

Einleitung

Ein kompetenter Mensch ist, wer sich den Regeln gemäß irrt.
P. Valéry, *Schlimme Gedanken und andere* (Werke, Bd. V, S. 465)

Feuerzangenbowlen-Gemütlichkeit stellt sich eher selten ein, wenn vom Lehrerberuf die Rede ist. Es sei denn, dies geschieht auf die charmant-verschmitzte Art, in der Heinz Rühmann als Pfeiffer »mit drei f« dem Publikum des legendären Ufa-Klassikers zupros-tete (vgl. zur hochdramatischen Produktionsgeschichte des Films: Ohmann, 2010). Aus Sicht manches Außenstehenden entschädigen Langzeitferien, relative Arbeitsplatzsicherheit bei guter Bezahlung und familienfreundliche Verpflichtungen zur Halbtagspräsenz vor Ort aber allemal für die Härten des Jobs, die keineswegs geleugnet werden (schwierige Schüler in zu großen Klassen; Unterrichtsvor- und -nachbereitungsaufwand etc.). Das Heikle dabei: Solche Einschätzungen verfehlen wichtige Aspekte der Berufspraxis (z. B. den Verwaltungsanteil der Tätigkeit und den Fakt, dass der Ausbau von Ganztagsschulangeboten stetig voranschreitet). Sie verharmlosen zudem eine in vielen wissenschaftlichen Studien offengelegte Problematik. Die Gesundheitssituation im Schuldienst nämlich ist prekärer als in anderen akademischen Arbeitsfeldern. Beschäftigte leiden hier überproportional häufig unter Erschöpfungssymptomen, Unzufriedenheit mit der Berufswahl und Überforderungsgefühlen (einige Studien beziffern die Gruppenstärke akut Betroffener in der Gesamtlehrerschaft auf über 50 %; vgl. Schaarschmidt & Kieschke, 2007). Das lässt nun in mehrfacher Hinsicht aufhorchen. *Erstens* geht es um die Lebensqualität Hunderttausender von Menschen. *Zweitens* sind Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit fraglos miteinander verknüpft: Einschränkungen im Wohlbefinden Lehrender haben mitunter empirisch greifbare Konsequenzen für Lernende (vgl. z. B. Klusmann, Richter & Lüdtke, 2016; Pakarinen et al., 2010). Guter Unterricht ist auf Dauer jedenfalls nur mit gesun-

den Lehrerinnen und Lehrern zu bewerkstelligen. Gesundheitsprobleme verursachen *drittens* über den subjektiven Leidensdruck hinaus handfeste objektive Kosten (Stichworte: Kompensation von krankheitsbedingten Unterrichtsausfällen; finanzielle Aufwendungen für medizinische und/oder psychologische Behandlungen, gegebenenfalls gar für eine vorzeitige Pensionierung etc.).

Vor jenem Hintergrund soll unser Buch das Thema Lehrergesundheit detaillierter aufrollen. Wir werden uns zu diesem Zweck einerseits auf Befunde der angewandten Gesundheitspsychologie und zum anderen auf Beiträge aus dem Gebiet Schulentwicklungsforschung stützen. Die Darstellung ist in fünf Großkapitel gegliedert.

Das *erste Kapitel* macht mit basalen Konzepten der Gesundheitsforschung vertraut. Zunächst widmen wir uns der aktuellen Debatte um den Gesundheitsbegriff. Es wird zu betonen sein, dass Einschätzungen psychischen und körperlichen Befindens je nach Perspektive und Bezugssystem durchaus unterschiedlich ausfallen können. So verfügen Mediziner über andere Analyse- und Bewertungsraster als Laien. Noch weitere Punkte sind relevant. Um vorab nur zwei zu nennen:

- ♦ Diagnosesysteme und Problematisierungstrends wandeln sich im Laufe der Zeit.
- ♦ Eigene Erwartungen und Vergleiche mit bedeutsamen Bezugspersonen im sozialen Umfeld haben Einfluss auf subjektive Gesundheitsurteile. Derlei »Kalibrierungseffekte« können mit wechselnden Intensitäten bis ins hohe Erwachsenenalter auftreten.

Kurzum, Gesundheit muss als ebenso vielschichtiges wie dynamisches Phänomen verstanden werden. Herauszustellen bleibt ferner, dass Gesundheit nicht lediglich schicksalhaftes Widerfahrnis, sondern zu Teilen eine eigenverantwortlich auszufüllende Gestaltungsaufgabe ist. Statistiken zur Gesundheitssituation in der Gesamtbevölkerung weisen psychische Beeinträchtigungen als prominenten Problembereich aus (vgl. Ellert & Kurth, 2013). Als

wichtiger Ursachen- oder doch Symptomverstärkungs-Komplex gilt da (berufliche) Überlastung (»Stress«). Stress spielt zudem eine signifikante Rolle in der Entwicklung *körperlicher* Erkrankungen. Folgerichtig wird das Stresskonzept näher unter die Lupe zu nehmen sein.

Das *zweite Kapitel* bereitet Theorien und Befunde zum Belastungsgeschehen im Schuldienst genauer auf. Ein Schwerpunkt wird in der pointierten Zusammenfassung zentraler Resultate der Potsdamer Lehrerstudie (Schaarschmidt, 2005; Schaarschmidt & Kieschke, 2007) liegen. Kernidee besagter Untersuchung war es, ein differenziertes Bild der Belastungssituation im Tätigkeitssektor Schule zu zeichnen und praxistaugliche Vorschläge zur Optimierung des Arbeitsalltags abzuleiten. Besonderes Augenmerk ruhte auf Persönlichkeitsfaktoren, die einen gesundheitsförderlichen Umgang mit den Anforderungen des Berufes erleichtern. Diese deutschlandweit bisher größte Studie zum Thema schärfte den Blick für zweierlei: dafür, dass Strukturmerkmale des Jobs unterschiedlich belastungsrelevant sind (einige Probleme wiegen *generell* schwerer als andere) und dafür, dass die gesundheitlichen Resonanzeffekte desselben Umweltfaktors zwischen einzelnen Personengruppen bedeutsam abweichen können.

Kapitel 3 erweitert die Diskussion um geschlechtsbezogene Analysen. Zu den konsistentesten Ergebnissen der Belastungsforschung zählt der Befund, dass Frauen über stärkere körperliche und psychische Beeinträchtigungen klagen als Männer. Das zeigt sich nicht zuletzt (und gar mit besonderer Prägnanz!) im Lehrerberuf. Wir wollen möglichen Gründen dafür nachgehen. Geschlechtsbezogene Re-Analysen von Daten aus der Potsdamer Lehrerstudie werden in diesem Zusammenhang einen wichtigen Referenzpunkt bilden.

Liefere die vorgängigen Kapitel Bausteine zu einer *Diagnostik* der Lehrgesundheit, fasst *Kapitel 4* Maßnahmen zum Umgang mit den geschilderten Problemen ins Auge. Die beste Vorbereitung auf spätere Praxis ist bekanntlich: frühe Praxis (optimaler Weise gut angeleitet und selbstkritisch reflektiert). Das hat seine

Berechtigung selbstverständlich auch in Sachen Gesundheitsvorsorge. Wir wollen deshalb an ausgewählten Beispielen verdeutlichen, dass und wie entsprechende Handlungsschritte bereits im *Lehramtsstudium* umsetzbar sind. Speziell Fragen der Eignungsberatung und der Ausrichtung von Stressbewältigungstrainings werden uns beschäftigen. Zumindest streifen wollen wir außerdem ein Kompetenzfeld, das nach unserer Einschätzung immer noch eher stiefmütterlich »beackert« wird: Stimmbildung und Sprecherziehung. Reden gehört schließlich zu den Haupttätigkeiten im Klassenraum. Stimme und sprachlicher Ausdruck sind gewiss nicht alles, aber ohne adäquate Beherrschung jener Wirkregister ist alles nichts. Umso dringlicher erscheint es, diese Instrumente gut zu »warten« und um die Tragweite stimmlicher Effekte zu wissen (z. B. für die Ausstrahlung von Kompetenz und Autorität).

Kapitel 5 verschiebt den Fokus auf Gesundheitsfragen in Schulentwicklungsprozessen. Gesundheitschancen sind nie bloß »Privatsache« der Lehrkraft. Vielmehr werden sie zwischenzeitlich als prominentes Qualitätskriterium von Schule überhaupt gewürdigt. Dahinter steckt die Überzeugung, dass sich Leistungsfähigkeit und die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung im Kollegium langfristig nur sichern lassen, wenn die organisationalen und »schulklimatischen« Voraussetzungen stimmen. Eingedenk dieser Prämisse sollen Möglichkeiten beleuchtet werden, Gesundheit als Aufgabenschwerpunkt in Schulmanagementansätzen nachhaltig zu verankern. Wir wollen uns dem Thema in zwei Schritten nähern. Zuerst sind Gesundheitseffekte schulischen Führungshandelns und ihre Bedeutsamkeit für etwaige Präventions- und Interventionsangebote zu eruieren. Dann möchten wir für systemische Herangehensweisen, wie sie die (arbeits)medizinische und psychologische Berufsforschung vorschlägt, anhand eines konkreten Praxisprojektes werben: des Programms »Denkanstöße!« (Schaarschmidt & Fischer, 2016).

Eine kurze Zusammenfassung der Kernargumente des Bandes und einige Überlegungen zu weiteren Forschungs- und Praxisperspektiven sollen unsere Bestandsaufnahme abrunden.

1

Grundkonzepte der Gesundheitsforschung

1.1 Was ist Gesundheit?

Wer nach Gesundheit fragt, geht buchstäblich aufs Ganze. Immerhin wurzelt der Begriff sprachgeschichtlich im Bedeutungsfeld »vollständig, heil und ganz« (lateinisch: »sanus«, mit dem auch das althochdeutsche Wort »suona« [= Befriedigung, Sättigung] verwandt sein soll, das noch im heutigen »Gesundheit« anklingt)¹.

1 vgl. Grimm & Grimm, 1897/1999, Deutsches Wörterbuch, Bd. 5, Sp.4293; Vonessen, 1974, Sp.559

Von daher hat es eine eigene Plausibilität, wenn im Falle von Unwohlsein und Krankheit mit der Erkundigung nachgehakt wird, was denn *fehle* – und nicht etwa mit der, was dazugekommen sei (z. B. an Symptomen und Beschwerden).

Egal jedoch, wie man es dreht und wendet: Die Konzepte »gesund« und »krank« bleiben als Gegensatzpaar zwangsläufig aufeinander bezogen. Sie reihen sich insofern in die lange Tradition dualistisch geprägter Wirklichkeitsbeschreibungen ein (hell – dunkel; gut – schlecht; arm – reich etc.). Dieses Referenzverhältnis ist selbst durch den Einspruch, Gesundheit sei mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit, keineswegs erschüttert oder ausgehebelt. Krankheit wird weiterhin ein Fluchtpunkt jeder Gesundheitsdebatte sein. Die amerikanische Essayistin Susan Sontag hat jene unauflösbare Polarität einmal in das schöne Bild gekleidet, allen Menschen sei eine Art »doppelte Staatsbürgerschaft« verbrieft: eine im Königreich der Gesunden und eine im Königreich der Kranken (vgl. Sontag, 1991, S. 3). Während wir noch die Vorzüge der ersterwähnten Dependence auskosten, knistern in unserer Tasche bereits die Aufenthaltspapiere für den zweiten Wohnsitz. Trösten mag man sich da mit dem lakonischen Bescheid Jean Pauls, dass auch jede Gesundheit – wenn sie nur lang genug dauere (etwa 70, 80 Jahre) – tödlich sei (vgl. Jean Paul, 1996, S. 239).

Symptomfreiheit ist nach gängigem Verständnis das »Leitsymptom« von Gesundheit. Das Unbehagen an einer Sichtweise, die schon im »Schweigen der Organe«², ergo: im reibungslosen Normalbetrieb biologischer Wirkeinheiten die Ideallinie menschlichen Befindens erkennt, rührt anderswoher. Man befürchtet schlicht eine unnötige Verkürzung von Erörterungsperspektiven. Kritisch beäugt wird eher der Zuschnitt der Fragen als der Gehalt bisheriger Antworten. Durch eine Fokussierung auf Risiken und Barrieren, die den psychosomatischen Normalbetrieb behin-

2 Leriche, zit. nach Canguilhem, 1977, S. 58

dern, geraten demnach schnell all jene Faktoren aus dem Blick, die Problemlösungen und Anpassungsprozesse *begünstigen*. Das wird zumal von Vertretern des salutogenetischen Ansatzes der Entwicklungsforschung bekräftigt (Salutogenese, von lateinisch »salus« [= Wohl, Zufriedenheit] und griechisch »genesis« [= Entstehung, Herkunft]). Deren Erkenntnisinteresse richtet sich weniger auf das, was Gesundheitschancen potenziell mindert, als auf das, was sie stabil hält oder vergrößert – und zwar sogar unter widrigen Umständen. Zum Thema werden deshalb situative und persönlichkeitsgebundene Einflüsse auf Vitalität und Widerstandsfähigkeit (für jenen Zielkomplex hat sich der Fachterminus »Resilienz« eingebürgert; vgl. Antonovsky, 1979, 1987; Bengel, Strittmatter & Wittmann, 2001). Eine solche Schwerpunktsetzung stößt trotz ihrer unbestrittenen Verdienste gelegentlich auf Kritik (► Infobox 1).

Infobox 1: Zur Kritik des salutogenetischen Ansatzes

Die Suche nach Widerstandsfaktoren und »Immunsierungsstrategien« gegen äußere Störeinflüsse hat nach Einschätzung mancher Kritiker etwas Kleinmütig-Duldsames, das im schlechtesten aller Fälle Bemühungen hintertreibt, ein Übel wirklich an der Wurzel zu packen (vgl. Bröckling, 2017). Statt einen drohenden Schaden konsequent abzuwehren, würden Optionen ausgelotet, Schäden besser bewältigen oder verkraftbar machen zu können. Das Interesse an Maßnahmen, mit denen erwartete Negativfolgen eines Risikoereignisses abgefedert werden sollen, überlagere dann das Interesse an effektiver Risikominimierung (die zunächst vielleicht teurer sei). Man wolle auf das Worst-Case-Szenario gut vorbereitet sein, ohne seiner Entstehung nachhaltig vorzubeugen. Der »schwarze Peter« des Spiels lande deshalb häufig bei denen, die für Herausforderungen ungenügend gewappnet seien (gemäß der Devise »Ist der Druck zu stark, bist Du zu schwach.«). Die Diskussion kreise so eher um Verhaltensdefizite (»mangelnde Belastbarkeit«) als um

veränderungsbedürftige Verhältnisaspekte («Zuviel an Belastungen«).

Tatsächlich wäre es fatal, Verhaltens- gegen Verhältnisanalysen auszuspielen. Die Ansätze sind keine konkurrierenden »Weltanschauungen«, sondern ergänzen einander fruchtbar und adressieren Problembereiche, die bei allen wechselseitigen Abhängigkeiten sehr wohl unterschieden werden können (vgl. Dadaczynski & Paulus, 2018). Diese Unterscheidbarkeit nötigt ja längst nicht zu einer rigorosen Trennung der beiden Aspekte. Der Philosoph Herbert Schnädelbach hat mit Nachdruck die Beachtung jener Differenz angemahnt: »Offenbar macht im Denken die Unterscheidung zwischen ›Unterscheiden‹ und ›Trennen‹ Schwierigkeiten, während man wohl nicht in allen Fällen, in denen man den Kopf seines Gegenüber von dessen Rumpf unterscheidet, sofort zur Trennung überzugehen bereit ist« (Schnädelbach, 1999, S. 16).

In Abgrenzung zu pathogenetischen Herangehensweisen, die *Krankheitsursachen* aufdecken und beseitigen wollen, ist es das Hauptanliegen salutogenetischer Forschungsprogramme, *Gesundheitsursachen* zu identifizieren und in ihrer Wirkung zu verstärken. Die beiden Zugänge sind dabei keineswegs in dem Sinne redundant, dass der eine Ansatz lediglich die Befunde, Theorien und Modellrechnungen des anderen durch einen simplen Vorzeichenwechsel umpolen würde (nach dem Motto »Ein Mangel an Gefährdungsmomenten spricht bereits für ein Befindens- und Funktionsoptimum.«). In dem Maße, in dem Risiken schwinden, wachsen nicht automatisch Gesundheitschancen; was an Negativem entfernt wird, polstert Positivkonten nur selten um gleiche Beträge auf. Um es an einem Beispiel zu veranschaulichen: Der Verzicht auf Fett- und Alkoholkonsum (Wegfall von Risikofaktoren) erhöht die Werte einiger Gesundheitsindikatoren eklatant (günstige Stoffwechseleffekte; Anhebung des körperlichen Leistungsvermögens etc.), die anderer möglicherweise kaum oder erst

mit deutlichem Zeitverzug (Lebenszufriedenheit; Genusserleben etc.). Es gibt nun Bedingungs-elemente, die das eine wie das andere zu erklären vermögen (die Abstinenz *und* eine hohe Lebenszufriedenheit), aber ebenso Faktoren, die eher das eine *oder* das andere verständlich werden lassen. Vorstellbar wären Variablenkonstellationen, die mit der Prognose von Erkrankungen vergleichsweise wenig, mit der langfristigen Vorhersage von Zufriedenheit und Handlungstüchtigkeit hingegen relativ viel zu schaffen haben. Diese Merkmale verdienen nach Logik der salutogenetischen Argumentation besondere Beachtung. Knapp und bündig: Das Gute ist etwas anderes (oder doch mehr) als das Schlechte, das uns verschont (vgl. Faltermaier, 2005, 2018; Franke, 2012).

Der Leser ahnt es längst: Das vorgängige Beispiel fußt auf einer Prämisse, die ihrerseits genauer auf Plausibilität und Tragweite abgeklopft werden sollte. Vorausgesetzt wurde augenscheinlich, dass der Begriff Gesundheit *positive* Bestimmungsstücke hat, in sich also differenzierter ist, als es die Sprachregelung vorgaukelte, Gesundheit sei das homogene Kontrastbild zu Krankheit (jedenfalls war gerade die Rede von *verschiedenen* Gesundheitsindikatoren). Ähnlich wie der philosophische Großbegriff »Freiheit« negativ (»Freiheit wovon?«) und positiv gefasst werden kann (»Freiheit wozu?«), birgt das Konzept Gesundheit offenbar eine Doppelreferenz: eine negative (»Freiheit von Beschwerden«) und eine, die *positive* Zielattribute umspannt. Solche sind explizit schon in dem berühmten Definitionsvorschlag erwähnt, der das Gründungs-dokument der »World Health Organization« einleitet: »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.« (Im Original: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity«, WHO, 1946, S. 1.) Ein Zustand vollumfänglicher Zufriedenheit mit der zitierten Definition wurde freilich nie erreicht. Kritiker bemängelten vor allem drei Punkte (vgl. Schramme, 2012):

- ♦ Der Satz umreißt eine Maximalvorgabe. Die Frage ist deshalb weniger, ob jemand nach WHO-Perspektive *gesund* oder *krank* ist, sondern eher, in welcher Entfernung vom kaum erreichbaren Befindensoptimum der Betreffende »strandet«. Als hehres Gestaltungsziel mag das dort Behauptete Strahlkraft haben, zur Beschreibung der »schnöden Realität« taugt die Einlassung weniger. Empirische Forschungsergebnisse ernüchtern zwischenzeitlich über den Verbreitungsgrad einer so auf den Begriff gebrachten Gesundheit. Nur eine von 20 Personen bejaht die Frage, ob sie vollständig gesund sei. 95 % der Über-18-Jährigen vermelden mindestens ein Gebrechen; jeder dritte Erwachsene berichtet mehr als fünf Gesundheitseinschränkungen, die ihn aktuell betreffen (vgl. Vos et al., 2015, die Daten aus 188 Ländern für ihren Report ausgewertet haben). Die oft und gern beschworene »normative Kraft des Faktischen« lässt da die faktische Verbindlichkeit der WHO-Idealnorm gefährlich kippen.
- ♦ Definitionen scheitern mitunter an dem, was dem Wortsinne nach ihr eigentlicher Auftrag ist: Grenzziehungen (»definitio«, lat.: Umgrenzung). Wird ein Sachverhalt vom Begrifflichen her zu weitläufig abgezirkelt, hat man das Problem, dass jenseits der Grenze wenig übrigbleibt. Beinahe alles gehört dann irgendwie dazu. Derartige Bedenken wurden auch im Hinblick auf die WHO-Definition geäußert (vgl. Callahan, 2012). Sie erwecke den Eindruck, Übel jeglicher Coloeur (von diplomatischen Krisen und Extremwetterlagen über unhöfliches Verhalten bis hin zu schlechten Scherzen und Schulhofprügeleien) seien letzten Endes »gesundheitliche Angelegenheiten«. Das rufe die Frage auf den Plan, ob hierdurch nicht Grenzen zwischen Zuständigkeitsclaims von Politik, Wissenschaften und lebensweltlichen Aushandlungsprozessen kontraproduktiv verwischt werden.
- ♦ Die Definition blendet dynamische Elemente des Gesundheitsgeschehens weitgehend aus. Sie sieht als statisch an, was seiner Natur nach fragil und prozesshaft ist. Unterschätzt wird das