

Psychische Erkrankungen von Lehrkräften: Berufsbezogene Therapie- und Präventionsangebote

Andreas Hillert, Stefan Koch, Ewald Kiel, Sabine Weiß und Dirk Lehr

Entgegen der verbreiteten Annahme ist nicht konsistent belegt, dass Belastungen des Lehrerberufes zu einer erhöhten Rate psychischer Erkrankungen führen. Burnout-Erleben und Frühpensionierungszahlen werden vielmehr auf komplexe Weise durch soziale und beamtenrechtliche Rahmenbedingungen beeinflusst. Ergänzend zu einer fachgerechten symptombezogenen Therapie bietet sich, mit Blick auf die von vielen Lehrer-Patienten als für ihre Erkrankung (mit-)entscheidend erlebten beruflichen Belastungen, das Angebot zusätzlicher berufsbezogener Therapiebausteine an. AGIL (Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf) ist ein speziell auf die Belastungen von Lehrpersonen hin ausgerichtetes Gruppentherapie- bzw. Präventionsprogramm. Psychisch erkrankte Lehrer sind unter den Patienten psychotherapeutischer Kliniken häufig. Die meisten von ihnen, entsprechend den 2012 in der Schön Klinik Roseneck erhobenen Daten, kommen aufgrund von Depressionen (76.8 %) zur Aufnahme, 67.9 % können nach 4-6 Wochen mit signifikant verbesserten Depressionswerten entlassen werden. Behandlungseffekte von AGIL werden anhand einer kontrollierten Studie bei psychosomatisch erkrankten Lehrkräften berichtet. Ergänzend werden erste Ergebnisse einer Präventionsstudie mit einem modifizierten AGIL-Programm dargestellt: Erhöht belastete Lehrer (indizierte Prävention) berichten im Verlauf eine deutliche Reduktion subklinischer Depressionssymptome ($d = .58$), die auch nach 12 Monaten (Katamnese) nachweisbar sind. Strategien des professionellen Stressmanagements sollten Bestandteil der Lehrerbildung bilden und berufs begleitend trainiert werden.

Schlagwörter: berufsbezogene Therapie – Burnout – Lehrergesundheit – Präventionsprogramm – psychische Erkrankungen

1 Sind Lehrer stärker belastet als andere Berufsgruppen?

Und falls dem so sein sollte, bedingt „Schulstress“ eine erhöhte Quote an psychischen Erkrankungen unter Lehrkräften? Angesichts dessen, dass bis zum Jahr 2004 nur knapp 10 % aller Lehrer den Altersruhestand erreichten, wobei die meisten Frühpensionierungen aus gesundheitlichen Gründen aufgrund psychiatrischer Diagnosen erfolgten (Weber, 1998, 2004), überrascht nicht, dass in der Öffentlichkeit und unter Lehrern selbst die Einschätzung, wonach es sich um einen „extremen Stressberuf“ handelt, gemeinhin als Tatsache gilt. Entsprechend wird „Burnout“ nicht selten als „typische Lehrerkrankheit“ angesehen (Hillert, Koch & Lehr, 2013; Kramis-Aebischer, 1995). In einer groß angelegten Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zeigte sich, ganz in diesem Sinne, dass Lehrer stärker als der Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung an Beschwerden leiden, die mehr oder weniger dem depressiven Formenkreis zuzuordnen sind (Lehr, 2011a). Ungeachtet dessen gibt es bis heute keine

systematischen Erhebungen, die den Eindruck, wonach Lehrer häufiger als andere Menschen an manifesten psychischen Erkrankungen leiden, bestätigen würden (Richardson & Rothstein, 2008). Zudem gibt es mehrere Argumente dahingehend, dass entsprechende Untersuchungen, wenn sie denn politisch gewollt und finanziert würden, diese Hypothese nicht bestätigen würden. Zum einen sind Lehrer hinsichtlich dem Gesundheits-Aspekt eine positiv-vorselektierte Personengruppe. So werden u. a. in jungen Jahren psychisch gravierend erkrankte Menschen spätestens im Rahmen der der Verbeamtung vorgeschalteten amtsärztlichen Untersuchung ausgeschlossen. Zum anderen stellt sich die Frage nach den Kriterien, die berufsbezogen eine schwere, Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit bedingende Erkrankung ausmachen. Im Rahmen einer deutlichen Erhöhung der bei Frühpensionierungen vorgenommenen Versorgungsabschläge hat sich die Zahl der den Altersruhestand erreichenden Lehrkräfte zwischenzeitlich auf etwa 65 % erhöht (Baumann, Schneider, Vollmar & Wolters, 2012; Lehr, 2011a) – eine Entwicklung, deren Implikationen für die Grundsatzfrage nach dem Stellenwert sozialer wie finanzieller Faktoren für das Phänomen seelische Gesundheit und die damit oftmals begründete Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit bislang kaum diskutiert wurde (vgl. Hillert, 2011).

2 Lehrer-Patienten: Allgemeine und berufsbezogene Aspekte

Depressionen sind (auch) im Lehrerberuf die häufigsten, Dienstunfähigkeit und stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit bedingenden psychischen Störungen (Lehr, 2011a). Einerseits interagieren (wie einleitend angedeutet), im Sinne bio-psycho-sozialer Modelle, zahlreiche Faktoren u. a. mit dem Erleben psychischer und körperlicher Beschwerden. Andererseits belegen viele Studien den ungünstigen Einfluss von beruflichen Belastungen, beispielsweise auch in Form von Gratifikationskrisen, auf depressive Störungen (Larisch, Joksimovic, von dem Knesenbeck, Starke & Siegrist, 2003). Dabei gibt es keine Hinweise darauf, dass an einer Depression erkrankte Lehrer anders „depressiv“ sind als andere Menschen. Entsprechend gilt es, die betreffende Störung gemäß den geltenden Leitlinien angemessen pharmakologisch und/oder psychotherapeutisch zu behandeln. Eine eingehendere Darlegung dieser Standards ist an dieser Stelle entbehrlich (vgl. Voderholzer, Koch, Hillert & Schlegl, 2012). Parallel dazu ist davon auszugehen – und bei stationär behandelten Patienten auch dokumentiert (Hillert et al., 2012) – dass viele erkrankte Lehrpersonen ihre beruflichen Belastungen als ausschlaggebend (oder zumindest als wichtige Teilursache) für die Genese bzw. die Aufrechterhaltung ihrer Problematik ansehen. Oft werden, neben genereller Arbeitsüberlastung (auch im Sinne der Unmöglichkeit, allen Kindern und Anforde-

rungen gerecht werden zu können), Konflikte mit Schülern, Eltern, Kollegen und/oder der Schulleitung als für die Erkrankung „ursächlich“ erlebt. Inwieweit diese Einschätzung zutreffend ist, gerade auch was die „Schuldfrage“ respektive die individuellen Anteile und Gestaltungsmöglichkeiten betroffener Lehrer anbelangt, bleibt jeweils angesichts des Einzelfalles abzuwägen. Praktisch kommen alle Varianten vor, wobei in der Mehrzahl der Fälle ungünstige Muster im Umgang mit den schulischen Belastungen mit unglücklichen systemischen Aspekten interagieren. Anstelle der Schuldfrage stellt sich somit die nach einer angemessenen therapeutischen Bearbeitung der im Einflussbereich des Individuums liegenden Anteile.

3 Psychisch erkrankte Lehrkräfte in stationärer Behandlung

Die Situation manifest psychiatrisch bzw. psychosomatisch erkrankter Lehrkräfte wird im Folgenden am Beispiel der Lehrer-Patienten der Schön Klinik Roseneck dargestellt. Die hier im Jahr 2012 behandelten, noch im Beruf tätigen Lehrer (N = 199) waren im Durchschnitt 51.8 Jahre (SD = 9.6 Jahre) alt, wobei Lehrerinnen (71.4 %) überwogen (was in etwa der realen Geschlechterverteilung an Schulen entspricht). Die Lehrer-Patienten arbeiteten überwiegend in Vollzeit (61.3 %) und lebten in fester Partnerschaft (72.1 %). Der Mittelwert der Dienstunfähigkeit in den zwölf Monaten vor Aufnahme lag bei 61.5 Werktagen (SD = 55.6 Tage, Mdn = 50 Werktage). Obwohl die Hauptsymptomatik durchschnittlich bereits viele Jahre vor Aufnahme bestand (M = 9.5 Jahre, SD = 10.6), waren mehrfache stationäre Vorbehandlungen die Ausnahme (14.6 %). Als ICD-10 Hauptdiagnose standen depressive Erkrankungen im Vordergrund (76.8 %, n = 146). Wesentlich seltener waren Essstörungen (5 %, n = 10) und Angststörungen (4.5 %, n = 9) sowie weitere Diagnosen des F-Kapitels des ICD-10 (Somatisierungsstörungen 1.5 %, n = 3, anhaltende Schmerzstörungen 1 %, n = 2, und Zwangsstörungen, 1 %, n = 2).

Zentrale Elemente der multimodalen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten (und soweit erforderlich psychopharmakologischen) Therapie der Klinik sind mehrmals wöchentliche Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Biofeedback, Sport- und Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie und Sozialtherapie sowie die Teilnahme an indikativen störungsspezifischen Gruppentherapien. Neben den Gruppenprogrammen der Depressionsbewältigung (Förderung positiver Aktivitäten, kognitive Therapie) und dem Achtsamkeitstraining hat sich die berufsbezogene Therapiegruppe „Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf (AGIL)“ – s.u. – als Behandlungsangebot für Lehrer-Patienten, die eine Rückkehr in die Schule anstreben oder zumindest nicht grundsätzlich ausschließen, etabliert (Hillert et al., 2012).

Die durchschnittliche Verweildauer der Lehrer-Patienten lag 2012 bei 50.6 Tagen (n = 199, Stichprobe s. o.; SD = 24.4 Tage). Ergebnisse generischer Instrumente (insbesondere Brief Symptom Inventory, BSI; Franke, 2000) veranschaulichen die

Behandlungsergebnisse, wobei in der beschriebenen Stichprobe ein hoher mittlerer Behandlungseffekt von $d = 1.31$; $n = 178$; $MT_1 = 69.6$; $SDT_1 = 10.8$; $MT_2 = 55.4$; $SDT_2 = 12.3$ – standardisierte Mittelwertsdifferenz im Gesamtwert GSI) erreicht wurde ($t(177) = 15.60$, $p = .001$ – einseitige Testung). Im Beck-Depressions-Inventar-II (Hautzinger et al., 2009) als störungsspezifisches Instrument wurde eine Reduktion von durchschnittlich 25.2 Punkten bei Aufnahme ($SD = 10.3$) auf 8.9 Punkte bei Entlassung ($SD = 8.2$) und damit ein ähnlich hoher Behandlungseffekt von $d = 1.58$ erzielt ($n = 178$, $MT_1 = 25.2$; $SDT_1 = 10.3$; $MT_2 = 8.9$; $SDT_2 = 8.3$; $t(162) = 19.95$, $p = .001$ – einseitige Testung). Der Einbezug des Konzepts der statistisch signifikanten Veränderung (*reliable change index*, vgl. Jacobson & Truax, 1991; Seggar et al., 2002; Voderholzer et al., 2012) erlaubt darüber hinaus die Bewertung individueller Behandlungsverläufe. Als statistisch signifikante Verbesserung wurde eine Symptomreduktion im BDI von $RCI > 9$ BDI-Punkten gewertet. Auf dieser Basis konnte bei 67.9 % der Lehrpersonen eine statistisch signifikante Verbesserung infolge der stationären Behandlung erreicht werden. Bei Entlassung lag bei 76.4 % der Lehrkräfte der Gesamtwert depressiver Symptombelastung unterhalb des kritischen Wertes von 14 BDI-Punkten. 53.3 % der Lehrkräfte ($n = 103$) wurden als sofort arbeitsfähig entlassen, bei der Mehrzahl wurden stufenweise berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen (Rekonvaleszenzregelung für Beamte) empfohlen. Die systematisch erfasste Behandlungszufriedenheit (Tabelle 1) zeigt letztere auf hohem Niveau. So würden 90.6 % der Lehrkräfte die Inanspruchnahme eines solchen stationären Aufenthaltes weiterempfehlen (vgl. Hannover, Dogs & Kordy, 2000; Bermejo, Kriston & Härter, 2008).

Tabelle 1: Behandlungszufriedenheit stationär behandelte Lehrer-Patienten (n = 199) in der Schön Klinik Roseneck, 2012

Bewertungskriterium	M	(SD)	Zufriedenheit
<i>Freundlichkeit</i> des Personals	1.35	(0.58)	96.7 %
<i>Atmosphäre</i> während des stationären Aufenthaltes	1.54	(0.90)	90.6 %
<i>Weiterempfehlung</i> der stationären Behandlung	1.49	(0.87)	90.6 %
<i>Verpflegung</i> während des stationären Aufenthaltes	1.51	(0.83)	90.1 %
<i>Betreuung</i> während des stationären Aufenthaltes	1.60	(0.77)	89.9 %
<i>Wohlbefinden</i> während der stationären Behandlung	1.66	(0.90)	87.2 %
<i>Information</i> über stationäre Behandlungsabläufe	1.85	(0.88)	85.0 %
<i>Organisation</i> der Behandlungsabläufe	1.94	(0.94)	80.0 %
<i>Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung</i>	2.02	(1.08)	73.6 %

Anmerkungen: Instrumentarium Patientenzufriedenheit (PaZu) der Schön-Klinikgruppe. Patientenzufriedenheitsbewertungen von „voll und ganz“ (1) bis „überhaupt nicht“ (6); Zufriedenheit = Anteil Note 1+2 (in %).

4 **AGIL (Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf): Ein berufsbezogenes Gruppentherapieprogramm**

AGIL ist bislang das einzige empirisch basierte und evaluierte berufsbezogene Behandlungsprogramm für psychisch erkrankte Lehrer (Tabelle 2). Ausgangspunkt waren in mehreren Erhebungen erfasste Unterschiede zwischen erkrankten und bezüglich zentraler soziodemographischer und beruflicher Aspekte parallelierten gesunden Lehrkräften (Hillert et al., 2012). Das Programm beinhaltet acht vier Modulen zugeordnete Sitzungen zu jeweils 100 Minuten und wird stationär in Gruppen (8-12 Teilnehmer) durchgeführt (Lehr, Koch & Hillert, 2012).

Modul 1: Psychoedukation und persönliches Gesundheitsprojekt

Ziel ist es, den Teilnehmern ein stringentes, wissenschaftlich fundiertes Modell zu den Ursachen und Symptomen von chronischem Stress zu vermitteln. Ausgehend hiervon geht es darum, eigene Stress-Symptome frühzeitig zu erkennen, um auf dieser Basis angemessen reagieren zu können. Vor diesem Hintergrund werden persönliche Belastungen identifiziert und konkrete Ziele für eine Entlastung formuliert.

Modul 2: Kognitive Stressbewältigung

Stressverschärfende Einstellungen, Ansprüche und Gedankenmuster werden herausgearbeitet und durch verschiedene kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken „entschärft“. Der Fokus liegt auf der Förderung der gedanklichen Distanzierungsfähigkeit gegenüber schulbezogenen Belastungen und Konflikten. Berufliche Ideale und Ziele werden als motivationale Ressourcen verstanden und als solche aktiviert. Davon ausgehend werden die Prinzipien einer gesundheitsförderlichen (funktionalen) Zielsetzung eingeführt und bezogen auf die individuelle Konstellation konkretisiert (u. a. Selbst- und Zeitmanagement).

Modul 3: Systematisches Problemlösen

Im dritten Modul wird die Meta-Kompetenz des systematischen Problemlösens vermittelt. Problembeschreibung, Zielsetzung, kreative Generierung von Lösungsmöglichkeiten und schließlich die Entscheidung für eine Möglichkeit sowie deren Umsetzung sind Bestandteile der vermittelten Systematik. Dabei werden v. a. solche Belastungen bearbeitet, die aus interpersonellen Problemen mit Eltern, Schülern sowie Kolleginnen und Kollegen resultieren. Angestrebt wird die Vermittlung wirksamer Verhaltensweisen in den Bereichen Durchsetzungsverhalten, Beziehungsverhalten, Aushandeln von Regeln und Erwerb von Sympathie.

Modul 4: Erholung und Kraftquellen

Im letzten Modul werden Möglichkeiten des Krafttankens und der Erholung in den Blick genommen. Als wichtige Kraftquelle stehen unterstützende soziale Beziehungen im Mittelpunkt. Die Teilnehmer reflektieren Eigenschaften ihres Beziehungsnetzes. Soziale Kompetenzen im Bereich des Anbietens, Anfragens und Annehmens von (kollegialer) Unterstützung werden thematisiert sowie Prinzipien eines gesundheitsförderlichen Erholungsverhaltens erarbeitet und erprobt.

Als ergänzend zur Standardtherapie angebotenes berufsbezogenes Behandlungsprogramm wurde AGIL in einem von der Regierung von Oberbayern geförderten Projekt evaluiert (randomisierte Kontrollgruppen). 106 erkrankte (hauptsächlich unter depressiven Störungen leidende) Lehrkräfte als Interventionsgruppe wurden mit einer Gruppe ohne spezifische berufsbezogene Therapiebausteine behandelte Kollegen verglichen. Knapp 80 % der betroffenen Lehrpersonen waren zum Zeitpunkt der Aufnahmen dienstunfähig, oft mit erheblichen Fehlzeiten in der unmittelbaren Vorgeschichte. Katamnesen nach 3 bzw. 12 Monaten zeigten, dass sich das Ausmaß der von den AGIL-Teilnehmern erlebten beruflichen Belastungen reduziert und ihr gesundheitsförderliches Bewältigungsverhalten vermehrt hatte. Zwar konnten auch die im Rahmen der Kontrollgruppe behandelten Lehrkräfte hinsichtlich berufsbezogener Behandlungsziele profitieren. AGIL-Teilnehmer zeichneten sich jedoch durch ein verbessertes Bewältigungserleben (berufsspezifisches

Selbstwirksamkeitserleben) und eine deutlich günstigere objektive wie subjektive Erwerbsprognose aus. Nach 12 Monaten waren 13.5 % der AGIL-Teilnehmer und 29.3 % der Patienten nach Standardtherapie frühpensioniert (Hillert et al., 2012). Das AGIL-Programm fand eine hohe Akzeptanz seitens der Betroffenen, sodass es heute Bestandteil der stationären Standardversorgung ist.

Tabelle 2: Das Gruppentherapiekonzept Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf (AGIL; Hillert et al., 2012)

Module	Zentrale Inhalte
<i>Basismodul</i> (2 x 100 Min.)	Modell zur Entstehung von chronischem beruflichem Stress (Infernalisches Quartett) und Ableitung von Entlastungswegen Psychoedukation Stress, Merkmale von akutem vs. chronischem Stress Belastungsebenen im Lehrerberuf Identifizierung persönlicher Belastungen und Stressoren Ressourcenaktivierung (Ressourcensammlung nach Entlastungswegen)
<i>Denkbarkeits-Modul</i> (2 x 100 Min.)	Diagnostik persönlicher stressverschärfender Gedanken Bearbeitung stressverschärfender Gedanken Umgang mit negativen Gedankenkreisläufen (Grübeln) Erprobung hilfreicher Gedanken
<i>Möglichkeiten-Modul</i> (2 x 100 Min.)	Erarbeitung individuell angemessener Strategien zur Konfliktlösung Einübung sozialer Fertigkeiten zur Lösung schulischer Situationen Klärung komplexer systemisch-beruflicher Problemlagen Zeitmanagement
<i>Erholungs-Modul</i> (2 x 100 Min.)	Psychoedukation Erholung / Prinzipien gesundheitsförderlichen Erholungsverhaltens Motivation zu gesundheitsförderlichem Erholungsverhalten Erweiterung des Repertoires und der Flexibilität eigenen Erholungsverhaltens Umgang mit Störungen des Übergangs von der Arbeitswelt in die Erholungswelt
<i>Zusatzmodule</i> (nach Bedarf)	Psychosoziale Funktionen von Arbeit Modell der beruflichen Gratifikationskrise (nach Siegrist) Informationseinheit zum Konzept Burnout Soziale Unterstützung Achtsamkeitsübungen

Anmerkungen: 8 Doppelstunden à 100 Minuten, d.h. zweimal wöchentlich über vier stationäre Behandlungswochen, zusätzlich zum stationären Standardprogramm und symptombezogenen Gruppentherapien

5 Lehrgesundheits-Präventionsprogramm: Grundlagen

Dass der Lehrerberuf mit erheblichen Stressbelastungen – u. a. was die Interaktionsdichte, das nach oben hin potentiell offene Anforderungsprofil und mitunter schwierige Rahmenbedingungen anbelangt (vgl. Kramis-Aebischer, 1995) – einhergeht, ist offenkundig. Entsprechend liegt es nahe, die in AGIL ursprünglich im Sinn einer tertiären Prävention zusammengefassten Inhalte im Beruf tätigen, gesunden Lehrkräften als primäre Prävention anzubieten. Da es oftmals langjährig vorbestehende Muster sind, die in besonderen Belastungskonstellationen dann gewissermassen als Sollbruchstellen die Manifestation einer psychischen bzw. psychosomatischen Symptomatik bahnen (Hillert et al., 2013), kann die Lösung der systemimmanenten Problematik nicht in noch so optimierten Behandlungsangeboten für stationär behandlungsbedürftig gewordene Lehrkräfte liegen. Neben den klinischen Daten zum AGIL-Programm (s. o.) ist zu berücksichtigen, dass die Wirksamkeit von Trainings zur Stressbewältigung zwar insgesamt gut belegt ist (Rose, 2005), wobei Stressstrainings aber unterschiedliche „Inhaltstoffe“ haben und ihre Wirksamkeit u. U. nur unter bestimmten Randbedingungen entfalten können. Unterschieden nach dem Schwerpunkt von Stressbewältigungstrainings zeigten sich z.B. kognitiv-behaviorale Trainings am effektivsten, während reine Entspannungstrainings weniger effektiv waren. Zudem liegen Hinweise vor, dass Stressbewältigungstrainings erst ab einer gewissen Dosis wirksam werden. Mit steigendem Trainingsumfang nimmt entsprechend deren Wirksamkeit zu (Kaluza, 1997). Umgekehrt nehmen die Effekte mit ansteigender Gruppengröße ab (Saunders et al., 1996). Ähnliches gilt, bei eingeschränkter Datenlage, für Stressbewältigungstrainings speziell für Lehrer (Lehr, 2011b). Und schließlich stellt sich die Frage, wie gewährleistet werden kann, dass insbesondere auch die Lehrkräfte, die bezüglich ihrer Muster langfristig am Rande der Überlastung bzw. des subjektiv erlebten Burnouts bewegen, an entsprechenden Maßnahmen teilnehmen und profitieren können. Erfahrungsgemäß sind es gerade diese Personen, die sich eher schwer mit entsprechenden Angeboten tun (Hillert, Lehr, Sosnowsky & Bauer, 2006).

6 AGIL in der Lehrgesundheits-Prävention

Im Rahmen eines von der Bosch-Stiftung Stuttgart getragenen, in bayerischen und nordrhein-westfälischen Schulen durchgeführten Projektes *„Lehrgesundheit – Prävention an Schulen“* konnten die skizzierten Fragen in einer Wirksamkeitsstudie unter Routinebedingungen untersucht werden. Entsprechend dem naturalistischen Design der Studie erfolgte der Einschluss durch Selbstselektion von Lehrern, die Interesse an einem Training zur Stressbewältigung aufwiesen. Die Teilnehmer bearbeiteten drei Monate vor Beginn des Trainings die Kurzversion der Allgemei-

nen Depressionsskala (Hautzinger & Bailer, 1993; Lehr, Hillert, Schmitz & Sosnowsky, 2008). Der Durchschnittswert nicht-klinischer Stichproben lag bei 10 Punkten (18 Punkte sind der empfohlene Cut-off Wert für eine klinisch relevante Symptomatik). Von 128 Lehrern wiesen 73 % (n = 94) einen Depressionswert von maximal 14 Punkten (Seggar, Lambert & Hansen, 2002) auf und können daher als unbelastet betrachtet werden bzw. diese Personen bilden eine Zielgruppe im Sinne der universellen Prävention. Erhöhte Werte, 15 Punkte bis maximal 28 Punkte, wiesen 27 % (n = 34) der untersuchten Lehrer auf, die entsprechend als Zielgruppe für eine indizierte Prävention betrachtet werden können. Beim Vergleich der beiden Gruppen (Tabelle 3) fällt auf, dass sie in Bezug auf die Geschlechtsverteilung, Altersstruktur und Berufserfahrung nahezu identisch waren. In beiden Gruppen sind Lehrerinnen – entsprechend der Verteilung in der Grundgesamtheit – mit 70 % leicht überrepräsentiert (Baumann et al., 2012). Es wurde deutlich, dass Lehrerinnen und Lehrer mit höheren Depressionswerten seltener in einer festen Partnerschaft lebten, weniger häufig eigene Kinder hatten und häufiger in Vollzeit arbeiteten.

Tabelle 3: AGIL als Präventionsprogramm: Soziodemographische und berufliche Merkmale der Teilstichproben

Universelle Prävention (n = 94)	Indizierte Prävention (n = 34)
Weiblich = 86.2 %	Weiblich = 82.4 %
Alter M = 45.4, SD = 9.8	Alter M = 45.4, SD = 11.5
<i>Familienstand</i>	<i>Familienstand</i>
Mit Partner / verheiratet = 81.9 %	Mit Partner / verheiratet = 58.8 %
Ledig = 8.5 %	Ledig = 20.6 %
Getrennt = 9.6 %	Getrennt = 17.6 %
Verwitwet = 0 %	Verwitwet = 2.9 %
Kind(er) = 71.3 %	Kind(er) = 55.9 %
Berufserfahrung M = 16.6; SD = 9.6	Berufserfahrung M = 17.6; SD = 11.6
Klassengröße M = 24.7; SD = 5.2	Klassengröße M = 24.6; SD = 3.5
Schwierige Schüler in der schwierigsten Klasse M = 5.5; SD = 5.8	Schwierige Schüler in der schwierigsten Klasse M = 6.6; SD = 3.1
Vollzeitstelle = 55.3 %	Vollzeitstelle = 73.5 %
Verbeamtung = 81.9 %	Verbeamtung = 82.4 %

Beachtlich ist, dass über 70 % der Teilnehmer trotz unauffälliger Belastungswerte Zeit und Energie in die Teilnahme an einem Training investierten. Der vergleichsweise geringe Anteil von Teilnehmern mit bereits vorliegenden depressiven Beschwerden kann im Sinne der Ressourcentheorie von Hobfoll (2001) dahingehend interpretiert werden, dass Investitionen zum Aufbau neuer Ressourcen mit zunehmendem Ressourcenverlust immer schwieriger werden.

Das für die präventive Anwendung geringfügig modifizierte und ergänzte AGIL-Programm umfasste 16 Einheiten zu jeweils 50 Minuten, wobei 11 Teilnehmer (SD = 9; Range = 4-17) eine Gruppe bildeten. Das Training wurde an vier Terminen durchgeführt. Damit bewegt sich die Trainingsintensität (relativ zu anderen Präventionsprogrammen, s.o.) auf einem mittleren, potentiell wirksamen Niveau. Belastete und nicht belastete Lehrer nahmen an denselben Trainings teil. Die Studie folgte einem Wartegruppensdesign. Die Depressionswerte wurden drei Monate vor Beginn des Trainings, unmittelbar vor und nach dem Training sowie 12 Monate nach Trainingsende gemessen. Zur Überprüfung der Trainingseffekte (t1-t2) unter Berücksichtigung der anfänglichen Wartezeit als Kontrollbedingung (t0) wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung und Greenhouse-Geisser Korrektur in

jeder Teilgruppe berechnet. Bei den Trainingsteilnehmern, die der universellen Prävention zugerechnet werden können, ließen sich keine signifikanten Veränderungen nachweisen, $F(1.88, 174.75) = 2.842$, $p = .06$. Bei den Trainingsteilnehmern der indizierten Prävention zeigte die Varianzanalyse hingegen signifikante Veränderungen an, $F(1.72, 65.78) = 12.587$, $p < .001$. Für den Vergleich der Werte in der Wartezeit und Trainingszeit wurden anschließend zwei T-Tests für abhängige Stichproben mit Bonferoni Korrektur bei zweiseitiger Testung berechnet (Abbildung 1). Die Teilnehmer aus der Gruppe der indizierten Prävention berichteten in der Wartezeit eine nicht signifikante Reduktion der Depressionswerte, $t(32) = 2.25$, $p = .06$, $d = .36$. Die Gründe hierfür könnten (auch) ein methodisches Artefakt (Regression zur Mitte) sein oder auf eine positive Antizipation der bevorstehenden Trainingsteilnahme hinweisen. Zu einer signifikanten Reduktion der Depressionswerte mittlerer Stärke kam es dann im Zeitraum von Beginn zum Ende des Trainings, $t(32) = 2.53$, $p = 0.032$, $d = .58$. Am Ende des Trainings wiesen 53 % der Teilnehmer einen im gesunden Normbereich liegenden Depressionswert von maximal 14 ADS Punkten auf. Dieser Rückgang blieb auch in den 12 Monaten nach Abschluss des Trainings stabil; 59 % zeigten in der t3-Erhebung einen entsprechend im gesunden Bereich liegenden Wert.

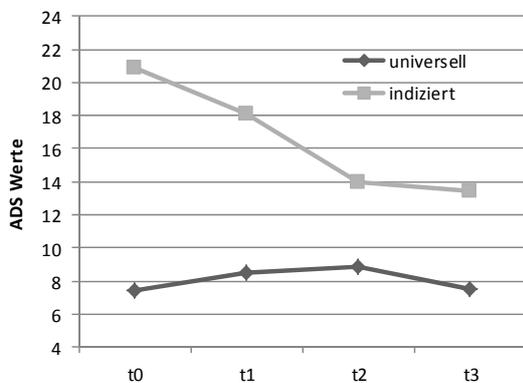


Abbildung 1: Verlauf der Depressionswerte in den Gruppen der hoch und wenig belasteten Lehrern (Range der Skala: 0-45 Punkte. t0 = Beginn der Wartezeit; t1 = Beginn des Trainings; t2 = Ende des Trainings; t3 = 12-Monatskatamnese)

Obwohl die Gruppe „indizierte Prävention“ eine substanzielle Besserung erfuhr und die Gruppe „universelle Prävention“ keine Veränderung in den Depressivitäts-

werten berichtete, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, was die Zufriedenheit mit dem Training anbelangt, ($t(125) = 1.16$, $p = .25$ – zweiseitige Testung). In Schulnoten ausgedrückt wurde das Training in beiden Gruppen gleichermaßen mit „gut“ bewertet (Tabelle 4). Einem guten Freund würde gleichermaßen empfohlen, an einem AGIL Training teilzunehmen.

Tabelle 4: Zufriedenheit bei Abschluss des Trainings

Universelle Prävention (n=94)	Indizierte Prävention (n=34)
Allgemeine Zufriedenheit M = 2.20; SD = 1.02	Allgemeine Zufriedenheit M = 1.97; SD = 0.90
Anteil der Zufriedenen = 67 %	Anteil der Zufriedenen = 82 %
Empfehlung an Freund = 84 %	Empfehlung an Freund = 91 %

Anmerkungen: Die allgemeine Zufriedenheit ist der Durchschnitt der Bewertung von neun Einzelaspekten des Trainings (z. B. Bewertung des Trainers, der Materialien, des Trainingskonzepts). Die Zufriedenheit wurde in Schulnoten von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend bewertet. Anteil der Zufriedenen = Personen mit durchschnittlicher Bewertung „sehr gut“ oder „gut“.

7 AGIL-Ergebnisse: Perspektiven für die Gesundheitsprävention von Lehrkräften

Relativ zur vergleichsweise geringen Intensität der Präventionsmaßnahme, zumal in Anbetracht der oft hohen Komplexität beruflicher Belastungssituationen, sind die Effekte für hinsichtlich depressiver Symptome vorbelastete Teilnehmer (Bereich der indizierten Prävention) umso beachtlicher. Dass sich entsprechende Effekte bei unbelasteten Lehrern nicht nachweisen ließen, ist methodisch gesehen kaum verwunderlich: Eine Verringerung sowieso schon normaler, niedriger Depressionswerte ist zum einen schwerer (bis gar nicht) zu erreichen und wäre zum anderen inhaltlich kaum interpretierbar. Der substanzielle Nachweis entsprechender präventiver Wirksamkeit bleibt ein grundlegendes methodisches, erheblich längere Katamnesen und subtilere Parameter voraussetzendes Problem. Hinsichtlich der praktischen Durchführung hat die Teilnahme sowohl belasteter als auch unbelasteter Lehrkräfte erhebliche Vorteile. Teilnehmer können gegenseitig als positive Modelle fungieren, gerade die belasteten Lehrer können dabei von funktionalen Bewältigungsstrategien unbelasteter Teilnehmer profitieren. Zudem kann die Teilnahme psychisch gesunder bzw. unauffälliger Personen am Programm die Teilnahme-Hemmschwelle (bzw. die dabei möglicherweise empfundene Stigmatisierung als „schlechter Stressbewältiger“) für höher belastete Personen senken.

Literatur

- Baumann, T., Schneider, C., Vollmar, M. & Wolters, M. (2012). *Schulen auf einen Blick*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bermejo, I., Kriston, L. & Härter, M. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Behandlung depressiver Störungen: soziodemographische, klinische und behandlungsbezogene Prädiktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 97-105.
- Franke, G. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis*. Beltz: Göttingen.
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für den Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar, Revision*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Hillert, A. (2011). Können sozialmedizinische Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit von Menschen mit psychosomatischen Störungen „richtig“ sein? *Ärztliche Psychotherapie*, 6, 261-267.
- Hillert, A., Lehr, D., Sosnowsky, N. & Bauer, J. (2006). Gesundheitstage zur Prävention psychosomatischer Erkrankungen im Lehrerberuf? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 227-233.
- Hillert, A., Lehr, D., Koch, S., Brach, M., Sosnowsky-Waschek, N. & Ueing, S. (2012). *Lehrergesundheit. AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf*. Stuttgart: Schattauer.
- Hillert, A., Koch, S. & Lehr, D. (2013). Das Burnout-Phänomen am Beispiel des Lehrerberufs. Paradigmen, Befunde und Perspektiven berufsbezogener Therapie- und Präventionsansätze. *Nervenarzt*, 84, 806-812.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 337-370.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kaluza, G. (1997). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention – eine Meta-Analyse (quasi-)experimenteller Feldstudien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 149-169.
- Kramis-Aebischer, K. (1995). *Stress, Belastungen und Belastungsverarbeitung im Lehrerberuf*. Bern: Haupt.
- Larisch, M., Joksimovic, L., von dem Knesenbeck, O., Starke, D. & Siegrist, J. (2003). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome: Eine Querschnittsstudie bei Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 223-228.
- Lehr, D. (2011a). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf: Gesundheitliche Situation und Evidenz für Risikofaktoren. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 757-773). Münster: Waxmann.
- Lehr, D. (2011b). Gesundheit im Lehrerberuf: Prävention und Intervention in der personenbezogenen Forschung. In E. Terhart, H. Bennewitz & M. Rothland (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 774-787). Münster: Waxmann.
- Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depression Scales (STDS-T): eine vergleichende Evaluation von Cut-Off-Werten. *Diagnostica*, 54, 61-70.
- Lehr, D., Koch, S. & Hillert, A. (2012). Stress-Bewältigungs-Trainings. Das Präventionsprogramm AGIL „Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf“ als Beispiel eines Stress-Bewältigungs-Trainings für Lehrerinnen und Lehrer. In M. Rothland (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle – Befunde – Interventionen* (S. 251-271). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richardson, K. M. & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93.
- Rose, U. (2005). Von der Bedarfsanalyse zur Evaluationsforschung: Über den Gebrauch empirisch gestützter Entscheidungshilfen zur Förderung der Lehrergesundheit. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Tagungsbericht TB 14* (S. 7-22). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NM.

- Saunders, T., Driskell, J. E., Johnston, J. H. & Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 170-186.
- Seggar, L.B., Lambert, M. J. & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269.
- Voderholzer, U., Koch, S., Hillert, A. & Schlegl, S. (2012). Response und Non-Response in der stationären Psychotherapie depressiver Patienten. *Psychotherapeut*, 57, 410-416.
- Weber, A. (1998). Sozialmedizinische Evaluation gesundheitsbedingter Frühpensionierungen von Beamten des Freistaates Bayern. Stuttgart: Gentner.
- Weber, A. (2004). Krankheitsbedingte Frühpensionierungen von Lehrkräften. In A. Hillert & E. Schmitz (Hrsg.), *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern* (S. 23-28). Stuttgart: Schattauer.

Mental disorders in teachers: job related therapy and prevention programs

In contrast to popular assumptions there is no consistent evidence that vocational demands in teachers result in elevated rates of psychiatric disorders. In fact elevated burnout experience and early retirements reflect complex social and legal conditions in the public sector. With the AGIL program a job-specific group therapy concept for mentally stressed teachers is available, in addition to symptom-specific treatment-as-usual. Naturalistic inpatient treatment of teachers in 2012 (76.8 % depression) achieved 67.9 % response in depression scores. Specific treatment effects of AGIL are reported. In addition first results of a current prevention study at schools can demonstrate that a modified AGIL concept is well accepted. Especially teachers with high levels of mental stress (indicated prevention) could achieve a reduction in subclinical depressive symptoms ($d = .58$) that could be maintained until twelve months post-treatment (follow-up). Issues of teacher health should increasingly be incorporated in education and continuous training of teachers.

Key words: Burnout – job-related therapy – mental disorders – prevention program – teacher health

Autoren

Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee,
Dr. Stefan Koch, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee; Paracelsus Medizinische Privatuniversität,
Prof. Dr. Ewald Kiel,
Dr. Sabine Weiß, Ludwig Maximilian Universität München, Lehrstuhl für Schulpädagogik,
Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität, Lüneburg; GET.ON GesundheitsTraining.Online.
Korrespondenz an: ahillert@schoen-kliniken.de