

Das depressive Syndrom

Ein Hauptgrund für die Frühpensionierung der Lehrer

Die vorzeitige Dienstunfähigkeit von Lehrkräften stellt ein brisantes gesellschaftliches und sozialpolitisches Problem dar, das häufig und kontrovers diskutiert wird [1-3]. Laut Unterrichtsministerium war mit 1. Dezember 2003 an Österreichs Schulen ein regelrechter Ansturm von insgesamt 3000 Lehrern in den Vorruhestand zu verzeichnen, wobei bis zu 130 davon unter 55 Jahre alt waren. Am 9. 2. 2005 berichtet die Tagespresse, dass in den vergangenen drei Jahren insgesamt 4500 Pflichtschullehrer und 2100 AHS Lehrer vorzeitig in den Ruhestand getreten seien. Die Pensionsausgaben sollen bis um 8,8 Prozent gestiegen sein.

Lehrkräfte sind zweifelsohne außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt: durch zunehmend verhaltensauffällige Schüler, allgemeinen Imageverlust in der Gesellschaft, strukturelle Veränderungen durch Einsparungsmaßnahmen, etc. [4, 2]. In einem täglichen Spannungsfeld von Schülern, Eltern, Kollegium, Lehrplan, Schulsystem und dem eigenen persönlichen Leben droht die Gefahr, sich zu erschöpfen oder zu überfordern [5].

Ziel der vorliegenden Studie ist es, anhand eines Gutachtenkollektivs von insgesamt 82 Pflichtschullehrern, die in einem dreijährigen Zeitraum zwischen 2002-2005 im Auftrag der Dienstbehörde zur Frage der Dienstfähigkeit am Salzburger Universitätsinstitut für Forensische Neuropsychiatrie begutachtet wurden, eine systematische Bestandsaufnahme der hierfür zugrunde liegenden Faktoren zu erstellen. Definitionsgemäß war das Gutachtenkollektiv insofern vorselektiert, als psychische bzw. psychosomatische Beschwerdebilder die Hauptursache für die behördliche Zuweisung an unser Institut darstellen. Allerdings wurde in einer vergleichbaren Studie [6] über eine nicht vorselektierte Totalerhebung aller im Freistaat Bayern durchgeführten Begutachtungen von Gymnasiallehrkräften von 1996 bis 1999 berichtet, dass sich speziell psychische und psychosomatische Gesundheitsstörungen mit 45 Prozent sogar als Hauptgrund für eine Frühpensionierung herausstellten. In einer prospektiven Studie zur krankheits-



Photo: Archiv

Depressionen – ein Leben in einer dunklen, abweisenden Welt

bedingten vorzeitigen Dienstunfähigkeit bei Beamten stellten Lederer et al. [7] mit 43,3% ebenfalls einen hohen Anteil psychischer Erkrankungen fest.

Affektive Erkrankungen, insbesondere Depressionen, stellen die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des Erwachsenenalters dar. Epidemiologische Studien in Nordamerika und Europa [8-10] weisen daraufhin, dass zwischen 14 und 21 Prozent aller Erwachsenen irgendwann im Lauf ihres Lebens eine klinisch manifeste depressive Episode entwickeln. Depressive Verstimmungen sind grundsätzlich Emotionen, die lediglich in Stärke und Dauer vom Normalen abweichen. Die klinische Depression hingegen kennzeichnet zusätzlich zur Stimmungsänderung u.a. folgende Veränderungen:

- Beeinträchtigung von Körperfunktionen, wie Schlaf, Appetit, Libido, Verdauung;
- Herabsetzung von Interessen und Fähigkeit, die bisherigen Rollenerwartungen im Privatleben und Beruf zu erfüllen;
- Freudlosigkeit und Verminderung von Antrieb und Energie verbunden mit erhöhter Ermüdbarkeit
- Lebensüberdruß bis hin zu Selbstmordgedanken und/oder -Handlungen;
- Störungen der Realitätskontrolle, die sich im Extremfall durch psychotische Inhalte (Halluzinationen, Wahn) zeigen.

Die Bezeichnung „affektive Erkrankungen“ umfasst somit eine Reihe von klinischen Bildern, deren gemeinsames und entscheidendes Merkmal eine Störung der Stimmung ist, die von damit zusammenhängenden kognitiven, psychomotorischen, psychophysiologischen und interpersonellen Problemen begleitet ist [11]. In psychometrischen Studien sind Schätzskaleten und Fragebögen zur Objektivierung und Quantifizierung depressiver Störungen sowie zur Differenzierung zwischen „normaler“ Verstimmung und pathologischer Depression entwickelt worden, wie z.B. die Fremdbeurteilungsskala Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) oder die Selbstbeurteilungsskala Depressivitätsskala (DS) nach v. Zerssen.

Depressives Syndrom – Definition und Abgrenzung

Die Definition bzw. Klassifikation von Depressionen hat sich in den letzten Jahren erheblich gewandelt. Während traditionelle Einteilungsschemata [12] theoriegeleitet und mit besonderer Berücksichtigung der Entstehungsbedingungen die Einteilung in psychogene, endogene und somatogene Formen vornahmen, vermeiden die modernen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-IV) bewusst theoretische Überlegungen und halten

sich an deskriptiven, objektivierbaren und „operationalisierbaren“ Kriterien fest. Man spricht daher nicht mehr von der Depression als einer Erkrankung, sondern von einem „depressiven Syndrom“. Dieser Oberbegriff kennzeichnet eine Gruppe von Symptomen bzw. Störungsmerkmalen („Kriterien“), die vorhanden sein müssen, um die Diagnose zu stellen. Im Vordergrund steht dabei nicht mehr die Ätiologie der Depression, sondern die Symptomatik, der Schweregrad und der zeitliche Verlauf. Das Symptom „Verstimmung“ stellt dabei nur eine Komponente des sich aus verschiedenen miteinander zusammenhängenden Zeichen oder Symptomen zusammensetzenden Syndroms dar. Der Ausdruck depressives Syndrom besagt daher, dass mehrere Komponenten für die depressive Stimmungslage verantwortlich sind: anlagemäßige, persönlichkeitspsychische, reaktive, oder auch physische (krankheitsspezifische) Komponenten. Da beim einzelnen Patienten Symptome aus den verschiedenen Funktionsbereichen in unterschiedlicher Kombination und Stärke auftreten können, resultieren zahlreiche Möglichkeiten konkreter Erscheinungsbilder des depressiven Syndroms.

Sonderformen

Anpassungsstörungen – reaktive Depression bzw. depressive Reaktion

Anpassungsstörungen treten in Zusammenhang mit einschneidenden Lebensveränderungen, belastenden Lebensereignissen oder schweren körperlichen Erkrankungen auf. Sie sind Ausdruck einer mangelnden bzw. misslungenen Anpassung

des Betroffenen auf die belastende Situation. Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leiden mit seelischer und/oder körperlicher Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern. Die individuelle Disposition bzw. Vulnerabilität spielt bei der Anpassungsstörung eine wesentliche Rolle, sowohl was die Entstehung betrifft als auch hinsichtlich

Die Anpassungsstörung beginnt im Allgemeinen innerhalb von ein bis drei Monaten nach Beginn der Belastung. Die Dauer der Symptomatik beträgt selten mehr als sechs Monate, außer bei der diagnostischen Untergruppe der längeren depressiven Reaktion

der Symptomatik. Das Kriterium der Belastung ist dennoch der zentrale Faktor für die Diagnose [11]. Die Anpassungsstörung beginnt im Allgemeinen innerhalb von ein bis drei Monaten nach Beginn der Belastung. Die Dauer der Symptomatik beträgt selten mehr als sechs Monate, außer bei der diagnostischen Untergruppe der längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), wo eine länger anhaltende Belastungssituation (maximal 2 Jahre) definiert ist.

Erschöpfungsdepression („Burnout-Syndrom“)

Paul Kielholz beschrieb bereits 1957 [13] eine besondere Depressionsform, die nach schweren seelischen und/oder körperlichen Anstrengungen auftritt. Nach einem anfänglichen Stadium mit Reizbarkeit, Überempfindlichkeit und Versagensängsten kommt es im zweiten Stadium zum Auftreten psychosomatischer Beschwerden, die zu vermehrten Krankenständen und Arztbesuchen führen. Erst im dritten

Stadium tritt die depressive Verstimmung in den Vordergrund. Diese „Erschöpfungsdepression“ verwendet Pöldinger [14] synonym mit dem bekannten „Burnout-Syndrom“ und rechnet sie zu den schweren Depressionen. „Dabei ist aber nochmals festzuhalten, dass die Erschöpfungsdepressionen nicht etwa Folgezustände einer intellektuellen oder körperlichen

Übermüdung sind, sondern lang geübte Dekompensationen der affektiven Seite der Persönlichkeit“. Bräutigam [15] spricht in diesem Zusammenhang auch von „jahrelanger Überdehnung der eigenen Leistungsfähigkeit“. Freudenberger [16] beschrieb als erster den Zusammenhang zwischen dem Burnout-Syndrom und sozial verantwortungsvollen Berufen, Barth [4] speziell im Lehrerberuf, wie auch die umfangreiche Potsdamer Studie [17].

Dysthymie

Hier ist das zentrale Kennzeichen eine langdauernde (mehr als 2 Jahre), chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer nicht so ausgeprägt ist, um den Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung zu entsprechen. Die Betroffenen haben auch Phasen mit einer guten Befindlichkeit, aber meistens fühlen sie sich müde und depressiv, vermindert belastbar und genussfähig. Sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und leiden unter Unzulänglichkeitsgefühlen. In der Regel sind sie aber noch fähig, im Wesentlichen den täglichen Anforderungen gerecht zu werden. Die Dysthymie hat somit viel mit den älteren Konzepten der depressiven Neurose bzw. der neurotischen Depression gemeinsam. Die Störung beginnt häufig früh im Erwachsenenleben und dauert jahrelang bis lebenslang. Bei Beginn im höheren Lebensalter kann häufig eine abgrenzbare depressive Episode nach einer Belastung identifiziert werden. Diese Depressionsform gilt generell als Folge einer lang anhaltenden Persönlichkeitsfehlentwicklung, sozusagen als Endergebnis wiederholter Fehlreaktionen und Fehlanpassungen in der Persönlichkeitsentwicklung. Hierzu gehört auch der Ausdruck depressive Persönlichkeitsstörung.



Photo: Frejka

Das Klassenzimmer als feindlicher, bedrohlicher Ort

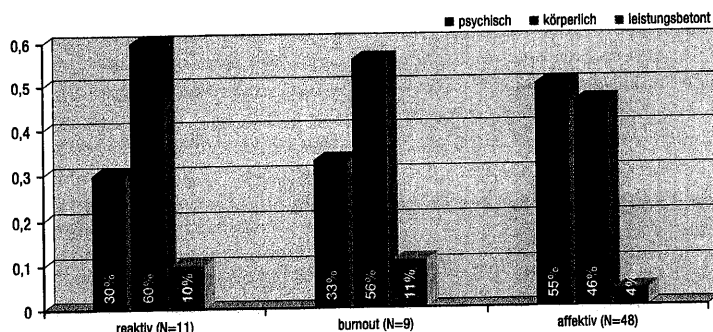


Abb. 1: Subjektives Beschwerdebild des depressiven Syndroms (n=68), Vergleich zwischen ICD-10 Subgruppen

Methode

Untersuchungskollektiv: Von den insgesamt 82 begutachteten Lehrkräften waren 55 weiblich (67%) und 27 männlich (33%). Das durchschnittliche Alter betrug 51,2 Jahre (Median-Wert= 53 Jahre; Range= 38-64 Jahre; Standardabweichung= 5,5 Jahre). Insgesamt 60 Prozent der Lehrkräfte waren zum Zeitpunkt der Begutachtung über 50 Jahre alt. In allen Fällen wurden wir von der Schuldienstbehörde zur Frage der Dienstfähigkeit befragt, wobei in 76% bereits ein Antrag auf Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen vorlag. Als Universitätsinstitut für Forensische Neuropsychiatrie wurden wir mit der Begutachtung beauftragt, da entweder

sehr stark: zwischen 8 und 40 Jahren, mit einem Medianwert von 27 Jahren.

Die sehr umfangreiche, zwischen drei und vier Stunden dauernde Begutachtung der Dienstfähigkeit wurde von einem Team aus Nervenfachärzten, Fachpsychologen und medizinisch-technischen Hilfskräften durchgeführt.

Ergebnisse

Zunächst wird darauf hingewiesen, dass wir als einziges Universitätsinstitut für Forensische Neuropsychiatrie in Österreich in erster Linie einen wissenschaftlichen Ansatz verfolgen, weshalb unsere Begutachtungen (sei es im Strafprozess, Sozialgerichtsverfahren oder

Angesichts dieses multiplen Beschwerdebildes überrascht es nicht, dass sich 47 Prozent der begutachteten Lehrkräfte bereits in fachärztlicher Behandlung befanden, zusätzlich 24 Prozent in Psychotherapie und sogar 13 Prozent in einer kombinierten Behandlung

primär psychische Gesundheitsgründe dem Ansuchen um Frühpensionierung zugrunde gelegt wurden, oder sekundär von Ärzten anderer Fachrichtungen oder aufgrund einer amtsärztlichen Untersuchung der Behörde eine psychiatrische Untersuchung empfohlen wurde. Von den begutachteten Lehrkräften befanden sich 65 Prozent im Krankenstand, wobei die Krankenstandsdauer stark variierte: von einem Monat bis hin zu 60 Monaten.

Zur Begutachtung kamen vorwiegend Pflichtschullehrer, wobei die Volksschul- und Hauptschullehrer exakt gleich häufig (zu je 42%) vertreten waren. Die übrigen 16 Prozent waren verteilt auf Sonderschule, Berufsschule und AHS. Auch die Dauer der Berufstätigkeit variierte

wie hier zur Dienstfähigkeit) auf strengen wissenschaftlichen Kriterien nach state of the art beruhen. Statt einer eindimensionalen Befunderhebung in der Form eines einzigen üblichen standardisierten Interviews (wie z.B. SKID, basierend auf DSM-III) bevorzugten wir eine Datenerfas-

sung, die auf mehreren Ebenen (klinische Exploration, Ratingskalen, Leistungs- und Persönlichkeitstests) erfolgt, damit erstens eine weiterführende Analyse der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen möglich wird, und zweitens um so die gestellten klinischen Diagnosen auch testpsychologisch zu begründen. Die gutachterlich gestellten Hauptdiagnosen wurden daher auf der Basis einer Zusammenschau sämtlicher erfassten klinischen und psychodiagnostischen Daten gemäß der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) in Kategorien eingeteilt. Es zeigte sich mit 59 Prozent ein klares Überwiegen der Kategorie der affektiven Störungen, gefolgt von neurotisch/reaktiven Störungen mit 13 Prozent und die als sog. klassisches Burnout extra kodierten Störungen (Z73.0) mit 11 Prozent an dritter Stelle. Die übrigen diagnostischen Kategorien (organisch bedingte psychische Störungen, schizophrene Psychose, drogeninduzierte Störungen und Persönlichkeitsstörungen) betrafen insgesamt 12 der begutachteten Lehrkräfte (15%). Bei zwei Lehrkräften wurde keine psychiatrisch relevante Diagnose gestellt.

Intern-medizinische, orthopädische und neurologische Nebendiagnosen wurden in je 67 Prozent, 48 Prozent und 57 Prozent gestellt. Sogenannte Nebendiagnosen waren zusätzliche Diagnosen aus anderen medizinischen Fachbereichen, basierend auf objektiven Befunden, die uns vorgelegt wurden. Diese begründeten für sich allein nicht Dienstunfähigkeit, daher unsere Bezeichnung „Nebendiagnose“. Kardiovaskuläre, entzündlich/rheumatische und auch allergische Beschwerden dominierten intern-medizinisch. Im orthopädischen Fachbereich waren vor allem abnutzungsbedingte Gelenks- und Wirbelsäulenbeschwerden anzutreffen. Neurologische Beschwerden betrafen in erster Linie Kopfschmerz bzw. Migräne und Neuralgien.

Angesichts dieses multiplen Beschwerdebildes überrascht es nicht, dass sich 47 Prozent der begutachteten Lehr-

Tab. 1: Affektive Störungen bei begutachteten Lehrkräften (n=48). ICD-Gruppe 3

ICD-10 Diagnose	Anteil %
Dysthymie	77 %
Rez. Depressive Episode	10 %
Schwere depressive Episode	6 %
Bipolare affektive Störung	4 %
Zyklothymie	2 %

Tab. 2: Schweregrad des depressiven Syndroms und private Belastung

ICD-10 Gruppe	HAMD Hamilton-Depressionsskala	DS Depressivitäts-Skala	private Belastung (%)
Reaktiv n=11	19,2	6,8	27 %
Burnout n=9	17,2	7,7	33 %
Dysthymie n=37	21,5	8,6	57 %

kräfte bereits in fachärztlicher Behandlung befanden, zusätzlich 24 Prozent in Psychotherapie und sogar 13 Prozent in einer kombinierten Behandlung. Entsprechend hoch ist der Anteil derer, die eine regelmäßige Medikation einnahmen (72%), wobei unter den psychopharmakologischen Substanzen die Antidepressiva mit 28 Prozent überwogen.

Ein Suchtverhalten konnte ganz selten festgestellt bzw. in Verdacht gezogen werden (12%). Bei 10 Prozent der begutachteten Lehrkräfte wurde anhand Anamnese, klinischer Skalen sowie der pathologisch erhöhten Leberwerte der Verdacht auf Alkoholmissbrauch erhoben, bei einer Person sogar eine chronische Alkoholabhängigkeit, und in 2 Prozent eine Medikamentenabhängigkeit.

Das depressive Syndrom

Als nächsten Schritt strebten wir eine weitergehende Differenzierung der ICD-10 Hauptdiagnosekategorien affektiver, neurotisch/reaktiver und Burnout Störungen an. Die größte Gruppe der ICD-10 Kategorie affektiver Störungen (3) umfasste in unserem begutachteten Lehrerkollektiv die Diagnose der Dysthymie (ICD-10 F34.10) mit 77 Prozent (Tabelle 1), gefolgt von rezidivierenden depressiven Episoden (10%), schwerer depressiver Episode (6%), bipolarer affektiver

Störung (4%) sowie Zykllothymie (2%). Die zweithäufigste ICD-10 Kategorie stellte die Gruppe der Belastungs- bzw. Anpassungsstörungen (4) dar mit insgesamt 13 Prozent Anteil, während die getrennt kodierten sog. Burnout Syndrome (Z) bzw. Erschöpfungsdepressionen mit 11 Prozent die dritthäufigste diagnostische Kategorie ausmachten.

In einem weiteren Schritt analysierten wir das subjektive Beschwerdebild basierend auf den persönlichen Angaben der Lehrer bezüglich ihrer Hauptbeschwerden, grob eingeteilt in den drei Subgruppen Stimmungsänderung, Leistungseinträchtigung, oder körperlich betonter Beschwerden. Das erhobene Beschwerdemuster wurde mit den Ergebnissen der Einschätzungsskalen der oben beschriebenen 3 Hauptgruppen mit insgesamt 68 Personen verglichen, deren gemeinsames Hauptmerkmal somit das depressive Syndrom darstellte. Wie aus Abb. 1 deutlich wird, liegt die Betonung bei den beiden Gruppen der Anpassungsstörungen und des Burnout-Syndroms auf körperliche Beschwerden mit rund 60 Prozent Anteil, während die Gruppe der affektiven Störungen deutlich mehr psychische Beschwerden angeben, wodurch eine fast 50:50 Verteilung körperlich/psychisch betonter Symptomatik vorlag. Durchgehend zeigte sich der Anteil der leistungsbetonten Beschwerden sehr gering ausgeprägt.

Zur Illustration werden beispielhaft für jede Gruppe Ausschnitte aus den Selbstbeschreibungen der betroffenen Lehrpersonen angeführt:

Weiblich, 58 Jahre, HS-Lehrerin (reaktive Anpassungsstörung):

„In den letzten Jahren bin ich zunehmend nervöser, ungeduldiger und weniger belastbar geworden... Dauerschmerzen in der Brust- und Lendenwirbelsäule (ohne organische Ursache)... Herzbeschwerden (ohne organische Ursache)... am Abend erschöpft, insgesamt viel lärmempfindlicher und ruhebedürftiger, unruhiger Schlaf... fühle mich den technischen Neuerungen (vor allem Computer) nicht gewachsen... bringe wenig Verständnis für die Lockerheit der heutigen Schüler auf...“

Männlich, 54 Jahre, HS-Direktor (Burnout-Syndrom):

„Durch Dauerstress und Überforderung geht das seelische Gleichgewicht verloren... eine erhöhte Infektanfälligkeit...phasenweise schlafe ich nur 2 bis 3 Stunden in der Nacht; das daraus resultierende Schlafdefizit führt zur Erschöpfung, Ausgelaugtsein, verminderter Leistungsfähigkeit und Unlust...Früher immer aktiv und ideensprudelnd, bewältigte ohne Probleme jahrelang eine 55 Stundenwoche, nun bereits zu Mittag erschöpft und ausgelaugt.. Ich bin total ausgebrannt und kann nicht weiter...“

Weiblich, 53 Jahre, SO-Lehrerin (Dysthymie):

„Ich habe verloren mich auf etwas zu freuen. Ich fühle mich wie erstarrt. ... Der berufliche Alltag wird immer schwieriger und belastender, bin zunehmend erschöpft... kann nicht mehr schlafen...in der Nacht liege ich schlaflos und grübele ängstlich nach, wie ich den nächsten Schultag bewältigen soll...auch in den Ferien mich nicht regenerieren können... extrem lärm- und geräuschempfindlich... ständige Angst, Fehler zu machen, dass den Kindern etwas passiert...“

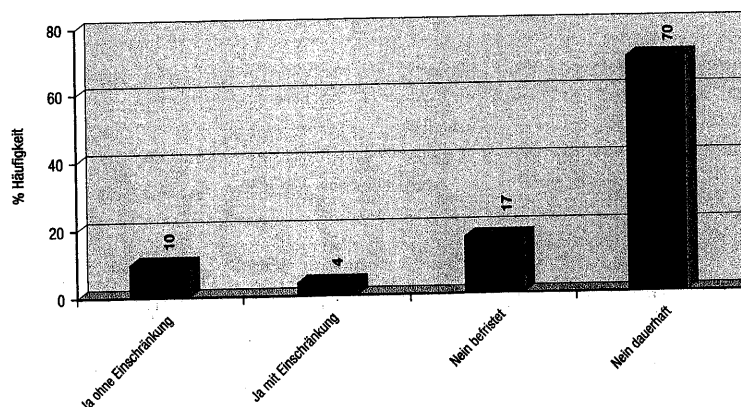


Abb. 2: Beurteilung der Dienstfähigkeit n=82

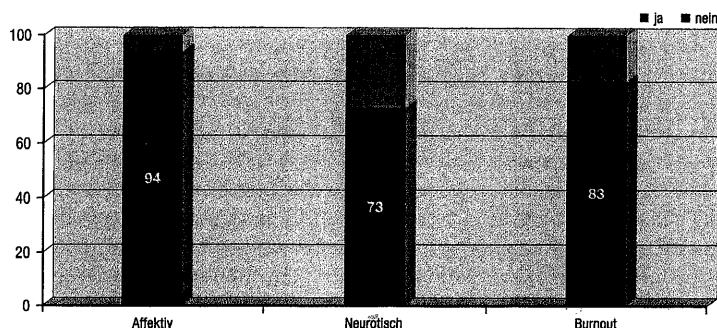


Abb. 3: Beurteilung der Dienstfähigkeit. Diagnosen getrennt.

Schweregrad des depressiven Syndroms

Sowohl in der fachärztlichen Fremdeinstufung (Hamilton Depressionsskala) als auch in der Selbsteinschätzung durch die betroffene Lehrperson selbst (Depressivitäts-Skala) stellte sich übereinstimmend fest, dass die diagnostische Gruppe der Dysthymie tendenziell ein stärker ausgeprägtes depressives Syndrom aufweist im Vergleich zu den beiden Gruppen der neurotisch/reaktiven Belastungsstörung und des Burnout/Erschöpfungssyndroms, die ihrerseits vergleichbare Werte verzeichnen (Tabelle 2). Interessanterweise berichtet auch diese Gruppe häufiger (57%) über private Belastungsfaktoren (z.B. durch Ehekonflikt oder Scheidungssituation (16%), Pflege von Angehörigen (24%), Erziehungsprobleme eigener Kinder (8%), oder eine Kombination mehrerer Faktoren (9%) als die zwei anderen Gruppen (27% bzw. 33%).

Beurteilung der Dienstfähigkeit

Aus Abb. 2 geht hervor, dass von den insgesamt 82 begutachteten Lehrkräften ein sehr hoher Anteil, nämlich 71 (86,6 %) als nicht mehr dienstfähig eingestuft wurde, wobei differenziert wurde, ob eine vorübergehende (14/71) oder dauernde (57/71) Dienstunfähigkeit vorlag. Lediglich 11 der 82 untersuchten Lehrkräfte (13,5 %) wurden hingegen als dienstfähig befunden. Dabei stellte sich heraus (Abb. 3), dass bei den Lehrkräften mit der Diagnose Dysthymie signifikant häufiger (Chi-quadrat=4,33; $p < 0.05$) eine Dienstunfähigkeit (in 94%) attestiert wurde im Vergleich zur Gruppe der reaktiven Anpassungsstörung (73%). Die dritte Hauptgruppe der unter einem depressiven Syndrom leidenden Lehrpersonen, wo ein Burnout-Syndrom

im Zentrum des Beschwerdebildes stand, lag mit dem Anteil von 83 Prozent Dienstunfähigkeit dazwischen (vgl. Abb. 2).

Schlussfolgerungen

Von dem Gesamtkollektiv der 82 begutachteten Lehrpersonen wurde im Rahmen der umfangreichen neuropsychiatrisch-psychologischen Begutachtung ein sehr hoher Anteil von insgesamt 87 Prozent als dienstunfähig eingestuft. Diese Zahl stimmt relativ gut überein mit der von Weber et al [18] angeführten Dienstunfähigkeits-Quote (DU) von 83 Prozent, basierend auf Untersuchungen an 232 Lehrkräften in Deutschland über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren (1985 bis 1995). Hauptursache dieser vorzeitigen Dienstunfähigkeit in unserem Kollektiv war

das Vorliegen eines depressiven Syndroms (83%), wobei eine weitere Differenzierung der Beschwerdebilder eine Unterteilung in den drei Sonderformen Dysthymie (77%), neurotisch/reaktive Anpassungsstörung (13%), sowie Burnout/Erschöpfungssyndrom (11%) erlaubte. Intern-medizinische, orthopädische und neurologische Nebendiagnosen lagen einerseits anteilmäßig mit rund 50 bis 65 Prozent deutlich hinter dem hohen Anteil depressiver Syndrome, sind aber andererseits teilweise als psychosomatisch bedingt anzusehen.

Die hier präsentierten Ergebnisse sind zugegebenermaßen in erster Linie deskriptiv und erlauben keine Rückschlüsse auf eine kausale Beziehung zwischen dem Auftreten depressiver Syndrome und Belastungen des Lehrerberufes. Die hohe Übereinstimmung mit ähnlichen Ergebnissen aus verschiedenen anderen Studien und Ländern sehen wir jedoch als wichtigen Grund für die Annahme eines bedeutsamen Zusammenhanges zwischen arbeitsbedingten Belastungsfaktoren und dem gehäuftem Auftreten psychischer Erkrankungen von Lehrern/innen. Die von Weber et al [6] provokativ gestellte Frage „Macht Schule krank?“ möchten wir daher näher konkretisieren: „Macht Schule depressiv?“ ■

*Interfakultärer Fachbereich für Gerichtsmedizin und Forensische Neuropsychiatrie
Universität Salzburg

Korrespondenzadresse: Ass.-Prof. Dr. Birgitta Kofler-Westerger, Forensische Neuropsychiatrie, Universität Salzburg, Ignaz-Harrer Strasse 79, A-5020 Salzburg/Österreich; Tel.: +43-662-8044-3852; E-Mail: birgitta.kofler-westerger@sbg.ac.at

LITERATUR

1. Bauer J, Häfner S, Kächele H (2003) The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53: 213-222
2. Hagemann W (2003) Burn-out bei Lehrern. Beck Verlag
3. Weber A, Weltje D, Lederer P (2004) Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. *Deutsches Ärzteblatt* 101: 712-718 www.pisa-austria.at
4. Barth AR (1992) Burnout bei Lehrern. Göttingen: Hogrefe
5. Dauber H, Vollstädt W (2004) Psychosoziale Belastungen im Lehramt. Empirische Befunde zur Frühpensionierung hessischer Lehrer. *Die Deutsche Schule* 3: 359-369
6. Weber A, Weltje D, Lederer P (2002) Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Gymnasiallehrkräften. *Versicherungsmedizin* 54: 75-83
7. Lederer P, Weltje D, Weber A (2001) Krankheitsbedingte vorzeitige Dienstunfähigkeit von Beamtinnen und Beamten im Freistaat Bayern – eine sozialmedizinische Evaluation. *Gesundheitswesen* 63: 509-513
8. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS (2001) The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 43: 218-225
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62: 593-602
10. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand* 120: 21-27
11. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Weltgesundheitsinformation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern
12. Kiehlholz P, Hole G (1973) Depression. In: Müller C (Hrsg) *Lexikon der Psychiatrie*. Springer Verlag, Berlin, 111-116
13. Kiehlholz P (1957) Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 87: 87-90
14. Pödingner W (2002) Das „Burn-Out-Syndrom“, Erschöpfungsdepression. *Psychopraxis* 2: 38-44
15. Bräutigam W (1968) Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Thieme, Stuttgart
16. Freudenberg HJ (1974) Staff burnout. *JSI* 30: 159-164
17. Schaarschmidt U (2004) Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Beltz, Weinheim & Basel
18. Weber A, Weltje D, Lederer P (2001) „Macht Schule krank?“ – Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. *Bayerische Schule* 54: 214-215