

Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal

Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung

Gutachten

Hans-Peter Blossfeld, Wilfried Bos, Hans-Dieter Daniel, Bettina Hannover, Dieter Lenzen, Manfred Prenzel, Hans-Günther Roßbach, Rudolf Tippelt, Ludger Wößmann
und als externer Experte Dieter Kleiber

Dass Burnout zu einer „gesellschaftsfähigen“ Selbst- oder Fremddiagnose geworden ist, ist ein zentrales Thema. So waren in Deutschland in den vergangenen Jahren vielfach Berichte über die Bedeutung psychischer Störungen in der Bevölkerung verbreitet. Burnout wird oft als „depressiv“ oder „gebrannt“ bezeichnet, denn es gibt keine verbindlichen Regeln, was eine Zusatzdiagnose für Menschen mit affektiven Störungen geworden sein. Sie wird im Einklang mit einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz einhergehen. Zusammenfassend sprechen die oben zitierten Studien dafür, dass Burnout bei Beschäftigten im Bildungsbereich nicht nur ein individuelles Problem darstellt, weil viele Betroffene frühverrentet werden oder durch häufige Fehltag auffallen. Dies ist ein Problem, das auch Beschäftigte in anderen Institutionen des Bildungswesens – außer den am besten untersuchten Lehrkräften – in ihrer beruflichen Tätigkeit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben, ist wahrscheinlich.

Das Gutachten richtet sich insofern an die Bildungspolitik, aber in gleicher Weise an die Bildungseinrichtungen selbst, weil beide ihren Beitrag zu Präventionsmaßnahmen leisten müssen. Es geht nicht nur um finanzielle, sondern auch organisatorische Implikationen und auch um die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Bildungsbereich. Letztlich wird es darauf ankommen, die Arbeitsverhältnisse in gleicher Weise zu entwickeln wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Das Gutachten selbst, das sich oftmals aus Unkenntnis und auch aus dem guten Willen, alles richtig zu machen, selbst Stressoren ausliefert, obwohl es

vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.)

Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal
Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung

vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.)

Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal

Empfehlungen zur Kompetenz- und
Organisationsentwicklung

Gutachten

WAXMANN

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Herausgeber: vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.

Ansprechpartner: Dr. Christof Prechtel, Geschäftsführer, Leiter Abteilung Bildung

Wissenschaftliche Koordination:

Prof. Dr. Dieter Lenzen, Universität Hamburg, Vorsitzender des Aktionsrats Bildung

Dem Aktionsrat Bildung gehören an:

Prof. Dr. Dr. h. c. Hans-Peter Blossfeld, Prof. Dr. Wilfried Bos,

Prof. Dr. Hans-Dieter Daniel, Prof. Dr. Bettina Hannover, Prof. Dr. Dieter Lenzen,

Prof. Dr. Manfred Prenzel, Prof. Dr. Hans-Günther Roßbach, Prof. Dr. Rudolf Tippelt,

Prof. Dr. Ludger Wößmann

Koautor:

Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin

Das Gutachten wurde unterstützt vom:

vbm – Verband der Bayerischen Metall- und Elektro-Industrie e. V.

Projektleitung: Michael Lindemann

Geschäftsstelle des Aktionsrats Bildung:

Manuela Schrauder, Dr. Veronika Kron-Sperl, Christine Klement

www.aktionsrat-bildung.de

1. Auflage 2014

ISBN 978-3-8309-3085-3

© Waxmann Verlag GmbH, Münster 2014

www.waxmann.com

info@waxmann.com

Gesamtgestaltung und Satz: **KNOBLINGDESIGN** GmbH, München

Druck: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier, säurefrei gemäß ISO 9706

Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlags in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
Zentrale Empfehlungen des AKTIONSRATS BILDUNG	15
1 Burnout im Bildungswesen: Anlass und Ziele des Gutachtens	19
1.1 Anlass für das Gutachten	19
1.2 Ziele des Gutachtens	20
2 Burnout: Was ist das?	23
2.1 Definitionsversuche	23
2.2 Phasenmodelle zur Burnout-Entwicklung	26
2.3 Symptomatik von Burnout	30
2.4 Burnout als klinische Diagnose	32
2.4.1 Klassifikationssysteme für Krankheiten	32
2.4.2 Diagnoseverhalten in der ärztlichen Praxis	36
2.5 Psychometrische Messinstrumente zu Burnout	37
2.5.1 Das Maslach-Burnout-Inventar	38
2.5.2 Die Überdrussskala	40
2.5.3 Der AVEM-Fragebogen: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster	41
2.6 Bewertung der gegenwärtigen Diagnostizierbarkeit von Burnout	43
3 Prävalenzraten von Burnout und anderen psychischen Erkrankungen	47
3.1 Anzahl Beschäftigter im Bildungsbereich in Deutschland nach Berufsgruppen, Alter und Geschlecht	47
3.2 Probleme der Ermittlung von Prävalenzraten	48
3.3 Untersuchungen zu Prävalenzraten psychischer Erkrankungen unter Verwendung bevölkerungsrepräsentativer Stichproben	49
3.4 Untersuchungen zu Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten im Bildungswesen	56
3.4.1 Berufsgruppenvergleichende Studien zum Belastungserleben	56
3.4.2 Studien zum Belastungserleben von Beschäftigten im Bildungswesen	59

3.4.3	Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen	70
3.5	Bewertung der Daten zu Prävalenzraten von Burnout und anderen psychischen Erkrankungen	77
4	Risiko- und Schutzfaktoren für Gesundheit und qualitätsvolle Arbeit bei Beschäftigten im Bildungssystem	81
4.1	Theoretische Ansätze zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Belastungen im Beruf und Gesundheit bzw. Burnout	81
4.2	Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in Schulen	88
4.2.1	Die Situation von Schulleitungen	88
4.2.2	Die Situation von Lehrkräften an Schulen	91
4.3	Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in Hochschulen	110
4.4	Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in vorschulischen Einrichtungen	111
4.5	Personbezogene Risiko- und Schutzfaktoren bei Beschäftigten im Bildungswesen	116
4.5.1	Studien- und Berufswahlmotive von Lehramtsstudierenden	116
4.5.2	Subjektive Sicherheit der Berufswahl von Lehramtsstudierenden	120
4.5.3	Berufsbezogene Verhaltensstile oder Selbstregulationsstile	120
4.5.4	Leistungszielorientierung	122
4.5.5	Selbstwirksamkeit	123
4.5.6	Allgemeine Persönlichkeitseigenschaften	124
5	Handlungsempfehlungen	129
5.1	Kompetenz- und Organisationsentwicklung zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten im Bildungswesen	129
5.2	Kompetenzentwicklung zur Stärkung individueller Ressourcen bei Beschäftigten im Bildungswesen	130
5.2.1	Förderung von Lehrerkompetenzen als Burnout-Prävention an Schulen	130
5.2.2	Unterstützung von am Lehramt Interessierten bei Studienwahl und während des Studiums	139
5.3	Organisationsentwicklung zur Stärkung der Ressourcen von Institutionen des Bildungssystems	143
5.3.1	Förderung von Kooperation, sozialen Unterstützungssystemen und sozialen Netzwerken	143

5.3.2	Ansätze zur Burnout-Prävention und -Intervention: verhaltens- und/oder verhältnispräventive Ansätze im Vorteil?	148
5.3.3	Der Beitrag von Ansätzen zum Stressmanagement für die Burnout-Prävention	152
5.3.4	„Good Practice“-Ansätze zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Bildungsinstitutionen	153
5.3.5	Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen	157
5.4	Schlussbetrachtung	163
	Literatur	167
	Abbildungsverzeichnis	195
	Tabellenverzeichnis	196
	Verzeichnis der Mitglieder des AKTIONSRATSBILDUNG	197
	Koautor	201

Vorwort

Der von der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. im Jahr 2005 ins Leben gerufene Aktionsrat Bildung ist aus der bundesdeutschen Bildungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Seit seiner Gründung formuliert das Expertengremium wichtige Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des deutschen Bildungssystems. Es findet weite Beachtung in einem Politikfeld, das zweifellos maßgeblich für die Zukunft unseres Landes ist.

Denn unsere Gesellschaft steht vor großen Herausforderungen. Neue Technologien und wirtschaftlicher Strukturwandel verändern die Arbeitswelt. Damit gehen steigende Anforderungen an den Fachkräftenachwuchs einher. Gleichzeitig stellen die demografische Entwicklung und die drohende Fachkräftelücke der Wirtschaft uns vor die Frage, wie wir langfristig qualifizierten Nachwuchs sichern können. Laut unserer Studie „Arbeitslandschaft 2035“ werden uns im Jahr 2020 bundesweit rund 1,7 Millionen Fachkräfte fehlen.

Klar ist daher: Wir brauchen ein leistungsfähiges Bildungssystem auf allen Ebenen, um den Wirtschaftsstandort Deutschland und Bayern dauerhaft wettbewerbsfähig zu halten. Nur mit einer ausreichend großen Zahl gut ausgebildeter Schul- und Hochschulabgänger können die Unternehmen ihren Fachkräftebedarf langfristig sichern, Innovationen schaffen und sich erfolgreich im globalen Wettbewerb behaupten. Wir müssen unser Bildungssystem von der Vorschule über die berufliche Bildung bis hin zur Weiterbildung fortentwickeln, die Bildungsqualität ausbauen und die Bildungsbeteiligung erhöhen.

Motivierte und engagierte Mitarbeiter sind der Motor für ein leistungsstarkes Bildungssystem. Sie sind Garant für eine hohe Bildungsqualität. Leider steigt aber die Zahl der psychischen Erkrankungen im Bildungsbereich Beschäftigter. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Sie entstehen oft im privaten Bereich, haben aber immer wieder auch berufliche Hintergründe. Das vorliegende Gutachten geht daher der Frage nach, wie eine effektive Prävention psychischer Belastungen beim Bildungspersonal aussehen kann. Diese Thematik beschäftigt uns zunehmend auch in den Unternehmen. Es gilt, die Diskussion über psychische Belastungen zu versachlichen und auf der Basis einer wissenschaftlich fundierten Bestandsaufnahme Handlungsoptionen zu identifizieren. Daher richtet sich mein herzlicher Dank an alle Mitglieder des Aktionsrats Bildung für diese wichtige Expertise, die einen konstruktiven und kompetenten Beitrag zu der Debatte leistet.

Mit dem Gutachten geht ein Formatwechsel bei der Arbeit des Aktionsrats Bildung einher: Das jeweils behandelte Thema wird im Jahresverlauf in verschiedenen Veranstaltungen aufgegriffen, um eine nachhaltige Platzierung auf der politischen Agenda zu ermöglichen und eine breite Diskussion mit Politik und Verwaltung anzustoßen.

Alfred Gaffal

Präsident

vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.

Einleitung

Das Thema Burnout hat Konjunktur. Dies gilt besonders für die Berichterstattung in den deutschen Leitmedien (für einen systematischen Überblick siehe Roschker 2013, S. 179). Darunter befinden sich pauschal sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber denunzierende Darstellungen wie auch seriös recherchierte Berichterstattungen über die besorgniserregend starke Zunahme der Fehltage und Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen unter Berufstätigen.

So berichtet z. B. die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK 2012), dass sich der Anteil der durch psychische Erkrankungen bedingten Fehltage seit 2000 kontinuierlich erhöht habe und im Jahr 2011 bereits 12,2 Prozent aller Fehltage ausmache. Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Bund (2011) zeigen, dass im Jahr 1993 nur 15,4 Prozent aller Frühverrentungen (57.411) auf psychische Ursachen zurückgingen, während nur 15 Jahre später bereits 35,6 Prozent der nunmehr 161.265 Frühverrentungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen attestiert wurden. Die individuelle Dramatik solcher Entwicklungen ist ebenso alarmierend wie die volkswirtschaftlichen Schäden, die solche Belastungsstörungen nach sich ziehen.

Auch das Bildungssystem vom Kindergarten bis hin zu Hochschule und Weiterbildungseinrichtungen ist von dem Burnout-Phänomen nicht verschont geblieben. Dies gilt hier indessen nicht nur für die Individuen und die volkswirtschaftlichen Implikationen, sondern darüber hinaus für die Opportunitätskosten, die der Ausfall von Lehrkräften bereits vor ihrer möglichen Frühverrentung mit sich bringt: Denn Personal, das auch schon vor einer Verrentung unter der als Burnout bezeichneten Syndromatik leidet, leistet zwangsläufig in der Qualität beeinträchtigte Arbeit. Qualitätsabstriche solcher Art im Bildungswesen haben indessen erhebliche Folgen für den Bildungs- und Ausbildungsstatus der nachwachsenden Generationen und damit auch langfristig Effekte, deren Ausgleich entweder gänzlich unmöglich oder zumindest mit hohen Aufwendungen für die betroffenen Individuen wie für die Gesellschaft verbunden ist.

Der AKTIONSRAT **BILDUNG** hat sich vor diesem Hintergrund entschlossen, mit dem vorliegenden Gutachten eine Aufarbeitung der Burnout-Thematik im Bildungsbereich zu leisten und vor allem auszuloten, in welchem Maß und mit welchen Ansätzen eine Burnout-Prävention bei Beschäftigten im Bildungsbereich möglich sein könnte. Eine solche Prävention ist – der häufig noch unmöglichen – nachträglichen „Reparatur“ von Burnout-Schädigungen in jedem Fall vorzuziehen. Denn nur auf diese Weise lässt sich im Vorfeld Leiden nicht nur von betroffenen Lehrenden, sondern auch Lernenden verhindern. In diesem Zusammen-

hang sieht der **AKTIONSRATBILDUNG** die Förderung professioneller Kompetenzen und individueller Ressourcen zum Umgang mit Belastungen als maßgeblich für die Prävention von Burnout und damit als Chance, die Ergebnisse des Bildungssystems zu verbessern.

Das Gutachten richtet sich insofern an die Bildungspolitik, aber in gleicher Weise auch an die Bildungseinrichtungen selbst, weil beide ihren Beitrag zu Präventionsmaßnahmen leisten müssen. Dies hat nicht nur finanzielle, sondern auch organisatorische Implikationen und auch solche, die die Aufklärung der Beschäftigten im Bildungsbereich betreffen. Letztlich wird es darauf ankommen, ausreichende Sensibilität für schädigende Arbeitsverhältnisse in gleicher Weise zu entwickeln wie für Verhaltensweisen des Personals selbst, das sich oftmals aus Unkenntnis und auch aus dem grundsätzlich positiv zu bewertenden Willen, alles richtig zu machen, selbst Stressoren ausliefert, obwohl es über keine professionellen Strategien für den Umgang damit verfügt. Insofern ist eine systematische Burnout-Prophylaxe eine individuelle Aufgabe ebenso wie eine der Gesellschaft, die ein Bildungssystem zu seiner eigenen Reproduktion in hoher Qualität dringend benötigt.

Das vorliegende Gutachten wurde in der seit vielen Jahren praktizierten Form unter Beiziehung auch von externen Experten von einzelnen Mitgliedern des **AKTIONSRATSBILDUNG** federführend erarbeitet und wird vom gesamten Gremium getragen. Besonderer Dank gilt in diesem Fall dem Koautor Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin. Weiterhin ist Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Florian Holzboer für seine Expertise im Vorfeld der Entstehung des Gutachtens zu danken. Unterstützung in jeglicher Hinsicht erfuhr der **AKTIONSRATBILDUNG** wiederum

- ideell und materiell von der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., allen voran ihrem Präsidenten Alfred Gaffal sowie ihrem Hauptgeschäftsführer Bertram Brossardt, deren Verdienst darin besteht, dem **AKTIONSRATBILDUNG** weiterhin Vertrauen in Bezug auf die Bearbeitung der auch für die Wirtschaft wesentlichen Fragen zu schenken;
- von der Geschäftsstelle des **AKTIONSRATSBILDUNG**, die in der Abteilung Bildung der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. angesiedelt ist. Der **AKTIONSRATBILDUNG** dankt dafür insbesondere dem Geschäftsführer und Leiter der Abteilung Bildung Dr. Christof Prechtl sowie dem Projektleiter Michael Lindemann. Für die unermüdliche zuverlässige und präzise Detailarbeit ist den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Manuela Schrauder, Dr. Veronika Kron-Sperl und Christine Klement ein weiteres Mal nachdrücklich zu danken.

Der **AKTIONSRATBILDUNG** möchte mit dem vorliegenden Gutachten wegen der hohen Dramatik der Burnout-Phänomene in besonderer Weise eindringlich daran appellieren, die Thematik nicht zu bagatellisieren, sondern sich ihr im Interesse ganzer Generationen von Lehrenden und Lernenden und insofern der gesamten Gesellschaft ernsthaft und gründlich zu widmen.

Zentrale Empfehlungen des AKTIONSRATSBILDUNG

Bildungspersonal, das nicht durch psychische Störungen oder Burnout beeinträchtigt ist, weist nicht nur geringere Fehlzeiten und geringere Raten an Frühpensionierungen auf, sondern realisiert auch einen qualitativ besseren Unterricht und erzielt somit bei Schülerinnen und Schülern oder Studierenden bessere Bildungsergebnisse. Da Letztere von herausragender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Landes, für die gesellschaftliche Entwicklung und die internationale Wettbewerbsfähigkeit sind, sieht der AKTIONSRAT **BILDUNG** die Gesundheitsförderung und die Prävention psychischer Erkrankungen und von Burnout bei Beschäftigten im Bildungswesen als dringende und nachhaltig zu verstärkende Aufgabe von Ländern und Bund an und legt folgende Empfehlungen vor:

Unterstützung der Interessenten für das Lehramtsstudium vor der Aufnahme und während des Studiums. In Auswahlgesprächen und vor allem in Beratungsgesprächen zu Studienbeginn sollten eine vertiefte Aufklärung über die Anforderungen des Lehrerberufs und eine qualifizierte Beratung der Interessenten erfolgen.

- **Angebot von Aufnahmegesprächen an Hochschulen** mit ausführlicher Rückmeldung an die Bewerbenden, um die Selbstreflexion über die zu erwartenden beruflichen Anforderungen anzuregen und die Übereinstimmung mit den persönlichen Voraussetzungen und Erwartungen zu überprüfen.
- **Integration früher Praxiserfahrungen in die Anfangsphase des Studiums** in Form von frühzeitigen strukturierten Unterrichtspraktika oder Lehrassistenzen, um persönliche Kompetenzen und Neigungen mit den Anforderungen der Lehrtätigkeit abzugleichen.

Förderung von Lehrerkompetenzen als Burnout-Prävention an Schulen. Zur Prävention von Burnout und zur Förderung der psychischen Gesundheit des Bildungspersonals wird eine Optimierung der Aus- und Weiterbildungsangebote zu lehrerspezifischen Kompetenzen im Rahmen von Hochschulausbildung, Vorbereitungsdienst und berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen empfohlen.

- **Förderung burnoutpräventiv wirksamer „Coping“-Kompetenzen** (z. B. angemessene Selbstregulationsmodi, Verhaltens- und Erlebensstile und eine hohe schulbezogene Selbstwirksamkeit) für einen gesundheitsförderlichen Umgang

mit beruflichen Belastungen und zur Qualitätssicherung und -steigerung der Arbeit des Bildungspersonals.

- **Förderung burnoutpräventiv wirksamer Kompetenzen zum effektiven Klassenmanagement** (z. B. Implementation von Regeln, Störungsintervention, Monitoring, Zeitmanagement, Gruppenmobilisierung) bei angehendem und praktizierendem Lehrpersonal durch die flächendeckende Implementation einschlägiger Trainingsprogramme.

Organisationsentwicklung durch Förderung von Kooperation, Entwicklung sozialer Unterstützungssysteme und sozialer Netzwerke. Soziale Unterstützung und Kooperation zwischen Lehr- und Leitungspersonal in Bildungseinrichtungen bilden eine entscheidende organisationale Ressource zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von Belastungserleben. In diesem Sinn sollten Möglichkeiten zur kontinuierlichen Supervision und Weiterbildung des Leitungspersonals geschaffen werden.

- **Bereitstellung regionaler Angebote zum Stressmanagement** in Form von Entspannungsverfahren, kognitiven Interventionen und Stressmanagementprogrammen zur Prävention und Reduktion von psychischen Belastungen beim Bildungspersonal.
- **Initiierung eines Benchmark-Prozesses durch Bund und Länder**, in dem Bildungsinstitutionen aus den Erfahrungen von „Good Practice“-Ansätzen lernen können, wie die psychische Gesundheit des Bildungspersonals gestärkt und Burnout vermieden werden kann. Zielführend dafür kann der Aufbau einer Datenbank sein, in der erfolgreiche gesundheitsförderliche Projekte in Bildungsinstitutionen dokumentiert, transparent gemacht und zur Nachahmung empfohlen werden.

Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen. Mit Blick auf die Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von chronischem Belastungserleben und Burnout ist die Entwicklung und Bereitstellung von Entscheidungshilfen für das Bildungspersonal eine wichtige und vordringliche Zukunftsaufgabe.

- **Schaffung von Serviceeinrichtungen durch die Länder**, an die sich betroffenes Bildungspersonal selbst und insbesondere Bildungseinrichtungen wenden können, wenn sie Probleme mit Burnout von Beschäftigten, Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit oder Teamentwicklungsprobleme bearbeiten wollen. Diese könnten zudem mit wissenschaftlichen Methoden eine auch psychosoziale Probleme einbeziehende Gesundheitsberichterstattung entwickeln und implementieren sowie aus den Ergebnissen organisationsbezogene (Projekt-)

Vorschläge für das betriebliche Gesundheitsmanagement ableiten, deren Umsetzung begleiten und evaluieren.

- **Ausbau bestehender Initiativen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit des Bildungspersonals**, indem Instrumente zur Gesundheitsberichterstattung in Bildungseinrichtungen entwickelt, Kompetenzen zur Planung und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte sowie zur wissenschaftlichen Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erweitert und durch den Aufbau geeigneter Kooperationsstrukturen von Wissenschaft und Praxis unterstützt werden.

1 Burnout im Bildungswesen: Anlass und Ziele des Gutachtens

1.1 Anlass für das Gutachten

Die vorliegenden Daten belegen eine wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Leistungsgeschehen der Krankenkassen und Rentenversicherungen bei Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühverrentungen bzw. Frühpensionierungen. Hinter den Zahlen verbergen sich insgesamt ca. 500 Einzeldiagnosen, die unter dem Begriff „psychische Erkrankung“ zusammengefasst werden, von denen Angsterkrankungen, Depressionen, psychosomatische Störungen und Suchterkrankungen die häufigsten sind. In den Medien erfolgt oft eine Engführung, die all diese Erkrankungen auf Burnout reduziert oder Burnout mit allen psychischen Störungen gleichsetzt. Beides ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht angemessen. Spezifisch für Burnout ist, dass das Erleben von emotional herausfordernden Problemen sowie Überlastung am Arbeitsplatz als ursächlich für die Entstehung der Symptomatik angenommen werden. Bei der Verwendung des Burnout-Begriffs in den Medien wird diese bedeutsame Eingrenzung jedoch häufig ignoriert.

Ein zweiter Grund für die inflationäre und übergeneralisierende Verwendung des Begriffs dürfte darin liegen, dass bis heute keine klare operationalisierte Definition für Burnout vorliegt (vgl. Kapitel 2). So eröffnen sich viele Möglichkeiten, persönliche Missempfindungen in Bezug auf die eigene Arbeit als Burnout zu interpretieren, zumal dies nicht zu einer negativen Stigmatisierung führt, die sonst häufig mit der Diagnose psychischer Probleme einhergeht. Im Gegenteil: Wer ausgebrannt ist, kann für sich in Anspruch nehmen, sich vorher in der Arbeit in besonderer Weise aufgeopfert zu haben – weckt doch der Begriff „Burnout“ nicht nur Assoziationen an etwas, was durch einen Brand zerstört wurde, sondern eben auch an ein feuriges, leidenschaftliches Brennen für eine Sache (vgl. Enzmann/Kleiber 1989a; Holzboer 2012).

Dass Burnout zu einer „gesellschaftsfähigen“ Selbst- oder Fremddiagnose geworden ist, mag ein dritter Grund für die starke mediale Verarbeitung des Themas sein. So waren in Deutschland in den vergangenen Jahren vielfach Berichte von Prominenten über ihre persönlichen Krisen Anlass für die mediale Berichterstattung über die Bedeutung psychischer Störungen in der Bevölkerung. Anscheinend verstehen sich manche Betroffene auch lieber als „ausgebrannt“ denn als „depressiv“. Da es keine verbindlichen Regeln gibt, wann jemand als

„ausgebrannt“ zu diagnostizieren ist, mag Burnout zu einer Zusatzdiagnose für Menschen mit affektiven Störungen geworden sein. Sie wird von den Betroffenen angenommen, weil sie mit ihrem subjektiven Eindruck im Einklang ist und mit einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz einhergeht.

1.2 Ziele des Gutachtens

Das vorliegende Gutachten des AKTIONSRATS **BILDUNG** thematisiert Burnout mit Blick auf die Situation Beschäftigter im Bildungsbereich. Wie auch immer Burnout eingegrenzt und definiert werden mag, erfahren die von entsprechenden Symptomen Betroffenen persönliches Leid. Zudem sind sie in Gefahr, trotz aller persönlichen Anstrengungen auch eine qualitätsgeminderte Arbeit zu leisten, und dies jenseits der Problematik, dass sie mehr Fehltage und im Extremfall auch Frühverrentungen aufweisen. Burnout im Bildungsbereich belastet also nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Klientel: die Kinder in vorschulischen Einrichtungen, die Kinder und Jugendlichen in Schulen und deren Eltern, die Kolleginnen und Kollegen sowie die jungen Erwachsenen, die an einer Hochschule studieren. Damit stellt sich die Frage, ob die Qualität des deutschen Bildungssystems durch die Tatsache beeinträchtigt wird, dass möglicherweise relevante Anteile der Beschäftigten aufgrund eines besonders hohen Belastungserlebens suboptimale Arbeit leisten. Umgekehrt formuliert: Könnte die Qualität des deutschen Bildungssystems möglicherweise durch Maßnahmen zur Reduktion des Belastungserlebens der Beschäftigten gesteigert werden? Ein Beleg für die Annahme, dass Personen, die sich chronisch überlastet fühlen, im Bildungswesen qualitätsgeminderte Arbeit leisten, stammt aus der Forschung über Unterrichtsqualität. Kunter und Mitarbeitende (Kunter u. a. 2008; Kunter u. a. 2011a; Kunter u. a. 2011b) fanden Hinweise darauf, dass ausgebrannte Lehrkräfte im Mittel einen weniger qualitativ hochwertigen Unterricht abhalten. Der auf das Unterrichten bezogene Enthusiasmus der Lehrkräfte hing nicht nur positiv mit ihrem berufsbezogenen Wohlbefinden zusammen, sondern auch mit gutem Klassenmanagement und einem Unterricht, den die Schülerinnen und Schüler als kognitiv herausfordernd, und einem Unterrichtshandeln, das die Lernenden als konstruktiv unterstützend erlebten. Kunter u. a. (2013) stellen weiterhin fest, dass sich Enthusiasmus für die Tätigkeit des Unterrichtens – vermittelt über eine gesteigerte individuelle Unterstützung der Lernenden und über ein effektiveres Klassenmanagement – begünstigend auf die Lernergebnisse und auf die Freude der Schülerinnen und Schüler an der Mathematik auswirkte.

Zusammenfassend sprechen die oben zitierten Studien dafür, dass Burnout bei Beschäftigten im Bildungsbereich nicht nur ein bedeutsames Problem darstellt, weil viele Betroffene frühverrentet werden oder durch häufige Fehltage auffallen. Darüber hinaus – insofern Burnout in beträchtlichem Umfang vorkommt – wird die Qualität des Bildungssystems insgesamt beeinträchtigt, das Potenzial der zu Erziehenden oder zu Bildenden weniger effektiv gefördert und somit werden weniger gute Lernergebnisse erzeugt. Dass auch Beschäftigte in anderen Institutionen des Bildungswesens – außer den am besten untersuchten Lehrkräften an Schulen – in ihrer beruflichen Tätigkeit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben, ist wahrscheinlich.

Besondere Aufmerksamkeit wird in diesem Gutachten der Gruppe der Lehrerinnen und Lehrer an allgemeinbildenden Schulen gelten: Sie stellen die zentrale Vermittlungsinstanz zwischen den Lerninhalten auf der einen und dem Kompetenzerwerb der Lernenden auf der anderen Seite dar. So identifizierte Hattie (2009, S. 109) in seiner vielzitierten Metaanalyse über die Ergebnisse von 15 Jahren evidenzbasierter Forschung zu der Frage, von welchen Faktoren der Kompetenzzuwachs bei Schülerinnen und Schülern abhängt, den Einfluss von Merkmalen, die mit der Lehrkraft zusammenhängen (z. B. Qualität ihres Unterrichts, Klassenmanagement, Unterrichtsformen), als den bedeutsamsten Faktor (mittlere Effektstärke von $d=0,49$). Darüber hinaus stellen Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen die zahlenmäßig größte Beschäftigtengruppe im Bildungswesen dar (neben Erzieherinnen und Erziehern, Lehrkräften an Hochschulen und beruflichen Schulen) und sind deshalb auch im Hinblick auf die Burnout-Thematik am umfangreichsten untersucht worden.

Zunächst wird im Folgenden geklärt, wie es um die Diagnostizierbarkeit von Burnout bestellt ist, ob und mit welchen Instrumenten Burnout erfasst werden kann und wie die Qualität dieser Instrumente einzuschätzen ist. Dabei wird die zeitweilige Gleichsetzung von Burnout mit jeglicher Form von psychischen Erkrankungen fachwissenschaftlich zu problematisieren sein: Worin bestehen Gemeinsamkeiten und worin Unterschiede, wenn von Burnout, Depressionen, Stress etc. die Rede ist?

Um zu klären, ob psychische Störungen und Burnout tatsächlich häufiger geworden sind, werden die Prävalenzraten (Krankheitshäufigkeit) von Burnout und psychischen Störungen in der Bevölkerung im Allgemeinen beschrieben. Die Darstellung der Prävalenzraten in Berufen im Bildungsbereich (Erzieher(innen), Lehrer(innen), Hochschullehrer(innen) etc.) soll dann die Frage beantworten, ob diese Berufsgruppen als besonders vulnerable Gruppen gelten müssen.

Im nächsten Schritt werden Risiko- und Schutzfaktoren von Burnout und psychischen Störungen im Bildungsbereich dokumentiert, da ihre Beeinflussung

der Schlüssel für Prävention und Intervention ist: Welche Faktoren gehen mit erhöhten (= Risikofaktoren) bzw. geringeren (= Schutzfaktoren) Prävalenzraten psychischer Störungen und Burnout einher? Dabei sind Personmerkmale, die die Vulnerabilität (Verletzbarkeit) oder aber die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) steigern (z. B. Bewältigungsstile), zu unterscheiden von organisationsbezogenen Belastungsfaktoren (z. B. Größe und Zusammensetzung der zu unterrichtenden Schulklassen, Anteile sozial benachteiligter Lernender, Anteile von Lernenden mit Migrationshintergrund) und Schutzfaktoren (z. B. Gratifikationen, Feedback durch Vorgesetzte und Kollegium, verschiedene Formen sozialer Unterstützung und Einbindung).

Schließlich möchte das vorliegende Gutachten Handlungsempfehlungen geben. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf Maßnahmen gerichtet, die der primären Prävention dienen, also entweder auf eine risikosenkende Verbesserung von Institutionen (Verhältnisprävention) oder auf eine Stärkung der in ihnen handelnden Individuen (Verhaltensprävention) zielen und auf diese Weise einen nachhaltigen Beitrag zur Optimierung des Bildungssystems in Deutschland leisten können. Konkret beziehen sich die Empfehlungen auf eine verbesserte Ausbildung des pädagogischen Personals, mit dem Ziel der Steigerung professioneller Kompetenz als zentraler Schutzfaktor vor Belastungserleben und Burnout, auf den Ausbau der (Früh-)Diagnostik und Gesundheitsberichterstattung im Bildungsbereich, auf die Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie auf Empfehlungen zur Organisationsentwicklung.

2 Burnout: Was ist das?

2.1 Definitionsversuche

Die Anfänge der Burnout-Forschung waren durch klinisch kasuistische und qualitative Forschungsansätze geprägt. Der deutsch-amerikanische Psychoanalytiker Freudenberger (1974) hatte bei Mitarbeitenden alternativer Drogen-, Selbsthilfe- und Kriseneinrichtungen beobachtet, wie aus ehemals aufopferungsvollen, pflichtbewussten und hoch engagierten Mitarbeitenden nach mehreren Berufsjahren Personen geworden waren, die Symptome körperlicher Erschöpfung und Müdigkeit zeigten, die negative, ja sogar zynische Einstellungen zur Arbeit und gegenüber den zu versorgenden Klienten und Anzeichen von Depression entwickelt hatten. Er definierte Burnout als einen emotionalen Zustand, der besonders bei Angehörigen der helfenden Berufe auftritt und der – durch übermäßigen Stress ausgelöst – zu verminderter Motivation und Antriebslosigkeit führt und mit Einstellungs- und Verhaltensänderungen einhergeht (vgl. Freudenberger 1974).

Bradley (1969) war wohl der Erste, der Burnout als im Kern arbeitswissenschaftliches – und nicht primär klinisches – Konstrukt beschrieben hat. Den Mitarbeitenden einer Einrichtung für straffällig gewordene Jugendliche hatte er zu einer neuen Arbeitsstruktur und neuen Rollen- und Aufgabenverteilungen geraten, nachdem diese ihn wegen Belastungserleben und Leistungsabfall in ihren Intensivbehandlungsprogrammen konsultiert hatten. Bradley schlug damals vor, dass die Mitarbeitenden eine professionelle Distanz („detached Concern“) einzunehmen lernen sollten, um sich vor Überidentifikation und Überengagement zu schützen, das Burnout zur Folge habe (vgl. Bradley 1969, S. 366).

Auch die Sozialpsychologin Maslach (1982) beschrieb Burnout zunächst als ein „Helfersyndrom“, differenzierte das Konzept später jedoch aus und beschrieb drei faktorenanalytisch identifizierte zentrale Hauptdimensionen von Burnout, auf die seither und bis heute in den meisten Studien Bezug genommen wird. Burnout ist demnach „ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und persönlicher Leistungseinbußen bzw. subjektiv reduzierter Leistungsfähigkeit, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten“ (Maslach 1982, S. 3).

Die zahlreichen seither für Burnout vorgelegten Charakterisierungen wurden von Rook (1998; zitiert nach Korczak/Kister/Huber 2010, S. 14f., Originalquellen: siehe dort) zusammengestellt, wie nachfolgende Übersicht zeigt:

- „Burnout ist versagen, abgenützt oder erschöpft werden durch außerordentliche Verausgabung an Energie, Kraft oder Ressourcen.
- Ausbrennen bedeutet: leer werden. Die eigenen körperlichen und seelischen Reserven erschöpfen. Sich selbst bei dem Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbstgesetzt oder im Wertesystem der Gesellschaft aufgezwungen sind.
- Burnout ist das Ausmaß, in dem ein Arbeitnehmer sich getrennt oder entfremdet hat von der ursprünglichen Bedeutung und dem ursprünglichen Ziel seiner Arbeit, d. h. das Ausmaß, in dem Arbeitnehmer Haltungen der Entfremdung gegenüber ihren Klienten, Arbeitsstellen, Kollegen oder Projekten ausdrücken.
- Burnout ist das Resultat eines transaktionalen Prozesses, der sich aus Arbeitsbelastungen, Stress und psychologischer Anpassung zusammensetzt, in welchem ein ursprünglich engagierter Professioneller sich als Reaktion auf die in der Arbeit erfahrenen Stressoren und den erlebten Stress von seiner Arbeit zurückzieht.
- Burnout ist kein Problem individueller Bewältigung oder Anpassung. Es ist ein kulturelles und historisches Phänomen. Burnout resultiert aus einem Verlust von geistigen Vorsätzen und Engagement in der Arbeit.
- Burnout ist der Verlust an Motivation und Erwartung, ein guter Helfer zu sein. Burnout entsteht aus den ineffektiven Versuchen zu helfen.
- Burnout ist die Anpassung und Erschöpfung durch Versuche, bedrohliche Größenwahnphantasien aufrechtzuerhalten.
- Burnout ist ein Syndrom, zusammengesetzt aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und dem Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit, das insbesondere bei Personen auftreten kann, die mit Menschen arbeiten.
- Burnout ist ein fortschreitender Verlust von Idealismus, Energie und Betroffenheit durch fortschreitende Desillusionierung – ein Verlust, den die in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren.
- Burnout kann als letzte Stufe in einer ganzen Kette von erfolglosen Versuchen zur Bewältigung negativer Stressbedingungen angesehen werden.
- Burnout ist ein arbeitsbezogenes Syndrom, welches von der Wahrnehmung eines Individuums herrührt, dass eine signifikante Diskrepanz zwischen Einsatz und Belohnung besteht; diese Wahrnehmung wird beeinflusst durch individuelle, organisationsbezogene und soziale Faktoren. Es erscheint am häufigsten bei denen, die von Angesicht zu Angesicht arbeiten mit Sorgen/Schwierigkeiten machenden oder bedürftigen Klienten und ist typischerweise gekennzeichnet durch Rückzug von und Zynismus gegenüber den Klienten, emotionale und physische Erschöpfung und verschiedene psychische Symptome wie Reizbarkeit, Angst, Traurigkeit und niedrige Selbstachtung.

- Burnout ist ein Zustand körperlicher, einstellungsmäßiger und emotionaler Erschöpfung durch emotionalen Stress.
- Burnout ist ein negativer Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, es ist das Endresultat eines graduellen Prozesses der Desillusionierung in dem Streben, aus der Arbeit einen Sinn von existenzieller Bedeutsamkeit herzuleiten. Typischerweise wird es bei hoch motivierten Personen festgestellt, die über längere Zeitperioden hinweg in emotional beanspruchenden Situationen arbeiten.
- Burnout ist ein arbeitsspezifisches Antwortmuster auf Fehlanforderungen – unter der Voraussetzung, dass emotional (über-)beanspruchende Arbeit bei Menschen in helfenden Berufen in besonderem Maße gegeben ist.
- Burnout ist eine innere Erschöpfung, die in jedem Beruf auftreten kann. In Gang gesetzt wird der Burnout-Prozess durch Autonomieeinbußen, die Ergebnisse gestörter Handlungsepisoden sind.
- Burnout ist ein Syndrom, das aus der individuellen Wahrnehmung unerfüllter Bedürfnisse und nicht erfüllter Erwartungen hervorgeht. Es ist gekennzeichnet durch fortschreitende Desillusionierung in Verbindung mit psychologischen und physischen Symptomen, die die individuelle Selbsteinschätzung vermindern. Es entwickelt sich graduell über die Zeit hinweg.“

In dem vorliegenden Gutachten wird Burnout als arbeitswissenschaftliches – und nicht als in erster Linie klinisches – Konstrukt beschrieben: Das Erleben von Problemen und übermäßigen Belastungen am Arbeitsplatz wird als ausschlaggebend für die Entstehung der Symptomatik angenommen und die Auswirkungen von Burnout auf Quantität und Qualität der beruflichen Tätigkeit der Betroffenen stehen im Mittelpunkt. Aus diesem Grund soll im Folgenden die Definition von Schaufeli und Enzmann (1998, S. 36) verwendet werden, die einer arbeitswissenschaftlichen Perspektive zuzuordnen ist.

Burnout ist ein dauerhafter negativer arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung, einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entsteht nach und nach, kann jedoch für die betroffene Person lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen der ungünstigen Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammen-

hängen, oft selbst aufrecht (ins Deutsche übertragene Übersetzung der Definition von Schaufeli/Enzmann 1998, S. 36).

2.2 Phasenmodelle zur Burnout-Entwicklung

Die Entwicklung des Burnout-Syndroms ist in verschiedenen Theorien als in charakteristischen Phasen verlaufender Prozess beschrieben worden. Eine Zusammenstellung einschlägiger Verlaufsannahmen des Burnout-Prozesses findet sich bei Korzack, Kister und Huber (2010, S. 17) oder Burisch (2010). Die dort referierten Phasenmodelle wurden jedoch nicht systematisch geprüft und können nicht als evidenzbasiert gelten. Ihre zentralen Annahmen sollen dennoch hier dargestellt werden, da sie zu einem Verständnis beitragen, wie Burnout sich über einen längeren Zeitraum hinweg, in dem chronisch beruflicher Stress erlebt wurde, entwickeln kann.

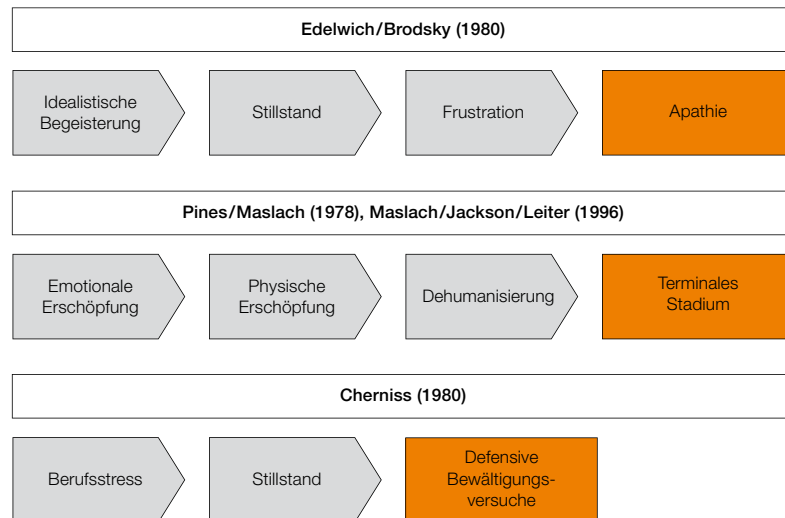


Abbildung 1: Phasenmodelle zur Burnout-Entwicklung

Das Modell von Edelwich und Brodsky (1980) postuliert, dass dem Prozess des Ausbrennens regelhaft eine Phase idealistischer Begeisterung vorausgeht, gekennzeichnet durch hochgesteckte Ziele und eine Überidentifikation mit der Arbeit. Die Situation, in der der Person deutlich wird, dass sie die überhöhten

Erwartungen nicht realisieren kann, wird als erste Phase der Burnout-Entwicklung bezeichnet; sie ist von dem Erleben von Stillstand bei gleichzeitig noch gesteigertem Bemühen, die eigenen Ziele doch noch zu erreichen, gekennzeichnet. In der folgenden Frustrationsphase dominieren die Gefühle von Erfolg- und Machtlosigkeit und mangelnder Anerkennung durch die Personen, mit denen man im Beruf zu tun hat. Die Schlussphase der Apathie ist durch völlige Desillusionierung und Gleichgültigkeit charakterisiert und vom klinischen Bild der Depression kaum zu unterscheiden (siehe Abbildung 1).

Maslach und Mitarbeitende (vgl. Pines/Maslach 1978; Maslach/Jackson/Leiter 1996) betrachten als Ausgangspunkt der Burnout-Entwicklung das Erleben emotionaler und physischer Erschöpfung, das sich beim bloßen Gedanken an die Arbeit einstellt. In der nächsten Phase der Dehumanisierung kommt es zu reduziertem Engagement gegenüber den Menschen, mit denen man arbeitet, verbunden mit Gedanken der Desillusionierung, zunehmendem Distanzerleben und Verlust von Empathie und positiven Gefühlen gegenüber den Klienten, Kolleginnen und Kollegen sowie einer wachsenden Unfähigkeit, etwas zu geben und anderen zuzuhören. Die Schlussphase ist durch Widerwillen gegen die Arbeit und gegen sich selbst gekennzeichnet: Negative Einstellung zum Leben, Gefühle von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit, Selbstmordgedanken und existenzielle Verzweiflung können hier beobachtet werden – ein Zustand also, der der klinischen Depression sehr ähnlich ist (siehe Abbildung 1).

Cherniss (1980) sieht die erste Phase der Burnout-Entwicklung in dem Erleben beruflicher Anforderungen, die die eigenen Ressourcen überschreiten. In der folgenden Phase steht das Empfinden von Stillstand im Vordergrund: Angst und Reizbarkeit, Ermüdung und Erschöpfung charakterisieren die emotionale Situation der Person. Neben emotional affektiven Symptomen, die Depressionscharakter haben (Schuldgefühle, reduzierte Selbstachtung, Selbstmitleid, Bitterkeit, verringerte emotionale Belastbarkeit etc.), können auch Symptome von Aggression auftreten (Schuldzuweisung gegenüber anderen, Vorwürfe, Intoleranz, Kompromissunfähigkeit, Misstrauen etc.) (siehe Abbildung 1).

So anschaulich die verschiedenen Phasenmodelle auch sein mögen, leiden sie sämtlich unter dem Problem, nicht angeben zu können, welche Merkmale tatsächlich definitorisch für die einzelnen Phasen sind, inwiefern der Eintritt in eine bestimmte Phase tatsächlich das Durchschreiten der vorhergehenden Phasen voraussetzt und in welchen Zeiträumen die postulierten Phasen in der Regel durchlaufen werden. Selbst für die dargestellten Abfolgen der einzelnen Phasen gibt es bisher keine empirische Evidenz. So postulieren beispielsweise Golembiewski und Munzenrider (1988) eine genau umgekehrte Abfolge der Phasen der Burnout-Entwicklung als Maslach, Jackson und Leiter (1996): Depersonalisierung ist für sie der Ausgangspunkt und emotionale Erschöpfung der Schluss-

punkt der Entwicklung eines Burnout-Syndroms. Käser und Wasch (2011) fanden weder für das Verlaufsmodell von Cherniss (1980) noch für das von Maslach und Mitarbeitenden (vgl. Pines/Maslach 1978; Maslach/Jackson/Leiter 1996) oder Golembiewski und Munzenrider (1988) empirische Unterstützung. Ihre Daten sprechen eher für die Annahme einer kontinuierlichen Wechselwirkung zwischen verfügbaren Ressourcen und Anforderungen des Lehrerberufs als für eine Abfolge qualitativ unterscheidbarer Phasen.

Für die Beantwortung der Frage, ob eine Person im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit „ausbrennt“ oder aber nicht, sind berufsbiografische Phasenmodelle möglicherweise hilfreicher als die Phasenmodelle der Burnout-Entwicklung. Berufsbiografische Phasenmodelle (vgl. z. B. Fuller/Brown 1975; Hirsch 1990; Huberman 1991) begreifen die Entwicklung von Professionalität im Laufe der beruflichen Tätigkeit als Anpassungsprozess der eigenen beruflichen Identität an die Normen im beruflichen Umfeld (vgl. z. B. Müller-Fohrbrod/Cloetta/Dann 1978) oder als Bewältigung phasenspezifischer Entwicklungsaufgaben (vgl. z. B. Bromme 1992; Terhart 1998; Messner/Reusser 2000).

Für den in diesem Gutachten betrachteten Zusammenhang sind besonders Phasenmodelle von Bedeutung, die erfolgreiche und nicht erfolgreiche berufliche Entwicklungspfade unterscheiden. Solche Verlaufsmodelle sind von Huberman (1991) und von Hirsch (1990) auf der Grundlage von Analysen der Berufsbiografien von Lehrkräften entwickelt worden. Hirsch differenziert insgesamt sechs verschiedene Typen (erfolgreicher und problematischer, gegebenenfalls zu Burnout führender) beruflicher Entwicklungsverläufe bei Lehrkräften, die sich dahingehend voneinander unterscheiden, wie sie mit Belastungen und Anforderungen im Schulalltag umgehen. Im in Abbildung 2 dargestellten Phasenmodell von Huberman (1991) werden für die ersten sechs Jahre der Berufstätigkeit keine differenziellen Annahmen gemacht: Alle Lehrkräfte durchlaufen hier zunächst eine Phase, in der das „Überleben“ angesichts der komplexen Anforderungen im Vordergrund steht (Jahre eins bis drei), gefolgt von einer Stabilisierungsphase, in der sich Handlungsrouninen eingestellt haben (Jahre vier bis sechs). In Abhängigkeit von situativen und personalen Faktoren kommt es nun zu einer Differenzierung in der Entwicklung: Dominieren positive Erfahrungen, schließt sich eine Phase des Experimentierens und der Ausdifferenzierung der eigenen beruflichen Interessen an, getragen von Gefühlen distanzierter Gelassenheit. Überwiegen hingegen negative Erfahrungen, so können Selbstzweifel entstehen, die ihrerseits zu fatalistischen oder reformfeindlichen Einstellungen führen können. Während der zunehmende Rückzug gegen Ende der beruflichen Tätigkeit für die erste Gruppe von Gefühlen der Gelassenheit und Befriedigung begleitet ist, sind für die zweite Gruppe Bitterkeit und Zynismus die bestimmenden Emotionen.

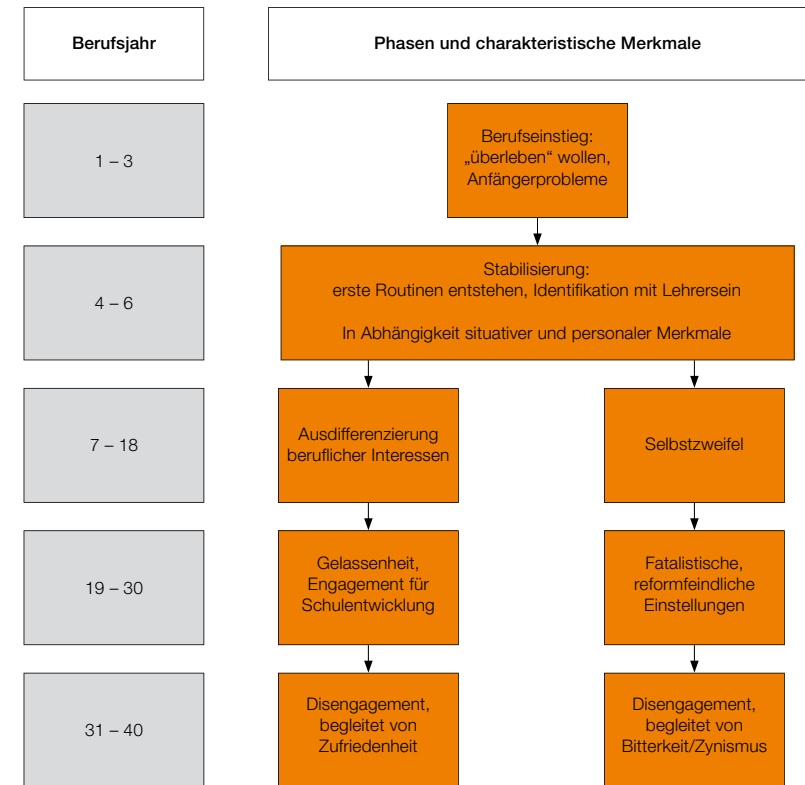


Abbildung 2: Das berufsbiografische Phasenmodell von Huberman (1991)

Die Phasenmodelle von Huberman (1991) und Hirsch (1990) sind zwar auf der Grundlage empirisch vorfindbarer Berufsbiografien (Huberman) oder von Stegreiferzählungen (Hirsch) über die berufliche Entwicklung von Lehrkräften entwickelt worden, können aber genauso wenig wie die Phasenmodelle der Burnout-Entwicklung als ernsthaft empirisch geprüft bezeichnet werden. Sie beschreiben verschiedene prototypische Verläufe erfolgreicher oder problematischer beruflicher Karrieren und sensibilisieren dafür, dass Burnout als Nichtbewältigung berufsbedingter Entwicklungsaufgaben verstanden werden kann. Es lassen sich jedoch daraus keine Vorhersagen darüber ableiten, ob eine Lehrkraft während ihrer Berufstätigkeit Burnout entwickeln wird oder nicht.

2.3 Symptomatik von Burnout

So wenig Einigkeit darüber besteht, wie Burnout zu definieren ist, so ungeklärt ist bis heute auch die Frage, welches die notwendigen und die hinreichenden Symptome sind, in welcher Intensität und über welchen Zeitraum sie vorliegen müssen, damit eine Burnout-Erkrankung diagnostiziert werden kann. Entsprechend existieren auch keine klinisch bedeutsamen Cut-off-Werte¹ für die Burnout-Dimensionen, bei deren Überschreiten Burnout als klinisches Syndrom und eindeutig krankheitswertiger Zustand diagnostiziert werden könnte.

Vielmehr bezeichnet der Begriff Burnout eine „randunscharfe Menge“ (Burisch 2010, S. 15) einzelner Elemente, für die nicht eindeutig zu entscheiden ist, ob sie notwendig und/oder hinreichend für die Zuweisung einer Burnout-Diagnose sind. Entsprechend existieren unterschiedlichste Listen, die unter Verwendung verschiedener Ordnungsprinzipien Symptome aufzählen, die für Burnout typisch sein sollen. Perlman und Hartmann (1982) haben über 100 Symptome in 50 verschiedenen Burnout-Definitionen identifiziert. Burisch (2010) nannte sogar mehr als 130 verschiedene körperliche oder psychische Symptome, die als Bestandteile von Burnout beschrieben worden sind. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen. Cherniss (1980) hat inhaltsanalytisch auf der Basis von Einzelfallanalysen eine Symptomliste erstellt, die Schuldgefühle, Gefühle des Versagens, Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen, Negativismus, Rückzug und Isolation in den Mittelpunkt stellt. Kahill (1988) differenziert körperliche, emotionale, verhaltens- und einstellungsbezogene Symptome sowie Symptome, die auf der interpersonellen Ebene anzusiedeln sind. Während er die emotionalen Symptome von Burnout und Depression als ähnlich beschreibt, stehen (im Unterschied zur Depression) beim Burnout auf der interpersonellen Ebene Probleme mit Klienten im Vordergrund und auf der Verhaltensebene der Wunsch, den Job zu wechseln. Wie in Tabelle 1 dargestellt, unterscheiden Schaufeli und Enzmann (1998) affektive, kognitive, physiologische und verhaltensbezogene Symptome, die sie auf drei Ebenen (individuelle, interpersonelle und institutionelle Ebene) anordnen. Problematisch aber bleibt, dass kein einziges Symptom genuin burnoutspezifisch zu sein scheint, so dass die aufgezeigten Symptome weder in jedem Fall auftreten müssen noch eine Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen erlauben. Die Symptomlisten sind dadurch letztendlich beliebig und weitgehend bedeutungslos (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998). Dass eine solche Beliebigkeit die Theoriebildung erschwert und damit Burnout als wissenschaftliches Konstrukt gefährdet, ist ein logisches Folgeproblem.

¹ Wert, der auf einem zu testenden Merkmal gesunde von kranken Personen trennt.

Tabelle 1: Symptome von Burnout (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998, S. 21ff.)

Individuelle Ebene	Interpersonelle Ebene	Institutionelle Ebene
Affektiv		
Depressive Verstimmung, emotionale Erschöpfung, Ängste, wechselnde Stimmungen	Verminderte emotionale Empathie gegenüber anderen, erhöhtes Gefühl von Ärger, Übersensibilität	Arbeitsunzufriedenheit
Kognitiv		
Hilflosigkeit, Angst, verrückt zu werden, Sinnverlust, suizidale Gedanken, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühl, unfähig zu sein, Schuldgefühle, Rigidität, Entscheidungsunfähigkeit, Einsamkeit, niedrige Frustrationstoleranz	Zynische und dehumanisierende Empfindungen gegenüber anderen, Stereotypisierung der Empfänger, Paranoia	Zynismus gegenüber der Arbeitsrolle, Misstrauen gegenüber Peers und Vorgesetzten, Gefühl, nicht gewürdigt zu werden
Physiologisch		
Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, Unruhe, verminderter Appetit, Schlaflosigkeit	Keine Angaben	Keine Angaben
Verhalten		
Erhöhtes Aktivitätslevel, Impulsivität, Arbeitsaufschiebeverhalten, erhöhter Konsum von Koffein, Zigaretten, Alkohol, erhöhtes Risikoverhalten	Eifersucht, soziale Isolation und Rückzug, Aggressivität gegenüber den Empfängern, persönliche Konflikte, innere Distanzierung	Reduzierte Leistungsfähigkeit, unentschuldigtes Fernbleiben, aussteigen wollen, erhöhte Anzahl an Krankentagen
Motivierend (motivational)		
Verlust an Idealismus und Begeisterung, Resignation, Desillusionierung, Enttäuschung, Demoralisierung	Verlust an Interesse, Überengagement, Entmutigung	Verlust von Arbeitsmotivation und -initiative, Widerstand, zur Arbeit zu gehen, geringe Arbeitsmoral

Zusammengefasst fehlt bis heute ein verbindliches Regelsystem, das Aufschluss darüber gibt, welche Symptome in welcher Intensität über welchen Zeitraum für die Zuweisung einer Burnout-Diagnose notwendig gegeben sein müssen. Auch existieren bis heute keine klinisch verbindlichen Norm- oder Cut-off-Werte.

Gleichwohl ist aber festzustellen: So verschieden die einzelnen Symptomzusammenstellungen auch sein mögen und so unklar im Einzelnen auch sein mag, welche Symptome eigentlich konstitutiv für die Zuweisung einer Burnout-Diagnose sind, so lassen sich in den unterschiedlichen Symptomzusammenstellungen doch fünf gemeinsame Elemente identifizieren (vgl. Maslach/Schaufeli/Leiter 2001):

- das Überwiegen von Erschöpfungssymptomen,
- verschiedene körperliche Symptome,
- das Auftreten bei Personen ohne vorherige Psychopathologie,
- Leistungsminderung,
- ein Bezug zum Arbeitsprozess.

Zusammenfassend zeigen die oben beschriebenen Symptomlisten und Theorien der Burnout-Entwicklung, dass das Konstrukt „Burnout“ zwar wissenschaftlich ungenügend bestimmt ist, aber doch eine psychische Konstellation in Arbeitszusammenhängen bezeichnet, die als belastend erlebt wird und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigt.

Im folgenden Abschnitt wird dargelegt, wie Burnout im Kontext des Gesundheitswesens betrachtet wird: Wie entsteht aus dem subjektiven Erleben chronischer beruflicher Überlastung eine Burnout-Diagnose?

2.4 Burnout als klinische Diagnose

2.4.1 Klassifikationssysteme für Krankheiten

Psychische Krankheiten werden in allen Gesundheitssystemen der Welt anhand zweier Klassifikationssysteme diagnostiziert: entweder mithilfe des von der World Health Organization (WHO) erstellten Index „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM), vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2013), der Kodierungen für psychische und körperliche Erkrankungen umfasst, oder aber mithilfe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM), das ausschließlich psychische Störungen beschreibt. Seit dem Jahr 2000 setzt eine vertragsärztliche Abrechnung einer medizinischen Leistung in Deutschland eine Diagnosestellung unter Verwendung der ICD zwingend voraus (vgl. Sozialgesetzbuch V 1988, zuletzt geändert 2013). Entsprechend wird im Folgenden nur auf die ICD näher eingegangen.

Die ICD sieht die Hauptkategorien A bis Y vor, die jeweils mit Unterkategorien auf zwei Ebenen, durch Zahlen (00 bis 99) kodiert, kombiniert werden. „Psychische und Verhaltensstörungen“ werden unter der Hauptkategorie F mit den Unterkategorien F00 bis F99, klassifiziert. Beispielsweise steht die Hauptkategorie F3 für „Affektive Störungen“ („Diese Gruppe enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, entweder zur Depression – mit oder ohne begleitende Angst – oder zur gehobenen Stimmung, bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen“ (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013), die in verschiedene Unterformen differenziert werden (z. B. F30 „Manische Episode“, F31 „Bipolare affektive Störung“, F32 „Depressive Episode“). Die Hauptkategorie F4 steht für „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“, mit Unterformen wie beispielsweise F40 „Phobische Störungen“ und F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013). Jede Diagnose kann zusätzlich mit anderen Diagnosen einhergehen oder mit einer Spezifizierung aus der Zusatzkategorie Z versehen werden (Unterkategorien Z00 bis Z99), einer Zusammenstellung von „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013). Genauer heißt es in der ICD dazu: „Die Kategorien Z00–Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als ‚Diagnosen‘ oder ‚Probleme‘ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00–Y89 klassifizierbar sind. Dies kann hauptsächlich auf zweierlei Art vorkommen: a) Wenn eine Person wegen einer Krankheit oder ohne krank zu sein, das Gesundheitswesen zu einem speziellen Zweck in Anspruch nimmt, z. B. um eine begrenzte Betreuung oder Grundleistung wegen eines bestehenden Zustandes zu erhalten, um ein Organ oder Gewebe zu spenden, sich prophylaktisch impfen zu lassen oder Rat zu einem Problem einzuholen, das an sich keine Krankheit oder Schädigung ist. b) Wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind. Solche Faktoren können bei Reihenuntersuchungen der Bevölkerung festgestellt werden, wobei eine Person krank sein kann oder nicht, oder sie werden als ein Zusatzfaktor dokumentiert, der dann berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen irgendeiner Krankheit oder Schädigung behandelt wird“ (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013).

Die Unterkategorien zur Zusatzkategorie Z bezeichnen entsprechend Fälle wie z. B. unter Z20 bis Z29 „Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten“ oder Z30 bis Z39 „Personen, die das Gesundheitssystem im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen“. Die Unterkategorien Z70 bis Z79 werden Personen zugewiesen, die „das Gesundheitssystem aus anderen Gründen in Anspruch nehmen“ (z. B. Unterkategorie Z70: „Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung“). Dazu gehört auch die Kategorie Z73, die im Falle einer Burnout-Diagnose kodiert wird und seit dem Jahr 2004 vergeben werden kann.

Die im Falle einer Burnout-Diagnose kodierte Kategorie Z73 betrifft „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ und ist wie folgt definiert: „Inkl.: Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, Ausgebranntsein [Burnout], Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung, körperliche oder psychische Belastung o. n. A., Mangel an Entspannung oder Freizeit, sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert, Stress, anderenorts nicht klassifiziert, unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert, Zustand der totalen Erschöpfung. Exkl.: Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, Probleme mit Bezug auf sozioökonomische und psychosoziale Umstände“ (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013).

Zusammengefasst hat Burnout unter der Begrifflichkeit „Ausgebranntsein [Burnout]“ im Jahr 2004 Eingang in die ICD-10-GM gefunden. Burnout wird in der Regel nicht als „eigenständige“ psychische Störung kodiert, sondern kann entweder einer Diagnose (typischerweise einer Diagnose aus den Kategorien F00 bis F99 für die Kodierung psychischer und Verhaltensstörungen) zur weiteren Spezifizierung mithilfe des Codes Z73 hinzugefügt oder aber alleinstehend vergeben werden bei Personen, „die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen“ und „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ haben (ICD-10-GM, vgl. DIMDI 2013). Eine Person, die also wegen einer stressbezogenen Symptomatik einen Arzt oder einen Psychologischen Psychotherapeuten aufsucht, wird daraufhin anamnestisch untersucht, ob eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt. In Frage kommen beispielsweise diagnostische Kategorien wie Depression (F33), Neurasthenie (F48), Angststörungen oder das Chronische Müdigkeitssyndrom (G93.3). Wird keine dieser Störungen diagnostiziert, so können Ärzte oder Psychotherapeuten die Kodierung Z73 vergeben, z. B. wenn die Person Belastungserleben im Kontext

ihrer beruflichen Tätigkeit beschreibt oder sich vielleicht selbst als „ausgebrannt“ bezeichnet. Alternativ ist es auch möglich, dass – bei Kodierung einer Krankheit – Ärzte oder Psychotherapeuten die jeweilige Diagnose (z. B. einer Depression) mit der Zusatzkategorie Z73 weiter spezifizieren (wobei die ärztliche Diagnose, nicht aber die von Psychotherapeuten, als Grundlage für eine Krankenschreibung oder Frühverrentung dienen kann).

Mit Blick auf die anstehende Revision der ICD-10 in die ICD-11 ist die Verwendung der Diagnosen unter der Hauptkategorie Z verschiedentlich kritisiert worden, weil sie auf unzulässige Weise das persönliche Umfeld des Betroffenen offenlegen würde (vgl. Wittchen/Hoyer 2011, S. 42). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) macht darauf aufmerksam, dass, auch wenn die mit Burnout einhergehenden Erschöpfungsgefühle und Beschwerden zur Kontaktaufnahme mit Gesundheitsdiensten führen, damit noch nicht die Kriterien für die Attestierung einer Krankheit gegeben sind (vgl. DGPPN 2012). Sie sieht Burnout vielmehr als Risikozustand für eventuell später auftretende psychische oder körperliche Erkrankungen: Burnout kann bei entsprechender biologisch-genetischer Disposition oder spezifischen Belastungserfahrungen zum Auslöser einer eigenständig kodierbaren psychischen Störung (z. B. einer Depression, Angst- oder Abhängigkeitserkrankung) werden. Die DGPPN schlägt deshalb vor, die derzeitige Regelung in der Revision der ICD beizubehalten, d. h., die vielfältigen Burnout-Beschwerden keiner einheitlichen Diagnose bzw. Krankheit zuzuordnen und damit das „Burnout-Syndrom“ nicht als neue offizielle Krankheitsdiagnose einzuführen“, sondern „die Kennzeichnung von ‚Burnout‘ als Anlass zur Kontaktaufnahme mit Gesundheitsdiensten fortzuführen“ (DGPPN 2012, S. 5). Ungeachtet der schwammigen Diagnosekriterien und der fachlichen Einwände ist es jedoch bereits 2006 bei Gerichten zur Anerkennung des Burnout-Syndroms als Krankheit gekommen, indem etwa einem Kläger, dem ausschließlich mithilfe der Zusatzkategorie Z73 ein Burnout-Syndrom attestiert worden war (ohne Diagnose in den Hauptkategorien A bis Y), das Recht zugesprochen wurde, eine Berufsunfähigkeitsversicherung in Anspruch zu nehmen.²

² Vgl. Landgericht München 2006, Aktenzeichen 25 O 19798/03.

2.4.2 Diagnoseverhalten in der ärztlichen Praxis

In der ärztlichen Praxis wird die Zusatzdiagnose Z73 immer häufiger vergeben. Eine aktuelle Sekundäranalyse von Krankenkassendaten der wichtigsten gesetzlichen Krankenkassen (AOK, DAK, TK und BKK) zur Arbeitsunfähigkeit (AU) wegen psychischer Störungen und Burnout (vgl. BPtK 2012) belegt, dass sowohl die Zahl der Krankschreibungsfälle als auch die AU-Tage wegen Burnout (diagnostiziert auf Grundlage der Zusatzkategorie Z73) durchschnittlich zwischen 2004 und 2011 um das 14-Fache auf 0,4 Krankschreibungen und 9,1 AU-Tage pro 100 Versicherte zugenommen haben. Der prozentual eindrucksvolle Anstieg der Krankschreibungen um 700 Prozent und der betrieblichen Fehltag um sogar 1.400 Prozent muss jedoch vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die Ausgangsniveaus im Jahr 2004 sehr gering waren, da erst zu diesem Zeitpunkt die Kodierung Z73 in die ICD eingeführt wurde (vgl. BPtK 2012, S. 1ff.). Bis heute gilt, dass Burnout im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen vergleichsweise selten diagnostiziert wird. Die wegen Burnout-Diagnosen zu registrierenden AU-Tage machten auch im Jahr 2011 nur 4,5 Prozent der Fehltag wegen psychischer Störungen insgesamt aus. Tabelle 2 zeigt die zehn häufigsten psychischen Erkrankungen (oberer Teil) und die zehn häufigsten nicht psychiatrischen Erkrankungen und Zusatzdiagnosen (unterer Teil), die bei Krankschreibungen aufgrund von Burnout (Z73) bei AOK-Versicherten im Jahre 2011 gleichzeitig kodiert worden sind (sogenannte Komorbiditäten³, vgl. BPtK 2012, S. 12f.). Zusammengefasst zeigt sich, dass in etwa der Hälfte der Fälle (48,8 Prozent) einer Krankschreibung wegen Burnout (Z73) gleichzeitig eine andere psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, und zwar am häufigsten Depressionen (21,7 Prozent) oder Belastungsreaktionen bzw. Anpassungsstörungen (15,2 Prozent). In gut einem Drittel der Fälle (36,1 Prozent) erfolgte eine Krankschreibung aufgrund von Burnout (Z73) unter gleichzeitiger Kodierung einer nicht psychiatrischen Diagnose, und zwar am häufigsten „unbekannte oder nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen“ (7,8 Prozent) und „Unwohlsein und Ermüdung“ (4,2 Prozent). Sehr selten (15,1 Prozent) wurde ausschließlich die Z73-Burnout-Kodierung vergeben (vgl. BPtK 2012, S. 11).

Tabelle 2: Komorbiditätsraten im Zusammenhang mit Burnout-Diagnosen (Z73) (oberer Teil: mit psychischen Erkrankungen, unterer Teil: mit nicht psychischen Erkrankungen, vgl. BPtK 2012, S. 12f.)

ICD-10-Kodierung	Psychische Erkrankungen	Anteil (in Prozent) an allen Z73-Krankschreibungsfällen (N = 39.305)
F32	Depressive Episode	21,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,2
F48	Andere neurotische Störungen	8,7
F45	Somatoforme Störungen	8,5
F41	Andere Angststörungen	4,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,2
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	1,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,0
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1,0
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	1,0
Somatische Erkrankungen		
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	7,8
R53	Unwohlsein und Ermüdung	4,2
M54	Rückenschmerzen	2,9
G47	Schlafstörungen	2,3
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	1,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,8
K29	Gastritis und Duodenitis	1,6
R45	Symptome, die die Stimmung betreffen	1,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,4
R51	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1,4

2.5 Psychometrische Messinstrumente zu Burnout

In der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis, insbesondere aber auch in der Forschung über Burnout, werden psychometrische Instrumente für die Burnout-Diagnostik genutzt, die Selbstangaben des Betroffenen erheben. Zwi-

³ Anteile verschiedener zusätzlich zu einer Grunderkrankung, hier Burnout nach Z73, auftretender Krankheits- und Störungsbilder.

schenzeitlich steht eine ganze Reihe von Instrumenten zur Verfügung, bei denen die Testperson anhand von vorgegebenen Items über die Häufigkeit des Vorkommens bestimmter burnoutrelevanter Probleme bzw. Symptome Auskunft gibt. International durchgesetzt haben sich vor allem zwei in den USA entwickelte Instrumentarien, die auch in deutscher Sprache vorliegen:

- das „Maslach Burnout Inventory“ (MBI, vgl. Maslach/Jackson 1986; deutsch: Maslach-Burnout-Inventar (MBI), vgl. Enzmann/Kleiber 1989b; Barth 1990),
- das „Tedium Measure“ (TM, vgl. Pines/Aronson/Kafry 1981; deutsch: Überdrusssskala, vgl. Pines/Aronson/Kafry 2006).

Darüber hinaus kommt in der Forschung – vor allem im Bildungsbereich – sehr häufig der Fragebogen „AVEM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster“ zum Einsatz (vgl. Schaarschmidt/Fischer 1996).

Korczak, Kister und Huber (2010) haben die derzeit zur Burnout-Diagnostik verwendeten Instrumentarien einer auf die Anforderungen an klinisch nutzbaren „Health-Technologies“ ausgerichteten Bewertung unterzogen. Unter Einbezug der Publikationsjahre 2004 bis 2009 identifizierten sie in einer systematischen Literaturrecherche in 36 Datenbanken insgesamt 852 Treffer zur medizinischen Diagnostik und Differenzialdiagnostik von Burnout. Nur 26 Publikationen konnten unter Berücksichtigung der vorher festgelegten Qualitäts-, Ein- und Ausschlusskriterien in die Analyse einbezogen werden. Es zeigte sich, dass in 22 der 26 Studien das MBI oder Varianten des MBI eingesetzt wurden. Somit kann das MBI als das in der Forschungspraxis dominierende Diagnoseinstrumentarium angesehen werden.

2.5.1 Das Maslach-Burnout-Inventar

Das MBI wurde Anfang der 1980er Jahre von Maslach und Jackson (1981) eingeführt. Eine revidierte Version erschien fünf Jahre später (vgl. Maslach/Jackson 1986). Nochmals zehn Jahre später wurde eine weitere Revision (vgl. Maslach/Jackson/Leiter 1996) vorgelegt, die nun auch eine spezifische Variante für Sozial- und Dienstleistungsberufe, den „MBI Human Services Survey“ (MBI-HSS), sowie eine Variante für den Bildungsbereich, den „MBI Educators Survey“ (MBI-ES), enthält (die sich im Wesentlichen nur darin unterscheiden, dass in den Items des MBI-HSS von „Recipients“ bzw. „Klienten“ und in denen des MBI-ES von „Students“ bzw. „Schülern“ die Rede ist). Allen MBI-Varianten ist gemeinsam, dass sie drei – faktorenanalytisch ermittelte – Kerndimensionen von Burnout ausweisen. Der MBI-ES liegt in zwei deutschsprachigen Übersetzungen vor: Die erste

stammt von Enzmann und Kleiber (1989b); später wurde eine weitere von Barth (1990) vorgelegt. Die Items werden durchmischt über die drei Skalen hinweg dargeboten.

Die drei Subskalen des „Maslach Burnout Inventory Educators Survey“ (MBI-ES) in der deutschen Übersetzung von Enzmann und Kleiber (1989b)

Wie häufig treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu? (Nie; einige Male im Jahr und seltener; einmal im Monat; einige Male im Monat; einmal pro Woche; täglich)

Subskala „Emotionale Erschöpfung“ (neun Items)

- Durch meine Arbeit bin ich gefühlsmäßig am Ende.
- Am Ende des Schultages fühle ich mich erledigt.
- Ich fühle mich schon müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Schultag vor mir habe.
- Den ganzen Tag mit Schülern zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich.
- Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgelaugt.
- Meine Arbeit frustriert mich.
- Ich glaube, ich arbeite zu hart.
- Mit jungen Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich zu sehr.
- Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende.

Subskala „Depersonalisierung/Dehumanisierung“ (fünf Items)

- Ich glaube, ich behandle Schüler zum Teil ziemlich unpersönlich.
- Seit ich Lehrer bin, bin ich gleichgültiger gegenüber Menschen geworden.
- Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.
- Bei manchen Schülern interessiert es mich im Grunde nicht, was aus/mit ihnen wird.
- Ich habe den Eindruck, die Schüler geben mir die Schuld für ihre eigenen Probleme.

Subskala „Subjektiv reduzierte Leistungsfähigkeit“ (acht Items)

- Es gelingt mir gut, mich in meine Schüler hineinzusetzen.
- Mit den Problemen meiner Schüler kann ich sehr gut umgehen.
- Ich glaube, dass ich das Leben anderer Menschen durch meine Arbeit positiv beeinflusse.

- Ich fühle mich voller Tatkraft.
- Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Schülern herzustellen.
- Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Schülern gearbeitet habe.
- Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.
- In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.

Die Auswertung sieht vor, dass nach Umkodierung der Antworten zur „subjektiv reduzierten Leistungsfähigkeit“ (die im Gegensatz vorliegen) für jede Subskala ein Mittelwert berechnet wird oder aber ein Summenwert, der im Anschluss in Terzile unterteilt wird (d. h. niedrige, mittlere oder hohe Ausprägung auf jeder der drei Burnout-Subskalen). Die interne Konsistenz der drei MBI-Skalen wurde von Schaufeli und Enzmann (1998, S. 51) in 47 analysierten Studien, die mehr als 10.000 Personen einbezogen haben, mit einem α zwischen 0,70 und 0,90 als zufriedenstellend („satisfactory“) bewertet. Gleiches gilt für Ergebnisse zur faktoriellen und konvergenten Validität.

Kritisch ist die Überlappung zwischen den drei Subskalen des MBI auf der einen Seite und anderen psychischen Beeinträchtigungen wie Depression, Arbeitsunzufriedenheit und Stresssymptomen auf der anderen Seite zu bewerten: Die Subskala „Emotionale Erschöpfung“ kann dabei als am stärksten trennscharf, d. h. burnoutspezifisch, in Abgrenzung von anderen psychischen Beeinträchtigungen, bezeichnet werden (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998; Korczak/Kister/Huber 2010). Entsprechend haben beispielsweise Klusmann, Kunter, Voss und Baumert (2012) lediglich vier Items aus der Subskala „Emotionalen Erschöpfung“ (in der Übersetzung von Enzmann/Kleiber 1989b) als Operationalisierung des beruflichen Beanspruchungserlebens von Lehrkräften verwendet.

2.5.2 Die Überdrussskala

Die von Pines, Aronson und Kafry (1981, deutsch: Pines/Aronson/Kafry 2006) vorgelegte Überdrussskala soll das Erleben körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung messen. Betroffene sollen mithilfe des Fragebogens ihre allgemeine Befindlichkeit oder ihre Befindlichkeit zum jeweiligen Befragungszeitpunkt selbst diagnostizieren.

Die Überdrussskala von Pines, Aronson und Kafry (2006)

Bitte beurteilen Sie, wie oft Sie in der letzten Zeit ...

(Antwortskala: 1 = niemals, 7 = immer)

1. müde sind
2. sich niedergeschlagen fühlen
3. einen guten Tag haben
4. körperlich erschöpft sind
5. emotional erschöpft sind
6. glücklich sind
7. „erledigt“ sind
8. „ausgebrannt“ sind
9. unglücklich sind
10. sich abgearbeitet fühlen
11. sich gefangen fühlen
12. sich wertlos fühlen
13. überdrüssig sind
14. bekümmert sind
15. über andere verärgert oder enttäuscht sind
16. sich schwach und hilflos fühlen
17. sich hoffnungslos fühlen
18. sich zurückgewiesen fühlen
19. sich optimistisch fühlen
20. sich tatkräftig fühlen
21. Angst haben

Auch für die Überdrussskala liegen Anweisungen vor, wie aus den Angaben der Testperson ein mögliches niedriges, mittleres oder hohes Burnout erschlossen werden kann.

2.5.3 Der AVEM-Fragebogen: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster

Einem gänzlich anderen Konstruktionsprinzip als dem des MBI oder der Überdrussskala folgt das von Schaarschmidt und Fischer (1996, 2003, 2008) vorgelegte Instrument, das vor allem Anwendung im Bildungsbereich gefunden hat. Der AVEM-Fragebogen erfasst elf faktorenanalytisch differenzierte Dimensionen:

(1) Bedeutsamkeit der Arbeit, (2) beruflicher Ehrgeiz, (3) Verausgabungsbereitschaft, (4) Perfektionsstreben, (5) Distanzierungsfähigkeit, (6) Resignationstendenz bei Misserfolg, (7) offensive Problembewältigung, (8) innere Ruhe und Ausgleichlichkeit, (9) Erfolgserleben im Beruf, (10) Lebenszufriedenheit und (11) Erleben sozialer Unterstützung. Auf der Grundlage der Selbstbeschreibungen der Testperson auf den elf Skalen wurden clusteranalytisch in einer Referenzstichprobe von 1.589 Befragten vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens identifiziert: zwei nicht gefährdete Muster (G = Gesundheitstyp, S = Schonungstyp) und zwei Risikotypen (A und B), die burnoutgefährdet sind.

Das Muster G („gesundheitsförderliches Verhaltens- und Erlebnismuster“) beschreibt Personen, deren berufliches Engagement deutlich, aber nicht exzessiv ausgeprägt ist. Personen dieses Clusters können sich ausreichend distanzieren, zeigen eine geringe Resignationstendenz und hohe Werte in den Bereichen Problembewältigung sowie innere Ruhe. Zudem sind bei ihnen soziale Unterstützung, Erfolgserleben im Beruf und Lebenszufriedenheit jeweils stark ausgeprägt. Personen, die diesem Muster zuzuordnen sind, sind nach Schaarschmidt und Fischer (1996) nicht burnoutgefährdet.

Das Muster S („an Schonung orientiertes Verhaltens- und Erlebnismuster“) beschreibt Personen mit nur geringem Arbeitsengagement und einer starken Distanzierung gegenüber berufsbezogenen Problemen. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben sind bei diesen Personen im Vergleich zu Angehörigen der drei anderen Cluster am geringsten ausgeprägt. Ein insgesamt positives Lebensgefühl wird deutlich an hohen Ausprägungen in den Dimensionen innere Ruhe, Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung. Diese Personengruppe ist also im Hinblick auf ihre berufsbezogene Motivation zu fördern, während ihre Gesundheit nicht gefährdet scheint.

Personen, die dem dritten Cluster, Risikomuster A („gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebnismuster“), zuzuordnen sind, zeigen ein überhöhtes berufliches Engagement bei gleichzeitig geringer Distanzierung(-sfähigkeit). Hinsichtlich der Dimensionen Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben weisen sie die höchsten Werte auf; bezüglich innerer Ruhe und Lebenszufriedenheit die geringsten. Dieses Muster wird mit dem Buchstaben A gekennzeichnet, weil sich Parallelen zur „Typ-A-Persönlichkeit“ nach Friedman und Rosenman (1974) ergeben.

Das Risikomuster B („gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebnismuster“) fasst Personen zusammen, für die die Arbeit nur geringe Bedeutung hat und die zugleich einen nur schwach ausgeprägten beruflichen Ehrgeiz aufweisen. Im Unterschied zu den Personen, die dem Muster S zuzuordnen sind, zeigen sie nur eine

geringe Distanzierungsfähigkeit, zugleich hohe Resignationstendenzen und geringe Werte in den Bereichen innere Ruhe und offensive Problembewältigung. Die Berufs- und Lebenszufriedenheit der Angehörigen dieser Gruppe ist niedrig, ebenso das Ausmaß sozialer Unterstützung. Der Buchstabe B steht für Burnout, weil die Kombination aus Resignation, geringer Widerstandsfähigkeit und Unzufriedenheit charakteristisch für das Burnout-Syndrom ist (vgl. Maslach 1982). Der AVEM weist hohe interne Konsistenzwerte auf (= 0,78 bis 0,87) und ist veränderungssensitiv. Damit kann das Instrument genutzt werden, um die Wirkung von Interventionen abzuschätzen. Entsprechend verbreitet ist sein Einsatz in Deutschland nicht nur bei Interventionen im Bildungsbereich, sondern auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

2.6 Bewertung der gegenwärtigen Diagnostizierbarkeit von Burnout

Zusammenfassend ist festzustellen, dass keine international verbindliche Definition von Burnout existiert, die den Kriterien klinischen Diagnostizierens gerecht wird (vgl. z. B. die axiale Definition verschiedener Störungsbilder im DSM). Ein übliches Kriterium ist dabei die Festlegung der zeitlichen Dauer, über die ein bestimmtes Erleben mit einer bestimmten Intensität und Häufigkeit aufgetreten sein muss, das mit subjektivem Leidensdruck und Einschränkungen oder Behinderungen in verschiedenen sozialen Rollen einhergeht und damit Krankheitswert hat. Zudem sind differenzialdiagnostische Kriterien im Hinblick auf die Merkmale und die Schwere – als Abgrenzung von anderen verwandten Phänomenen – erforderlich. Erst auf dieser Grundlage könnten die Dimensionen festgelegt werden, innerhalb derer Burnout zu diagnostizieren ist. Idealerweise sollte ein solches Instrumentarium nicht nur die vom Betroffenen wahrgenommenen Symptome erfassen, sondern auch Fremdbeurteilungen einschließen (vgl. Korczak/Kister/Huber 2010). Unter Heranziehung von Normstichproben müssten dann Cut-off-Werte festgelegt werden, bei deren Überschreiten Burnout diagnostiziert wird und durch die eine mehr oder weniger starke Ausprägung der Erkrankung festgestellt werden könnte.

Eine solche Standardisierung eines Burnout-Diagnoseinstrumentariums existiert bis heute nicht. Die verschiedenen psychometrischen Messinstrumente zur Erfassung des selbstberichteten Erlebens burnoutrelevanter Symptome beschränken sich auf subjektive Angaben der Betroffenen und erfüllen darüber hinausgehend oft nicht die klassischen Gütekriterien für Tests (Objektivität, Reliabilität und Validität). So hat beispielsweise das MBI nie eine klinische Validierung erfahren, da

seine Urheberinnen (vgl. Maslach/Jackson 1981) nicht den Anspruch hatten, ein klinisch-diagnostisches Diagnoseinstrumentarium zu entwickeln. Sie wollten vor allem herausfinden, welche personalen, organisationalen, institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen zur Entstehung der von ihnen als Burnout bezeichneten Symptomatik beitragen und welche Engagement und Begeisterung in der Arbeit fördern.

Darüber hinaus wurden die psychometrischen Instrumente typischerweise in anfallenden Gelegenheitsstichproben eingesetzt, die zur Normierung nicht geeignet sind. Deshalb ist man bei der Interpretation der Ergebnisse, die eine Testperson auf den Instrumenten erzielt, auf Werte aus Referenzstichproben angewiesen. Genau genommen wäre das Berechnen von Testwerten auf diesen Instrumenten aber nur dann sinnvoll, wenn Normwerte aus repräsentativen Stichproben vorliegen würden. Dies ist jedoch nicht der Fall (vgl. auch Hillert/Marwitz 2006). Zwar werden Cut-off-Werte verwendet (wie z. B. die Unterteilung in Terzile niedriger, mittlerer und hoher Ausprägung von Burnout im MBI), diese wurden jedoch nicht an Normstichproben gewonnen und sind deshalb auch nicht zur Differenzialdiagnostik oder zur Entscheidung über angemessene therapeutische Vorgehensweisen geeignet. Damit liegt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt ganz im persönlichen Ermessen von Ärzten oder Psychotherapeuten, Burnout zu diagnostizieren und Therapien einzuleiten – oder eben auch nicht.

Obwohl man mit der Erarbeitung solcher vereinheitlichten Definitionen und Messinstrumente den Maßstäben klinischen Diagnostizierens gerecht werden würde, ist aus der bildungs- und arbeitswissenschaftlichen Perspektive des **AKTIONSRATSBILDUNG** ein Aspekt von großer Bedeutung. Es kann nicht nur darum gehen, ob eine belastbare Diagnose als „ausgebrannt“ gestellt werden kann, die das Fernbleiben von der Arbeit legitimiert. Vielmehr drängt sich vor allem die Frage auf, wie Personen identifiziert und unterstützt werden können, die sich aufgrund eines inadäquaten Umgangs mit den hohen beruflichen Anforderungen im Bildungswesen massiv belastet fühlen und qualitätsgeminderte Arbeit verrichten: Wenn Beschäftigte im Bereich von Bildung und Erziehung beim Ausfüllen von Burnout-Skalen feststellen, dass es ihnen nicht mehr viel ausmacht, was aus ihren Schülerinnen und Schülern, Studierenden oder zu betreuenden Kindern wird, wenn sie sich selbst eingestehen, einen gefühllosen Umgang mit ihrer Klientel zu haben, wenn sie sich nicht mehr als kompetent erleben, ihre Klientel wirkungsvoll beim Lernen zu unterstützen, oder es ihnen nicht mehr gelingt, eine entspannte Atmosphäre im Klassenzimmer, Seminarraum oder in der Kindertagesstätte herzustellen, dann sind das deutliche Alarmzeichen. Es steht dann zu befürchten, dass diese Personen kein professionell erforderliches, z. B. vertrauensvolles Verhältnis mehr zu den Erziehenden oder zu Bildenden her-

stellen und diese nicht mehr motivieren oder wirkungsvoll unterrichten können. Unabhängig davon, ob Burnout auch als klinisches Syndrom verstanden werden kann, geben die relativ einfach konstruierten Inventare doch Hinweise auf ernste Problemlagen der professionellen Akteure, die einer qualitätsvollen Arbeit entgegenstehen. Sie belegen beispielsweise, dass es diesem pädagogisch tätigen (oder anderen) Personal in seinem beruflichen Handeln an Engagement, Überzeugungskraft und der Fähigkeit mangelt, professionelle Ziele zu erreichen und die eigene Klientel angemessen zu unterstützen.

3 Prävalenzraten von Burnout und anderen psychischen Erkrankungen

Die in Kapitel 2 dargestellten Zahlen, nach denen immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen und Burnout der Arbeit fern bleiben oder sich frühverrenten lassen, werfen die Frage auf, ob diese Erkrankungen tatsächlich häufiger geworden sind oder ob (auch) andere Gründe für diese Entwicklung verantwortlich sind. Weiter stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung auch oder vielleicht sogar in besonderem Maß für Beschäftigte im Bildungswesen gilt. Dieses Kapitel berichtet die verfügbaren Informationen zur Prävalenz von Burnout und psychischen Erkrankungen, d. h. zur Häufigkeit von Krankheitsfällen in der deutschen Bevölkerung im Allgemeinen und bei im Bildungswesen Tätigen im Besonderen.

3.1 Anzahl Beschäftigter im Bildungsbereich in Deutschland nach Berufsgruppen, Alter und Geschlecht

Ungefähr 5,5 Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland, nämlich gut 2,1 Millionen Menschen, waren im Jahr 2011 in Bildungseinrichtungen beschäftigt (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012). Die beiden größten Untergruppen stellten im Jahr 2009/2010 mit ca. 950.000 Personen Lehrkräfte an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen dar (die größten Teilgruppen waren hier die gut 210.000 Lehrkräfte an Haupt-, Real- und Gesamtschulen, die knapp 200.000 Grundschullehrkräfte, die knapp 180.000 Gymnasiallehrkräfte und die ca. 120.000 Lehrkräfte an beruflichen Schulen, vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 263) und die annähernd 440.000 Personen, die in Kindertageseinrichtungen tätig waren (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 229). An den Hochschulen waren im Jahr 2009/2010 knapp 300.000 Personen beschäftigt, allerdings waren nur 55,3 Prozent von diesen mit wissenschaftlichen und/oder pädagogischen Aufgaben betraut.

Da Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter – und möglicherweise auch Beschäftigungsstatus – der Arbeitnehmenden variieren, werden im Folgenden die Zahlen der im Bildungswesen Beschäftigten nach diesen Parametern differenziert dargestellt. Der Anteil der Arbeitnehmenden, die 50 Jahre und älter sind, lag in Deutschland im Jahr 2010 bei 29,3 Pro-

zent. Relativ dazu ist der Anteil unter Lehrkräften an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen mit 48,1 Prozent deutlich höher, hingegen bei in Bildungs- und Pflegeeinrichtungen für Kinder Beschäftigten mit 24,5 Prozent und unter dem wissenschaftlichen Personal an Hochschulen mit 23,2 Prozent etwas niedriger (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 33). Der Anteil von Personen in Teilzeitbeschäftigung liegt mit 53 Prozent im Bildungssektor deutlich über dem Prozentsatz in der erwerbstätigen Bevölkerung insgesamt (26,3 Prozent), was vermutlich mit der Überrepräsentanz von Frauen (die insgesamt häufiger teilzeitbeschäftigt sind als Männer) zusammenhängt (96,7 Prozent im vorschulischen und insgesamt 65,7 Prozent im schulischen Bereich, vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 33ff.; Grundschulen: 87,4 Prozent, Förderschulen: 76,4 Prozent, Realschulen: 65,8 Prozent, Hauptschulen: 62,6 Prozent, Gymnasien: 56,4 Prozent, berufliche Schulen: 47,6 Prozent, vgl. Statistisches Bundesamt für das Schuljahr 2011/2012⁴). Genauer sind in vorschulischen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen 59,6 Prozent des Personals teilzeitbeschäftigt und 48,3 Prozent an Schulen. 57,2 Prozent des Personals an Hochschulen sind teilzeitbeschäftigt, was maßgeblich auf die typischerweise auf halben oder Dreiviertelstellen beschäftigten wissenschaftlichen Mitarbeitenden zurückgeht (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 33ff.). In der Gruppe des hauptberuflichen wissenschaftlichen und künstlerischen Personals sind Frauen im Jahr 2012 mit 37,1 Prozent unterrepräsentiert, und zwar insbesondere in der Gruppe der Professoren (20,4 Prozent; davon C4-Professoren: 11,2 Prozent).⁵

3.2 Probleme der Ermittlung von Prävalenzraten

Eine Beantwortung der vermeintlich einfach klingenden Fragen, wie viele Personen derzeit von Burnout-Symptomen betroffen sind (Prävalenzraten von Burnout in der Gesamtgruppe der Beschäftigten und in der Gruppe der Beschäftigten im Bildungsbereich) und ob zunehmend mehr Beschäftigte insgesamt – und möglicherweise besonders im Bildungsbereich – von Burnout betroffen sind, ist wissenschaftlich hinlänglich präzise nur dann möglich, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

⁴ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/AllgemeinBildendeBeruflicheSchulenLehrkraefte.html>.

⁵ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/FrauenanteileAkademischeLaufbahn.html>.

- Burnout muss objektiv, reliabel und valide gemessen werden können, d. h., es muss eine eindeutige und verhaltensnah operationalisierte Fassung des Syndroms vorliegen, die in Form von Selbstangaben und/oder Fremdbeobachtungen erfasst werden kann.
- Es müssen repräsentative Erhebungen (mit einem Instrument mit hoher Testgüte) in den Zielpopulationen durchgeführt werden. Genauer müssen unter Verwendung der identischen Messinstrumente zu verschiedenen Zeitpunkten in den interessierenden Bevölkerungsgruppen die relevanten Merkmale (hier: Burnout) erhoben werden. Repräsentative Erhebungen durchzuführen bedeutet, hinreichend große Zufallsstichproben aus der Grundgesamtheit der zu untersuchenden Population zu ziehen, von der die Zusammensetzung nach Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Schultypen etc. bekannt sein müsste, damit geprüft werden kann, ob die gezogenen Zufallsstichproben struktidentisch mit der Grundgesamtheit sind. Nur wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, können aus den Befunden für die Zufallsstichproben Schlussfolgerungen für die Grundgesamtheit abgeleitet werden.
- Um Veränderungstrends abschätzen zu können, müssen wiederholte Messungen unter Verwendung identischer Instrumente vorliegen.

3.3 Untersuchungen zu Prävalenzraten psychischer Erkrankungen unter Verwendung bevölkerungsrepräsentativer Stichproben

Die einzigen in Deutschland verfügbaren Studien, die Prävalenzraten zu psychischen Erkrankungen unter Verwendung für Deutschland repräsentativer Stichproben erhoben haben, wurden vom Robert Koch-Institut durchgeführt: der „Bundes-Gesundheitssurvey“ aus den Jahren 1997 bis 1999 (BGS98, 7.124 Teilnehmende zwischen 18 und 79 Jahren, vgl. Thefeld/Stolzenberg/Bellach 1999) und die Folgeuntersuchung „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, vgl. Kamtsiuris u. a. 2013), die in den Jahren 2008 bis 2012 realisiert wurde (8.152 Teilnehmende zwischen 18 und 79 Jahren; DEGS2 ist für 2014 bis 2015 vorgesehen). Neben Befragungen der Teilnehmenden sahen BGS98 und DEGS1 (nicht aber DEGS2) standardisierte und validierte klinisch-diagnostische Interviews und neuropsychologische Beurteilungen zur differenzierten Erfassung psychischer Störungen vor.

In den umfassenden Befragungen wurden die DEGS1-Teilnehmenden u. a. nach ihrer Stressbelastung in den vergangenen drei Monaten in fünf verschiedenen Bereichen gefragt (nur Personen im beschäftigungsfähigen Alter zwischen 18 und einschließlich 64 Jahren): chronische Besorgnis, arbeitsbezogene Überlastung, soziale Überlastung, Überforderung und Mangel an sozialer Anerkennung (Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS-SSCS); Antwortskalen: 0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = häufig, 4 = sehr häufig). Der Summenwert über die zwölf Items kann zwischen null und 48 Punkten variieren; Ausprägungen zwischen null und elf Punkten wurden als unterdurchschnittliches bis durchschnittliches Stresserleben, zwischen zwölf und 22 Punkten als überdurchschnittlich starkes und über 22 Punkten als starkes chronisches Stresserleben kategorisiert.

Frauen gaben signifikant häufiger als Männer ein chronisch starkes Stresserleben an (13,9 Prozent vs. 8,2 Prozent; Gesamtmittelwert: elf Prozent; siehe Hapke u. a. 2013, S. 750, Tabelle 1). Befragte mit einem niedrigen sozioökonomischen Status berichteten deutlich häufiger ein chronisch starkes Stresserleben (17,3 Prozent) als Befragte mit mittlerem (10,4 Prozent) und mit hohem Status (7,6 Prozent) (siehe Hapke u. a. 2013, S. 750, Tabelle 1).

Darüber hinaus wurden alle Teilnehmenden der DEGS1 gebeten, anzugeben, ob bei ihnen jemals von einem Arzt oder Psychotherapeuten ein Burnout-Syndrom festgestellt worden war und wenn ja, wann das erste Mal und ob das Syndrom in den letzten zwölf Monaten aufgetreten ist (vgl. Hapke u. a. 2013, S. 750). Es ergab sich eine Gesamtprävalenz von 4,2 Prozent. Frauen waren mit 5,2 Prozent häufiger betroffen als Männer (3,3 Prozent). Ein Vergleich der Altersgruppen zeigte, dass Burnout am häufigsten in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen (6,6 Prozent) diagnostiziert wurde (18- bis 29-Jährige: 1,4 Prozent; 70- bis 79-Jährige: 1,9 Prozent). Von den Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status hatten 5,8 Prozent eine Burnout-Diagnose zugeschrieben bekommen, von Personen mit einem mittleren Status 4,2 Prozent und von denen mit einem niedrigen sozialen Status gerade einmal 2,6 Prozent.⁶

Im selben Sample ergab sich eine deutlich höhere Gesamtprävalenz für diagnostizierte Depressionen (Lebenszeitprävalenz: 11,6 Prozent, Frage: „Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten eine Depression festgestellt?“; Zwölfmonatsprävalenz: 6,0 Prozent, Frage: „Ist die Depression auch in den letzten zwölf Monaten aufgetreten?“; siehe Busch u. a. 2013, S.734 und S. 737, Tabelle 4). Frauen waren wiederum häufiger betroffen (Lebenszeit-

prävalenz: 15,4 Prozent; Zwölfmonatsprävalenz: 8,1 Prozent) als Männer (Lebenszeitprävalenz: 7,8 Prozent; Zwölfmonatsprävalenz: 3,8 Prozent; siehe Busch u. a. 2013, S. 736f., Tabelle 4).

Interessanterweise zeigte sich für die Verteilung depressiver Erkrankungen, differenziert nach sozioökonomischem Status, das umgekehrte Bild wie in Bezug auf die Burnout-Diagnosen (siehe Busch u. a. 2013, S. 736, Tabelle 3): Übereinstimmend mit den meisten epidemiologischen Studien zur Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung war die Gruppe der Personen mit niedrigem Sozialstatus mit einer Gesamtprävalenz von 13,6 Prozent am stärksten von Depressionen betroffen (Lebenszeit: 14,5 Prozent; zwölf Monate: 8,5 Prozent), gefolgt von Personen mit mittlerem Status (Gesamtprävalenz: 7,6 Prozent; Lebenszeit: 11,0 Prozent; zwölf Monate: 5,4 Prozent) und von Personen mit hohem Status (Gesamtprävalenz: 4,6 Prozent; Lebenszeit: 9,9 Prozent; zwölf Monate: 4,5 Prozent). Wie oben dargestellt, wurde im Unterschied dazu Burnout bei Personen mit höherem sozialem Status mehr als doppelt so häufig von einem Arzt oder Psychotherapeuten diagnostiziert als bei Personen mit einem niedrigen sozialen Status. Die entgegengesetzten Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Prävalenzraten für Depressionen auf der einen Seite und zwischen Sozialstatus und Prävalenzraten für Burnout auf der anderen Seite deuten darauf hin, dass möglicherweise psychische Beeinträchtigungen dann, wenn die betroffene Person eine beruflich qualifizierte Tätigkeit ausübt, eher mit Burnout assoziiert werden (von den Betroffenen selbst und/oder denjenigen, die eine Diagnose stellen) als mit – beispielsweise – einer Depression, während das Umgekehrte für Personen mit gering qualifizierten Tätigkeiten gilt.

Von den Befragten, die von einem starken Stresserleben in den letzten drei Monaten berichtet hatten, gaben 45,9 Prozent an, in den letzten zwölf Monaten auch Burnout erlebt zu haben, davon 51,5 Prozent Frauen und 36,1 Prozent Männer (nur 10,3 Prozent dieser hoch stressbelasteten Gruppe gaben an, kein Burnout in den letzten zwölf Monaten erlebt zu haben). Gleichzeitig berichteten 53,7 Prozent der Personen aus der hoch stressbelasteten Gruppe von einer aktuellen depressiven Symptomatik (Frauen: 57,7 Prozent; Männer: 47,4 Prozent); nur 6,9 Prozent dieser Personen gaben an, aktuell nicht an einer depressiven Symptomatik zu leiden (siehe Hapke u. a. 2013, S. 752, Tabelle 3).

Eine Substichprobe von 3.959 Befragten hat sowohl an BGS98 als auch an DEGS1 teilgenommen. Die Betrachtung der längsschnittlichen Daten erlaubt einerseits eine Beschreibung möglicher Veränderungen in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und andererseits in den Prävalenzen psychischer Störungen. Rattay u. a. (2013) haben die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe in den beiden – mit einem Abstand von gut zehn Jahren erhobenen –

⁶ Vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/233475/umfrage/praevalenz-von-burn-out-nach-geschlecht-alter-und-sozialem-status/>.

Datensätzen BGS98 und DEGS1 verglichen. Es zeigt sich, dass fast alle Befragten, nämlich 97,4 Prozent der in BGS98 und 96,9 Prozent der in DEGS1 Befragten, mindestens einmal in den vergangenen zwölf Monaten einen Arztkontakt hatten (vgl. Rattay u. a. 2013, S. 840). Diese Veränderung in den Inanspruchnahmezahlen ist statistisch nicht bedeutsam; da sie jedoch bereits in den Jahren 1997 bis 1999 (BGS98) bei annähernd 100 Prozent lagen, wäre eine signifikante Zunahme bis in die Jahre 2008 bis 2012 (DEGS1) aber auch kaum möglich gewesen (sogenannter Deckeneffekt). Es gab gleichwohl bedeutsame Zunahmen in den Inanspruchnahmequoten bei bestimmten Facharztgruppen (bei gleichzeitiger Abnahme der Raten in anderen Facharztgruppen), und zwar insbesondere durch Patienten höherer Altersgruppen. Unter den heute signifikant häufiger als noch vor gut zehn Jahren konsultierten Fach(arzt)gruppen waren Neurologen/Psychiater und Psychotherapeuten.

Diese Verschiebung ist sicher im Zusammenhang mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 zu sehen, mit dem als Psychologische Psychotherapeuten approbierte (damals Diplom-)Psychologen erstmals die Möglichkeit bekamen, Psychotherapie für die Behandlung psychischer Erkrankungen anzubieten und unter bestimmten Bedingungen auch als Krankenkassenleistung abzurechnen. Die Verschiebung verweist aber auch auf eine stärkere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (d. h. von Neurologen/Psychiatern und Psychotherapeuten, siehe Rattay u. a. 2013, S. 840, Abbildung 1) wegen psychischer Störungen.

Für die Beschreibung möglicher Veränderungen in den Prävalenzen psychischer Störungen wurden sowohl im BGS98 als auch bei DEGS1 Zusatzstudien durchgeführt, in denen klinische Diagnosen – mithilfe laptopgestützter psychiatrischer Interviews nach klinischen Standards („Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI)) und klinisch ausgebildeter Interviewer – erhoben wurden. Die Prävalenzraten wurden also nicht nur anhand von Behandlungsdaten oder Angaben zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems geschätzt, weil diese stets zu einer Unterschätzung der Häufigkeiten führen. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse in Form der Anteile in der deutschen Bevölkerung in Prozent, die in den letzten zwölf Monaten eine oder mehrere psychische Störungen gehabt haben. Diese Daten, die mit der gegenwärtig am besten validierten Methodik erzeugt wurden (nämlich wiederholte Messung in denselben repräsentativen Populationen unter Verwendung eindeutig definierter Störungskriterien, gleicher Messinstrumente und angemessener Stichprobendesigns), zeigen, dass psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung häufig sind.

Tabelle 3: Zwölfmonatsprävalenzen psychischer Störungen im BGS98 und in DEGS1

	Männer	Frauen	Gesamt
Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98) 1997 – 1999	25,3	37,0	31,1
Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) 2008 – 2012	30,7	35,9	33,3

Zudem sind die in Tabelle 3 gezeigten Daten geeignet, erstmals die Frage angemessen zu prüfen, ob psychische Störungen in der deutschen Bevölkerung zugenommen haben oder nicht, und zwar unabhängig von Inanspruchnahme- bzw. Diagnoseraten.

Ein Vergleich der Ergebnisse von BGS98 und DEGS1 zeigt, dass es – wenn überhaupt – über die vergangenen gut zehn Jahre einen nur marginalen Anstieg psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gegeben hat.

Für die in diesem Gutachten betrachtete Fragestellung von Bedeutung sind weiterhin die konsistent auftretenden Geschlechtsunterschiede, da Frauen in bestimmten Berufen des Bildungswesens überrepräsentiert sind: Sie berichten von einem höheren chronischen Stresserleben, geben häufiger an, eine psychische Störung und Burnout diagnostiziert bekommen zu haben, und wurden in den psychiatrischen Interviews nach klinischen Standards sowohl in BGS98 als auch DEGS1 auch häufiger als psychisch beeinträchtigt diagnostiziert. Auch die in Kapitel 3.4.2 berichteten Daten der AOK (vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2011) und des BKK Bundesverbands (2012) zeigen deutlich höhere Zahlen von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund der Z73-Burnout-Diagnose bei Frauen als bei Männern. Beim Vergleich der beiden im Abstand von gut zehn Jahren durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Studien BGS98 und DEGS1 fällt ein Anstieg der Prävalenzraten psychischer Störungen in der männlichen Bevölkerung von 25,3 Prozent auf 30,7 Prozent und eine damit einhergehende tendenzielle Angleichung der Geschlechter bezüglich der Häufigkeit psychischer Störungen auf. Das Spektrum der Diagnosen stellt sich jedoch unverändert geschlechtsspezifisch dar. Die häufigsten Störungen bei Männern waren auf Rang eins: Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (z. B. Alkohol), auf Rang zwei: Angststörungen und auf Rang drei: Depressionen. Bei Frauen waren Angststörungen am häufigsten, gefolgt von Depressionen und somatoformen Störungen. Geschlechtsunterschiede in selbstberichteten und fremdbeurteilten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind auf unterschiedliche Weise erklärt worden, u. a. mit unterschiedlichem Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten und unterschiedlicher Bereitschaft, über persönliche Dinge zu sprechen, mit verschiedenen Stress-

bewältigungsstilen, Unterschieden in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder mit Geschlechterstereotypen, als deren Folge es mit dem Selbstbild männlicher Personen weniger vereinbar ist als mit dem Selbstbild weiblicher Personen, sich krankheitspräventiv zu verhalten, Probleme gegenüber anderen anzusprechen oder sich von anderen helfen zu lassen (für einen Überblick siehe z. B. Sieverding 2005, 2010). So verweisen beispielsweise Geschlechtsunterschiede in den drei wichtigsten für Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlichen Diagnosegruppen auf Unterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen: Während bei Männern und Frauen gleichermaßen die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems für die meisten AU-Tage verantwortlich sind (vgl. z. B. Daten der BKK 2012, für das Jahr 2011: Männer: 4.073 Tage pro 1.000 berufstätige Mitglieder; Frauen: 3.380 Tage), stehen bei den Männern AU-Tage aufgrund von Vergiftungen (in den meisten Fällen Alkoholintoxikation) und Verletzungen auf Rangplatz zwei (2.199 Tage), hingegen bei den Frauen psychische und Verhaltensstörungen (2.618 Tage). Auf Rangplatz drei stehen Erkrankungen der Atemwege sowohl bei Männern (1.903 Tage) als auch bei Frauen (2.182 Tage) (vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 33). Statistiken über die häufigsten in der ärztlichen Praxis vergebenen Diagnosen – unabhängig von der Frage, ob eine Krankschreibung erfolgte oder nicht – zeigen, dass auch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Hilfsangeboten die Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzen erklären kann. So nutzten beispielsweise im Jahr 2011 2,3 Millionen der bei der BKK versicherten Frauen „spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen“ (d. h. Krebsvorsorgeuntersuchungen), aber nur 470.000 Männer. 994.406 der bei der BKK versicherten Frauen nutzten häufiger die Möglichkeit einer „Allgemeinuntersuchung und Abklärung ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen“ als Männer (886.110) und Frauen nahmen häufiger eine Impfung gegen Viruserkrankungen in Anspruch (696.901) als Männer (578.312) (vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 46ff.). Auch Rattay u. a. (2013) führen die höheren Prävalenzraten psychischer Störungen bei Frauen auf ihre höhere Sensibilität für den eigenen Körper und die eigene Gesundheit sowie auf eine größere Bereitschaft zurück, Hilfe anzunehmen. Im DEGS1-Datensatz fanden die Autoren eine insgesamt höhere Inanspruchnahmerate des Gesundheitswesens durch Frauen: Während Frauen in den vergangenen zwölf Monaten durchschnittlich 10,7 Arztkontakte hatten, waren es bei Männern nur 7,9 (vgl. Rattay u. a. 2013, S. 836). Genauso plausibel wie die Annahme, dass höhere wahre Prävalenzen von psychischen Störungen bei Frauen ursächlich für die höhere Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer Hilfe sind, ist die Vermutung, dass die häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Frauen erklärt, warum bei ihnen häufiger als bei Männern eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird.

Die beiden einzigen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen BGS98 (Bundes-Gesundheitssurvey, Durchführung 1997 bis 1999) und DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Durchführung 2008 bis 2012) zur Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen in der bundesdeutschen Bevölkerung zeigen das Folgende:

In der DEGS1 gaben elf Prozent der Befragten ein chronisch starkes Stresserleben und 4,2 Prozent der Befragten (5,2 Prozent der Frauen und 3,3 Prozent der Männer) an, in den vergangenen zwölf Monaten eine Burnout-Diagnose erhalten zu haben. Die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen war relativ am häufigsten betroffen und die Erkrankungshäufigkeit stieg mit dem sozioökonomischen Status der Personen (vgl. Hapke u. a. 2013).

Aus den standardisierten und validierten klinisch-diagnostischen Interviews sowie den neuropsychologischen Beurteilungen zur differenzierten Erfassung psychischer Störungen ergaben sich sowohl im BGS98 als auch in der DEGS1, dass psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mit einer Zwölfmonatsprävalenz von gut 30 Prozent häufig sind (d. h., 30 Prozent der Gesamtbevölkerung erleiden während eines Jahres eine klinisch diagnostizierbare psychische Störung).

Frauen berichten von einem höheren chronischen Stresserleben, geben häufiger an, eine psychische Störung und Burnout diagnostiziert bekommen zu haben, und wurden in den psychiatrischen Interviews nach klinischen Standards sowohl in BGS98 als auch in DEGS1 auch häufiger als psychisch beeinträchtigt diagnostiziert als Männer.

Der längsschnittliche Vergleich einer Substichprobe von Personen, die an beiden Studien teilgenommen hatten, zeigte, (1) dass es über die vergangenen gut zehn Jahre keinen bedeutsamen Anstieg in den Prävalenzraten psychischer Störungen gegeben hat, (2) dass es keine Veränderungen in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, aber (3) eine Verschiebung dahingehend gegeben hat, dass heute relativ häufiger Neurologen/Psychiater und Psychotherapeuten aufgesucht werden, d. h., dass das Gesundheitssystem häufiger aufgrund psychischer Beeinträchtigungen in Anspruch genommen wird. Gerade angesichts des in den letzten gut zehn Jahren weitgehend stabilen Krankheitsgeschehens ist dieser Trend als hoch bedeutsam einzuschätzen, wie es auch die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen nahelegt.

3.4 Untersuchungen zu Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten im Bildungswesen

In diesem Kapitel werden für Beschäftigte im Bildungswesen vorliegende Daten berichtet, mit dem Versuch, abzuschätzen, ob Prävalenzraten psychischer Störungen in dieser beruflichen Domäne vergleichbar hoch oder aber anders ausfallen als in der Gesamtbevölkerung.

3.4.1 Berufsgruppenvergleichende Studien zum Belastungserleben

Weder für den BGS98 noch für die DEGS1 als den einzigen Studien, die psychische Erkrankungen mit einer national repräsentativen Stichprobe erfasst haben, liegen berufsgruppenspezifische Auswertungen vor. Eine Studie mit einer den Vergleich verschiedener Berufsgruppen ermöglichenden repräsentativen Stichprobe der Erwerbsbevölkerung wurde von Hasselhorn und Nübling (2004) vorgelegt. Sie analysierten einen Datensatz von 0,1 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland (N = 30.693), den das Bundesinstitut für Berufsbildung und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung erhoben hatte, und ermittelten für die Jahre 1998 und 1999 das relative Risiko für 67 verschiedene Berufsgruppen bezüglich des Auftretens „arbeitsbedingter psychischer Erschöpfung“ (des Kerns des Burnout-Konstrukts). Wie in Abbildung 3 dargestellt, belegten sieben verschiedene Lehrergruppen (Sonderschullehrkräfte, Berufsschullehrkräfte, „andere Lehrkräfte“, Realschullehrkräfte, Grundschullehrkräfte, Hauptschullehrkräfte und Schulleitungen) vor Beschäftigten in Kindergärten, Krankenpflegepersonal, Altenpflegepersonal, Briefträgerinnen bzw. -trägern und Sozialarbeitenden die vordersten Ränge mit zwei- bis dreimal so hohen Risiken, psychisch erschöpft zu sein, wie die Referenzgruppe der Maschinenführerinnen bzw. -führer.⁷ Besonders niedrige Risiken, emotional erschöpft zu sein, fanden sich bei Handwerksberufen (z. B. Tischlerinnen bzw. Tischler: Odds Ratio = 0,4). In Abbildung 3 stellen die Rauten die Odds Ratios für jede Berufsgruppe ohne jegliche statistische Adjustierung dar (mit 95-Prozent-Konfidenzintervall).

Daten aus einer weiteren repräsentativen Stichprobe, in der Selbstangaben zu berufsbezogenem Belastungserleben zwischen verschiedenen Berufsgruppen erhoben worden waren, haben Fuchs und Trischler (2009) analysiert: Sie nutzten die Ergebnisse der bundesweit repräsentativen Arbeitnehmerbefragung, die im

Rahmen der Ermittlung des „DGB-Index Gute Arbeit“ durchgeführt worden war. Die Angaben der 292 befragten Lehrkräfte (160 im Jahr 2007 und 132 im Jahr 2008) an allgemein- und berufsbildenden Schulen wurden mit den Angaben der insgesamt 1.978 Befragten verglichen, die mit einem (Fach-)Hochschulabschluss in einem anderen Dienstleistungsberuf tätig waren. (Leider enthält der Bericht keinerlei Angaben zu inferenzstatistischen Parametern.) Die Lehrkräfte gaben zu einem Drittel (33 Prozent) an, unter zu hohen Belastungen (Arbeitsintensität, emotionale und körperliche Anforderungen) zu leiden; in der Vergleichsgruppe waren dies nur 22 Prozent der Befragten (vgl. Fuchs/Trischler 2009, S. 18). Ihre wöchentliche Arbeitszeit gaben die Lehrkräfte mit durchschnittlich 42,5 Stunden an, gegenüber einer vereinbarten mittleren Arbeitszeit von 31,5 Stunden – das Verhältnis bei den Personen der Vergleichsgruppe war 43 Stunden gegenüber 36,4 Stunden (siehe Fuchs/Trischler 2009, S. 34, Abbildung 17). Ein Vergleich der Angaben zu negativen arbeitsbezogenen Emotionen ergab kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. So gaben beispielsweise sowohl die Lehrkräfte als auch Beschäftigte der Vergleichsgruppe zu 40 Prozent an, „oft“ nach der Arbeit „leer und ausgebrannt“ zu sein, „immer“ galt das für fünf bzw. sechs Prozent der Befragten, „selten“ für 47 Prozent bzw. 42 Prozent der Befragten und „nie“ für acht bzw. elf Prozent der Befragten (siehe Fuchs/Trischler 2009, S. 44, Abbildung 21). In den Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden, die „während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig auftreten“, zeigten sich für die Lehrkräfte größere Häufigkeiten in stressbezogenen körperlichen Symptomen (z. B. Müdigkeit und Erschöpfung, Nervosität, Kopfschmerzen, nächtlichen Schlafstörungen und „chronischem Erschöpfungszustand mit Krankheitsgefühl, der bereits seit sechs Monaten andauert“, Fuchs/Trischler 2009, S. 46), während umgekehrt die wenigen Dimensionen, in denen Befragte der Vergleichsgruppe häufigere Symptomraten berichteten, im Wesentlichen auf Erkrankungen des Skeletts, der Muskulatur und des Bindegewebes bezogen waren (z. B. Kreuzschmerzen, Schmerzen in den Beinen, Knien, Hüften, Armen und Händen). Bei einer subjektiven Prognose, ob man den eigenen Beruf bis zum regulären Rentenalter unter Berücksichtigung der eigenen gesundheitlichen Ressourcen ausüben können wird, lagen die Lehrkräfte ungefähr im Mittel aller Vergleichsberufe (49 Prozent hielten dies für wahrscheinlich; Referenzgruppe: 51 Prozent, siehe Fuchs/Trischler 2009, S. 47, Abbildung 23). Angesichts der sehr kleinen Stichprobe der Lehrkräfte sind diese Befunde jedoch nur bedingt belastbar und sollten mit Vorsicht interpretiert werden.

⁷ Odds Ratio als Maßzahl für das relative Risiko zwischen 1,9 und 3,4 im Vergleich zum Gesamtmittel aller anderen Berufe.

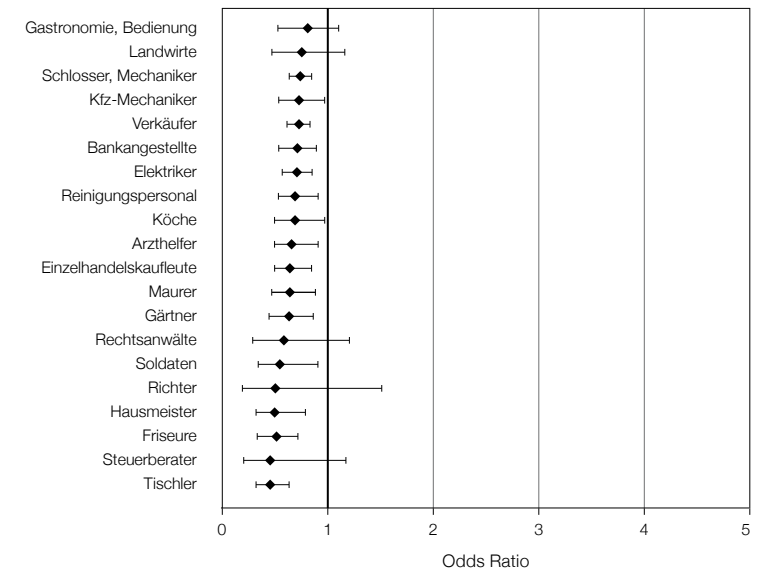
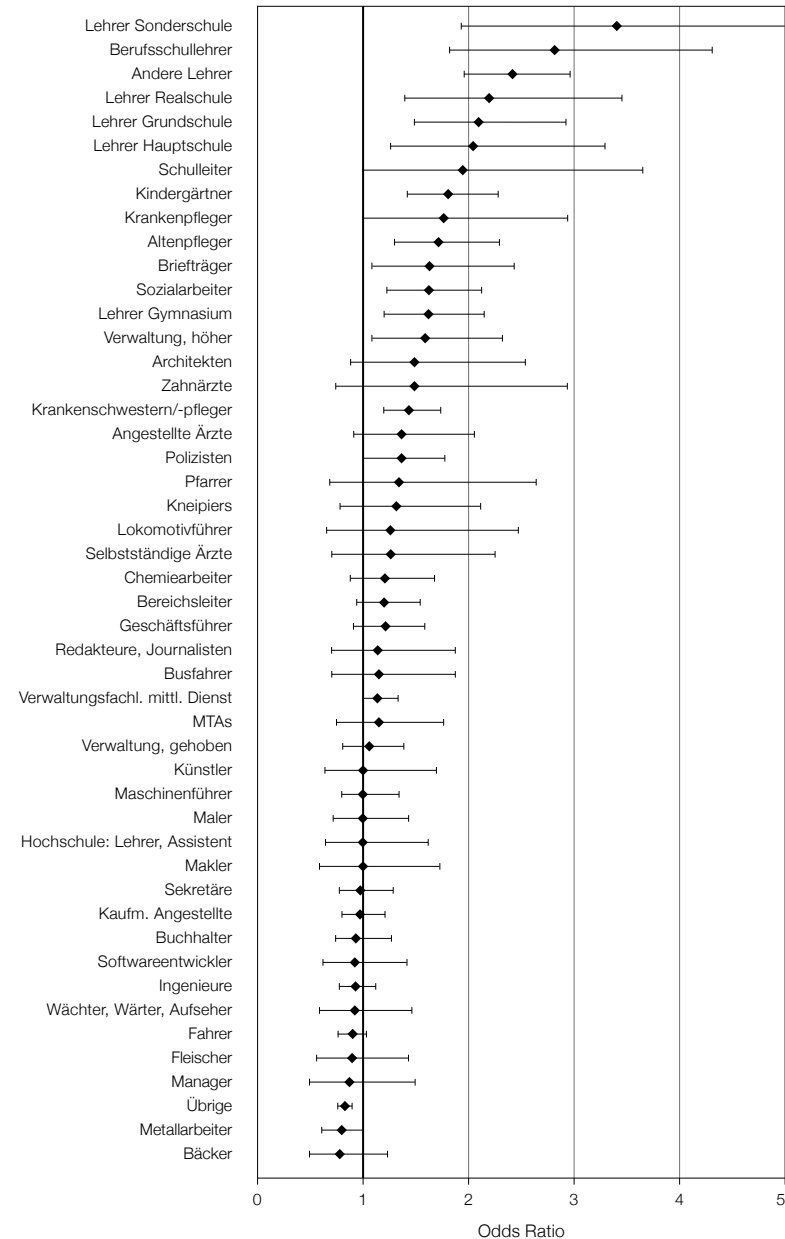


Abbildung 3: Arbeitsbezogene psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in verschiedenen Berufsgruppen (Odds Ratios) (vgl. Hasselhorn/Nübling 2004, S. 572)

3.4.2 Studien zum Belastungserleben von Beschäftigten im Bildungswesen

Für die Beschreibung der Prävalenzraten psychischer Störungen (und von Burnout im Besonderen) bei Beschäftigten im Bildungswesen sind weiterhin Studien hilfreich, die einzelne im Bereich Erziehung und Bildung tätige Berufsgruppen in den Blick genommen haben.

Für den vorschulischen Bereich liegt die Studie „Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen“ (STEGE) vor, die eine für Nordrhein-Westfalen repräsentative Stichprobe pädagogischer Fachkräfte in Kindertagesstätten in freier oder öffentlicher Trägerschaft untersucht hat (vgl. Viernickel/Voss 2013). Aus den über 9.000 Einrichtungen wurden nach einem disproportional geschichteten Stichprobenplan Einrichtungen repräsentativ nach Größe, geografischer Lage und Trägerschaft ausgewählt. Innerhalb der ausgewählten Einrichtungen nahmen mindestens 50 Prozent des Personals, ausgewählt nach vorgegebenen Kriterien, die eine Zufallsauswahl gewährleisteten, an der Befra-

gung teil. 2.744 pädagogische Fach- und Leitungskräfte aus 809 verschiedenen Einrichtungen nahmen an der schriftlichen Befragung teil und mit einer Substichprobe von 14 Personen wurde zu einem späteren Zeitpunkt ein vertiefendes Interview geführt.

Auf die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ antworteten weniger der pädagogischen Fachkräfte mit „sehr gut“ oder „gut“ als in einer repräsentativen Referenzstichprobe von Frauen mit vergleichbarer, mittlerer Bildung, und zwar in allen Altersgruppen (die Gesundheitseinschätzungen werden in beiden Gruppen mit zunehmendem Alter schlechter). So beschrieben beispielsweise 88,7 Prozent der unter 29-jährigen Frauen der Referenzstichprobe ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“, aber nur 73 Prozent der Erzieherinnen (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 98). Unter den Leitungskräften war der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichneten, mit 60,3 Prozent (über alle Altersgruppen hinweg) noch niedriger als in der Gruppe der pädagogischen Fachkräfte (64,4 Prozent; vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 98).

Die Befragten sollten weiterhin angeben, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten von einer Reihe vorgegebener Erkrankungen betroffen gewesen waren und ob gegebenenfalls dazu auch eine ärztliche Diagnose vorlag. 29,5 Prozent der Befragten gaben an, unter einer psychischen Beeinträchtigung gelitten zu haben, 16,9 Prozent von diesen hatten auch eine entsprechende ärztliche Diagnose erhalten (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 102). Leitungskräfte gaben signifikant häufiger eine psychische Beeinträchtigung an als pädagogische Fachkräfte (36,3 Prozent vs. 26,9 Prozent; vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 102). 18,9 Prozent der Gesamtgruppe gaben an, unter Burnout gelitten zu haben, 10,3 Prozent von diesen waren auch entsprechend ärztlich diagnostiziert worden (siehe Viernickel/Voss 2013, S. 100, Abbildung 66). Auch hier waren Leitungskräfte mit 25,8 Prozent (13,7 Prozent mit Diagnose) signifikant häufiger betroffen als pädagogische Fachkräfte mit 16,3 Prozent (9,0 Prozent mit Diagnose). Und schließlich berichteten 6,3 Prozent der Befragten von einer depressiven Episode (ärztliche Diagnose: 5,0 Prozent; 6,5 Prozent für Leitungskräfte, 4,5 Prozent für Fachkräfte; kein Unterschied zwischen den Gruppen für undiagnostizierte Depressionen). Die Prävalenzen aller Formen psychischer Beeinträchtigungen nahmen mit dem Alter der Befragten signifikant zu (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 102).

Um für das Belastungserleben bedeutsame persönliche Merkmale zu erfassen, wurde in der STEGE-Studie unter anderem der AVEM-Fragebogen (vgl. Schaaarschmidt/Fischer 1996) eingesetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich 26,6 Prozent der Leitungskräfte und mit 21,5 Prozent etwas weniger der pädagogischen Fachkräfte dem Risikomuster A zuordnen ließen, während umgekehrt das Risikomuster B (urnout) bei den pädagogischen Fachkräften mit 26,8 Prozent etwas

häufiger vertreten war als bei den Leitungskräften mit 22,8 Prozent (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 85). Im Vergleich mit anderen untersuchten Berufsgruppen gehören die pädagogischen Fach- und Leitungskräfte damit zu den belasteten Berufsgruppen (Referenzgruppen bei Schaarschmidt/Fischer 2008: Lehrkräfte: 29 Prozent Muster A, 30 Prozent Muster B; Sozialarbeitende: 26 Prozent Muster A, 29 Prozent Muster B; Existenzgründende: 7 Prozent Muster A, 37 Prozent Muster B; Polizei: 16 Prozent Muster A, 19 Prozent Muster B, zitiert nach Viernickel/Voss 2013, S. 86). Interessant ist weiterhin, dass in der STEGE-Studie die größte Gruppe sowohl bei den pädagogischen Fachkräften als auch bei dem Leitungspersonal dem Schonungsmuster zuzuordnen war, nämlich 34,8 Prozent bzw. 31,1 Prozent. Die verbleibende Gruppe des Gesundheitstyps war damit von allen vier Mustern am seltensten vertreten (15,9 Prozent der Fachkräfte, 19,5 Prozent der Leitungskräfte; vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 85).

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der STEGE-Studie (vgl. Viernickel/Voss 2013), dass die subjektive Gesundheit von Beschäftigten in vorschulischen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen signifikant schlechter ist als die einer Referenzgruppe von Personen vergleichbaren Bildungsstands und dass bei jedem Zehnten der Beschäftigten in vorschulischen Einrichtungen in den vergangenen zwölf Monaten ein Burnout-Syndrom ärztlich diagnostiziert worden ist.

Die meisten Studien zu Belastungserleben und Prävalenzraten von Burnout liegen für die Gruppe der Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen vor. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass sämtliche einschlägige Untersuchungen anfallende Stichproben (Gelegenheitsstichproben) oder Stichproben verwendet haben, die nur im Hinblick auf einzelne Merkmale (z. B. Schultyp, Bundesland) repräsentativ sind. Typischerweise wurden hierbei Selbstangaben zu berufsbezogenem Belastungserleben erhoben. Eine Übersicht über solche in den deutschsprachigen Ländern durchgeführte Studien und die darin ermittelten Prävalenzraten bei Lehrkräften zeigt nachfolgende Tabelle 4.

Tabelle 4: Studien zu Prävalenzraten berufsbezogenen Belastungserlebens von Lehrkräften in deutschsprachigen Ländern

Jahr, Land	Untersuchte Zielgruppe	Studienpopulation, Zufallsauswahl (anfallend repräsentativ, nicht repräsentativ)	Operationalisierung (verwendetes diagnostisches Instrument)	Prävalenzrate
DAK Unternehmen Leben/Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften 2011				
2007–2010 (Zeitraum geschätzt), Deutschland	N = 1.293 Lehrerinnen und Lehrer aller Schultypen (56,7 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 46,5 \text{ J.}$, Range 24–65 J.) Querschnitt	Anfallend	Psychische und kognitive Beanspruchung, adaptierte Irritationskala nach Mohr/Rigotti/Müller (2005)	Kognitive Beanspruchung: 45 %, emotionale Beanspruchung: 30 %
Griebler 2011				
2006, Österreich	N = 2.498 Lehrerinnen und Lehrer aller Schultypen (65,5 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 44,3 \text{ J.}$, SD = 8,6)	Anfallend	Symptomcheckliste, dt. gekürzte Fassung des MBI	„Regelmäßige Gefühle der Erschöpfung“: 18,5 %, burnoutgefährdet oder -betroffen (MBI): 18 %
Hillert/Schmitz 2004				
1996–1998, Deutschland	N = 992 Lehrerinnen und Lehrer; Querschnitt	Anfallend	Fragebogen zu körperlichen Beschwerden, sechsstufig	11 % leiden „sehr häufig“ unter „Mattigkeit“

Jahr, Land	Untersuchte Zielgruppe	Studienpopulation, Zufallsauswahl (anfallend repräsentativ, nicht repräsentativ)	Operationalisierung (verwendetes diagnostisches Instrument)	Prävalenzrate
Klusmann u. a. 2008a				
2003, Deutschland	N = 1.789 Lehrerinnen und Lehrer für Mathematik und Naturwissenschaften (52,2 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 47,3 \text{ J.}$, SD = 9,4, Range 25–65 J.)	Repräsentativ für Schultypen	Engagement u. Resilienz: Subskalen des AVEM, emotionale Erschöpfung: dt. Adaptation des MBI	H-Typ (hohes Engagement, hohe Resilienz): 29,2 %, U-Typ (niedriges Engagement, hohe Resilienz): 25,4 %, A-Typ (sehr hohes Engagement, niedrige Resilienz): 16,4 %, R-Typ (niedriges Engagement, niedrige Resilienz): 29,0 %
Körner 2003				
1999, Thüringen, Bayern, Brandenburg	N = 975 Gymnasiallehrkräfte (55,6 % weiblich; < 35 J. = 16 %, > 55 J. = 14 %)	Zufallsstichprobe	MBI dt. Version	Burnout: 25,1 %
Nübling u. a. 2012				
2008–2010, Baden-Württemberg	N = 54.066 Lehrerinnen und Lehrer, (64 % weiblich; < 35 J. = 20 %, > 55 J. = 31 %) Querschnitt	Totalerhebung in Baden-Württemberg	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	Lehrkräfte zeigen im Mittel einen höheren Burnout-Score als Beschäftigte anderer Berufsgruppen (N = 35.000; COPSOQ-Datenbank seit 2005)

Jahr, Land	Untersuchte Zielgruppe	Studienpopulation, Zufallsauswahl (anfallend repräsentativ, nicht repräsentativ)	Operationalisierung (verwendetes diagnostisches Instrument)	Prävalenzrate
Schmitz/Voreck 2011				
Veröffentlicht 2011, Bayern	N = 1.643 Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen (36,4 % weiblich; M _{Alter} = 46,2 J., Range 25–65 J.) Querschnitt	Anfallend, Rücklaufquote von 57 %	Sechsstufige Skala zur „Inneren Kündigung“ (Disengagement)	Anteil Disengagement: 24,5 % (> Skalenmittelpunkt 3,5)
Schaarschmidt/Kieschke 2007				
(N ₁) 2004–2006, 8 dt. Bundesländer	N ₁ = 7.846 Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen	Anfallend	AVEM	Muster G: 15,9 % Risikomuster A: 33,0 % Muster S: 21,8 % Risikomuster B: 29,3 %
(N ₂) 2000–2003, 11 dt. Bundesländer	N ₂ = 7.693 Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen (65,6 % weiblich; M _{Alter} = 47,4 J., SD = 9,0, Range 24–67 J.) Querschnitt	Anfallend	AVEM	Muster G: 17,3 % Risikomuster A: 30,7 % Muster S: 23,3 % Risikomuster B: 28,7 % Signifikante Unterschiede der Musteranteile nur für Frauen

Jahr, Land	Untersuchte Zielgruppe	Studienpopulation, Zufallsauswahl (anfallend repräsentativ, nicht repräsentativ)	Operationalisierung (verwendetes diagnostisches Instrument)	Prävalenzrate															
Schaarschmidt/Kieschke 2007																			
(N ₃) 1998 und 2001, Niedersachsen, Bremen	N ₃ = 134 Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen (66,4 % weiblich; M _{Alter} = 50,1 J., Range 28–62 J.) Längsschnitt	Anfallend	AVEM	<table border="1"> <tr> <td>Muster</td> <td>1998</td> <td>2001</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>13 %</td> <td>11 %</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>31 %</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>30 %</td> <td>31 %</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>25 %</td> <td>33 %</td> </tr> </table> <p>Veränderungen im Durchschnitt nicht signifikant; 64,2 % zeigen gleiches Muster; Übergang von G zu A: 27,8 %</p>	Muster	1998	2001	G	13 %	11 %	A	31 %	25 %	S	30 %	31 %	B	25 %	33 %
Muster	1998	2001																	
G	13 %	11 %																	
A	31 %	25 %																	
S	30 %	31 %																	
B	25 %	33 %																	
(N ₄) 1995 und 1998, Brandenburg	N ₄ = 157 Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen (außer Hauptschule) (85,4 % weiblich; M _{Alter} = 45,9 J., Range 27–60 J.) Längsschnitt	Anfallend	AVEM	<table border="1"> <tr> <td>Muster</td> <td>1995</td> <td>1998</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>16 %</td> <td>12 %</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>43 %</td> <td>34 %</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>12 %</td> <td>18 %</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>30 %</td> <td>36 %</td> </tr> </table> <p>Kein Unterschied im Vergleich zu N₃</p>	Muster	1995	1998	G	16 %	12 %	A	43 %	34 %	S	12 %	18 %	B	30 %	36 %
Muster	1995	1998																	
G	16 %	12 %																	
A	43 %	34 %																	
S	12 %	18 %																	
B	30 %	36 %																	
Weber/Lederer 2006																			
(N ₅) 1996–1999, Bayern	N ₅ = 451* Berufsschullehrkräfte (31 % weiblich, M _{Alter} = 56 J., Range 29–62 J., 70 % als dienstunfähig beurteilt)	Repräsentativ für Begutachtungen der Dienstunfähigkeit	Standardisierter Erhebungsbogen einschließlich Diagnosen	Anteil Erschöpfungszustände/Burnout: 16 %															

Jahr, Land	Untersuchte Zielgruppe	Studienpopulation, Zufallsauswahl (anfallend repräsentativ, nicht repräsentativ)	Operationalisierung (verwendetes diagnostisches Instrument)	Prävalenzrate
Weber/Weltle/Lederer 2004				
(N ₂) 1997 – 1999, Bayern	N ₂ = 408* (Ko-)Rektorinnen und Rektoren (30 % weiblich, M _{Alter} = 58 J., Range 41 – 64 J., 84 % als dienstunfähig beurteilt)			Anteil depressiver Störungen und Erschöpfungs- (Burnout-) Syndrome insgesamt: 57 %
Weber/Weltle/Lederer 2002				
(N ₃) 1996 – 1999, Bayern	N ₃ = 655* Gymnasiallehrkräfte (35 % weiblich, M _{Alter} = 58 J., Range 30 – 64 J., 80 % als dienstunfähig beurteilt)			Anteil psychischer und psychosomatischer Gesundheitsstörungen: 45 %; davon überwiegend depressive Störungen und Erschöpfungszustände (Burnout)

* Es handelt sich jeweils um eine querschnittliche Evaluation aller amtsärztlichen Begutachtungen zur Frage der vorzeitigen Dienstunfähigkeit.

Die Ergebnisse der in Tabelle 4 dargestellten Studien lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Emotionale Erschöpfung bzw. eine akute Burnout-Gefahr berichtet Griebler (2011, S. 135) für 18,5 Prozent seiner 2006 in Österreich untersuchten Stichprobe. Körner (1999) fand in einer für thüringische, bayerische und brandenburgische Gymnasiallehrkräfte repräsentativen Stichprobe bei ca. 25 Prozent entsprechende Symptome. In gleicher Größenordnung war die Substichprobe, nämlich 24,5 Prozent, die Schmitz und Voreck (2011, S. 119) in der von ihnen befragten Gruppe von 1.643 Lehrkräften aller Schulformen als ausgeprägt „disengagiert“ identifizierten. Weber und Lederer (2006) haben Begutachtungen zur Feststellung einer möglichen Dienstunfähigkeit von Beschäftigten im Bildungswesen zugrunde liegende standardisierte Erhebungsbögen analysiert, in denen u. a. auch klinische ärztliche Diagnosen erfasst worden waren.

Der Anteil identifizierter klinischer Erschöpfungszustände/Burnout lag in ihrem Sample von Berufsschullehrkräften (N = 451) bei 16 Prozent; in ihrem Sample von Gymnasiallehrkräften bei 45 Prozent (wobei 80 Prozent der Begutachteten als dienstunfähig beurteilt worden waren). In einem Sample von 408 Schulleitungen oder stellvertretenden Schulleitungen fanden Weber, Weltle und Lederer (2002) einen Anteil von 57 Prozent, die depressive Störungen bzw. Burnout-Syndrome aufwiesen.

Die Studien von Schaarschmidt (2005) sowie Schaarschmidt und Kieschke (2007) bilden Zeittrends in den dominanten Bewältigungsmustern ab, die Lehrkräfte beim Umgang mit schulischen Belastungen zeigen. Sie stellten für die von ihnen untersuchte Gesamtgruppe von knapp 8.000 Lehrkräften keine signifikanten Veränderungen zwischen den Jahren 1998 und 2001 fest. Was die beiden Risikomuster A (= überhöhtes Engagement bei gleichzeitiger geringer Distanzierungsfähigkeit) und B(urnout) (= hohe Resignationstendenz, geringe Widerstandsfähigkeit, geringe Distanzierungsfähigkeit und hohe Unzufriedenheit) anbelangt, fanden Schaarschmidt und Mitarbeitende in verschiedenen Studien bei ca. 25 bis 35 Prozent der untersuchten Lehrkräfte ein solchermaßen problematisches Bewältigungsverhalten (für einen Überblick siehe z. B. Rothland 2013a; Schaarschmidt/Kieschke 2013). In der Studie von Nübling u. a. (2012) wurden höhere mittlere Werte auf dem „Copenhagen Burnout Inventory“ für Lehrkräfte in Baden-Württemberg als für Beschäftigte anderer Berufsgruppen gefunden, deren Angaben aus dem Inventar einer Datenbank von über 35.000 Personen entnommen wurden (für eine ausführliche Darstellung der Studie vgl. Kapitel 4.2.2).

Wie Tabelle 4 zeigt, wurden in den verschiedenen Studien sehr heterogene Messinstrumente zur Erfassung von Burnout und burnoutaffinen Konstrukten eingesetzt (MBI, Skalen zur Erfassung kognitiver Beanspruchung, zur Messung körperlicher Beschwerden, „Copenhagen Burnout Inventory“, „Disengagement“-Skala, AVEM, Engagement- und Resilienzskalen, klinische Diagnosen), so dass die Ergebnisse nicht direkt über die Studien hinweg verglichen werden können. Darüber hinaus wurden im Rahmen der identifizierten Studien typischerweise Gelegenheitsstichproben von Lehrkräften oder Stichproben untersucht, die nur einige für eine Prävalenzabschätzung relevante Gruppierungsmerkmale berücksichtigen, so dass die Ergebnisse nur bedingt bezüglich aller im Bildungswesen beschäftigten Lehrkräfte verallgemeinert werden können.

Stärker belastbare Aussagen kann hier die von Nübling u. a. (2012) vorgelegte Studie machen. Mit dem Ziel einer Totalerhebung wurden in den Jahren 2008 bis 2010 im Auftrag des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg sämtliche Schulen in Baden-Württemberg, d. h. über 100.000 Lehrkräfte, kontaktiert. Ihre Angaben wurden Vergleichsdaten aus einer Datenbank

gegenübergestellt, die von Nübling u. a. (2012) seit dem Jahre 2005 aufgebaut wird und inzwischen über 35.000 Beschäftigte aus verschiedenen Berufen enthält.

Von den 4.148 zur Teilnahme aufgeforderten Schulen mit insgesamt 107.666 Lehrkräften wurden 3.791 Schulen (91 Prozent) und 54.066 Lehrkräfte erreicht (50,2 Prozent). Da der Rücklauf nur bei gut 50 Prozent lag, ist nicht von einer repräsentativen Stichprobe auszugehen. Die höchsten Beteiligungsquoten kamen von den Lehrkräften an Schulkindergärten (59 Prozent, ca. 200 Teilnehmende), Förderschulen (59 Prozent) und Grundschulen (59 Prozent), die geringsten Teilnahmequoten ergaben sich für die Gymnasien (42 Prozent) und die sonstigen allgemeinbildenden Schulen (38 Prozent). Die absolut betrachtet größten Befragtengruppen bildeten Lehrkräfte an Grund- und Hauptschulen (ca. 11.500), an beruflichen Schulen (ca. 10.500), an Gymnasien (ca. 9.500), an Grundschulen (ca. 8.000) und an Realschulen (ca. 6.500) (vgl. Nübling u. a. 2012, S. 28ff.). 77 Prozent der Befragten waren Lehrkräfte ohne Leitungsfunktion, fünf Prozent waren Schulleiterinnen bzw. -leiter, vier Prozent stellvertretende Schulleiterinnen bzw. -leiter, zwölf Prozent waren Fachleiterinnen bzw. -leiter und jeweils ein Prozent waren Fachberaterinnen bzw. -berater und Fachbetreuerinnen bzw. -betreuer, die es nur an beruflichen Schulen gibt (vgl. Nübling u. a. 2012, S. 36).

Die Ergebnisse von Nübling u. a. (2012) zeigen, dass die Lehrkräfte im Vergleich zu Befragten anderer Berufsgruppen günstigere Werte hinsichtlich ihrer berufsbezogenen Zufriedenheit (stärkere Arbeitszufriedenheit, schwächere Gedanken an Berufsaufgabe, höhere Lebenszufriedenheit), aber ungünstigere Werte für gesundheitsbezogene Aspekte (höhere Burnout-Werte, gemessen mit dem „Copenhagen Burnout Inventory“, geringere Beurteilung der eigenen Gesundheit, stärkere kognitive Stresssymptome) aufwiesen (siehe Nübling u. a. 2012, S. 42, Abbildung 20). Lehrerinnen berichteten höhere Burnout-Werte als Lehrer (siehe Nübling u. a. 2012, S. 51, Abbildung 27).

Während, wie in Tabelle 4 dokumentiert, zu Prävalenzraten von Burnout bei Lehrkräften an allgemeinbildenden Schulen in deutschsprachigen Ländern eine ganze Reihe von Studien vorliegen, existieren – soweit bekannt – keine aussagekräftigen Untersuchungen zu Prävalenzraten von Burnout bei Lehrenden an Hochschulen in Deutschland. Zwar existieren zahlreiche Studien zu Burnout bei Studierenden (für einen Überblick siehe z. B. Faller 2012), sie sollen aber, da sich dieses Gutachten mit Arbeitnehmenden im Bildungswesen beschäftigt, hier nicht näher berichtet werden. Für Hochschullehrende liegen belastbare Studien hingegen nur aus nicht deutschsprachigen Ländern vor. In einer systematischen Literaturrecherche fanden Watts und Robertson (2011) insgesamt elf Studien, die den Einschlusskriterien (u. a. eindeutige Operationalisierung von Burnout, Veröffentlichung in einer Zeitschrift mit „Peer Review“, Hochschullehrende in Voll-

zeitbeschäftigung) entsprachen: Keine der Studien verwendete eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe. Fünf Studien stammten aus den USA, zwei aus Großbritannien, jeweils eine aus Kanada, der Türkei, den Niederlanden, Spanien und Südafrika. In sämtlichen wurde das MBI zur Erfassung von Burnout verwendet. Die mittleren Ausprägungen, die Watts und Robertson (2011) für die drei Subskalen fanden, waren vergleichbar mit den Werten, die Maslach, Jackson und Leiter (1996, S. 43) für Beschäftigte in medizinischen Berufen oder anderen Berufen mit pädagogischen Aufgaben gefunden hatten.

Unter den Beschäftigten im Bildungswesen finden sich bedeutsame Anteile von Personen, die subjektiv unter chronischem Stress und psychischen Beeinträchtigungen leiden.

In Studien, in denen berufsgruppenvergleichende Aussagen getroffen werden können, sind die Beschäftigtengruppen aus dem Bildungswesen typischerweise unter denjenigen, die sich als besonders stark belastet erleben.

Vergleicht man die in der bevölkerungsrepräsentativen DEGS1 ermittelten Prävalenzraten zu ärztlichen Diagnosen von Burnout mit den Raten, die in den oben dargestellten Studien in Gelegenheitsstichproben von Lehrkräften, in der sehr umfangreichen Stichprobe von Lehrkräften aus der Studie von Nübling u. a. (2012), in Gelegenheitsstichproben von Hochschullehrenden oder in der für Nordrhein-Westfalen repräsentativen Stichprobe von pädagogischen Fach- und Führungskräften in vorschulischen Einrichtungen (vgl. Viernickel/Voss 2013) ermittelt wurden, so fällt auf, dass die Prävalenzen bei den Beschäftigungsgruppen aus dem Bildungswesen im Mittel deutlich höher liegen.

Für die Studien zu Lehrkräften und Hochschullehrenden kann eine mögliche Erklärung darin gesehen werden, dass unterschiedliche Erhebungsmethoden verwendet wurden: Während in DEGS1 Angaben darüber erbeten worden waren, welche einschlägigen Diagnosen die Befragten von einem Arzt oder Psychotherapeuten erhalten hatten, beruhten die Prävalenzraten in diesen Studien auf Selbstangaben zum Belastungserleben. Da eine Diagnose eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems voraussetzt, bleiben bei einer solchen Befragung alle „Fälle“ unentdeckt, bei denen die Betroffenen zwar unter einer psychischen Erkrankung leiden, aber deshalb keine Hilfe in Anspruch genommen haben (weil sie möglicherweise nicht wussten, dass ihnen geholfen werden kann; weil sie befürchten haben, dass ihnen nicht geholfen werden kann; weil sie Angst hatten, stigmatisiert zu werden, oder weil für sie ein entsprechendes Hilfsangebot örtlich

nicht erreichbar ist).⁸ Die Angaben zu den Anteilen von mit einem Burnout diagnostizierten Beschäftigten in vorschulischen Einrichtungen, die in der STEGE-Studie ermittelt wurden (vgl. Viernickel/Voss 2013), beruhen jedoch auf derselben Vorgehensweise wie in DEGS1. Die etwa doppelt so hohen Prävalenzen sind hier also als deutlicher Hinweis auf eine überdurchschnittlich starke Belastetheit dieser Berufsgruppe zu werten.

3.4.3 Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen

Für eine Abschätzung der Prävalenzraten von Burnout können weiterhin die Statistiken von Krankenkassen und Rentenversicherungen zu Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeitstagen betrachtet werden, die auf ärztliche Diagnosen psychischer Erkrankungen zurückgehen.

⁸ Dass ärztliche Diagnosen auch Ergebnis von Selbstselektionsmechanismen sind, konnte Franz (1997) zeigen, der nachwies, dass nur etwa drei Prozent aller Personen mit psychischen Problemen eigeninitiativ psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Dieser Prozentsatz ließ sich auf über 30 Prozent steigern, wenn den Betroffenen Behandlungsangebote persönlich unterbreitet wurden. Wittchen und Jacobi (2001) ermittelten in der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe des BGS98, dass nur etwa ein Drittel aller Personen, bei denen im letzten Jahr eine behandlungsbedürftige psychische Störung identifiziert worden war, im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal eine Behandlung wegen psychischer Probleme gesucht oder erhalten hatte. Obwohl sich die Situation seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 verbessert haben dürfte, spricht also weiterhin vieles dafür, dass in Bezug auf psychische Störungen die Inanspruchnahmeraten – trotz ihres Anstiegs in den letzten Jahren – weiterhin noch unter den realen Bedarfsraten liegen (vgl. Jacobi 2009). Die höheren Prävalenzraten von psychischen Beeinträchtigungen, die in Untersuchungen mit Selbstangaben zu Belastungserleben gefunden wurden, relativ zu denen in Studien, in denen Angaben zu erhaltenen Diagnosen bzw. zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens genutzt wurden, sind somit vermutlich darauf zurückzuführen, dass „wahre Prävalenzen“ typischerweise höher ausfallen als Diagnose- und Behandlungsprävalenzen. Unentdeckt bleiben allerdings auch bei Verwendung von auf ärztliche Diagnosen bezogenen Selbstangaben all diejenigen Personen, die wegen psychischer Störungen oder Burnout zwar einen Arzt bzw. Psychotherapeuten aufgesucht haben, aber (aus welchen Gründen auch immer) nicht diagnostiziert worden sind (Unterdiagnostizierung; z. B. weil der Arzt bzw. Psychotherapeut die Z73-Kategorie nicht kannte oder den Fokus auf körperliche Erkrankungen gelegt hat). So fanden beispielsweise Linden u. a. (1996), dass trotz der in Deutschland eingeführten psychosomatischen Grundversorgung im primärärztlichen Bereich nur etwa die Hälfte aller Patienten, die wegen psychischer Beschwerden zum Arzt gegangen sind, auch korrekt diagnostiziert worden ist und noch weniger Patienten eine korrekte Behandlung bekommen haben (Unter- und Fehlversorgung). Da die Z73-Diagnose erst 2004 eingeführt und damit nicht notwendigerweise auch allen derzeit praktizierenden Ärzten und Psychotherapeuten bekannt sein dürfte, sind hier noch höhere Raten an Unterdiagnostizierung bzw. Unter- und Fehlversorgung plausibel.

Der Anteil psychischer Erkrankungen als Ursache für Frühverrentungen ist in den vergangenen zwei Dekaden drastisch angestiegen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2011). Statistiken zu den Hauptdiagnosegruppen, die eine Frühverrentung zur Folge haben, weisen inzwischen „Psychische und Verhaltensstörungen“ als bedeutsamste Einzelkategorie aus. So wurde beispielsweise im Jahr 2003 bei Frauen in 35,5 Prozent der Fälle und bei Männern in 24,5 Prozent der Fälle eine Frühverrentung aufgrund einer psychischen Erkrankung zuerkannt (siehe Robert Koch-Institut 2006, S. 15, Abbildungen 6a und 6b). Die nächsthäufigsten Diagnosegruppen waren „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ (19,3 Prozent bei Frauen und 20,9 Prozent bei Männern), „Neubildungen“ (Krebserkrankungen; 16,1 Prozent bzw. 13,5 Prozent) und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (7,2 Prozent bzw. 16,1 Prozent). Hierbei handelt es sich um die vier wichtigsten Diagnosegruppen, die im Jahr 2003 für 87 Prozent aller Frühverrentungen verantwortlich waren. Im Jahr 2012 hingegen gingen bereits 42,1 Prozent der Frühverrentungen auf „Psychische Störungen“ zurück (Frauen: 48,5 Prozent; Männer: 35,9 Prozent), während auf die nächstwichtigen Diagnosegruppen „Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ 13,7 Prozent (Frauen: 13,5 Prozent; Männer: 13,8 Prozent), „Neubildungen“ 12,6 Prozent (Frauen: 13,5 Prozent; Männer: 12,6 Prozent) und „Kreislaufkrankheiten“ 9,6 Prozent (Frauen: 5,6 Prozent; Männer: 13,5 Prozent) entfielen (siehe BpTK 2013, S. 10, Abbildung 2). Über einen zehnjährigen Beobachtungszeitraum von 2003 bis 2013 sind die Anteile der Frühverrentungen aufgrund von „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ demnach zurückgegangen, wohingegen die Anteile der auf „Psychische und Verhaltensstörungen“ zurückgehenden Frühverrentungen stark zugenommen haben (siehe BpTK 2013, S. 9, Abbildung 1; Robert Koch-Institut 2006, S. 16, Abbildungen 7 und 8). Auffällig ist auch, dass sich ausschließlich in der Diagnosekategorie „Psychische Störungen“ ein Geschlechtsunterschied ergibt: Frauen werden aus diesem Grund häufiger frühverrentet als Männer.

Ein analoger Trend ist für Arbeitsunfähigkeitstage zu konstatieren. Dies zeigen sowohl Daten über bei der AOK als auch Daten über bei der BKK versicherte Personen. Abbildung 4 veranschaulicht die Entwicklung für den Zeitraum ab dem Jahr 2004, in dem die Z73-Zusatzdiagnose erstmals vergeben werden konnte.

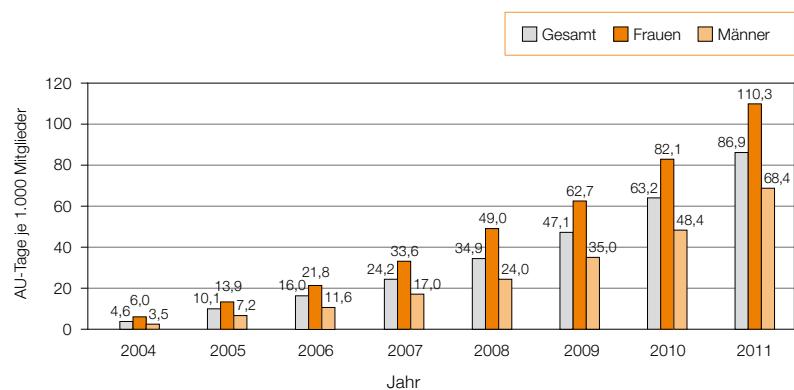
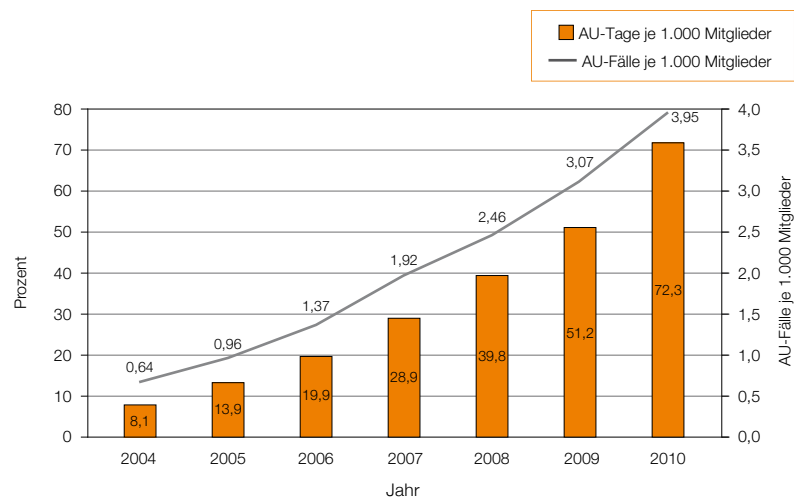


Abbildung 4: Entwicklung der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Burnout (Z73-Zusatzdiagnose) im Zeitverlauf nach Einführung der Z73-Zusatzdiagnose im Jahr 2004 (obere Grafik: Fallzahlen und AU-Tage je 1.000 AOK-Mitglieder, vgl. WIdO 2011, S. 3; untere Grafik: AU-Tage je 1.000 BKK-Mitglieder, getrennt nach Geschlecht, vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 43)

In diesem Zeitraum haben sich die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Burnout von je 1.000 bei der AOK versicherten Mitgliedern auf 72,3 Tage und damit um das nahezu Neunfache erhöht (vgl. WIdO 2011, siehe Abbildung 4). Von den 34 Millionen gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten sind im Jahr 2010 etwa 100.000 Personen mit Bezug auf die Zusatzkodierung Z73 krankgeschrieben

ben worden und es ergaben sich daraus mehr als 1,8 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage (vgl. WIdO 2011, S. 1). Frauen waren dieser Analyse zufolge doppelt so häufig betroffen wie Männer; Frauen zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr zudem in besonderer Weise.

Die BKK-Statistik (siehe Abbildung 4, untere Grafik) beruht auf medizinischen Daten von zwölf Millionen Versicherten, die einen Anteil von 17 Prozent an der gesetzlichen Krankenversicherung und ca. 20 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland ausmachen. Sie zeigt, dass im Jahr 2004, in dem die Zusatzdiagnose Z73 nach der ICD erstmals vergeben werden durfte (vgl. Kapitel 2), auf 1.000 versicherte Arbeitnehmer durchschnittlich 4,6 durch Burnout bedingte Krankheitstage entfielen (Frauen: 6; Männer: 3,5), im Jahr 2011 hingegen 86,9 Tage (Frauen: 110,3; Männer: 68,4). Die auf die spezifische Diagnose Burnout (Z73) zurückzuführenden Krankheitstage haben sich damit zwischen den Jahren 2004 und 2011 verzwanzigfacht.

Nach Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK lag der durchschnittliche Ausfall bei einer Krankschreibung im Jahr 2010 bei 11,6 Tagen, während die Anzahl der Fehltage bei einer auf eine psychische Erkrankung zurückgehenden Diagnose mit 23,4 Tagen fast doppelt so lang war (vgl. WIdO 2011, S. 1). Betrachtet man die Anteile verschiedener Diagnosen innerhalb der ICD-Hauptkategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ am Arbeitsunfähigkeitstage-Gesamtaufkommen, so ermittelte die Deutsche Angestellten-Krankenkasse für Deutschland im Jahr 2012, dass die Kodierungen F40 bis F80, „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“, mit 46 Prozent anteilig am häufigsten vergeben wurden, gefolgt von den „Affektiven Störungen“ mit 44 Prozent (F30 bis F39).⁹ Die verbleibenden Anteile entfielen auf die „Durch psychotrope Substanzen bedingten psychischen und Verhaltensstörungen“ (F10 bis F19, vier Prozent), auf „Schizophrenie bezogene Störungen“ (F20 bis F29, vier Prozent) und „Sonstige psychische und Verhaltensstörungen“ (drei Prozent). Wichtig ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage absolut betrachtet nicht gestiegen ist, sondern ganz im Gegenteil sogar deutlich niedriger ausfällt als in den Jahren vor der Jahrtausendwende. Dies und die Verschiebungen in den Anteilen der verschiedenen zu Arbeitsunfähigkeit führenden Diagnosen zeigen die in Abbildung 5 veranschaulichten Daten des BKK Bundesverbands (2012).

⁹ Vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/253981/umfrage/au-tage-aufgrund-psychischer-erkrankungen-nach-diagnosegruppen/>.

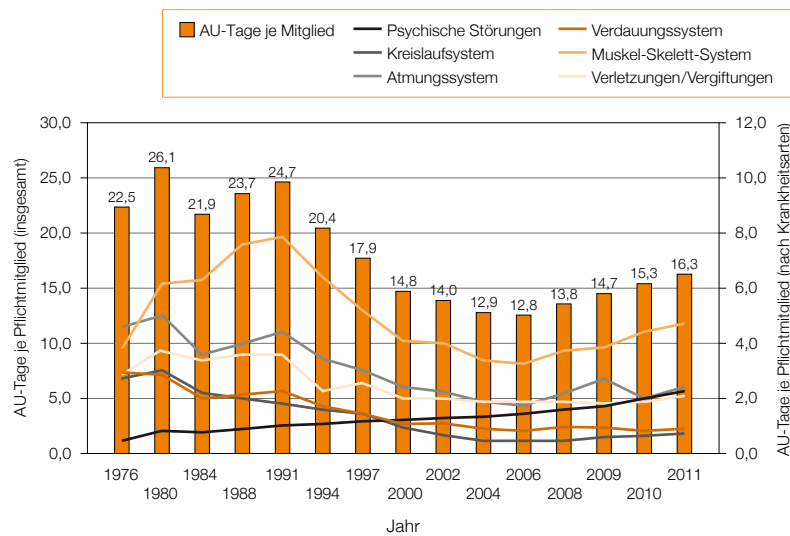


Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeitstage je BKK-Pflichtmitglied nach Diagnosegruppen (1976 bis 2011, vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 20)

In den Gesundheitswissenschaften spricht man angesichts dieser Veränderungen von einer „neuen Morbidität“, die durch zwei grundlegende Trends charakterisiert ist: (1) Der Anteil körperlicher Erkrankungen sinkt bei einem gleichzeitigen Anstieg des Anteils psychischer Erkrankungen und (2) der Anteil von Akuterkrankungen sinkt bei einem gleichzeitig steigenden Anteil chronischer Erkrankungen. Im Folgenden werden Statistiken zu Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeiten für die Gruppe der Beschäftigten im Bildungswesen genauer beschrieben. Auch hier liegen im Wesentlichen nur zur größten Einzelgruppe, zu den Lehrkräften an allgemeinbildenden Schulen, Studien vor.

Frühverrentungen bei Beschäftigten im Bildungswesen. Ende der 1990er Jahre traten noch zwischen 50 und 70 Prozent (z. B. 1999: 62 Prozent, 2000: 64 Prozent) der verbeamteten Lehrkräfte aufgrund von Dienstunfähigkeit (im Mittel im Alter von 56 bis 57 Jahren) vorzeitig in den Ruhestand ein und der Anteil der Lehrkräfte, die mit 65 Jahren regulär aus dem Dienst ausschieden (also auch nicht ihr vorzeitiges Ausscheiden im Alter von 60 oder 63 Jahren beantragt hatten), stellte mit unter 10 Prozent eine kleine Minderheit dar. Seit dem Jahrtausendwechsel ist der Anteil von aufgrund von Dienstunfähigkeit frühverrenteten Lehrkräften kontinuierlich und dramatisch abgefallen und lag im Jahr 2010 bei nur

noch ca. 20 Prozent, bei einem durchschnittlichen Frühverrentungsalter von ungefähr 58 Jahren. Im Ergebnis sind heute keine Unterschiede mehr in den Ruhestandsgründen (z. B. Erreichen der regulären Altersgrenze, Antrag auf vorzeitige Verrentung, Dienstunfähigkeit) und im Ruhestandseintrittsalter zwischen Lehrkräften und Akademikern in anderen Berufen zu erkennen: Der Median des Ruhestandsbeginns liegt für Männer über alle akademischen Berufe hinweg zwischen 61 und 62 Jahren und für Frauen zwischen 59 und 61 Jahren (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 84f.). Die Frage, ob eine Lehrkraft als Angestellter oder Beamter beschäftigt war, erweist sich für den Zeitpunkt des Ruhestandseintritts und den Anteil von Dienstunfähigkeiten als irrelevant (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2012, S. 85).

Die Einführung der Altersteilzeit im Jahr 1999 mag eine Rolle bei der Abnahme der Anträge auf Frühpensionierung gespielt haben. Auch die Einführung des sogenannten Versorgungsabschlags im Jahr 1998 sowie seine Ausweitung und Erhöhung im Jahr 2001 mag einen Einfluss auf das Antragsverhalten gehabt haben, denn seither werden für jedes Jahr des vorgezogenen Ruhestands 3,6 vom Hundert pro Jahr vom Ruhegehalt (max. vier Jahre x 3,6 vom Hundert = 14,4 vom Hundert als Versorgungsabschlag möglich) auf Dauer abgezogen. Die Versorgungsabschläge gelten auch im Fall einer Dienstunfähigkeit (Höchstgrenze: 10,8 vom Hundert).

Mit dem am 12.02.2009 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuordnung und Modernisierung des Bundesdienstrechts (Dienstrechtsneuordnungsgesetz – DneUG)¹⁰ gelten diese Versorgungsabschläge auch für das Ruhegehalt der Beamten. Die umfassende Reform des Beamtenrechts durch das Dienstrechtsneuordnungsgesetz bedeutete eine wirkungsgleiche Übertragung der Maßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung in das Beamtenrecht (wie z. B. die Anhebung der Altersgrenze von 65 auf 67 Jahre). Zudem wurden mit dem Dienstrechtsneuordnungsgesetz Maßnahmen zur Vermeidung von Frühpensionierungen verstärkt, die unter dem Grundsatz „Rehabilitation vor Versorgung“ verbindlich festgeschrieben sind und der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Dienstfähigkeit von Beamten dienen. Zu den Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Frühpensionierungen gehören Mitarbeitergespräche, Antistressprogramme, psychologische Hilfestellungen, Umsetzungen in gleichwertige Tätigkeiten als personalwirtschaftliches Steuerungsinstrument, sowie die konsequente Anwendung des Gesetzes zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (Beamtenstatusgesetz – § 26 Abs. 1 BeamStG),¹¹ demzufolge

¹⁰ Vgl. <http://www.der-oeffentliche-dienst.de/themen/beamte.php?loadid=10rdnung>.

¹¹ Vgl. <http://www.gesetze-im-internet.de/beamstg/BJNR101000008.html>.

eine Versetzung in den Ruhestand nur dann erfolgen kann, wenn eine anderweitige Verwendung nicht möglich ist.¹²

Darüber hinaus mögen für angestellte Lehrkräfte Veränderungen in der Rechtsprechung zu gesundheitsbedingten Frühverrentungen in der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rolle bei den Veränderungen im Antragsverhalten gespielt haben (vgl. Robert Koch-Institut 2006, S. 9f.): Bis Ende des Jahres 2000 führte die medizinische Untersuchung eines Antragstellenden auf Frühverrentung entweder zur Feststellung einer Berufsunfähigkeit („nur noch unterhalb-schichtige Arbeit im Hauptberuf oder im zumutbaren Verweisungsberuf möglich“), die mit der Zuerkennung von zwei Dritteln der Rente einherging, oder aber zur Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit („keine regelmäßige Erwerbstätigkeit mehr möglich“), die die Zuerkennung des vollen Ruhegehalts implizierte. Seit dem 01.01.2001 wird auf der Grundlage der medizinischen Untersuchung eines Antragstellenden entweder eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung („Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von drei bis unter sechs Stunden“) zuerkannt, die die Zuweisung der Hälfte der Rentenbeträge impliziert, oder aber eine volle Erwerbsminderung („Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von unter drei Stunden“), die mit der Zahlung der gesamten Rente einhergeht. Dies bedeutet, Antragstellenden auf Frühverrentung, denen auf der Grundlage der medizinischen Prüfung keine vollständige Erwerbsunfähigkeit mehr attestiert wird, werden seit dem Jahrtausendwechsel nicht mehr zwei Drittel, sondern nur noch die Hälfte der Rente gezahlt. Dass die Reduktion der Rente auf die Hälfte Arbeitnehmenden offenbar als eine unattraktive Option erscheint, zeigen die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Bund (2011): Von den im Jahr 2010 gewährten 144.466 Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit entfielen nur 13,6 Prozent (19.661 Personen) auf „teilweise Erwerbsminderung“, während die verbleibenden 84,8 Prozent (122.453 Personen) eine volle Erwerbsunfähigkeit attestiert bekommen hatten. Ein bedeutsamer Unterschied zwischen Männern und Frauen ergab sich dabei nicht (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 104).

Arbeitsunfähigkeitstage bei Beschäftigten im Bildungswesen. Das wissenschaftliche Institut der AOK (2011) ermittelte für das Jahr 2010 die zehn Berufsgruppen, die die größte Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund der Z73-Diagnose Burnout unter ihren Versicherten aufwiesen. Heimleitungen und Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen führten die Liste der „Top Ten“ mit 233,3 Fehl-

tagen pro 1.000 AOK-Versicherten an, gefolgt von Telefonistinnen bzw. Telefonisten (227,2), Helfenden in der Krankenpflege (191,8), Krankenschwestern, Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern und Hebammen (177,6), Sportlehrkräften (153,1), Kindergärtnerinnen bzw. -gärtnern und Kinderpflegerinnen bzw. -pflegern (148,8), Schneiderinnen bzw. Schneidern (148,8), Handelsvertretenden und -reisenden (140,3), und schließlich Fachschul-, Berufsschul- und Werklehrkräften (138,9) (siehe WIdO 2011, S. 3, Abbildung 2). Bei der Interpretation ist es wichtig zu beachten, dass Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen und Hochschulen als Beamte und Gutverdienende nicht pflichtversichert sind und deshalb in der Gruppe der AOK-Versicherten als freiwillige Mitglieder deutlich unterrepräsentiert sind. Dies ist auch bei der Bewertung der Ergebnisse der BKK-Studie (vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 149) zu berücksichtigen (4,8 Millionen beschäftigte Pflichtmitglieder gegenüber 720.000 beschäftigten freiwilligen Mitgliedern), in der im Bildungsbereich Beschäftigte ausschließlich in der Liste der Berufsgruppen mit den wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen auftauchen, nämlich „Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachhochschulen und Akademien“ mit 4,9 AU-Tagen und Gymnasiallehrkräfte mit 8,7 Tagen pro Mitglied. Beachtenswert ist auch die weitere Aufschlüsselung der Berufsgruppen mit besonders wenig AU-Tagen nach den den Fehltagen zugrunde liegenden ärztlichen Diagnosen. Bei den Hochschullehrenden waren Erkrankungen des Atemsystems (98 Tage auf 100 Mitglieder) und psychische Erkrankungen (95 Tage) etwa gleichanteilig die beiden größten Diagnosegruppen. Bei den Gymnasiallehrkräften waren die psychischen Erkrankungen hingegen die weitaus am häufigsten vorkommende Ursache für die Fehltag (213 Tage, gefolgt von 157 Tagen für Erkrankungen des Atemsystems; vgl. BKK Bundesverband 2012, S. 170).

3.5 Bewertung der Daten zu Prävalenzraten von Burnout und anderen psychischen Erkrankungen

Die Anforderungen an eine aussagefähige Epidemiologie psychischer Störungen und von Burnout bei Beschäftigten im Bildungswesen sind derzeit noch nicht gegeben, da repräsentative Erhebungen, die verallgemeinerungsfähige Aussagen erlauben würden, weitestgehend fehlen. Gleichwohl zeigt der vorfindbare „Flickenteppich“ von Studienergebnissen, dass die Raten von Personen, die sich chronisch überlastet, emotional erschöpft oder ausgebrannt fühlen, in den untersuchten Gruppen beträchtlich hoch sind (18 bis 57 Prozent) und für die Arbeit des Bildungspersonals insgesamt ein nicht zu übersehender, die Qualität der Arbeit der Betroffenen mindernder Faktor sind.

¹² Vgl. <http://www.gesetze-bayern.de/jportal/portal/page/bsbayprod.psmi?showdoccase=1&doc.id=VVBY-VVBY000032004>.

Obwohl die Statistiken der Kranken- und Rentenversicherungen zu Frühverrentungen und Arbeitsunfähigkeitstagen einen klaren Trend dahingehend belegen, dass psychische Erkrankungen und Burnout relativ und absolut gesehen eine zunehmend große Bedeutung haben, so ist es dennoch problematisch, auf ihrer Grundlage Prävalenzraten von Burnout abschätzen zu wollen. Neben der oben bereits angesprochenen Unterschätzung, die sich bei bloßer Berücksichtigung von Personen ergibt, die eine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, können diese Zahlen auch deshalb nur bedingt genutzt werden, weil – wie in Kapitel 2 dargestellt – die diagnostische Kategorie „Burnout“ in der ICD nur als Zusatzkategorie existiert, so dass sich eine Burnout-Symptomatik hinter verschiedensten Diagnosen (insbesondere hinter Diagnosen aus der Hauptkategorie F „Psychische und Verhaltensstörungen“) verbergen kann. Auch muss die Zusatzkategorie Z73 nicht notwendigerweise beim Vorliegen einer Burnout-Problematik kodiert werden und umgekehrt kann sich hinter der Kodierung Z73 durchaus auch etwas anderes als ein Burnout-Syndrom verbergen (vgl. dazu die Definition der Zusatzkategorie Z73 in Kapitel 1, aus der sich ergibt, dass z. B. auch ein „Sozialer Rollenkonflikt“ oder „Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung“ zur Kodierung der Z73-Kategorie führen kann). Zudem schließen die verfügbaren Statistiken in aller Regel keine berufsgruppenspezifischen Auswertungen ein, die über die Identifikation von „Top-Ten-Listen“ der Berufsgruppen mit besonders hohen oder besonders geringen Zahlen von Arbeitsunfähigkeitstagen oder Frühverrentungen hinausgehen würden.

auch die Tatsache eine Rolle, dass weniger Personen aufgrund chronischer Überlastung vorzeitig dauerhaft aus dem Beruf ausscheiden, dafür aber umso häufiger vorübergehend dem Arbeitsplatz fernbleiben. Der **AKTIONSRATBILDUNG** weist hier auf eine mögliche negative Implikation hin: Wenn es bis zur Jahrtausendwende über 60 Prozent der Lehrkräfte waren, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen vorzeitig aus dem Schuldienst ausgeschieden sind, so verbleiben diese Personen heute typischerweise bis zum regulären Renteneintritt in der Schule. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Personen unter chronischem Überlastungserleben leiden, möglicherweise häufig fehlen und damit Fehlstunden für die Schülerinnen und Schüler erzeugen und insgesamt in der Qualität der Arbeit, die sie leisten, hinter ihrem Potenzial zurückbleiben.

Vergleicht man die Befunde aus Studien zu selbstberichtetem Erleben von chronischem Stress und Burnout (siehe Tabelle 4) und zu ärztlich diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen (z. B. BGS98, DEGS1) mit den Statistiken zu Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühverrentungen aufgrund psychischer Störungen, so fällt Folgendes auf: Während die wissenschaftlichen Studien keine Hinweise auf bedeutsame Zunahmen der Prävalenzraten psychischer Störungen über die Zeit erbrachten, zeigen die Statistiken der Renten- und Krankenkassen für den gleichen Beobachtungszeitraum deutliche Zunahmen in der Inanspruchnahme von Fehltagen – bei gleichzeitig sinkenden Anteilen von Personen, die dauerhaft vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden. Die Zunahmen der Arbeitsunfähigkeitstage sind also nicht auf eine Zunahme der „wahren Prävalenzen“ psychischer Störungen zurückzuführen, sondern auf eine stärkere Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und eine stärkere Nutzung der Möglichkeit, bei Erleben von Überlastung oder anderer psychischer Beeinträchtigungen dem Arbeitsplatz vorübergehend fernzubleiben. Möglicherweise spielt

4 Risiko- und Schutzfaktoren für Gesundheit und qualitätsvolle Arbeit bei Beschäftigten im Bildungssystem

4.1 Theoretische Ansätze zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Belastungen im Beruf und Gesundheit bzw. Burnout

In der arbeitspsychologisch orientierten Burnout-Forschung haben sich stress-theoretische Modelle durchgesetzt, die für die Erklärung psychischer Erkrankungen bzw. von Burnout gleichermaßen personale und arbeitsbezogene Faktoren und deren wechselseitigen Einfluss berücksichtigen. Grundsätzlich werden in der Stressforschung drei unterschiedliche Stresskonzeptionen unterschieden: reizorientierte, reaktionsorientierte und transaktionale Stresskonzepte (vgl. Frieling/Sonntag 1999; Zapf/Semmer 2004). Erstere fokussieren sich dabei auf den Einfluss bestimmter Stressoren auf die Gesundheit, wie (1) physikalische Stressoren wie Lärm, Hitze, verschmutzte Luft, (2) arbeitsorganisationsbezogene Stressoren wie Zeitdruck, Aufgabenvielfalt und -dichte, Störungen bei der Arbeit, unvereinbare Zielvorgaben für die Arbeit, (3) soziale Stressoren wie Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen, Abmahnungen und (4) Zahl und Intensität kritischer Lebensereignisse wie z. B. eine drohende Betriebsschließung. Eine Übersicht über solche Stressoren, die die arbeitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsforschung als Belastungsmerkmale von Organisationen identifiziert hat und in verschiedenen Studien in ihren Zusammenhängen mit Wohlbefindens- oder Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschäftigten untersucht hat, zeigt nachfolgende Tabelle 5. Grundsätzlich gehen reizorientierte Stresskonzepte davon aus, dass es beobachtbare und objektiv beschreibbare Merkmale der Stressoren sind, die unabhängig von ihrer Verarbeitung und Bewertung durch das Individuum einen gesundheitsrelevanten Einfluss haben. Anforderungen an die Beschäftigten und die Gestaltung der Arbeitsumgebung sollten entsprechend so beschaffen sein, dass die Aufgaben zu bewältigen sind und nicht zu chronischer Überforderung führen. Da aber in der Regel mehrere grundsätzlich belastungsrelevante Aspekte gleichzeitig wirksam werden, wird es auch nötig sein, die Auswirkungen von Mehrfachbelastungen zu untersuchen. Wie wichtig das ist, mag ein Ergebnis zeigen, das

jüngst in einer von der Techniker Krankenkasse (TK) vorgestellten Stressstudie „Bleib locker, Deutschland!“ präsentiert wurde (vgl. TK 2013). Wenn zu den Arbeitsbelastungen noch Aufgaben im privaten Umfeld (z. B. Pflege von Angehörigen, Konflikte in der Familie) hinzukamen, erhöhten sich die Raten der Extrembelasteten beträchtlich.

Tabelle 5: Belastungsfaktoren in Organisationen (vgl. Udris/Frese 1999; Semmer/Udris 2004)

Belastungsquelle	Beispiele
Physikalische Umgebung	Lärm Staub Hitze, Kälte Schmutz Schädliche chemische Substanzen
Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation	Qualitative/quantitative Überforderung Qualitative/quantitative Unterforderung Monotonie Ausführungsbehinderungen Konfrontation mit Extremsituationen Geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume Fehlende Möglichkeit zu Partizipation Nichtkontrollierbarkeit der Resultate der Arbeit (fehlende Handlungskontrolle) Teamarbeit
Rolle	Rollenkonflikte Rollenambiguität
Zeitliche Organisation der Arbeit	Nacht- und Schichtarbeit Lange Arbeitszeiten Arbeit auf Abruf
Soziale Beziehungen/Interaktion	Mobbing Belastendes Vorgesetztenverhalten Soziale Konflikte Mangel an Feedback
Verhältnis von Aufwand und Ertrag	Mangelnde Reziprozität Gratifikationskrisen
Schüler- und Elternkontakt	Emotionale Dissonanz Umgang mit schwierigen Schülerinnen und Schülern/Eltern
Verhältnis zwischen Beruf und anderen Lebensbereichen	Work-Life-Balance oder -Konflikt

Reaktionsorientierte Stresskonzepte fokussieren sich auf die (über-)individuellen Stressreaktionen. Als Wegbereiter einer reaktionsorientierten Stressauffassung gilt der kanadische Endokrinologe Hans Selye, der in seinem 1950 erschienenen Standardwerk „The Physiology and Pathology of Exposure to Stress“ Stress als „unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Art von Anforderung“ beschrieb, die angesichts verschiedener Anforderungen (Bedrohung, körperliche Belastungen etc.) grundsätzlich immer mit unspezifischen Veränderungen einhergeht, die er als „allgemeines Anpassungssyndrom“ bezeichnet hat. Das Anpassungssyndrom entwickelt sich über drei typische Phasen: Zunächst erfolgt eine Alarmreaktion, bei der durch den anfänglichen Schock endokrinologische Prozesse angestoßen werden, die mit einem höheren Erregungsniveau einhergehen und den Körper zur Bewältigung der Belastung befähigen sollen. In der folgenden Widerstandsphase werden spezifischere Stresshormone ausgeschüttet. Hält die Anforderungssituation jedoch zu lange an, kommt es schließlich zum Erschöpfungsstadium, das mit Energiebereitstellungsproblemen einhergeht. Im Ergebnis fällt die Widerstandskraft unter das Ausgangsniveau und die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Erkrankungen steigt (erhöhter Bluthochdruck, Schwächung der Immunabwehr, Gewichtsverlust, Zunahme psychosomatischer Störungen, koronare Herzerkrankungen, Nierenerkrankungen, Entzündungen und Allergien). Seit Selyes Studien werden beispielsweise koronare Herzerkrankungen häufig als Folge von chronischem Stress interpretiert. Genauer wird vermutet, dass chronischer Stress zu einer mit dem allgemeinen Anpassungssyndrom einhergehenden Überaktivierung des Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems und einem chronisch erhöhten Spiegel des Stresshormons Kortisol führt.

So einflussreich und wichtig die reaktionsorientierte Stressforschung auch gewesen ist, haben sich gleichwohl heute sogenannte transaktionale kognitive Stressmodelle (vgl. Lazarus/Launier 1978, 1981) durchgesetzt, mit denen gezeigt werden konnte, dass nicht allein Merkmale der Arbeitsaufgaben für das Stresserleben maßgeblich sind, sondern individuelle Bewertungsprozesse zwischen den (potenziellen) Stressoren auf der einen Seite und dem subjektiven Stresserleben und den Stressfolgen auf der anderen Seite vermitteln.

Anforderungssituationen (potenzielle Stressoren) werden danach vom Individuum zunächst einer ersten Bewertung unterzogen („primary Appraisal“), bei der darüber entschieden wird, ob die Anforderung irrelevant oder aber potenziell Stress auslösend ist. Wenn Letzteres der Fall ist, kann die Anforderung entweder – als subjektive Herausforderung („Challenge“) interpretiert – positiven Stress bzw. Eustress erzeugen oder aber als bedrohlich und schädigungsrelevant eingeschätzt werden. Es kommt dann zu einer zweiten Bewertung („secondary Appraisal“), der

Situation, mit der eingeschätzt wird, welche Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten („Coping“-Strategien und -Ressourcen) zur Verfügung stehen, die Anforderung zu meistern. Dabei haben sich unter gesundheitlichen Gesichtspunkten verschiedene „Coping“-Strategien als unterschiedlich erfolgreich erwiesen. So ist mentale und physische Gesundheit stärker mit aktivem als mit passivem „Coping“ und mit problemorientiertem als mit emotionsorientiertem „Coping“ assoziiert (vgl. Carver/Scheier/Weintraub 1989): Vermeidungsverhalten, Erdulden der Situation oder das Fokussieren auf das eigene Belastungserleben sind in der Regel wenig funktional. Im Verständnis der transaktionalen Stressmodelle ist Stress nicht automatisch gesundheitsgefährdend. Im Gegenteil: Anforderungen können als Herausforderung beurteilt werden und den Selbstwert und das Kompetenzerleben steigern, so sie gemeistert werden. Bewältigungsfähigkeiten können gelernt und verbessert werden und Betroffene stressresistenter machen. Auf welche Weise Stressoren, Stressreaktionen und Ressourcen bzw. Bewältigungsverhalten des Individuums genau interagieren, ist in verschiedenen arbeitspsychologischen Stresstheorien beschrieben worden.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell („Job Demand-Control Model“) von Karasek und Theorell (1990) hat den Anspruch, die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch die Kombination zweier Dimensionen vorherzusagen, durch die ein Arbeitsplatz gekennzeichnet ist: die Höhe der Anforderungen (definiert z. B. durch Zeitdruck, Härte der Arbeit, Größe des erforderlichen Einsatzes oder Inkonsistenz von Anforderungen) und das Ausmaß an Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten für die Person (definiert durch die Möglichkeit, Neues hinzuzulernen, die eigenen Fähigkeiten weiterzuentwickeln, Entscheidungen zu treffen und selbstständig zu handeln). Aus der Kombination der beiden Dimensionen ergeben sich vier Quadranten, denen verschiedene berufliche Tätigkeiten und verschiedene Konsequenzen für die Gesundheit der Beschäftigten zugeordnet werden können: Tätigkeiten mit geringen Anforderungen, die mit niedrigem Kontrollspielraum verbunden sind, führen zu Passivität der Beschäftigten; Tätigkeiten mit geringen Anforderungen bei gleichzeitig hoher Kontrolle führen zu niedrigem Distress und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen bei gleichzeitig hoher Kontrolle zu positiver Aktivität der Beschäftigten. Die spezifische Konstellation von hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringer Kontrolle führt – so die Theorie – zu hohem „Distress“ oder „Job Strain“, einer Belastungskonstellation, die mit einem verstärkten Risiko verbunden ist, eine chronische Krankheit zu entwickeln. Mit ihrem Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell („Job Demand-Control-Support Model“) fügten Johnson u. a. (1996) dem Modell von Karasek und Theorell (1990) die Dimension „soziale Unterstützung bei der Arbeit durch Kollegen und Vorgesetzte“ hinzu, wobei eine hohe Unterstützung „Job Strain“ reduziert.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell (vgl. Karasek/Theorell 1990) und das Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell (vgl. Johnson u. a. 1996) sind sehr häufig untersucht worden (begünstigt dadurch, dass Skalen zur Messung von Anforderungen, Entscheidungsspielräumen und sozialer Unterstützung vorliegen) und können als empirisch gut belegt bezeichnet werden (für einen Überblick siehe z. B. Peter 2012, S. 80ff.). Beide Modelle postulieren ein hohes Risiko für stressassoziierte Erkrankungen wie Burnout für Beschäftigte, deren Arbeitstätigkeit durch geringes Kontrollerleben, enge Handlungs- und Entscheidungsspielräume, hohe psychische Anforderungen und einen Mangel an sozialer Unterstützung gekennzeichnet ist.

Demerouti u. a. (2001) beschreiben in ähnlicher Weise in ihrem Anforderungs-Ressourcen-Modell („Job Demands-Resources Model“), dass Arbeitsbedingungen in Anforderungen und Ressourcen unterteilt werden können, die jeweils spezifische Komponenten des Burnout-Syndroms vorhersagen, das sie mit dem „Oldenburg Burnout Inventory“ messen, das zwischen Erschöpfung und „Disengagement“ unterscheidet: In verschiedenen Berufsgruppen („human Services, Industry, Transport“) konnten sie zeigen, dass hohe Anforderungen vor allem mit der Erschöpfungskomponente in Zusammenhang stehen, wohingegen fehlende Ressourcen Disengagement vorhersagen. Darüber hinaus beschreiben sie das sogenannte Work-Engagement (starkes Engagement in der beruflichen Tätigkeit) als Prototypen eines Arbeitnehmenden mit guten Ressourcen: „Work-Engagement“ ist durch ein über das Berufsleben hinweg anhaltendes emotional positiv gefärbtes Erleben von Erfüllung charakterisiert.

Ein weiteres zunehmend an Bedeutung gewinnendes arbeitspsychologisches Stresskonzept ist das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 2002), das in zahlreichen Studien empirisch verifiziert werden konnte (für einen Überblick siehe z. B. Peter 2012, S. 84f.). Es betont die Austauschbeziehungen zwischen der Organisation (z. B. der Schule oder der Kindertageseinrichtung) und den in ihr tätigen Menschen (Lehrkraft, Erziehungspersonal). Gesunde Beschäftigte können, so die Grundannahme des Modells, Voraussetzungen oder Anforderungen (z. B. Zeitdruck, hohe Arbeitsintensität, Überstunden, viele Pflichten, Inkonsistenzen in Anforderungen) mit Belohnungen (sogenannten Gratifikationen, z. B. ein guter Verdienst, Anerkennung durch andere, Möglichkeiten zum Aufstieg, Sicherheit des Arbeitsplatzes) in ein ausbalanciertes Verhältnis bringen. Wenn jedoch die subjektive Bilanz zwischen Anforderungen bzw. Voraussetzungen einerseits und erhaltenen Gratifikationen andererseits ungünstig ausfällt, erlebt die Person eine Gratifikationskrise, die mit Stresserleben einhergeht. Kommt es chronisch zum Erleben von Gratifikationskrisen, können psychische Beeinträchtigungen und Burnout entstehen.

Personen mit einer dispositionell starken Verausgabungsbereitschaft, d. h. einem dysfunktionalen Bewältigungsstil, der durch Überengagement in Leistungssituationen sowie unangemessene Bewertungen von Anforderungen und Belohnungen gekennzeichnet ist (vgl. Siegrist/Dragano 2008), dosieren ihre Verausgabung nicht angemessen. Wie Siegrist (2002) annimmt, neigen sie in dem permanenten Streben nach Anerkennung und Belohnung zu exzessiver Verausgabung, die ein gesundheitliches Risiko darstellt. Auch für das Modell von Siegrist (2002) liegen standardisierte Skalen vor, mit denen Verausgabung und Belohnungen (Gratifikationen) operationalisiert werden können.

In ihrem „Dual-Level of Social-Exchange Model“ unterscheiden Schaufeli, van Dierendonck und van Gorp (1996) die Ebene interpersonaler Beziehungen (z. B. zwischen Lehrkräften oder zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern) von der Ebene der Beziehungen auf Organisationsebene (z. B. zwischen Lehrkräften und der Schulbehörde oder zwischen Lehrkräften und der Schulleitung). Empirisch konnten sie zeigen, dass Reziprozität der Beziehungen auf beiden Ebenen ein positives Befinden der Beschäftigten vorhersagt, ein Mangel an Reziprozität auf Organisationsebene Rückzugsverhalten fördert und ein Mangel an Reziprozität auf beiden Ebenen Burnout vorhersagt.

Empirische Evidenz für die verschiedenen stresstheoretischen Modelle, die das Verhältnis von Anforderungen zu Ressourcen als relevanten Prädiktor für psychische Gesundheit bzw. Beeinträchtigungen postulieren, wurde in einer Metaanalyse von Stansfeld und Candy (2006) beigebracht. Sie analysierten die Zusammenhänge zwischen psychosozialen berufsbezogenen Stressoren und psychischen Beeinträchtigungen in insgesamt elf (von 50 relevanten Publikationen, die die Einschlusskriterien erfüllten) in den Jahren 1994 bis 2005 durchgeführten Studien. Sowohl eine Kombination hoher psychischer Anforderungen bei eingeschränkten Handlungsspielräumen (vgl. Anforderungs-Kontroll-Modell) als auch die Kombination aus hoher Anforderung und geringer Gratifikation (z. B. geringe soziale Unterstützung; vgl. Gratifikationskrisenmodell) führte zu einer modellkonformen – allerdings nur moderaten – Erhöhung des Risikos psychischer Störungen. Genauer stieg das relative Risiko („Odds Ratio“) für psychische Störungen unter den Bedingungen, die im Gratifikationskrisenmodell als ungünstig beschrieben worden sind, um das 2,1-Fache und stieg bei einer Kombination von hoher Arbeitsintensität bei gleichzeitig niedrigem Handlungsspielraum auf das 3,3-Fache an.

Eine spezifische Art von Stressoren wurde von Semmer u. a. (2013) untersucht. Sogenannte illegitime Aufgaben sind Aufgaben, die nicht dem entsprechen, was angemessenerweise von einem Mitarbeitenden erwartet werden kann. Indem solche Aufgaben auf die berufliche Rolle und damit die berufliche Identität des

Arbeitnehmenden bezogene Erwartungen verletzen, stellen sie „Offenses to the Self“ oder „Identity Stressors“ dar. Kottwitz u. a. (2013) konnten zeigen, dass nach Kontrolle des Einflusses von sozialen Stressoren, Arbeitsunterbrechungen und emotionaler Stabilität des Arbeitnehmenden das Erleben illegitimer Aufgaben für Personen, die ihren Gesundheitszustand als gegenwärtig reduziert beschrieben, mit erhöhten Werten des Stresshormons Kortisol verbunden war.

Zu der Frage, ob Burnout mit einer spezifischen neurohormonellen Stressreaktion zusammenhängt, liegen widersprüchliche Befunde vor. So zeigten sich in manchen Studien positive, in anderen negative und in wieder anderen keine Zusammenhänge zwischen Burnout-Erleben und dem Stresshormon Kortisol (für einen Überblick siehe Nil u. a. 2010).

Eine Gemeinsamkeit sämtlicher Stresstheorien besteht darin, dass sie Stress und damit verbundene Gesundheitsrisiken, wie z. B. Burnout, als Ergebnis einer Interaktion zwischen Merkmalen des Arbeitsplatzes und Merkmalen der Person beschreiben und dass sie Risikofaktoren und Schutzfaktoren für gesundheitliche Beeinträchtigungen, sowohl bezogen auf Merkmale des Arbeitsplatzes als auch auf Merkmale der Person, identifizieren.

Im Folgenden werden zunächst Studien dargestellt, die Merkmale von Arbeitsplätzen im Bildungswesen als Risiko- und Schutzfaktoren in den Blick nehmen. Hier ist die implizite Annahme, dass es vor allem Sozialisationsprozesse sind, die, bedingt durch die mit bestimmten beruflichen Tätigkeiten verbundenen Anforderungen und Belohnungen, berufsgruppenspezifisch verlaufen und deshalb zu Häufungen von Gesundheitsrisiken in bestimmten Berufen führen können.

In Ergänzung zu den in oben dargestellten Modellen operationalisierten Stressoren muss hierbei eine weitere Gruppe von potenziell gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren berücksichtigt werden, nämlich die unter dem Begriff „Emotionsarbeit“ oder „Emotion Work“ zusammengefassten Anforderungen, die typisch für Berufe sind, die personenbezogene Dienstleistungen vorsehen, wie z. B. Berufe mit pädagogischen Aufgaben (vgl. Zapf u. a. 1999; Zapf u. a. 2001). So weisen Jacobi, Genz und Schweer (2012) darauf hin, dass emotionale Dissonanz, die entsteht, wenn gegenüber der eigenen Klientel auch dann Freundlichkeit gezeigt werden muss, wenn ihr Verhalten eigentlich Verärgerung hervorruft, einen burnoutrelevanten Faktor darstellt. Zapf und Holz (2006) konnten zeigen, dass emotionale Dissonanz eine spezifische, burnoutrelevante Anforderung in Berufen mit personenbezogenen Dienstleistungen darstellt: Sie trägt weitgehend unabhängig von dispositionellen Persönlichkeitsmerkmalen zur Entstehung psychischer Probleme bei. Ähnlich argumentieren Hasselhorn und Nübling (2004), dass solche Berufe ein erhöhtes Burnout-Risiko in sich bergen, für die eine kooperative Zusammenarbeit mit Menschen zwar konstitutiv ist, diese aber verweigert

oder unter Umständen nicht hergestellt werden kann. Auf die Mitwirkung bzw. Kooperation anderer Menschen angewiesen zu sein, scheint somit ein ursächlicher Faktor von Burnout zu sein.

Bei der Darstellung der Studien zu mit Arbeitsplätzen im Bildungswesen assoziierten Risiko- und Schutzfaktoren fokussiert sich das Gutachten wiederum auf die größte Beschäftigtengruppe der Lehrerinnen und Lehrer, weil für sie die meisten einschlägigen Untersuchungen vorliegen.

Im Anschluss an die Dokumentation organisationsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren für Burnout sollen für die Tätigkeit im Bildungsbereich maßgebliche Merkmale von Personen dargestellt werden, die empirisch im Hinblick auf die Frage untersucht worden sind, ob sie mit Stresserleben und Burnout in Zusammenhang stehen, also entweder als Risiko- oder aber als Schutzfaktoren wirken. Studien, die Merkmale von Personen in ihrer ursächlichen Bedeutung für Gesundheitsrisiken betrachten, erklären Unterschiede in Erkrankungsprävalenzraten zwischen Berufen damit, dass unterschiedliche Berufe unterschiedliche Personen anziehen, also mit Selbstselektionsprozessen, und erklären Unterschiede zwischen Personen innerhalb von Berufen mit Variablen, die – im Sinne der oben dargestellten Stresstheorien – zwischen Stressoren und individueller Stressreaktion vermitteln. Wiederum fokussiert die Darstellung die am besten untersuchte und größte Beschäftigtengruppe der Lehrerinnen und Lehrer.

Im Folgenden werden zunächst Merkmale von Organisationen und dann Merkmale der in diesen Organisationen beschäftigten Personen dargestellt, die im Sinne einer stresstheoretischen Erklärung als Risikofaktoren oder aber Schutzfaktoren für das Erleben von Überlastung im Beruf bezeichnet werden können. Eine zusammenfassende Übersicht findet sich auf S. 126 (siehe Tabelle 7).

4.2 Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in Schulen

4.2.1 Die Situation von Schulleitungen

Die Tätigkeit von Schulleitungen dürfte in den vergangenen Jahren in besonderem Maß von Veränderungen betroffen gewesen sein. Der als „Neue Steuerung“ (oder „New Public Management“) bezeichnete Wandel im Bildungssystem, der Institutionen mehr Selbstständigkeit und Gestaltungsspielräume gibt, geht für Schulleitungen mit neuen Anforderungen, nämlich mehr Verantwortung und Rechenschaftspflichten, einher (vgl. Altrichter/Maag Merki 2010; vbw 2011, 2012, 2013). Mit der Verlagerung von Steuerungsentscheidungen von der Systemebene

auf die Ebene der einzelnen Institution werden Schulen zu den zentralen Trägern ihrer eigenen Qualitätsentwicklung (vgl. Thiel/Thillmann 2013). Letztere soll evidenzbasiert, d. h. auf der Grundlage von Informationen generiert werden, die Schulen seit der Einführung umfangreicher Maßnahmen des Bildungsmonitorings zur Verfügung stehen, nämlich den Ergebnissen, die ihre Schülerinnen und Schüler in zentralen Prüfungs- und Vergleichsarbeiten erzielen, und den Ergebnissen von Schulinspektionen und schulischen Selbstevaluationen (vgl. Gärtner 2013). Während in den angelsächsischen Ländern und in einigen europäischen Ländern wie z. B. den Niederlanden die Leistungsergebnisse der Schülerinnen und Schüler eine zentrale Grundlage der Rechenschaftslegung („Accountability“) von Schulen darstellen, sind es in Deutschland vor allem schulinterne Prozesse und damit wesentlich Prozesse, die von der Schulleitung (mit)verantwortet und (mit)gestaltet werden (vgl. Gärtner/Hüsemann/Pant 2009; Gärtner 2013). Inwiefern diese erhöhte Verantwortlichkeit für Steuerung und Qualitätsentwicklung für Schulleitungen einen Belastungsfaktor darstellt, ist derzeit noch nicht hinreichend empirisch geprüft worden.

In einer Studie der Pädagogischen Hochschule Zentralschweiz Zug (vgl. ASD – Allgemeiner Schulleitungsverband Deutschlands e. V. 2013; Huber 2013; Huber/Wolfgramm 2013; Huber/Wolfgramm/Kilic 2013) wurde das Belastungs- und Beanspruchungserleben von Schulleiterinnen und Schulleitern in Deutschland (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg), Österreich (Vorarlberg, Tirol, Niederösterreich), Liechtenstein und der Schweiz (alle deutschsprachigen Kantone außer Appenzell) untersucht. Die Autoren argumentieren, dass in jüngerer Zeit die Anforderungen an Schulleitungen deutlich gestiegen sind, so dass die spezifischen Zusammenhänge zwischen Belastungsempfinden und individuellen Faktoren (z. B. berufsbiografischen Aspekten) sowie institutionellen Faktoren bei Schulleitungen einer gesonderten Untersuchung bedürfen. Aufbauend auf einer qualitativen Interviewstudie, in der relevante Belastungsfaktoren identifiziert wurden, wurde zwischen Herbst 2010 und Januar 2012 eine quantitative Befragung von 5.394 Schulleiterinnen und Schulleitern durchgeführt, in der die Berufsbiografie, der schulische Arbeitskontext sowie allgemeine und spezifische Belastungssituationen erfasst wurden. Weiterhin wurden Schulleitungen gebeten, über den Zeitraum von drei Arbeitswochen mittels eines elektronischen Tagebuchs ihre täglichen beruflichen Aktivitäten festzuhalten. In einer dritten Phase wurden wiederum Interviews mit Schulleitungen geführt, und zwar zu den Themen „Spannungsfelder im Schulleitungshandeln“ und „Belastungskonstellationen“ bei Schulleitungen, die sich als besonders stark belastet erleben.

Die Auswertung der Tagebücher (N = 1.932 Tagebucheinträge von N = 337 Personen mit durchschnittlich 5,73 Einträgen pro Person) ergab, dass die Schulleitungen an einem typischen Tag im Mittel 149 Minuten mit Organisation und Verwaltung verbringen, gefolgt von 112 Minuten für eigenen Unterricht, 55 Minuten Beschäftigung mit dem eigenen Personal, 51 Minuten mit Fragen von Unterricht und Erziehung, 36 Minuten für Kooperation, 30 Minuten für Qualitätsmanagement, 28 Minuten für Repräsentationsaufgaben und 19 Minuten für die eigene Fort- und Weiterbildung (vgl. ASD – Allgemeiner Schulleitungsverband Deutschlands e. V. 2013, S. 8). Interessanterweise sind es genau die Aufgaben, für die die Schulleitungen besonders viel Zeit aufwenden müssen, die sie als die am stärksten belastenden angeben, nämlich Aufgaben, die mit Organisation und Verwaltung zusammenhängen. Ein Teilaspekt von Organisation und Verwaltung, der besonders starkes Belastungserleben hervorruft, ist hierbei das „Umsetzen von Reformen des Schulministeriums“. Weitere als stark belastend beschriebene Teilaspekte waren z. B. „Evaluationen durchführen“ und „der Schulaufsicht Rechenschaft geben“. Interessanterweise wurden umgekehrt das eigene Unterrichten sowie Tätigkeiten, die auf den kollegialen Austausch oder die eigene Fort- und Weiterbildung bezogen waren, als besonders beliebt und wenig belastend beschrieben, d. h., Tätigkeiten, die auch in den Aufgabenbereich einer regulären Lehrkraft fallen.

Huber und Wolfgramm (2013) nutzten den Datensatz weiterhin für die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen, um Belastungserleben und Arbeitszufriedenheit aus den verschiedenen erfragten organisationalen, sozialen und personalen Faktoren vorherzusagen. Unabhängig vom Alter und Geschlecht der Schulleitungsperson waren persönliche Einsatzbereitschaft und Stressresistenz, also Merkmale der Person, am stärksten prädiktiv. Interessanterweise verbesserten sich mit der Einsatzbereitschaft der Person gleichzeitig ihr Belastungserleben und ihre Arbeitszufriedenheit, ein deutlicher Hinweis darauf, dass es nicht eine hohe Belastung als solche, sondern das subjektive Erleben von Überlastung ist, was einen Risikofaktor darstellt. Stressresistenz erwies sich als Schutzfaktor vor Belastungserleben, beeinflusste jedoch nicht die Arbeitszufriedenheit. Ein positives Arbeitsklima sowie die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung erwiesen sich gleichermaßen als belastungsreduzierend und als die Arbeitszufriedenheit stärkend. Nur einer der erfragten Faktoren, die die Institution beschreiben, beeinflusste das Belastungserleben: Eine schlechte räumliche Ausstattung verstärkte das Gefühl einer Belastung.

4.2.2 Die Situation von Lehrkräften an Schulen

Angesichts der hohen Raten von Frühpensionierungen bei Lehrkräften bis zum Jahrtausendwechsel (in einigen Jahren erreichten weniger als zehn Prozent das reguläre Ruhestandsalter; vgl. Kapitel 3) und der besonderen Bedeutung, die psychiatrische bzw. psychosomatische Krankheitsbilder bei der Frühverrentung spielen, wurde ganz selbstverständlich davon ausgegangen, dass diese Berufsgruppe besonders stressbelastet sei und unter Arbeitsbedingungen leide, die sie hoch vulnerabel für die Entwicklung psychischer Störungen mache.

Hillert, Koch und Lehr (2013) haben eine Liste lehrerspezifischer Belastungen zusammengetragen. Als potenziell gesundheitsgefährdende Merkmale des Lehrerberufs diskutieren sie die störanfällige, extrem hohe Interaktionsdichte in der Unterrichtssituation, wobei innerhalb jeder Unterrichtsstunde viele Entscheidungen darüber zu treffen sind, ob eine Reaktion gezeigt wird oder aber nicht. Als weiteren Risikofaktor benennen die Autoren die vage und dadurch konfliktrichtige Definition, was eigentlich zu den typischen Aufgaben der Lehrkraft gehört. Eine potenzielle Ressource, nämlich ein hoher Handlungs- und Entscheidungsspielraum, der für die Tätigkeit des Lehrers bzw. der Lehrerin typisch ist, kann demnach zum Risikofaktor werden: Unklarheit der Aufgaben bedeutet Unsicherheit darüber, welchen Erwartungen entsprochen werden sollte, was die Kriterien für beispielsweise einen angemessenen Arbeitseinsatz, für Erfolg der eigenen Tätigkeit etc. sind.

Zudem nennen Hillert und Kollegen (vgl. Hillert/Koch/Lehr 2013) die Tatsache, dass Lehrkräfte einen großen Teil ihrer Arbeit zu Hause erledigen müssen, als Risikofaktor: Obwohl dies von vielen als Vorteil der im Lehramt Beschäftigten gesehen wird, führt dies in der Bevölkerung auch zu Vorurteilen. Denn für Außenstehende bleibt unklar, wie viel Zeit Lehrkräfte tatsächlich zu Hause in ihren Job investieren, so dass ihre Berufstätigkeit zuweilen in der Öffentlichkeit als „Halbtagsjob“ bezeichnet wird (vgl. Schaarschmidt 2005). Darüber hinaus ist mit der häuslichen Tätigkeit die Gefahr verbunden, dass „das Lehrersein gewissermaßen das ganze Leben überwuchert“ – mit der Folge, dass die Trennung von Beruf und Privatleben nicht mehr gelingt (Hillert/Koch/Lehr 2013, S. 807). Aus Sicht des AKTIONSRATS **BILDUNG** besteht ein weiterer Nachteil der Halbtagsanwesenheit darin, dass wenig Gelegenheit für kollegialen Austausch – z. B. auch über die Grenzen des eigenen Tuns – und damit für eine Vergewisserung über professionelle Standards gegeben ist.

Klassengröße, Lehrdeputate, Anteile von Schülerinnen und Schülern, die besondere Anforderungen an die Lehrkraft stellen. Die Arbeitskraft der Lehrkraft kann umso effizienter genutzt werden, je mehr Unterrichtsstunden sie gibt und je größer dabei die jeweiligen Schulklassen sind. Entsprechend erscheint die Annahme sehr plausibel, dass sich das Belastungserleben von Lehrkräften in dem Maße erhöht, wie ihre Arbeitskraft stärker genutzt wird. So hat beispielsweise Schaarschmidt (2005) in der Potsdamer Lehrerstudie Klassengröße und Stundendeputat (neben dem Anteil schwieriger Schülerinnen und Schüler) als maßgebliche Belastungsfaktoren für Lehrkräfte postuliert. Auch sind Lehrkräfte selbst oft der Meinung, dass kleinere Klassen oder eine Verringerung ihres Stundendeputats ihr Belastungserleben reduzieren würden (vgl. Hosenfeld u. a. 2002; Schaarschmidt 2005).

Hornberg, Lankes, Potthoff und Schulz-Zander (2008) berichten aus den Daten der „Progress in International Reading Literacy Study“ (PIRLS) 2006, dass in Deutschland die Klassengrößen an Grundschulen zwischen 17,7 (Sachsen-Anhalt) und 24,1 (Bayern) schwanken und die Klassengrößen damit dem mittleren Wert in den an PIRLS teilnehmenden EU-Ländern entsprechen. Ob ein Einfluss der Größe der Klassen, die eine Lehrkraft zu unterrichten hat, auf ihr Belastungserleben tatsächlich statistisch nachweisbar ist, haben Lankes und Carstensen (2010) auf der Grundlage von Daten über 357 Grundschulklassen aus der Internationalen Grundschul-Lese-Untersuchung (IGLU) 2006 (der deutschen Teilstudie von PIRLS 2006; die 405 in IGLU untersuchten Klassen wurden um solche reduziert, die wegen vieler lernbenachteiligter Kinder besonders klein waren, z. B. Klassen mit hohen Anteilen sprachförderbedürftiger Kinder) geprüft.

Das subjektive Belastungserleben der Lehrkräfte wurde mit sechs Items erhoben. In einer Regressionsanalyse, in der neben der Klassengröße die Anteile von Kindern mit erheblichen Sprachschwierigkeiten, der Anteil der Kinder mit Förderbedarf, die Jahre im Lehrerberuf, die Überzeugung, individuelle Lernvoraussetzungen berücksichtigen zu müssen, die Übernahme von Verantwortung für die Lernergebnisse der Kinder, Fortbildungsmöglichkeiten, Unterstützung durch die Schulleitung, Schulklima, Leistungsanspruch der Schule und das Ausmaß, in dem nach Meinung der befragten Lehrkraft Misserfolge der Kinder von anderen auf die Lehrkraft attribuiert würden, berücksichtigt wurden, erwies sich die Klassengröße als nicht prädiktiv für das subjektive Belastungserleben. Interessanterweise waren auch die Anteile von Kindern mit Sprachschwierigkeiten und besonderem Förderbedarf nicht bedeutsam für das Belastungserleben der Lehrkräfte. Wohl aber erwies es sich als belastungsreduzierend, wenn die Lehrkräfte Verantwortung für die Leistungsergebnisse ihrer Schülerinnen und Schüler übernahmen und dafür, dass individuelle Lernvoraussetzungen berücksichtigt werden – was wohl

als Ausdruck einer engagierten Lehrerpersönlichkeit interpretiert werden kann. Analoge Ergebnisse erbrachte eine Studie von Lehr, Schmitz und Hillert (2008), in der sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen (Partnerschaftsstatus, Alter, Geschlecht) oder berufsbezogenen Faktoren (Stundendeputat, Berufserfahrung, Klassengröße, Schulgröße etc.) der Lehrkräfte und dem Ausmaß ihrer psychischen Probleme ergaben. Wohl aber zeigte sich ein Einfluss persönlicher Bewältigungsmechanismen. Die Autoren verglichen psychisch gesunde und beeinträchtigte Lehrkräfte hinsichtlich objektiv beschreibbarer Merkmale ihres Arbeitsplatzes, wie z. B. Klassengröße oder Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund, und fanden, dass sie sich hinsichtlich dieser Bedingungen ihrer Tätigkeit nicht statistisch bedeutsam voneinander unterschieden. Wohl aber waren personale Faktoren zwischen beiden Gruppen unterschiedlich ausgeprägt, nämlich das Ausmaß der Distanzierungsfähigkeit (Fähigkeit, sich gedanklich von einer belastenden Arbeitssituation zu lösen), ein aktiver oder aber resignativer Umgang mit beruflichen Misserfolgen und die Stärke der Fähigkeit, aus dem eigenen sozialen Netz Unterstützung zu mobilisieren. Vor allem Lehrkräfte mit einem „ruminativ-selbstisolierenden Bewältigungsmuster“ (sie erlebten sich als resigniert, isoliert und unfähig, Entspannung zu praktizieren oder einen positiven Ausgleich zu finden; negative Situationen erduldeten sie nach eigenen Angaben passiv) berichteten ein intensives Burnout-Erleben. Während in zwei weiteren Gruppen, die entweder ein „flexibel-kompensierendes“ oder ein „inkonsistent-kompensierendes Bewältigungsmuster“ zeigten, 97,5 bzw. 76 Prozent der befragten Lehrkräfte sich als aktiv und gesund beschrieben, galt dies in der Gruppe mit „ruminativ-selbstisolierendem Bewältigungsmuster“ nur für 21 Prozent: 79 Prozent befanden sich in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung (siehe Lehr/Schmitz/Hillert 2008, S. 11, Abbildung 2).

Auch in der Studie von Seibt, Galle und Dutschke (2007) wurden Merkmale der Schule mit dem Belastungserleben von Lehrkräften in Beziehung gesetzt. Im Rahmen des sächsischen Verbundprojekts „Lange Lehren“ wurden 986 Lehrkräfte aus 182 sächsischen Schulen zu ihrem Gesundheitsstatus und ihren gegenwärtigen Arbeitsbedingungen befragt. Erreicht wurden Lehrkräfte aus Grundschulen (N = 375), Mittelschulen (N = 339) und Gymnasien (N = 272), der Anteil der Lehrerinnen lag bei 87 Prozent, das Durchschnittsalter der Lehrkräfte bei 47 Jahren. Die durchschnittliche Berufserfahrung im Lehrerberuf lag bei 24 Jahren und an der derzeitigen Schule bei zwölf Jahren. Als Merkmale des Arbeitsplatzes wurden Schultyp, Gesamtanzahl der wöchentlichen Unterrichtsstunden, die Klassengröße, der Zeitbedarf für außerunterrichtliche Tätigkeiten und die wöchentliche Gesamtarbeitszeit erfasst. Die psychische Gesundheit wurde mittels des

„General Health Questionnaire“ (GHQ-12) erhoben. Auf der Grundlage der Angaben wurden die Befragten in „psychisch Stabile“ und „psychisch Beeinträchtigte“ unterteilt. Darüber hinaus wurde mithilfe des „Effort-Reward Imbalance Questionnaire“ (ERI) das Aufwand-Anerkennungsverhältnis, die sogenannte ERI-Ratio, erhoben. Psychisch Beeinträchtigte berichteten einen durchschnittlich höheren Stundenarbeitsaufwand für außerunterrichtliche Tätigkeiten wie Unterrichtsvorbereitung (Kausalitätsverhältnis unklar) und hatten somit eine höhere durchschnittliche Wochenarbeitszeit als die als psychisch stabil Klassifizierten. Bezüglich der Klassenstärken (durchschnittlich waren es 19 bis 20 Schülerinnen und Schüler) und Zusatzaktivitäten wie Klassenlehrerfunktionen, Leitung von Fachkonferenzen oder Betreuung von Funktionsräumen unterschieden sich die psychisch Beeinträchtigten nicht von den psychisch Stablen (siehe Seibt/Galle/Dutschke 2007, S. 230, Tabelle 2). Das berufliche Aufwand-Anerkennungsverhältnis jedoch erwies sich als relevantes Unterscheidungsmerkmal: Während in der Gruppe der psychisch stabilen Lehrkräfte nur fünf Prozent eine Gratifikationskrise berichteten, lag der Anteil bei den psychisch Belasteten bei 25 Prozent (vgl. Seibt/Galle/Dutschke 2007, S. 231). In anschließend berechneten Regressionsmodellen, bei denen Arbeitsbedingungen als Prädiktoren für psychische Gesundheit dienten, zeigte sich, dass die Arbeitsbedingungen 17 Prozent der Varianz des GHQ-12-Summenwerts aufklärten, während körperliche Symptome und Personmerkmale etwas mehr, nämlich 22 Prozent der Varianz, aufklärten (vgl. Seibt/Galle/Dutschke 2007, S. 232). In einem gemeinsamen Modell erwiesen sich körperliche Beschwerden, Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit und das Aufwand-Anerkennungsverhältnis als Prädiktoren psychischer Gesundheit. Im Vergleich zu personbezogenen Merkmalen leisteten die objektiven Merkmale der Arbeitssituation einen eher geringeren Beitrag zur Aufklärung des psychischen Gesundheitszustands (siehe Seibt/Galle/Dutschke 2007, S. 233, Abbildung 3). Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist jedoch folgendes methodisches Problem zu berücksichtigen: Wenn körperliche Symptome wie Erschöpfung bzw. Müdigkeit, Nacken- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen, die oft als Ausdruck psychischer Beeinträchtigung diskutiert werden, als Prädiktoren in Regressionsmodellen zur Vorhersage psychischer Beeinträchtigung eingeführt werden, ist von einer konfundierten Erfassung von unabhängigen (UVs) und abhängigen Variablen (AVs) auszugehen und damit von einer künstlich überhöhten Varianzaufklärung durch „personale“ Faktoren.

Zusammengefasst sprechen die genannten Studien dafür, dass die Zusammenhänge zwischen Merkmalen des Arbeitsplatzes der Lehrkraft, wie z. B. Klassengrößen, Stundendeputate oder Anteil von Schülergruppen, die besondere Anforderungen an sie stellen, auf der einen Seite und ihrem Belastungserleben auf

der anderen Seite zu komplex sind, als dass sie sich direkt nachweisen ließen. So praktizieren z. B. Lehrkräfte in kleinen Klassen typischerweise andere Unterrichts- und Interaktionsformen als in großen Klassen; im Ergebnis schlägt eine große Zahl zu unterrichtender Schülerinnen und Schüler sich nicht notwendigerweise in einem höheren Belastungserleben der Lehrkraft nieder (vgl. auch Lankes/Carstensen 2010). Wie weiter unten näher diskutiert wird, wirken organisationsbezogene Merkmale vorzugsweise in Interaktion mit Merkmalen der Person auf ihr Belastungserleben.

Lärm. Für nur wenige Parameter, die den Schulalltag und damit die Arbeitsbedingungen von Lehrkräften prägen, gibt es so klare Schutzregeln wie für den Lärm. Der Lärmpegel sollte, da sind sich Arbeitswissenschaftler einig, möglichst einen Wert von 35 dB(A) nicht überschreiten. Der Sprechpegel von Lehrkräften sollte 60 dB(A) nicht überschreiten. Faktisch aber zeigen Schallpegelmessungen, dass jede fünfte Lehrkraft einen Sprechpegel von > 75 dB(A) erreicht und daher für viele Lehrkräfte eine eigentlich unzumutbare alltägliche Lärmbelastung vorliegt (vgl. Sust/Lazarus 2003).

Das (mangelnde) gesellschaftliche Prestige des Lehramtsberufs. Wie Enzelberger (2001) in ihrer historischen Analyse der Sozialgeschichte des Lehrberufs zeigt, ist die Wahrnehmung von Lehrerinnen und Lehrern durch die Öffentlichkeit bis in die Gegenwart hinein als fragil zu bezeichnen (für eine Übersicht über empirische Studien zum Bild des Lehrers in der Öffentlichkeit siehe Rothland 2010a). Als der damalige niedersächsische Ministerpräsident Gerhard Schröder im Jahr 1995 der Schülerzeitung eines niedersächsischen Gymnasiums ein Interview gab, in dem er Lehrer als „faule Säcke“¹³ diffamierte, wollte er wohl seinen Interviewern, den Schülern, gefallen, verbalisierte aber gleichzeitig Vorurteile, die in der Gesellschaft offenbar latent vorhanden und weit verbreitet waren.

Tatsächlich fand das Institut für Demoskopie Allensbach, das seit 1966 regelmäßig das Prestige verschiedener Berufe in der Gesellschaft ermittelt, dass Lehrkräfte, und zwar insbesondere Studienräte, zum damaligen Zeitpunkt in der Bevölkerung wenig angesehen waren. Die vom Allensbacher Institut Befragten werden jährlich gebeten, aus einer Liste die fünf Berufe herauszusuchen, die sie derzeit am meisten schätzen. Das resultierende Ranking des Berufsprestiges zeigt die Anteile der Bevölkerung, die dem jeweiligen Beruf unter den fünf Auswahlmöglichkeiten das höchste Prestige zuschreiben. Zwischen den Jahren 1966 und 1999

¹³ Vgl. <http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=9198905&aref=image017/SP1995/025/SP199502500190019.pdf&thumb=false>.

sank das Ansehen der Studienräte in der Bevölkerung von ursprünglich 28 Prozent auf 15 Prozent (elf Prozent im Osten). Wie Abbildung 6 zeigt (eigene Berechnungen auf Grundlage der Allensbacher Berufsprestige-Skala¹⁴), hat sich das Prestige des Lehrerberufs seither kontinuierlich verbessert. Im Jahr 2001 sah schon fast ein Drittel der Befragten den Lehrerberuf nach Prestige unter den ersten fünf, heute sind es 41 Prozent der Befragten. Damit liegt der Lehramtsberuf auf Platz zwei hinsichtlich der Anteile in der Bevölkerung, die ihn zu den fünf prestigeträchtigsten Berufen rechnen. Interessanterweise hat sich gleichzeitig das Prestige des Berufs des Hochschulprofessors verringert: Während er nach der Jahrtausendwende noch von 33 Prozent der Befragten den fünf Berufen mit dem höchsten Prestige zugeordnet wurde, tat dies im Jahre 2013 nur noch etwa ein Viertel der Befragten (26 Prozent).

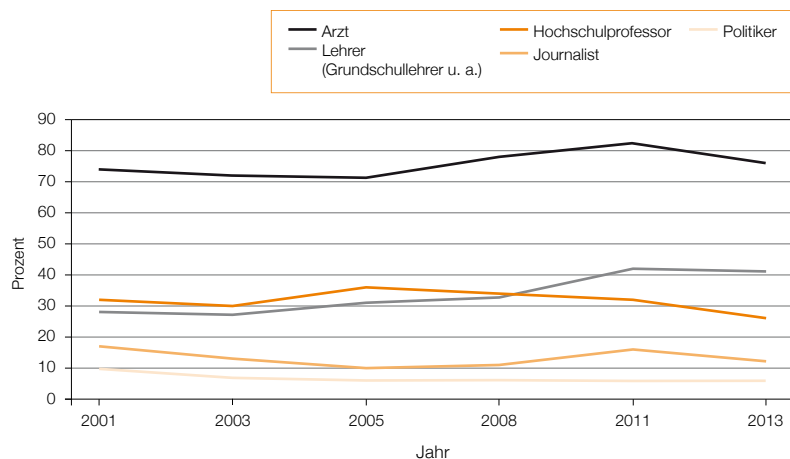


Abbildung 6: Prestige verschiedener Berufsgruppen in Anteilen der Befragten, die den Beruf zu den „Top Five“ hinsichtlich Prestige zählten. Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Instituts für Demoskopie Allensbach

Inwiefern die (zumindest zu früheren Zeitpunkten festzustellende negative) Wahrnehmung des Lehrerstandes in der Öffentlichkeit einen Belastungsfaktor für berufstätige Lehrkräfte darstellt, ist schwer zu beurteilen. Interessanterweise sprechen Ergebnisse von Rothland (2010a) dafür, dass möglicherweise genau solche Personen den Beruf des Lehrers ergreifen, die sich von der Ambivalenz

¹⁴ Vgl. <http://www.ifd-allensbach.de/studien-und-berichte/allensbacher-kurzberichte.html#y2011>.

des öffentlichen Lehrerbilds nicht beeindruckt lassen. In einer Stichprobe von knapp 1.000 Studierenden des Lehramts ging er der Frage nach, inwiefern das öffentliche Bild des Lehrers sich auf das antizipierte Berufs- und Selbstbild der angehenden Lehrkräfte auswirkte. Die Ergebnisse zeigen, dass die Studierenden ihre Berufswahl als positiv bewerteten, obwohl sie sich der ambivalenten Wahrnehmung des Berufs in der Öffentlichkeit bewusst waren. Zusammengefasst sprechen die berichteten Ergebnisse somit eher gegen die Vermutung, dass (ehemals) geringes Berufsprestige einen Risikofaktor (im Sinne geringer Anerkennung bzw. Gratifikationen, vgl. Sigrist 2002) für Burnout im Lehramtsberuf darstellen würde.

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Die „Alameda County“-Studie (für einen Überblick siehe z. B. Housman/Dorman 2005) ist einer der frühen Klassiker der Netzwerk- und „Social Support“-Forschung, die den Einfluss sozialer Determinanten auf Gesundheit bzw. Krankheit untersucht hat. Soziale Einbindung und Integration wurden damals über einen Index bestimmt, in den Variablen wie der Partnerschaftsstatus, Kontakte zu Freunden und Verwandten oder die Regelmäßigkeit der Teilnahme an kirchlichen oder Vereinsaktivitäten eingingen. Verglichen mit Studienteilnehmenden, die auf diesem Index günstig abschnitten, hatten diejenigen, die niedrige Werte auf der „sozialen Integrationskala“ aufwiesen, ein zwei- bis dreifach höheres Risiko, während der neunjährigen Nachverfolgung zu versterben.

Zusammenfassend zeigte sich in dieser und vielen anderen Gemeindestudien, dass Menschen, die gute soziale Beziehungen haben, sozial eingebunden sind und über ein stabiles soziales Netzwerk verfügen, weniger anfällig für psychische Probleme wie etwa Ängste oder Depressionen sind, sie häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil pflegen, mit geringerer Wahrscheinlichkeit krank werden, kritische Lebensereignisse besser bewältigen können und länger leben. Der Schlüssel zur Erklärung dieser Befunde wurde darin gefunden, dass mehr oder weniger nahestehende andere Personen, die praktische oder emotionale Unterstützung leisten, die Bewältigung alltäglicher Aufgaben fördern und damit chronische Stressbelastungen reduzieren.

In der Gesundheitspsychologie bezeichnet „Soziale Unterstützung (...) die tatsächliche (erhaltene Unterstützung) oder die erwartete (wahrgenommene Unterstützung) Hilfsinteraktion zwischen einem Unterstützungsgeber und einem Unterstützungsempfänger. Ziel ist es, einen Problemzustand, der beim Unterstützungsempfänger Leiden erzeugt, zu verändern oder erträglicher zu machen, falls eine Veränderung nicht möglich ist“ (Kienle/Knoll/Renneberg 2006, S. 109). Die subjektiv wahrgenommene Unterstützung ist dabei, wie eine Studie von Dunkel-

Schetter und Bennett (1990) aufzeigt, erstaunlicherweise nur gering mit tatsächlich verfügbarer Unterstützung korreliert, was darauf hinweist, dass das Unterstützungserleben zu einer im Sozialisationsverlauf gelernten personalen „Eigenschaft“ werden kann. Menschen, die das stabile Gefühl haben, im Notfall Hilfe von anderen sicher zur Verfügung zu haben, brauchen diese gegebenenfalls nie im Leben in Anspruch zu nehmen; gleichwohl hat die wahrgenommene soziale Unterstützung einen erheblichen Einfluss auf die psychische Stabilität und das persönliche Wohlbefinden.

Drei Aspekte der sozialen Unterstützung sind von Bedeutung, nämlich Formen der informationellen Unterstützung (die beispielsweise in Form von hilfreichen Informationen, Instruktionen, Ratschlägen gegeben werden kann und direkt zur Problembewältigung beiträgt), Formen der instrumentellen Unterstützung (Übernahme von Aufgaben durch andere, Aufgabenteilung, Mithilfe, Bereitstellung finanzieller oder materieller Ressourcen) und Formen der emotionalen Unterstützung, die Gefühle von Zugehörigkeit und Bindung verstärken (etwa durch die Herstellung eines positiven sozialen Kontakts, durch Zuwendung, Verständnis, Trost, Mitleid etc.).

Aus der Lehrgesundheitsforschung ist bekannt, dass Lehrkräfte, die sich nicht unterstützt fühlen, Zweifel an der eigenen sozialen Kompetenz und ihrer sozialen Bedeutung für das Lehrerteam entwickeln, die ihrerseits die Zufriedenheit beeinträchtigen und sich negativ auf die Qualität der Berufsausübung auswirken. Umgekehrt konnte mehrfach gezeigt werden, dass Lehrerinnen und Lehrer, die sich von ihrer Schulleitung und dem Kollegium unterstützt fühlen, sich weniger belastet erleben und damit auch weniger anfällig für die Entwicklung von Burnout-Symptomen sind (für einen Überblick siehe z. B. Rothland 2013a). Ein Beispiel stellt die Studie von Lankes und Carstensen (2010) dar, die zeigte, dass Grundschullehrkräfte ihre Belastung als umso geringer beschrieben, je positiver sie das Schulklima wahrnahmen und je mehr sie der Meinung waren, durch Fortbildungsmaßnahmen seitens ihrer Schule unterstützt zu werden. Johnson und Johnson (2003) und Körner (2003) berichten, dass wahrgenommene Unterstützung durch die eigenen Kolleginnen und Kollegen die Arbeitszufriedenheit steigert und das Risiko für Burnout-Erleben reduziert. Richter u. a. (2011) konnten für Lehramtsanwärter im Referendariat zeigen, dass wahrgenommene hohe emotionale und informationelle soziale Unterstützung durch Mentoren und Mentorinnen mit erhöhten Selbstwirksamkeitserwartungen und einem geringeren Erschöpfungserleben einhergeht. Richter u. a. (2013) konnten außerdem zeigen, dass nicht nur die Frequenz, sondern auch die Qualität der Unterstützung durch Mentoring einen differenziellen Effekt hat. In ihrer Stichprobe von 700 Mathematiklehrkräften berichteten diejenigen mit einem Mentoring, das der Idee konstruktivistischen

Lernens verpflichtet war (im Unterschied zu einem Mentoring, das die Idee der Transmission von Wissen vertrat), verstärkte Selbstwirksamkeit, stärkeren Lehrerenthusiasmus, eine höhere Berufszufriedenheit und eine geringere emotionale Erschöpfung.

Voraussetzung dafür, dass soziale Unterstützung als Schutzfaktor wirkt, ist, dass die Person in der Lage ist, diese bei Bedarf auch einzufordern. Lehrkräfte, die Unterstützung benötigen, aber nur geringes Vertrauen in die eigene Fähigkeit haben, diese zu erbitten und aktivieren zu können, sind anfälliger für Burnout als Lehrkräfte mit einer hohen entsprechenden Selbstwirksamkeit (vgl. Brouwers/Evers/Tomic 2001). Rothland (2013b) interpretiert auch die Ergebnisse der Potsdamer Lehrerstudie (Schaarschmidt 2005) entsprechend. Lehrkräfte, die ihre sozial-kommunikativen Kompetenzen als niedrig beurteilten, waren nämlich gehäuft im Risikomuster B(urnout) anzutreffen.

Besondere Bedeutung für das Schulklima und die Qualität der sozialen Interaktion in Schulen haben offenbar die Schulleitungen. In amerikanischen Studien zur Effektivität von Schulen wurde immer wieder deutlich, dass die Führung und das Verhalten der Schulleitung das Klima der Schule maßgeblich beeinflussen und den Schulleitungen als Quelle sozialer Unterstützung somit eine besondere Bedeutung zuzuschreiben ist (vgl. Sammons/Hillman/Mortimore 1995; Scheerens/Bosker 1997; Ditton 2000; Harazd/Gieske/Rolf 2009).

Der Begriff des Sozialkapitals (vgl. Bourdieu 1983) einer Organisation eignet sich, um Ressourcen in Form sozialer Unterstützung für das gesundheitliche Wohlbefinden seiner Beschäftigten zu beschreiben. Badura u. a. (2008) differenzieren es in das sogenannte Netzwerkkapital (vgl. Coleman 1988), nämlich die Quantität und Qualität interpersonaler Beziehungen unter Peers (z. B. der Lehrkräfte oder der Lernenden einer Schule untereinander), das sogenannte Führungskapital, nämlich Quantität und Qualität der vertikalen Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden (z. B. zwischen Schulleitung und Lehrerschaft oder zwischen Lehrkräften und Lernenden), und das sogenannte Wertekapital, nämlich die von den Mitgliedern der Organisation geteilten Werte, Überzeugungen, Normen und daran gebundene Verhaltenserwartungen sowie deren Realisierung im betrieblichen Alltag (z. B. ein gemeinsames Schulprogramm, an dessen Implementation das Kollegium gemeinsam arbeitet).

Rixgens und Badura (2012, S. 202, Tabelle 3) konnten in einer Befragung von 3.669 im Dienstleistungsbereich oder produzierenden Gewerbe Beschäftigten zeigen, dass mit steigendem Netzwerkkapital, Führungskapital und Wertekapital der Organisationen das Wohlbefinden der Befragten stieg und depressive Verstimmungen seltener wurden (Korrelationskoeffizienten zwischen $r = 0,30$ und $r = 0,42$). Weitere Merkmale der Organisationen, die negativ mit psychischer Ge-

sundheit und positiv mit Depressivität zusammenhängen, waren die Wahrnehmung mangelnder Möglichkeiten der Partizipation an Entscheidungen sowie zeitliche und fachliche Überforderung (korrelative Zusammenhänge um $r = 0,30$). Eine Clusteranalyse über die Angaben der Befragten zu depressiven Verstimmungen und ihrem subjektiven Wohlbefinden ergab das größte Cluster für Personen mit durchschnittlichen Werten (43,7 Prozent), gefolgt von einem Cluster mit Personen mit stabilem positivem psychischem Befinden (37,2 Prozent) und schließlich einem Cluster von Personen, die von starken depressiven Verstimmungen und instabiler psychischer Befindlichkeit berichteten (19,1 Prozent) (siehe Rixgens/Badura 2012, S. 201, Tabelle 2). Interessanterweise waren Frauen seltener im Cluster psychisch stabiler und häufiger im Cluster psychisch belasteter Personen vertreten als Männer; Personen in Führungspositionen häufiger im Cluster psychisch stabiler und seltener im Cluster psychisch belasteter Befragter vertreten als Mitarbeitende ohne Führungsaufgaben und in der Produktion Beschäftigte häufiger im Cluster psychisch stabiler und seltener im Cluster psychisch belasteter Befragter vertreten als im Dienstleistungssektor Beschäftigte. Ein Unterschied nach Alter ergab sich nicht. Befragte aus dem Cluster psychisch stabiler Personen berichteten über einen besseren Gesundheitszustand, eine stärkere Bindung an ihr Unternehmen und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Befragte aus dem Cluster von Personen mit durchschnittlichen Werten und insbesondere als Befragte aus dem Cluster psychisch belasteter Personen (vgl. Rixgens/Badura 2012, S. 201ff.). Natürlich können diese Befunde nicht im Sinne kausaler Zusammenhänge interpretiert werden, zumal die Richtung der Zusammenhänge beidseitig gedacht werden kann: Es ist gleichermaßen plausibel, dass psychisch belastete Personen weniger Sozialkapital, Partizipationsmöglichkeiten und Work-Life-Balance wahrnehmen und dass diese Merkmale des Unternehmens ursächlich die psychische Situation der Beschäftigten beeinflussen.

Vor dem Hintergrund der Überlegungen von Badura u. a. (2008) scheint es besonders problematisch, dass an deutschen Schulen kaum Kooperation zwischen Lehrkräften stattfindet (für einen Überblick siehe Gräsel/Fußangel/Pröbstel 2006) – zumal sich mangelnde Kooperation auch ungünstig auf die Effektivität der Schule (im Sinne guter Leistungsergebnisse für die Schülerinnen und Schüler) auswirkt (z. B. Scheerens 2000; für einen Überblick siehe z. B. Steinert u. a. 2006).

Dass viele Schulen das Potenzial sozialer Unterstützung für das Lehrerkollegium durch Kooperation nicht wirklich ausschöpfen, zeigte die Studie von Steinert u. a. (2006), die die in Tabelle 6 dargestellten vier unterschiedlichen Niveaustufen von Kooperation im Lehrerkollegium differenzierten und in einer Untersuchung an hessischen Sekundarschulen und Schweizer Gymnasien aufzeigen konnten,

dass in den einzelnen Schulen bezüglich der Entwicklung von Kooperation und sozialer Unterstützung noch großes Entwicklungspotenzial besteht.

Tabelle 6: Niveaustufen der Kooperation (vgl. Steinert u. a. 2006)

Niveaustufen der Kooperation im Lehrerkollegium (Schulebene)	
0. Fragmentierung	Isoliertes Handeln, fachlicher Austausch findet nur vereinzelt statt.
1. Differenzierung	Formal geregelte Arbeitsabläufe und Kommunikationsformen, Absprachen und Zusammenarbeit unter den Kollegiumsmitgliedern finden lediglich auf der Ebene der Fachgruppen oder innerhalb der Jahrgangsstufen statt. Der Austausch über die Fachinhalte, Curricula und Noten bleibt auf der formellen Ebene.
2. Koordination	Ansätze zu einer Koordination von Ressourcen und Aufgaben, das Handeln von Kollegiumsmitgliedern wird fachspezifisch abgestimmt, gemeinsame Planung und Durchführung von Unterricht (Teamteaching) kommt gelegentlich vor. Fachinhalte und fachdidaktische Fragen werden gemeinsam erörtert und Notenmaßstäbe vereinbart.
3. Interaktion	Zusammenarbeit findet im Kollegium auch über die Fächer und Jahrgangsstufen hinweg statt. Unterrichtsplanung, -durchführung (Teamteaching) und -überprüfung finden häufig und umfassend kooperativ mit dem Ziel der Verbesserung des individuellen Lehrerhandelns statt; wechselseitiger Austausch über fachliche und überfachliche Inhalte (Personal- und Unterrichtsentwicklung durch Fremdbeurteilung).
4. Integration	Transparenz des untereinander systematisch abgestimmten Unterrichtshandelns der einzelnen Kollegiumsmitglieder (gegenseitige Unterrichtsbesuche als Selbstverständlichkeit), bereichsspezifische und bereichsübergreifende Kooperation, wechselseitige systematische Beobachtung, Selbst- und Fremdevaluation; das Kollegium als soziale Ressource, Integration und kooperative Regulation des Handelns der einzelnen Kollegiumsmitglieder.

53 Prozent aller untersuchten Schulen kooperierten maximal auf der niedrigsten Ebene, indem sie ein Mindestmaß an Absprachen innerhalb der Fächer und Jahrgangsstufen zur Aufrechterhaltung eines geordneten Schulbetriebs realisieren. Interaktion über die Fächer und Jahrgangsstufen, gemeinsame Unterrichtsplanung, Austausch über fachliche und überfachliche Inhalte hinweg wurde nur in 13 Prozent der untersuchten Schulen praktiziert und die als „Integration“ bezeichnete Stufe der stärksten Kooperation und sozialen Unterstützung praktizierte gerade einmal ein Prozent der Schulen. In diesen Schulen wird das Kollegium als soziale Ressource zur Integration und kooperativen Regulation des Handelns der einzelnen Kollegiumsmitglieder begriffen, wobei wechselseitige systematische Beobachtung, Selbst- und Fremdevaluation zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Schulergebnisse eingesetzt werden (vgl. Steinert u. a. 2006, S. 196).

Interaktionen zwischen organisations- und personbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren. Eine angemessene Beschreibung von Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigungen von Lehrkräften muss sicherlich sowohl die Erkenntnisse aus Studien zur Untersuchung von Merkmalen des Arbeitsplatzes berücksichtigen als auch Studien, die personale Faktoren in den Blick nehmen. Wie bereits angesprochen, bestehen in der Regel keine direkten, sondern über weitere Variablen vermittelte Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Organisation auf der einen Seite und persönlichem Belastungserleben von Beschäftigten auf der anderen Seite.

Hilfreich für die Beschreibung solcher vermittelten Zusammenhänge im Kontext Schule ist das von Klusmann (2008) vorgelegte und in Abbildung 7 wiedergegebene Modell, das beansprucht, einen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsansatz mit einem pädagogisch-psychologischen zu verbinden: Individuelle Merkmale von Lehrkräften und Merkmale von Schulen werden gleichzeitig als Prädiktoren für berufliches Wohlergehen bzw. Burnout von Lehrkräften betrachtet. Ein weiterer Vorteil des Modells besteht darin, dass es letztlich die Qualität der Arbeit von Lehrkräften, gemessen über Lernergebnisse der Schülerinnen und Schüler, in den Blick nimmt; Überlastungserleben und Burnout werden hier also vor allem in ihrer die Effektivität der Arbeit von Lehrkräften mindernden Wirkung gesehen. Genauer postuliert das Modell, dass Merkmale der Lehrperson, wie Motivation, Selbstregulationsmodi, Engagement und Resilienz, vermittelt über ihr berufliches Wohlergehen und die Qualität ihres Unterrichts, auf die Lernergebnisse der Kinder und Jugendlichen wirken und dass Merkmale der Schule direkt und vermittelt über Merkmale und Wohlergehen der Lehrkraft auf die Unterrichtsqualität und somit schlussendlich auf die Lernergebnisse der Schülerinnen und Schüler wirken.

Studien, die Merkmale von Schulen als Schutz- und Risikofaktoren für die Gesundheit untersucht haben, erfassten diese Merkmale oft über die subjektive Wahrnehmung, die Lehrkräfte von ihnen haben (z. B. Wahrnehmung der Unterstützung durch die Schulleitung, Wahrnehmung von Zeitdruck). Damit sind individuelle Merkmale und organisationale Merkmale in ihrem Einfluss auf gesundheitliche Risiken von Lehrkräften genau genommen nicht mehr voneinander zu trennen, da die Wahrnehmung der Schule natürlich durch Merkmale der Lehrkraft, letztendlich auch durch ihr Wohlbefinden bzw. Burnout-Erleben, geprägt ist.

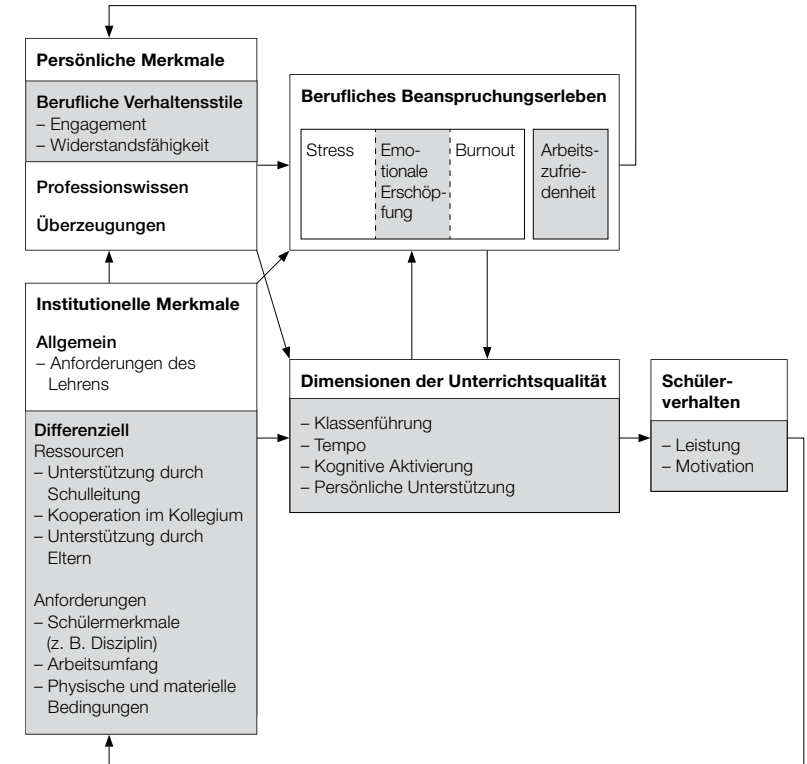


Abbildung 7: Heuristisches Modell über die Zusammenhänge zwischen persönlichen Merkmalen der Lehrkraft, Merkmalen der Schule und Wohlbefinden bzw. Burnout sowie Qualität der Arbeit der Lehrkraft (vgl. Klusmann 2008, S. 6)

Ein Beispiel stellt die TK-Studie zur Stresslage der Nation (2013) dar, in der gezeigt wurde, dass das Erleben von Spaß bei der Arbeit stressreduzierend wirkt: Hier muss angenommen werden, dass in die Variable „Erleben von Spaß“ organisationale Merkmale (nämlich objektive Merkmale des Arbeitsplatzes) und individuelle Merkmale (z. B. Tendenz zu einer positiven Bewertung oder eines positiven Umgangs des Beschäftigten mit diesen Merkmalen seines Arbeitsplatzes) gleichermaßen eingehen. Mittels computergestützter Telefoninterviews ermittelte die TK-Studie (2013) in einer für Deutschland repräsentativen Erwachsenenstichprobe von N = 1.000 Männern (49 Prozent) und Frauen (51 Prozent), dass 71 Prozent Spaß an ihrer Berufstätigkeit haben („Meine Arbeit macht mir Spaß“) (vgl.

TK 2013, S. 16). Gleichzeitig erlebten 60 Prozent ihr Leben als „stressig“ und die Hälfte der Befragten war sogar der Meinung, dass das Leben in den letzten drei Jahren spürbar stressiger geworden sei. Dies bejahten bemerkenswerterweise vor allem die Personen der jüngsten Befragtengruppe, nämlich 93 Prozent der 18- bis 25-Jährigen. Als wichtigsten Einzelfaktor für Stresserleben beschrieben die Befragten zu 47 Prozent den Job (Beruf, Schule oder Studium), als zweitwichtigsten (zu hohe) Ansprüche an sich selbst (41 Prozent) und an Rang drei standen „private Konflikte“ (34 Prozent) (vgl. TK 2013, S. 8ff.).

In Abhängigkeit vom erlebten Spaß an der eigenen Arbeit war das Belastungserleben extrem unterschiedlich ausgeprägt. Während sich von den Personen, denen ihre Arbeit Spaß macht, 28 Prozent als „erschöpft und ausgebrannt“, 35 Prozent als „abgearbeitet und verbraucht“ und sieben Prozent als „depressiv“ beschrieben, waren es bei denen, denen ihre berufliche Tätigkeit keinen Spaß macht, nahezu doppelt so viele, nämlich 50 Prozent, die sich „erschöpft und ausgebrannt“ fühlten, und fast doppelt so viele, nämlich 61 Prozent, die sich „abgearbeitet und verbraucht“ fühlten und sogar viermal so viele, nämlich 29 Prozent, die unter Depressionen litten (vgl. TK 2013, S. 17). Leider enthält die TK-Studie (2013) keine berufsgruppenspezifischen Aussagen, sie ist jedoch geeignet zu zeigen, dass Menschen in Deutschland im Mittel ein hohes berufsbezogenes Stresserleben haben und dass dieses deutlich mit ihrem subjektiven Gesundheitserleben zusammenhängt.

Ein weiteres Beispiel für eine Studie, in der Merkmale der Organisationen über die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten erfasst wurden, stellt die oben bereits dargestellte Studie von Nübling u. a. (2012) dar. Die 54.066 befragten Lehrkräfte (50,2 Prozent der kontaktierten Personen) aus Baden-Württemberg hatten über ein Internetportal die in Abbildung 8 dargestellten Skalen beantwortet. 23 der im Lehrkräftebogen gemessenen Aspekte stammten aus der deutschen Version des „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“ (COPSOQ; vgl. Kristensen/Borg 2000). Für diese Aspekte können Vergleiche zwischen den Angaben der Lehrkräfte aus Baden-Württemberg mit den Angaben von über 35.000 Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen angestellt werden, die in der COPSOQ-Datenbank dokumentiert sind.

Der COPSOQ erfasst psychosoziale Aspekte der beruflichen Tätigkeit aus der Sicht des Beschäftigten, genauer die Wahrnehmung der beruflichen Anforderungen, eigener Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz, der Qualität der Führung sowie der subjektiven (Belastungs-) Folgen. Nübling u. a. (2012) erhoben weiterhin für den Beruf des Lehrers bzw. der Lehrerin spezifische Arbeitsplatzmerkmale, indem sie nach gemeinsamen pädagogischen Vorstellungen, Störungen im Unterricht, Lärm, Erholungsmög-

lichkeiten, Verhältnis zu Eltern und Betrieben, Konflikten mit Eltern und Betrieben, nach der Ausstattung der Schule, nach der Qualität der Konferenzen und nach erfahrener fachlicher Unterstützung fragten.

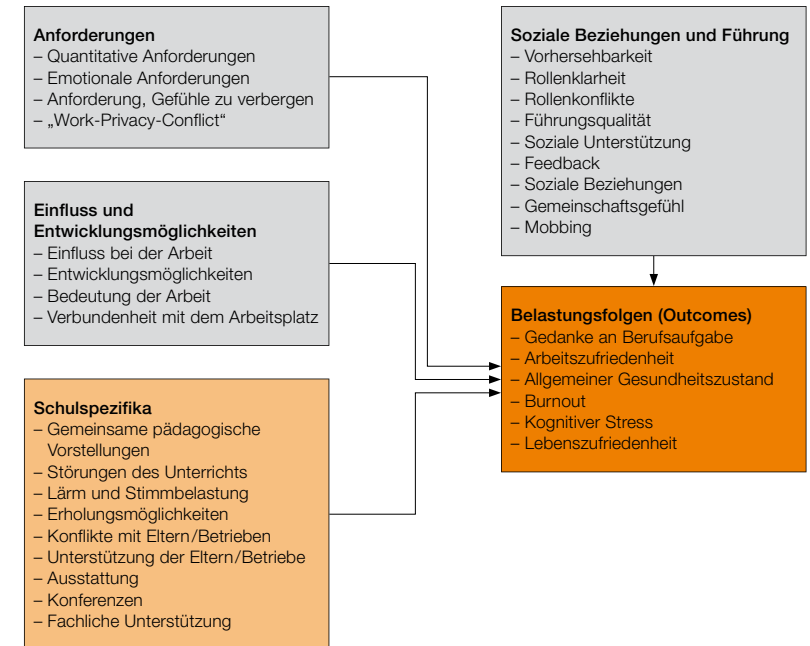


Abbildung 8: Skalen, die in der Studie von Nübling u. a. (2012) mit dem Ziel einer Totalerhebung aller Schulen in Baden-Württemberg erhoben wurden

Die Angaben der Lehrkräfte aus Baden-Württemberg zu den vier Skalen im Bereich „Anforderungen“ zeigen, dass sie die „emotionalen Anforderungen“ und die „Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben“ als weitaus höher beurteilt haben als die Befragten aller anderen Berufe. Die „quantitativen Anforderungen“ und die „Anforderungen, Emotionen zu verbergen“ beurteilten die Lehrkräfte hingegen im Mittel nicht anders als die Befragten anderer Berufsgruppen (siehe Nübling u. a. 2012, S. 38, Abbildung 16). Interessanterweise beurteilten die Lehrkräfte gleichzeitig die Skalen im Bereich „Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten“ sämtlich deutlich oder leicht positiver als die Befragten aus anderen Berufen: Sie sahen mehr persönlichen „Einfluss bei der Arbeit“, mehr „Entwicklungs-

möglichkeiten“, maßen ihrer Arbeit eine leicht größere Bedeutung bei und fühlten sich ihrem Arbeitsplatz etwas stärker verbunden als die Befragten anderer Berufsgruppen (siehe Nübling u. a. 2012, S. 39, Abbildung 17).

Auf den zum Bereich „soziale Beziehungen und Führung“ erfassten Skalen zeigten sich deutliche Unterschiede dahingehend, dass die Lehrkräfte stärkere Rollenkonflikte, eine höhere soziale Unterstützung, stärkere soziale Beziehungen und eine bessere Führung sowie weniger Mobbing wahrnahmen als Befragte aus anderen Berufsgruppen (siehe Nübling u. a. 2012, S. 40, Abbildung 18).

Wie bereits berichtet, hatten die Lehrkräfte auf den Skalen zu Belastungsfolgen im Vergleich zu den Befragten anderer Berufsgruppen günstigere Werte, wenn es um ihre berufsbezogene Zufriedenheit ging, aber ungünstigere Werte in Bezug auf gesundheitsbezogene Aspekte (siehe Nübling u. a. 2012, S. 42, Abbildung 20).

In multiplen Regressionsanalysen wurde jede der sechs untersuchten (Belastungs-)Folgen aus den Skalen zu Anforderungen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten und sozialen Beziehungen bzw. Führung vorhergesagt. Dabei wurden die verschiedenen Subskalen der vier Prädiktoren nicht zusammengefasst, obwohl mit Sicherheit davon auszugehen ist, dass diese untereinander stark korreliert waren (welcher Prädiktor schließlich bedeutsam wird, ist dann nicht eindeutig inhaltlich interpretierbar). Die Stärke des Burnout-Erlebens ließ sich dabei aus dem Erleben von Unvereinbarkeit zwischen Beruf und Privatleben, emotionalen Anforderungen, dem Mobbingindikator, der Lärm- und Stimmbelastung und einer als gering wahrgenommenen Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit vorhersagen (fünf wichtigste Prädiktoren, $R^2 = 0,48$, siehe Nübling u. a. 2012, S. 58, Tabelle 2). Leider wurde auf die Möglichkeit verzichtet, Mehrebenenanalysen zu berechnen, mit denen Ergebnisse nicht nur auf der Ebene der einzelnen Lehrkräfte, sondern auch auf der Ebene der Schulen hätten beschrieben werden können. Deshalb können keine Aussagen darüber getroffen werden, inwiefern die Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und den (Belastungs-)Folgen durch Merkmale der Schulen und/oder durch Merkmale der Lehrkräfte zu erklären sind. Darüber hinaus werden in der Studie von Nübling u. a. (2012) keine statistischen Kennwerte für die Mittelwertvergleiche zwischen der Stichprobe der Lehrkräfte und der COPSQ-Vergleichsstichprobe und keine deskriptiven Befunde für die nur in der Lehrkraftstichprobe erhobenen lehrkraftspezifischen Prädiktoren berichtet.

Die Studie von Nübling u. a. (2012) ist insofern von hoher Bedeutung, als eine noch nie da gewesene große Stichprobe von Schulen und Lehrkräften untersucht wurde. Von einer repräsentativen Stichprobe kann aber dennoch nicht gesprochen werden: Zwar reagierten über 90 Prozent der kontaktierten Schulen, doch insgesamt antworteten nur gut 50 Prozent der Lehrkräfte. Zudem bleibt

unklar, ob und wenn ja, auf welchen Dimensionen die Vergleichsgruppe der ca. 35.000 Befragten aus der COPSQ-Datenbank eine repräsentative Stichprobe darstellt und ob gegebenenfalls auch Repräsentativität auf denselben Dimensionen wie für die von Nübling u. a. (2012) untersuchte Lehrerstichprobe besteht. Zwar werden in der Datenbank die berufsspezifischen Stichproben anhand der realen Berufsverteilung in Deutschland auf eine Weise gewichtet, dass Über- oder Unterrepräsentationen einzelner Berufsgruppen vermieden werden. Dennoch ist unklar, ob und inwiefern Repräsentativität gewährleistet ist. Weiterhin ist problematisch, dass, wie bereits angesprochen, Merkmale der Schule ausschließlich über die Angaben der Lehrkräfte erfasst wurden, so dass organisationale und personale Merkmale in ihrem Einfluss auf das Belastungserleben der Lehrkräfte konfundiert sind.

Ein weiteres Beispiel für eine Untersuchung, in der Schulmerkmale durch Selbstangaben der Lehrkräfte erfasst wurden, stellt die Studie von Pas, Bradshaw und Hershfeldt (2012) dar. Sie erhoben Burnout und Selbstwirksamkeit zu drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von zwei Schuljahren im Rahmen einer Untersuchungsstichprobe von 600 Lehrkräften aus 31 Grundschulen in Maryland, USA. Für beide Variablen stellten sie über den Beobachtungszeitraum eine Verstärkung fest. Dabei erwies sich die Stärke der Ausprägung von Burnout (und teilweise auch die Zunahme über die Zeit) von der Wahrnehmung beeinflusst, die die Lehrkraft von ihrer Schule und Schulleitung hatte. Je stärker die Lehrkräfte den Einbezug von Eltern und Lernenden in ihre Schule erlebten („Parent and Student Involvement“), je kollegialer sie die Schulleitung beschrieben („Collegial Leadership“) und je stärker sie die Freundlichkeit im Lehrerkollegium und die Verbundenheit mit ihrer Schule beschrieben („Teacher Affiliation“), desto geringer fiel ihr Burnout-Wert bei der Erstmessung aus. Kein Zusammenhang ergab sich zwischen Burnout und der Wahrnehmung, wie stark die Anerkennung von Leistung und akademischer Orientierung unter den Schülern und Schülerinnen in der Wahrnehmung der Lehrkraft war („Academic Emphasis“) (vgl. Pas/Bradshaw/Hershfeldt 2012, S. 141).

Das Konfundierungsproblem, das sich daraus ergibt, dass Merkmale der Schule durch Selbstangaben der Lehrkraft erfasst werden, stellt sich nicht in diesem Maß, wenn es um organisationale Merkmale mit einer hohen Oberflächenvalidität geht, die also mit hoher Sicherheit auch durch Selbstangaben valide und unverzerrt erfasst werden können, z. B. Merkmale wie Anzahl und Größe von Schulklassen, Stundendeputate oder Anzahl von Schülerinnen und Schülern, die für die Lehrkraft eine besondere Herausforderung darstellen (siehe die oben dargestellten Studien im Abschnitt „Klassengröße, Lehrdeputate und Anteile von Schülerinnen und Schülern, die besondere Anforderungen an die Lehrkraft stellen“).

Besonders aussagekräftig sind entsprechend auch solche Studien, in denen Merkmale von Schulen direkt, also nicht durch Selbstangaben von Lehrkräften, erfasst wurden, um die interaktive Wirkung von Schulmerkmalen und Lehrkraftmerkmalen auf die gesundheitliche Belastung der Lehrkraft zu prüfen. Eine solche Studie, in der Merkmale von Schülerinnen und Schülern und die Wahrnehmung, die die Schulleitungen von den Lehrkräften ihrer Schule hatten, als potenzielle Schutz- und Risikofaktoren direkt (also nicht durch Selbstangaben der Lehrkräfte) erhoben wurden, wurde von Klusmann u. a. (2008b) vorgelegt. Sie untersuchten, zu welchen Anteilen interindividuelle Unterschiede zwischen Lehrkräften in ihrem Engagement und ihrer emotionalen Erschöpfung auf Merkmale der Schule oder aber der individuellen Lehrkraft zurückzuführen sind. In 198 nach Schultyp und Bundesland repräsentativ ausgewählten Schulen befragten sie die Schulleitung und die insgesamt knapp 2.000 Lehrkräfte. In jeweils zwei neunten Klassen pro Schule wurden die Schülerinnen und Schüler befragt und hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit getestet. Als Merkmale der Schule wurden die den Lehrkräften zur Verfügung stehenden Ressourcen (von den Lehrkräften berichtete Unterstützung durch die Schulleitung und Kooperation im Kollegium, von der Schulleitung berichtete Arbeitsmoral der Lehrkräfte; z. B. schulbezogene Einstellungen der Lehrkräfte) und Anforderungen (lehrer- und schulleitungsberichtete Schülerdisziplin, kognitive Leistungsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler und deren selbstberichteter sozioökonomischer Status) erfasst. Als Merkmale der Lehrkräfte wurden neben Alter und Geschlecht soziale Unterstützung durch Familie und Freunde (Ressourcen) sowie Anzahl der wöchentlichen Unterrichtsstunden und der unterrichteten Klassen (Anforderungen) erfasst. Vorhergesagt wurden lehrerberichtetes Engagement und emotionale Erschöpfung.

Die Ergebnisse zeigen eine relativ geringe Varianz zwischen Schulen in Bezug auf das Lehrerengagement und noch geringer auf die emotionale Erschöpfung der Lehrkräfte. Die Unterschiede zwischen Lehrkräften wären demnach also im Wesentlichen auf individuelle Merkmale, nicht aber auf Merkmale der Schule zurückzuführen. Dies galt auch dann, wenn eine Substichprobe von Lehrkräften analysiert wurde, die schon lange an einer Schule waren, auf die also die jeweilige Schule bereits länger sozialisierend gewirkt hatte. Wohl aber ergab eine Mehrebenenanalyse der Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Schulen und Lehrerengagement, dass – nach Kontrolle individueller Lehrermerkmale – die Unterstützung durch die Schulleitung (als einziges Schulmerkmal) prädiktiv für das mittlere Lehrerengagement war: Schulen mit unterstützenden Schulleitungen hatten engagiertere Lehrkräfte. Außerdem zeigte sich, dass Männer weniger engagiert waren als Frauen und ältere Lehrkräfte weniger als jüngere. Für die über die Schülerinnen und Schüler erhobenen Variablen Disziplin, sozioökonomischer Hintergrund und kognitive Leistungsfähigkeit zeigten sich hingegen keine Zusam-

menhänge mit dem Lehrerengagement. Für die emotionale Erschöpfung ergab eine analoge Mehrebenenanalyse einen Einfluss mangelnder Schülerdisziplin als einziges Merkmal auf Schulebene. Darüber hinaus zeigte sich auf Individual-ebene, dass Lehrkräfte mit höherem Alter weniger Engagement berichteten, dass eine zunehmende Anzahl zu unterrichtender Klassen mit höherer emotionaler Erschöpfung und dass eine als stark erlebte soziale Unterstützung im privaten Bereich mit geringerer Erschöpfung einherging.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Studie von Klusmann u. a. (2008b), dass Unterstützung durch die Schulleitung eine organisationsbezogene Ressource darstellt: Sie wirkte sich begünstigend auf das Engagement der Lehrkräfte aus. Zudem erwies sich mangelnde Schülerdisziplin sowie das Unterrichten in vielen verschiedenen Klassen als ein organisationsbezogener Risikofaktor: Beide Schulmerkmale sagten emotionale Erschöpfung der Lehrkräfte vorher. Außerdem sprechen die Befunde von Klusmann u. a. (2008b) dafür, dass die beträchtliche Varianz zwischen Lehrkräften in ihrem Engagement und ihrer emotionalen Erschöpfung vor allem durch Merkmale der Person, also durch ein unterschiedliches Erleben der identischen schulischen Bedingungen zustande kam und nur vergleichsweise wenig durch Schulleitungsunterstützung (für Engagement) bzw. Schülerdisziplin und Anzahl unterrichteter Klassen (für emotionale Erschöpfung) erklärt werden konnte.

Auch in den anderen oben zitierten Studien hatte sich typischerweise ein vergleichsweise geringerer Einfluss von Schulmerkmalen als von Personmerkmalen auf Wohlbefinden bzw. Burnout der Lehrkräfte gezeigt. Dies ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass typischerweise zwischen Schulen in Deutschland nur geringe Varianz im Burnout-Erleben und in verbundenen Variablen wie Lehrerselbstwirksamkeit oder Lehrerengagement besteht – so dass mit Schulmerkmalen entsprechend auch nur wenig Varianz aufgeklärt werden kann. Klusmann u. a. (2008b) verweisen darauf, dass in anderen Ländern im Vergleich zu Deutschland sehr viel größere Unterschiede zwischen Schulen bestehen. Entsprechend fanden Studien aus anderen Ländern beträchtliche Varianz zwischen Schulen hinsichtlich Lehrerzufriedenheit, Lehrercommitment, Selbstwirksamkeit oder ähnlicher Variablen (vgl. z. B. Ostroff 1992; Caprara u. a. 2003). In diesen Ländern können Schulen ihre Lehrkräfte oft selbst auswählen und haben größere Gestaltungsspielräume hinsichtlich ihrer organisationalen Strukturen, Lehrkräfte können sogar an unterschiedlichen Schulen durchaus unterschiedlich bezahlt werden. Da Schulen in Deutschland vergleichsweise ähnlich sind (z. B. weil Lehrkräfte vielerorts an Schulen zugewiesen und nicht von diesen ausgewählt werden können), kann wiederum nicht viel Varianz in der Lehrergesundheit durch Schulunterschiede aufgeklärt werden.

4.3 Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in Hochschulen

Dass auch Beschäftigte an Hochschulen in besonderem Maß von Burnout betroffen sein könnten, wird erst seit kurzer Zeit als Möglichkeit diskutiert (vgl. z. B. Spiewak 2011) – damit korrespondiert die Abwesenheit von epidemiologischen Studien zu dieser Beschäftigtengruppe in deutschsprachigen Ländern (vgl. Kapitel 3). Diese neu aufgekommene Diskussion ist sicher im Kontext der zahlreichen Reformen der letzten Jahre zu sehen, die den Beschäftigten an Hochschulen zahlreiche Neuanpassungen und Neuausrichtungen abverlangt haben. Eine unvollständige Liste der Veränderungen, die sich Hochschullehrenden und Hochschulleitungen in jüngster Zeit als Herausforderungen gestellt haben, enthält die Rücknahme staatlicher Regulierung bei gleichzeitiger Erweiterung der Verantwortung und Handlungsspielräume der Universitäten, die Verstärkung des Wettbewerbs (z. B. kompetitiv vergebene Drittmittel), die Einführung von Zielvereinbarungen und die damit einhergehende Leistungsabhängigkeit der Bezahlung, die Einführung der „Neuen Steuerung“ in der Verwaltung, die verstärkte Abhängigkeit von außeruniversitären Akteuren (z. B. Akkreditierungsagenturen), die Neustrukturierung des Studienangebots zu Bachelor- und Masterstudiengängen und die damit einhergehende Mehrbelastung mit Verwaltungstätigkeiten (z. B. Dokumentation von Studien- und Prüfungsleistungen), die mit der Einführung von Auswahlverfahren für Studienbewerber und mit deutlich erhöhten Studierendenzahlen einhergehende zeitliche Mehrbelastung und die mit der Etablierung von Qualitätssicherungsinstanzen („Peer Review“) stetig zunehmenden Gutachtertätigkeiten (z. B. für Publikationen und Drittmittelanträge) (vgl. vbw 2010, 2013; Faller 2012). Gleichzeitig kann das gesunkene Prestige des Berufs des Professors (siehe Abbildung 6) als eine Reduktion von Ressourcen oder Gratifikationen interpretiert werden (vgl. Siegrist 2002).

In ihrer Literaturanalyse zu Studien über Burnout bei vollzeitbeschäftigten Hochschullehrenden fanden Watts und Robertson (2011), dass Zeitdruck ein Risikofaktor für Burnout darstellt. Zudem ergaben sich eindeutige Zusammenhänge zwischen hohen Studierendenzahlen und Burnout. Hochschullehrende, die Postgraduierte unterrichteten, gaben an, stärker von dem Erleben geringer Wirksamkeit, von Depersonalisierung und emotionaler Erschöpfung (MBI) betroffen zu sein als andere Hochschullehrende. Umgekehrt erwiesen sich positive Beurteilungen von Studierenden als Schutzfaktor vor Burnout-Erleben. Eine in vielen Studien erfasste Variable, die soziale Unterstützung innerhalb der Hochschule, erwies sich ebenfalls fast ausnahmslos als burnoutreduzierend. Ein Beispiel stellt die Studie von van Emmerik (2002) dar. Die Angaben von gut 1.000 Beschäftigten einer

Hochschule in den Niederlanden zu berufsbezogener Unzufriedenheit und Burnout wurden mit dem Ausmaß in Beziehung gesetzt, in dem die Befragtenangaben (1) sozioemotionale Unterstützung von Vorgesetzten und im Kollegium zu erfahren, (2) ein unterstützendes Klima im jeweiligen Department zu erleben und (3) praktische Unterstützung im Department zu erhalten. Die regressionsanalytischen Ergebnisse zeigten, dass Unterstützung durch Vorgesetzte und im Kollegium in besonderem Maß berufsbezogene Unzufriedenheit und emotionales Erschöpfungserleben reduzierte. Darüber hinaus erwiesen sich ein unterstützendes Klima und praktische Assistenz insbesondere für weibliche Beschäftigte als zusätzlich das Erschöpfungserleben reduzierende Faktoren. Interessanterweise waren die ebenfalls erhobene sozioemotionale Unterstützung und praktische Assistenz durch den eigenen Lebenspartner oder die eigene Lebenspartnerin nicht prädiktiv für das berufsbezogene Unzufriedenheits- oder Burnout-Erleben.

4.4 Organisationsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren in vorschulischen Einrichtungen

Das in Abbildung 9 dargestellte forschungsleitende Modell, das dem STEGE-Projekt (vgl. Viernickel/Voss 2013) zugrunde liegt, ist geeignet, die komplexen Zusammenhänge darzustellen, die zwischen Merkmalen vorschulischer Einrichtungen und Merkmalen der in diesen Einrichtungen Tätigen, den erlebten Ressourcen und Anforderungen und Konsequenzen für das Beanspruchungserleben der Beschäftigten bestehen.

Als individuelle Merkmale werden subjektive und objektive Einschätzung der beruflichen Qualifikation, die AVEM-Erlebens- und Verhaltensstile sowie Belastungen und soziale Unterstützung im privaten Bereich betrachtet. Merkmale der Einrichtung werden in Strukturqualität und Organisations- bzw. Managementqualität unterschieden. Strukturqualität ist durch objektiv beschreibbare Parameter wie räumliche Bedingungen, Ausmaß der Fluktuation unter den Mitarbeitenden oder Erzieher-Kind-Schlüssel bestimmt. Diese Merkmale wirken direkt und vermittelt über die Organisations- und Managementqualität auf das Erleben von Beanspruchungen und Ressourcen: Ein Organisationsklima, das beispielsweise von hoher Transparenz, Anerkennung und Wertschätzung der Leistung der Erzieherinnen und Erzieher und hohen persönlichen Entscheidungsspielräumen gekennzeichnet ist, verstärkt die Wahrnehmung individueller und sozialer Ressourcen und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass die täglichen Herausforderungen der Tätigkeit subjektiv als überlastend erlebt werden. Anforderungen und Ressourcen werden durch differenzierte Aspekte der Tätigkeit des pädagogischen Personals

gemessen, wie z. B. Zusammenarbeit mit Eltern, Aufgabenvielfalt und -komplexität oder Lärm und körperliche Beanspruchungen.

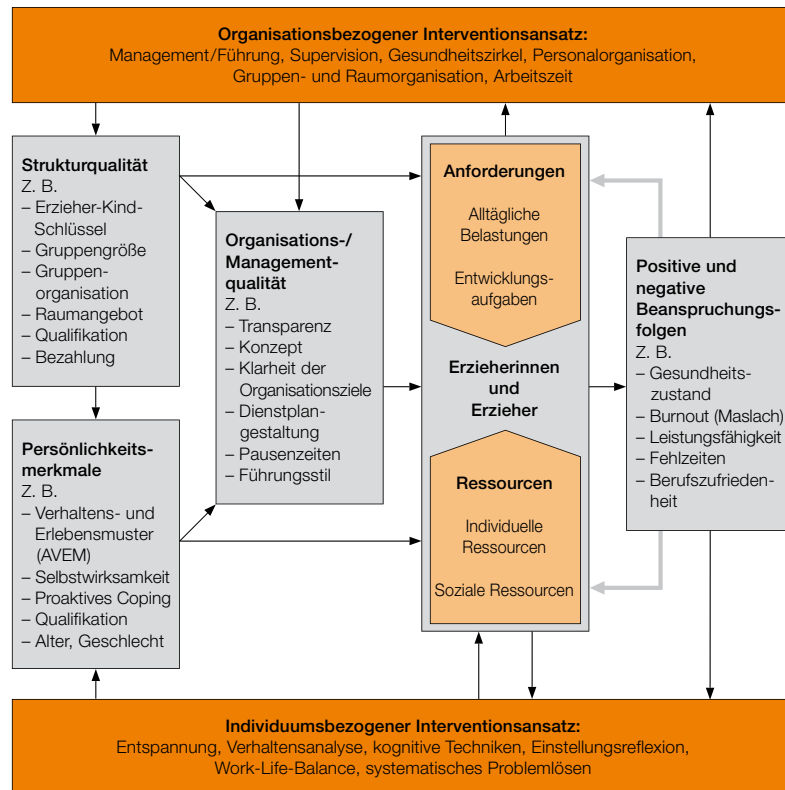


Abbildung 9: Heuristisches Modell über die Zusammenhänge zwischen persönlichen Merkmalen Beschäftigter in vorschulischen Einrichtungen, Merkmalen der vorschulischen Einrichtungen und über die erlebten Anforderungen und Ressourcen vermittelten Beanspruchungsfolgen (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 12)

Viernickel und Voss (2013, S. 118) zeigen, dass mit abnehmender Strukturqualität der vorschulischen Einrichtung die subjektive Gesundheit der Beschäftigten sinkt. So beschrieben in Einrichtungen mit hoher Strukturqualität 77,1 Prozent der Befragten ihre Gesundheit als sehr gut oder gut, jedoch nur 63,9 Prozent der in Einrichtungen mit mittlerer und 51,9 Prozent der in Einrichtungen mit

geringer Strukturqualität beschäftigten Fach- und Leitungskräfte. Analoge Ergebnisse zeigten sich für die Prävalenzraten psychischer Beeinträchtigungen. So berichteten 18,4 Prozent der in Kindertagesstätten mit guten Rahmenbedingungen Beschäftigten von einer psychischen Beeinträchtigung in den vergangenen zwölf Monaten (12,2 Prozent mit ärztlicher Diagnose), während es in den Einrichtungen mit mittlerer Strukturqualität 29,5 Prozent (17,1 Prozent mit Diagnose) und mit schlechter Strukturqualität sogar 43,7 Prozent (23,1 Prozent mit Diagnose) waren. Auch für Burnout zeigten sich diese Zusammenhänge: 10,2 Prozent (5,8 Prozent mit Diagnose) der Befragten aus Einrichtungen mit hoher Strukturqualität hatten sich im vergangenen Jahr ausgebrannt gefühlt gegenüber 18,4 Prozent (9,6 Prozent mit Diagnose) der Befragten aus Kindertagesstätten mit mittlerer und 31,1 Prozent (16,7 Prozent mit Diagnose) der Befragten aus Einrichtungen mit schlechter Strukturqualität. Dieselben Unterschiede zeigten sich auch für selbstberichtete (3,3 Prozent vs. 6,5 Prozent vs. 9,6 Prozent) und ärztlich diagnostizierte Depressionen (2,8 Prozent vs. 5,0 Prozent vs. 7,9 Prozent) (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 121).

Auch die AVEM-Muster der Befragten unterschieden sich in Abhängigkeit von der Strukturqualität der Einrichtung. Risikomuster A und B (urnout) waren bei Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen mit hoher Strukturqualität seltener zu beobachten (A: 15,0 Prozent, B: 15,5 Prozent) als in Kindertageseinrichtungen mit mittlerer (A: 23,0 Prozent, B: 26,6 Prozent) und hoher Strukturqualität (A: 29,3 Prozent, B: 34,9 Prozent). Umgekehrt zeigten sich das Gesundheitsmuster, interessanterweise aber auch das Schonungsmuster, häufiger in Kindertagesstätten mit hoher Strukturqualität (G: 27,3 Prozent, S: 42,1 Prozent) als in Einrichtungen mit mittlerer (G: 16,4 Prozent, S: 34,1 Prozent) und geringer Strukturqualität (G: 9,7 Prozent, S: 26,2 Prozent) (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 133). Es scheint, die Bewältigungsstrategien der Befragten sind nicht nur – wie im theoretischen Rahmenmodell der STEGE-Studie angenommen – als individuelle Bewältigungsstrategien zu betrachten, die die Beschäftigten mitbringen, sondern sie sind auch eine Reaktion auf die im Beruf erlebten Anforderungen und Ressourcen. Zusammengefasst ergeben sich aus der STEGE-Studie klare Hinweise darauf, dass strukturelle Merkmale des Arbeitsplatzes einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Gesundheit der in vorschulischen Einrichtungen tätigen Fach- und Leitungskräfte haben.

Neben den in der STEGE-Studie detailliert untersuchten Strukturmerkmalen des Arbeitsplatzes von pädagogischen Fachkräften in Vorschuleinrichtungen müssen als weitere relevante potenzielle Belastungsfaktoren die Merkmale von „Emotionsarbeit“ für die Tätigkeit des Erziehungspersonals gelten. Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini und Holz (2001) erhoben in einem Sample von 140 Erzieherinnen und

Erziehern aus 70 verschiedenen Kindergärten in Deutschland Belastungsmerkmale von Emotionsarbeit mithilfe der fünf Subskalen der „Frankfurt Emotion Work Scale“ (Zapf u. a. 1999): (1) die Anforderung, positive Emotionen gegenüber Klienten zeigen zu müssen (z. B. Freude über den Arbeitserfolg eines Kindes ausdrücken), (2) die Anforderung, negative Emotionen gegenüber Klienten zeigen zu müssen (z. B. Enttäuschung darüber, dass ein Kind sich nicht an eine Vereinbarung gehalten hat), (3) die Anforderung, die Gefühle der Klienten aufmerksam wahrnehmen zu müssen (z. B., ob ein Kind ängstlich ist), (4) die Frage, in welchem Ausmaß Interaktionen mit den Klienten selbst gestaltet werden können (z. B. Entscheidung darüber, wie lange sie dauern), und (5) das Ausmaß, in dem Gefühle gezeigt werden müssen, die den eigenen wahren Gefühlen nicht entsprechen bzw. umgekehrt erlebte Gefühle unterdrückt werden müssen, weil sie im Kontext der beruflichen Tätigkeit unerwünscht sind (sogenannte emotionale Dissonanz). Zapf u. a. (2001) fanden, dass die Anforderungen der Emotionsarbeit mit anderen berufsbezogenen Stressoren überlappten: Insbesondere zum Zeitdruck zeigten sich deutliche Korrelationen, die durch die Drittvariable „Anzahl der Klientenkontakte“ gestiftet sein dürften. Zudem fanden sie, dass starke Anforderungen durch Emotionsarbeit Burnout (gemessen mit dem MBI) vorhersagten, auch nachdem der Einfluss üblicher anforderungsbezogener (z. B. Zeitdruck, Unsicherheit) und sozialer Stressoren am Arbeitsplatz (z. B. mangelnde Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte) kontrolliert worden waren. Zapf und Holz (2006) fanden, dass das Ausmaß erlebter emotionaler Dissonanz (siehe (5)) ein Prädiktor für Stresserleben war, wohingegen der Ausdruck positiver Emotionen (siehe (1)) und hohe Sensitivitätsanforderungen (siehe (3)) sogar günstige Auswirkungen auf das Erleben persönlicher Wirksamkeit hatten. Das Erfordernis, negative Emotionen zu zeigen (siehe (2)), hatte hingegen keinen Effekt auf die verschiedenen Dimensionen des Burnout-Erlebens.

Ein weiterer potenzieller Belastungsfaktor für in vorschulischen Einrichtungen Tätige kann darin gesehen werden, dass auch von dieser Beschäftigtengruppe in den vergangenen Jahren zahlreiche Neuanpassungsleistungen verlangt wurden, bedingt durch umfangreiche Reformen der vorschulischen Bildung und Erziehung. Wie der **AKTIONSRAT BILDUNG** (vgl. vbw 2012) dargelegt hat, haben im Zuge der Etablierung eines Monitoringsystems für die Qualität deutscher Schulen auch Reformbemühungen mit dem Ziel der Optimierung der vorschulischen Bildung eingesetzt, als deren Ergebnis Bildungspläne für den frühpädagogischen Bereich etabliert wurden, die neben der Förderung der allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung der Kinder auch eine Unterstützung der Entwicklung in spezifischen Kompetenzbereichen, wie z. B. Vorläuferkompetenzen für Mathematik und Lesen und die spezielle Sprachförderung für Kinder mit nichtdeutscher

Erstsprache, vorsehen. Nicht nur, dass die Erzieherinnen und Erzieher entsprechende Lernangebote in die Alltagsaktivitäten ihrer Einrichtung integrieren müssen, darüber hinausgehend wird von ihnen erwartet, dass sie diagnostische Kompetenz mitbringen, die die Identifikation von förderbedürftigen Kindern ermöglicht. Auf diese Weise sollen sie zur Reduktion sozialer Ungleichheit beitragen und insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien auf eine erfolgreiche Schulkarriere vorbereiten, u. a. durch Einbezug der Eltern in die Arbeit der Einrichtung. Weitere Veränderungen im Anforderungsprofil für Erzieherinnen und Erzieher gehen damit einher, dass Eltern inzwischen einen Anspruch auf Betreuung auch von Kindern unter drei Jahren (ab dem vollendeten ersten Lebensjahr) und von Kindern mit Beeinträchtigungen haben. Auf diese neuen Aufgaben sind viele der heute in vorschulischen Einrichtungen Beschäftigten in ihrer fachschulischen Ausbildung nicht vorbereitet worden (vgl. vbw 2012, S. 19ff.). Dass der Umgang mit diesen Anforderungen eine Belastung für das Leitungspersonal in vorschulischen Einrichtungen darstellen kann, ergibt sich aus einer Studie von Nagel-Prinz und Paulus (2012). In einer Gelegenheitsstichprobe von 35 Leitungspersonen in Kindertagesstätten aus Niedersachsen führten sie qualitative Interviews durch. Gesundheitliche und berufsbezogene Belastungen sollten die Interviewten auf dem COPSOQ angeben. Dieser Fragebogen wurde parallel auch bei 255 Gruppenfachkräften ohne Leitungsverantwortung aus denselben Einrichtungen erhoben. Die Interviews mit dem Leitungspersonal der Kindertagesstätten ergaben, dass von ihnen die folgenden Anforderungen als negativ belastende Stressoren erlebt wurden: (1) wachsende Anforderungen von Seiten der Politik und der Träger an die Kindertageseinrichtungen, ohne dass hierfür weitere Ressourcen oder Freistellungen für die Leitung zur Verfügung gestellt werden würden, (2) die aus der Doppelaufgabe als Erzieherin bzw. Erzieher und Leitungsperson resultierende Rollendiffusion, (3) ein zu hohes Maß an parallel zu bewältigenden Aufgaben, insbesondere auch ein hohes Aufkommen an zu verarbeitenden Informationen, (4) mangelnde Kooperation und Kommunikation mit dem Träger, (5) ein Übermaß an Vorschriften und zunehmend zeitaufwändigen bürokratischen Aufgaben sowie (6) die Wahrnehmung von Aufgaben, die nicht Teil der Ausbildung waren. Als positive Herausforderungen oder Ressourcen erlebten die Leitungspersonen (1) das durch einen hohen Gestaltungsspielraum und eine hohe Sinnhaftigkeit gekennzeichnete Aufgabenprofil, das eine hohe Identifikation erlaubt und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten bietet, (2) die Möglichkeit, durch Wechsel zwischen Leitungs- und Gruppendienst Ausgleich zu finden, (3) gute Zusammenarbeit mit dem Träger, inklusive der Wahrnehmung von Weiterbildungsangeboten oder Coaching bzw. Supervision, (4) ein gutes Klima im Team, (5) Kommunikation mit den Eltern und (6) die Beobachtung und Be-

gleitung kindlicher Lern- und Entwicklungsprozesse. Obwohl die Leitungspersonen die Stressoren als erheblich erlebten, beschrieben sie ihre Aufgabe als bewältigbar und insgesamt erfüllend. Der Vergleich der Angaben der Leitungskräfte mit denen der Fachkräfte ohne Leitungsfunktionen auf dem COPSOQ ergab, dass die Leitungskräfte auf der einen Seite mehr Entwicklungsmöglichkeiten, Gestaltungsoptionen, eine höhere Arbeitszufriedenheit und stärkere Verbundenheit mit ihrem Arbeitsplatz beschrieben, auf der anderen Seite aber auch signifikant mehr Anforderungen, ein höheres emotionales Anforderungsniveau und entsprechend auch mehr kognitive Stresssymptome berichteten als die Fachkräfte ohne Leitungsfunktionen.

Auch in der STEGE-Studie (vgl. Viernickel/Voss 2013) zeigte sich, dass Ressourcen, die von einer guten Organisations- bzw. Managementqualität (vgl. Abbildung 9) ausgehen, in vorschulischen Einrichtungen als sehr gut ausgeprägt bezeichnet werden können. So beschrieben beispielsweise über 90 Prozent der Befragten, dass der Austausch in ihrem Team gut sei, dass nach gemeinsamen Lösungswegen gesucht werde, die eigene Arbeit im Kreis der Kolleginnen und Kollegen hohe Anerkennung finde, die eigene Arbeit selbstständig geplant und gut mit dem Privatleben vereinbart werden könne (vgl. Viernickel/Voss 2013, S. 71ff.).

4.5 Personbezogene Risiko- und Schutzfaktoren bei Beschäftigten im Bildungswesen

4.5.1 Studien- und Berufswahlmotive von Lehramtsstudierenden

Hinter der Annahme, dass vor allem Individualfaktoren für hohe Prävalenzraten von Burnout im Lehramtsberuf verantwortlich sein könnten, verbirgt sich die Vorstellung, dass insbesondere solche Personen den Lehramtsberuf anstreben, die dazu neigen, auf Stressoren ungünstig zu reagieren (für eine Kritik dieses persönlichkeitspsychologischen Zugangs siehe Rothland 2009). Zur Beantwortung der Frage, ob eine spezifische Selektion von Menschen den Lehramtsberuf anstrebt, sind Studien einschlägig, die die Studien- und Berufsmotivation Lehramtsstudierender im Allgemeinen analysieren und Untersuchungen, die Unterschiede in den Eingangsvoraussetzungen zwischen Lehramtsstudierenden und Studierenden anderer Studiengänge beschrieben haben (für einen Überblick über einschlägige Studien siehe Rothland 2011).

Die Studien- und Berufsmotivation Lehramtsstudierender betreffend zeigen verschiedene Studien relativ konsistent, dass eine soziale Orientierung persönlicher

Interessen oder spezifischer ein pädagogisches Interesse, nämlich der Wunsch, mit Kindern oder Jugendlichen zu arbeiten, für die Wahl eines Lehramtsstudiums maßgeblich ist (und zwar insbesondere für Studierende, die eine Tätigkeit im Primarschulbereich anstreben), gefolgt von einem Interesse für die eigenen Unterrichtsfachdomänen (vgl. Ulich 2004; Herzog u. a. 2007; Watt/Richardson 2007; Klusmann u. a. 2009; Nieskens/Müller 2009; Rothland 2010b, 2011; Retelsdorf/Möller 2012).

Die Frage, ob Studierende der Lehramter sich von Studierenden anderer Fachrichtungen in ihren Eingangsvoraussetzungen unterscheiden, ist verschiedentlich untersucht worden. Klusmann, Trautwein, Lüdtke, Kunter und Baumert (2009) haben die These einer Negativselektion Lehramtsstudierender durch den Vergleich der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit und der allgemeinen beruflichen Interessen nach Holland (1997) in einer für Baden-Württemberg repräsentativen Stichprobe von Abiturientinnen und Abiturienten untersucht, die entweder ein Lehramt oder ein anderes Hochschulstudium anstrebten. Die Befunde sprechen gegen die These einer generellen Negativselektion Lehramtsstudierender. Wohl aber zeigte sich innerhalb der Gruppe dieser Studierenden eine Negativselektion für Studierende mit dem Studienabschlussziel Primarschule, Sonderschule, Hauptschule oder Realschule: Sie waren den Studienanfängern mit angestrebter Tätigkeit im Gymnasium in ihren allgemeinen kognitiven Fähigkeiten (Abiturnote, kognitive Fähigkeiten, Mathematik- und Englischtestleistung) unterlegen, wohingegen die Studierenden des Gymnasiallehramts sich in diesen Maßen nicht von Studierenden anderer Fächer unterschieden. Für die allgemeinen beruflichen Interessen zeigten sich hingegen deutliche Unterschiede auch zwischen Gymnasiallehramtsstudierenden und Studierenden anderer Fächer. Während Erstere ein vergleichsweise geringeres praktisch-technisches, intellektuell-forschendes und konventionelles Interesse angaben, waren bei ihnen künstlerisch-sprachliche und soziale Interessen stärker ausgeprägt als bei Nichtlehramtsstudierenden. Unter den Lehramtsstudierenden verschiedener Schultypen zeigten Studierende mit Berufsziel Gymnasiallehrkraft ein stärker ausgeprägtes intellektuell-forschendes und ein geringeres soziales Interesse als Studierende aus anderen Lehramtsstudiengängen. Insgesamt erwies sich eine starke soziale Orientierung im besonderen Maß prädiktiv für die Wahl eines Lehramtsstudiums, relativ zu anderen Studiengängen. Diese Ergebnisse replizieren im Wesentlichen die einer älteren Studie von Gold und Giesen (1993).

Konsistent mit den von Klusmann u. a. (2009) gefundenen Unterschieden in den allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und beruflichen Interessen Lehramtsstudierender mit unterschiedlichen Schultypberufszielen sind auch die Befunde von Retelsdorf und Möller (2012). Sie erfassten Erfolgserwartungen (Fähigkeitsüber-

zeugung, wahrgenommene Aufgabenschwierigkeit) und Werte (intrinsisch: pädagogisches Interesse, fachliches Interesse; extrinsisch: Nützlichkeit) gegenüber dem Lehramtsstudium in einer Stichprobe von 3.449 Lehramtsstudierenden. Nach Kontrolle des Einflusses von Geschlecht, sozioökonomischem Hintergrund, kognitiven Fähigkeiten und Persönlichkeitsvariablen (Kurzversion der „Big Five“ zur Messung von Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit) fanden sie, dass ein starkes Interesse an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit der Wahl des Lehramts für die Grundschule oder Sekundarstufe I verbunden war, hingegen starkes Interesse am eigenen Unterrichtsfach mit der Wahl eines Gymnasiallehramts. Darüber hinaus erhöhten gute Abiturnoten, hohe Fähigkeitsüberzeugungen, die Wahrnehmung einer hohen Schwierigkeit des Studiums und eine hohe Wahrnehmung der finanziellen Nützlichkeit (z. B. „... weil ich als Lehrer finanziell abgesichert bin“) die Wahrscheinlichkeit der Wahl eines Gymnasiallehramts (und verringerten die der Wahl eines Grundschullehramts).

Die Studie von Spinath, van Ophuysen und Heise (2005) geht über die von Klusmann u. a. (2009) und Retelsdorf und Möller (2012) insofern hinaus, als sie nicht nur Lehramtsstudierende nach dem angestrebten Schultyp unterschieden, sondern auch in der Vergleichsgruppe anderer Studierender nach deren Fachwahl differenziert haben. Um das Stereotyp zu untersuchen, dass der prototypische Lehramtsstudierende „mit wenigen außerschulischen Lebenserfahrungen von der Schule kommend, geringe Aspirationen hat, sowohl was das Kennenlernen außerschulischer Arbeits- und Lebensbereiche angeht als auch betreffs seiner Karriere (...) mit geringen Ausprägungen kognitiver Lern- und Leistungsvoraussetzungen“ (Spinath/van Ophuysen/Heise 2005, S. 188), prüften sie durch den Vergleich von insgesamt 365 Studierenden mit dem Berufsziel Lehramt Primarstufe, Sekundarstufe I, Sekundarstufe II, Sonderpädagogik, Diplompädagogik, Diplom in den MINT-Fächern oder Diplom im Bereich Wirtschaftswissenschaften. Erhoben wurden Intelligenz, Lesekompetenz und Leistungsmotivation. Die Autorinnen finden kaum Unterschiede zwischen den Studierenden der verschiedenen Lehramter (außer einer höheren Intelligenz der Sonderpädagogikstudierenden), interpretieren dies jedoch mit Vorsicht aufgrund der nur kleinen Substichproben. Interessanterweise zeigen sich ebenfalls keinerlei Unterschiede zwischen Lehramtsstudierenden und Studierenden mit dem Studienabschlussziel Diplom-Pädagoge bzw. -Pädagogin. Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch beim Vergleich der Lehramtsstudierenden mit den Studierenden der inhaltlich nicht verbundenen Studienrichtungen MINT und Wirtschaftswissenschaften: Die Lehramtsstudierenden für Regelschulen hatten geringere Ressourcen in Form allgemeiner kognitiver Grundfähigkeiten als die Studierenden mathe-

matischer, natur- und ingenieurwissenschaftlicher Studiengänge und erzielten auf verschiedenen Skalen zur Erfassung der Leistungsmotivation geringere Werte.

Während die Studie von Spinath, van Ophuysen und Heise (2005) insofern über die von Klusmann u. a. (2009) und Retelsdorf und Möller (2012) hinausgeht, als die Vergleichsgruppen Studierender nach ihren Fachrichtungen eingeteilt wurden, müsste genau genommen auch innerhalb der Gruppe der Lehramtsstudierenden eine Differenzierung nach Fachrichtung vorgenommen werden, um unterscheiden zu können, ob die Wahl des Lehramts – im Vergleich zur Wahl eines anderen Ausbildungsziels innerhalb der gleichen fachlichen Domäne – mit spezifischen Personmerkmalen verbunden ist. Dies hat eine Studie von Kaub u. a. (2012) versucht. Sie haben bei insgesamt 227 Lehramtsstudierenden (u. a.) kognitive Leistungsfähigkeit, berufliche Interessen (nach Holland 1997) und Studienzufriedenheit gemessen, und zwar bei Lehramtsstudierenden der Naturwissenschaften, der Geisteswissenschaften, der Sprachwissenschaften, der Sportwissenschaften und Mischtypen. Lehramtsstudierende mit naturwissenschaftlichen Fachkombinationen verfügten zwar über günstigere kognitive Eingangsvoraussetzungen als die Lehramtsstudierenden anderer Fachrichtungen, passten aber von ihren Interessen her weniger zur sozialen Umwelt des Lehramtsberufs, so dass sie auch eine geringere Zufriedenheit mit ihrem Studium angaben.

Wird versucht, die Ergebnisse der Studien von Klusmann u. a. (2009) und Retelsdorf und Möller (2012) mit denen von Spinath, van Ophuysen und Heise (2005) zu integrieren, so kristallisiert sich heraus, dass Lehramtsstudierende von Studierenden bestimmter Fachrichtungen – nämlich der MINT-Fächer und der Wirtschaftswissenschaften – negativ in ihren allgemeinen kognitiven Grundfähigkeiten abweichen, nicht aber von Studierenden, die ein inhaltlich-affines Fach ohne Lehramtsoption gewählt haben (Diplompädagogik). Unterschiede in den beruflichen Interessen lassen sich auch beim Vergleich Lehramtsstudierender mit Studierenden aller anderen Studiengänge feststellen. Unterschiede zuungunsten Studierender des Lehramts der Primarstufe zu anderen Lehramtsstudierenden ließen sich jedoch nur in den vergleichsweise großen Stichproben von Klusmann u. a. (2009) und von Retelsdorf und Möller (2012) feststellen.

Zusammengefasst liefern die genannten Studien für die These, dass Studierende, die das Lehramt anstreben, möglicherweise eine negative Selektion von Personen darstellen, die besonders anfällig für psychische Beeinträchtigungen und Burn-out sind, keine Anhaltspunkte.

4.5.2 Subjektive Sicherheit der Berufswahl von Lehramtsstudierenden

Eine weitere Variable, die im Kontext der These einer möglichen Negativselektion Lehramtsstudierender geprüft wurde, ist, ob im Lehramtsstudium – relativ zu anderen Studiengängen – Personen überrepräsentiert sind, die dieses Studium aus Unsicherheit, aus Mangel an Alternativen oder als Zweitwunsch gewählt haben. Zwar verweisen die Befunde von Bauer u. a. (2011) sowie Willich, Buck, Heine und Sommer (2011) eher auf eine im Mittel hohe subjektive Sicherheit Lehramtsstudierender hinsichtlich ihrer Berufswahl. Dennoch scheint es unter den Lehramtsstudierenden Teilgruppen zu geben, auf die dies nicht zutrifft und die sich dann als vulnerable Gruppe für die Entwicklung von Burnout-Symptomen erweisen. Als eine solche Risikogruppe wären Studierende auszumachen, die erst sehr spät eine Entscheidung für ein Lehramtsstudium getroffen haben und die eine hohe Unsicherheit angeben, ob sie den richtigen Beruf gewählt haben, oder Studierende, die das Lehramt erst in zweiter Wahl nach einem abgebrochenen Erststudium aufgenommen haben (sogenannte Fallback Career; vgl. Watt/Richardson 2007; Eder 2008; Rothland 2011).

So konnte Rothland (2011) zeigen, dass Lehramtsstudierende des Musters G auf den AVEM-Mustern (vgl. Schaarschmidt/Fischer 1996) mit ihrem Studium am zufriedensten waren und ihre Berufsaussichten und den eigenen zukünftigen Berufserfolg zugleich als besonders hoch einschätzten. Umgekehrt stieg mit zunehmender Entscheidungsunsicherheit für das Lehramtsstudium der Anteil der Risikomustertypen und der Anteil des wünschenswerten Gesundheitsmusters nahm ab. Auch der Zeitpunkt der Entscheidung für den Beruf Lehramt erwies sich als bedeutsam: Der Anteil des Gesundheitsmusters war bei Lehramtsstudierenden mit einer biografisch verankerten Berufswahlentscheidung am häufigsten vertreten, während umgekehrt mit einem zunehmend späteren Entscheidungszeitpunkt die Risikomuster, vor allem aber die Anteile des Schonungsprofils, zunahmen. Erwartungswidrig erwies sich die Entscheidung für das Lehramtsstudium als zweite Wahl nicht als bedeutsam für die Vorhersage der Musterzugehörigkeit.

4.5.3 Berufsbezogene Verhaltensstile oder Selbstregulationsstile

Ein weiteres Personmerkmal, das hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit als Risiko- oder Schutzfaktor für Burnout untersucht worden ist, sind berufsbezogene Verhaltensstile oder Selbstregulationsstile. Mithilfe des Fragebogens zur Erfassung

arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; vgl. Schaarschmidt/Fischer 1996) wurden in zahlreichen Untersuchungen Unterschiede zwischen Personen darin identifiziert, wie sie den Lehramtsberuf erleben und sich ihm gegenüber verhalten.

Rothland (2011) zeigte in einer Stichprobe von 1.337 Lehramtsstudierenden von fünf deutschen Universitäten, dass über 30 Prozent der Studierenden den beiden Risikomustern zuzuordnen waren (A: 16,5 Prozent, B: 15,5 Prozent), 35 Prozent dem Gesundheitsmuster und 33 Prozent dem Schonungstyp entsprachen. Der Anteil der den Risikotypen zugehörigen Personen lag damit deutlich unter den typischerweise von Schaarschmidt und Mitarbeitenden bei berufstätigen Lehrkräften gefundenen 40 bis 60 Prozent (vgl. Kieschke/Schaarschmidt 2008) und unterhalb der 75 Prozent, die Schaarschmidt (2005) bei Lehramtsstudierenden mit Zweifeln bezüglich ihrer Berufswahl als den beiden Risikotypen zugehörig klassifizierte.

Verschiedene Studien zeigten systematische Zusammenhänge zwischen den AVEM-Mustern und Burnout. Klusmann u. a. (2008a) unterwarfen die Angaben, die die von ihnen untersuchten 1.789 Mathematiklehrkräfte auf Skalen zu den AVEM-Typen (vgl. Schaarschmidt/Fischer 1996) gemacht hatten und die die Stärke ihres beruflichen Engagements (Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben) und ihre berufsbezogene Widerstandsfähigkeit (Distanzierungsfähigkeit, niedrige Resignationstendenz nach Misserfolgen, offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit) erfassten, einer latenten Profilanalyse. Es ergaben sich vier Selbstregulationstypen (die mit den vier von Schaarschmidt beschriebenen Typen kompatibel sind), die entweder in beiden Variablen eine hohe Ausprägung hatten („healthy-ambitious“: hohes Engagement, großer beruflicher Ehrgeiz), auf beiden Skalen eine niedrige Ausprägung hatten („unambitious“), auf der Engagement-Skala eine hohe und auf der Widerstandsskala eine geringe Ausprägung hatten („excessively ambitious“) oder auf der Widerstandsskala eine hohe und auf der Engagement-Skala eine geringe Ausprägung hatten („resigned“). Es zeigte sich, dass die Lehrkräfte des „healthy-ambitious“ Typs signifikant weniger emotionale Erschöpfung und mehr Berufszufriedenheit berichteten als die nicht ambitionierten Lehrkräfte, die wiederum weniger emotional erschöpft waren und eine stärkere Berufszufriedenheit angaben als die beiden Risikotypen exzessiv Engagierter oder Resignierter (die sich auf beiden Maßen nicht voneinander unterschieden). Zusammengefasst zeigen diese Studien, dass überengagierte Lehrkräfte mit wenig Widerstandspotenzial und resignierte Lehrkräfte ohne Engagement und ohne Widerstandskraft am stärksten burnoutgefährdet sind, hohes Engagement bei gleichzeitig hoher Widerstandskraft hingegen einen Schutzfaktor darstellt.

Berufsbezogene Verhaltens- und Selbstregulationsmodi können im Sinne des transaktionalen Stressmodells (vgl. Lazarus/Launier 1978, 1981) als Bewältigungsmechanismen verstanden werden, die zwischen berufsbezogenen Stressoren und der Stressreaktion des Individuums vermitteln. In einem ähnlichen Verständnis haben Lehr, Schmitz und Hillert (2008) psychosomatisch erkrankte Lehrkräfte mit gesunden Lehrkräften hinsichtlich ihres Stressbewältigungsverhaltens verglichen (vgl. Kapitel 4.2.2). Während sich zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede bezüglich soziodemografischer Merkmale wie Geschlecht, Alter, Partnerschaftsstatus und ähnlicher Faktoren fanden, zeigten die gesunden Lehrkräfte – nach Kontrolle des Einflusses organisationaler Arbeitsbedingungen wie z. B. Klassengrößen, Berufserfahrung und Schulgröße – ein stärker flexibel-kompensierendes Bewältigungsmuster als die erkrankten.

4.5.4 Leistungszielorientierung

Ein weiteres als potenzieller Risiko- oder Schutzfaktor für Burnout untersuchtes Personmerkmal stellen Leistungszielorientierungen dar. Das Konzept der motivationalen Zielorientierungen (vgl. Dweck/Leggett 1988) differenziert zwei verschiedene motivationale Lagen, die in leistungsthematischen Situationen eingenommen werden können (für die Erfassung siehe Spinath u. a. 2002). Lernzielorientierte Personen sehen solche Situationen eher als Chance für Kompetenzzuwachs, während leistungszielorientierte Personen in herausfordernden Leistungssituationen ihr Handeln danach ausrichten, möglichst Fehler zu vermeiden und von anderen positiv bewertet zu werden. In einer Studie von Tönjes und Dickhäuser (2009) wurde mithilfe pfadanalytischer Methoden bei zwei Lehrerstichproben in einem längsschnittlichen Design aufgezeigt, dass emotionale Erschöpfung und reduziertes Wirksamkeitserleben als Teilaspekte des Burnout-Syndroms durch Leistungsvermeidungsziele der Lehrkräfte vorhergesagt werden können. Lehrkräfte, die berufliche Herausforderungen – wie z. B. ein schwieriges Elternpaar oder undiszipliniertes Schülerverhalten – als Chance für berufliche Weiterentwicklung interpretieren, sind demnach weniger burnoutgefährdet als Lehrkräfte, die vor allem daran orientiert sind, eine in den Augen anderer gute Leistung zu zeigen.

4.5.5 Selbstwirksamkeit

Ein vielfach als potenzieller Risiko- oder Schutzfaktor vor Burnout untersuchtes Personmerkmal ist die sogenannte Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit meint die Überzeugung, in der Lage zu sein, Handlungen zu zeigen, die zu bestimmten gewünschten Ergebnissen führen, und zwar auch dann, wenn Schwierigkeiten auftreten (vgl. Bandura 1977). Von einer allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung werden domänenspezifische unterschieden. Für die auf die Tätigkeit als Lehrkraft bezogene Selbstwirksamkeit sind verschiedene Messinstrumente vorgelegt worden. Eine eindimensionale Skala wurde von Schmitz und Schwarzer (2000) entwickelt. Multidimensionale Skalen liegen von Tschannen-Moran und Woolfolk Hoy (2001) vor, die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf die drei Dimensionen „Instructional Strategies“, „Classroom Management“ und „Student Engagement“ unterscheiden. Das Instrument von Skaalvik und Skaalvik (2007) differenziert sechs Subskalen zu den Bereichen „Instruction“, „Adapting Education to individual Students' Needs“, „Motivating Students“, „Keeping Discipline“, „Cooperating with Colleagues and Parents“ und „Coping with Changes and Challenges“. Brouwers und Tomic (2001) unterscheiden in ihrer „Teacher Interpersonal Self-Efficacy Scale“ drei Subskalen, die auf Lehrerselbstwirksamkeit in den Anforderungsbereichen „Classroom Management“, „Eliciting Support from Colleagues“ und „Eliciting Support from Principals“ bezogen sind.

Zahlreiche Studien belegen, dass eine hohe auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche des Lehramtsberufs bezogene Selbstwirksamkeit einen Schutzfaktor vor Burnout darstellt. Ein systematischer Literaturüberblick wurde beispielsweise von Brown (2012) vorgelegt. In allen elf von ihr analysierten Studien zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Lehrerselbstwirksamkeit und Burnout im Allgemeinen und zwischen Lehrerselbstwirksamkeit und der Burnout-Subdimension Depersonalisierung im Besonderen. In ihrer Stichprobe von 244 Grundschul- und Sekundarschullehrkräften fanden Skaalvik und Skaalvik (2007) einen starken Zusammenhang zwischen Lehrerselbstwirksamkeit (gemessen über die oben beschriebenen sechs Subskalen) und Burnout (gemessen mit dem MBI). Sie erfassten weiterhin die Wirksamkeitserwartungen, die die Befragten bezüglich der Gruppe der Lehrkräfte an der eigenen Schule hatten („Collective Teacher Efficacy“; Beispiellitem: „As teachers of this school we can get even the most difficult students engaged in their schoolwork“). In einem Strukturgleichungsmodell konnten sie zeigen, dass eine hohe kollektive Wirksamkeitsüberzeugung zwar nicht direkt auf Burnout wirkte, wohl aber die individuelle Selbstwirksamkeitsüberzeugung verstärkte (0,64), die ihrerseits einen Schutzfaktor vor Burnout darstellte (-0,76) (siehe Skaalvik/Skaalvik, 2007, S. 620, Abbildung 1).

Schwarzer und Hallum (2008) fanden in einer querschnittlichen Analyse ihres Samples syrischer (N = 608) und deutscher (N = 595) Lehrkräfte, dass der Einfluss von Selbstwirksamkeit auf Burnout (gemessen mit dem MBI) vermittelt über die Wahrnehmung von Stress (gemessen mit dem Inventar von Enzmann/Kleiber 1989b, das verschiedene unangenehme Erfahrungen am Arbeitsplatz erfragt; z. B. „I feel stressed by being responsible for others“) im Beruf zustande kommt. Dies galt in besonderem Maß für junge Lehrkräfte und für Lehrkräfte mit einer geringen generellen Selbstwirksamkeit. In einer zweiten über den Verlauf eines Jahres längsschnittlich angelegten Untersuchung von 458 deutschen Lehrkräften fanden Schwarzer und Hallum (2008) den mediierten Zusammenhang mithilfe von „Cross-lagged-Panel“-Analysen und Strukturgleichungsmodellen bestätigt: Selbstwirksamkeit zum ersten Messzeitpunkt sagte Burnout zum zweiten Messzeitpunkt vorher, nicht aber umgekehrt Burnout zum ersten Zeitpunkt die Selbstwirksamkeit zum zweiten Zeitpunkt und Selbstwirksamkeit zum ersten Zeitpunkt sagte Burnout zum zweiten Zeitpunkt nicht direkt, sondern nur vermittelt über Erleben von Stress am Arbeitsplatz vorher.

Evers, Brouwers und Tomic (2002) fanden, dass Lehrkräfte mit einer hohen Selbstwirksamkeit angesichts der Anforderung, eine didaktische Reform in der eigenen Unterrichtspraxis durchzusetzen (Einführung des sogenannten Study-Home-Systems in den Niederlanden), weniger emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung und ein höheres Wirksamkeitserleben auf dem MBI berichteten als Lehrkräfte, die sich als wenig selbstwirksam gegenüber der Umsetzung der Reform wahrnahmen.

Zusammengefasst kann eine starke auf die mit der Lehrertätigkeit verbundenen Anforderungen und Tätigkeiten bezogene Selbstwirksamkeit als Schutzfaktor vor Überlastungserleben und Burnout gelten.

4.5.6 Allgemeine Persönlichkeitseigenschaften

Verschiedene Autoren haben postuliert, dass hohe Ausprägungen von vier der fünf Persönlichkeitseigenschaften der „Big Five“ (vgl. McCrae/Costa 1999), nämlich Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit und Extraversion, hilfreich für eine erfolgreiche Tätigkeit im Lehramtsberuf sind, da sie mit den berufsspezifischen Anforderungen korrespondieren – also z. B. dazu führen, dass die Person die vielfältigen sozialen Kontakte nicht als (emotional) belastend, sondern als motivierend erlebt (vgl. Getzels/Jackson 1970; Cano-García/Padilla-Muñoz/Carrasco-Ortiz 2005; Kokkinos 2007). Umgekehrt sollte eine hohe Ausprägung der fünften Personeigenschaft, Neurotizismus, als Tendenz zu emotionaler Labilität und ne-

gativer Befindlichkeit (vgl. McCrae/Costa 1999), ungünstig für Erfolg im Lehramtsberuf sein. Als Beleg für diese These fanden beispielsweise Klusmann, Kunter, Voss und Baumert (2012) in einer Stichprobe von über 800 Lehramtskandidaten im Vorbereitungsdienst, dass hoher Neurotizismus einen Risikofaktor für starkes Belastungserleben, hingegen eine starke Gewissenhaftigkeit einen Schutzfaktor vor Belastungserleben darstellte.

Allerdings hängen die Persönlichkeitseigenschaften der „Big Five“ generell mit Erfolg und geringem Belastungserleben im Beruf positiv (z. B. Gewissenhaftigkeit) oder aber negativ (z. B. Neurotizismus) zusammen – unabhängig von der spezifischen beruflichen Tätigkeit oder Belastungsart (vgl. z. B. Hurtz/Donovan 2000; Poropat 2009). Somit liefern die oben zitierten Studien kaum Evidenz dafür, dass allgemeine Persönlichkeitseigenschaften trennscharfe Prädiktoren für Belastungserleben in beruflichen Tätigkeiten im Bereich von Bildung und Erziehung wären.

Insbesondere in der frühen Unterrichtsforschung dominierte die Vorstellung, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften Voraussetzung dafür sind, dass Menschen in der Tätigkeit als Lehrkraft erfolgreich sein können, also auch den Belastungen des Berufs gut gewachsen sein sollten. Heute dominiert im Unterschied dazu die Vorstellung, dass erlernbare Kompetenzen und ein damit einhergehendes positives emotionales Erleben der beruflichen Herausforderungen Grundlage einer erfolgreichen Tätigkeit als Lehrkraft sind. Ein Beispiel für ein solches erlernbares „persönliches Merkmal“ von Lehrkräften stellt der sogenannte Lehrerenthusiasmus dar. Kunter (z. B. Kunter u. a. 2008; Kunter u. a. 2011a; Kunter u. a. 2011b) definiert Lehrerenthusiasmus als Grad des positiven emotionalen Erlebens während der Ausübung der Lehrtätigkeit. Enthusiasmus kann sich dabei auf den Gegenstand der Fachdisziplin oder aber auf die fachbezogene Unterrichtstätigkeit als solche beziehen. In verschiedenen Stichproben von Mathematiklehrkräften konnten Kunter und Mitarbeitende (2008, 2011a, 2011b) zeigen, dass der auf das Unterrichten bezogene Enthusiasmus positiv mit berufsbezogenem Wohlbefinden und mit Qualitätsmerkmalen des Unterrichts (Qualität der Klassenführung, schülerberichtete kognitive Herausforderung und konstruktive Unterstützung) zusammenhängt, wohingegen Enthusiasmus für das Unterrichtsfach nur moderat mit Wohlbefinden korrelierte und auch von der Qualität des Unterrichts weitgehend unabhängig war: Zwar ergaben sich Zusammenhänge zu Selbstangaben der Lehrkräfte mit den oben genannten Qualitätsmerkmalen des Unterrichtens, nicht aber mit den Angaben der Schülerinnen und Schüler. Es scheint also, dass der Enthusiasmus der Lehrkraft für die Tätigkeit des Unterrichtens gleichermaßen einen Schutzfaktor vor Burnout und einen Prädiktor für qualitativ hochwertiges Unterrichten darstellt.

Tabelle 7: Zusammenfassende Darstellung der empirisch untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Beeinträchtigungen und Burnout beim Bildungspersonal

Risikofaktoren	Schutzfaktoren/Ressourcen
Organisationsbezogene Faktoren	
Lärm, Schmutz, schädliche chemische Substanzen, qualitative/quantitative Über-/Unterforderung, Konfrontation mit Extremsituationen, Rollenkonflikte, unzureichende Partizipationsmöglichkeiten, belastendes Vorgesetztenverhalten, Mobbing, soziale Konflikte, Gratifikationskrisen, Umgang mit schwierigen Schülern bzw. Eltern, Work-Life-Balance-Konflikte	Positives Arbeitsklima, gute Kooperation Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, soziale Netzwerke, kollektive Bewältigungsmöglichkeiten (informationelle, instrumentelle und emotionale Unterstützung) Hoher Handlungs- und Entscheidungsspielraum Positives Image des Berufs
Zeitdruck, hohe Arbeitsintensität, Überstunden, inkonsistente Anforderungen	Feedback in der Arbeit
Hohe psychische Anforderungen bei geringen Handlungsspielräumen	Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital im Beruf Partizipationsmöglichkeiten
Illegitime Aufgaben	Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb
Emotionale Dissonanz	Weiterbildungsmöglichkeiten
Fehlende Mitwirkung im Kollegium bzw. mangelnde Kooperation	Einbezug von Eltern, Schülerinnen und Schülern in ihre Schule Praktische Assistenz
Aufgaben, für die man nicht ausgebildet wurde, z. B. Organisation, Verwaltung, Personalmanagement, Umsetzen von Reformen, Schulaufsicht Rechenschaft geben, Evaluationen durchführen	Erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit
Mangelnde Schülerdisziplin	Identifikation mit der Einrichtung
Mangel an Feedback und Unterstützung durch Vorgesetzte und im Kollegium	Coaching bzw. Supervision
Entgrenzung der Arbeit	
Übermaß an Vorschriften, zeitaufwändige bürokratische Aufgaben	
Anzahl unterrichteter Klassen	

Risikofaktoren	Schutzfaktoren/Ressourcen
Personbezogene Faktoren	
Geschlecht (Frauen vulnerabler)	Persönliche Einsatzbereitschaft, hohes berufliches Engagement
Problematische Bewältigungsstile	Stressresistenz
Selbstselektion von Personen mit ungünstigem Umgang mit beruflichen Belastungen	Stabiler Selbstwert
Studium nur als Zweitwunsch	Angemessene Handlungskompetenzen
Ungünstige Verhaltens- und Selbstregulationsstile	Positive Bewältigungsstile Selbstwirksamkeit
Neurotizismus	Erleben von Sinnhaftigkeit der Arbeit Günstige Verhaltens- und Selbstregulationsstile Starke kollektive Wirksamkeitsüberzeugung Enthusiasmus für das Unterrichten
Empirisch ohne Einfluss	
Partnerschaftsstatus, Alter	
Stundendeputat, Berufserfahrung, Klassengröße, Schulgröße	
Zusatz Tätigkeiten wie Klassenlehrerfunktionen, Leitung von Fachkonferenzen, Betreuung von Funktionsräumen	

5 Handlungsempfehlungen

5.1 Kompetenz- und Organisationsentwicklung zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten im Bildungswesen

Nicht durch Burnout oder psychische Störungen beeinträchtigt Personal weist nicht nur geringere Fehlzeiten und geringere Raten an Frühpensionierungen auf, sondern realisiert auch einen qualitativ besseren Unterricht und erzeugt bessere Bildungsergebnisse. Da Letztere von herausragender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Landes, für die gesellschaftliche Entwicklung und die internationale Wettbewerbsfähigkeit sind, sieht der AKTIONSRAT **BILDUNG** die Gesundheitsförderung und die Prävention von psychischen Erkrankungen und Burnout beim Bildungspersonal als dringende und nachhaltig zu verstärkende Aufgabe von Bund und Ländern an.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zielen auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Lebensqualität der Beschäftigten, und zwar durch eine Stärkung von deren persönlichen, sozialen und organisationalen Ressourcen, und nehmen in der Regel vor allem gesundheitlich benachteiligte Teilgruppen in den Blick. „Gesundheitsförderung berücksichtigt sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, familiäre, soziale, rechtliche, edukative, ökonomische, architektonische und ökologische Aspekte“ (Hurrelmann/Laaser/Richter 2012, S. 661).

Präventive Maßnahmen und Interventionen zielen auf die Vermeidung des Auftretens (= Inzidenz) von Krankheiten (primäre Prävention), auf die Verhinderung ihres Voranschreitens durch Frühdiagnostik und -intervention (sekundäre Prävention) und auf die Vermeidung von Chronifizierungen und Folgeschäden psychischer und sozialer Art (tertiäre Prävention).

Prävention und Gesundheitsförderung streben gemeinsam danach, der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen und Gesundheit und Wohlbefinden zu stärken, indem

- Risikofaktoren, also Faktoren, die statistisch mit dem gehäuftem Auftreten der entsprechenden Erkrankung assoziiert sind, reduziert werden und/oder
- Schutzfaktoren (sogenannte Invulnerabilitätsfaktoren), d. h. Faktoren, für die es empirische Nachweise (Evidenz) gibt, dass sie Gesundheit und Wohlbefinden

stärken und die Auftretenswahrscheinlichkeit der zu prävenierenden Krankheit senken, gestärkt werden.

Entsprechend möchte der **AKTIONSRATBILDUNG** dazu beitragen, dass Maßnahmen ergriffen werden, die geeignet sind, durch die Stärkung von Ressourcen und die Minimierung von Risiken auf Ebene von Institutionen sowie auf Ebene der Personen die psychische Gesundheit der Beschäftigten im Bildungswesen zu fördern.

5.2 Kompetenzentwicklung zur Stärkung individueller Ressourcen bei Beschäftigten im Bildungswesen

5.2.1 Förderung von Lehrerkompetenzen als Burnout-Prävention an Schulen

Die in Kapitel 4 dargestellten Studien sprechen insgesamt dafür, dass eine Förderung lehrerspezifischer Kompetenzen gleichermaßen geeignet ist, die Qualität der Arbeit von Lehrkräften und ihre psychische Gesundheit zu stärken. Eine große Chance liegt dabei darin, dass derzeit in großem Umfang neue Lehrkräfte an Schulen in Deutschland eingestellt werden. Nach Schätzungen der Kultusminister werden es bis zum Jahr 2025 jährlich ca. 26.000 neue Lehrkräfte sein – bedingt durch die gegenwärtige Pensionierungswelle der im Zuge des massiven Schulausbaus in den 1970er Jahren eingestellten Lehrkräfte.¹⁵

Der **AKTIONSRATBILDUNG** empfiehlt, zur Prävention von Burnout und zur Förderung der psychischen Gesundheit des Bildungspersonals auf eine Optimierung der Ausbildungsangebote zu lehrerspezifischen Kompetenzen hinzuwirken.

Die Frage, inwiefern die in den vergangenen Jahren angestoßenen Reformen der Lehramtsausbildung an den Hochschulen eine Entwicklung in diese Richtung erwarten lassen, konnte anhand der Daten des Panels zum Lehramtsstudium (PaLea¹⁶), einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ge-

¹⁵ Vgl. dpa-Meldung vom 24.01.2014: <http://www.news4teachers.de/2014/01/pensionierungswelle-in-den-schulen-dennoch-kein-lehrermangel/> (Download vom 01.02.2014).

¹⁶ Vgl. <http://www.palea.uni-kiel.de/> (Download vom 10.01.2014).

förderten Studie unter Leitung von Manfred Prenzel und Jens Möller, untersucht werden. Mit dem Ziel, die für Erfolg im Lehramtsberuf erforderlichen Kompetenzen durch eine berufsspezifische Studienkonzeption besser zu fördern und bisherige Unzulänglichkeiten der Lehramtsausbildung zu beheben, wurden im Zuge der Bologna-Reform Lehramtsstudiengänge auf Bachelor- und Masterabschlüsse umgestellt, Modularisierungen der Studieninhalte vorgenommen und ein heterogenes Ausbildungsangebot, z. B. durch polyvalente Studiengänge (das Studium ermöglicht den Zugang zu verschiedenen Berufsfeldern, eine Festlegung auf das Lehramt erfolgt erst relativ spät), wurde geschaffen (vgl. Hochschulrektorenkonferenz (HRK) 2007; Terhart 2008). Um die berufsbezogene Entwicklung zukünftiger Lehrkräfte und die Entwicklung professionsbezogener Merkmale unter dem Einfluss differenzieller Studienstrukturen empirisch zu analysieren, wurden in der PaLea-Studie in einem dreijährigen Längsschnitt an 13 deutschen Universitäten systematisch die Studienstrukturen und Studienkonzeptionen der Lehramtsausbildung erfasst. Damit wurde die Voraussetzung dafür geschaffen, die Auswirkungen dieser Strukturen auf die Professionalisierung der Lehramtsstudierenden im Verlauf ihres Studiums empirisch zu prüfen (für einen Überblick siehe z. B. Bauer u. a. 2010). Problemstellungen, die mit den (im größten Teil noch ausstehenden) Ergebnissen zu der Frage beantwortet werden können, sind, welche Auswirkungen die Veränderungen durch Modularisierung, die Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse im Zusammenspiel mit persönlichen Merkmalen und dem konkreten Studierverhalten auf die berufsbezogene Entwicklung der Lehramtsstudierenden haben.

So sind beispielsweise die Ergebnisse der mit PaLea-Daten arbeitenden Studie von Bauer u. a. (2011) bedeutsam für einen Aspekt, der in Kapitel 4 als Risikofaktor für späteres Burnout im Lehramtsberuf identifiziert wurde: die subjektive Unsicherheit der Studien- und Berufswahl. Bauer u. a. (2011) prüften die Frage, ob sich lehramtsspezifische (im Sinne einer frühen professionsspezifischen Qualifizierung) im Vergleich zu polyvalenten Studiengängen (im Sinne einer breiteren Qualifizierung und späten Festlegung auf den Lehrerberuf) differenziell auf die subjektive Sicherheit der Berufswahl auswirken. Zu diesem Zweck befragten sie N = 2.585 Erstsemesterstudierende in Bachelorstudiengängen und N = 928 Erstsemesterstudierende in Masterstudiengängen bzw. fortgeschrittene Staatsexamensstudierende im durchschnittlich siebten Semester. Die Ergebnisse zeigten, dass sich Lehramtsstudierende zu Beginn ihres Studiums in ihrer Berufswahl relativ sicher waren und dass die Berufswahlsicherheit Studierender, die in polyvalenten Ausbildungsgängen eingeschrieben waren, mit einer Effektstärke von $d = 0,32$ geringfügig niedriger war als bei Studierenden mit Studiengängen mit ausschließlicher Lehramtsoption.

Solange nicht geklärt ist, inwiefern die aktuellen Reformen der Lehramtsausbildung zu einer hinreichenden und besseren Förderung lehramtsspezifischer Kompetenzen führen, die als Burnout-Prävention wirken, betrachtet es der **AKTIONSRAT-BILDUNG** als eine vornehmliche Aufgabe, die Entwicklung folgender Lehrerkompetenzen durch geeignete Module, Trainings, Supervisionen und Qualitätszirkel in der universitären Ausbildung, im Vorbereitungsdienst und in der Weiterbildung von Lehrkräften zu unterstützen:

- effektive „Coping“-Kompetenzen zur Prävention und Bewältigung von Belastungserleben in der Schule (angemessene Selbstregulationsmodi, angemessene Verhaltens- und Erlebensstile und eine hohe schulbezogene Selbstwirksamkeit) sowie
- Kompetenzen zum effektiven Klassenmanagement.

Burnoutpräventiv wirksame „Coping“-Kompetenzen. Schaarschmidt und Kieschke (2013) ziehen aus ihren umfangreichen Untersuchungen über gesundheitsbezogene Bewältigungsstile den Schluss, dass Selbstregulationsmodi oder Verhaltens- und Erlebensstile von Lehrkräften interventiv günstig beeinflusst werden können. Lösungsansätze sehen sie in der Bearbeitung von vier Aufgabefeldern: der Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen des Berufs, der Gestaltung der Arbeitsbedingungen vor Ort, der verbesserten Rekrutierung und Vorbereitung des Lehrernachwuchses sowie in Entwicklungsbemühungen der Lehrkräfte selbst. In einer zweiten Etappe ihrer Forschungsbemühungen haben sie die Entwicklung von Unterstützungsangeboten in den Blick genommen, ein Programm für ein Gruppentraining entwickelt, individuelle Beratung von Lehrkräften, Referendaren und Lehramtsstudierenden durchgeführt sowie ein Verfahren zur Arbeitsbewertung und -gestaltung und ein „Self-Assessment“-Verfahren für die Gewinnung geeigneten Lehrernachwuchses entwickelt (vgl. auch Schaarschmidt 2009).

Das von ihnen vorgestellte Trainingsprogramm wurde an Lehramtsstudierenden (N = 512) erprobt und sah zwei Messungen mit dem AVEM-Instrument vor, das sechs Monate vor und sechs Monate nach dem Training eingesetzt wurde. Zusätzlich wurde, um Trainingseffekte ausweisen zu können, im selben Abstand eine AVEM-Messung bei einer Kontrollgruppe von Lehrkräften (N = 51) realisiert, die nicht am Training teilgenommen hat. Das Training bestand aus sieben Modulen: Diagnostik zum arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben, Ursachenanalyse, Technik der systematischen Problemlösung, Zeit- und Selbstmanagement, Kommunikation und soziale Kompetenz, Zielsetzung und Zielplanung sowie Entspannung. Die Ergebnisse zeigen Veränderungen in der gewünschten Richtung,

nämlich einen Rückgang des Risikomusters A von 21,6 Prozent auf 13,1 Prozent sowie des Risikomusters B (urnout) von 25,1 Prozent auf 9,8 Prozent (vgl. Schaarschmidt/Kieschke 2007).

Ein Training zur Förderung von Selbstregulation – als einer wesentlichen professionellen Kompetenz von Lehrkräften – wurde auch von Mattern (2012) vorgelegt. Das Training kann bereits im Rahmen des Lehramtsstudiums genutzt werden und hat die Effektivierung der Unterrichtsvorbereitung zum Ziel. Über einen Zeitraum von vier Wochen nehmen die Lehramtsstudierenden einmal pro Woche an einer zweistündigen Trainingssitzung teil und bearbeiten täglich standardisierte Tagebücher, die der Selbstbeobachtung und der Vertiefung der Trainingsinhalte dienen sollen. Die Sitzungen beginnen mit der Vorstellung einer prototypischen Schwierigkeit aus dem Referendariatsalltag; in einem sich anschließenden Theorieinput werden Arbeitsstrategien des Umgangs mit der Herausforderung vorgestellt. Die Aufgabe der Teilnehmenden besteht darin, diese Strategien auf analoge Anforderungssituationen anzuwenden und Handlungsempfehlungen für verschiedene Akteure abzuleiten. Jede der vier Sitzungen hat dabei einen unterschiedlichen Schwerpunkt: In der ersten Sitzung stehen die Vermittlung von Theorien der Selbstregulation und die Arbeit mit den Tagebüchern im Zentrum, in der zweiten Sitzung werden Aspekte der Handlungsplanung (z. B. Zeitmanagement, Prioritäten zwischen verschiedenen Zielen setzen), in der dritten Sitzung Selbstmotivierungsstrategien während der Handlungsphase (positive Selbstinstruktion, Selbstbelohnung, Emotionsregulation durch Gedankenstopp) und in der vierten Sitzung die Reflexion von Handlungsergebnissen (z. B. Identifikation und günstige Beeinflussung persönlicher Attributionsstile, Vorsätze für nächste Arbeitsphase fassen) in den Blick genommen.

Inwiefern durch die Arbeit mit den Szenarien und den Tagebüchern die Selbstreflexion, Strategien der Handlungsplanung und Selbstmotivierung sowie die volitionale Kontrolle (d. h. das Umsetzen von Zielen in konkrete Handlungen und die Überwachung der Zielannäherung) der Teilnehmenden gefördert werden, hat Mattern (2012) in einer Stichprobe von 20 angehenden Lehrkräften in einem Messwiederholungs-Kontrollgruppendesign geprüft. Sie kann positive Auswirkungen des Trainings mit mittleren bis hohen Effektstärken auf volitionale Kontrollstrategien und auf Strategien zum Umgang mit Belastung nachweisen. So ergab sich beispielsweise im Vorher-Nachher-Vergleich für die Studierenden, die an dem Training teilgenommen hatten, eine Verbesserung auf der Dimension „offensive Problemlösung“. In einer prozessualen Überprüfung wurden weiterhin Interventionseffekte für Zielsetzungsstrategien und Selbstreflexion deutlich. Auch für die Förderung von Selbstwirksamkeit sind verschiedene Trainings vorgelegt worden. Selbstwirksamkeit geht mit geringen Burnout-Risiken und mit

qualitativ hochwertigem Unterrichten einher, wobei die Kausalitäten wechselseitig sein dürften, d. h., Kompetenzen zu gutem Unterrichten sollten auch die schulbezogene Selbstwirksamkeit der Lehrperson steigern. Das Konzept der Selbstwirksamkeit postuliert, gestützt von vielen hundert Studien, dass die lernbare subjektive Überzeugung, schwierige Aufgaben und Lebensprobleme aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können, auch tatsächlich das Lern- und Leistungsverhalten, die Stressbewältigung, das Gesundheitsverhalten, die psychische Befindlichkeit, Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft verbessert und Burnout-Risiken mindert. Schwarzer (1998) und Edelstein (1998) haben in dem dreijährigen Modellversuch „Selbstwirksame Schulen“ mit Schulen aus zehn Bundesländern ein Trainingsprogramm „Self Science: Das kognitive Trainingsprogramm zur Selbstführung von Lehrern“ entwickelt, das die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1997) als Leitidee enthält. Das Programm beansprucht, Lehrerinnen und Lehrern dabei zu helfen, ihren Berufsalltag besser zu meistern, und auf diese Weise ihre auf die berufliche Tätigkeit bezogene Selbstwirksamkeit zu steigern.

Im Rahmen des Programms, das aus vier Teilmodulen bestand, wurden kognitive Werkzeuge vermittelt, die helfen sollen, sich selbst effektiver zu steuern: Selbstmanagement, Selbstregulation und „Personal Leadership“. Techniken, die genutzt werden, sind das Umdenken (Attribution und kognitive Umstrukturierung), auf das eigene Können vertrauen (Selbstwirksamkeitserwartung steigern), das Abwägen (Motivationsphase: Intentionsbildung, Zielsetzung) sowie das eigene Verhalten steuern (Volitionsphase: Planung, Initiative, Wiederherstellung). Das Modul „Umdenken“ beispielsweise basiert auf Studien von Seligman (1991), der die Denkmuster von depressiven Menschen untersucht und mit denen von gesunden verglichen hat. Er konnte zeigen, dass Depressive dazu neigen, die Verantwortung für negative Ereignisse sich selbst zuzuschreiben (pessimistischer Attributionsstil). Gesunde Menschen zeigen hingegen einen optimistischen Attributionsstil, bei dem negative Ereignisse auf äußere Ursachen (statt auf die eigene Person) zurückgeführt werden. Ziel des Moduls ist es, pessimistische Attributionsstile durch optimistische zu ersetzen (sogenannte kognitive Umstrukturierung).

Schmitz (1999) konnte in einer Längsschnittstudie über zwei Jahre, in der drei Erhebungswellen realisiert wurden (t1: N = 273, t2: N = 276, t3: N = 302 beteiligte Lehrkräfte), zeigen, dass von dem Modellversuch wichtige Impulse für die innere Reform der beteiligten Schulen ausgegangen sind. Darüber hinaus konnte die Hypothese bestätigt werden, dass Selbstwirksamkeitserwartungen eine personale Ressource darstellen, die im Stressprozess zunächst die Einschätzung beruflicher Anforderungen und Probleme günstig beeinflusst und dann im wei-

teren Verlauf deren Bewältigung unterstützt. Selbstwirksame Lehrer engagieren sich mehr im Beruf, sind zufriedener und neigen weniger dazu, auszubrennen als nicht selbstwirksame Lehrer, so das Resümee der Autorin (vgl. Schmitz 1999).

Dass burnoutpräventive „Coping“-Kompetenzen nicht nur das Burnout-Risiko reduzieren, sondern auch die Qualität der Arbeit der Betroffenen steigern, wurde verschiedentlich empirisch nachgewiesen. So fanden Kunter u. a. (2013) sowie Klusmann u. a. (2008a), dass sich unterschiedliche Verhaltens- und Erlebensstile (AVEM) oder Selbstregulationsstile der Lehrkraft auf die Qualität ihres Unterrichts auswirken. Kunter u. a. (2013) erfassten auf der Grundlage von acht der elf Skalen zu den AVEM-Typen (vgl. Schaarschmidt/Fischer 1996) die Stärke des Engagements (Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabebereitschaft, Perfektionsstreben) und der Widerstandsfähigkeit (Distanzierungsfähigkeit, niedrige Resignationstendenz nach Misserfolgen, offensive Problembewältigung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit) der von ihnen untersuchten 194 Mathematiklehrkräfte und verglichen die Subgruppe, die hohes Engagement bei gleichzeitig hoher Widerstandsfähigkeit angegeben hatte (Gesundheitstyp: adaptive Selbstregulation), mit den drei anderen Subgruppen (Schonungstyp: niedriges Engagement, hohe Widerstandsfähigkeit; Risikotyp A: hohes Engagement, niedrige Widerstandsfähigkeit, Risikotyp B: niedriges Engagement, niedrige Widerstandsfähigkeit).

Kunter u. a. (2013) fanden, dass der adaptive Selbstregulationstyp (im Vergleich zu den drei anderen Typen), vermittelt über eine stärkere individuelle Unterstützung der Lernenden im Unterricht („Learning Support“), die Freude steigern konnte, die die Schülerinnen und Schüler gegenüber der Mathematik erlebten („Mathematics Enjoyment“; Beispielitem: „Ich finde die Unterrichtsmaterialien so spannend, dass mir Mathematikunterricht richtig Spaß macht“). Ähnlich fanden Klusmann u. a. (2008a), dass Schülerinnen und Schüler Lehrkräfte mit einem adaptiven Selbstregulationsstil hinsichtlich Instruktionstempo, kognitiver Aktivierung und persönlicher Unterstützung positiver beurteilten als Lehrkräfte der anderen drei Selbstregulationstypen und dass sie sich im Unterricht bei Lehrkräften mit adaptivem Selbstregulationsstil stärker als autonom und kompetent erlebten als im Unterricht bei Lehrkräften der anderen Selbstregulationstypen.

Der **AKTIONSRATBILDUNG** empfiehlt, Trainings zur Förderung burnoutpräventiver „Coping“-Kompetenzen – nämlich gesundheitsförderliche Selbstregulationsmodi oder Verhaltens- und Erlebensstile, Selbstregulationskompetenzen und Selbstwirksamkeit – als Module in die Ausbildung von Beschäftigten im

Bildungswesen (z. B. in der universitären Lehramtsausbildung oder im Vorbereitungsdienst) zu implementieren und im Rahmen der Fort- und Weiterbildung des Bildungspersonals anzubieten. Wie die oben zitierten Studien belegen, wird mit solchen Kompetenzen nicht nur ein gesundheitsförderlicher Umgang mit beruflichen Belastungen wahrscheinlicher und damit das Risiko von Burnout-Erkrankungen gesenkt, sondern auch die Qualität der Arbeit der Beschäftigten im Bildungswesen wird gesteigert.

Burnoutpräventiv wirksame Kompetenzen zum effektiven Klassenmanagement. Eine Stärkung personaler Ressourcen muss aus Sicht des AKTIONSRATS-**BILDUNG** weiterhin durch die direkte Förderung von Kompetenzen erfolgen, die Lehrkräfte für eine qualitativ hochwertige Ausübung ihres Berufs benötigen und die – quasi als Begleitphänomen – einen angemessenen Umgang mit den Herausforderungen und Belastungen ermöglichen, die mit dem Beruf verbunden sind. Eine zentrale Variable stellt dabei die Kompetenz zum Klassenmanagement dar.

Ein Beispiel für ein Messinstrument zur Erfassung der Kompetenz des Klassenmanagements wurde von Piwowar (2013) vorgelegt. Taxonomisch unterscheidet sie zwischen den Dimensionen Management des Schülerverhaltens, Management der Instruktion und Management der Lehrer-Schüler-Beziehung sowie den diesen Dimensionen zuzuordnenden Strategien Störungsausmaß, Implementation von Regeln, Störungsintervention, Monitoring, Implementation von Prozeduren, Zeitmanagement, Gruppenmobilisierung, Klarheit des Handlungsprogramms, Etablieren eines Arbeitsbündnisses mit den Schülern und Management von Konflikten unter Schülern. In einer Befragung von 1.811 Schülern der Sekundarstufe I konnte Piwowar (2013) die Validität des Instrumentes nachweisen: Innerhalb verschiedener Schulklassen beurteilten die Schülerinnen und Schüler mithilfe des Fragebogens mit hoher Übereinstimmung das Verhalten der jeweiligen Lehrkraft (29 bis 48 Prozent Varianzaufklärung aufgrund der Klassenzugehörigkeit). Zudem konnten hohe Übereinstimmungswerte zwischen den Beurteilungen durch die Schülerinnen und Schüler und denen von externen geschulten Beobachtern des Unterrichts nachgewiesen werden.

Ein Beispiel für ein Training der Kompetenz zum Klassenmanagement wurde von Piwowar, Thiel und Ophardt (2013) entwickelt und in einem nicht randomisierten Prä-Post-Design auf seine Wirksamkeit hin evaluiert. Das Training besteht aus drei Modulen. Im ersten Modul (zweimal vier Stunden) wird Wissen über effektive Strategien des Klassenmanagements vermittelt und ein Nachdenken über das eigene Klassenmanagement angeregt. Das zweite Modul (zweimal vier Stunden)

sieht vor, dass die Lehrkräfte in Simulationen unter Einsatz von „Micro-Teaching“ und Rollenspielen neue Klassenmanagementstrategien ausprobieren. Im dritten Modul werden die Lehrkräfte beim Erproben neuer Klassenmanagementtechniken in ihrem Unterricht videografiert und Ausschnitte aus den Dokumentationen in einem Qualitätszirkel von vier Lehrkräften und einem Coach diskutiert (einmal fünf Stunden plus zwei Stunden Vorbereitung).

In der Studie von Piwowar, Thiel und Ophardt (2013) entschieden sich die 37 Lehrkräfte selbst zur Teilnahme an der Interventions- oder aber der Kontrollgruppe (quasiexperimentelles Design). Beide Gruppen nahmen an Modul eins teil, an den Modulen zwei und drei hingegen nur die Lehrkräfte der Interventionsgruppe. Die Wirksamkeit des Trainings evaluierten Piwowar, Thiel und Ophardt (2013) durch Befragung der Lehrkräfte und ihrer 666 Schüler sowie durch hochinferente Beobachtungen des Lehrkraftverhaltens (d. h., der Beobachtende muss bei der Kodierung des beobachteten Verhaltens stark schlussfolgern) und niedriginferente (d. h., dem Beobachtenden werden konkrete Hinweise gegeben, welche beobachtbaren Verhaltensweisen unter welchen Randbedingungen wie kodiert werden sollen) Beobachtungen des Schülerverhaltens (nämlich ihre Aufmerksamkeit und Beteiligung) durch jeweils zwei Beobachter. Die Ergebnisse zeigen erwartungsgemäß eine Zunahme des Wissens über effektives Klassenmanagement (auf sechs von acht Dimensionen) sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Lehrkräfte der Interventionsgruppe wurden nach dem Kompetenztraining von ihren Schülern hinsichtlich ihres Klassenmanagements eindeutig positiver beurteilt. Das Ausmaß, in dem die Schüler aufmerksam waren und sich am Unterricht beteiligten, nahm in der Interventionsgruppe vom Vorher- zum Nachher-Messzeitpunkt zu, während es in der Kontrollgruppe abnahm.

Dass eine hohe Kompetenz zum Klassenmanagement das Belastungserleben und damit das Burnout-Risiko reduziert und gleichzeitig einen qualitätsvollen Unterricht wahrscheinlich macht, wurde verschiedentlich empirisch belegt.

Wie beispielsweise Piwowar (2013) zeigen konnte, berichten Lehrkräfte eine umso geringere subjektive Belastung, je effizienter ihr Klassenmanagement im Urteil ihrer Schüler(innen) und im Urteil von externen Unterrichtsbeobachtern ist. Interessanterweise war der Zusammenhang bei Lehramtsanwärtern im Vorbereitungsdienst umgekehrt, was Piwowar (2013) damit erklärt, dass Berufsanfänger möglicherweise die Herausforderung des Umgangs mit problematischem Schülerverhalten nur unter Aufwand hoher Anstrengung bewältigen können (vgl. Piwowar 2013, S. 118). Ähnlich fanden Klassen und Chiu (2010), dass Lehrkräfte mit geringer Selbstwirksamkeit im Hinblick auf ihr eigenes Klassenmanagement und ihre Instruktionsstrategien von hohem Stress im Klassenzimmer („Classroom Stress“, im Unterschied zu Stress durch hohe Arbeitsbe-

lastung: „Workload Stress“) und einer geringen Berufszufriedenheit berichteten. Klusmann u. a. (2012) fanden bei Lehramtsanwärtern nach Kontrolle des Einflusses von Persönlichkeitsmerkmalen, pädagogischer Vorerfahrung und emotionaler Erschöpfung zu Beginn des Vorbereitungsdienstes eine umso stärkere Zunahme im Erleben emotionaler Erschöpfung, je geringer ihr Wissen über Klassenführung war. Clunies-Ross, Little und Kienhuis (2008) fanden in einer kombinierten Beobachtungs- und Befragungsstudie von Grundschullehrkräften in Melbourne, dass im Unterricht von Lehrkräften, die reaktive (statt proaktive) Strategien des Klassenmanagements einsetzten, nicht nur mehr Unterrichtsstörungen und weniger lange effektiv genutzte Lernzeiten zu beobachten waren, sondern die Lehrkräfte auch von einem höheren Stresserleben berichteten. In einer längsschnittlichen Untersuchung fanden Brouwers und Tomic (2000), dass eine hohe auf das eigene Klassenmanagement bezogene Selbstwirksamkeit geringes Depersonalisierungserleben und hohes Wirksamkeitserleben auf dem MBI vorhersagte (wohingegen geringe emotionale Erschöpfung umgekehrt eine hohe auf Klassenmanagement bezogene Selbstwirksamkeit vorhersagte). Evers, Tomic und Brouwers (2004) fanden, dass Schülerinnen und Schüler ihren Lehrkräften umso stärkeres Burnout (auf den drei Subdimensionen des MBI) attestierten, je weniger kompetent die Lehrkräfte in ihren Augen im Umgang mit störendem Schülerverhalten waren.

Der **AKTIONSRATBILDUNG** empfiehlt die gezielte Förderung der Klassenmanagementkompetenz bei angehenden und praktizierenden Lehrkräften. Eine flächendeckende Implementation von Trainingsprogrammen (wie z. B. dem von Piwowar, Thiel und Ophardt 2013 vorgelegten) in den Vorbereitungsdienst oder auch in die Weiterbildung von Lehrkräften scheint dem **AKTIONSRATBILDUNG** angesichts der positiven Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit und das Belastungserleben von Lehrkräften angezeigt. Auch sind einige der Risikofaktoren, die in Kapitel 4 als Merkmale von Organisationen identifiziert wurden, nämlich Klassen mit einer geringen Schülerdisziplin (vgl. Klusmann u. a. 2008b) und chronischer Lärmbelastung (vgl. Sust/Lazarus 2003), durch ein effizientes Klassenmanagement zu umgehen, denn dieses reduziert Disziplinprobleme und damit die Lärmbelastung.

5.2.2 Unterstützung von am Lehramt Interessierten bei Studienwahl und während des Studiums

Wie oben dargelegt, empfiehlt der **AKTIONSRATBILDUNG** die Förderung burnoutpräventiver Kompetenzen und erachtet gleichzeitig Versuche für nicht Erfolg versprechend, Burnout-Prävention durch eine Steuerung des Zugangs zum Lehramtsstudium bzw. Lehramtsberuf betreiben zu wollen. Wenn sich beispielsweise, wie in Kapitel 4 dargelegt, das weibliche Geschlecht als ein Risikofaktor für Ausbrennen im Lehramtsberuf erwiesen hat, so kann daraus wohl kaum die Empfehlung abgeleitet werden, dass Frauen kein Lehramtsstudium aufnehmen sollten. Auch der Einsatz eignungsdiagnostischer Verfahren ist aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** nicht geeignet, den Zugang zum Lehramtsstudium und -beruf auf eine Weise zu kanalisieren, dass Personen identifiziert werden, die langfristigen Erfolg im Lehrerberuf und die Fähigkeit haben werden, die berufsspezifischen Belastungen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu bewältigen.

Mit dem Ziel, „ungeeignete“ Studierende von der Aufnahme eines Lehramtsstudiums abzuhalten, sind in der Vergangenheit verschiedene Messinstrumente zur Selbst- und Fremdselektion erprobt worden (für einen Überblick siehe z. B. Klusmann/Köller/Kunter 2011; Päßler/Hell/Schuler 2011; Rothland/Tirre 2011). Prognostisch valide Verfahren zur Studien- oder Berufseignung müssen Erfolg im Studium bzw. Beruf vorhersagen; inwiefern die vorliegenden Instrumente dieser Anforderung gerecht werden, ist bisher empirisch nicht geprüft worden. Dies ist auch durch die Schwierigkeit bedingt, dass sich Prozeduren, die der Selektion von Personen dienen, insofern kaum empirisch bewähren können, als diejenigen Personen, die aufgrund des Selektionsverfahrens herausgefallen sind, nicht mehr als Vergleichsgruppe dienen können.

Allgemeine hohe akademische Fähigkeit, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie z. B. geringer Neurotizismus und hohe Gewissenhaftigkeit) oder eine starke allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung sagen unabhängig vom gewählten Beruf Erfolg und geringes Belastungserleben vorher. Die Identifikation solcher Merkmale würde also keine trennscharfe Vorhersage für Erfolg in Tätigkeiten im Bereich von Bildung und Erziehung (in Abgrenzung zu Erfolg in anderen Berufen) erlauben. Umgekehrt gesprochen gibt es keine empirische Evidenz dafür, dass allgemeine akademische Fähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale oder Selbstwirksamkeit Erfolg im Umgang mit spezifischen Anforderungen des Lehrerberufs

vorhersagen würden: Sie sagen weder das Unterrichtshandeln von Lehrkräften noch die damit zusammenhängende Qualität des Unterrichts und die Lernergebnisse auf Seiten der Schüler vorher (vgl. Bromme 1997; Kunter u. a. 2013). Eignungsdiagnostische Verfahren, die darauf bauen, ein erhöhtes Burnout-Risiko aus individuellen Merkmalen wie allgemeinem Studienerfolg, allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen oder Persönlichkeitsmerkmalen vorherzusagen, dürften somit nicht prognostisch valide sein (vgl. Rothland 2009). Hinzu kommt, dass eine derartige Selektion wegen ihrer Beeinträchtigungen des Verfassungsggebots der freien Berufswahl juristisch nicht unproblematisch wäre.

Beruflicher Erfolg und damit geringes Belastungserleben im Lehramtsberuf lassen sich vielmehr – wie sich aus den oben dargestellten Studien ergibt – nur aus spezifischen Kompetenzen und Erfahrungen vorhersagen, die allerdings erst im Rahmen der Lehramtsausbildung erworben bzw. gemacht werden können, wie z. B. Wissen über effektives Klassenmanagement (vgl. Klusmann u. a. 2012), die Verwendung präventiver statt reaktiver Techniken des Klassenmanagements im Umgang mit Unterrichtsstörungen (vgl. Clunies-Ross/Little/Kienhuis 2008; Klusmann u. a. 2012; Piwowar 2013), burnoutpräventive berufsbezogene Verhaltensstile oder Selbstregulationsmodi (z. B. Schaarschmidt/Kieschke 2007; Klusmann u. a. 2008a) und eine spezifische auf die verschiedenen Aspekte der Lehrertätigkeit bezogene Selbstwirksamkeit (vgl. Brouwers/Evers/Tomic 2001; Evers/Tomic/Brouwers 2004; Schulte/Bögeholz/Watermann 2008; Pas/Bradshaw/Hershfeldt 2012).

Berufseignungstestverfahren können somit als Steuerungsinstrumente für die Studienwahl nur insofern genutzt werden, als sie immer auch eine informative Funktion haben, also Studieninteressierte über die Anforderungen des jeweiligen Berufs aufklären können. Eine valide Vorhersage des Erfolgs und damit eines Schutzes vor Burnout im Lehrerberuf ist erst möglich, wenn für die Tätigkeiten im Lehramt einschlägige Kompetenzen gemessen werden können, also erst dann, wenn Personen bereits die Ausbildung absolviert haben. An dieser Stelle kann ein Eignungstest nicht mehr sinnvoll als Steuerungsinstrument genutzt werden, sondern kann bestenfalls eine diagnostische Funktion erfüllen, in welchen Bereichen eine den Beruf des Lehrers aufnehmende Person in berufsspezifischen Kompetenzen Defizite aufweist und spezielle Fort- und Weiterbildung benötigt.

Die positiven Funktionen einer Eignungsdiagnostik können aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** in Auswahlgesprächen und in vor allem zu Beginn des Studiums wiederholt angebotenen studienbegleitenden Beratungsgesprächen

erfüllt werden. Solche Gespräche sollen Studienanwärter bzw. Studierende umfassend und kontinuierlich über die Anforderungen der angestrebten beruflichen Tätigkeit aufklären und auf diese Weise selbstreflexive Prozesse anstoßen, mit denen die Betroffenen die Übereinstimmung der Anforderungen mit ihren persönlichen Neigungen, Wünschen und Kompetenzen prüfen. Die Gespräche hätten somit beratende und nicht selektierende Funktion.

Als Muster kann dabei das an der „School of Education“ der Technischen Universität München praktizierte Verfahren gelten (vgl. z. B. Deutsche Telekom-Stiftung 2013, S. 49ff.).

Das Auswahl- und Beratungsverfahren der „School of Education“ am „TUM Student Assessment & Admission Center“ ist spezifisch auf die mit dem Beruf des Lehrers verbundenen Anforderungen zugeschnitten. Die Bewerberinnen und Bewerber um einen Studienplatz werden zu einem Beratungsgespräch eingeladen. Das Gespräch findet zwischen der Bewerberin bzw. dem Bewerber und einem Dozenten aus einem der beiden angestrebten Studienfächer der bzw. des Bewerbenden, einer Person mit praktischer Schulerfahrung und einer Studentin bzw. einem Studenten als Vertretern der Universität statt. Auf der Grundlage eines Gesprächsleitfadens werden die Bewerberinnen und Bewerber befragt und abschließend hinsichtlich ihrer fachlichen, pädagogischen, persönlichen und motivationalen Voraussetzungen eingeschätzt. Sie erhalten dazu ein qualifiziertes Feedback in mündlicher und in schriftlicher Form. Wichtig ist, dass das Verfahren nicht beansprucht, die Geeignetsten auszuwählen bzw. weniger Geeignete zurückzuweisen, sondern einer konstruktiven Rückmeldung an die Studienanwärterinnen und -anwärter dienen soll. So wird die Aufnahme eines Studiums in den seltensten Fällen verweigert, vielmehr werden starke Empfehlungen ausgesprochen und gegebenenfalls Tipps gegeben, wie die Bewerbenden ihre Schwächen im Studium gezielt korrigieren könnten. Dies bedeutet: Auf der Grundlage des Gesprächs soll die Selbstreflexion der angehenden Studierenden angeregt werden, sie sollen auf Basis der Rückmeldung ihren Studienwunsch überprüfen und im Fall der Aufnahme eines Studiums gezielt ihre eigenen Stärken aufbauen. Tatsächlich verfolgen ca. 25 Prozent der Personen nach dem Beratungsgespräch ihre Bewerbung nicht weiter (vgl. Otto 2013). Vor der Aufnahme eines Masterstudiums erfolgt gegebenenfalls ein zweites Beratungsgespräch.

Nicht zu empfehlen sind Aufnahmeverfahren, die insinuiert, eine belastbare Prognose der Bewährung im Lehramtsberuf sei tatsächlich vor Aufnahme eines Studiums möglich.

Ein Beispiel stellt das derzeit an der Universität Passau für Bewerbende um ein Lehramtsstudium auf freiwilliger Basis angebotene Eignungsfeststellungsverfahren dar.¹⁷ Die Kandidatinnen und Kandidaten müssen u. a. vor einer externen Jury aus Schul- und Seminarleitungen ihre Berufswahl begründen und ihre persönlichen Stärken beschreiben. Soziale Kompetenzen werden in Rollenspielen und Gruppendiskussionen erprobt. Das Verfahren beruht jedoch auf einem weitgehend intuitiven „Assessment“-Konzept, das weder testtheoretisch fundiert ist noch auf seine Vorhersagevalidität hin geprüft wurde und Gefahr läuft, große Zahlen von Bewerberinnen und Bewerbern von der Aufnahme eines Lehramtsstudiums abzuhalten.

Der **AKTIONSRATBILDUNG** empfiehlt, an lehrerbildenden Hochschulen Aufnahmegespräche für am Lehramt interessierte Studienbewerberinnen und -bewerber anzubieten und durch ein umfassendes Feedback abzuschließen, durch das die Selbstreflexion der Bewerbenden bezüglich der erwartbaren beruflichen Anforderungen und der erfahrenen eigenen Stärken und Schwächen angeregt wird.

Wichtig ist weiterhin, dass das Auswahlgespräch nur den Beginn eines kontinuierlichen studienbegleitenden Beratungsprozesses darstellt. Die Anfangsphase des Studiums sollte begleitet sein von wiederholten Beratungsangeboten, in denen die Selbstreflexion der Studierenden angesichts des Fortgangs des Studiums kontinuierlich weiterentwickelt wird (vgl. auch dazu die Praxis an der „School of Education“, Deutsche Telekom-Stiftung 2013, S. 48ff.).

In diesem Zusammenhang empfiehlt der **AKTIONSRATBILDUNG**, auch frühe Unterrichtspraktika oder Lehrassistenzen vorzusehen, da die Prüfung der Passung eigener Kompetenzen und Neigungen mit den Anforderungen des Berufs in diesen unterrichtsnahen Anforderungssituationen besonders realistisch erfolgen sollte.

¹⁷ Vgl. z. B. <http://www.br.de/fernsehen/bayerisches-fernsehen/sendungen/kontrovers/gute-lehrer-gesucht-100.html>.

5.3 Organisationsentwicklung zur Stärkung der Ressourcen von Institutionen des Bildungssystems

5.3.1 Förderung von Kooperation, sozialen Unterstützungssystemen und sozialen Netzwerken

Soziale Unterstützung stellt eine bedeutsame Ressource dar, die dabei hilft, Herausforderungen im beruflichen Kontext nicht als Belastung, sondern als Herausforderung zu erleben. So erwies sich soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen in sämtlichen in Kapitel 4 dargestellten Studien, die diese in ihren Zusammenhängen zur psychischen Gesundheit der Beschäftigten empirisch untersucht haben, als bedeutsamer Schutzfaktor vor Burnout (vgl. z. B. Johnson/Johnson 2003; Körner 2003; Richter u. a. 2011; Nübling u. a. 2012; Viernickel/Voss 2013).

Aus den drei von Badura u. a. (2008) differenzierten Ressourcen, die eine Organisation für das gesundheitliche Wohlergehen ihrer Beschäftigten schaffen kann, Netzwerkkapital, Führungskapital und Wertekapital, ergeben sich „wichtige Ansatzpunkte für mögliche Interventionsmaßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements“ (Rixgens/Badura 2012, S. 203). So können Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen Belastungserleben reduzieren und die Gesundheit ihrer Beschäftigten fördern, indem sie Maßnahmen zur Gestaltung positiver sozialer Beziehungen im Kollegium (Netzwerkkapital) und zwischen den Hierarchieebenen (Führungskapital) ergreifen. Dies könnte beispielsweise mit Blick auf die Institution Schule durch systematische Feedbackrunden innerhalb des Kollegiums, Teamsupervision und „Co-Teaching“, durch systematische Mitarbeiterbefragungen, Mitarbeitergespräche und Schulungen der Leitungsebene geschehen. Durch die Verständigung auf gemeinsame Werte und Normen entsteht nicht nur Wertekapital, sondern werden auch die kommunikativen Beziehungen und sozialen Netzwerke innerhalb der Organisation gefördert (Netzwerkkapital). Gemeinsame Werte und Normen können sich dabei durchaus auch darauf beziehen, dass man sich als eine gesundheitsförderliche Organisation versteht.

Bourbonnais, Brisson und Vézina (2011) haben für das Beispiel der Organisation Krankenhaus gezeigt, dass auf diese Weise eine nachhaltige Reduktion von Risikofaktoren erreicht werden kann: Ein aus den Beschäftigten gebildetes Team identifizierte über einen Zeitraum von mehreren Monaten hinweg in wiederholten Sitzungen Faktoren, von denen ein Belastungserleben ausgeht, wie das Fehlen von Entscheidungsspielräumen oder sozialer Unterstützung, entwickelte Veränderungsvorschläge und zeigte Wege zu ihrer Implementation auf.

Soziale Unterstützung im Beruf realisiert sich vor allem durch aufgabenbezogene Zusammenarbeit zwischen den Beschäftigten der Organisation. Im Unterschied zu Berufen, in denen gemeinsam bestimmte Produkte erzeugt werden, ist Zusammenarbeit zwischen den Beschäftigten in Organisationen des Bildungswesens nicht zwingend erforderlich. So fühlen sich beispielsweise Lehrkräfte in Schulen oder Hochschulen in der Regel allein verantwortlich für ihren Unterricht und die ihnen anvertrauten Lernenden, Kooperation ist nicht obligatorisch (vgl. Gräsel/Fußangel/Pröbstel 2006). Im Ergebnis überwiegen beispielsweise in Schulen Kooperationsformen, die auf ein Minimum von Absprachen organisatorischer Art beschränkt bleiben (vgl. z. B. Steinert u. a. 2006).

Was können Organisationen des Bildungswesens also tun, um Kooperation unter den Beschäftigten anzuregen? Kooperation ist definiert als die Zusammenarbeit zwischen Personen, die auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels gerichtet ist. Voraussetzung für kooperative Zusammenarbeit ist somit, dass es ein zwischen den Partnern geteiltes Ziel gibt und dass zur Erreichung dieses Ziels der Beitrag jedes Einzelnen erforderlich ist, also Handlungs- und Entscheidungsspielräume auf der Ebene der Individuen und Vertrauen auf der Ebene der Gruppe der kooperierenden Personen bestehen.

Dies bedeutet, Organisationen müssen eine Programmatik, Ziele, Normen und Werte explizieren, für die sie und die in ihnen Beschäftigten stehen. Eine gemeinsam vereinbarte konzeptuelle Ausrichtung der Tätigkeit kann sich in Organisationen des Bildungswesens z. B. zeigen in einer bestimmten pädagogischen Orientierung in vorschulischen Einrichtungen, in bestimmten Unterrichtskonzepten oder Schulprogrammen von Schulen oder in einem bestimmten Forschungsprofil oder einer Graduiertenschule eines Fachbereichs einer Universität. Solche geteilten Ziele und Aufgaben müssen zusammen erarbeitet, in jedem Fall aber gemeinsam kontinuierlich weiterentwickelt werden – verbunden mit einer stetigen Überprüfung, inwiefern man den selbstgesetzten Zielen tatsächlich gerecht wird. Dazu gehört idealerweise die Möglichkeit der Organisation, neu hinzukommende Kolleginnen und Kollegen gemäß diesen Zielsetzungen auswählen zu dürfen (also z. B. Lehrkräfte, die sich einer bestimmten Art des Unterrichtens verpflichtet fühlen), und eine unterstützende Begleitung der Neuanfängenden, mit dem Ziel, dass auch sie die geteilten Werte und Normen erfolgreich in ihrer Arbeit in die Tat umsetzen. Wichtig ist weiterhin, dass die Beschäftigten in Bezug auf die gemeinsamen Ziele positiv interdependent sind; d. h., das Ziel kann nur gemeinsam, nicht aber auch durch Einzelne oder gar in Konkurrenz zueinander erreicht werden. Somit besteht eine Aufgabe für politische Entscheidungsträger und für das Leitungspersonal der jeweiligen Organisationen darin, die gemeinsame Arbeit an den Zielen so zu gestalten, dass ihre Erreichung vom Beitrag

jeder einzelnen Organisation bzw. jedes einzelnen Beschäftigten innerhalb der Organisation abhängt, also nicht nur einfach von den leistungsstärksten oder am stärksten motivierten Personen im Alleingang erledigt werden kann, und dass negative Interdependenz – nämlich dass die Zielannäherung von Organisationen und Personen damit einhergeht, dass sich andere vom Ziel entfernen – verhindert wird. Es geht somit für das Leitungspersonal darum, Arbeitsaufgaben so zu gestalten, dass sie „eine synchrone und koordinierte, kokonstruktive Aktivität der Teilnehmer/-innen verlangen, um eine gemeinsame Lösung eines Problems oder ein gemeinsam geteiltes Verständnis einer Situation zu entwickeln“ (Pauli/Reusser 2000, S. 421). Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigten sich der Arbeit an den gemeinsamen Zielen verpflichtet fühlen und ihren individuellen Beitrag zu ihrer Erreichung leisten, sind Entscheidungs- und Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung der eigenen Aufgaben (vgl. das Anforderungskontroll-Modell von Karasek/Theorell 1990).

Gräsel, Fußangel und Pröbstel (2006) berichten von verschiedenen Studien, aus denen sich ergibt, dass Lehrkräfte an Schulen meist individualistische Ziele verfolgen (also die Arbeit mit „ihren“ Kindern gut zu machen), statt sich als positiv interdependent mit ihren Kolleginnen und Kollegen bei der Erreichung von auf Schulebene festgelegten gemeinsamen Zielen zu definieren; und dass es in Deutschland zum Selbstverständnis der Lehrkraft gehört, dass sie autonom in ihrem Handeln ist – eine berufliche Identität, die kooperationshemmend sein kann, da Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen unter Umständen als Kontrolle oder Einmischung interpretiert wird. Dies bedeutet, in deutschen Schulen besteht wohl eher das Problem von „zu viel Autonomie“, in dem Sinne, dass das Verfolgen gemeinsamer auf Schulebene definierter Ziele in der Vergangenheit kaum als berufliche Anforderung wahrgenommen wurde, die mit dem Lehramt verbunden ist.

Auch für Schulleitungen ist es eine relativ neue Anforderung, solche übergeordneten Zielstrukturen, z. B. in Form von Schulprogrammen, zu entwickeln und im Kollegium zu implementieren. Formen der Kooperation, die sich beim kooperativen Lernen von Schülerinnen und Schülern bewährt haben (vgl. z. B. Pauli/Reusser 2000), sollten von Leitungen in Organisationen in der Zukunft durchaus auch genutzt werden, um Kooperation unter den Beschäftigten mit dem Ziel der Erreichung organisational geteilter Ziele anzuregen.

Genauer identifizieren Gräsel, Fußangel und Pröbstel (2006) für die Organisation Schule Potenziale für die Intensivierung von Kooperation in drei Bereichen: (1) den wechselseitigen Austausch von Informationen oder Materialien, (2) arbeitsteilige Kooperation und (3) Formen der „Kokonstruktion“, bei denen „die Partner sich intensiv hinsichtlich einer Aufgabe austauschen und dabei ihr individuelles Wissen

so aufeinander beziehen (kokonstruieren), dass sie dabei Wissen erwerben oder gemeinsame Aufgaben- oder Problemlösungen entwickeln“ (Gräsel/Fußangel/Pröbstel 2006, S. 210f.). Die Formen (1) und (2) sind im engeren Sinne keine Formen von Kooperation; sie schließen weder Zielinterdependenz noch eine unmittelbare Zusammenarbeit ein. „Kokonstruktion“ bedeutet im Unterschied dazu eine voll entwickelte Kooperation, die der Fortentwicklung eigener Kompetenzen und der Qualität der eigenen Arbeit der Lehrkraft – auf der Grundlage der durch die Zusammenarbeit im Kollegium angeregten Reflexion und Anregung – dient. Gräsel, Fußangel und Pröbstel (2006) gehen davon aus, dass durch traditionelle Maßnahmen wie z. B. eine Lehrerfortbildung einfache Formen des Austauschs oder auch arbeitsteilige Formen der Zusammenarbeit durchaus gefördert werden können, wohingegen die Förderung von „Kokonstruktion“ „weiter reichende Veränderungen des ‚Arbeitsplatzes Schule‘ erforderlich“ (Gräsel/Fußangel/Pröbstel 2006, S. 217) macht.

Eine solche Veränderung könnte die Implementation professioneller Lerngemeinschaften darstellen, in denen Lehrkräfte als Lernende agieren. Bonsen und Rolff (2006, S. 168) definieren professionelle Lerngemeinschaften als Schulen, in denen Lehrkräfte ihre Arbeit auf das Lernen statt auf das Lehren ausrichten. Genauer charakterisieren sie Schulen, deren Lehrerkollegium eine professionelle Lerngemeinschaft darstellt, wie folgt: „Ein erfolgreiches Lernen neuer Unterrichtstechniken und eine Erweiterung des professionellen Wissens, damit einhergehend eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass die Lehrkräfte über aktuelle fachliche Innovationen informiert sind und ein tieferes Verständnis des Unterrichtsstoffes entwickeln, ein Verständnis der Bedeutsamkeit der eigenen Lehrerrolle bei der Unterstützung und Förderung der Schülerinnen und Schüler, eine signifikant höhere Kapazität, sich auf die besonderen Bedürfnisse der Schüler einzustellen und den eigenen Unterricht entsprechend zu adaptieren, eine höhere Berufszufriedenheit und weniger Fehltag der Lehrerinnen und Lehrer, eine höhere Motivation an nachhaltigen und systematischen Veränderungen“. Mitglieder professioneller Lerngemeinschaften sind durch das Ziel verbunden, die eigene Professionalität als Lehrkraft durch die Kooperation zu erweitern, wobei durch die an fachlichen Inhalten ausgerichtete Zusammenarbeit gleichzeitig soziale und emotionale Unterstützung für die Teilnehmenden geboten wird. Lehrkräfte, die einer professionellen Lerngemeinschaft angehören, haben nicht nur gemeinsame pädagogische Ziele, sie streben auch eine auf Feedback und Evaluation basierende Deprivatisierung von Unterricht an, suchen den reflexiven Dialog im Kollegium und erfahren Feedback und Anerkennung für ihre Arbeit im Kollegium (vgl. Bonsen/Rolff 2006, S. 173).

In einer Befragung der Lehrkräfte von 124 Dortmunder Schulen konnten Bonsen und Rolff (2006, S. 178) in einer Mehrebenenanalyse zeigen, dass die individuelle Wahrnehmung der Lehrkräfte, inwiefern ihre Schule eine professionelle Lerngemeinschaft darstellt, zu 30 Prozent durch Merkmale auf der Organisationsebene aufgeklärt werden konnte, nämlich genauer durch das Ausmaß der „Verständigung innerhalb der Schule auf gemeinsame Ziele und Normen“. Schulen können demnach zur Entwicklung solcher Lerngemeinschaften insbesondere durch die Entwicklung und Vermittlung geteilter Werte und Visionen beitragen.

Für die Förderung von Kooperation in vorschulischen Einrichtungen empfiehlt der **AKTIONSRATBILDUNG** auf der Grundlage der Ergebnisse der STEGE-Studie, dass die Träger ihre Kindertagesstätten als selbstbestimmte Organisationen betrachten und Entscheidungen so weit als möglich auf die Ebene der Einrichtungsteams delegieren sollten (vgl. auch Viernickel/Voss 2013, S. 202f.). Der Informationsfluss und die Transparenz von Entscheidungen sowie Rückmeldungen zwischen den Leitungskräften und dem pädagogischen Personal sollten regelmäßig geprüft werden; dazu sollten auch Möglichkeiten zur Supervision sowie zur Weiterbildung (z. B. zu Themen wie Teamentwicklung und Konfliktmanagement) für das Leitungspersonal geschaffen werden.

In der STEGE-Untersuchung hatten die pädagogischen Fachkräfte den regelmäßigen Austausch in fest installierten Teamsitzungen als wichtige Grundlage für eine effiziente Planung der Arbeitsabläufe erlebt. Klare und verbindliche Regelungen der Kommunikationswege, die Rückmeldungen in beide Richtungen – von Fach- zu Leitungskräften und umgekehrt – einschließen, sind somit vorzusehen. Die Kommunikation sollte sich dabei jedoch ausdrücklich nicht auf organisatorische Absprachen beschränken, sondern auch der fachlichen Diskussion und Weiterentwicklung dienen. Neben zeitlicher Planung sind auch Vorkehrungen zu treffen, wo und bei welchen Gelegenheiten solche Gespräche gegebenenfalls stattfinden können (Gemeinschaftsraum, Treffen außerhalb der Organisation zu bestimmten Anlässen).

Eine weitere Voraussetzung für erfolgreiche Kommunikation und Kooperation in Organisationen liegt in der Installation von Regeln und Prozeduren zur Prävention und Intervention im Falle von Konflikten. Ein von Vertrauen und wechselseitiger Wertschätzung der Beschäftigten und ihrer Leistungen getragenes Arbeitsklima setzt voraus, dass mit Unterschieden zwischen Personen, sei es in ihren Einstel-

lungen oder ihren Verhaltensweisen, konstruktiv umgegangen wird, diese also für die Ziele der Organisation genutzt werden. Die Vereinbarung von expliziten Regeln des Umgangs miteinander kann hilfreich sein, um zu verhindern, dass Konflikte nicht ausgetragen, sondern in Feindseligkeiten, Rivalität oder gar Mobbing münden. Spezifische Prozeduren (z. B. dass ein Konflikt zwischen pädagogischen Fachkräften einer vorschulischen Einrichtung auf vertraulicher Basis von einer Fachkraft mit der Leitung besprochen wird und ausgehend von einem solchen Gespräch Möglichkeiten der Konfliktlösung ausgelotet werden) können hierbei genauso hilfreich sein wie die Installation von regelmäßigen Gesprächsrunden zu Themen wie Arbeitsklima und Konfliktmanagement mit externer Supervision.

5.3.2 Ansätze zur Burnout-Prävention und -Intervention: verhaltens- und/oder verhältnispräventive Ansätze im Vorteil?

Konzeptuell lassen sich vorfindbare Interventionsangebote danach differenzieren, ob sie eine präventive oder interventive Orientierung haben und ob die Maßnahmen in erster Linie auf das Individuum (Verhaltensprävention) oder auf die Arbeitsorganisation (Verhältnisprävention) bezogen sind oder aber Interventionen beider Arten kombinieren.

Die WHO (vgl. Langford u. a. 2011) empfiehlt ein auf die verschiedenen Ebenen der Prävention gleichermaßen ausgerichtetes Vorgehen: Gesundheit und Wohlergehen sollen bei Lehrkräften und Pädagoginnen und Pädagogen ebenso wie bei den Schülerinnen und Schülern bzw. Studierenden durch Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils – auf Ebene des Individuums – und gleichzeitig durch Maßnahmen auf der Ebene der schulischen bzw. universitären Umgebung gefördert werden.

Faktisch überwiegen derzeit jedoch deutlich Ansätze mit individuumsorientierten Interventionen gegenüber solchen, die auf die Entwicklung von Organisationen ausgerichtet sind. Bei individuumsbezogenen Interventionsprogrammen werden häufig Module aus Stressbewältigungstrainings mit Elementen der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie und Entspannungsverfahren kombiniert. Gemeinsam ist dieser Art Ansätzen, dass die Adressaten lernen sollen, ihre bisherigen Umgangsweisen mit berufsbezogenen Anforderungen und Belastungen zu reflektieren, und unter Einbezug von Erkenntnissen der kognitiven Verhaltenstherapie dazu angeleitet werden, ineffektive Verhaltensmuster durch angemessenere zu ersetzen. Auf diese Weise werden die individuellen Stressbewältigungsressourcen des Individuums gestärkt.

Vergleichsweise seltener sind bisher Interventionen, die auf die Veränderung von schulischen Organisationen ausgerichtet sind. Bei diesen geht es um Veränderungen der Arbeitsorganisation und -gestaltung (z. B. Neufestlegung von Klassenstärken, Stundendeputaten, Arbeitszeitregelungen, Zielvereinbarungen) ebenso wie um Maßnahmen, die eine Reduktion interpersoneller Konflikte im beruflichen Umfeld anstreben (z. B. systematisches Feedback im Kollegium, Teamsupervision, Kommunikationstrainings; vgl. Hillert 2012), ein am Ziel der Teamarbeit und der Kooperationsförderung ausgerichtetes Organisationsmanagement oder eine „stressprophylaktische Arbeitsplatzgestaltung“ durch Schaffung individueller Frei- und Gestaltungsspielräume.

Dass individuums- und organisationsbezogene Interventionen wirksam sind, um Betroffenen zu helfen, zeigt auch ein Literaturreview von Walter, Krugmann und Plaumann (2012). Für den Zeitraum 1995 bis 2011 fanden die Autoren in den Datenbanken „Medline“, „PsychINFO“ und „PSYINDEX“ insgesamt 33 Studien, die ihren Einschlusskriterien „Interventionsstudie“ (nicht Präventionsstudie) „mit dem Ziel der Reduktion von Burnout“, „Erfassung burnoutspezifischer Maße“ und „mindestens zwei Erhebungszeitpunkte (prä/post)“ entsprachen. In 24 dieser Studien wurden ausschließlich individuumsbezogene Interventionen zum Einsatz gebracht (z. B. kognitives Verhaltenstraining, Beratung, Entspannungstraining, autogenes Training, Stressmanagementtraining, Selbsthilfegruppe, Fortbildung, Supervision), in den verbleibenden zehn Studien wurden individuums- und arbeitsorganisationsbezogene Interventionen (z. B. Veränderungen der Arbeitsorganisation, Arbeitszeiten oder Arbeitspläne, Coaching unter Einbezug von Vorgesetzten, Workshop zum Umgang mit veränderten Arbeitsbedingungen) kombiniert.

In drei Vierteln der Fälle (75 Prozent) konnten positive Effekte im Sinne der Reduktion von Burnout oder einer seiner Subkomponenten ausschließlich durch individuumsbezogene Maßnahmen nachgewiesen werden. 55 Prozent der individuumsbezogenen Interventionen bewirkten auch verzögert, d. h. sechs bis zwölf Monate später, noch reduzierte Burnout-Werte. Genauer waren positive Veränderungen in den Komponenten Depersonalisierung (DP) und persönliche Leistungsfähigkeit (PA) typischerweise über sechs Monate, aber auch nicht länger stabil. In einer Langzeitstudie mit Auffrischungsangeboten waren die positiven Veränderungen in den Komponenten emotionale Erschöpfung (EE) und persönliche Leistungsfähigkeit (PA) jedoch noch 2,5 Jahre nach Abschluss der Intervention nachweisbar (vgl. Rowe 2000).

Die Studien, die sowohl individuums- als auch arbeitsorganisationsbezogene Interventionen umfassten, erwiesen sich in 70 Prozent der Fälle als geeignet, Burnout signifikant zu reduzieren. In 63 Prozent der Studien, die sechs Monate

nach der Intervention oder später eine „Follow-up“-Messung vorsahen, erwiesen sich die positiven Änderungen als stabil. In einer Studie war eine bedeutsame Reduktion von Burnout auch noch nach drei Jahren nachweisbar (vgl. Bourbonnais/Brisson/Vézina 2011).¹⁸

Die Ergebnisse des (aktuelleren) Literaturreviews von Walter, Krugmann und Plaumann (2012) sprechen gegen die Annahme, dass eine Kombination individuums- und organisationsorientierter Interventionen den ausschließlich auf das Individuum ausgerichteten Ansätzen überlegen wäre. Obwohl Schlussfolgerungen darüber, welche spezifischen Elemente der oft mehrere Maßnahmen umfassenden Interventionen für die Wirkungen verantwortlich sind, nicht möglich sind, kann dennoch konstatiert werden, dass Interventionen, die ein kognitives Verhaltenstraining einschlossen, sämtlich Wirkung zeigten (aber auch andere Interventionsansätze waren effektiv), wohingegen vor allem auf Entspannungstrainings ausgerichtete Interventionen nur vergleichsweise kurz andauernde Effekte hatten.

Eine analoge Einschätzung ergibt sich auch aus Metaanalysen zu burnout-spezifischen Stressbewältigungstrainings, die von van der Klink u. a. (2001) und von Bamberg und Busch (1996) vorgelegt wurden. Hier ergaben sich für Trainings mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt kleine bis mittelstarke Effekte (van der Klink u. a. 2001: $d = 0,68$; Bamberg und Busch 1996: $d = 0,41$) und für Entspannungstrainings kleine Effekte (van der Klink u. a. 2001: $d = 0,44$; Bamberg/Busch 1996: $d = 0,38$).

Bamberg und Busch (1996) differenzierten in ihrer Metaanalyse auch nach dem untersuchten gesundheitlichen Kriterium und fanden die stärksten Effekte auf individuumsbezogene Maße, wie z. B. psychische Stressreaktionen ($d = 0,41$), gefolgt von Indikatoren, die auf die Interaktion zwischen Individuum und Organisation bezogen waren, wie z. B. Arbeitszufriedenheit ($d = 0,27$), und schließlich von Effekten auf der Ebene der Organisation, wie z. B. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage ($d = 0,22$).

Ähnlich sind auch die Schlussfolgerungen, die sich aus der von Bentz (2008) vorgelegten Begutachtung und Bewertung von Präventions- und Interventionsansätzen im Bereich der Burnout-Forschung ergeben. Die Autorin identifizierte

34 methodisch befriedigende Studien. Zur Reduktion der drei zentralen Burnout-Symptome nach dem MBI wurden vor allem Entspannungsverfahren (acht Studien), kognitiv-behaviorale Methoden (acht Studien), Kombinationen verhaltens- und organisationsbezogener Maßnahmen (18 Studien; sie bestehen zwar vorwiegend aus verhaltenspräventiven Methoden, beziehen aber den Arbeitskontext mit ein) sowie „andere Interventionen“ (vier Studien) durchgeführt. Studien, die allein auf organisationsbezogene Veränderungen setzten, fand die Autorin nicht.

Bentz (2008) analysierte die Effekte der Maßnahmen separat für jede der drei Dimensionen des MBI. Eine signifikante Reduktion der emotionalen Erschöpfung wurde gleichermaßen über alle Interventionsformen erreicht, wenn die Effektstärken auch eher niedrig waren. Personenbezogene Maßnahmen, die auch die Arbeitsumgebung berücksichtigten (kombinierte Maßnahmen), führten vor allem zu einer Verbesserung der Werte auf der Dimension des reduzierten Wirksamkeitserlebens, während über kognitiv-behaviorale Maßnahmen eher die Depersonalisierung günstig beeinflusst, d. h. verringert, wurde.

Zusammengefasst sprechen die vorliegenden Wirksamkeitsnachweise dafür, dass verhaltenspräventive, auf die Stärkung individueller Ressourcen ausgerichtete Maßnahmen gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen im Vorteil sind. Sie wurden nicht nur sehr viel häufiger entwickelt, eingesetzt und evaluiert (ihre Evaluation ist auch methodisch einfacher), sondern scheinen zudem höhere Effektstärken aufzuweisen als verhältnispräventive Maßnahmen. Die Überlegenheit verhaltenspräventiver Maßnahmen ist jedoch zumindest teilweise auf Selbstselektionseffekte zurückzuführen, da an ihnen in der Regel stärker belastete Personen teilnehmen, bei denen schneller und leichter Interventionseffekte zu erzielen sind als in den nicht ausgelesenen Stichproben, die an verhältnispräventiven Maßnahmen teilnehmen. Letztere richten sich naturgemäß „an alle“ und beziehen somit Personen mit ein, die gesund sind und bei denen daher auch keine Veränderungseffekte erzielt werden können. Da diese Personen aber auch in die Effektmessungen einbezogen werden, wird die Wirkung verhältnispräventiver Maßnahmen typischerweise unterschätzt. Der erzielte Gesamteffekt (der sogenannte Public Health Impact) verhältnispräventiver Maßnahmen kann also – trotz niedrigerer in den Wirksamkeitsstudien nachgewiesener Effektstärken – durchaus hoch sein, da durch sie relativ gesehen mehr Menschen erreicht werden, deren Gesundheit gestärkt wird, als durch verhaltenspräventive Maßnahmen. Zudem ist kritisch anzumerken, dass die Effekte verhaltenspräventiver und auf die Veränderung von Individuen abzielender Maßnahmen sich regelhaft mit der Zeit abschwächen, sie also einer Löschungskurve unterliegen. In der Regel sind nicht einmal in methodisch befriedigenden Evaluationsstudien Aussagen über

¹⁸ In einem früher publizierten Literaturreview von Awa, Plaumann und Walter (2010) waren 25 Interventionsstudien identifiziert worden, von denen 68 Prozent ausschließlich personenbezogene Interventionen enthielten, nur acht Prozent organisationsbezogene und 24 Prozent eine Kombination aus beidem. Eine Reduktion von Burnout wurde in 80 Prozent der Studien berichtet, wobei sich hier eine Überlegenheit der kombinierten Vorgehensweisen insofern gezeigt hatte, als für die ausschließlich individuumsbezogenen Interventionen eine kürzere Wirkungszeit (maximal sechs Monate) nachweisbar war als für die kombinierten Ansätze (zwölf Monate und mehr).

Langzeiteffekte möglich. Zudem besteht die Gefahr, dass an das Individuum gerichtete Interventionen den Blick auf strukturelle Defizite verstellen und die Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten ausschließlich den betroffenen Individuen zuweisen (sogenanntes blaming the victims).

5.3.3 Der Beitrag von Ansätzen zum Stressmanagement für die Burnout-Prävention

Günther und Batra (2012) haben auf der Grundlage einer Literaturrecherche in den Datenbanken „Medline“ und „Pubmed“ zu Originalarbeiten und Metaanalysen über auf Stressmanagement bezogene Interventionsstudien die Effektivität von Stressmanagementprogrammen für die Burnout-Prophylaxe (Verhaltensprävention) beurteilt. Obwohl ein vergleichender Wirksamkeitsnachweis einzelner Stressbewältigungstechniken und ihrer Kombinationen im Rahmen verschiedener Stressmanagementprogramme aufgrund der Variation in den Zugangsvoraussetzungen, Rahmenbedingungen und Settings, der Ausgestaltung und Dauer der Maßnahmen nicht möglich ist, fanden die Autoren in zahlreichen Studien positive Effekte von Stressmanagement auf präventive Stressreduktion und Burnout-Prophylaxe, wobei allerdings Langzeiteffekte bisher nur selten untersucht wurden. Auf der Grundlage der Ergebnisse ihrer Literaturanalyse kommen die Autoren zu folgenden Empfehlungen für die Gestaltung von Stressmanagementprogrammen für die Burnout-Prophylaxe (Günther/Batra 2012, S. 188):

- „1) Personenbezogene Stressmanagementprogramme sollten intensiv und ausreichend lange (über mehrere, mindestens fünf bis sechs Wochen) durchgeführt werden.
- 2) Proaktiven kognitiv-behavioralen Ansätzen sollte der Vorzug gegeben werden.
- 3) Bei operationalen Belastungen in der Arbeitswelt, die mit der spezifischen beruflichen Tätigkeit zusammenhängen, sind Verfahren wirksam, die zur Vorbereitung auf diese Tätigkeit dienen und entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln.
- 4) Je mehr das Stressmanagement der Bewältigung umschriebener Belastungssituationen (zum Beispiel bei der Arbeit) dienen soll, desto mehr sollte das Programm auf ein entsprechend gezieltes kognitiv-behaviorales Training ausgerichtet sein. Zusätzliche Komponenten können hingegen zu einer Abschwächung der präventiven Effekte führen.
- 5) Wenn Stressoren nicht zu vermeiden sind, können deren negative Auswirkungen durch eine Vielzahl reaktiver Bewältigungsstrategien gemildert (ge-

puffert) werden; hier haben sich vor allem Entspannungs- und Meditationsverfahren beziehungsweise achtsamkeitsbasierte Verfahren bewährt.

- 6) Für das Aufrechterhalten eines erfolgreichen Stressmanagements sind die Umgebungsbedingungen nach Abschluss des Programms wichtig. Als hilfreich haben sich regelmäßige ... Auffrischungssitzungen erwiesen, ebenso die Beratung und Besprechung von Situationen, in denen das Erlernte eingesetzt beziehungsweise geübt werden kann.
- 7) Verhältnispräventive und umgebungs- beziehungsweise organisationsbezogene Strategien wurden beim Stressmanagement und in der Burn-out-Prophylaxe bisher eher weniger eingesetzt und evaluiert. Unter primär-präventivem Aspekt bieten sie bei vertretbarem Aufwand jedoch die Chance, Stressoren zu vermeiden oder zu reduzieren; sie sollten deshalb stets Ziel institutionsbezogener Stressmanagement- und Burn-out-Prophylaxeprogramme sein, vor allem in der Arbeitswelt.“

Der **AKTIONSRATBILDUNG** stellt fest, dass Entspannungsverfahren, kognitiv-behavioral ausgerichtete Interventionen, aber auch Kombinationen aus beidem in besonderem Maß geeignet sind, Burnout zu reduzieren. Gleiches gilt für Stressmanagementprogramme. Auch wenn über Langzeiteffekte und die differenzielle Wirksamkeit solcher Maßnahmen auf die Teildimensionen des Burnout-Konstrukts noch keine abschließenden Aussagen möglich sind, empfiehlt der **AKTIONSRATBILDUNG**, für von Burnout betroffene Personen und Arbeitsteams entsprechende Angebote regional verfügbar zu halten.

5.3.4 „Good Practice“-Ansätze zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Bildungsinstitutionen

Angesichts der Unschärfe der Burnout-Diagnose und noch fehlender Qualitätsstandards für burnoutbezogene Präventions- und Interventionsprogramme kritisiert Hillert (2012) derzeit noch einen „Wildwuchs von Interventionsangeboten“. „Vieles, was der Regeneration und Gesundheit dienlich sein könnte, wird als Burnout-Behandlung offeriert. In diesem Wachstumsmarkt geht es primär um attraktive, kundenfreundliche Angebote, nicht um Wissenschaft“ (Hillert 2012, S. 192) – auch wenn viele Programme durchaus versuchen, sich einen „wissenschaftlichen Anstrich“ zu geben, wie z. B. das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM, vgl. Storch/Krause 2002), das einen „neurobiologischen Ressourcenbegriff“ ver-

wendet, nach dem all das als Ressource bezeichnet wird, „was gesundheitsfördernde neuronale Netze aktiviert und entsprechende Ziele fördern hilft“ (Storch/Krause/Küttel 2007, S. 291), und in dem es um die „systematische Arbeit mit unbewussten Bedürfnissen und mit unbewusst verlaufenden Automatismen“ (Storch/Krause/Küttel 2007, S. 293) geht.

Zu den wenigen positiven Ansätzen zählt die vom Bundesministerium für Arbeit geförderte Studie „Lange Lehren“, in der knapp 2.500 Hauptschul- und Gymnasiallehrkräfte an Schulen im Südwesten von Deutschland zur Teilnahme an einem Burnout-Präventionsprogramm eingeladen wurden (vgl. Unterbrink u. a. 2010; Unterbrink u. a. 2012, 2014). Die 337 Lehrkräfte, die Interesse anmeldeten, wurden zufällig einer Interventions- und einer Wartekontrollgruppe (die ein Jahr zeitversetzt an der Intervention teilnahm) zugewiesen. Die Intervention bestand aus zehn von einem Psychotherapeuten angeleiteten Gruppensitzungen, die im Abstand von jeweils einem Monat stattfanden und in denen auf der Grundlage eines Manuals (vgl. Bauer/Unterbrink/Zimmermann 2007) fünf Module (jeweils bestehend aus zwei Doppelstunden) bearbeitet wurden: (1) Grundlagenwissen über Physiologie des Stresses und den Zusammenhang zwischen interpersonellen Beziehungen und Gesundheit, (2) Einstellungen zu Authentizität (mit sich selbst kongruent sein), (3) Beziehungsgestaltung zu Schülerinnen und Schülern, (4) Beziehungsgestaltung mit Eltern, (5) Stärkung von Kollegialität und sozialer Unterstützung im Lehrerkollegium. Abhängige Variablen waren Messinstrumente zur Erfassung mentaler Gesundheitsbeeinträchtigungen („General Health Questionnaire“ (GHQ-12), Symptomcheckliste bei psychischen Störungen (SCL-27), das Maslach-Burnout-Inventar (MBI) und der Fragebogen zur „Effort-Reward-Imbalance“ (ERI)). Sie wurden vor der Intervention und zwölf Monate nach Abschluss der Intervention erhoben.

Für die Teilnehmenden, die an mindestens fünf der zehn Sitzungen teilgenommen hatten, zeigte sich, dass sie auf dem GHQ signifikant geringere mentale Gesundheitsbeeinträchtigungen angaben. Auf der SCL zeigten sich auf drei der Subskalen, nämlich für depressive Symptome, dysthymische Symptome (d. h. leichte chronisch-depressive Verstimmungen) und Symptome von Misstrauen, signifikante Verbesserungen im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Diese Effekte ergaben sich unabhängig vom Geschlecht, Alter oder von vorhergehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen (z. B. einem kritischen Wert auf der GHQ-Skala) (vgl. Unterbrink u. a. 2010).

Darüber hinaus ergaben sich moderat starke Effekte auf den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Persönliches Wirksamkeitserleben“ des MBI und auf der Subskala „Appreciation“ des ERI (vgl. Unterbrink u. a. 2012, 2014). Dabei zeigte sich bei Berücksichtigung einer Unterscheidung nach Lehrkräften, die entweder

eine geringe oder aber eine starke Tendenz zur Depersonalisierung aufwiesen (nach MBI), dass der interventionsbedingte Rückgang auf den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Wirksamkeitserleben“ ausschließlich auf die stark zur Depersonalisierung neigende Gruppe zurückging – ein Effekt, der als Hinweis darauf gedeutet werden kann, dass das Interventionsprogramm insbesondere für bereits stark von Burnout betroffene Lehrkräfte wirkungsvoll sein kann.

Interessant für die Frage, welche Lehrkräfte besonders für Interventionstrainings ansprechbar sind, ist der von Unterbrink u. a. (2014) vorgenommene Vergleich zwischen den 337 Lehrkräften, die an einer Teilnahme interessiert waren, und denjenigen, die zurückgemeldet hatten, kein Interesse zu haben (N = 612). Die Teilnahmeinteressierten waren jünger, häufiger Frauen, häufiger teilzeitbeschäftigt, häufiger alleinstehend, sie hatten im Mittel weniger Kinder und häufiger in den letzten zwölf Monaten eine Trennung durchlebt. Zudem berichteten sie stärker als Nichtinteressierte, von Schülerinnen oder Schülern verbal beleidigt worden zu sein, und sie wiesen auf allen erhobenen Skalen (mit Ausnahme der Subskala „Status“ auf dem ERI) negativere Ausgangswerte auf.

Ein ähnliches Interventionsprogramm stellt auch „Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf“ (AGIL) dar (vgl. Hillert u. a. 2011). Das in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck (Prien am Chiemsee) entwickelte Programm ist ein auf die Zielgruppe der Schullehrkräfte ausgerichtetes Stressbewältigungstraining und besteht aus fünf thematischen Modulen, die Lehrkräfte in Gruppen von bis zu zehn Teilnehmenden in acht bis zwölf Einheiten zu je 100 Minuten in Anspruch nehmen. Das erste Modul vermittelt Wissen über Entstehung und die Auswirkungen chronischen Stresses. Nun werden Ressourcen der Teilnehmenden ermittelt, indem verschiedene Entlastungsoptionen vorgestellt werden: Aufbau von Achtsamkeit gegenüber aufkommendem Stress zur präventiven Stressbewältigung, Erweiterung des Repertoires an praktischen Kompetenzen zur instrumentellen Stressbewältigung, Einüben von „entschleunigenden Gedanken“ zur kognitiven Stressbewältigung und schließlich die Stärkung der Erholungsfähigkeit durch Erschließen und Pflegen regenerativer Kraftquellen außerhalb des Berufs. Jeder Teilnehmende benennt nun persönliche Belastungen und bewertet sie nach Stärke und Veränderbarkeit; das Ergebnis ist ein individuelles „Entlastungsprojekt“, das zu erreichen das Ziel der Programmteilnahme ist. Im zweiten Modul, dem Kognitionsmodul, werden das Identifizieren von stresserzeugenden Gedankenmustern und kognitive Stressbewältigungstechniken geübt. Das dritte Modul dient dem Training systematischen Problemlösens. Bestandteile sind die Identifikation eines Problems, die Formulierung eines Veränderungsziels, das Generieren verschiedener Lösungswege, die Entscheidung und die Realisierung (z. B. Übung im Rollenspiel) eines Lösungswegs. Hier werden von den Teilnehmenden

oft schwerwiegende Entscheidungen als Gegenstand gewählt (z. B. „Sollte ich versuchen, die Schule zu wechseln?“). Im vierten Modul geht es darum, persönliche Möglichkeiten für Erholung und Kraftschöpfen zu identifizieren. Auch geht es hier darum zu klären, welche Formen außerberuflicher Aktivitäten zur Regeneration und zur vorübergehenden Distanzierung von der Arbeitstätigkeit effektiv beitragen bzw. welche Kognitionen möglicherweise der Inanspruchnahme von Erholungsressourcen im Wege stehen (z. B. „Ich habe noch so viel zu tun“). Schließlich geht es im fünften Modul darum, die Achtsamkeit für die eigene gegenwärtige körperliche und psychische Befindlichkeit zu stärken. Belastungsgrenzen sollen auf diese Weise rechtzeitig bemerkt und durch entspannende und ausgleichende Tätigkeiten sollen neue Anforderungen gelassener und effektiver bewältigt werden.

In einer Befragung zur Patientenzufriedenheit fanden Lehr, Sosnowsky und Hillert (2007) bei insgesamt 76 Teilnehmenden nach abgeschlossener Teilnahme eine sehr positive Bewertung der Plausibilität des Konzepts, der Arbeitsunterlagen und der Relevanz der Inhalte für die Reduktion beruflicher Belastungen. Auch wurde die Wahrscheinlichkeit, eigene berufliche Belastungen zukünftig besser bewältigen zu können, als hoch eingeschätzt. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen der Teilnahme am AGIL-Programm in Stichproben von Lehrkräften vergleichend untersucht, die entweder eine stationäre Psychotherapie oder aber eine stationäre Psychotherapie bei gleichzeitiger Teilnahme am AGIL-Programm erhalten hatten (vgl. Lehr/Sosnowsky/Hillert 2007). Die Ergebnisse zeigen, dass die durch die Psychotherapie deutlich gesteigerte allgemeine Selbstwirksamkeit (mittelstarker Effekt) durch die zusätzliche Teilnahme am AGIL-Programm nur unwesentlich weiter gesteigert werden konnte, wohingegen die berufliche Selbstwirksamkeit durch die Standardtherapie nur geringfügig (kleiner Effekt) und durch das zusätzlich genutzte AGIL-Programm stark (großer Effekt) gesteigert werden konnte.

Eine weitere Interventionsstudie mit experimentellem Kontrollgruppendesign wurde von Zolnierczyk-Zreda (2005) vorgelegt. Das zweitägige Trainingsprogramm zielte darauf ab, das „Coping“ der Lehrkräfte mit beruflichen Stressfaktoren, hohen Anforderungen und geringer Kontrolle im Beruf zu stützen. Auf der Grundlage des Anforderungs-Kontroll-Modells („Job Demand-Control Model“; vgl. Karasek/Theorell 1990) kamen verschiedene kognitiv-behaviorale Methoden zum Einsatz, die der Bewältigung von hohem „Workload“, einer Stärkung von „Self-Mastery“-Gefühlen und den Beziehungen zu den Schülerinnen und Schülern dienten. Die 59 teilnehmenden Lehrkräfte wurden randomisiert einer Experimental- und einer Kontrollgruppe zugewiesen. Die Ergebnisse zeigten insbesondere für die Wahrnehmung subjektiver Kontrolle im Beruf eine signifikante durch

die Intervention bedingte Zunahme, einhergehend mit einer Abnahme der berichteten emotionalen Erschöpfung, des wahrgenommenen „Workload“ und somatischer Beschwerden.

Eine weitere experimentell angelegte Interventionsstudie, in der individuumsbezogene und organisationsbezogene Interventionen zur Reduktion von Stresserleben im Beruf bei Lehrkräften kombiniert wurden, stammt von Wu u. a. (2006). Die Wirkung der Intervention wurde in einem randomisierten Kontrollgruppendesign evaluiert, allerdings wurde die randomisierte Zuweisung zu Interventions- (N = 459 Lehrkräfte) oder Kontrollgruppe (N = 502) auf der Ebene der Schule (vier Schulen pro Gruppe) und nicht der individuellen Lehrkräfte vorgenommen, so dass Effekte der Schulen mit Effekten der Intervention konfundiert sind. Als stressreduzierende Maßnahmen wurden individuumsbezogene Stressbewältigungstechniken vermittelt und auf Organisationsebene wurden mithilfe der Schulleitungen flexiblere Terminpläne und Veränderungen der Aufgaben und der schulischen Umwelt vorgenommen (eine genauere Beschreibung fehlt leider). Die Ergebnisse zeigten auf verschiedenen Subskalen des „Occupational Stress Inventory-Revised Edition“ (OSI-R) reduziertes Stresserleben und gleichzeitig auf verschiedenen Subskalen des „Work Ability Index“ (WAI) gesteigerte Bewältigungsressourcen und subjektive Arbeitsfähigkeit der Lehrkräfte.

Der **AKTIONSRATBILDUNG** empfiehlt Bund und Ländern die Initiierung eines Benchmark-Prozesses, in dem Bildungsinstitutionen aus den Erfahrungen von „Good Practice“-Ansätzen lernen können, wie die psychische Gesundheit des Bildungspersonals gestärkt und Burnout vermieden werden kann. Zielführend dafür kann der Aufbau einer Datenbank sein, in der erfolgreiche gesundheitsförderliche Projekte in Bildungsinstitutionen dokumentiert und zur Nachahmung empfohlen werden.

5.3.5 Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gewinnen zunehmend an Bedeutung (vgl. Weber/Hörmann 2008; Ulich/Wülser 2009; Bamberg/Ducki/Metz 2011; Dür/Felder-Puig 2011; Hundeloh 2012). So haben beispielsweise die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und der Deutsche Gewerk-

schaftsbund (DGB) eine gemeinsame Erklärung verabschiedet (vgl. BDA/DGB 2004), die auf den Vorschlägen einer Expertenkommission zu einer zukunftsfähigen betrieblichen Gesundheitspolitik beruht und darauf abzielt, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit von Beschäftigten zu erhalten. Badura und Steinke (2011) fordern die Entwicklung einer „Kultur der Achtsamkeit“ für das Thema Gesundheit an Schulen, das noch zu selten Berücksichtigung findet. Schutz und Förderung der psychischen Gesundheit werden ihrer Einschätzung nach zum zentralen Ziel moderner Präventionspolitik.

Was jedoch sind Bedingungen guter psychischer Gesundheit, welche Ressourcen sollten gestärkt werden, um das Wohlbefinden von Beschäftigten zu stärken? Badura betont in besonderer Weise die Notwendigkeit, eine sinnhafte Tätigkeit auszuüben, persönliche Zuwendung, Bestätigung und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu erfahren und in einer „Denk-, Fühl- und Verhaltensgemeinschaft“ verwurzelt zu sein. Ähnliche „Wohlfühlfaktoren“ versucht ein seit 1991 durchgeführter Wettbewerb „Great Place to Work“¹⁹, in dem jährlich „Deutschlands beste Arbeitgeber“ gekürt werden, zu stärken. Im Mittelpunkt stehen danach die folgenden Faktoren:

- ein mitmenschlicher Umgang: Kollegialität, gegenseitige Unterstützung, Solidarität, Wertschätzung und empathische Einfühlung in die Probleme der anderen,
- eine gute Ressourcenausstattung, die die Bewältigung der Arbeitsanforderungen und eine hohe Arbeitszufriedenheit unterstützt,
- ein mitarbeiterorientierter Führungsstil, durch den Wertschätzung, Fairness, Gemeinschaftsgefühl und ein gutes Arbeitsklima gefördert werden,
- Verständnis und Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement versteht Bildungsinstitutionen als lernende Organisationen. Um Ansätze zum betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickeln, implementieren und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit einschätzen zu können, ist ein aus vier Arbeitsschritten bestehender Regelkreis zu durchlaufen (siehe Abbildung 10). Im ersten Schritt werden dabei auf Basis einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und anderer Informationsquellen zentrale betriebliche Gesundheitsprobleme identifiziert (Diagnose), bevor im zweiten Schritt – oftmals unter Zuhilfenahme von Gesundheitszirkeln – eine Maßnahmen- und Interventionsplanung erarbeitet wird. Als Ergebnis der Interventionsplanung sollten konkrete Gesundheitsziele und Teilziele sowie die zu ihrer Erreichung not-

¹⁹ Vgl. <http://www.greatplacetowork.de>.

wendigen Maßnahmen und Instrumente beschrieben werden, sollten Zuständigkeiten für die Maßnahmenumsetzung, der Zeitrahmen und notwendige Ressourcen beschrieben werden, bevor im dritten Schritt konkrete Maßnahmen ergriffen (Intervention) und im vierten Schritt deren Effekte evaluiert werden. Die Evaluation ist dabei erneuter Ausgangspunkt für einen neuerlichen Zyklus. Gesundheitsmanagement begreift sich daher als kontinuierlicher Prozess und sollte idealerweise fester Bestandteil der Organisationsentwicklung sein.

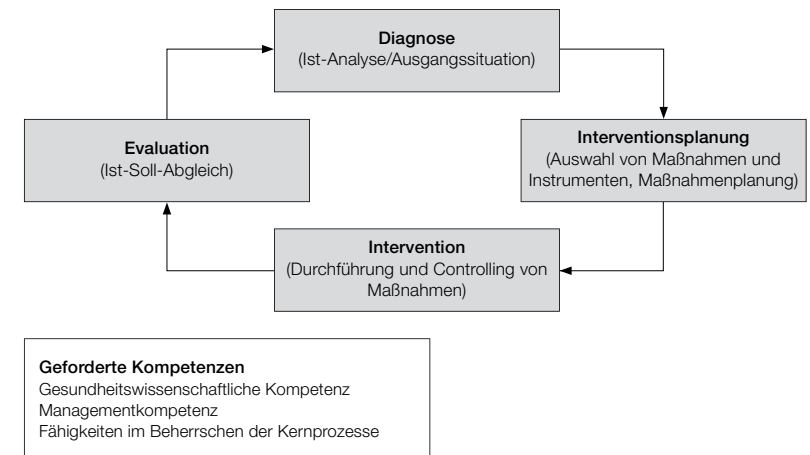


Abbildung 10: Prozessmodell zum Ablauf betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Walter 2010, S. 155)

Den Anfang betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen sollte stets eine einrichtungsspezifische, systematische und valide Diagnostik der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten bilden. Grundlage ist eine systematische Gesundheitsberichterstattung, in der gesundheitliche Probleme beschrieben und prioritäre Handlungsbedarfe zur Gesundheitsförderung abgeleitet werden. Die Gesundheitsberichterstattung dient darüber hinaus als „Baseline“ zur Abschätzung der Effekte später durchgeführter Interventionen. Mangel besteht im Bildungswesen in Deutschland derzeit vor allem bezüglich einer solchen systematischen, die psychischen Belastungen und Burnout der Beschäftigten dokumentierenden Gesundheitsberichterstattung, und zwar sowohl auf der Ebene der Länder als auch auf der des Bundes. Angesichts der wachsenden Bedeutung psychischer Probleme in der Arbeitswelt hat Roschker (2013) auf der Basis einer Analyse der Unternehmensberichterstattung der DAX-30-Unternehmen als Kernproblem

herausgearbeitet, dass psychische Gesundheit weiterhin ein Tabuthema in der Arbeitswelt ist, und mahnt die Etablierung einer systematischen psychische Störungen erfassenden betrieblichen Gesundheitsberichterstattung an. In die gleiche Richtung argumentiert ein jüngst von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013) herausgegebener Buchband, der Erfahrungen und Empfehlungen zur systematischen Gefährdungsbeurteilung durch psychische Belastung vorstellt, um zukünftig Gefährdungen bei der Arbeit frühzeitig erkennen und sie durch geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vermeiden zu können.

Für die Gruppe der Lehrkräfte in Baden-Württemberg haben Nübling u. a. (2012) wie oben berichtet mit ihrer Studie erste Schritte in Richtung der Erfassung einer psychosoziale Faktoren einschließenden Gefährdungsbeurteilung getan. Analysen dieser Art können und sollten ergänzt werden durch Beobachtungsdaten (Arbeitsanalysen), Mitarbeiterbefragungen sowie systematische Analysen von Daten über Arbeitsunfähigkeitstage und Frühverrentungen. Sie alle könnten gemeinsam die Grundlage für eine Festlegung prioritärer Handlungsziele bilden (z. B. Verbesserung der Kooperation zwischen Kollegium und Leitung).

Im zweiten Schritt eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen, der Interventionsplanung, sollten die zur Zielerreichung (z. B. Senkung der Burnout-Prävalenzraten, Verbesserung der Arbeitszufriedenheit) geeignet erscheinenden Maßnahmen ausgewählt werden. Für die Maßnahmenplanung haben sich Gesundheitszirkel, in denen in der Regel sieben bis zwölf Personen zusammenarbeiten, als besonders geeignetes partizipatives Instrument erwiesen (vgl. Slesina 2001). Hier werden gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen identifiziert und Ansätze für deren Beeinflussung oder Veränderung erarbeitet. Gesundheitszirkel können hierarchiehomogen oder -heterogen (z. B. Lehrkräfte, Schulleitung, Elternvertretung, Schülerinnen und Schüler) zusammengesetzt sein. Typisch für Gesundheitszirkel ist deren zeitliche Befristung (acht bis zwölf Sitzungen von jeweils eineinhalb bis zwei Stunden).

Im Mittelpunkt der dritten Phase eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen sollte die Durchführung konkret verabredeter Interventionen und gesundheitsförderlicher Projektvorhaben stehen. Mögliche Handlungsfelder, in denen solche Interventionen und Projekte angesiedelt sein können, zeigt Abbildung 11.



Abbildung 11: Handlungsfelder eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Bildungswesen (vgl. Krause 2010, S. 60)

Während bezüglich der Bearbeitung einiger Handlungsfelder, wie etwa des Handlungsfelds sechs (Trainings mit Fokus auf die Verhaltensprävention), bereits zahlreiche evidenzbasierte Maßnahmen vorliegen (etwa in Form von Stressmanagementkursen, Kompetenztrainings etc.), stellt die Ausgestaltung anderer Handlungsfelder, wie etwa die Etablierung von Gesundheit als Führungsaufgabe in Bildungsinstitutionen, eine Aufgabe für die Zukunft dar.

Obwohl zwischenzeitlich, wie oben berichtet, eine Vielzahl von verhaltenspräventiven Maßnahmen und Interventionsansätzen zur Prävention von Belastung und Burnout sowie zur Gesundheitsförderung für verschiedene Teilgruppen des Bildungspersonals entwickelt worden sind, dürften Kindertageseinrichtungen, Schulen, Universitäten und die Angehörigen des Bildungspersonals und sogar Expertinnen und Experten aufgrund unübersichtlicher oder fehlender Befundlagen zur Evidenzbasierung derzeit überfordert sein, geeignete und wirksame Interventionsansätze begründet auszuwählen. Welche Maßnahmen in einzelnen Bildungseinrichtungen ausgesucht bzw. umgesetzt werden, wird daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt weniger auf Basis systematischer Problemanalysen bzw. Organisationsdiagnosen entschieden werden, sondern dürfte Ergebnis der in den jeweiligen Bildungsinstitutionen vorherrschenden oder sich durchsetzenden subjektiven Vorlieben oder Überzeugungen sein oder nach aktueller Verfügbarkeit und verfügbarem Zeitkontingent entschieden werden.

Die Entwicklung und Bereitstellung von Entscheidungshilfen für Beschäftigte für die Auswahl geeigneter Maßnahmen und Interventionsansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention von chronischem Belastungserleben und Burnout in Bildungsinstitutionen ist aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** eine wichtige und vordringliche Zukunftsaufgabe.

Die Länder sollten Serviceeinrichtungen schaffen, an die sich Bildungseinrichtungen wenden können, wenn sie Probleme hinsichtlich Burnout von Beschäftigten, Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit oder Teamentwicklungsprobleme bearbeiten wollen. Diese könnten zudem mit wissenschaftlichen Methoden eine auch psychosoziale Probleme einbeziehende Gesundheitsberichterstattung entwickeln und implementieren sowie aus den Ergebnissen organisationsbezogene (Projekt-)Vorschläge für das betriebliche Gesundheitsmanagement ableiten, deren Umsetzung begleiten und evaluieren.

Den immer nur vorläufigen Abschluss eines Zyklus des betrieblichen Gesundheitsmanagements bilden Aktivitäten zur Evaluation der durchgeführten Maßnahmen, mit der die Frage beantwortet werden soll, ob und in welchem Umfang die Intervention(en) erfolgreich und wirksam war(en) (Ergebnisevaluation) und ob es gelungen ist, die im Rahmen der Organisationsdiagnose beschriebenen Probleme zu lösen sowie die zuvor definierten Ziele zu erreichen. Ferner sollte überprüft werden, ob die bei der Planung und Durchführung vorgesehenen Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards eingehalten werden konnten (Struktur- und

Prozessevaluation). Im Mittelpunkt evaluativer Maßnahmen steht somit die Beantwortung folgender Fragen:

- Waren die Interventionen zur Zielerreichung geeignet und ausreichend?
- Wurden die angestrebten Zielgruppen erreicht?
- Welche Hindernisse bzw. Barrieren haben eine Zielerreichung erschwert oder unmöglich gemacht?
- Welche Wirkungen und Nebenwirkungen sind eingetreten?
- Waren die Maßnahmen effizient und wirksam? Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Vergleich zu anderen Maßnahmen zu beurteilen etc.?

Der **AKTIONSRATSBILDUNG** unterstützt die in verschiedenen Bundesländern sichtbaren Initiativen zur Förderung der (psychosozialen) Gesundheit des Bildungspersonals und empfiehlt, Maßnahmen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung zu einer zentralen Aufgabe des Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen zu machen.

Dazu müssen Instrumente zur Gesundheitsberichterstattung in Bildungseinrichtungen entwickelt, Kompetenzen zur Planung und Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte sowie zur wissenschaftlichen Evaluation der Gesundheitsförderungsmaßnahmen erweitert und durch den Aufbau geeigneter Strukturen zur Kooperation von Wissenschaft und Praxis unterstützt werden.

5.4 Schlussbetrachtung

Die in den vorangehenden Kapiteln dokumentierten Risiko- und Schutzfaktoren für Burnout und psychische Beeinträchtigungen des Bildungspersonals zeigen, dass in der Regel viele verschiedene Faktoren auf die psychische Gesundheit und Burnout Einfluss nehmen: persönliche Vulnerabilitäten ebenso wie Faktoren, die sich aus den spezifischen Merkmalen der Aufgaben des Bildungspersonals ergeben (wie z. B. wahrgenommene Widersprüche zwischen Zielen, die im Unterricht erreicht werden sollen, und Möglichkeiten, diese zu realisieren, oder die Notwendigkeit, bei der Zusammenarbeit mit schwierigen Personen Emotionen zu unterdrücken). Ohne Zweifel sind auch Faktoren von Bedeutung, die den Alltag der Arbeit in der eigenen Institution bzw. Organisation prägen können, wie etwa der Anteil „schwieriger“ Schülerinnen und Schüler, ein gegebenenfalls schwieriges Verhältnis zur Schulleitung etc. Auch die sozialen Bedingungen, wie „Disziplinprobleme“ oder ein hoher Lärmpegel im Unterricht, Konflikte zwischen

Schulleitung und Team, mangelnde soziale Einbindung und Unterstützung, Mangel an Feedback etc., haben nachhaltigen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Burnout-Erleben.

Theorien über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Burnout können helfen, unter den empirisch bedeutsamen Einzelfaktoren diejenigen in den Blick zu nehmen, von deren Beeinflussung man sich besonders starke und nachhaltige Effekte auf die Gesundheit des Bildungspersonals versprechen kann (vgl. Kapitel 4). Auf dem aktuellen Wissensstand ist jedoch noch nicht abschließend zu entscheiden, welche der vorhandenen Theorien und Modelle eine besonders hohe Erklärungs- und Vorhersagekraft für die psychische Gesundheit und Burnout im Bildungsbereich haben.

Burnout ist ein auf die berufliche Tätigkeit bezogener dauerhafter negativer Zustand, der durch emotionale Erschöpfung, subjektiv und objektiv reduzierte Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit, gesunkene Motivation sowie dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen gekennzeichnet ist und sich über einen längeren Zeitraum der Fehlanpassung zwischen Intentionen und beruflicher Realität entwickelt (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998). Auch wenn es begründete Kritik an der Verwendbarkeit des Burnout-Konstrukts als klinische Diagnose gibt, hat sich das Konzept im arbeitswissenschaftlichen Zusammenhang bewährt (vgl. Kapitel 2).

Die epidemiologische Forschung (vgl. Kapitel 3) hat gezeigt, dass über die vergangene Dekade hinweg psychische Störungen in der deutschen Bevölkerung zwar nicht häufiger geworden sind, wohl aber das Gesundheitssystem öfter aufgrund psychischer Beeinträchtigungen in Anspruch genommen wurde als in früheren Zeiträumen, sichtbar unter anderem in einer deutlichen Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage. Aus bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen ergibt sich, dass mehr als zehn Prozent der Deutschen im Beruf chronisch starken Stress erleben und über vier Prozent pro Jahr eine Burnout-Diagnose erhalten (Zwölfmonatsprävalenz). Frauen, Personen zwischen 50 und 59 Jahren und Beschäftigte im Bildungswesen sind hierbei besonders häufig betroffen.

Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass eine hohe Kompetenz im Umgang mit den beruflichen Anforderungen einen bedeutsamen Schutzfaktor vor Überlastungserleben und Burnout darstellt. Entsprechend erachtet der **AKTIONSRAT-BILDUNG** die Förderung berufsfeldspezifischer Kompetenzen als die wichtigste Form der Burnout-Prävention; eine entsprechende Optimierung der Aus- und Weiterbildungsangebote für die verschiedenen Beschäftigtengruppen des Bildungspersonals ist angezeigt. Bezogen auf die größte Gruppe der im Bildungswesen Beschäftigten, die Lehrerinnen und Lehrer, ist beispielsweise die Entwicklung von Modulen, Trainings und Qualitätszirkeln voranzutreiben, die im

Rahmen der universitären Ausbildung, des Vorbereitungsdienstes und der berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung zur Stärkung von „Coping“-Kompetenzen zur Prävention und Bewältigung von Belastungserleben in der Schule sowie von Kompetenzen zum effektiven Klassenmanagement beitragen. Im Ergebnis sollte nicht nur das Risiko von Burnout-Erkrankungen gesenkt, sondern auch die Qualität der Arbeit von Beschäftigten im Bildungswesen verbessert werden. Weitergehend empfiehlt der **AKTIONSRAT-BILDUNG** eine bessere Aufklärung über die beruflichen Anforderungen, denen Personen gerecht werden müssen, die einen Beruf im Bildungswesen ergreifen wollen. Schon vor Aufnahme einer berufsqualifizierenden Ausbildung oder eines Hochschulstudiums mit dem Ziel einer Tätigkeit im Bildungswesen sind Beratungen für Interessierte anzubieten, die mit einer umfangreichen Rückmeldung an den Bewerber oder die Bewerberin abgeschlossen werden. Die Rückmeldung soll der Selbstreflexion über die Übereinstimmung von eigenen Wünschen, Stärken, aber auch Schwächen und den mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Anforderungen, also eben auch typischen Belastungen, dienen. Mit der gleichen Zielsetzung erachtet der **AKTIONSRAT-BILDUNG** auch die Integration früher Praxiserfahrungen in die jeweiligen Ausbildungsgänge als sinnvoll, die dem Abgleich der eigenen Erwartungen mit der beruflichen Realität dienen können.

Neben diesen Maßnahmen, die der Stärkung individueller Ressourcen von im Bildungswesen Tätigen oder tätig werden wollenden Personen dienen, empfiehlt der **AKTIONSRAT-BILDUNG** eine systematische Organisationsentwicklung, mit dem Ziel der Stärkung der Ressourcen, über die Institutionen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit ihrer Beschäftigten verfügen.

Eine maßgebliche organisationale Ressource stellt soziale Unterstützung dar. Belastungserleben und gesundheitliche Risiken sollten also in dem Maß sinken, wie eine Organisation Kooperation unter ihren Beschäftigten anregt. Voraussetzung dafür sind zwischen den Beschäftigten geteilte Ziele, zu deren Erreichung jeder Einzelne beitragen muss, größtmögliche Handlungs- und Entscheidungsspielräume für jeden Einzelnen und gegenseitiges Vertrauen unter den Beteiligten. Hilfreich für die Entwicklung sozialer Unterstützungssysteme sind somit gemeinsam erarbeitete Programmatiken oder Zielausrichtungen, die kontinuierlich fortentwickelt werden und deren Erreichung regelmäßig geprüft wird. Aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** muss insbesondere das Leitungspersonal im Bildungswesen dahingehend qualifiziert werden, organisational geteilte Ziele und soziale Unterstützungssysteme in der jeweiligen Institution erfolgreich zu implementieren. Hierzu sind zusätzliche Angebote zur Supervision und zur Qualifizierung in den Bereichen Führungskompetenz, Teamentwicklung und Konfliktmanagement zu schaffen.

Die Stärkung individueller und organisationaler Ressourcen mit dem Ziel der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention von Belastungserleben und Burnout ist aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** zu kombinieren mit der Entwicklung von Maßnahmen, die Personen nutzen können, die die beruflichen Anforderungen nicht erfolgreich meistern, die also chronischen Stress oder gar Burnout erleben. Hierzu haben sich insbesondere Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie bewährt, die die Fähigkeit zur Veränderung negativer (Belastung erzeugender) Gedanken und zur körperlichen Entspannung (als einem mit dem Erleben von Angst und Überlastung inkompatiblen Zustand) vermitteln. Gegenwärtig stehen präventive und interventive Gesundheitsförderungsangebote für das Bildungspersonal in sehr viel geringerem Ausmaß zur Verfügung als für Beschäftigte in anderen Bereichen – hier ist dringender Aufholbedarf zu konstatieren vor dem Hintergrund der besonders hohen Anteile von im Bildungsbereich beschäftigten Personen, die chronischen Berufsstress und Burnout erleben.

„Good Practice“-Ansätze sollten aus Sicht des **AKTIONSRATSBILDUNG** genutzt werden, um ein Benchmarking zwischen Institutionen zu initiieren, in Bezug auf ihre organisationalen Ressourcen zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten und zur Vermeidung psychischer Beeinträchtigungen. Voraussetzung dafür ist die Schaffung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bildungsinstitutionen, genauer einer systematischen Gesundheitsberichterstattung, mit der – bezogen auf die jeweilige Institution – gesundheitliche Probleme der Beschäftigten identifiziert, Handlungserfordernisse abgeleitet werden können und die Wirkung durchgeführter Interventionen abgeschätzt werden kann. Aufklärung über Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit und die Bereitstellung von Entscheidungshilfen für die Auswahl geeigneter präventiver und interventiver Maßnahmen, insbesondere für das Leitungspersonal, sind voranzutreiben. Dazu können die Länder Serviceeinrichtungen schaffen (oder vorhandene Serviceeinrichtungen nutzen), die – in kooperative Strukturen mit wissenschaftlichen Einrichtungen eingebunden – Hilfestellungen für Institutionen des Bildungswesens bei der Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bieten, dessen Implementation begleiten und seine Wirkung evaluieren.

Literatur

- Altrichter, H./Maag Merki, K. (2010): Steuerung der Entwicklung des Schulwesens. In: Altrichter, H./Maag Merki, K. (Hrsg.): Handbuch Neue Steuerung im Schulsystem. – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 15–40.
- ASD – Allgemeiner Schulleitungsverband Deutschlands e. V. (2013): Sonderheft b:sl Beruf: Schulleitung, 7. Jg., H. 3, Titelthema: Schulleitungsstudie. Zwischen Begeisterung und Belastung. – URL: <http://www.beruf-schulleitung.de/bsl-releases/bslnummer23SC.pdf> – Download vom 03.02.2014.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. – Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Awa, W./Plaumann, M./Walter, U. (2010): Burnout prevention: A review of intervention programs. In: Patient Education and Counseling, Vol. 78, No. 2, pp. 184–190.
- Badura, B./Steinke, M. (2011): Eine Public-Health-Strategie für die Arbeitswelt. Mit Achtsamkeit die Gesundheit in Unternehmen fördern. In: Die BKK 08–09/2011, S. 470–477.
- Badura u. a. 2008 = Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P./Ueberle, M./Behr, M. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. – Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bamberg, E./Busch, C. (1996): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stressmanagementtraining: Eine Metaanalyse (quasi-)experimenteller Studien. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40. Jg., H. 3, S. 127–137.
- Bamberg, E./Ducki, A./Metz, A. M. (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. – Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: Psychological Review, Vol. 84, No. 2, pp. 191–215.

- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. – New York: Freeman.
- Barth, A. (1990): *Maslach Burnout Inventory – deutsche Fassung*. In: *Testsammlung Psychologie des Sondersammelgebiets Psychologie (SSG)*, Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek: PT 286.
- Bauer, J./Unterbrink, T./Zimmermann, L. (2007): *Gesundheitsprophylaxe für Lehrkräfte – Manual für Lehrer-Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell*, Dresden. – URL: <http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/coachinggrlehrerfreiburgermodellbau07.pdf> – Download vom 10.02.2014.
- Bauer u. a. 2010 = Bauer, J./Drechsel, B./Retelsdorf, J./Sporer, T./Rösler, L./Prenzel, M./Möller, J. (2010): *Panel zum Lehramtsstudium – PaLea: Entwicklungsverläufe zukünftiger Lehrkräfte im Kontext der Reform der Lehrerbildung*. In: *Beiträge zur Hochschulforschung*, 32. Jg., H. 2, S. 34–55.
- Bauer u. a. 2011 = Bauer, J./Diercks, U./Retelsdorf, J./Kauper, T./Zimmermann, F./Köller, O./Möller, J./Prenzel, M. (2011): *Spannungsfeld Polyvalenz in der Lehrerbildung: Wie polyvalent sind Lehramtsstudiengänge und was bedeutet dies für die Berufswahrscheinlichkeit der Studierenden?* In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 14. Jg., H. 4, S. 629–649.
- Bentz, S. (2008): *Burnout. Aktuelle Ansätze zu Prävention und Intervention*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.) – Berlin: Freie Universität Berlin.
- BKK Bundesverband (2012): *Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben*, Essen. – URL: http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2012/Gesundheitsreport_2012.pdf – Download vom 04.12.2013.
- Bonsen, M./Rolf, H.-G. (2006): *Professionelle Lerngemeinschaften von Lehrerinnen und Lehrern*. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 52. Jg., H. 2, S. 167–184.
- Bourbonnais, R./Brisson, C./Vézina, M. (2011): *Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting*. In: *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 68, No. 7, pp. 479–486.
- Bourdieu, P. (1983): *Ökonomisches Kapital – kulturelles Kapital – soziales Kapital*. In: Kreckel, R. (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten*. – Göttingen: Klaus Schwartz Verlag, S. 183–198.
- Bradley, H. B. (1969): *Community-based treatment for young adult offenders*. In: *Crime & Delinquences*, Vol. 15, No. 3, pp. 359–370.
- Bromme, R. (1992): *Der Lehrer als Experte*. – Bern: Verlag Hans Huber.
- Bromme, R. (1997): *Zur Psychologie des Fachwissens und Könnens von Lehrern: Eine Herausforderung für die Schulpsychologie?* In: Dunkel, L./Enders, C./Hankel, C. (Hrsg.): *Schule – Entwicklung – Psychologie – Schulentwicklungspsychologie. Bericht über die 12. Bundeskonferenz Schulpsychologie*. – Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, S. 288–296.
- Brouwers, A./Evers, W. J. G./Tomic, W. (2001): *Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary-school teachers*. In: *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 31, No. 7, pp. 1474–1491.
- Brouwers, A./Tomic, W. (2000): *A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management*. In: *Teaching and Teacher Education*, Vol. 16, No. 2, pp. 239–253.
- Brouwers, A./Tomic, W. (2001): *The factorial validity of scores on the Teacher Interpersonal Self-Efficacy Scale*. In: *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 61, No. 3, pp. 433–445.
- Brown, C. G. (2012): *A systematic review of the relationship between self-efficacy and burnout in teachers*. In: *Educational & Child Psychology*, Vol. 29, No. 4, pp. 47–63.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2013): *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Erfahrungen und Empfehlungen*. – Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2012): *BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout*, Berlin. – URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf – Download vom 02.12.2013.

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout, Berlin. – URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPtK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf – Download vom 01.02.2014.
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)/Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2004): Gemeinsame Erklärung von BDA und DGB gemäß den Empfehlungen der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung zur „Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“, Berlin. – URL: http://www.boeckler.de/pdf/fofoe_exp_gesundh_bda_dgb_erklaerung.pdf – Download vom 01.02.2014.
- Burisch, M. (2010): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. – 4. Aufl. – Berlin/Heidelberg: Springer.
- Busch u. a. 2013 = Busch, M. A./Maske, U. E./Ryl, L./Schlack, R./Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56. Jg., H. 5–6, S. 733–739.
- Cano-García, F. J./Padilla-Muñoz, E. M./Carrasco-Ortiz, M. Á. (2005): Personality and contextual variables in teacher burnout. In: Personality and Individual Differences, Vol. 38, No. 4, pp. 929–940.
- Caprara u. a. 2003 = Caprara, G./Barbaranelli, C./Borgogni, L./Steca, P. (2003): Efficacy beliefs as determinants of teachers' job satisfaction. In: Journal of Educational Psychology, Vol. 95, No. 4, pp. 821–832.
- Carver, C. S./Scheier, M. F./Weintraub, J. K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, No. 2, pp. 267–283.
- Cherniss, C. (1980): Staff burnout: Job stress in the human services. – New York: Praeger.
- Clunies-Ross, P./Little, E./Kienhuis, M. (2008): Self-reported and actual use of proactive and reactive classroom management strategies and their relationship with teacher stress and student behaviour. In: Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology, Vol. 28, No. 6, pp. 693–710.
- Coleman, J. S. (1988): Social capital in the creation of human capital. In: American Journal of Sociology, Vol. 94, pp. 95–120.
- DAK Unternehmen Leben/Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften (2011): Lehrgesundheit. Was hält Lehrkräfte gesund? Lüneburg. – URL: http://www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/zag/files/projekte/ggse/DAK-Leuphana-Studie_Lehrgesundheit.pdf – Download vom 19.11.2013.
- Demerouti u. a. 2001 = Demerouti, E./Bakker, A. B./Nachreiner, F./Schaufeli, W. B. (2001): The job demands-resources model of burnout. In: Journal of Applied Psychology, Vol. 86, No. 3, pp. 499–512.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2012): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout, Berlin. – URL: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf – Download vom 28.11.2013.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Statistik der deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang 2010. – Bd. 183, Würzburg. URL: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fforschung.deutsche-rentenversicherung.de%2FFdzPortalWeb%2FgetRessource.do%3Fkey%3Dsy-band_183.pdf&ei=jEOwUtLaMaaL7AbVy4Ew&usg=AFQjCNG4nIG021q3tB7cS2WWH6OJ1nMYrw – Download vom 17.12.2013.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2013): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2013, Köln. – URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmligm2013/> – Download vom 02.12.2013.

- Deutsche Telekom-Stiftung (2013): Hochschulwettbewerb MINT-Lehrerbildung, Dortmund. – URL: http://www.telekom-stiftung.de/dts-cms/sites/default/files/core-library/files/presse/downloadbereich/buecher/lehrerbildung/Hochschulwettbewerb_MINT-Lehrerbildung_pdf.pdf – Download vom 08.01.2014.
- Ditton, H. (2000): Elemente eines Systems der Qualitätssicherung im schulischen Bereich. In: Weishaupt, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Bildungswesen. Problemlage und aktuelle Forschungsbefunde. – Erfurt: PH Erfurt, S. 13–36.
- Dunkel-Schetter, C./Bennett, T. L. (1990): Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In: Sarason, B. R./Sarason, I. G./Pierce, G. R. (Eds.): Social support: An interactional view. – New York: John Wiley & Sons, Inc., pp. 267–296.
- Dür, W./Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung. – Bern: Verlag Hans Huber.
- Dweck, C. S./Leggett, E. L. (1988): A social-cognitive approach to motivation and personality. In: Psychological Review, Vol. 95, No. 2, pp. 256–273.
- Edelstein, W. (1998): Selbstwirksamkeit in der Schulreform. In: Unterrichtswissenschaft, Themenheft: Selbstwirksame Schulen, 26. Jg., H. 2, S. 100–106.
- Edelwich, J./Brodsky, A. (1980): Burn-out. Stages of disillusionment in the helping professions. – New York: Human Science Press.
- Eder, F. (2008): Persönlichkeitsmerkmale von Lehramtsstudierenden. In: Eder, F./Hörl, G. (Hrsg.): Österreichische Beiträge zur Bildungsforschung. – Bd. 6: Gerechtigkeit und Effizienz im Bildungswesen. Unterricht, Schulentwicklung und LehrerInnenbildung als professionelle Handlungsfelder. – Münster: LIT Verlag, S. 273–293.
- Emmerik, I. J. van (2002): Gender differences in the effects of coping assistance on the reduction of burnout in academic staff. In: Work & Stress, Vol. 16, No. 3, pp. 251–263.
- Enzelberger, S. (2001): Sozialgeschichte des Lehrerberufs. Gesellschaftliche Stellung und Professionalisierung von Lehrerinnen und Lehrern von den Anfängen bis zur Gegenwart. – Weinheim: Juventa.
- Enzmann, D./Kleiber, D. (1989a): Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. – Heidelberg: Asanger.
- Enzmann, D./Kleiber, D. (1989b): MBI/EK – Maslach Burnout Inventory – deutsche Fassung. (PSYNDEX Test Info.) – Heidelberg: Asanger.
- Evers, W. J. G./Brouwers, A./Tomic, W. (2002): Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. In: British Journal of Educational Psychology, Vol. 72, No. 2, pp. 227–243.
- Evers, W. J. G./Tomic, W./Brouwers, A. (2004): Burnout among teachers: Students' and teachers' perceptions compared. In: School Psychology International, Vol. 25, No. 2, pp. 131–148.
- Faller, G. (2012): Gesund lernen, lehren und forschen: Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. – 2. Aufl. – Bern: Verlag Hans Huber, S. 290–298.
- Franz, M. (1997): Einflussfaktoren des Inanspruchnahmeverhaltens psychogen erkrankter Patienten. In: Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. – Bern: Verlag Hans Huber, S. 449–455.
- Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. In: Journal of Social Issues, Vol. 30, No. 1, pp. 159–165.
- Friedman, M./Rosenman, R. H. (1974): Type A behavior and your heart. – New York: Knopf.
- Frieling, E./Sonntag, K. (1999): Lehrbuch Arbeitspsychologie. – 2. Aufl. – Bern: Verlag Hans Huber.

- Fuchs, T./Trischler, F. (2009): Arbeitsqualität aus Sicht von Lehrerinnen und Lehrern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit, Stadtbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialforschung (inifes). – URL: http://www.gew.de/Binaries/Binary40115/Gute_Arbeit_LehrerInnen_inifes_1-2009.pdf – Download vom 19.12.2013.
- Fuller, F./Brown, O. (1975): Becoming a teacher. In: Ryan, K. (Ed.): Teacher education. 74th Yearbook of the NSSE, Part II. – Chicago: McCutchan, pp. 25–52.
- Gärtner, H. (2013): Praxis und Verhältnis interner und externer Evaluation im Schulsystem im internationalen Vergleich. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 16. Jg., H. 4, S. 693–712.
- Gärtner, H./Hüsemann, D./Pant, H. A. (2009): Wirkungen von Schulinspektion aus Sicht betroffener Schulleitungen. Die Brandenburger Schulleiterbefragung. In: Empirische Pädagogik, 23. Jg., H. 1, S. 1–18.
- Getzels, J. W./Jackson, P. W. (1970): Merkmale der Lehrerpersönlichkeit. In: Ingenkamp, K. (Hrsg.): Handbuch der Unterrichtsforschung. – Bd. 2 – Weinheim/Basel: Beltz, S. 1353–1526.
- Gold, A./Giesen, H. (1993): Leistungsvoraussetzungen und Studienbedingungen bei Studierenden verschiedener Lehrämter. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40. Jg., H. 2, S. 111–124.
- Golembiewski, R. T./Munzenrider, R. (1988): Phases of burnout. Developments in concepts and applications. – New York: Praeger.
- Gräsel, C./Fußangel, K./Pröbstel, C. (2006): Lehrkräfte zur Kooperation anregen – eine Aufgabe für Sisyphos? In: Zeitschrift für Pädagogik, 52. Jg., H. 2, S. 205–219.
- Griebler, R. (2011): Gesundheitszustand österreichischer Lehrerinnen und Lehrer. In: Dür, W./Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung. – Bern: Verlag Hans Huber, S. 130–138.
- Günthner, A./Batra, A. (2012): Stressmanagement als Burnout-Prophylaxe. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55. Jg., H. 2, S. 183–189.
- Hapke u. a. 2013 = Hapke, U./Maske, U. E./Scheidt-Nave, C./Bode, L./Schlack, R./Busch, M. A. (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56. Jg., H. 5–6, S. 749–754.
- Harazd, B./Gieske, M./Rolff, H.-G. (2009): Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrergesundheit als neue Aufgabe der Schulleitung. Schule und Gesundheit. – Köln: Carl Link.
- Hasselhorn, H.-M./Nübling, M. (2004): Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 39. Jg., H. 11, S. 568–576.
- Hattie, J. (2009): Visible learning: A synthesis of meta-analyses relating to achievement. – London: Routledge.
- Herzog u. a. 2007 = Herzog, W./Herzog, S./Brunner, A./Müller, H. P. (2007): Einmal Lehrer, immer Lehrer? Eine vergleichende Untersuchung der Berufskarrieren von (ehemaligen) Primarlehrpersonen. – Bern: Haupt-Verlag.
- Hillert, A. (2012): Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55. Jg., H. 2, S. 190–196.
- Hillert, A./Koch, S./Lehr, D. (2013): Das Burnout-Phänomen am Beispiel des Lehrerberufs. Paradigmen, Befunde und Perspektiven berufsbezogener Therapie- und Präventionsansätze. In: Nervenarzt, 84. Jg., H. 7, S. 806–812.
- Hillert, A./Marwitz, M. (2006): Die Burnout-Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus? – München: C. H. Beck.
- Hillert, A./Schmitz, E. (2004): Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern: Ursachen, Folgen, Lösungen. – Stuttgart: Schattauer.

- Hillert u. a. 2011 = Hillert, A./Lehr, D./Koch, S./Bracht, M./Ueing, S./Sosnowsky-Waschek, N. (2011): Lehrergesundheit: AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf. – Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, G. (1990): Biographie und Identität des Lehrers: eine typologische Studie über den Zusammenhang von Berufserfahrungen und beruflichem Selbstverständnis. – Weinheim: Juventa.
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (Hrsg.) (2007): Von Bologna nach Quedlinburg. Die Reform des Lehramtsstudiums in Deutschland. Beiträge zur Hochschulpolitik 1/2007, Bonn. – URL: http://www.ehea.info/Uploads/SubmittedFiles/11_2010/140130.pdf – Download vom 30.01.2014.
- Holland, J. L. (1997): Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments. – 3rd ed. – Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Holzboer, F. (2012): Wie entstehen aus Stressbelastung Burn-Out und Depression? Vortrag anlässlich der Jahrestagung des Arbeitgeberverbandes der Versicherungsunternehmen für die Personalvorstände der deutschen Assekuranz in Rottach, 13.06.2012. – URL: http://holsboer.de/PDF/AGV_130612.pdf – Download vom 04.02.2014.
- Hornberg u. a. = Hornberg, S./Lankes, E.-M./Potthoff, B./Schulz-Zander, R. (2008): Lehr- und Lernbedingungen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. In: Bos, W./Hornberg, S./Arnold, K.-H./Faust, G./Fried, L./Lankes, E.-M./Schwippert, K./Valtin, R. (Hrsg.): IGLU-E 2006. Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im nationalen und internationalen Vergleich. – Münster: Waxmann, S. 29–50.
- Hosenfeld u. a. 2002 = Hosenfeld, I./Helmke, A./Ridder, A./Schrader, F.-W. (2002): Die Rolle des Kontextes. In: Helmke, A./Jäger, R. (Hrsg.): Das Projekt Markus – Mathematik-Gesamterhebung Rheinland-Pfalz. Kompetenzen, Unterrichtsmerkmale, Schulkontext. – Landau: Verlag Empirische Pädagogik, S. 155–256.
- Housman, J./Dorman, S. (2005): The Alameda County Study: A systematic, chronological review. In: American Journal of Health Education, Vol. 36, No. 5, pp. 302–308.
- Huber, S. G. (2013): Forschung zu Belastung und Beanspruchung von Schulleitungen. In: Huber, S. G. (Hrsg.): Jahrbuch Schulleitung 2013. – Köln: Carl Link/Wolters Kluwer, S. 222–240.
- Huber, S. G./Wolfgramm, C. (2013): Was bedingt Unzufriedenheit und hohe Belastung? Belastungsempfinden von Schulleitungen. In: b:sl Beruf: Schulleitung, 7. Jg., H. 3, S. 17.
- Huber, S. G./Wolfgramm, C./Kilic, S. (2013): Vorlieben und Belastungen im Schulleitungshandeln: Ausgewählte Ergebnisse aus der Schulleitungsstudie 2011/2012 in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und der Schweiz. In: Huber, S. G. (Hrsg.): Jahrbuch Schulleitung 2013. – Köln: Carl Link/Wolters Kluwer, S. 259–271.
- Huberman, M. (1991): Der berufliche Lebenszyklus von Lehrern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Terhart, E. (Hrsg.): Unterrichten als Beruf. – Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag, S. 249–267.
- Hundeloh, H. (2012): Gesundheitsmanagement an Schulen. – Weinheim/Basel: Beltz.
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Richter, M. (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. – 5. vollst. überarb. Aufl. – Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 661–691.
- Hurtz, G. M./Donovan, J. J. (2000): Personality and job performance: The Big Five revisited. In: Journal of Applied Psychology, Vol. 85, No. 6, pp. 869–879.
- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? In: Report Psychologie, 34. Jg., H. 1, S. 16–28.
- Jacobi, F./Genz, A./Schweer, R. (2012): Macht Arbeit psychisch krank? Die Diskussion über die Zunahme psychischer Störungen und die Rolle der Arbeit. Leistung und Lohn. Zeitschrift für Arbeitswirtschaft. H. 518/521. – Bergisch Gladbach: Heider.