

**Lehrkräftegesundheit  
im Kontext schulischer Inklusion**

Dissertation

**Milena Peperkorn**

# **Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusion**

Der Fakultät Bildung  
der Leuphana Universität Lüneburg zur Erlangung des Grades  
Doktorin der Philosophie  
- Dr. phil. -

vorgelegte Dissertation von Milena Peperkorn  
geboren am 22. Mai 1986 in Göttingen

Eingereicht am: 18.01.2019

Erstbetreuer und Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Paulus  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Katharina Müller  
Drittgutachter: Prof. Dr. Martin Rothland

Die einzelnen Beiträge des kumulativen Dissertationsvorhabens sind oder werden wie folgt veröffentlicht:

Peperkorn, M., Müller, K., & Paulus, P. (under review). Ressourcen und Anforderungen im Umgang mit schulischer Inklusion – Interne und externe Einflussfaktoren auf das wahrgenommene Gesundheitserleben von Lehrkräften.

Peperkorn, M., Müller, K., & Paulus, P. (under review). Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten – Gesundheitserleben unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrung.

Peperkorn, M., & Horstmann, D. (2018). Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform. *Prävention & Gesundheitsförderung*, DOI: 10.1007/s11553-018-0660-3.

## **Danksagung**

Für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit sei hier einigen Personen ganz besonders gedankt.

Lieber Peter, ohne deine Begutachtung sowie der Möglichkeit mit den ‚Mehr Zeit für gute Schule‘-Daten zu arbeiten, wäre die Arbeit in der vorliegenden Form gar nicht möglich gewesen. Vielen Dank dafür und darüber hinaus für unseren Austausch in den letzten Jahren.

Liebe Katharina, danke für deine immerwährende Unterstützung bei allen Fragen und Anliegen in den letzten drei Jahren. Danke für deinen Zuspruch, die Ermutigungen, dein wertschätzendes Feedback. Danke für deinen positiven Blick aus wirklich allem etwas Wertvolles lernen zu können. Ich freue mich jetzt auf neue Projekte.

Lieber Herr Rothland, Ihre wissenschaftlichen Arbeiten zur Gesundheit von Lehrkräften haben mich während meiner Qualifikationszeit immerzu begleitet und so freue ich mich ganz besonders, dass Sie nun meine Arbeit begutachten. Ganz herzlichen Dank dafür.

Meine liebe Frau Troll, was wäre die Promotionszeit ohne dich gewesen? Ich bin so dankbar, dass ich diese Frage nicht beantworten kann.

Danke David, danke Kerstin, dass ihr immer Zeit gefunden habt, wenn ich Hilfe brauchte.

Danke Timo für die wilde 13 und alle vergangenen sowie zukünftigen Listen.

Danke meine liebe Nele für deine positive Kraft, von der ich mich so gern mitziehen lasse.

Danke an Anja, Franzi und Gabi für eure Korrekturen und noch mehr für den Zusammenhalt.

Und nicht zuletzt danke ich Niklas – neben deinem Rückhalt insbesondere dafür, dass du mich wirklich immer zum Lachen bringst.

## **Zusammenfassung**

Im Zuge der Einführung inklusiver Schulen verändern sich berufliche Anforderungen. Lehrkräfte sehen sich durch inklusionsspezifische Tätigkeiten zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Diese Belastungen sind häufig negativ konnotiert, weil nicht alle Lehrkräfte über die notwendige Expertise zur Bewältigung derer verfügen. Neue Arbeitsroutinen müssen aufgebaut und etabliert werden. Da sich die Belastungen auch auf das Gesundheitserleben der Lehrkräfte niederschlagen können, ist es wichtig Ressourcen in den Blick zu nehmen, die zur Bewältigung der beruflichen Anforderungen benötigt werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der Gesundheitswahrnehmung von Lehrkräften in Bezug auf inklusionsspezifische Tätigkeiten. Dabei ist von Interesse, wie sich das Konstrukt Gesundheit mit Blick auf konkrete Tätigkeiten empirisch abbilden lässt und wovon das inklusionsspezifische Gesundheitserleben beeinflusst wird (Teilstudie 1). In welchem Zusammenhang die Häufigkeit der Ausführung inklusionsspezifischer Tätigkeiten (Erfahrung) mit dem Gesundheitserleben steht (Teilstudie 2) und inwiefern sich das Gesundheitserleben von Lehrkräften unterschiedlicher Schulformen unterscheidet (Teilstudie 3). Es wird mit einem Instrument gearbeitet, das Gesundheitsdimensionen in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitsverständnis tätigkeitsbezogen erfasst. Grundlage der Analysen sind die Daten der Studie ‚Mehr Zeit für gute Schule‘, in deren Rahmen 2016 u.a. niedersächsische Lehrkräfte online befragt wurden.

Die erste Teilstudie untersucht den Einfluss arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren auf das inklusionsspezifische Gesundheitserleben. Die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung (Erfahrung), die ‚Lehrer-Selbstwirksamkeit‘ und das ‚Führungsverhalten der Schulleitung‘ zeigen in den Regressionsanalysen den höchsten Einfluss.

Die zweite Teilstudie prüft das verwendete Instrument im Hinblick auf das Vorliegen von Messinvarianz als statistische Voraussetzung zum Vergleich von Gruppen. Es wird ein Gruppenvergleich zum Erleben der Gesundheitsfaktoren zwischen Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zugunsten der Lehrkräfte mit viel Erfahrung.

Im Kontext der dritten Teilstudie wird das inklusionsspezifische Gesundheitserleben von Regel- und Förderschullehrkräften unter Berücksichtigung der Schulform verglichen. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Schulformen: Förderschullehrkräfte berichten das positivste und Gymnasiallehrkräfte das negativste Gesundheitserleben.

Die Arbeit leistet einen Forschungsbeitrag durch die Prüfung eines Instruments zur tätigkeitsbezogenen Gesundheitserfassung sowie in Bezug auf das Desiderat an Daten zur Gesundheitswahrnehmung von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion.

# Inhalt

1. Hinführung.....	1
1.1 Schulische Inklusion .....	3
1.1.2 Schulische Inklusion und Lehrkräftegesundheit .....	7
1.2 Gesundheitsforschung .....	8
1.2.1 Das Kohärenzgefühl .....	10
1.2.2 Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell.....	11
1.3 Forschung zur Gesundheit von Lehrkräften .....	13
1.3.1 Gesundheitsforschung mittels Verhaltensanalyse .....	13
1.3.2 Gesundheitsforschung mittels Verhältnisanalyse .....	15
1.3.3 Gesundheitsforschung mittels Transaktionsanalyse .....	16
1.3.4 Gesundheitsforschung mittels Ressourcenanalyse.....	17
1.3.5 Gesundheitsforschung – ein Ausblick .....	19
1.4 Gesundheitserfassung der vorliegenden Untersuchung .....	20
1.5 Zusammenfassende Überlegungen .....	22
1.5.1 Forschungsfragen.....	23
1.6 Die Teilstudien im Überblick.....	24
1.7 Ergebnisse und Diskussion .....	26
1.7.1 Implikationen für die Forschung.....	32
1.7.2 Implikationen für die Praxis.....	33
1.8 Literatur .....	35
2. Teilstudie 1 .....	43
Ressourcen und Anforderungen im Umgang mit schulischer Inklusion – Interne und externe Einflussfaktoren auf das wahrgenommene Gesundheitserleben von Lehrkräften .....	44
2.1 Einleitung .....	45
2.2 Theoretischer Hintergrund .....	46
2.2.1 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell .....	48
2.2.2 Ressourcen .....	48
2.2.3 Anforderungen.....	49
2.3 Fragestellung .....	49
2.4 Methoden.....	50
2.4.1 Die Studie „Mehr Zeit für gute Schule“ .....	50
2.4.2 Stichprobe .....	50
2.4.3 Instrument .....	50
2.4.4 Analysen .....	53
2.5 Ergebnisse.....	55
2.5.1 Bewertung von Arbeitstätigkeiten der inklusiven Bildung .....	55
2.5.2 Einfluss arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren auf das Gesundheitserleben im Kontext inklusiver Bildung.....	56

2.6 Diskussion .....	58
2.6.1 Limitationen & Ausblick .....	60
2.7 Literaturverzeichnis .....	62
3. Teilstudie 2 .....	66
Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten – Gesundheitserleben unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrung .....	67
3.1 Hinführung .....	68
3.2 Zur Gesundheit von Lehrkräften .....	70
3.2.1 Das Konstrukt Gesundheit .....	71
3.3 Fragestellungen .....	72
3.4 Daten und Methodik .....	73
3.4.1 Stichprobe .....	73
3.4.2 Die Erfassung unterschiedlicher Gesundheitsdimensionen .....	74
3.4.3 Analyseschritte .....	75
3.5 Ergebnisse .....	76
3.6 Diskussion .....	80
3.6.1 Limitationen .....	82
3.7 Literaturangaben .....	83
4. Teilstudie 3 .....	87
Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform .....	88
4.1 Hintergrund .....	90
4.2 Lehrkräfte in inklusiven Unterrichtsettings .....	90
4.2.1 Lehrkräftegesundheit und Schulformen .....	91
4.3 Fragestellungen .....	92
4.4 Methodik .....	93
4.4.1 Studiendesign .....	93
4.4.2 Stichprobe .....	93
4.4.3 Fragebogen .....	93
4.4.4 Analysen .....	95
4.5 Ergebnisse .....	95
4.5.1 Das Gesundheitserleben von Lehrkräften in der inklusiven Bildung .....	95
4.5.2 Unterschiede im Gesundheitsempfinden unter Berücksichtigung der Schulform ..	98
4.6 Diskussion .....	99
4.7 Fazit für die Praxis .....	101
4.8 Literatur .....	102

## 1. Hinführung

Die Einführung inklusiver Schulen und damit zusammenhängende Herausforderungen für Lehrkräfte sind fester Bestandteil der öffentlichen bildungspolitischen Debatte. So titelt beispielsweise SPIEGEL online (2017) „Lehrer über Inklusion: Ich konnte das nicht mehr aushalten“, die Wirtschaftswoche (2013) „Inklusion überfordert Lehrer“ oder der Deutschlandfunk Kultur (2017) „Die Belastungsgrenze ist überschritten“. Inklusion wird auf diese Weise in der öffentlichen Debatte unmittelbar mit gesundheitsbezogenen, negativ konnotierten Begriffen der Belastung und Überforderung in Verbindung gebracht.

Auch aus wissenschaftlicher Perspektive ist die Frage nach der Gesundheitswahrnehmung von Lehrkräften im Rahmen schulischer Inklusion von Interesse. Mit Reformen verbundene neue Arbeitstätigkeiten gehen mit Anforderungen einher, die von Lehrkräften als beanspruchend für die Gesundheit erlebt werden können (Kunz Heim, Sandmeier und Krause 2014; Landert und Brägger 2009). Die Einführung inklusiver Schulen zieht ebensolche beruflichen Veränderungen für Lehrkräfte (Erbring 2012) nach sich: Neben heterogeneren Lerngruppen und den damit in Verbindung stehenden inhaltlichen sowie organisatorischen Veränderungen, wie die Adaption des unterrichtlichen Angebots (Prenzel 2013) und die Diagnostik von sonderpädagogischen Förderbedarfen (Gräsel, Decristan und König 2017), sei auf struktureller Ebene auch die Etablierung sonderpädagogischer Expertise in Regelschulen und die daraus resultierende Arbeit im multiprofessionellen Team (Schwab 2017) genannt. Neue oder veränderte Arbeitstätigkeiten stehen mit gesundheitlichen Beanspruchungen in Verbindung (Kunz Heim et al. 2014; Landert und Brägger 2009), da etablierte Arbeitsweisen nicht fortgeführt werden können und zumeist neue Expertise zur Bewältigung neuer beruflicher Anforderungen aufgebaut werden muss. Die praktische Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen (Tätigkeiten) kann beim Erwerb neuer Expertise unterstützend wirken (Krauss und Bruckmaier 2014). Der Aspekt der Erfahrung wird an dieser Stelle für das Gesundheitserleben bedeutsam (Braun 2017). Insbesondere soziale Entwicklungen im Bildungsbereich, wie die zunehmende Heterogenität der Schülerinnen- und Schülerpopulation, scheinen mit negativen Beanspruchungsfolgen beim Lehrpersonal assoziiert zu sein (Kunz Heim et al. 2014). Forschungsarbeiten mit explizitem Inklusionsbezug sind im deutschsprachigen Raum jedoch als Desiderat zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund erlangt die Untersuchung des Gesundheitserlebens von Lehrkräften in Bezug auf inklusionsspezifische Tätigkeiten an Bedeutung.

Wissenschaftliche Arbeiten zur Gesundheit von Lehrkräften werden seit Beginn der 1980er Jahre im deutschsprachigen Raum veröffentlicht. Eine Analyse zeigt, dass die Anzahl an jährlich veröffentlichten Publikationen bis heute nicht gesunken ist (Rothland 2013). Das Interesse an der Gesundheit von Lehrkräften ist unterschiedlichen Ursachen zuzuschreiben. Aktuell ist ein Grund der anhaltenden Forschung in der generellen Intensivierung empirischer



Forschungsarbeiten zum Lehrkräfteberuf zu sehen. Diese Intensivierung ist auf einen Paradigmenwechsel von der Unterrichtsforschung hin zur Lehrkräfteforschung zurückzuführen (Rothland 2013). Auch ein volkswirtschaftliches Interesse ist zu nennen: Hohe Frühpensionierungsraten zogen ein reges Forschungsvorkommen nach sich (Weiß und Kiel 2013). Darüber hinaus ist auf das Qualitätsinteresse in Bezug auf Schülerinnen- und Schülerleistungen als schulischem Output hinzuweisen. Klusmann, Richter und Lüdtke (2016) arbeiten mit Daten des Ländervergleichs heraus, dass neben fachlichen Kompetenzen auch das Gesundheitsempfinden von Lehrkräften mit den Leistungen von Schülerinnen und Schülern assoziiert ist. Studien zeigen zudem Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand von Lehrkräften und der Unterrichtsqualität (Frenzel, Götz und Pekrun 2008), dem kognitiv aktivierendem Unterrichtshandeln (Retelsdorf, Butler, Streblov und Schiefele 2010) sowie der Motivation (Knauder 2005), Förderung (Klusmann, Kunter, Trautwein und Baumert 2006) und der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern (Shen, McCaughtry, Martin, Garn, Kulik und Fahlman 2015).

Die Gesundheitsforschung ist vom Fehlen einer allgemein anerkannten Definition geprägt (Wesselborg 2015). Die Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts wird jedoch übergreifend in unterschiedlichen Definitionsversuchen betont. So lassen sich bspw. psychische und physische aber auch soziale und ökologische Gesundheitsdimensionen unterscheiden (z.B. Hurrelmann und Richter 2013; WHO 1986). Die Vielzahl dieser unterschiedlichen Dimensionen erschwert eine ganzheitliche empirische Erfassung des Gesundheitskonstrukts. Aus diesem Grund fokussieren Forschungsarbeiten zu gesundheitlichen Fragestellungen zumeist einzelne Dimensionen (z.B. Wohlbefinden oder Burnout als Aspekte der psychischen Gesundheitsdimension). In der Gesundheitsforschung lassen sich aktuell verschiedene Strömungen der theoretischen Zugänge ausmachen. Diese unterscheiden sich zum einen darin, wie sie (1) das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit konstituieren und zum anderen, (2) welche Faktoren zur Genese von Gesundheit betrachtet werden. Bei der Konstitution des Verhältnisses von Gesundheit und Krankheit (1) spielt die grundsätzliche Frage eine Rolle, ob durch die Messung von Krankheitsaspekten (z.B. Burnout) Aussagen zur Gesundheit getroffen werden können. Ob sich folglich Gesundheit und Krankheit dichotom gegenüberstehen (biomedizinische Annahme) oder sie jeweils den Endpunkt eines gemeinsamen Kontinuums bilden (salutogenetische Annahme), auf dem sich der Gesundheitszustand graduell abstufen lässt (Wesselborg 2015). Nach Döring-Seipel und Dauber (2010) stellen Forschungsarbeiten ein Desiderat dar, welche den Fokus auf die Analyse von Gesundheitsressourcen legen. Sie arbeiten heraus, dass die Identifikation von Gesundheitsressourcen bzw. deren Förderung in der pädagogischen Praxis einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Lehrkräften beitragen können. Damit wird ein Perspektivwechsel in der Gesundheitsforschung herausgestellt, der sich von der Analyse

krankheitsbezogener Aspekte hin zur Ressourcenanalyse bewegt. Bei Betrachtungen zur Gesundheitsgenese (2) können Faktoren unterschieden werden, die sich auf die Person (Verhalten), Umweltbedingungen (Verhältnis) oder deren Transaktion beziehen. Aktuell werden Gesundheitsaspekte bspw. im Kontext der Kompetenzforschung eher personenbezogen erforscht und diskutiert (Klusmann, Kunter, Voss und Baumert 2012; Baumert und Kunter 2011), wohingegen Forschungsarbeiten z.B. zum Burnout-Syndrom grundlegend verhältnisbezogen bzw. transaktional ausgerichtet sind (Döring-Seipel und Dauber 2010). Diese unterschiedlichen Zugänge zum Konstrukt Gesundheit verdeutlichen die Notwendigkeit einer theoretischen Reflexion entstehender Arbeiten (Krause, Dorsemagen und Baeriswyl 2013).

Die vorliegende Arbeit nimmt sich der Herausforderung an, das Desiderat an Forschungsbefunden zum Gesundheitsempfinden von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion aufzugreifen und empirisch zu bearbeiten. Hierfür wurden in drei wissenschaftlichen Teilstudien Analysen durchgeführt, die durch das vorliegende Rahmenpapier theoretisch eingebettet werden. Folgende Gliederung wird dabei vorgenommen: Nach einer kontextuellen Einordnung im Hinblick auf schulische Inklusion und daraus resultierende tätigkeitsbezogene Veränderungen des Lehrkräfteberufs, erfolgt ein Überblick zu aktuellen Herausforderungen der Gesundheitsforschung allgemein sowie der Lehrkräftegesundheitsforschung im Besonderen. Dabei liegt der Fokus auf den bereits erwähnten, unterschiedlichen Forschungsperspektiven sowie einem daraus abgeleiteten Bedarf an Instrumenten zur tätigkeitsbezogenen Gesundheitserfassung. Auf die Zusammenfassung der Publikationen folgt die Darstellung und Diskussion der zentralen Ergebnisse der Teilstudien aus einer übergeordneten Perspektive. Forschungsbezogene und praktische Implikationen beschließen das Rahmenpapier dieser Arbeit. Die drei Teilstudien<sup>1</sup> werden abschließend getrennt voneinander aufgeführt.

## **1.1 Schulische Inklusion**

In Konsequenz der Ratifizierung der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) von den Vereinten Nationen (2006) im Jahr 2009 verpflichtet sich Deutschland zum Auf- bzw. Ausbau eines allgemeinen Bildungssystems, an dem alle Schülerinnen und Schüler partizipieren können. Damit soll im Sinne der UN-Konvention ein inklusives Bildungssystem auf allen Ebenen sowie lebenslanges Lernen gewährleistet werden. Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK und damit verbundene rechtliche Verordnungen, Schulen inklusiv auszurichten, sollen gemäß §24 eine gleichberechtigte Teilhabe aller

---

<sup>1</sup> Die Teilstudien sind entsprechend der Richtlinien des jeweiligen Publikationsorgans aufgeführt; die Schriftart wurde vereinheitlicht.

Schülerinnen und Schüler am Regelschulsystem gewährleisten (Wrase 2015). In Deutschland geschieht dies föderalismusbedingt auf Landesebene. In Niedersachsen bspw. ermöglichen laut Schulgesetz (§4 NSchG) seit 2013 die öffentlichen Schulen „allen Schülerinnen und Schülern einen barrierefreien und gleichberechtigten Zugang und sind damit inklusive Schulen“ (Nds. Kultusministerium 2016).

Wenngleich bereits konkrete rechtliche Maßnahmen im Sinne „inkluisiver Schulen“ verabschiedet wurden, so ist die wissenschaftliche Debatte um Inklusion im Bildungsbereich jedoch dadurch gekennzeichnet, dass keine allgemein akzeptierte Definition existiert (Werning 2014). Grosche (2015) fasst den wissenschaftlichen Diskurs zur Definitionsproblematik zusammen und betont die Bedeutsamkeit der Festlegung des Inklusionsverständnisses je Forschungsarbeit im Hinblick auf eine bessere Vergleichbarkeit und Interpretation von Ergebnissen. Piezunka, Schaffus und Grosche (2017) arbeiten hierzu übergeordnete Inklusionskategorien zur besseren Einordnung und Vergleichbarkeit von Forschungsarbeiten aus. Inklusion wird für die vorliegende Arbeit in Anlehnung an Sturm (2013) auf schulische Kontexte enggeführt und bezieht sich auf die rechtliche Umsetzung der UN-Konvention (Piezunka et al. 2017) sowie die gemeinsame Unterrichtung von Lernenden mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf. Nach Grosche (2015) rekurriert die aufgegriffene Dimension von Inklusion auf eine strukturelle Ebene und schließt an Zwei-Gruppen-Definitionen an. Mit dieser Engführung des Inklusionsverständnisses ergibt sich die Möglichkeit, konkrete, inklusionsspezifische Tätigkeiten des Lehrkräfteberufs in den Blick zu nehmen. Gleichwohl kann mit der vorgenommenen Engführung des Inklusionsbegriffs sodann auch das Vernachlässigen wichtiger Aspekte des Inklusionsdiskurses, wie der Anerkennung und Wertschätzung von Vielfalt (Piezunka et al. 2017) oder der Vermeidung stigmatisierender Kategorien (Boban und Hinz 2008) einhergehen.

Der dargelegte Rechtsanspruch auf inklusive Beschulung wirkt sich als schulorganisatorische Maßnahme auf die Zusammensetzung der Schülerinnen- und Schülerschaft in den Lerngruppen bzw. Klassen aus (Möller 2013). Heterogener werdende Lerngruppen sowie damit zusammenhängend stärker variierende individuelle Bedarfe der Lernenden erhöhen die Anforderungen für schulisches Personal (Seifried und Heyl 2016; Wittek 2016). Wie umfangreich Veränderungen der Zusammensetzung von Lerngruppen im Rahmen der Einführung inklusiver Schulen sind, zeigen statistische Angaben zum Beschulungsort von Lernenden mit sonderpädagogischen Förderbedarfen (Inklusionsquote). Darauf bezogen ist der relative Anteil der in Deutschland mit sonderpädagogischem Förderbedarf diagnostizierten oder aufgrund dessen geförderten Schülerinnen und Schüler zwischen den Schuljahren 2008/2009 und 2015/2016 um einen Prozentpunkt auf 7.1% angestiegen. Zusätzlich verdoppelte sich der relative Anteil der in allgemeinbildenden Schulen unterrichteten Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf von 18.4% auf 37.7%. In

Niedersachsen stellt sich diese veränderte Beschulungssituation mit einem Anstieg der Inklusionsquote von 6.6% auf 41.1% noch ausgeprägter dar (Lange 2017). Diese allgemeinen Angaben zur Inklusionsquote lassen sich im Hinblick auf einzelne Schulformen noch differenzierter darstellen. Grundschulen etwa beschulten insgesamt 4.1% Lernende mit sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf. Der Anteil an Hauptschulen betrug 7.9%, an Realschulen 0.9%, an Oberschulen 4.8%, an Gymnasien 0.3%, an Integrierten Gesamtschulen 3.9% und an Kooperativen Gesamtschulen 2.2% (Referenzjahr: Schuljahr 2016; Nds. Kultusministerium 2017).

Mit der veränderten Zusammensetzung von Lerngruppen wandeln sich auch berufsbezogene Aufgaben und Tätigkeiten von Lehrkräften. Sie müssen den heterogeneren Lerngruppen begegnen und inklusive Lehr- /Lernsettings gestalten (Kopmann und Zeinz 2017), die den unterschiedlichen Bedarfen aller Schülerinnen und Schüler gerecht werden. Hierzu zählt unter pädagogisch-didaktischer Perspektive insbesondere die Adaption des unterrichtlichen Angebots (Gräsel et al. 2017) bzw. die damit einhergehende individuelle Förderung der Lernenden. Diese Anforderung aufgreifend wurden 2014 auch die Standards für die Lehrerbildung der Kultusministerkonferenz (KMK) im Hinblick auf inklusive Schulen angepasst und die Kompetenzen systematisch im Hinblick auf den Umgang mit (neuen bzw. zusätzlichen) Heterogenitätsdimensionen überarbeitet (KMK 2014).

Weitere inklusionsbezogene Beschlüsse der KMK verdeutlichen den bereits aufgeführten Bedarf an pädagogischen und didaktischen Basisqualifikationen (angehender) Lehrkräfte zum Umgang mit Heterogenität und Inklusion im Allgemeinen sowie Wissen zur Förderdiagnostik im Besonderen (KMK 2015). Damit wird die diagnostische Kompetenz in Bezug auf sonderpädagogische Förderbedarfe (Sälzer, Gebhardt, Müller und Pauly 2015) von Lehrkräften als inklusionsbedingte berufliche Anforderung hervorgehoben.

Schließlich ist als neue Tätigkeit im Kontext der Inklusionsreform noch die Arbeit im multiprofessionellen Team zu betonen (Schwab 2017). Bedingt durch die rechtliche Ermöglichung der gemeinsamen Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf, sind Förderschullehrkräfte in Regelschulen unverzichtbar. Die Kultusministerkonferenz (KMK) hält darauf bezogen in ihrem Beschluss „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen“ fest, dass unterrichtliche Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote von nun an von Lehrkräften gemeinsam verantwortet werden (KMK 2011). Damit einher geht die Anforderung einer gelingenden multiprofessionellen Zusammenarbeit bzw. die Kooperation von Regel- und Förderschullehrkräften im Hinblick auf eine erfolgreiche Förderung aller Lernenden.

Gräsel et al. (2017) konstatieren, dass den Lehrkräften mit der Ausführung dieser neuen, inklusionsbezogenen Anforderungen und Tätigkeiten eine besondere Bedeutung für das Gelingen der Umsetzung der Inklusionsreform zukommt. Doch der Fokus der Forschung zu

Gelingensbedingungen sollte nicht allein auf die Lehrkraft und ihre professionelle Kompetenz einschließlich ihrer Einstellungen (Baumert und Kunter 2011) gelegt werden. Vielmehr spielen im Rahmen der Inklusionsreform insbesondere schulische Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle zur Bewältigung inklusionsbezogener Anforderungen – dies verdeutlicht auch die Einstellungsforschung im Kontext schulischer Inklusion. Studienergebnisse zeigen hier, dass ‚Rahmenbedingungen‘ (Verhältnisse) immer wieder als bedeutsamer Aspekt zur erfolgreichen Umsetzung der Inklusionsreform genannt werden (z.B. Kullmann, Lütje-Klose, Textor, Berard und Schitow 2015). Als Beispiel des Verhältnisbezugs sei nachstehend der Anforderungsbereich der Kooperation aufgeführt. Morgenroth (2015) arbeitet mit einer Forschungsübersicht insgesamt drei Kategorien von Bedingungsfaktoren für gelingende Kooperationsprozesse heraus: ‚Institution‘ (Arbeitszeitgestaltung, Organisationsstruktur), ‚Organisationskultur‘ (gemeinsame Ziele, Vertrauenskultur) sowie ‚Individuum‘ (Kommunikationskompetenz). Institutionelle Rahmenbedingungen werden damit in ihrer Wichtigkeit für Kooperationen hervorgehoben. Richter und Pant (2016) ließen schulische Rahmenbedingungen inklusiver Schulen in Bezug auf Kooperationsformen und -prozesse durch Lehrkräfte einschätzen. Sie zeigen, dass Unterschiede ebendieser Rahmenbedingungen zwischen Schulen mit und ohne Inklusionsangebot bestehen, wobei materielle Ressourcen (Arbeitsräume etc.) an Schulen mit Inklusionsangebot weniger häufiger zu finden sind. Und das, obwohl an ebendiesen Schulen ein besonderer Bedarf an verhältnisbezogenen Ressourcen besteht (Richter und Pant 2016).

Ein weiterer relevanter Aspekt bei der Bewältigung inklusionsbedingter Anforderungen ist die Erfahrung der Lehrkräfte bzw. die Lerngelegenheiten zum Aufbau erforderlicher Kompetenzen. Es ist davon auszugehen, dass berufserfahrene Lehrkräfte während ihrer Ausbildungszeiten wenig Möglichkeiten hatten, Expertise in den beschriebenen neuen Anforderungsbereichen aufzubauen. Eine Ausnahme hierbei bilden Sonderschullehrkräfte, da in deren universitärer Ausbildung z.B. Kooperationsformen und -möglichkeiten an vielen Standorten fest curricular verankert sind (Gebhard, Happe, Paape, Riestenpatt, Vägler, Wollenweber und Castello 2014). Lehrkräfte sind folglich auf (schulische) Lerngelegenheiten angewiesen, in denen sie inklusionsbezogene Expertise zur Bewältigung der Anforderungen ‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘ und ‚Individueller Förderung‘, aufbauen können. Die zuvor aufgeführten Zahlen zur Inklusionsrate in Niedersachsen verdeutlichen dabei bestehende Unterschiede in der Kontakthäufigkeit in der Schule: während an Haupt- sowie Oberschulen inklusionsbezogene Anforderungen im Vergleich häufiger auftreten, werden diese an Lehrkräfte des Gymnasiums weniger häufig gestellt. Der Aufbau von Expertise, verstanden nach Bromme (2008) als professionsbezogenes Wissen und Können, ist im Kontext der Inklusionsreform auch an Möglichkeiten gebunden, ebenjene spezielle Fähigkeiten durch Tätigkeitspraxis aufzubauen (Krauss und Bruckmaier 2014). Es kann davon ausgegangen

werden, dass auch die Kontakthäufigkeit mit den inklusionsspezifischen Anforderungen den Aufbau von Wissen zum Umgang mit diesen anregt – wenngleich diese Tätigkeitspraxis natürlich nicht als angeleitete, begleitete Lerngelegenheit einzustufen ist.

### **1.1.2 Schulische Inklusion und Lehrkräftegesundheit**

Da im Kontext der Gesundheitsforschung zentrale Begriffe teils uneinheitlich verwendet werden, sei den Ausführungen zur allen Aspekten von Gesundheit eine kurze Begriffsklärung vorangestellt. Anforderungen der Umwelt werden als Belastungen beschrieben, ohne dass diese Bezeichnung eine wertende Komponente beinhaltet. Die unter anderem aufgrund unterschiedlicher Kompetenzen und Eigenschaften variierenden Auswirkungen einer Belastung auf eine Person werden als Beanspruchung bezeichnet (Rothland und Klusmann 2016). Der Beanspruchungsbegriff ist demnach an eine Bewertung gebunden.

Inklusionsbezogene Tätigkeitsanforderungen, wie sie im vorherigen Abschnitt beschrieben wurden, werden im Kontext der Gesundheitsforschung mit negativen Beanspruchungen assoziiert. Nieskens, Rupprecht und Erbring (2012) sowie Erbring (2012) formulieren, dass Inklusion eine weitere Belastungsquelle für den Lehrkräfteberuf darstellt, die mit psychischen wie zeitlichen Mehrbelastungen seitens der Lehrkräfte in Verbindung steht. Hedderich (2016) untersuchte im deutschsprachigen Raum explorativ das Belastungserleben von Sonderschullehrkräften im Kontext schulischer Inklusion. Diese berichten im Ergebnis keine Mehrbelastungen. Bosse, Jäntsich und Spörer (2015) erhoben im Rahmen der Begleitevaluation zur Einführung inklusiver Schulen in Brandenburg ebenfalls das Belastungserleben von Lehrkräften. Sie zeigen im Längsschnitt, dass die Belastung der Lehrkräfte signifikant ansteigt – wobei ‚Belastung‘ nicht expliziert wurde und als Beanspruchungserleben gedeutet werden kann. Wenngleich die Vergleichbarkeit aufgrund bildungssystemischer Spezifika schwierig ist, belegen auch internationale Studien, dass Inklusion als gesundheitsbeeinflussender Faktor wirken kann (Ervasti, Kivimäki, Ichiro, Subramanian, Pentti, Ahola, Oksanen, Pohjonen, Vahtera, und Virtanen 2012; Forlin 2001). Ervasti et al. (2012) bspw. zeigen mit einer finnischen Registerstudie ( $N=8100$  Lehrkräfte), dass unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Schulform und Schulgröße, Lehrkräfte von Schulen mit hohem Anteil von Lernenden mit sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfen, ein 1,4-fach erhöhtes Risiko aufweisen, kurzzeitig krankheitsbedingt arbeitsunfähig zu sein. Für den deutschsprachigen Raum sind Forschungsergebnisse zum Gesundheitserleben von Lehrkräften in inklusiven Schulsettings bislang kaum vorhanden.

## 1.2 Gesundheitsforschung

Im vorangegangenen Kapitel wurden berufliche Veränderungen von Lehrkräften im Kontext der Inklusionsreform beschrieben. Es wurde aufgeführt, dass diese Veränderungen mit gesundheitlichen Negativ-Beanspruchungen in Verbindung stehen können. Für die angestrebte Analyse der Gesundheit von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion bedarf es eines theoretischen Modells sowie eines Erhebungsinstruments, welche eine inklusionsspezifische Gesundheitsanalyse ermöglichen. Dabei sind theoretische Vorannahmen und empirische Befunde zum Konstrukt Gesundheit zu berücksichtigen, welche nachfolgend aufgeführt sind.

Die Gesundheitsforschung ist dadurch gekennzeichnet und erschwert, dass es keine allgemeingültig anerkannte Definition von Gesundheit gibt (Wesselborg 2015). Bedingt durch die Mehrdimensionalität des Konstrukts sowie die unterschiedlichen Perspektiven, aus denen heraus Gesundheit betrachtet wird, lässt sich Gesundheit bislang nicht eindeutig beschreiben und erfassen (Franzkowiak und Hurrelmann 2018). Trotz dieser Schwierigkeit ist die nachstehende Definition für die folgenden Ausführungen wegweisend: "Gesundheit bezeichnet den [dynamischen] Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das [dynamische] Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt." (Hurrelmann und Richter 2013, S. 4, mit [Ergänzungen] durch Franzkowiak und Hurrelmann 2018). Die Definition führt unterschiedliche Gesundheitsdimensionen auf, betont die Dynamik des Gesundheitszustands, benennt mehrere Bedingungsfaktoren bei der Gesundheitsgenese und hebt hierfür die Bedeutsamkeit von Bewältigungsprozessen hervor. Die Berücksichtigung der aufgeführten Punkte innerhalb der Definition lassen sich durch einen Rückblick auf unterschiedliche Gesundheitsperspektiven erklären. In historischer Abfolge ist bei der Erklärung zunächst die biomedizinische Perspektive zu nennen, bei der Gesundheit als Abgrenzungskonzept fungiert (Franzkowiak und Hurrelmann 2018). Der Fokus liegt in dieser Perspektive auf der Erforschung, Systematisierung und Erklärung von Beanspruchungsfaktoren, die Erkrankungen begünstigen bzw. auslösen (Pathogenese). Gesundheit und Krankheit werden hier als dichotome Zustände betrachtet, die sich gegenseitig ausschließen (Franke 2010). Über die Messung von Krankheitsindikatoren werden in dieser Betrachtungsweise Aussagen zum Gesundheitszustand getroffen. Biomedizinische Forschung gerät an ihre Grenzen, wenn es beispielsweise um Erkrankungen geht, die nicht allein über biologische Faktoren erklärt werden können. Magersucht (Wesselborg 2015) sei hier als Beispiel für eine Krankheit genannt, die sich durch ihre

Komplexität in unterschiedlichen Bereichen (Psyche, soziale Beziehungen, Kultur etc.) auszeichnet und durch eine rein biomedizinische Perspektive nicht erklärt werden kann. Im Anschluss daran formulieren Hurrelmann und Laaser (2006) die Kernkritik der biomedizinischen Perspektive insbesondere in der verkürzten Sicht auf körperliche Aspekte bei gleichzeitigem Ausschluss psychischer, sozialer sowie ökologischer Dimensionen. Schließlich kann diese Perspektive durch die Krankheitsfokussierung einen Beitrag zur Krankheitsbekämpfung bzw. deren Prävention leisten, nicht jedoch zur Gesundheitsförderung, welche explizit auf die Stärkung der Gesundheit ausgerichtet ist (Lehr 2011). Wenngleich die Kritik an der Krankheitsorientierung nicht neu ist, so konnte dieser Zugang bislang nicht überwunden werden, wie im Verlauf dieser Arbeit noch gezeigt wird.

Darüber hinaus lässt sich Gesundheit in Bezug auf ihre Funktion hin definieren, wenn Leistungs- und Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden (Franzkowiak und Hurrelmann 2018). Hierzu sind Gesundheitskonstrukte zu zählen, welche neben physischen und psychischen auch ökologische sowie soziale und kulturelle Aspekte einer Person einbeziehen, wie z.B. die gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsplatzes. In der Ottawa-Charta (WHO 1986) erstmals benannt, wird Gesundheit als das Ergebnis betrachtet, welches sich aus der alltäglichen und aktiven Auseinandersetzung des Menschen mit seiner ihn umgebenden Umwelt ergibt (Setting-Ansatz). Gesundheit wird hier aus einem sozialökologischen Verständnis heraus betrachtet, das sich seitdem in der Gesundheitsforschung durchsetzen konnte. Auch in der aufgeführten Gesundheitsdefinition (Hurrelmann und Richter 2013) wird die sozialökologische Perspektive deutlich. Gesundheitsbezogene Funktionsaussagen lassen sich u.a. durch Bewältigungsprozesse und Gleichgewichtsperspektiven charakterisieren. Bewältigungsprozesse beziehen sich bspw. auf die bereits erwähnte Auseinandersetzung einer Person mit ihrer Umwelt. Dabei entstehende umweltseitige Anforderungen werden bei einem gelingenden Prozess von der Person bewältigt. Anforderungs-Ressourcen-Modelle zur Gesundheitsentstehung, wie das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) von Becker (2006) bilden diese Bewältigungsprozesse theoretisch ab (Kapitel 1.2.2). Die Gleichgewichtsperspektive ist aus zweierlei Gründen zentral: Zum einen verdeutlicht sie die aufgeführte (mögliche) Auflösung von Spannungszuständen zwischen Anforderungen und Ressourcen. Zum anderen ermöglicht der Rückgriff auf eine Gleichgewichtsdarstellung die Überwindung der bereits genannten dichotomen Gegenüberstellung von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in Form eines gemeinsamen Gesundheit-Krankheit-Kontinuums (ausführlich: Kapitel 1.2.1). Dieses Kontinuum ist die Grundlage der theoretischen Annahmen zur Gesundheitsentstehung (Salutogenese) von Antonovsky (1997) sowie dessen Kernkonzept dem Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl sowie das zuvor genannte SAR-Modell (Becker 2006) sollen nachstehend ausführlicher beschrieben werden,



da hier bedeutsame Konzeptionen zur Gesundheitsentstehung entwickelt wurden, welche in der aktuellen Gesundheitsforschung Gewicht haben.

### **1.2.1 Das Kohärenzgefühl**

Nach Antonovsky (1997) stellen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ die beiden Endpunkte (Pole) eines Kontinuums dar, auf welchem sich der Gesundheitszustand einer Person abbilden lässt. Diese Konzeption eines Kontinuums verdeutlicht die Entwicklung des ‚neuen‘ theoretischen Zugangs zur Gesundheit auf unterschiedliche Weise. Hierzu sei zunächst aufgeführt, dass das Kontinuum den Kerngedanken der Salutogenese zum Ausdruck bringt: Nicht die Gesundheit ist der Normalzustand einer Person, von dem aus sich Krankheiten bzw. negative Abweichungen bestimmen lassen, sondern Gesundheit selbst muss aktiv ‚hergestellt‘ werden (Hurrelmann und Laaser 2006). Zusätzlich wird mit dem Kontinuum die Annahme überwunden, dass Gesundheit und Krankheit Konstrukte sind, welche sich gegenseitig ausschließen, wie die biomedizinische Perspektive es vorgibt (Wesselborg 2015). Darüber hinaus ermöglicht die Konzeption eines Kontinuums, den Gesundheitszustand mehrdimensional abzubilden (Franke 2010). Die negative Einschätzung einer Gesundheitsdimension geht in der Perspektive des Kontinuums nicht per se mit einer Krankheitseinteilung einher, sondern verschiebt die Position auf dem Kontinuum unter Berücksichtigung weiterer Gesundheitsdimensionen in die Richtung des Pols ‚Krankheit‘. Der Gesundheitszustand einer Person und deren Position auf dem Kontinuum hängt u.a. davon ab, wie gut es ihr gelingt, Anforderungen mit Hilfe von zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen (Antonovsky 1997). Das erfolgreiche Bewältigen einer Anforderung kann sich gesundheitsfördernd auswirken.

Als wichtigste Gesundheitsressource wird von Antonovsky (1997) das Konzept des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence) identifiziert. Er beschreibt es als eine individuelle Grundhaltung, als „globale Orientierung“ (Antonovsky 1997, S. 36) einer Person, anhand derer es möglich ist zu unterscheiden, warum Menschen mit ähnlichen äußeren Voraussetzungen, wie bspw. Nahrungsmittelknappheit, sich in Bezug auf ihren Gesundheitszustand unterschiedlich entwickeln. Das Kohärenzgefühl gliedert sich in drei Kerndimensionen: die ‚Verstehbarkeit‘, die ‚Sinnhaftigkeit‘ und die ‚Bewältigbarkeit‘. Die Dimension der ‚Verstehbarkeit‘ basiert im Wesentlichen auf dem Wissen einer Person, das die Person in die Lage versetzt, Handlungen und Prozesse nachzuvollziehen bzw. langfristig künftige Entwicklungen zu antizipieren. Anforderungen werden als erklärbar und strukturiert wahrgenommen und können somit kognitiv verarbeitet werden (Antonovsky 1997). Die Dimension der ‚Sinnhaftigkeit‘ rekurriert auf die Fähigkeit zur Sinngenerierung. Wird die Anforderungsbewältigung von einer Person als lohnend eingeschätzt, so ergibt sich daraus ein positiver Mehrwert. Die Dimension der ‚Bewältigbarkeit‘ schließlich umfasst die

Einschätzung einer Person, unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender Ressourcen, Anforderungen bewältigen zu können. Bewältigbarkeit umfasst damit auch die Kompetenz, geeignete Hilfesysteme zu aktivieren bzw. zu generieren.

Antonovsky (1997) spricht in Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl auch von einem positiven und aktiven Selbstbild. Es dient, zusammenfassend beschrieben, als personale Ressource zur Selbstwahrnehmung innerhalb unterschiedlicher Anforderungen sowie der Überzeugung eigener Bewältigungskompetenzen. Für den Gesundheitsstatus einer Person lässt sich ableiten, dass dieser umso positiver ausfällt, je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist (Wesselborg 2015). Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl profitieren hierbei auf zweifache Weise: Sie bewältigen Anforderungen erfolgreicher und erschließen sich neue Ressourcen leichter bzw. nutzen ihre Ressourcen besser (Franke 2015). Der Zusammenhang des Kohärenzgefühls mit einem positiven Gesundheitszustand konnte insbesondere für die psychische Gesundheit bestätigt werden (Franke 2015).

### **1.2.2 Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell**

Als theoretisches Erklärungsmodell zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit ist nachstehend das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) nach Becker (2006) aufgeführt, welches der vorliegenden Arbeit als Erklärungsrahmen zur Gesundheitsentstehung und -erhaltung dient. Das Modell spiegelt die Kernaussage der aufgeführten Gesundheitsdefinition wider (Hurrelmann und Richter 2013). Es sei angemerkt, dass das Modell an dieser Stelle nicht in seiner Gänze beschrieben werden kann. Vielmehr werden wichtige Zusammenhänge erläutert, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Im transaktional ausgelegten SAR-Modell, welches umfassend empirisch geprüft wurde (Becker 2006), wird Gesundheit bzw. die Position auf dem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum als dynamischer Prozess verstanden und aus systemischer Perspektive als Ergebnis von Regulationsprozessen zwischen einer Person und ihrer Umwelt aufgefasst (Becker 2006). Der Gesundheitszustand einer Person hängt dem Modell zufolge davon ab, wie gut es ihr gelingt, sowohl externe Anforderungen (Umweltbedingungen) als auch interne Anforderungen (psychophysische Merkmale) mit Hilfe von zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen. Anforderungen sind dabei nicht generell als Stressoren zu verstehen, sondern zeigen theoretische Überschneidung mit dem aufgeführten Konzept der Belastung.

Umwelt und Person werden in dem Modell als Systeme innerhalb von Suprasystemen aufgefasst, welche wiederum aus Systemelementen bestehen. „Systeme und Systemelemente stehen in Interaktion und beeinflussen sich wechselseitig. Wichtige Beeinflussungsprozesse können mithilfe der Begriffe ‚Anforderungen‘ und ‚Ressourcen‘ beschrieben werden“ (Blümel 2015, S. 1). Dieser Systembezug innerhalb des Modells verdeutlicht untereinander bestehende Beziehungs- und auch Abhängigkeitsverhältnisse. Im

Kontext Schule ließe sich dies bspw. durch bildungspolitische Verordnungen verdeutlichen, welche über das System Schule bis in das System Lerngruppe oder das System der einzelnen Personen wirken können.

Externe Anforderungen und Ressourcen einer Person sind als Umweltmerkmale charakterisiert und beziehen sich sowohl auf die dingliche als auch auf die personelle Umwelt. Zu den Anforderungen lassen sich bspw. konkrete Arbeitstätigkeiten oder Erwartungen von Mitmenschen zählen, während als Ressourcen z.B. gute soziale Beziehungen, Stützsysteeme sowie Kontrolle über die Arbeit und auch ökologische Faktoren wie eine saubere Umwelt oder Nahrungsmittel gelten. Hieran lässt sich der Systembezug nochmals verdeutlichen: externe Ressourcen werden durch andere Personen beeinflusst und/oder bereitgestellt. Daraus ergibt sich eine wechselseitige Beeinflussung bzw. Abhängigkeit von Individuen bei der Bewältigung von Anforderungen. „Der einzelne Mensch wird zum Systemelement“ übergeordneter Systeme (Becker 2006, S. 184).

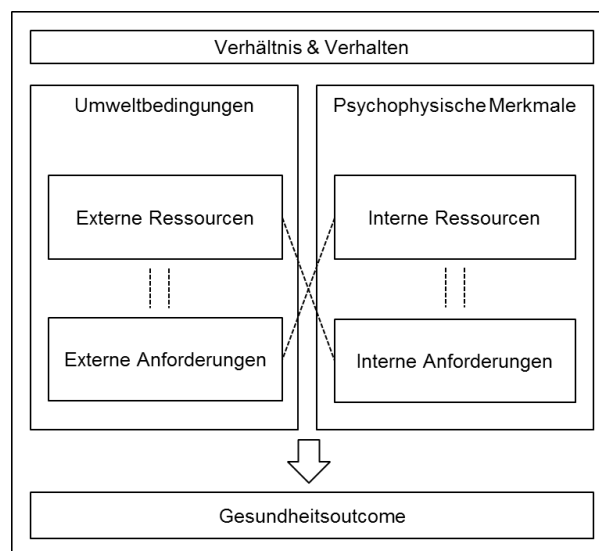


Abbildung 1 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker 2006; Darstellung in Anlehnung an Wesselborg 2015)

Interne Anforderungen und Ressourcen geben die psychophysischen Merkmale einer Person wieder. Interne Anforderungen beziehen sich neben den Grundbedürfnissen einer Person auch auf Prozesse der Selbstverwirklichung. Als interne Ressourcen gelten psychosoziale und physische Merkmale einer Person, die sich als vorteilhaft zur Anforderungsbewältigung erweisen. Hierbei sind, neben spezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen, Selbstwirksamkeitserwartungen als bedeutsam hervorzuheben (Blümel 2015).

Positive Gesundheitserfahrungen drücken sich durch erfolgreiche Versuche des Ressourceneinsatzes bei der Bewältigung von Anforderungen aus (Kirsch, Laemmert und Tittlbach 2017). Hohe Anforderungen können hingegen, sofern nur unzureichende Ressourcen zur Verfügung stehen, als negative Gesundheitsbeanspruchung erlebt werden.

Ebenfalls negative Beanspruchungen können sich des Weiteren aus dauerhaft zu niedrigen Anforderungsniveaus ergeben, wenn vorhandene Ressourcen langfristig nicht zur Bewältigung von Anforderungen eingebracht werden können.

Die theoretischen Annahmen des SAR-Modells stehen in enger Verbindung zum etablierten transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1991). Überschneidungen finden sich bspw. in der transaktionalen Ausrichtung der Modelle und in der Annahme des Ressourceneinsatzes zur Anforderungsbewältigung. Ein Unterschied zwischen den Modellen besteht darin, dass das SAR-Modell die negativkonnotierte Beanspruchungsorientierung (Stress) um die Integration ressourcenorientierter, salutogenetischer (Antonovsky 1997) Sichtweisen ergänzt. Diese explizite Berücksichtigung von Gesundheitsressourcen ermöglicht einen theoretischen Rahmen zur Gesundheitsentstehung: als Gesundheitsoutcome werden dann keine negativen Gesundheitsbeanspruchungen bzw. Krankheitsindikatoren mehr untersucht – bzw. über deren (Nicht-)Vorliegen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand getroffen – sondern es können Gesundheitsindikatoren unterschiedlicher Gesundheitsdimensionen betrachtet werden.

### **1.3 Forschung zur Gesundheit von Lehrkräften**

Die Lehrkräftegesundheitsforschung hat in den vergangenen Jahrzehnten eine Vielzahl von Studien hervorgebracht. Das fortbestehende Interesse an der Forschung zur Gesundheit von Lehrkräften liegt auch in der generellen Intensivierung empirischer Forschungsarbeiten zum Lehrkräfteberuf – und hierbei insbesondere in der Kompetenzforschung – begründet (Rothland 2013). Übersichtsarbeiten zur Lehrkräftegesundheit haben z.B. Krause et al. (2011), Rothland (2009) und Kyriacou (2001) vorgelegt. Studien konnten zeigen, dass neben der Relevanz der Gesundheit für die (Lehr-) Person selbst, auch Zusammenhänge mit Merkmalen der Qualität von Schule und Unterricht bestehen. Befunde gibt es u.a. für Leistungen der Schülerinnen und Schüler (Klusmann et al. 2016), zur Unterrichtsqualität (Belz 2008) sowie zum kognitiv aktivierendes Unterrichtshandeln (Retelsdorf et al. 2010). Für die Qualität schulischen Lernens kann die Gesundheit der verschiedenen beteiligten Akteure demnach als ein wichtiges Einfluss- und Zusammenhangsmaß angesehen werden.

Arbeiten zur Lehrkräftegesundheit unterschieden sich, neben dem jeweils thematischen Fokus, durch Schwerpunktsetzung in der Operationalisierung von Gesundheit. In Anlehnung an Krause et al. (2013) sowie Döring-Seipel und Dauber (2010) wird im Folgenden eine Einordnung unterschiedlicher Zugänge in der Lehrkräftegesundheitsforschung vorgenommen und jeweils durch zugehörige exemplarische Forschungsergebnisse ergänzt.

#### **1.3.1 Gesundheitsforschung mittels Verhaltensanalyse**

Befunde negativer Beanspruchungsfolgen, wie bspw. die erhöhten Raten zu Frühpensionierungen von Lehrkräften – welche zwar seit 1990 rückläufig sind, dennoch aber

häufig auftreten (Krause et al. 2011) – waren der Ausgangspunkt von Forschungsarbeiten zu Ursachen dieser Beanspruchungen. Der Fokus der Arbeiten wurde zunächst auf Verhaltensaspekte und Personenmerkmale gelegt. In der Logik des SAR-Modells von Becker (2006) bezieht sich diese Forschungsrichtung auf die Seite des Modells, die mit ‚psychophysische Merkmale‘ überschrieben ist (Abbildung 1).

Zu dieser Forschungsausrichtung zählen auch Arbeiten im Rahmen der Lehrkräftekompetenzforschung (z.B. Klusmann et al. 2012). Gesundheitsaspekte werden hier personenseitig aufgefasst und im Kompetenzbereich der Selbstregulation bearbeitet. Selbstregulationsfähigkeiten gelten neben Motivation und Einstellungen als nicht-kognitionsbezogene Kompetenzbereiche, die durch das Professionswissen ergänzt werden. Alle vier Bereiche werden im Kontext der professionellen Handlungskompetenzforschung aktuell unter der Annahme beforscht, dass die Bereiche in Interaktion miteinander stehen und auf diese Weise professionelles Handeln ermöglichen (Baumert und Kunter 2011). Klusmann et al. (2012) führen an, dass selbstregulative Fähigkeiten auch den Umgang mit Ressourcen umfassen.

Ein populäres Instrument zur Messung verhaltensbezogenen Muster, welches auch in der aufgeführten Kompetenzforschung eingesetzt wurde (Klusmann et al. 2012), ist der Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM) von Schaarschmidt (2005). Der Fragebogen wurde im Kontext der Potsdamer Lehrerstudie entwickelt und bereits in zahlreichen Studien eingesetzt (z.B. Oesterreich 2014; Schaarschmidt und Kieschke 2013; Klusmann et al. 2006; Stück, Rigotti und Balzer 2005). AVEM ist ein persönlichkeitspsychologisches Verfahren, das über die Ermittlung unterschiedlicher Muster Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeitsanforderungen trifft. Die Analysen der Potsdamer Lehrerstudie (Schaarschmidt 2005) identifizierten vier verschiedene Muster: ein Ideal-Gesundheitsmuster ‚G‘ (17% der Stichprobe) sowie Muster ‚S‘ (23% der Stichprobe) mit ausgeprägter Schonungstendenz sowie zwei Risikomuster (insgesamt ca. 60% der Stichprobe). ‚Risikomuster A‘ zeichnet sich insbesondere durch eine hohe Verausgabungsbereitschaft und geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen aus. Bei ‚Risikomuster B‘ sind hingegen Resignation, Motivationseinschränkung, negative Emotionen sowie eine geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen stark ausgeprägt (Schaarschmidt und Kieschke 2013). Insbesondere Personen die dem ‚Risikomuster B‘ zugewiesen werden können, weisen eine Tendenz zur Entwicklung von Erkrankungen auf (Krause et al. 2011). Die Autoren der Studie beschreiben weiter, dass Frauen häufiger als Männer den Risikomustern zuzuordnen sind. Unterschiede in Bezug auf die Schulform lassen sich nicht finden (Schaarschmidt und Kieschke 2013). Klusmann et al. (2006) zeigen weiter,

dass Lehrkräfte des Musters B von ihren Lerngruppen in Bezug auf die Unterrichtsqualität im Vergleich zu den anderen Mustern schlechter eingeschätzt werden.

Als konsistenter Befund der Persönlichkeitsforschung (Rothland und Klusmann 2016) gilt darüber hinaus der Zusammenhang von Neurotizismus und einem erhöhten Beanspruchungserleben (Klusmann et al. 2012). Neben diesen negativ konnotierten, personenbezogenen Beanspruchungsfaktoren können individuelle Merkmale einer Person auch als Ressource bei der Bewältigung von Anforderungen fungieren. Hierbei zeigen sich insbesondere Selbstwirksamkeitserwartungen als bedeutsam (Rothland und Klusmann 2016). Auch konnten Forschungsarbeiten positive Effekte des Wissens über Klassenführung auf das Beanspruchungserleben zeigen (König und Rothland 2016).

Wenngleich personenseitige Merkmale in ihrer Wichtigkeit bei Gesundheitsanalysen zu betonen sind (Rothland und Klusmann 2016), kann eine starke Fokussierung auf personenseitige Merkmale in der Gesundheitsbetrachtung jedoch zu einer einseitigen Analyse des Konstrukts zuungunsten verhältnisbezogener Aspekte führen (Rothland 2007).

### **1.3.2 Gesundheitsforschung mittels Verhältnisanalyse**

Orientiert an der Kritik zu starker Verhaltensorientierung, konzentrieren sich Studien darauf, berufsbezogene Beanspruchungsfaktoren zu identifizieren. In der Logik des SAR-Modells von Becker (2006) bezieht sich diese Forschungsrichtung insbesondere auf die Seite des Modells, die mit „Umweltmerkmale“ überschrieben ist.

Einen theoretischen Rahmen zur Untersuchung von gesundheitsbeeinflussenden Verhältnissen bietet etwa das Job Demand-Control Model (Karasek und Theorell 1990). Die Annahme des Modells ist, dass umweltseitige Anforderungen auf Personen wirken und dadurch negative Beanspruchungen auslösen (können). Verhältnisbezogene Stressoren können auf diese Weise identifiziert werden. Die Analyse interindividueller Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Wahrnehmung hingegen ist auf Grundlage des Modells nicht möglich (Lehr 2011).

Einige dieser verhältnisbezogenen Gesundheitsfaktoren finden sich in unterschiedlichen Erhebungen wieder, sodass mitunter Ranglisten (Mußmann, Hardwig und Riethmüller 2017; Rothland und Klusmann 2016) von besonders häufig identifizierten Beanspruchungsfaktoren erstellt wurden. Zu diesen zählen u.a. als schwierig erlebte Schülerinnen und Schüler (Wesselborg 2015), deren mangelnde Disziplin im Unterricht (Ksienzyk und Schaarschmidt 2005) sowie ein hohes Stundendeputat und Zeitdruck (Mußmann et al. 2017). Physikalische Faktoren wie Lärm (Nübling et al. 2012; Schönwälder, Berndt und Ströver 2003) zählen ebenfalls zu bedeutsamen Belastungen.

Zur Identifikation der Faktoren wurden diese mit personenseitigen Beanspruchungsfolgen in Beziehung gesetzt (Döring-Seipel und Dauber 2010). Der Fokus liegt dementsprechend häufig

auf der Untersuchung von Krankheitsaspekten wie bspw. Burnout (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli und Schwab 1986) bzw. emotionaler Erschöpfung als Kernaspekt von Burnout oder auch der Wahrnehmung von Stress (Rothland 2013). Insbesondere die arbeitspsychologische Forschung hat mit dem Aufkommen des Konzepts Burnout im Sinne der Verhältnisanalyse gearbeitet (Oesterreich 2008). Das Konzept ist vorwiegend auf Berufsgruppen anwendbar, die sich durch eine helfende, soziale oder andere unterstützende Aufgabe auszeichnen und somit auch mit dem Lehrberuf in enger Verbindung steht (Oesterreich, 2008). Beispielhaft seien hier die Arbeiten von Römer, Rothland und Straub (2018), Hüber und Käser (2015) sowie Talmor, Reiter und Feigin (2005) genannt. Ungeachtet der konkreten Ergebnisse dieser Studien, werden, aus einer übergeordneten Perspektive, auf diese Weise Gesundheitsaussagen über das Vorliegen oder die Abwesenheit von Krankheiten getroffen. Dies ist kritisch zu diskutieren: Es lässt sich über die Erhebung von Krankheitsaspekten die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit, als sich gegenseitig ausschließende Konstrukte, schwerlich überwinden, wenn nicht gleichzeitig Gesundheitsaspekte miterhoben und ebenfalls berichtet werden. Darüber hinaus werden mit dem Rückschluss der Arbeitsbelastungen auf langfristige Beanspruchungsfolgen, wie z.B. Burnout, Verhältnismerkmale wieder auf die Person zurückgeführt. In Folge dessen werden bspw. Bedarfe an Coachings und Trainings zur Burnout-Prävention aus den Befunden abgeleitet (z.B. Lüders 2018; Lehr, Sosnowsky und Hillert 2007), wengleich die eigentlichen Ursachen in den Verhältnissen und nicht im Verhalten liegen. Demgegenüber stehen Konzepte der Gesundheitsförderung, welche sich explizit auch auf die Veränderung potenziell beanspruchender Verhältnisse beziehen. Ein Beispiel hierfür ist das Konzept der guten gesunden Schule (Paulus 2010), das die Gesundheitsförderung aller Schulpersonen zum Ziel hat und dabei als Schulentwicklungskonzept insbesondere die Veränderung schulischer Qualitätsbereiche fokussiert.

### **1.3.3 Gesundheitsforschung mittels Transaktionsanalyse**

Zur Verbindung der zuvor dargestellten Forschungsperspektiven der Verhaltens- bzw. Verhältnisanalyse konnten sich transaktionale Modelle, wie das bereits vorgestellte SAR-Modell von Becker (2006), in der Gesundheitsforschung etablieren. Die Transaktionsperspektive zeigt sich auch in der aufgeführten Gesundheitsdefinition (Hurrelmann und Richter 2013). Transaktionale Modelle gehen davon aus, dass Anforderungen / Situationen in subjektive Anforderungsbewertungen transformiert werden. Der Bewertungsprozess wird von individuellen Einstellungen und Dispositionen beeinflusst. Die Analyse von Belastungsverhältnissen wird ergänzt durch das Interesse an umwelt- und personenseitigen Faktoren, die beanspruchungsreduzierend wirken (Döring-Seipel und Dauber 2010).

Prominentes Beispiel eines solchen Modells ist das transaktionale Stressmodell (Lazarus 1991), bei welchem der mehrschrittige Bewertungsprozess einer Person in Bezug auf eine Umwelthanforderung aufgezeigt wird. Die Bewertung bezieht sich dabei auf die Einschätzung eigener Ressourcen zur Bewältigung umweltseitiger Anforderungen. Interindividuelle Unterschiede (Verhalten) von Stressreaktionen können auf Grundlage des Modells abgeleitet werden (Lehr 2011). Wenngleich im Modell die grundsätzliche Möglichkeit bedacht wird, dass sich auch positive Beanspruchungsreaktionen ergeben können, liegt der Schwerpunkt auf der Erklärung der negativen Beanspruchung Stress. Der Fokus liegt darüber hinaus, trotz transaktionaler Perspektive, noch immer stark auf der Ebene der Person, weshalb das Modell verstärkt in der psychologischen Gesundheitsforschung genutzt wird. Es werden insbesondere Ableitungen zur Verhaltensprävention erarbeitet.

Neuere theoretische Gesundheitsmodelle, wie das bereits dargestellte SAR-Modell (Becker 2006), beziehen hingegen konsequent auch gesundheitliche Ressourcen ein und unterstreichen darüber hinaus die Bedeutsamkeit der Umweltbedingungen (Verhältnis), indem diese ressourcenbezogen berücksichtigt werden. Gesundheitsbezogene Ableitungen zur Verhältnisprävention werden auf diese Weise durch das Modell ermöglicht.

#### **1.3.4 Gesundheitsforschung mittels Ressourcenanalyse**

Die Orientierung an der Messung gesundheitlicher Ressourcen ist in den zuvor aufgeführten Forschungsparadigmen grundsätzlich gegeben – so ist beispielsweise im Kontext des verhaltensanalytisch geprägten Paradigmas die Messung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen oder Selbstregulationsfähigkeiten (Abele und Candova 2007) ebenso inbegriffen wie die Analyse gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Dennoch sei im Folgenden die salutogenetische Perspektive nochmals gesondert aufgeführt, da sich Forschungsarbeiten zur Gesundheit von Lehrkräften noch häufig über eine negativkonnotierte Beanspruchungsperspektive auszeichnen. So berichten bspw. Lehr (2011) und Bauer (2009), dass bei mindestens 20% der Lehrkräfte belastungsinduzierte Gesundheitsgefährdungen vorliegen. Wenngleich diese Einschätzung durch neue Erhebungen auch für repräsentative Stichproben wohl nach unten korrigiert werden können – Richter und Pant (2016) berichten für ihre Stichprobe „nur“ von 6% Lehrkräften mit hohen emotionalen Erschöpfungswerten – ergibt sich aus dieser Perspektive eine einseitige, negativ ausgerichtete Befundlage.

Zahlreiche Befunde zu potenziellen negativen Beanspruchungsprädiktoren haben die Gesundheitssituation von Lehrkräften bislang nicht zufriedenstellend aufklären können (Döring-Seipel und Dauber 2010). Angeregt durch die empirischen und theoretischen Arbeiten zur Gesundheitsentstehung von Antonovsky (1997) etablieren sich Untersuchungen, in denen Aussagen zu Gesundheitsressourcen erhoben werden. Zu nennen sei hier beispielsweise



Süßlin (2012), der berichtet, dass 70% der Lehrkräfte seiner Stichprobe trotz Arbeitsbelastungen angaben, dass ihnen der Beruf vor allem Freude bereitet. Auch die bereits aufgeführte Studie von Richter und Pant (2016) kann eine hohe Berufszufriedenheit sowie hohen Enthusiasmus für das Unterrichten zeigen. Schult, Münzer-Schrobidgen und Sparfeldt (2014) berichten, dass Lehrkräfte sich innerhalb eines Berufsgruppenvergleichs mit Erzieherinnen und Erziehern, Verwaltungsbeamten, Krankenpflegenden, Ingenieurinnen und Ingenieuren sowie Ärztinnen und Ärzten durch die höchste Arbeitszufriedenheit auszeichnen. Sie konstatieren, dass die hohe Arbeitszufriedenheit gegen eine Gratifikationskrise im Lehrerberuf spricht (Schult et al. 2014).

Dabei fällt auf, dass sich die Gesundheitsfaktoren wiederum überwiegend auf personenbezogene Merkmale beziehen (z.B. Zufriedenheit) – wenngleich die Erfassung und Bedeutsamkeit derer zur Konzeption von Präventionsmaßnahmen nicht geschmälert werden soll (Rothland und Klusmann 2016).

Der COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) (Nübling, Stössel und Michaelis 2010) und der lehrkräftespezifische Fragebogen zur Arbeitssituation an Schulen (FASS) (Krause 2004) erfassen hingegen in Teilen ressourcenorientierte Verhältnismerkmale (externe Ressourcen). Der COPSOQ erhebt psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz und kann zur Konzeption von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements genutzt werden (Nübling, Vomstein, Haug, Nübling, Stöbel, Hasselhorn und Krause, 2012). COPSOQ misst neben Arbeitsbelastungen auch Beanspruchungen (Wirkungen) über unterschiedliche Skalen. Hierzu gehören neben Skalen zu ‚Burnout‘ und ‚kognitivem Stress‘ auch solche zur ‚Arbeitszufriedenheit‘, zum ‚Allgemeinen Gesundheitszustand‘ – wobei die Interpretation dessen, was unter Gesundheit verstanden wird, den Probandinnen und Probanden überlassen wird – sowie zur ‚Lebenszufriedenheit‘ (Nübling et al. 2012). Die Skala zur ‚Lebenszufriedenheit‘ zeigt Überschneidungen zur Erfassung der ‚Sinnhaftigkeit‘ in Antonovskys Skala der Lebensorientierung (Antonovsky 1997). Der FASS-Fragebogen beinhaltet 26 Skalen zur Erfassung schulspezifischer Verhältnisaspekte. Hierzu zählen bspw. das ‚mitarbeiterorientierte Führungsverhalten der Schulleitung‘ oder auch die ‚soziale Unterstützung im Kollegium‘ (Krause 2004). Ergebnisse von Schulen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass das ‚Führungsverhalten der Schulleitung‘ sowie das ‚Gemeinschaftsgefühl‘ positiv mit der ‚Arbeits- und Lebenszufriedenheit‘ assoziiert sind. Das ‚Gemeinschaftsgefühl‘ zeigt außerdem einen weiteren positiven Einfluss auf den ‚Allgemeinen Gesundheitszustand‘ sowie einen negativen Zusammenhang mit Burnout (Nübling et al. 2012). ‚Soziale Unterstützung‘ zeigt sich als besonders bedeutsame externe Gesundheitsressource, wie auch andere Studien zeigen (Schaarschmidt und Kieschke 2013).

Bei allem Fortschritt, den die FASS-Skalen und der COPSOQ der ressourcenorientierten Gesundheitsforschung ermöglichen, besteht jedoch die Kritik, dass die Instrumente zwar die

Einschätzung verhältnis- und verhaltensbezogener Merkmale messen und diese auch aufeinander beziehen. Allerdings werden sie teilweise auf einem hohen Abstraktionsniveau erfasst (z.B. ‚Allgemeiner Gesundheitszustand‘). Der Interpretationsspielraum ist sowohl für die Teilnehmenden bei der Erhebung als auch für die Forschenden bei der Analyse der Daten als relativ hoch zu bewerten. Dies hat auch zur Folge, dass Ableitungen aus den Ergebnissen bzw. das Planen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nicht an expliziten Bedarfen anknüpfen können. Um diese Ungenauigkeit zu umgehen, müssten sich Skalen bzw. dahinterliegende Konstrukte auf spezifische Tätigkeiten des Lehrkräfteberufs beziehen.

### **1.3.5 Gesundheitsforschung – ein Ausblick**

Die geschilderten Ansätze zur Gesundheitserfassung zeigen auf, dass sich eine Reihe von Arbeitsbedingungen (Verhältnis) identifizieren lassen, welche mit Beanspruchungspotenzial assoziiert sind. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Belastungen, die den Beanspruchungen vorausgehen, bei allen Lehrkräften gleichermaßen wirken. Es hängt vielmehr davon ab, welche Ressourcen einer Lehrkraft zur Verfügung stehen, den Belastungen zu begegnen (Transaktion). Wenngleich umfangreiche Befunde zu potenziellen Beanspruchungsfaktoren vorliegen, so lässt sich nach Döring-Seipel und Dauber (2013) die Gesundheitssituation von Lehrkräften dennoch nicht zufriedenstellend aufklären. Auch Rothland (2013) konstatiert, dass die Vielzahl an Veröffentlichungen zu den Themen Stress und Burnout darauf hindeutet, dass Forschungsarbeiten noch zu keinem zufriedenstellenden Erkenntnisstand geführt haben. Döring-Seipel und Dauber (2013) schlussfolgern hieraus die Notwendigkeit eines Perspektivwechsels von krankheitsfördernden Bedingungen hin zu gesundheitserhaltenden Ressourcen (Salutogenese). Die Erforschung von Gesundheitsindikatoren zeigt sich somit als bedeutsame Aufgabe für die Wissenschaft, da auf diese Weise Strategien zur Gesundheitsförderung abgeleitet werden können (Döring-Seipel und Dauber 2010).

Über diese salutogenetische Perspektive hinaus sei in Bezug auf die weitere Erforschung von Verhältnis- und auch Verhaltensaspekten angemerkt, dass diese Aspekte zur Reduktion des Interpretationsspielraums an konkrete Tätigkeiten des Lehrkräfteberufs gebunden werden sollten. Die Erfassung der Wahrnehmung der allgemeinen ‚sozialen Unterstützung‘ im Kollegium und des ‚Allgemeinen Gesundheitszustands‘ (Nübling et al. 2012) ermöglichen ‚globale‘ Aussagen z.B. zum Einfluss der Unterstützung auf das Gesundheitserleben. Es lassen sich jedoch keine Aussagen zu spezifischen beruflichen Anforderungen (Tätigkeiten) treffen, bei denen die soziale Unterstützung eher höher oder geringer ausfällt, oder bei welchen Anforderungen die verfügbaren Gesundheitsressourcen zur Bewältigung positiv oder negativ eingeschätzt werden. Dieser Unschärfe kann mit der Bewertung konkreter Tätigkeiten anhand von Gesundheitsressourcen begegnet werden.

Eine Spezifizierung bei der Untersuchung gesundheitlicher Ressourcen im Lehrkräfteberuf könnte im Sinne der bestehenden Kritik an Forschungsarbeiten vielversprechende Ergebnisse mit sich bringen. Im Anschluss daran wurde ein Instrument entwickelt (Paulus, Horstmann, Baydar und Dadaczynski 2017), das die Gesundheit von Lehrkräften durch die Bewertung konkreter Tätigkeiten anhand von Gesundheitsressourcen untersucht. Die vorliegende Arbeit basiert auf Daten, die mit diesem Instrument erhoben wurden.

#### **1.4 Gesundheitserfassung der vorliegenden Untersuchung**

Unter Berücksichtigung der zuvor aufgeführten Kritik an bestehenden Methoden der Gesundheitsanalyse wurde ein Instrument zur Erfassung eines sozialökologischen Gesundheitskonstrukts entwickelt. In Anlehnung an die Definition von Hurrelmann und Richter (2013) lassen sich personale, soziale sowie ökologische Gesundheitsfaktoren unterscheiden. Da es jedoch keine gültige Zusammenfassung von gesundheitlichen Faktoren gibt (Nübling et al. 2012), mussten theoretisch sinnvolle und zugleich ökonomische Entscheidungen im Hinblick auf die Erfassung der Gesundheitswahrnehmung getroffen werden. Zur Berücksichtigung eines ökologischen Bezugs wurden, in Anlehnung an Eckert, Ebert und Sieland (2013) die unter ökologischen Faktoren auch behördliche Vorgaben aufführen, gültige Rechts- und Verwaltungsvorschriften für Lehrkräfte aus Niedersachsen operationalisiert. Diese Operationalisierungen gewährleisten, dass konkrete Berufstätigkeiten erfragt werden, welche sich unterschiedlichen Bereichen des Lehrkräfteberufs zuordnen lassen. Mit der Einführung inklusiver Schulen in den Ländern (NSchG §4) zur Umsetzung der UN-BRK werden rechtliche Verordnungen geschaffen, welche die Rahmenbedingungen von Schulen verändern. Für die erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen, die aus der gemeinsamen Beschulung von Lernenden mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf resultieren, lassen sich insbesondere drei Tätigkeiten als inklusionsspezifisch identifizieren. Diese bilden die neuen beruflichen Tätigkeiten von Lehrkräften im Kontext Inklusion ab (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Individuelle Förderung‘), wie sie eingangs bereits beschrieben wurden. Beispielfhaft sei hier die „Verordnung zur Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung“ (Nds. Kultusministerium 2013) genannt, auf Grundlage derer die Tätigkeit ‚Diagnostik‘ operationalisiert wurde („Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit...“). Es wurden zudem die ‚Kooperation‘ („Die Zusammenarbeit der „Regelschullehrkräfte“ und der Förderschullehrkräfte für die Planung und Durchführung eines gemeinsamen Unterrichts ist eine Tätigkeit...“) sowie die individuelle ‚Förderung‘ von Schülerinnen und Schülern („Die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern mit unterschiedlichem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Unterricht ist eine Tätigkeit...“) operationalisiert. Diese inklusionsspezifischen Tätigkeitsbeschreibungen werden

anhand einer personalen bzw. psychischen sowie einer sozialen Gesundheitsdimension auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet. Die Berücksichtigung verschiedener Gesundheitsdimensionen gewährleistet die Abbildung der Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts.

Zur Erfassung der personalen Dimension – die in der vorliegenden Arbeit auf psychische Faktoren konzentriert ist – wurden die aufgeführten theoretischen Implikationen zum Kohärenzgefühl als Kernelement der Salutogenese (Antonovsky 1997) berücksichtigt und zu drei Items operationalisiert: die ‚Verstehbarkeit‘ („...bei der ich nachvollziehen kann, was entsprechend der rechtlichen Vorgaben von mir erwartet wird“), die ‚Sinnhaftigkeit‘ („...die für meine pädagogische Arbeit nützlich ist“) und die ‚Bewältigbarkeit‘ („...die ich gut bewältigen kann“). Dabei lassen sich die Dimensionen ‚Verstehbarkeit‘ und ‚Sinnhaftigkeit‘ innerhalb des Kohärenzgefühls als eher kognitiv konnotiert und die Dimension der ‚Bewältigbarkeit‘ als eher handlungsorientiert einordnen (Franke 2006).

Die soziale Dimension wurde ebenfalls in direktem Bezug zu den jeweiligen Tätigkeitsbeschreibungen bewertet. Da sich die soziale Unterstützung in unterschiedlichen Untersuchungen als wichtige Gesundheitsressource zeigt (z.B. Schaarschmidt und Kieschke 2013), wurde die soziale Gesundheitsdimension wie folgt operationalisiert: „...für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte“.

Tabelle 1  
*Fragebogenbeispiel zur gesundheitsbezogenen Beurteilung der Tätigkeit ‚Diagnostik‘*

Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit, ...					
Antwortdimensionen	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	keine Angabe
die in meinem Arbeitsalltag oft vorkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der ich nachvollziehen kann, was von mir erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die für meine päda. Arbeit nützlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die ich gut bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit dieser Konzeption zeigt sich auch die Berücksichtigung der theoretischen Annahmen zur Gesundheitsentstehung im Sinne des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells (Becker 2006), welches voranstehend (Kapitel 1.2.2) beschrieben wurde: Umweltbedingungen werden unter besonderer Berücksichtigung von Ressourcen durch die Person eingeschätzt.

Darüber hinaus wird die Bedeutsamkeit der systemischen Betrachtungsweise mit der vorliegenden Konzeption aufgegriffen. Mit dem Einbezug gültiger Rechts- und Verwaltungsvorschriften aus Niedersachsen, die die beruflichen Aufgaben von Lehrkräften rahmen, werden diverse unterschiedliche Systeme (das Ministerium, die Einzelschule, die Lehrperson) einbezogen. Die Beeinflussung und auch Interaktion von bildungspolitischen Vorgaben, sowie Bedingungen der Einzelschule und der handelnden Person werden unter dieser Perspektive deutlich.

Die Konzeption nimmt zusammenfassend neben der salutogenetischen Gesundheitsperspektive auch die verhältnisbezogene Auffassung von Gesundheit in den Blick. Das beschriebene Verfahren erweitert damit die bislang im Bereich der schulbezogenen Gesundheitsforschung etablierten Skalen zur Gesundheitswahrnehmung in Bezug auf die Bewertung spezifischer Tätigkeiten anhand verschiedener Gesundheitsdimensionen.

## **1.5 Zusammenfassende Überlegungen**

Im Kontext der Einführung inklusiver Schulen lassen sich spezifische Anforderungen an Lehrkräfte identifizieren. Hierzu zählen neben der Kooperation von Förder- und Regelschullehrkräften, die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern bzw. der Adaption des unterrichtlichen Angebots sowie die Durchführung diagnostischer Verfahren zur Feststellung sonderpädagogischer Förderbedarfe. Diese Anforderungen finden sich als Tätigkeitsintentionen in bildungspolitischen Verordnungen wieder. Aufgrund der Anforderungen und Neuerungen bei der Berufsausübung wird die Umsetzung der Inklusionsreform mit negativen Gesundheitsbeanspruchungen assoziiert (Bosse et al. 2015). Gleichzeitig ist bekannt, dass die Gesundheit von Lehrkräften ein wichtiges Maß für die Qualität schulischen Lernens darstellt (z.B. Klusmann et al. 2006). Das Gesundheitserleben von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion rückt vor diesem Hintergrund in den Mittelpunkt des Interesses der vorliegenden Arbeit. Unter Berücksichtigung einiger Kritikpunkte der Gesundheitsforschung wurde ein Instrument entwickelt (Paulus et al. 2017), welches aus salutogenetischer Perspektive das Gesundheitserleben je inklusionsspezifischer Tätigkeit erfasst und dabei psychische und soziale Dimensionen einbezieht. Hierbei wurden sowohl die Dimensionen des Kohärenzgefühls als auch die soziale Unterstützung als bedeutsame Gesundheitsindikatoren operationalisiert. Ziel der vorliegenden Arbeit ist vor diesem Hintergrund die Prüfung des Instruments zur Gesundheitsanalyse sowie die Untersuchung eines inklusionsspezifischen Gesundheitserlebens.

Der vorliegenden Forschungsarbeit liegt die übergeordnete Forschungsfrage zugrunde: Wie bewerten Lehrkräfte inklusionsspezifische Tätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen? Auf methodischer Ebene sei hierfür zunächst danach gefragt, ob sich die theoretischen Annahmen zum Gesundheitskonstrukt in den empirischen Daten abbilden. Auf inhaltlicher

Ebene soll insbesondere die unterschiedliche Erfahrung von Lehrkräften bei der Bewertung der Gesundheitsdimensionen in Bezug auf die inklusionsspezifischen Tätigkeiten berücksichtigt werden. Da berufstätige (Regelschul-) Lehrkräfte während ihrer Ausbildungszeit wohl kaum Anlässe hatten, inklusionsbezogene Expertise aufzubauen – wie z.B. aus der Einstellungsforschung bekannt ist (Kullmann et al. 2014) – könnten Kontakthäufigkeiten bzw. die Erfahrung von Lehrkräften mit inklusionsspezifischen Anforderungen bei der Aufklärung des Gesundheitsempfindens von Bedeutung sein. Darüber hinaus soll im Sinne einer transaktionalen Forschung der Einfluss verhältnis- und verhaltensbezogener Faktoren auf das inklusionsbezogene Gesundheitserleben geprüft werden, um hieraus Ableitungen zur Gesundheitsförderung von Lehrkräften treffen zu können.

### **1.5.1 Forschungsfragen**

Folgende Fragestellungen sollen im Kontext der vorliegenden Arbeit untersucht werden:

#### Übergeordnete Fragestellung

- Wie bewerten Lehrkräfte inklusionsspezifische Tätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen?

#### Methodische Fragestellungen

- Bildet sich das angenommene theoretische Konstrukt von Gesundheit in den empirischen Daten ab?
- Sind die Daten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Inklusionserfahrung messinvariant?

#### Inhaltliche Fragestellungen

- Zeigen sich Unterschiede im Erleben verschiedener Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften in Abhängigkeit der Erfahrung im Kontext inklusiver Bildung?
- Welchen Einfluss haben arbeitsbedingte Be- und Entlastungsfaktoren des Lehrkräfteberufs auf das Erleben verschiedener Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildung?

## 1.6 Die Teilstudien im Überblick

Aus den theoretischen Vorüberlegungen und aufgeführten Desideraten wurden Forschungsfragen entwickelt, die im Rahmen von drei Teilstudien bearbeitet und als solche in relevanten Publikationsorganen veröffentlicht wurden bzw. eingereicht sind. Datengrundlage der Artikel bildet die Studie ‚Mehr Zeit für gute Schule‘ (Paulus et al. 2017) aus dem Jahr 2016. Ziel der Querschnittsstudie ist die Erlangung aussagekräftiger Informationen über den Einfluss bildungspolitischer Reformen, wie bspw. die Einführung inklusiver Schulen sowie deren Umsetzung durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften (intendierte Berufstätigkeiten). Hierzu wurde eine onlinebasierte, niedersachsenweite Befragung mit schulischem Personal (Schulleitungen, Lehrkräfte, pädagogisch Mitarbeitende) durchgeführt. Für die vorliegenden Analysen wurden ausschließlich die Lehrkräfte der Stichprobe betrachtet. Teilnehmende beurteilten inklusionsspezifische Tätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen, die in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitsverständnis über das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997) sowie die soziale Unterstützung als wichtige Gesundheitsprädiktoren operationalisiert wurden.

Die erste Teilstudie „Ressourcen und Anforderungen im Umgang mit schulischer Inklusion – Interne und externe Einflussfaktoren auf das wahrgenommene Gesundheitserleben von Lehrkräften“ fokussiert die Wahrnehmung verschiedener Gesundheitsdimensionen von  $N=8167$  Lehrkräften aller Schulformen. Methodisch wird zunächst konfirmatorisch die Faktorstruktur des Modells geprüft. Im Ergebnis steht die Modellierung zweier psychischer Gesundheitsfaktoren (‚Kognitive Kohärenz‘, ‚Bewältigbarkeit‘) und einem sozialen Gesundheitsfaktor (‚Unterstützung‘). Inhaltsbezogen bearbeitet der Artikel die Frage, welchen Einfluss arbeitsbedingte Be- und Entlastungsfaktoren des Lehrkräfteberufs auf das Gesundheitserleben von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildung haben. Dabei wird das systemische Anforderung-Ressourcen-Modell (Becker 2006) zur Gesundheitsentstehung und -erhaltung zur theoretischen Rahmung herangezogen. Regressionsanalytisch wurden der Einfluss schulischer Umweltmerkmale (z.B. Arbeitsumfang, Führungsverhalten der Schulleitung, Handlungsspielraum bei der pädagogischen Arbeit) sowie psychophysischer Merkmale der Lehrkräfte (Selbstwirksamkeit, Irritation) untersucht. Die Erfassung arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren erfolgte mittels etablierter Instrumente. Kontrolliert werden personen- und erfahrungsbezogene Merkmale (Alter, Geschlecht, Berufsjahre, Häufigkeit der Tätigkeitsausführung). Die Ergebnisse zeigen erwartungskonform einflussstarke personenbezogene Faktoren (Selbstwirksamkeit) bei der Varianzaufklärung der psychischen Gesundheitsfaktoren. Bedeutsamen Einfluss auf den sozialen Gesundheitsfaktor haben umweltbezogene Ressourcen (Führungsverhalten der Schulleitung). In allen Analysen hat die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung im Vergleich zu den anderen Prädiktoren einen

hohen Einfluss. Ableitungen für die pädagogische Praxis werden insbesondere für die Konzeption von Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen getroffen.

„Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten – Gesundheitserleben unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrung“ ist der Titel der zweiten Teilstudie. Die Faktorstruktur des theoretisch angenommenen Gesundheitskonstrukts und das Vorliegen von Messinvarianz als statistische Voraussetzung zur Durchführung von Gruppenvergleichen werden empirisch geprüft. Lehrkräfte werden in die Gruppen ‚viel Erfahrung‘ ( $n_{\text{viel Erfahrung}}=3360$ ) und ‚wenig Erfahrung‘ ( $n_{\text{wenig Erfahrung}}=2864$ ) eingeteilt. Die Messäquivalenzprüfung belegt, dass die eingesetzten Items über die Gruppen hinweg skalar messinvariant sind. Auf Mittelwerte bezogene Gruppenanalysen sind damit statistisch betrachtet zulässig. Auf inhaltlicher Ebene wird gefragt, wie Lehrkräfte mit viel bzw. wenig inklusiver Tätigkeitserfahrung im schulischen Kontext gesundheitliche Ressourcen einschätzen und ob sich die Einschätzung der Gesundheitsdimensionen in beiden Gruppen voneinander unterscheidet. Die Ergebnisse zeigen, dass Lehrkräfte mit wenig Erfahrung die Gesundheitsdimensionen signifikant schlechter einschätzen als Lehrkräfte mit viel Erfahrung. Die Tätigkeit „Individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarfen“ wird von den Lehrkräften beider Gruppen über alle Faktoren hinweg am negativsten eingeschätzt. Daraus abgeleitet entsteht ein Bedarf an Fort- und Weiterbildungsangeboten, im Rahmen derer Lehrkräfte die Möglichkeit erhalten, sich mit den Inhalten inklusionsspezifischer Aufgaben auseinanderzusetzen. Entsprechend des Publikationsorgans werden die Ergebnisse für die Konzeption von Schulleistungserhebungen diskutiert.

Die dritte Teilstudie trägt den Titel „Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform“. Der Aspekt der Erfahrung wird innerhalb dieser Analyse über die Schulform berücksichtigt, da die Zugehörigkeit zur Schulform die Kontakthäufigkeit mit inklusionsspezifischen Anforderungen bedingt – wie z.B. die Inklusionsrate für Niedersachsen zeigt. Dabei werden, wie in der ursprünglichen Struktur des Fragebogens konzipiert, acht Tätigkeiten in den Analysen berücksichtigt. Die Tätigkeiten sind den drei übergeordneten Kategorien ‚Planung‘, ‚Unterricht‘ und ‚Kooperation‘ zugeordnet. Ebenfalls der ursprünglichen Konzeption entsprechend, wurden die Werte der Gesundheitsfaktoren gemittelt, sodass Aussagen zum Gesundheitserleben über einen Gesamtscore und nicht über die einzelnen Gesundheitsfaktoren berichtet werden. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurde die Stichprobe gewichtet. Die Daten zeigen insgesamt eher ungünstige Werte der Gesundheitswahrnehmung im Kontext inklusiver Bildungstätigkeiten über alle Schulformen hinweg und signifikante Unterschiede zwischen den Schulformen. Die Kategorie ‚Unterricht‘, welche die Tätigkeiten ‚Durchführung



individualisierenden Unterrichts‘ sowie individuelle ‚Förderung‘ umfasst, hat dabei die geringsten Zustimmungswerte. Förderschullehrkräfte berichten im Vergleich das positivste, Gymnasiallehrkräfte das negativste Gesundheitserleben. Die Daten deuten auf die Relevanz schulform- und tätigkeitsspezifischer Angebote von Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen hin und belegen für eine positivere Gesundheitswahrnehmung die Bedeutsamkeit der Erfahrung bei der Ausführung von Tätigkeiten im Kontext inklusiver Bildung.

## **1.7 Ergebnisse und Diskussion**

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit aufgeführt und diskutiert. Dabei werden Ausblicke für künftige Forschungsprojekte sowie Limitationen der Arbeit, welche über die in den Teilstudien bereits aufgeführten Einschränkungen hinausgehen, nicht abschließend separat, sondern jeweils direkt mit aufgeführt. Implikationen für die Forschung (Kapitel 1.7.1) sowie für die Praxis (Kapitel 1.7.2) beschließen den Ergebnis- und Diskussionsteil.

Ziel dieser Arbeit war die Analyse der Gesundheitswahrnehmung von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion. Die Arbeit berücksichtigt damit ein bestehendes Desiderat an Forschung, das sich auf die Analyse von Gesundheitsfragen im Rahmen bildungspolitischer Veränderungen (Krause et al. 2013) und hier im Besonderen zur Gesundheitswahrnehmung von Lehrkräften im Kontext Inklusion bezieht (Hedderich 2016). Die Inklusionsreform stellt vielfältige, spezifische Anforderungen (Kooperations- und Diagnostiktätigkeiten sowie individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern) an Lehrkräfte und wird mit gesundheitlichen Negativ-Beanspruchungen in Verbindung gebracht (Erbring 2012). Diese können unter anderem aus fehlender Expertise der Lehrkräfte resultieren, da inklusionsbezogene Anforderungen nur allmählich in den Aus- und Weiterbildungsinstitutionen der Lehrkräftebildung berücksichtigt werden (Gebhard et al. 2014) und fehlende Arbeitsroutinen deren Bewältigung erschweren (Kunz Heim et al. 2014). Erste Ergebnisse zur Lehrkräftegesundheit in Deutschland zeigen einen Anstieg des selbstberichteten Belastungserlebens von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion (Bosse et al. 2015). Die Befundlage insgesamt ist jedoch als unzureichend zu bezeichnen (Hedderich 2016).

Gesundheitserhebungen sind grundsätzlich von der Schwierigkeit betroffen, dass es keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit gibt und die empirische Abbildung durch die Mehrdimensionalität des Konstrukts erschwert ist (Wesselborg 2015). Die Entwicklung der (Lehrkräfte-) Gesundheitsforschung zusammenfassend, sollte bei künftigen Erhebungen auf transaktionale Gesundheitskonzeptionen (z.B. Becker 2006) sowie auf die explizite Analyse gesundheitlicher Ressourcen geachtet werden (Döring-Seipel und Dauber 2010): die Untersuchung negativer Beanspruchungsfolgen (Stress) konnte die Gesundheitssituation von

Lehrkräften bislang nicht zufriedenstellend aufklären (Rothland 2013; Döring-Seipel und Dauber 2010).

Für die vorliegende Arbeit wurde mit einem Instrument gearbeitet, welches die zuvor aufgeführten Kriterien künftiger Forschungsarbeiten zur Lehrkräftegesundheit aufgreift. Der Fragebogen sieht die Einschätzung gesundheitlicher Dimensionen von Personen – in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitskonzept (Hurrelmann und Richter 2013) – bezogen auf inklusionsspezifische Arbeitstätigkeiten vor. Diese Tätigkeiten beziehen sich auf ‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘ sowie individuelle ‚Förderung‘ und finden sich in gesetzlichen Verordnungen wieder (Niedersächsisches Kultusministerium 2013).

Die sich aus den skizzierten Desideraten ergeben Forschungsfragen (Kapitel 1.5.1), sollen nachstehend getrennt voneinander beantwortet werden. Die methodischen Fragen sind dabei den inhaltlichen Fragen vorangestellt.

*Bildet sich das angenommene theoretische Konstrukt von Gesundheit in den empirischen Daten ab?* Die Konzeption des Instruments baut auf der Erhebung identifizierter Gesundheitsressourcen auf (Kohärenzgefühl, soziale Unterstützung) und begegnet damit dem formulierten Bedarf einer ressourcenorientierten Gesundheitsanalyse. Auf diese Weise werden im Sinne salutogenetisch geprägter Forschung Aussagen zu gesundheitlichen Ressourcen ermöglicht – in Abkehr von Instrumenten, welche Gesundheitsaussagen über die An- bzw. Abwesenheit von Krankheiten (z.B. Burnout) treffen. Das Instrument wurde im Rahmen der Arbeit umfassend empirisch geprüft. Im Ergebnis steht, dass sich das theoretisch angenommene, sozialökologische Gesundheitskonstrukt mit insgesamt drei Faktoren (Franke 2006) in den empirischen Daten abbildet (‚Kognitive Kohärenz‘, ‚Bewältigbarkeit‘, ‚Unterstützung‘) und damit psychische und soziale Gesundheitsdimensionen erfasst. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse zeigt zufriedenstellende Fitstatistiken (Hu und Bentler 1999).

Der Rückgriff auf die Dimensionen des Kohärenzgefühls (psychische Gesundheitsdimensionen) sowie die soziale Unterstützung (soziale Gesundheitsdimension) sollen nicht als unveränderliches Konstrukt begriffen werden. Vielmehr gilt es nun, die eingesetzten und empirisch überprüften Gesundheitsfaktoren in nachfolgenden Studien anzureichern. Beispielsweise sollte für ein holistisches Gesundheitskonstrukt noch ein Item zur physischen Gesundheitswahrnehmung je Tätigkeitsbeschreibung operationalisiert werden, ebenso wie für einen kulturellen Faktor.

Der empirische Zugang über die Einschätzung der Gesundheitsfaktoren bezogen auf einzelne Tätigkeiten ermöglicht verhältnisorientierte Ableitungen zur Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Auf diese Weise werden nicht etwa schulische Bereiche (Nübling et al. 2012), sondern ganz konkrete, einzelne Tätigkeiten analysiert. Der Rückgriff auf Rechts- und Verwaltungsvorschriften erscheint bei der Operationalisierung beruflicher

Tätigkeiten innovativ (Paulus et al. 2017). Inklusionsbezogenen Untersuchungen wird durch den Rückgriff auf Vorschriften die Möglichkeit gegeben, inklusiven Unterricht durch bildungspolitische Vorgaben empirisch zu erfassen. Die Konzeption begegnet zudem der bestehenden Kritik an mangelnden Verhältnisbezügen (Rothland 2007) innerhalb der Gesundheitsforschung. Es sei in diesem Kontext jedoch auch angemerkt, dass mit der Erfassung der inklusionsspezifischen Tätigkeiten im Rahmen dieser Arbeit keine vollständige Abbildung der beruflichen Anforderungen einhergeht. Künftige Arbeiten könnten weitere Tätigkeiten, wie etwa Herausforderungen in der zieldifferenten Beschulung, in die Analyse aufnehmen. In einem ‚weiten Inklusionsverständnis‘ wären darüber hinaus z.B. auch die Diagnostik und Förderung von hochbegabten Lernenden relevant.

*Sind die Daten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Inklusionserfahrung messinvariant?*

Als wichtige Voraussetzungsprüfung zur Durchführung von Gruppenvergleichen (Schwab und Helm 2015) wurden die empirischen Daten auf das Vorliegen von Messinvarianz getestet. Die Bedeutsamkeit der Messinvarianz in inklusiven Schulsettings wurde bereits bei der Leistungsmessung von Schülerinnen und Schülern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf gezeigt (Schwab und Helm 2015). Im Ergebnis steht, dass die Daten für die Lehrkräftegruppen mit unterschiedlichen Häufigkeitsangaben (Erfahrungswerten) bei der Durchführung inklusionsspezifischer Tätigkeiten skalar messinvariant sind. Gruppenvergleiche können somit, statistisch betrachtet, durchgeführt werden. Damit liegt mit dem verwendeten Fragebogen ein Instrument vor, welches zur Erhebung von Gesundheitsfaktoren in Bezug auf konkrete Arbeitstätigkeiten geeignet ist und sich für Personengruppen mit unterschiedlicher Inklusionserfahrung gleichermaßen einsetzen lässt.

*Wie bewerten Lehrkräfte inklusionsspezifische Tätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen?*

Diese inhaltliche Fragestellung wird in allen drei Teilstudien mit der jeweils ausgewählten Lehrkräftepopulation aufgegriffen. Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsfaktoren ‚Bewältigbarkeit‘ und ‚Unterstützung‘ über die Tätigkeiten hinweg in allen Analysen unterhalb des statistischen Mittels eingeschätzt werden und sich daraus eher ungünstige Interpretationen in Bezug auf die Wirkung der Gesundheitsressourcen ergeben. Insbesondere die individuelle ‚Förderung‘ von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf erweist sich als Tätigkeit, die im Vergleich mit der ‚Kooperation‘ und ‚Diagnostik‘ die geringsten Zustimmungswerte zeigt. Die individuelle ‚Förderung‘ sollte damit als spezifische Tätigkeit im Kontext der Gesundheitsförderung von Lehrkräften besonders berücksichtigt werden. Der Faktor ‚Bewältigbarkeit‘ weist über alle Tätigkeiten hinweg den negativsten, der Faktor ‚Kognitive Kohärenz‘ (‚Sinnhaftigkeit‘, ‚Verstehbarkeit‘) den positivsten Wert auf. An diesem Ergebnis sei auch nochmals die Bedeutsamkeit der unterschiedlichen Dimensionen des Kohärenzgefühls betont

(Antonovsky 1997). Erst durch die Berücksichtigung aller Dimensionen lässt sich die Gesundheitswahrnehmung und damit Position auf dem Gesundheitskontinuum spezifischer bestimmen. Der Rückgriff auf einzelne Dimensionen in der Auswertung, wie bspw. die ‚Bewältigbarkeit‘, würde die theoretischen Annahmen verkürzen.

In diesem Zusammenhang soll auch auf die Schwierigkeit der Interpretation der Daten hingewiesen werden. Im Bereich der Messung psychosozialer Faktoren sind verbindliche Grenzwerte oder Cut-Offs nicht existent (Nübling et al. 2012) und eine standardisierte Einordnung der Ergebnisse nicht möglich. So bleibt zur Interpretation nur die Möglichkeit, wie vorgenommen, die Werte in der Beziehung zueinander zu beurteilen.

Daran anschließend ist auch die Inklusionsspezifität der Tätigkeiten für nachfolgende Untersuchungen zu diskutieren. Für die vorliegende Arbeit konnten inklusionsbezogene Tätigkeiten herausgearbeitet, operationalisiert und analysiert werden. Vergleiche mit nicht-inklusionsspezifischen Tätigkeiten könnten jedoch, wie bereits im Ausblick von Teilstudie 1 aufgeführt, weitere Informationen zur möglichen Inklusionsspezifität bei der Gesundheitswahrnehmung liefern.

*Zeigen sich Unterschiede im Erleben verschiedener Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften in Abhängigkeit der Erfahrung im Kontext inklusiver Bildung?* Diese Frage wurde sowohl in Bezug auf die selbsteingeschätzte Häufigkeit der Tätigkeitsausführung (Erfahrung) als auch auf die Schulformzugehörigkeit analysiert. Die Ergebnisse des Gruppenvergleichs zwischen Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung (Teilstudie 2) zeigen, dass sich die Einschätzung der Gesundheitsfaktoren signifikant zugunsten der Lehrkräfte mit viel Erfahrung unterscheidet. Die Effekte sind bei der individuellen ‚Förderung‘ geringer als bei der ‚Kooperation‘ und ‚Diagnostik‘ – was die Ergebnisse der zuvor aufgeführten, geringen Einschätzung der Gesundheitsfaktoren im Rahmen der individuellen ‚Förderung‘ unterstreicht. In Bezug auf die Erfahrung zeigen die Daten aus Teilstudie 3 die gleiche Tendenz: Über alle Tätigkeitskategorien hinweg zeigt sich bei Lehrkräften der Förderschule das positivste Gesundheitserleben, bei gleichzeitig höchstem Häufigkeitsvorkommen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den explorativen Ergebnissen der Untersuchung von Hedderich (2016). Sie schlussfolgert, dass das Beanspruchungserleben der befragten Förderschullehrkräfte im Kontext der Inklusionsreform nicht angestiegen ist. Demgegenüber berichten Gymnasiallehrkräfte in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen das geringste Gesundheitserleben, bei gleichzeitig niedrigster Ausprägung der Häufigkeitsangabe.

Ein Aspekt in Bezug auf die Erfassung der Häufigkeitsangabe soll hier kritisch angemerkt sein. Die vorgenommene Übersetzung der Häufigkeit der Tätigkeitsausführungen in Erfahrungen bzw. die Einordnung dieser Werte in Annahmen der Expertiseforschung sind nicht spannungsfrei. So bezieht die Angabe zur Häufigkeit keine Qualitätsaspekte mit ein, was den Bezug zum Konstrukt der Expertise – ungeachtet der unterschiedlichen Paradigmen

(Krauss und Bruckmeier 2014) – erschwert. Wissens- oder Kompetenzfacetten wurden in der vorliegenden Erhebung nicht berücksichtigt, sodass hier eine tiefergehende theoretische Einbettung nicht möglich ist. Gleichwohl ergeben sich aus dem Zugang über die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung für künftige Untersuchungen wichtige Hinweise zur Aufklärung der Gesundheitsgenese. Gesundheitsbezogene Expertiseforschung bezieht sich oftmals auf Expertinnen bzw. Experten und Novizinnen bzw. Novizen gemessen an der Berufserfahrung bzw. dem Status im Beruf (z.B. Braun 2017). Erfasste Jahre im Beruf haben in der vorliegenden Arbeit (Teilstudie 1) jedoch weniger Einfluss auf das inklusionsbezogene Gesundheitserleben als die Kontakthäufigkeit mit den erfragten Tätigkeiten. In diesem Ergebnis wird der Hinweis für den verbesserten Ertrag von Forschungsergebnissen im Rahmen der Lehrkräftegesundheitsforschung durch eine stärkere Differenzierung bei Erfahrungswerten gesehen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse beider Analysen (Teilstudie 1 und 2) Unterschiede bei der Einschätzung gesundheitsbezogener Ressourcen unter Berücksichtigung der Erfahrung. Einschränkend sei jedoch bedacht, dass die vorliegenden Daten einem querschnittlichen Design entstammen (Paulus et al. 2017) und die Daten eine Momentaufnahme darstellen. Mögliche Veränderungen dieser Werte über einen zeitlichen Verlauf (Längsschnitterhebung) würden eine wertvolle Ergänzung zur Beantwortung der Fragestellung liefern.

*Welchen Einfluss haben arbeitsbedingte Be- und Entlastungsfaktoren des Lehrkräfteberufs auf das Erleben verschiedener Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildung?* Die Regressionsanalyse auf Grundlage des SAR-Modells von Becker (2006) zeigt, dass personenbezogene Merkmale bereits den Großteil an Varianz der psychischen Gesundheitsfaktoren ‚Kognitive Kohärenz‘ und ‚Bewältigbarkeit‘ aufklären. Auch Selbstwirksamkeitserwartungen als psychisches Merkmal haben hier erwartungsgemäß einen hohen Einfluss (Abele und Candova 2007). Damit werden Forschungsarbeiten bestätigt, die, auch im Sinne kompetenzorientierter Forschung, die Wichtigkeit personenbezogener Merkmale in der Gesundheitsforschung hervorheben (Rothland und Klusmann 2016). Für den sozialen Gesundheitsfaktor ‚Unterstützung‘ erweist sich das ‚Führungsverhalten der Schulleitung‘ (Krause 2004) als bedeutsam. Gemeinsam mit der Häufigkeit der Tätigkeitsausführung sind es die einflussreichsten Prädiktoren des sozialen Gesundheitsfaktors. An diesen Ergebnissen zeigt sich die Wichtigkeit der mehrdimensionalen Gesundheitserfassung. Untersuchungen anhand einzelner Konstrukte wie bspw. eines allgemeinen Gesundheitswerts (Nübling et al. 2012) erschweren Aussagen zum Einfluss einzelner Gesundheitsprädiktoren. Insbesondere im Kontext des schwer messbaren Konstrukts Gesundheit erscheint daher die umfassende Erhebung verschiedener

Gesundheitsdimensionen als fruchtbar für ein vertieftes theoretisches Verständnis sowie zur Ableitung praxisbezogener Implikationen.

Neben veränderten tätigkeitsbezogenen Anforderungen bedingt die Inklusionsreform auch die Veränderung schulischer Rahmenbedingungen (Gräsel et al. 2017). Dies wird am Beispiel der Kooperation besonders deutlich, welche neben Kompetenzen zur Zusammenarbeit auch zeitlicher sowie räumlicher Ressourcen bedarf. Auf schulischer Ebene sind damit insbesondere Qualitätsbereiche der Führung und Organisation angesprochen. Hier könnten Schulentwicklungsmaßnahmen, z.B. im Sinne der guten gesunden Schule (Paulus 2010), wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung leisten, um den inklusionsbezogenen Anforderungen durch entsprechende verhältnisbezogene Ressourcen zu begegnen. Einen Handlungsbedarf in Bezug auf die Ressourcenausstattung machen auch die Daten von Richter und Pant (2016) deutlich.

Das SAR-Modell (Becker 2006) erweist sich als geeignetes Rahmenmodell für die vorgenommene Analyse zur Gesundheitsentstehung. Die systemische Auslegung des Modells erweist sich insbesondere für den Rückgriff der Verwaltungsvorschriften als fruchtbar: Diese wirken von der bildungspolitischen Ebene in die Einzelschulen und auf die darin tätigen Personen. Der transaktionale Charakter ermöglicht sowohl die Beurteilung der Tätigkeiten durch die Lehrkraft als auch die salutogenetische Analyse möglicher Gesundheitsressourcen. Da im Kontext der inklusionsbezogenen Einstellungsforschung Rahmenbedingungen als zentrale Gelingenskategorie von Lehrkräften benannt werden (Kullmann et al. 2015), war insbesondere auch die Berücksichtigung externer Ressourcen angestrebt – welche in anderen theoretischen Modellen (z.B. Transaktionales Stressmodell von Lazarus 1991) vernachlässigt werden. Zuvor aufgeführte Ergebnisse der Regressionsanalysen (Teilstudie 1) zeigen, dass verhältnisbezogene Merkmale (externe Ressourcen) signifikanten Einfluss auf die Gesundheitswahrnehmung haben und sind damit in ihrer Bedeutsamkeit neben personenbezogenen Merkmalen (Rothland und Klusmann 2016) zu betonen. Zur weiteren Analyse des Einflusses von Verhältnismerkmalen auf die Gesundheitswahrnehmung würde eine Zuordnung zur jeweiligen Einzelschule in Datensätzen künftiger Arbeiten eine Betrachtung von Kontextmerkmalen auf die Variation des Gesundheitserlebens zwischen Kollegien (Klusmann 2008) ermöglichen.

In nachfolgenden Studien könnten weitere Vorteile des SAR-Modells (Becker 2006) genutzt werden. Das Modell berücksichtigt und ermöglicht über subjektive Bewertungen hinaus den Einbezug objektiver Belastungen. Hier sei Lärm als ein Beispiel genannt, dessen Einfluss ab einer bestimmten Frequenz als Beanspruchungsmoment nicht mehr der subjektiven Einschätzung bedarf (Schönwälder et al. 2003). Auch neuere Ansätze der Gesundheitsforschung via Beobachtungsanalysen (Krause 2004) finden in dem Modell einen geeigneten theoretischen Rahmen wie bspw. die Arbeit von Wesselborg (2015) zeigt.

Zusammenfassend betrachtet liefert die vorliegende Arbeit empirische Erkenntnisse zur Gesundheitswahrnehmung in Bezug auf psychische und soziale Gesundheitsfaktoren von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion und greift damit ein aktuelles Forschungsdesiderat auf. Die Diskussion der Ergebnisse weist auf theoretische und forschungsrelevante Implikationen hin. Sie betreffen die Entwicklung empirischer Instrumente sowie die konzeptionelle Ausrichtung künftiger Forschungsvorhaben und werden im Folgenden zusammenfassend aufgeführt. Praktische Implikationen sollen im Anschluss daran den Nutzen dieser Arbeit auch für die pädagogische Praxis des Lehrkräfteberuf verdeutlichen.

### **1.7.1 Implikationen für die Forschung**

Die vorliegende Arbeit trägt dazu bei, die theoretische Abbildung einer salutogenetisch ausgerichteten Gesundheitskonzeption voranzubringen und die Gesundheitswahrnehmung detailliert empirisch zu erfassen. Dafür wurde ein Instrument genutzt (Paulus et al. 2017), welches die Einschätzung umweltbezogener Anforderungen (Tätigkeiten) über verschiedene Gesundheitsdimensionen vorsieht. Mit diesem Vorgehen wird 1) der transaktionalen Gesundheitsentstehung (z.B. Becker 2006) Rechnung getragen, 2) die Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts berücksichtigt, 3) die Messung über Gesundheitsressourcen vorgenommen sowie 4) das Abstraktionsniveau bei der Interpretation der Daten verringert. Da die transaktionale Gesundheitsmessung auch durch andere Instrumente ermöglicht wird (z.B. MBI von Maslach et al. 1986), soll nachstehend auf die Punkte 2 – 4 eingegangen werden.

*Zur Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts.* Aufgrund der Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts ist dessen empirische Abbildung erschwert (Wesselborg 2015). Der Mehrdimensionalität könnte in nachfolgenden Untersuchungen Rechnung getragen werden, indem verschiedene Gesundheitsdimensionen in Bezug auf spezifische Anforderungen (Tätigkeiten) eingeschätzt werden. Wie bereits in der Diskussion aufgeführt, könnte die Operationalisierung weiterer Gesundheitsdimensionen (z.B. Wohlbefinden, physische Gesundheitsdimension) zur Abbildung eines holistischen Gesundheitskonstrukts beitragen. Dieses Vorgehen würde die Erfassung einzelner, allgemein erfasster Gesundheitsindikatoren (z.B. ‚Zufriedenheit‘ und ‚Allgemeiner Gesundheitszustand‘) überwinden.

*Zur Messung von Gesundheitsressourcen.* Kritik an der Gesundheitsforschung besteht u.a. darin, dass die Messung negativer Beanspruchungsfolgen nicht zur zufriedenstellenden Aufklärung der Gesundheitssituation von Lehrkräften beitragen konnte (Döring-Seipel und Dauber 2010). Die Arbeit mit operationalisierten Gesundheitsressourcen kann daher zu neuen Erkenntnissen führen und wurde in der vorliegenden Arbeit umgesetzt (Kohärenzgefühl, soziale Unterstützung). Im Sinne salutogenetischer Gesundheitsforschung sollte folglich verstärkt mit Gesundheitsindikatoren gearbeitet bzw. Gesundheitsaussagen nicht alleinig über die An- oder Abwesenheit von Krankheitsindikatoren getroffen werden.

*Zur Verringerung des Abstraktionsniveaus.* An die Stelle allgemeiner Aussagen zum Gesundheitszustand (z.B. Nübling et al. 2012) könnten künftig nach dem Vorgehen dieser Arbeit explizite Tätigkeiten operationalisiert werden, welche durch verschiedene Gesundheitsdimensionen eingeschätzt werden. Dies ermöglicht vertiefte, dezidierte Einblicke in die gesundheitsbezogene Wahrnehmung von berufsbezogenen Anforderungen. Ableitungen für die pädagogische Praxis, als genuine Aufgabe der Erziehungswissenschaft, können auf diese Weise explizierter formuliert werden.

### **1.7.2 Implikationen für die Praxis**

Unter Einbezug der in den Teilstudien bereits aufgeführten Ableitungen für die pädagogische Praxis, seien nachfolgend noch zwei weitere praktische Implikationen aus den Ergebnissen dieser Arbeit gefolgert.

Hierbei seien zum einen inklusionsbezogene Schulentwicklungsprozesse genannt. Diese betreffen alle Einzelschulen, die sich für die Umsetzung der Inklusionsreform im Hinblick auf veränderte Lerngruppen weiterentwickeln müssen. Die Entwicklungen schließen insbesondere die Organisation veränderter Arbeitsweisen durch notwendige Kooperationen sowie die mögliche räumliche und zeitliche Umgestaltung der Lernsituationen mit ein. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass diese umfassenden neuen Anforderungen mit Bewältigungsschwierigkeiten einhergehen können. Schul(leitung)en kommt die Aufgabe zu, entsprechende Ressourcen (z.B. Gewährleistung von Handlungsspielräumen) zu ermöglichen, mittels derer Lehrkräfte bei der Bewältigung neuer Arbeitsanforderungen bestmöglich unterstützt werden. So kann ein institutioneller Beitrag zur Gesundheitsförderung in Bezug auf inklusionsspezifische Tätigkeiten geleistet werden. Es werden Schulentwicklungskonzepte, wie das Konzept der guten gesunden Schule (Paulus 2010), bedeutsam, welche die Gesundheitsförderung aller schulischen Mitarbeitenden von Anfang an einbeziehen: Die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden wird hier als Motor für Schulentwicklungsprozesse betrachtet, um auf diese Weise die Basis erfolgreicher schulischer Praxis zu ermöglichen. Der Erfolg bezieht sich dabei – im Anschluss an empirische Arbeiten zum Einfluss der Lehrkräftegesundheit auf schulische Qualitätsbereiche (z.B. Klusmann et al. 2006) – auch auf die Bildungsergebnisse der Lernenden (Paulus 2010).

Zum anderen betrifft dies die Ausbildungsinstitutionen der Lehrkräftebildung. Neben den inhaltlichen, tätigkeitsbezogenen Ableitungen, die die vorliegende Arbeit ermöglicht, sei auf deren Verantwortung zur Gesundheitsförderung hingewiesen. In den KMK Standards zur Lehrerbildung (2014) ist festgeschrieben, dass Absolventinnen und Absolventen in praktischen Ausbildungsphasen lernen sollen, mit Belastungen umzugehen. Möglichkeiten zum Aufbau gesundheitsförderlicher Kompetenzen, welche sich nicht allein auf die eigene Person, sondern auch auf die Veränderung von Umweltaspekten beziehen sollten, könnten



sich künftig an konkreten tätigkeitsbezogenen Anforderungen orientieren. In Anbetracht der negativen Zustimmungswerte bei der Tätigkeit der individuellen ‚Förderung‘ kommt den Ausbildungsinstitutionen könnte dies durch die Bereitstellung von Angeboten zur Auseinandersetzung etwa mit den Konzepten der Differenzierung und Individualisierung (Dumont 2018) gewährleistet werden. Auf diese Weise würden inklusionsspezifische Anforderungen unter Berücksichtigung einer gesundheitsförderlichen Perspektive vermittelt werden. Auch situative Lerngelegenheiten können hier einen geeigneten Rahmen schaffen. Diese Ableitung gilt ebenso für die Institutionen der Lehrkräftefort- und -weiterbildung. Je häufiger Lehrkräfte die Möglichkeit bekommen, spezifische Tätigkeiten auszuführen, desto häufiger werden Gesundheitsfaktoren positiv bewertet.

## 1.8 Literatur

- Abele, A. E., & Candova, A. (2007). Prädiktoren des Belastungserlebens im Lehrerberuf: Befunde einer 4-jährigen Längsschnittstudie. *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, 21(2), 107–118.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bauer, J. (2009). Burnout bei schulischen Lehrkräften. *Psychotherapie im Dialog*, 10, 251–255.
- Baumert, J., & Kunter, M. (2011). Das Kompetenzmodell von COACTIV. In M. Kunter, J. Baumert, W. Blum, U. Klusmann, St. Krauss & M. Neubrand (Hrsg.), *Professionelle Kompetenz von Lehrkräften*. Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV (S. 29–53). Münster u.a.: Waxmann.
- Belz, C. (2008). Bewältigungsstrategien von Belastungen, Stressoren und Konflikten. In V. Oesterhelt, J. Hofmann, M. Schimanski, M. Scholz & H. Altenberger (Hrsg.), *Sportpädagogik im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen, wissenschaftlicher Ansprüche und empirischer Befunde* (S. 289–292). Hamburg: Czwalina.
- Blümel, S. (2015). *Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung*. BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, DOI: 10.17623/BZGA:224-i121-1.0.
- Boban, I., & Hinz, A. (2008). Inklusion. Schlagwort oder realistische Perspektive für die Geistigbehindertenpädagogik? *Geistige Behinderung*, 47(3), 204–214.
- Bosse, S., Jäntsche, C., & Spörer, N. (2015). Einschätzungen von Lehrerinnen und Lehrern zum inklusiven Unterricht. In N. Spörer et al. (Hrsg.), *Inklusives Lernen und Lehren im Land Brandenburg* (S. 137–154). Berlin-Brandenburg.
- Braun, A. (2017). *Erleben Lehrkräfte und Referendare berufsbezogene Belastungen anders? Berufs (phasen)spezifische Präventionsansätze zur Gesundheitsförderung*. Julius Klinkhardt.
- Bromme, R. (2008). Lehrerexpertise. In W. Schneider & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Handbuch der Pädagogischen Psychologie* (S. 159–167). Göttingen: Hogrefe.
- Deutschlandfunk Kultur (2017). *Wie eine Lehrerin Inklusion erlebt – „Die Belastungsgrenze ist überschritten“*. Verfügbar unter [https://www.deutschlandfunkkultur.de/wie-eine-lehrerin-inklusion-erlebt-die-belastungsgrenze-ist.1895.de.html?dram:article\\_id=385275](https://www.deutschlandfunkkultur.de/wie-eine-lehrerin-inklusion-erlebt-die-belastungsgrenze-ist.1895.de.html?dram:article_id=385275) [11.11.2018].
- Döring-Seipel, E., & Dauber, H. (2013). *Was Lehrerinnen und Lehrer gesund hält*. Empirische Ergebnisse zur Bedeutung psychosozialer Ressourcen im Lehrerberuf. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Döring-Seipel, E., & Dauber, H. (2010). Was hält Lehrer und Lehrerinnen gesund – die Bedeutung von Ressourcen, subjektiver Bewertung und Verarbeitung von Belastung für die Lehrer und Lehrerinnen. *Schulpädagogik heute*, 1(2), 1–16.
- Dumont, H. (2018). Neuer Schlauch für alten Wein? Eine konzeptuelle Betrachtung von individueller Förderung im Unterricht. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 1–29.
- Eckert, M., Ebert, D., & Sieland, B. (2013). Wie gehen Lehrkräfte mit Belastungen um? Belastungsregulation als Aufgabe und Ziel für Lehrkräfte und Schüler. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 191–211). Wiesbaden: Springer VS.
- Erbring, S. (2012). Mehrbelastung durch Inklusion? Eine neue schulische Herausforderung aus salutogener Sicht. *Lernchancen*, 15(87/88), 75–81.
- Ervasti, J., Kivimäki, M., Ichiro, K., Subramanian, S.V., Pentti, J., Ahola, K., Oksanen, T., Pohjonen, T., Vahtera, J., & Virtanen, M. (2012). Pupils with special educational needs in basic education schools and teachers' sickness absences – a register-linkage study. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 38, 209–217.
- Forlin, C. (2001). Inclusion: identifying potential stressors for regular class teachers. *Educational Research*, 43, 235–245.
- Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive. *BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, DOI: 10.17623/BZGA:224-i104-1.0.
- Franke, A. (2010). *Das Modell der Salutogenese*. Mindbody-Medizin. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K. (2018). *Gesundheit*. DOI: 10.17623/BZGA:224-i023-1.0.
- Frenzel, A. C., Götz, T. & Pekrun, R. (2008). Ursachen und Wirkungen von Lehreremotionen: Ein Modell zur reziproken Beeinflussung von Lehrkräften und Klassenmerkmalen. In M. Gläser-Zikuda & J. Seifried (Hrsg.), *Lehrerexpertise: Analyse und Bedeutung unterrichtlichen Handelns* (S. 187–209). Münster: Waxmann.
- Gebhard, S., Happe, C., Paape, M., Riestenpatt, J., Vögler, A., Wollenweber, K. U., & Castello, A. (2014). Merkmale und Bewertung der Kooperation von Sonderpädagogen und Regelschullehrkräften in inklusiven Unterrichtssettings. *Empirische Sonderpädagogik*, 6(1), 17–32.
- Gräsel, C., Decristan, J., & König, J. (2017). Adaptiver Umgang mit Heterogenität im Unterricht. *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 195–206.
- Grosche, M. (2015). Was ist Inklusion? In P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H. A. Pant & M. Prenzel, M. (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Grundlagen und Befunde* (S. 17–39). Wiesbaden: Springer VS.

- Hedderich, I. (2016). Lehrgesundheit im Kontext schulischer Inklusion. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(1), 34–39.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hüber, T., & Käser, U. (2015). Die Bedeutung des Belastungserlebens von Lehrkräften für die Qualität ihres Unterrichts. *Unterrichtswissenschaft*, 43(2), 120–135.
- Hurrelmann, K. & Richter M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K., & Laaser, U. (2006). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 749–780). Weinheim und München: Juventa.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Health work*. New York: Basic Book.
- Kirsch, A. S., Laemmert, P., & Tittlbach, S. (2017). Gesundheitliche Anforderungen und Ressourcen von Studierenden Health demands and resources of students. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(3), 181–188.
- Klusmann, U., Richter, D., & Lüdtke, O. (2016). Teachers' emotional exhaustion is negatively related to students' achievement: Evidence from a large-scale assessment study. *Journal of Educational Psychology*, 108, S. 1193–1203.
- Klusmann, U., Kunter, M., Voss, T., & Baumert, J. (2012). Berufliche Beanspruchung angehender Lehrkräfte: Die Effekte von Persönlichkeit, pädagogischer Vorerfahrung und professioneller Kompetenz. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 26(4), 275–290.
- Klusmann, U., Kunter, M., Trautwein, U., & Baumert, J. (2006). Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20(3), 161–173.
- KMK (2015). Lehrerbildung für eine Schule der Vielfalt. Gemeinsame Empfehlung von Hochschulrektorenkonferenz und Kultusministerkonferenz. *Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.03.2015/ Beschluss der Hochschulrektorenkonferenz vom 18.03.2015*. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2015/2015\\_03\\_12-Schule-der-Vielfalt.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2015/2015_03_12-Schule-der-Vielfalt.pdf) [27.10.2018].
- KMK (2014). *Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften*. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2004/2004\\_12\\_16-Standards-Lehrerbildung-Bildungswissenschaften.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung-Bildungswissenschaften.pdf) [27.10.2018].
- KMK (2011). *Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011. Verfügbar unter [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_10\\_20-Inklusive-Bildung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf) [11.11.2018].

- Knauder, H. (2005). *Burn-out im Lehrerberuf. Verlorene Hoffnung und wiedergewonnener Mut.* (2. Aufl.). Graz: Leykam.
- König, J., & Rothland, M. (2016). Klassenführungswissen als Ressource der Burnout-Prävention? Zum Nutzen von pädagogisch-psychologischem Wissen im Lehrerberuf. *Unterrichtswissenschaft*, 44(4), 425–441.
- Kopmann, H. & Zeinz, H. (2017). Lehramtsstudierende und Inklusion. *Zeitschrift für Pädagogik*, 62 (2), 263–281.
- Krause, A., Dorsemagen, C., & Baeriswyl, S. (2013). Zur Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern: Ein Einstieg in die Lehrerbelastungs- und -gesundheitsforschung. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 61–80). Wiesbaden: Springer VS.
- Krause, A., Dorsemagen, C., & Alexander, T. (2011). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Arbeitsplatz- und bedingungsbezogene Forschung. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S.788–813). Münster: Waxmann.
- Krause, A. (2004). Erhebung aufgabenbezogener psychischer Belastungen im Unterricht – ein Untersuchungskonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48(3), 139–147.
- Krauss, S., & Bruckmaier, G. (2014). Das Experten-Paradigma in der Forschung zum Lehrerberuf. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 241–261). Münster: Waxmann Verlag.
- Ksienzyk, B., & Schaarschmidt, U. (2005). Beanspruchung und schulische Bedingungen. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Aufl., S. 72–87). Weinheim, Basel: Beltz.
- Kullmann, H., Lütje-Klose, B., Textor, A., Berard, J., & Schitow, K. (2014). Inklusiver Unterricht – (Auch) eine Frage der Einstellung! Eine Interviewstudie über Einstellungen und Bereitschaften von Lehrkräften und Schulleitungen zur Inklusion. *Schulpädagogik heute*, 5(10), 1–14.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., & Krause, A. (2014). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 32(2), 280–295.
- Kyriacou, C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53, 27–35.
- Landert, C., & Brägger, M. (2009). *LCH Arbeitszeiterhebung 2009 (AZE 09)*. Bericht zur Erhebung bei 5000 Lehrpersonen. Zürich: Landert.
- Lange, V. (2017). *Ländervergleich Inklusive Bildung in Deutschland*. Verfügbar unter [https://www.fes.de/publikationen/?t\\_dirlink=x&modus=&f\\_IDR=I+13493](https://www.fes.de/publikationen/?t_dirlink=x&modus=&f_IDR=I+13493) [27.10.2018].

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lehr, D. (2011). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Gesundheitliche Situation und Evidenz für Risikofaktoren. In H. Bennewitz, M. Rothland & E. Terhart (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 947–67). Münster: Waxmann Verlag.
- Lehr, D., Sosnowsky, N., & Hillert, A. (2007). Stressbezogene Interventionen zur Prävention von psychischen Störungen im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 267–289). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lüders, M.-K. (2018). *Berufliche Handlungskompetenz von Lehrerinnen und Lehrern. Personale Kompetenzen als Ressource im Schulalltag*. Weinheim: Beltz.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (S. 3463–3464). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Möller, J. (2013). Effekte inklusiver Beschulung aus empirischer Sicht. In *Schulmanagement Handbuch 2/2013*, 15–37.
- Morgenroth, S. (2015). *Lehrerkooperation unter Innovationsstress*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mußmann, F., Hardwig, Th., & Riethmüller, M. (2017). Niedersächsische Arbeitsbelastungsstudie 2016. *Lehrkräfte an öffentlichen Schulen*. Göttingen: Kooperationsstelle Hochschulen und Gewerkschaften. DOI: 10.3249/webdoc-397445.
- Niedersächsisches Kultusministerium (2017). *Die niedersächsischen allgemein bildenden Schulen in Zahlen Stand: Schuljahr 2016/2017*. Verfügbar unter: <https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/service/statistik/die-niedersaechsischen-allgemein-bildenden-schulen-in-zahlen-6505.html> [27.10.2018].
- Niedersächsisches Kultusministerium (2016). *Niedersächsisches Schulgesetz in der Fassung vom 3. März 1998* (Nds. GVBl. S. 137), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Juni 2015 (Nds. GVBl. S. 90).
- Niedersächsisches Kultusministerium (2013). *Verordnung zur Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung vom 22. Januar 2013*. Verfügbar unter: [www.nds-voris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SoP%C3%A4dFV+ND+%C2%A7+1&psml=bsvorisprod.psml&max=true](http://www.nds-voris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SoP%C3%A4dFV+ND+%C2%A7+1&psml=bsvorisprod.psml&max=true) [27.10.2018].
- Nieskens, B., Rupprecht, S., & Erbring, S. (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Handbuch Lehrergesundheit*. Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen. (S. 41–94). Köln: Carl Link Verlag.
- Nübling, M., Vomstein, M., Haug, A., Nübling, T., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., & Krause, A. (2012). *Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg – Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit*. Freiburg: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin.

- Nübling, M., Stössel, U., & Michaelis, M. (2010). Messung von Führungsqualität und Belastungen am Arbeitsplatz: Die deutsche Standardversion des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 253–261). Heidelberg: Springer Verlag.
- Oesterreich, C. (2014). *Gesunde Lehrkräfte – guter Unterricht? Ausprägung und unterrichtliche Relevanz des beruflichen Beanspruchungserlebens von Sportlehrkräften*. Wiesbaden: Springer.
- Oesterreich, R. (2008). Konstrukte und Methoden in der Forschung zur Lehrerbelastung. In *Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven* (S. 49–74). Wiesbaden: Gabler.
- Paulus, P., Horstmann, D., Baydar, C., & Dadaczynski, K. (2017). *Abschlussbericht zur Online-Befragung „Mehr Zeit für gute Schule“*. <http://www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html> [20.07.2018].
- Paulus, P. (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit: Konsequenzen. In P. Paulus (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 371–374). Weinheim: Juventa.
- Piezunka, A., Schaffus, T., & Grosche, M. (2017). Vier Definitionen von schulischer Inklusion und ihr konsensueller Kern. Ergebnisse von Experteninterviews mit Inklusionsforschenden. In *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 207–222.
- Retelsdorf, J., Butler, R., Streblov, L., & Schiefele, U. (2010). Teachers' goal orientations for teaching: Associations with instructional practices, interest in teaching, and burnout. *Learning and Instruction*, 20, 30–46.
- Richter, D., & Pant, H. A. (2016). *Lehrerkooperation in Deutschland. Eine Studie zu kooperativen Arbeitsbeziehungen bei Lehrkräften der Sekundarstufe I*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Römer, J., Rothland, M., & Straub, S. (2018). Bedingungsfaktoren des Beanspruchungserlebens von Lehramtsstudierenden im Praxissemester. In J. König, M. Rothland, Martin & N. Schaper (Hrsg.), *Learning to Practice, Learning to Reflect?* (S. 265–286). Wiesbaden: Springer VS.
- Rothland, M., & Klusmann, U. (2016). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hg.), *Beruf Lehrer/Lehrerin: Ein Studienbuch*. (S. 351–369). Stuttgart: UTB.
- Rothland, M. (2013). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf und die Modellierung professioneller Kompetenz von Lehrerinnen und Lehrern. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 2–20). Wiesbaden: Springer VS.
- Rothland, M. (2009). Das Dilemma des Lehrerberufs sind... die Lehrer? *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 12(1), 111–125.

- Rothland, M. (2007). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 7–10). Wiesbaden: Springer VS.
- Sälzer, C., Gebhardt, M., Müller, K., & Pauly, E. (2015). Der Prozess der Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs in Deutschland. P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H.A. Pant & M. Prenzel (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 129–152). Wiesbaden: Springer VS.
- Schaarschmidt, U., & Kieschke, U. (2013). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In M. Rothland (Hg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 81–97). Wiesbaden: Springer.
- Schaarschmidt, U. (Hg.). (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Schönwälder, H.-G., Berndt, J., & Ströver, F. (2003). *Belastung und Beanspruchung von Lehrerinnen und Lehrern*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Schult, J., Münzer-Schrobildgen, M., & Sparfeldt, J. R. (2014). Belastet, aber hoch zufrieden? Arbeitsbelastung von Lehrkräften im Quer- und Längsschnitt. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22, 61–67.
- Schwab, S. (2017). Interprofessionelle Lehrkraftkooperation im inklusiven Unterricht aus der Perspektive der Schülerinnen und Schüler. *Unterrichtswissenschaft*, 45 (4), 262–279.
- Schwab, S., & Helm, C. (2015). Überprüfung von Messinvarianz mittels CFA und DIF-Analysen. *Empirische Sonderpädagogik*, 3, 175–193.
- Seifried, S., & Heyl, V. (2016). Konstruktion und Validierung eines Einstellungsfragebogens zu Inklusion für Lehrkräfte (EFI-L). *Empirische Sonderpädagogik* (1), 22–35.
- Shen, B., McCaughtry, N., Martin, J., Garn, A., Kulik, N., & Fahlman, M. (2015). The relationship between teacher burnout and student motivation. *The British Journal of Educational Psychology*. DOI:10.1111/bjep.12089.
- Spiegel online (2017). *Lehrer über Inklusion - „Ich konnte das nicht mehr aushalten“*. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/lebenundlernen/schule/inklusion-lehrer-erzaehlen-von-chancen-und-verzweiflung-a-1123764.html> [11.11.2018].
- Stück, M., Rigotti, T., & Balzer, H. U. (2005). Wie reagieren Lehrer bei Belastungen? Berufliche Bewältigungsmuster und psychophysiologische Korrelate. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 52(4), 250–260.
- Sturm, T. (2013). *Lehrbuch Heterogenität in der Schule*. Stuttgart: UTB.
- Süßlin, W. (2012). *Die Situation an den deutschen Schulen aus Sicht von Lehrern und Eltern. Lehre (r) in Zeiten der Bildungsangst – Eine Studie zum Prestige des Lehrerberufs und zur Situation an den Schulen in Deutschland* (S. 5–47). Düsseldorf: Vodafone Stiftung.



- Talmor, R., Reiter, S., & Feigin, N. (2005). Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education. *European Journal of Special Needs Education*, 20(2), 215–229.
- Vereinte Nationen (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (UN-BRK). New York.
- Weiß, S., & Kiel, E. (2013). Lehrgesundheit–Belastung, Ressourcen und Prävention. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 347–363). Wiesbaden: Springer VS.
- Werning, R. (2014). Stichwort: Schulische Inklusion. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17(4), 601–623.
- Wesselborg, B. (2015). *Lehrgesundheit: Eine empirische Studie zu Anforderungen und Ressourcen im Lehrerberuf aus verschiedenen Perspektiven*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- Wirtschaftswoche (2013). *Das Elend der Lehrer*. Verfügbar unter <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/schulpolitik-das-elend-der-lehrer/8984614.html> [11.11.2018].
- Wittek, D. (2016). Heterogenität und Inklusion – Anforderungen für die Berufspraxis von Lehrpersonen. In M. Rothland (Hrsg.), *Beruf Lehrer/Lehrerin: Ein Studienbuch*. (S. 317–332). Stuttgart: UTB.
- Wrase, M. (2015). Die Implementation des Rechts auf inklusive Schulbildung nach der UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Evaluation aus rechtlicher Perspektive. In P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H. A. Pant & M. Prenzel, M. (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen*. Grundlagen und Befunde (S. 41–74). Wiesbaden: Springer VS.

## 2. Teilstudie 1

Peperkorn, M., Müller, K., & Paulus, P. (under review). Ressourcen und Anforderungen im Umgang mit schulischer Inklusion – Interne und externe Einflussfaktoren auf das wahrgenommene Gesundheitserleben von Lehrkräften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*.

## **Ressourcen und Anforderungen im Umgang mit schulischer Inklusion – Interne und externe Einflussfaktoren auf das wahrgenommene Gesundheitserleben von Lehrkräften**

**Zusammenfassung** Mit inklusiven Schulsettings einhergehende Aufgaben stellen multiple Anforderungen an Lehrkräfte. Bisher gibt es nur wenige Befunde zu Fragen, auf welche Ressourcen Lehrkräfte bei inklusionsbezogenen Tätigkeiten zurückgreifen können und welche internen und externen Anforderungen und Ressourcen das darauf bezogene Gesundheitserleben begünstigen oder vermindern. Der Beitrag fokussiert, auf Grundlage einer schriftlichen Befragung, die Einschätzung verschiedener Gesundheitsdimensionen von 8167 Lehrkräften im Zusammenhang mit schulischer Inklusion. Regressionsanalytisch wurden der Einfluss schulischer Umweltmerkmale (externe Faktoren) sowie psychophysischer Merkmale der Lehrkräfte (interne Faktoren) untersucht. Zur Erfassung arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren wurden etablierte Instrumente eingesetzt. Die Ergebnisse zeigen erwartungsgemäß, dass es einflussstarke interne Faktoren gibt, die auf erhobene Gesundheitsdimensionen wirken – es finden sich aber auch bedeutungsvolle Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsdimensionen und externen Ressourcen auf der Ebene der Schule (Führungsverhalten der Schulleitung). Implikationen für die pädagogische Praxis werden diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Gesundheit, Inklusion, Lehrkräftegesundheit, Schule

### **Resources and requirements in dealing with school inclusion – Internal and external factors influencing the perceived health experience of teachers**

**Abstract** Tasks associated with inclusive school settings place multiple demands on teachers, which can be perceived as stressful. Few findings exist regarding the questions, which resources teachers in inclusive education can make use of and which internal and external requirements and resources favor or reduce the health experience. Based on a survey, the article focuses on the perceived health dimensions of 8167 teachers in the context of inclusive education. Analyses of variance of school environmental characteristics (external factors) as well as psychophysical characteristics of teachers (internal factors) were investigated. Established instruments were used to capture different features of health and stress factors. According to expectations, the results show that there are powerful internal factors that affect the health dimensions experiences – but there are also relevant relationships between the health dimensions experiences and external resources at school-level such as the leadership behavior of principals. Implications for the pedagogical practice are discussed.

**Keywords:** Health, Inclusion, School, Teacher Health

## 2.1 Einleitung

In Konsequenz der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2009, verpflichtet sich Deutschland zum Auf- bzw. Ausbau eines Bildungssystems, in dem alle Schülerinnen und Schüler gemeinsam lernen können. Reformbezogene Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Konvention und damit verbundene rechtliche Verordnungen Schulen „inklusiv“ auszurichten (Nds. Kultusministerium 2016), konfrontieren Lehrkräfte mit heterogener werdenden Lerngruppen und spezifischer werdenden individuellen Bedarfen seitens der Schülerinnen und Schüler. Inklusion wird für den vorliegenden Beitrag auf schulische Kontexte enggeführt und bezieht sich auf die gemeinsame Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf (Piezunka et al. 2017). Nach Grosche (2015) rekurriert die aufgegriffene Dimension auf eine strukturelle Ebene von Inklusion und schließt an Zwei-Gruppen-Definitionen an.

Wie umfänglich Veränderungen im Rahmen der Inklusionsreform sind, illustrieren statistische Angaben zum Beschulungsort. Der relative Anteil von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf an allgemeinbildenden Schulen verdoppelte sich von 18.4% (2008/2009) auf 37.7% (2015/2016) (Lange 2017). Berufliche Tätigkeiten von Lehrkräften müssen sich angesichts heterogenerer Lerngruppen verändern. Lehrkräfte stehen vor der Herausforderung, inklusive Lehr-Lern-Settings zu gestalten, welche den individuellen Bedarfen aller Lernenden gerecht werden (Gräsel et al. 2017), sowie sonderpädagogische Förderbedarfe zu diagnostizieren und im multiprofessionellen Team zu arbeiten (Schwab 2017). Ihnen kommt mit der Ausführung dieser Tätigkeiten bzw. mit dem Umgang dieser inklusionsbezogenen Anforderungen eine besondere Bedeutung für das Gelingen der Inklusionsreform zu (Gräsel et al. 2017). Dabei ist noch wenig darüber bekannt, welche Ressourcen Lehrkräfte bei deren Bewältigung unterstützen.

In diesem Zusammenhang zeigen Forschungsarbeiten, dass reformbedingte neue oder veränderte Arbeitstätigkeiten und Anforderungen mit gesundheitlichen Mehrbelastungen beim Personal in Verbindung stehen und das Gesundheitserleben beeinflussen können (Harazd et al. 2009; Kunz Heim et al. 2014). Vor dem Hintergrund sind auch die aufgeführten tätigkeitsbezogenen Anforderungen der inklusiven Bildung und deren Einfluss auf das Gesundheitserleben der Akteure hin zu betrachten, da die Gesundheit von Lehrkräften ein wichtiges Maß schulischer Qualität darstellt. Studien konnten diesbezüglich Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand von Lehrkräften und der Unterrichtsqualität (Frenzel et al. 2008) sowie der Motivation von Schülerinnen und Schülern (Knauder 2005), deren Förderung (Klusmann et al. 2006) und Leistungen (Klusmann et al. 2016) nachweisen.

Bosse et al. (2015) zeigen anhand erster Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum, dass die Arbeit in inklusiven Schulsettings mit einem erhöhten Beanspruchungserleben von

Lehrkräften einhergehen kann. Forschungsarbeiten zur inklusionsbezogenen Gesundheitswahrnehmung stellen bislang jedoch ein Desiderat dar – insbesondere solche, die komplexe Zusammenhänge zwischen Anforderungen und Ressourcen differenziert in den Blick nehmen. Etabliertes Instrument zur Erfassung des Gesundheitserlebens von Lehrkräften ist der AVEM-Fragebogen (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) (Schaarschmidt 2005). Das Instrument fokussiert Persönlichkeitsmerkmale und bezieht sich nicht auf spezifische Tätigkeiten (Umweltbedingungen). Für Aussagen zu einem inklusionsbezogenen Gesundheitserleben sollten jedoch inklusionsspezifische Tätigkeiten und deren Einschätzung betrachtet werden. Es wurde daher mit einem Instrument gearbeitet, was in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitsverständnis (WHO 1986) den Gesundheitszustand einer Person als das Ergebnis der aktiven und fortdauernden Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt bzw. mit situationsbezogenen Anforderungen (berufliche Tätigkeiten) betrachtet und deren Einschätzung in Bezug auf gesundheitliche Dimensionen vorsieht. Mit diesem Vorgehen, welches unter Berücksichtigung des systemischen Anforderung-Ressourcen-Modells (SAR-Modell) zur Gesundheitsentstehung (Becker 2006) entwickelt wurde, wird nicht allein die (Lehr-) Person fokussiert, sondern berufliche Rahmenbedingungen finden explizit Berücksichtigung.

Der vorliegende Beitrag untersucht, wie Lehrkräfte inklusionsbezogene Tätigkeiten anhand von Gesundheitsindikatoren einschätzen. Dabei wird der Fokus auf die Identifikation von Ressourcen gelegt, die Lehrkräfte bei der Bewältigung der Anforderungen in inklusiven Schulsettings unterstützen.

## **2.2 Theoretischer Hintergrund**

Da im Kontext der Gesundheitsforschung zentrale Begriffe teils uneinheitlich verwendet werden, sei den theoretischen Ausführungen eine kurze Begriffsklärung vorangestellt. Belastungen beziehen sich auf Anforderungen der Umwelt. Die Auswirkung einer Belastung auf die Person, die wegen unterschiedlicher Fähigkeiten und Eigenschaften variiert, wird als Beanspruchung bezeichnet (Rothland und Klusmann 2016).

Die Arbeit hat zum Ziel, Aussagen über ein inklusionsbezogenes Gesundheitsempfinden von Lehrkräften zu treffen. Damit rücken zum einen Spezifika inklusiven Unterrichts und zum anderen Besonderheiten der Gesundheitsforschung in den Fokus. Erstgenannte lassen sich seitens der Lehrkräfte durch neue oder veränderte, inklusionsbezogene Tätigkeiten abbilden. Diese finden sich in schulischen Rechts- und Verwaltungsschriften wieder und zeigen damit bildungspolitisch intendierte Voraussetzungen zur Umsetzung schulischer Inklusion. Hierzu zählen Kooperationen und multiprofessionelle Zusammenarbeit, die im Kontext inklusiver Schulen als zentrale Gelingens- und Umsetzungsaspekte zu betrachten sind (Schwab 2017). Neben der inhaltlichen Bedeutsamkeit der Zusammenarbeit bei der Förderung und

Unterstützung von Lernenden mit Förderbedarfen, zeigt sich deren Zentralität auch auf struktureller Ebene. Im Zuge der Schließung bzw. Umstrukturierung von Förderschulen und des Aufbaus von Förderzentren sowie der damit einhergehenden Beschäftigung von Förderschullehrkräften an Regelschulen ist die Zusammenarbeit elementarer Bestandteil inklusionsbezogener Schulentwicklungsprozesse. Ebenfalls inklusionsspezifisch, bedingt durch heterogener werdende Lerngruppen, ist die verstärkte Adaptation unterrichtlicher Angebote als Leitprinzip einer inklusiven Didaktik (Kullmann et al. 2014). Auch die Durchführung des Diagnostikverfahrens zur Feststellung sonderpädagogischer Förderbedarfe (Sälzer et al. 2015) stellt neue inklusionsbezogene Anforderung an Lehrkräfte.

Arbeiten der Gesundheitsforschung sind durch das Fehlen einer allgemeingültigen Definition von Gesundheit geprägt (Wesselborg 2015). Auch bedingt durch die Mehrdimensionalität des Gesundheitskonstrukts, lässt sich Gesundheit nicht eindeutig beschreiben und erfassen. Da allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand hierdurch erschwert sind, können unterschiedliche Dimensionen, wie bspw. psychische und soziale, betrachtet werden. In Abgrenzung zu Studien, welche Gesundheitsaussagen über die An- oder Abwesenheit von Krankheiten (Pathogenese) bzw. negativen Beanspruchungen (z.B. Burnout) treffen, liegt bei salutogenetisch orientierten Studien der Fokus auf der Analyse der Gesundheitsentstehung (Salutogenese). Kernkonzept der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997) mit den Merkmalen *Verstehbarkeit*, *Sinnhaftigkeit* und *Bewältigbarkeit*. Situationen oder Aufgaben, die als verstehbar, sinnhaft und bewältigbar beurteilt werden, können gesundheitsförderlich wirken. In der (Lehrkräfte-) Gesundheitsforschung konnte sich die salutogenetische Perspektive etablieren (Wesselborg 2015) und in theoretische Modelle zur Gesundheitsentstehung (z.B. SAR-Modell, Becker 2006) integriert werden.

Forschung zur Gesundheitsentstehung hat das Interesse an ökologisch und sozialen Aspekten des Konstrukts Gesundheit verstärkt. Dem sozialökologischen Verständnis folgend, wird Gesundheit als Ergebnis der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt betrachtet (WHO 1986) und fokussiert dabei sozial-kulturelle, ökologisch-materielle sowie psychische Gesundheitsaspekte. Berufsbezogen lässt sich Gesundheit als Konstrukt begreifen, welches von der handelnden Person und durch die Bedingungen des Arbeitsplatzes beeinflusst wird (Gerick 2015).

Der Rückgriff auf inklusionsbezogene Tätigkeiten erfordert ein Gesundheitsmodell, welches Umweltbedingungen differenziert berücksichtigt. Transaktionale Gesundheitsmodelle erfüllen diese Voraussetzung. Das viel beachtete Modell von Lazarus (1991) bspw. bietet einen erklärenden Rahmen zur Entstehung von Stress. Inter-individuelle Unterschiede (Verhalten) von Stressreaktionen können auf Grundlage des Modells abgeleitet werden (Lehr 2011). Ebenfalls transaktional ausgelegt ist das SAR-Modell (Becker 2006), welches durch die explizite Berücksichtigung gesundheitlicher Ressourcen auch Aussagen zur

Gesundheitsentstehung (Salutogenese) ermöglicht und daher für die vorliegende Untersuchung als theoretischer Rahmen fungiert.

### 2.2.1 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell

Das SAR-Modell (Becker 2006) formuliert empirisch gesättigt die komplexen Wirkbeziehungen bei der Entstehung von Gesundheit. Die Entstehung wird als dynamischer Prozess verstanden, der sich auf einem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum graduell abstufen lässt (Wesselborg 2015). Gesundheitsrelevante externe und interne Ressourcen stehen mit externen und internen Anforderungen (potenzielle Beanspruchungen) in wechselseitiger Beziehung. Externe Faktoren stellen Umweltmerkmale und interne Faktoren psychophysische Merkmale einer Person dar (Abb. 1).

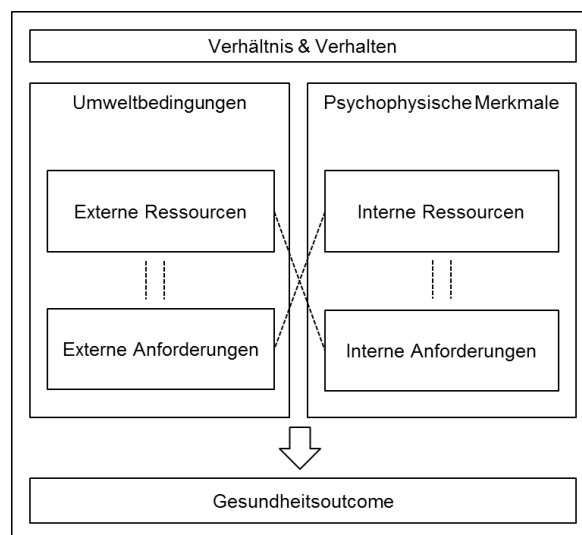


Abbildung 1 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker 2006; Darstellung in Anlehnung an Wesselborg 2015).

Der Gesundheitszustand hängt davon ab, wie gut es einer Person gelingt, externe und interne Anforderungen mit Hilfe von zur Verfügung stehenden externen und internen Ressourcen zu bewältigen. Das Modell vereint sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Aspekte einer Person und erlaubt mit der Integration gesunderhaltender Faktoren eine ressourcenorientierte, salutogenetische Perspektive.

Nachstehend werden relevante Ressourcen und Anforderungen des Lehrkräfteberufs entsprechend des theoretischen Modells getrennt voneinander aufgeführt.

### 2.2.2 Ressourcen

Soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Anforderungen konnte in diversen Studien als einflussreiche Gesundheitsressource identifiziert werden (Rothland 2013; Schaarschmidt und Kieschke 2013). Nübling et al. (2012) zeigen, dass eine hohe Führungsqualität der Schulleitung bzw. ein mitarbeiterorientiertes Schulleitungshandeln eine wichtige externe

Ressource für Lehrkräfte darstellt. Auch Kooperationen innerhalb des Kollegiums (Richter und Pant 2016; Fussangel et al. 2010) und ein flexibler Gestaltungsspielraum bei der Arbeit (Nübling 2012) haben potenziell gesundheitsfördernde Wirkungen.

Als interne Ressourcen haben Selbstwirksamkeitserwartungen einen bedeutsamen Einfluss (Urton et al. 2014; Abele und Candova 2007). Demnach führen positive Erwartungen bezüglich der eigenen Kompetenz zu einem verringerten Auftreten emotionaler Beanspruchung (Schmitz und Schwarzer 2000).

### **2.2.3 Anforderungen**

Externe Anforderung auf Schulebene sind für Lehrkräfte u.a. hohe Stundenzahlen (Ksienzyk und Schaarschmidt 2005). Als schwierig erlebte Verhaltensweisen sind auf Interaktionsebene mit Lernenden potenziell beanspruchend (Ksienzyk und Schaarschmidt 2005).

Eine bedeutsame interne Anforderung ist die mangelnde Fähigkeit sich von der Arbeit zu distanzieren (Ksienzyk und Schaarschmidt 2005). Das Konzept der kognitiven Irritation schließt an diese Anforderung an und beschreibt die erhöhte gedankliche Auseinandersetzung mit Bemühungen zur Zielerreichung. Durch erlebte Zieldiskrepanzen ist Irritation ein Zustand psychischer Beeinträchtigung, der Zielerreichungsbemühung umfasst (Mohr et al. 2005).

## **2.3 Fragestellung**

Die aufgeführte Ausgangslage zur Veränderung schulischer Rahmenbedingungen im Kontext der Inklusionsreform zeigt damit einhergehende Mehrbelastungen durch neue bzw. veränderte Tätigkeitsanforderungen von Lehrkräften (*Kooperation, Diagnostik, Förderung* von Lernenden mit sonderpädagogischen Förderbedarfen). Der vorliegende Beitrag untersucht daran anschließend, wie Lehrkräfte unterschiedliche Gesundheitsdimensionen in Bezug auf inklusionsbezogene Tätigkeiten einschätzen und welche Ressourcen sowie Anforderungen dieses Erleben beeinflussen. Zwei Forschungsfragen werden im Rahmen des Beitrags verfolgt:

- 1) Wie bewerten Lehrkräfte inklusionsspezifische Arbeitstätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen?
- 2) Welchen Einfluss haben arbeitsbedingte Be- und Entlastungsfaktoren des Lehrkräfteberufs auf das Erleben unterschiedlicher Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildung?



## 2.4 Methoden

### 2.4.1 Die Studie „Mehr Zeit für gute Schule“

Grundlage der vorliegenden Untersuchung ist der Datensatz der Studie *Mehr Zeit für gute Schule* (Paulus et al. 2017) aus dem Jahr 2016. Ziel der Querschnittsstudie ist die Erlangung aussagekräftiger Informationen über den Einfluss bildungspolitischer Reformen, wie bspw. die Einführung inklusiver Schulen, sowie deren Umsetzung durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften am Arbeitsplatz. Hierzu wurde eine onlinebasierte, niedersachsenweite Befragung mit schulischem Personal durchgeführt.

### 2.4.2 Stichprobe

Insgesamt nahmen  $N=9868$  Personen (Schulleitungen, Lehrkräfte, pädagogisch Mitarbeitende) an der Befragung teil. Die Stichprobengröße entspricht einer Rücklaufquote von 10.9%. Hier berichtete Ergebnisse beziehen sich nur auf die 8171 Lehrkräfte der Stichprobe. 69.4% der befragten Lehrkräfte geben an weiblich zu sein. Dies entspricht ca. der niedersächsischen Grundgesamtheit (72.1%) (alle Referenzwerte: Nds. Kultusministerium 2017). Das Durchschnittsalter beträgt  $M=44.0$  Jahre ( $SD=10.3$ ) (Referenz  $M=44.3$ ). Die Lehrkräfte arbeiten zu 66.9% als Vollzeitbeschäftigte (Referenz 68.4%). Die Berufsjahre liegen bei  $M=15.1$  Jahren ( $SD=10.1$ ). Entsprechend der Verteilung der Grundgesamtheit haben Lehrkräfte der Grundschule (32.6%) und des Gymnasiums (22.5%) am häufigsten an der Befragung teilgenommen. Der Anteil an Förderschullehrkräften (5.5%) liegt leicht unter dem Referenzwert (7.2%).

Zur Berücksichtigung inklusionsbezogener Anforderungen der Stichprobe, ist die Inklusionsrate (Schuljahr 2016) zu betrachten. Grundschulen beschulten insgesamt 3.7% Lernende mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Der Anteil an Hauptschulen betrug 4.7%, an Realschulen 0.5%, an Oberschulen 4.2%, an Gymnasien 0.3%, an Integrierten Gesamtschulen 3.4% und an Kooperativen Gesamtschulen 1.7% (Nds. Kultusministerium 2017). Der hohe Anteil an Gymnasiallehrkräften in der vorliegenden Stichprobe, die durch die geringe Inklusionsrate per se weniger häufig mit inklusionsbezogenen Tätigkeiten konfrontiert sind, könnte zu einer verzerrten Einschätzung der Tätigkeiten führen. In der nachstehenden Analyse wurde die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung daher berücksichtigt.

### 2.4.3 Instrument

Das vorliegende Instrument hat zum Ziel, das Gesundheitserleben im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten zu erheben. Die Tätigkeiten basieren auf geltenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften schulischen Personals in Niedersachsen, welche in einem diskursiven Prozess mit Vertretungen der Schulverwaltung und Bildungspolitik ausgewählt und

zu Tätigkeitsbeschreibungen operationalisiert wurden. Beispielhaft sei hier die „Verordnung zur Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung“ (Nds. Kultusministerium 2013) genannt, auf Grundlage derer die Tätigkeit *Diagnostik* operationalisiert wurde. Drei Tätigkeitsbeschreibungen wurden für die vorliegende Analyse ausgewählt (Tab. 1). Sie rekurren auf die inklusionsspezifischen Tätigkeiten *Kooperation*, *Diagnostik* sowie *Förderung* von Lernenden mit Förderbedarfen.

Tabelle 1

*Tätigkeitsbeschreibungen im inklusiven Unterricht (Itemstämme)*

Kooperation	Die Zusammenarbeit der „Regelschullehrkräfte“ und Förderschullehrkräfte für die Planung und Durchführung eines GU ist eine Tätigkeit ...
Diagnostik	Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit ...
Förderung	Die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern mit unterschiedlichem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Unterricht ist eine Tätigkeit ...

*Anmerkungen.* Tätigkeitsbeschreibungen basierend auf niedersächsischen Rechts- und Verwaltungsvorschriften; GU=Gemeinsamer Unterricht.

Jede Tätigkeitsbeschreibung wurde anhand von fünf Dimensionen auf einer vierstufigen Likert-Skala beurteilt. Die Bewertungsdimensionen berücksichtigen Angaben zur 1) Häufigkeit der Tätigkeitsausführung, 2) empfundenen Sinnhaftigkeit („die für meine pädagogische Arbeit nützlich ist“), 3) Verstehbarkeit („bei der ich nachvollziehen kann, was von mir erwartet wird“), 4) Unterstützung durch die Schule sowie zur Einschätzung der 5) Bewältigbarkeit der Tätigkeit.

Tabelle 2  
*Fragebogenbeispiel: Items der Tätigkeit Diagnostik*

Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit, ...

Antwortdimensionen	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	keine Angabe
1) ... die in meinem Arbeitsalltag oft vorkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ... bei der ich nachvollziehen kann, was von mir erwartet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ... die für meine pädagogische Arbeit nützlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ... für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ... die ich gut bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Anmerkung.* Vierstufige Likert-Skala mit zusätzlicher Option „keine Angabe“.

Die Dimensionen (2), (3) und (5) orientieren sich am Kohärenzgefühl von Antonovsky (1997) und werden für die vorliegende Analyse als psychische Gesundheitsdimension betrachtet. Dabei weisen die Dimensionen Verstehbarkeit (2) und Sinnhaftigkeit (3) eher eine kognitive Ausrichtung (*Kognitive Kohärenz*) und die *Bewältigbarkeit* (5) eher eine aktionale Ausrichtung auf. Dem Konstrukt der sozialen Unterstützung (4) wird ebenfalls eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben (Rothland 2013); es ist im Instrument als soziale Gesundheitsdimension berücksichtigt. Die Einschätzung konkreter Tätigkeitsvorgaben gewährleistet den Einbezug der Umwelt.

Neben soziodemografischen Fragen zu Alter, Geschlecht und Berufsjahren wurden etablierte Skalen arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren erhoben. Dazu zählen die Konstrukte *Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten der Schulleitung (Führungsverhalten)*, und *Individueller Handlungsspielraum (Handlungsspielraum)* (Krause 2004), *Lehrer-Selbstwirksamkeit (Selbstwirksamkeit)* (Schwarzer und Jerusalem 1999) und *Irritation* (Mohr 1986). Die Skalen zeigen akzeptable bis sehr gute Reliabilitäten (Tab. 3). Für die vorliegende Analyse wurde außerdem die Variable *Beschäftigungsumfang* genutzt.

Tabelle 3

*Beispielitems, Reliabilität, Itemanzahl und deskriptive Statistik einbezogener Be- und Entlastungsfaktoren*

Skala	Beispielitem	$\alpha$	Itemanzahl	N	M	SD
<b>Externe Ressourcen</b>						
Führungsverhalten Schulleitung (Krause 2004) (4-stufig)	„Anregungen und Kritik werden von der Schulleitung ernst genommen und aufgegriffen“	.91	4	7249	2.87	.82
Handlungsspielraum (Krause 2004) (4-stufig)	„Die Arbeit bietet insgesamt gesehen viele Möglichkeiten zu eigenen Entscheidungen“	.92	4	7265	3.06	.53
<b>Externe Anforderungen</b>						
Beschäftigungsumfang	Angabe zur Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung	-	1	8171	1.59	.87
<b>Interne Ressourcen</b>						
Lehrer-Selbstwirksamkeit (Schwarzer und Jerusalem 1999) (4-stufig)	„Selbst wenn mein Unterricht gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können“	.81	10	7222	1.85	.46
<b>Interne Anforderungen</b>						
Irritation (Mohr 1986) (7-stufig)	„Ich muss auch nach Feierabend an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken“	.87	7	7226	4.06	1.35
<b>Gesundheitserleben Inklusion</b>						
Kognitive Kohärenz (4-stufig)	„[Kooperation] ist eine Tätigkeit die für meine päda. Arbeit nützlich ist“	.81	6	7258	1.79	.76
Bewältigbarkeit (4-stufig)	„[Diagnostik] ist eine Tätigkeit die ich gut bewältigen kann“	.72	3	7047	1.05	.80
Unterstützung (4-stufig)	„[Förderung] ist eine Tätigkeit für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte“	.80	3	7130	1.25	.87

*Anmerkungen.*  $\alpha$ =Cronbachs alpha (entsprechend der Stichprobe); Fehlende Werte (11.2%<13.1); Beschäftigungsumfang 1=Vollzeit, 2=Teilzeit >50%, 3=Teilzeit <50%; Skala *Kognitive Kohärenz*=Items Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit.

#### 2.4.4 Analysen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde zunächst eine konfirmatorische Faktorenanalyse zur empirischen Prüfung des angenommenen Gesundheitskonstrukts durchgeführt. In Anlehnung an bestehende Forschung zum Kohärenzgefühl (Franke 2006) wurde ein dreifaktorielles Gesundheitskonstrukt geprüft, bei dem die Items der kognitiv konnotierten Dimensionen *Verstehbarkeit* und *Sinnhaftigkeit (Kognitive Kohärenz)* auf einem gemeinsamen Faktor und die Items der eher handlungsbezogenen Dimensionen *Bewältigbarkeit* und *Unterstützung* auf je eigene Faktoren laden. Da die

Gesundheitsdimensionen in der vorliegenden Konzeption jeweils in Bezug auf spezifische Tätigkeiten erfasst werden (Tab. 2), sind neben den Gesundheits- auch Tätigkeitsfaktoren (*Kooperation, Diagnostik, Förderung*) zur Bindung domänenspezifischer Varianz gebildet worden (Abb. 2).

Aufgrund des akzeptablen Anteils an fehlenden Werten (Tab. 3) sowie der großen Stichprobe, werden fehlende Werte in den Analysen fallweise ausgeschlossen (Urban et al. 2016). Schachtelungen von Lehrkräften in Schulen können aufgrund fehlender schulbezogener Informationen nicht berücksichtigt werden.

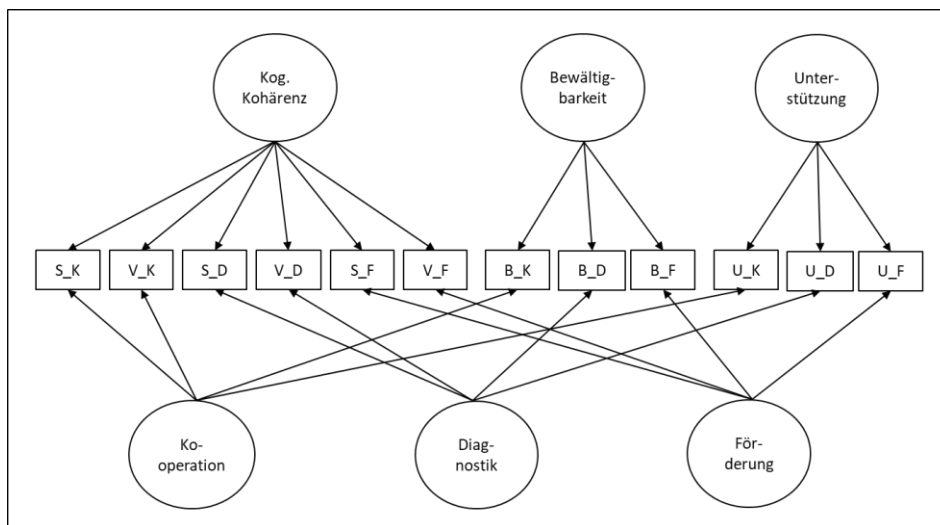


Abbildung 2 Schematische Darstellung der Faktorisierung

Zur Beantwortung von Frage 1) werden deskriptive Kennwerte der Gesundheitsfaktoren herangezogen (Tab. 4). Für übergeordnete, inklusionsbezogene Aussagen zu den Gesundheitsfaktoren wurden die Werte der einzelnen Tätigkeiten gemittelt, sodass je Gesundheitsfaktor ein Gesamtwert *Inklusion* berichtet werden kann. Unterschiede zwischen den Gesundheitsdimensionen werden durch *t*-Tests geprüft.

Zur Beantwortung von Frage 2) wurden zunächst Korrelationsanalysen mit den arbeitsbedingten Be- und Entlastungsfaktoren sowie den Gesundheitsfaktoren gerechnet (Tab. 5). Der personen- und erfahrungsbezogenen Merkmale Alter, Geschlecht, Berufsjahre und Häufigkeit der inklusionsbezogenen Tätigkeitsausführung wurde auspartialisiert. Anschließend wurde eine hierarchische Regressionsanalyse zur Prognose der Gesundheitsfaktoren mit der Methode des Einschusses durchgeführt. Theoretische Grundlage hierfür ist das SAR-Modell (Becker 2006). Forschungsbasiert wurden fünf Modelle gebildet: Ein 0-Modell beinhaltet Personenmerkmale (Alter, Geschlecht) sowie berufsbiografische Angaben (Berufsjahre, Häufigkeitsangabe zur Ausführung inklusionsbezogener Tätigkeiten). Die Skalen *Führungsverhalten* und *Handlungsspielraum* fungieren im Modell 1 als externe Ressourcen. Externe Anforderungen werden über den

Beschäftigungsumfang (Modell 2) berücksichtigt. *Selbstwirksamkeit* repräsentiert interne Ressourcen (Modell 3) und *Irritation* interne Anforderungen (Modell 4). Tabelle 3 zeigt die Modelle in der Übersicht.

## 2.5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigen, dass sich das theoretisch angenommene Modell in den empirischen Daten abbildet. Für das Gesundheitskonstrukt zeigen sich neben der kognitiven Gesundheitsdimension (*Kognitive Kohärenz*) auch zwei handlungsbezogene Gesundheitsfaktoren: ein intrapersonal-aktionaler (*Bewältigbarkeit*) und ein interpersonal-aktionaler (*Unterstützung*) Faktor. Das Modellieren zusätzlicher Faktoren der je inklusionsbezogenen Tätigkeiten führt zu zufriedenstellenden Fit-Statistiken ( $\chi^2=615.15$ ,  $df=36$ ,  $CFI=.97$ ,  $TLI=.94$ ,  $RMSEA=.07$ ,  $SRMR=.04$ ) (Hu und Bentler 1999).

### 2.5.1 Bewertung von Arbeitstätigkeiten der inklusiven Bildung

In Tabelle 4 sind deskriptive Statistiken aufgeführt. Die höchsten Ausprägungen der einzelnen Gesundheitsfaktoren finden sich über alle Tätigkeiten hinweg bei der *Kognitiven Kohärenz*. Verglichen mit den anderen Faktoren zeigt *Bewältigbarkeit* die niedrigsten Mittelwerte. Da der Beitrag auch zum Ziel hat, Aussagen zu einem übergeordneten, inklusionsbezogenen Gesundheitserleben zu treffen und die Tätigkeiten untereinander starke Zusammenhänge ( $.51 < r < .57$ ) aufweisen, wurde ein Gesamtwert *Inklusion* gebildet (Tab. 4).

Tabelle 4  
Deskriptive Statistik der Gesundheitsfaktoren

Items	Kooperation		Diagnostik		Förderung		Inklusion	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Häufigkeit	1.47	1.27	1.51	1.21	2.15	1.08	1.74	1.07
Kognitive Kohärenz	1.67	.96	1.58	.96	1.48	.93	1.52	.82
Bewältigbarkeit	1.15	.98	1.13	.94	.98	.92	1.05	.80
Unterstützung	1.18	1.00	1.49	1.01	1.22	.99	1.25	.87

*Anmerkungen.* Kognitive Kohärenz=Mittelwert der Items *Verstehbarkeit* und *Sinnhaftigkeit*; Inklusion=Mittelwert der inklusionsspezifischen Tätigkeiten *Kooperation*, *Diagnostik* und *Förderung*.

Verbundene *t*-Tests zeigen, dass sich die Mittelwerte der Gesundheitsfaktoren je Tätigkeit signifikant voneinander unterscheiden. Die Effektstärken sind gering ( $.1 < d < .4$ ). In Bezug auf den Gesamtwert *Inklusion* unterscheiden sich *Kognitive Kohärenz* und *Bewältigbarkeit*

( $t(7013)=54.65$ ,  $p<.001$ ,  $d=.6$ ), *Kognitive Kohärenz* und *Unterstützung* ( $t(7093)=28.08$ ,  $p<.001$ ,  $d=.3$ ) sowie *Bewältigbarkeit* und *Unterstützung* ( $t(6979)=-22.06$ ,  $p<.001$ ,  $d=.2$ ) ebenfalls signifikant voneinander.

## 2.5.2 Einfluss arbeitsbedingter Be- und Entlastungsfaktoren auf das Gesundheitserleben im Kontext inklusiver Bildung

Die deskriptive Statistik verwendeter Skalen der Be- und Entlastungsfaktoren zeigt Tabelle 3. Ergebnisse zu Zusammenhängen sind in Tabelle 5 aufgeführt. Die Skalen korrelieren, mit Ausnahme der Variable *Beschäftigungsumfang*, signifikant mit den Gesundheitsfaktoren. Das höchste Zusammenhangsmaß zeigt sich hier zwischen den Skalen *Bewältigbarkeit* und *Selbstwirksamkeit* ( $r=.30$ ,  $p<.001$ ). Erwartungsgemäß negativ sind die Zusammenhänge der Gesundheitsfaktoren mit der Skala *Irritation* ( $-.13<r<-.24$ ,  $p<.001$ ).

Tabelle 5  
Interkorrelationsmatrix zwischen den Gesundheits- sowie Be- und Entlastungsfaktoren

Skala	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Kognitive Kohärenz	1							
(2) Bewältigbarkeit	.50**	1						
(3) Unterstützung	.40**	.56**	1					
(4) Führungsverhalten	.12**	.12**	.41**	1				
(5) Handlungsspielraum	.14**	.19**	.28**	.39**	1			
(6) Beschäftigungsumfang	.00*	-.04*	.02	.04*	.01	1		
(7) Selbstwirksamkeit	.24**	.30**	.21**	.14**	.26**	-.06**	1	
(8) Irritation	-.13**	-.24**	-.16**	-.12**	-.21**	.03	-.35**	1

Anmerkungen. \*\* $p<.001$ ; \* $p<.005$ ; Kontrollvariablen=Alter, Geschlecht, Berufsjahre, Häufigkeit der Tätigkeitsausführung; Beschäftigungsumfang: Keine Unterschiede zw. parametrische und non-parametrische Korrelationswerten.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in den Tabellen 6 und 7 zusammengefasst. Tabelle 6 zeigt die Werte der Regressionsanalyse zur Varianzaufklärung des Gesundheitsfaktors *Kognitive Kohärenz*. Personenbezogene Merkmale (Modell 0) klären 27% der Varianz auf. Die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung hat den höchsten Einfluss ( $\beta=.50$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ). Die externen Ressourcen *Handlungsspielraum* ( $\beta=.09$ ,  $SD=.02$ ,  $p<.001$ ) und *Führungsverhalten* ( $\beta=.07$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ) tragen um 2% signifikant zur Steigerung der Varianzaufklärung bei. *Beschäftigungsumfang* als externe Anforderung verändert die Varianzaufklärung nicht. Die Aufnahme der Skala *Selbstwirksamkeit* führt zu einer signifikanten Steigerung der Varianzaufklärung um 3%. Mit der Skala *Irritation* (interne Anforderung) kann das Gesamtmodell schließlich 33% Varianz der inklusionsspezifischen *Kognitiven Kohärenz* erklären. Innerhalb des Gesamtmodells zeigen die Häufigkeit der

Tätigkeitsausführungen ( $\beta=.49$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ) sowie die *Selbstwirksamkeit* ( $\beta=.17$ ,  $SD=.02$ ,  $p<.001$ ) und das *Führungsverhalten* ( $\beta=.06$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ) die höchsten Einflüsse.

Tabelle 7 zeigt die Werte der erklärten Varianz für die Gesundheitsfaktoren *Bewältigbarkeit* und *Unterstützung*. *Bewältigbarkeit* wird zu 22% durch die eingesetzten Prädiktoren aufgeklärt. Dabei ist der Zuwachs an Varianzaufklärung nach der Zunahme der internen Ressource *Selbstwirksamkeit* zu den Personen- und Erfahrungsmerkmalen erwartungsgemäß hoch – wenngleich der Häufigkeitseinfluss höher ist ( $\beta=.31$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ). Die Varianz der Skala *Unterstützung* kann zu 31% aufgeklärt werden. Die Varianzaufklärung der Skalen externer Ressourcen ist am höchsten ausgeprägt. *Führungsverhalten* hat innerhalb des Modells einen höheren Einfluss ( $\beta=.33$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ) als die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung ( $\beta=.31$ ,  $SD=.01$ ,  $p<.001$ ).

Tabelle 6  
*Hierarchische Regressionsanalyse zur Varianzaufklärung des Gesundheitsfaktors ‚Kognitive Kohärenz‘ bei inklusionsbezogenen Tätigkeiten (aV)*

	Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Prädiktor	$\beta$ (SE)	$\beta$ (SE)	$\beta$ (SE)	$\beta$ (SE)	$\beta$ (SE)
Geschlecht	<b>.07 (.02)</b>	<b>.07 (.02)</b>	<b>.07 (.02)</b>	<b>.05 (.02)</b>	<b>.05 (.02)</b>
Alter	.01 (.00)	.02 (.00)	.02 (.00)	.02 (.00)	.02 (.00)
Berufsjahre	-.03 (.00)	-.04 (.00)	-.04 (.00)	-.03 (.00)	-.02 (.00)
Häufigkeit Inklusion	<b>.50 (.01)</b>	<b>.50 (.01)</b>	<b>.50 (.01)</b>	<b>.48 (.01)</b>	<b>.49 (.01)</b>
Führungsverhalten		<b>.06 (.01)</b>	<b>.06 (.01)</b>	<b>.05 (.01)</b>	<b>.05 (.01)</b>
Handlungsspielraum		<b>.10 (.02)</b>	<b>.10 (.02)</b>	<b>.05 (.02)</b>	<b>.05 (.02)</b>
Beschäftigungsumfang			.00 (.01)	.01 (.01)	.01 (.01)
Selbstwirksamkeit				<b>.19 (.02)</b>	<b>.18 (.02)</b>
Irritation					<b>-.04 (.01)</b>
R <sup>2</sup>	.27	.29	.29	.32	.33
delta-R <sup>2</sup>	<b>.27</b>	<b>.02</b>	.00	<b>.03</b>	<b>.01</b>
F für delta-R <sup>2</sup>	<b>609.22</b>	<b>84.33</b>	.00	<b>307.90</b>	<b>12.71</b>

Anmerkungen. fett=  $p<.001$ ; Multikollinearitätsstatistik=.24<Toleranz<.92, 1.09<VIF<4.26.



Tabelle 7  
*Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalysen für die Gesundheitsfaktoren Bewältigbarkeit und Unterstützung*

Prädiktoren	Bewältigbarkeit			Unterstützung		
	R <sup>2</sup>	delta-R <sup>2</sup>	F für delta-R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	delta-R <sup>2</sup>	F für delta-R <sup>2</sup>
Modell 0 Personenmerkmale	.11	.11**	184.96**	.13	.13**	244.15**
Modell 1 Externe Ressourcen	.14	.04**	132.01**	.29	.16**	721.84**
Modell 2 Externe Anforderungen	.14	.00*	9.22*	.29	.00	.00
Modell 3 Interne Ressourcen	.20	.06**	478.77**	.31	.01**	124.91**
Modell 4 Interne Anforderungen	.22	.01**	116.70**	.31	.00**	24.95**

Anmerkungen. \*\* $p < .001$ ; \* $p < .005$ ; Multikollinearitätsstatistik *Bewältigbarkeit* =  $24 < \text{Toleranz} < .92$ ,  $1.09 < \text{VIF} < 4.26$ ; Multikollinearitätsstatistik *Unterstützung* =  $.24 < \text{Toleranz} < .92$ ,  $1.09 < \text{VIF} < 4.24$ .

## 2.6 Diskussion

Reformbedingte Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verändern die beruflichen Aufgaben sowie Anforderungen von Lehrkräften. Diese Veränderungen können mit gesundheitlichen Beanspruchungen einhergehen (Harazd et al. 2009; Kunz Heim et al. 2014). Der vorliegende Beitrag untersucht daran anschließend das Gesundheitsempfinden von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildung. Dafür wurden die inklusionsspezifischen Tätigkeiten *Kooperation* zwischen Regel- und Förderschullehrkräften, *Diagnostik* und individuelle *Förderung* von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Förderbedarfen aus niedersächsischen Rechts- und Verwaltungsvorschriften operationalisiert und anhand von insgesamt drei Gesundheitsfaktoren (*Kognitive Kohärenz*, *Bewältigbarkeit*, *Unterstützung*) beurteilt. Die Gesundheitsfaktoren rekurrieren auf das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997) (psychische Gesundheitsdimension) und die soziale Unterstützung (soziale Gesundheitsdimension) als bedeutsame Gesundheitsressourcen.

Ziel der Untersuchung ist die Identifikation arbeitsbezogener Ressourcen und Anforderungen des Lehrkräfteberufs sowie die Analyse deren Einflusses auf die Wahrnehmung der Gesundheitsfaktoren. Es wurde den Fragen nachgegangen 1) wie Lehrkräfte inklusionsbezogene Arbeitstätigkeiten anhand von Gesundheitsdimensionen bewerten und

2) welchen Einfluss arbeitsbedingte Be- und Entlastungsfaktoren auf das Gesundheitserleben von Lehrkräften bei inklusionsbezogenen Tätigkeiten haben.

Die deskriptiven Daten zum tätigkeitsbezogenen Gesundheitserleben zeigen, dass die Faktoren *Bewältigbarkeit* und *Unterstützung* im Tätigkeitsvergleich geringer eingeschätzt werden als die *Kognitive Kohärenz*. Mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen sind folglich nicht auf ein generelles Infragestellen inklusionsspezifischer Tätigkeiten zurückzuführen, sondern auf mangelnde Ressourcen zu deren Bewältigung. Die Zustimmungswerte bei der Einschätzung der *Unterstützung* durch die Schule liegen über alle Tätigkeiten hinweg unter dem statistischen Mittel. Dies macht einen verstärkten Unterstützungsbedarf auf institutioneller Ebene deutlich. Übereinstimmend mit Studien, die zeigen konnten, dass Kooperationen zwischen Lehrkräften als Ressource wirken können (Fussangel et al. 2010), zeigen sich bei der Tätigkeit *Kooperation* die höchsten Zustimmungswerte beim Faktor *Kognitive Kohärenz*. Hier wird deren eingeschätztes Entlastungspotenzial deutlich, welches durch die Initiierung qualitativ hochwertiger Kooperationsformen wie der Ko-Konstruktion (Fussangel et al. 2010) zusätzlich gefördert werden könnte. Die individuelle *Förderung* von Lernenden mit sonderpädagogischem Förderbedarf wird in Bezug auf die Bewältigbarkeit am negativsten bewertet. Die Adaptation des Unterrichts (Gräsel et al. 2017) erscheint als Tätigkeitsbereich, der in Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten explizit verstärkt thematisch aufgegriffen werden sollte. Daran anschließend sei für alle drei Tätigkeiten angemerkt, dass sie, durch die Festschreibung in Rechts- und Verwaltungsvorschriften, behördlich intendiert sind und dadurch per se in besonderem Maße mit Unterstützungsmaßnahmen begleitet werden sollten. Zur Beantwortung der zweiten Frage wurde je Gesundheitsfaktor eine Regressionsanalyse auf Grundlage des SAR-Modells (Becker 2006) für den Gesamtwert *Inklusion* durchgeführt. Dieser wurde aus den Mittelwerten der Tätigkeiten *Kooperation*, *Diagnostik* und *Förderung* gebildet. Insgesamt wurden fünf Modelle je Gesundheitsfaktor hierarchisch eingesetzt. Personen- und erfahrungsbezogene Merkmale klären bereits 27% der insgesamt 33% Varianz der *Kognitiven Kohärenz* auf. Stärksten Einfluss hierbei hat die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung. Demnach hängt das häufige Ausführen der Tätigkeit mit einer positiveren Einschätzung der Gesundheitsfaktoren zusammen. Bezugnehmend auf Ergebnisse der Expertiseforschung (Krauss und Bruckmaier 2014) ist davon auszugehen, dass häufiger Kontakt mit berufsbezogenen Anforderungen mit dem Aufbau von Routinen und Kompetenzen verbunden ist, welche die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen positiv beeinflussen. Daraus abgeleitet entsteht ein Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten, im Rahmen derer Lehrkräfte die Möglichkeit erhalten, sich mit den Inhalten der inklusionsbezogenen Tätigkeiten auseinanderzusetzen. Diesen Bedarf verdeutlicht auch der Einfluss der internen Ressource *Selbstwirksamkeit*, deren Bedeutsamkeit in diversen Studien gezeigt werden konnte (z.B. Abele und Candova 2007). Situative Lerngelegenheiten, in denen Überzeugungen zur

eigenen Wirksamkeit in Bezug auf inklusionsspezifische Tätigkeiten ausgebildet werden, könnten hier einen geeigneten Rahmen schaffen (Pieter et al. 2010). Die interne Anforderung *Irritation* kann die Varianzaufklärung der psychischen Gesundheitsfaktoren steigern. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutsamkeit des Einbezugs von Anforderungen bei Analysen zur Gesundheitsentstehung. Die externe Anforderung des Beschäftigungsumfangs hat in allen Analysen keinen Einfluss auf die Varianzaufklärung. Eine mögliche Erklärung hierfür ist in der relativ geringen Varianz der Variable zu sehen. Eine kontinuierliche Variable der tatsächlichen Arbeitszeit könnte in künftigen Analysen deren Einfluss vermutlich besser abbilden. Die externen Ressourcen *Führungsverhalten* und *Handlungsspielraum* (Krause 2004) erweisen sich insbesondere für den sozialen Gesundheitsfaktor *Unterstützung* als einflussreich. Ressourcen der schulischen Umwelt sind daher in ihrer Wichtigkeit für das (soziale) Gesundheitserleben bei inklusionsbezogenen Tätigkeiten hervorzuheben. Schul(leitung)en kommt die Aufgabe zu, entsprechende Ressourcen zu ermöglichen, mittels derer Lehrkräfte bei der Ausführung und Bewältigung neuer Arbeitsanforderungen bestmöglich unterstützt werden (Krause und Dorsemagen 2011). Auf diese Weise kann ein entscheidender Beitrag auf institutioneller Ebene zur Gesundheitsförderung in Bezug auf inklusionsspezifische Tätigkeiten geleistet werden.

### **2.6.1 Limitationen & Ausblick**

Einschränkend zur vorliegenden Studie ist bei der Interpretation der Ergebnisse die geringe Rücklaufquote von ca. 11% zu berücksichtigen. Als Referenzwert fungiert die Grundgesamtheit schulischen Personals in Niedersachsen. Ein Referenzwert zur tatsächlich erreichten Stichprobe liegt, bedingt durch eine postalische Kontaktaufnahme über die Einzelschulen, leider nicht vor. Schwere Verzerrungen der Daten sind wegen der grundgesamtheitsnahen Verteilung der Stichprobe (soziodemografische Angaben) jedoch nicht zu erwarten. Ein möglicher Selection Bias könnte – bedingt durch die Freiwilligkeit bei der Studienteilnahme – vorliegen und sollte bei Interpretationen berücksichtigt werden. Gesundheitlich beanspruchte Personen stellen generell eine schwer erreichbare Zielgruppe dar (Healthy Worker Effect). Spillover-Effekte anderer Gesundheits- bzw. Beanspruchungsquellen, die die Wahrnehmung der Lehrkräfte beeinflussen, können ebenfalls nicht berücksichtigt werden.

Die vorliegende Analyse konnte für das noch wenig untersuchte Themenfeld des Gesundheitsempfindens bei inklusionsbezogenen Tätigkeiten wichtige Hinweise zur schulischen Gesundheitsförderung ableiten. Die nicht erklärte Varianz der Gesundheitsfaktoren wirft dennoch die Frage nach weiteren, möglicherweise inklusionsspezifischen Be- und Entlastungsfaktoren auf. Diesbezüglich erscheint im Hinblick der Generierung neuer Gesundheitsaspekte ein qualitativer Feldzugang vielversprechend. Auf

das Gesundheitskonstrukt Bezug nehmend sei angemerkt, dass künftige Erhebungen mit der zusätzlichen Erfassung physischer Gesundheitsdimensionen an der empirischen Abbildung holistischer Gesundheitskonstrukte arbeiten könnten. Darüber hinaus sollte in nachfolgenden Erhebungen die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung weiter ausdifferenziert und qualitative Erfahrungsaspekte berücksichtigt werden, da hier ein einflussreicher Faktor identifiziert worden zu sein scheint. Schließlich könnte ein Vergleich von inklusionsbezogenen und generischen schulischen Tätigkeiten Erkenntnisse zur Spezifik des Gesundheitserlebens im Kontext inklusiver Tätigkeiten liefern.

## 2.7 Literaturverzeichnis

- Abele, A. E., & Candova, A. (2007). Prädiktoren des Belastungserlebens im Lehrerberuf. Befunde einer 4-jährigen Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 21, 107–118.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bosse, S., Jäntsich, C., & Spörer, N. (2015). Einschätzungen von Lehrerinnen und Lehrern zum inklusiven Unterricht. In N. Spörer, A. Schröder-Lenzen, M. Vock & K. Maaz (Hrsg.), *Inklusives Lernen und Lehren im Land Brandenburg*. Abschlussbericht zur Begleitforschung des Pilotprojekts „Inklusive Grundschule“.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Frenzel, A. C., Götz, T., & Pekrun, R. (2008). Ursachen und Wirkungen von Lehreremotionen: Ein Modell zur reziproken Beeinflussung von Lehrkräften und Klassenmerkmalen. In M. Gläser-Zikuda & J. Seifried (Hrsg.), *Lehrerexpertise: Analyse und Bedeutung unterrichtlichen Handelns* (S. 187-209). Münster: Waxmann.
- Fussangel, K., Dizinger, V., Böhm-Kasper, O., & Gräsel, C. (2010). Kooperation, Belastung und Beanspruchung von Lehrkräften an Halb- und Ganztagschulen. *Unterrichtswissenschaft*, 38(1) S. 51–67.
- Gerick, J. (2015). *Führung und Gesundheit in der Organisation Schule: zur Wahrnehmung transformationaler Führung und die Bedeutung für die Lehrergesundheit als Schulqualitätsmerkmal*. Münster: Waxmann Verlag.
- Gräsel, C., Decristan, J., & König, J. (2017). Adaptiver Umgang mit Heterogenität im Unterricht. *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 195–206.
- Grosche, M. (2015). Ein Diskussions- und Positionsartikel zur Definition von Inklusion aus Sicht der empirischen Bildungsforschung. In P. Kuhl et al. (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 17–39). Wiesbaden: Springer.
- Harzad, B., Gieske, M., & Wolff, H.-G. (2009). *Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrergesundheit als neue Aufgabe der Schulleitung*. München: Hermann Luchterhand.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Klusmann, U., Richter, D., & Lüdtke, O. (2016). Teachers' emotional exhaustion is negatively related to students' achievement: Evidence from a large-scale assessment study. *Journal of Educational Psychology*, 108, S. 1193–1203.

- Klusmann, U., Kunter, M., Trautwein, U., & Baumert, J. (2006). Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20(3), 161–173.
- Knauder, H. (2005). *Burn-out im Lehrerberuf. Verlorene Hoffnung und wiedergewonnener Mut*. (2. Aufl.). Graz: Leykam.
- Krause, A., & Dorsewagen, C. (2011). Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer. In E. Bamberg, A. Ducki & E.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S.561–579). Göttingen: Hogrefe.
- Krause, A. (2004). *Fragebogen zur Arbeitssituation an Schulen (FASS). Dokumentation der Skalen und Aussagen*. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Krauss, S., & Bruckmaier, G. (2014). Das Experten-Paradigma in der Forschung zum Lehrerberuf. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 241–261). Münster: Waxmann Verlag.
- Ksienzyk, B., & Schaarschmidt, U. (2005). Beanspruchung und schulische Bedingungen. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Aufl., S. 72–87). Weinheim, Basel: Beltz.
- Kullmann, H., Lütje-Klose, B., & Textor, A. (2014). Eine Allgemeine Didaktik für inklusive Lerngruppen – fünf Leitprinzipien als Grundlage eines Bielefelder Ansatzes der inklusiven Didaktik. In B. Amrhein & M. Dziak-Mahler (Hrsg.), *Fachdidaktik inklusiv* (S. 89–107). Münster: Waxmann.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., & Krause, A. (2014). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 32 (2), 280–295.
- Lange, V. (2017). Ländervergleich Inklusive Bildung in Deutschland. Verfügbar unter [www.fes.de/publikationen/?t\\_dirlink=x&modus=&f\\_IDR=I+13493](http://www.fes.de/publikationen/?t_dirlink=x&modus=&f_IDR=I+13493) [15.09.2018].
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lehr, D. (2011). Prävention und Intervention in der personenbezogenen Forschung zu Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In H. Bennewitz, E. Terhart & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch zur Forschung zum Lehrerberuf* (S. 774–787). Münster: Waxmann.
- Mohr, G., Rigotti, T., & Müller, A. (2005). Irritation – ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie*, 49(1), 44–48.
- Niedersächsisches Kultusministerium (2013). *Verordnung zur Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung vom 22. Januar 2013*. Verfügbar unter: [www.nds-voris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SoP%C3%A4dFV+ND+%C2%A7+1&psml=bsvorisprod.psml&max=true](http://www.nds-voris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SoP%C3%A4dFV+ND+%C2%A7+1&psml=bsvorisprod.psml&max=true) [20.09.2018].

- Niedersächsisches Kultusministerium (2017). *Die niedersächsischen allgemein bildenden Schulen in Zahlen Stand: Schuljahr 2016/2017*. Verfügbar unter: [www.mk.niedersachsen.de/startseite/service/statistik/die-niedersaechsischen-allgemein-bildenden-schulen-in-zahlen-6505.html](http://www.mk.niedersachsen.de/startseite/service/statistik/die-niedersaechsischen-allgemein-bildenden-schulen-in-zahlen-6505.html) [20.09.2018].
- Niedersächsisches Kultusministerium (2016). *Niedersächsisches Schulgesetz in der Fassung vom 3. März 1998* (Nds. GVBl. S. 137), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Juni 2015 (Nds. GVBl. S. 90).
- Nübling, M., Vomstein, M., Haug, A., Nübling, T., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., & Krause, A. (2012). *Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg-Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit*. Freiburg: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin.
- Paulus, P., Horstmann, D., Baydar, C., & Dadaczynski, K. (2017). *Bericht zur Onlinebefragung „Mehr Zeit für gute Schule“*. Lüneburg: ZAG. Verfügbar unter [www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html](http://www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html) [15.02.2018].
- Pieter, A., Emrich, E., & Stark, R. (2010). Situierete Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(2), 95–102.
- Piezunka, A., Schaffus, T., & Grosche, M. (2017). Vier Definitionen von schulischer Inklusion und ihr konsensueller Kern. Ergebnisse von Experteninterviews mit Inklusionsforschenden. *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 207–222.
- Richter, D., & Pant, H. A. (2016). *Lehrerkooperation in Deutschland. Eine Studie zu kooperativen Arbeitsbeziehungen bei Lehrkräften der Sekundarstufe I*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Rothland, M., & Klusmann, U. (2016). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hg.), *Beruf Lehrer/Lehrerin: Ein Studienbuch*. (S. 351–369). Stuttgart: UTB.
- Rothland, M. (2013). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf und die Modellierung professioneller Kompetenz von Lehrerinnen und Lehrern. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 2–20). Wiesbaden: Springer VS.
- Sälzer, C., Gebhardt, M., Müller, K., & Pauly, E. (2015). Der Prozess der Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs in Deutschland. P. Kuhl et al. (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 129–152). Wiesbaden: Springer VS.
- Schaarschmidt, U. (Hg.). (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Schaarschmidt, U., & Kieschke, U. (2013). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In M. Rothland (Hg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (S. 81–97). Wiesbaden: Springer.

- Schmitz, G. S., & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 14(1), 12–25.
- Schwab, S. (2017). Interprofessionelle Lehrkraftkooperation im inklusiven Unterricht aus der Perspektive der Schülerinnen und Schüler. *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 262–279.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität.
- Urban, D., Mayerl, J., & Wahl, A. (2016). *Regressionsanalyse bei fehlenden Variablenwerten (missing values): Imputation oder Nicht-Imputation?* Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart: Stuttgart.
- Urton, K., Wilbert, J., & Hennemann, T. (2014). Der Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Integration und der Selbstwirksamkeit von Schulleitungen und deren Kollegien. *Empirische Sonderpädagogik*, 8(1), 3–16.
- Wesselborg, B. (2015). *Lehrergesundheit: Eine empirische Studie zu Anforderungen und Ressourcen im Lehrerberuf aus verschiedenen Perspektiven*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.



### **3. Teilstudie 2**

Peperkorn, M., Müller, K., & Paulus, P. (under review). Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten – Gesundheitserleben unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrung. In C. Gresch, M. Grosche, P. Kuhl, & C. Sälzer (Hrsg.), *Inklusion, Sonderpädagogische Förderung und Schulleistungserhebungen: Gelingensbedingungen und Herausforderungen*. Wiesbaden: Springer.

# **Lehrkräftegesundheit im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten – Gesundheitserleben unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfahrung**

## **Zusammenfassung**

Im Rahmen der Einführung inklusiver Schulen rückt das Gesundheitserleben schulischer Akteure aufgrund der vielfältigen neuen Tätigkeitsanforderungen in den Fokus. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der Beitrag mit der Operationalisierung von Gesundheitsfaktoren im Rahmen großangelegter (Vergleichs-) Studien. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich das Gesundheitserleben von Lehrkräften mit unterschiedlicher Erfahrung mit Inklusionstätigkeiten in Bezug auf verschiedene Gesundheitsdimensionen voneinander unterscheidet. Die vorliegende Studie basiert auf einer Befragung niedersächsischer Lehrkräfte ( $N=6712$ ). Sie rekurriert in der Operationalisierung eines sozialökologischen Gesundheitskonstrukts u.a. auf das Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997) und ermöglicht mit dieser salutogenetischen Perspektive die Identifikation tätigkeitsbezogener Gesundheitsressourcen im Kontext inklusiver Bildung. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse prüft die Faktorstruktur des Modells. Eine Messäquivalenzprüfung belegt, dass die eingesetzten Skalen skalar invariant sind. Der Vergleich der Gruppenmittelwerte zeigt, dass sich das Gesundheitserleben über alle Faktoren hinweg zugunsten der Lehrkräfte mit viel Erfahrung signifikant voneinander unterscheidet. Die Bedeutung der Ergebnisse für die Konzeption und Auswertung von Schulleistungserhebungen werden diskutiert.

## **Abstract**

In the context of the introduction of inclusive schools, the health perception of school actors is in the focus of attention due to the many new job requirements. Against this background the paper deals with the question of whether the perceived health experience differs in terms of different health dimensions from teachers with different experience of inclusion activities. The present study is based on a survey of Lower Saxony teachers ( $N=6712$ ). It recurses to the sense of coherence (Antonovsky 1997) in the operationalization of a socioecological health construct. The salutogenetic perspective enables the identification of activity related health resources in the context of inclusive education. A confirmatory factor analyses examines the factor structure of the model. A measurement equivalence test proves that used scales are scalar invariant. The comparison of the group averages shows that the health experience across all factors differs significantly in favor of the teachers with a lot of experience. The relevance of the results for the conception and evaluation of large scale assessments are discussed.

### 3.1 Hinführung

Bildungspolitische Maßnahmen zur Umsetzung der ratifizierten ‚Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen‘ (Vereinte Nationen 2006) verändern schulische Rahmenbedingungen erheblich (Grosche 2015). Regelschulen werden „inklusiv“ (z.B. §4 NSchG) und sollen damit gemäß §24 der Konvention eine gleichberechtigte Teilhabe aller Schüler\*innen am Regelschulsystem ermöglichen (Wrase 2015). Der Fokus der Reformbestrebung liegt dabei in Deutschland auf der Ermöglichung des Besuchs einer allgemeinbildenden Schule für alle schulpflichtigen Heranwachsenden. Die gemeinsame Beschulung von Schüler\*innen mit und ohne sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf wird so zum strukturellen Kernelement der schulischen Inklusionsreform. Das Verständnis von Inklusion wird daran anknüpfend für den vorliegenden Beitrag auf schulische Kontexte enggeführt und bezieht sich auf die gemeinsame Unterrichtung von Schüler\*innen mit und ohne sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf. Nach Grosche (2015) wird damit auf eine Dimension von Inklusion auf struktureller Ebene rekurriert, welche an eine Zwei-Gruppen-Definition anschließt.

Mit veränderten Zusammensetzungen von Lerngruppen stehen Lehrkräfte vor der Herausforderung, einer steigenden Leistungsheterogenität und spezifischer werdenden individuellen Bedarfen seitens der Schüler\*innen umzugehen. Damit einher gehen Veränderungen beruflicher Tätigkeiten von Lehrkräften, die die Gestaltung von inklusiven Lehr-Lern-Settings betreffen (Kopmann und Zeinz 2017). Neben die Adaptation des unterrichtlichen Angebots, bei der angebotene Materialien und Methoden einen individualisierten Lernzugang ermöglichen sollen (Prenzel 2013), treten diagnostische Verfahren zur Überprüfung von Lernvoraussetzungen (Gräsel et al. 2017) sowie die Arbeit im multiprofessionellen Team (Schwab 2017). In inklusiven Settings tätigen Lehrkräften obliegt mit der Ausführung dieser beruflichen Tätigkeiten nicht nur die Bewältigung umfangreicher, zum Teil neuer Aufgaben: ihnen kommt auch eine besondere Bedeutung für das Gelingen der mit Inklusion verbundenen Reformen zu (Gräsel et al. 2017).

Forschungsarbeiten haben in diesem Kontext gezeigt, dass reformbedingte, neue oder veränderte Arbeitstätigkeiten und Anforderungen mit gesundheitlichen Beanspruchungen beim Personal in Verbindung stehen können (Kunz Heim et al. 2014; Harazd et al. 2009; Nido et al. 2008). Da die Gesundheit schulischer Akteure für den Erfolg und die Qualität schulischen Lernens in inklusiven Settings von Bedeutung ist, wird diese Facette zunehmend auch in großangelegten Befragungen berücksichtigt. Bisher existieren jedoch kaum Inventare zur Erfassung eines tätigkeitsbezogenen Gesundheitserlebens.

Zahlreiche Untersuchungen zum Gesundheitserleben schulischer Akteure greifen auf etablierte Instrumente, wie den AVEM-Fragebogen (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) von Schaarschmidt (2005) zurück (z.B. Oesterreich 2015;

Klusmann et al. 2012; Klusmann et al. 2006). Das Instrument erfasst gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale. Für Aussagen zu einem inklusionsbezogenen Gesundheitsempfinden sind jedoch die spezifischen, neuen Tätigkeitsanforderungen und deren Einschätzung durch Lehrkräfte zentral. Es wurde daher für den vorliegenden Beitrag ein Instrument genutzt, welches in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitsverständnis (WHO 1986) den Gesundheitszustand einer Person als das Ergebnis der aktiven und fortdauernden Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt bzw. situationsbezogenen Anforderungen betrachtet. Dementsprechend wird die Einschätzung situativer Aspekte in Bezug auf gesundheitliche Dimensionen fokussiert. Durch dieses Vorgehen entstehen detaillierte, gesundheitsbezogene Informationen zu spezifischen beruflichen Anforderungen. Es resultieren verhältnisbezogene Gesundheitsaussagen, welche konkrete Ableitungen zur Gesundheitsförderung in der pädagogischen Praxis ermöglichen. Hier ergänzt das vorliegende Instrument bestehende Inventare, die Gesundheitsaussagen ebenfalls über die Einschätzung von Umweltmerkmalen treffen, diese Umweltmerkmale aber aus einer globaleren Perspektive erfassen. Als Beispiele hierfür seien der Maslach-Burnout-Inventory (Maslach et al. 1996) oder die Skalen des Fragebogens zur Arbeitssituation an Schulen (FASS) (Krause 2004) genannt.

Ziel des Beitrags ist es, Aussagen zur Wahrnehmung unterschiedlicher Gesundheitsdimensionen von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten zu treffen. Bei der Auswertung der Erhebungsdaten muss jedoch bedacht werden, dass nicht vorausgesetzt werden kann, dass allen befragten Lehrkräften das gleiche Verständnis der erfragten Tätigkeiten (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘) zugrunde liegt. Vielmehr sollten mögliche Unterschiede zwischen den Lehrkräften berücksichtigt werden. So beeinflusst z.B. die Schulformzugehörigkeit (Peperkorn und Horstmann 2018) die Kontakthäufigkeit mit inklusiven Tätigkeiten wodurch Erfahrungsunterschiede entstehen. Diese können zu unterschiedlichen Auffassungen der inklusionsbezogenen Tätigkeiten und Inhalte führen.

Das Ziel des vorliegenden Beitrags teilt sich vor dem dargestellten Hintergrund zum einen in eine methodische Analyse des Erhebungsinstruments und zum anderen in eine inhaltliche Analyse der Bewertung inklusionsspezifischer Tätigkeiten anhand gesundheitsbezogener Dimensionen von Lehrkräften mit unterschiedlicher Erfahrung im Bereich der schulischen Inklusion. Dazu wird der eingesetzte Fragebogen zunächst auf seine Faktorstruktur hin untersucht und mit einer Messinvarianzprüfung die statistische Voraussetzung zur Durchführung eines Gruppenvergleichs überprüft. Anschließend werden Mittelwertunterschiede der Gesundheitswahrnehmung zwischen den beiden Gruppen der Lehrkräfte mit viel bzw. wenig inklusiver Tätigkeitserfahrung dargestellt. Die Ergebnisse werden insbesondere im Hinblick auf die Implementierung der Konstrukte in Schulleistungsvergleichsstudien diskutiert.

### **3.2 Zur Gesundheit von Lehrkräften**

Für die Qualität schulischen Lernens ist die Gesundheit von Lehrkräften ein wichtiges Maß. Analysen aus Daten des Ländervergleichs (Klusmann et al. 2016) legen nahe, dass neben fachlichen Kompetenzen auch das Gesundheitsempfinden von Lehrkräften mit den Leistungen der Schüler\*innen assoziiert ist. Studien konnten Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand von Lehrkräften und der Unterrichtsqualität (Belz 2008; Frenzel et al. 2008), dem kognitiv aktivierendem Unterrichtshandeln (Retelsdorf et al. 2010), der Motivation (Knauder 2005), der Förderung (Klusmann et al. 2006) sowie der Unterstützung (Shen et al. 2015) von Schüler\*innen nachweisen. Oesterreich (2015) konstatiert aus den bestehenden Forschungsergebnissen zum aufgeführten Zusammenhang ein sich gegenseitiges Bedingen des Gesundheitserlebens von Lehrkräften und des Unterrichtsverhaltens sowie der Schulleistungen von Schüler\*innen.

Doch nicht nur auf Ebene der Unterrichtsqualität kommt der Gesundheit von Lehrkräften eine besondere Bedeutung zu. Auch bei der Sicherung bzw. Steigerung der Schulqualität im Rahmen bildungspolitischer Veränderungen, damit zusammenhängenden Reformen und Umsetzungen von Neuerungen sowie schulintern initiierten Schulentwicklungsmaßnahmen, spielt die Gesundheit der beteiligten Akteure eine zentrale Rolle (Paulus 2010). Urton und Kolleg\*innen (2014) arbeiten hierzu heraus, dass u.a. der Umgang von Lehrpersonen mit Belastungen als Aspekt professioneller Handlungskompetenz maßgeblich zum Gelingen einer inklusiven Schulentwicklung beiträgt. Sie bestätigen damit vorangegangene Forschungsarbeiten, die (für nicht-inklusionsbezogene Prozesse) zeigen, dass das Gesundheitserleben einen wichtigen Faktor für eine gelingende Schulentwicklung darstellt.

Neuerungen und Veränderungen des Schulsystems im Kontext von Reformen können mit einem erhöhten Beanspruchungserleben bei Lehrkräften assoziiert sein (Nido et al. 2008; Harazd et al. 2009; Kunz Heim et al. 2009). Landert und Brägger (2009) zeigen, dass insbesondere unterrichtsbezogene Neuerungen und soziale Entwicklungen im Kontext von Reformen mit Schwierigkeiten verbunden sein können. Rosenholtz (1987, nach Schmitz 2000) belegt das Absinken von Selbstwirksamkeitserwartungen – hier als Gesundheitsindikator verstanden – der untersuchten Lehrkräfte im Kontext von Reformen. Die von außen vorgegebenen Neuerungen verändern berufsbezogene Abläufe sowie Handlungsmuster und stehen in negativem Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitserwartungen. Anhand von Ergebnissen der Expertiseforschung stellen sich diese Befunde noch differenzierter dar. Braun (2017) zeigt, dass die Entwicklung und Etablierung von Routinen bei der Durchführung beruflicher Tätigkeiten bei Lehrkräften in Verbindung mit geringeren gesundheitlichen Beanspruchungen stehen. Sie arbeitet heraus, dass sich berufstätige Lehrkräfte, die sich durch weniger Angst vor unbekanntem auszeichnen, mehr Freude an ihrer Arbeit empfinden und sich stärker einbringen. In Anschluss an Bromme (1992) kann davon

ausgegangen werden, dass Lehrkräfte die häufig die Möglichkeit haben sich mit neuen Aufgaben auseinanderzusetzen und darauf bezogene Expertise aufzubauen (Krauss und Bruckmaier 2014), tätigkeitsbezogene Anforderungen besser bewältigen können – folglich der Zugewinn an Expertise und Routine die Wahrnehmung von gesundheitlichen Ressourcen positiv beeinflusst. Der Aspekt der Erfahrung in beruflichen Tätigkeitsbereichen erlangt vor diesem Hintergrund an gesundheitsbezogener Bedeutung.

Basierend auf einer Vielzahl an Erhebungen zur Lehrkräftegesundheit lässt sich ein differenziertes Bild von arbeitsbedingten Be- und Entlastungsfaktoren zeichnen (detailliert Rothland und Klusmann 2016). Untersuchungen zum Gesundheitserleben von Lehrkräften im Kontext schulischer Inklusion sind jedoch bislang insbesondere im deutschsprachigen Raum rar – wenngleich erste Studien zeigen konnten, dass inklusive Tätigkeiten mit einem negativen Gesundheitsempfinden einhergehen können (Bosse et al. 2015; Peperkorn und Horstmann 2018). Vor dem dargelegten Hintergrund schulischer Neuerungen sind auch die aufgeführten multiplen Aufgaben und die damit verbundenen Veränderungen der schulischen Tätigkeiten von Lehrkräften im Zuge der Inklusionsreform in den Blick zu nehmen. Für Aussagen zu einem inklusionsbezogenen Gesundheitsempfinden, sind diese inklusionsspezifischen Tätigkeiten als zentraler Aspekt im Kontext der Gesundheitsentstehung zu betrachten.

### **3.2.1 Das Konstrukt Gesundheit**

Da es keine allgemeingültige Definition von Gesundheit gibt, lässt sich das mehrdimensionale Konstrukt bislang nicht theoretisch abbilden (Wesselborg 2015). Da allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand erschwert sind, können unterschiedliche Dimensionen betrachtet werden. In Anlehnung an die WHO (1986) sind hierbei bspw. physische, psychische, soziale und umweltbezogene Dimensionen zu unterscheiden. Auch in Abhängigkeit der Fachdisziplin werden jeweils andere Schwerpunkte bezüglich der Ausprägungen und Beziehungen der Konstruktdimensionen gesetzt. Im Folgenden sollen insbesondere zwei Entwicklungen bei der Betrachtung von Gesundheit aufgezeigt werden.

Biologisch-medizinische Konstrukte von Gesundheit beziehen sich vorrangig auf körperliche Unversehrtheit und konzentrieren sich damit auf die physische Dimension. Gesundheit wird hier oftmals als der Gegenpol von Krankheit verstanden, womit sich beide Konstrukte gegenseitig ausschließen. Es resultieren wissenschaftliche Fragestellungen, die sich aus pathogenetischer Perspektive mit der Krankheitsentstehung beschäftigen (Franke 2006). Antonovsky (1997) durchbrach diesen defizitorientierten Blick auf Gesundheit und forschte geleitet von der Frage, welche Faktoren (Ressourcen) zur Gesundheitsentstehung bzw. -erhaltung des Menschen beitragen (Salutogenese). Gesundheit und Krankheit bilden aus salutogenetischer Perspektive die jeweiligen Endpunkte eines Kontinuums, auf welchem sich der Gesundheitszustand einer Person in dynamischen Prozessen abbildet. Dieser hängt

von dem erfolgreichen Umgang mit Stressoren ab, wobei unterschiedliche Widerstandsressourcen einer Person unterstützend wirken (Antonovsky 1997). Als wichtigste Widerstandsressource und Kernkonzept der Salutogenese arbeitete Antonovsky das Kohärenzgefühl mit den drei Merkmalen ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘ und ‚Bewältigbarkeit‘ heraus. Das Kohärenzgefühl kann als positives und aktives Selbstbild bei der Bewältigung von Anforderungen verstanden werden (Wesselborg 2015) und lässt sich als psychische Gesundheitsdimension einordnen. Die empirisch überprüfte Annahme (z.B. Bengel et al. 2008) hinter dem Konzept ist die gesundheitsfördernde Auswirkung von Situationen oder Aufgaben, die als verstehbar, sinnhaft und bewältigbar beurteilt werden (Antonovsky 1997). Die salutogenetische Forschungsperspektive hat sich seither in der (Lehrkräfte-) Gesundheitsforschung etabliert (Wesselborg 2015).

Neben der dargelegten Differenzierung in pathogenetische und salutogenetische Perspektiven von Gesundheit, ist auch die Unterscheidung eher verhaltensorientierter (Person) und verhältnisorientierter (Umwelt) Betrachtung zentral. Die psychologisch geprägte Gesundheitsforschung, die insbesondere Personen bzw. individuelle Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen analysiert, wird durch Forschungsperspektiven erweitert, die ökologisch und soziale Aspekte von Gesundheit berücksichtigen (Hurrelmann 2006). Dem sozialökologischen Verständnis folgend, wird Gesundheit als das Ergebnis der alltäglichen und aktiven Auseinandersetzung des Menschen mit seiner ihn umgebenden Umwelt betrachtet (WHO 1986). Der Einfluss und die Bedeutung von sozial-kulturellen und physikalisch-materiellen Umwelteinflüssen werden damit betont. Dieser Setting-Ansatz ist in seiner Bedeutung immer wieder hervorgehoben worden. Neuere Modelle zur Gesundheitsentstehung wie z.B. das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker 2006) berücksichtigen das komplexe Wechselspiel von Gesundheitsverhalten und Gesundheitsverhältnissen. Im Beruf lässt sich Gesundheit damit als Konstrukt begreifen, das zum einen von der handelnden Person (durch personale bzw. interne Ressourcen und Anforderungen) und zum anderen durch die Bedingungen des Arbeitsplatzes (durch externe Ressourcen und Anforderungen) beeinflusst wird (Gerick 2015).

Die aufgeführten Entwicklungslinien in der Gesundheitsforschung aufgreifend, wurde ein Erhebungsinstrument genutzt, das mit grundsätzlich salutogenetischer Perspektive die Erhebung eines sozialökologischen Gesundheitskonstrukts ermöglicht und dementsprechend soziale und psychische Dimensionen in Bezug auf Umweltaspekte erfasst.

### **3.3 Fragestellungen**

Die Einführung inklusiver Schulen und damit verbundene Anforderungen, Tätigkeiten und Aufgaben stehen mit wahrgenommenen Belastungen von Lehrkräften in Zusammenhang (Bosse et al. 2015). Inklusionsspezifische Tätigkeiten werden unterschiedlich häufig von Lehrkräften

ausgeführt, woraus Erfahrungsunterschiede entstehen, welche die Gesundheitswahrnehmung beeinflussen können (Braun 2017). Gleichzeitig ist das Gesundheitserleben schulischer Akteure ein wichtiges Kriterium, das sich in der Qualität schulischen Lernens (Klusmann et al. 2006) und den Leistungen von Schüler\*innen abzeichnen kann (Klusmann et al. 2016). Im Rahmen von Large-Scale-Assessments wurde das Gesundheitsempfinden schulischen Personals bislang jedoch noch nicht genauer untersucht. Vor diesem Hintergrund befasst sich der vorliegende Beitrag mit folgenden Fragen:

- 1) Bildet sich das angenommene theoretische Konstrukt der Gesundheitsdimensionen in den empirischen Daten ab?
- 2) Ist ein latenter Mittelwertvergleich der Einschätzung gesundheitlicher Dimensionen zwischen Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusiver Tätigkeitserfahrung auf Grundlage des entwickelten Instruments zulässig?
- 3) Wie schätzen Lehrkräfte mit viel bzw. wenig inklusiver Tätigkeitserfahrung im schulischen Kontext gesundheitliche Ressourcen ein und unterscheidet sich die Einschätzung gesundheitlicher Ressourcen in den beiden Gruppen voneinander?

### **3.4 Daten und Methodik**

Den folgenden Analysen liegt der Datensatz ‚Mehr Zeit für gute Schule‘ (Paulus et al. 2017) zugrunde. Die Erhebung hat zum Ziel, aussagekräftige Informationen über den Einfluss bildungspolitischer Reformen und deren Umsetzung durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften am Arbeitsplatz Schule zu generieren. Die Befragung richtete sich an Schulleitungen, Lehrkräfte sowie pädagogische Mitarbeiter\*innen niedersächsischer Schulen und wurde 2016 online-basiert durchgeführt.

#### **3.4.1 Stichprobe**

Für die vorliegenden Analysen wurden ausschließlich die Angaben der befragten Lehrkräfte aus allgemeinbildenden Schulen und Förderschulen berücksichtigt. Insgesamt umfasst die Stichprobe  $N=6712$  Personen. Bezogen auf die niedersächsische Grundgesamtheit beträgt die Rücklaufquote 10.9%.

74.2% der Lehrkräfte gibt an weiblich zu sein. Das Durchschnittsalter liegt bei  $M=43.2$  Jahren ( $SD=10.4$ ) und die Berufserfahrung bei  $M=14.7$  Jahren ( $SD=10.1$ ). 94.2% der Lehrkräfte arbeiten in einem Beamtenverhältnis und zu 64.4% in einer Vollzeitbeschäftigung. Grundschullehrkräfte haben mit 39.7% am häufigsten an der Befragung teilgenommen. Es folgen Lehrkräfte von Gymnasien (17.6%), Oberschulen (12.5%), Integrierten Gesamtschulen (8.4%), Realschulen (7.6%), Förderschulen (6.7%), Kooperativen Gesamtschulen (4.3%) und Hauptschulen (3.2%).



Zur Unterteilung der Gesamtstichprobe im Hinblick auf die Erfahrung mit Inklusionstätigkeiten wurden Selbstauskünfte zur Häufigkeit der Tätigkeitsausführung herangezogen. Für den angestrebten Vergleich ergeben sich die beiden Gruppen von Lehrkräften mit wenig Erfahrung durch die Angaben „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“ ( $n=2864$ ) sowie Lehrkräfte mit viel Erfahrung durch die Angaben „trifft zu“ und „trifft eher zu“ ( $n=3360$ ). Durch dieses Vorgehen werden ausschließlich quantitative Erfahrungsaspekte berücksichtigt.

### 3.4.2 Die Erfassung unterschiedlicher Gesundheitsdimensionen

Das eingesetzte Erhebungsinstrument hat zum Ziel, das Gesundheitserleben im Kontext schulischer Inklusionstätigkeiten in Bezug auf psychische und soziale Gesundheitsdimensionen zu erheben. Es basiert auf geltenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften für schulisches Personal in Niedersachsen. Die Vorschriften bilden den Umweltbezug bei der Erhebung der Gesundheitswahrnehmung ab. Drei Tätigkeiten wurden als inklusionsspezifisch eingeordnet und für die vorliegende Analyse ausgewählt (Tab. 1). Sie rekurrieren, wie anfangs aufgeführt, auf die neuen Inklusionstätigkeiten schulischen Personals unter Berücksichtigung des festgelegten Inklusionsverständnisses.

Tabelle 1

*Tätigkeitsbeschreibungen schulischen Personals im Kontext inklusiver Bildung (Itemstamm)*

Kooperation	Die Zusammenarbeit der „Regelschullehrkräfte“ und der Förderschullehrkräfte für die Planung und Durchführung eines gemeinsamen Unterrichts ist eine Tätigkeit ...
Diagnostik	Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit ...
Förderung	Die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern mit unterschiedlichem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Unterricht ist eine Tätigkeit ...

*Anmerkungen.* Tätigkeitsbeschreibungen basierend auf niedersächsischen Rechts- und Verwaltungsvorgaben.

Tabelle 2

*Dimensionen zur Einschätzung der inklusionsspezifischen Tätigkeiten*

Häufigkeit	... die in meinem Arbeitsalltag oft vorkommt.
Verstehbarkeit	... bei der ich nachvollziehen kann, was entsprechend der rechtlichen Vorgaben von mir erwartet wird.
Sinnhaftigkeit	... die für meine pädagogische Arbeit nützlich ist.
Bewältigbarkeit	... die ich gut bewältigen kann.
Unterstützung	... für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte.

*Anmerkungen.* ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘, ‚Bewältigbarkeit‘ als Kerndimensionen des Kohärenzgefühls (Antonovsky 1997).

Teilnehmende wurden gebeten, die Tätigkeitsbeschreibungen in fünf unterschiedlichen Dimensionen auf einer vierstufigen Likert-Skala (0=„trifft nicht zu“ bis 3=„trifft zu“) zu bewerten (Tab. 2). Die Operationalisierung der Dimensionen ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘ und ‚Bewältigbarkeit‘ sind an die Kernelemente des Kohärenzgefühls (Antonovsky 1997) angelehnt und werden als psychische Gesundheitsdimension betrachtet. Dem Konstrukt der sozialen Unterstützung wird ebenfalls eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben (Schaarschmidt 2005; Holtappels 2013). Eine Vielzahl an Studien hat bei der Analyse wahrgenommener Gesundheitsressourcen von Lehrkräften soziale Unterstützung als bedeutsam herausgearbeitet (Schaarschmidt und Fischer 2001; van Dick 2006; Unterbrink et al. 2008; Rothland 2013). Die soziale Unterstützung wird daher im verwendeten Instrument als soziale Gesundheitsdimension berücksichtigt.

Mit dieser Konzeption rückt neben der salutogenetischen Gesundheitsperspektive die verhältnisbezogene Auffassung von Gesundheit in den Blick. Das beschriebene Verfahren erweitert die bislang im Bereich der schulbezogenen Gesundheitsforschung etablierten Skalen zur Gesundheitswahrnehmung um ein Inventar, das das Gesundheitserleben auf der Grundlage von spezifischen Tätigkeiten des Lehrkräfteberufs erfasst.

### 3.4.3 Analyseschritte

Die Analysen wurden mit den Programmen SPSS (Version 25) und MPlus (Version 8.1) vorgenommen. Zur Prüfung der statistischen Voraussetzungen der angestrebten Analysen wird zunächst eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Dabei wird die angenommene Faktorstruktur sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die jeweiligen Substichproben der Lehrkräfte mit viel bzw. wenig Erfahrung geprüft (Forschungsfrage 1). Es wurde ein dreifaktorielles Gesundheitskonstrukt getestet, das sich an den Vorüberlegungen von Franke (2006) orientiert. Demnach laden die Items der beiden eher kognitiv konnotierten Dimensionen ‚Verstehbarkeit‘ und ‚Sinnhaftigkeit‘ über verschiedene Tätigkeitsbereiche

hinweg auf einen gemeinsamen Faktor. Die Items der eher handlungsbezogenen Dimensionen ‚Bewältigbarkeit‘ und ‚Unterstützung‘ laden jeweils auf einen eigenen Faktor. Zusätzlich zu den Gesundheitsfaktoren wurden latente Variablen der Tätigkeiten (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘) modelliert, um deren domänenspezifische Varianz zu binden. Fehlende Werte werden über einen *Full Information Maximum Likelihood*-Schätzer berücksichtigt.

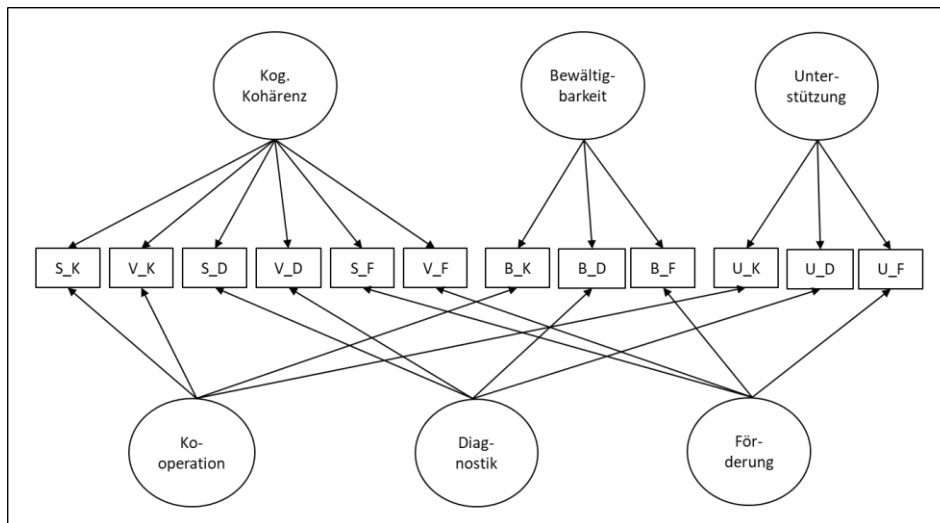
Sollen Gruppen bzw. Substichproben miteinander verglichen werden, wird der Vergleich oftmals auf Grundlage der Ausprägung zwischen latenten Variablen vorgenommen. Zentrale Voraussetzung für einen solchen Vergleich ist das Vorliegen von Messinvarianz (Chen 2007) (Forschungsfrage 2). Messinvarianz ist gegeben, wenn Items auch unter verschiedenen Voraussetzungen, wie z.B. bei der Bewertung durch unterschiedliche Personengruppen, dasselbe Konstrukt erfassen. Ein Wert ist messinvariant, wenn die Wahrscheinlichkeit des Wertes nicht davon abhängt, ob eine bestimmte Gruppenzugehörigkeit vorliegt (Schulte et al. 2013).

Zur Beantwortung der inhaltlichen Fragestellung (Forschungsfrage 3) nach der Einschätzung der Gesundheitsdimensionen wird die deskriptive Statistik der Items herangezogen. Für Aussagen zu möglichen Unterschieden zwischen den Gruppen von Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusiver Tätigkeitserfahrung werden verbundene *t*-Tests durchgeführt.

### **3.5 Ergebnisse**

*Faktorstruktur.* Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse sind in Tabelle 3 dargestellt. Das theoretisch angenommene dreifaktorielle Modell wurde für die Gesamtstichprobe und die beiden Substichproben jeweils getrennt voneinander geprüft. Die Gesundheitsdimensionen bilden neben einem kognitionsbezogenen Gesundheitsfaktor (‚Kognitive Kohärenz‘) auch zwei handlungsbezogene Gesundheitsfaktoren ab: einen intrapersonal-aktionalen (‚Bewältigbarkeit‘) und einen interpersonal-aktionalen (‚Unterstützung‘). Darüber hinaus wurden zur domänenspezifischen Varianzbindung drei Faktoren modelliert, welche die Tätigkeitsbereiche ‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘ und ‚Förderung‘ abbilden (Abb. 1). Für alle Modelle können die Fit-Werte der üblichen deskriptiven Modellstatistiken (Hu und Bentler 1999) als zufriedenstellend beurteilt werden.

Abbildung 1  
Schematische Darstellung der Faktorstruktur



Anmerkungen. ‚Kognitive Kohärenz‘, ‚Bewältigbarkeit‘, ‚Unterstützung‘ als Gesundheitsfaktoren; ‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘ als Tätigkeitsfaktoren.

Tabelle 3  
Konfirmatorische Faktorenanalyse für die Gesamt- und die Substichproben

Modell	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>SRMR</i>
Gesamt N=6024	816.70	36	.00	.97	.94	.06	.05
Wenig Erfahrung N=2864	328.42	36	.00	.97	.95	.05	.05
Viel Erfahrung N=3360	456.11	36	.00	.97	.94	.06	.04

Anmerkungen.  $\chi^2$ =Chi-Quadrat, *df*=Freiheitsgrade, *p*=Signifikanzniveau, *CFI*=Comparative-Fit-Index, *TLI*=Tucker-Lewis Index, *RMSEA*=Root-Mean-Square-Error of Approximation.

*Messinvarianzprüfung.* Tabelle 4 fasst die Ergebnisse der Messinvarianzprüfung zusammen. Zur Prüfung der Invarianz wurden die Faktorladungen und Intercepts der manifesten Variablen frei geschätzt. Die Varianz der latenten Variablen wurde auf 1 fixiert. Zusätzlich wurden die Korrelationen der Gesundheitsfaktoren (‚Kognitive Kohärenz‘, ‚Bewältigbarkeit‘, ‚Unterstützung‘) mit den drei Tätigkeitsfaktoren (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘) auf 0 fixiert. Die Ergebnisse zeigen ausreichende Fit-Werte der üblichen Teststatistik (Hu und Bentler 1999). Auf Grund der Sensitivität gegenüber großen Stichproben (Schermelleh-Engel et al. 2003) wird auf einen Modellvergleich auf Basis des Chi-Quadrat-Differenztests verzichtet. Der Chi-Quadrat Wert wird dennoch aufgeführt (Tab. 4). Stattdessen werden die Testwerte nach der ‚rule of thumb‘ von Chen (2007) beurteilt: Sinkt der *CFI* nicht um mehr als

.02 Einheiten und steigt der *RMSEA* nicht um mehr als .015 Einheiten, kann von Messinvarianz ausgegangen werden. Alle Restriktionen bis zur Prüfung skalarer Invarianz verschlechtern die Fit-Werte des Modells nicht. Damit ist die statistische Voraussetzung für den Mittelwertvergleich zwischen den beiden Gruppen der Lehrkräfte mit viel und wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung gegeben.

Tabelle 4  
*Modellgüteindizes zur Überprüfung der Messinvarianz*

Modell	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>CFI</i>	$\Delta CFI$	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	$\Delta RMSEA$
Konfigurale Invarianz	784.53	72	.00	.96	-	.94	.06	-
Metrische Invarianz	927.89	90	.00	.96	.00	.95	.06	.00
Skalare Invarianz	951.57	96	.00	.96	.00	.95	.05	.00

*Anmerkungen.*  $\chi^2$ =Chi-Quadrat; *df*=Freiheitsgrade; *p*=Signifikanzniveau des  $\chi^2$ -Tests; *CFI*=Comparative-Fit-Index;  $\Delta CFI$ =CFI-Differenz; *TLI*=Tucker-Lewis Index; *RMSEA*=Root-Mean-Square-Error of Approximation;  $\Delta RMSEA$ =RMSEA-Differenz.

*Gesundheitserleben.* Die deskriptive Statistik der Gesundheitsfaktoren ist für beide Subgruppen in Tabelle 5 aufgeführt. Die eingeschätzten Werte der Gesundheitsfaktoren der Lehrkräfte mit viel Erfahrung sind über die Faktoren hinweg höher ausgeprägt als die Werte der Lehrkräfte mit wenig Erfahrung. Die ‚Bewältigbarkeit‘ wird für alle Tätigkeiten von beiden Gruppen am niedrigsten eingeschätzt ( $.80 < M < 1.35$ ). Demgegenüber sind die Zustimmungswerte der ‚Kognitiven Kohärenz‘ über die Tätigkeiten hinweg bei beiden Gruppen am höchsten ausgeprägt ( $1.29 < M < 1.98$ ). Die Tätigkeit ‚Förderung‘ weist bei allen Gesundheitsfaktoren die niedrigsten Zustimmungswerte auf.

Unterschiede im Gesundheitserleben von Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung werden in Tabelle 6 gezeigt. Die Einschätzung der Gesundheitsfaktoren unterscheidet sich über alle Tätigkeiten hinweg signifikant zwischen den Gruppen. Der Unterschied fällt jeweils zugunsten der Lehrkräfte mit viel Tätigkeitserfahrung aus. Die Effekte des Unterschieds sind beim Gesundheitsfaktor ‚Kognitive Kohärenz‘ besonders stark ( $.54 < d < .64$ ) ausgeprägt. Innerhalb der Tätigkeit ‚Förderung‘ sind die Effektstärken im Vergleich geringer ( $.31 < d < .54$ ) als bei den Tätigkeiten ‚Kooperation‘ und ‚Diagnostik‘.

Tabelle 5

Deskriptive Statistik der Gesundheitsfaktoren aufgliedert in die Subgruppen von Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung

Items	Kooperation				Diagnostik				Förderung			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	viel Erf.	viel Erf.	wenig Erf.	wenig Erf.	viel Erf.	viel Erf.	wenig Erf.	wenig Erf.	viel Erf.	viel Erf.	wenig Erf.	wenig Erf.
Kognitive Kohärenz	1.98	.82	1.41	.95	1.87	.85	1.34	.92	1.73	.91	1.25	.87
Bewältigbarkeit	1.35	.97	.98	.93	1.31	.95	.97	.87	1.10	.97	.80	.82
Unterstützung	1.40	.99	1.01	.95	1.73	.94	1.35	1.00	1.41	.99	1.12	.91

Anmerkung. ‚Kognitive Kohärenz‘=Mittelwert der Items ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘.

Tabelle 6

Gruppenunterschiede bei der Einschätzung der Gesundheitsfaktoren zwischen Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung

Items	Kooperation				Diagnostik				Förderung			
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>d</i>
Kognitive Kohärenz	23.10	.000	5018	.64	20.58	.000	4830	.60	20.77	.000	6010	.54
Bewältigbarkeit	13.02	.000	4642	.40	12.02	.000	4453	.37	12.71	.000	5842	.33
Unterstützung	13.54	.000	4803	.40	13.33	.000	4599	.39	11.49	.000	5899	.31

Anmerkungen. ‚Kognitive Kohärenz‘=Mittelwert der Items ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘; *t*=t-Test; *p*=Signifikanzniveau; *df*=Freiheitsgrade; *d*=Cohens *d* Effektstärke.

### 3.6 Diskussion

Die Gesundheit von Lehrkräften ist ein wichtiges Kriterium für die erfolgreiche Umsetzung schulischer Entwicklungsmaßnahmen (Paulus 2010), für die unterrichtliche Qualität (Frenzel et al. 2008) sowie für die Leistung von Schüler\*innen (Klusmann et al. 2016). Vor dem Hintergrund aktueller Reformmaßnahmen zur Gewährleistung inklusiver Schulen, rückt das Gesundheitserleben von Lehrkräften daher in den Fokus. Der vorliegende Beitrag berichtet im aufgezeigten Kontext von der Konzeption eines entwickelten Instruments (Paulus et al. 2017) zur Erfassung verschiedener Gesundheitsdimensionen in Anlehnung an ein sozialökologisches Gesundheitsverständnis. Dabei steht die Einschätzung spezifischer Inklusionstätigkeiten (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘ von Schüler\*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf) anhand von Gesundheitsdimensionen im Mittelpunkt der Analyse. Die Gesundheitsdimensionen rekurrieren auf die Kernelemente des Kohärenzgefühls (Antonovsky 1997) sowie das Konstrukt der sozialen Unterstützung als bedeutsame Gesundheitsindikatoren (Holtappels 2013). Drei Forschungsfragen sollen beantwortet werden.

Die erste Fragestellung befasst sich zunächst mit dem Instrument und fragt, ob sich das angenommene Gesundheitsmodell innerhalb der empirischen Daten abbildet. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse zeigt für die Gesamtstichprobe ( $n_{gesamt}=6024$ ) und die jeweiligen Substichproben ( $n_{viel\ Erfahrung}=3360$ ,  $n_{wenig\ Erfahrung}=2864$ ) im Anschluss an theoretische Vorüberlegungen zum Kohärenzgefühl (Franke 2006) ein dreifaktorielles Gesundheitsmodell. Die Kohärenzdimensionen ‚Verstehbarkeit‘ und ‚Sinnhaftigkeit‘ laden demnach auf einem gemeinsamen Faktor (‚Kognitive Kohärenz‘), welcher sich durch die kognitive Ausprägung beider Dimensionen auszeichnet. Die dritte Kohärenzdimension ‚Bewältigbarkeit‘ und die zusätzliche Gesundheitsdimension ‚soziale Unterstützung‘ bilden zwei voneinander differenzierbare handlungsorientierte Faktoren ab. Zusätzlich zu den drei Gesundheitsfaktoren wurden je Tätigkeit (‚Kooperation‘, ‚Diagnostik‘, ‚Förderung‘) ein weiterer Faktor modelliert. Der Fragebogen erfasst somit die erfragten Gesundheitsdimensionen und zusätzlich die berücksichtigten Tätigkeitsbereiche. Dadurch gewonnene detaillierte Informationen, lassen spezifische Ableitungen für die pädagogische Praxis zu. Zusammenfassend bezieht der Fragebogen bei der Einschätzung gesundheitsbezogener Dimensionen konkrete Umweltmerkmale ein. Er ist damit 1) anschlussfähig an bestehende theoretische Personen-Umwelt-Modelle (Becker 2006) und bietet 2) eine Möglichkeit der Gesundheitserfassung jenseits von personen- bzw. verhaltenszentrierter Instrumente. Verhältnisbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung lassen sich auf diese Weise aus den Ergebnissen ableiten.

Die Einführung inklusiver Schulen und die mögliche veränderte Zusammensetzung von Lerngruppen, bedingt neue berufliche Tätigkeiten für Lehrkräfte. Wenngleich seit 2013 alle

niedersächsischen Schulen inklusiv sind, so bestehen dennoch Unterschiede in der Kontakthäufigkeit bei der Ausführung inklusionsspezifischer Tätigkeiten zwischen Lehrkräften (Peperkorn und Horstmann 2018) aus denen Erfahrungsunterschiede resultieren. Diese Erfahrungsunterschiede können verschiedene Auffassungen bzw. Interpretationen der Tätigkeiten zur Folge haben. Bei Erhebungen und Analysen von Daten im Kontext Inklusion ist daher darauf zu achten, dass erfragte Konstrukte möglicherweise unterschiedlich interpretiert und dementsprechend anders bewertet werden können. Stehen Fragestellungen zu unterschiedlichen Gruppen im Fokus empirischer Arbeiten, wird das Vorliegen von Messinvarianz zwischen den Gruppen bedeutsam (Schwab und Helm 2015). Für den angestrebten Gruppenvergleich zwischen Lehrkräften mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung müssen sich die Daten der Substichproben daher als messäquivalent erweisen. Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage wurde dementsprechend eine Messinvarianzprüfung durchgeführt. Die Analyse zeigt, dass skalare Invarianz der Daten vorliegt und Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen zulässig sind.

Auf inhaltlicher Ebene wurde schließlich danach gefragt, wie Lehrkräfte mit viel bzw. wenig inklusionsbezogener Tätigkeitserfahrung gesundheitliche Ressourcen einschätzen und ob sich diese Einschätzung unter Berücksichtigung der Erfahrung zwischen den Gruppen unterscheidet. Im Ergebnis steht, dass Lehrkräfte mit viel Erfahrung die Gesundheitsfaktoren über alle Tätigkeiten hinweg signifikant positiver einschätzen als Lehrkräfte mit wenig Erfahrung. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist beim Gesundheitsfaktor ‚Kognitive Kohärenz‘ über alle Tätigkeiten hinweg besonders stark ausgeprägt. Im Anschluss an Ergebnisse der Expertiseforschung ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit der Tätigkeitsauführung mit dem Aufbau von Expertise verbunden ist (Krauss und Bruckmaier 2014), die die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen positiv beeinflussen kann. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass die gesundheitsbezogene Wahrnehmung im Kontext inklusionsspezifischer Tätigkeiten nicht durch eine Ablehnung der Tätigkeiten negativ beeinflusst wird (‚Kognitive Kohärenz‘), sondern Lehrkräfte insbesondere bei deren ‚Bewältigung‘ Unterstützungsbedarf haben. In Bezug auf die inklusionsspezifischen Tätigkeiten werden bei der individuellen ‚Förderung‘ von Schüler\*innen mit sonderpädagogischen Förderbedarfen die Gesundheitsfaktoren im Vergleich am negativsten eingeschätzt. Aus diesen Ergebnissen abgeleitet entsteht ein Bedarf an Fort- und Weiterbildungsangeboten, im Rahmen derer Lehrkräfte die Möglichkeit erhalten würden, sich mit den Inhalten der neuen Aufgaben und hierbei insbesondere mit individuellen Fördermöglichkeiten, auseinanderzusetzen.

Die vorgenommene theoretische Modellierung des Gesundheitskonstrukts bezieht sich auf inklusionsbezogene Tätigkeiten als gesundheitsrelevante Verhältnisse und fokussiert damit einen noch wenig berücksichtigten Bereich in der Forschung zu Inklusion. Das Konstrukt



nimmt neben den potentiell beanspruchenden externen Verhältnissen mit dem Kohärenzgefühl und der sozialen Unterstützung auch Ressourcen in den Blick. Es verbindet psychische sowie soziale Gesundheitsdimensionen in einem theoretisch anspruchsvollen, salutogenetischen Modell (Antonovsky 1997).

Das Modell, das sich in den vorliegenden Analysen auch empirisch abbilden lässt, bietet sich für die Implementation in Schulleistungsvergleichsstudien in verschiedener Hinsicht an: Erstens fokussiert es auf die in (inklusive) Bildungssystemen vorfindlichen Lernkontexte und Lernumwelten und erweitert damit den Fokus bereits vorliegender Konstrukte zur Gesundheit von Lehrkräften um eine sozialökologische Komponente. Zweitens stellt die Erfassung von Kontextfaktoren auf systemischer, schulischer und individueller Ebene neben der Testung kognitiver und non-kognitiver Outcomes einen großen Mehrwert nationaler wie auch internationaler Large-Scale Assessments dar (Kuger et al. 2016). Darauf bezogene Analysen, etwa zu den vorfindlichen Verhältnissen an inklusiven Schulen, können daher im Sinne des Bildungsmonitorings Hinweise auf Herausforderungen und Handlungsoptionen auf Ebene der Bildungssysteme geben. Drittens, schließlich, erlaubt das Konstrukt zum „Gesundheitserleben schulische Tätigkeiten – Inklusion“ im Kontext des aufgeführten Zusammenhangs zwischen dem Erleben verschiedener Gesundheitsfaktoren von Lehrkräften und den Lernergebnissen von Schüler\*innen (Klusmann et al. 2016) auch die Bearbeitung von Forschungsfragen im Bereich der Effektivitätsforschung.

### **3.6.1 Limitationen**

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten folgende Limitationen beachtet werden. Zu berücksichtigen ist die geringe Rücklaufquote von ca. 11%. Als Referenzwert fungiert die Grundgesamtheit schulischen Personals in Niedersachsen, da ein Referenzwert zur tatsächlich erreichten Stichprobe, bedingt durch die postalische Kontaktaufnahme über die Einzelschulen, leider nicht vorliegt. Ein *Selection Bias* kann aufgrund der Freiwilligkeit der Lehrkräfte bei der Teilnahme an der Erhebung nicht ausgeschlossen werden. Auch *Spillover-Effekte* anderer Gesundheits- bzw. Beanspruchungsquellen, die die Wahrnehmung der Lehrkräfte bezüglich der inklusiven Bildungstätigkeiten beeinflussen, können statistisch nicht berücksichtigt werden.

Selbstaussagen zum Gesundheitserleben sind nach Ansicht der Autor\*innen in Hinblick auf die Erfassung psychischer, sozialer und in Teilen ökologischer Gesundheitsaspekte am geeignetsten. Gleichwohl ist es für künftige Studien erstrebenswert, die Selbstaussagen mit objektiven Kriterien zu physischen Gesundheitsdimensionen bzw. je nach Konzeption der Erhebung auch mit Umweltaspekten (z.B. Lärm) zu verbinden und auf diese Weise Aussagen in Bezug auf holistische Gesundheitskonstrukte treffen zu können.

### 3.7 Literaturangaben

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Belz, C. (2008). Bewältigungsstrategien von Belastungen, Stressoren und Konflikten. In V. Oesterhelt, J. Hofmann, M. Schimanski, M. Scholz & H. Altenberger (Hrsg.), *Sportpädagogik im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen, wissenschaftlicher Ansprüche und empirischer Befunde* (S. 289–292). Hamburg: Czwalina.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2008). *Was hält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bosse, S., Jäntsich, C., & Spörer, N. (2015). Einschätzungen von Lehrerinnen und Lehrern zum inklusiven Unterricht. In N. Spörer, A. Schröder-Lenzen, M. Vock & K. Maaz (Hg.), *Inklusives Lernen und Lehren im Land Brandenburg*. (S. 137–154). Abschlussbericht zur Begleitforschung des Pilotprojekts „Inklusive Grundschule“.
- Braun, A. (2017). *Erleben Lehrkräfte und Referendare berufsbezogene Belastungen anders? Berufs (phasen)spezifische Präventionsansätze zur Gesundheitsförderung*. Julius Klinkhardt.
- Bromme, R. (1992). *Der Lehrer als Experte. Zur Psychologie des professionellen Wissens* (1. Aufl.). Bern: Huber Verlag.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14, 464–504.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Frenzel, A. C., Götz, T., & Pekrun, R. (2008). Ursachen und Wirkungen von Lehreremotionen: Ein Modell zur reziproken Beeinflussung von Lehrkräften und Klassenmerkmalen. In M. Gläser-Zikuda & J. Seifried (Hrsg.), *Lehrerexpertise: Analyse und Bedeutung unterrichtlichen Handelns* (S. 187–209). Münster: Waxmann.
- Gerick, J. (2015). *Führung und Gesundheit in der Organisation Schule: zur Wahrnehmung transformationaler Führung und die Bedeutung für die Lehrergesundheit als Schulqualitätsmerkmal*. Münster: Waxmann Verlag.
- Gräsel, C., Decristan, J., & König, J. (2017). Adaptiver Umgang mit Heterogenität im Unterricht. *Unterrichtswissenschaft*, 45(4), 195–206.
- Grosche, M. (2015). Was ist Inklusion? In P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H. A. Pant & M. Prenzel, M. (Hrsg.): *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Grundlagen und Befunde* (S. 17–39). Wiesbaden: Springer VS.

- Harazd, B., Gieske, M., & Wolff, H.-G. (2009). *Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrergesundheit als neue Aufgabe der Schulleitung* (1. Auflage). München: Hermann Luchterhand.
- Holtappels, H. (2013). Schulentwicklung und Lehrerkooperation. In N. McElvany & H. Holzappels (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung. Theorien, Methoden, Befunde und Perspektiven*. (S. 35–62). Münster: Waxmann.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (6. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Krause, A. (2004). *Fragebogen zur Arbeitssituation an Schulen (FASS)*. Dokumentation der Skalen und Aussagen. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Klusmann, U., Richter, D., & Lüdtke, O. (2016). Teachers' emotional exhaustion is negatively related to students' achievement: Evidence from a large-scale assessment study. *Journal of Educational Psychology*, 108, 1193–1203.
- Klusmann, U., Kunter, M., Voss, T., & Baumert, J. (2012). Berufliche Beanspruchung angehender Lehrkräfte: Die Effekte von Persönlichkeit, pädagogischer Vorerfahrung und professioneller Kompetenz. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 26 (4), S. 275–290.
- Klusmann, U., Kunter, M., Trautwein, U., & Baumert, J. (2006). Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 20(3), 161–173.
- Knauder, H. (2005). *Burn-out im Lehrerberuf. Verlorene Hoffnung und wiedergewonnener Mut*. (2. Aufl.). Graz: Leykam.
- Kopmann, H., & Zeinz, H. (2017). Lehramtsstudierende und Inklusion. *Zeitschrift für Pädagogik*, 62(2), 263–281.
- Krauss, S., & Bruckmaier, G. (2014). Das Experten-Paradigma in der Forschung zum Lehrerberuf. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 241–261). Münster: Waxmann Verlag.
- Kuger, S., Klieme, E., Jude, N., & Kaplan, D. (Hrsg.) (2016). *Assessing contexts of learning. An international perspective*. Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-45357-6.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., & Krause, A. (2014). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 32 (2), 280–295.
- Landert, C., & Brägger, M. (2009). *LCH Arbeitszeiterhebung 2009 (AZE 09)*. Bericht zur Erhebung bei 5000 Lehrpersonen. Zürich: Landert.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale: CPP Incorporated.

- Nido, M., Trachsler, E., Ackermann, K., Brügggen, S., & Ulich, E. (2008). *Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen von Lehrpersonen und Schulleitungen im Kanton Aargau 2008*. Aarau: Departement für Bildung, Kultur und Sport.
- Niedersächsisches Kultusministerium (2016). *Niedersächsisches Schulgesetz in der Fassung vom 3. März 1998* (Nds. GVBl. S. 137), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Juni 2015 (Nds. GVBl. S. 90).
- Nübling, M., Vomstein, M., Haug, A., Nübling, T., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., & Krause, A. (2012). *Personenbezogene Gefährdungsbeurteilung an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg – Erhebung psychosozialer Faktoren bei der Arbeit*. Freiburg: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin.
- Oesterreich, C. (2015). *Gesunde Lehrkräfte – guter Unterricht? Ausprägungen und unterrichtliche Relevanz des beruflichen Beanspruchungserlebens von Sportlehrkräften*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Paulus, P., Horstmann, D., Baydar, C., & Dadaczynski, K. (2017). *Abschlussbericht zur Online-Befragung „Mehr Zeit für gute Schule“*. <http://www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html> [20.07.2018].
- Paulus, P. (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. In Paulus, P. (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule* (S. 7–30). Weinheim: Juventa.
- Peperkorn, M., & Horstmann, D. (2018). Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform. *Prävention & Gesundheitsförderung*, doi: 10.1007/s11553-018-0660-3.
- Prenzel, A. (2013). *Inklusive Bildung in der Primarstufe. Eine wissenschaftliche Expertise für den Grundschulverband*. Frankfurt: Grundschulverband.
- Retelsdorf, J., Butler, R., Streblow, L., & Schiefele, U. (2010). Teachers' goal orientations for teaching: Associations with instructional practices, interest in teaching, and burnout. *Learning and Instruction*, 20, 30–46.
- Rothland, M., & Klusmann, U. (2016). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hg.), *Beruf Lehrer/Lehrerin: Ein Studienbuch*. (S. 351–369). Stuttgart: UTB.
- Rothland, M. (2013). Soziale Unterstützung. Bedeutung und Bedingungen im Lehrerberuf. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen* (S. 231–250). Wiesbaden: Springer VS.
- Schaarschmidt, U. (Hg.). (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Schaarschmidt, U., & Fischer, A. W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Schmitz, G. (2000). *Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout?* Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schulte, K., Nonte, S., & Schwippert, K. (2013). Die Überprüfung von Messinvarianz in international vergleichenden Schulleistungsstudien am Beispiel der Studie PIRLS. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 3(2), 99–118.
- Schwab, S. (2017). Interprofessionelle Lehrkraftkooperation im inklusiven Unterricht aus der Perspektive der Schülerinnen und Schüler. *Unterrichtswissenschaft*, 45 (4), 262–279.
- Schwab, S., & Helm, C. (2015). Überprüfung von Messinvarianz mittels CFA und DIF-Analysen. *Empirische Sonderpädagogik*, 3, 175–193.
- Shen, B., McCaughtry, N., Martin, J., Garn, A., Kulik, N., & Fahlman, M. (2015). The relationship between teacher burnout and student motivation. *The British Journal of Educational Psychology*. DOI:10.1111/bjep.12089.
- Unterbrink, T., Zimmermann, L., Pfeifer, R., Wirsching, M., Brähler, E., & Bauer, J. (2008). Parameters influencing health variables in a sample of 949 German teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1), 117–123.
- Urton, K., Wilbert, J., & Hennemann, T. (2014). Der Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Integration und der Selbstwirksamkeit von Schulleitungen und deren Kollegien. *Empirische Sonderpädagogik*, 6(1), 3–16.
- Van Dick, R. (2006). *Stress und Arbeitszufriedenheit bei Lehrerinnen und Lehrern: Zwischen "Horrorjob" und Erfüllung*. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Vereinte Nationen (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)*. New York.
- Wesselborg, B. (2015). *Lehrergesundheit: Eine empirische Studie zu Anforderungen und Ressourcen im Lehrerberuf aus verschiedenen Perspektiven*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag.
- World Health Organisation WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- Wrase, M. (2015). Die Implementation des Rechts auf inklusive Schulbildung nach der UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Evaluation aus rechtlicher Perspektive. In P. Kuhl, P. Stanat, B. Lütje-Klose, C. Gresch, H. A. Pant & M. Prenzel, M. (Hrsg.), *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Grundlagen und Befunde* (S. 41–74). Wiesbaden: Springer VS.

## 4. Teilstudie 3

Peperkorn, M., & Horstmann, D. (2018). Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform. *Prävention & Gesundheitsförderung*, DOI: 10.1007/s11553-018-0660-3.

# **Gesundheitserleben von Lehrkräften im inklusiven Unterricht – Analysen unter besonderer Berücksichtigung der Schulform**

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Ausgangspunkt des vorliegenden Forschungsbeitrags ist die Einführung inklusiver Schulen als bildungspolitische Konsequenz der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009. Der Einfluss der Arbeit in inklusiven Schulkontexten auf die Lehrkräftegesundheit wurde seitdem unzureichend erfasst.

### **Ziel**

Mit der Einführung inklusiver Schulen verändern sich die Zusammensetzung von Lerngruppen und damit berufliche Tätigkeiten von Lehrkräften (z.B. Diagnostikverfahren). Es entstehen neue Anforderungen, welche als Belastungen wahrgenommen werden können. Der Beitrag fokussiert daher das Gesundheitserleben von Lehrkräften in inklusiven Settings unter Berücksichtigung der Schulform.

### **Material & Methoden**

Die Erhebung „Mehr Zeit für gute Schule“ wurde 2016 online durchgeführt. Ziel der Studie war der Informationsgewinn zum Einfluss bildungspolitischer Reformen sowie deren Umsetzung am Arbeitsplatz Schule. Zielgruppe der vorliegenden Analyse sind die Lehrkräfte allgemein bildender Schulen und Förderschulen der Stichprobe ( $n=7867$ ).

### **Ergebnisse**

Die Daten zeigen insgesamt eher ungünstige Werte der Gesundheitswahrnehmung im Kontext inklusiver Bildungstätigkeiten über alle Schulformen hinweg sowie signifikante Unterschiede zwischen den Schulformen. Förderschullehrkräfte berichten im Vergleich das positivste, Gymnasiallehrkräfte das negativste Gesundheitserleben.

### **Diskussion**

Die Daten deuten auf die Relevanz schulform- und tätigkeitsspezifischer Angebote von Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen hin und belegen für eine positivere Gesundheitswahrnehmung die Bedeutsamkeit der Erfahrung bei der Ausführung von Tätigkeiten im Kontext inklusiver Bildung.

### **Schlüsselwörter**

Lehrkräftegesundheit, Schulformen, Inklusion, inklusiver Unterricht

## **Abstract**

### **Background**

The starting point for the present research contribution is the introduction of inclusive schools as a consequence of the adoption of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2009. Since then the impact of work in inclusive school contexts on teachers health was covered insufficiently.

### **Objectives**

With the introduction of inclusive schools, the composition of learning groups and thus professional activities of teachers (e.g. diagnostic procedures) is changing. New requirements arise which can be perceived as stressful. The article focuses on the health perception of teachers in inclusive teaching and learning settings, with special consideration on the school type.

### **Material and methods**

In Lower Saxony, the questionnaire survey "More time for good school" was carried out online in 2016. The article considers on the teachers of the survey ( $n=7867$ ). The aim of the study was to gain information on the influence of educational policy reforms as well as their implementation in the workplace school.

### **Results**

The data show rather low values of the health perception across all school types as well as significant differences between school types. In contrast, teachers for special education needs report the most positive, gymnasium teachers the most negative health experience.

### **Conclusions**

The data point to the relevance of school-based and activity-specific services offered by training and further education institutions and show the importance of experience in the performance of activities in the context of inclusive education for a more positive perception of health.

### **Keywords**

Teacher Health, School Type, Inclusion, Inclusive Schooling



## **4.1 Hintergrund**

Mit der Ratifizierung der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2009 in Deutschland und den daran anschließenden Veränderungen des Schulsystems auf Länderebene, befindet sich das deutsche Schulsystem in einem gravierenden Wandel. Regelschulen werden „inklusiv“ [14] und sind zur Beschulung aller Schülerinnen und Schüler verpflichtet. Damit zusammen hängen auch Veränderungen schulischer Rahmenbedingungen sowie Tätigkeits- und Aufgabenbereiche von Lehrkräften. Aus diesem Grund ist der Systemwandel mit erwarteten Mehrbelastungen von Lehrkräften verbunden [4].

## **4.2 Lehrkräfte in inklusiven Unterrichtssettings**

Den Umfang der schulischen Veränderungen im Kontext inklusiver Bildung verdeutlichen statistische Angaben zur Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfen. Inklusion wird in diesem Sinne für den vorliegenden Beitrag auf Schul- sowie Unterrichtsentwicklung eng geführt [2] und rekurriert auf die gemeinsame Teilhabe von Lernenden mit und ohne sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf am Schulleben. Der relative Anteil der in allgemeinbildenden Schulen unterrichteten Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf verdoppelte sich von Schuljahr 2008/2009 zu 2015/2016 auf Bundesebene von 18.4% auf 37.7% [12]. Für Niedersachsen stellt sich die Inklusionsrate unter Berücksichtigung der Schulformen im Schuljahr 2015/2016 wie folgt dar: Grundschulen beschulten hier insgesamt 7486 Lernende (2.67%) mit sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf. Der Anteil an Hauptschulen betrug 4.7%, an Realschulen 0.50%, an Oberschulen 4.2%, an Gymnasien 0.3%, an Integrierten Gesamtschulen 3.4% und an Kooperativen Gesamtschulen 1.7% [13]. Diese Angaben verdeutlichen die veränderten Zusammensetzungen der Lerngruppen im Zuge der Umsetzung der Inklusionsreform. Damit einher gehen veränderte berufliche Anforderungen für Lehrpersonen, wie die Notwendigkeit angepasster didaktischer Vermittlungsstrategien der Lerninhalte, die Begleitung diagnostischer Verfahren, zusätzliche Organisationsverpflichtungen sowie die Neu-Zusammensetzungen der Kollegien [6]. Hinzu kommt die Arbeit im multiprofessionellen Team [17]. Für ein historisch gewachsenes, segregierendes Schulsystem wie das Deutsche, sind mit diesem Aufbrechen institutioneller Grenzen und durch den Wegfall klassischer Zuordnungsmerkmale zu bestimmten Schulformen (z.B. Notendurchschnitt), auch Spezifika ganzer Professionen [3] in Frage gestellt bzw. mit besonderen Herausforderungen verbunden. Hedderich [8] nahm die Einführung inklusiver Schulen bereits zum Anlass, das Belastungserleben von Sonderschullehrkräften genauer zu untersuchen. Das Gesundheitserleben von Lehrkräften allgemeinbildender

Schulen wurde hingegen im Kontext der inklusiven Bildungsreform noch nicht genauer analysiert, wenngleich sich die beruflichen Veränderungen hier ebenso zeigen. Sind die Veränderungen bei Förderschullehrkräften eher der Ebene der Organisation des Berufs zuzuordnen (Umstrukturierung von Förderschulen zu -zentren, Weiterbeschäftigungen an Regelschulen), so zeigen sie sich bei den Lehrkräften anderer Schulformen, durch die oben beschriebenen Tätigkeitsveränderungen, auch auf inhaltlicher Ebene. Die Entwicklung differenzierender Unterrichtsmaterialien oder die Durchführung diagnostischer Verfahren sind bspw. bereits feste Bestandteile in der Ausbildung von Förderschullehrkräften. Lehrkräfte von Grund- und Gesamtschulen sind durch „inklusive“ Lerngruppen während ihrer täglichen Berufspraxis darauf angewiesen, sich neue Kompetenzen anzueignen, um die Tätigkeitsanforderungen bewältigen zu können. Gymnasiallehrkräfte hingegen können unter Umständen, durch die stark fachlich und im Vergleich zu anderer Schulformen weniger stark pädagogisch geprägte Ausbildung [3], sowie leistungsstärkere Lerngruppen, noch keinen Kontakt mit Tätigkeiten des Aufgabenbereichs der inklusiven Bildung gehabt haben. Unterschiede in der inklusionsbezogenen Expertise [11] werden aus dieser Perspektive sichtbar. Der Zusammenhang wird durch neuere Entwicklungen in der Expertiseforschung gestützt, wonach Möglichkeiten für Lernerfahrungen gegeben sein müssen, um in Verbindung mit Fachwissen (als Lehrkraft) gut handeln zu können [6]. Die Berücksichtigung der Erfahrung in Modellen zu Expertise erlangt unter dieser Perspektive an Bedeutung.

Der vorliegende Beitrag nimmt den Widerspruch zwischen (erlernten) Tätigkeitskompetenzen und inklusiven Tätigkeitsanforderungen auf und richtet den Fokus auf das Gesundheitserleben von Lehrkräften allgemeinbildender Schulen in inklusiven Lehr- und Lernsettings unter besonderer Berücksichtigung der Schulform. Die Ergebnisse können wichtige Impulse für die Konzeption von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten haben.

#### **4.2.1 Lehrkräftegesundheit und Schulformen**

Unter anderem als Reaktion auf steigende Frühverrentungen, wurde die Gesundheit von Lehrkräften umfangreich und interdisziplinär erforscht. Gesundheit wird dabei als holistisches Konzept verstanden, welches psychische, physische, soziale und ökologische Aspekte berücksichtigt. Gesundheit ist demnach das Ergebnis der aktiven und andauernden Auseinandersetzung einer Person mit ihrer Umwelt [18]. Nach Krause et al. [10] lässt sich die bisherige Lehrkräftegesundheitsforschung in fünf unterschiedliche Paradigmen unterscheiden: „Bedeutung der Persönlichkeit“, „Generelle Merkmale des Lehrerberufs“, „Arbeitssituation an der Einzelschule“, „Gesellschaftliche und bildungspolitische Veränderungen“ und „Arbeitssituation an einem Schultyp“. Die Ergebnisse sind dabei nicht immer widerspruchsfrei [8]. Mit Bezug auf das in diesem Beitrag fokussierte Erkenntnisinteresse, sind insbesondere Forschungsergebnisse des letztgenannten Paradigmas von Bedeutung. So fanden im Kontext

der Potsdamer Lehrerstudie Schaarschmidt und Kieschke [16] in Abhängigkeit der Schulform nur geringe Unterschiede im Gesundheitserleben. Die Autoren geben allerdings kritisch zu bedenken, dass in ihrer Analyse Schulformen großzügig zusammengefasst wurden und detaillierte Aussagen zu einzelnen Schulformen nicht getroffen werden können. Harazd et al. [7] untersuchten das Belastungserleben bezogen auf 22 objektive Arbeitsplatzcharakteristika wie z.B. „Lautstärke“, „Arbeitsklima“ oder „Administrative Pflichten“ und fanden hierbei Schulformunterschiede. Demnach schätzen Lehrkräfte von Gesamtschulen und Gymnasien ihre Arbeitsbelastung insgesamt höher ein, als Lehrkräfte des Kollegs und der Grundschule. Eine Untersuchung aus Österreich [9] untersucht die Hypothese, dass Hauptschullehrende aufgrund der oft schwierigeren Ausgangslage ihrer Schülerinnen und Schüler, über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen als Lehrkräfte anderer Schulformen. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Den Studien ist gemein, dass sie vor der Einführung inklusiver Schulen erhoben und inklusionsbezogene Rahmenbedingungen wie Tätigkeitsbereiche nicht berücksichtigt wurden. Hedderich [8] untersuchte im Kontext schulischer Inklusion mittels Experteninterviews das Belastungserleben von Lehrkräften für Sonderpädagogik. Ihre explorative Datenanalyse zeigt ein insgesamt eher niedrig geäußertes Belastungserleben. Forschungsergebnisse zum Gesundheitserleben von Lehrkräften allgemein bildender Schulen unter Berücksichtigung der Schulform im Kontext inklusiver Bildung, stellen bislang ein Desiderat dar.

Der Einblick in den Forschungsstand zeigt die Diversität der Ergebnisse und macht den Bedarf an Erkenntnissen zum hier fokussierten Zusammenhang deutlich. Die Studie „Mehr Zeit für gute Schule“ ändert den Mangel an empirischen Daten, indem das Gesundheitsempfinden von Lehrkräften im Kontext inklusiver Bildungstätigkeiten erhoben und durch das Design detaillierte Rückschlüsse zu unterschiedlichen Schulformen ermöglicht werden.

### **4.3 Fragestellungen**

Der aufgezeigte Forschungsstand zeigt Unklarheiten in Bezug auf das Zusammenspiel zwischen Schulformzugehörigkeit und dem Gesundheitserleben von Lehrkräften bei Tätigkeiten inklusiver Bildung und gibt Anlass, folgende Fragen näher zu betrachten:

- 1) Wie nehmen Lehrkräfte unterschiedlicher Schulformen ihre Gesundheit im Kontext inklusiver Bildungstätigkeit wahr? (Deskriptive Befunde)
- 2) Zeigen sich Unterschiede im Gesundheitserleben von Lehrkräften in Abhängigkeit der Schulformen? (Signifikanztests)

## **4.4 Methodik**

### **4.4.1 Studiendesign**

2016 wurde im Rahmen des Projekts „Mehr Zeit für gute Schule“ [15] das Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Universität Lüneburg vom niedersächsischen Kultusministerium mit einer Erhebung beauftragt, die zum Ziel hatte, aussagekräftige Informationen über den Einfluss bildungspolitischer Reformen und deren Umsetzung durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften am Arbeitsplatz Schule zu generieren. Die Befragung richtete sich an alle Schulleitungen, Lehrkräfte und pädagogisch Mitarbeitende niedersächsischer Schulen und wurde online basiert durchgeführt.

### **4.4.2 Stichprobe**

Im vorliegenden Beitrag ist das Forschungsinteresse auf Lehrkräfte allgemein bildender Schulen sowie Förderschulen fokussiert. Die Stichprobe beträgt insgesamt  $n=7867$ .

Der Anteil an Lehrkräften der in der Befragung angibt weiblich zu sein beträgt 67.3%. Das Durchschnittsalter liegt bei 44.2 Jahren ( $SD=11.1$ ) und die Berufserfahrung im Schnitt bei 15.5 Jahren. Lehrkräfte von Grundschulen haben mit 29.1% am häufigsten an der Befragung teilgenommen, gefolgt von Gymnasien (26.3%), Oberschulen (12.9%), Förderschulen (9.2%), Integrierten (8.4%) und Kooperativen Gesamtschulen (5.2%) sowie von Real- (4.9%) und Hauptschulen (4.1%).

Die Rücklaufquote der Online-Befragung beträgt einen Wert von knapp 11%. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten, wurden die Daten gewichtet. Hierfür wurden über- bzw. unterrepräsentierte Personengruppen identifiziert und anhand ausgewählter soziodemografischer Merkmale (Geschlecht, Alter, Tätigkeit, Schulform) an die tatsächliche Verteilung der Population angepasst. Alle nachstehend berichteten Werte dieses Berichts beziehen sich auf die gewichteten Daten.

### **4.4.3 Fragebogen**

Das Fragebogendesign beinhaltet insgesamt 40 Beschreibungen schulischer Tätigkeiten, welche geltenden Rechts- sowie Verwaltungsvorschriften aus Niedersachsen entnommen wurden. Die Bewertung der Tätigkeiten durch das schulische Personal, stellt ein Novum in der schulbezogenen Gesundheitsforschung und gleichzeitig eine Abkehr verhaltensorientierter Designs dar. Acht der 40 Tätigkeiten rekurrieren auf den Tätigkeitsbereich „Inklusive Bildung“ (Tab. 1). Der Bereich beinhaltet Items der Kategorien „Planung“, „Unterricht“ und „Kooperation“. Diese spiegeln die Tätigkeitsanforderungen der inklusiven Bildung, wie sie eingangs aufgeführt wurden, wider.

Tabelle 1

*Tätigkeitsbeschreibungen schulischen Personals im Kontext inklusiver Bildung*

Planung 1)	Die Planung eines Unterrichts, in dem alle Schülerinnen und Schüler gemeinsam lernen ist eine Tätigkeit...
Planung 2)	Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im schulischen Bereich ist eine Tätigkeit... (nur Grundschule)
Planung 3)	Die Durchführung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs im vorschulischen Bereich ist eine Tätigkeit...
Unterricht 1)	Die Durchführung des individualisierenden Unterrichts ist eine Tätigkeit...
Unterricht 2)	Die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern mit unterschiedlichem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Unterricht ist eine Tätigkeit...
Kooperation 1)	Die Zusammenarbeit der „Regelschullehrkräfte“ und der Förderschullehrkräfte für die Planung und Durchführung eines gemeinsamen Unterrichts ist eine Tätigkeit...
Kooperation 2)	Die Zusammenarbeit der Lehrkräfte und der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unterrichtsbegleitender Funktion für die Planung und Durchführung des Unterrichts ist eine Tätigkeit...
Kooperation 3)	Die Zusammenarbeit der Lehrkräfte mit den Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern bzw. Integrationshelferinnen und Integrationshelfern ist eine Tätigkeit...

*Anmerkung: Tätigkeitsbeschreibungen basierend auf niedersächsischen Rechts- und Verwaltungsvorgaben*

Jede Tätigkeitsbeschreibung wurde anhand von sechs Bewertungsdimensionen auf einer vierstufigen Likert-Skala (1=„trifft nicht zu“ bis 4=„trifft zu“) beurteilt. Die Bewertungsdimensionen berücksichtigen Angaben zum/zur wahrgenommenen:

Kohärenzgefühl [1]

- Verstehbarkeit („...bei der ich nachvollziehen kann, was entsprechend der rechtlichen Vorgaben von mir erwartet wird“)
- Sinnhaftigkeit („...die für meine pädagogische Arbeit nützlich ist“)
- Bewältigbarkeit („...die ich gut bewältigen kann“)

Sozialen Unterstützung

- Unterstützung der Schule („...für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule erhalte“)
- Unterstützung der Behörden („...für die ich geeignete Unterstützung in meiner Schule/meiner Behörde erhalte“)

Häufigkeit

- Häufigkeit der Tätigkeitsausführung („...die in meinem Arbeitsalltag oft vorkommt“)

Die Operationalisierung der Dimensionen ‚Verstehbarkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit‘ und ‚Bewältigbarkeit‘ orientiert sich an den Kernelementen des empirisch überprüften Konstrukts des Kohärenzgefühls von Antonovskys Gesundheitsmodell der Salutogenese [1]. Das Kohärenzgefühl wirkt als Ressource bei der Bewältigung von Herausforderungen und ist als bedeutsamer Gesundheitsindikator zu verstehen. Via Summenscore der drei aufgeführten Kohärenzelemente sowie den Items zur erlebten Unterstützung, als weiteres wichtigstes Konstrukt wahrgenommener Ressourcen von Lehrkräften [15], wird im Studiendesign das Gesundheitserleben je Tätigkeitsbereich bestimmt.

Mittels Reliabilitätsprüfung wurden die internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) einbezogener Skalen zur inklusiven Bildung berechnet ( $.72 < \Delta\alpha < .93$ ). Die Ergebnisse sind als zufriedenstellend zu bewerten.

#### **4.4.4 Analysen**

Die Ergebnisauswertung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS (Version 24). Eine deskriptive Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen gibt Aufschluss über das Gesundheitserleben je Tätigkeitsbereich und Schulform im Kontext inklusiver Bildung sowie über Häufigkeitsangaben zur Ausführung der Tätigkeitsbereiche (Tab. 2). Eine Varianzanalyse ermöglicht Aussagen zu statistischen Unterschieden zwischen den Schulformen (Tab. 3). Mittels angeschlossenen *Tukey-B Post-hoc-Test* können Aussagen zum Gesundheitserleben der Lehrkräfte unter Berücksichtigung der Schulform getroffen werden.

### **4.5 Ergebnisse**

#### **4.5.1 Das Gesundheitserleben von Lehrkräften in der inklusiven Bildung**

Die Ergebnisse der deskriptiven Statistik sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Analyse zeigt insgesamt ein als eher ungünstig einzustufendes Gesundheitserleben, welches sich über alle Tätigkeitsbereiche und Schulformen hinweg unter dem statistischen Mittel befindet. Das positivste Gesundheitserleben zeigt sich bei den Förderschullehrkräften in der Gesamtberechnung inklusiver Tätigkeiten ( $M=1.75$ ,  $SD=.50$ ) bei gleichzeitig höchstem Häufigkeitsvorkommen ( $M=3.47$ ,  $SD=.49$ ). Demgegenüber liegen die niedrigsten Zustimmungswerte der „Gesamt“-Kategorie beim Gesundheitserleben ( $M=.97$ ,  $SD=.64$ ) und der Häufigkeit ( $M=2.02$ ,  $SD=.71$ ) bei Lehrkräften des Gymnasiums.

Über alle Tätigkeitskategorien hinweg zeigt sich bei Lehrkräften der Förderschule das positivste Gesundheitserleben. Beim Bereich „Planung“ schließen Lehrkräfte der IGS ( $M=1.48$ ,  $SD=.57$ ) und der Grundschule an ( $M=1.41$ ,  $SD=.54$ ). Im Kontext „Unterricht“ bewerten ebenfalls IGS-Lehrkräfte ihre Gesundheit im Vergleich positiver ( $M=1.35$ ,  $SD=.58$ ) und im Rahmen von „Kooperationen“ die Lehrkräfte der Grundschule ( $M=1.42$ ,  $SD=.57$ ). In der

„Gesamt“-Kategorie zeigen sich die höchsten Werte des Gesundheitserlebens ebenfalls bei den Lehrkräften der Grundschule, der IGS sowie der Förderschule. Die gleiche Verteilung zeigt sich auch bei den Angaben zur Häufigkeit der Ausführung inklusiver Bildungstätigkeiten. Erhöhte Mittelwerte des Gesundheitserlebens gehen mit erhöhten Werten der Häufigkeitsangaben einher. Dieser Zusammenhang erweist sich in der Gesamtkategorie zwischen den Variablen „Gesundheitserleben Inklusive Bildung“ und „Häufigkeit Inklusive Bildung“ als signifikant ( $r=.37$ ,  $p<.000$ ). Die niedrigsten Einschätzungen des Gesundheitserlebens in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen zeigen sich durchgängig bei den Gymnasiallehrkräften, bei gleichzeitig niedrigster Ausprägung der Häufigkeitsangaben.

Tabelle 2

*Deskriptive Statistik zum Gesundheitserleben sowie Häufigkeitsangaben von Lehrkräften zu Tätigkeiten im Kontext inklusiver Bildung*

	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Oberschule		Gymnasium		Förderschule		IGS		KGS	
	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)	M Ges (SD)	M Häu (SD)
Planung	1.41 (.54)	3.00 (.66)	1.40 (.67)	3.16 (.77)	1.18 (.68)	2.51 (.84)	1.26 (.58)	3.11 (.76)	1.11 (.77)	2.26 (.83)	1.76 (.55)	3.60 (.60)	1.48 (.57)	3.27 (.71)	1.22 (.64)	2.63 (.84)
Unterricht	1.28 (.53)	3.63 (.55)	1.19 (.63)	3.44 (.68)	.98 (.55)	2.77 (.87)	1.09 (.54)	3.35 (.76)	.91 (.63)	2.36 (.87)	1.90 (.53)	3.87 (.32)	1.35 (.58)	3.50 (.70)	1.05 (.58)	2.96 (.87)
Kooperation	1.42 (.57)	2.79 (.87)	1.30 (.62)	2.68 (.95)	1.05 (.68)	1.99 (.89)	1.25 (.63)	2.54 (.95)	.88 (.76)	1.60 (.77)	1.55 (.61)	3.04 (.86)	1.38 (.60)	2.70 (.96)	1.17 (.67)	2.28 (.88)
Gesamt	1.36 (.48)	3.10 (.57)	1.26 (.56)	3.07 (.69)	1.06 (.55)	2.40 (.75)	1.18 (.51)	2.95 (.70)	.97 (.64)	2.02 (.71)	1.75 (.50)	3.47 (.49)	1.40 (.53)	3.11 (.70)	1.11 (.57)	2.58 (.77)

*Anmerkung. MGes=Mittelwert der Antwortdimensionen des Gesundheitserlebens „Verstehbarkeit“, „Sinnhaftigkeit“, „Bewältigbarkeit“, „Unterstützung Behörde“ und „Unterstützung Schule“; MHäu=Häufigkeitsdimension zum Vorkommen der inklusiven Bildungstätigkeiten; SD=Standardabweichung*



#### 4.5.2 Unterschiede im Gesundheitsempfinden unter Berücksichtigung der Schulform

Tabelle 3 stellt die Ergebnisse der Varianzanalyse dar. Die Analyse zeigt, dass sich das Gesundheitserleben der befragten Lehrkräfte bezogen auf die drei Tätigkeitskategorien und die Gesamt-Kategorie jeweils signifikant auf dem Niveau von  $p < .00$  unterscheidet. Die Schulformunterschiede innerhalb der Tätigkeitskategorie „Unterricht“ weisen den stärksten Effekt auf ( $F(7,1)=264.894$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2=.19$ ). Auch in der Gesamtkategorie zeigt sich ein empirisch bedeutsamer Effekt ( $F(7,1)= 202.685$ ,  $p=.000$ ,  $\eta^2=.15$ ).

Für die Gesamtkategorie wurde zusätzlich ein Post-hoc-Test mit Tukey-B-Korrektur durchgeführt, um spezifischere Aussagen zu den Unterschieden einzelner Schulformen in Bezug auf das Gesundheitserleben treffen zu können. Die Analyse zeigt, dass sich Lehrkräfte einiger Schulformen in ihrem Gesundheitserleben nicht voneinander unterscheiden. Diese werden innerhalb der Analyse zu einer Gruppe zusammengefasst. Lehrkräfte, die unterschiedlichen Gruppen getrennt nach Schulform zugeordnet sind, unterscheiden sich signifikant ( $p < .05$ ) von anderen Gruppen. Lehrkräfte der Grundschule ( $M=1.36$ ,  $SD=.48$ ) und der IGS ( $M=1.40$ ,  $SD=.53$ ) bilden eine Gruppe. Eine weitere Gruppe besteht aus Hauptschul- ( $M=1.26$ ,  $SD=.56$ ) und Oberschullehrkräften ( $M=1.18$ ,  $SD=.51$ ). Gruppe drei bilden Lehrkräfte von KGS ( $M=1.11$ ,  $SD=.57$ ) und Realschule ( $M=1.06$ ,  $SD=.55$ ). Sowohl Förderschul- ( $M=1.75$ ,  $SD=.50$ ) als auch Gymnasiallehrkräfte ( $M=.97$ ,  $SD=.64$ ) unterscheiden sich signifikant von allen anderen Schulformen und bilden jeweils eine eigene Gruppe. Letztgenannte berichten folglich ein signifikant geringeres Gesundheitserleben und Förderschullehrkräfte ein signifikant höheres Gesundheitserleben im Vergleich zu den anderen Schulformen der Analyse.

Tabelle 3  
*Varianzanalyse zum Gesundheitserleben von Lehrkräften in verschiedenen  
 Tätigkeitsbereichen im Kontext inklusiver Bildung*

	SS	MS	F	p	$\eta^2$
Planung					
Between	249.425	13033.482	91.329	.00	.08
Within	2837.565	.390			
Unterricht					
Between	595.201	11244.943	264.894	.00	.19
Within	2515.613	.321			
Kooperation					
Between	332.443	47.492	116.859	.00	.11
Within	2709.080	.406			
Gesamt					
Between	418.256	59.751	202.685	.00	.15
Within	2333.313	.295			

Anmerkung. Planung:  $R^2=.08$ ; Unterricht:  $R^2=.19$ ; Kooperation:  $R^2=.11$ ; Gesamt:  $R^2=.15$

## 4.6 Diskussion

Ziel des Beitrags war es zu prüfen, wie Lehrkräfte ihr Gesundheitserleben im Kontext inklusiver Bildungstätigkeiten bewerten und inwieweit sich das Gesundheitserleben in Abhängigkeit der Schulform voneinander unterscheidet. Die ausgewählten Tätigkeiten rekurrieren im Sinne eines engen Inklusionsverständnisses auf die gemeinsame Teilhabe von Schülerinnen und Schülern mit und ohne sonderpädagogische Unterstützungsbedarfe am Schulleben.

Die Auswertung der deskriptiven Daten zeigt, dass Lehrkräfte von Förder-, Grund- sowie von Integrierten Gesamtschulen ihre Gesundheit im Vergleich am positivsten bewerten; wenngleich alle Summenscores der eingeschätzten Gesundheitsdimensionen unterhalb des statistischen Mittels liegen und kein positives Gesundheitserleben im Kontext inklusiver Bildungstätigkeiten berichtet werden kann. Dieses Ergebnis stützt die explorative Datenanalyse von Hedderich [8], die ein eher geringes Belastungsempfinden bei Förderschullehrkräften im Kontext inklusiver Beschulung berichtet. Der geprüfte Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Tätigkeitsausführung und dem Gesundheitserleben erweist sich als signifikant: Häufiges Ausführen der Tätigkeiten geht mit positiveren Bewertungen der Gesundheitsdimensionen einher. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutsamkeit von Erfahrungswerten zur erfolgreichen Bewältigung schulischer Anforderungen und liefert damit wichtige Impulse für die Expertenforschung [6]. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür könnte sein, dass Förderschullehrkräfte bereits während ihrer Ausbildung mit den erfragten Tätigkeiten (z.B. Diagnostikverfahren) in Kontakt kommen. Der Erfahrungsvorsprung zeigt sich im positiveren Gesundheitserleben, welches sich signifikant vom Erleben der Lehrkräfte anderer Schulformen unterscheidet. Dementsprechend äußern sich Grundschul- und IGS-Lehrkräfte ebenfalls vergleichsweise positiv und Gymnasiallehrkräfte am negativsten. Auch bei Letztgenannten erweist sich der Unterschied zu allen anderen Schulformen als signifikant – sie weisen entsprechend der stark fachlich geprägten, universitären Ausbildung sowie der institutionell bedingten, leistungsstarken Zusammensetzung der Lerngruppen eher geringe „Schnittmengen“ bzw. Erfahrungswerte mit den erfragten inklusiven Tätigkeiten auf. Dieser Zusammenhang wird mit Blick auf die Inklusionsraten verstärkt: Lehrkräfte der Schulformen mit niedrigeren inklusiven Beschulungsraten (Gymnasium, Realschule, KGS) zeigen ein ungünstigeres Gesundheitserleben als Schulformen mit höheren Inklusionsanteilen (Grund-, Haupt- und integrierte Gesamtschule).

Die Ergebnisse der Varianzanalyse belegen, dass sich Lehrkräfte unter Berücksichtigung der Schulformen in ihrem Gesundheitserleben unterscheiden. Die Unterschiede in der Wahrnehmung der drei Tätigkeitskategorien sowie der Gesamt-Kategorie weisen mittlere bis starke Effekte auf. Diese Ergebnisse widersprechen den Daten von Schaarschmidt und Kieschke [16], die nur geringe Unterschiede feststellen konnten. Ein Widerspruch ergibt sich

auch zu den Daten von Hofmann [9]. Hauptschullehrkräfte zeigen innerhalb der vorliegenden Analyse im Vergleich ein eher positiveres Gesundheitserleben. Auch die Daten von Harazd et al. [7] stehen teilweise im Widerspruch zu den hier berichteten Ergebnissen: Lehrkräfte der Gesamtschule zeigen in der vorliegenden Analyse im Vergleich ein positiveres Gesundheitserleben. Die negative Gesundheitswahrnehmung der Gymnasiallehrkräfte schließt hingegen an deren Daten an - wenngleich durch die Engführung auf inklusive Tätigkeiten ein direkter Vergleich der Daten kritisch zu hinterfragen ist.

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse legen nahe, dass im Sinne der Gesundheitsförderung für Lehrkräfte aller Schulformen Maßnahmen konzipiert werden müssen, im Rahmen derer sie Möglichkeiten bekommen, sich mit Tätigkeitsanforderungen inklusiver Settings aktiv auseinandersetzen können. Institutionen der Lehrkräfteweiterbildung kommt bei der Gesundheitsförderung von Lehrkräften eine entscheidende Verantwortung zu. Dabei sind Konzeptionen die jeweils schulformspezifisch den Bedarfen der Lehrkräfte entsprechen ebenso bedeutsam, wie solche, in denen explizit sonderpädagogische Kompetenzen vermittelt (Diagnostik, Differenzierung) werden bzw. in denen Lehrkräfte unterschiedlicher Schulformen die Möglichkeit haben, miteinander und voneinander zu lernen (Kooperation). Universitäten kommt die Aufgabe zu, die unterschiedlichen Lehramtsstudiengänge innerhalb der Lehre so miteinander zu vernetzen, dass sich alle Professionen gemeinsam entwickeln und von den unterschiedlichen fachlichen Perspektiven profitieren können. Strukturelle Veränderungen in Bezug auf die Ausbildung wurden bspw. in Berlin umgesetzt: Hier wird das Lehramtsstudium nicht mehr nach Schulformen gegliedert, sondern lediglich eine Unterscheidung in „Sekundarstufe I“ und „Sekundarstufe II“ vorgenommen. Solche Umstrukturierungen könnten Lernkontexte ermöglichen, die den genannten Ableitungen der Datenanalyse entsprechen.

Zusätzlich zur besonderen Berücksichtigung der Schulform, zeigen die deskriptiven Statistiken die Wichtigkeit des Bezugs auf spezifische Tätigkeiten. Dabei liegen die Werte des Gesundheitserlebens innerhalb der Tätigkeitsbereiche „Planung“, „Unterricht“ und „Kooperation“ zwar nah beieinander, statistisch werden jedoch signifikante Unterschiede deutlich. Die Daten weisen darauf hin, dass vor allem im Bereich „Unterricht“ Weiterbildungsbedarf besteht. Dieses Ergebnis ist insbesondere für die Angebotsplanung und -konzeption der Aus- und Weiterbildung von Bedeutung.

#### **4.6.1 Limitationen**

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten folgende Limitationen der Studie beachtet werden. So ist ein möglicher Selection Bias auf Grund der Freiwilligkeit der Lehrkräfte bei der Teilnahme an der Erhebung zu beachten [15]. Auch „Spillover Effekte“ anderer Gesundheits- bzw. Belastungsquellen, die die Wahrnehmung der Lehrkräfte bezüglich der inklusiven

Bildungstätigkeiten beeinflussen, können statistisch nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus erlaubt das Design des Fragebogens keine Rückschlüsse auf die Einzelschulen der Lehrkräfte sowie deren Beschäftigungsbedingungen (z.B. Förderschullehrkraft mit mehreren Beschäftigungsarten).

#### **4.7 Fazit für die Praxis**

- Das Gesundheitsempfinden von Lehrkräften unterscheidet sich in Abhängigkeit der Schulform und in Bezug auf verschiedene Tätigkeitsbereiche.  
Fort- und Weiterbildungsinstitutionen für Lehrkräfte sollten ihre Angebote daher unter Berücksichtigung von 1) Spezifika einzelner Schulformen (z.B. Zusammensetzung der Lerngruppen) sowie 2) Spezifika einzelner Tätigkeitsbereiche inklusiver Bildung konzipieren.
- Die Häufigkeit der Tätigkeitsausführung steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitserleben.  
Situative, fallbezogene Aus- bzw. Fortbildungskonzeptionen könnten diesbezüglich wichtige Beiträge leisten.
- Universitäten kommt hier die Aufgabe zu, bereits während der Ausbildungszeit Kontexte zu schaffen, in denen Studierende unterschiedlicher Schulformen miteinander an gemeinsamen Inhalten arbeiten (z.B. Unterrichtsplanung), um auf diese Weise professionsbezogene ((sonder-)pädagogische sowie (fach-)didaktische) Perspektiven füreinander fruchtbar zu machen und kooperatives Handeln als Aspekt der Profession zu etablieren.
- Das Initiieren und pflegen eines Hospitationsnetzwerks kann darüber hinaus die Chance bieten, Lehrkräften einen Rahmen für gemeinsame Planungs-, Reflexions- und Feedback-Prozesse zu ermöglichen.

#### **Einhaltung ethischer Richtlinien**

**Interessenskonflikt.** M. Peperkorn und D. Horstmann geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

## 4.8 Literatur

- [1] Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
- [2] Arndt A K & Werning R (2017) Inklusive Schul- und Unterrichtsentwicklung. Lehrer-Schüler-Interaktion. Springer VS, Wiesbaden, S 607-623
- [3] Cramer C (2011) Entwicklung von Professionalität in der Lehrerbildung. Empirische Befunde zu Eingangsbedingungen, Prozessmerkmalen und Ausbildungserfahrungen Lehramtsstudierender. Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn
- [4] Erbring S (2012) Mehrbelastung durch Inklusion? Eine neue schulische Herausforderung aus salutogener Sicht. Lernchancen 15:75-81
- [5] Gräsel C, Decristan J, König J (2017) Adaptiver Umgang mit Heterogenität im Unterricht. Unterrichtswissenschaft 45:195-206
- [6] Gruber, H., & Mandl, H. (1996) Expertise und Erfahrung. Expertiseforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 18-34
- [7] Harazd B, Gieske M, Wolff HG (2009) Gesundheitsmanagement in der Schule. Lehrgesundheit als neue Aufgabe der Schulleitung. Hermann Luchterhand, München
- [8] Hedderich I (2016) Lehrgesundheit im Kontext schulischer Inklusion. Kenntnisstand und Ergebnisse einer explorativen Studie und Perspektiven. Präz Gesundheitsf 11:34-39
- [9] Hofmann F, Felder-Puig R (2014) Lehrgesundheit in verschiedenen Schultypen. Präz Gesundheitsf 9:274-280
- [10] Krause A, Dorsemagen C & Baeriswyl S (2013) Zur Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern: Ein Einstieg in die Lehrerbelastungs- und -gesundheitsforschung. In: Rothland, M (Hrsg.) Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Springer VS, Wiesbaden, S 61-80
- [11] Krauss S (2011) Das Experten-Paradigma in der Forschung zum Lehrerberuf. In: Terhart E, Bennewitz H, Rothland M (Hrsg) Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf. Waxmann, Münster New York, S 171-191
- [12] Lange V (2017) Ländervergleich Inklusive Bildung in Deutschland. [www.fes.de/publikationen/?t\\_dirlink=x&modus=&f\\_IDR=I+13493](http://www.fes.de/publikationen/?t_dirlink=x&modus=&f_IDR=I+13493) Zugegriffen: 08. Mai 2018
- [13] Niedersächsisches Kultusministerium (2016) Die niedersächsischen allgemein bildenden Schulen in Zahlen. Stand: Schuljahr 2015/2016. [www.mk.niedersachsen.de/startseite/service/statistik/die-niedersaechsischen-allgemein-bildenden-schulen-in-zahlen-6505.html](http://www.mk.niedersachsen.de/startseite/service/statistik/die-niedersaechsischen-allgemein-bildenden-schulen-in-zahlen-6505.html) Zugegriffen: 08.05.2018
- [14] Niedersächsisches Kultusministerium (2016) Niedersächsisches Schulgesetz in der Fassung vom 3. März 1998 (Nds. GVBl. S. 137), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Juni 2015 (Nds. GVBl. S. 90)

- [15] Paulus P, Horstmann D, Baydar C, Dadaczynski K (2016) Erster Bericht zur Online-Befragung „Mehr Zeit für gute Schule“. [www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html](http://www.leuphana.de/mehr-zeit-fuer-gute-schule/aktuell.html) Zugegriffen: 08. Mai 2018
- [16] Schaarschmidt U, Kieschke U (2013) Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. In: Rothland M (Hg) Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle \* Befunde \* Interventionen. Springer, Wiesbaden, S 81-97
- [17] Schwab S (2017) Interprofessionelle Lehrkraftkooperation im inklusiven Unterricht aus der Perspektive der Schülerinnen und Schüler. *Unterrichtswissenschaft* 45:262-279
- [18] World Health Organization (1986) Ottawa charter for health promotion. WHO, Geneva