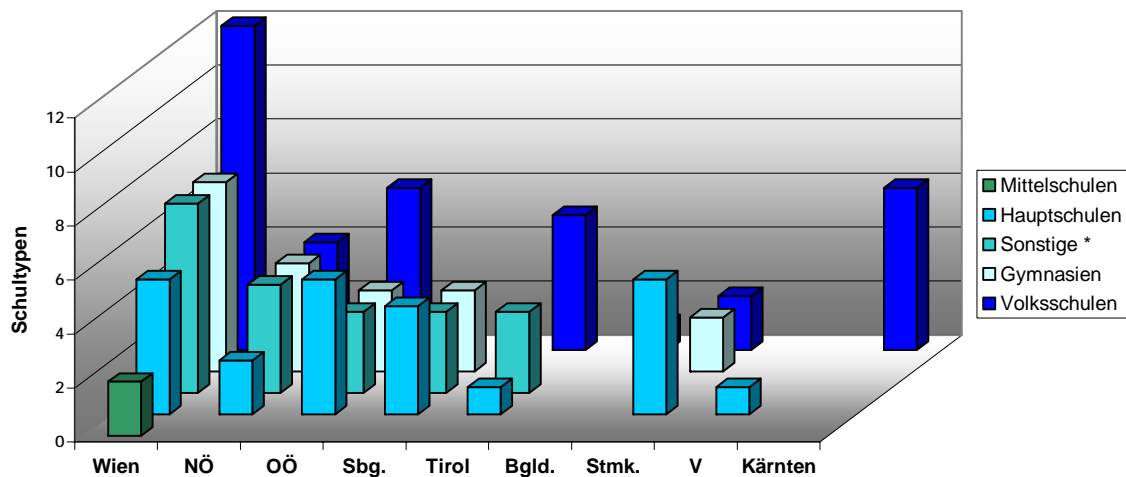


Abb. 2: Verteilung der Schularten der Netzwerk- und Kooperationsschulen bezogen auf die Bundesländer

Unter „Sonstige“ sind folgende Schularten enthalten:

- Ausbildungszentrum
- Expositur der Fachschule für Sozialberufe
- Fachschule für Altdienste und Pflegehilfe
- Fachschule für wirtschaftliche Berufe, Einjährige Wirtschafts-FS, Dreijährige FS für Sozialberufe, Dreijährige FS für Familienhilfe
- Gesunden- und Krankenpflegeschulen
- Höhere Bundeslehranstalt für Mode und Bekleidungstechnik, Produktmanagement und Präsentation
- Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe
- Landesakademie
- Landesberufsschule
- Landwirtschaftliche Landeshaushaltungsschule
- Pädagogische Akademie
- Polytechnische Schule
- Schwerhörigenschule
- Sonderschule
- Sozialpädagogisches Zentrum

Die VertreterInnen der zehn Schwerpunktschulen erhielten die Fragebögen im Rahmen eines mehrtägigen Seminars zur Thematik „Gesundheitsförderung und Schulentwicklung“ von 5. bis 7. Oktober 2004. Sie wurden gebeten, den Fragebogen während dieser Tage auszufüllen und abzugeben. Die Aufteilung, bezogen auf die Schularten, gliedert sich bei den Schwerpunktschulen wie folgt auf (siehe Abb. 3):

	Steiermark	Salzburg	NÖ	Tirol	Kärnten	Wien	OÖ
Volksschulen				1			1
Hauptschulen	2		1		1		
Gymnasien	1	1					
Sonstige*	1					1	

Unter „Sonstige“ sind ein International Business College und eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule anzusiedeln.

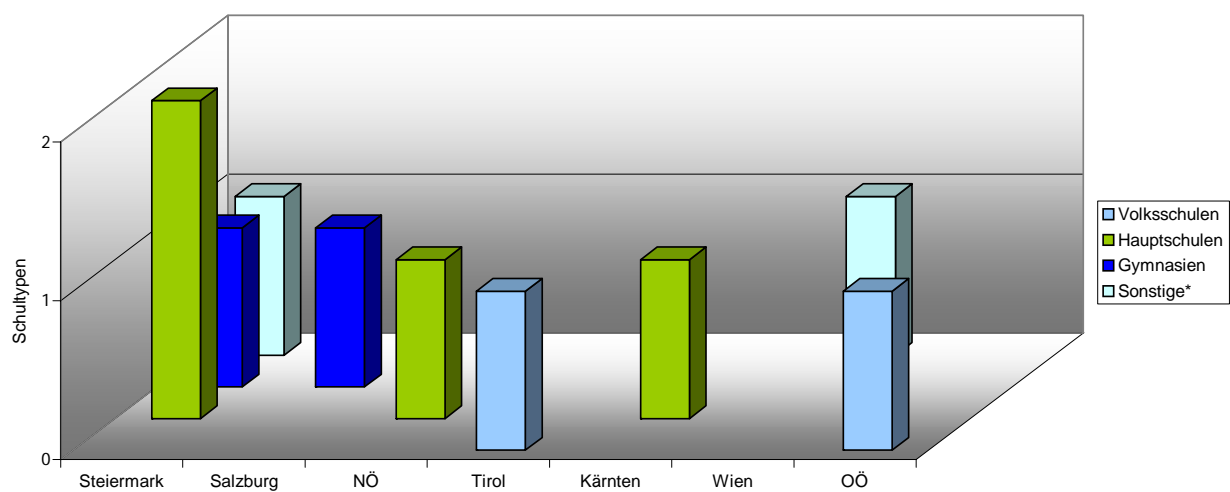


Abb. 3: Verteilung der Schultypen der Schwerpunktschulen bezogen auf die Bundesländer

### 3.5 Statistische Auswertung

Ziel der statistischen Auswertung ist die Errechnung des SOC-Wertes dieser Stichprobe und der Vergleich zu anderen Normwerten. Außerdem sollen Zusammenhänge und Unterschiede zu allgemeinen Daten die Person, Schule und das Gesundheitsverhalten betreffend festgestellt werden. Die Rohdaten - Ergebniswerte der retournierten Fragebögen - wurden in eine Datenmaske eingegeben.

In einem ersten Schritt werden Indexbildungen für die SOC-Komponenten und den SOC-Gesamtwert durch Summenberechnung (nach Antonovsky) vorgenommen. In Folge wird der Stichprobenmittelwert für die SOC-Komponenten und den SOC-Gesamtwert berechnet.

In einem zweiten Schritt wird der Zusammenhang der beiden Fragen zum Gesundheitsverhalten mittels Produkt-Moment-Korrelation (Pearson) und dann eine Mittelwertberechnung des

Gesundheitsverhalten durchgeführt. In weiterer Folge wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und SOC-Gesamtwert mittels Produkt-Moment-Korrelation (Pearson) berechnet.

In einem dritten Schritt erfolgt eine Unterschiedsanalyse der SOC-Komponenten mittels t-Test für abhängige Stichproben mit nachfolgender Mittelwertsberechnung der Gesamtstichprobe vom Mittelwert über die relevanten Items. Es folgt eine Berechnung des Zusammenhangs der SOC-Komponenten mittels Produkt-Moment-Korrelation (Pearson).

In einem vierten Schritt werden Unterschiedsanalysen mittels einfaktorieller Varianzanalyse zu den Bereichen Geschlecht, Beschäftigungsstatus, Mitgliedsstatus, Dauer der Mitgliedschaft und Schultyp durchgeführt. Nach Berechnung der Prozenträge zur Bildung von drei gleich großen Gruppen bei den Variablen Alter, Berufserfahrung, Anzahl der LehrerInnen und Anzahl der SchülerInnen wird in Folge auch eine einfaktorielle Varianzanalyse zur Unterschiedsanalyse durchgeführt. Außerdem werden Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zu den Bereichen Schultyp, Alter, Anzahl der SchülerInnen/LehrerInnen und dem Gesundheitsverhalten durchgeführt.

In einem fünften Schritt werden Unterschiedsanalysen mit Normwerten von zwei Studien und einer Schweizer Vergleichsstudie mittels t-Test für eine abhängige und unabhängige Stichprobe errechnet.

## 4. ERGEBNISSE

### 4.1 Deskriptive Statistik bezogen auf die Stichprobe

Die an der Studie teilnehmenden LehrerInnen sind im Durchschnitt 46 Jahre alt. Bei der Berufserfahrung in Monaten beträgt der Mittelwert 250,13, d.h. rund 21 Jahre. Die durchschnittliche Schulgröße beziffert sich mit rund 33 (32,84) LehrerInnen und 299 (299,48) SchülerInnen.

Bezogen auf die Verteilung der Geschlechter zeigt sich, dass 23 % der Befragten Männer und 77 % Frauen sind (siehe Abb. 4).

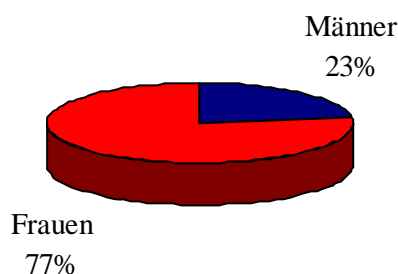


Abb.4: Geschlechterverteilung

Der Beschäftigungsstatus der Befragten teilt sich folgendermaßen auf: 88 % der befragten LehrerInnen arbeiten Vollzeit und nur 12 % sind teilzeitbeschäftigt (siehe Abb. 5).

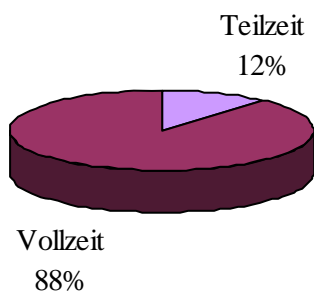


Abb. 5: Beschäftigungsstatus

Die Aufteilung bezogen auf den Status der Mitgliedschaft im Netzwerk teilt sich wie folgt auf: 66 % Netzwerkschulen, 21 % Schwerpunktschulen und 13 % Kooperationsschulen (siehe Abb. 6).

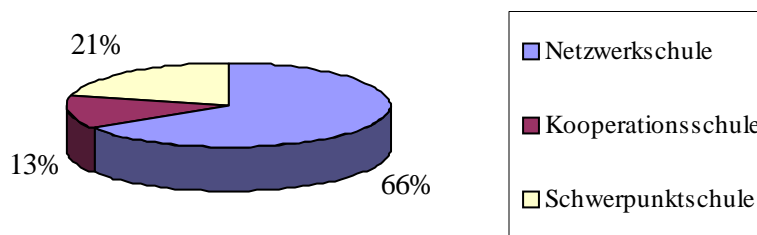


Abb. 6: Mitgliedsstatus

#### 4.2 SOC-Komponenten-Werte und SOC-Gesamtwert

Für den SOC-Gesamtwert und für die SOC-Komponenten konnten folgende Mittelwerte eruiert werden (siehe Tab. 1):

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
<b>SOC- V</b> erstehbarkeit	92	29,00	68,00	53,152	8,398
<b>SOC- H</b> andhabbarkeit	92	36,00	66,00	53,500	7,129
<b>SOC- B</b> edeutsamkeit	92	33,00	55,00	47,685	4,662
<b>SOC-Gesamt</b>	92	114,84	184,57	156,045	16,705

Tab. 1: Mittelwerte des SOC-Gesamtwertes und der SOC-Komponenten

### 4.3 Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und den SOC-Werten

Zwischen den beiden Fragen zum Gesundheitsverhalten besteht ein hoher Zusammenhang. Deshalb wurden diese zusammengefasst ( $r = .615$ ;  $p < .001$ ). Die Mittelwertsberechnung kommt zu folgendem Ergebnis (siehe Tab. 2):

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
<b>GesVH</b>	92	,00	7,00	5,451	1,367

Tab. 2: Zusammenhang der Fragen zum Gesundheitsverhalten

Es konnte keine signifikante Korrelation zwischen dem Gesundheitsverhalten und den SOC-Komponenten und dem SOC-Gesamtwert nachgewiesen werden (siehe Tab. 3):

	SOC-V	SOC-H	SOC-B	SOC- Gesamt
<b>GesVH</b>				
Korrelation nach Pearson	,130	,168	,118	,166
Signifikanz (2-seitig)	,217	,110	,262	,113

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und dem SOC-Gesamtwert und den SOC-Komponenten

#### 4.4 Vergleich der SOC-Komponenten

Die SOC-Komponenten unterscheiden sich jeweils signifikant voneinander (siehe Tab. 4):

	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-seitig)</b>
<b>SOC-V – SOC-H</b>	-9,063	91	,000
<b>SOC-V – SOC-B</b>	-15,048	91	,000
<b>SOC-H – SOC-B</b>	-8,385	91	,000

Tab. 4: Unterscheidung der SOC-Komponenten

Im Vergleich der Mittelwerte zeigt sich, dass SOC-V deutlich geringer als SOC-H und dieser wiederum geringer als SOC-B ausgeprägt ist (siehe Tab. 5):

	<b>Mittelwert</b>	<b>N</b>	<b>Standardabweichung</b>
<b>SOC-V</b>	4,8320	92	,76345
<b>SOC-H</b>	5,3500	92	,71291
<b>SOC-B</b>	5,9606	92	,58276

Tab. 5: Vergleich der Mittelwerte der SOC-Komponenten

Die drei Komponenten sind miteinander signifikant korreliert (siehe Tab. 6):

	<b>N</b>	<b>Korrelation</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>SOC-V &amp; SOC-H</b>	92	,726	,000
<b>SOC-V &amp; SOC-B</b>	92	,455	,000
<b>SOC-H &amp; SOC-B</b>	92	,433	,000

Tab. 6: Korrelation der SOC-Komponenten

#### 4.5 Unterschiedsanalysen

Es konnten keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern und den SOC-Komponenten (SOC-V:  $F_{1;85} = .377$ ;  $p = .541$ ; SOC-H:  $F_{1;85} = .451$ ;  $p = .504$ ; SOC-B:  $F_{1;85} = 1.936$ ;  $p = .168$ ) dem SOC-Gesamtwert ( $F_{1;85} = 1.019$ ;  $p = .316$ ) und dem Gesundheitsverhalten ( $F_{1;85} = .181$ ;  $p = .672$ ) festgestellt werden.

Ebenso verhält es sich mit dem Beschäftigungsstatus (SOC-V:  $F_{1;85} = .395$ ;  $p = .531$ ; SOC-H:  $F_{1;85} = 1.137$ ;  $p = .289$ ; SOC-B:  $F_{1;85} = 1.268$ ;  $p = .263$ ; SOC-Gesamt:  $F_{1;85} = 1.220$ ;  $p = .272$ ).



Einzig beim Gesundheitsverhalten zeigt sich eine knapp nicht signifikante Tendenz ( $F_{1,85} = 3.645$ ;  $p = .060$ ). Teilzeitbeschäftigte haben einen etwas höheren Wert als Vollzeitbeschäftigte, d.h. sie achten mehr auf ihre Gesundheit und sie glauben auch eher, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. (siehe Abb. 7)

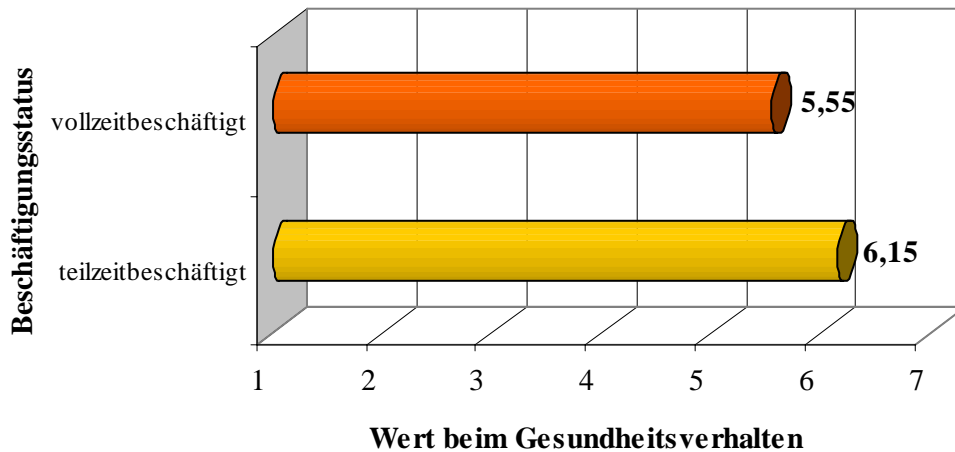


Abb. 7: Beschäftigungsstatus und Gesundheitsverhalten

Es zeigen sich auch keine SOC-Unterschiede in Abhängigkeit vom Mitgliedsstatus (SOC-V:  $F_{2,87} = 1.239$ ;  $p = .295$ ; SOC-H:  $F_{2,87} = 1.406$ ;  $p = .251$ ; SOC-B:  $F_{2,87} = .212$ ;  $p = .810$ ; SOC-Gesamt:  $F_{2,87} = 1.161$ ;  $p = .318$ ).

Beim Gesundheitsverhalten gibt es allerdings einen signifikanten Unterschied ( $F_{2,87} = 6.651$ ;  $p = .002$ ). Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zeigen, dass die Gruppe 2 (Kooperationsschulen) einen deutlich geringeren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweist als die beiden anderen Gruppen, die sich nicht voneinander unterscheiden (siehe Abb. 8, siehe Anhang 4).

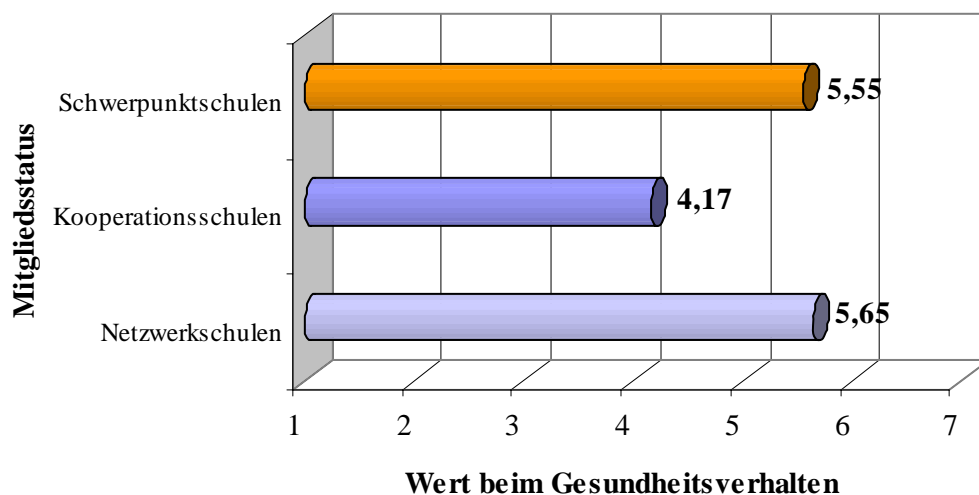


Abb. 8: Mitgliedsstatus und Gesundheitsverhalten

Bei der Dauer der Mitgliedschaft zeigen sich keinerlei SOC-Unterschiede (SOC-V:  $F_{3;79} = .768$ ;  $p = .515$ ; SOC-H:  $F_{3;79} = 1.475$ ;  $p = .228$ ; SOC-B:  $F_{3;79} = .365$ ;  $p = .779$ ; SOC-Gesamt:  $F_{3;79} = 1.047$ ;  $p = .377$ ). Ebenso verhält es sich bezogen auf das Gesundheitsverhalten (GesVH:  $F_{3;79} = 1.243$ ;  $p = .300$ )

Da einige der Schultypen nur sehr gering vertreten waren, wurden die Schulen wie folgt zusammengefasst:

1 = Volksschule; N = 32

3 = Hauptschule; N = 31

4 = AHS oder BHS (ehem. 4 und 5); N = 21

7 = Sonstiges, Sonderschule oder HTL (ehem. 2, 6 und 7); N = 8

Auch hier zeigen sich wiederum keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Schultyp - weder bezogen auf den SOC (SOC-V:  $F_{3;88} = .024$ ;  $p = .995$ ; SOC-H:  $F_{3;88} = 1.082$ ;  $p = .361$ ; SOC-B:  $F_{3;88} = .726$ ;  $p = .539$ ; SOC-Gesamt:  $F_{3;88} = .574$ ;  $p = .633$ ) noch auf das Gesundheitsverhalten (GesVH:  $F_{3;88} = 2.227$ ;  $p = .091$ ).

Für die Variablen Alter, Berufserfahrung, Anzahl LehrerInnen/SchülerInnen wurde die Stichprobe für die Auswertung in drei jeweils gleich große Gruppen geteilt. Jede der drei Gruppen besteht aus 33,3 % der Stichprobe (siehe Anhang 5).

Es zeigen sich keine SOC-Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter (SOC-V:  $F_{2;73} = .118$ ;  $p = .889$ ; SOC-H:  $F_{2;73} = .258$ ;  $p = .773$ ; SOC-B:  $F_{2;73} = .024$ ;  $p = .976$ ; SOC-Gesamt:  $F_{2;73} = .140$ ;  $p = .869$ ).

Allerdings konnte beim Gesundheitsverhalten ein signifikanter Unterschied eruiert werden ( $F_{2;73} = 3.551$ ;  $p = .034$ ). Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zeigen, dass die Gruppe 1 (unter 45 Jahren) einen deutlich höheren Wert als die Gruppe 2 (45 bis 51 Jahre) beim Gesundheitsverhalten aufweist. Die Gruppe 3 (über 51 Jahre) liegt genau in der Mitte und unterscheidet sich von keiner der beiden anderen Gruppen (siehe Abb.9, siehe Anhang 4).

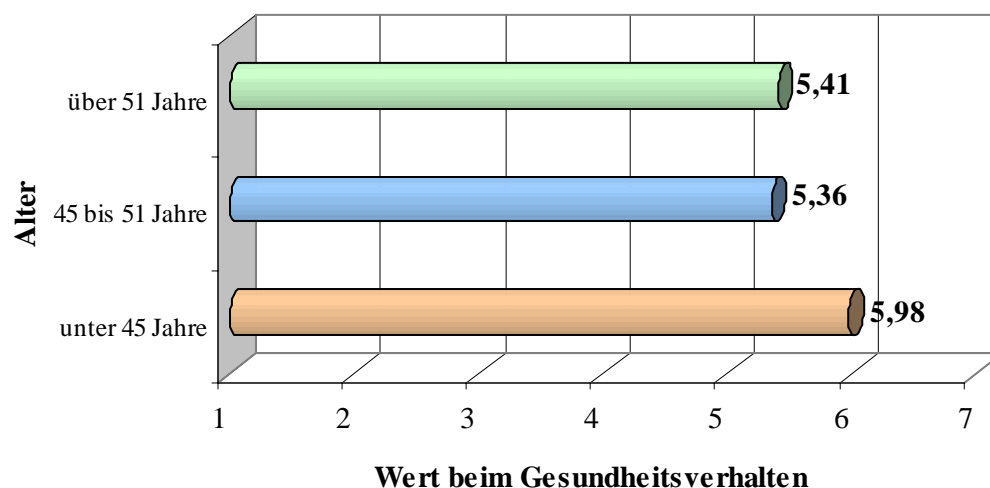


Abb. 9: Alter und Gesundheitsverhalten

Es zeigen sich keine SOC-Unterschiede in Abhängigkeit von der Berufserfahrung (SOC-V:  $F_{2;76} = .360$ ;  $p = .699$ ; SOC-H:  $F_{2;76} = 1.157$ ;  $p = .320$ ; SOC-B:  $F_{2;76} = .613$ ;  $p = .545$ ; SOC-Gesamt:  $F_{2;76} = .847$ ;

p= .433). So verhält es sich auch bezogen auf das Gesundheitsverhalten (GesVH:  $F_{2,76} = 2.149$ ;  $p = .124$ ).

Ebenso können keine SOC-Unterschiede in Abhängigkeit von der Anzahl der LehrerInnen/Schulgröße festgestellt werden (SOC-V:  $F_{2,87} = .429$ ;  $p = .652$ ; SOC-H:  $F_{2,87} = .440$ ;  $p = .645$ ; SOC-Gesamt:  $F_{2,87} = .832$ ;  $p = .439$ ). Es zeigt sich aber eine nicht signifikante Tendenz beim SOC-B ( $F_{2,87} = 2.733$ ;  $p = .071$ ). Hier haben LehrerInnen aus kleinen Schulen mit wenig LehrerInnen etwas geringere Werte als jene aus mittleren und größeren Schulen mit einer mittleren und größeren Anzahl von LehrerInnen (siehe Abb. 10).

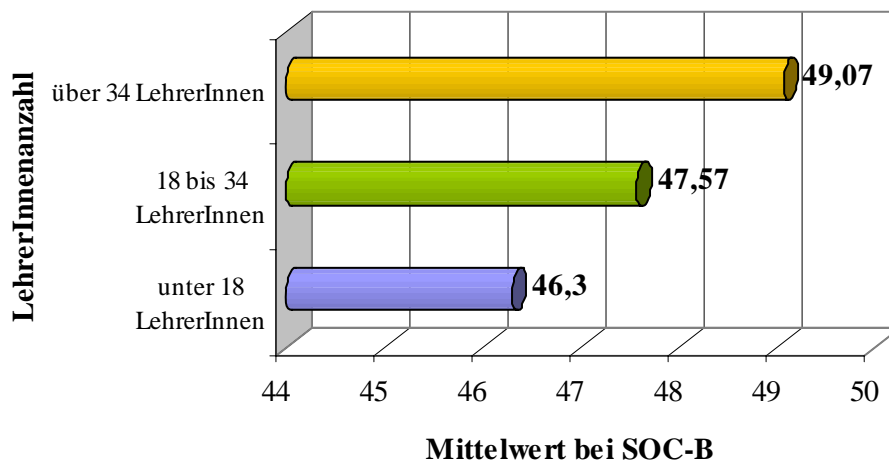


Abb. 10: Schulgröße (bezogen auf die LehrerInnenanzahl) und SOC-B

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $F_{2,87} = 3.143$ ;  $p = .048$ ). Die Gruppe 2 (18 bis 34 LehrerInnen/mittlere Schule) weist einen deutlich geringeren Wert beim Gesundheitsverhalten auf als die Gruppe 3 (über 34 LehrerInnen/große Schule). Die Gruppe 1 (unter 18 LehrerInnen/kleine Schule) liegt genau in der Mitte und unterscheidet sich von keiner der beiden anderen Gruppen (siehe Abb. 11, siehe Anhang 4).

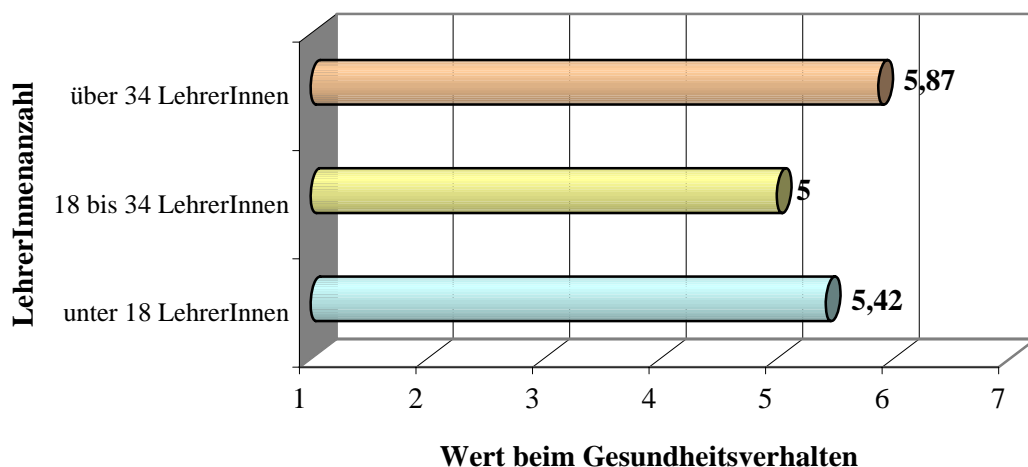


Abb.11: Schulgröße (bezogen auf die LehrerInnenanzahl) und Gesundheitsverhalten

Betrachtet man die SOC-Unterschiede in Abhängigkeit von der Anzahl der SchülerInnen/Schulgröße, gibt es keine Unterschiede (SOC-V:  $F_{2,86} = .373$ ;  $p = .690$ ; SOC-H:  $F_{2,86} = .667$ ;  $p = .516$ ; SOC-B:  $F_{2,86} = 1.614$ ;  $p = .205$ ; SOC-Gesamt:  $F_{2,86} = .107$ ;  $p = .899$ ).

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich allerdings ein signifikanter Unterschied ( $F_{2,86} = 5.581$ ;  $p = .005$ ). Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zeigen, dass die Gruppe 1 (unter 170 SchülerInnen/kleine Schule) einen deutlich geringeren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweist, als die beiden anderen Gruppen (G2: 170 bis 300 SchülerInnen/mittlere Schule; G3: über 300 SchülerInnen/große Schule), die sich nicht voneinander unterscheiden (siehe Abb. 12, siehe Anhang 4).

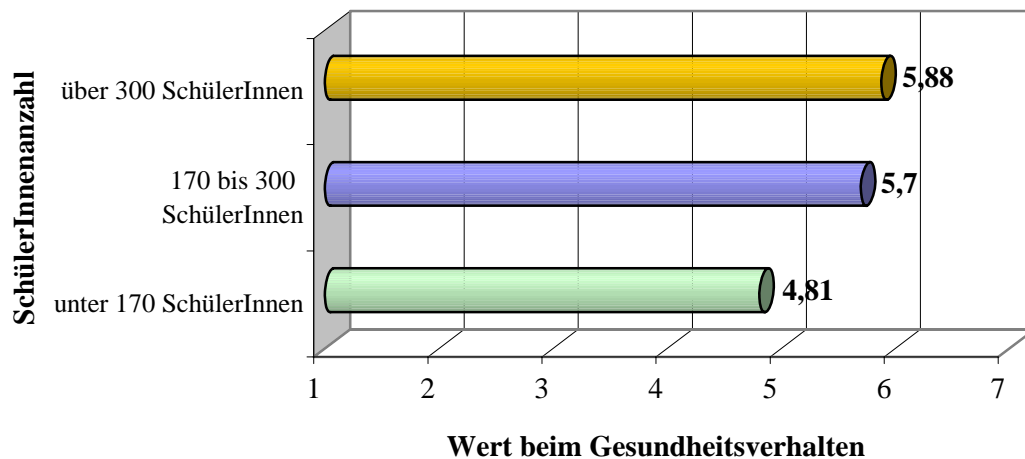


Abb. 12: Schulgröße (bezogen auf die SchülerInnenanzahl) und Gesundheitsverhalten

#### 4.6 Vergleich mit Normstichproben

Vergleicht man die LehrerInnen-Stichprobe mit der Stichprobe von Schuhmacher et al. (2000) zeigt sich ein signifikant höherer SOC-Wert ( $t_{91} = 5.963$ ;  $p = <.001$ ). In dieser Untersuchung werden Normwerte für Deutschland erhoben.

Allerdings unterscheidet sich die Stichprobe dieser Untersuchung nicht von der Stichprobe von Hannover et al. (2003) ( $t_{91} = .600$ ;  $p = .550$ ). Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung bilden Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren, die zum Zeitpunkt der Untersuchung ihren Hauptwohnsitz in Lübeck oder einer der 46 umgebenden Gemeinden hatten. Es verbleiben 4002 ProbandInnen für die Analyse – eine zu 70,2 % ausgeschöpfte bevölkerungsrepräsentative Stichprobe aus Lübeck und den umgebenden Gemeinden.

In einem weiteren Schritt werden die SOC-Gesamtwerte von neun Stichproben verglichen. Dabei handelt es sich um Daten, die im Rahmen von Thesis Untersuchungen von TeilnehmerInnen\* des

\* Alle Stichproben umfassen Frauen und Männer. Die Daten entstammen den Untersuchungen von (1) Falkenberg, (2) Gypser, (3) Niederdorfer, (4) Pochmann, (5) Siber, (6) Steixner, (7) Tranninger, (8) Binder Alexandra, (9) Binder Heinz.

Interuniversitären Kollegs für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau erhoben wurden. Tabelle 7 gibt grundlegende Charakteristika der Stichproben wieder.

Nr.	Versuchspersonen	N	Land	Durchschnittsalter	SOC-Wert Mittelwert (Stand.-Abw.)
1	LehrerInnen	92	Ö	46,0 Jahre	156,05 (16,70)
2	SchülerInnen (Matura)	108	Ö	MaturantInnen	111,18 (8,17)
3	LehrerInnen	122	CH	38,7 Jahre	154,49 (23,10)
4	Langzeitarbeitslose	42	Ö	37,6 Jahre	143,37 (27,34)
5	Praktische ÄrztInnen	137	Ö	k.A.	153,78 (16,15)
6	TeilnehmerInnen an Lehrgang „GesundheitstrainerIn“	91	Ö	k.A.	146,17 (18,85)
7	Jugendliche in betreutem Wohnen	33	Ö	17,5 Jahre	122,58 (19,07)
8	PhysiotherapeutInnen	87	Ö	32,9 Jahre	158,11 (15,71)
9	PsychotherapeutInnen	40	Ö	45,0 Jahre	162,32 (24,08)

Tab. 7: SOC-Stichproben

Mittels Varianzanalyse können signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben im SOC-Gesamtwert eruiert werden ( $F_{8;743}=78.186$ ;  $p<.001$ ).

Ein Post-Test nach der Tukey-Prozedur zeigt, dass die MaturantInnen (Gruppe 2) den geringsten SOC-Gesamtwert haben, gefolgt von den Jugendlichen in betreutem Wohnen (Gruppe 7). Diese beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander und auch von allen anderen Gruppen. Einen mittleren SOC-Gesamtwert haben Langzeitarbeitslose (Gruppe 4) und TeilnehmerInnen des Lehrgangs „GesundheitstrainerIn“ (Gruppe 6). Danach folgen die übrigen Stichproben, welche sich untereinander nicht signifikant im SOC-Gesamtwert unterscheiden. Zwischen den LehrgangsteilnehmerInnen (Gruppe 6), den ÄrztInnen (Gruppe 5) und den schweizerischen LehrerInnen (Gruppe 3) gibt es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede, d.h. im Bereich dieser Stichproben lassen sich jene mit mittleren Werten nicht eindeutig von jenen mit hohen Werten abgrenzen.

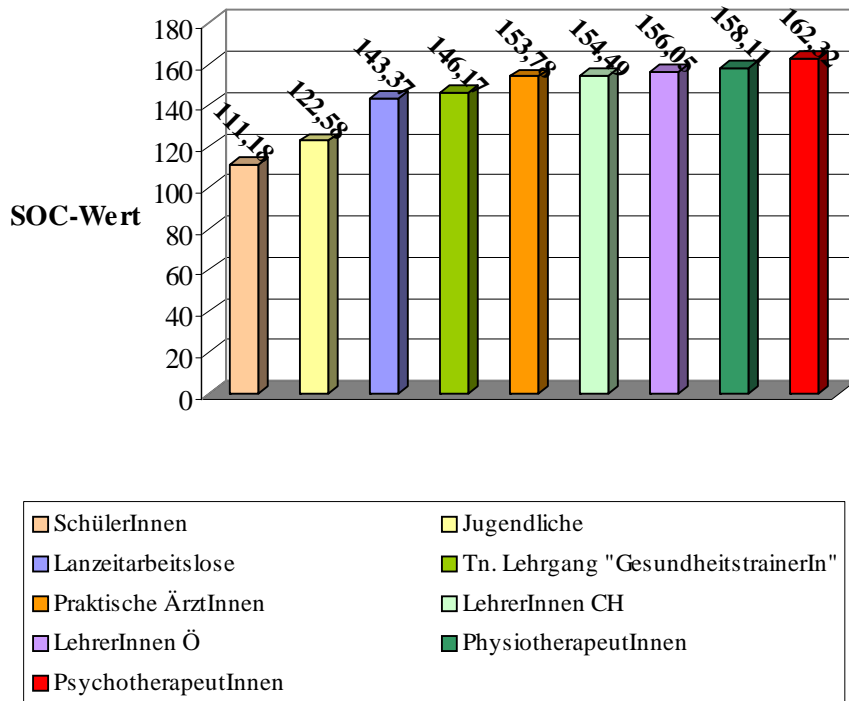


Abb. 13: Stichprobenvergleich und Reihung

Bei den einzelnen SOC-Komponenten ergeben sich insgesamt sehr ähnliche Ergebnisse. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Stichproben (siehe Anhang 6). Die Reihung der einzelnen Gruppen entspricht annähernd jener beim SOC-Gesamtwert. Die höchsten Werte haben die PsychotherapeutInnen, die geringsten Werte jeweils die MaturantInnen und/oder die Jugendlichen in betreutem Wohnen (siehe Abb. 13).

Betrachtet man den Vergleich der österreichischen LehrerInnen mit den schweizerischen LehrerInnen näher (Tab. 8), wird ersichtlich, dass kein Unterschied zwischen den beiden Stichproben in den SOC-Komponenten oder dem SOC-Gesamtwert besteht.

	T	df	Sig. (2-seitig)
<b>SOC-V</b>	1,509	212	,133
<b>SOC-H</b>	-1,375	212	,170
<b>SOC-B</b>	,768	212	,443
<b>SOC-gesamt</b>	,546	212	,586

Tab. 8: Vergleich von österreichischen mit Schweizer LehrerInnen

## 5. DISKUSSION

### 5.1 Überblick

Der Lehrberuf zeichnet sich durch besondere Belastungssituationen aus. Insbesondere die psychischen Belastungen sind im Vergleich zu anderen akademischen Berufen außerordentlich hoch und führen bei einer Vielzahl von Lehrkräften zu Beschwerden, Krankheiten und Dienstunfähigkeit.

Es wurden bisher noch keine Untersuchungen zum Kohärenzempfinden – als entscheidender Prädiktor für Gesundheit – von LehrerInnen durchgeführt.

Die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung lautet:

Wie hoch sind der SOC-Gesamtwert und die Werte der SOC-Komponenten von LehrerInnen, die in Gesundheitsfördernden Schulen tätig sind? Unterscheiden sich diese signifikant von anderen Normstichproben?

Als zusätzliche Fragen – ausgehend von den angeführten Untersuchungen – sind folgende anzuführen: Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf den ermittelten Kohärenzwert und dessen Komponenten?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und SOC-Werten?

Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule im Bezug auf das Gesundheitsverhalten?

Bei der vorliegenden Studie, handelt es sich um eine quantitative Querschnittserhebung, die im Rahmen eines quasiexperimentellen Designs anhand eines standardisierten Fragebogens nach Antonovsky unter Einbezug von Zusatzfragen betreffend die Person, Schule und das Gesundheitsverhalten durchgeführt wurde. Als abhängige Variablen wurden dabei: Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule in Ihrem Einfluss auf den Gesamt-SOC und dessen Subskalen sowie das Gesundheitsverhalten betrachtet.

Befragt wurden KoordinatorInnen bzw. in Koordinationsteams Tätige an 110 Gesundheitsfördernden Schulen – Kooperations-, Netzwerk- und Schwerpunktschulen – unterschiedlichen Schultyps in ganz Österreich. Es wurden hiermit alle Mitgliedsschulen des Netzwerkes erfasst.

Die Untersuchung wurde im September 2004 durchgeführt. Die Fragebögen wurden mit einem Begleitschreiben sowohl ausgesendet als auch ausgemailt. Die Rücksendung erfolgt mittels beiliegendem Kuvert oder per E-Mail. Es konnten 92 retournierte Fragebögen in die Auswertung miteinbezogen werden.

Die Daten wurden mittels statistisch standardisierter Verfahren auf Zusammenhänge (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson) und Unterschiede (t-test für abhängige und unabhängige

Stichproben, einfaktorielle Varianzanalyse, Post-tests nach Scheffe sowie Tukey) hin geprüft. Außerdem wurden Mittelwertberechnungen und Summenberechnungen für Indexbildungen durchgeführt.

Das Kohärenzempfinden von LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen ist signifikant höher als das von MaturantInnen, Jugendlichen in betreutem Wohnen, Langzeitarbeitslosen, TeilnehmerInnen des Lehrgangs „GesundheitstrainerIn“ und einer deutschen Normstichprobe von Schuhmacher et al. (2000). Allerdings zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zu Stichproben anderer helfenden Berufe (Ärzte/-innen, schweizerischen LehrerInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen) und einer Studie von Hannover et al. (2003). Keine Unterschiede konnten weiters zwischen Geschlecht, Dauer der Mitgliedschaft, Schultyp, Berufserfahrung und den SOC-Komponenten, dem SOC-Gesamtwert und dem Gesundheitsverhalten festgestellt werden, d.h. diese Variablen scheinen keinen Einfluss auf den SOC und das Gesundheitsverhalten zu haben. Außerdem gibt es keinerlei Zusammenhänge zwischen den beiden Fragen, die das Gesundheitsverhalten definieren, und dem SOC-Gesamtwert und dessen Komponenten. Es konnten allerdings Unterschiede zwischen dem Beschäftigungsstatus, dem Mitgliedsstatus, dem Alter und der Schulgröße (definiert durch SchülerInnen- und LehrerInnen-Anzahl) in Bezug auf das Gesundheitsverhalten eruiert werden. Weiters konnte auch ein tendenzieller Unterschied zwischen Alter und der SOC-Komponente Bedeutsamkeit festgestellt werden.

LehrerInnen aus Gesundheitsfördernden Schulen haben – sieht man das Kohärenzempfinden als Prädiktor für die Gesundheit – gute Voraussetzungen unter Einbezug des Systemumfeldes und der eigenen Person, das Leben gesund zu bewältigen. Die Gesundheitsfördernde Schule steht als die Möglichkeit, den salutogenetischen Ansatz in einer Organisation lebbar zu machen. Nach Scharinger (1998) weist das Modell der Salutogenese auf die Bedeutung eines zu entwickelnden Kohärenzsinn für die Erhaltung der Gesundheit der beteiligten Personen hin. Eine Gesundheitsfördernde Schule zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Organisations-, Kooperations- und Kommunikationsstrukturen so gestaltet sind, dass durch eine gesunde Organisationskultur der Kohärenzsinn bei allen schulischen AkteurInnen auf- und ausgebaut werden kann. In diesem Zusammenhang ist dies die erste Studie, die das Kohärenzempfinden von LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen untersucht und somit erste Ergebnisse in diese Richtung aufweist.

Um eindeutiger Aussagen über LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen zu treffen, wäre eine Untersuchung mit einer Kontrollgruppe von österreichischen LehrerInnen in regional vergleichbaren Schulen gleichen Schultyps wesentlich.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Untersuchung wäre es interessant, das Gesundheitsverhalten von LehrerInnen noch differenzierter im Hinblick auf die Fragestellungen und die Stichprobe zu betrachten. Insbesondere die Unterschiede zwischen LehrerInnen, die an Schulen mit dem Fokus „Gesundheitsförderung“ tätig sind, und österreichische LehrerInnen anderer Schulen zu eruieren, wäre ein weiterer möglicher Forschungsansatz.



## 5.2 Weiterführende Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie hoch die ermittelten Werte des SOC-Gesamtwertes und dessen Komponenten von LehrerInnen sind, die als KoordinatorInnen bzw. im KoordinatorInnenteam in „Gesundheitsfördernden Schulen“ arbeiten. Wie stark erleben LehrerInnen Kohärenz, die in einem Umfeld arbeiten, in dem salutogenetische Aspekte teilweise verwirklicht werden?

Zu diesem Zwecke wurden 110 Schulen des Österreichischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“ aus ganz Österreich befragt. Diese Anzahl umfasst alle Mitgliedsschulen des österreichischen Netzwerkes. Verwendet wurde der als Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky entwickelte Orientation to Life Questionnaire. Allgemein hat sich der Terminus Sense of Coherence (SOC) für das Instrument durchgesetzt. Die verwendete Version umfasst 29 Items.

Außerdem wurde untersucht, ob Zusammenhänge und Unterschiede zu Fragen der Person und Fragen die Schule betreffend eruiert werden können. Es wurde nach den Unterschieden bzgl. Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule in Hinsicht auf den ermittelten Kohärenzwert und dessen Komponenten gefragt. Zudem wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Kohärenzempfinden gibt. Des weiteren wurde nach Unterschieden bzgl. Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung, Schultyp, der Art und Dauer der Mitgliedschaft und der Größe der Schule in Hinsicht auf das Gesundheitsverhalten gesucht.

Das Kohärenzempfinden von LehrerInnen „Gesundheitsfördernder Schulen“ ist höher als das von MaturantInnen, Jugendlichen in betreutem Wohnen, Langzeitarbeitslosen, TeilnehmerInnen des Lehrgangs „GesundheitstrainerIn“ und einer deutschen Normstichprobe von Schuhmacher et al. (2000). Ab etwa dem 30. Lebensjahr bleibt nach Antonovsky das individuelle Maß des Kohärenzgefühls relativ konstant. Daher können sich bei den Jugendlichen und SchülerInnen die SOC-Werte noch verändern. (Bengel 2001)

Allerdings konnten keine Unterschiede zu Stichproben von schweizerischen LehrerInnen, praktischen ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen und einer Studie von Hannover et al. (2003) eruiert werden. Somit kann nicht der Schluss gezogen werden, dass das Kohärenzempfinden von LehrerInnen „Gesundheitsfördernder Schulen“ generell anders ist als jenes von im Alter vergleichbaren Gruppen.

Sieht man sich die Ergebnisse im Detail an, können folgende Schlüsse gezogen werden:

Das Gesundheitsverhalten in Form der beiden Fragen „Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?“ und „Was können Sie selbst unternehmen, um Ihren Gesundheitszustand zu beeinflussen?“ und der SOC sind voneinander unabhängig. Es gibt also keinerlei Zusammenhänge zwischen den beiden Fragen, die das Gesundheitsverhalten definieren, und dem SOC-Gesamtwert und dessen Komponenten.

Bezieht man sich auf die einzelnen SOC-Komponenten - SOC-Verstehbarkeit, SOC-Handhabbarkeit, SOC-Bedeutsamkeit - so kann zusammenfassend konstatiert werden, dass diese drei Komponenten

eine gegenseitige Beeinflussung aufweisen, insbesondere der SOC-Verstehbarkeit und der SOC-Handhabbarkeit. Das heißt wiederum: Je höher der Wert einer Person bei einer Komponente ist, desto höher ist auch der Wert bei der anderen Komponente. Also wenn eine Person die Welt als geordnet und strukturiert wahrnimmt und nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich, dann hat diese Person auch die Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind und er kann auch wahrnehmen, dass geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen. Oder anders ausgedrückt: Eine Voraussetzung für das Gefühl, dass man über Ressourcen verfügt, um vor Anforderungen bestehen zu können, ist, dass man klare Vorstellungen von diesen Anforderungen hat.

Beschäftigt man/frau sich näher mit den Unterschieden, so zeigt sich, dass teilzeitbeschäftigte LehrerInnen einen etwas höheren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweisen als vollzeitbeschäftigte LehrerInnen, d.h. teilzeitbeschäftigte LehrerInnen achten stärker auf ihre Gesundheit und glauben auch, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. Gründe hierfür könnten sein, dass diese LehrerInnengruppe mehr Zeit für ihre Gesundheit aufwenden kann und somit auch notwendige Ressourcen hat, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Auch die Untersuchung von Landert (2002) konnte aufzeigen, dass Lehrpersonen mit reduziertem Unterrichtpensum tendenziell zufriedener sind als Lehrpersonen mit Vollpensum. Auch bei Vuille u.a (2004) konnte gezeigt werden, dass der Anteil Belasteter in der Gruppe mit Teilpensen bedeutend kleiner ist als bei Lehrpersonen mit vollen Pensen.

Außerdem zeigt sich, dass VertreterInnen von Kooperationsschulen einen deutlich geringeren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweisen als VertreterInnen von Netzwerkschulen und Schwerpunktschulen. Dies könnte daran liegen, dass in Kooperationsschulen zwar Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Aktivitäten gemacht wurden, aber meist keine Projekte diesbezüglich aktiv durchgeführt werden: Gesundheitsförderung ist dort möglicherweise nicht so präsent und „allgegenwärtig“ wie in den beiden anderen Mitgliedsschultypen, insbesondere hinsichtlich deren ganzheitlichen Ansatzes, der besagt, dass die ganze Schule mit allen beteiligten Personen bei allen gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu berücksichtigen und miteinzubeziehen ist.

Weiters konnte gezeigt werden, dass die Altersgruppe der unter 45-Jährigen einen deutlich höheren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweist als die Gruppe der 45- bis 51-Jährigen, d.h. diese Gruppe scheint sich gesundheitsbewusster zu verhalten. Die VertreterInnen der unter 45-jährigen achten stärker auf ihre Gesundheit und glauben auch, dass sie einiges dafür tun können, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. Gründe hierfür könnten sein, dass – wie sich bei der Untersuchung von Katschnig (2002) bereits gezeigt hat – die Belastung bei den LehrerInnen mit dem Alter steigt und das System Schule – als starrer und unveränderbarer Pol – als Belastungsquelle gesehen wird. Ebenso zeigt sich bei der Untersuchung von Gamsjäger und Sauer (1996), dass mit zunehmendem Dienstalter die schulische Arbeit als subjektiv belastender wahrgenommen wird. Auch in der Untersuchung des Institutes für betriebliche Gesundheitsförderung und dem Lehrerberatungszentrum (1999) zeigt sich bei der gefährdeten Gruppe der LehrerInnen, dass 15 bis 20 % der LehrerInnen über 45 Jahre sich nicht sicher sind, ob sie in zwei bis drei Jahren arbeitsfähig sein werden.

Tendenziell konnte herausgefunden werden, dass LehrerInnen aus kleineren Schulen, d.h. jene aus Schulen mit wenigen LehrerInnen (unter 18 LehrerInnen) etwas geringere Werte beim SOC-Bedeutsamkeit (das Ausmaß, indem man das Leben als sinnvoll erlebt) aufweisen als jene aus

mittleren (18 bis 34 LehrerInnen) und größeren Schulen (über 34 LehrerInnen). Fokussiert man/frau auf die Anzahl der LehrerInnen, könnte auch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass zwar wenige LehrerInnen an der Schule arbeiten, aber vielleicht trotzdem viele SchülerInnen diese Schulen besuchen. Ergänzende Analysen belegen diese Interpretation, indem gezeigt werden kann, dass in kleinen Schulen (bezogen auf die LehrerInnenanzahl) signifikant mehr SchülerInnen auf eine/n LehrerIn kommen als in mittleren und großen Schulen, zwischen denen es keine Unterschiede gibt (siehe Tab. 9).

	Anzahl LehrerInnen in 3 Gruppen	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a,b)	3,00	30	8,5684	
	2,00	29	8,9504	
	1,00	29		12,8916
	Signifikanz		,889	1,000

Tab.9: Verhältnis LehrerInnen zu SchülerInnen

Der SOC-Bedeutsamkeit beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.35/36)

Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Dementsprechend könnte man annehmen, dass sich LehrerInnen mit einem höheren SOC-B eher größere und mittlere Schulen auswählen bzw. LehrerInnen mit einem niedrigeren SOC-B sich eher für kleinere Schulen mit wenigen LehrerInnen entscheiden, da kleinere Schulen tendenziell mehr Handlungsspielraum bieten und weniger Probleme und Anforderungen an sie stellen. Landert (2002) konnte in diesem Zusammenhang zeigen, dass Lehrpersonen in relativ kleinen Schulen tendenziell zufriedener sind.

Beim Gesundheitsverhalten zeigt sich wiederum, dass Personen aus mittleren Schulen mit 18 bis 34 LehrerInnen einen deutlich geringeren Wert im Gesundheitsverhalten aufweisen als jene aus großen Schulen mit über 34 LehrerInnen, d.h. die LehrerInnen aus mittleren Schulen achten viel weniger auf ihre Gesundheit und glauben viel weniger daran, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass in großen Schulen mit vielen LehrerInnen Gesundheitsförderung als dringliches Anliegen gesehen wird, um sich in der großen Gemeinschaft wohlfühlen zu können. Es kann aber auch bedeuten, dass sich bei einer so großen Gruppe wiederum kleinere Gruppen hervortun, die ihre Zeit der Gesundheitsförderung widmen – die Großgruppe hat nämlich gruppenspezifisch gesehen die Tendenz in Untergruppen zu zerfallen (vgl. dazu Schindler, Svoboda 1993).

Beim Gesundheitsverhalten bezogen auf die SchülerInnenanzahl zeigt sich, dass kleine Schulen mit weniger als 170 SchülerInnen einen deutlich niedrigeren Wert beim Gesundheitsverhalten aufweisen als die beiden anderen Gruppen (G2: 170 bis 300 SchülerInnen/mittlere Schule; G3: über 300 SchülerInnen/große Schule). Das heißt, LehrerInnen aus Schulen mit wenigen SchülerInnen (weniger als 170 SchülerInnen) achten weniger auf ihre Gesundheit und glauben wenig bis gar nicht daran, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. Dieses Ergebnis könnte die Hypothese aufwerfen, dass zu wenige LehrerInnen für die SchülerInnen vorhanden sind und so gar keine Zeit bleibt, sich dem Gesundheitsverhalten zu widmen. Ergänzende Analysen zeigen allerdings, dass in mittleren Schulen signifikant mehr SchülerInnen auf eine/n LehrerIn kommen als in großen Schulen. Kleine Schulen liegen dazwischen und unterscheiden sich weder von großen noch von mittleren Schulen (siehe Tab. 10).

	Anzahl SchülerInnen in drei Gruppen	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a,b)	3,00	25	9,0482	
	1,00	31	9,6323	9,6323
	2,00	32		11,4269
	Signifikanz		,810	,144

Tab. 10: Verhältnis SchülerInnen zu LehrerInnen

Eine weitere Vermutung wäre, dass Schulen mit wenigen SchülerInnen eher in den ländlichen Regionen zu finden sind. Hier kommt es weniger zum Austausch mit anderen Schulen und die LehrerInnen sind noch mehr „EinzelkämpferInnen“ als in städtischen Ballungszentren, da weniger Schulen in der näheren Umgebung zu finden sind. Außerdem gibt es meist weniger Förderangebot für lernschwache SchülerInnen und dies könnte die LehrerInnen wieder zusätzlich belasten. Weiters ist der/die LehrerIn in kleineren Gemeinden nicht so anonym wie in den Städten und mehr der Öffentlichkeit „ausgesetzt“, d.h. Privatsphäre und Arbeit sind nicht so leicht abgrenzbar. Außerdem wechseln LehrerInnen an solchen Schulen nicht so häufig wie im städtischen Bereich und es ist anzunehmen, dass vornehmlich ältere Lehrpersonen lehrend tätig sind. Ein weiterer Grund könnte sein, dass nicht so viele gesundheitsförderliche Möglichkeiten angeboten werden wie in Städten (Sportangebote, Entspannungsangebote etc.). Die erwähnten Hypothesen müssten aber in einer weiteren Studie mit den entsprechenden Forschungsfragen überprüft werden.

Keine Unterschiede konnten zwischen Geschlecht, Dauer der Mitgliedschaft, Schultyp, Berufserfahrung und den SOC-Komponenten, dem SOC-Gesamtwert und dem Gesundheitsverhalten festgestellt werden, d.h. diese Variablen scheinen keinen Einfluss auf den SOC und das Gesundheitsverhalten zu haben.

In Untersuchungen zur LehrerInnengesundheit konnten im Gegensatz dazu Unterschiede im Bereich Geschlecht (siehe dazu Uwe Schaarschmidt u.a. 1999, 2000, 2001, 2002a, 2002b; Vuille u.a. 2004 Katschnig 2002; Dauber, Vollstädt 2002), Schultyp (siehe dazu Katschnig 2002; Dauber, Vollstädt 2002; Landert 2002; Institut für betriebliche Gesundheitsförderung, Lehrerberatungszentrum 1999)

und Berufserfahrung (siehe dazu Vuille u.a. 2004; Landert 2002; Frei 1996) eruiert werden. Auch bei weiterführenden Untersuchungen zum Kohärenzempfinden konnte die Hypothese bestätigt werden, dass Frauen einen im Durchschnitt geringeren SOC als Männer haben (siehe dazu Antonovsky in einer Übersetzung von Franke 1997, Bengel 2001).

Fokussiert man den Vergleich der schweizerischen und der österreichischen LehrerInnen zeigt sich, dass der SOC-Gesamtwert sich nicht signifikant unterscheidet. Trotzdem ist der, der Österreicher im Ganzen höher. Im Gegensatz zu der österreichischen Studie konnte bei den Schweizern ein direkter Zusammenhang zwischen SOC und Gesundheitsverhalten, respektive Gesundheitsbewusstsein nachgewiesen werden. Je höher der SOC-Gesamtwert, umso stärker wird auf die Gesundheit geachtet. Jüngere Lehrpersonen tun mehr für den Erhalt der eigenen Gesundheit als ältere und Lehrpersonen mit einem hohen Kohärenzgefühl blicken zufriedener in die Zukunft. Ein weiterer Unterschied zeigte sich sind in der Untergruppe nach Geschlecht. Hier weisen die österreichischen Lehrerinnen höhere Werte auf, als die schweizerischen. Dies könnte mit dem Bildungsweg zusammenhängen, der in beiden Ländern verschieden ist, unterschiedliche Anforderungsprofile hat und daher unterschiedliche Personengruppen ansprechen. Dass jüngere Lehrpersonen tiefere SOC-Werte haben, zeigt sich bei der Schweizern; nicht aber bei den Österreichern.

LehrerInnen aus Gesundheitsfördernden Schulen haben – sieht man das Kohärenzempfinden als Prädiktor für die Gesundheit – gute Voraussetzungen unter Einbezug des Systemumfeldes und der eigenen Person, das Leben gesund zu bewältigen. Die Gesundheitsfördernde Schule steht als die Möglichkeit, den salutogenetischen Ansatz in einer Organisation lebbar zu machen. Die Stärkung der personalen und professionellen Weiterentwicklung durch eigene und institutionelle Bemühungen mit dem Ziel, die mit dem Lehrberuf unvermeidbar zusammenhängenden Belastungen aushalten, sie produktiv umgestalten oder durch eigene Anstrengungen verringern zu können, ist hierbei als vorrangiges Ziel für die Lehrenden zu sehen.

Nach Scharinger (1998) weist das Modell der Salutogenese auf die Bedeutung eines zu entwickelnden Kohärenzsinn für die Erhaltung der Gesundheit der beteiligten Personen hin. Eine Gesundheitsfördernde Schule zeichnet sich dadurch aus, dass ihre Organisations-, Kooperations- und Kommunikationsstrukturen so gestaltet sind, dass durch eine gesunde Organisationskultur der Kohärenzsinn bei allen schulischen AkteurInnen auf- und ausgebaut werden kann. In diesem Zusammenhang ist dies die erste Studie, die das Kohärenzempfinden von LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen untersucht und somit erste Ergebnisse in diese Richtung aufweist.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Untersuchung wäre es interessant, das Gesundheitsverhalten von LehrerInnen noch differenzierter im Hinblick auf die Fragestellungen und die Stichprobe zu betrachten: Insbesondere die Unterschiede zwischen LehrerInnen, die an Schulen mit dem Fokus „Gesundheitsförderung“ tätig sind, und österreichischen LehrerInnen anderer Schulen zu eruiieren, wäre ein weiterer möglicher Forschungsansatz.

Bezüglich des Kohärenzsinn konnten einige aussagekräftigen Ergebnisse erzielt werden. Hier bedarf es weiterer Forschung mit Vergleichsgruppen. Um eindeutiger Aussagen über LehrerInnen an Gesundheitsfördernden Schulen zu treffen, wäre eine Untersuchung mit einer Kontrollgruppe von österreichischen LehrerInnen in regional vergleichbaren Schulen gleichen Schultyps wesentlich.

### **5.3 Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften**

#### **5.3.1 *Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen (Blättner et al. 2004)***

Die vorliegende Arbeit beruht auf grundsätzlichen Eckpfeilern des salutogenetischen Konzepts. Wesentliche Aspekte der Forschungsarbeit von Antonovsky wie Kohärenzempfinden und Widerstandsfähigkeit sind der Fokus dieser Thesis. Gesundheitskompetenzen wie Kohärenzempfinden und Widerstandsfähigkeit umschreiben die Fähigkeit von Menschen, sich das Leben zu erklären und Schwierigkeiten zu bewältigen, einen Sinn im Leben zu finden, sich und andere zu achten und Veränderungen als Herausforderungen verstehen zu können. Das Konzept des Kohärenzsinnes besagt, dass Menschen eher gesund sind, wenn ihnen ihr Leben kognitiv verstehbar, bewältigbar und emotional sinnvoll erscheint. Dies entscheidet über das Maß, in denen ihnen generelle und spezifische Widerstandsquellen zur Verfügung stehen bzw. sie diese mobilisieren können. Unter Empowerment versteht man die Stärkung der Ressourcen – Empowermentprozesse können zur Stärkung von Kohärenz beitragen. Dies ist auch der Fokus des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Schulen“.

Wichtig ist es, das Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es zulassen, dass Menschen individuell oder kollektiv Ziele anstreben und erreichen, die dem Leben einen Sinn geben, die es ermöglichen, eigenes Handeln zu erleben und die es erlauben, die Welt als erklärbar zu erleben. Ein Gesundheitsförderndes Setting bedeutet, die grundlegenden Prinzipien eines sozialen Systems unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten zu betrachten, ohne die Arbeitsweise des Systems zu gefährden. Dahinter steckt die Auffassung, dass Lebensbedingungen entscheidend die Gesundheit beeinflussen. Prozesse der Organisationsentwicklung betreffen dabei gleichzeitig gesundheitsfördernde Ziele und Unternehmensziele. Eine Schule z.B. ist dann gesundheitsfördernd, wenn das gesamte Schulleben unter der Frage betrachtet wird, ob damit die Gesundheit von allen in der Schule lebenden und arbeitenden Menschen gefördert wird.

Individuelles Gesundheitshandeln wird durch eine unterstützende Suche bzw. das selbständige Finden des eigenen Gleichgewichtes, einer Ausgewogenheit zwischen Anforderungen und Ressourcen erlebbar – dadurch kann eine Integration auf physischer, psychischer, sozialer und ökologischer Ebene ermöglicht werden.

#### **5.3.2 *Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit (mit den Übungen Kommunikations- und Balintarbeit) (Pass et al. 2004)***

Ähnlich dem salutogenetischen Ansatz ist in der Psychoanalyse der Umgang mit Krankheit zu sehen, der das Zulassen im Gegensatz zum Ausschließen und Beseitigen in den Vordergrund des Gesundheitshandelns stellt. Entwicklungsgeschichtliche Faktoren wie Erfahrungen, Prägungen und Beziehungen im sozialen Umweltkontext spielen dabei eine wesentliche Rolle und entscheiden

darüber, ob sich Menschen zu reichen, resonanzfähigen und resilienten Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl entwickeln.

Die Pathologie wird zum Anlass für Salutogenese, für die Entstehung des Gesunden. Der Mensch kann zum aktiven Entdecker seiner eigenen Gesundheits-Ressourcen werden. Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Die individuelle Geschichte einer Person ist wichtig, weil sich nur in Kenntnis aller Lebensaspekte einer Person die Ressourcen auffinden und fördern lassen, die zur Genesung einer Person beitragen können.

### ***5.3.3 Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung (mit der Übung Reflexion der angestammten Kompetenz sowie der Erstellung der Thesis) (Endler et al. 2004)***

In der vorliegenden Arbeit ist der Bezug zum wissenschaftlichen Arbeiten als das fachliche Grundgerüst für einen forschenden Blick auf die eigene berufliche Alltagspraxis und -situation zu sehen. Mit der Beforschung des Kohärenzempfindens unterschiedlicher Zielgruppen wurden die Grundlagen für die Weiterentwicklung der Wissenschaft zu komplementärheilkundlichen, psychosozialen und public health – Themen gefestigt. Mit diesen Forschungsaktivitäten konnte ein wichtiger Beitrag zur evidence based – Forschung erfüllt und weiterführende Forschungsbereiche angeregt werden.

Es handelt sich um quantitative Forschung, die versucht die soziale Realität in hypothesenüberprüfender und vorab strukturierter Form zu erfassen. Dazu werden Fragen bzw. Kategorien des Beobachtungsschemas standardisiert und die Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Aussagen sind nicht beliebig, sondern verlässlich, d.h. ein anderes Subjekt sollte die vom „Forschersubjekt“ gemachten Beobachtungen und Interpretationen überprüfen können. Dies wird durch die Definition eines umschriebenen Beobachtungsgegenstandes (Materialien, Versuchsobjekte, StudienteilnehmerInnen), einer gewissen Methode der Studie (Experiment, Befragung), genauer Rahmenbedingungen, der Auswertung der Daten und weiterer Details ermöglicht. Im Idealfall sollte, wer immer sich dieser Standards bedient, zum annähernd selben Ergebnis kommen.

### ***5.3.4 Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren (Spranger et al. 2004)***

Die Einzelkomponenten des Kohärenzempfindens Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit sind den Wechselwirkungen im kooperativen Verhalten der einzelnen Systemteile (biologische Kohärenz) ähnlich – das bedeutet, dass sie nicht rein linear sind, sondern aufeinander zurückwirken, einander verstärken oder abschwächen können. Lebende Systeme sind aus dieser Sicht offene Systeme im Zustand der Kohärenz – sie sind insofern höchstgradig effizient, kommunikativ, responsiv und beeinflussbar, als die größtmögliche Korrelation von lokal und global gleichzeitig mit größtmöglicher lokaler Freiheit gegeben ist. Wenn die äußeren Bedingungen ähnlich sind, dann wird es von der

Ausprägung der individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen.

Gesundheit wird in der modernen Biophysik als die Fähigkeit des Organismus gesehen, im jeweiligen Moment passend zu regulieren – ein System zwischen Chaos und Ordnung zu regulieren. Bei Antonovsky wird Gesundheit als ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierende Geschehen gesehen. Der menschliche Organismus als System ist permanent Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die einer Störung seiner Ordnung (d.h. seiner Gesundheit) bewirken. Gesundheit und Krankheit sind keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum.

Gerade komplementäre Richtungen orientieren sich oft an den vorhandenen Ressourcen des Menschen, d.h. sie fördern Gesundes, anstatt Krankes zu bekämpfen. Empowermentprozesse in der Gesundheitsförderung wirken ähnlich, Ressourcen und Stärken von Menschen werden gestärkt mit dem Ziel ihre soziale Lebenswelt zu gestalten und ihr Leben selbst zu bestimmen.

Qualitätssicherung ist sowohl in der komplementären Heilkunde als auch in der Gesundheitsförderung unverzichtbar. In Gesundheitsfördernden Schulen praktizieren Dokumentation und Evaluation ihrer Maßnahmen, um aus Erfahrungen lernen zu können und um feststellen zu können, welche der durchgeführten Maßnahmen und Aktivitäten zielführend sind. Auch das Denken in Regelkreisen ist in der Planung Gesundheitsfördernden Projekten ein wichtiger Bestandteil. Ausgehend von der Ist-Situation, werden Soll-Szenarien entwickelt zu deren Erfüllung Ziele und Umsetzungsschritte erarbeitet werden, mit abschließender Reflexion und Evaluation. Dieser Prozess verläuft in konzentrischen Bahnen. In diesem Zusammenhang kann es bei zu wenig Zeitaufwendung für die Planung in der Umsetzung im System auch eine Scheingesundheit erreicht werden, das heißt einzelne kleine Projekte werden durchgeführt ohne wirklich die Organisation als Ganzes zu berücksichtigen – die Symptome werden hier behandelt, die Ursachen werden aber nicht behoben. Die Konsequenz sind das Auftreten neuer, andersgearteter Symptome mit Chronifizierung.

### **5.3.5 *Vorstellung regulativer Verfahren – Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung*** **(Rotari et al. 2004)**

Es finden sich wesentliche Querverbindungen zu Ausführungen regulationsbiologischer Grundlagen hinsichtlich des Heterostase-Modells der Salutogenese, das sich in einem labil, aktiv und sich dynamisch regulierenden Geschehen darstellt. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit – der menschliche Organismus als System ist permanent Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die eine Störung seiner Ordnung bewirken. Ziel der Autoregulation ist es, Funktion und Struktur innerhalb des System Mensch im Zusammenspiel mit seiner Mitwelt zu garantieren. Im weiteren Sinn sichern autoregulative Prozesse dem Individuum Selbstorganisation, Selbstbestimmung und Selbstgestaltung als wichtige Basis des Kohärenzempfindens.



### **5.3.6 Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren – Menschenbild und Heilkunde (Kratky et al. 2004)**

Vergleichbar mit Antonovskys Weltbild findet sich auch in diesem Modul der Versuch, über die Vielfalt komplementärheilkundlicher, psychosozialer Methoden und für eine ganzheitliche Betrachtung grundlegende Theorieansätze zu Gesundheit und deren Förderung zu geben. Die Entwicklung dieser Theorien im komplementärheilkundlichen Kontext stellt eine eigene Betrachtungsweise der Welt dar, um eine Verständigung über kulturelle und spirituelle Grenzen hinaus zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang stellt der von Antonovsky standardisierte Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzempfindens ein Instrument dar, das eine Grundhaltung im Sinne einer dispositionellen Orientierung erfasst und das in seiner Konzeption auch transkulturell anzuwenden ist.

Die von der Synergetik untersuchte Dynamik von Chaos und Selbstorganisation spiegelt auch Erfahrungen in gesundheitsfördernden Settings wieder: Mit der Variation der Umweltbedingungen (Schulraumgestaltung, Projektunterricht etc.) kann ein System (Schule) in einen neuen qualitativen Zustand übergehen. Welcher Zustand das dann aber genau ist, ist nicht durch Rahmenbedingungen (Projekte) determinierbar. Dabei sind die Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Umweltbedingungen und der des Systems nicht linear. Je nach Systemzustand (d.h. der bisherigen Geschichte des Systems) können kleine Umgebungsveränderungen ggf. sehr viel bewirken.

Grundsätzliche Überlegungen und Ausführungen zu dem Kapitel *Beziehungen der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften* wurden von der SOC-Forschungsgruppe Graz (A. Binder, H. P. Binder, B. Falkenberg, D. Tranninger) im Rahmen ihrer Thesarbeiten gemeinsam ausgearbeitet und erläutert – Ähnlichkeiten einzelner Textpassagen sind darauf zurückzuführen.

## **6. ANHÄNGE**

<b>Anhang 1</b>	<b>SOC-Fragebogen</b>
<b>Anhang 2</b>	<b>Fragebogen „Allgemeine Fragen“</b>
<b>Anhang 3</b>	<b>Begleitschreiben</b>
<b>Anhang 4</b>	<b>Post-Test zu signifikanten Vergleichen Alter, Mitgliedstatus, Anzahl LehrerInnen/SchülerInnen</b>
<b>Anhang 5</b>	<b>Gruppeneinteilung</b>
<b>Anhang 6</b>	<b>SOC-Stichprobenvergleiche</b>

## Anhang 1 SOC-Fragebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage genau eine Antwort, lassen Sie keine Frage aus.

Die Antworten werden **absolut vertraulich** behandelt, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?		
habe nie dieses Gefühl	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	habe immer dieses Gefühl
2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache		
keinesfalls erledigt werden würde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sicher erledigt werden würde
3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen - wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?		
sie sind Ihnen völlig fremd	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sie kennen sie sehr gut
4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?		
äußerst selten oder nie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sehr oft
5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?		
das ist nie passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	das kommt immer wieder vor
6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?		
das ist nie passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist ...		
ausgesprochen interessant	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	reine Routine
8. Bis jetzt hatte Ihr Leben		
überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sehr klare Ziele und einen Zweck
9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?		
sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sehr selten oder nie
10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben		
voller Veränderungen, ohne dass Sie wussten, was als nächstes passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	ganz beständig und klar
11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich		
völlig faszinierend sein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	totlangweilig sein
12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?		
sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sehr selten oder nie
13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?		
man kann für schmerzliche Dinge im Leben immer eine Lösung finden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben
14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie		
fühlen, wie schön es ist zu leben	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	sich fragen, warum Sie überhaupt da sind
15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung		
immer verwirrend und schwierig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	von Schmerz und Langeweile
---------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen sein, ohne dass Sie wissen, was als nächstes passiert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	ganz beständig und klar sein
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu verzehren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muss damit leben“ und weiterzumachen
-------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	sehr selten oder nie
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	wird sicher etwas geschehen, dass das Gefühl verdirbt
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	sehr selten oder nie
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------

22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	voller Sinn und Zweck sein wird
-------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------------

23. Glauben Sie, dass es in Zukunft *immer* Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	Sie zweifeln daran
----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	sehr selten oder nie
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------

25. Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr oft
	1	2	3	4	5	6	7	

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	richtig einschätzten
	1	2	3	4	5	6	7	

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können
	1	2	3	4	5	6	7	

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7	

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7	

Fanden Sie die Formulierung der Fragen Nr. 1-29

präzise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unklar
	1	2	3	4	5	6	7	

Quelle:

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1997.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit und bitten Sie den ausgefüllten Fragebogen via E-Mail an [bibiana.falkenberg@bab.at](mailto:bibiana.falkenberg@bab.at) oder per Post an BAB GmbH Unternehmensberatung, z.H. Frau MMag<sup>a</sup>. Bibiana Falkenberg, Grillparzerstr. 26, A-8010 Graz zu schicken.

**Vielen Dank!**

## Fragebogen

Die Antworten werden **absolut vertraulich** behandelt, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Wenn Sie die Fragen am Computer beantworten, können Sie die Kästchen einfach durch Anklicken ankreuzen.

Sie können auch Ihre Wahl ändern und ein anderes Kästchen ankreuzen, dann aber muss das erstgewählte Kreuz unbedingt wieder weggeklickt werden.

Angaben über die Person	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Alter	
Beschäftigungsstatus	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt
Berufserfahrung als LehrerIn in Monaten	

Angaben über die Schule	
Mitgliedsstatus	<input type="checkbox"/> Netzwerkschule <input type="checkbox"/> Kooperationsschule <input type="checkbox"/> Schwerpunktschule
Dauer der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> 10 oder mehr Jahre <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> weniger als 3 Jahre

Schultyp

- Volksschule
  - Allgemeine Sonderschulen
  - Hauptschule
  - Allgemein bildende höhere Schule
  - Berufsbildende mittlere und höhere Schule
  - Höhere Technische Lehranstalt
- Sonstiges:

Größe der Schule

Anzahl der LehrerInnen  
Anzahl der SchülerInnen

Gesundheitsverhalten

Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit ?

gar nicht

- 1    2    3    4    5    6    7

sehr stark

Was können Sie selbst unternehmen, um Ihren Gesundheitszustand zu beeinflussen?

nichts

- 1    2    3    4    5    6    7

sehr viel



## BEFRAGUNG ZUR BEFINDLICHKEIT

An alle KoordinatorInnen und enge MitarbeiterInnen des Koordinationsteams !

Die Erfahrungen im Netzwerk zeigen, dass die **Gesundheit von LehrerInnen** ein immer aktuelleres Thema ist und in Beratungen thematisch in den Vordergrund rückt. Viele Untersuchungen zur LehrerInnensituation weisen auch mehr als bedenkliche Ergebnisse auf.

Dies sehe ich als Anlass - sowohl als Koordinatorin des Netzwerkes als auch als Absolventin des Masterlehrganges „Integrated Health Sciences“ - Grundlagenforschung zu dieser Thematik zu betreiben, um vielleicht in weiterer Zukunft aufbauend auf den Ergebnissen, Projekte initiieren zu können. Diese Umfrage ist auch ein Teil einer Vergleichsstudie mit Lehrerpersonen aus der Schweiz.

In dem beiliegenden Fragebogen geht es um allgemeine Fragen die Person, Schule etc. betreffend und in weiterer Folge um Fragen, die sich auf die Befindlichkeit beziehen.

Ich bitte Sie und -wenn möglich- ein bis zwei weitere Personen des Koordinationsteams, diese Fragen bis **4. Oktober** zu beantworten und mir mittels beiliegendem Kuvert zurückzusenden (beiliegend zwei Fragebogenbögen und ein Rücksendekuvert).

Ich werde auch parallel dazu eine Mailversion an die angegebene E-Mail-Adresse der Schule/KoordinatorIn mailen. Der Fragebogen kann auch am Computer ausgefüllt werden und an folgende E-Mail-Adresse retourniert werden:

[bibiana.falkenberg@bab.at](mailto:bibiana.falkenberg@bab.at).

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden:

[bibiana.falkenberg@bab.at](mailto:bibiana.falkenberg@bab.at) oder 0699/144 52 644.

Weitere Informationen können Sie unter [www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) entnehmen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden ab dem Sommer 2005 unter [www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) abrufbar sein.

Ich danke Ihnen für die Mitarbeit !

Mit freundlichen Grüßen

Bibiana Falkenberg

Graz, 27.9.2004



*Selten war ich so dankbar,  
auch wenn im Dank eine grosse  
Arbeit eingebunden ist!*



**Anhang 4 Post-Test zu signifikanten Vergleichen Alter, Mitgliedstatus, Anzahl LehrerInnen/SchülerInnen**

Vergleich „Mitgliedsstatus“:

Abhängige Variable	Post-Test	(I)	(J)	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
							Untergrenze	Obergrenze
GesVH	Tukey-HSD	1	2	1,48588(*)	,41057	,001	,5069	2,4649
			3	,09991	,34199	,954	-,7156	,9154
		2	1	-1,48588(*)	,41057	,001	-2,4649	-,5069
			3	-1,38596(*)	,47807	,013	-2,5259	-,2460
		3	1	-,09991	,34199	,954	-,9154	,7156
			2	1,38596(*)	,47807	,013	,2460	2,5259
	Scheffé-Prozedur	1	2	1,48588(*)	,41057	,002	,4633	2,5084
			3	,09991	,34199	,958	-,7518	,9516
		2	1	-1,48588(*)	,41057	,002	-2,5084	-,4633
			3	-1,38596(*)	,47807	,018	-2,5766	-,1953
		3	1	-,09991	,34199	,958	-,9516	,7518
			2	1,38596(*)	,47807	,018	,1953	2,5766

	Mitgliedsstatus	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a,b)	2	12	4,1667	
	3	19		5,5526
	1	59		5,6525
	Signifikanz		1,000	,968
Scheffé-Prozedur(a,b)	2	12	4,1667	
	3	19		5,5526
	1	59		5,6525
	Signifikanz		1,000	,971

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 19,619.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Vergleich „Alter“:

Abhängige Variable	Post-Test	(I)	(J)	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
							Untergrenze	Obergrenze
GesVH	Tukey-HSD	1	2	,62286(*)	,25357	,043	,0162	1,2295
			3	,56696	,26626	,091	-,0700	1,2040
		2	1	-,62286(*)	,25357	,043	-1,2295	-,0162
			3	-,05590	,25933	,975	-,6763	,5645
		3	1	-,56696	,26626	,091	-1,2040	,0700
			2	,05590	,25933	,975	-,5645	,6763
	Scheffé-Prozedur	1	2	,62286	,25357	,055	-,0108	1,2565
			3	,56696	,26626	,111	-,0984	1,2323
		2	1	-,62286	,25357	,055	-1,2565	,0108
			3	-,05590	,25933	,977	-,7039	,5921
		3	1	-,56696	,26626	,111	-1,2323	,0984
			2	,05590	,25933	,977	-,5921	,7039

	Alter in 3 Gruppen	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a,b)	2,00	28	5,3571	
	3,00	23	5,4130	5,4130
	1,00	25		5,9800
	Signifikanz		,975	,081
Scheffé-Prozedur(a,b)	2,00	28	5,3571	
	3,00	23	5,4130	
	1,00	25	5,9800	
	Signifikanz		,063	

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 25,169.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Vergleich „Anzahl an LehrerInnen“:

Abhängige Variable	Post-Test	(I)	(J)	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
							Untergrenze	Obergrenze
GesVH	Tukey-HSD	1	2	,41667	,34576	,453	-,4078	1,2411
			3	-,45000	,34576	,398	-1,2744	,3744
		2	1	-,41667	,34576	,453	-1,2411	,4078
			3	-,86667(*)	,34576	,037	-1,6911	-,0422
		3	1	,45000	,34576	,398	-,3744	1,2744
			2	,86667(*)	,34576	,037	,0422	1,6911
	Scheffé-Prozedur	1	2	,41667	,34576	,487	-,4444	1,2778
			3	-,45000	,34576	,432	-1,3111	,4111
		2	1	-,41667	,34576	,487	-1,2778	,4444
			3	-,86667(*)	,34576	,048	-1,7278	-,0056
		3	1	,45000	,34576	,432	-,4111	1,3111
			2	,86667(*)	,34576	,048	,0056	1,7278

	Anzahl LehrerInnen in 3 Gruppen	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a)	2,00	30	5,0000	
	1,00	30	5,4167	5,4167
	3,00	30		5,8667
	Signifikanz		,453	,398
Scheffé-Prozedur(a)	2,00	30	5,0000	
	1,00	30	5,4167	5,4167
	3,00	30		5,8667
	Signifikanz		,487	,432

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.  
a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 30,000.

Vergleich „Anzahl an SchülerInnen“:

Abhängige Variable	Post-Test	(I)	(J)	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
							Untergrenze	Obergrenze
GesVH	Tukey-HSD	1	2	-,89052(*)	,33027	,023	-1,6782	-,1028
			3	-1,07355(*)	,35495	,009	-1,9201	-,2270
		2	1	,89052(*)	,33027	,023	,1028	1,6782
			3	-,18303	,35011	,860	-1,0180	,6520
		3	1	1,07355(*)	,35495	,009	,2270	1,9201
			2	,18303	,35011	,860	-,6520	1,0180
	Scheffé-Prozedur	1	2	-,89052(*)	,33027	,031	-1,7132	-,0678
			3	-1,07355(*)	,35495	,013	-1,9577	-,1894
		2	1	,89052(*)	,33027	,031	,0678	1,7132
			3	-,18303	,35011	,872	-1,0552	,6891
		3	1	1,07355(*)	,35495	,013	,1894	1,9577
			2	,18303	,35011	,872	-,6891	1,0552

	Anzahl SchülerInnen in 3 Gruppen	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
			1	2
Tukey-HSD(a,b)	1,00	31	4,8065	
	2,00	33		5,6970
	3,00	25		5,8800
	Signifikanz		1,000	,857
Scheffé-Prozedur(a,b)	1,00	31	4,8065	
	2,00	33		5,6970
	3,00	25		5,8800
	Signifikanz		1,000	,869

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 29,251.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

**Anhang 5 Gruppeneinteilung**

Für die vier Variablen Alter, Berufserfahrung, Anzahl an LehrerInnen, Anzahl an SchülerInnen wurde die Stichprobe für die Auswertungen in drei jeweils gleich große Gruppen geteilt. Jede der drei Gruppen besteht aus 33.3% der Stichprobe.

	Alter	Berufserfahrung als LehrerIn in Monaten	Anzahl der LehrerInnen	Anzahl der SchülerInnen	
Mittelwert	46,00	250,13	32,84	299,48	
Median	47,50	277,00	21,50	209,00	
Standardabweichung	8,452	133,870	28,898	251,661	
Minimum	23	11	2	9	
Maximum	59	500	140	1400	
Trennungswerte					
	Für Gruppe 1 vs. 2	44,67	156,00	18,33	170,00
	Für Gruppe 2 vs. 3	51,00	337,33	33,67	300,00

**Anhang 6 SOC-Stichprobenvergleiche**

	Stichprobe	N			Untergruppe für Alpha = .05.		
			1	2	3	4	5
Tukey-HSD(a,b)	Ö_SchülerInnen (Irmin Gypser)	108	111,1785				
	Ö_Jugendliche in betreutem Wohnen (Dagmar Tranninger)	33		122,5776			
	Ö_Arbeitslose (Adelheid Pochmann)	42			143,3722		
	Ö_TeilnehmerInnen Lehrgang Ges-Trainer (Martin Steixner)	91			146,1678	146,1678	
	Ö_ÄrztInnen (Gernot Siber)	137				153,7776	153,7776
	CH_LehrerInnen (Mark Niederdorfer)	122				154,4927	154,4927
	Ö_LehrerInnen (Bibiana Falkenberg)	92					156,0453
	Ö_PhysiotherapeutInnen (A.Binder)	87					158,1058
	Ö_PsychotherapeutInnen (H.Binder)	40					162,3209
	Signifikanz		1,000	1,000	,993	,160	,135

Tabelle 1: Stichprobenvergleiche und Reihung

Bei den einzelnen SOC-Komponenten zeigen sich insgesamt sehr ähnlich Ergebnisse. Wiederum gibt deutliche Unterschiede zwischen den Stichproben (siehe Tabelle 2) und auch die Reihung der einzelnen Gruppen entspricht weitestgehend jener beim SOC-Gesamtwert. Den höchsten Werte haben in allen Fällen die PsychotherapeutInnen, die geringsten Werte jeweils die MaturantInnen und/oder die Jugendlichen in betreutem Wohnen.

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
socv_sum	Zwischen den Gruppen	12705,675	8	1588,209	22,584	,000
	Innerhalb der Gruppen	52251,554	743	70,325		
	Gesamt	64957,229	751			
soch_sum	Zwischen den Gruppen	28691,123	8	3586,390	85,530	,000
	Innerhalb der Gruppen	31155,072	743	41,931		
	Gesamt	59846,195	751			
socb_sum	Zwischen den Gruppen	28051,040	8	3506,380	69,520	,000
	Innerhalb der Gruppen	37474,682	743	50,437		
	Gesamt	65525,722	751			

Tabelle 2: Varianzanalyse zum Stichprobenvergleich in SOC-Komponenten

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

Antonovsky, A: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. In der Übersetzung von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) – Verlag 1997.

Baric´, L., Conrad, G.: Gesundheitsförderung in Settings. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung 1999.

Bauer, J.: „Ein Lehrer kann seine Schüler nicht einfach entlassen, wenn sie ihm nicht passen“ – ein Gespräch mit Dr. Joachim Bauer. In: Psychologie heute, Jg.31, Heft 1, 2004, S. 34 – 38.

Bauer, J.: Lehrer sind gesundheitlich massiv belastet. In: Profil – Das Magazin für Gymnasium und Gesellschaft, Heft 7/8, 2003, S. 12 – 16.

Bauer, J.: Persönliche und institutionelle Risikofaktoren für Depression und Burnout bei Lehrkräften. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote. München 2002.

Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband: Gesunde Lehrer – gesunde Schule! In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote. München 2002.

Bengel, J., Strittmaier, R., Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund. Antonovsky Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.

Bernadette, F.: Belastungen im Lehrberuf. Pädagogisches Institut der Universität Zürich: Stiftung Zentralstelle der Studentenschaft 1996.

Binder, A.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Binder, H. P.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei PsychotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach Anzahl der Lehrtherapie- bzw. Selbsterfahrungsstunden. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Blättner B., college@inter-uni.net: Fundamentals of Salutogenesis - Health Promotion (WHO) and Individual Promotion of Health: Guided by Resources / Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen. edition@inter-uni.net, Graz 2004.



Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK), Bundesministerium für öffentliche Leistung und Sport, Gewerkschaft Öffentlicher Dienst: LehrerIn 2000. Arbeitszeit, Zufriedenheit, Beanspruchung und Gesundheit der LehrerInnen in Österreich. Wien, 2000.

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (BMUK) (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für ProjektkoordinatorInnen. Wien: REMAprint 1997.

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) (Hrsg.): Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule. Ein Handbuch für Schulen unterwegs. Wien: Otto Sares GmbH 1999.

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG), Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) (Hrsg.): Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Wien: Hausdruckerei des BMSG 2001.

Dauber, H., Vollstädt, W.: Psychosoziale Belastungen im Lehramt. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von frühpensionierten Lehrern und Lehrerinnen in der nordhessischen Region. [www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/fragebogen.doc](http://www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/fragebogen.doc) (Abruf 13.9.04 MEZ) weiterführend [www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/AG-bericht.doc](http://www.uni-kassel.de/zlb/aktuelles/neues/AG-bericht.doc) (Abruf 2.6.04 MEZ).

Endler P.C., EU-team@inter-uni.net: Master's Programme for Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences / Masterlehrgang für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Endler P.C., college@inter-uni.net: Working Scientifically in Complementary Medicine and Integrated Promotion of Health / Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung. edition@inter-uni.net, Graz 2004b.

Frei, B.: Belastungen im Lehrberuf. Zürich: Pädagogisches Institut, Stiftung Zentralstelle der Studentenschaft 1996.

Gamsjäger, E., Sauer, J.: Burnout bei Lehrern: Eine empirische Untersuchung bei Hauptschullehrern in Österreich. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, Jg. 43, 1996, Heft 1, S. 40 – 56.

Gerber-Eggimann, K.: Gesund lernen ist mehr als Gesundheit zu lernen. In: forum fortbildung, Heft 4, 2002, S. 4 – 5.

Göpel, E.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Grossmann, R.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Gypser, I.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky bei GymnasiastInnen der 12. Schulstufe in Graz. edition@inter-uni.net, Graz 2002.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, Ch., Rumpf, H.-J., Hapke, U., John, U.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. In: Psychother Psych Med, Jg., 54, 2004, S. 179 – 186.

Heindl, I., Gusek, E.: Gesundheitsförderung im schulischen Alltag – 29 Modellversuchsschulen Schleswig-Holsteins auf dem Weg. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Heyse, H.: Erhalt und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Lehrerinnen und Lehrern. In: Heyse, H.: Vorbereitende Texte für das Symposium: Lehrerbeltung – Lehrergesundheit. Deutscher Psychologentag und 21. Kongress für angewandte Psychologie. Bonn 1. – 4. November 2001.

Heyse, H.: Erhalt von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit von Lehrerinnen und Lehrern: Eine Herausforderung für Lehrkräfte, Schulleitungen und Schulaufsicht. In: Heyse, H., Vedder, M.: Texte zur Lehrergesundheit. Ausgewählte Veröffentlichungen des Projektes Lehrergesundheit. Trier 2004a.

Heyse, H.: Lehrergesundheit zwischen individueller Verantwortung und kollegialer Schulgestaltung. In: Hillert, A., Schmitz, E. (Hrsg.): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern: Stuttgart: Schattauer 2004b.

Homfeldt, H.G., Barkholz, U., Petersen, J.: Schulklima und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Hundeloh, H.: Gesunde Schule. Vortrag im Rahmen des Kongresses der Landesunfallkasse „Psychische Belastung bei Lehrerinnen und Lehrern“. März 2002.

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung, Lehrerberatungszentrum Graz: Gesundheit und Lebensqualität im Lehrberuf. Untersuchungsergebnisse des Projektes „Altersgerechte und gesundheitsgerechte Schulen in der Steiermark“ 1999.

Jehle, P., Gayler, B., Seidel, G.: Zur Entstehung und Prävention der Dienstunfähigkeit bei Lehrpersonen: Eine Befragung von Schulleiterinnen und Schulleitern. In: Heyse, H.: Vorbereitende Texte für das Symposium: Lehrerbelastung – Lehrergesundheit. Deutscher Psychologentag und 21. Kongress für angewandte Psychologie. Bonn 1. – 4. November 2001.

Katschnig, T.: Lehrerbefindlichkeit, Lehrerängste. In: Erziehung und Unterricht, Jg.152, Heft 1/2, 2002, S.161 – 177.

Kickbusch, I., Jones, J.T.: Das Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen: Gesundheitsförderung beeinflusst Europa und die Welt. In: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.): Österreichisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“. Ein Pilotprojekt zieht Bilanz. Fachtagung 6. November 1996 im Festsaal des Bundesamtsgebäudes. S. 8 – 14.

Kickbusch, I.: Ein Kongress-Resümee´. Zehn Jahre nach Ottawa – Entwicklung der Gesundheitsförderung. In: Blättner, B., Borkel, A., Venth, A. (Hrsg.): Anders leben lernen: Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Kongressdokumentation. Frankfurt/M.: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung 1996.

Koch, S.: Schule und Gesundheit. In: Arnold, R., Günther, H. (Hrsg.): Innovative Bildungs- und Erziehungsprozesse. Schriftenreihe: Pädagogische Materialien der Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern, Heft 19, 2003, S. 141- 152.

Kramis-Aebischer, K.: LEBE-Tag. Referat gehalten am 3. Berner LehrerInnen-Tag am 21.5.2003.

Krampen, G., Schui, G., Vedder, M.: Frühpensionierte und alterspensionierte Lehrkräfte im Vergleich. In: Heyse, H., Vedder, M.: Texte zur Lehrergesundheit. Ausgewählte Veröffentlichungen des Projektes Lehrergesundheit. Trier 2004.

Kratky K.W., college@inter-uni.net: Comparison and Integration of Complementary Medical Methods Humanity and Medical Science / Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren - Menschenbild und Heilkunde. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Landert, Ch.: Zufriedenheit und Unzufriedenheit im Lehrerberuf. Ergebnisse einer Untersuchung bei Deutschschweizer LehrerInnen. Zürich: Landert Farago Davatz & Partner 2002.

Lüde, R.: Neue Konzepte der Organisationsentwicklung an Schulen. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Meier, G.: Organisationsklima und Kohärenzgefühl. Eine Untersuchung in drei Organisationen. Lizenziatsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich, Betreuung von Prof. I. Udris und Prof. F. Stoll, eingereicht Juni 2003.

Milz, H.: Mit Sinnen und Verstand auf der Suche nach Gesundheit. In: Blättner, B., Borkel, A., Venth, A. (Hrsg.): Anders leben lernen: Beiträge der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Kongressdokumentation. Frankfurt/M.: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung 1996.

Niederdorfer, M.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei Lehrpersonen schweizerischer Kindergärten und Schulen, differenziert nach Angaben zur Person, dem Gesundheitsverhalten und der Zukunftsperspektive. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Pass P.F., college@inter-uni.net: Fundamentals of Depth Psychology -Therapeutic Relationship Formation between Self-awareness and Casework/Tiefenpsychologische Grundlagen - Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Pochmann, A.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei langzeitarbeitslosen und langzeitbeschäftigungslosen Personen im Bezirk Lilienfeld, Niederösterreich, differenziert nach den Gründen für die Dauer der Arbeitslosigkeit. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Rodari Antonella, college@inter-uni.net: Introduction of Regulatory Methods - Systematics, Description and Current Research / Vorstellung regulativer Verfahren - Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Saupe, R., Möller, H.: Psychomentele Belastungen im Lehrerberuf. Ergebnisse einer Studie in Berlin-West. Berlin: GEW Landesverband Berlin 1981.

Schaarschmidt, U., Aarold, H., Kieschke, U.: Die Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte. In: Scheunpflug, A. u.a. (Hrsg.): Schulleitung im gesellschaftlichen Umbruch. München: Oldenbourg Schulbuchverlag 2000.

Schaarschmidt, U., Fischer, A.W.: Bewältigungsmuster im Beruf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2001.

Schaarschmidt, U., Fischer, A.W.: AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt/Main: Swets & Zeitlinger 1996.

Schaarschmidt, U., Kieschke, U., Fischer, A.: Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, Heft 4, 1999, 244-268.

Schaarschmidt, U.: Beanspruchung im Lehrerberuf. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote. München: Präbst Druck 2002 a.

Schaarschmidt, U.: Beanspruchungsmuster als Indikatoren psychischer Gesundheit bei Lehrerinnen und Lehrern. Vortrag im Rahmen des Kongresses der Landesunfallkasse „Psychische Belastung bei Lehrerinnen und Lehrern“. März 2002 b.

Scharinger, Ch.: Gesundheitsförderung macht Schule – Ein Pilotprojekt zieht Bilanz. In: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.): Österreichisches Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“. Ein Pilotprojekt zieht Bilanz. Fachtagung 6. November 1996 im Festsaal des Bundesamtsgebäudes. S. 15 – 19.

Scharinger, Ch.: Kann Gesundheitsförderung Schule machen ? Eine Analyse am Beispiel des österreichischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“. Wien: Hausdruckerei des BMAGS 1998.

Schindler, R., Svoboda, W.: Das Rangdynamische Positionsmodell aus gruppen- und organisationsdynamischer Sicht. Ein Interview. Wien: Eigenverlag 1993.

Schley, W.: Innovation und Selbsterneuerung an Schulen – Anstöße zur Lehrerverkooperation und Organisationsentwicklung als systemische Beiträge zur Gesundheitserziehung. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Schmitz, E.: Frühe Erwartungen und spätere Belastungen – Impulse für Präventionsmaßnahmen in der Aus- und Fortbildung. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote. München: Präbst Druck 2002.

Schmitz, E., Hillert, A.: Risikofaktoren für vorzeitige Pensionierung im Lehrberuf. In: Heyse, H.: Vorbereitende Texte für das Symposium: Lehrerbelastung – Lehrergesundheit. Deutscher Psychologentag und 21. Kongress für angewandte Psychologie. Bonn 1. – 4. November 2001.

Schumacher, J., Gunzelmann, T., Brähler, E.: Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: Diagnostica, Jg. 46, Heft 4, 2000, S. 208 – 213.

Seiwert, L.J.: Wenn du es eilig hast, gehe langsam. Das neue Zeitmanagement in einer beschleunigten Welt. Frankfurt/News York: Campus Verlag GmbH. 1998/2003.

Siber, G.. Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei Ärzten und Ärztinnen in der Steiermark differenziert nach Geschlecht, Alter, Dauer der Tätigkeit in der Praxis, Ort der Praxis, Arbeitszeit und finanzieller Zufriedenheit. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Sieland, B., Tacke, M.: Ansätze zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit dienstälterer Lehrkräfte in Niedersachsen. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Lüneburg: Institut für Psychologie 2000.

Spranger H.H., college@inter-uni.net: Fundamentals of Regulatory Biology - Paradigms and Scientific Backgrounds of Regulatory Methods / Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Steixner, M.: Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei österreichischen GesundheitstrainerInnen. edition@inter-uni.net, Graz 2004.

Svoboda, B.: Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa-Verlag 1993.

Tranninger, D.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei Jugendlichen im Jugendwohlfahrtsbetreuten Wohnen differenziert nach Angaben zur Person, zur Herkunftsfamilie, zur schulischen und zur Arbeitssituation. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Van Dick, R.: Stress und Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf. Eine Analyse von Belastung und Beanspruchung im Kontext sozialpsychologischer, klinisch-psychologischer und organisationspsychologischer Konzepte. Marburg: Tectum 1999.

Vuille, J.-C., Carvajal, M. I., Casaulta, F., Schenkel, M.: Die gesunde Schule im Umbruch. Zürich: Verlag Rüegger 2004.

Weber, A.: Lehrergesundheit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept. In: Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Schule. Ursachen, Präventionsmaßnahmen und Therapieangebote. München 2002

Wilke, E.: Die gesundheitlichen Belastungen und Risiken des Lehrberufs. In: Barkholz, U., Israel, G., Paulus, P.: Gesundheitsförderung in der Schule. Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer. Soest: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung 1997.

World Health Organization (WHO): The Ottawa-Charta of Health Promotion. Kopenhagen: WHO 1986.

Wulk, J.: Lehrerbelastung. Qualitative und quantitative Aspekte der psychischen Belastung von Lehrern. Eine arbeitspsychologische Untersuchung an Lehrern beruflicher Schulen. Frankfurt a.M.: Peter Lang 1988.