Master-Thesis

Kommt es zu einer Zunahme der Inzidenz und Prävalenz des Burnout-Syndroms bei Pongauer Lehrern in den letzten 10 Jahren? Können kausale Zusammenhänge zwischen Ausfallszeiten und Belastungen erkannt werden?

Verfasserin: Dr. Judith Fuxjäger-Engelen
Kirchboden 108
5602 Wagrain

Matr.Nr: 8115830

Universitätslehrgang: Arbeits-und Wirtschaftsmedizin (MSc)

Abgabedatum:17.12.2013

Zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
am Zentrum für Gesundheitsförderung, Sport und Sozialwirtschaft
der Donau-Universität Krems

Begutachter/Opponent:

Ich versichere:

1. Dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. . Dass ich dieses Thema bisher weder im In- noch im Ausland einer(m) Beurteiler(in) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. .dass diese Arbeit mit der vom(von der) Begutachter(in) beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung: 17.12.2013 Unterschrift:

Danksagung:

Ich möchte mich zuallererst bei meiner Familie bedanken: bei meinem Mann für den Zuspruch und die Geduld, bei meiner Tochter für die technische Hilfeleistung und bei meiner Mutter für das Korrekturlesen.

Danken möchte ich auch den zuständigen Schulbehörden auf Landes- und Bezirksebene, dass sie mir die Beschäftigung mit diesem Thema ermöglicht haben.

Mein besonderer Dank gilt aber Frau Sabine Holzer für ihre tatkräftige, geduldige Unterstützung.

Anmerkung:

Sollten in dieser Arbeit - insbesondere in Tabellen und Abbildungen aus Platzgründen- Bezeichnungen nur in der männlichen Form stehen, so ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

Zusammenfassung

Durch Medien vermittelt und aus Erfahrung bei Untersuchungen am Gesundheitsamt entsteht der Eindruck, dass immer mehr PädagogInnen an Burnout leiden und es deshalb zu einer Zunahme von Krankenständen und vorzeitiger Pensionierung kommt. Die vorliegende Arbeit beleuchtet die lokale Situation im Salzburger Schulbezirk Pongau durch Analyse von amtsärztlichen Untersuchungen über einen Zeitraum von 10 Jahren, 2002- 2011. Nach einer Begriffsklärung mit einem kurzen Überblick über die Historie und dem aktuellen Stand der Burnout-Forschung werden einige Studien aus dem deutschsprachigen Raum beleuchtet und mit den eigenen Ergebnissen verglichen. Danach folgt eine Interpretation der Differenzen und ein Ausblick auf sich ergebende, mögliche Interventionsmöglichkeiten.

Summary

Promoted by mass media and settled by examinations in public health services the impression is generated, that there is a rising amount on teachers who gets sick due to burnout, is away sick or even retire earlier. This dissertation tries to enlighten the situation of all teachers in a local school- district in Austria, called Pongau. In the first part there will be given a review over the history of burnout, the current state of research and some published studies concerning this topic in Germany, Switzerland and Austria, followed by a comparison with the local results. The interpretation of the results is followed by the prospects of intervention.

Keywords

Deutsch: Burnout, Lehrer

English: burnout, teacher

Inhaltsverzeichnis

Master-Thesis.....

Danksagung: .....

Zusammenfassung.....

Summary.....

Keywords.....

Einführung in die Thematik.....1

1. Forschungsfrage.....2

2. Begriffserklärung Inzidenz-Prävalenz 2

3.State of the Art 4

3.1 Historie.....4

3.2 Definition und Symptomatik 8

3.3 Einordnung.....21

3.4 Studien zum Thema und deren Ergebnisse 24

3.4.1 Gamsjäger, Sauer 1996.....24

3.4.2 Die Potsdamer Lehrerstudie 25

3.4.3 Georg Stöckli, Universität Zürich, 1999.....28

3.4.4 Studie Heyse et al. Rheinlandpfalz, 2004 31

3.4.5 Erlanger Studie; Weber, Weltle, Lederer: Frühinvalidität im Lehrberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte.....34

3.4.6 Studie von Gerich, J, Sebinger S, 2007 36

3.4.7 Dür, W, Griebler, R: Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnengesundheit 5/2007 39

3.4.8 Hillert , A.; Schmitz ,E.: Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrinnen und Lehrern (2004) 43

3.5 Hypothese zum Thema und Ergebnisse 46

4. Methodik.....50

5. Darstellung der Ergebnisse 53
5.1 Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen pro Jahr.....53
5.2 Anzahl der Untersuchungen pro Schultyp 54
5.3 Gründe der amtsärztlichen Untersuchungen.....54
5.4 Krankenstandsdauer in Wochen, Verteilung auf Schultypen, Diagnosen 54
5.5 Anteil der Lehrer pro Schultyp in Relation zum Anteil des Schultyps an Krankenständen 56
5.6 Männliche Lehrer 57
5.7 weibliche Lehrkräfte 59
5.8 Burnout als Diagnose.....62
5.9 Diagnose „Psyche“ (F-ICD-10).....66
5.10 somatische Erkrankungen.....68
5.10.1 Muskel/ Skeletterkrankungen.....69
5.10.2 Herz/Kreislauferkrankungen 71
5.10.3 sonstige internistische Erkrankungen 73
5.10.4 Carcinome 74
5.10.5 neurologische Erkrankungen 75
5.10.6 Erkrankungen aus dem Bereich Hals- Nasen- Ohren.....77
5.10.7 sonstige Erkrankungen 77
5.11 Analyse nach Schultypen.....77
5.11.1 Gymnasium/ Berufsbildende Höhere Schule 77
5.11.2 Hauptschule.....80
5.11.3 Volksschule.....84
5.11.4 Sonderschulen.....87
5.11.5 Polytechnische Schulen.....88
5.11.6 Berufsschulen 88

5.12 Amtsärztliche Befürwortung der vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen 89

6 Eigene Ergebnisse 93

6.1 Zusammenfassung der eigenen Ergebnisse 93

6.2 Vergleich der eigenen Ergebnisse mit bestehenden Studien 98

7. Rückschlüsse auf auslösende Faktoren und Vorschläge zur Prävention 102

Literaturverzeichnis 106

Abbildungsverzeichnis 111

Tabellenverzeichnis 115

Einführung in die Thematik

Als Einstimmung auf das Thema fand eine kurze Internetrecherche an einem Sommertag im August 2012 binnen kürzester Zeit zahlreiche Zeitungsartikel zum Thema. Herausgegriffen seien 4 Zeitungsartikel: am 28.4.2010 war in der Kleinen Zeitung unter der Überschrift „ Burnout soll bei Lehrern als Berufskrankheit gelten“ zu lesen, dass sich ein Lehrergewerkschafter im Rahmen einer Pressekonferenz dafür einsetzte, Burnout als Berufskrankheit anzuerkennen. Unterstützt wurde er dabei von Andreas Fischer, einem Mitautor der Potsdamer Lehrerstudie von Schaarschmidt.

Am 7.9.2011 titelte die gleiche Zeitung „ Starke Zunahme von Burnout in der Steiermark“, worin ein anderer Lehrergewerkschafter berichtete, dass die psychiatrischen Erkrankungen in den ersten Monaten des Jahres 2011 um 17% gestiegen seien und dass Burnout „ eine gefürchtete Volkskrankheit “ sei.

Am 29.7.2011 griff der Standard das Thema unter dem Titel „ Wenn Lehrer keine Kraft mehr haben“ auf , gab ein Interview mit einem Chefarzt einer deutschen Klinik für Psychiatrie wieder und erläuterte darin einige Ursachen, die zur Entstehung von Burnout führen könnten

Am 12.10.2011 druckte Die Presse ein Interview mit einer Erziehungswissenschafterin, die in der Lehrerberatung arbeitet und eingangs postulierte, dass Burnout eine Modediagnose sei und nicht existieren würde.

Aber nicht nur in den Printmedien ist Burnout ein Thema, auch Rundfunk und Fernsehen senden immer wieder Beiträge: So widmete das ORF Radio in seiner Sendereihe Radiokolleg im Mai 2013 eine 4teilige Sendereihe dem Thema und stellte auch Werke namhafter Burnout-Forscher wie Mathias Burisch oder Andreas Hillert vor.

Schon 2007 strahlte das Schweizer Fernsehen eine Reportage unter dem Titel „Burnout: wenn Lehrer kapitulieren“ aus. 6 Jahre später, am 15.7.2013, konnte man im Bayrischen Fernsehen eine Sendung mit dem Titel „ Lehrer-Burnout- wenn nichts mehr geht“ sehen.

Diese Liste ließe sich noch beliebig lange fortsetzen. Man kann dabei erkennen, dass das Thema allgemeine Aufmerksamkeit genießt und es wird auchvermittelt , dass es immer mehr Burnout-Betroffene gibt, speziell im Lehrerberuf.

1. Forschungsfrage

Kommt es zu einer Zunahme der Inzidenz und Prävalenz des Burnout-Syndroms bei Pongauer LehrerInnen in den letzten 10 Jahren? Können kausale Zusammenhänge zwischen Ausfallszeiten und Belastungen erkannt werden?

2. Begriffserklärung Inzidenz-Prävalenz

Der Begriff Inzidenz stammt aus dem Lateinischen vom Wort incidere ab und hat in den Fachgebieten Medizin, Geometrie, Wirtschaft und Physik jeweils eine bestimmte Bedeutung .In diesem Zusammenhang ist die medizinische Definition in Verwendung, die lautet „ Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen innerhalb einer Personengruppe von bestimmter Größe während eines bestimmten Zeitraums.“ (Bibliographisches Institut, 2013)

Das heißt ,er wird in medizinischen Statistiken verwendet, um die Zahl der neu aufgetretenen Fälle(bestimmte Erkrankungen, Straffälligkeiten, Drogenkonsum..) in einer bestimmten Population in einer bestimmten Zeit, meist 1 Jahr, auszudrücken.

Das Wort Prävalenz leitet sich vom lateinischen Wort praevalens ab, 1. Partizip von praevolare: überwiegen, mehr gelten. Seine hauptsächliche Verwendung findet es in der Medizin. Dort bedeutet es die Rate, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder

Zeitabstand an einer Krankheit Erkrankten im Vergleich zu den Gesunden. (vgl. Bibliographisches Institut ,Duden, 2013).

Die Prävalenz bezeichnet die gesamte Anzahl der Fälle (an Erkrankungen, Straffälligkeiten..) in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum, meist 1 Jahr.

3.State of the Art

Im folgenden Kapitel wird versucht, die Entstehung des Begriffes Burnout in einem kurzen geschichtlichen Überblick zusammenzufassen. In weiterer Folge werden die wichtigsten Burnout-Forscher mit ihren Ansätzen, Definitionen und Versuchen der Zuordnung der Symptome zu Phasen, die meist in definierter zeitlicher Abfolge stehen, vorgestellt.

Es folgt ein kurzer Überblick über den Stellenwert als Diagnose in verschiedenen westlichen Staaten.

Schließlich werden repräsentative Studien aus dem deutschsprachigen Raum angeführt, die sich mit Burnout im Lehrberuf beschäftigen. Deren Ergebnisse werden in weiterer Folge zusammengefasst und einander gegenübergestellt.

3.1 Historie

Laut Burisch (vgl. Burisch, 2010, S.4) wird ein Teil des Symptomenkomplexes, der heutzutage unter dem Begriff Burnout subsumiert wird, schon im Alten Testament beschrieben. Schon Moses leidet an Arbeitsüberforderung und vernachlässigt dadurch seine Familie, sodass ihm von seinem Schwiegervater geraten wird, Arbeit zu delegieren. (2. Moses 18) (vgl. Avenhoevel, Deissler & Vögtle,1965, S.14)

Der Begriff Eliasmüdigkeit war in früheren Zeiten geläufiger und beschreibt- in Anlehnung an den Propheten Elias, der nach jahrelanger aufopferungsvoller Predigttätigkeit in eine akute Burnoutsymptomatik geriet und 40 Tage, in denen er, des Lebens überdrüssig, in der Wüste umherirrte (1. Könige 18)- eine Symptomatologie ähnlich dem heutigen Burnout, bestehend aus tiefster Erschöpfung und Depression..

(vgl. Avenhoevel, Deissler & Vögtle, 1965, S.365)

Bei Shakespeare taucht das Verb „ to burn out “auf in „ The Passionate Pilgrim“1598:
“…She burn`d with love, as straw with fire flameth

She burn`d out love, as soon as straw outburneth….”

Erstmals erwähnt von Enzmann & Kleiber (1989, S. 18)

Aber auch zahlreiche Synonyme waren vor der Einführung des Wortes Burnout früher gebräuchlich.

So beschreibt George Cheyne 1733 in seinem Buch *English Malady* (online – Version Universität York, Toronto), dass diese Art der Erkrankung in England relativ neu auftrete, und als Modeerkrankung deutlich zunehme, wobei eher die oberen Gesellschaftsschichten betroffen seien. (vgl. Cheyne,1733, S. a-a1)

Eine noch heute im ICD-10 codierte Diagnose, die Neurasthenie, wurde erstmals 1879 von George Miller Beard eingeführt, und war Ende des 19. Jahrhunderts, Anfang 20. Jahrhunderts eine Modediagnose. Auch Siegmund Freud beschäftigte sich mit der Neurasthenie im Rahmen des Falles Elisabeth von R. und rechnete sie den Aktualneurosen zu. (vgl. Wikipedia, 2013)

1886-1888 schrieb der britische Neurologe William Gowers sein zweibändiges Werk „Diseases of the nervous system“, in dem ein Kapitel unter dem Titel Hysteria sich der gleichnamigen, damals modernen Diagnose widmete.(vgl. Aarli , 2001, S. 627)

1959 beschrieb Wiesenhütter berufliches Ausgebrannt sein im Buch: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie von V.Frankl, V.E. von Gebsattel & H. Schultz und gab ihm die Bezeichnung Betriebsneurose (vgl. Burisch, 2010, S.5).

Laut A. Hillert findet sich schon 1930 der Begriff Burnout in einem Lexikon, dem *Merriams-Webster Dictionary*, und 1967 in einer *Brockhaus Enzyklopädie* (vgl. Hillert A., 2006). In beiden Fällen jedoch nicht in einem psychologischen Kontext , sondern im englischsprachigen Lexikon beim Thema Profisport, im Brockhaus bei der Erläuterung von Kernschmelze in einem Atomreaktor.(vgl. Hillert, 2006,S.31)

Burisch schildert in seinem Buch den von Schwartz & Will 1953 veröffentlichten Fall einer Krankenschwester, Miss Jones, die an einer psychiatrischen Abteilung tätig war und über sehr kurze Zeit - innerhalb von 2 Wochen - in eine akute Situation geriet, die heute mit Burnout beschrieben wird und mit Hilfe der Autoren nach insgesamt 5 Wochen diese Situation wieder bewältigen konnte. Es werden dabei die heute postulierten Stadien der Erkrankung sehr genau beschrieben. (vgl. Burisch, 2010, S. 194).

Seit den 1970er Jahren intensivierten sich die Publikationen zu diesem Thema. 1977 etwa benannte Schmidbauer das Helfersyndrom bei helfenden Berufen.

Es entwickelten sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen an das Thema Burnout. Eine Forschergruppe fokussierte einen persönlichkeitszentrierten Ansatz, sie erkundeten, inwieweit die Entwicklung von Burnout mit den Anlagen des Individuums zusammenhängen. Zu ihnen gehört etwa Edelwich+ Brodsky, Freudenberger, Burisch.

Die andere Gruppe beschäftigte sich mit den Umgebungsbedingungen, sei es am Arbeitsplatz, der Arbeitsorganisation oder dem sozialen Umfeld. Zu ihnen gehören Maslach + Jackson, Pines+ Aronson + Kafry, Cherniss.

Der Psychoanalytiker Freudenberger erlebte an sich und anderen, in der Betreuung drogenabhängiger und krimineller Jugendlicher ehrenamtlich Tätigen, eine Veränderung der Einstellung, die er als „ Staff Burnout“ bezeichnete und 1974 veröffentlichte. (vgl. Burisch,2010, Hillert A.,2006). Als Psychoanalytiker lag bei Freudenberger der Fokus auf den Individuen. Er beschrieb die Symptome eines an Burnout Leidenden, sowohl die Körperlichen wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Verdauungsprobleme als auch die Psychischen, wie leichte Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Ichbezogenheit, Inflexibilität, Ineffizienz und die Gefahr zum „ house cynic“ zu werden. In weiterer Folge kam er zum Schluss, dass diejenigen, die sich aus ganzem Herzen einer Sache widmen würden, zu der Burnout gefährdeten Gruppe gehören. Anschließend stellte er noch einige Tipps zur Vermeidung dieser Entwicklung zusammen, wie Einführungsprogramme neuer Mitarbeiter ,Selbstreflexion über die eigenen Motive, Urlaubsregelungen, Austausch unter Kollegen… zusammen (vgl. Hillert A., 2006, Seite 41-42).

Einen anderen Zugang zur Materie hatten Maslach und Pines von der Universität Kalifornien, die das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen in den Vordergrund ihrer Betrachtungen stellten. Christina Maslach erfuhr am Anfang viel Ablehnung aus Wissenschaftskreisen, ihre KollegInnen warfen ihr vor, ein damals durch die Medien populär gemachtes Thema aufzugreifen und sich damit auf unwissenschaftlichem

Boden profilieren zu wollen. In weiterer Folge entwickelte sie, gemeinsam mit Jackson, 1981 den ersten Selbstbefragungstest zur Abschätzung der Burnout-Gefährdung. Dieser Test ist mittlerweile das in Studien am häufigsten verwendete Instrument und liegt in unzähligen Fassungen, abgestimmt auf die jeweilige Berufsgruppe, und Übersetzungen vor. Er teilt sich in 3 Abschnitte und behandelt die Symptome Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit.

Ab 1974 kam es zu einer stetigen Zunahme der Publikationen, wobei die wissenschaftliche Akzeptanz anfangs sehr gering war, da es keine einheitliche theoretische Basis gab und es auch noch an empirischen Studien mangelte. Erst ab den Achtzigerjahren begann sich die Situation zu ändern. 1983 war B. A. Farber einer der ersten, der sich dem Thema Burnout bei LehrerInnen widmete und seine Ergebnisse unter dem Titel: „Stress and Burnout in the Human Service Professions“ veröffentlichte. Farber führte eine Studie an New Yorker LehrerInnen durch, die an öffentlichen Schulen unterrichteten. Er unterschied darin zwischen ausgebrannten LehrerInnen, die zuvor mit viel Einsatz und Engagement tätig waren und ausgelaugten LehrerInnen, die nie mit vollem Einsatz unterrichteten und ihre Berufswahl bereuten (vgl. Stöckli, 1998, S.243).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Ayala Pines, nachdem sie sich von Maslach getrennt hatte und mit ihren MitarbeiterInnen an der Universität von Berkeley ebenfalls einen Selbstbefragungstest, den Tedium-Measure (TM), entwickelte und 1981 veröffentlichte. Pines verwendete anfangs den Begriff Burnout nur im Zusammenhang mit Berufsgruppen, die in Helfer- und Sozialberufen tätig waren, für alle anderen Berufsgruppen führte sie den Begriff „ tedium“ (engl.)„ Überdruss“ ein, was sie später jedoch aufgab (Hillert A., 2006,S. 90-91).Überdruss entstehe demnach aufgrund chronischer Belastungen (geistig, körperlich oder emotional), das Ausbrennen sei bei helfenden Berufen durch die intensive, wiederholte emotionale Belastung im Rahmen der Arbeit bedingt.

Cherniss erforschte Burnout von einem breiter gelegten Ansatz aus: er bezog sowohl das Arbeits-und Organisationsumfeld als auch die individuellen Faktoren und das gesellschaftliche Umfeld in seine Studien ein. Er befragte insgesamt 26 BerufsanfängerInnen in den ersten sechs Monaten ihrer Berufsausübung. Sie arbeiteten als RechtsanwältInnen, Krankenschwestern/Pfleger, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und kamen aus der 68er Bewegung. Das heißt, sie waren zu Beginn hochmotiviert, hatten romantisch verklärte Vorstellungen von ihrem Beruf und ihrer Position als Helfer und „Retter“. Der Berufseinstieg bedeutete für alle eine ziemliche Ernüchterung. Cherniss fand jedoch Unterschiede in der Realitätsbewältigung, ob die jungen BerufsanfängerInnen langsam an ihre Aufgabe von erfahrenen MentorInnen herangeführt wurden oder buchstäblich „ ins kalte Wasser geworfen wurden“ .Zwölf Jahre später führte er mit den gleichen Personen nochmals Interviews durch und fand, dass manche in diesem Beruf geblieben und erfolgreich geworden waren und ihr anfängliches Burnout gut überwunden hatten. Sie zeigten in den Interviews eine gute Selbstreflexion und Selbstkritik zu ihrem damaligen Verhalten und konnten ihre persönliche Weiterentwicklung darlegen. Andere hatten sich von ihren damaligen Idealen verabschiedet und entweder ganz den Beruf gewechselt oder waren in früher für sie undenkbaren Sparten tätig. (vgl. Cherniss,1999,S. 25-26;Burisch,2010,S.64-72)

3.2 Definition und Symptomatik

Im Laufe der Jahrzehnte dauernden Burnoutforschung gibt es zahlreiche Definitionsversuche. International hat man sich noch auf keine anerkannte, allgemein gültige Definition einigen können.

So definieren Pines, Aronson und Kafry Burnout als:

„Überdruss und Ausbrennen sind Zustände körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung. Die Betroffenen fühlen sich körperlich verausgabt, hilflos, hoffnungslos

und emotional erschöpft. Sie entwickeln negative Einstellungen zum Selbst, zu ihrem Beruf, zu anderen Menschen und zum Leben ganz allgemein. Ausbrennen und Überdruss sind Empfindungen des Unglücks und der Unzufriedenheit, des vergeblichen Strebens nach Idealen(…)“(Pines u.a. 2006, S.25)

Ihr Kollege Cherniss definiert Burnout als „ (..) einen Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit plötzlich zurückzieht als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf .“ (Cherniss,1980)

Edelwich + Brodsky sehen in Burnout „ (…) einen zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie, den die in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren.“ (Edelwich & Brodsky, 1984,S.12)

Freudenberger sieht in Burnout „ (…) einen Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund Überforderung, die von innen und außen- durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft- kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Stress, und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt.“ (Freudenberger & North, 1994,S.27)

Farber sieht in Burnout ein Resultat aus „ (..) beispielsweise klagen alle Sozialberufler über lange Arbeitszeiten, Isolation, mangelnde Handlungsfreiheit, Bedürftigkeit der Klienten, falsche Vorstellungen der Öffentlichkeit über ihre Arbeit, ungenügende Hilfsmittel ,fehlende Erfolgskriterien, übertriebene Ergebnisanforderungen, ungeeignete Ausbildung und eine Verwaltung, die gleichgültig ist oder die Arbeit behindert.“ (Farber, 1983,S.2)

Schaufeli und Enzmann legen 1998 eine eigene Definition in ihrem in London erschienenen Buch vor „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler “ Individuen.“ Damit ziehen sie klar eine Grenze zu Personen mit psychischen oder somatischen Erkrankungen und sehen Burnout nur

in einem arbeitsbezogenen Kontext. (Schaufeli & Enzmann, The Burnout Companion to Study and practice, 1998)

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) liefert in ihrem 2012 erschienenen 5. Positionspapier folgende Definition: “ Burnout ist für sich genommen keine Krankheit aber ein Risikozustand für die psychische und physische Gesundheit und muss deshalb sehr ernst genommen und untersucht werden.“ (Hillert, Berger, Linden, Schramm, Vorderholzer, & Maier, 2012)

Der jüngste Definitionsversuch erfolgte in den Niederlanden durch die Lendelijke Vereneging van Eerstelijnspsychologen (LVE),den Nederlands Huisartsen Genootschap(NHG) und der Nederlandse Vereneging voor Arbeits-en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).2010/2011.Hier konnten sich PsychologInnen, der Hausärzteverband und der Verband der ArbeitsmedizinerInnen auf eine gemeinsame Definition einigen. Sie unterscheiden zwischen „ overspanning“ und „ burnout“.

Bei einem Vortrag an der Akademie für Arbeitsmedizin, Klosterneuburg, am 2.7.2013 erläuterte Prof. Dr. Burisch dieses Positionspapier: „ overspanning“ wird von ihm mit Fehlbelastung übersetzt.

Tabelle 1:4 Kriterien der Fehlbelastung nach M. Burisch, 2012, S. 6-7

4 Kriterien der Fehlbelastung	
A Grad von Distress-mindestens 3 Beschwerden müssen gegeben sein	• Müdigkeit • Gestörter oder unruhiger Schlaf • Reizbarkeit

	• Druck und Unsicherheit nicht gewachsen sein • Emotionale Labilität • Grübeleien • Gefühl von Gehetztheit • Konzentrationsprobleme / Vergesslichkeit
B Stressoren bewirken	• Gefühl von Kontrollverlust • Gefühl von Hilflosigkeit
C berufliche und soziale Funktionsstörungen	Aufgeben einer oder mehrerer sozialer Rollen zu mindestens 50% (ArbeitnehmerIn, Elternteil)
D Distress, Kontrollverlust und Funktionsstörungen	Nicht ausschließlich direkte Folge einer psychiatrischen Erkrankung

Burisch erläuterte in seinem Vortrag, dass man von Fehlbelastung spricht, wenn alle 4 Kriterien, die oben zusammengefasst sind, zutreffen.

Die Definition von Burnout anhand des Konsensuspapieres ergibt sich, wenn alle 3 Punkte erfüllt sind:

1. es handelt sich um eine Fehlbelastung

2. die Beschwerden dauern seit mehr als 6 Monaten an

3. Gefühle von Müdigkeit und Erschöpfung stehen im Vordergrund

Alle oben genannten ForscheInnenr entdeckten gleiche bis ähnliche Symptome und Verläufe. Einige entwickelten eigene Symptomatologien.

Burisch teilt die Burnout-Symptomatik in 7 Phasen ein:

Tabelle 2:Burnout-Symptomatik, Burisch, 2010, S. 25-26

Burnout-Symptomatik nach Burisch	
1.Anfangsphase-Warnsymptome	*A:überhöhter Energieeinsatz* • Hyperaktivität • Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit • Gefühl der Unentbehrlichkeit • Gefühl, nie Zeit zu haben • Verleugnung eigener Bedürfnisse • Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen • Beschränkung sozialer Kontakte auf KlientInnen *B: Erschöpfung* • Nicht abschalten können • Energiemangel • Unausgeschlafenheit Erhöhte Unfallgefahr
2.reduziertes Engagement	*A: für Klienten/Patienten* • Desillusionierung • Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten • Größere Distanz gegenüber Klienten • Kontaktvermeidung • Aufmerksamkeitsstörung in Interaktion mit KlientInnen • Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe zu

	Beaufsichtigung • Schuldzuweisung • Vermehrte Akzeptanz von Kontrollmitteln • Stereotypisierung von KlientInnen • Fachjargon • Dehumanisierung *B: Für andere allgemein* • Unfähigkeit zu geben • Kälte • Verlust von Empathie • Verständnislosigkeit • Schwierigkeiten , anderen zuzuhören • Zynismus *C: Für die Arbeit* • Verlust von Idealismus • Desillusionierung • Negative Einstellung zur Arbeit • Widerwille und Überdruss • Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen • Ständiges Auf-die-Uhr-sehen • Fluchtphantasien • Tagträume • Überziehen von Arbeitspausen • Verspäteter Arbeitsbeginn • Vorverlegter Arbeitsschluss • Fehlzeiten • Verlagerung des Schwergewichts auf Freizeit, Aufblühen am

	Wochenende • Höheres Gewicht auf Bezahlung *D: erhöhte Ansprüche* • Konzentration auf die eigenen Ansprüche • Gefühl mangelnder Anerkennung • Gefühl, ausgebeutet zu werden • Eifersucht • Familienprobleme • Konflikte mit eigenen Kindern
3. Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisungen	a)*Depression* • Schuldgefühle • Reduzierte Selbstachtung • Insuffizienzgefühle • Gedankenverlorenheit • Selbstmitleid • Humorlosigkeit • Unbestimmte Angst und Nervosität • Abrupte Stimmungsschwankungen • Verringerte emotionale Belastbarkeit • Bitterkeit • Abstumpfung, Leere • Schwächegefühl • Neigung zum Weinen • Ruhelosigkeit • Gefühl des Festgefahrenseins • Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle

	• Pessimismus, Fatalismus • Apathie • Selbstmordgedanken *b) Aggression* • Schuldzuweisung an andere oder das „System“ • Vorwürfe an andere • Verleugnung der Eigenbeteiligung • Ungeduld • Launenhaftigkeit • Intoleranz • Kompromissunfähigkeit • Nörgeleien • Negativismus • Reizbarkeit • Ärger und Ressentiments • Defensive/paranoide Einstellungen • Misstrauen • Häufige Konflikte mit anderen
4. Abbau	*a) der kognitiven Leistungsfähigkeit* • Konzentrations-und Gedächtnisschwäche • Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben • Ungenauigkeit • Desorganisation • Entscheidungsunfähigkeit • Unfähigkeit zu klaren Anweisungen *b)der Motivation*

	• Verringerte Initiative • Verringerte Produktivität • Dienst nach Vorschrift *c) der Kreativität* • Verringerte Phantasie • Verringerte Flexibilität
5. Verflachung	*a) des emotionalen Lebens* • Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen • Gleichgültigkeit b)*des sozialen Lebens* • Weniger persönliche Anteilnahme an anderen • Meidung informeller Kontakte • Suche nach interessanteren Kontakten • Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit • Eigenbrötelei • Mit sich selbst beschäftigt sein • Einsamkeit *c) des geistigen Lebens* • Aufgeben von Hobbys • Desinteresse • Langeweile
6.Psychosomatische Reaktionen	• Schwächung der Immunreaktion • Schlafstörungen • Albträume • Sexuelle Probleme • Gerötetes Gesicht • Herzklopfen

	• thorakales Engegefühl • Atembeschwerden • Erhöhter Blutdruck • Pulsbeschleunigung • Muskelverspannungen • Rückenschmerzen • Kopfschmerzen • Nervöse Tics • Verdauungsstörungen • Übelkeit • Magen-Darm-Geschwüre • Gewichtsveränderungen • Veränderte Essgewohnheiten • Mehr Alkohol , Nikotin, Kaffee , Drogen
7. Verzweiflung	• Negative Einstellung zum Leben • Hoffnungslosigkeit • Gefühl der Sinnlosigkeit • Selbstmordabsichten • Essentielle Verzweiflung

Die vier Kernsymptome nach Burisch sind: Emotionale Erschöpfung, Leistungsunzufriedenheit, Dehumanisierung, Überdruss. (vgl. Burisch,2010)

Christina Maslach entwarf ein Dreiphasenmodell, auf dem auch der Aufbau ihres Fragebogens, des Maslach Burnout Inventory, basiert. Zunächst entwickelt der/die Betroffene eine *emotionale Erschöpfung.* Diese entsteht durch die für den/die BetreuerIn sich ergebende negative Bilanz: er/sie steckt viel Energie, Emotionen ,Leistung in das Gegenüber, ohne eine gleichwertige, emotionale Gegenleistung, wie etwa einen mess-und sichtbaren Erfolg oder einen Dank zu bekommen.

In späteren Arbeiten erläuterte Maslach, dass eng verknüpft mit der emotionalen Erschöpfung eine körperliche Erschöpfung einhergehe. Die Zeit nach der Arbeit oder am Wochenende reiche nicht aus, um sich zu erholen und neue Energien nachzutanken. Anmerkung: Maslach beschäftigte sich bei der Entwicklung ihres Phasenmodells primär mit helfenden Berufen, wie SozialarbeiterInnen oder Gesundheitsberufen und erweiterte später ihr MBI, damit auch andere Berufsgruppen damit erfasst werden konnten.

Danach sieht sie die Phase der *Depersonalisation:* der/die Betroffene distanziert sich aus Eigenschutz von seinem/ihrem Gegenüber, dem /der LehrerIn geht etwa die Liebe zu den Kindern verloren, er/sie sieht nur mehr das Negative in seinem/ihren KlientenInnen/ PatientInnen, wertet diese auch ab. In späteren Arbeiten wird diese Phase auch mit *Zynismus* umschrieben.

Die letzte Phase stellt die L*eistungsunzufriedenheit ,* später *als Ineffizienz* bezeichnet, dar*.* Die Betroffenen fühlen sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen, bringen nicht mehr viel weiter, verlieren den Glauben an ihre Fähigkeiten. (vgl. Maslach& Leiter,2001 S. 18-19; Burisch, 2010,S. 51-54).

Bei den Ursachen für Stress am Arbeitsplatz können die AutorInnen Maslach und Leiter sechs Problemfelder erkennen: *Arbeitsüberlastung* – verursacht durch mehr Arbeit, verteilt auf weniger Leute mit oft geringen materiellen Ressourcen (i meist Non-Profit-Organisationen) bei hohen moralischen Ansprüchen. *Mangel an Gemeinschaft*- durch zunehmende Separierung am Arbeitsplatz durch Maschinen(PC, Telefon) , Arbeitsstrukturen (Heimarbeit) , Konflikte. *Mangel an Fairness*- etwa Unterschiede in der Bezahlung ,Diskriminierung, Bevorzugung. *Wertekonflikte*- ethische Diskrepanzen, Firmenlinie entgegen Mitarbeiterwerte .*Kontrolle*- zu wenig Mitsprache, keine Übersicht . *Belohnung*- fehlende Anerkennung (der Leistung , inadäquates Gehalt, Zufriedenheit) . (vgl. Maslach& Leiter, 2001,S.12-15)

Tabelle 3: Cherniss-3 Burnout-Stadien, Cherniss, 1980, S.12

Cherniss: 3 Burnout-Stadien	
1.Stadium	Überforderung Zeitmangel
2. Stadium	Anspannung Müdigkeit Erschöpfung
3. Stadium	Zynismus Pessimismus Hoffnungslosigkeit

Pines, Aronson und Kafry unterscheiden zwischen Symptomen

- *Körperlicher Erschöpfung:* chronische Müdigkeit, Kopfschmerzen, Verspannungen, Rückenschmerzen, Tagesmüdigkeit, Einschlafprobleme, gestörtes Essverhalten, Süchte (Alkohol-,Nikotin-,Medikamenten-,Drogenmissbrauch)
- *Emotionaler Erschöpfung:* Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit, unbeherrschtes Weinen bis hin zu Selbstmordgedanken, Reizbarkeit, Nervosität, innere Leere, Verzweiflung
- *Geistiger Erschöpfung:* negative Einstellung zum Selbst, zur Arbeit, zum Leben, Verlust der Selbstachtung, Versagensgefühle, Dehumanisierung, Gefühlskälte, mangelnde Arbeitszeitdisziplin, Konflikte mit KollegInnen und KlientInnen,

(vgl. Pines ,Aronson, Kafry, 2006, S. 25-30)

Freudenberger und seine Kollegin Gail North veröffentlichten 1992 und 1994 zwei Bücher über Burnout bei Frauen, in denen sie 12 Stadien zum Burnout beschreiben:

1. Stadium: der Zwang, sich zu beweisen
2. Stadium: verstärkter Einsatz
3. Stadium: subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

4. Stadium: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Stadium: Umdeutung von Werten
6. Stadium: verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme
7. Stadium: Rückzug
8. Stadium: beobachtbare Verhaltensänderung
9. Stadium: Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. Stadium: Innere Leere
11. Stadium: Depression
12. Stadium: völlige Burnout-Erschöpfung

(vgl. Freudenberger, North,1992, S. 12)

Schaarschmidt teilt 2007 Burnout in 3 Stadien ein:

Tabelle 4:Schaarschmidt,2007, S.33

3 Stadien des Burnout nach Schaarschmidt		
1.Stadium	Schwerpunkt Typ A	• hohes Engagement • niedrige Widerstandsressourcen • niedrige emotionale Ressourcen (Lebens-unzufriedenheit)
2. Stadium	Typ A-B-Kombination, mit wachsender	• Widerstandsressourcen fallen weiter, Resignation

	Dominanz von Typ B	steigt • Negative Emotionen steigen • Psychosomatische Beschwerden steigen • Engagement sinkt, damit sinkt subjektiver Stellenwert der Arbeit, Perfektionismus sinkt
3. Stadium	Typ B	• Erschöpfung • Niedergeschlagenheit • Resignation • Psychosomatische Störungen

Schaarschmidt meint, dass man aus Stadium 3 nur mit fremder Hilfe herauskommt und dass es zu einer grundlegenden Veränderung am Arbeitsplatz kommen muss. (vgl. Schaarschmidt, Gerüstet für den Schulalltag Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer, 2007, S. 33)

3.3 Einordnung

In Europa werden sämtliche Erkrankungen anhand des sogenannten ICD-10 Codes abgerechnet. Dieser wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO 1992 in englischsprachiger Originalausgabe erstellt: „ International Statistical Classification of Diseases and Health Problems“. Von der WHO wurde die deutsche Übersetzung an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vergeben. In Österreich wird eine Version verwendet, die diese deutsche Übersetzung als Grundlage hat, jedoch in einigen Punkten etwas abgewandelt ist. Die aktuelle Version wurde 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit

herausgegeben. Die exakte Codierung von Erkrankungen bildet die Grundlage für die Abrechnung nach dem LKF-System, der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, nach der auch alle VertragsärztInnen abrechnen. In der österreichischen Version werden einzelne Schlüsselnummern mit Ausrufezeichen versehen, was bedeutet, dass sie nur als Zusatzdiagnose verwendet werden dürfen, nicht als Hauptdiagnose.

Die psychiatrischen Diagnosen sind im Kapitel V mit dem Titel: *Psychische und Verhaltensstörungen* erfasst (F00-F99). Burnout findet sich darunter nicht.

Erst im Kapitel XXI: *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* (Z00-Z99), wird man bezüglich des Begriffes Burnout fündig. Im Unterkapitel: *Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen* (Z70-76) findet man unter Z73 *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung ,exklusive Probleme mit Bezug auf die sozioökonomischen oder psychosozialen Umstände* (Z53-65) mehrere Unterpunkte, darunter auch:

Z73.0! *Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung*

Zudem ist diese Schlüsselnummer mit einem Ausrufezeichen versehen, das heißt, dass die Diagnose Burnout nur als Zusatzdiagnose verwendet werden darf und nicht als alleinige Diagnose beziehungsweise Behandlungsgrund angeführt werden darf.

Das bedeutet, dass Burnout nicht als eigenständiges Krankheitsbild angesehen wird, sondern eher als Prozess, der zu einem anderen Krankheitsbild, etwa einer Depression, hinführt oder ein anderes Krankheitsbild begleitet.

In Schweden, wo wie in ganz Europa , der ICD-10 zur Abrechnung verwendet wird, wurde in der nationalen Fassung 2005 unter F43.8 der Punkt “uttmattningssyndrom“ ,ins Deutsche etwa als Erschöpfungssyndrom übersetzt, eingeführt.

Dessen Kriterien sind genau definiert : Über mindestens 2 Wochen müssen körperliche und geistige Zeichen einer totalen Erschöpfung vorliegen, die Antriebskraft muss deutlich vermindert sein, zusätzlich Symptome wie Konzentrationsstörungen , mangelnde Stressresistenz ,emotionale Instabilität,

Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Schwindel, Herzrasen müssen täglich über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen vorhanden sein und die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen. Die genannten Symptome dürfen in keinem Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Diagnosen, Substanzmissbrauch oder anderen medizinischen Diagnosen stehen. (vgl. (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009,S.213)

In den Niederlanden wurde 1999 der „ Dutch working conditions act " erlassen, in dem Firmen die Verantwortung für ArbeitnehmerInnen in Burnout übernehmen. Laut Prof. Dr. Schaufeli von der Universität Utrecht beginnen schon am ersten Tag des Krankenstandes Rehabilitationsmaßnahmen .In Holland gibt es schon lange den Begriff der „ Überspanntheit ", der neue Begriff Burnout stellt das Endstadium dieses Prozesses dar. (vgl. Ahner & Schaufeli, 2007)

Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie(DGPPN) lehnte in ihrem 2012 publizierten Positionspapier zum Thema Burnout eine Änderung des nationalen ICD-10 Codes mit Aufnahme des Burnout als F-Diagnose mit folgenden Begründungen ab: sie verwehrten sich gegen eine Gleichstellung des Burnout mit anderen psychischen Diagnosen, das sei nicht ICD- 10- konform. Zudem lehnten sie eine Verwendung des Begriffes Burnout anstatt Depression bei arbeitenden Menschen ab. Das berge die Gefahr einer Stigmatisierung der mit dem Terminus Depression versehenen Menschen als „ Schwache" gegenüber den mit Burnout diagnostizierten, vermeintlich „ Starken, Tüchtigen". Zudem sei Burnout nicht primär ein Problem des Gesundheitssystems, sondern der Politik und Sozialpartner, die solche Arbeitsbedingungen schaffen müssten, dass es zu keiner Burnout-Erkrankung komme. Abschließend meinten sie, dass Burnout als Z-Diagnose belassen werden solle. Burnout stelle einen Risikozustand für künftige psychische Erkrankungen dar. Wenn eine psychische oder somatische Erkrankung sehr wahrscheinlich durch arbeitsbedingtes Burnout verursacht würde, solle man neben der entsprechenden ICD-10 Codierung als Anhangsziffer Z73.0 vermerken. (vgl. Hillert et al., 2012)

In den USA wird eine eigene Codierung, das DSM- 5, für „ mental disorders", geistig/ psychische Dysbalancen oder Krankheiten verwendet. Seit Mai 2013 ist die neue Auflage DSM- 5 veröffentlicht, allerdings nur auf Englisch. Seit 1952 gibt die American Psychiatric Association dieses Handbuch heraus. In diesem

Einstufungssystem kommt Burnout überhaupt nicht vor. Selbst im Kapitel Section 3-Disorders, in dem Störungsbilder aufgenommen werden, die noch weiterer Erforschung bedürfen, wie etwa Internet- oder Spielsucht oder Koffeinabusus, wird Burnout nicht angeführt. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass in den USA Burnout noch weniger als eigenständige Erkrankung angesehen wird als in Europa, sondern es wird als Symptom oder Teil eines Prozesses, einer Entwicklung, betrachtet (vgl. http://www.psych.org/.)

3.4 Studien zum Thema und deren Ergebnisse

3.4.1 Gamsjäger, Sauer 1996

Gamsjäger und Sauer haben 1996 an der Universität Salzburg eine Studie bei HauptschullehrerInnen im Bundesland Salzburg durchgeführt. Aus dem Kollektiv der HauptschullehrerInnen wurden Fragebögen an 250 Personen ausgeteilt, wovon 103 retourniert wurden (Rücklaufquote 42,3%).Die Fragebögen waren sehr komplex aufgebaut und beleuchteten das Thema von verschiedenen Seiten : verwendet wurden: das MBI (Maslach -Burnout- Inventory), ein Berufszufriedenheitsfragebogen (entwickelt von Gamsjäger 1992) ,Tests zur Einschätzung von Stressoren und täglichen Ärgernissen (Kleiber 1992) , ein Stressverarbeitungsbogen (Janke ,Erdmann & Kallus 1990) sowie ein sozialer Unterstützungstest (Zapf 1983) mit insgesamt 224 Items. Der Fragebogen wurde von 41 männlichen und 62 weiblichen Lehrern zurückgesandt. 15 von ihnen befanden sich innerhalb der ersten 5 Dienstjahre, was einem Alter bis etwa 26 Jahren entspricht, 71 zwischen dem 6.- 25. Dienstjahr (Alter 26-50 Jahre) und 17 zwischen dem 26.-38. Dienstjahr (Alter 50-60 Jahre). Es zeigte sich, dass kein Zusammenhang zwischen Burnout und Geschlecht bestand. Ebenso auffällig war ein direkt proportionaler Zusammenhang zwischen Dienstalter und Burnout: je mehr Dienstjahre, desto Burnout-gefährdeter. Unterstützung durch KollegInnen, erst in zweiter Linie durch Vorgesetzte, bewirkte eine Reduzierung des Burnouts, ebenso die emotionale Unterstützung durch den/die PartnerIn. In der Studie wiesen 27 Prozent der Befragten hohe Burnout Werte auf,

wobei die Auswertung nach den Richtlinien von *Golembiewski und Munzenrieder* (1988) erfolgte. Dazu meinte Stöckli 1988 in einer kritischen Anmerkung, dass durch das Ziehen einer willkürlichen Medianen, entsprechend ihrem 8-Phasenmodell, eine unscharfe Einstufung in niedere und hohe Burnoutwerte erfolgt. (vgl. Stöckli,1998 S.241-242). Gamsjäger kam zum Schluss, dass ein Viertel der HauptschullehrerInnen im Bundesland Salzburg von Burnout betroffen sei und sich in Phase 7+ 8 befinden würden, was im internationalen Vergleich im Rahmen liegen würde, so hätten in den USA 30% der LehrerInnen hohe Burnoutwerte, in Deutschland 22- 28%. (vgl. Gamsjäger & Sauer 1996, S. 53) In ihrer Arbeit differenzierten Gamsjäger und Sauer zwischen Berufsunzufriedenheit und Burnout: die Berufsunzufriedenheit erfasse nur den Bereich der persönlichen Leistung, wohingegen Burnout auch die Dimensionen der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation mit einschließe. (vgl. Gamsjäger& Sauer,1996, S. 46+47)

3.4.2 Die Potsdamer Lehrerstudie

Unter der Leitung von Prof. Uwe Schaarschmidt, Universität Potsdam, wurde eine groß angelegte Studie, aufgeteilt in 2 Etappen, an LehrerInnen in Deutschland durchgeführt.

Insgesamt wurden 16000 LehrerInnen sowie 2500 Studierende und ReferendarInnen mittels Fragebogen erfasst.

Der erste Teil der Studie dauerte von 2000-2003, die Ergebnisse wurden im Buch „Halbtagsjobber?“ (Schaarschmidt U., 2005) veröffentlicht.

Darin wurde die Gruppe der LehrerInnen mit PolizistInnen und StrafvollzugsbeamtInnen verglichen. Dabei zeigte sich, dass die LehrerInnen weniger Krankenstandstage als die beiden Vergleichsgruppen aufwiesen (vgl. Schaarschmidt, 2005, S. 47).

Es wurde ein psychodiagnostisches Verfahren entwickelt, mit dem die individuellen Ressourcen des/der Befragten herausgearbeitet werden konnten. Dieser

Fragebogen, AVEM genannt (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster) gliedert sich in 11 Dimensionen. Daraus können wieder 4 Bewältigungsmuster herausgefiltert werden:

- *Muster G:* Gesundheitstyp, steht für Gesundheit, hohes Engagement mit günstiger Widerstandskraft gegenüber Belastungen, positive Emotionen
- *Muster S:* Schontyp; steht für Schonung, geringes berufliches Engagement, große Ausgeglichenheit
- *Risikomuster A:* überhöhtes Engagement, verminderte Widerstandskraft, meist fehlende Anerkennung
- *Risikomuster B:* Burnout-Typ, geringes Engagement ,Resignation, herabgesetzte Widerstandskraft, negative Emotionen

(vgl. Schaarschmidt, 2006, S.1- 9)

Abbildung 1:Hillert, 2010, Folie Schulberatungskongress- Konzeption habitueller Muster der Arbeitsbewältigung

Es wurden LehrerInnen aus 11 deutschen Bundesländern sowie aus Österreich, England, Russland, Polen und Tschechien befragt.

Auffallend war, dass in Deutschland das Risikomuster B über 50% lag und das Muster G einen niedrigen Anteil aufwies. In den ehemaligen Ostblockstaaten war das Risikomuster A vorherrschend. Wenn man in Deutschland die ehemaligen Oststaaten mit den Staaten der ehemaligen Bundesrepublik verglich, zeigte sich eine ähnliche Tendenz wie in den Staaten Russland, Polen und Tschechien.

In Österreich wurde die Gruppe der LehrerInnen noch mit anderen sozialen Berufen verglichen, wobei sich zeigte, dass die LehrerInnen den höchsten Anteil an Risikomuster B aufwiesen und den geringsten Anteil an Muster G. (vgl. Schaarschmidt, 2005, S.47- 48).

Die Analyse des Berufsalters in Verbindung mit dem Risikomuster zeigte eine kontinuierliche Zunahme von Muster A und einen Anstieg von Risikomuster B bis ins mittlere Dienstalter, danach kam es zu einem Abfall, was Schaarschmidt so interpretierte, dass vornehmlich PädagogInnen mit Muster B in vorzeitigen Ruhestand wechseln. (vgl. Schaarschmidt ,2007,S. 25)

Interessant war auch die Analyse der Daten der deutschen LehramtsstudentInnen und ReferendarInnen, da in beiden Gruppen das Risikomuster B bei 25% lag und das Muster S bei 31 bzw. 29% lag. Laut dieser Studie starten junge LehrerInnen schon mit ungünstigen Grundvoraussetzungen in ihren Beruf.

Insgesamt kommt die Studie zum Schluss, dass mit zunehmendem Alter die subjektive Beanspruchung zunimmt und dass mehr weibliche als männliche Lehrer von negativer Beanspruchung betroffen sind .Frauen wiesen gegenüber den Männern weniger Muster der Gruppe G und S auf .

Teil 2 der Studie fand von 2003-2006 statt, wieder wurden LehrerInnen mittels AVEM befragt (n=7846), diesmal aus acht deutschen Bundesländern. Dabei zeigten sich die Ergebnisse gleich wie in Teil 1, mit Verschlechterungstendenz bei den Frauen. Gleichzeitig entwickelten Schaarschmidt und sein Team Interventionsprogramme an den Schulen:

1. Analyse von Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufen
2. Unterstützung der Teamentwicklung und Führungsarbeit an der Schule

3. Berufsbegleitende und vorbereitende Intervention durch Gruppentraining und individuelle Beratung
4. Unterstützung bei der Gewinnung geeigneten LehrerInnennachwuchses

(vgl. Schaarschmidt, 2012,S.3-5)

3.4.3 Georg Stöckli, Universität Zürich, 1999

In seiner Studie an 200 Schweizer LehrerInnen der Primarstufe (1.- 5. Schulstufe) erweiterte Stöckli die Untersuchung um den Begriff des *pädagogischen Ausbrennens.* Stöckli führte an, dass im üblicherweise gebräuchlichen Maslach Burnout Inventory (MBI) lediglich die subjektive Befindlichkeit der Lehrkraft anhand der 3 Subskalen *Erschöpfung, Depersonalisation* und *zwischenmenschliche Erfolge* beurteilt wird.

Hohe Werte bei Erschöpfung und Depersonalisation sowie tiefe Werte bei Erfolgen sind dabei kennzeichnend für einen hohen Burnout-Grad. Mit der Einführung des pädagogischen Ausbrennens legte Stöckli den Fokus auf die Beziehungsachse LehrerIn-SchülerIn , indem er untersuchte, wie einerseits die Lehrinhalte vermittelt wurden und andererseits ,wie die Beziehungsebene zum/zur einzelnen SchülerIn beziehungsweise zur Schülerschaft beschaffen war.

Stöcklis Fragebogen umfasste das MBI (Maslach Burnout Inventory) in einer übersetzten und an die Schule angepassten Form und einen eigens zur Messung der negativen Reaktionen und Haltungen gegenüber der Schülerschaft entwickelten Fragebogen mit 17 Items. Auch Stöckli interpretierte die Ergebnisse des MBI anhand des Phasenmodells von Golembiewski.

Tabelle 5:Burnout-Phasen nach Golembiewski, Falkenberg, 2007, S. 98

Burnout-Phasen nach Golembiewski								
MBI Subskalen	**I**	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Depersonalisation	niedrig	hoch	niedrig	hoch	niedrig	hoch	niedrig	hoch
Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit	niedrig	niedrig	hoch	hoch	niedrig	niedrig	hoch	hoch
Emotionale Erschöpfung	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	hoch	hoch	hoch	hoch

Stöckli schickte den Fragebogen an 470 Lehrpersonen im Kanton Aargau, die aus der Lehrerliste zufällig ausgewählt worden waren. Davon waren 356 Lehrerinnen (75,7%) und 114 Lehrer (24,3%). Von diesen schickten 200 den beantworteten Fragebogen zurück, was einer Rücklaufquote von 42,6% entsprach. Davon waren 147 Frauen (73,5%) und 53 männliche Lehrer (26,5%). Es waren alle Altersstufen gleichmäßig repräsentiert. (vgl. Stöckli, 1999 S. 295)

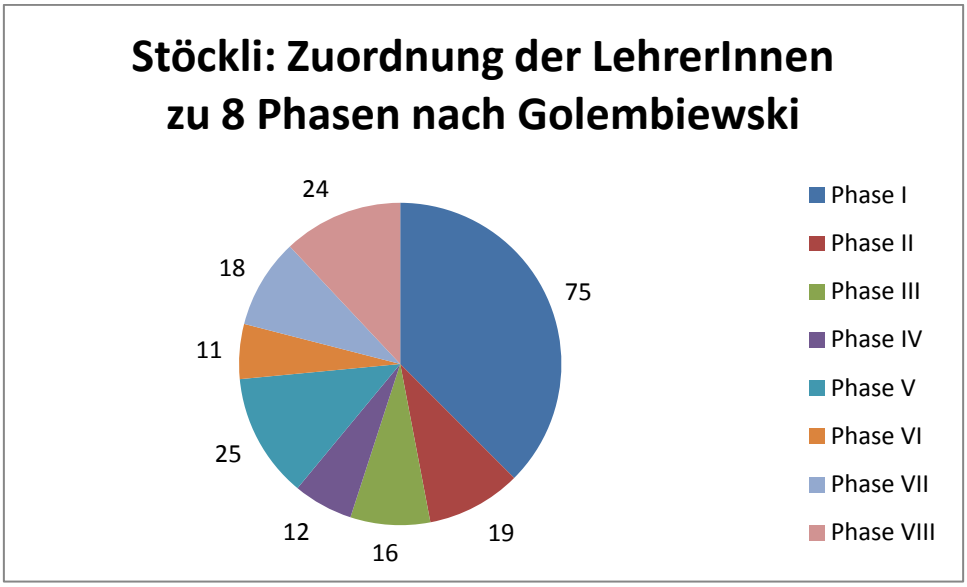


Abbildung 2:Zuordnung der untersuchten Lehrer zum Phasenmodell nach Golembiewski-eigene Darstellung nach Stöckli, 1999, S.296

Anhand von 17 Items konnten 3 negative Reaktionsmuster der LehrerInnen gegenüber ihren SchülerInnen herausgearbeitet werden: Reizbarkeit, Misstrauen und Distanzierung. Es konnten 2 Typen von LehrerInnen herausgefiltert werden. TypI: Gehört zu Kategorie/Phase VIII-typische Burnout-Symptomatik mit ausgeprägt negativen kindgerichteten Reaktionen. Typ II: eigentlich eine erfolgreiche Lehrperson, die der Kategorie/Phase IV nach Golembiewski zuzurechnen ist, die keine Erschöpfungssymptomatik aufweist, aber eine subjektiv eingeschränkte Erfolgswahrnehmung hat, und zu Depersonalisation neigt und ebenfalls auffällig negative Reaktionen gegenüber den Schülern zeigt. Daraus schloss Stöckli, dass stressbedingte emotionale Erschöpfung nicht zwingend eine Voraussetzung für *pädagogisches Ausbrennen* ist. (vgl. Stöckli,1999, S. 299)

Ein Jahr zuvor veröffentlichte Stöckli eine größere Studie, durchgeführt an Primarlehrkräften (1.-6. Schulstufe) in 4 schweizerischen Kantonen, worin auch 2 große Städte gelegen sind, nämlich Zürich und Winterthur. Das ergab eine gute Streuung der untersuchten Lehrkräfte sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich. Es waren 414 Männer und 387 Frauen vertreten. Die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen war auch ziemlich regelmäßig: 1.- 4. Dienstjahr (20-25 Jahre) 163 (20,3%), 5.-12. Dienstjahr (etwa 25-35 Jahre) 214 (26,7%), 13-20

Dienstjahre (etwa 35-45 Jahre) 188 (23,4%), über 21 Dienstjahre (über 45 Jahre) 237 (29,6%).

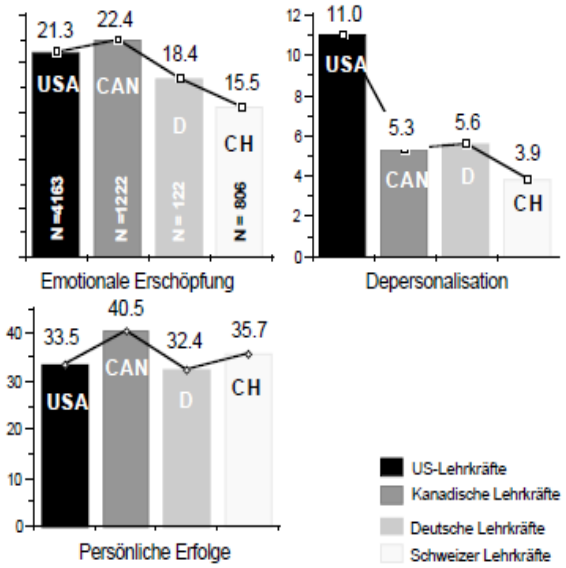


Abbildung 3:Mittelwerte der 806 Schweizer Primarlehrkräfte im Vergleich, Stöckli, 1998, S.244

Die Einteilung nach Golembiewski und Munzenrieder ergab auch für die Schweizer Lehrkräfte, die im Vergleich zu ihren KollegInnen aus USA, Kanada und Deutschland in allen 3 Teilbereichen des Maslach Burnout Inventory günstigere Werte erzielt hatten , in den Kategorien VII und VIII eine hohe Zahl von an ausgeprägtem Burnout leidenden Personen, nämlich 31,8%. Stöckli merkte kritisch an, dass diese Werte so nicht stimmten, da allgemein gültige Normwerte und Grenzwerte fehlten und der willkürliche Einzug eines Medianen in die Systematik nach Glombiewski mit niederen Risiken darunter und hohen Risiken darüber so nicht aufrechterhalten werden könnte. (vgl. Stöckli,1998, S.244- 246)

3.4.4 Studie Heyse et al. Rheinlandpfalz, 2004

In dieser Studie beschäftigten sich der Schulpsychologe Heyse und seine MitarbeiterInnen mit der Frage , wie frühpensionierte und alterspensionierte

Lehrkräfte rückblickend ihre letzten 5 Dienstjahre in Bezug auf Belastung und Belastungsreaktionen beurteilten. Die Befragung erfolgte anonymisiert mittels Fragebogen. Ausgewählt wurden LehrerInnen, die zwischen 1998 und 2001 in Pension gegangen waren. Dabei handelte es sich um 726 vorzeitig in Pension gegangene Personen und 206 Personen, die das Regelpensionsalter erreicht hatten.

Aus diesen zwei Gruppen betrug der Rücklauf bei den Frühpensionierten 58% (419 Personen), bei den Alterspensionierten 63% (129 Personen).

Da 32 Personen aus der Gruppe der Frühpensionierten angaben , aufgrund schwerer Unfälle oder akuter Erkrankungen aus dem Dienst ausgeschieden zu sein, wurden ihre Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen, ebenso mussten einige weitere Rückläufe aus beiden Gruppen aussortiert werden.

Tabelle 6:Vergleich der Untersuchungsstichprobe mit der Grundgesamtheit der früh-und alterspensionierten Lehrkräfte im Jahr 2001 in Rheinland-Pfalz Heyse, 2004, S. 374

Tab. 1: Vergleich der Untersuchungsstichproben mit der Grundgesamtheit der früh- und alterspensionierten Lehrkräfte im Jahre 2001 in Rheinland-Pfalz

Schularten und Geschlecht Angaben in %	Alterspensionäre		Frühpensionäre	
	Stichprobe 1999 - 2001 N=117	Grund-gesamtheit 2001 N=166	Stichprobe 1998 - 2001 N=382	Grundgesamtheit 2001 N=313
Grund- und Hauptschulen1	28	27	54	53
Berufsbildende Schulen	20	18	14	10
Gymnasien	33	34	17	15
Sonderschule	4	8	4	7
Realschulen	13	11	10	10
Kooperative Schulen	1	2	0,5	5
Sonstige, Seminare	0,3	1	0,3	0
männlich	72	71	53	38
weiblich	28	29	47	62

Das durchschnittliche Alter bei Pensionsantritt betrug bei Alterspensionierten 64-65 Jahre nach 35,8 Dienstjahren. Die frühpensionierten Lehrkräfte waren im Schnitt 58 Jahre alt mit 32,7 Dienstjahren. Daraus schlossen die AutorInnen, dass in der

frühpensionierten Gruppe relativ mehr PflichtschullehrerInnen zu finden seien, die schon –bedingt durch die Ausbildung- früher in den Schuldienst eintreten als die KollegInnen an Gymnasien und Berufsbildenden höheren Schulen.

Für diese Studie entwickelte Heyse einen speziellen Fragebogen für die pensionierten Lehrkräfte, der auch die änderungssensitive Beschwerde-oder Symptomliste AT-SYM von Krampen (1991) enthielt, weiters wurden auch die Risiko-und Gesundheitstypen anhand des AVEM-Fragebogens (Schaarschmidt) ermittelt.

Frühpensionierte erinnerten sich deutlich stärker, dass sie an Stress-Symptomen gelitten hätten, als Alterspensionierte: um etwa 25-30% lag diese Gruppe über der Vergleichsgruppe bei vegetativen Störungen, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen sowie Verspannungen.

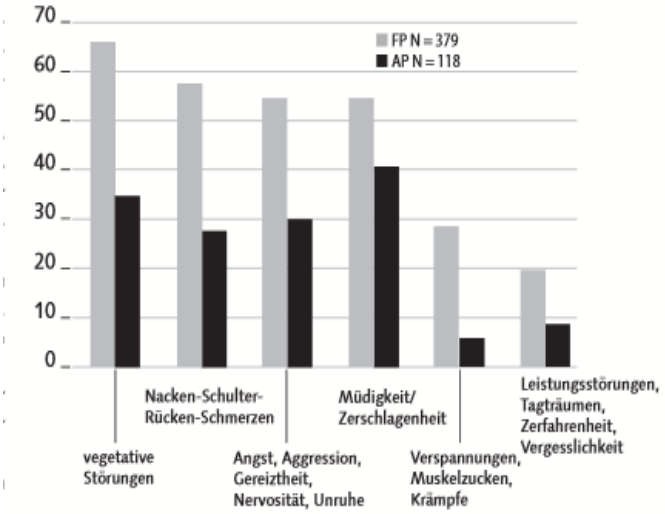


Abbildung 4: Symptome der früh-versus alterspensionierten Lehrer, Heyse, 2004, S.375

Bezüglich der entwickelten Bewältigungsstrategien beim Auftreten von Belastungen zeigte die Gruppe der Alterspensionierten häufiger eine aktive Problemlösung sowie die Fähigkeit, die eigene Position zu überdenken und neu zu bewerten, während in der Gruppe der Frühpensionierten eher die Reaktionen Angst ,Wut, Selbstzweifel, Selbstvorwürfe oder Bagatellisierungstendenz im Vordergrund standen. Auch suchten diese häufiger soziale Unterstützung zur Festigung der eigenen Position.

Anhand der Kriterien nach Schaarschmidt (AVEM) wurden die LehrerInnen auch den 4 Risiko-und Gesundheitstypen zugeteilt .Dabei zeigte die Gruppe der Frühpensionierten einen deutlich höheren Anteil an Risikomuster A, die Gruppe der Alterspensionierten einen hohen Anteil an Muster S (Schonhaltung).Die Verteilung der Muster G und Risikomuster B zeigte keine unterschiedliche Tendenz zwischen beiden Gruppen.

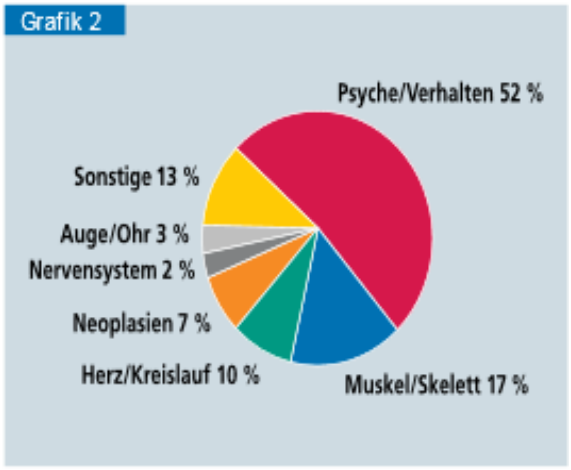
Interessant war auch die Analyse der absolvierten Fortbildungskurse: die Gruppe der Frühpensionierten besuchte stärker fachspezifische Fortbildungen und psychologische Kurse zum besseren Umgang mit SchülerInnen als LehrerInnen, die bis zum Erreichen des regulären Pensionsalters unterrichteten.

3.4.5 Erlanger Studie; Weber, Weltle, Lederer: Frühinvalidität im Lehrberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte

Aus der Zusammenarbeit des Erlanger Universitätsinstituts für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin und des bayerischen Öffentlichen Gesundheitsdienstes resultierten 2 Studien:

Bei der ersten handelt es sich um eine retrospektive Studie, bei der im Einzugsbereich zweier Gesundheitsämter alle Fälle von krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit bei BeamtInnen im Zeitraum von 1985 bis 1995 einer Evaluation unterzogen wurden. In der Gruppe der BeamtInnen bildete die Gruppe der LehrerInnen mit 232 Personen die größte Gruppe. 58% der Untersuchten waren Frauen (n=135) mit einem Durchschnittsalter von 53 Jahren, 41% waren Männer (n= 97) mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren. 35% der LehrerInnen waren an Grundschulen oder Hauptschulen tätig und stellten die größte Gruppe. 83% der Untersuchten (n=192) erhielten bei der amtsärztlichen Untersuchung eine befürwortende Stellungnahme bezüglich Dienstunfähigkeit. 50% der Untersuchten unterzogen sich zuvor Rehabilitationsmaßnahmen wie Kuren oder Sanatoriumsaufenthalte. Die häufigste, die Dienstunfähigkeit begründende Diagnose ,stammte aus dem psychischen/ psychosomatischen Formenkreis: diese wurden bei

46% der Frauen und 39% der Männer diagnostiziert. An zweiter Stelle folgten mit 18% Erkrankungen des Muskel-und Skelettapparates, danach mit 13% Herz-Kreislauf- Erkrankungen. (vgl. Weber, 2004, S.A854)



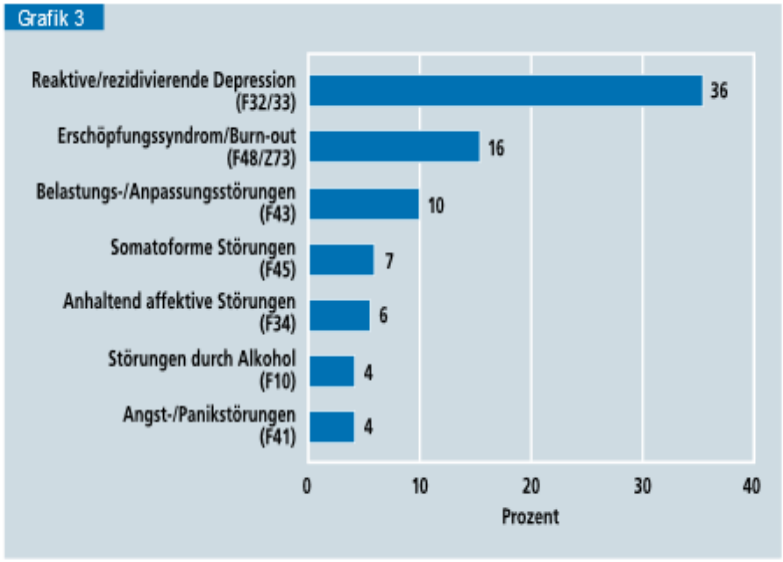
Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrkräfte (n= 5 548). Hauptdiagnosegruppen nach ICD 10

Abbildung 5: Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrkräfte Weber, 2004, S. A854

Die zweite Studie der Arbeitsgruppe wurde prospektiv durchgeführt: im unmittelbaren Anschluss an die amtsärztliche Untersuchung wurde der Fragebogen anonymisiert und codiert. Erfasst wurden sämtliche Begutachtungen der Dienstunfähigkeit bei BeamtInnen im Freistaat Bayern im Zeitraum 1996-1999, in Summe 11528. Daraus wurde die Gruppe der LehrerInnen mit 7103 Personen (61,61%) als größte herausgefiltert. Davon stellten die weiblichen Pädagogen mit 4049 (57%) und einem Durchschnittsalter von 53 Jahren die größere Gruppe gegenüber 3054 Lehrern (43%) mit einem Durchschnittsalter von 56Jahren. 2201GrundschullehrerInnen (31%) standen dabei 1420 HauptschullehrerInnen (20%) und 781 GymnasiallehrerInnen (11%) gegenüber.

78% aller Fälle wurden positiv begutachtet, das heißt 5540 LehrerInnen wurde die Dienstunfähigkeit attestiert. Bei den Erkrankungen lagen wiederum mit 52% die psychischen und psychosomatischen Störungen weit voran (56% betroffene Frauen zu 47% betroffenen Männern), gefolgt von Muskel-und Skeletterkrankungen und Herz-Kreislauferkrankungen. Bei den Diagnosen aus dem

psychischen/psychosomatischen Formenkreis führte die Depression mit 36% vor der zweithäufigsten Diagnose Burnout mit 16%.



Hauptdiagnose „Psyche" (F-ICD 10) bei dienstunfähigen Lehrkräften (n = 2 885).

Abbildung 6: psychiatrische Diagnosen Weber, 2004, A856

Beim Vergleich beider Studien zeigte sich, dass das Alter und die Geschlechterverteilung bei den zwecks Dienstunfähigkeit begutachteten LehrerInnen relativ stabil blieb, ebenso die Aufteilung zwischen den verschiedenen Schultypen. Insgesamt nahmen die Diagnosen aus dem psychischen Formenkreis um 6 % zu, dabei die Anzahl der betroffenen Frauen um 10%, die der Männer um 8%. Gleichzeitig nahmen die amtsärztlichen Befürwortungen einer Versetzung in vorzeitigen Ruhestand um 5% ab. (vgl. Weber A856)

3.4.6 Studie von Gerich, J, Sebinger S, 2007

Die Autoren Joachim Gerich vom Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität Linz und Sarah Sebinger führten diese Studie an oberösterreichischen GymnasiallehrerInnen im Auftrag der BVA und der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse durch, um mit Hilfe der Ergebnisse Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickeln zu können. Somit war der Fokus der Befragung auf ein Personenkollektiv, nämlich die LehrerInnen an einer Schule und deren

Arbeitsverhältnisse gerichtet und weniger auf die individuellen verhaltensspezifischen Merkmale. Von 46 Gymnasien wurden nach dem Zufallsprinzip 28 Schulen ausgewählt und die Fragebögen an diejenigen LehrerInnen versandt, die BVA-versichert waren. Von den 1199 verschickten Fragebögen kamen 662 beantwortet zurück. (Rücklaufquote 55,2%). Das Verhältnis Frauen zu Männern betrug 56,2% zu 43,8%, das Durchschnittsalter 47 Jahre, die Dauer der Beschäftigung durchschnittlich 21,4 Jahre. (vgl. Gerich, Sebinger, 2007, S. 75)

Befragt zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und der körperlichen Leistungsfähigkeit zeigte sich, dass 2/3 (74,3%) angaben ,sich sehr gut oder gut zu fühlen, was in Summe mit den Angaben der Gesamtbevölkerung korrelierte (66,8%) beziehungsweise sogar etwas besser lag .Unterschiede zeigten sich aber dabei, dass mehr Menschen der Allgemeinbevölkerung den eigenen Gesundheitszustand und die körperliche Leistungsfähigkeit höher, das heißt mit „ sehr gut“ einschätzten (34% bzw. 31%) als die Vergleichsgruppe der GymnasiallehrerInnen (19,3% bzw. 18,4%), was allerdings mit der nächsten Beurteilungsstufe „gut“ wieder ausgeglichen wurde.

Tabelle 7:Gesundheitszustand und körperliche Leistungsfähigkeit LehrerInnen versus Allgemeinbevölkerung,Gerich, 2007, S.76

Joachim Gerich, Sarah Sebinger

Tabelle 1:
Subjektiver Gesundheitszustand und körperliche Leistungsfähigkeit der LehrerInnen im Vergleich zu den ÖsterreicherInnen

	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht	n
Gesundheitszustand	19,3	55,0	22,2	2,9	0,6	653
	(34)	(39)	(22)	(5)	(1)	(1.994)
körperliche Leistungsfähigkeit	18,4	48,4	29,1	3,7	0,5	653
	(31)	(39)	(22)	(6)	(1)	(1.994)

Angaben in Prozent, österreichische Gesamtbevölkerung (ungewichtet) in Klammern.
n = Anzahl gültiger Antworten
Vergleichsdaten aus dem Sozialen Survey Österreichs 2003 (Schulz et al. 2005).

Das restliche Drittel der PädagogInnen fühlte sich zum überwiegenden Teil gesundheitlich mittelmäßig (22,2%),was exakt der übrigen Bevölkerung entsprach, und etwas mehr beeinträchtigt von Seiten der körperlichen Leistungsfähigkeit (29,1%) was 7% über der Empfindung des Durchschnittsbürgers lag. Dagegen gaben LehrerInnen seltener an, sich schlecht oder sehr schlecht zu fühlen.

Es wurde auch nach Symptomatik aus dem (psycho) somatischen Formenkreis gefragt, wobei führend Nacken/ Rückenschmerzen (79,9%), gefolgt von allgemeiner Schwäche (70,9%), Schlafstörungen (58,2%), Augenproblemen (52,4%), Glieder/ Gelenksbeschwerden und Kopfschmerzen genannt wurden. Diese Angaben wurden von den StudienautorInnen wieder in Relation zur Allgemeinbevölkerung gesetzt, wobei auffiel, dass LehrerInnen in deutlich höheren Prozentsätzen derartige Leiden thematisierten.

Interessant war, dass die überwiegende Zahl der PädagogInnen nicht an der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit zweifelte (95%) und sich nicht frustriert (84%) , aber sich doch 48% ausgelaugt fühlten (vgl. Gerich, Sebinger, S.78).Die überwiegende Mehrheit gab auch an, mit Problemen im beruflichen Alltag selbst fertig werden zu können und sich das auch zuzutrauen, was unter dem modernen Begriff Selbstwirksamkeit subsumiert wird.

Als größte Belastung empfanden die Befragten das allgemein schlechte Image des Lehrerberufes in der Öffentlichkeit. Ebenso negativ auf das Allgemeinbefinden würden sich Zeitstress sowie Zusatzaufgaben an der Schule neben der Lehrtätigkeit auswirken. Konflikte mit Eltern und SchülerInnen erreichten auch einen relativ hohen Wert auf der Belastungsskala.

Als Quelle von positiver Energie wurden private Beziehungen sowie Austausch und Unterstützung mit und durch die Kollegenschaft genannt.

3.4.7 Dür, W, Griebler, R: Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnengesundheit 5/2007

Im März 2006 wurde in Österreich eine WHO-Studie zur Erfassung der SchülerInnengesundheit in den Schulstufen 5, 7 und 9 durchgeführt. Dazu wurden im ganzen Bundesgebiet Schulen unterschiedlichen Schultyps- mit Ausnahme von Sonderschulen- ausgewählt. Bedingt durch die Erfassung von Kindern ab der 5. Schulstufe konnten auch keine VolksschullehrerInnen befragt werden. Pro Schule wurden nur die SchülerInnen einer einzigen Klasse mit ihren sie unterrichtenden, maximal 10, PädagogInnen zur Studie mittels Fragebogen kontaktiert. Da das Hauptaugenmerk der Untersuchung auf den Kindern lag, wurden im Verhältnis zur Verteilung der Schulen relativ mehr HauptschullehrerInnen als Unterrichtende an berufsbildenden mittleren und höheren Schulen befragt. Dies wurde von den StudienautorInnen jedoch mittels statistischer Ausgleichsfaktoren korrigiert. Nach diesen Richtlinien wurden LehrerInnen an 317 österreichischen Schulen mit Fragebögen versorgt (n= 2498). Erstaunlich im Vergleich zu anderen Erhebungen, die mittels Fragebogen durchgeführt wurden, war die hohe Rücklaufquote von 70,4 %. 34,5% Männer standen 65,5% Frauen gegenüber, das Durchschnittsalter der Frauen lag mit 43,53 Jahren etwas unter dem der Männer mit 45,52 Jahren.

Die Lehrpersonen wurden in 4 Altersgruppen eingeteilt, wobei die Gruppe der JunglehrerInnen bis 30 Jahre sehr klein (8,6%) und die Gruppe der 40-50Jährigen als Angehörige der Geburtenstarken Jahrgänge überproportional groß war (44,6%).

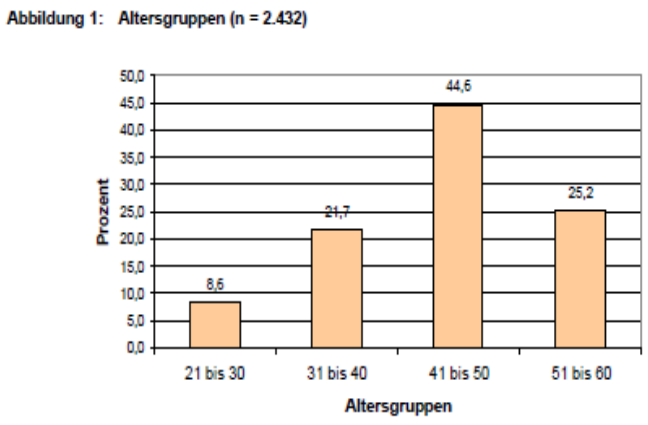


Abbildung 7 : Altersgrupen der LehrerInnen in HBSC-Studie, Dür + Griebler, 2007, S.6

Zunächst wurde das Ausmaß der Lehrverpflichtung erhoben, wobei festgestellt werden konnte, dass die übliche Lehrverpflichtung bei 100% lag (85% aller Untersuchten) , nur 12,3 % arbeiteten mit herabgesetzter Lehrverpflichtung und immerhin 2,3 Prozent waren über das übliche Ausmaß hinaus beschäftigt. Bei den Teilzeitkräften stellten Frauen zwischen 30 und 40 Jahren die Hauptgruppe. Mehr Männer (92,3%) als Frauen(81%) hatten eine volle Lehrverpflichtung. Daneben ließen die StudienautorInnen die Unterrichtenden auch noch selbst ihre tatsächliche Wochenarbeitszeit, bestehend aus Stundenvorbereitung, administrativer Tätigkeit und ähnlichem, einschätzen und konnten dabei auch noch nach Schultyp differenzieren. (vgl. Dür, Griebler, S.14)

Abbildung 6: geschätzte Wochenarbeitszeit (n = 2.462)

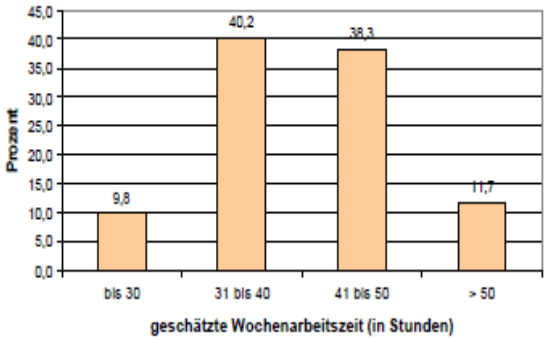


Abbildung 8: subjektiv eingeschätzte Wochenarbeitszeit Dür+ Griebler, 2007, S.14

Die Eingangsfrage wurde der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes gewidmet , abgefragt mittels EVGFP-Item, welches in früheren Studien als praktikable Vereinfachung des SF- 36 (Short- Form- Gesundheitsfragebogen) von anderen Autoren entwickelt worden war. „Gut“ (40,2%) und „ Sehr gut“ (36,7%) rangierten dabei weit vor „ Ausgezeichnet “ (13,7%), abgeschlagen folgten „ weniger gut “(9,0%) und „ Schlecht “ (0,4%) (vgl. Dür ,Griebler, S.18). Es konnte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, allerdings sanken die Selbsteinschätzungen des subjektiven Gesundheitszustandes „ Ausgezeichnet “und „ sehr gut “ mit der Dauer der Berufsausübung und damit mit dem Alter, auch konnte eine Korrelation zwischen subjektiv eingeschätzten Wochenstunden und Gesundheitszustand festgestellt werden: je kürzer die Wochenarbeitszeit, desto besser der Gesundheitszustand. (vgl. Dür, Griebler, S.18- 19)

Befragt nach (psycho) somatischen Beschwerden waren nur 7,8% völlig beschwerdefrei. In weiterer Folge wurde differenziert, ob körperliche Beschwerden eher selten und unregelmäßig, oder regelmäßig, etwa mehrmals pro Woche oder täglich, auftraten. Auch wurde unterschieden, ob die Symptomatik aus einer Formengruppe stammte oder aus zwei bis mehreren. Immerhin 645 LehrerInnen (26,2%) gaben an regelmäßig an 1-2 Beschwerden zu leiden und immerhin 374 Personen (15,2%) litten nach eigenen Angaben regelmäßig an 3 bis mehr

Beschwerden .In den letztgenannten 2 Personengruppen waren Nacken/ Schulterschmerzen bei Frauen führend gefolgt von der bei den Männern erstgereihten Symptomengruppe Müdigkeit/ Erschöpfung, abgeschlagen gefolgt von Kopfschmerzen. Auch hier sah man eine Zunahme der Beschwerden mit der Dauer der Berufsausübung und der Wochenarbeitszeit.

979,8 Personen (39,8%) hatten selten oder nie Beschwerden, gefolgt von 1166 (47,4) KollegInnen, die monatlich Beschwerden hatten und 270,8 (11%) wöchentlich von Beschwerden Geplagten. Nur 41 (1,7%) der Befragten wurden mehrmals wöchentlich und 2,4 (0,1%) Personen sogar täglich von ein oder mehr Beschwerden in ihrer Leistung beeinflusst. (vgl. Dür, Griebler, S. 22- 24)

Die drei Teilbereiche des Burnout: emotionale Erschöpfung, Leistungsminderung und Depersonalisierung wurden mit je zwei Fragen ausgelotet. Dabei konnte kaum ein/e PädagogIn bei sich Tendenzen zur Depersonalisierung erkennen, bei den wenigen handelte es sich meist um Männer. Nach der Auswertung zeigte sich, dass immerhin 440 (17,9%) der befragten aktiv im Schuldienst tätigen LehrerInnen als akut burnoutgefährdet oder schon im Burnout befindlich anzusehen waren. Wie schon zuvor ergab sich, dass je länger jemand schon im Schuldienst tätig war und je länger er jede Woche arbeiten musste, desto mehr stieg die Wahrscheinlichkeit in der Gruppe der 440 zu landen. (vgl. Dür, Griebler, S. 26-27)

Teil der Studie war auch noch die Frage nach Risiko- beziehungsweise Gesundheitsverhalten (Rauchen, Ernährung, Sport) sowie nach Medikamenteneinnahme, die aber keine Berücksichtigung in der aktuellen Studie finden und deshalb hier nicht dargelegt werden müssen.

3.4.8 Hillert , A.; Schmitz ,E.: Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern (2004)

Dr. med. Dr. phil. Andreas Hillert, Chefarzt der Schönklinik Prien am Chiemsee, einer psychosomatischen Klinik, gab 2004 gemeinsam mit seinem Kollegen Edgar Schmitz eine Studie, durchgeführt an PatientInnen der Schön-Klinik, heraus. Hillert gab anfangs zu bedenken, dass man psychosomatisch erkrankte LehrerInnen mittels Fragebögen nicht erreiche, da diese meist krankgeschrieben wären. Aus Datenschutzgründen habe man deshalb keinen Zugriff auf diese Gruppe. Im Jahre 2004 seien in ganz Deutschland 793000 LehrerInnen tätig gewesen. In den alten Bundesländern wären die PädagogInnen größtenteils im Beamtenstatus. Von diesen wiederum würden jährlich zwischen 5000 und 9000 Personen in vorzeitigen Ruhestand wechseln. Lediglich 6% der verbeamteten LehrerInnen würden die reguläre Alterspension erreichen. Die allgemeine Erwerbsquote – über alle Berufe- läge in Deutschland bei 39%, in Norwegen bei 67% und in der Schweiz bei 72%. (vgl. Weber A., 2004)

Hillert führte eine Studie im Rahmen des „Priener Lehrerprojekts“ durch. In einem ersten Teil analysierte er eine Gruppe von 84 arbeitsunfähigen, in seiner Klinik stationär aufgenommenen LehrerInnen. 75% (63) dieser Gruppe litten an einer affektiven Störung, davon 95%(59) an einer reinen Depression. Da auch bei dieser Patientengruppe meist mehrere Leiden gleichzeitig vorlagen, konnten darüber hinaus noch bei rund 33 (40%) Personen somatoforme Störungen, bei 21 (25%) ein Ohrgeräusch(Tinnitus), und bei 19 (23 %) eine Angststörung diagnostiziert werden. Dieser Gruppe wurde eine vergleichbare Gruppe gesunder LehrerInnen gegenübergestellt, ebenfalls 84 an der Zahl. Beide Gruppen wurden einer Persönlichkeitsanalyse mittels AVEM (Schaarschmidt) unterzogen. Bei der erkrankten Gruppe gehörten 68% (57) zum Burnout-Typ B, von der gesunden Kontrollgruppe waren immerhin 44% (37) diesem Typ zuzurechnen. Typ A („Überforderung“) wurde in der Patientengruppe sechzehnmal (20%), in der Kontrollgruppe knappe sechszehnmal (19%) gefunden. Der Schontyp war bei den gesunden LehrerInnen in 27% vertreten, bei den erkrankten nur bei 8%,der Typ G

gar nur in 4% bei den Erkrankten und 10% bei den Gesunden. Diesen 2 Gruppen stellte Hillert das Ergebnis der AVEM-Typologie von ErzieherInnen, durchgeführt von Schaarschmidt, gegenüber. Diese hätten im Vergleich zu anderen Berufen auch eine ungünstige Verteilung der AVEM-Typen, nämlich 29% Typ B,13% Typ A, 42% Typ S und 16% Typ G, lägen in der Verteilung der krankheitsanfälligeren Typen B und A aber immer noch deutlich besser als die gesunden LehrerInnen und unvergleichlich günstiger als in der Gruppe der stationären PatientInnen.

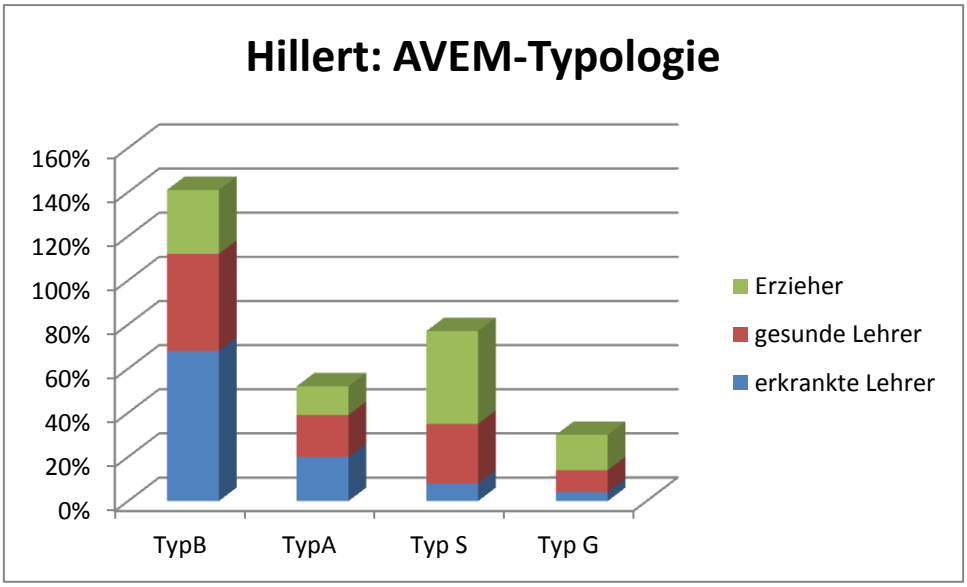


Abbildung 9:AVEM-Typologie: Gruppe der erkrankten LehrerInnen im Vergleich mit gesunden LehrerInnen und ErzieherInnen Hillert, 2004, S.122

Bei einem Vortrag auf einem Schulberatungskongress 2010 in Regensburg legte er Daten des statistischen Bundesamtes vor, wonach die vorzeitige Dienstunfähigkeit bei beamteten LehrerInnen in Deutschland von 1993 bis 2001 kontinuierlich hoch bei 54-59%, mit zwei Ausreißern nach oben in den letzten 2 Jahren von 62/ 64% ,war und danach deutlich absank auf 41% 2002 und 34% 2003. Entgegengesetzt verlief die Kurve des Übertritts in die Regelpension: von 1993 bis 2000 betrug die Quote lediglich 6-7%, 2001 erfolgte ein leichter Anstieg auf 9%, 2002 wurden schon 15% erreicht und 2003 20%.

Auch in Bayern kam es zu einem deutlichen Abfall der vorzeitigen Pensionierungen von 58% im Jahr 2000 auf 24% im Jahr 2006 und einem Anstieg der regulären Pensionsantritte von 12% auf 66% im gleichen Zeitraum.

Auch legte er eine Analyse der Belegzahlen seiner psychosomatischen Klinik vor, aus der zu sehen ist, dass seit 2002 jährlich mehr erkrankte Lehrkräfte- mit Ausnahme 2004+2005- aufgenommen wurden und dass ihr Anteil an dem Patientenkollektiv ebenfalls kontinuierlich anstieg.

Tabelle 8: Anteil an stationären, psychosomatisch erkrankten PädagogInnen in Klinik Roseneck, Hillert, 2010, Folie Schulberatungskongress

Statistik *Klinik Roseneck*

- Kontinuierlich hoher Anteil psychosomatisch erkrankter Lehrkräfte
  - Jahr 2002: 7,4% (N=197)
  - Jahr 2003: 9,2% (N=243)
  - Jahr 2004: 8,5% (N=218)
  - Jahr 2005: 9,0% (N=232)
  - Jahr 2006: 9,8 %(N=265)
  - Jahr 2007: 10,4% (N=328)
  - Jahr 2008: 12,1% (N=345)
  - Jahr 2009: 12,8% (N=372)

Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert, Klinik Roseneck

Für das Jahr 2007 analysierte er die Gruppe der stationären LehrerInnen genauer: es waren 69 Männer und 149 Frauen aufgenommen mit dem männlichen Durchschnittsalter von 53 Jahren, die Frauen waren im Schnitt um 1 Jahr jünger. Die weiblichen Lehrkräfte litten durchschnittlich knappe 7 Jahre an Symptomen, die Männer etwa 5 Jahre. 69% der Männer und 79% der Frauen waren kinderlos. Nur 1,32% lebten mit Kindern in einem Haushalt. Bei beiden Gruppen waren Depressionen mit 61% (Männer) und 65% (Frauen) führend, gefolgt von Angststörungen(11% / 6%) und Anpassungsstörungen (14% / 10%).

Hillert kommt zum Schluss, dass die relevanten Risikofaktoren psychosomatischer Erkrankungen im Lehrerberuf folgende seien:

-unscharf-idealistische Zielsetzungen

-Perfektionismus

-geringe Distanzierungsfähigkeit

-unzureichendes soziales Netzwerk (Hillert A. , 2010)

3.5 Hypothese zum Thema und Ergebnisse

Die ausgewählten Studien haben alle die zwei Schwerpunkte „Burnout“ und „Lehrer“ zum Thema und beleuchten unterschiedliche Facetten. Alle Studien sind im deutschsprachigen Raum angesiedelt: in Österreich, Schweiz und Deutschland, teilweise mit Vergleichszahlen aus dem EU-Raum. In diesen 3 Ländern gibt es vergleichbare Schulsysteme und Kulturen.

Sie beleuchten die Verhältnisse im Schulbetrieb über mehr als 20 Jahre, von 1986 (Erlanger Studie) bis 2007(Dür/ Griebler, Gerich/ Sebinger).

Die meisten Studienergebnisse beruhen auf ausgewerteten Fragebögen, die an LehrerInnen geschickt wurden, von ihnen freiwillig ausgefüllt und retourniert wurden: Gamsjäger 1996, Stöckli 1999, Schaarschmidt 2000- 2006, Dür / Griebler 2006, Gerich / Sebinger 2007. Somit beruhen die Ergebnisse ausschließlich auf Angaben von aktiv im Schuldienst tätigen Personen. LehrerInnen die zum Zeitpunkt der Fragebogenankunft nicht in der Schule waren, sei es krankheitsbedingt oder wegen Karenz, Mutterschutz etc., konnten nicht einbezogen werden. Was bedeutet, dass nur eine Teilmenge aus dem gesamten Lehrerkollektiv erfasst wurde.

Die Erlanger Studie wertete als einzige Daten von regionalen Gesundheitsämtern aus, wo PädagogInnen aus gesundheitlichen Gründen untersucht wurden.

Hillert und Schmitz stützten ihre Analyse auf Angaben von an ihrer psychosomatischen Klinik als PatientInnen stationär aufgenommenen PädagogInnen und einer gesunden, im Schuldienst tätigen Vergleichsgruppe. Da sich die Erkrankten in einer psychosomatischen Klinik befanden, kam es ebenfalls zu einer Verzerrung der Ergebnisse, da rein somatische Ursachen nicht erfasst wurden.

Heyse wiederum schickte Fragebögen an frühpensionierte und alterspensionierte LehrerInnen aus, um retrospektiv das Beschwerdebild zum Zeitpunkt des Pensionsantrittes herauszuarbeiten. Damit wurden zum Zeitpunkt der Pensionierung sowohl kranke als auch gesunde PädagogInnen erreicht, das bedeutet, dass sein Kollektiv breit gefächert ist und der Realität entspricht .

Der Datensatz pro Studie reichte von 103 retournierten Fragebögen bei Gamsjäger zu 7103 analysierten Bögen im 2. Teil der Erlanger Studie vom Weber / Weltle / Lederer.

.

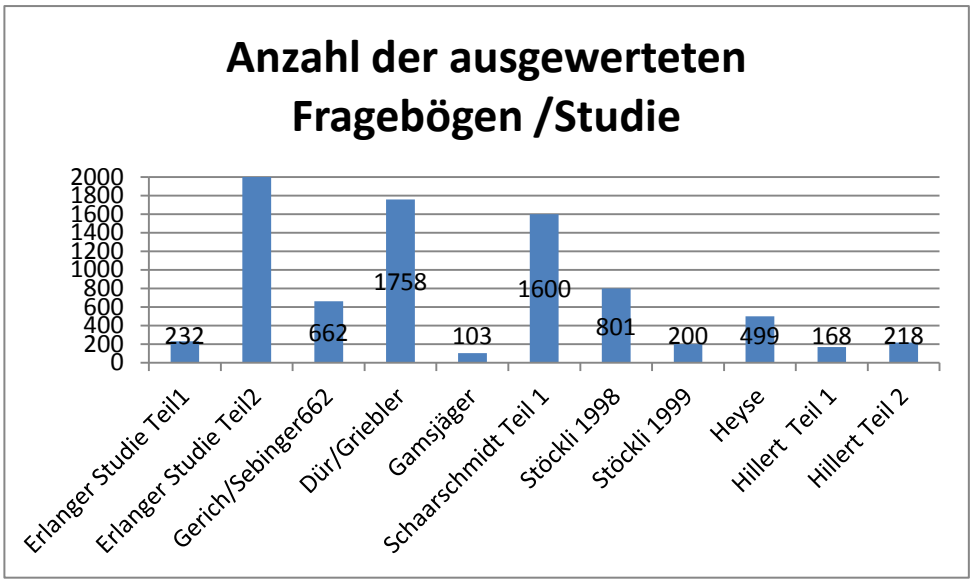


Abbildung 10:Vergleich der Größe der untersuchten Gruppe / Studie-eigene Darstellung

In 4 Studien waren alle Schultypen vertreten: in der Erlanger Studie von Weber / Weltle/ Lederer, bei Hillert / Schmitz 2004, bei Schaarschmidt und bei Heyse. Gerich / Sebinger untersuchten nur GymnasiallehrerInnen, Gamsjäger nur HauptschullehrerInnen, Stöckli nur die schweizerische erweiterte Volksschule (Primarstufe) bis zur 5./ 6. Schulstufe, Dür / Griebler nur PädagogInnen an Hauptschulen, Gymnasien, BHS und polytechnischen Lehrgängen.

Bis auf die Studie von Schaarschmidt, wo die Geschlechterverteilung nicht zu eruieren war, überwogen mit 1 Ausnahme die weiblichen Studienteilnehmer. Nur bei Heyse kam es zu einer Umkehr der Geschlechterverteilung zugunsten der Männer.

Allerdings erläutert Heyse dazu im Text, dass diese Verteilung exakt den Gegebenheiten im untersuchten deutschen Bundesland Rheinlandpfalz entsprechen würde. (Heyse, 2004, S. 374)

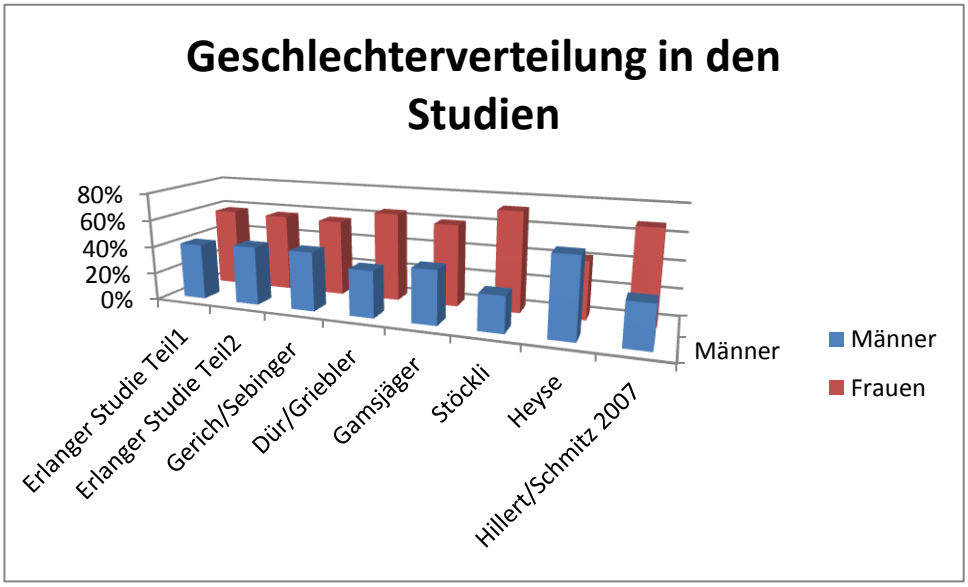


Abbildung 11: Geschlechterverteilung in den Studien- eigene Darstellung

Der Anteil der Frauen lag zwischen 42% (Heyse) und 73% (Stöckli), der Männer zwischen 26% (Stöckli) und 57% (Heyse).

3 Studien befassten sich mit der Zuordnung der Untersuchten mittels AVEM zu den 2 Gesundheitstypen G + S und den 2 Risikotypen A + B, welche von Schaarschmidt entwickelt worden waren. Schaarschmidt kam zum Schluss, dass die meisten Frühpensionierten dem Typ B zuzurechnen sind, während Heyse aus seinen Studienergebnissen schloss, dass die Frühpensionierten dem Risikotyp A angehörten. Dazu ist anzumerken, dass Schaarschmidt weitaus mehr PädagogInnen untersuchte (Teil 1 n= 1600, Teil 2 n= 846) als Heyse (n= 499). Beide Studien fanden annähernd zur selben Zeit (2000-2004) im gleichen Land (Deutschland) statt.

Schaarschmidt erklärte überdies, dass der Risikotyp B mit mehr als 50% bei LehrerInnen in Deutschland und Österreich überwiegen würde, während der Typ G in dieser Berufsgruppe am wenigsten zu finden sei. Zu einem gleichen Ergebnis kam Heyse, der Typ B bei 44% der gesunden und 68% der psychosomatisch erkrankten LehrerInnen fand. Typ G erschien bei 10% der Gesunden und 4% der Erkrankten.

In den angeführten Studien wurde Burnout / hochgradiger Burnout-Verdacht nur bei gesunden, unterrichtenden PädagogInnen mittels Fragebogenauswertung diagnostiziert, meist mittels Phaseneinteilung nach Golembiewski. Vor der Jahrtausendwende lag der Prozentanteil bei Stöckli zwischen 21-31% und bei Gamsjäger bei 27%, wohingegen Dür / Griebler im Jahr 2006 lediglich rund 18% an Burnout Erkrankte oder akut von Burnout Gefährdete fanden.

Laut Erlanger Studie sowie Studien von Heyse und Hillert/ Schmitz litten die meisten PädagogInnen an Beschwerden aus dem psychiatrischen Formenkreis. Hier sei laut Hillert /Schmitz die Depression am häufigsten, gefolgt von Angststörungen und Anpassungsstörungen. Bei Heyse kamen vegetative Störungen am häufigsten vor, während diese bei Hillert/ Schmitz auf dem 2. Platz lagen.

Muskel- und Skeletterkrankungen stellten bei Dür/ Griebler das Hauptproblem bei Frauen dar, wohingegen Männer am häufigsten über allgemeine Schwäche und Müdigkeit klagten, gefolgt von 17,9% Burnout- Betroffenen.

Bei Hillert/ Schmitz kamen auf Platz 3 und 4 mit jeweils 25% Ohrgeräusche und Angststörungen.

Muskel-und Skeletterkrankungen waren in der Erlanger Studie an zweiter Stelle, anschließend erschienen Herz- Kreislauferkrankungen.

4. Methodik

Im folgenden kurzen Kapitel soll die Datengenerierung und deren weitere Aufbereitung im Rahmen der eigenen Studie erläutert werden.

Im Gegensatz zu den meisten Studienansätzen, die die subjektiven Befindlichkeiten der Lehrpersonen durch Austeilen von Fragebögen erfassen, und damit auf die Zusammenarbeit mit den Befragten beziehungsweise auf die Rücksendung der Fragebögen angewiesen sind, erfasst diese Studie tatsächliche Einschränkungen der Unterrichtsfähigkeit und exakte Diagnosen durch Analyse der amtsärztlichen Untersuchungsbögen.

Die Studie beschränkt sich auf die Darstellung der Lehrergesundheit im Pongau .Der Pongau ist einer von fünf Bezirken des österreichischen Bundeslandes Salzburg. In der Bezirkshauptstadt St. Johann befinden sich die Ämter der öffentlichen Verwaltung nebst Gesundheitsamt, wo die amtsärztlichen Untersuchungen stattfinden.

Das Schulamt weist die LehrerInnen bei länger andauerndem Krankenstand, gehäuften kurzen Krankenständen, Ansuchen um Lehrpflichtermäßigung oder Versetzung in vorzeitigem Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen oder bei Zweifeln an der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufes zum/r Amtsarzt/ärztin zu. Diese/r erstellt anhand der persönlichen Begutachtung des/der Betroffenen und Analyse von mitgebrachten oder nachträglich eingeforderten Befunden ein Gutachten.

Im Pongau gibt es 5 Gymnasien / berufsbildende höhere Schulen (Gym/ BHS) mit etwa 365 LehrerInnen (33,18%),11 Hauptschulen mit circa 346 LehrerInnen (31,45 %),31 Volksschulen mit circa 300 Lehrkräften (27,27 %), 3 Sonderpädagogische Zentren (ASO) mit 53 LehrerInnen (4,81%), 1 Berufsschule mit 27 Unterrichtenden (2,45%)sowie 5 Polytechnische Schulen mit 45 LehrerInnen (2,72 %). Eine gewisse Ungenauigkeit ergibt sich durch die ReligionslehrerInnen, die meist an mehreren

Schulen unterrichten. Insgesamt beträgt die Zahl der unterrichtenden Lehrkräfte pro Schuljahr etwa 1100.

Die Erfassung der Krankenstände erfolgt für die PädagogInnen der Pflichtschulen durch das Bezirksschulamt, die der höheren Schulen auf Landesebene. Wegen der ausgelagerten Daten konnte die Krankenstandsdauer und der weitere berufliche Verlauf von Lehrkräften an Gymnasien und berufsbildenden höheren Schulen nur eingeschränkt erfasst werden.

Die Erhebung der Gesamtzahl an Lehrkräften im Bezirk erfolgte im September 2012 mit einer Überarbeitung im Herbst 2013.

Die persönlichen Daten der Unterrichtenden wurden zunächst notiert, in weiterer Folge aber mittels fortlaufender Reihungsnummer anonymisiert. Die tabellarische Erfassung erfolgte nach folgenden Kriterien: Datum der 1. amtsärztlichen Untersuchung, Alter bei Untersuchung, Geschlecht, Schultyp, Dauer des Krankenstandes, weitere amtsärztliche Untersuchungen. In vielen Fällen waren der Beginn und das Ende des Krankenstandes bekannt, worauf die Krankenstandsdauer in Wochen errechnet werden konnte. Vermerkt wurde zudem, ob ein Antrag auf Lehrpflichtermäßigung gestellt worden war und ob dieser vom Amtsarzt/ Amtsärztin wegen Vorliegens von gesundheitlichen Gründen befürwortet wurde. Ebenso wurde ein etwaiger Antrag auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen und dessen amtsärztliche Befürwortung beziehungsweise die tatsächlich erfolgte Pensionierung, teilweise mit exakter Datierung, erfasst. In einigen Fällen musste leider der- meist rasche- Tod der Untersuchten festgestellt werden.

Die Diagnosen wurden, angelehnt an die Erlanger Studie von Weber, Weltle, Lederer in Gruppen eingeteilt: Muskel/ Skeletterkrankungen, Herz/ Kreislauferkrankungen, Internistische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, Diagnosen aus dem Hals-Nasen- Ohren- Fach, Neoplasien, Sonstige, Burnout als eigene Spalte sowie psychiatrische Diagnosen gemäß ICD-10. Oft wurden bei den Untersuchten 2 oder mehrere Diagnosen vermerkt. Diese wurden den Kategorien zugeordnet, sodass die Summe der Diagnosen die Anzahl der Untersuchungen übersteigt.

Erfasst wurden die am Gesundheitsamt St. Johann erfolgten LehrerInnenuntersuchungen vom 1.1.2002 bis zum 31.12.2011. Somit ist ein Beobachtungszeitraum von 10 Jahren gegeben.

5. Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der eigenen Studie aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet und aufbereitet. Die Schwerpunkte reichen dabei vom Schultyp über geschlechtsspezifische Analysen bis hin zu Diagnosen basierten Betrachtungen und sozioökonomischen Blickwinkeln wie Krankenstandsdauer oder vorzeitige Pensionierungen.

5.1 Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen pro Jahr

Im Jahr 2002 und 2003 wurden jeweils 9 Untersuchungen durchgeführt, was jeweils 9,37 Prozent aller im Verlauf der 10 Jahre durchgeführten 96 Untersuchungen entspricht.

2004,2007, und 2010 wurden jeweils 10 LehrerInnen untersucht, das sind jeweils 10,41 Prozent aller Untersuchungen t. 2005 wurden 12 PädagogInnen begutachtet (12,5%), 2006 fünf (5,20%). Im Jahr 2008 kamen 16 LehrerInnen zum/zur Amtsarzt/ärztin 16,66%) ,2009 9 (9,37 %) sowie schließlich 2011 6 Lehrpersonen (6,25%).

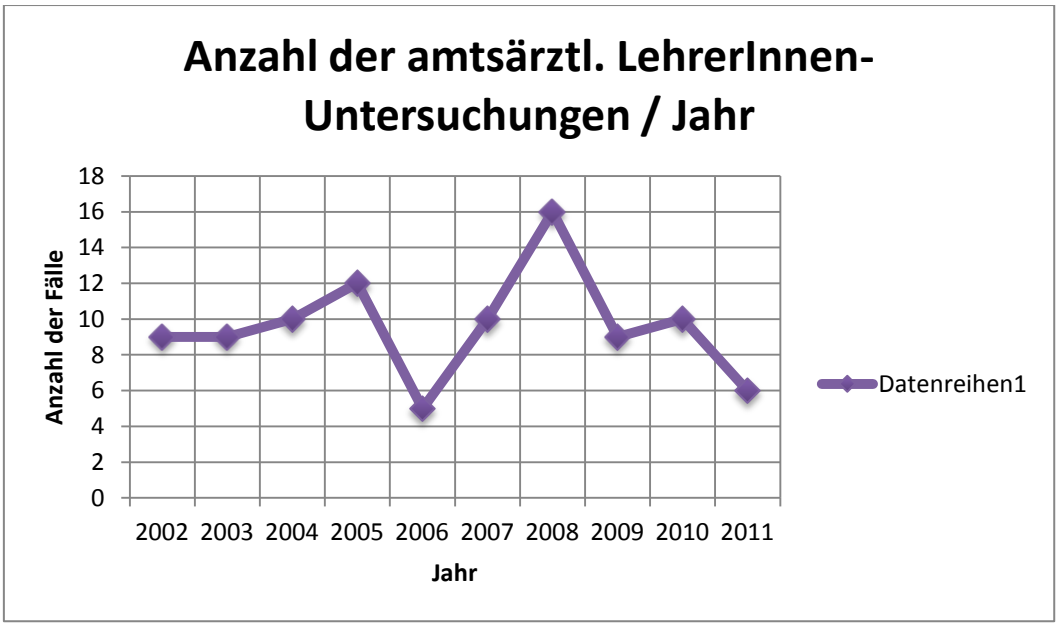


Abbildung 12: Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen von LehrerInnen im Pongau-eigene Darstellung

5.2 Anzahl der Untersuchungen pro Schultyp

Von den insgesamt durchgeführten 96 Untersuchungen entfielen 11 (11,45%) auf Gymnasien/ berufsbildende höhere Schulen, 47 auf Hauptschulen (48,95%), 27 auf Volksschulen (28,12%), 4 auf Allgemeine Sonderschulen (4,16 %), 6 auf Polytechnische Schulen (6,25%) 1 auf Berufsschulen (1,04%).

5.3 Gründe der amtsärztlichen Untersuchungen

60 Untersuchungen erfolgten wegen länger dauernder Krankenstände. Unter diesen versteht man Abwesenheiten aufgrund von Krankheit von mehr als 4-6 Wochen. Während dieser Zeit wurden 12 Anträge auf Lehrpflichtermäßigung gestellt und 16 Anträge auf vorzeitige Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen. 33 Personen wurden schließlich in vorzeitigen Ruhestand geschickt, bei 4 musste leider das Ableben verzeichnet werden, 1 Lehrperson wurde aus dem Bezirk versetzt.

34 LehrerInnen wurden aus anderen Gründen untersucht.

Insgesamt stellten 24 Pädagog/innen einen Antrag auf Lehrpflichtermäßigung und 30 auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen.

5.4 Krankenstandsdauer in Wochen, Verteilung auf Schultypen, Diagnosen

Es ergaben sich im Verlauf der 10 untersuchten Jahre 1589 Wochen an Krankenstand . Wenn ein Jahr 52 Wochen dauert- ohne Berücksichtigung der Schaltjahre, so sind das 30 Jahre Krankenstand. Davon entfallen auf Gym/BHS 43 Wochen (2,7%), auf Hauptschulen 751 Wochen (47,26%), auf Volksschulen 766 Wochen (48,20%). LehrerInnen an Sonderschulen und Berufsschulen hatten keine längerdauernden Krankenstände in Anspruch genommen und wurden aus diesem Grunde nicht amtsärztlich untersucht.

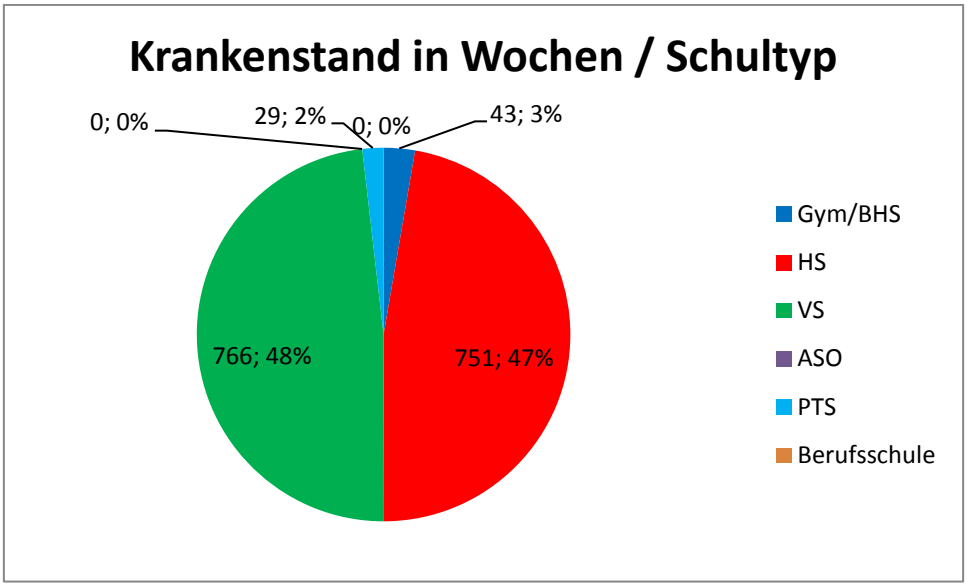


Abbildung 13: Krankenstandsdauer in Wochen von 2002-2011,Verteilung auf Schultypen- eigene Darstellung

Da, wie zuvor schon erwähnt, bei einer Person neben 1 auch 2, seltener 3 Diagnosen als Begründung des Krankenstandes angeführt waren, wurden diese ,soweit sie sich nicht zur selben Diagnosengruppe zusammenfassen liessen, unter jeder Diagnosengruppe mit der Anzahl der Krankenstandswochen geführt. So ist zu erklären, dass auf 96 LehrerInnen 1589 Wochen effektiver Krankenstand kommen, bei der anteiligen Zusammenfassung der Diagnosen aber 1793 Wochen erscheinen. Wesentlich ist dabei aber das Verhältnis der einzelnen Diagnosengruppen zueinander.

Rechnet man die beiden Diagnosengruppen Burnout und psychiatrische Diagnosen zusammen, dann bilden sie gemeinsam die größte Gruppe mit 32 % Anteil am Krankenstand(bei je 16% getrennt betrachtet). Muskel/ Skeletterkrankungen bilden mit 22% demnach die zweite große Gruppe, gefolgt von neurologischen Erkrankungen und Krebserkrankungen mit je 16%. Sonstige internistische Erkrankungen- dabei handelt es sich meist um insulinpflichtigen Diabetes- und Herz/ Kreislauferkrankungen erreichen je 5%, HNO-Erkrankungen 3% und sonstige Erkrankungen (meist gynäkologischer Art) 1%.

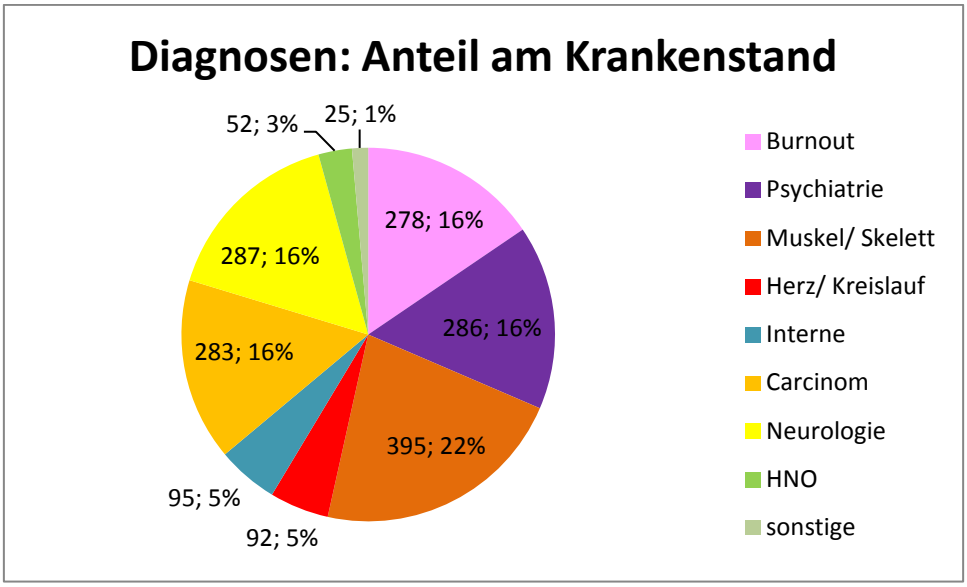
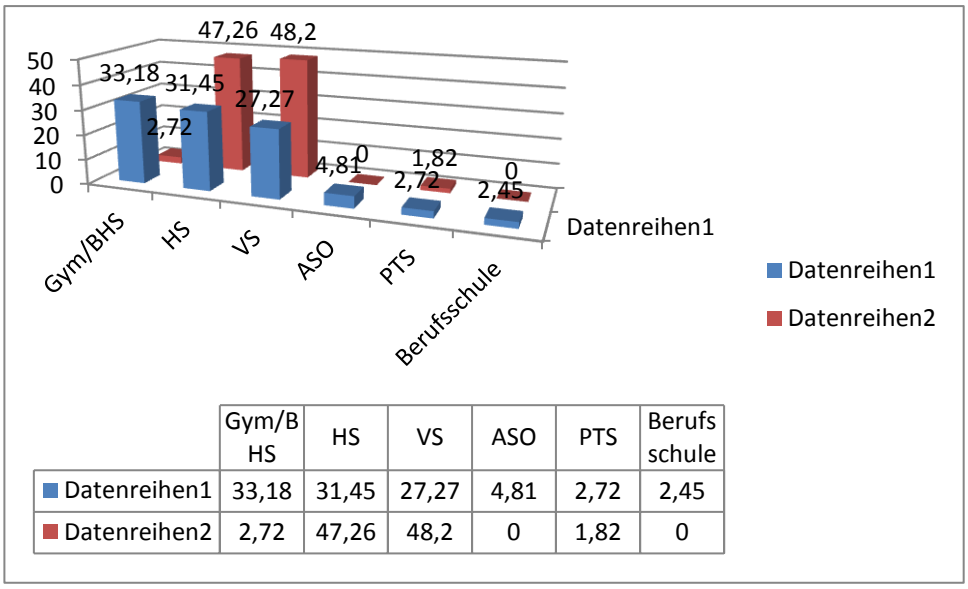


Abbildung 14: Diagnosegruppen, Anteil an Krankenstandsdauer in Wochen, von 2002-2011- eigene Darstellung

5.5 Anteil der LehrerInnen pro Schultyp in Relation zum Anteil des Schultyps an Krankenständen

Die Lehrkräfte an Gymnasien/BHS stellen 33,18% der Pädagog/innen, verursachen aber nur 2,7% (43 Wochen) der Krankenstandswochen. HauptschullehrerInnen sind mit 31,45% die zweitgrößte Gruppe der Lehrerschaft und zeichnen für 47,26% (751 Wochen) der Krankenstandswochen verantwortlich.

27,27% der LehrerInnen unterrichten an Volksschulen, haben aber einen Anteil von 48,20% (766 Wochen) an den Krankenstandswochen. SonderschullehrerInnen machen 4,81% der Lehrerschaft aus, auf sie entfielen im Beobachtungszeitraum keine länger dauernden Krankenstände, ebenso waren die BerufsschullehrerInnen mit 2,45% Anteil an der Lehrerschaft für keine Krankenstandswochen verantwortlich. Unterrichtende an Polytechnischen Schulen stellen 2,72% der Pädagog/innen und verursachen 1,82% (29 Wochen) der Krankenstandswochen.



	Gym/BHS	HS	VS	ASO	PTS	Berufsschule
Datenreihen1	33,18	31,45	27,27	4,81	2,72	2,45
Datenreihen2	2,72	47,26	48,2	0	1,82	0

Abbildung 15: Anteil der LehrerInnen pro Schultyp(Datenreihe 1) in Relation zum Anteil des Schultyps an den Krankenständen (Datenreihe 2) - eigene Darstellung

5.6 Männliche Lehrer

Von den 96 amtsärztlich untersuchten Lehrer/innen waren 25 männlichen Geschlechts (26%).

14 dieser 25 Männer (56%) unterrichteten an Hauptschulen, je 4 (16%) kamen von Gymnasien/BHS und Volksschulen. 3 Lehrer (10%) waren an Polytechnischen Schulen beschäftigt. Sonderschulpädagogen und Berufsschullehrer wiesen keine längeren Krankenstände auf oder mussten aus anderen Gründen zur Untersuchung erscheinen.

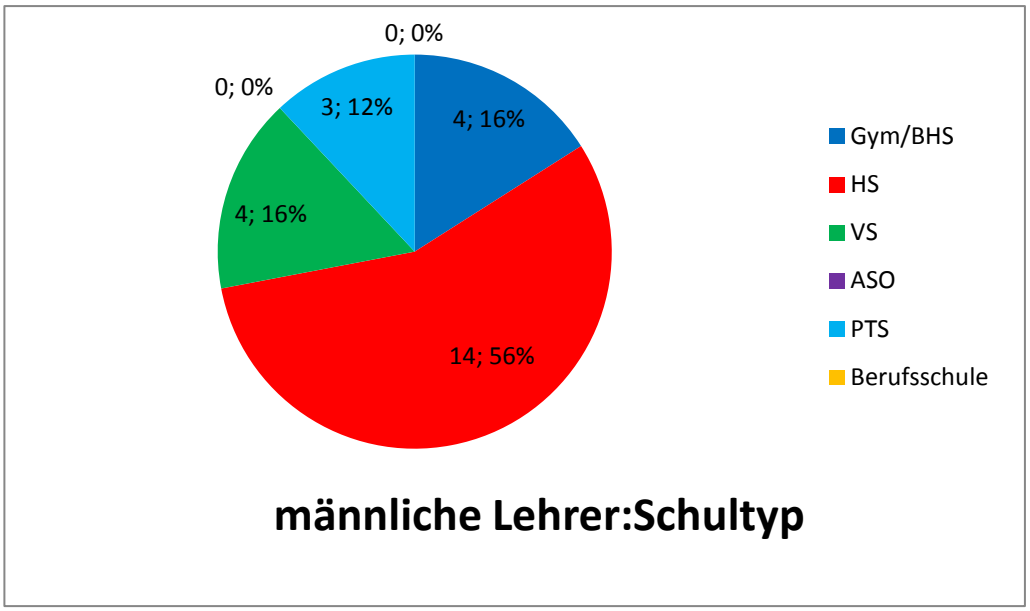


Abbildung 16: Verteilung der in 10 Jahren untersuchten männlichen Lehrer auf Schultypen - eigene Darstellung

Je fünfmal erfolgte die Diagnose aus der Gruppe Muskel/Skeletterkrankungen und Herz/Kreislauf sowie Psychiatrie ,viermal mussten Neoplasien verzeichnet werden, je dreimal Diagnosen aus dem neurologischen Formenkreis sowie aus dem Fachgebiet Interne Medizin, siebenmal wurde Burnout angeführt.

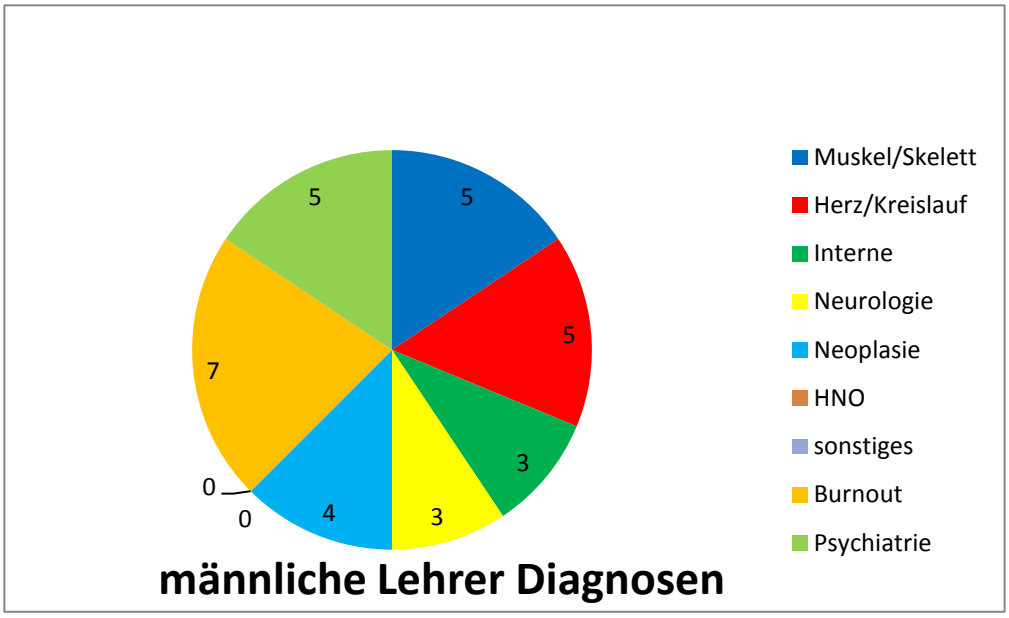


Abbildung 17: Diagnoseverteilung bei männlichen Lehrern- eigene Darstellung

Achtzehnmal wurde die Diagnose aus einem einzigen Formenkreis gestellt, siebenmal wurden mehrere Diagnosen angeführt. Burnout wurde fünfmal als alleiniger Grund angegeben.

Das Durchschnittsalter lag bei 53 Jahren: 11 Personen waren zwischen 51- 55 Jahre alt, 7 zwischen 56- 60 Jahre, 5 zwischen 46- 50 Jahre und 1 zwischen 41- 45 Jahre.

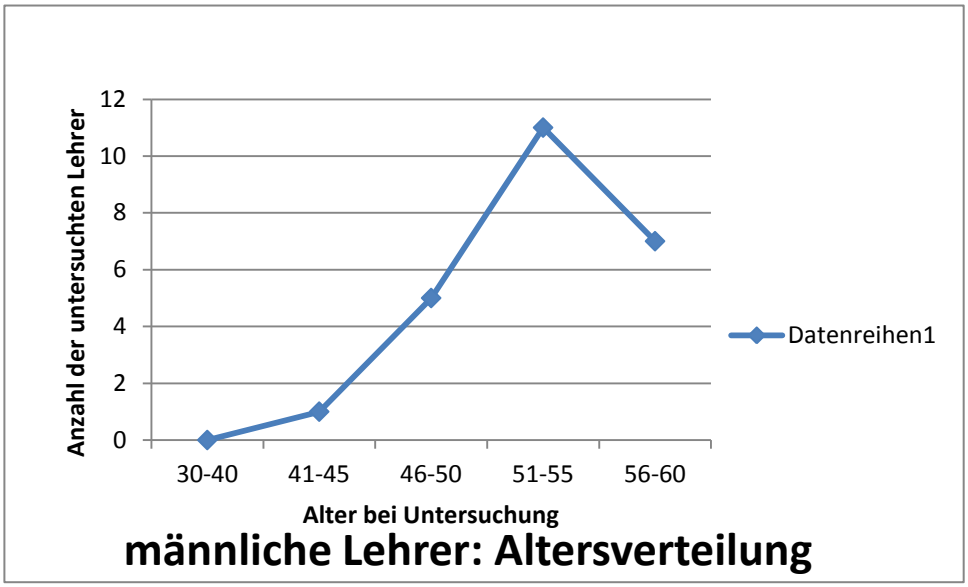


Abbildung 18: Altersverteilung der untersuchten männlichen Lehrer- eigene Darstellung

5.7 weibliche Lehrkräfte

Im Verlauf der 10 Jahre kamen 71 Lehrerinnen zur amtsärztlichen Untersuchung.

Die meisten – nämlich 33 (46,47%) - arbeiteten an Hauptschulen, gefolgt von 23 Volksschullehrerinnen (32,39%). 7 Unterrichtende an Gymnasien/ BHS (9,85%) unterzogen sich einer Begutachtung, weiters 4 Sonderschullehrerinnen (5,63%), 3 Pädagoginnen von Polytechnischen Schulen (4,22%) sowie 1 Berufsschullehrerin (1,40%).

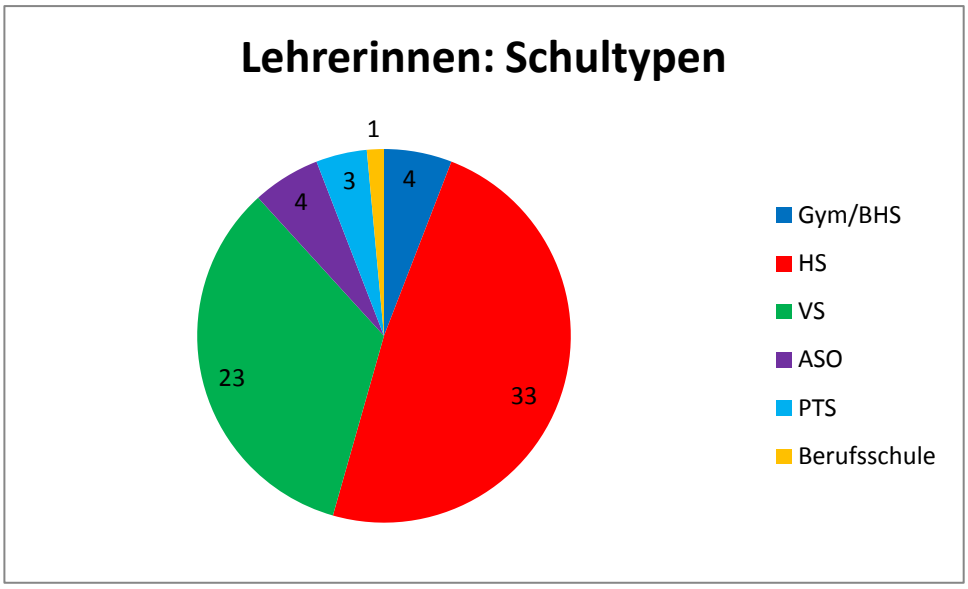


Abbildung 19:Verteilung der in 10 Jahren untersuchten Lehrerinnen auf Schultypen- eigene Darstellung

Das Durchschnittsalter betrug bei der amtsärztlichen Untersuchung 48 Jahre.

Am häufigsten war die Altersgruppe der 46-50jährigen vertreten, gefolgt von den 51-55jährigen. 30-40jährige stellten die drittgrößte Gruppe, danach kamen 41-45jährige sowie 56-60jährige.Es mussten aber auch 2 sehr junge Lehrerinnen unter 30 Jahren sowie eine Pädagogin , die über 60 Jahre alt war, begutachtet werden.

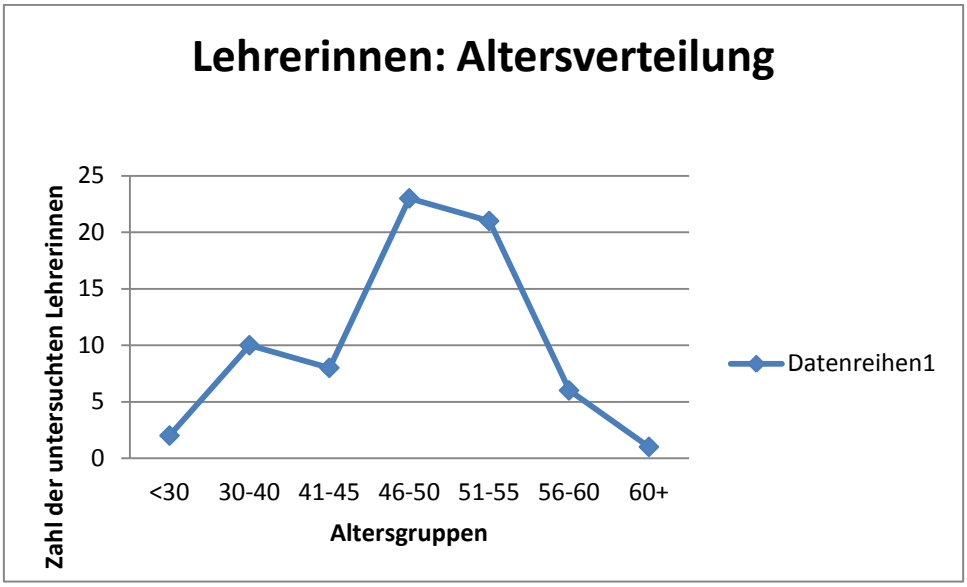


Abbildung 20: Altersverteilung der in 10 Jahren untersuchten Lehrerinnen- eigene Darstellung

Bei 53 Pädagoginnen wurde eine einzige Diagnose angeführt, bei den übrigen 2 oder mehr.

Krankheitsbedingte Diagnosen kamen am häufigsten aus dem Formenkreis der Muskel/Skeletterkrankungen (zweiundzwanzigmal). Schon an 2. Stelle wurde Burnout(vierzehnmal) genannt, gefolgt von psychiatrischen Erkrankungenlaut ICD-10(zwölfmal) und Tumoren(elfmal). Im einstelligen Bereich lagen neurologische Erkrankungen mit 7 Fällen, internistische Erkrankungen sechsmal, HNO fünfmal und Herz- Kreislauferkrankungen kamen mit dreimal am wenigsten vor.

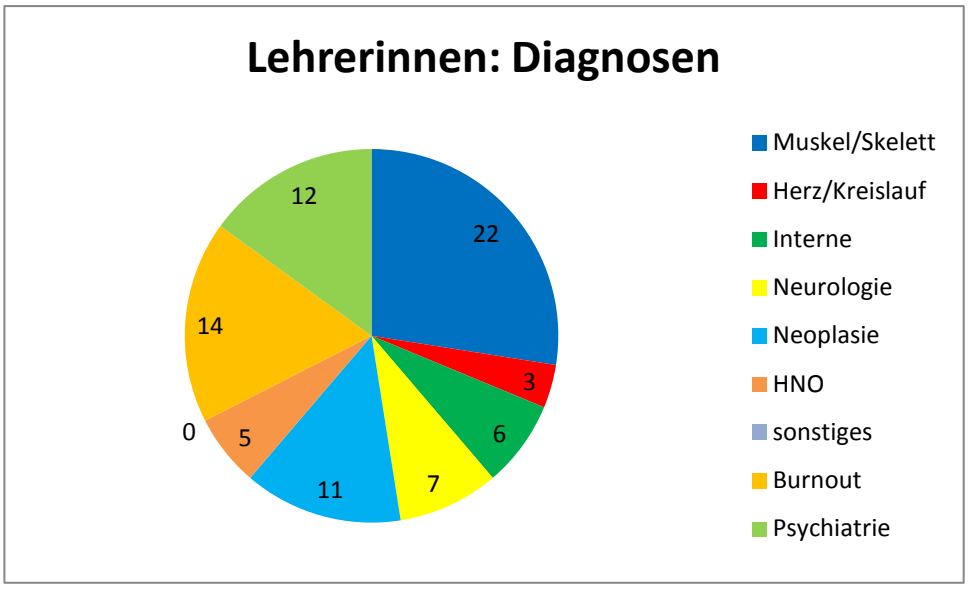


Abbildung 21: Diagnoseverteilung bei Lehrerinnen über 10 Jahre- eigene Darstellung

5.8 Burnout als Diagnose

In 21 Fällen wurde Burnout als Untersuchungsdiagnose angegeben, zwölfmal davon als alleinige Diagnose, neunmal in Kombination mit Leiden aus anderen Formenkreisen. Je dreimal mit internistischen Erkrankungen und Muskel/ Skeletterkrankungen. Einmal ging eine psychiatrische Diagnose gemäß ICD-10 mit Burnout einher, je einmal eine Tumorerkrankung und eine neurologische Erkrankung.

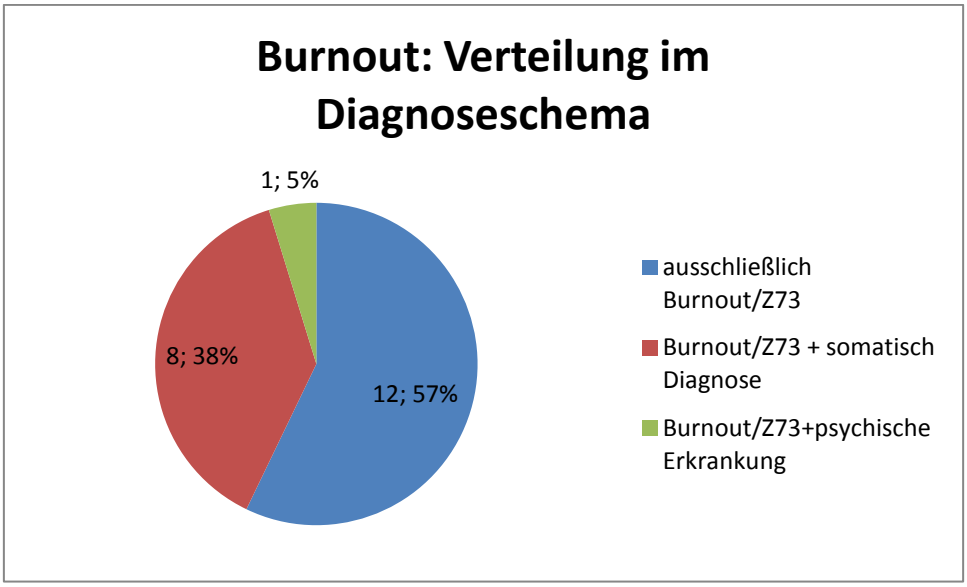


Abbildung 22: Burnout-Darstellung der Diagnoseverteilung als alleinige Diagnose oder als Zusatzdiagnose zu somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen- eigene Darstellung

Burnout wurde doppelt so häufig bei Frauen diagnostiziert (vierzehnmal) als bei Männern (siebenmal).

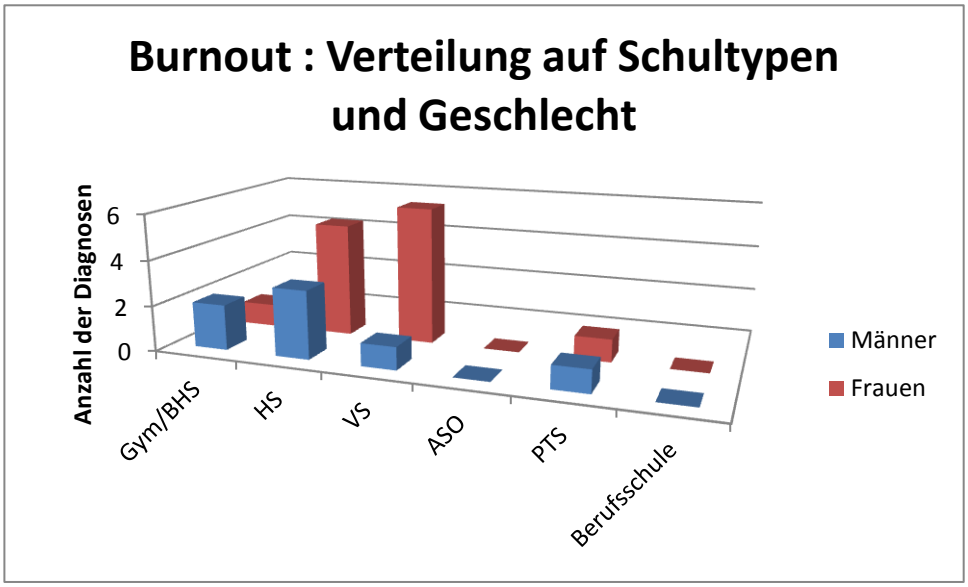


Abbildung 23: Burnout- Verteilung auf Schultyp und Geschlecht-eigene Darstellung

Männer waren bei Diagnosestellung im Schnitt 52,85 Jahre alt, Frauen 51,07 Jahre alt. Die untersuchten Personen konnten nur 3 Altersgruppen zugeordnet werden: der Gruppe 46-50 mit 6 Frauen und 3 Männern, der Gruppe 51-55 mit 5 Frauen und 4 Männern sowie der Gruppe 56-60 Jahren mit 3 Männern.

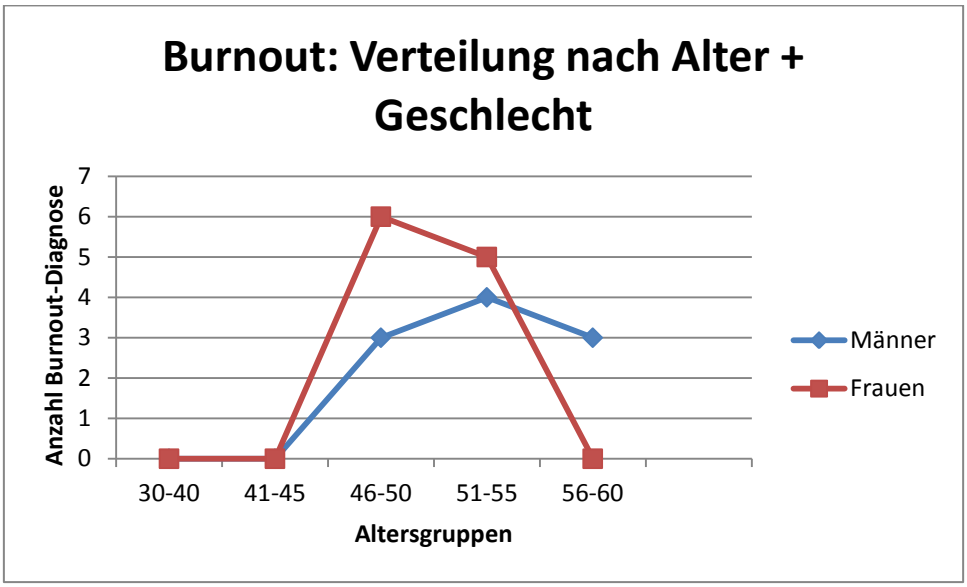


Abbildung 24: Burnout- Altersverteilung, differenziert nach Geschlecht- eigene Darstellung

Im Zusammenhang mit Burnout wurden 5 Anträge auf Lehrpflichtermäßigung gestellt, die alle amtsärztlich befürwortet wurden. Elfmal wurde ein Antrag auf Versetzung in Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen gestellt, in dessen Zusammenhang auch die Diagnose Burnout eine Rolle spielte, in allen Fällen erfolgte eine amtsärztliche Befürwortung.

Von den insgesamt 1589 Wochen Krankenstand die im untersuchten Zeitraum von 10 Jahren anfielen, war Burnout mit 278 Wochen oder 17,49 Prozent beteiligt.

Bei der Analyse der Zahl der Burnout-Fälle pro Jahr ergibt sich, dass im Jahr 2007 die Diagnose überhaupt nicht gestellt wurde, im Jahr 2004 und 2006 je einmal, 2003 ,2009 und 2011 je zweimal sowie dreimal in den Jahren 2002, 2005 und 2010. Am häufigsten, nämlich viermal, erscheint die Diagnose Burnout im Jahr 2008.

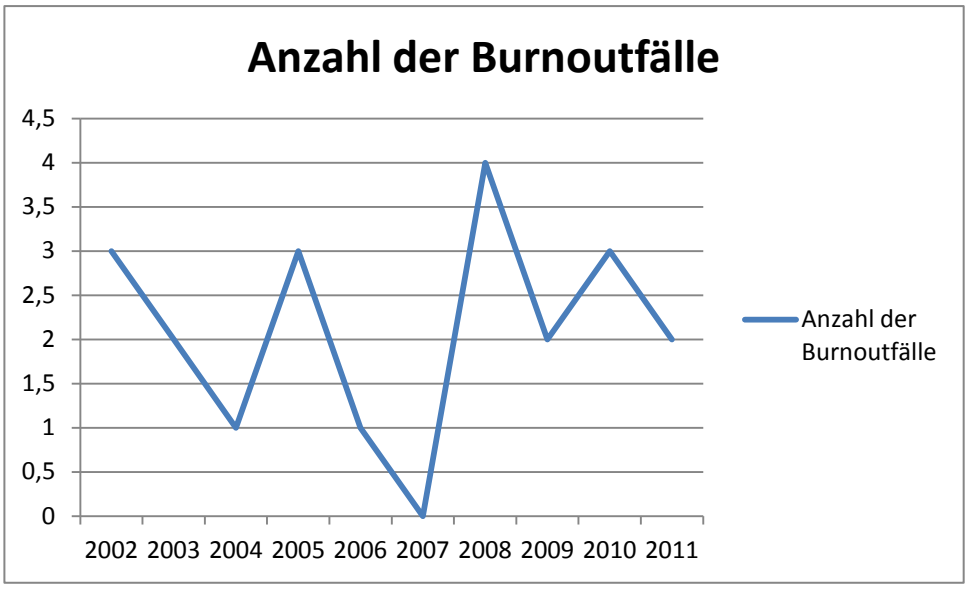


Abbildung 25: Anzahl der Burnoutfälle pro Jahr, 2002-2011- eigene Darstellung

Betrachtet man, wann im Verlauf eines Schuljahres die amtsärztliche Begutachtung in Zusammenhang mit Burnout erfolgte, kann man keinen eindeutigen Trend erkennen. Je dreimal erschien die Diagnose im Februar und Juli, je zweimal im Jänner, März, Juni und Oktober, in den restlichen Monaten wurde die Diagnose je einmal gestellt.

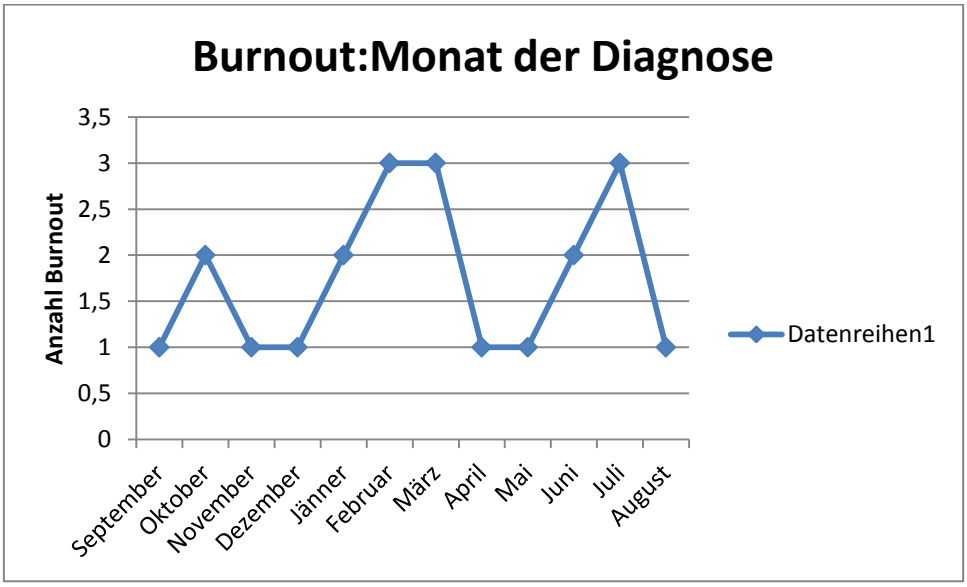


Abbildung 26:Verteilung der Diagnose Burnout bei amtsärztlichen Untersuchungen auf Schuljahr- eigene Darstellung

Fasst man die Monate November bis März unter dem Begriff Wintermonate zusammen, so mussten in dieser dunklen Jahreszeit neunmal LehrerInnen wegen Burnout zum Amtsarzt, wohingegen in den Sommermonaten April bis Oktober die Diagnose zwölfmal gestellt wurde.

5.9 Diagnose „Psyche“ (F-ICD-10)

Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis erscheinen siebzehnmal, davon siebenmal als einzige Diagnose, einmal in Kombination mit der Zusatzdiagnose Burnout, sowie achtmal in Kombination mit somatischen Erkrankungen. Es sind 12 Frauen und 5 Männer betroffen, das Durchschnittsalter bei Frauen beträgt 48 Jahre, bei Männern 53 Jahre.

Je 3 Lehrerinnen waren in den Altersgruppen 30- 40, 51- 55 und 56- 60 zu finden. 2 waren zwischen 46 und 50 Jahre alt, eine Pädagogin zwischen 41- 45 Jahre alt.

3 männliche Lehrer waren in der Altersgruppe von 51- 55 zu finden, je 1 Pädagoge war 46- 50 und 56- 60 Jahre alt.

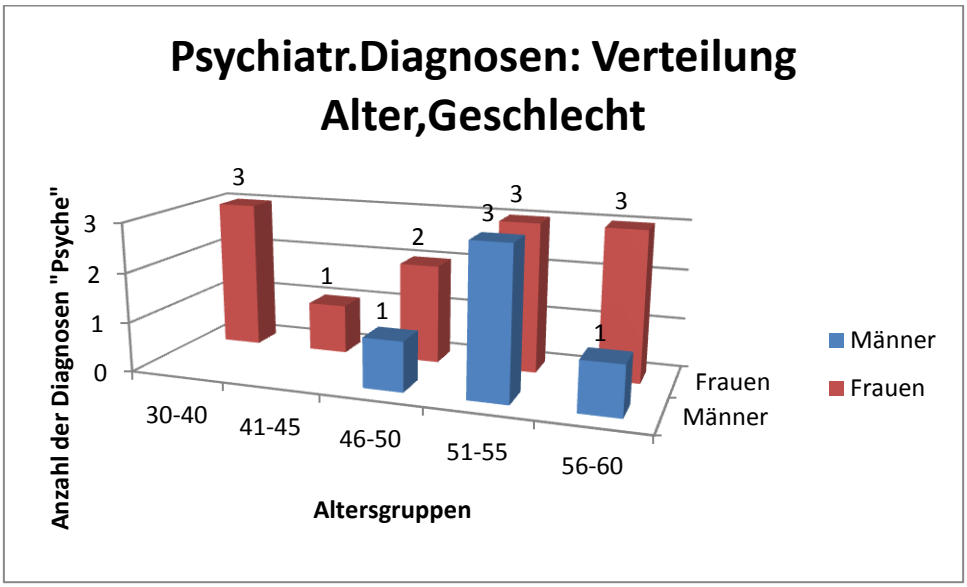


Abbildung 27: psychiatrische Diagnosen: Geschlechter- und Altersverteilung- eigene Darstellung

Die Differenzierung entsprechend ICD-10 Codierung zeigte zehnmal Depression (F 32) , je zweimal Angststörung (F41) und akute Belastungsstörung(F 43), je einmal eine bipolare Erkrankung (F 31) und eine Schizophrenie (F 20).

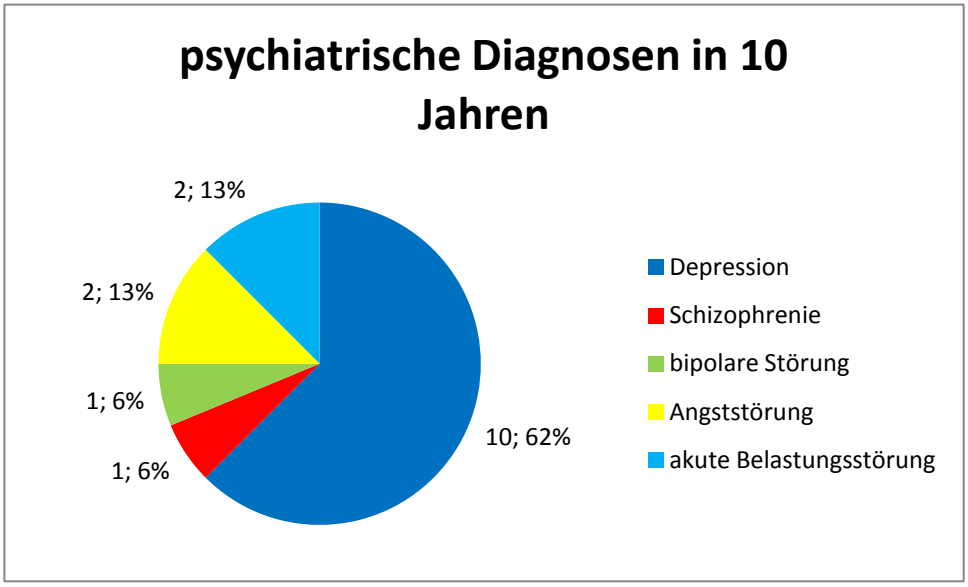


Abbildung 28: Anzahl der verschiedenen Diagnosen aus der Gruppe Psychiatrie von 2002-2011- eigene Darstellung

Betroffen von psychiatrischen Leiden waren 8 VolksschullehrerInnen, 5 HauptschullehrerInnen, 2 PädagogInnen an Gymnasien/ berufsbildenden höheren Schulen, 1 Pädagoge einer Polytechnischen Schule und eine Sonderschullehrerin.

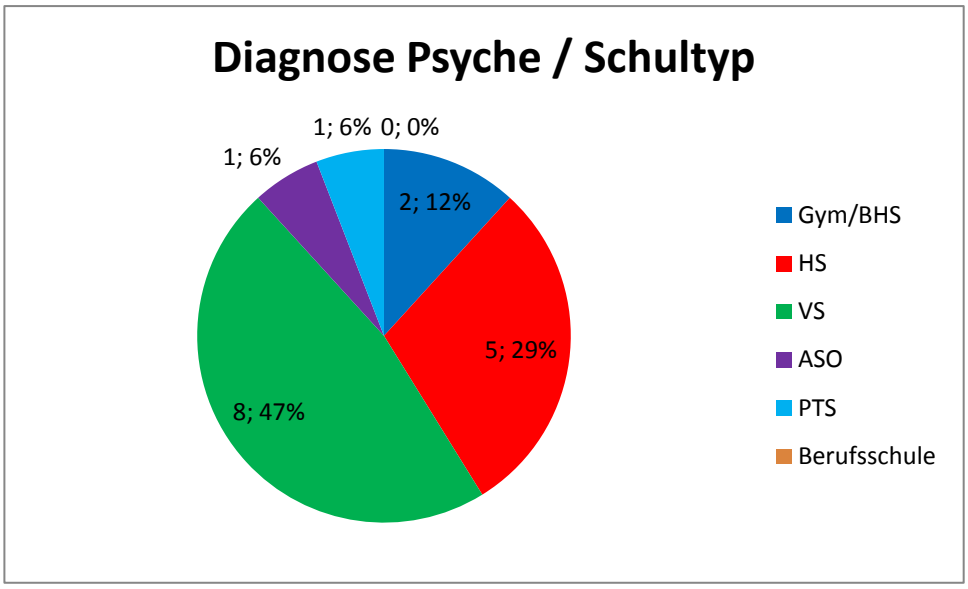


Abbildung 29. psychiatrische Diagnosen: Verteilung auf Schultyp- eigene Darstellung

Psychiatrische Leiden waren an 286 Wochen Krankenstand beteiligt, was 17,99% an der Gesamtwochenzahl (n= 1589) darstellt. Als alleiniges gesundheitliches Leiden verbuchten psychiatrische Erkrankungen 60 Wochen Krankenstand, was 3,77% der Gesamtkrankenstandsanzahl in Wochen (n= 1589) entspricht oder 20,97% aus der Gruppe Psychiatrie.

5.10 somatische Erkrankungen

In einigen Studien, etwa Hillert 2004+ 2006, werden viele somatische Leiden dahingehend interpretiert, dass sie meist psychosomatischen Ursprungs seien. Das heißt, seelische Belastungen, Stress, Trauer bewirken im Körper Veränderungen. Dies kommt auch in vielen Sprichwörtern und Redensarten zum Ausdruck: „es kocht die Galle über“, „er/ sie leidet an gebrochenem Herzen“ , „sich etwas zu Herzen nehmen“ , „vor Kummer / Gram gebeugter Rücken“ „blind vor Wut“ ,“stumm vor Angst “ usw., deshalb werden auch nachfolgend die somatischen Leiden einer genaueren Betrachtung unterzogen.

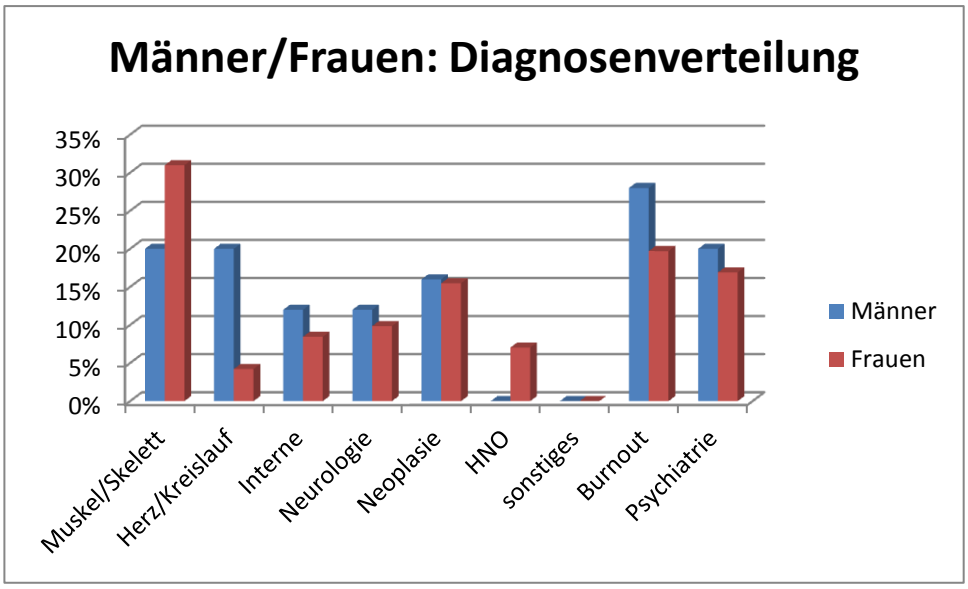


Abbildung 30: somatische Diagnosen: Geschlechterverteilung und Häufigkeit- eigene Darstellung

5.10.1 Muskel/ Skeletterkrankungen

Viele OrthopädInnen und ChiropraktikerInnen meinen, die Ursache für die meisten Rückenschmerzen läge in der Seele. Bei Stress und Überforderung komme es zu einer erhöhten Anspannung der Muskulatur, zu einer Haltungsveränderung, und damit sekundär zu Auswirkungen auf das Skelettsystem. Durch vermehrte Magensaftsekretion komme es in weiterer Folge zu einer Veränderung des Mineralhaushalts der Knochen und damit zu einer erhöhten Knochenbrüchigkeit.

Auch in dieser Studie ist festzustellen, dass Leiden aus dieser Gruppe bei Frauen (30,98%) und Männern (20%) die häufigste Ursache für amtsärztliche Untersuchungen im Lehrberuf sind. Es wurde bei 5 Männern und 21 Frauen eine Diagnose aus diesem Formenkreis gestellt, davon zweiundzwanzigmal als alleinige Diagnose. Differenziert nach Schultypen und Geschlecht zeigt sich, dass die Hauptschule mit 14 weiblichen und 4 männlichen Lehrern die meisten Untersuchten stellte. 4 Volksschullehrerinnen ,2 Sonderschulpädagoginnen und je 1 Gymnasiallehrerin und 1 Lehrer von einer BHS komplettierten die Untersuchungsgruppe.

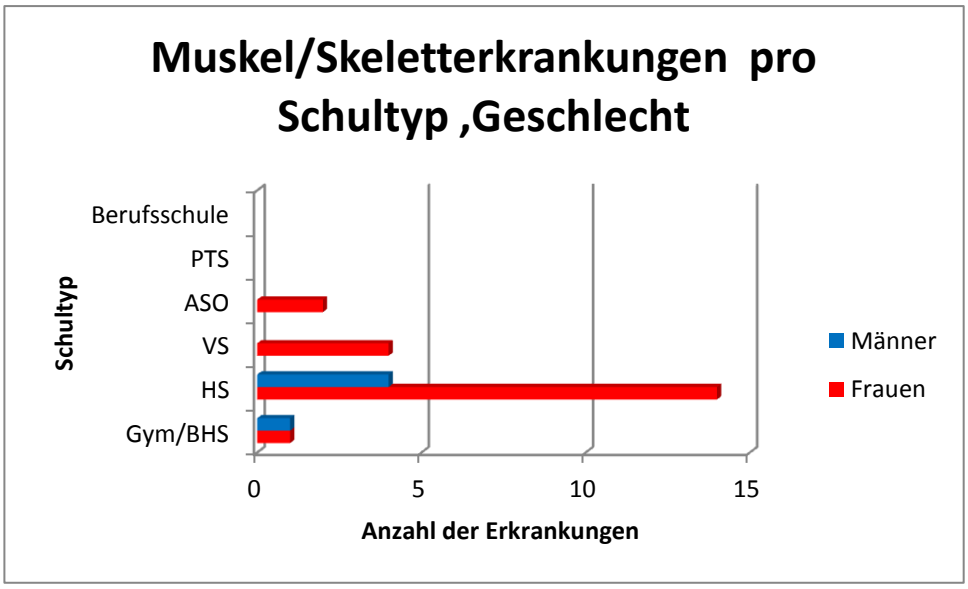


Abbildung 31: Muskel/ Skeletterkrankungen: Anzahl der Diagnosen und Geschlechterverteilung - eigene Darstellung

Das durchschnittliche Alter der von skelettären Leiden betroffenen Männer betrug 53,6 Jahre, wohingegen die Frauen wesentlich jünger waren, im Schnitt 36,6 Jahre.

Die Männer waren zwischen 52 und 56 Jahre alt, bei den weiblichen Pädagogen fanden sich in beinahe jeder Altersgruppe Betroffene, außer in der Gruppe der Dienstältesten zwischen 56-60 Jahre.

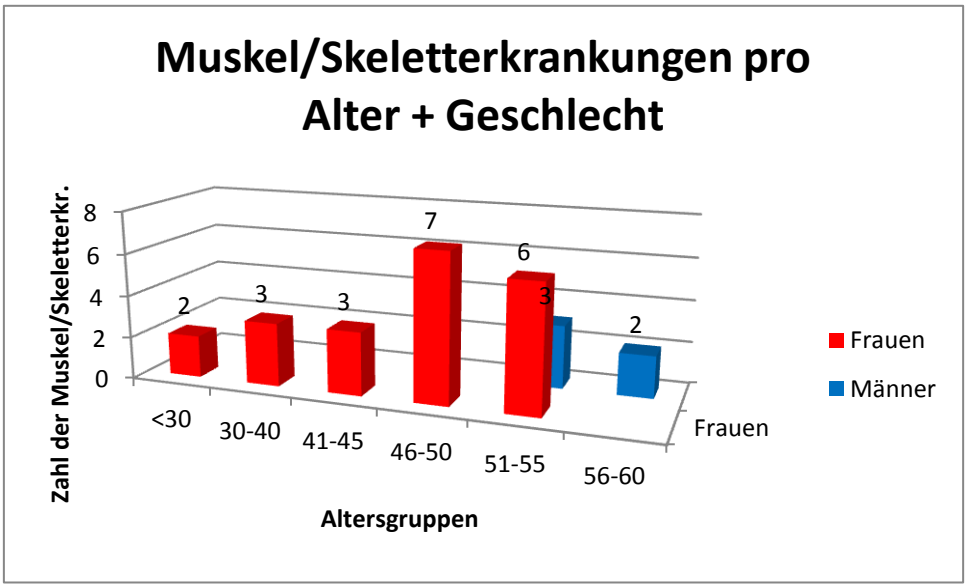


Abbildung 32: Muskel/ Skeletterkrankungen: Anzahl und Verteilung auf Altersgruppen pro Geschlecht- eigene Darstellung

Unter dem laienhaften Begriff „Kreuzweh“ fanden sich 6 PädagogInnen subsumiert, wovon 2 sich einer Bandscheibenoperation unterziehen mussten, einmal wurde bei akutem „Hexenschuss“ ein konservatives Vorgehen vermerkt. Nacken-Schulterschmerzen betrafen 2 Frauen, wovon eine bei ausgeprägtem Impingment operiert werden musste. Quer durch alle Altersklassen wurden Knochenbrüche und Sportunfälle mit Bänder- und Sehnenverletzungen vor allem am Knie verzeichnet, wobei 4 Knieoperationen, 3 Hüftoperationen sowie 6 operative Sanierungen nach Bruch oder Sehnenriss erfolgten. Aufgrund peri/ postoperativer Komplikationen wie Infektionen, Wundheilungsstörungen, Metallentfernungen etc. folgten in manchen Fällen Revisionsoperationen und teilweise umfangreiche Rehabilitationen, was die Krankenstandsdauer deutlich verlängerte. Konservativ wurden einmal eine Abnützung im Knie, vier Coxarthrosen sowie ein Schulterleiden behandelt.

Bei 3 Lehrerinnen fand sich die Zusatzdiagnose Burnout/ Z73, bei einer Kollegin eine Angststörung. Bei 7 Pädagoginnen erfolgte die Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand, das Durchschnittsalter betrug dabei 50 Jahre. Eine dieser Frühpensionierten hatte die Zusatzdiagnose Burnout vermerkt.

Insgesamt fielen 395 Wochen Krankenstand an, das sind 24,85% (n=1589), 77 bei den Männern und 318 bei den Frauen.

5.10.2 Herz/Kreislauferkrankungen

Im Verlauf der 10 untersuchten Jahre kamen insgesamt 7 Lehrkräfte wegen Erkrankungen aus dem Formenkreis Herz/ Kreislauf zur Untersuchung. Dabei zeigte sich, dass Männer häufiger erkrankten als Frauen. 3 Männer mussten aufgrund der Beschwerden in den vorzeitigen Ruhestand eintreten, ein Kollege war dabei besonders jung, nämlich 48 Jahre alt; er hatte neben der kardialen Symptomatik leider noch zusätzlich einen Schlaganfall erlitten. Im Schnitt lag das

Durchschnittsalter der 5 betroffenen Männer bei 54,8 Jahren, die 2 erkrankten Frauen waren 51 und 52 Jahre alt. Das entspricht der Genese der Erkrankung, die meist durch eine sich langsam entwickelnde Arteriosklerose verursacht wird. Begünstigt wird diese durch langjährige Risikofaktoren wie Rauchen, erhöhte Blutfette und erhöhten Blutdruck. Es handelt sich daher- außer bei akut entzündlichen Erkrankungen oder Störungen im Reizleitungssystem, die in jedem Alter auftreten können- um Erkrankungen des mittleren bis höheren Alters.

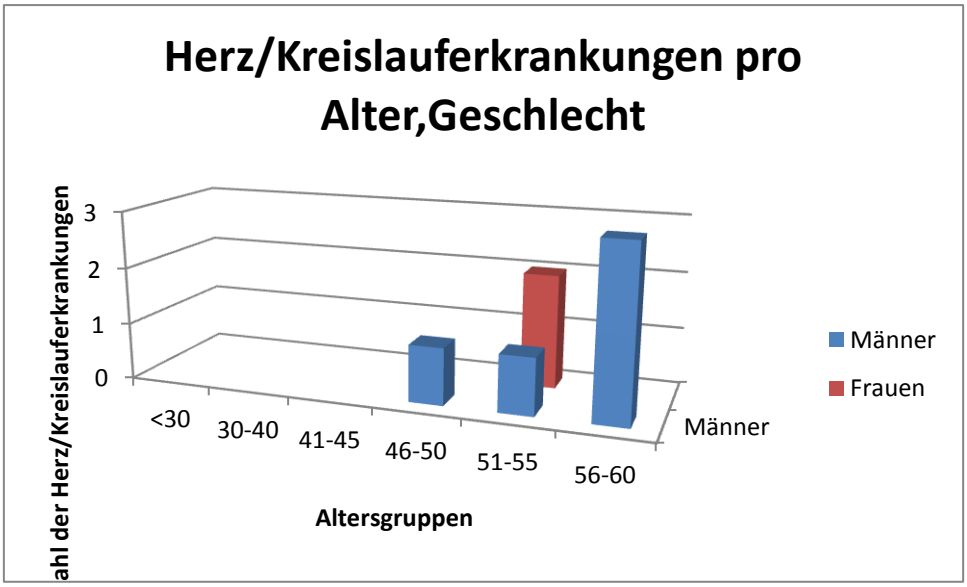


Abbildung 33: Herz/ Kreislauferkrankungen: Anzahl der Diagnosen / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung

Es konnte auch bemerkt werden, dass Herz/ Kreislauferkrankungen nie mit Erkrankungen aus anderen Formenkreisen kombiniert waren. Es wurden keine Komorbiditäten aus dem psychiatrischen Formenkreis oder die Zusatzdiagnose Burnout angeführt.

Mehr als die Hälfte der PädagogInnen kam aus Hauptschulen (4; 57,14%), 2 aus Volksschulen (28,57%) und 1 Lehrer (14,28%) aus einer polytechnischen Schule. Bei einer sehr geringen Fallzahl von 7 in 10 Jahren kann daraus aber kein Trend abgeleitet werden.

Die Gruppe der Erkrankungen des Herz/ Kreislaufsystems verursachten 92 Wochen Krankenstand in 10 Jahren bei PädagogInnen des Pongaus. Das entspricht 5,78 % (n=1589).

5.10.3 sonstige internistische Erkrankungen

Diese Gruppe umfasst alle anderen Erkrankungen aus dem internistischen Formenkreis außer die Herz/ Kreislauferkrankungen ,die als eigene Gruppe betrachtet wurden. In der beobachteten Dekade musste viermal ein insulinpflichtiger Diabetes verzeichnet werden, eine pulmologische Erkrankungen,eine Hormonentgleisung und eine rheumatische Erkrankung.

Es waren 9 Lehrkräfte betroffen, 3 Männer und 6 Frauen. Das Durchschnittsalter der männlichen Lehrer betrug 54,53 Jahre, das der Frauen 46,66 Jahre.

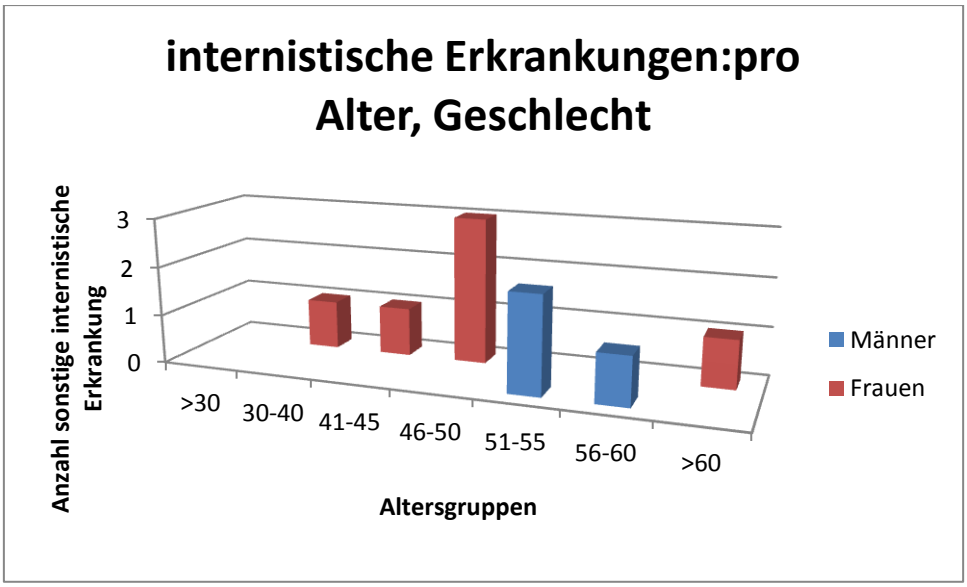


Abbildung 34: internistische Erkrankungen: Anzahl der Diagnosen/ Geschlecht/ Altersgruppe-eigene Darstellung

Die Verteilung auf Schultypen ergab, dass 4 HauptschullehrerInnen unter den Untersuchten waren, 3 LehrerInnen aus Gym/ BHS sowie je eine Lehrkraft aus einer Volksschule und Sonderschule.

In 2 Fällen war ein Zusammentreffen mit der Zusatzdiagnose Burnout/ Z73 zu verzeichnen, wobei in beiden Fällen die Grunderkrankung ein insulinpflichtiger Diabetes war. Dreimal trat eine internistische Erkrankung mit einer Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis (F00-99) auf.

Dreimal wurde erfolgte ein Antrag auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen , der vom Amtsarzt in allen drei Fällen befürwortet wurde.

Die Gruppe der sonstigen internistischen Erkrankungen war verantwortlich für 95 Wochen Krankenstand in 10 Jahren, was 5,97% sind(n= 1589)

5.10.4 Carcinome

In der beobachteten Dekade erkrankten insgesamt 14 Lehrpersonen an bösartigen Erkrankungen, davon 4 Männer und 10 Frauen. Die männlichen Lehrer waren im Schnitt 47,75 Jahre alt, die Lehrerinnen 48,3 Jahre. 4 Erkrankungen verliefen in mehr oder weniger kurzer Zeit tödlich.

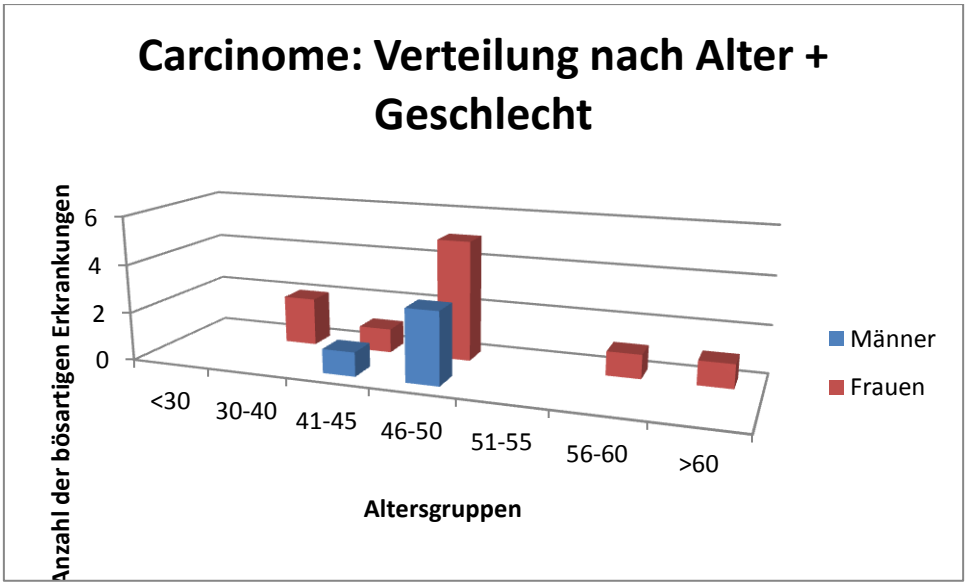


Abbildung 35: Carcinome: Anzahl der Diagnosen/ Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung

Die Todesfälle erfolgten noch in der Krankenstandszeit , 3 Erkrankte mussten in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen versetzt werden.

Bei einer bösartigen Erkrankung wurde als Zusatzdiagnose Burnout/Z73 vermerkt; einmal erfolgte die Kombination mit einer Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis.

Bei den Schultypen war die Hauptschule mit 6 Betroffenen führend vertreten, gefolgt von den Volksschulen mit 4 Erkrankten, den Gym/ BHS mit 3 Erkrankten sowie den Berufsschulen mit einem Erkrankten.

Der Anteil an den verursachten Krankenstandswochen in 10 Jahren betrug 17,8% oder 283 Wochen (n=1589).

5.10.5 neurologische Erkrankungen

9 Lehrkräften, die im Verlauf von 10 Jahren begutachtet wurden, litten an den Auswirkungen neurologischer Erkrankungen. 3 Personen mussten mit den Folgen eines Schlaganfalles fertig werden und waren dabei noch auffallend jung, nämlich zwischen 48 und 50 Jahren. Ein Lehrer erlitt dabei im Rahmen einer Herz/ Kreislauferkrankung einen Schlaganfall, eine Lehrerin im Rahmen ihrer Grunderkrankung Multiple Sklerose .Das Durchschnittsalter betrug bei beiden Geschlechtern 52 Jahre.

2 Kollegen erkrankten an Parkinson, einmal wurde eine verminderte Reizleitungsgeschwindigkeit im Rahmen eines Carpaltunnelsyndroms diagnostiziert ,einmal ein gutartiger Hirntumor sowie jeweils eine Polyneuropathie nicht näher bezeichneter Genese und einmal die Folgen einer Borreliose.

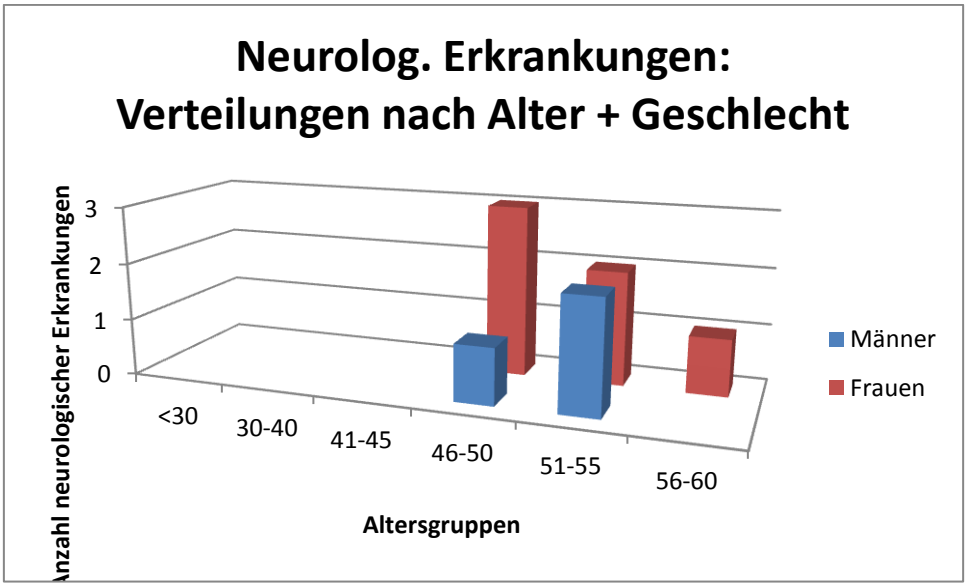


Abbildung 36: neurologische Erkrankungen: Anzahl der Diagnosen / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung

5 der betroffenen Lehrkräfte unterrichteten in Hauptschulen, zwei in Volksschulen und je eine Lehrkraft in Gymnasien /berufsbildenden höheren Schulen und Polytechnischen Schulen.

Einmal wurde die Zusatzdiagnose Burnout/ Z73 vermerkt und einmal eine psychiatrische Diagnose (Depression) gestellt.

Fünfmal wurde von Seiten der Betroffenen ein Antrag auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen gestellt, der einmal keine Unterstützung fand, einmal wurde einer betroffenen Lehrkraft ohne vorher erfolgten Antrag die vorzeitige Versetzung in den Ruhestand ermöglicht. 3 Anträge auf Lehrpflichtermäßigung erfuhren eine positive Erledigung.

Das Durchschnittsalter beim vorzeitigen Pensionsantritt betrug 53 Jahre.

Die neurologischen Erkrankungen zeichneten für 287 Wochen Krankenstand verantwortlich, das sind 18% (n=1589).

5.10.6 Erkrankungen aus dem Bereich Hals- Nasen- Ohren

Alle 5 Erkrankten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 47 Jahren. Probleme mit der Stimme hatten 2 Lehrerinnen, wobei hauptsächlich diese verantwortlich für die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz waren, nämlich 52 Wochen oder 3,27% (n=1589). Eine Lehrerin wurde wegen Schwerhörigkeit beim Amtsarzt vorstellig. Zwei Kolleginnen klagten über Ohrgeräusche, sogenannten Tinnitus, wobei hier zusätzlich auch 2 Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis vermerkt worden waren.

Ein Antrag auf Reduzierung der Lehrverpflichtung wurde gestellt und positiv bearbeitet.

2 Untersuchungen fanden 2005 statt, je eine 2007, 2008 und 2009.

5.10.7 sonstige Erkrankungen

2 Lehrerinnen mussten aufgrund frauenspezifischer Probleme insgesamt 25 Wochen in Krankenstand gehen, entspricht1,57 % (n=1589) .1 Lehrerin stellte aus anderen Gründen einen Antrag auf Reduzierung der Lehrverpflichtung, der genehmigt wurde.

5.11 Analyse nach Schultypen

5.11.1 Gymnasium/ Berufsbildende Höhere Schule

Im Verlauf der analysierten 10 Jahre, von 2002 bis 2011, kamen 11 Unterrichtende an Gymnasien beziehungsweise Berufsbildenden Höheren Schulen (Gym / BHS) wegen länger dauernder Krankenstände oder aus sonstigen Gründen zur

amtsärztlichen Untersuchung. Von den Lehrkräften waren 4 männlich und 7 weiblich. Das Durchschnittsalter der Männer betrug 52,25 Jahre, das der Frauen 51,28 Jahre.

Das gemeinsame Durchschnittsalter lag bei 51,63 Jahren.

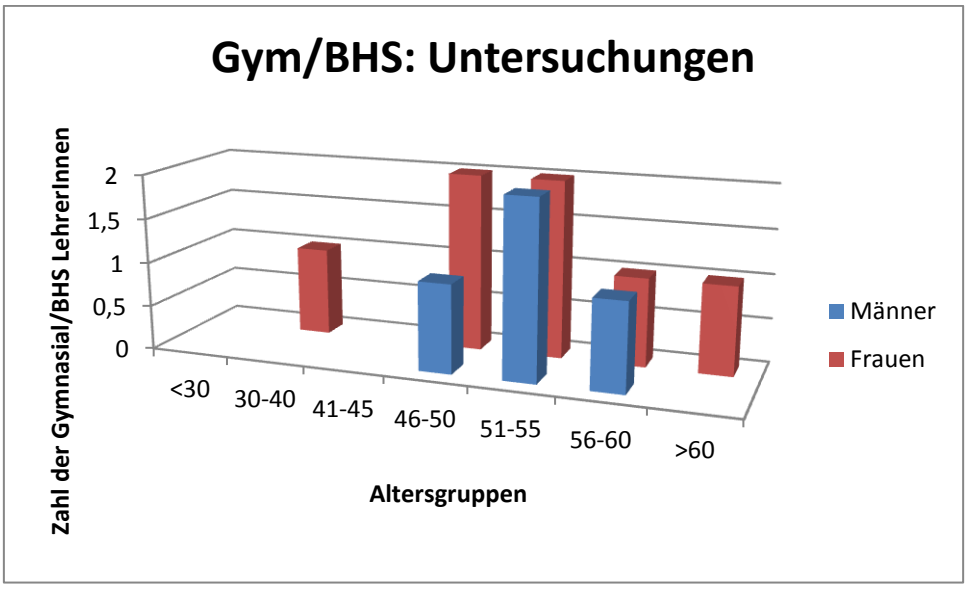


Abbildung 37: Anzahl der untersuchten LehrerInnen an Gymnasien/ BHS, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung

Wenn man die Jahre betrachtet, wurden 2010 4 Untersuchungen durchgeführt, je zwei 2008, 2006 und 2005 sowie eine Begutachtung 2004.

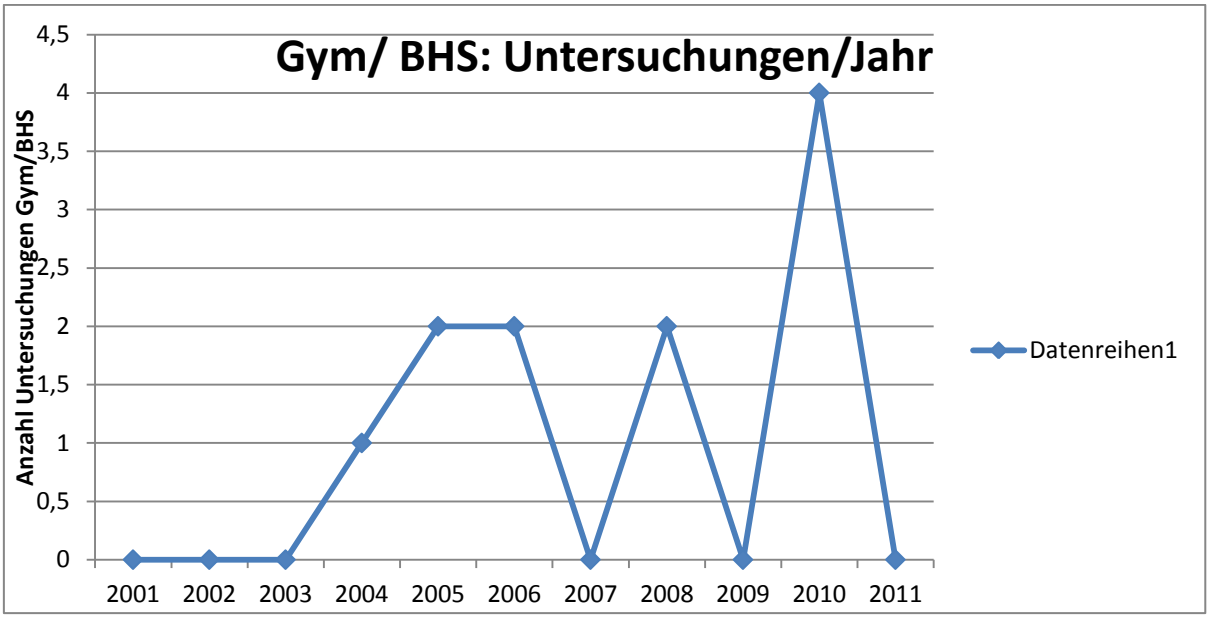


Abbildung 38: Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen von LehrerInnen an Gymnasien/BHS pro Jahr von 2002-2011-eigene Darstellung

Umgelegt auf 1 Schuljahr fanden je 2 Begutachtungen im Februar, Juni und November statt, je 1 im März, April, August, September und Oktober.

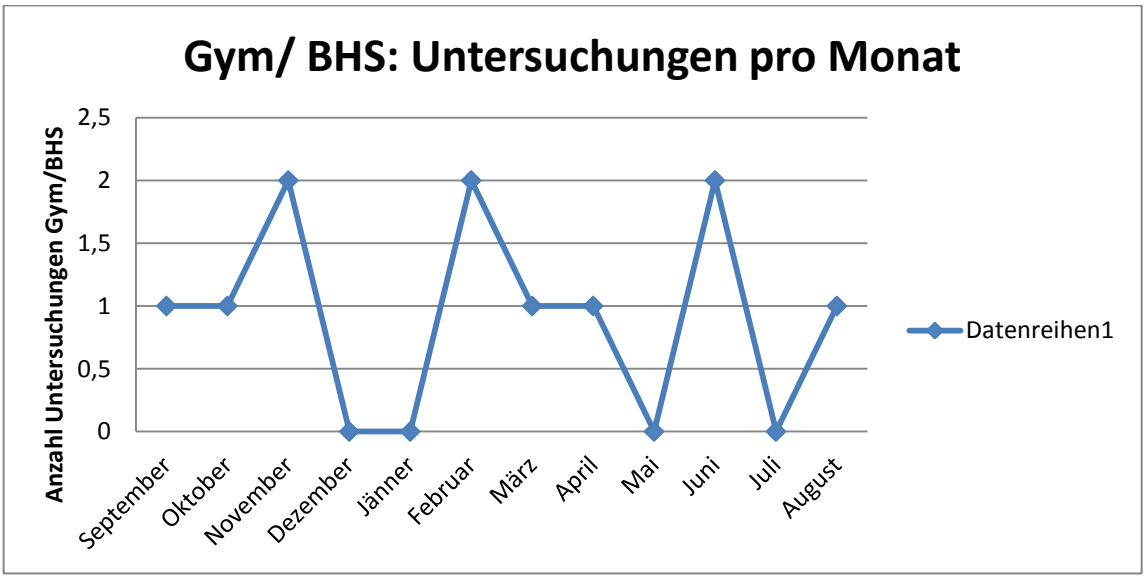


Abbildung 39: Verteilung der Untersuchungen von LehrerInnen an Gymnasien/BHS auf Monate im Schuljahr, 2002-2011- eigene Darstellung

2x wurde ein Antrag auf Lehrpflichtermäßigung aus gesundheitlichen Gründen gestellt, der amtsärztlicherseits befürwortet werden konnte, ebenso ein Antrag auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen.

Es wurden je dreimal Diagnosen aus den Bereichen Interne und Carcinome gestellt, je zweimal ergaben sich Muskel/Skeletterkrankungen, neurologische Leiden und psychiatrische Erkrankungen. Je einmal wurde eine F-codierte psychiatrische Diagnose solitär und als Zusatzdiagnose gestellt. Burnout/Z73 wurde dreimal vermerkt, zweimal als Zusatzdiagnose, einmal ohne weiteres Leiden.

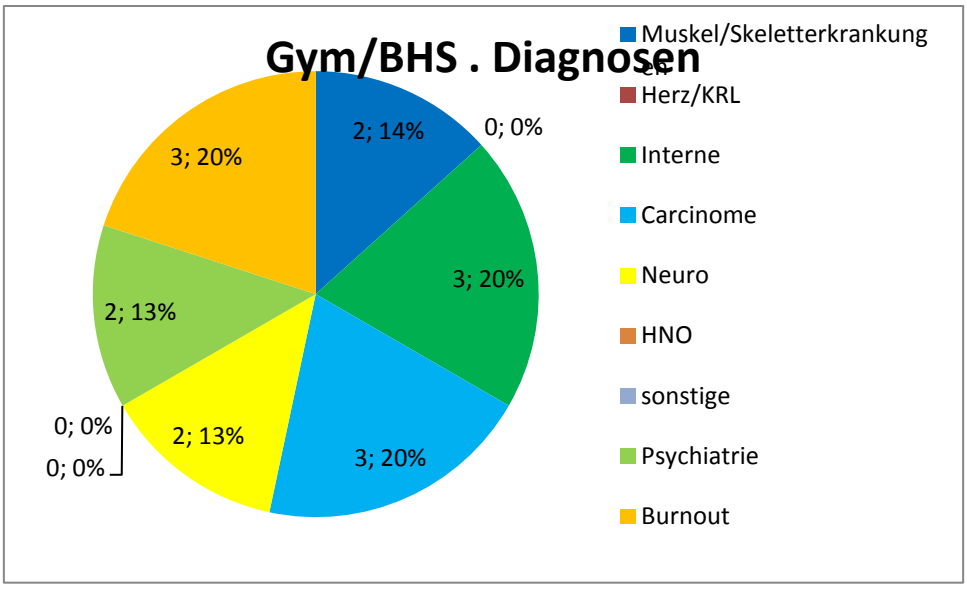


Abbildung 40: Gymnasien/BHS: Diagnoseverteilung-eigene Darstellung

5.11.2 Hauptschule

Im Verlauf der analysierten 10 Jahre wurden 47 HauptschullehrerInnen amtsärztlich begutachtet.14 davon waren Männer, 33 Frauen. Das Durchschnittsalter der Männer betrug 51,64 Jahre, das der Frauen 47,75 Jahre. Die größte Gruppe stellten die 51-55jährigen mit 18, gefolgt von den 46- 50jährigen mit 14, die drittgrößte Gruppe bildeten die 41- 45jährigen.

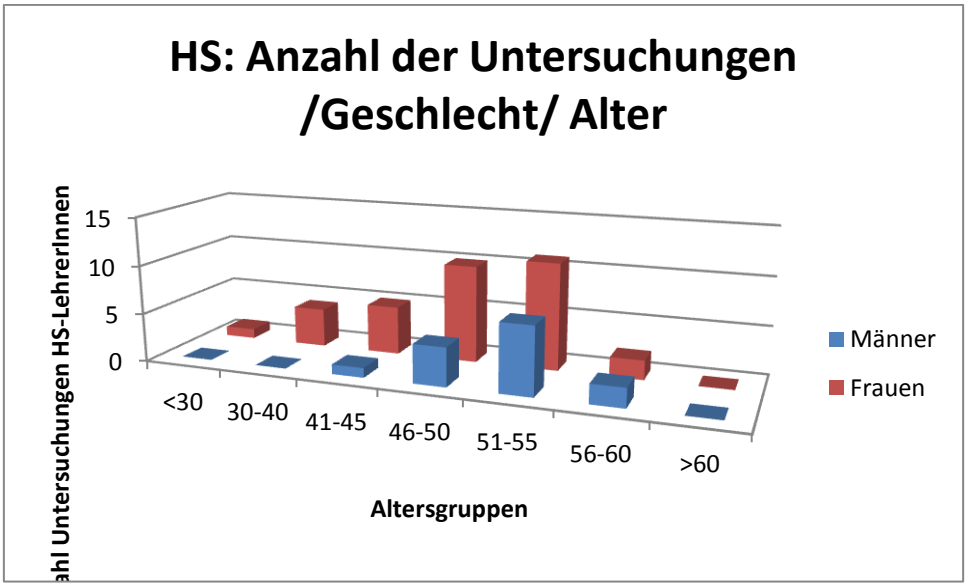


Abbildung 41: Hauptschule: Anzahl der Untersuchungen 2002-2011, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung

Von den Untersuchten gingen 5 Männer und 12 Frauen aus gesundheitlichen Gründen in vorzeitige Pension. Das Durchschnittsalter bei Antritt der Pension lag bei beiden Geschlechtern bei 51 Jahren.

Die gesundheitlichen Gründe setzten sich aus folgenden Diagnosegruppen zusammen: führend waren die Beschwerden aus dem Formenkreis Muskel/ Skeletterkrankungen mit 16, gefolgt von achtmal Burnout, wobei zweimal Burnout ohne jede weitere Diagnose angegeben wurde.Siebenmal waren neurologische Leiden die Gründe für amtsärztliche Konsultationen und sechsmal bösartige Erkrankungen. Fünfmal wurden Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis genannt, wobei sie zweimal in Kombination mit anderen Erkrankungen angeführt wurden. Je viermal kamen die Erkrankungen aus der Gruppe der Herz/ Kreislauferkrankungen und der sonstigen internistischen Leiden, zweimal waren sonstige Bereiche betroffen und einmal der Hals- Nasen- Ohren- Bereich.

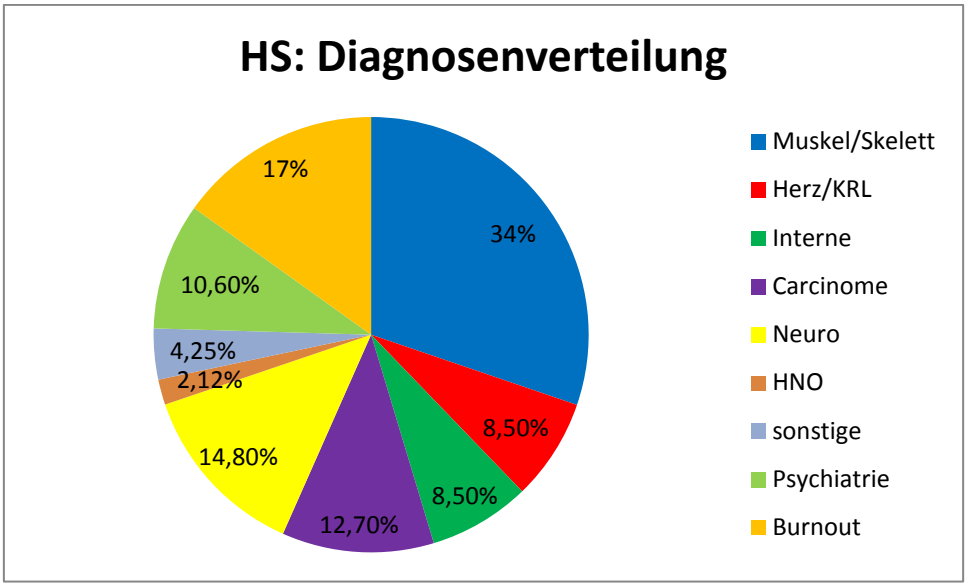


Abbildung 42: Hauptschule: Diagnoseverteilung- eigene Darstellung

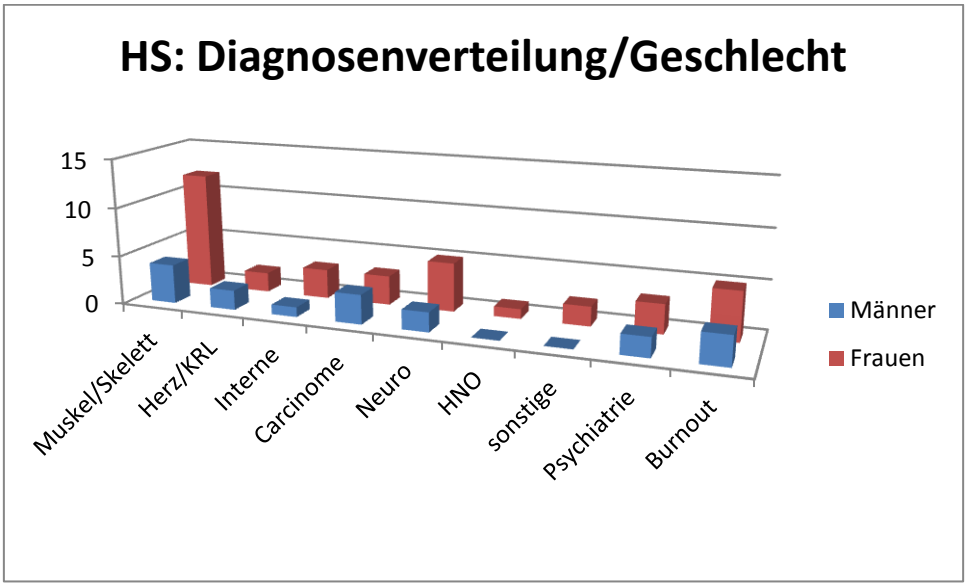


Abbildung 43: Hauptschule: Diagnoseverteilung- Anzahl / Geschlecht- eigene Darstellung

Die HauptschullehrerInnen waren im Verlauf der 10 Jahre insgesamt 751 Wochen in Krankenstand, was 47,26% entspricht (n=1589).

Die Männer verbuchten 251 Wochen (15,79% von n=1589), die Frauen 500 Wochen (31,46% von n= 1589).

Am häufigsten erfolgten die amtsärztlichen Konsultationen in den Jahren 2003+ 2010 mit je siebenmal ,gefolgt von 2008 mit sechsmal und je fünfmal 2002, 2007 und 2009.

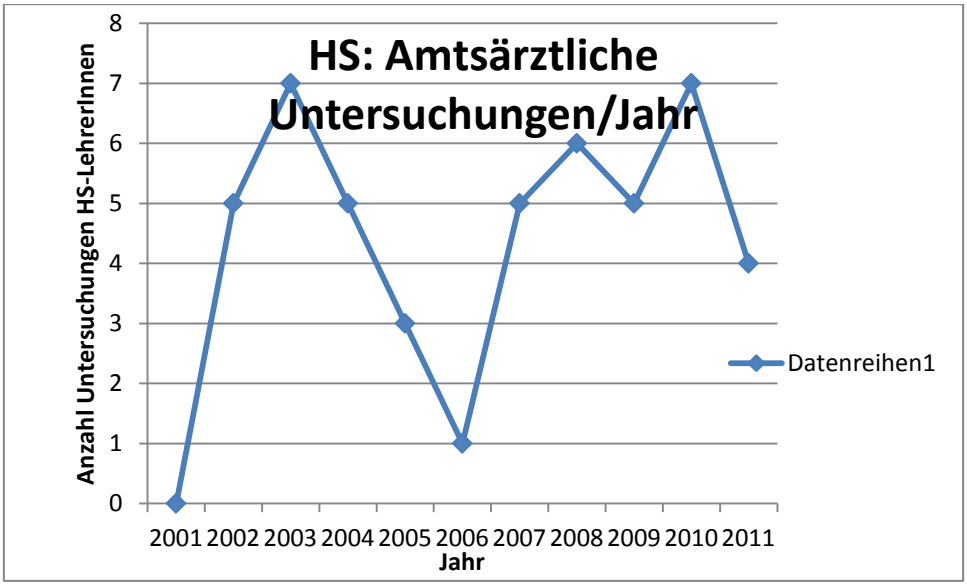


Abbildung 44: Hauptschule: Anzahl der Untersuchungen / Jahr- eigene Darstellung

Die Untersuchungsstärksten Monate stellten Februar und Juli mit je 7 Konsultationen dar, gefolgt von März und Mai mit je 5 und September, November und April mit je 4 Untersuchungen.

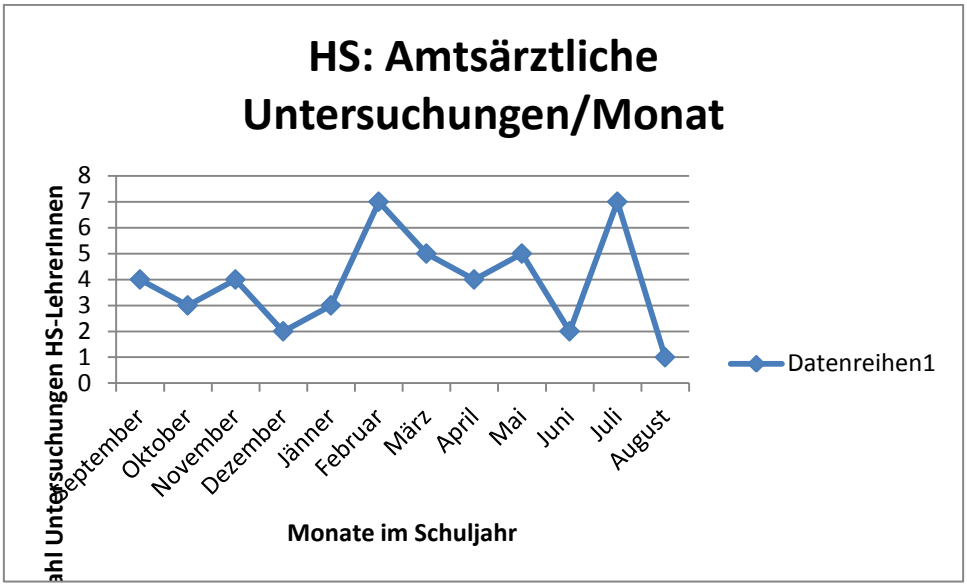


Abbildung 45: Hauptschule: Verteilung der Untersuchungen auf Schuljahr, 2002-2011- eigene Darstellung

5.11.3 Volksschule

Von 2002 bis 2011 kamen 27 VolksschullehrerInnen zur amtsärztlichen Begutachtung. Davon waren 4 männlich. Das Durchschnittsalter der Lehrer betrug bei der Untersuchung 57 Jahre, das der Pädagoginnen 49 Jahre. Bedingt durch die Tatsache, dass kaum Männer die Ausbildung zum Volksschullehrer absolvieren, kommt es in dieser Gruppe zu einem derartigen Ungleichgewicht. Die meisten der untersuchten Damen waren zwischen 46 und 50 Jahre alt, gefolgt von der Gruppe der 51- 55Jährigen.

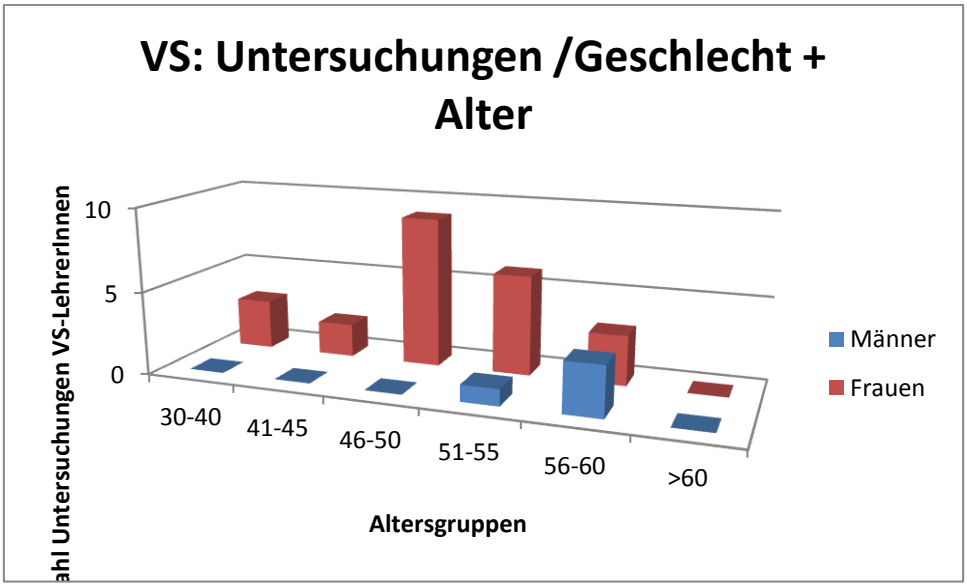


Abbildung 46:Volksschule: Anzahl der Untersuchungen/ Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung

Die meisten Untersuchungen (6) fanden 2008 statt, gefolgt von je 4 2002 und 2005, je 3 2004 und 2009, und je 2 Konsultationen erfolgten 2006, 2007 und 2011. Überhaupt keine Untersuchung gab es 2010.

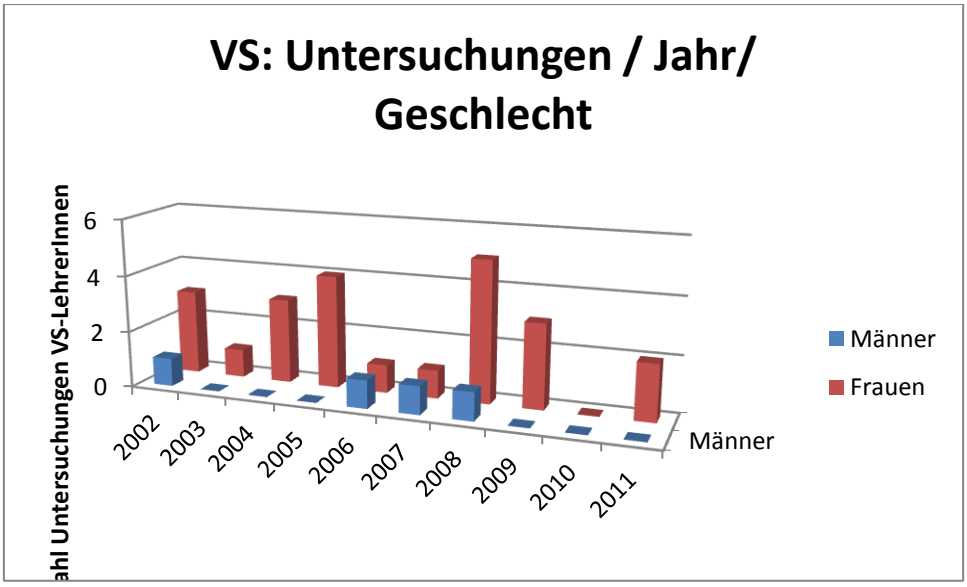


Abbildung 47: Volksschule: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung

Mit je 4 Untersuchungen von VolksschullehrerInnen im Jänner, April, Mai und Juli zeigten sich insgesamt 4 Peaks, gefolgt von 2 Untersuchungen im Februar, Juni, August und September. Je 1 Untersuchung fand im März, November und Dezember statt, gar keine Untersuchung erfolgte im Oktober.

Mit 8 Nennungen waren Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis die häufigsten ,gefolgt vonfünfmal Burnout.je viermal wurden Beschwerden des Muskel/ Skelettsystems und Carcinome angegeben, dreimal Leiden aus dem Hals- Nasen-Ohrenbereich, je zweimal Internistische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen und Erkrankungen des Herz/ Kreislaufystems und sonstige.

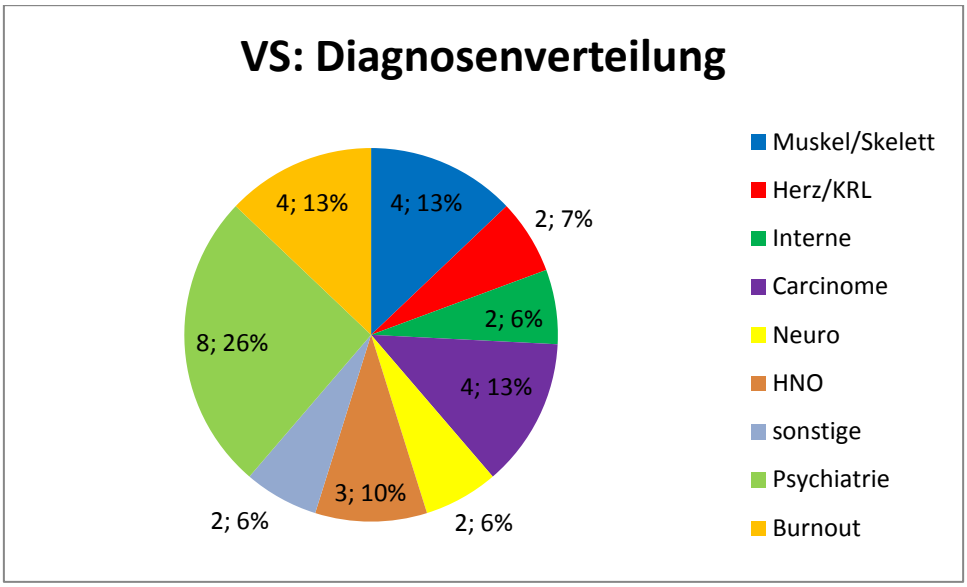


Abbildung 48: Volksschule: Diagnoseverteilung- eigene Darstellung

Bei den weiblichen Volksschullehrern waren die Diagnosen aus dem Gebiet der Psychiatrie, gefolgt von Burnout führend. Bei den Männern- obwohl die geringe Fallzahl von 4 untersuchten Lehrern nicht aussagekräftig ist- lagen an 1. Stelle Herz-Kreislauferkrankungen.

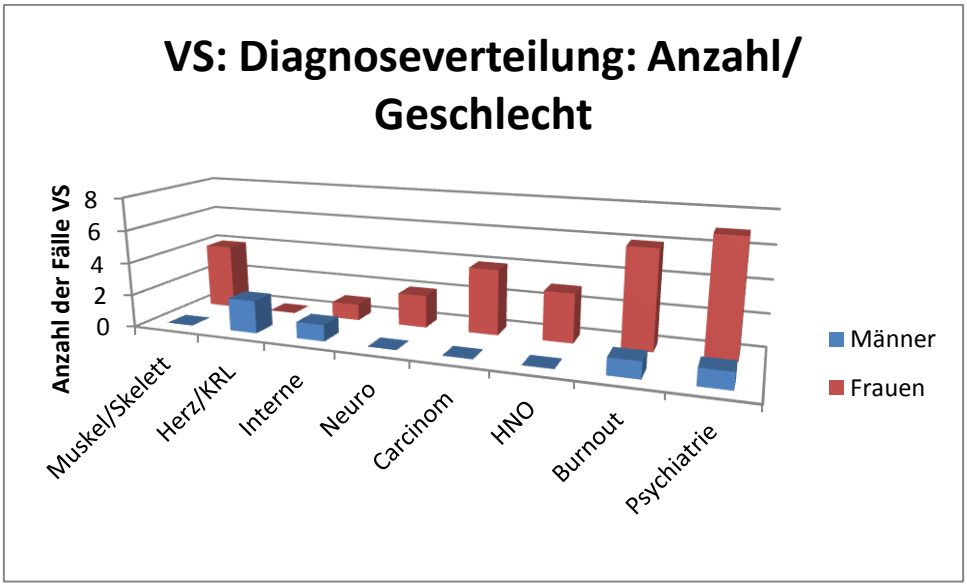


Abbildung 49: Volksschule: Diagnosenverteilung: Anzahl/ Geschlecht- eigene Darstellung

5.11.4 Sonderschulen

Die in 10 Jahren untersuchten 4 Sonderschul- Lehrkräfte waren alle weiblich.

Das Durchschnittsalter betrug 37Jahre. Die Untersuchungen erfolgten 2003, 2005, 2007 und 2008. Zweimal wurde ein Antrag auf Lehrpflichtermäßigung aus gesundheitlichen Gründen gestellt und bewilligt. Zweimal kamen die Diagnosen aus dem Formenkreis der Muskel/ Skeletterkrankungen, einmal lag eine internistische Erkrankung vor und einmal musste das Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung vermerkt werden. Burnout erschien einmal als Zusatzdiagnose .

Im beobachteten Zeitraum kam es zu keinem längerdauernden Krankenstand .

Eine Lehrkraft wurde aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig mit Anfang 50 pensioniert.

5.11.5 Polytechnische Schulen

Im Verlauf der beobachteten 10 Jahre wurden insgesamt 6 Lehrpersonen, die an Polytechnischen Schulen unterrichteten, untersucht. Die Geschlechtsverteilung war sehr gleichmäßig 3:3. Das Durchschnittsalter der Männer lag bei 55 Jahren, das der Frauen bei 47 Jahren.

Je einmal wurde der amtsärztliche Dienst 2004 und 2006 konsultiert, je zweimal 2005 und 2007. Dabei kam es in zwei Fällen zur Befürwortung eines Antrages auf Versetzung in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen, einer musste abgelehnt werden.

Zweimal wurde Burnout als alleinige Diagnose gestellt, einmal eine psychiatrische Erkrankung als Zusatzdiagnose zu einer somatischen Erkrankung gestellt.

Einmal zeigte sich ein Herz/ Kreislaufleiden, einmal eine Muskel/ Skeletterkrankung und einmal erfolgte die Befürwortung einer Lehrpflichtermäßigung aus sonstigen Gründen.

Im Beobachtungszeitraum wurden 29 Wochen Krankenstand verzeichnet, das entspricht 1,82 % (n= 1589 Wochen)

5.11.6 Berufsschulen

Es musste lediglich eine Berufsschullehrerin aus der Altersgruppe 46- 50 Jahre im Jahre 2009 begutachtet werden. Dem Antrag auf vorzeitige Versetzung in Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen musste bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung zugestimmt werden. Im Vorfeld wurde dabei kein länger dauernder Krankenstand verzeichnet.

5.12 Amtsärztliche Befürwortung der vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen

In 33 Fällen erfolgte unter Abwägung der vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen eine Befürwortung einer Versetzung in vorzeitigen Ruhestand mittels eines Gutachtens, welches von der Schulbehörde in Auftrag gegeben worden war. Im Pflichtschulbereich konnte im Rahmen der Studie der genaue Pensionsantritt erhoben werden. Dabei zeigte sich, dass 4 Personen von der ermöglichten vorzeitigen Pensionierung **nicht** Gebrauch machten. 6 Personen wurden unmittelbar nach der Untersuchung oder innerhalb von wenigen Wochen pensioniert. Bei immerhin 10 Personen wurde vom Schulamt der nächste Geburtstag abgewartet, um die nächsthöhere Altersstufe zu erreichen. Fünfmal wurde per Jahresende pensioniert.

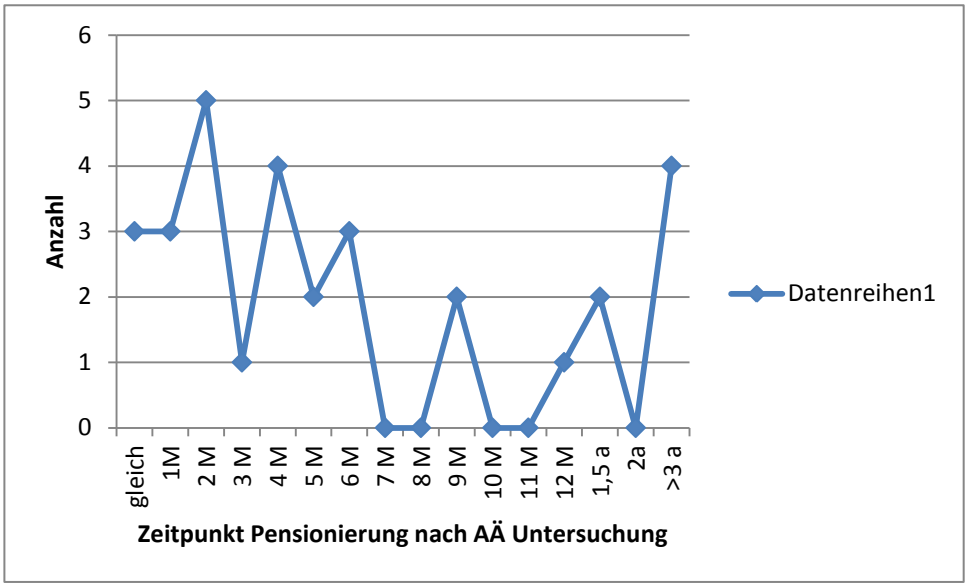


Abbildung 50: Zeitpunkt der vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen nach positivem amtsärztlichen Gutachten-eigene Darstellung

Dementsprechend kommt es auch zu einer Differenz zwischen dem Alter der LehrerInnen bei der amtsärztlichen Untersuchung und bei der Pensionierung.

Bei der Untersuchung waren die Männer im Schnitt 53 Jahre alt, die Frauen 50,7 Jahre. Beim effektiven Pensionsantritt waren die Lehrer im Durchschnitt 54,87 Jahre , die Lehrerinnen 51,85 Jahre alt.

Die exakten Daten konnten von 8 Männern und 21 Frauen, die in Pflichtschulen beschäftigt waren, gegenübergestellt werden.

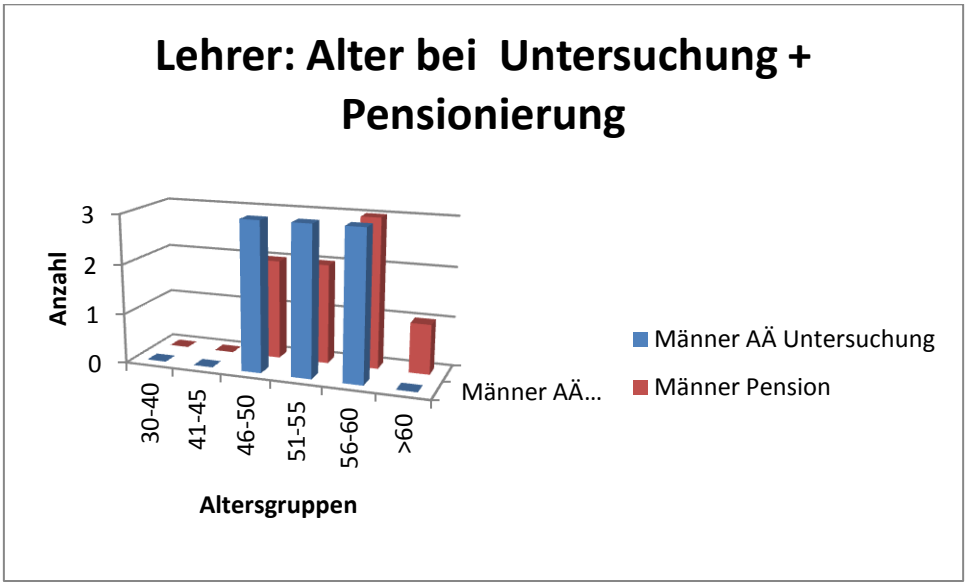


Abbildung 51: Lehrer: Alter bei amtsärztlicher Untersuchung mit Befürwortung einer vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen und Alter bei tatsächlichem vorzeitigen Pensionsantritt- eigene Darstellung

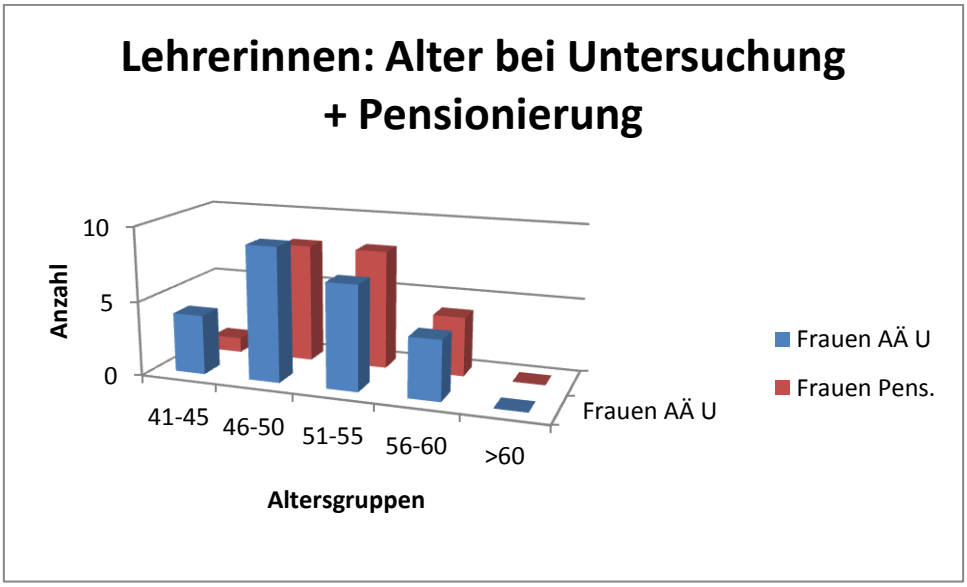


Abbildung 52: Lehrerinnen: Alter bei amtsärztlicher Befürwortung einer vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen und Alter bei tatsächlichem vorzeitigen Pensionsantritt - eigene Darstellung

17 der Antragsteller waren in Hauptschulen beschäftigt, 11 in Volksschulen, 2 kamen aus einer Polytechnischen Schule und je eine Person aus einer Berufsbildenden Höheren Schule (BHS) und der Berufsschule.

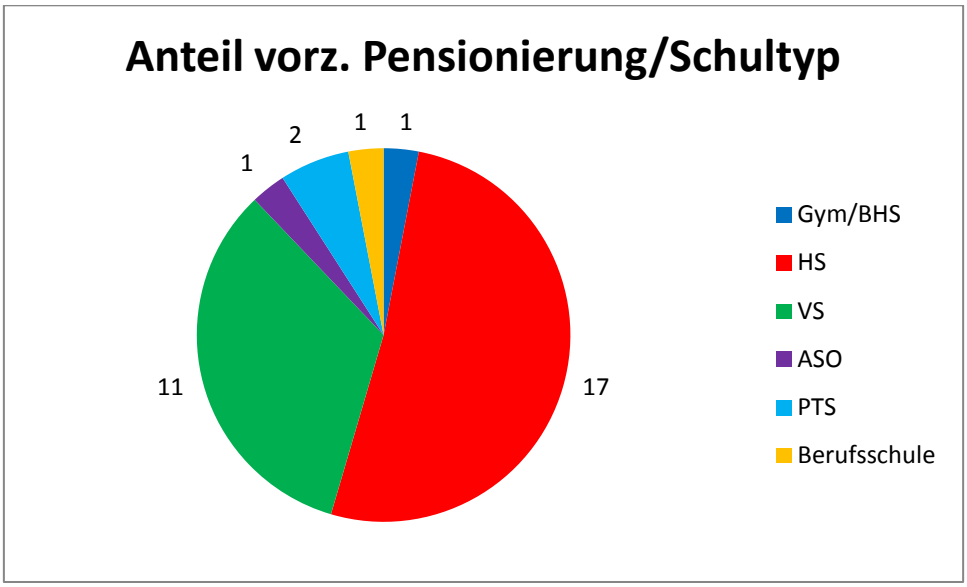


Abbildung 53: Häufigkeit der vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen / Schultyp- eigene Darstellung

Der häufigste gesundheitliche Grund für eine vorzeitige Pensionierung war eine Erkrankung aus dem Muskel/Skelettsystem (achtmal) dar, gefolgt von neurologischen Erkrankungen (sechsmal) und Burnout (sechsmal) als alleinige Diagnose, dann folgen Burnout als Zusatzdiagnose (viermal) und je dreimal Herz/ Kreislauferkrankungen, internistische Erkrankungen und bösartige Tumore, je zweimal kommen sonstigen Gründen sowie psychiatrischen Leiden als Haupt-und Zusatzdiagnose. Auch hier wurden wieder ein-bis mehrere Diagnosen pro Untersuchtem/r herangezogen.

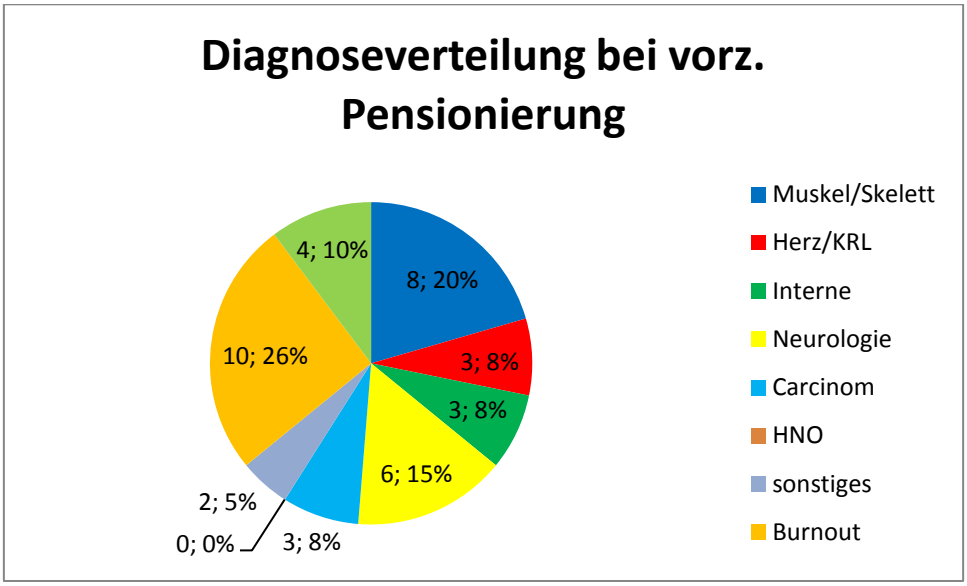


Abbildung 54: Diagnoseverteilung bei vorzeitiger Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen- eigene Darstellung

6 Eigene Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der eigenen Studie zusammengefasst und in weiterer Folge wird versucht, sie mit den Aussagen der bereits angeführten Studien zu vergleichen.

6.1 Zusammenfassung der eigenen Ergebnisse

Als eines der ersten verblüffenden Ergebnisse der lokalen Lehrerstudie zeigt sich: LehrerInnen an Gymnasien /Berufsbildenden höheren Schulen sind gesünder als alle ihre BerufskollegInnen! Obwohl im Pongau die Gruppe der Unterrichtenden in dieser Schulform mit 33% am größten ist, trägt sie nur 2,72% zu den in 10 Jahren angefallenen amtsärztlich dokumentierten Krankenstandwochen bei. Das nächste Ungleichgewicht fällt bei den VolksschullehrerInnen auf: obwohl sie nur etwas über 27% zur Gesamtzahl der Lehrkräfte im Bezirk beitragen, übernehmen sie 48% der angefallenen Krankenstandswochen von insgesamt etwa 30 Jahren (1589 Wochen).

Von den Untersuchten (96) waren nur rund ein Viertel (26% ,25) männlich.

Jährlich verabschieden sich 10-15 PflichtschullehrerInnen im Pongau in die vorgesehene Alterspension. In den begutachteten 10 Jahren kommen im Schnitt 2 bis 3 zusätzliche vorzeitige Versetzungen in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen dazu. Auffallend war lediglich ein Gipfel mit 6 vorzeitigen Ruheständen im Jahr 2003, seither bewegt sich das Ausmaß zwischen 1 bis 3 in einem wellenförmigen Verlauf, alle 3- 4 Jahre ist ein Gipfel mit 3 Betroffenen zu sehen (2002, 2006, 2010).

Burnout ist konstant einmal jährlich an einer vorzeitigen Pensionierung beteiligt (2003, 2005, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012). Außer in den Jahren 2004, 2007 und 2010 in denen Burnout an keiner vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen beteiligt war.

Das bedeutet, dass Burnout, zumindest im Pongau, im Verlauf der analysierten 10 Jahre nicht in Zunahme begriffen ist. Aber bei 37% der vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen ist Burnout beteiligt, in 22 % sogar der einzige Grund.

Aber man kann auch sehen, dass Burnout nicht zwangsläufig zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Schuldienst führt: Von 21 Erkrankten konnten 11 wieder in den Unterricht zurückkehren.

Burnout ist beteiligt an der Anhäufung von 278 Wochen Krankenstand im Beobachtungszeitraum, das sind 17,4%(n=1589). 20% der untersuchten GymnasiallehrerInnen leiden an Burnout, 17% der beim amtsärztlichen Dienst vorstellig gewordenen HauptschulpädagogInnen sowie 16% der Unterrichtenden an Polytechnischen Schulen und 13% der VolksschullehrerInnen.

Die Ergebnisse der Allgemeinen Sonderschulen, Polytechnischen Schulen und der Berufsschule sind nur bedingt heranzuziehen aufgrund der kleinen Fallzahlen bei allerdings auch nur beschränkter Gesamtlehrerzahl.

Vor dem 45. Lebensjahr wurde vom amtsärztlichen Dienst keine Burnout- Diagnose gestellt, was damit zusammenhängen kann, dass sich Burnout langsam entwickelt. Der Höhepunkt liegt zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr, lediglich 3 Betroffene waren älter als 55 Jahre. Zwischen den Schultypen finden sich hierbei keine Unterschiede in der Altersverteilung.

Burnout ist dreimal im Rahmen chronischer Abnützungserscheinungen von Gelenken, die nicht operationsbedürftig waren, aufgetreten. Betroffen waren weibliche Lehrkräfte, einmal erfolgte eine vorzeitige Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen.

Zweimal bedingte das Auftreten einer chronischen internistischen Stoffwechselerkrankung das Manifest werden einer Burnoutsymptomatik, davon erfolgte einmal eine vorzeitige Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen .Ebenso trat Burnout im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung auf.

Eine Carcinomerkrankung zog in weiterer Folge ein Burnout nach sich, ebenso eine langwierige neurologische Infektionskrankheit, die in weiterer Folge zur Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand führte.

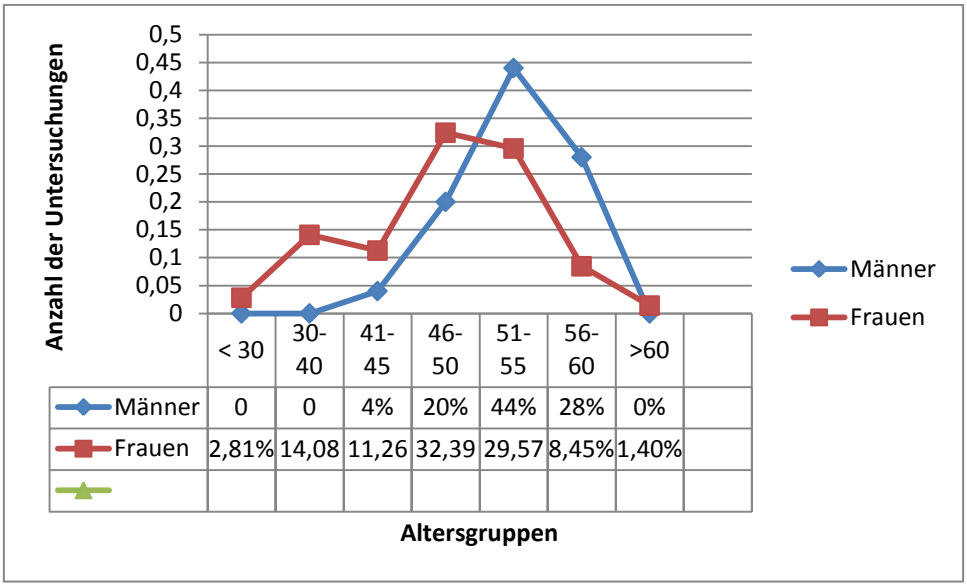
Auch bei einer Depression wurde einmal als Zusatzdiagnose ein Burnout angeführt.

Teilweise waren den amtsärztlichen Gutachten keine fachärztlichen Gutachten beigelegt, sodass die Vermutung naheliegt, dass die Diagnosen einerseits aus den Angaben des Patienten übernommen wurden oder vom Amtsarzt gestellt wurden. Somit dürfte es zu einer Unschärfe bei der Abgrenzung zwischen psychiatrischen Leiden mit ICD-10-Codierung ,wie akute Angststörung, Belastungsreaktion oder Depression und andererseits der Diagnose Burnout gekommen sein.Zehnmal wurde eine Depression diagnostiziert, welche einmal leider in einen Suizid mündete und einmal zu einer vorzeitigen Pensionierung führte. Interessant war die einmalige Kombination von Burnout und Depression: aus den Angaben rezidivierende Depression und akute Burnout-Symptomatik konnte man nicht herauslesen, ob ein Burnout eventuell wellenförmig verlaufen ist mit wiederkehrenden Phasen deutlicher Depression, oder ob sich im Rahmen einer depressiven Grunderkrankung eine Burnout-Symptomatik entwickelt hatte. Im Rahmen eines Knochenbruches trat schließlich eine akute Angststörung auf, die schließlich in einer vorzeitigen Pensionierung mündete. Einmal trat eine Angststörung in Kombination mit einem Ohrgeräusch, Tinnitus, auf. Die Entstehung eines Tinnitus ist nicht exakt geklärt, ein Zusammenhang mit Stressbelastung wird aber allgemein angenommen.

Im Verlauf einer Lungenerkrankung wurde eine Schizophrenie augenscheinlich, welche in weiterer Folge zum vorzeitigen Pensionsantritt führte.

Eine bipolare Störung verursachte in weiterer Folge zahlreiche Krankenstände, führte zum Versuch der Selbstmedikation mittels Alkohol und hatte zahlreiche amtsärztliche Begutachtungen zur Folge. Im Beobachtungszeitraum bestand aber ein aufrechtes Dienstverhältnis.

Psychiatrische Erkrankungen waren bei Männern und Frauen mit 16 bzw. 15% etwa gleich häufig vertreten. Auffallend war, dass Burnout mehr Männer betraf (22%) als Frauen (18%), bei ihnen aber nicht zur vorzeitigen Pensionierung führte. Es wurde in einem Fall nach einer akuten Krise trotz amtsärztlicher Befürwortung einer vorzeitigen Pensionierung noch 10 Jahre bis zum 60. Lebensjahr unterrichtet, im 2. Fall noch weitere 5 Jahre bis zum 63. Lebensjahr.



	< 30	30-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60
Männer	0	0	4%	20%	44%	28%	0%
Frauen	2,81%	14,08	11,26	32,39	29,57	8,45%	1,40%

Abbildung 55: Anzahl der Untersuchungen in 10 Jahren in Prozent / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung

Sieht man sich die Altersverteilung in beiden Geschlechtern an, fällt auf, dass die männliche Kurve einen Gipfel zwischen dem 51. und 55. Lebensjahr aufweist, mit einem Beginn ab 30, einem zarten Anstieg bis 40 und dann einer steilen Kurve bis zum Gipfel. Danach fällt die Kurve genauso gleichmäßig wieder ab bis zum Lebensalter 60+. Die Kurve der Männer ist nach rechts verschoben, das heißt, die untersuchten Männer sind generell älter als die weiblichen Kollegen.

Die weibliche Kurve hat einen ersten, kleineren Gipfel in der Altersgruppe 30- 40 Jahre, um nach einer kurzen Abwärtsphase zu einem breitbasigen, niedrigeren Verteilungsgipfel als bei den Männern zwischen 46 und 55 anzusteigen.

Sieht man sich den ersten Gipfel bei den Frauen genauer an und erkundet die Ursachen für die amtsärztliche Untersuchung, so ergibt sich, dass 4x ein Sportunfall mit Knie- beziehungsweise Sehnenoperation zur Begutachtung führte, 2x eine Krebserkrankung und 1x der Beginn einer chronischen Stoffwechselerkrankung. Immerhin 1x wurde ein Burnout angeführt, 1x eine akute Belastungsstörung in Kombination mit einem Ohrgeräusch und 1x die Manifestation einer bipolaren Erkrankung verzeichnet; eine Lehrerin kam wegen Stimmproblemen zur amtsärztlichen Untersuchung.

Innerhalb der 10 untersuchten Jahre sind leider 4 Lehrerinnen an einer Krebserkrankung verstorben, eine innerhalb von 4 Wochen nach Vorladung zur Begutachtung, eine nach 3, die andere nach 7 Monaten. Eine Lehrerin überlebte 2 Jahre, in denen sie lediglich mit kurzen krankheitsbedingten Unterbrechungen berufstätig war.

Eine Lehrerin verübte Suizid.

Bei den Gefäßerkrankungen auffallend war, dass mit zwei Ausnahmen, hauptsächlich Männer von Herzerkrankungen betroffen waren. Die Damen waren Anfang 50, die Herren Mitte bis Ende 50.Bei 1 Person machten sich die Gefäßveränderungen am Herzen und auch im Gehirn als Schlaganfall bemerkbar, was schließlich 6 Monate nach der amtsärztlichen Befürwortung in vorzeitige Pensionierung mündete.

2002 wurde bei einer Lehrkraft eine Borreliose- eine durch Zecken übertragene Infektionskrankheit des Nervensystems - nachgewiesen. Daneben wurde ein Burnout-Syndrom diagnostiziert, was innerhalb von 4 Monaten nach amtsärztlicher Untersuchung zur vorzeitigen Pensionierung führte. Eine weitere neurologische Diagnose- eine Parkinsonkrankheit - führte aufgrund des chronisch progredienten Verlaufs zu vorzeitigen Pensionierungen in 2 Fällen .Obwohl die neurologischen Erkrankungen wie 2x Parkinson, 1x Meningeom, 3x Schlaganfälle , 1x Polyneuropathie und 1x Multiple Sklerose auch psychisch sehr belastend sind, wurden bei diesen Erkrankungen keine psychiatrischen Pathologien oder Burnout verzeichnet. Zu erwarten gewesen wäre ein vermehrtes Auftreten von Depressionen. Lediglich bei einer vergleichsweise leichten Erkrankung wie dem Karpaltunnelsyndrom wurde eine Depression vermerkt.

6.2 Vergleich der eigenen Ergebnisse mit bestehenden Studien

Vergleicht man die Anzahl der pro Studie ausgewerteten Datensätze, so bildeten für die Pongauer Studie 96 Untersuchungen die Grundlage, Gamsjäger verwertete 103 Fragebögen, Hillert und Schmitz , 1. Teil 168, Stöckli 1999 200 , Hillert/ Schmitz 2. Teil 218, die Erlanger Studie von Weber, Weltle und Lederer Teil 1 232. In deutlich anderen Dimensionen bewegen sich die übrigen angeführten Studien: Heyse 499, Gerich/ Sebinger 662, Schaarschmidt 1600, Dür/ Griebler 1758, Erlanger Studie Teil 2 7103.

Die von Weber, Weltle und Lederer durchgeführte Studie entspricht vom Ansatz der Pongauer Studie. Beide stützen sich auf Daten, die bei amtsärztlichen Untersuchungen von LehrerInnen von Gesundheitsämtern erhoben wurden. Im 1. Teil der Erlanger Studie stammten die Daten von 2 Gesundheitsämtern in Bayern, die über einen Zeitraum von 10 Jahren (1985-1995) Daten von erkrankten Lehrkräften gesammelt hatten. Es wurden 232 PädagogInnen begutachtet, davon waren 41% männlich und 58% weiblich. Da die Einwohnerzahl pro Gesundheitsamt nicht vorliegt, kann nicht verglichen werden, ob die Größe des deutschen politischen Bezirks vergleichbar ist mit dem Bezirk Pongau. Im 2. Teil der Erlanger Studie wurden die Daten aller untersuchten Beamten im Freistaat Bayern über 4 Jahre(1996-1999) ausgewertet (n= 11528). Davon bildeten die LehrerInnen die größte Gruppe mit 7103 Personen. Da es in Bayern 76 Gesundheitsämter gibt, sind im Schnitt pro Amt 93 Untersuchungen in 4 Jahren angefallen, das wären mehr als 20 pro Jahr, wieder ohne Berücksichtigung der unterschiedlich großen Einzugsgebiete. Im 2. Teil der Studie betrug die Geschlechterverteilung 43% (männlich) zu 57%(weiblich). Das heißt, die Geschlechterverteilung blieb auch im 2. Teil annähernd gleich.

Im Pongau wurden im Verlauf von 10 Jahren 96 LehrerInnen amtsärztlich untersucht. Die Geschlechterverteilung betrug hier 26%(männlich) zu 73,95%(weiblich). Auch hier überwog der Frauenanteil, allerdings war er bedeutend höher als in Bayern.

Eine ziemliche Übereinstimmung bei der Geschlechterverteilung ergibt sich mit der Schweizer Studie von Stöckli 1999: auch hier betrug der Anteil Männer zu Frauen Frauen 26%:73%, was aber insofern erstaunlich ist, da in dieser Studie nur Primarlehrkräfte eingeschlossen waren, welche den österreichischen Volksschullehrkräften entsprechen. In Österreich ist der Anteil an männlichen Volksschullehrern sehr gering, in der Schweiz dürften mehr Männer diesen Beruf ausüben.

In der Studie von Gamsjäger, der sich ebenfalls mit Salzburger Lehrern, aber nur an Hauptschulen Beschäftigten, befasste, betrug die Relation Männer zu Frauen 39%: 60%. Auch in allen anderen Studien überwog der Frauenanteil, außer bei Heyse.

Tabelle 9: Geschlechterverteilung in eigener Studie im Vergleich mit anderen Studien- eigene Darstellung

Vergleich der Geschlechterverteilung in den Studien Männer % : Frauen%	
Pongauer Studie	26% : 73,95%
Stöckli/ Schweiz	26% : 73%
Gamsjäger, Österreich	39% : 60%
Gerich/ Sebinger, Österreich	43% :56%
Dür/ Griebler, Österreich	34% :65%
Heyse, Deutschland	57% :42%
Hillert/ Schmitz ,Deutschland	31% : 68%

Die meisten Studien stützen sich auf retournierte Fragebögen. Wenn die Geschlechterverteilung an manchen Schultypen eher ausgewogen ist, wie etwa an Gymnasien, kann man zum Schluss kommen, dass Frauen eher bereit sind, einen Fragebogen auszufüllen und zurückzuschicken.

Da die Untersuchungen an den Gesundheitsämtern auf Erkrankungen von LehrerInnen beruhen, sind sie völlig unabhängig vom Schultyp und umfassen somit Volksschule, Hauptschule, Gymnasien, berufsbildende Höhere Schulen, Sonderschulen, Poytechnische Lehrgänge und Berufsschulen. Somit ist die vorliegende Studie breit gefächert, ebenso wie die Erlanger Studien, die Studien von Hillert/ Schmitz, Schaarschmidt und Heyse. Ähnlich breit, aber mit Einschränkungen, da die 5. , 8. und 9. Schulstufe und deren Klassenlehrer befragt wurden und dezidiert Sonderschulen ausgeschlossen waren, und aufgrund der niedrigsten Schulstufe (5.) Volksschulen ausschieden, ist die Studie von Dür und Griebler aufgestellt.

Wenn man die Pongauer Studie mit der, von der Methodik ähnlich aufgebauten, Erlanger Studie vergleicht und die psychiatrischen Diagnosen betrachtet, fällt auf, dass im Pongau die Depression mit 62% führt, während in der Erlanger Studie die psychiatrische Diagnose Depression mit 36% zwar ebenfalls an 1.Stelle steht, aber deutlich seltener diagnostiziert wird.

Burnout wurde im Pongau 21x (21,8%) diagnostiziert, während die Erlanger Studie 16% angibt. Akute Belastungsstörungen wurden im Pongau mit 13% gezählt, in der Erlanger Studie mit 10%. Dabei muss man allerdings die wesentlich höheren Fallzahlen bei der Erlanger Studie (n=2885) berücksichtigen.

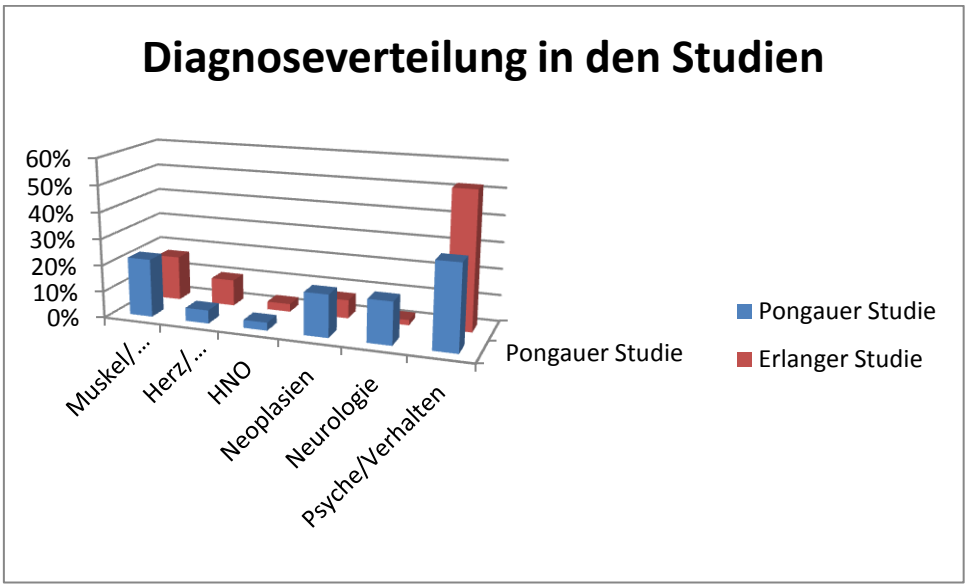


Abbildung 56: Diagnosenverteilung: Vergleich Pongauer Studie mit Erlanger Studie- eigene Darstellung

Wenn man nochmals alle Diagnosen der beiden „Gesundheitsamtsstudien“, Pongau versus Erlanger Studie, vergleicht, fällt eine deutliche Differenz bei den diagnostizierten Herz/ Kreislauferkrankungen und bei den bösartigen Erkrankungen auf. Der Pongau weist einen deutlich höheren Prozentsatz an Neoplasien auf, das mag auch an dem gut ausgebauten Krebs-Früherkennungssystem in Österreich liegen.

7. Rückschlüsse auf auslösende Faktoren und Vorschläge zur Prävention

Im folgenden Kapitel wird versucht, die gewonnenen Ergebnisse im Hinblick auf Genese sowie soziokulturelle und arbeitsmedizinische Aspekte zu interpretieren .

Es fällt auf, dass die Lehrkräfte an Volksschulen, obwohl sie nur etwa 1/3 der Lehrerschaft im Pongau ausmachen, an 48% der Krankenstandswochen (766 von 1589) und 33% der Versetzungen in vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen beteiligt sind. An 2. Stelle bei den Krankenständen liegen die HauptschulpädagogInnen, führend sind sie mit 51% bei den vorzeitigen Pensionierungen.

Während bei den Hauptschulen Muskel/ Skeletterkrankungen vor Burnout und Diagnosen aus dem Fachgebiet Neurologie, dann an 5. Stelle Diagnosen aus dem Fachgebiert Psychiatrie stehen, führt im Volksschulbereich der Fachbereich Psychiatrie vor Burnout.

Bei den vorzeitigen Pensionierungen macht Burnout 18% als Einzeldiagnose und weitere 12% als Zusatzdiagnose aus, gefolgt von 6% psychiatrischen Leiden.

Die Ausbildung der Volks-und HauptschullehrerInnen erfolgt in Österreich an den pädagogischen Akademien. Die Ausbildung ist kürzer als ein Studium, somit finden sich die Lehrkräfte früher im Schulbetrieb wieder. Lehrer an Gymnasien beginnen ihre Ausbildung nach der Matura an einer Universität und ist später beendet als diejenige im Pflichtschulbereich. Lehrkräfte an berufsbildenden höheren Schulen kommen zumeist aus der Praxis, das heißt sie absolvieren eine Berufsausbildung und sind dann in einem Beruf tätig, bevor sie haupt-oder nebenberuflich unterrichten. LehrerInnen an Gymnasien/ BHS, Berufsschulen, Polytechnikum , Sonderschulen sind seltener krank und gehen kaum vorzeitig in Pension

Somit kann man postulieren, dass ein früherer Kontakt mit Schülern eher krank macht. Diesbezüglich müsste man im Rahmen der Ausbildung einen psychologischen Schwerpunkt setzen, um die JunglehrerInnen zu befähigen, Probleme bei sich und anderen rechtzeitig zu erkennen und ihnen auch vermehrtes

Rüstzeug zur Bewältigung dieser Situationen mitgeben. Zudem sollte noch mehr Augenmerk auf die Vermittlung von didaktischen Fertigkeiten und alternativen Möglichkeiten, Unterrichtssituationen zu bewältigen, gelegt werden. Diese Lehrinhalte sollten sowohl in der Grundausbildung als auch in regelmäßigen Fortbildungen vermittelt werden. Dazu könnten die Fortbildungsmöglichkeiten, vor allem an kleinen Schulen, überdacht und reformiert werden.

Präventiv dürfte auch wirken, dass Lehrer an Berufsschulen meist nur nebenberuflich unterrichten und durch Erfolge in ihrer außerschulischen Tätigkeit psychisch gestärkt werden.

VolksschullehrerInnen sind mit sehr jungen Kindern konfrontiert, was den Umgang sicher schwerer macht als mit älteren Schülern. Zudem sind an Volksschulen meist nur wenige Lehrkräfte, im Schnitt 4- 10 beschäftigt, wohingegen an Hauptschulen und vor allem an Gymnasien/ BHS das Kollegium bedeutend größer ist. Hier kann ein reger Erfahrungsaustausch im großen Kreis stattfinden, welcher bereits im Vorfeld entstehende Burnout-Risiken abfangen kann. Anderen KollegInnen fällt dabei eher ein problematischer Zugang zur Arbeit, wie etwa Verausgabung, Verrennen, zu viel Energie in etwas stecken, auf und können schon zu Beginn ihre warnende Stimme erheben, was eine Entwicklung hin zum Burnout verhindern kann.

Ähnlich wie es in medizinischen Berufen die Möglichkeit des Austausches über berufliche Probleme in Balint-Gruppen gibt, sollten auch auf schulischer Ebene an jedem Schulstandort derartige Gruppen unter externer psychologischer Leitung geschaffen werden.

Die arbeitsmedizinische Betreuung an Volksschulen ist zudem, bedingt durch die geringe Anzahl an ArbeitnehmerInnen, im Gegensatz zu Gymnasien sehr eingeschränkt. Dazu kommt, dass Volks-und Hauptschulen der Gemeinde obliegen, Bundesschulen aber dem Bund. Der Bund vergibt die arbeitsmedizinische Betreuung meist an große arbeitsmedizinische Zentren, die die Einsatzzeit meist geblockt, oft in Form von Vorträgen zu arbeitsmedizinisch relevanten Themen wie Burnout, Stimme etc. absolvieren. Dadurch sind Bundeslehrer zu derartigen Themen besser informiert

und können negative Entwicklungen bei sich oder anderen rechtzeitig bemerken. Um dies auszugleichen, könnten mehrere Gemeinden einen regionalen Verband bilden und die arbeitsmedizinische Betreuung gemeinsam organisieren. Damit könnten effizientere arbeitsmedizinische Programme, die speziell auf Schulen abgestimmt sind, eingekauft und umgesetzt werden. Ein Soforteffekt wäre, dass sich die LehrerInnen durch diese Maßnahme vom Arbeitgeber wertgeschätzt und wichtig genommen fühlen würden, ein langfristiger Effekt ist sicher in einer Senkung der Krankenstandstage und vorzeitigen Pensionierungen zu sehen, bedingt durch rechtzeitige Information und Intervention durch den Arbeitsmediziner/in. Diese hätten, bedingt durch den Gemeindeverbund, eine größere Anzahl an jährlichen Einsatzstunden, die sie dann auch öfter an die Schulen führen würden und ihre Präsenz und Akzeptanz verstärken würde.

Wichtig wäre auch, alle am Beginn ihrer Ausbildung zu einem Lehramt Stehenden, unabhängig vom späteren Schultyp, dem psychodiagnostischen Verfahren von Schaarschmidt zu unterziehen. Dann wüsste jeder Junglehrer, welchem Typ er angehört, ob er sich eher zu den Gesundheitstypen G + S rechnen kann, oder ob er eher den Risikotypen A + B entspricht. Mit den dazugehörenden Informationen könnte der/die Betreffende dann rechtzeitig Strategien zur Aufrechterhaltung der Salutogenese entwickeln.

Eine spezielle, regelmäßige Schulung der Schulleitungen in Hinblick auf Personalführung, Arbeitsplatzgestaltung, Interventionsmöglichkeiten und –angebote und psychische Auffälligkeiten würde mit dazu beitragen, den Prozentsatz an Burnout zu senken und psychische Leiden bereits in einem Frühstadium, in denen sie meist gut behandelbar sind, zu erkennen.

Bei der großen Zahl an Muskel/ Skeletterkrankungen könnte man mittels schulischen Angeboten der Wirbelsäulengymnastik präventive Maßnahmen setzen, da Wirbelsäulenprobleme 23% der Diagnosen in diesem Bereich ausmachten. Auch könnte man BegleitlehrerInnen, die an schulischen Sportveranstaltungen wie Schikurse, Sportwochen, Wandertage etc. teilnehmen, von Seiten des Arbeitgebers vorbereitende Kurse in Fitnessstudios anbieten, um die erhebliche Gefahr von Knochenbrüchen durch Stärkung der Muskulatur zu minimieren. Damit könnte ein

erheblicher Teil an Krankenstandstagen, in 10 Jahren immerhin 395 Wochen(24,8%), eingespart werden.

Literaturverzeichnis

Aarli, J. A. (2011, 134). Why was the English Malady " English"? *BRAIN: A journal of Neurology* , pp. 627-630.

Ahner, R., & Schaufeli, W. (2007, 2 28). Burnout: Die Verantwortung teilen. *Ärzte Woche* .

Aigner, T. (2011). Burn-out bei Lehrern:" Der Beruf ist negativ behaftet". *Die Presse* .

Association, A. P. (2000). *http://dsm.psychiatryonline.org/data/Books/dsm/copyright_1.html*. Retrieved 10 29, 2013

Austria, S. (2013, 07 29). *Todesursachenkategorien*. Retrieved 11 02, 2013, from http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_ausgewaehlte/

Avenhoevel, D., Deissler, A:, &Vögtle, A. (1965) *Die Bibel.* Freiburg im Breisgau: Herder Verlag

Bibliographisches Institut. (2013). *Duden online*. Retrieved 11 24, 2013, from http://www.duden.de/rechtschreibung/

Bundesministerium für Gesundheit, 1. W. (2012). ICD-10 BMG 2013. In *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. revision-BMG-Version 2013* (p. 710). Wien: Bundesministerium für gesundheit.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom.* Berlin: Springer-Verlag.

Burisch, M. (2012, März 14). Der Streit um Burnout. Moorrege, Deutschland.

Cherniss, C. (1999). *Jenseits von Burnout und Praxisschock,Hilfen für die Menschen in lehrenden und beratendenBberufen.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in Human Service Organisations.* New York: Praeger.

Cheyne, G. (1733). *English Malady or a Treatise of nervous Dieases of all kinds.* Bath: G. Strahan;J. Leake.

Dür Wolfgang, G. R. (2007, Mai). *http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/WPM_07B2.pdf*. Retrieved Oktober 11, 2013

Dür, W., & Griebler, R. (2007). *Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnengesundheit: Modul 1A und Modul 1B.* Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin-und Gesundheitssoziologie.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt: das " Burn-Out"-Syndrom in den Sozialberufen.* München: AVM.

Enzmann, D., & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Sreß und Burnout in psychosozialen Berufen.* Heidelberg: Asanger.

Falkenberg, F. (2007). *Das Burnout-Syndrom bei Lehrkräften.* Norderstedt,Germany: GRIN-Verlag.

Farber, B. A. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Professions.* New York: Pergamon.

Freudenberger, H. N. (1992). *Bunout bei Frauen: Über das Gefühl des Ausgebranntseins.* Frankfurt: Fächer-Verlag.

Freudenberger, H., & North, G. (1994). *Burnout bei Frauen.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch GmbH.

Gamsjäger, E., & Sauer, J. (1996). Burnout bei Lehrern: Eine empirische Untersuchung bei Hauptschullehrern in Österreich. *Psychologie,Erziehung,Unterricht 43* , pp. 40-56.

Gerich, J. S. (2007, September). Aspekte der Gesundheitsförderung für LehrerInnen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie Volume 32,Issue 3* , pp. 71-92.

Heyse, H. (2004). berufliche Belastungen und Belastungsreaktionen früh-versus alterspensionierter Lehrkräfte in der Retrospektive. *report Psychologie 29(6)* , pp. 372-379.

Hillert A., M. M. (2006). *Die Burnout-Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H. Beck.

Hillert, A. S. (2004). *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern.* Stuttgart: Schattauer.

Hillert, A. (2010). Schulberatungskongress. *Lehrergesundheit zwischen Flow und Burnout oder: Risikofaktoren,Syptome und Prävention von psychosomatischen Erkrankungen im Lehrerberuf.* Regensburg: Schulberatung Bayern.

Hillert, A., Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Vorderholzer, U., & Maier, W. (2012, 11 21). *DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,Psychosomatik und Nervenheilkunde.* Retrieved 11 24, 2013, from Positionspapier Nr. 5: http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/burn-out-g.html

Hummel, B. (Director). (2013). *Lehrer-Burnout-wenn nichts mehr geht* [Motion Picture].

Kaschka, W. D. (2011, November 18). Modediagnoes Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt JG 108(46)* , pp. 781-787.

landelijke Vereneging van Eerstekijnpsychologen(LVE), N. H.-e. (2011, September). Een lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Amsterdam,Utrecht, Niederlande.

Maslach, C., & Leiter, M. (2001). *Die Wahrheit über Burnout.Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können.* Wien: Springer-Verlag.

Maslach, C., & Leiter, M. (2008, Februar 26). *Reversing Burnout: How to rekindle your passion for your work.* Retrieved November 26, 2013, from Stanford Social

Innovation Review:
http://www.ssireview.org/search/results?q=maslach&submit=SEARCH

N.N. (2010). Burnout soll bei Lehrern als Berufskrankheit gelten. *Kleine Zeitung* .

N.N. (2011). Starke Zunahme bei Burn-out in der Steiermark. *Kleine Zeitung* .

N.N. (2011). Wenn Lehrer keine Kraft mehr haben. *der Standard* .

Pines A.M., A. E. (2006, 10. Auflage). *Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Schaarschmidt, U. (2012). *BLLV*. Retrieved 12 16, 2013, from http://www.bllv.de/Potsdamer-Lehrerstudie.6618.0.html

Schaarschmidt, U. (2007). *Gerüstet für den Schulalltag Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Schaarschmidt, U. (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf-Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and practice.* London: Taylor + Francis.

Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009, Vol. 14 No.3). Burnout: 35 years of research an practice. *CDI Career Development International* , pp. 204-220.

Schmid, A. C. (2003). *Stress,Burnout und Coping; Eine empirische Studie an Schulen zur Erziehungshilfe.* Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt.

Sonneck, G.-M. (2005, Februar). Das Burnout-Syndrom. *Österreichische Ärztezeitung* , pp. 28-36.

Stöckli, G. (1999). Nicht erschöpft und dennoch ausgebrannt? Pädagogisches Ausbrennen im Lehrberuf. *Psychologie,Erziehung,Unterricht,46* , pp. 293-301.

Stöckli, G. (1998). Wie ausgebrannt sind Schweizer Primarlehrkräfte?Von den meist unterschlagenen Problemen bei der Messung von "Burnout". *Bildungsforschung und Bildungspraxis, 20* , pp. S. 240-249.

Weber, A. (2004). Krankheitsbedingte Frühpensionierungen von Lehrkräften. In A. Hillert, & E. Schmitz, *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern* (pp. 23-25). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Weber, A. P. (2004, März 26). Frühinvalidität im Lehrberuf: Sozial-und arbeitsmedizinische Aspekte. *Deutsches Ärzteblatt Jg 101, Heft 13* , pp. A850-A859.

wikipedia.de. (n.d.). Retrieved 12 15, 2013, from http://de.wikipedia.org/wiki/Neurasthenie

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Hillert,2010, Folie Schulberatungskongress-Konzeption habitueller Muster der Arbeitsbewältigung 26
Abbildung 2:Zuordnung der untersuchten Lehrer zum Phasenmodell nach Golembiewski-eigene Darstellung nach Stöckli, 1999, S.296 30
Abbildung 3:Mittelwerte der 806 Schweizer Primarlehrkräfte im Vergleich, Stöckli, 1998, S.244 31
Abbildung 4: Symptome der früh-versus alterspensionierten Lehrer, Heyse, 2004, S.375 33
Abbildung 5: Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrer Weber, 2004, S. 854 35
Abbildung 6: psychiatrische Diagnosen Weber, 2004, A856 36
Abbildung 7 : Altersgrupen der Lehrer in HBSC-Studie, Dür + Griebler, 2007, S.6 ... 40
Abbildung 8: subjektiv eingeschätzte Wochenarbeitszeit Dür+ Griebler, 2007, S.14 41
Abbildung 9:AVEM-Typologie: Gruppe der erkrankten Lehrer im Vergleich mit gesunden Lehrern und Erziehern Hillert, 2004, S.122 44
Abbildung 10:Vergleich der Größe der untersuchten Gruppe / Studie-eigene Darstellung 47
Abbildung 11:Geschlechterverteilung in den Studien-eigene Darstellung 48
Abbildung 12: Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen von Lehrern im Pongau-eigene Darstellung 53
Abbildung 13: Krankenstandsdauer in Wochen von 2002-2011,Verteilung auf Schultypen- eigene Darstellung 55
Abbildung 14: Diagnosegruppen, Anteil an Krankenstandsdauer in Wochen, von 2002-2011- eigene Darstellung 56
Abbildung 15: Anteil der LehrerInnen pro Schultyp(Datenreihe 1) in Relation zum Anteil des Schultyps an den Krankenständen (Datenreihe 2) - eigene Darstellung .. 57
Abbildung 16: Verteilung der in 10 Jahren untersuchten männlichen Lehrer auf Schultypen - eigene Darstellung 58
Abbildung 17: Diagnoseverteilung bei männlichen Lehrern- eigene Darstellung 58
Abbildung 18: Altersverteilung der untersuchten männlichen Lehrer- eigene Darstellung 59

Abbildung 19:Verteilung der in 10 Jahren untersuchten Lehrerinnen auf Schultypen- eigene Darstellung 60
Abbildung 20: Altersverteilung der in 10 Jahren untersuchten Lehrerinnen- eigene Darstellung 61
Abbildung 21: Diagnoseverteilung bei Lehrerinnen über 10 Jahre- eigene Darstellung 62
Abbildung 22: Burnout-Darstellung der Diagnoseverteilung als alleinige Diagnose oder als Zusatzdiagnose zu somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen- eigene Darstellung 63
Abbildung 23: Burnout- Verteilung auf Schultyp und Geschlecht-eigene Darstellung 63
Abbildung 24: Burnout- Altersverteilung, differenziert nach Geschlecht- eigene Darstellung 64
Abbildung 25: Anzahl der Burnoutfälle pro Jahr, 2002-2011- eigene Darstellung 65
Abbildung 26:Verteilung der Diagnose Burnout bei amtsärztlichen Untersuchungen auf Schuljahr- eigene Darstellung 65
Abbildung 27: psychiatrische Diagnosen: Geschlechter- und Altersverteilung- eigene Darstellung 66
Abbildung 28: Anzahl der verschiedenen Diagnosen aus der Gruppe Psychiatrie von 2002-2011- eigene Darstellung 67
Abbildung 29. psychiatrische Diagnosen: Verteilung auf Schultyp- eigene Darstellung 68
Abbildung 30: somatische Diagnosen: Geschlechterverteilung und Häufigkeit- eigene Darstellung 69
Abbildung 31: Muskel/ Skeletterkrankungen: Anzahl der Diagnosen und Geschlechterverteilung - eigene Darstellung.....70
Abbildung 32: Muskel/ Skeletterkrankungen: Anzahl und Verteilung auf Altersgruppen pro Geschlecht- eigene Darstellung 70
Abbildung 33: Herz/ Kreislauferkrankungen: Anzahl der Diagnosen / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung 72
Abbildung 34: internistische Erkrankungen: Anzahl der Diagnosen/ Geschlecht/ Altersgruppe-eigene Darstellung 73

Abbildung 35: Carcinome: Anzahl der Diagnosen/ Geschlecht/ Altersgruppe-eigene Darstellung 74
Abbildung 36: neurologische Erkrankungen: Anzahl der Diagnosen / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung 76
Abbildung 37: Anzahl der untersuchten LehrerInnen an Gymnasien/ BHS, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung 78
Abbildung 38: Anzahl der amtsärztlichen Untersuchungen von LehrerInnen an Gymnasien/BHS pro Jahr von 2002-2011-eigene Darstellung 79
Abbildung 39: Verteilung der Untersuchungen von LehrerInnen an Gymnasien/BHS auf Monate im Schuljahr, 2002-2011- eigene Darstellung 79
Abbildung 40: Gymnasien/BHS: Diagnoseverteilung-eigene Darstellung 80
Abbildung 41: Hauptschule: Anzahl der Untersuchungen 2002-2011, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung 81
Abbildung 42: Hauptschule: Diagnoseverteilung- eigene Darstellung 82
Abbildung 43: Hauptschule: Diagnoseverteilung- Anzahl / Geschlecht- eigene Darstellung 82
Abbildung 44: Hauptschule: Anzahl der Untersuchungen / Jahr- eigene Darstellung 83
Abbildung 45: Hauptschule: Verteilung der Untersuchungen auf Schuljahr, 2002-2011- eigene Darstellung 84
Abbildung 46:Volksschule: Anzahl der Untersuchungen/ Geschlecht/ Altersgruppe-eigene Darstellung 85
Abbildung 47: Volksschule: Anzahl der Untersuchungen pro Jahr, Geschlechterverteilung- eigene Darstellung 85
Abbildung 48: Volksschule: Diagnoseverteilung- eigene Darstellung 86
Abbildung 49: Volksschule: Diagnosenverteilung: Anzahl/ Geschlecht- eigene Darstellung 87
Abbildung 50: Zeitpunkt der vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen nach positivem amtsärztlichen Gutachten-eigene Darstellung 89
Abbildung 51: Lehrer: Alter bei amtsärztlicher Untersuchung mit Befürwortung einer vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen und Alter bei tatsächlichem vorzeitigen Pensionsantritt- eigene Darstellung 90

Abbildung 52: Lehrerinnen: Alter bei amtsärztlicher Befürwortung einer vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen und Alter bei tatsächlichem vorzeitigen Pensionsantritt - eigene Darstellung 91
Abbildung 53: Häufigkeit der vorzeitigen Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen / Schultyp- eigene Darstellung.....91
Abbildung 54: Diagnoseverteilung bei vorzeitiger Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen- eigene Darstellung.....92
Abbildung 55: Burnout: Anzahl der Diagnosen / Geschlecht/ Altersgruppe- eigene Darstellung 96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:4 Kriterien der Fehlbelastung nach M. Burisch, 2012, S. 6-7.....10
Tabelle 2:Burnout-Symptomatik, Burisch, 2010, S. 25-26.....12
Tabelle 3: Cherniss-3 Burnout-Stadien,Cherniss,1980, S.12 19
Tabelle 4:Schaarschmidt,2007, S.33.....20
Tabelle 5:Burnout-Phasen nach Golembiewski, Falkenberg,2007, S.98.....29
Tabelle 6:Vergleich der Untersuchungsstichprobe mit der Grundgesamtheit der früh- und alterspensionierten Lehrkräfte im Jahr 2001 in Rheinland-Pfalz Heyse, 2004, S. 374 32
Tabelle 7:Gesundheitszustand und körperliche Leistungsfähigkeit Lehrer versus Allgemeinbevölkerung,Gerich, 2007, S.76 37
Tabelle 8:Anteil an stationären, psychosomatisch erkrankten Pädagogen in Klinik Roseneck, Hillert, 2010, Folie Schulberatungskongress 45
Tabelle 9: Geschlechterverteilung in eigener Studie im Vergleich mit anderen Studien- eigene Darstellung 99