

Aus dem Bereich Arbeitsmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Lehrkräften in Sachsen-Anhalt

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Ewa Katja Ciechanowicz

aus Radebeul

Magdeburg 2015

Bibliographische Beschreibung

Ciechanowicz, Ewa Katja:

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Lehrkräften in Sachsen-Anhalt.-
2015.- 137 Bl., 49 Abb., 29 Tab., 5 Anlagen

Kurzfassung: Sekundärdaten des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt zur gesundheitlichen Situation und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) über die Jahre 2007 bis 2013 wurden statistisch nach Region, Schulart, Geschlecht der Lehrkräfte u.a. ausgewertet. Die Anzahl an Lehrkräften in Sachsen-Anhalt ging in diesem Zeitraum um 17,8 % zurück. 53,1 % der Lehrkräfte sind älter als 49 Jahre. 2013 entfielen bundesweit 13 % der Renteneintritte auf frühzeitige Renteneintritte auf Grund einer Dienstunfähigkeit. Das durchschnittliche Alter dieser Personengruppe bei Renteneintritt betrug 58 Jahre. Die Hauptursachen für den vorzeitigen Rentenbeginn sind psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Seit 2004 ist aufgrund der gesetzlichen Vorschrift jeder Arbeitgeber verpflichtet, langzeiterkrankten Mitarbeitern Maßnahmen des BEM anzubieten mit dem Ziel, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und nach Möglichkeit den Arbeitsplatz zu erhalten. In Sachsen-Anhalt wurden die Dienstvereinbarungen zum BEM an Schulen 2009 verabschiedet und im Untersuchungszeitraum durchschnittlich 26 % der angebotenen BEM-Maßnahmen eingeleitet. Der Anteil an Langzeiterkrankungen stieg im Untersuchungszeitraum von 2,2 % auf 3,5 % an, der Anteil an Frühberentungen veränderte sich kaum. Im bundesweiten Vergleich ist die Datenlage zur Lehrergesundheit in Sachsen-Anhalt spärlich und lässt viele Fragen offen. Um die zukünftige Datenerhebung zur gesundheitlichen Situation zu strukturieren und zu erweitern, werden dem Landesschulamt in dieser Arbeit Vorschläge zum praktischen Vorgehen bei der systematischen Erhebung von Daten zur gesundheitlichen Situation und dem BEM unterbreitet.

Schlüsselwörter:

Betriebliches Eingliederungsmanagement, Langzeiterkrankung, Frühberentung, Schwerbehinderung, Lehrkräfte, Sachsen-Anhalt, Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

BIBLIOGRAPHISCHE BESCHREIBUNG	B
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	E
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	G
TABELLENVERZEICHNIS	J
ANLAGEN	L
1 EINFÜHRUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1 Belastungs- und Gesundheitssituation im Lehrerberuf	3
2.1.1 Belastungen im Lehrerberuf	5
2.1.2 Erklärungsansätze und Modelle bei psychischen Belastungen	9
2.1.3 Arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilung	10
2.1.4 Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von LKR	11
2.1.5 Studienlage zur gesundheitlichen Situation von LKR in Deutschland	13
2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement	17
2.2.1 Rechtliche Grundlagen zum BEM	18
2.2.2 Ziele des BEM	20
2.2.3 Akteure im BEM-Verfahren	20
2.2.4 Verfahrensablauf bei der Durchführung von BEM-Maßnahmen	24
2.2.5 Dienstvereinbarungen zum BEM für LKR in Sachsen-Anhalt	25
2.2.6 Verfahrensweise bei Durchführung von BEM an Schulen in Sachsen-Anhalt	26
2.2.7 Studienlage zum BEM in Deutschland	28
2.3 Literaturrecherche zur Stressproblematik bei Lehrkräften	30
3 FRAGESTELLUNGEN	34
4 MATERIAL UND METHODIK	35
4.1 Stichprobenbeschreibung	35
4.2 Beschreibung der Rohdaten	35
4.3 Beschreibung der abgeleiteten Daten	38
4.4 Statistik	40
5 ERGEBNISSE	41
5.1 Anzahl und Beschäftigtenstatus der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt	41
5.2 Arbeitsunfähigkeit	43
5.3 Ausscheid und frühzeitige Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit	43
5.4 Langzeiterkrankungen	49

5.5 BEM-Maßnahmen	50
5.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	57
5.7 Erarbeitung der Datenmasken zur systematischen Datenerhebung	60
6 DISKUSSION	61
7 ZUSAMMENFASSUNG	69
LITERATURVERZEICHNIS	I
ANLAGEN	X
Anlage 1: Votum der Ethikkommission zur Durchführung der Studie	X
Anlage 2: Datentabellen	XI
Anlage 3: Datenmasken	XX
Anlage 4: Dienstvereinbarung BEM	XXXVI
Anlage 5: BEM-Fallbeispiele	XLVIII
DARSTELLUNG DES BILDUNGSWEGES	LIV
DANKSAGUNG	LV
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	LVI

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ArbMedVV	Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ArbZVO-Lehr.	Arbeitszeitverordnung für Lehrkräfte
AU	Arbeitsunfähigkeit
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BbS	Berufsbildende Schule
BEM	Betriebliches Eingliederungs- Management
BU	Berufsunfähigkeit
dB(A)	A-bewerteter Schalldruckpegel
DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DU	Dienstunfähigkeit
ERI	Effort Reward - Imbalance
FÖS	Förderschule
GdB	Grad der Behinderung
Ges. S	Gesamtschule
GHQ-12	General Health Questionnaire 12
GS	Grundschule
GYM	Gymnasium
k. A.	keine Angaben
K.I.	Konfidenzintervall
LBG	Landesbeamtengesetz
LKR	Lehrkraft / Lehrkräfte
LSA	Land Sachsen-Anhalt
LZ-	langzeit-
MBI	Maslach Burnout Inventory
MW	Mittelwert

OvGU	Otto-von-Guericke-Universität
PSQ	Perceived Stress Questionnaire
RHIA	Regulationshindernisse in der Arbeit
SD	Standartabweichung
SEK	Sekundarschule
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
TU	Technische Universität
VersorgÄndG	Versorgungsänderungsgesetz

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Gefährdungsbeurteilung von Belastungen am Arbeitsplatz.....	11
Abb. 2 Die jeweils 3 meistgenannten positiven und negativen Aspekte des Lehrerberufs aus Sicht der befragten Lehrerinnen (modifiziert nach Fricke 2014).....	16
Abb. 3 Innerbetriebliche Akteure des BEM-Teams.....	21
Abb. 4 Kernaufgaben des Betriebsarztes im BEM-Prozess.....	21
Abb. 5 Kooperationspartner des Betriebsarztes im Rehabilitationsprozess (modifiziert nach Giesert & Wendt-Danigel 2011).....	23
Abb. 6 Aufgabenfelder der externen Akteure im BEM-Prozess.....	24
Abb. 7 Verfahrensablauf bei BEM-Maßnahmen.....	25
Abb. 8 PubMed-Recherche mit den Schlagwörtern „teacher“ AND „strain“.....	30
Abb. 9 Psynindex-Recherche mit den Schlagwörtern „teacher“ AND „strain“.....	30
Abb. 10 Prozentualer Anteil der Beamten und Angestellten an allen LKR in Sachsen-Anhalt nach Region.....	42
Abb. 11 Anzahl der Lehrer und Lehrerinnen, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, nach Kalenderjahr und Region.....	46
Abb. 12 Anzahl an LKR, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, nach Schulart, Region und Kalenderjahr.....	48
Abb. 13 Anzahl der LZ-erkrankten LKR nach Region und Schuljahr.....	49
Abb. 14 Eingeleitete BEM-Verfahren nach Region sowie Geschlecht.....	51
Abb. 15 Angebotene und eingeleitete BEM-Verfahren in der Region Nord nach Schulart.....	52
Abb. 16 Angebotene und eingeleitete BEM-Verfahren in der Region Süd nach Schulart.....	53
Abb. 17 BEM-Akzeptanz im Schulartvergleich.....	54
Abb. 18 Anzahl der BEM-Teilnehmer mit verschiedenen GdB.....	56
Abb. 19 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualen Anteil der LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur.....	XX
Abb. 20 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualen Anteil der LZ- erkrankten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur.....	XX

Abb. 21 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur	XXI
Abb. 22 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der frühberenteten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur	XXI
Abb. 23 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der LKR im Schulartvergleich	XXII
Abb. 24 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der LZ-erkrankten LKR im Schulartvergleich.....	XXII
Abb. 25 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR im Schulartvergleich.....	XXIII
Abb. 26 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der frühberenteten LKR im Schulartvergleich	XXIII
Abb. 27 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der LKR in Sachsen-Anhalt.....	XXIV
Abb. 28 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der LZ-erkrankten LKR in Sachsen-Anhalt.....	XXV
Abb. 29 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der schwerbehinderten Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt.....	XXVI
Abb. 30 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt, die krankheitsbedingt frühzeitig aus dem Dienst geschieden sind.....	XXVII
Abb. 31 Datenmaske mit Angaben zur Altersstruktur der LKR in Sachsen-Anhalt im Schulartvergleich.....	XXVIII
Abb. 32 Datenmaske mit Angaben zur Alters- und Geschlechterstruktur sowie Beschäftigungsstatus der LKR in Sachsen-Anhalt im Schulartvergleich..	XXIX
Abb. 33 Datenmaske mit Angaben zur Altersstruktur der BEM-Teilnehmer in Sachsen-Anhalt.....	XXX
Abb. 34 Datenmaske mit Angaben zur Häufigkeit der eingeleiteten BEM-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt.....	XXX
Abb. 35 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der AU-Fälle bei LKR in Sachsen-Anhalt.....	XXXI

Abb. 36 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der AU-Tage bei LKR in Sachsen-Anhalt.....	XXXI
Abb. 37 Datenmaske mit Angaben zur AU-Quote bei LKR in Sachsen-Anhalt....	XXXII
Abb. 38 Datenmaske mit Angaben zum Krankenstand bei LKR in Sachsen-Anhalt.....	XXXII
Abb. 39 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus, Geschlecht und Teilnahmestatus am BEM	XXXIII
Abb. 40 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der BEM-Teilnehmer in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus und Geschlecht.....	XXXIII
Abb. 41 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der langzeiterkrankten LKR in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus und Geschlecht	XXXIV
Abb. 42 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der BEM-Angebote und -Einleitungen in Sachsen-Anhalt nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlecht.....	XXXIV
Abb. 43 Datenmaske mit Angaben zum prozentualer Anteil erfolgreicher BEM-Maßnahmen im LSA nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlecht.....	XXXV
Abb. 44 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der Langzeiterkrankungen, Frühberentungen, Anteil eingeleiteter und erfolgreicher BEM-Maßnahmen bei LKR mit und ohne Behinderung in Sachsen-Anhalt	XXXV
Abb. 45 BEM-Fallbeispiel 1	XLVIII
Abb. 46 BEM-Fallbeispiel 2	XLIX
Abb. 47 BEM-Fallbeispiel 3	LI
Abb. 48 BEM-Fallbeispiel 4	LII
Abb. 49 BEM-Fallbeispiel 5	LIII

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Übersicht über die Ergebnisse der Literatursuche in PubMed und Psyn dex .	32
Tab. 2 Übersicht über die Sekundärdaten der Studie aus Sachsen-Anhalt.....	35
Tab. 3 Abgeleitete Daten	38
Tab. 4 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte im LSA nach Status	41
Tab. 5 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte nach Status in der Region Nord.....	41
Tab. 6 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte nach Status in der Region Süd	42
Tab. 7 Anzahl der AU-Fälle bei LKR in Sachsen-Anhalt nach Region.....	43
Tab. 8 Anzahl und prozentualer Anteil der verbeamteten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind	44
Tab. 9 Anzahl und prozentualer Anteil der angestellten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind	44
Tab. 10 Anzahl und prozentualer Anteil aller LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind.....	45
Tab. 11 Anzahl und prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der LKR von Lehrern und Lehrerinnen in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind	46
Tab. 12 Krankheitsbedingter Dienstausscheid im Geschlechtervergleich	47
Tab. 13 Gesamtzahl der Lehrkräfte, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, unterteilt nach Kalenderjahr und Schulart	48
Tab. 14 Anzahl und prozentualer Anteil der LZ-Erkrankten an allen LKR, nach Schuljahr und Region.....	50
Tab. 15 Gesamtzahl an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren sowie prozentualer Anteil der angenommenen BEM-Angebote in der Region Nord.....	52
Tab. 16 Gesamtzahl an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren sowie prozentualer Anteil der angenommenen BEM-Angebote in der Region Süd	54
Tab. 17 Prozentualer Anteil an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren nach Region und Kalenderjahr.....	55
Tab. 18 Anzahl der BEM-Teilnehmer nach Region	55

Tab. 19 Anteil schwerbehinderter BEM-Teilnehmer an allen BEM-Teilnehmern in der Regionen Nord und Süd	57
Tab. 20 Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Geschlecht, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015.....	XI
Tab. 21 Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Status, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015.....	XII
Tab. 22 Prozentualer Anteil der akzeptierten BEM-Maßnahmen in der Region Nord nach Schulart	XIII
Tab. 23 Prozentualer Anteil der akzeptierten BEM-Maßnahmen in der Region Süd nach Schulart.....	XIV
Tab. 24 Konfidenzintervall zum Anteil der Beamten in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind 2007-2011.....	XV
Tab. 25 Konfidenzintervall zum Anteil der Angestellten in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind 2007-2011.....	XVI
Tab. 26 Konfidenzintervall zum Anteil der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind.....	XVII
Tab. 27 Konfidenzintervall zum Anteil der Gesamtzahl der LKR von männlichen und weiblichen LKR im Land Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind	XVII
Tab. 28 Konfidenzintervall für Anteil der LZ-Erkrankten an allen LKR, unterteilt nach Schuljahr und Region.....	XVIII
Tab. 29 Konfidenzintervall für den Anteil der BEM-Einleitungen an BEM-Angeboten, unterteilt nach Region und Kalenderjahr.....	XIX

Anlagen

Anlage 1 Votum der Ethikkommission.....	X
Anlage 2 Datentabellen: Tab. 20 - 29.....	XI
Anlage 3 Datenmasken: Abb. 19 - 44	XX
Anlage 4 Dienstvereinbarung BEM.....	XXXVI
Anlage 5 BEM-Fallbeispiele.....	XLVIII

1 Einführung

Ein Blick auf die Altersverteilung unter Lehrkräften (LKR)¹ macht deutlich, dass bundesweit die Gruppe der 40 bis 60-Jährigen überwiegt (Statistisches Bundesamt 2014a, 2014b). 53,1 % der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt sind 50 und mehr Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2015).

Die Anzahl von LKR in Sachsen-Anhalt verringerte sich von 22.336 im Schuljahr 2007/2008 auf 18.363 im Schuljahr 2012/2013 (Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015). Dazu kommt, dass in keinem anderen Beruf so viele Personen aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig berentet werden wie im Lehrerberuf. Das durchschnittliche Alter derer, die diesen Weg einschlagen, liegt in Deutschland bei 58 Jahren (Statistisches Bundesamt 2014c; vgl. Heyse 2008; Weber et al. 2004).

Um dieser Entwicklung und der steigenden Anzahl an Frühpensionierungen entgegen zu wirken, wurde im Jahr 2001 das Versorgungsänderungsgesetz erlassen. Dieses sieht Rentenabschläge für diejenigen vor, die nicht bis zum 67. Lebensjahr durcharbeiten. Daraufhin ist der Anteil an Frühpensionierungen von 64 % im Jahr 2000 (Statistisches Bundesamt 2002) auf ca. 13 % der LKR im Jahr 2013 gesunken (Statistisches Bundesamt 2014c). Damit liegt der Anteil an Frühpensionierungen wegen Dienstunfähigkeit bei Lehrkräften unter dem bundesdeutschen Durchschnitt für alle Beamtengruppen von knapp 18 % (Statistisches Bundesamt 2012).

Dennoch bleibt ein Teil der Betroffenen, die es nicht schaffen, bis zum Regelrenteneintrittsalter aktiv im Beruf zu bleiben. Um diesen LKR eine berufliche Perspektive zu bieten bzw. ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu verzögern oder zu verhindern, wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) geschaffen. Seit 2004 sind Arbeitgeber per Gesetz (Abs. 2, § 84, SGB IX) verpflichtet, jedem Arbeitnehmer, unabhängig davon, ob er angestellt oder verbeamtet ist, die Teilnahme am BEM vorzuschlagen, wenn dieser mehr als 6 Wochen (am Stück oder über das Jahr verteilt) krank ist.

Ziel dieser Arbeit ist es, die gesundheitliche Situation von Lehrkräften in Sachsen-Anhalt und den Anteil an Langzeiterkrankten (LZ-Erkrankten) zu analysieren sowie die Etablierung und die Akzeptanz von BEM-Verfahren zu evaluieren. Die im Rahmen dieser Promotionsarbeit gewonnenen Ergebnisse sind ein Teil des großen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

praxisorientierten Forschungsprojektes (Seibt et al. 2014), bei dem Wege der Verlängerung der Verweildauer im Lehrerberuf aufgezeigt werden und Präventionseinsätze entwickelt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird zunächst ein Überblick über den Forschungsstand zu Belastungen und der gesundheitlichen Situation der Lehrkräfte in Deutschland gegeben. Anschließend wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Allgemeinen und im Fall von Lehrkräften in Sachsen-Anhalt vorgestellt. Die wichtigsten Studien zum Thema Lehrergesundheit in Deutschland werden kurz umrissen und eine Literaturrecherche zur Stressproblematik bei Lehrkräften in den Datenbanken Pubmed und Psynindex durchgeführt.

2.1 Belastungs- und Gesundheitssituation im Lehrerberuf

Unter dem Begriff „Belastungen“ werden alle äußeren Einflussfaktoren zusammengefasst, die beim Organismus eine Reaktion auslösen (Rohmert & Rutenfranz 1975) und nicht zwangsläufig nur negative Beanspruchungsfolgen haben (Scheuch et al. 1995; Schaarschmidt 2004). Beanspruchungen sind dementsprechend Reaktionen auf einen äußeren Einfluss- bzw. Belastungsfaktor.

Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass Lehrkräfte starken psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Schaarschmidt 2004; Unterbrink et al. 2007, 2008, 2010; Dudenhöffer et al. 2011). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen leiden LKR häufiger an psychischen und neurotischen Erkrankungen und weisen häufiger Symptome des Burnout-Syndroms auf (Scheuch et al. 2010). Bei ca. 30 % der LKR, die in der Potsdamer Lehrerstudie untersucht wurden (Schaarschmidt 2004; vgl. Unterbrink et al. 2007), traten einzelne klassische Burnout-Symptome wie emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit auf (Maslach 1984). Weitere 30 % zeigten ein hohes Risiko für die Entwicklung dieser Symptome (Schaarschmidt 2004). Deutlich geringere Werte ergaben neuere Untersuchungen der Technischen Universität (TU) Dresden (Ulbricht et al. 2014). Dabei wurden die untersuchten LKR in zwei Altersklassen (bis zum 39. und ab dem 50. Lebensjahr) sowie nach Geschlecht unterteilt. In der jüngeren Gruppe der LKR zeigten 18,1 % der Frauen und 16,7 % der Männer einige Burnout-Symptome, es bestand nur bei wenigen ein Burnout-Risiko (Lehrerinnen: 0,4 %, Lehrer: 2,1 %). In der älteren Gruppe traten Burnout-Symptome häufiger auf: bei 41,4 % der Frauen und 27,6 % der Männer. Auch das Risiko ein Burnout-Syndrom zu entwickeln trat häufiger als in der jüngeren Gruppe auf (Lehrerinnen: 4,3 %, Lehrer: 3,1 %) (Ulbricht et al. 2014).

Die Ursache für die starken Unterschiede zwischen den Ergebnissen der beiden Untersuchungen liegt in der Erhebungsmethode und ihrer Sensitivität (Ulbricht et al. 2014). Während bei der Forschungsgruppe um Prof. Schaarschmidt der AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Schaarschmidt & Fischer 1997, s. Kapitel 2.1.5) als Erhebungsinstrument zum Einsatz kam, wendeten die Dresdner Forscher u. a. die Burnout-Klassifikation nach Kalimo et al. (2003) an.

Neben psychomentalen und psychosozialen Belastungen gibt es noch eine Reihe physikalischer Faktoren, die negativen Einfluss auf die Gesundheit von Lehrkräften nehmen können. Dazu gehören nach Weber et al. (2004) sowohl Stimm- und Sprachbelastungen, Lärm (v. a. in Turnhallen) als auch Infektionsgefahr, Probleme bei nicht ergonomisch eingerichteten Arbeitsplätzen, mangelnden Rückzugsmöglichkeiten für Lehrkräfte und Gefahren im Chemieunterricht. Auch das Schulgebäude an sich kann eine Gefahrenquelle darstellen, wenn es beispielsweise Asbest-, Naphthalin- oder PVC-belastet ist.

Der Anteil an Lehrkräften, die aus gesundheitlichen Gründen frühpensioniert werden, hat sich seit den 90er Jahren bedeutend verringert. Während damals 50 % - 60 % der jährlichen Ruhestandseintritte bei LKR auf krankheitsbedingte Frühpensionierung entfielen (Weber et al. 2004), waren es 2013 nur noch 13 % (Statistisches Bundesamt 2014c). Der Gesundheitszustand der Lehrerinnen und Lehrer hat sich in der Zwischenzeit nicht wesentlich verbessert. Es waren gesetzliche Änderungen (Versorgungsänderungsgesetz 2001), die einen Rückgang der krankheitsbedingten Frühberentungsrate bewirkt haben. Nach diesem Gesetz müssen diejenigen, die vor Vollendung des 67. Lebensjahres wegen Dienstunfähigkeit pensioniert werden, Rentenabschläge hinnehmen. Dadurch, dass gleichzeitig mehr LKR in Altersteilzeit arbeiten als zuvor, konnten arbeitsbedingte Belastungen und die Anzahl an krankheitsbedingten Frühpensionierungen reduziert werden (Weber et al. 2004). Das Durchschnittsalter der frühpensionierten Lehrkräfte in Deutschland liegt bei 58 Jahren (Statistisches Bundesamt 2014c). Für den Staat und die Bundesländer entstehen durch die Frühpensionierungen zusätzliche Kosten, für die Betroffenen geht Lebensqualität und berufliche Anerkennung verloren (Seibt et al. 2007a).

Die Hauptursache für krankheitsbedingte Frühpensionierungen sind psychische und Verhaltensstörungen (Lederer 2001; Weber et al. 2002, 2004, 2006; Geist 2013). In den meisten Fällen liegen Depressionen, Belastungsreaktionen und Erschöpfungszustände zu Grunde (Weber 2002; Weber et al. 2002, 2004; Bauer 2003;

Schaarschmidt 2004; Bauer et al. 2007a; Unterbrink et al. 2010). Auch in anderen Ländern stellen psychische Erkrankungen bei Lehrkräften ein immer größeres Problem dar (Schwarzer et al. 2000; Travers 2001; Porto et al. 2006; Sun et al. 2011). Zwar ist die betriebsärztliche Betreuung auch in Schulen in Deutschland seit 1996 gesetzlich vorgeschrieben (ASiG 1973; ArbSchG 1996), wird aber in jedem Bundesland unterschiedlich und nicht immer ausreichend durchgeführt. Oft „passen“ die vorhandenen Angebote nicht auf die Spezifität der einzelnen Schulen und können deswegen immer nur einen Teil der Probleme behandeln (Seibt et al. 2007a). Jede LKR hat das Recht auf arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV 2008).

2.1.1 Belastungen im Lehrerberuf

Im Folgenden wird auf die Rahmenbedingungen und Belastungen eingegangen, unter denen es den meisten Lehrkräften schwer fällt, ihren Arbeitsalltag zu bewältigen. Dabei gelten das Schülerverhalten, die Klassengröße und die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche als die hauptsächlichen Belastungsfaktoren im Lehrerberuf (Bauer 2004; Heyse et al. 2004; Schaarschmidt 2004; Bauer et al. 2006; Unterbrink et al. 2007). Kommen mehrere dieser Faktoren zusammen, z. B. eine große Klasse mit einem hohen Anteil „schwieriger“ Schüler, oder viele Arbeitsstunden mit mehreren großen Klassen, so ist die Belastung für die LKR erheblich (Krause & Dorsemagen 2011b).

Psychische Belastungen:

Schülerverhalten. Immer wieder wird destruktives Schülerverhalten von Lehrkräften als besonders belastend empfunden und in Studien angegeben (Bauer 2004; Schaarschmidt 2004; Bauer et al. 2006; Winkelmann & Gienke 2007). Auch die sachsen-anhaltinischen LKR, die im Rahmen des Projektes „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente“ befragt wurden, gaben die *veränderte Schülerpersönlichkeit* als meist belastenden Faktor an. Ebenso wurden *Verhaltensstörungen der Schüler* (an zweiter Stelle nach *großen Leistungsunterschieden in der Klasse*) bei der Untersuchung von 140 LKR aus Magdeburger Schulen als Hauptbelastungsfaktor angegeben (Seiboth et al. 2014). Das Verhalten der zu unterrichtenden Schüler hat enormen Einfluss auf die Vermittlung von Wissen und die Arbeitsatmosphäre. Vom Sozialverhalten und der Motivation der Schüler hängt es ab, ob sie überhaupt aufnahmefähig sind.

Lehrmethoden und Unterrichtsgestaltung formen nur teilweise das Verhalten der Schüler (Heyse 2008). Das Erlernen von neuen Fähigkeiten und Inhalten setzt die Bereitschaft voraus, sich diese anzueignen. Die Ablehnung, auf die viele LKR stoßen, ist nicht nur frustrierend, sondern verhindert auch jeden Lernerfolg. Allerdings sind Disziplinierungsmaßnahmen nur eingeschränkt möglich, denn die Angst vor juristischen Folgen seitens der Eltern verunsichert viele LKR (Kettler 2011).

Verbale Angriffe und Gewalt gegenüber LKR wurden in den vergangenen Jahren verstärkt diskutiert (Varbelow 2003; Schaarschmidt 2004; Bauer et al. 2006; Unterbrink et al. 2008). Diese haben stark negative Folgen für den Gesundheitszustand von LKR. Umgekehrt konnte für positives Feedback seitens der Schüler oder Eltern ein protektiver Effekt festgestellt werden (Unterbrink et al. 2008).

Das Schülerverhalten und damit die Belastung für LKR hängen z. T. mit der Schulart zusammen. So war das Risiko für emotionale Erschöpfung für LKR an Hauptschulen höher als an Gymnasien (Bauer et al. 2007a; Unterbrink et al. 2007, 2008). Das unterschiedliche Lernniveau der Schüler innerhalb einer Klasse stellt eine weitere Herausforderung während des Unterrichtes dar. LKR müssen dabei den Wissensstand aller Schüler berücksichtigen und auf deren individuelle Bedürfnisse eingehen (Krause & Dorsemagen 2007).

Abhängig von der erbrachten Leistung ist die schulische Bildung in mehreren Schularten möglich. Nach der Grundschulausbildung (1 - 4 Klasse) wird von den Schülern der weitere Bildungsweg eingeschlagen. Je nach Schulleistung kann ein Hauptschul- (nach der 9. Klasse), Realschul- (nach der 10. Klasse) oder Gymnasialabschluss (nach der 12.-13. Klasse: Abitur) erreicht werden. Die Ausbildung ist in den ersten Jahren dieses Abschnittes ähnlich und enthält sowohl allgemeinbildende als auch berufsbildende Inhalte, spaltet sich aber im Verlauf auf diese beiden Richtungen auf. Dagegen werden an Förderschulen Kinder und Jugendliche unterrichtet, die aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen keiner der o. g. Schularten gerecht werden (Kultusministerium Sachsen-Anhalt 2010, 2015; vgl. Statistisches Bundesamt 2013a).

Schülerzahl. Die Zahl der Schüler in einer Klasse stellt eine der drei stärksten Belastungen für LKR dar (Bauer 2004; Schaarschmidt 2004). Mit steigender Anzahl an Schülern wird es zunehmend schwerer, die Aufmerksamkeit aller Schüler zu erhalten.

Arbeitszeit. Anders als in den meisten anderen Berufen wird bei LKR nicht die 40h-Wochenarbeitszeit festgelegt. Der Dienstherr definiert nur die Anzahl der Unterrichtsstunden pro Woche (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft 2015). Die Zeit, die für Vor- und Nachbereitung von Unterrichtsstunden, Korrekturen von Haus- und Klassenarbeiten, Klassenfahrten, Gespräche mit Eltern etc. notwendig ist, wird nicht konkret benannt. Der Stundenumfang wird für verbeamtete LKR im jeweiligen Landesbeamtengesetz (LBG) geregelt, die Arbeitszeit ihrer tarifbeschäftigten Kollegen ist daran angepasst. Das LBG des Landes Sachsen-Anhalt (§ 63) sieht regelmäßig 40 Wochenstunden vor, aber:

„Beamtinnen und Beamte sind verpflichtet, ohne Ausgleich über die individuelle wöchentliche Arbeitszeit hinaus Dienst zu tun, wenn zwingende dienstliche Verhältnisse dies erfordern und sich die Mehrarbeit auf Ausnahmefälle beschränkt.“
(LBG LSA § 63 Abs. 2).

Die Forschungsgruppe um Prof. Bauer ermittelte, dass vollzeitbeschäftigte Lehrkräfte in Süd-West-Deutschland mehr als 51 Stunden pro Woche arbeiten, wenn man die Zeit für außerschulische Aufgaben mit einbezieht (Bauer et al. 2007). Die Wochenunterrichtszeit in Sachsen-Anhalt beträgt seit 2007 für Grundschulen 27 und für die übrigen Schularten 25 Stunden (ArbZO-Lehr. 1998) allerdings kann die wöchentlich Arbeitszeit um bis zu 4 Unterrichtsstunden über- oder unterschritten werden. In Berufsbildenden Schulen sind auch größere Abweichungen von der Regelwochenunterrichtszeit möglich, falls schulorganisatorische Bedingungen dies erfordern. In diesem Fall ist spätestens im darauffolgenden Schuljahr ein Ausgleich für die Mehr- oder Minderzeiten zu gewährleisten (ArbZO-Lehr. 1998). Studien zur tatsächlichen Gesamtarbeitszeit von LKR liegen für Sachsen-Anhalt nicht vor.

Arbeitssituation. Aus den Anforderungen des Lehrerberufs können Fehlbelastungen resultieren (Steputat et al. 2014). In einer Studie mit 33 LZ-erkrankten LKR konnte festgestellt werden, dass diese v. a. die Arbeitsbedingungen und -organisation als Fehlbelastung wahrnehmen. Die quantitative Arbeitsüberlastung, fehlende Anerkennung von der Gesellschaft und das Fehlen leistungsgerechter Bezahlung wurden am häufigsten genannt aber auch inter- und intrapersonelle Probleme (mit Schülern, Kollegen, Schulleitung oder auch Ängste) wurden angegeben (Steputat et al. 2014).

Für eine umfassendere Veränderung der Arbeitsbedingungen an deutschen Schulen ist es notwendig, einige Rahmenbedingungen zu verändern. LKR werden mit einem steigenden Arbeitsumfang und immer mehr erzieherischen Aufgaben konfrontiert (Krause & Dorsemagen 2011a). Mehr Verständnis und Unterstützung seitens der Politik wären notwendig, um dieser Situation entgegen zu wirken. Die Verkleinerung der Schüleranzahl in Klassen sowie Einstellung von mehr Personal würden die Belastung für die Lehrkraft verringern. Auch die Mitarbeit von Schulpsychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern würde die LKR entlasten (Schaarschmidt 2011).

Physische Belastungen:

Lärm und Stimmbelastung. In der Arbeitsstättenverordnung (2004) ist geregelt, in welchem Maße Arbeitnehmer einer Lärmbelastung ausgesetzt sein dürfen. Für überwiegend geistige Tätigkeiten gelten 55 dB(A) als Grenzwert, für einfache oder mechanisierte Bürotätigkeiten und vergleichbare Tätigkeiten 70 dB(A), für alle anderen 85 dB(A) (ArbStättV 2004). In Grundschulklassen treten häufig Lärmbelastungen von 60–70 dB(A) auf (Heyse 2008), allerdings sind diese nur von kurzer Dauer. Dagegen sind Sportlehrer über mehrere Stunden am Tag einer hohen (80–100 dB(A)) Lärmbelastung ausgesetzt (Heyse 2008). Der Anteil an Störschall am Unterrichtsschallpegel in Klassenräumen beträgt zwischen 32 und 55 dB(A) (Schmitz et al. 2007). Sust & Lazarus (1997) forderten demgegenüber 30 - 45 dB(A) im Unterricht einzuhalten. Die schlechten akustischen Verhältnisse erschweren LKR die Arbeit und Schülern die Aufmerksamkeit und das Lernen. Dabei sind besonders diejenigen mit Lernschwierigkeiten oder Migrationshintergrund betroffen (Schmitz et al. 2007).

Ein weiteres Problem, dass mit der Lautstärke der Umgebungsgeräusche zusammenhängt, ist die Belastung der Stimmbänder bei LKR. In einer Studie der Leuphana-Universität Lüneburg wurde ermittelt, dass 94 % der befragten LKR im Klassenraum lauter als privat sprechen und 61 % das Sprechen in einer Schulklasse als anstrengend empfinden (Puchalla et al. 2013). Es konnte ebenfalls festgestellt werden, dass diejenigen, die im Laufe ihrer Ausbildung eine Sprecherziehung genossen haben, das Sprechen als subjektiv weniger belastend empfanden als ihre Kollegen, die keine solche Vorbildung hatten. Daher fordern die Autoren die Durchführung einer Spracheignungsuntersuchung zu Beginn des Lehramtsstudiums und bei ungünstigen Stimmvoraussetzungen eine Stimm- bzw. Sprechtherapie. Des

Weiteren sollte „Sprecherziehung“ als Unterrichtsmodul im Lehramtsstudium etabliert werden (Puchalla et al. 2013).

2.1.2 Erklärungsansätze und Modelle bei psychischen Belastungen

LKR müssen sich mit einer Vielzahl an Aufgaben auseinandersetzen. Neben der Vermittlung von fachlichen Inhalten fallen immer mehr erzieherische Aufgaben an. Auch organisatorische Tätigkeiten und Pflichten außerhalb der Unterrichtszeiten müssen bewältigt werden. Um die Auswirkungen dieser vielfältigen Belastungen auf die Gesundheit einzuschätzen, haben sich einige Erklärungsansätze etabliert. Diese werden nachfolgend beschrieben.

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept (Rohmert & Rutenfranz 1975) postuliert, dass sich die Beanspruchungsfolgen in Abhängigkeit von der bestehenden Belastung sowie den Bewältigungsvoraussetzungen der jeweiligen Person ergeben. Um das Maß an psychischen Belastungen am Arbeitsplatz abschätzen zu können, wie es bei einer Gefährdungsbeurteilung der Fall ist, sollten deswegen sowohl objektive Verfahren zur Darstellung der allgemeinen Arbeitssituation als auch subjektive (z.B. Mitarbeiter-Fragebögen) angewendet werden (Wolf et al. 2014b).

Zur Einschätzung der arbeitsbezogenen Belastungen und Beanspruchungen haben sich 3 Modelle etabliert. Das älteste ist das Job-Demand-Control-Modell oder Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979), welches Arbeitsanforderungen zum eigenen Handlungsspielraum ins Verhältnis setzt. In Berufen, die gleichzeitig großen Einsatz fordern, aber dem Arbeitenden nur wenig Kontrolle über sein Aufgabenfeld lassen, ist das Risiko für psychische Erkrankungen besonders hoch.

Das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist 1996) vergleicht Arbeitsaufwand mit Belohnung (in Form von Geld oder Anerkennung). Das Missverhältnis von unverhältnismäßig hohem Aufwand und mangelnder Belohnung kann langfristig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Das jüngste dieser drei Modelle ist das Job-Demands-Resources-Modell (Demerouti et al. 2001; Bakker & Demerouti 2007), welches arbeitsspezifische Anforderungen und Ressourcen vergleicht. Misslingt das Belastungsmanagement, hat dies negative Auswirkungen für die Betroffenen selbst, das soziale Klima im Kollegium sowie die Lehrqualität (Kieschke & Bauer 2015).

2.1.3 Arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilung

Die betriebsärztliche Betreuung von Arbeitnehmern sowie der Einsatz von Sicherheitsingenieuren und Fachkräften für Arbeitssicherheit sind im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) sowie der Unfallverhütungsvorschrift (DGUV Vorschrift 2) geregelt. Des Weiteren ist gemäß Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und Unfallverhütungsvorschriften jeder Arbeitgeber verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Die Pflicht zur Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen sowie mögliche Gefahrenursachen und Gegenstände der Gefährdungsbeurteilung sind in § 5 ArbSchG festgelegt. Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung der vorgenommenen Schutzmaßnahmen sowie der Ergebnisse ihrer Überprüfung unterliegen nach § 6 ArbSchG der Dokumentationspflicht. Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung liegt in der Verantwortung des Arbeitgebers. Diese Aufgabe kann er selbst wahrnehmen oder Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärzte beauftragen.

Zur arbeitsplatzbezogenen Gefährdungsbeurteilung eignen sich Schulbegehungen, welche Informationen über den baulichen Zustand, die Ausstattung sowie evtl. Mängel des Schulgebäudes liefern. Beurteilt werden dabei v. a. die Größe, Lichtverhältnisse und Lärmdämmung der Räume, in denen Unterricht stattfindet. Auch die Arbeitsbedingungen im Lehrerzimmer werden überprüft (Dudenhöffer et al. 2011).

Seit Oktober 2013 muss die Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz auch die Beurteilung psychischer Belastungen enthalten (ArbSchG § 5 2013). Dies stellt für viele Arbeitgeber eine große Herausforderung dar. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat Erhebungsverfahren, die für die Beurteilung von psychischen Belastungen genutzt werden können, in einer Toolbox auch online zur Verfügung gestellt (Richter 2010). Für die Implementierung der psychischen Gefährdungsbeurteilung bietet es sich an, die Hilfe von externen Experten in Anspruch zu nehmen. Sobald der Prozess etabliert ist, kann er betriebsintern weitergeführt werden (Wolf et al. 2014b).

Die Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist ein kontinuierlicher Prozess, der nach der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (2011) in fünf Teilschritten abläuft (s. Abb. 1).

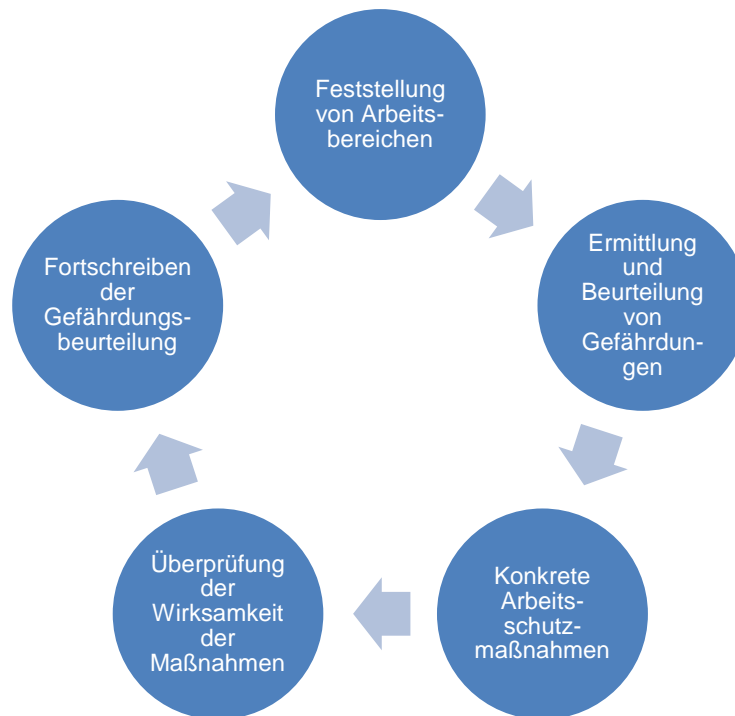


Abb. 1 Gefährdungsbeurteilung von Belastungen am Arbeitsplatz

Aufschluss über die Art und Ausprägung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz können Fragebogen, Workshops oder Interviews mit den Mitarbeitern eines Betriebes geben. Tätigkeitsanalysen und teilnehmende Arbeitsplatzbeobachtungen dienen der weiteren Informationsgewinnung (Wolf et al. 2014b). Mit Hilfe der PREVA-Methodik (Prävention und Evaluation sowie die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen) ist es möglich, kontinuierlich eine Beurteilung psychischer Gefährdungen durchzuführen, die sowohl standardisiert abläuft, als auch auf die Gegebenheiten im jeweiligen Betrieb abgestimmt werden kann (Wolf et al. 2014a). Die Beurteilung gliedert sich in Grund- und Vertiefungsprozess, dessen Koordination einem unternehmensinternen Steuerkreis unterliegt. Schriftliche Befragungen der Mitarbeiter, die im Grundprozess erfolgen, haben das Ziel, psychosoziale Belastungen, zur Verfügung stehende Ressourcen sowie individuelle Beanspruchungsfolgen zu eruieren. Vertiefende Verfahren werden angeschlossen, falls Hinweise auf Veränderungsbedarf bestehen und enthalten Interviews, Workshops und/oder Arbeitsplatzanalysen (Wolf et al. 2014b).

2.1.4 Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von LKR

Ausgehend vom Ministerium für Arbeit und Soziales, dessen Aufgabe es ist, den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz rechtlich zu verankern, müssen die Bundesländer

für die praktische Umsetzung sorgen. Für Impfschutz, Mutterschutz, BEM und andere häufige Themen sind Regelungen notwendig, die routiniert umgesetzt werden können (Letzel et al. 2010). Auf regionaler Ebene sind Schulaufsichtsbehörden für die weitere Umsetzung verantwortlich. Der Schulleitung kommt die wesentliche Aufgabe zu, als Manager für Arbeitssicherheit zu agieren. Zu diesem Zweck müssen Führungskräfte entsprechend geschult werden (Gläßer & Dudenhöffer 2014). Für die Umsetzung von konkreten Maßnahmen wie etwa Schutzimpfungen oder Gefährdungsbeurteilungen sind Arbeitsmediziner notwendig. Diese sollten dem zu betreuenden Personal gut bekannt sein, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen (Letzel et al. 2010). Seitens der LKR ist Eigenverantwortung für die Gesundheit notwendig.

Arbeitszufriedenheit resultiert aus dem erfolgreichen Umgang mit Belastungen (Klusmann 2011). Um negativen Faktoren entgegen zu wirken, muss entweder das Arbeitsumfeld verändert werden oder die Betroffenen lernen, mit diesen Herausforderungen umzugehen. Arbeitsmedizinische Präventionsmaßnahmen können in zwei Kategorien geteilt werden. Maßnahmen des Verhältnismanagements zielen darauf ab, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dazu gehören ergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze, ausreichende Regenerationszeit und die Arbeitsatmosphäre im Kollegium. Auch interpersonelle Beziehungen wirken sich auf den Gesundheitszustand aus (Unterbrink et al. 2010). Verhaltensmanagement hat zum Ziel, mehr Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu schaffen, sodass schädliches Verhalten vermieden werden kann (Heyse 2008). Dazu gehört auch die Eigeninitiative, in der Freizeit für Ausgleich und Regeneration zu sorgen. Für Kurse (z. B. Stressmanagement oder Rückenschule) ist ebenfalls die partizipative Mitwirkung der LKR erforderlich. Es ist Aufgabe der Schulleitung als Arbeitgeber, entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen und die LKR zu ermutigen, daran teilzunehmen. Die betriebsärztliche Betreuung von LKR sollte an die Besonderheiten dieses Berufes angepasst werden und durch die Arbeit von Psychologen, Psychiatern und Psychosomatikern erweitert werden (Scheuch et al. 2015). Regelmäßige Supervisionen sollten sowohl im Laufe des Lehramt-Studiums als auch im späteren Berufsleben helfen, die Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit zu stärken (Bauer et al. 2006). Leider ist die Akzeptanz von solchen Verfahren in Lehrerkreisen bisher verhalten (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. 2010). Im Rahmen des Projektes „Lange Lehren“ wurde ein Manual für Lehrer-Coaching-Gruppen entwickelt mit dem Ziel soziale und emotionale Kompetenzen zu trainieren (Bauer et al. 2007b).

In 10 Trainingseinheiten wurde sowohl auf Stressphysiologie und Bewältigungstechniken eingegangen (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 1990) als auch auf die Kompetenzen, die zur erfolgreichen Klassenführung und einem Beziehungsaufbau zu Schülern notwendig sind. Auch das Verhältnis der Lehrkräfte zu Eltern und der Kollegen untereinander wurde untersucht (Unterbrink et al. 2010). Es konnte ein protektiver Einfluss des Coachings auf das Befinden der LKR festgestellt werden, was am besseren psychischen Befinden erkennbar war (Unterbrink et al. 2010).

Einen völlig anderen Ansatz verfolgt „Das Dresdner Modell“ (Seibt et al. 2007b). Es ist darauf ausgerichtet, die Arbeitsbedingungen, denen Lehrkräfte ausgesetzt sind, zu analysieren und geeignete Untersuchungsverfahren für die arbeitsmedizinische Vorsorge zu finden. Im Mittelpunkt stehen Gefährdungsbeurteilungen, die der Vermeidung von Fehlbelastungen und der Etablierung von arbeitsbezogener Vorsorge dienen. Vorgeschlagen wird eine ursachenorientierte Gesundheitsberatung sowie erweiterte Gesundheitsdiagnostik. Mittels weiterführender diagnostischer Verfahren können Aussagen über die berufliche Verausgabung, das Burnout-Risiko sowie die Beanspruchung von Herz-Kreislauf-System getroffen werden. Kombiniert werden diese Ergebnisse mit Parametern des Fett- und Glukosestoffwechsels, sodass eine Aussage über das kardiovaskuläre Risiko bei den Lehrern möglich ist.

2.1.5 Studienlage zur gesundheitlichen Situation von LKR in Deutschland

Im folgenden Abschnitt werden einige Studien beschrieben, die sich mit dem Thema „Lehrergesundheit“ befassen.

Verbundprojekt „LANGE LEHREN“ – Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Lehrerberuf erhalten und fördern

Das von der BAuA geförderte Projekt zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen im Lehrerberuf wurde 2004 bis 2008 von der TU Dresden, der Universitätsklinik Freiburg und der Berliner Forschungsgruppe „Lehrergesundheit“ durchgeführt. In den Teilprojekten wurden insgesamt 1700 LKR untersucht (Initiative Neue Qualität der Arbeit 2015). Es wurden berufsspezifische Belastungsfaktoren sowie Ressourcen identifiziert und Handlungsleitlinien entwickelt (u. a. Gefährdungsbeurteilung und individuelle Vorsorgediagnostik für Lehrkräfte nach dem Dresdner Modell, Lehrer-Coaching nach dem Freiburger Modell, Maßnahmen zur Lärmreduktion). Die entwickelten Maßnahmen dienen der Verbesserung der gesundheitlichen Situation von

LKR sowie der Handlungskompetenzen von Betriebsmedizinerinnen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2015).

Potsdamer Lehrerstudie

Die systematische Analyse der psychischen Gesundheit von Lehrkräften, Referendaren und Lehramtsstudierenden war Inhalt der Potsdamer Lehrerstudie. Ein Teil der Ergebnisse wurde 2004 von Schaarschmidt publiziert. Insgesamt wurden mehr als 20.000 aktuell oder zukünftig berufstätige LKR mit dem Fragebogen AVEM (Schaarschmidt & Fischer 1997) untersucht. Danach wurde das Verhalten der Lehrkräfte einem von 4 Verhaltenstypen zugeordnet – A: der zur Selbstüberforderung neigende Typ, B: gekennzeichnet durch die Symptome eines Burnout-Syndroms, S: ein auf Schonung ausgerichtetes Verhalten und G: ein Verhalten, das durch eine gesunde Balance zwischen Arbeit und Regeneration gekennzeichnet ist. Ergebnisse der Studie zeigten, dass mehr als die Hälfte der Befragten die als riskant einzustufenden Verhaltensmuster A und B aufwiesen und damit stärker Burnoutgefährdet sind als andere untersuchte Staatsbeamte (Schaarschmidt 2004).

Anhand der Studienergebnisse konnten keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der oben beschriebenen Verhaltensmuster bei LKR in Bezug auf Regionen in Deutschland oder die Schulart gefunden werden. Auffallend war aber der deutlich höhere Anteil an Frauen, bei denen die Muster A und B vorlagen. Im Laufe der beruflichen Laufbahn fand eine Verschlechterung der Beanspruchungssituation statt (Schaarschmidt 2004; Schaarschmidt & Kieschke 2013).

Projekt „Konzeptentwicklung einer arbeitsmedizinischen Betreuung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz“

Der Abschlussbericht über das Projekt „Konzeptentwicklung einer arbeitsmedizinischen Betreuung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz“ (Letzel et al. 2010) wurde anhand von Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz, des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden sowie der EDISON Schuldatenbank erstellt. Es wird auf die Gesundheitssituation von LKR in diesem Bundesland eingegangen sowie auf die Alters- und Geschlechterstruktur, die Anzahl an Frühberentungen und das Betreuungsverhältnis zwischen LKR und Schülern. Schwerpunkte sind Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Betreuung von Projektschulen, in denen sowohl Arbeitsplatzbegehungen, Gruppeninterviews mit LKR als auch Workshops organisiert wurden.

Aus den Erfahrungen an Projektschulen und der Lehrersprechstunde im Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Mainz sowie soziodemographischen Daten der LKR in Rheinland-Pfalz konnten Möglichkeiten für eine flächendeckende arbeitsmedizinische Betreuung von LKR in diesem Bundesland erarbeitet werden.

2011 wurde am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz das Institut für Lehrgesundheit (IfL) gegründet, um sowohl den Beamten als auch den angestellten Lehrerinnen und Lehrern eine umfassende Beratung und Betreuung bieten zu können. Sowohl arbeitsmedizinische Vorsorge, Meldungen über Arbeitsunfälle als auch BEM laufen über diese Institution. Zu den Aufgaben des IfL gehören individuelle arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung von LKR, Präventionsmaßnahmen, Gefährdungsbeurteilungen sowie die Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Schulen (Schöne et al. 2014).

Projekt „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente – Wege der Prävention und Personalentwicklung“

Im Abschlussbericht der Arbeitsgruppe um Frau Dr. Seibt, TU Dresden, zum DGUV-geförderten Projekt „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente – Wege der Prävention und Personalentwicklung“ (Seibt et al. 2014) wurden die Ergebnisse zum Gesundheitszustand von LKR in Sachsen und in Sachsen-Anhalt zusammengefasst. Daten zur Dienst- und Arbeitsunfähigkeit, frühzeitigem Dienstausscheid und BEM werden für das Land Sachsen analysiert und mit Ergebnissen aus Sachsen-Anhalt, Deutschland Ost, Deutschland West und dem bundesweiten Durchschnitt verglichen. Dabei liegt besonderes Augenmerk auf der Identifikation von Risiken und einer frühen Erkennung von Verhaltensmustern, die im späteren Berufsleben zu Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit führen können. Mit dieser Früherkennung wird bereits bei Lehramtsanwärtern und Gymnasiasten, die ein Lehramtsstudium anstreben, begonnen. Neben den überwiegend psychischen Belastungen, die mit dem Lehrerberuf einhergehen, gibt es auch Ressourcen, die bislang oft ungenutzt blieben. Diese galt es, zu identifizieren (Seibt et al. 2014).

Der Bericht enthält u. a. Ausschnitte aus qualitativen Interviews mit 26 berufstätigen LKR aus Sachsen-Anhalt und deren Auswertung, die im Bereich Arbeitsmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Leiterin: Frau Prof. Dr. I. Böckelmann) erfolgte. Diese waren neben dieser Promotionsarbeit auch Bestandteil einer anderen Arbeit (Masterarbeit von Inge Fricke, Hochschule Magdeburg-Stendal).

Zu den Teilnehmern gehörten Lehrkräfte, pädagogische Mitarbeiter und Schulleiter der Magdeburger Schulen. Dabei gaben 23 % der Befragten an, dass ihre Arbeit sie unglücklich oder krank macht. Zu den Reaktionen auf berufliche Belastungen gehörten Gereiztheit, Angst, Schlafstörungen, Erschöpfung und Nervosität. Es wurden sowohl physische als auch psychische Beschwerden angegeben (u. a. Depressionen). Innerhalb des Untersuchungszeitraumes erhöhte sich sowohl der Krankenstand unter den LZ-erkrankten LKR als auch unter allen LKR insgesamt. Ursachen dafür können das hohe Durchschnittsalter und die steigende Arbeitsbelastung sein.

Die Teilnehmerinnen der Befragung wurden gebeten, zu sagen, was ihnen am Lehrerberuf besonders positiv bzw. negativ erscheint. Die drei jeweils meistgenannten Kategorien wurden in Abb. 2 zusammengestellt.

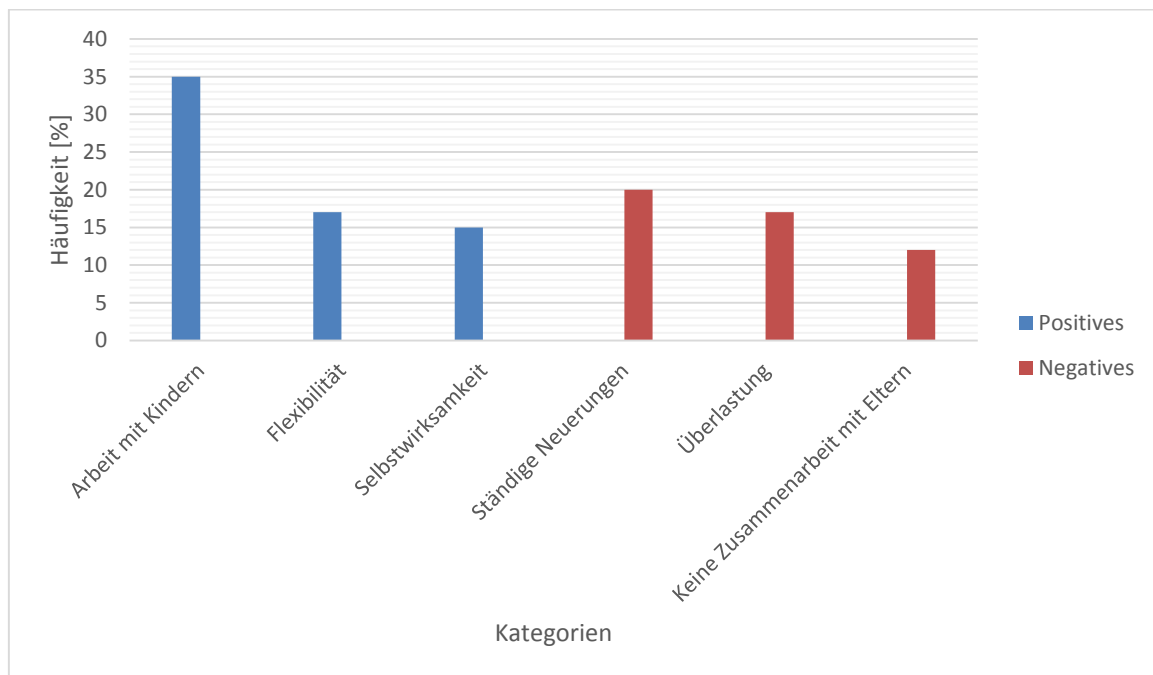


Abb. 2 Die jeweils 3 meistgenannten positiven und negativen Aspekte des Lehrerberufs aus Sicht der befragten Lehrerinnen (modifiziert nach Fricke 2014)

Als beruflich belastend wurde u. a. die Tatsache genannt, dass neben dem Unterrichten noch eine Vielzahl an anderen Aufgaben in und außerhalb der Schule erledigt werden müssen, die über das bloße „Lehrersein“ hinausgehen (35 %) (Fricke 2014). Deutlich seltener (jeweils 9 %) wurde Schullärm oder „ständige Neuerungen“ (im Sinne von schulpolitischen Änderungen) genannt. Demotivierte Schüler und Eltern wurden etwas seltener (6 %) genannt. Andere Faktoren wie mangelnde Trennung von Privat- und Berufsleben oder Klassenleitertätigkeit wurden in 3 % der Fälle genannt. 40 % der in dieser Studie befragten LKR waren gesundheitlich eingeschränkt, in einem

Viertel der Krankheitsfälle waren Depressionen die Ursache. Die Hälfte der Befragten äußerte, dass sich Langzeiterkrankung belastend auf die Arbeit auswirkt. Als negative Beanspruchungsfolgen machten sich u. a. Gereiztheit und fehlende Erholungsfähigkeit bemerkbar. Fehlende Unterstützung durch die Schulleitung wurde in nur 10 % der Fälle genannt, stellt aber ein besonderes Problem dar, weil die Aussichten auf erfolgreiche Wiedereingliederung in solchen Fällen schwinden.

Die Teilnahmefrequenz am BEM seitens LZ-erkrankter LKR ist noch gering, was daran liegen kann, dass der Sinn des BEM eventuell nicht erkannt wird oder von den Betroffenen keine Kontrollinstanz gewünscht wird. Obwohl es bei BEM um die Gesundheit von Lehrkräften geht, sind Betriebsärzte nur selten Mitglieder im BEM-Team (Fricke 2014).

Im Bericht der TU Dresden wurden neben der aktuellen Datenlage zum BEM auch Beispielfälle für gelungene und misslungene BEM-Verfahren angebracht (Seibt et al. 2014). In einer Fokusgruppendifkussion mit sächsischen Betriebsärzten wurden deren Kenntnisstand zum BEM und ihre Einbindung in BEM-Prozesse geprüft. Danach waren nur 60 % der Befragten an BEM-Verfahren beteiligt. Die sächsische Dienstvereinbarung (http://www.hsbvl.sachsen.de/download/hsbvl/DV_BEM.pdf) zur Einführung und Umsetzung eines BEM im Schuldienst war etwa der Hälfte der befragten Betriebsärzte bekannt. Fortbildungen zum Verfahrensablauf und den Rechtsgrundlagen des BEM-Verfahrens wurden von den Ärzten gewünscht. Daraufhin wurde ein Seminarkonzept erarbeitet, welches diese Aufgabe erfüllen soll.

Abschließend ist festzustellen, dass die Umsetzung von BEM in einzelnen Bundesländern unterschiedlich erfolgt und ein einheitliches Programm fehlt. Es gibt zwar Einzelinitiativen und verschiedene Projekte, diese sind jedoch nicht auf einander abgestimmt. Im Laufe der letzten Jahre entwickelten die Schulen immer mehr Eigenverantwortung und legten mehr Aufmerksamkeit auf den Gesundheitszustand ihrer Lehrkräfte (Seibt et al. 2014).

2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

In diesem Kapitel wird auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement eingegangen und ein Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie den Verfahrensablauf gegeben.

2.2.1 Rechtliche Grundlagen zum BEM

Mit der Novellierung des Sozialgesetzbuches SGB IX zum 01.05.2004 und der Neufassung des § 84 (2) wurde vom Gesetzgeber das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) als Instrument geschaffen, das Maßnahmen der Prävention (z. B. Risikovermeidung) und der Rehabilitation (z. B. Suche nach geeigneten Einsatzmöglichkeiten von kranken und behinderten Menschen) vorsieht.

“(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement) ... “ (§ 84 SGB IX).

Demnach ist es Arbeitnehmern, die länger als 6 Wochen (am Stück oder verteilt über ein Jahr) erkrankt sind, durch den Arbeitgeber zu ermöglichen, in den Beruf zurückzukehren. Im Rahmen des BEM wird untersucht, welche Tätigkeiten bzw. Arbeitsplätze Ursache für den schlechten Gesundheitszustand sein können und gemeinsam mit dem Beschäftigten überlegt, wie eine Besserung erreicht bzw. eine weitere Schädigung in Zukunft verhindert werden kann.

Betriebsärzten bietet sich hier die Möglichkeit, Beschäftigte im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu unterstützen.

„...Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen...“ (SGB IX § 84 (2)).

Das Angebot, an BEM-Maßnahmen teilzunehmen, ist freiwillig, der Arbeitnehmer kann es ablehnen. Im Falle einer krankheitsbedingten Kündigung wird das Fehlen von BEM laut Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (BAG) vom 24.03.2011 „kündigungsneutral“ gewertet. Lehnt der Arbeitnehmer das BEM-Angebot ab, kann der Arbeitgeber argumentieren, dass er keine Möglichkeit für eine leidensgerechte Weiterbeschäftigung sieht. Auf diese Weise geht die Ablehnung des BEM zu Lasten des Arbeitnehmers (Bundesarbeitsgemeinschaft für Integrationsämter 2012). Der Arbeitgeber kommt seiner Pflicht zur Erhaltung des Arbeitsplatzes nach, indem er die BEM-Maßnahme anbietet. Der Arbeitnehmer sollte sich aktiv daran beteiligen, um

erneuter LZ-Erkrankung vorzubeugen.

Der Arbeitnehmer sollte über Ziele und Ablauf des BEM sowie den Umfang der erhobenen Daten vor dessen Beginn informiert werden. Er kann jeder Zeit seine Einwilligung widerrufen. In dem Fall ist die Maßnahme unverzüglich zu beenden.

„...Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt“ (SGB IX § 84 (2)).

Eine stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V oder § 28 SGB IX mit den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger kann zu dem BEM gehören.

„Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen“ (§ 74 SGB V).

„Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden“ (§ 28 SGB IX).

Die Eingliederung von schwerbehinderten Angestellten liegt nach § 93 SGB IX im Aufgabenbereich des Betriebs- oder Personalrates (bzw. Richter-, Staatsanwalts- oder Präsidialrates).

“Betriebs-, Personal-, Richter-, Staatsanwalts- und Präsidialrat fördern die Eingliederung schwerbehinderter Menschen. Sie achten insbesondere darauf, dass

die dem Arbeitgeber nach den §§ 71, 72 und 81 bis 84 obliegenden Verpflichtungen erfüllt werden; sie wirken auf die Wahl der Schwerbehindertenvertretung hin” (§ 93 SGB IX).

Diese Räte haben zu kontrollieren, ob der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen nachkommt. Sie wählen die Schwerbeschädigtenvertretung, die Mitglied im BEM-Team wird.

2.2.2 Ziele des BEM

Ziel des BEM, wie oben schon kurz erwähnt ist es, immer Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, Langzeiterkrankung zu verhindern und den Arbeitsplatz zu erhalten (Eggerer et al. 2007; Giesert & Wendt-Danigel 2011; Panter 2013). Dazu kann es notwendig sein, diesen zu verändern oder die betroffene Person an einem anderen Arbeitsplatz als bisher zu beschäftigen.

Einer Chronifizierung der Erkrankung oder Behinderung soll vorgebeugt werden. Die Gestaltung einzelner BEM-Maßnahmen muss an die Spezifität des jeweiligen Betriebes angepasst werden. Über Art und Gestaltung des BEM entscheidet der Arbeitgeber, sie sind nicht gesetzlich definiert (Giesert & Wendt-Danigel 2011).

2.2.3 Akteure im BEM-Verfahren

Im folgenden Abschnitt werden Personen und Institutionen vorgestellt, welche innerhalb des Betriebes den BEM-Prozess leiten sowie von außerhalb mit dem BEM-Team interagieren.

Innerbetriebliche Akteure. Den Personenkreis, der innerhalb des Betriebes am BEM-Prozess beteiligt ist, stellt Abb. 3 dar. (Eggerer et al. 2007; Giesert & Wendt-Danigel 2011; Fischer 2015).

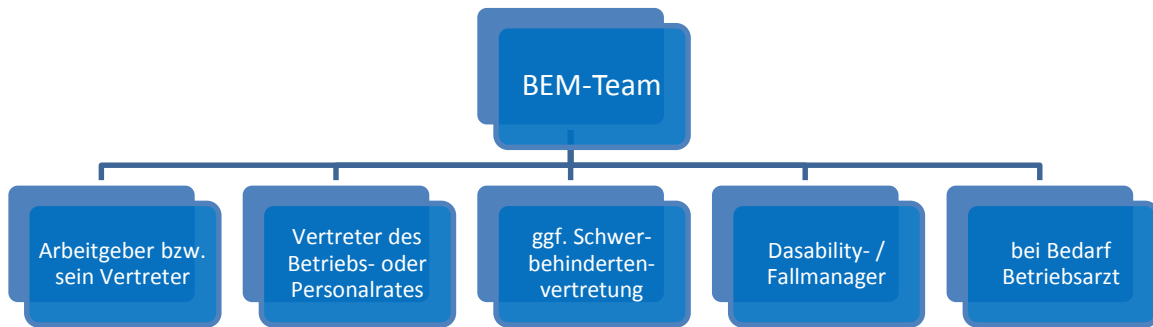


Abb. 3 Innerbetriebliche Akteure des BEM-Teams

Der Betriebsarzt spielt eine wichtige Rolle im BEM-Prozess. Die Kernaufgaben, die er dabei hat, sind in der Abb. 4 dargestellt (modifiziert nach Giesert & Wendt-Danigel 2011).

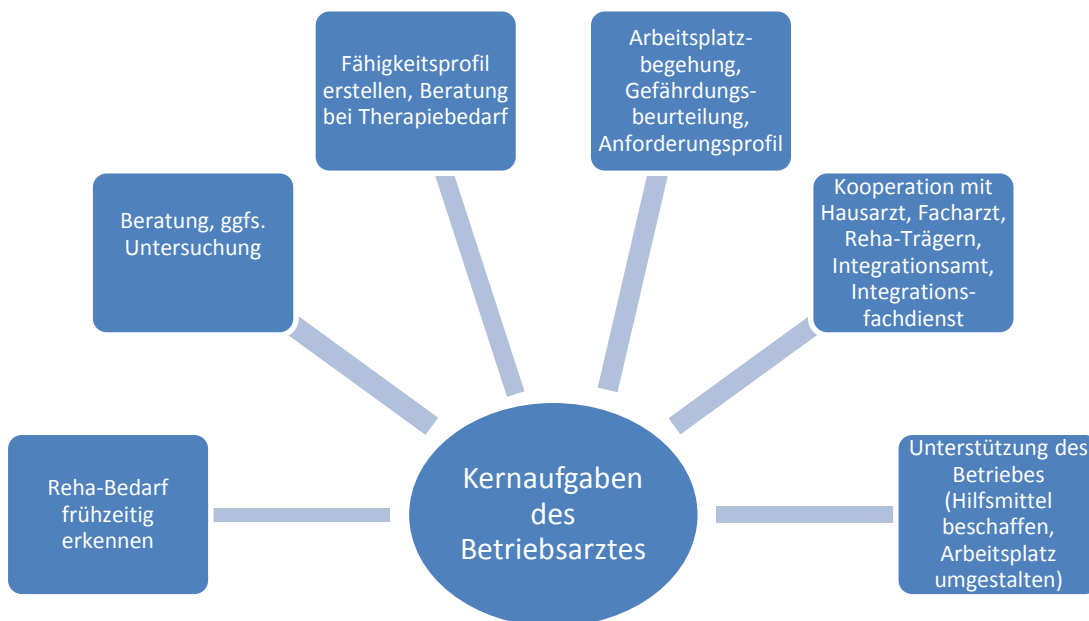


Abb. 4 Kernaufgaben des Betriebsarztes im BEM-Prozess

Sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber sollten auf mögliche arbeitsbedingte Gesundheitsschädigungen aufmerksam gemacht werden und über entsprechende Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz informiert werden.

Um die Notwendigkeit der Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen zu erklären, können Betriebsseminare zum Thema BEM veranstaltet werden. Dabei wird auf Ursachen und Symptome von arbeitsbedingten Erkrankungen eingegangen. Zu den Aufgaben eines Betriebsarztes gehören neben regelmäßigen Schulungen für das

Personal und arbeitsmedizinischer Vorsorge auch die Einleitung und Überprüfung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeiterkrankten. Dabei sind folgende betriebsärztliche Aktivitäten möglich (nach Panter 2013):

1. Antragstellung: Es wird ein Antrag auf Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (medizinische Reha) gestellt.
2. Betriebsärztliches Gespräch nach Abschluss der Reha (auch Rückkehr- oder Eingliederungsgespräch genannt): Dieses Abschlussgespräch wird vom Betriebsarzt dokumentiert, es dient der Besprechung von Verhalten und Vorgehen nach Rückkehr an den Arbeitsplatz. Gemeinsam mit dem Betroffenen erstellt der Arzt einen Vorgehensplan, der sich auf Empfehlungen aus dem Reha-Entlassungsbericht stützt. Falls erforderlich, kann dieser flexibel abgeändert und an die Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers angepasst werden.
3. Evaluation: Die Evaluation des Gesundheitszustandes dient der Feststellung, in welchem gesundheitlichen Zustand sich der Arbeitnehmer 6 Monate nach Abschluss der Reha befindet. Art und Umfang der ausgeführten Tätigkeiten sowie der aktuelle Gesundheitszustand werden dokumentiert. Anhand der Untersuchungsergebnisse entscheidet der Betriebsarzt darüber, ob bzw. welche Leistungen (z. B. weitere Reha oder BEM-Fortsetzung) notwendig sind.

Im Rehabilitationsprozess arbeitet der Betriebsarzt mit mehreren Einrichtungen zusammen (Abb. 5). Zusammen mit der Schwerbehindertenvertretung, gemeinsamen Servicestellen für Reha und dem Integrationsamt wird jeder Fall besprochen und nach der bestmöglichen Lösung für den Arbeitnehmer und den Betrieb gesucht (Panter 2013). Um den betroffenen Arbeitnehmer optimal auf die Rückkehr an seinen Arbeitsplatz vorzubereiten, brauchen Reha-Einrichtungen vom Betriebsarzt detaillierte Informationen. Untersuchungsbefunde, Befunde von arbeitsmedizinischer Vorsorge und arbeitsspezifische Informationen sind dabei von großer Bedeutung. Vom Arbeitnehmer muss jedoch eine Zustimmung zur Einsicht in diese Unterlagen eingeholt werden (Giesert & Wendt-Danigel 2011).

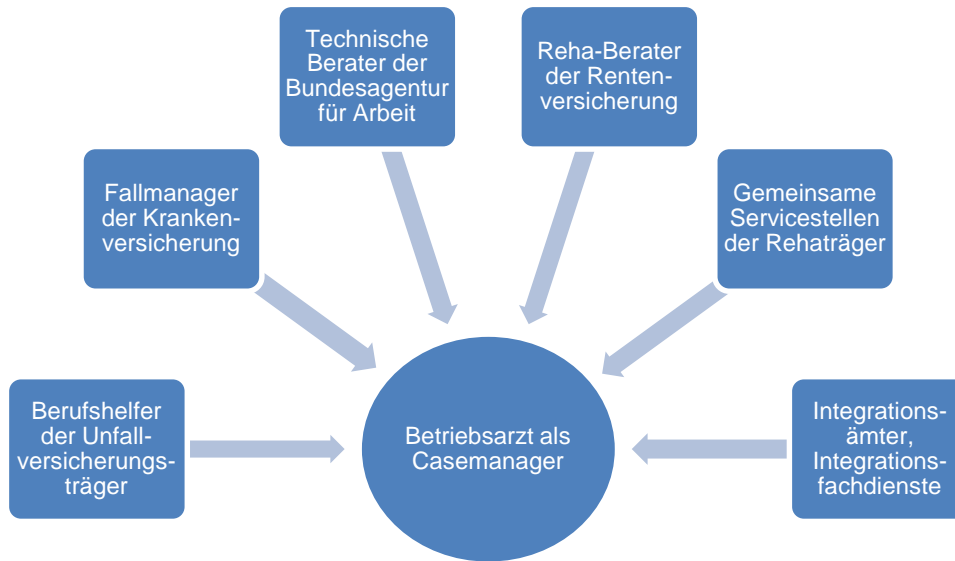


Abb. 5 Kooperationspartner des Betriebsarztes im Rehabilitationsprozess (modifiziert nach Giesert & Wendt-Danigel 2011)

Betriebsärzte beurteilen die individuelle Gesundheitslage, die Gestaltung von Arbeitsabläufen und die Arbeitsplatzbedingungen. Sie werden präventiv tätig, wenn die Gefahr einer bleibenden Gesundheitsschädigung besteht und sollten als "Gesundheitsmanager" fungieren, die Reha und Wiedereingliederungsprozess koordinieren (Panter 2013). Für Arbeitnehmer besteht auch die Möglichkeit, bei Bedarf und vor Erreichen der 6-wöchigen AU-Zeit auf eigenen Wunsch ein BEM zu beantragen. Diese Möglichkeit wird nur selten genutzt (Eggerer et al. 2007), könnte aber bei frühzeitiger Erkennung eines Handlungsbedarfes durch den Betriebsarzt angesprochen werden.

Externe Akteure. Für kleinere Unternehmen ist ein externer Berater besser geeignet, um die geringere Anzahl an Beschäftigten zu betreuen. Er hilft, einzelne Personen wieder in den Arbeitsablauf zu integrieren. Zu den externen Akteuren im BEM-Prozess gehören u. a. Haus- und Fachärzte, Integrationsämter, Beratungsstellen, Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen der Sozialversicherungsträger (Giesert & Wendt-Danigel 2011).

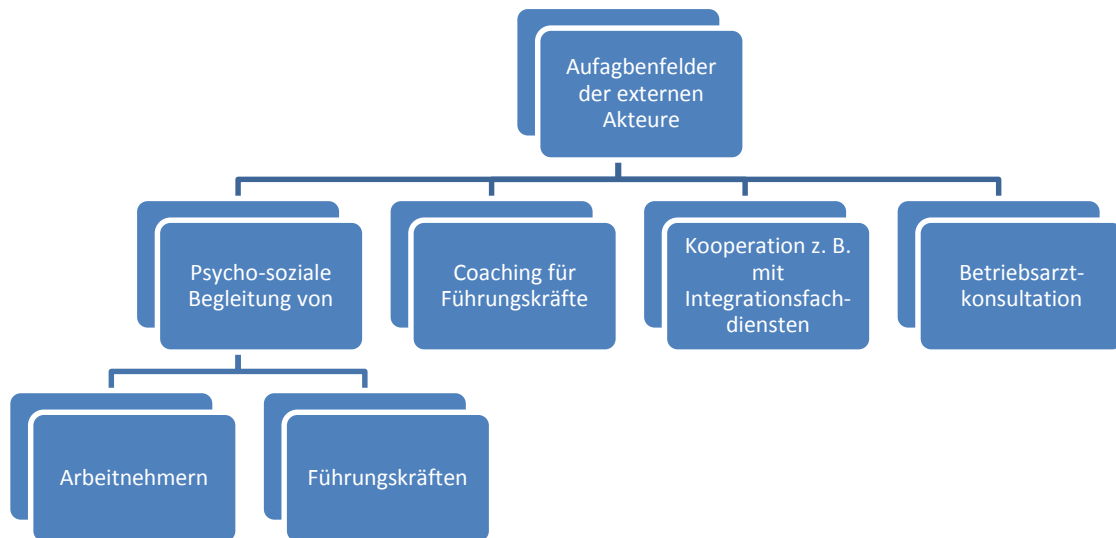


Abb. 6 Aufgabenfelder der externen Akteure im BEM-Prozess

Einen Überblick über die Aufgabenfelder der externen Akteure im BEM-Prozess gibt Abb. 6 (modifiziert nach Panter 2013, vgl. Giesert & Wendt-Danigel 2011). Dazu gehören neben Mitwirkung an der Koordinierung des Verfahrens u. a. auch Konsultationen und Weiterbildungen für Führungskräfte, deren Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung stetig erweitert werden sollten.

2.2.4 Verfahrensablauf bei der Durchführung von BEM-Maßnahmen

Das Vorgehen im BEM folgt einem festen Handlungsplan. Der Verfahrensablauf im BEM ist in Abb. 7 beschrieben (modifiziert nach Giesert & Wendt-Danigel 2011, Eggerer et al. 2007). Bei Bedarf können einzelne Punkte (beispielsweise die Fallbesprechungen) mehrmals durchgeführt werden.

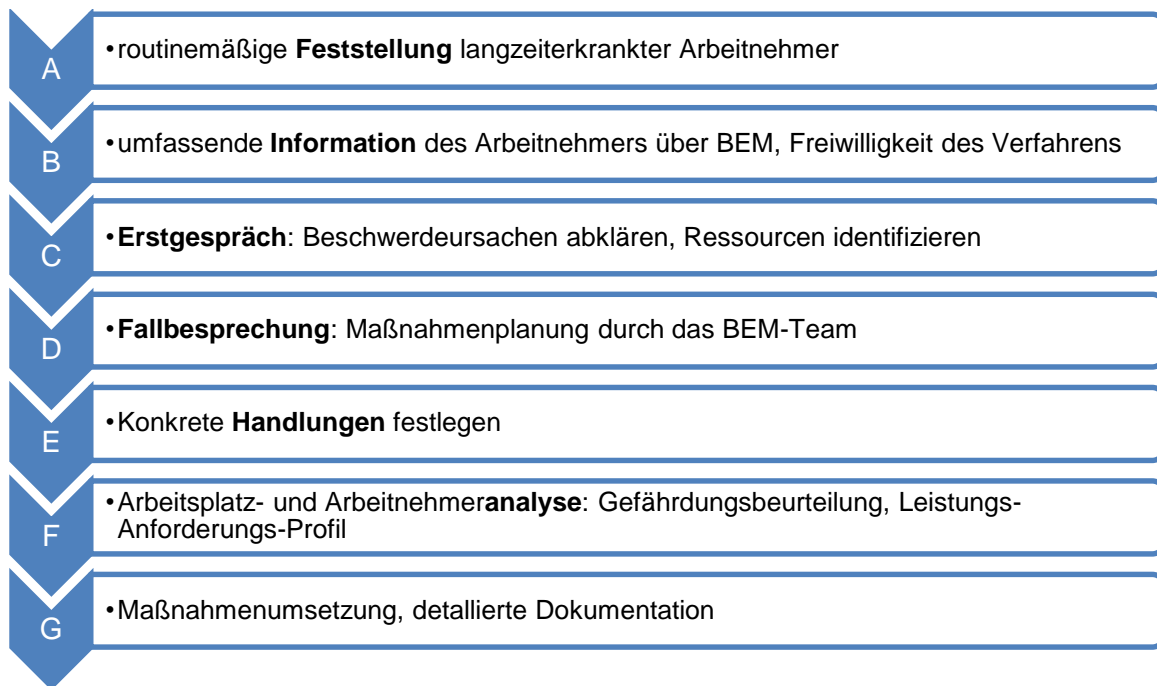


Abb. 7 Verfahrensablauf bei BEM-Maßnahmen

Wenn der Betriebsarzt deutliche Unterschiede zwischen beruflichen Anforderungen und den Möglichkeiten des Arbeitnehmers feststellt (Pkt. F in Abb. 7), sollte seine zukünftige Tätigkeit besser an ihn angepasst werden (Panter 2013). Beispielsweise kann dieselbe Person in einem anderen, weniger belastenden Arbeitsbereich eingesetzt werden. Der Arbeitsplatz sollte nach Möglichkeiten an die Bedürfnisse des Angestellten angepasst werden oder der Arbeitsprozess entsprechend abgeändert werden.

Die BEM-Akte ist zu vernichten, sobald sie ihren Zweck erfüllt hat und nicht länger für die Durchführung eines BEM benötigt wird (Battis 2004). Eine Aufbewahrungsdauer von ein bis drei Jahren scheint ratsam, da bis dann das BEM keine Bedeutung mehr für die Entwicklung des Arbeitsverhältnisses mehr hat (Gundermann & Oberberg 2006).

2.2.5 Dienstvereinbarungen zum BEM für LKR in Sachsen-Anhalt

Das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, das für die Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt zuständig ist, ist der gesetzlichen Pflicht nachgegangen und hat eine Dienstvereinbarung für die LKR dieses Bundeslandes erarbeitet. Sie wurde, in Anlehnung an § 84 SGB IX vom 01.05.2004, erstmals 2009 vom Kultusministerium verabschiedet und 2015 neu überarbeitet.

Die Dienstvereinbarung zwischen dem Landesschulamt (als Teil des

Landesverwaltungsamtes), dem Lehrerbezirkspersonalrat Nord und Süd, der Bezirksschwerbehindertenvertretung und dem Bereich Gleichstellung beider Regionen für die LKR in Sachsen-Anhalt ist in Anlage 4 zu finden. Das BEM-Team im Landesschulamts Sachsen-Anhalt besteht aus Vertretern des Arbeitgebers, des Lehrerbezirkspersonalrates, des Bereiches Gleichstellung, einer Vertrauensperson für Schwerbehinderte, dem Fallmanager und dem Beauftragten des Arbeitgebers nach § 98 SGB IX. Bei Bedarf können Vertreter der Schulleitung, der örtlichen Personalvertretung, Gleichstellungsbeauftragte der Schule, Betriebsarzt oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit involviert werden. Auch externe Stellen (Integrationsamt, Integrationsfachdienst, gemeinsame Servicestellen, Rehabilitationsträger, Krankenkassen, ggf. Arbeitsagentur) können konsultiert werden.

2.2.6 Verfahrensweise bei Durchführung von BEM an Schulen in Sachsen-Anhalt

Im folgenden Kapitel wird die Verfahrensweise bei Langzeiterkrankten an Schulen in Sachsen-Anhalt dargestellt und detailliert beschrieben.

Identifizieren der betroffenen LKR. Der erste Schritt besteht in der Identifizierung von Arbeitnehmern, die von einem BEM profitieren könnten. Dabei wird auf die Anzahl der Krankheitstage in einem Jahr geachtet, unabhängig davon, ob sie zusammenhängend oder verteilt aufgetreten sind.

Allen tarifbeschäftigten und verbeamteten Lehrkräften sowie allen Auszubildenden im Vorbereitungsdienst für Lehrerberufe, die innerhalb eines Jahres insgesamt mehr als 6 Wochen lang arbeitsunfähig waren, steht nach der Dienstvereinbarung (s. Anlage 4) die Möglichkeit offen, das BEM zu nutzen. Auf diese Weise wird versucht, nach längerer Krankheit die Rückkehr ins Arbeitsleben zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Kontaktaufnahme zu langzeiterkrankten LKR. LKR, die die o. g. Bedingungen erfüllen, werden schriftlich vom Personalsachbearbeiter des Schulamtes über die Möglichkeit eines BEM informiert. Es steht den Betroffenen frei, sich für oder gegen die Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu entscheiden. Die jeweilige Entscheidung des Arbeitnehmers wird schriftlich dokumentiert. Sämtliche Unterlagen, die mit dem BEM zusammenhängen, werden in einer speziellen BEM-Akte getrennt von der Personalakte aufbewahrt und 3 Jahre nach Abschluss des Verfahrens vernichtet (s. Anlage 4).

Erstgespräch. Möchte die betroffene Lehrkraft an einer BEM-Maßnahme teilnehmen, vereinbart sie mit dem Personalsachbearbeiter einen Termin und bestimmt, wer an dem Erstgespräch teilnehmen soll.

Verantwortlich für die Organisation des BEM ist von nun an der Fallmanager. Im Erstgespräch werden Ziele, Möglichkeiten und Grenzen einer BEM-Maßnahme besprochen (s. Anlage 4). Anschließend wird nach Ursachen der Erkrankung gesucht und ein möglicher Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld erkannt.

Je nach Ursache des Problems können entsprechende Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder zum Verhalten des Betroffenen gemacht werden. Diese Lösungsvorschläge werden vom BEM-Team und dem Betroffenen gemeinsam erarbeitet und anschließend nach Möglichkeiten zur Umsetzung gesucht. Hilfsangebote, von denen die LKR nichts weiß, kann sie auch nicht in Anspruch nehmen, deshalb sollte man sie ihr nahe legen.

Alle Daten, die im Rahmen des BEM erhoben werden, unterliegen dem Datenschutz (gem. Datenschutzgesetz). Die betroffene LKR erklärt schriftlich, welche Personen neben Mitgliedern des BEM-Teams Einsicht in ihre Akte haben dürfen. Der Fallmanager sammelt die notwendigen persönlichen Daten in einem Datenblatt, welches ausschließlich denen zugänglich ist, die direkt am BEM des Betroffenen mitwirken, und das in der BEM-Akte abgelegt wird.

Fallbesprechung. Das BEM-Team sowie evtl. andere vom Betroffenen ausgesuchte Personen werden vom Fallmanager zu einer Fallbesprechung eingeladen. Das Ziel ist es, konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten und einen Maßnahmenplan für die LKR fertig zu stellen.

BEM-Maßnahmenplan. Zum BEM-Maßnahmenplan können Änderungen der Arbeitsbedingungen oder -organisation gehören. Auch über eine stufenweise Wiedereingliederung, Versetzung oder Umschulung kann beraten und entschieden werden. Falls die Mitarbeit von weiteren Personen (z. B. Ärzten, Vertretern der Rentenversicherung o. a.) erforderlich ist, muss der Betroffene diese schriftlich von der Schweigepflicht entbinden (s. Anlage 4). Anschließend wird der erarbeitete Maßnahmenplan vom Fallmanager mit dem Betroffenen besprochen. Wenn der Betroffene einverstanden ist und sein Einverständnis schriftlich vorliegt, kann mit der Umsetzung des Planes begonnen werden. Im Laufe des BEM werden sich neu ergebende Probleme oder Änderungsmöglichkeiten in weiteren Fallbesprechungen

diskutiert. Jedes Mal wird das Ergebnis vom Fallmanager mit der betroffenen LKR anschließend besprochen.

Umsetzung des Maßnahmenplanes. Für die Umsetzung und Dokumentation des Planes ist der Fallmanager zuständig (s. Anlage 4). Dieser ist ein Mitglied des Landesschulamtes und betreut sämtliche BEM-Verfahren im Land Sachsen-Anhalt. Er informiert den BEM-Verantwortlichen des Personalreferates über den Sachstand und setzt sich mit beteiligten Stellen in Verbindung, deren Leistungen in Anspruch genommen werden. Über den Verlauf der BEM-Maßnahme wird das BEM-Team regelmäßig vom Fallmanager informiert. Bei Bedarf werden zusätzliche Treffen vereinbart und über die neu aufgetretene Situation beraten.

Überprüfung der Wirkung der BEM-Maßnahmen. Am Ende des BEM-Prozesses wird die Wirkung der BEM-Maßnahmen kontrolliert. Das BEM kann auf zwei Arten enden. Entweder erfolgreich - mit der Rückkehr der zuvor langzeiterkrankten LKR ins Arbeitsleben - oder erfolglos - aus mangelnder Mitarbeit seitens des Betroffenen oder anderen Gründen, wie z. B. wegen schwerwiegender Erkrankung, die ein weiteres Ausüben des Berufes unmöglich macht.

BEM-Fallbeispiele. Um den Ablauf der BEM-Maßnahmen im Landesschulamt Sachsen-Anhalt zu veranschaulichen, wurden in Anlage 5 einige Fallbeispiele mit unterschiedlichem Verlauf und Ausgang angeführt.

2.2.7 Studienlage zum BEM in Deutschland

Im folgenden Abschnitt wird auf zwei Studien eingegangen, die sich mit dem Thema „BEM“ befassen.

Projekt „EIBE – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“

Im Rahmen des „EIBE“-Projektes (Forschungsbericht 372) wurden erstmals inhaltliche Kriterien zur praktischen Anwendung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 entwickelt und beschrieben. Ziele, Ablauf sowie die beteiligten Akteure von BEM wurden schrittweise vorgestellt und dabei Umsetzungsmöglichkeiten präsentiert. Rechtliche Fragen wie beispielsweise der Datenschutz und die Dokumentation BEM-bezogener Angaben wurden geklärt. Praxishilfen sowie

Anleitungen und Musterblätter zur Anwendung sind im Manual-Teil enthalten (Eggerer 2007).

Das Projekt wurde gemeinsam von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE) und dem Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) durchgeführt. In die Datenerhebung flossen die Ergebnisse aus Befragungen mit 31 Akteuren im BEM-Prozess (Schwerbehindertenvertretung, Betriebsräte, Betriebsärzte, Arbeitgebervertreter) sowie 12 EIBE-Koordinatoren ein. Es wurden ebenfalls 18 Beschäftigte, die an einem Informationsgespräch teilgenommen hatten, befragt. Dabei wurden Daten zum Ablauf des BEM-Prozesses erhoben und Hinweisen auf das Bestehen von Veränderungsbedarf nachgegangen.

„Betriebliches Eingliederungsmanagement“ - Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX“

Nach dem Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales lag die Wirksamkeit von BEM bundesweit bei ca. 50 % (Niehaus et al. 2008). Es konnte festgestellt werden, dass die größte Bedeutung für die Akzeptanz von BEM unter Arbeitnehmern die Informationsvermittlung hat. Die erste Kontaktaufnahme mit den Betroffenen ging meistens von der Personalabteilung aus. Disability Manager stellten die Minderheit dar, konnten die Betroffenen aber besser von den Vorteilen eines BEM überzeugen. Dort, wo sie die Erstsprache übernahmen, stimmten signifikant mehr Personen der Einleitung eines BEM-Verfahrens zu (Niehaus et al. 2008).

Die Studie wurde vom Forschungsteam der Universität Köln um Prof. Niehaus durchgeführt. Zur Datenerhebung wurden u. a. bundesweite online- sowie schriftliche Befragungen von Betrieben, Unternehmen und Dienststellen durchgeführt. Auf diesem Wege äußerten sich 630 Personen, die mit BEM, Schwerbehinderten und Wiedereingliederung betraut sind. Die bundesweite Befragung in der Zeitschrift „Behinderter Mensch“ stellte eine weitere Datenquelle für diese Studie dar und lieferte 474 weitere Aussagen. Interviews mit Experten/innen der Projekte „job - Jobs ohne Barrieren“ sowie betrieblichen Experten bereicherten die gewonnen Erkenntnisse.

Die positiven Auswirkungen von BEM wurden noch zurückhaltend eingeschätzt. 36 % der befragten betrieblichen Vertreter waren der Auffassung, dass BEM die Anzahl an AU-Tagen senken kann. 18 % von ihnen bestätigten, dass durch den Einsatz von BEM-Maßnahmen die Anzahl an krankheitsbedingten Kündigungen gefallen ist (Niehaus et al. 2008). Zwar kam BEM in vielen Unternehmen/Dienststellen zur Sprache, es wurde

aber nicht flächendeckend angeboten. Vor allem in kleineren Betrieben bestand noch Entwicklungsbedarf.

2.3 Literaturrecherche zur Stressproblematik bei Lehrkräften

Es wurde eine Literaturrecherche in der Pubmed-Datenbank (Stichtag 27.05.2015) sowie in der Psynindex-Datenbank (Stichtag 15.07.2015) mit den Suchwörtern „teachers“ (Lehrer) und „strain“ (Belastung) durchgeführt. Eingeschlossen wurden Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften, die im Zeitraum von 1990 bis 2015 erschienen. Es wurden nur deutsche und englische freizugängliche Volltexte berücksichtigt. Das Vorgehen ist schematisch in Abb. 8 und Abb. 9 dargestellt. Eine Übersicht über die Ergebnisse der Literaturrecherche gibt Tab. 1.

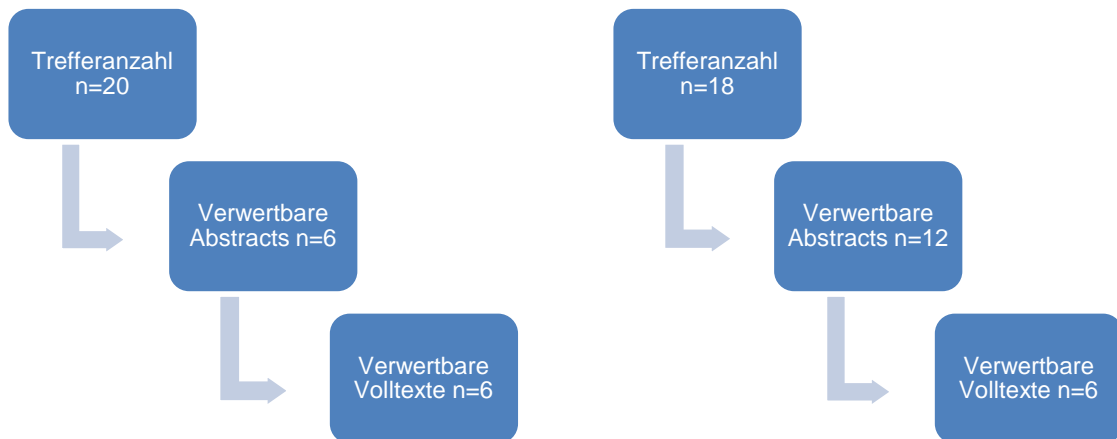


Abb. 8 PubMed-Recherche mit den Schlagwörtern „teacher“ AND „strain“

Abb. 9 Psynindex-Recherche mit den Schlagwörtern „teacher“ AND „strain“

Insgesamt konnten 12 Originalarbeiten identifiziert werden, die sich mit Belastungen, die auf LKR einwirken, beschäftigten. In drei Studien wurden nur LKR einer bestimmten Schulart untersucht (Gerwing 1994; Winkelmann & Gienke 2007; Leung et al. 2011), in den übrigen Fällen wurde bei der Auswahl der untersuchten LKR nicht nach der Schulart unterschieden. Acht Studien fanden in Deutschland statt (s. Tab. 1), eine zum Teil in Syrien (Schwarzer & Hallum 2008), zwei in China (Leung et al. 2011; Sun et al. 2011) und jeweils eine in Belgien (van den Tooren et al. 2011) und Brasilien (Porto et al. 2006). Drei Arbeiten untersuchten arbeitsbedingte Belastungsfaktoren (Gerwing 1994; Gläßer et al. 2010; Sun et al. 2011), zwei Studien den Einfluss von Selbstwirksamkeit auf das Stresserleben von LKR (Schwarzer & Hallum 2008; Wudy & Jerusalem 2011). Psychische Gesundheit und psychische Störungen wurden in zwei

Studien untersucht (Porto et al. 2006; Gläßer et al. 2010), eine Studie beschäftigte sich mit Schlafstörungen und deren negativen Folgen (Thiart et al. 2013). Die Auswirkungen von Schullärm wurden von Eysel-Gosepath et al. (2012) thematisiert. Auf die Lehrer-Schüler-Interaktion bzw. das Schülerverhalten und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit von LKR gingen zwei Studien ein (Winkelmann & Gienke 2007; Unterbrink et al. 2008).

Aus den gesichteten Publikationen ist erkennbar, dass psychische Belastungsfaktoren (Gerwing 1994; Porto et al. 2006; Unterbrink et al. 2008; Sun et al. 2011; van den Tooren et al. 2011) sowie protektive Faktoren und Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Winkelmann & Gienke 2007; Schwarzer & Hallum 2008; Gläßer et al. 2010; Leung et al. 2011; Wudy & Jerusalem 2011) häufiger untersucht wurden als physikalische und physiologische Faktoren (Eysel-Gosepath et al. 2012; Thiart et al. 2013). Der Schwerpunkt lag auf der Ausarbeitung von Methoden zur Schulung von LKR in Hinblick auf bessere Kompetenz im Umgang mit Belastungen. Die o. g. Autoren sind sich einig, dass psychische Belastungen im Lehrerberuf dominieren. In allen untersuchten Fällen konnte ein positiver Einfluss von Interventionsmaßnahmen zum Stressmanagement auf das Befinden und die Selbstwirksamkeit der LKR belegt werden.

Tab. 1 Übersicht über die Ergebnisse der Literatursuche in PubMed und Psyn dex

Quelle	Untersuchte Gruppe	Untersuchte Parameter	Vorgehen, Verfahren	Wichtigste Ergebnisse
Gerwnig 1994	21 LKR der Sekundarstufe I, an 101 Schultagen	Besonders belastende Aspekte der Lehrertätigkeit	Hassles-Konzept	Bevor LKR ihren eigentlichen Lehrauftrag wahrnehmen können, müssen sie eine Reihe an Hindernissen überwinden und Beeinträchtigungen durch Merkmale der Arbeitssituation hinnehmen
Porto et al. 2006	1024 LKR in Brasilien	Häufigkeit von psychischen Störungen	Querschnittsstudie, Fragebogen	44 % der LKR zeigten psychische Störungen, stark belastete LKR waren häufiger betroffen als weniger belastete
Winkelmann & Gienke 2007	13 Berufsschullehrkräfte in zwei BbS während 30 Unterrichtsstunden	Lehrer-Schüler-Interaktion	RHIA-Unterricht	LKR brauchen eine Erweiterung der Methodenkompetenz im Umgang mit kritische Situationen. Es wird ein Konfliktbewältigungstraining für Lehramtsstudenten und Berufsschullehrer entwickelt.
Schwarzer & Hallum 2008	1203 LKR in Deutschland und Syrien	Einfluss von Selbstwirksamkeit auf das Stresserleben	Querschnittsstudie und Längsschnittstudie über 1 Jahr	Selbstwirksamkeit stellt einen protektiven Faktor gegenüber der Entwicklung von Burnout-Symptomen dar
Unterbrink et al. 2008	949 LKR	Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbedingungen, persönlichen Eigenschaften und Gesundheitsvariablen	ERI (Siegrist 1996), MBI (Maslach 1984), GHQ12 (Goldberg & Williams 1988)	Feindliches Schülerverhalten hat den stärksten negativen Effekt auf das Befinden der LRK, positives Feedback seitens der Schüler und Eltern hatte protektiven Charakter gegenüber der Entwicklung von Burnout-Symptomen
Gläßer et al. 2010	753 LKR aus Rheinland-Pfalz	Psychische und physische Gesundheit, schulische Belastung, Belastungs-bewältigung, Lehrerergesundheitstage, Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Online-Studie	Für Risikogruppen sollten spezifische Gesundheitsangebote erarbeitet werden. Kritik seitens etlicher LKR an den Lehrerergesundheitstagen, weil sie nur einmal jährlich stattfinden und weder Rahmenbedingungen noch Arbeitsbelastung ändern können. Es besteht eine Optimierungsnotwendigkeit.

Leung et al. 2011	Sekundarschullehrkräfte in China: 70 in der Interventionsgruppe und 54 in der Kontrollgruppe	Wirksamkeit eines kurzen kognitiv-behavioralen Programms zur Reduktion des arbeitsbedingten Stresslevels	Quasi-experimenteller Ansatz	Das Programm war wirksam und reduzierte arbeitsbedingten Stress bei SEK-LKR.
van den Tooren et al. 2011	317 LKR in Belgien	Überprüfung der Matching-Hypothese in Bezug auf arbeitsspezifische Anforderungen und Ressourcen	Längsschnittstudie über 1 Jahr	Um den stressabpuffernden Effekt von Ressourcen zu zeigen, ist es ohne Bedeutung, ob die arbeitsspezifischen Anforderungen und Ressourcen gematched werden und ob individuelle Unterschiede in den spezifischen aktiven Bewältigungsstrategien berücksichtigt werden oder nicht
Sun et al. 2011	827 LKR an Universitäten in China	Arbeitsbezogene Belastungsfaktoren	Querschnittsstudie, Fragebogen PSQ (Levenstein et al. 1993)	Psychische Belastungen stellen den Hauptrisikofaktor dar
Wudy & Jerusalem 2011	102 LKR in der Untersuchungsgruppe vs. 37 LKR in der Kontrollgruppe innerhalb von 3 Jahren	Einfluss von Selbstwirksamkeit auf das Stresserleben	Teilnahme an Interventionsprojekten für Schüler	Die Untersuchungsgruppe hatte signifikant bessere Veränderungen von Selbstwirksamkeit, kognitiver Belastung und emotionaler Erschöpfung als die Kontrollgruppe. Ergebnis war unabhängig von Schulart, Geschlecht und Berufserfahrung
Eysel-Gosepath et al. 2012	43 LKR zwischen 25 und 64 Jahren	Lärmbedingte Beschwerden bei LKR in vers. Altersklassen sowie Voll- und Teilzeitbeschäftigten	Fragebogen	68 % der LKR fühlen sich durch den Schullärm gestört, v. a. LKR, die über 45 J alt waren, litten unter Schlafstörungen, 81 % der älteren LKR berichteten über einen signifikanten Anstieg an Beschwerden im Laufe des Berufslebens
Thiart et al. 2013	128 LKR mit Schlafstörungen	Einfluss von Online-Schlaftraining auf das Auftreten von Beschwerden durch Schlafmangel	2-armige randomisierte Kontrollstudie	Ergebnisse standen zum Zeitpunkt der Publikation noch aus

3 Fragestellungen

Das Ziel der hier vorgelegten Promotionsarbeit besteht darin, zu prüfen, ob und in welchem Maß die zunehmende Etablierung des BEM im Lehrerberuf die Anzahl an LZ-Erkrankungen unter LKR in diesem Bundesland reduzieren konnte.

Im Rahmen dieser Arbeit wird nach Antworten auf folgende Fragen gesucht:

1. Welchen Veränderungen unterliegen die Personalzahl insgesamt sowie die Anzahl an verbeamteten und angestellten LKR in Sachsen-Anhalt im Untersuchungszeitraum?
2. Welche Unterschiede ergeben sich im Vergleich der Regionen Nord und Süd des Landes Sachsen-Anhalt (LSA)?
3. Welche Geschlechterstruktur liegt bei LKR im LSA vor und welche bei denen, die von Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit betroffen sind oder am BEM teilnehmen?
4. Welche Unterschiede ergeben sich im Schularvergleich?
5. Wie hoch ist der Anteil an LZ-Erkrankten LKR und welcher Anteil der Lehrkräfte scheidet wegen Dienstunfähigkeit frühzeitig aus dem Dienst aus?
6. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus (Beamte/Angestellte) und der Häufigkeit an frühzeitigen Renteneintritten?
7. Welcher Anteil der angebotenen BEM-Maßnahmen wird angenommen? Gibt es hierbei schulartspezifische Unterschiede?
8. Sinkt die Anzahl der LZ-Erkrankten mit zunehmender BEM-Etablierung im Untersuchungsverlauf?
9. Welchen Anteil der BEM-Teilnehmer machen Schwerbehinderte aus?
10. Wie sind der Kenntnisstand zu Lehrergesundheit und das methodische Vorgehen bei der Erhebung und Auswertung von Daten zu diesem Thema in anderen Bundesländern? Welche Schlüsse sind andernorts möglich, die in Sachsen-Anhalt nicht möglich sind?
11. Welche Veränderungen in der Datenerhebung sind notwendig, um Antworten auf noch offenen Fragen zu finden?

4 Material und Methodik

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die untersuchte Stichprobe, deren Sekundärdaten es auszuwerten galt, bestand aus weiblichen sowie männlichen Lehrkräften, die im Untersuchungszeitraum (2007 bis 2013) in einem Beamten- oder Angestelltenverhältnis in Sachsen-Anhalt standen. Die Datenerhebung fand in Sachsen-Anhalt statt, das schulverwaltungstechnisch in zwei Regionen geteilt ist - die Region Nord und die Region Süd. Untersucht wurden sowohl die Daten von gesunden als auch von erkrankten Lehrkräften, wobei auf Daten von LZ-Erkrankten und LKR mit verschiedenen Graden der Behinderung genauer eingegangen wurde. Die Datenerhebung berücksichtigt außerdem die Schulart, an der unterrichtet wurde. Dabei wird zwischen Grundschulen (GS), Sekundarschulen (SEK), Gymnasien (GYM), Förderschulen (FÖS) sowie Berufsbildenden Schulen (BbS) unterschieden.

4.2 Beschreibung der Rohdaten

Als Grundlage für die Auswertung dienten Sekundärdaten des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt, die für die Jahre 2007 bis 2013 zur Verfügung gestellt wurden. Diese wurden im November/Dezember 2011 (Datensatz I) und Januar 2015 (Datensatz II) an den Bereich Arbeitsmedizin der OvGU übermittelt. Einen Überblick über die erhaltenen Daten gibt Tab. 2

Tab. 2 Übersicht über die Sekundärdaten der Studie aus Sachsen-Anhalt

Datensatz	Übermittelte Daten vom Landesschulamt (ehem. Landesverwaltungsamt) Sachsen-Anhalt
I (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angaben über die Anzahl verbeamteter und angestellter LKR für die Schuljahre 2007/2008 bis 2010/2011. 2. Angaben zum prozentualen Anteil der Beamten an der Gesamtzahl der LKR in den Schuljahren 2007/2008 bis 2010/2011. 3. Angaben zur Gesamtzahl an LKR in der Region Nord, Region Süd sowie in ganz Sachsen-Anhalt für die Schuljahre 2007/2008 bis 2010/2011. 4. Angaben über die prozentuale Verteilung von Sachsen-Anhalts LKR auf die Regionen Nord und Süd für die Schuljahre 2007/2008 bis 2010/2011.

5. Angaben zur Anzahl an AU-Fällen für die Schuljahre 2009/2010 bis 2010/2011. Keine Angaben zu den Schuljahren 2007/2008 bis 2008/2009.

Anmerkung des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt, 2011: *„Krankheitsvorgänge und Angaben zu den befristeten Behinderungen werden aus Datenschutzgründen nach Ablauf von 2 Jahren – bezogen auf Diensteintrittsdatum bzw. Fristdatum bei befristeter Behinderung grundsätzlich gelöscht.“*

6. Angaben zur Anzahl an LZ-Erkrankten für die Schuljahre 2007/2008 bis 2010/2011.
7. Angaben zum Krankenstand unter LKR in den Regionen Nord und Süd für die Schuljahre 2009/2010 bis 2010/2011. Keine Angaben zu den Schuljahren 2007/2008 bis 2008/2009.
8. Angaben zur Anzahl der LZ-Erkrankten in den Regionen Nord und Süd für die Schuljahre 2007/2008 bis 2010/2011.
9. Angaben zum Anteil schwerbehinderter LZ-erkrankter LKR, die einer BEM-Einleitung zugestimmt haben für das Kalenderjahr 2010. Die Gesamtzahl der schwerbehinderten BEM-Teilnehmer wurde für beide Regionen angegeben. Die Anzahl an schwerbehinderten mit einem GdB von 30 % - 40 % / 50 % - 60 % / 70% und mehr wurde nur für die Region Süd angegeben.
10. Angaben zur Gesamtzahl an BEM-Einleitungen in den Regionen Nord und Süd sowie die Anzahl an Männern und Frauen, die 2010 einem BEM zugestimmt haben.
11. Angaben zur Gesamtzahl an BEM-Angeboten und -Einleitungen in den Regionen Nord und Süd sowie unterteilt nach Schulart (GS, FÖS, SEK, GYM, BbS). Anmerkung des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt, 2011: *„Die Abweichung von 140 tatsächlich eingeleiteten und durchgeführten BEM-Fällen zu 159 eingeleiteten BEM-Fällen ergibt sich aus der Tatsache, dass 19 Lehrkräfte nach Unterschrift der BEM-Vereinbarung, aber vor Durchführung des Erstgespräches BEM abgesagt haben. Die 19 Lehrkräfte lassen sich nicht mehr aus den Schulformen herausrechnen.“*
12. Angaben zur Anzahl an BEM-Einleitungen in den verschiedenen Landkreisen der Region Nord und Süd im Kalenderjahr 2010 - darauf wurde in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.
13. Angaben zur Teilnahme an BEM in den Regionen Nord und Süd im Kalenderjahr 2010, unterteilt nach Betreuungsdauer - darauf wurde in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.
14. Angaben zur Anzahl an LKR, die in den Kalenderjahren 2007 bis 2011 wegen Dienst-, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit ausgeschieden sind, unterteilt nach Region, Status (Beamte/Angestellte) sowie Geschlecht.

	<p>15. Angaben zur Anzahl an LKR, die in den Kalenderjahren 2007 bis 2011 wegen Dienst-, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit ausgeschieden sind, unterteilt nach Schulart (GS, FÖS, SEK, GYM - Ges.S, BbS) sowie Beschäftigungsstatus.</p>
II (2015)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angaben zur Anzahl an LKR in ganz Sachsen-Anhalt in den Schuljahren 2011/2012 bis 2012/2013, unterteilt nach Status (Beamte/Angestellte). 2. Keine Angaben zur Anzahl der AU-Fälle unter LKR in den Schuljahren 2011/2012 bis 2012/2013, „da eine Löschung von Vorgängen Frist älter 2 Jahre erfolgte“ (Anmerkung des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt, 2015). 3. Angaben zur Anzahl an LZ-Erkrankten LKR in den Regionen Nord und Süd in den Schuljahren 2011/2012 bis 2012/2013. 4. Angaben zur Anzahl an BEM-Angeboten und -Einleitungen in den Regionen Nord und Süd in den Kalenderjahren 2011 bis 2013, unterteilt nach Schulart (GS, FÖS, SEK, GYM, BbS). 5. Angaben zur Anzahl an BEM-Einleitungen in den Kalenderjahren 2011 bis 2013 unterteilt nach Landkreisen der Regionen Nord und Süd - darauf wurde in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. 6. Angaben zur Gesamtanzahl sowie zur Anzahl an männlichen und weiblichen BEM-Teilnehmern in den Regionen Nord und Süd in den Kalenderjahren 2011 bis 2013. 7. Angaben zur Altersstruktur der BEM-Teilnehmer in den Kalenderjahren 2011 bis 2013 für die Region Süd sowie 2012 bis 2013 für die Region Nord. Für 2011 liegen keine Angaben aus der Region Nord vor - darauf wurde in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. 8. Angaben zur Anzahl an BEM-Einleitungen in ganz Sachsen-Anhalt in den Kalenderjahren 2011 bis 2013 in den Regionen Nord und Süd, unterteilt nach Status (Beamte/Angestellte). Keine Angaben über den Status der LKR 2011 in der Region Nord. 9. Angaben zur Anzahl und beruflichen Stellung der BEM-Teilnehmer in den Regionen Nord und Süd in den Kalenderjahren 2011 bis 2013 - darauf wurde in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. 10. Anzahl an BEM-Einleitungen bei schwerbehinderten (mit GdB von 30 % - 40 % / 50 % - 60 % / 70% und mehr) oder ihnen gleich gestellten LKR in den Regionen Nord und Süd in den Kalenderjahren 2011 bis 2013. Für die Region Nord 2011 ist nur die Gesamtzahl an schwerbehinderten BEM-Teilnehmern bekannt, keine Angaben zur Anzahl der Teilnehmer mit verschiedenen GdB.

4.3 Beschreibung der abgeleiteten Daten

Anhand der vom Landesschulamts Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellten Sekundärdaten konnten zahlreiche weiterführende Berechnungen durchgeführt werden. Diese werden in der folgenden Tab. 3 zusammengefasst und beschrieben.

Tab. 3 Abgeleitete Daten

Bezeichnung	Inhalt der Tab. / Abb.
	Ergebnisse in 5.1 wurden anhand von Informationen aus I.1, I.2, I.3, I.4 sowie II.1 berechnet.
Tab. 4, Tab. 5 Tab. 6	Angaben zur Anzahl und %-Anteil der LKR in Sachsen-Anhalt, unterteilt nach Beschäftigungsstatus und Region, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Abb. 10	Veränderung des Anteils von verbeamteten und angestellten LKR an der Gesamtzahl der LKR in Sachsen-Anhalt im regionalen Vergleich, 2007/08 - 2012/13
	Ergebnisse in 5.2 leiten sich aus I.5, I.7 und II.2 ab.
Tab. 7	Anzahl der AU-Fälle unterteilt nach Region, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015
	Ergebnisse in 5.3 wurden anhand von Informationen aus I.14 und I.15 berechnet. Die Tabellen 20 und 21 (in Anlage 2), stellen die Grundlage für weitere Berechnungen in 5.3 dar.
Tab. 20 (in Anlage 2)	Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Geschlecht, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Tab. 21 (in Anlage 2)	Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Beschäftigungsstatus, modifiziert nach interner Information von Landesschulamts Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Tab. 8	Anzahl und %-Anteil der verbeamteten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind im regionalen Vergleich, 2007-2011
Tab. 9	Anzahl und %-Anteil der angestellten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind im regionalen Vergleich, 2007-2011
Tab. 10	Anzahl und %-Anteil aller LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, 2007-2011

Tab.11 Abb.11	Gesamtzahl an männlichen und weiblichen LKR die 2007-2011 aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind sowie Anteil an der Gesamtzahl der LKR im Land Sachsen-Anhalt,
Tab. 12	Krankheitsbedingter Dienstausscheid im Geschlechtervergleich, 2007-2011
Tab.13	Schulartvergleich: LKR die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind
Abb.12	Anzahl an LKR, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, nach Schulart, Region und Kalenderjahr, berechnet anhand interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015
	Ergebnisse in 5.4 leiten sich aus I.6, I.8 und II.3 ab.
Abb.13	Anzahl der LZ-erkrankten LKR nach Region und Schuljahr, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Tab.14	Anzahl und prozentualer Anteil der LZ-erkrankten LKR an allen LKR im regionalen Vergleich
	Ergebnisse in 5.5 leiten sich aus I.9 - I.13 und II.4-II.10 ab. Die Tabellen 22 und 23 (in Anlage 2), stellen die Grundlage für weitere Berechnungen in 5.5 dar.
Tab. 22 Tab. 23 (in Anlage 2)	Prozentualer Anteil der eingeleiteten BEM-Maßnahmen an allen BEM-Angeboten in der Regionen Nord und Süd, unterteilt nach Schulart
Abb.14	BEM-Einleitungen unterteilt nach Region sowie Geschlecht, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Abb. 15 Abb. 16	BEM-Angebote und -Einleitungen unterteilt nach Schulart, in den Regionen Nord und Süd modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Tab. 15 Tab. 16	Gesamtzahl an BEM-Angeboten und -Einleitungen in den Regionen Nord und Süd, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015. Anschließend - Berechnung des prozentualen Anteils der angenommenen Angebote
Abb.17	BEM-Akzeptanz im Schulartvergleich, Darstellung von Mittelwert und Standardabweichung
Tab. 17	Prozentualer Anteil eingeleiteter BEM-Maßnahmen gemessen an allen BEM- Angeboten
Tab. 18	Anzahl der BEM-Teilnehmer in den Regionen Nord und Süd, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015
Abb. 18	Anzahl der BEM-Teilnehmer mit verschiedenen GdB, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015

Tab. 19	Anteil Schwerbehinderter BEM-Teilnehmer an allen BEM-Teilnehmern in den Regionen Nord und Süd
---------	---

4.4 Statistik

Bei den Rohdaten handelt es sich um eine Vollerhebung des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt. Statistische Methoden wurden im explorativen Sinne angewendet, um systematische Veränderungen von zufälligen Entwicklungen abzugrenzen. Die Ergebnisse sind als Arbeitshypothesen für zukünftige Untersuchungen anzusehen.

Die Daten wurden zunächst im Excel-Format ausgearbeitet, um später die deskriptive Statistik mit diesen Daten mit Hilfe von SPSS 22 durchzuführen. Die statistische Analyse umfasste die Auszählung der interessierenden Angaben (absolute Anzahl) und die Berechnung von prozentualen Anteilen einschließlich 95%-Konfidenzintervall (KI) (Clopper-Pearson-Methode).

Zum Vergleich der verschiedenen Schularten sowie der Region und des Beschäftigungsstatus wurden die je Erhebungsjahr ermittelten Angaben in Varianzanalysen mit wiederholten Messungen (Huynh-Feldt-Statistik; nachgestellte paarweise Vergleiche mittels Bonferroni-Korrelation) bzw. im t-Test gegenübergestellt. Die zeitliche Entwicklung dieser Angaben wurde mittels Pearson-Korrelationskoeffizient geprüft. Alle Testfehler wurden zum Niveau 0,05 berechnet.

5 Ergebnisse

5.1 Anzahl und Beschäftigtenstatus der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt

In diesem Abschnitt werden Daten zu Anzahl der LKR in Sachsen-Anhalt sowie nach Status (Beamte / Angestellte) zusammengefasst. In Tab. 4, Tab. 5 und Tab. 6 sind die statistischen Angaben zu Anzahl und prozentualen Anteil der Lehrkräfte (LKR) in Sachsen-Anhalt nach den Schuljahren 2007/08 bis 2012/13 und dem Beschäftigungsstatus dargestellt.

Tab. 4 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte im LSA nach Status

Schuljahr	LKR gesamt LSA	LKR gesamt Beamte		LKR gesamt Angestellte	
		Anzahl	%	Anzahl	%
2007/08	22.336	3.951	17,7	18.385	82,3
2008/09	21.492	3.938	18,3	17.554	81,7
2009/10	20.698	3.939	19,0	16.759	81,0
2010/11	19.783	3.967	20,0	15.816	80,0
2011/12	19.162	4.268	22,3	14.894	77,7
2012/13	18.363	4.389	23,9	13.974	76,1

Tab. 5 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte nach Status in der Region Nord

Schuljahr	LKR gesamt Nord	LKR Beamte Nord		LKR Angestellte Nord	
		Anzahl	%	Anzahl	%
2007/08	11.185	1.980	17,7	9.205	82,3
2008/09	10.798	1.975	18,3	8.823	81,7
2009/10	10.411	1.974	19,0	8.437	81,0
2010/11	9.951	1.981	19,9	7.970	80,1
2011/12	9.657	2.168	22,4	7.489	77,6
2012/13	9.260	2.227	24,0	7.033	76,0

Tab. 6 Anzahl und prozentualer Anteil der Lehrkräfte nach Status in der Region Süd

Schuljahr	LKR gesamt Süd	LKR Beamte Süd		LKR Angestellte Süd	
		Anzahl	%	Anzahl	%
2007/08	11.151	1.971	17,7	9.180	82,3
2008/09	10.694	1.963	18,3	8.731	81,7
2009/10	10.287	1.965	19,1	8.322	80,9
2010/11	9.823	1.986	20,2	7.846	79,8
2011/12	9.505	2.100	22,0	7.405	78,0
2012/13	9.103	2.162	23,8	6.941	76,2

Die Anzahl an Lehrkräften insgesamt verringerte sich im Betrachtungszeitraum von 22.336 (2007/08) auf 18.363 (2012/13), das entspricht einer Reduzierung um 17,8 %. Dabei war in der Region Nord eine Abnahme von 11.185 auf 9.260 LKR zu verzeichnen, d. h. um 17,2 %. Diese Tendenz war auch in der Region Süd zu beobachten – um 18,4 % von 11.151 auf 9.103.

Bei der Betrachtung der statistischen Daten in den Statusgruppen fiel auf, dass der Anteil der Beamten an der Gesamtzahl der LKR im Durchschnitt um 6,3 % zunahm. Dieser Prozess war in beiden Regionen annähernd gleich stark ausgeprägt.

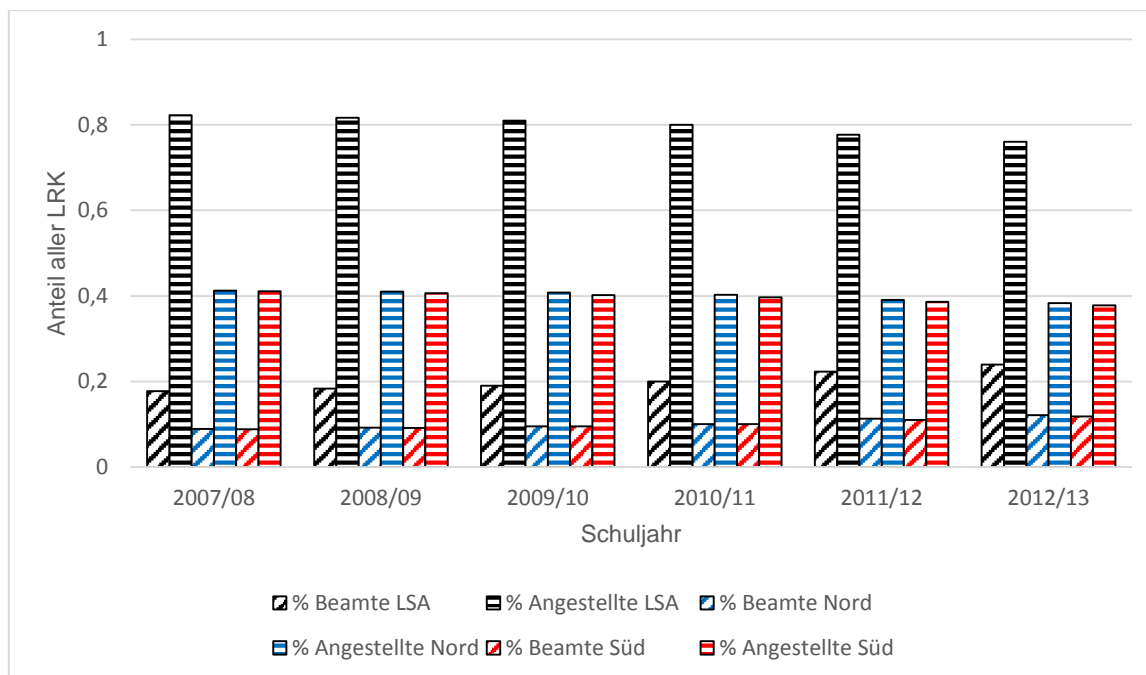


Abb. 10 Prozentualer Anteil der Beamten und Angestellten an allen LKR in Sachsen-Anhalt nach Region

Abb. 10 stellt im Regionalvergleich dar, in welchem Beschäftigungsverhältnis sich die LKR in Sachsen-Anhalt im Untersuchungszeitraum befanden.

5.2 Arbeitsunfähigkeit

Im Folgenden werden Daten zur AU-Statistik vorgestellt. Es liegen nur Informationen zur Anzahl der AU-Fälle in den Schuljahren 2009/2010 und 2010/2011 vor.

Tab. 7 Anzahl der AU-Fälle bei LKR in Sachsen-Anhalt nach Region

Schuljahr	AU-Fälle gesamt LSA	AU-Fälle Bereich Nord	AU-Fälle Bereich Süd
2007/2008	k.A.*	k.A.*	k.A.*
2008/2009	k.A.*	k.A.*	k.A.*
2009/2010	13.150	6.202	6.948
2010/2011	14.046	6.865	7.181
2011/2012	k.A.*	k.A.*	k.A.*
2012/2013	k.A.*	k.A.*	k.A.*

k.A.* = keine Angaben

Daten, die zum Zeitpunkt der Freigabe durch das Landesschulamt älter als 2 Jahre waren, wurden vernichtet. Die zur Verfügung gestellten Daten sind in Tab. 7 dargestellt. Für die übrigen Schuljahre liegen keine Angaben vor. Im Schuljahr 2009/2010 sind 63,5 % der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt mindestens einmal krank gewesen, im Schuljahr 2010/11 waren es 71 %.

Im Verlauf des Beobachtungszeitraumes war ein Anstieg der Anzahl von AU-Fällen zu bemerken. Zu erkennen ist, dass es in der Region Süd mehr AU-Fälle gab als in der Region Nord. Im Schuljahr 2009/2010 war es ein Unterschied von 10,7 %, im darauffolgenden Schuljahr von nur 4,4 %.

5.3 Ausscheid und frühzeitige Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit

Es folgen Daten zur frühzeitigen Dienst- (bei Beamten) bzw. Berufsunfähigkeit (bei Angestellten). Diese leiten sich größtenteils aus Tab. 20 und Tab. 21 in Anlage 2 ab. Die Inhalte dieser beiden Tabellen wurden aus internen Informationen des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt berechnet.

In Tab. 8 sind Informationen zu verbeamteten Lehrkräften zusammengefasst.

Tab. 8 Anzahl und prozentualer Anteil der verbeamteten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Jahr	Gesamt Sachsen-Anhalt			Region Nord			Region Süd		
	Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden		Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden		Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden	
		Anzahl	%		Anzahl	%		Anzahl	%
2007	3.951	7	0,18	1.980	5	0,25	1.971	2	0,10
2008	3.938	6	0,15	1.975	2	0,10	1.963	4	0,20
2009	3.939	3	0,08	1.974	3	0,15	1.965	0	0
2010	3.967	4	0,10	1.981	1	0,05	1.986	3	0,15
2011	4.268	8	0,19	2.168	3	0,14	2.100	5	0,24

Der Anteil an allen Beamten in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen im Untersuchungszeitraum aus dem Dienst ausgeschieden sind, nimmt Werte von minimal 0,08 % (2009) und maximal 0,19 % (2011) von der Gesamtstichprobe ein.

Unter angestellten LKR ist der Anteil an gesundheitlich bedingten Frühberentungen etwas höher (s. Tab. 9), er liegt zwischen 0,2 % und 0,25 % und variiert kaum über die Zeit der Untersuchung.

Tab. 9 Anzahl und prozentualer Anteil der angestellten LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Jahr	Gesamt Sachsen-Anhalt			Region Nord			Region Süd		
	Anzahl Angestellte	Angestellte ausgeschieden		Anzahl Angestellte	Angestellte ausgeschieden		Anzahl Angestellte	Angestellte ausgeschieden	
		Anzahl	%		Anzahl	%		Anzahl	%
2007	18.385	38	0,20	9.205	25	0,27	9.180	13	0,14
2008	17.554	38	0,21	8.823	9	0,10	8.731	29	0,33
2009	16.759	37	0,22	8.437	16	0,18	8.322	21	0,25
2010	15.816	40	0,25	7.970	16	0,20	7.846	24	0,30
2011	14.894	32	0,21	7.489	21	0,28	7.405	11	0,14

Im Nord-Süd Vergleich der angestellten LKR lässt sich erkennen, dass in der Region Nord 2007 und 2011 die meisten krankheitsbedingten Dienstausscheide notiert wurden, gleichzeitig aber auch die wenigsten für die Region Süd. Dagegen lag 2008 die Region Süd mehr als 3-fach über den Werten der Region Nord. Eine gleichbleibende Tendenz liegt hier nicht vor.

Tab. 10 fasst die Daten für das Land Sachsen-Anhalt zusammen.

Tab. 10 Anzahl und prozentualer Anteil aller LKR in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Kalenderjahr	LKR gesamt (Anzahl)	LKR ausgeschieden	
		Anzahl	%
2007	22.336	45	0,201
2008	21.492	44	0,204
2009	20.698	40	0,193
2010	19.783	49	0,247
2011	19.162	43	0,224

Der Anteil an Fällen von krankheitsbedingter Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit stieg im Verlauf an, obwohl die Anzahl an LKR, die betroffen waren, sich nur geringfügig geändert hat und 2011 sogar etwas geringer als 2007 war. Ursache dafür ist die sinkende Gesamtzahl an LKR in Sachsen-Anhalt. Es ist anzumerken, dass die Gesamtzahl der LKR in Schuljahren und die Anzahl an Fällen von Dienst- und Berufsunfähigkeit in Kalenderjahren angegeben sind.

Zum Vergleich der Regionen Nord und Süd des LSA und des Beschäftigungsstatus wurden die je Erhebungsjahr ermittelten Angaben zum krankheitsbedingten Dienstausscheid im t-Test gegenübergestellt. In beiden Regionen Sachsens-Anhalts sind die Mittelwerte (MW) der Anzahlen an Dienst- bzw. Berufsunfähigkeiten (DU bzw. BU) ähnlich (MW Nord = 0,14; MW Süd = 0,14). Der Vergleich der DU von verbeamteten LKR der Region Nord und Süd ergab demnach keinen signifikanten Unterschied. Eine ähnliche Situation liegt für die angestellten LKR der beiden Regionen vor (MW Nord = 0,21; MW Süd = 0,23). Demgegenüber zeigte sich bei dem Vergleich der beiden Statusgruppen (MW DU Beamte gesamt = 0,14; MW BU Angestellte gesamt = 0,22) ein signifikanter Unterschied ($p = 0,048$) in der Häufigkeit der Fälle von krankheitsbedingtem Dienstausscheid. Die Untersuchung der zeitlichen Zusammenhänge wurde mittels Korrelationsanalyse durchgeführt. Dabei ergab kein Vergleich Hinweise auf einen statistisch signifikanten Effekt.

Bei der Auswertung der Daten unter dem Aspekt des Geschlechtes der Betroffenen, lässt sich erkennen, dass die Mehrzahl weiblich ist (s. Tab.11).

Tab. 11 Anzahl und prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der LKR von Lehrern und Lehrerinnen in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Kalenderjahr	Frauen LSA		Männer LSA	
	Anzahl	% von der Gesamtstichprobe	Anzahl	% von der Gesamtstichprobe
2007	32	0,14	13	0,05
2008	32	0,15	12	0,05
2009	35	0,17	5	0,02
2010	36	0,18	13	0,06
2011	35	0,18	8	0,04

Im Nord-Süd-Vergleich (s. Abb. 11) lassen sich regionale Unterschiede feststellen.

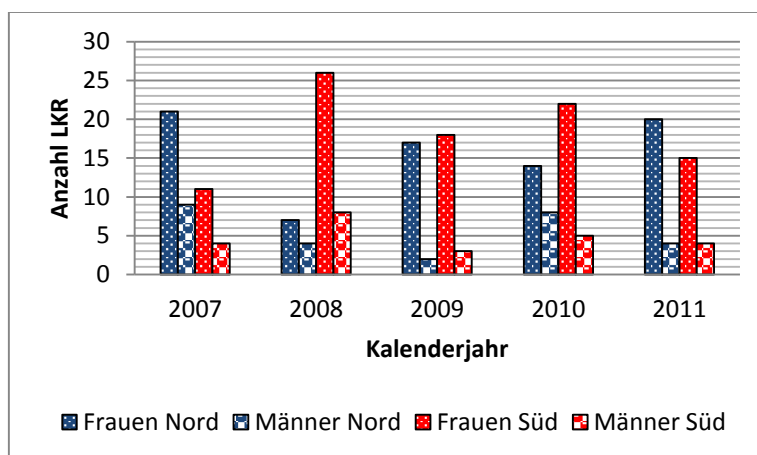


Abb. 11 Anzahl der Lehrer und Lehrerinnen, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, nach Kalenderjahr und Region

In der Region Nord sind in den Jahren 2007 bis 2011 insgesamt 79 weibliche und 27 männliche Lehrkräfte ($\Sigma = 106$) aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden. In der Region Süd waren im genannten Zeitraum insgesamt 91 weibliche und 24 männliche LKR ($\Sigma = 115$) betroffen. In der Region Süd waren demnach 8,5 % mehr gesundheitsbedingte Frühverrentungen als in der Region Nord zu verzeichnen. Einen Überblick über die Geschlechterverteilung der LKR, die 2007-2013 von krankheitsbedingter Dienst- und Berufsunfähigkeit betroffen waren gibt Tab. 12.

Tab. 12 Krankheitsbedingter Dienstausscheid im Geschlechtervergleich

Kalenderjahr	LKR LSA ausgeschieden	Frauen LSA		Männer LSA	
		Anzahl	% von den Ausgeschiedenen	Anzahl	% von den Ausgeschiedenen
2007	45	32	71,1	13	28,9
2008	44	32	72,7	12	27,3
2009	40	35	87,5	5	12,5
2010	49	36	73,5	13	26,5
2011	43	35	81,4	8	18,6

Aus Tab. 12 ist ersichtlich, dass der Anteil weiblicher LKR, die krankheitsbedingt dienstunfähig wurden, im Verlauf des Untersuchungszeitraumes um mehr als 10 % zunahm. Da aus den zur Verfügung gestellten Daten nicht hervorgeht, wie hoch die Gesamtzahl der männlichen und weiblichen Lehrkräfte im LSA ist, kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden, welcher Anteil der Lehrer bzw. Lehrerinnen von krankheitsbedingtem Dienstausscheid betroffen ist. Der Anteil an Lehrerinnen an der Gesamtzahl der Betroffenen ist mit 73,3 % bedeutend höher als der Anteil von Lehrern (26,7 %). Es gehen 3 (Nord) bis 4 (Süd) mal mehr Frauen als Männer aus gesundheitlichen Gründen in Frührente. Bedenkt man jedoch den geringen Anteil, den männliche Lehrkräfte an der Gesamtzahl ausmachen, ist es nicht ungewöhnlich, dass die absoluten Zahlen so ausfallen.

Bei der Betrachtung der gesamten Statistik von 2007 bis 2011 (s. Tab.19 und Tab. 20 in Anlage 2) kann festgestellt werden, dass in den GS 23 (Nord) bzw. 32 (Süd) LKR ausgeschieden sind. In den FÖS waren 12 (Nord) bzw. 6 (Süd) LKR betroffen, in den SEK 36 (Nord) bzw. 32 (Süd). In Gymnasien traten sowohl in der Region Nord als auch Süd jeweils 5 LKR frühzeitig in den Ruhestand ein. In BbS waren 4 (Nord) bzw. 1 (Süd) solche Fälle notiert worden. Tab. 13 gibt einen Überblick über die Anzahl an frühzeitigen Renteneintritten für das gesamte Land Sachsen-Anhalt.

Tab. 13 Gesamtzahl der Lehrkräfte, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, unterteilt nach Kalenderjahr und Schulart

Kalenderjahr	Anzahl der Lehrkräfte LSA				
	GS gesamt	FÖS gesamt	SEK gesamt	Gym gesamt	BbS gesamt
2007	8	4	15	11	7
2008	12	4	12	6	10
2009	11	3	12	7	7
2010	11	6	15	7	10
2011	13	1	14	10	5

GS: Grundschulen **FÖS:** Förderschulen **SEK:** Sekundarschulen **Gym:** Gymnasien
BbS: Berufsbildende Schulen

Der größte Anteil der Frühberentungen im LSA trat in Sekundarschulen (30,8 %) und Grundschulen (24,9 %) auf, der geringste Anteil in Förderschulen (8,1 %). In Gymnasien wurde 18,5 % der Fälle notiert und in Berufsbildenden Schulen 17,7 %. Es liegen keine Informationen über die Gesamtzahl der LKR in den Schularten vor. Deshalb ist aus den o. g. absoluten Zahlen keine Aussage dazu möglich, wie hoch der prozentuale Anteil der frühverrenteten Lehrkräfte in den einzelnen Schularten war.

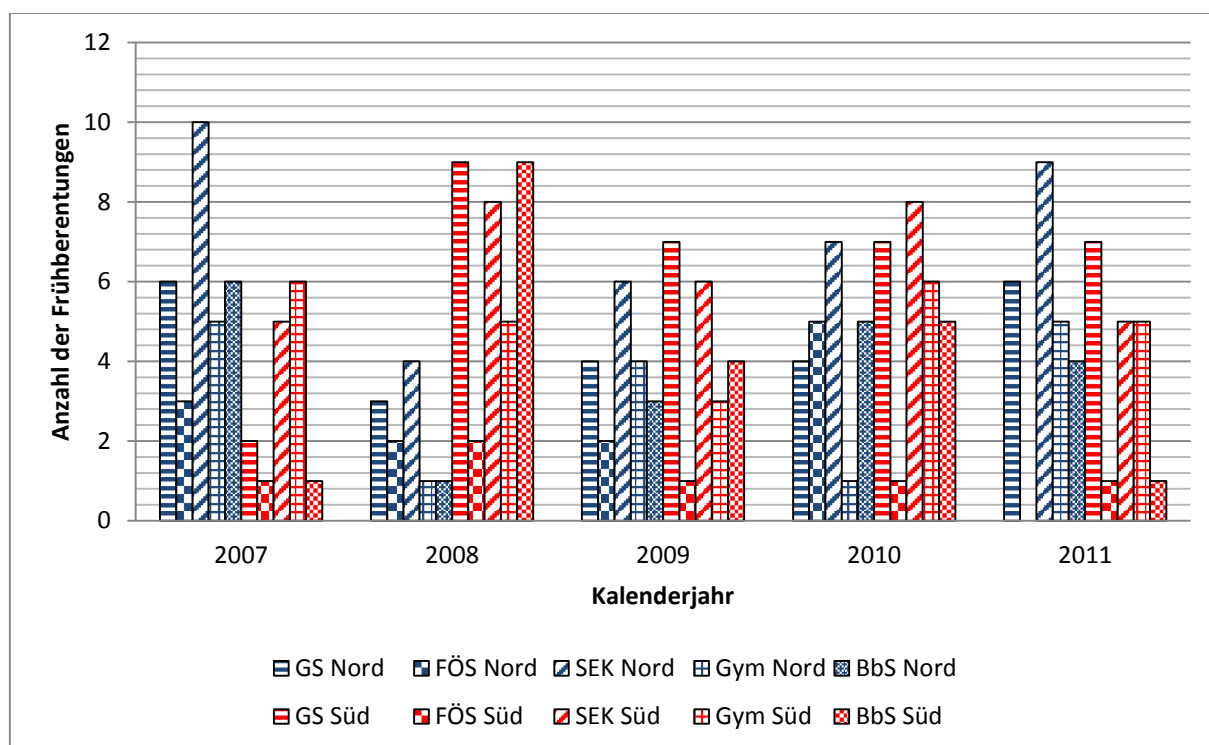


Abb. 12 Anzahl an LKR, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind, nach Schulart, Region und Kalenderjahr

Abb. 12 gibt einen Überblick über Anzahl an Fällen von krankheitsbedingtem Dienstausscheid in einzelnen Schularten und stellt die Veränderungen zwischen 2007 und 2011 im regionalen Vergleich dar.

5.4 Langzeiterkrankungen

In diesem Abschnitt werden Informationen zu LZ-Erkrankungen bei Lehrkräften in Sachsen-Anhalt zusammen getragen.

Bei Betrachtung der Anzahl an LZ-Erkrankten (s. Abb. 13) wird deutlich, dass diese im Verlauf des Untersuchungszeitraumes zunächst stieg und danach wieder leicht abfiel.

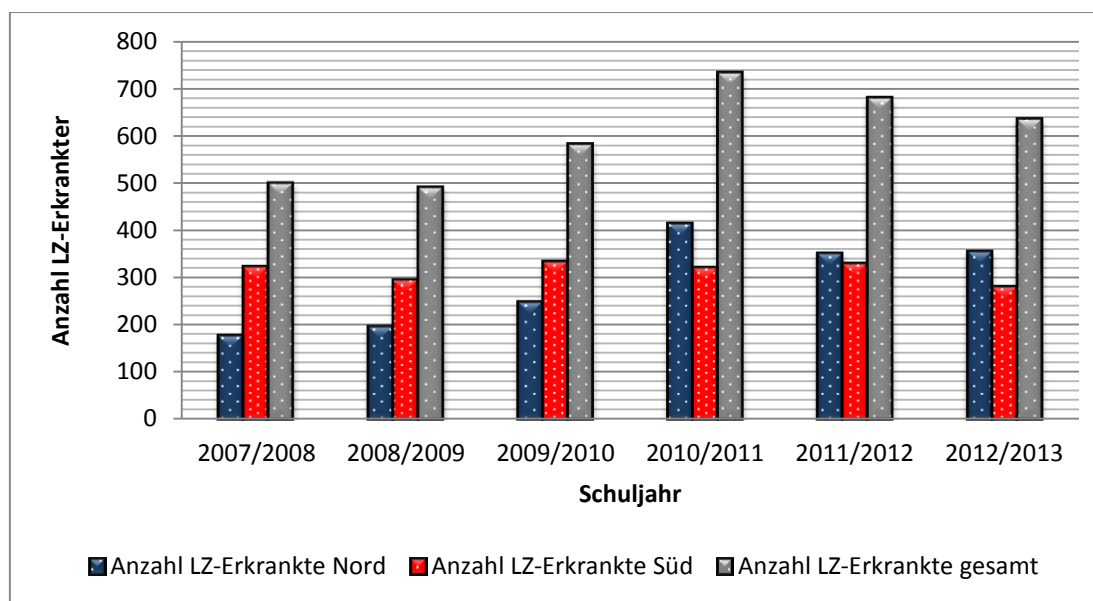


Abb. 13 Anzahl der LZ-erkrankten LKR nach Region und Schuljahr

Der Höchstwert an LZ-Erkrankungen wurde 2010/11 in der Region Nord mit 413 Fällen (von 9.951 LKR) erreicht. Dies stellt 4,15 % aller Lehrkräfte in der Region Nord dar. Zum Ende des Untersuchungszeitraumes fielen die Zahlen der LZ-Erkrankten in beiden Regionen wieder ab. 2012/13 waren in der Region Nord noch 355 von 9.260 LKR betroffen (3,8 %) und in der Region Süd 281 von 9.103 LKR (3,1 %). Während in den ersten Jahren (2007/08 bis 2009/10) in der Region Süd mehr solcher Fälle notiert wurden als in der Region Nord, war es in den darauf folgenden Jahren (2010/11-2012/13) umgekehrt.

Wie viele Personen LZ-erkrankt waren und welchen Anteil sie an der Gesamtzahl an Lehrkräften ausmachten, ist in Tab. 14 dargestellt.

Tab. 14 Anzahl und prozentualer Anteil der LZ-Erkrankten an allen LKR, nach Schuljahr und Region

Schuljahr	LZ-Erkrankte Nord		LZ-Erkrankte Süd		LZ-Erkrankte gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
2007/2008	178	1,6	323	2,9	501	2,2
2008/2009	197	1,8	295	2,7	495	2,3
2009/2010	249	2,4	334	3,2	583	2,8
2010/2011	413	4,1	321	3,2	734	3,7
2011/2012	351	3,6	330	3,5	681	3,5
2012/2013	355	3,8	281	3,0	636	3,5

Es ist ein Anstieg von Langzeiterkrankungen von 2007/2008 bis 2012/2013 zu verzeichnen. In der Region Nord hat sich ihr Anteil mehr als verdoppelt, in der Region Süd blieben Ausgangs- und Endwert annähernd gleich. Insgesamt ist der Anteil an LZ-Erkrankten in Sachsen-Anhalt von 2,2 % auf 3,5 % gestiegen und hat sich damit um mehr als ein Drittel erhöht.

Im Vergleich der Anzahl an LZ-Erkrankten in beiden Regionen des LSA ergab sich kein signifikanter Unterschied (MW Nord = 2,9 %; MW Süd = 3,1 %; $p = 0,622$). Gemessen am Verlauf der Untersuchungsjahre zeigte sich für Langzeiterkrankte in der Region Nord ein signifikant positiver zeitlicher Zusammenhang ($r = 0,89$; $p = 0,017$). Dahingegen zeigte sich für Langzeiterkrankte in der Region Süd nur ein schwacher positiver zeitlicher Zusammenhang, der jedoch nicht signifikant war.

5.5 BEM-Maßnahmen

Folgender Abschnitt enthält Informationen zu BEM-Angeboten und -Einleitungen in den Jahren 2007-2013 an Schulen in Sachsen-Anhalt. Die Bemessungszeiträume beziehen sich auf Kalenderjahre.

In Abb. 14 ist die Anzahl an BEM-Einleitungen in den Regionen Nord und Süd dargestellt. Die Angaben sind nach Region und Geschlecht unterteilt.

84,2 % - 88,0 % der BEM-Teilnehmer waren weiblich, 12,0 % - 15,8 % männlich. Dabei sei noch einmal auf den höheren Anteil weiblicher Lehrkräfte insgesamt hingewiesen.

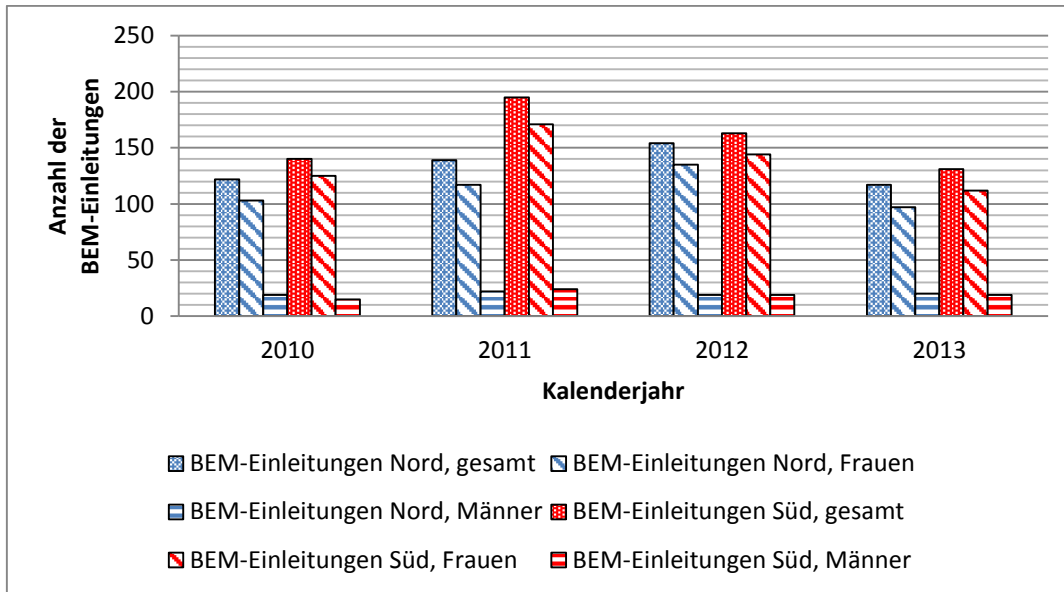


Abb. 14 Eingeleitete BEM-Verfahren nach Region sowie Geschlecht

In Abb. 15 ist das Verhältnis von angebotenen zu eingeleiteten BEM-Verfahren in der Region Nord je nach Schulart dargestellt. Die im Text genannten Angaben zum prozentualen Anteil der angenommenen BEM-Maßnahmen sind in Tab. 22 und Tab. 23 in der Anlage 2 zusammengestellt. Der höchste Anteil an angenommenen BEM-Angeboten in der Region Nord wurde mit 50 % (2011) in Gymnasien verzeichnet. In den übrigen Untersuchungsjahren lagen die Werte in dieser Schulart zwischen 28,2 % und 33,9 %. Berufsbildende Schulen konnten meistens mehr als 30 % ihrer Angebote umsetzen und erreichten 2013 37,1 %. In Förderschulen lagen diese Anteile in den ersten beiden Jahren noch zwischen 25 % und 30 %, konnten sich aber im weiteren Verlauf auf maximal 34,4 % (2013) steigern. In Sekundarschulen konnte ein Anstieg von anfänglich 15,7 % auf 31,6 % (2012) verzeichnet werden. 2013 fiel dieser Wert wieder auf 28,1 % ab. Die Werte in Grundschulen verhielten sich ähnlich, stiegen aber nicht so stark an: von 19,6 % (2010) auf 27,5 % (2012) und fielen anschließend wieder auf 23,6 %.

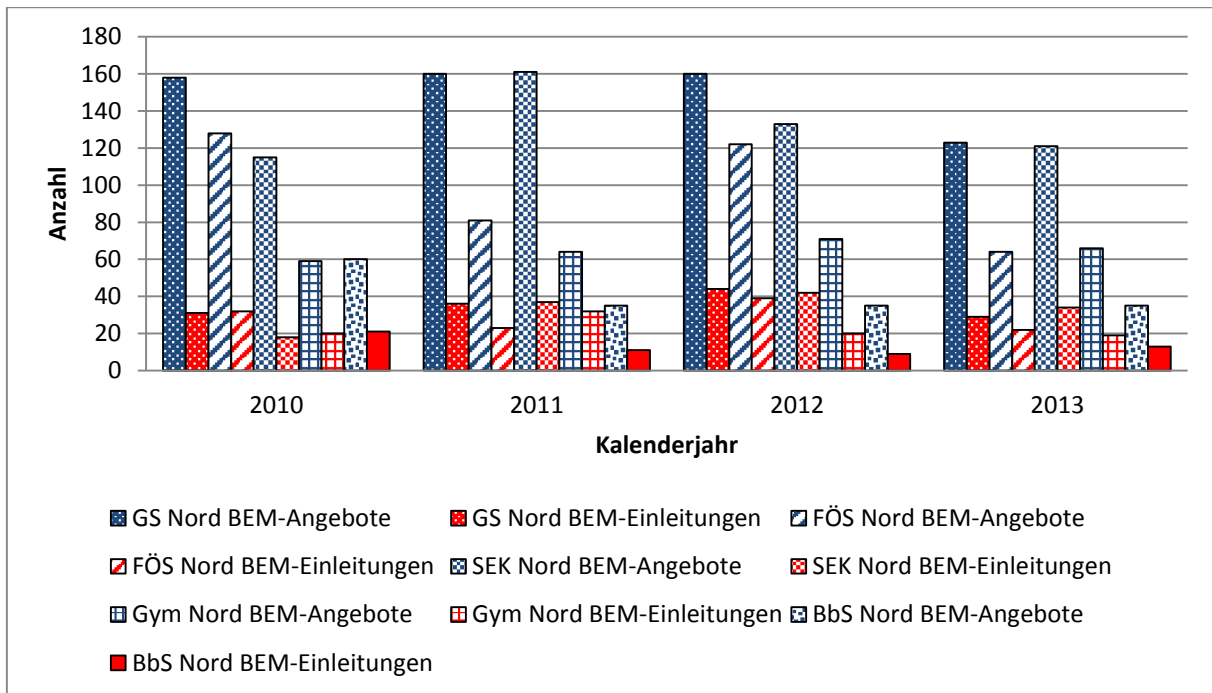


Abb. 15 Angebotene und eingeleitete BEM-Verfahren in der Region Nord nach Schultart

BEM-Angebote und -Einleitungen in der Region Nord fasst Tab. 15 zusammen.

Tab. 15 Gesamtzahl an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren sowie prozentualer Anteil der angenommenen BEM-Angebote in der Region Nord

Kalenderjahr	Gesamt BEM-Angebote Nord (Anzahl)	Gesamt BEM-Einleitung Nord (Anzahl)	Anteil BEM-Einleitungen im Verhältnis zu BEM-Angeboten [%] (Region Nord)
2010	520	122	23,5
2011	501	139	27,7
2012	521	154	29,6
2013	409	117	28,6

2010 wurden 23,5 % der BEM-Angebote angenommen, 2012 waren es 29,6 %. Im darauf folgenden Jahr (2013) sank dieser Anteil wieder leicht, es lässt sich dennoch eine steigende Tendenz im Verlauf des Untersuchungszeitraumes feststellen.

Es ist anzumerken, dass die Anzahl an BEM-Angeboten größer als die der LZ-Erkrankten ist.

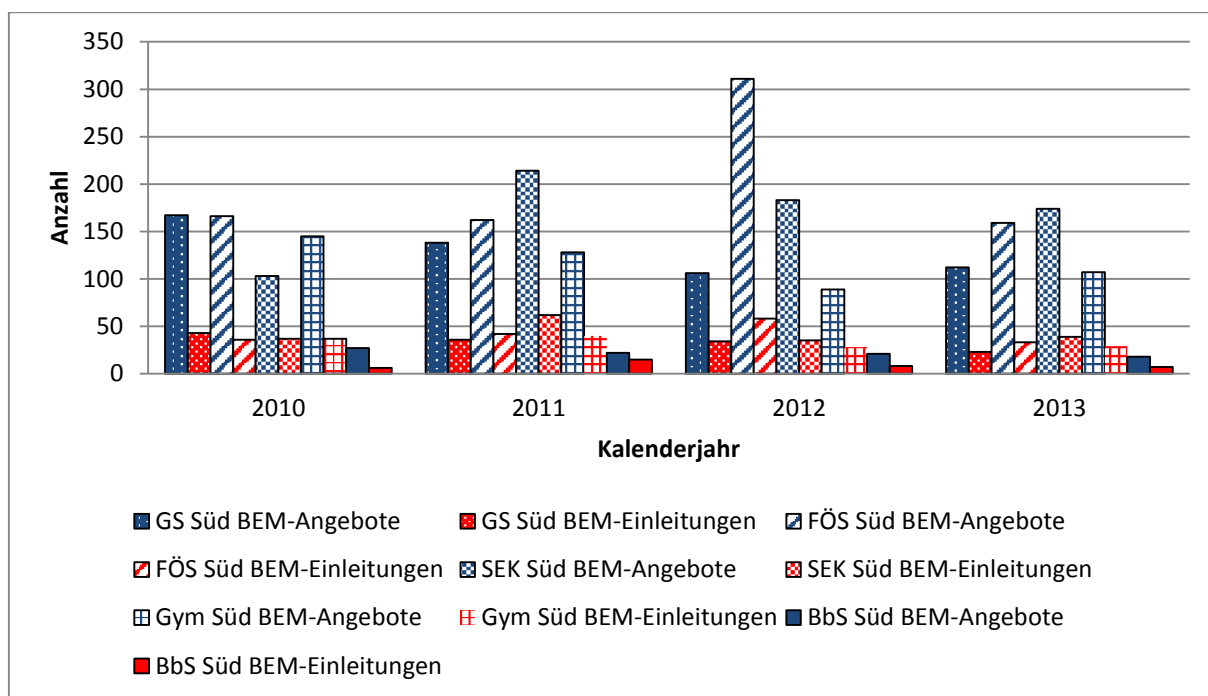


Abb. 16 Angebotene und eingeleitete BEM-Verfahren in der Region Süd nach Schulart

Abb. 16 stellt das Verhältnis von angebotenen zu eingeleiteten BEM-Verfahren in der Region Süd dar.

Von allen angebotenen Maßnahmen wurde der höchste Anteil durchgeführter BEM-Maßnahmen 2011 in berufsbildenden Schulen notiert (68,2 %). In dieser Schulart wurden auch 2012 (38,0 %) und 2013 (38,9 %) die meisten BEM-Angebote umgesetzt. In Gymnasien lag der Anteil eingeleiteter BEM-Maßnahmen im Untersuchungszeitraum maximal nur knapp über 30,0 %. In Sekundarschulen fiel dieser Anteil von anfänglich 35,9 % (2010) auf 22,4 % (2013). In Grundschulen lagen die Werte die meiste Zeit über 25,0 %, fielen aber auch zum Ende des Betrachtungszeitraumes auf 20,5 %. Der geringste Anteil an angenommenen BEM-Angeboten wurde in Förderschulen verzeichnet. Hier wurden 2013 nur 12,7 % der BEM-Angebote akzeptiert (der geringste Wert in allen Schularten im gesamten Untersuchungszeitraum). Die 25 %-Grenze wurde nur im Jahr 2011 überschritten. In Tab. 16 sind BEM-Angebote und -Einleitungen in der Region Süd zusammengestellt.

Tab. 16 Gesamtzahl an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren sowie prozentualer Anteil der angenommenen BEM-Angebote in der Region Süd

Kalenderjahr	Gesamt BEM Angebote Süd (Anzahl)	Gesamt BEM Einleitung Süd (Anzahl)	Anteil BEM-Einleitungen im Verhältnis zu BEM-Angeboten [%] (Region Süd)
2010	608	159	26,2
2011	664	195	29,4
2012	710	163	23,0
2013	670	131	19,6

Im Vergleich zum Ausgangswert (26,2 %) im Jahr 2010, liegt der Anteil an angenommenen BEM-Angeboten 2013 mit 19,6 % deutlich niedriger. Zwar ist 2011 noch ein Anstieg von 26,2 % auf 29,4 % zu verzeichnen, aber insgesamt ist die Tendenz für eingeleitete BEM-Verfahren der Region Süd sinkend.

Zum Schulartvergleich der BEM-Akzeptanz im ganzen Bundesland wurde eine Varianzanalyse mit wiederholten Messungen durchgeführt, deren Ergebnisse in Abb. 17 graphisch dargestellt sind.

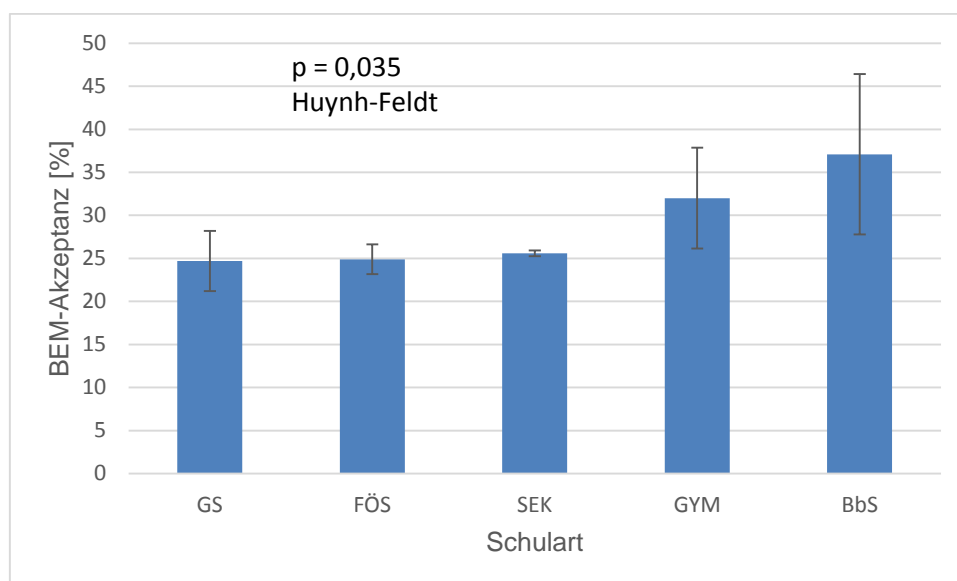


Abb. 17 BEM-Akzeptanz im Schulartvergleich

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Schularten ($p = 0,035$) für die Akzeptanz der BEM-Maßnahmen.

In Tab. 17 ist die BEM-Akzeptanz in beiden Regionen Sachsen-Anhalts mit dem durchschnittlichen Wert für das gesamte Bundesland zusammengestellt.

Tab. 17 Prozentualer Anteil an angebotenen und eingeleiteten BEM-Verfahren nach Region und Kalenderjahr

Kalenderjahr	Anteil BEM-Einleitungen im Verhältnis zu BEM-Angeboten [%]		
	Gesamt [%]	Region Nord [%]	Region Süd [%]
2010	24,9	23,5	26,2
2011	28,6	27,7	29,4
2012	26,3	29,6	23,0
2013	24,1	28,6	19,6

Beim Gesamtanteil des Verhältnisses angebotener und eingeleiteter BEM-Verfahren ist von 2010 zu 2011 ein Anstieg (von 24,9 % auf 28,6 %) und danach ein Abfall eingeleiteter BEM-Maßnahmen auf 24,1 % (2013) zu beobachten, der unter dem Ausgangswert von 2010 liegt (24,9 %).

Tab. 18 enthält eine Gegenüberstellung der BEM-Teilnehmerzahlen in den Regionen Nord und Süd.

Tab. 18 Anzahl der BEM-Teilnehmer nach Region

Kalenderjahr	BEM Teilnehmer LSA gesamt (Anzahl)	BEM Teilnehmer Nord gesamt (Anzahl)	BEM Teilnehmer Süd gesamt (Anzahl)
2010	262	122	140
2011	334	139	195
2012	317	154	163
2013	248	117	131

Zu den BEM-Teilnehmer-Zahlen für die Region Süd 2010 ist folgende Anmerkung des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt relevant: *„Die Abweichung von 140 tatsächlich eingeleiteten und durchgeführten BEM-Fällen zu 159 eingeleiteten BEM-Fällen ergibt sich aus der Tatsache, dass 19 Lehrkräfte nach Unterschrift der BEM-Vereinbarung, aber vor Durchführung des Erstgespräches BEM abgesagt haben. Die 19 Lehrkräfte lassen sich nicht mehr aus den Schulformen herausrechnen.“*

Über die Anzahl an schwerbehinderten BEM-Teilnehmern und deren Grad der Behinderung (GdB) gibt die Abb. 18 einen Überblick.

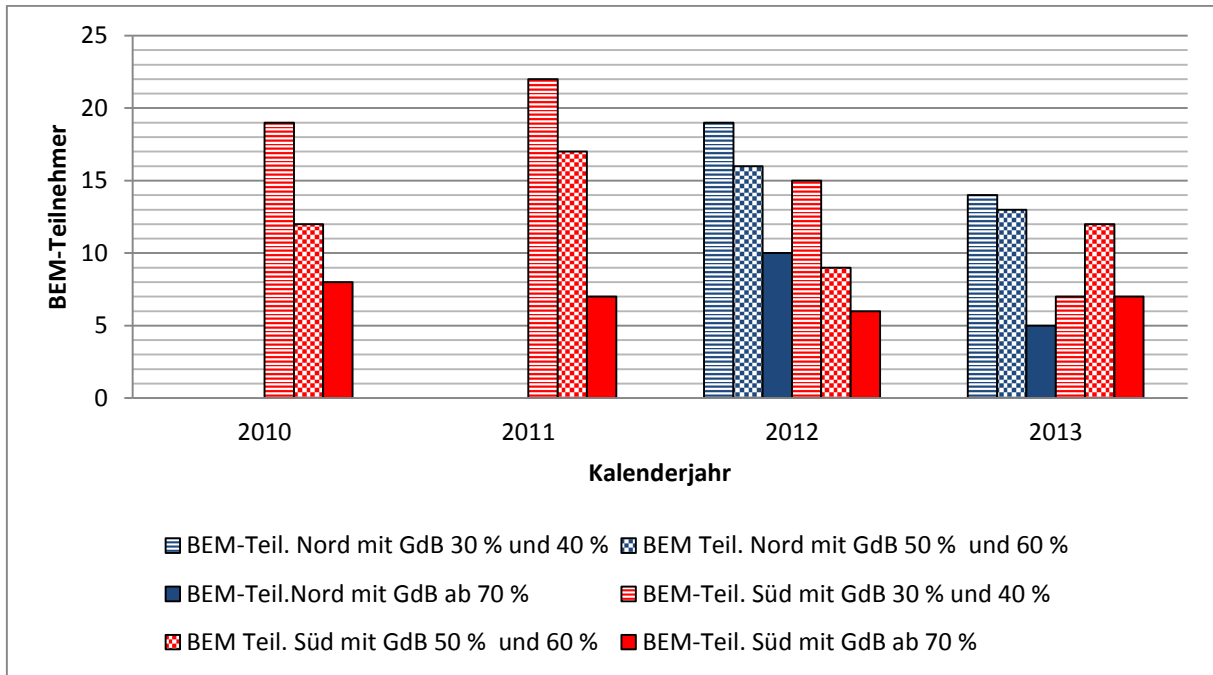


Abb. 18 Anzahl der BEM-Teilnehmer mit verschiedenen GdB

Für die Region Nord liegen keine Angaben zum Grad der Behinderung der BEM-Teilnehmer für die Jahre 2010 und 2011 vor. Aus der Grafik geht hervor, dass die Anzahl an schwerbehinderten BEM-Teilnehmern mit steigendem GdB sinkt.

In Tab. 19 ist dargestellt, welchen Anteil Schwerbehinderte an allen BEM-Teilnehmern ausmachen.

Tab. 19 Anteil schwerbehinderter BEM-Teilnehmer an allen BEM-Teilnehmern in der Regionen Nord und Süd

Kalenderjahr	BEM-Teilnehmer Region Nord						
	GdB 30 % und 40 %		GdB 50 % und 60 %		GdB ab 70 %		Nord gesamt
	Anzahl	% an gesamt	Anzahl	% an gesamt	Anzahl	% an gesamt	
2010	k.A.		k.A.		k.A.		122
2011	k.A.		k.A.		k.A.		139
2012	19	12,3	16	10,4	10	6,5	154
2013	14	12	13	11,1	5	4,2	117
Kalenderjahr	BEM-Teilnehmer Region Süd						
	GdB 30 % und 40 %		GdB 50 % und 60 %		GdB ab 70 %		Süd gesamt
	Anzahl	% an gesamt	Anzahl	% an gesamt	Anzahl	% an gesamt	
2010	19	13,6	12	8,6	8	5,7	140
2011	22	11,3	17	8,7	7	3,6	195
2012	15	9,2	9	5,5	6	3,7	163
2013	7	5,3	12	9,2	7	5,3	131

In der Region Nord wiesen durchschnittlich 28,6 % der BEM-Teilnehmer eine Schwerbehinderung auf, in der Region Süd 22,4 %, d. h. durchschnittlich ist jeder vierte BEM-Teilnehmer im Land Sachsen-Anhalt schwerbehindert.

In der Region Süd sank der Anteil an BEM-Teilnehmern mit einem GdB von 30 % und 40 % von 13,6 % (2010) auf 5,3 % (2013) und hatte sich damit mehr als halbiert. In den anderen beiden GdB-Gruppen sind keine deutlichen Veränderungen sichtbar.

5.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Anzahl der LKR in Sachsen-Anhalt. In den Schuljahren 2007/2008 bis 2012/2013 ging die Anzahl an LKR in Sachsen-Anhalt um 17,8 % zurück. Während zu Beginn des Untersuchungszeitraumes noch 22.336 LKR in Sachsen-Anhalt arbeiteten, waren es am Ende nur noch 18.363. Diese Veränderung war sowohl in der Region Nord als auch der Region Süd ähnlich stark ausgeprägt und betraf den Angestelltensektor. Demgegenüber stieg die Anzahl an verbeamteten LKR in beiden Regionen um 6,3 % an.

Regionaler Vergleich. Vergleicht man die Region Nord mit der Region Süd des LSA, so fällt auf, dass in der Region Nord ein stärkerer Zuwachs der Anzahl von LZ-Erkrankten über den Untersuchungszeitraum von 2007 bis 2013 erfolgte. 2007 waren in der Region Nord nur etwa halb so viele Fälle wie in der Region Süd notiert worden, 2013 hingegen etwas mehr als in der Region Süd.

In der Region Süd traten (über den gesamten Untersuchungszeitraum gemessen) 9,4 % mehr Frühberentungen wegen Dienst- und Berufsunfähigkeit als in Region Nord auf.

Die Akzeptanz von BEM-Maßnahmen unterscheidet sich stark in beiden Regionen. Zwischen 2010 und 2013 wurden in der Region Nord zunehmend mehr BEM-Angebote akzeptiert. In der Region Süd wurden zu Beginn mehr Angebote angenommen, anschließend ging der Anteil an akzeptierten BEM-Maßnahmen zurück. Im Durchschnitt hat sich die Akzeptanz von BEM im gesamten Bundesland wenig geändert, denn der Anteil an eingeleiteten im Vergleich zu den angebotenen BEM-Verfahren fiel nur leicht ab.

Geschlechtervergleich. Die überwiegende Mehrheit (73,3 %) der LKR in Sachsen-Anhalt ist weiblich (Statistisches Bundesamt 2013a). Das spiegelt sich in der Geschlechterstruktur der BEM-Teilnehmer(innen) wie auch derjenigen wider, die frühzeitig aus dem Dienst ausscheiden. Weibliche BEM-Teilnehmer machten mit durchschnittlich 86,1 % gegenüber männlichen (13,9 %) den allergrößten Teil aus. Der Anteil weiblicher LKR, die krankheitsbedingt dienstunfähig wurden, stieg im Verlauf des Untersuchungszeitraumes von 71,1 % auf 81,4 % an. Es wäre interessant zu wissen, wie die Geschlechterstruktur in den einzelnen Schularten ist. Leider liegen zu diesem Thema keine Daten vor.

Schulartvergleich. Der Schulartenvergleich wurde für die krankheitsbedingte Dienst- und Berufsunfähigkeit sowie die BEM-Teilnahmefrequenz durchgeführt. Die meisten Fälle von krankheitsbedingter Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit traten in Sekundarschulen (30,8 %) und Grundschulen (24,9 %) auf. Aus Förderschulen kamen die wenigsten Fälle (8,1 %), wobei darauf hingewiesen sei, dass in dieser Schulart deutlich weniger LKR arbeiten als in den andern Schularten.

In den Schularten ist die Akzeptanz von BEM-Maßnahmen sehr verschieden. Berufsbildende Schulen konnten im Durchschnitt 37,0 % ihrer BEM-Angebote umsetzen, Gymnasien nur 31,7 %. Demgegenüber lag der Anteil angenommener

BEM-Angebote in Grundschulen bei nur 24,7 %, in Förderschulen bei 24,9 % und Sekundarschulen bei 25,6 %, d. h. in diesen Schularten wurde ca. jedes vierte Angebot akzeptiert.

Uns liegen keine Angaben zur Gesamtzahl der LKR, die in den einzelnen Schulformen unterrichten. Deshalb können keine Aussagen dazu gemacht werden, wie hoch die Frühberentungsrate und der Anteil der BEM-Teilnehmer in Bezug auf die Schulart ist. Es wäre ebenfalls wichtig zu wissen, wie hoch der Anteil an LZ-Erkrankten unter diesen Umständen ist.

LZ-Erkrankung und frühzeitiger Dienstausscheid. Der Anteil an LZ-erkrankten LKR stieg im Untersuchungszeitraum von anfänglich 2,2 % auf 3,5 % (LSA). Besonders deutlich ist diese Veränderung in der Region Nord, wo zu Beginn noch 1,6 % der LKR von LZ-Erkrankung betroffen waren und am Ende 3,8 %. Es ist zu bedenken, dass im Verlauf des Untersuchungszeitraumes die LKR 6 Jahre älter geworden sind und ihr Gesundheitszustand sich dementsprechend verändert hat.

Der Anteil an Frühpensionierungen im Beamtenbereich lag zwischen 0,08 % und 0,19 %. Demgegenüber schieden 0,20 % - 0,25 % der Angestellten frühzeitig aus dem Dienst aus. Beamte sind somit weniger stark von dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Lehrerberuf betroffen. Die meisten Frühberentungen sind unter Frauen zu verzeichnen.

Anteil angenommener BEM-Maßnahmen. Durchschnittlich wird jede vierte angebotene BEM-Maßnahme akzeptiert und eingeleitet. Die höchste Resonanz findet sich in Berufsbildenden Schulen (37 %), die geringste in Grundschulen (24,7 %).

Während in der Region Nord die Akzeptanz der BEM-Verfahren im Verlauf des Untersuchungszeitraumes von 23,5 % auf 28,6 % stieg, fiel sie in der Region Süd von 26,2 % auf 19,6 % ab.

Einfluss von BEM auf die Anzahl an LZ-Erkrankungen. Während 2009/2010 und 2010/2011 die Anzahl an BEM-Angeboten noch etwas unter der Anzahl LZ-erkrankter LKR lag, wurden in den darauf folgenden beiden Jahren sogar mehr BEM-Angebote unterbreitet als es LZ-erkrankte LKR gab. Der Anteil an BEM-Maßnahmen, die im LSA tatsächlich eingeleitet wurden, betrug 2010 24,9 % und 2013 waren es 24,1 %. Somit ist für die eingeleiteten BEM-Maßnahmen nur ein leichter Abfall zu verzeichnen, aber keine Zunahme der Akzeptanz.

Schwerbehinderte BEM-Teilnehmer. Ein Viertel der BEM-Teilnehmer im LSA sind schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Personen. Dabei stellen LKR mit einem GdB von 30 % und 40 % die größte Gruppe dar (43 %). Etwas geringer (37 %) ist der Anteil an Personen mit einem GdB von 50 % und 60 %. Die übrigen 20 % kommen auf die Gruppe mit einem GdB von 70 % und mehr. Welcher Anteil der schwerbehinderten LKR am BEM teilnimmt, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht ermitteln, da keine Angaben über die Gesamtzahl dieser Personen vorliegen.

5.7 Erarbeitung der Datenmasken zur systematischen Datenerhebung

Die Auswertung des Datenmaterials zeigte, dass im Prozess der Datenerhebung ein Bedarf an Verbesserungen besteht. Zu diesem Zweck wurden Datenmasken erarbeitet (s. Anlage 3, Abb. 19 - 44), die so aufgebaut sind, dass wesentliche Informationen zu BEM und dem Gesundheitszustand der LKR in Sachsen-Anhalt systematisch erhoben werden können. Diese sind als Vorschläge zur praktischen Umsetzung zu betrachten. Die so gewonnenen Daten könnten die Grundlage für wissenschaftliche Projekte im Bereich der Lehrergesundheit in Sachsen-Anhalt darstellen und die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen ermöglichen.

6 Diskussion

Bedingt durch zunehmendes Alter und die damit verbundene geringere Belastbarkeit vieler Lehrkräfte steigt die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen (Dudenhöffer et al. 2011) und dadurch auch die Anzahl an Langzeiterkrankungen im Lehrerberuf. Die Anzahl an erwerbstätigen Lehrkräften fällt kontinuierlich. Der Anteil derer, die mehr als 49 Jahre alt sind, liegt in Sachsen-Anhalt bei 53 % (Statistisches Bundesamt 2015). Es ist absehbar, dass innerhalb der nächsten 10 - 15 Jahre eine Versorgungslücke entstehen wird. Dazu kommt, dass ein Teil der LKR aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheidet. In Folge gesetzlicher Änderungen (VersorgÄndG 2001) ist diese Zahl rückläufig und betrug 2013 nur noch 13 % (Statistisches Bundesamt 2014c). Im Vergleich zu einigen anderen Beamtengruppen (Post 38 %, Bahn 48 % - berechnet anhand der Daten des Statistischen Bundesamtes 2014d) ist das ein sehr gutes Ergebnis. Die Möglichkeit, in Altersteilzeit zu arbeiten, erleichtert vielen älteren LKR den Arbeitsalltag. Einigen ist es krankheitsbedingt nicht möglich, den Anforderungen der täglichen Schularbeit gerecht zu werden.

Mit dem BEM soll es Personen, die aus gesundheitlichen Gründen an ihrem bisherigen Arbeitsplatz nicht bis zum Regelrenteneintrittsalter von 67 Jahren weiter arbeiten können, ermöglicht werden, unter an sie angepassten Bedingungen weiterhin berufstätig zu sein. Nach einem Forschungsbericht der Universität Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bietet nur jeder zweite Arbeitgeber verschiedener Branchen diese Maßnahme an (Niehaus et al. 2008). Wie die Situation im Lehrerberuf in Sachsen-Anhalt ist, soll in diesem Teil der Arbeit diskutiert werden. Die hier vorgestellten Daten werden im weiteren Teil der Arbeit den Erkenntnissen anderer Studien bzw. veröffentlichten Daten aus anderen Bundesländern gegenübergestellt. Bei diesem Ergebnisabgleich soll auch auf die verschiedenen Schwerpunkte, die Vielfalt an Informationen und die methodischen Unterschiede in der Datenerhebung verschiedener Studien hingewiesen werden.

In Sachsen-Anhalt ging die Zahl der LKR innerhalb der fünf Untersuchungsjahre um 17,8 % zurück (s. Kapitel 5.1). Frühberentungen wegen Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit stellten nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Renteneintritte dar (s. Kapitel 5.3). Laut Statistischem Bundesamt (2013b) fielen im Schuljahr 2012/2013 nur 1,7 % der Renteneintritte in diese Kategorie. Zwar stellt die Gruppe, die von BEM profitieren kann mit 0,22 % keinen großen Anteil an der Gesamtzahl der LKR dar), aber auch für

diese Personen sollte der Versuch, eine Alternative zu ihrem bisherigen Beruf zu finden, unternommen werden.

Vergleicht man Sachsen-Anhalt mit Sachsen, so fallen einige Parallelen auf. Die Lehreranzahl sank auch in Sachsen von 2007 bis 2013 – allerdings nur um 11 % (Berechnung anhand von Angaben des Statistischen Bundesamtes 2014a, 2014b). Dabei entfielen 1,2 % der jährlichen Renteneintritte bei sächsischen LKR auf krankheitsbedingte Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit (Seibt et al. 2014). Die Anzahl an LZ-Erkrankungen stieg in diesem Zeitraum in beiden Bundesländern an. Von 2007 bis 2013 hatte sie sich in Sachsen beinahe verdoppelt (von 2,8 % auf 5,1 %). 36 % aller LZ-Erkrankten in diesem Bundesland nahmen ein BEM-Angebot an (Seibt et al. 2014). Die BEM-Akzeptanz in Sachsen-Anhalt variierte in den unterschiedlichen Schularten. In Berufsbildenden Schulen und Gymnasien konnte ein höherer Anteil der BEM-Angebote umgesetzt werden als in den übrigen Schularten. Im Unterschied dazu wurden in Sachsen in allen Schularten etwa gleich viele BEM-Verfahren eingeleitet (Seibt et al. 2014).

In den verglichenen Bundesländern stieg die Anzahl an LZ-Erkrankungen bei LKR in den letzten Jahren an. Trotz zunehmender Etablierung von BEM konnte diese Entwicklung bisher nicht aufgehalten werden. In Sachsen-Anhalt lag die Anzahl an BEM-Angeboten über der Anzahl an LZ-Erkrankten, was daran liegen kann, dass eine Person mehrmals im Jahr > 6 Wochen krank sein kann und in dem Fall mehrfach ein BEM-Angebot bekommt.

Im Vergleich zu den ersten Untersuchungsjahren ist ein Rückgang der BEM-Akzeptanz zu verzeichnen, der damit zusammen hängen kann, dass mit der Zeit die Einschränkungen des BEM erkannt und die Kenntnis davon in der Lehrerschaft verbreiteter ist als zuvor. 26 % akzeptierter BEM-Maßnahmen sind in dieser Situation als positives Ergebnis einzustufen.

Der Personalsachbearbeitung liegen keine Angaben zur Krankheitsursache der LZ-Erkrankten vor. Es wird allen LKR ein BEM-Angebot unterbreitet, die im Laufe von 12 Monaten mehr als 6 Wochen lang arbeitsunfähig waren. Eine Vorauswahl der Betroffenen ist nicht möglich, sodass das Anschreiben auch viele erreicht, die aus eigener Sicht kein BEM brauchen und dieses dann ablehnen. Fehlzeiten, die durch Reha-Aufenthalte, Unfallverletzungen o. ä. verursacht werden, können über 12 Monate gesehen auch zu mehr als 6-wöchigen AU führen, bedürfen aber nicht in allen Fällen eines BEM. Es wäre zu erwägen, die Kriterien für LZ-Erkrankung auf 6 Wochen

AU am Stück oder 12 Wochen über das Jahr verteilt einzuschränken. Es ist ebenfalls zu beachten, dass Hindernisse, wie etwa die Anreise zu einem Gespräch nach Magdeburg oder Halle, für LKR mit eingeschränkter Mobilität auch zu einer Ablehnung des BEM-Angebotes führen können.

Zwar liegen zur Erfolgsrate der BEM-Maßnahmen keine statistischen Daten vor, dennoch gibt es Erfolge auf diesem Gebiet. Nach Angaben des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt ist der Anteil an LKR, die nach Abschluss der BEM-Maßnahme nicht in den Beruf zurückkehren sehr gering (Steuerkreis Arbeitsmedizin 2015). Einschränkend ist hinzuzufügen, dass nicht in jedem Fall den Vorstellungen der Betroffenen bezüglich ihrer neuen Arbeitsbedingungen entsprochen werden konnte. Es wäre sinnvoll, bei der Dokumentation der Erfolgsquote (im Sinne einer Rückkehr an den Arbeitsplatz) zu vermerken, in wie vielen Fällen und in welcher Hinsicht der Verlauf nicht optimal war. Diese Informationen könnten wichtige Hinweise für die Verbesserung des BEM-Prozesses liefern.

Die Effizienz von BEM-Verfahren könnte gesteigert werden, indem es an die jeweilige Schulart und die Bedürfnisse der LZ-erkrankten Lehrkräfte angepasst wird (Gläser & Dudenhöffer 2014). Eine individuelle Betrachtung der Fälle erscheint dabei unumgänglich. Beispielsweise wäre es nicht zielführend, einer psychisch erkrankten Lehrkraft eine besonders „schwierige“ Klasse zu übertragen, da emotional stark belastende Aufgaben sie überfordern können. Eine entscheidende Rolle bei der Vermittlung des BEM-Angebotes spielt die Schulleitung (Gläser & Dudenhöffer 2014). Diese sollte die Lehrkräfte auf eine zugängliche Weise über Ziele und Ablauf des BEM-Verfahrens informieren. Sowohl Informationsveranstaltungen, Personalversammlungen als auch Informationsblätter und Beiträge in Schulzeitungen sind geeignet, um immer wieder auf die Möglichkeiten, die BEM bietet, aufmerksam zu machen. Wichtig sind auch Schulungen für Führungskräfte (Letzel et al. 2010), da sie die Entscheidungsträger bei der Umsetzung von Vorgaben des BEM-Teams sind. Befragungen von Lehrkräften in Sachsen-Anhalt, die im Rahmen des Projektes „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente - Wege der Prävention und Personalentwicklung“ an der OvGU Magdeburg stattfanden, zeigten, dass mangelndes Verständnis seitens der Schulleitung zur Überforderung der betroffenen Lehrkraft nach der Gesundheitschreibung führen kann. Wenn Vorgaben des BEM-Teams ignoriert werden und infolge dessen der Gesundheitszustand der betroffenen Person sich wieder verschlechtert, kann es passieren, dass ein Rentenantrag gestellt wird.

Alle Bemühungen, eine Perspektive für die berufliche Zukunft zu schaffen, waren in solchen Fällen vergebens.

Im Gegensatz zu den bisher verglichenen Bundesländern konnte laut Angaben des Statistischen Bundesamtes (2014a, 2014b) im o. g. Zeitraum in Rheinland-Pfalz ein Zuwachs der Lehrergesamtzahl um 1,6 % verzeichnet werden. Die Dokumentation und Auswertung von Daten zur gesundheitlichen Situation von Lehrkräften erfolgt hier seit 2001 durch das Projekt Lehrergesundheit (an der Aufsichts- und Dienstdirektion in Trier) und seit 2011 durch das Institut für Lehrergesundheit (am Institut für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin der Universität Mainz). Auch in diesem Bundesland stieg die Anzahl an LZ-Erkrankten in den letzten Jahren an. 2011 waren es 2,8 %, ein Jahr später bereits 3,7 % (Dudenhöffer et al. 2014). 6,8 % der Ruhestandsversetzungen in Rheinland-Pfalz erfolgten 2012 wegen Dienstunfähigkeit (Dudenhöffer et al. 2014). Verglichen mit 1,2 % (in Sachsen) oder 1,7 % (in Sachsen-Anhalt) lag der Anteil krankheitsbedingter Dienstausscheide in Rheinland-Pfalz deutlich höher.

Alle betrachteten Bundesländer haben die Tendenz zum Anstieg der Anzahl an LZ-Erkrankungen gemeinsam. Bundesweit fiel der Anteil an LZ-erkrankten LKR von 2012 (4,0 %) auf 2013 (3,8 %) leicht ab (AOK 2014). Der Unterschied in der Häufigkeit an krankheitsbedingten Renteneintritten, der zwischen Rheinland-Pfalz und den beiden anderen Ländern auftrat, kann mit dem Beschäftigungsstatus der LKR zusammenhängen. Während in Sachsen und Sachsen-Anhalt nur ein geringer Teil der Lehrkräfte verbeamtet ist, dominiert dieser Status in Rheinland-Pfalz (Weber et al. 2004; Dudenhöffer et al. 2014). Da Beamte im Falle einer Dienstunfähigkeit besser abgesichert sind als Angestellte bei Berufsunfähigkeit (Paulsen 2015) könnte darin eine mögliche Ursache für den verhältnismäßig hohen DU-Anteil in Rheinland-Pfalz liegen.

Anders als in Sachsen-Anhalt werden im Freistaat Sachsen schon seit langem systematisch Daten zur Lehrergesundheit, dem Krankenstand im Lehrerberuf und BEM erhoben. Aus zahlreichen Analysen gehen nicht nur fundierte statistische Ergebnisse hervor, sondern auch Handlungsleitfäden und Arbeitsvorlagen, mit denen inner- und außerhalb dieses Bundeslandes gearbeitet wird, wie etwa das Dresdner Modell (Seibt et al. 2007b).

In Rheinland-Pfalz ist seit 2011 das Institut für Lehrergesundheit für eine umfassende arbeitsmedizinische Betreuung von Lehrkräften verantwortlich. Ähnliche Strukturen

fehlen in Sachsen-Anhalt. Damit ist die Kontinuität in der arbeitsmedizinischen Betreuung in diesem Maße nicht vorhanden.

Diese Beispiele zeigen, wie ernst das Thema BEM und Lehrergesundheit in manchen Bundesländern genommen wird. Erkenntnisse, die in Sachsen und Rheinland-Pfalz gewonnen wurden, sind vielfältig und aufschlussreich. Ihr Beitrag zum Kenntnisstand in Bezug auf Lehrergesundheit und BEM hat bundesweit große Bedeutung. Der Beitrag, den Sachsen-Anhalt bisher im Vergleich dazu leistet, erscheint eher gering. Aus der diffusen Datenlage und einer geringen Anzahl an geförderten Forschungsaufträgen zur Lehrergesundheit kann man z. Z. nur eingeschränkt Schlüsse ziehen. Hier besteht ein großer Forschungsbedarf. Für weitreichende Veränderungen von Maßnahmen zum Gesundheitsmanagement bei LKR in Sachsen-Anhalt sind zunächst Informationen zum IST-Zustand der gesundheitlichen Situation von LKR erforderlich. Diese sind mit der bisher angewendeten Erhebungsmethodik noch nicht in ausreichendem Umfang erfasst worden.

Zur Auswertung des Datenmaterials aus Sachsen-Anhalt ist kritisch anzumerken, dass dieses durch eine uneinheitliche und lückenhafte Datenerhebung seitens des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt erschwert ist. Aufgrund der Tatsache, dass alle (nicht nur die personenbezogenen) Daten, die älter als zwei Jahre sind, vernichtet werden, ist zu keinem Zeitpunkt eine Aussage zur langfristigen Effektivität der BEM-Maßnahmen oder zu einer Tendenz möglich. Anhand der zur Verfügung gestellten Daten können auch keine vollständigen Aussagen gemacht werden, die einen Zusammenhang zwischen dem Krankenstand und der Teilnahmefrequenz an BEM-Maßnahmen herstellen könnten. Von sieben Untersuchungsjahren liegen für nur zwei Jahre Informationen zur Anzahl der AU-Fälle vor. Dieser Zeitraum ist zu kurz, um daraus Schlussfolgerungen bezüglich der Auswirkung von BEM-Maßnahmen auf den Krankenstand abzuleiten. Zur Berechnung des Krankenstandes wären darüber hinaus Angaben zum Anteil der AU-Tage am Kalenderjahr nötig. Um eine Aussage zur Effektivität der umgesetzten BEM-Verfahren treffen zu können, wären neben Angaben zur Anzahl an vorgeschlagenen und eingeleiteten BEM-Verfahren auch solche zum Anteil an erfolgreich durchgeführten Maßnahmen notwendig.

Dadurch, dass in Sachsen-Anhalt manche Daten nach Schuljahren und andere in Kalenderjahren gesammelt wurden, kann keine einheitliche Statistik erstellt werden. Die Zeitberechnung für BEM-Maßnahmen ist noch eine weitere Art der Einteilung, die mit keiner dieser beiden Klassifikationen identisch ist. BEM wird angeboten, wenn zu

einem bestimmten Zeitpunkt (im Rückblick auf die vergangenen 365 Tage) eine Krankheitsdauer von mehr als 6 Wochen auffällt. Diese Tatsache wirkt sich nachteilig auf die statistische Vergleichbarkeit aus.

Da Daten zur Geschlechterstruktur teilweise fehlen, können keine Aussagen zum prozentuellen Anteil der weiblichen bzw. männlichen LKR gemacht werden, die z. B. von krankheitsbedingtem Dienstausscheid betroffen sind. Es mangelt an einer Bezugsgröße, da die Gesamtzahl an Lehrerinnen und Lehrern, die in Sachsen-Anhalt (bzw. in den beiden Regionen) arbeiten, hier nicht zur Verfügung gestellt wurde. Ähnlich verhält es sich mit Informationen zum Schulartvergleich. Es fehlen Daten zur Gesamtzahl der Lehrkräfte, die in den unterschiedlichen Schulformen arbeiten. Somit kann nicht berechnet werden, welcher Anteil an LKR in der jeweiligen Schulart LZ-erkrankt ist, in Frührente geht oder an BEM-Maßnahmen teilnimmt.

Eine analoge Situation liegt in Bezug auf die Daten zu Schwerbehinderten vor. Allein aus der absoluten Anzahl an eingeleiteten BEM-Verfahren lässt sich nicht schlussfolgern, wie hoch die Teilnahmefrequenz unter den schwerbehinderten LKR ist. Es lässt sich auch nicht erkennen, wie viele der LZ-erkrankten LKR einen (und wenn ja welchen) GdB haben.

Für die Jahre 2011 bis 2013 wurden überwiegend nur für die Region Süd Daten zur Altersstruktur der BEM-Teilnehmer zur Verfügung gestellt; deshalb wurde hier nicht weiter darauf eingegangen. Um derartige Daten bewerten zu können, ist es notwendig zu wissen, wie groß die einzelnen Altersgruppen sind und welchen Anteil daran LZ-Erkrankte und BEM-Teilnehmer haben.

Zusammenfassend lässt sich aus den oben genannten methodischen Kritikpunkten zur Datenerhebung hinsichtlich der Lehrergesundheit in Sachsen-Anhalt sagen, dass eine regelmäßige Vernichtung sämtlicher erhobener Daten nicht zielführend ist. Durch das Ersetzen personenbezogener Daten durch eine Personenkennziffer wird eine Anonymisierung erreicht, welche die weitere Auswertung ohne Verletzung des Datenschutzgesetzes ermöglicht.

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) § 3 Abs. 1 „Weitere Begriffsbestimmungen“ gibt folgende Definition:

„Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener).“

Statistische Daten sind nicht personenbezogen und fallen zu keinem Zeitpunkt unter die Gruppe der Angaben, die routinemäßig vernichtet werden sollten.

Um in Zukunft eine systematische Datenerhebung zu erleichtern, werden in Anlage 3 Vorschläge zur Anwendung in der Praxis vorgestellt (s. Abb. 19 - 44).

Ziel einer so strukturierten Datenerhebung ist es, vollständige Antworten auf bisher noch offene Fragen zu finden, die nicht nur von akademischem Interesse sind. Im benachbarten Bundesland Sachsen werden seit 2007 systematisch Daten zu LZ-Erkrankungen unter LKR und BEM erhoben und ausgewertet. Die Verpflichtung zur Dokumentation der Anzahl an LZ-Erkrankungen sowie Anzahl und Art der eingeleiteten BEM-Verfahren ist in Pkt. 8.2 und 8.3 der Dienstvereinbarung (http://www.hsbvl.sachsen.de/download/hsbvl/DV_BEM.pdf) zwischen Sächsischen Kultusministerium (als Arbeitgeber) sowie dem Lehrerhauptpersonalrat und der Schwerbehindertenvertretung (als Arbeitnehmervertretung) verankert.

Die Dienstvereinbarung in Sachsen-Anhalt zwischen dem Landesverwaltungsamt dieses Bundeslandes, dem Lehrerbezirkspersonalrat, der Bezirksschwerbehindertenvertretung und dem Bereich Gleichstellung sieht keine Dokumentation von statistischen Daten vor (s. Anlage 4). Es wäre zu erwägen, diese Dienstvereinbarung um eine regelmäßige Erhebung und Auswertung von solchen Daten zu erweitern. Denkbar wäre auch eine Kooperation zwischen dem Landesschulamt Sachsen-Anhalt und dem Sächsischen Kultusministerium bzw. anderen Bundesländern, die langjährigen Erfahrungen auf diesem Gebiet vorweisen können, um die Datenerhebung zu vereinheitlichen.

Eine umfangreiche arbeitsmedizinische Vorsorge, welche Fehlbelastungen bei LKR frühzeitig erkennt, kann dem Auftreten von chronischen Erkrankungen vorbeugen. Da die meisten Lehrkräfte in Deutschland zwischen 40 und 60 Jahren alt sind (Statistisches Bundesamt 2014a, 2014b), ist es notwendig, sich intensiver mit den altersbedingten Veränderungen der Belastbarkeit zu befassen. Um positiv auf ihren Gesundheitszustand einzuwirken, sollte mehr auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Altersgruppen eingegangen und deren persönliche Ressourcen gestärkt werden (Seibt et al. 2014). Dabei spielen die betriebliche Gesundheitsförderung, Maßnahmen von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie eine nachhaltige Personalpolitik in Schulen eine große Rolle (Seibt et al. 2014). Bei älteren LKR treten Langzeiterkrankungen häufiger auf als bei jüngeren (Gläser & Dudenhöffer 2014). In solchen Krankheitsfällen entstehen sowohl Ausfälle im Schulunterricht und Kosten für das Bundesland als auch Nachteile für die Betroffenen selbst. Hilfsangeboten, die einem Verlust der Dienstfähigkeit entgegen wirken, kommt eine

besondere Bedeutung zu. Der frühzeitige Renteneintritt von Lehrkräften verursacht erhebliche Kosten (Weber et al. 2004; Dudenhöffer et al. 2011). In dieser Situation sollte sowohl das BEM als auch generell die arbeitsmedizinische Betreuung als Investition in die Zukunft gesehen werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass auf dem Gebiet des BEM in Sachsen-Anhalt weiterhin Forschungsbedarf besteht. Die hier vorgelegte Promotionsarbeit soll einen Beitrag leisten, auf dem zukünftige Untersuchungen aufbauen können. Alle in Kapitel 3 gestellten Fragen konnten beantwortet werden. Für die in Frage 11 genannten methodischen Entwicklungen im Bereich der Datenerhebung und Auswertung wurden Datenmasken entwickelt, die dem Landesschulamt Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellt werden. Die Bedeutung von Maßnahmen, die einem Rückgang der Personalzahl im Lehrerberuf entgegenwirken, steigt zunehmend. Da BEM einen Beitrag zum Erhalt der Lehrergesundheit und Unterstützung v. a. der älteren LZ-erkrankten LKR leistet, ist es bei zunehmender Anzahl älterer LKR eine wichtige und lohnende Investition.

7 Zusammenfassung

Der Anteil an Lehrkräften (LKR), die gesundheitsbedingt in Frührente gehen, hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verringert. Die Gesamtzahl der LKR sinkt dennoch bundesweit. Gleichzeitig werden die noch aktiven LKR immer älter und ihre Fehlzeiten infolge von Krankschreibung länger. Mehr als die Hälfte der LKR in Sachsen-Anhalt sind mehr als 49 Jahre alt.

Im Schuljahr 2012/2013 waren 1,7 % der Renteneintritte in Sachsen-Anhalt auf krankheitsbedingte Dienst- bzw. Berufsunfähigkeit zurückzuführen. Denjenigen, die gesundheitsbedingt nicht weiter in ihrem Beruf arbeiten können, wird mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) die Möglichkeit geboten unter für sie geeigneten Bedingungen weiterhin beruflich tätig zu sein. Seit 2004 (Abs. 2, § 84, SGB IX) ist jeder Arbeitgeber (hier der Schulleiter) verpflichtet, allen seinen Mitarbeitern nach 42 Arbeitstagen diese Möglichkeit zu bieten. Die Teilnahme am BEM ist freiwillig und wird trotz vielfältiger Möglichkeiten noch zu wenig von den betroffenen LKR in Anspruch genommen.

Anhand von Sekundärdaten des Landesschulamtes Sachsen-Anhalt, die für den Zeitraum 2007 - 2013 für die Bearbeitung des Teilprojektes des DGUV-geförderten Projektes „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente – Wege der Prävention und Personalentwicklung“ zur Verfügung gestellt wurden, konnten nachfolgende Erkenntnisse im Rahmen dieser Promotionsarbeit gewonnen werden. In Sachsen-Anhalt wird nur jede vierte angebotene BEM-Maßnahme eingeleitet. Dabei ergeben sich schulartspezifische Unterschiede. In Berufsbildenden Schulen wurden prozentual deutlich mehr BEM-Angebote von den Langzeiterkrankten akzeptiert als in den übrigen Schularten. Die BEM-Akzeptanz im Land Sachsen-Anhalt lag 2013 mit durchschnittlich 24,1 % auf dem Niveau des Ausgangswertes von 2007 (24,9 %). Im Untersuchungszeitraum stieg der Anteil der Langzeiterkrankungen unter LKR in Sachsen-Anhalt von 2,2 % auf 3,5 %. Der Anteil an Frühberentungen änderte sich nur unwesentlich. Die Gesamtzahl der LKR ging um 17,8 % zurück.

Da die Datenlage zur Lehrgesundheit in Sachsen-Anhalt relativ spärlich ist, wurden Vorschläge zur praktischen Anwendung bei der systematischen Erhebung der Daten ausgearbeitet, die die zukünftige Analyse der Gesundheitsdaten erleichtern sollen. Ziel ist es, eine Datenlage zu erreichen, die für Schlussfolgerungen und anschließende Veränderungen bezüglich der gesundheitlichen Situation und BEM bei LKR zur Verfügung stehen wird.

Literaturverzeichnis

- (1) AOK – Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (ed) (2014): Krankenstand von AOK-versicherten Lehrkräften an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland 2012 und 2013 – Sonderauswertung. Berlin: WIdO. In: Scheuch K, Haufe E, Seibt R (2015): Teachers' health. Dtsch Ärztebl Int 112, 347-356
- (2) Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG § 5 und § 6 Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), letztmals geändert 31.08.2015 (GBBl. IS.1474). <http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/BJNR124610996.html> (letzter Zugriff 04.10.2015).
- (3) Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) vom 12. Dezember 1973 zuletzt geändert am 20.04.2013 (BGBl. I S. 868). www.gesetze-im-internet.de/asig/BJNR018850973.html (letzter Zugriff 04.10.2015)
- (4) Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) § 15 vom 12. August 2004 BGBl.I S.2179 zuletzt geändert am 31.08.2015 (BGBl. I S. 1474) http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbst_ttv_2004/gesamt.pdf (letzter Zugriff 04.10.2015).
- (5) Bakker AB & Demerouti E (2007): The Job Demands-Resources Model: State of the art. Journal of Managerial Psychology 22, 309-328.
- (6) Battis U (2004): Kommentar zum BBG. 3. Aufl. § 90 f., Rn. 3. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE. Nürnberg und Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), 98-90.
- (7) Bauer J (2003): The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. Psychother Psychosom Med Psychol 53, 213 – 222.
- (8) Bauer J (2004): Die Freiburger Schulstudie. <http://www.psychotherapie-prof-bauer.de> (Zugriff: 23.06.2015).
- (9) Bauer J, Stamm A, Virnich K, Wissing K, Müller U, Wirsching M, Schaarschmidt U (2006): Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. Int Arch Occup Environ Health 79, 199-204.
- (10) Bauer J, Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, Buhl-Grießhaber V, Müller U, Wesche H, Frommhold M, Seibt R, Scheuch K, Wirsching M (2007a): Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. Int Arch Occup Environ Health. 80, 442–449.
- (11) Bauer J, Unterbrink T, Zimmermann L (2007b): Gesundheitsprophylaxe für Lehrkräfte. Manual für Lehrer-Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell. In: Seibt R. Scheuch K – Verbundleitung LANGE LEHREN (Hrsg.). Dresden: Selbstverlag der Technischen Universität Dresden.
- (12) Beamten-gesetz des Landes Sachsen-Anhalt (Landesbeamten-gesetz - LBG LSA) § 63 Arbeitszeit vom 15.12.2009 Letztmals geändert 03.07.2015 GVBl. LSA S. 314,317. <http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/jsessionid=3505576DFF37A14671B6256CE389103D.jp25?quelle=jlink&query=BG+ST&psml=bssahprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-BGST2009pP63> (letzter Zugriff 18.07.2015).

- (13) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2015): <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Modellprogramm/Lange-lehren.html> (letzter Zugriff 14.08.2015).
- (14) Bundesarbeitsgericht (BAG): Urteil vom 24.03.2011. 2 AZR 88/09
- (15) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) § 3, Weitere Begriffsbestimmungen, http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/__3.html (letzter Zugriff 09.06.2015)
- (16) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (zuletzt geändert 25.02.2015 BGBl.I S. 162) http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/BJNR029550990.html (letzter Zugriff 07.06.2015).
- (17) Bundesarbeitsgemeinschaft für Integrationsämter (BIH) (2012): <https://www.integrationsaemter.de/Antworten-auf-Zweifelsfragen/445c5479i1p62/index.html> (Letzter Zugriff 09.06.2015).
- (18) Demerouti E, Bakker A, Nachreiner F, Schaufeli W (2001): The job demands-resources model of burnout, *J Appl Psychol* 86, 499-512.
- (19) DGSv (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.) (2010): Supervision - wirkungsvolles Beratungsinstrument in der Schule. Köln: DGSv.
- (20) Dudenhöffer S, Burger U, Kimbel R, Spahn D, Letzel S (2011): Konzeptentwicklung einer arbeitsmedizinischen Betreuung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz *ErgoMed* 35, 54-60.
- (21) Dudenhöffer S, Claus M, Schöne K, Adams J, Beutel T, Rose D-M & Letzel S (2014): Gesundheitsbericht der Lehrkräfte und Pädagogischen Fachkräfte in Rheinland-Pfalz, Schwerpunkt: Infektionsschutzbelehrung Schuljahr 2012/2013. Mainz: Institut für Lehrgesundheit.
- (22) Eggerer R, Kaiser H, Frohnweiler A, Jastrow B, Lechtenböhrer C, Frigeri F, Eckerstorfer P (2007): EIBE - Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Bericht 372. Nürnberg und Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.).
- (23) Eysel-Gosepath K, Daut T, Pinger A, Lehmacher W, Erren T (2012): Effects of noise in primary schools on health facets in German teachers. *Noise Health* 14, 129-134.
- (24) Fischer C (2015): ZB Ratgeber: „Das Betriebliche Eingliederungsmanagement“. Wiesbaden: Universum Verlag GmbH.
- (25) Fricke I (2014) Analyse zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Lehrkräften in Sachsen-Anhalt. Masterarbeit. Hochschule Magdeburg-Stendal. Fachbereich Sozial-und Gesundheitswesen. Magdeburg: Olzog.
- (26) Geist A (2013): Lehrgesundheit kompakt. Für Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen und Schulleiter. Sonderausgabe zum Handbuch der Schulberatung. München: Olzog.
- (27) Gerwing C (1994): Stress in der Schule – Belastungswahrnehmung von Lehrerinnen und Lehrern. *Z päd Psychol* 8 (1), 41-53.
- (28) Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) (2015) https://www.gew.de/Arbeitszeit_und_Unterrichtszeit.html (Letzter Zugriff 15.05.2015).
- (29) Giesert M, Wendt-Danigel C (2011): Arbeitspapier 199. Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.).

- (30) Gläßer E, Dlugosch GE, Haselwander M (2010): „Schuldienst verträgt sich nicht mit Gesundheitsförderung“? Eine empirische Untersuchung zur gesundheitlichen Situation, zur Inanspruchnahme von Lehrgesundheitstagen und zur Optimierung der Gesundheitsförderung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz. *Empir Päd* 24 (3), 245-263.
- (31) Gläßer E, Dudenhöffer S (2014): Beratungsangebot für längerfristig erkrankte Lehrkräfte und Pädagogische Fachkräfte in Rheinland-Pfalz. *ErgoMed / Prakt. Arbmed* 38, 28-37.
- (32) Goldberg D & Williams P (1988): A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- (33) Gundermann & Oberberg (2006): Datenschutzkonforme Gestaltung des betrieblichen Eingliederungsmanagements und die Beteiligung des Betriebsrats. In BTQ Niedersachsen (Hrsg.) (2006). Wenn Arbeit krank macht. BTQ-Fachtagung, S. 139. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) Bericht zur Umsetzung des Projekts EIBE. Nürnberg und Köln: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), 98-90.
- (34) Heyse H (2008): Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. BDP Psychologie Gesellschaft Politik. Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen (Hrsg.), 37-44. <http://www.bdp-verband.org/aktuell/2008/bericht/BDP-Gesundheitsbericht-2008.pdf>
- (35) Heyse H, Krampen G, Schui G, Vedder M (2004): Berufliche Belastungen und Belastungsreaktionen früh- versus alterspensionierter Lehrkräfte in der Retrospektive. *Reportpsychol* 29, 372-379.
- (36) Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2015): <http://www.inqa.de/DE/Angebote/Handlungshilfen/Gesundheit/Langelehren.html?back=true> (letzter Zugriff 14.08.2015).
- (37) Institut für Lehrgesundheit am Institut für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin der Universität Mainz: Homepage <http://www.unimedizin-mainz.de/ifl/startseite.html>. (letzter Zugriff 29.06.2015).
- (38) Jacobson E (1990): Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (39) Kalimo R, Rahkin K, Mutanen P, Toppinen-Tanner S (2003): Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress* 17(2): 109-122.
- (40) Karasek R A (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quart* 24, 285-308.
- (41) Kettler R (2011): „Lehrgesundheit“ Ein psychosomatisches Präventionskonzept gegen Burn-Out bei Lehrern. *Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin*.
- (42) Kieschke U, Bauer F (2015): Anmerkung zu personenorientierten Ansätzen der Lehrbelastungsforschung. *Unterrichtswissenschaft* 43 (2), 150-165.
- (43) Klusmann U (2011): Allgemeine berufliche Motivation und Selbstregulation In: Kunter M, Baumert J, Blum W, Klusmann U, Kraus S, Neubrand M (Hrsg.). Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV. Münster: Waxmann, 277-294.
- (44) Krause A, Dorsewagen C (2007): Psychische Belastungen im Unterricht. In: Martin Rothland (Hrsg.). Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- (45) Krause A, Dorsemagen C (2011a): Mehr Achtsamkeit beim Umgang mit Veränderungen. *EroMed* 35, 62-66.
- (46) Krause A, Dorsemagen C (2011b): Gesundheitsförderung für Lehrerinnen und Lehrer. In: Bamberg E, Ducki A, Metz A-M (Hrsg.). Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 561-579.
- (47) Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (2015): Das Schulsystem in Sachsen-Anhalt. <http://www.sachsen-anhalt.de/index.php?id=7185> (letzter Zugriff 12.08.2015).
- (48) Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2010): Bildungsbericht 2010 Sachsen-Anhalt. S. 13-21. <http://www.mk-bereich.sachsen-anhalt.de/presse/publikationen/2010/bildungsbericht2010.pdf> (letzter Zugriff 12.08.2015).
- (49) Landesschulamt Sachsen-Anhalt (2011, 2015): Sekundärdaten zu Lehrgesundheit und BEM über die Jahre 2007 – 2013. Übermittelt an den Bereich Arbeitsmedizin der OvGU Magdeburg. Halle: Landesschulamt Sachsen-Anhalt.
- (50) Landesschulamt Sachsen-Anhalt (2015): Dienstvereinbarung. http://www.landesschulamt.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesjournal/Bildung_und_Wissenschaft/Landesschulamt/BEM/BEM__gemeinsame_Dienstvereinbarung_Anlagen.pdf (letzter Zugriff: 23.08.2015).
- (51) Landesschulamt Sachsen-Anhalt (2015): Steuerkreis Arbeitsmedizin. Im Zentrum der medical airport service GmbH in Magdeburg am 20.08.2015
- (52) Lederer P, Weltle D, Weber A (2001): Illness-related premature unfitnes for work among civil servants in Bavaria - an evaluation in the social medical field. *Gesundheitswesen* 63, 509-513.
- (53) Letzel St, Kimbel R, Burger U, Spahn D (2010): Abschlussbericht über das Projekt „Konzeptentwicklung einer arbeitsmedizinischen Betreuung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz“. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin. http://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/ifl/Dokumente/Forschungsbericht_Lehrerprojekt.pdf (letzter Zugriff 16.07.2015).
- (54) Leung SSK, Chiang VCL, Chui YY, Mak YW, Wong DFK (2011): A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. *J Occup Health* 53, 23-35.
- (55) Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML., Berto E, Luzi C, Andreoli A (1993): Perceived Stress Questionnaire (PSQ). *J Psychosom Res*, 37 (1), 19-32. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5) (letzter Zugriff 05.10.2015).
- (56) Maslach C (1984): Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *JHSA*. 7, 189–212.
- (57) Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2011): Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Gefaehrdungsbeurteilung.pdf.
- (58) Niehaus M, Magin J, Marfels B, Vater EG, Werkstetter E (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Bericht 374. Köln: Bundesministerium für arbeit und Soziales (Hrsg.).

- (59) Panter W (2013): Medizinische und berufliche Rehabilitation aus Sicht der Betriebsärzte. In: Hallier, Letzel, Nowak (Hrsg.). Medizinische und berufliche Rehabilitation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Ecomed. Heidelberg. 55-71.
- (60) Paulsen S (2015): Informationen-Berufsunfaehigkeitsversicherung.de http://www.informationen-berufsunfaehigkeitsversicherung.de/gesetzliche_versorgung/oeffentlicher_dienst_angestellte.html. (letzter Zugriff 29.06.2015).
- (61) Porto LA, Carvalho FM, de Oliveira NF, Neto AMS, de Araujo TM, dos Reis EJFB, Delcor NS (2006): Association between mental disorders and work-related psychosocial factors in teachers. Rev Saude Publica 40 (5). http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/en_ao-5230.pdf.
- (62) Projekt Lehrgesundheit an der Aufsichts- und Dienstdirektion (ADD) Rheinland-Pfalz: Homepage <http://www.add.rlp.de/Schulen-und-Kultur/Projekt-Lehrgesundheit/>. (letzter Zugriff 29.06.2015).
- (63) Puchalla D, Dartenne C, Roeßler A (2013): Was zählt die Stimme einer Lehrkraft. SPRECHEN. Zeitschrift für Sprechwissenschaft 55, 50-65.
- (64) Richter G (2010): Toolbox Version 1.2 - Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen. (1. Aufl.). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Projektnummer: F 1965
- (65) Richter P, Hacker W (2012): Belastung und Beanspruchung: Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Kröning: Asanger.
- (66) Rohmert & Rutenfranz (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastungen und Beanspruchungen an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bonn: Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit.
- (67) Schaarschmidt U (Hrsg.) (2004): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim und Basel: Beltz.
- (68) Schaarschmidt U (2011): Lehrerinnen und Lehrer zwischen Belastung und Entlastung IN: Berner H, Isler R (Hrsg.). Lehrer-Identität, Lehrer-Rolle, Lehrer-Handeln. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 105-123.
- (69) Schaarschmidt U, Fischer AW (1997): AVEM - ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Z Diff Diagn Psychol 18 (3), 151-163.
- (70) Schaarschmidt U, Kieschke U (2013): Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrstudie. In: Rothland M (Hrsg.) (2013): Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen. (2. vollst. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer, 81-97.
- (71) Scheuch K, Seibt R, Rehm U, Riedel R, Melzer W (2010): Lehrer. In: Letzel S, Nowak D (Hrsg.). Handbuch der Arbeitsmedizin. Landsberg: Ecomed Verlag, 16. Erg. Lfg.
- (72) Scheuch K, Haufe E, Seibt R (2015): Teachers' health. Dtsch Ärztebl Int 112, 347-356.
- (73) Scheuch K, Vogel H, Haufe E (1995): Entwicklung der Gesundheit von Lehrern und Erziehern in Ostdeutschland. Ausgewählte Ergebnisse der Dresdner Lehrstudien 1985 - 1994. Dresden: Selbstverlag der Technischen Universität Dresden.

- (74) Schmitz I, Zühr-Gäbelein M, Schmidt LG, Benkendorff B, Nolting H-D, Kulik M (2007): Verbundprojekt "Lange Lehren": Leiser lernen - Handlungsleitfaden zur Lärmreduktion in Grundschulklassen unter Einsatz der Lärmampel. (1. Aufl.). In: Seibt R. Scheuch K – Verbundleitung LANGE LEHREN (Hrsg.). Dresden: Selbstverlag der Technischen Universität Dresden.
- (75) Schwarzer R, Hallum S (2008): Percieved teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analysis. *Appl Psychol: An Int Rev* 57, 152-171.
- (76) Schwarzer R, Schmitz G, Tang C (2000): Teacher burnout in Hong Kong and Germany: a cross-cultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety Stress Coping* 13, 309-327.
- (77) Schöne K, Dudenhöffer S, Claus M, Rose D-M, Letzel St (2014): Arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung von Lehrkräften in Rheinland-Pfalz. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 49, 578-584
- (78) Seiboth F, Darius S, Böckelmann I (2014): Belastungsfaktoren und Erholungsfähigkeit im Lehrerberuf - ein Altersgruppenvergleich. *Gesundheitswesen* 76 A174.
- (79) Seibt R, Galle M, Dutschke D (2007a): Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. *Präv Gesundheitsf* 2, 228-234.
- (80) Seibt R, Dutschke D, Hübler A, Scheuch K (2007b): Handlungsanleitung zur Durchführung einer individuellen Vorsorgediagnostik für Lehrkräfte „Das Dresdner Modell“. Selbstverlag der Technischen Universität Dresden. Dresden
- (81) Seibt R, Druschke D, Steputat A, Drössler S, Rossa K, Spitzer S, Darius S, Böckelmann I (2014): Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente - Wege der Prävention und Personalentwicklung. Dresden: Selbstverlag der Technischen Universität Dresden, 155 S. + Anhang.
- (82) Siegrist J (1996): Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1, 27 - 43
- (83) Statistisches Bundesamt (2002): *Wirtschaft und Statistik* 11/2002. verantwortlich für den Inhalt: Brigitte Reimann. Stuttgart: Metzler Verlag.
- (84) Statistisches Bundesamt (2012): Pressemitteilung vom 24. April 2012 - 143/12
- (85) Statistisches Bundesamt (2013a): *Statistisches Jahrbuch*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Redaktionsleitung: Willand I).
- (86) Statistisches Bundesamt (2013b): *Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Schuljahr 2012/2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (87) Statistisches Bundesamt (2014a): *Bildung und Kultur, Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2013/2014. Fachserie 11 Reihe 1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (88) Statistisches Bundesamt (2014b): *Bildung und Kultur. Berufliche Schulen Schuljahr 2013/2014. Fachserie 11 Reihe 2*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (89) Statistisches Bundesamt (2014c): Pressemitteilung vom 16. Dezember 2014 - 453/14
- (90) Statistisches Bundesamt (2014d): *Finanzen und Steuern. Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- (91) Statistisches Bundesamt (2015): <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/215058/umfrage/anteil-der-lehrer-ueber-49-jahre-nach-bundeslaendern/> (Zugriff 29.06.2015).
- (92) Steputat A, Druschke D, Pergold K, Seibt R (2014): Arbeitsbezogene Fehlbelastungen, Bewältigungsstrategien und unterstützende Strukturen bei langzeiterkrankten Lehrkräften - eine qualitative Analyse. *Gesundheitswesen* 76, A 186.
- (93) Sun W, Wu H, Wang L (2011): Occupational stress and its related factors among university teachers in China. *J Occup Health* 53, 280-286.
- (94) Sust Ch A, Lazarus H (1997): *Lärmbeurteilung - Schule, Aus- und Weiterbildung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- (95) Sächsisches Staatsministerium für Kultus (SMK). Dienstvereinbarung http://www.hsbvl.sachsen.de/download/hsbvl/DV_BEM.pdf (letzter Zugriff 17.07.2015).
- (96) Thiart H, Lehr D, Ebert DD, Sieland B, Berking M, Riper H (2013): Log in and breathe out: efficacy and cost-effectiveness of an online sleep training for teachers affected by work-related strain - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 14, 169. <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/169> (letzter Zugriff 12.08.2015).
- (97) Van den Tooren M, de Jonge J, Vlerick P, Daniels K, van den Ven B (2011): Job resources and matching active coping styles as moderators of the longitudinal relation between job demands and job strain. *Int.J Behav Med* 18, 373-383
- (98) Travers C (2001): Stress in teaching Past, present, and future. In: Dunham J (Hrsg.). *Stress in the workplace: Past, present, and future* London: Whurr Publishers, 164-190.
- (99) Ulbricht S, Neustadt K, Seibt R (2014): Analyse von arbeitsbezogenen Merkmalen und Gesundheit bei jüngeren und älteren Lehrkräften – Schlussfolgerungen für Verhaltens- und Verhältnisprävention. Dresden: Selbstverlag der Technischen Universität Dresden.
- (100) Unfallverhütungsvorschrift. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (DGUV Vorschrift 2) vom 15. Dezember 2009, in der Fassung vom 1. Januar 2012. http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/vorschr_regeln/documents/muster_vorschr_2.pdf (letzter Zugriff 05.10.2015).
- (101) Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, Buhl-Grießhaber V, Müller U, Wesche H, Frommhold M, Scheuch K, Seibt R, Wirsching M, Bauer J (2007): Burnout and effort-reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Environ Health* 80, 433-411.
- (102) Unterbrink T, Zimmermann L, Pfeifer R, Wirsching M, Brähler E, Bauer J (2008): Parameters influencing health variables in a sample of 949 German teachers. *Int Arch Occup Health* 82, 117-123.
- (103) Unterbrink T, Zimmermann L, Pfeifer R, Wirsching M, Rose U, Joos A, Hartmann A, Bauer J (2010): Improvement in school teachers's mental health by manual-based psychological group program. *Psychother Psychosom* 79, 262-264.
- (104) Varbelow D (2003): *Lehrer als Opfer von Schülergewalt: eine quantitative Studie*. Marburg: Tectum.

- (105) Verordnung über die Arbeitszeit der Lehrkräfte an öffentlichen Schulen (ArbZVO-Lehr.) Verordnung über die Arbeitszeit der Lehrkräfte an öffentlichen Schulen von 1998 (GVBl. LSA) zuletzt geändert 2007.
- (106) Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 18. Dezember 2008 (BGBl. SI. 2768) zuletzt geändert am 23.10.2013 (BGBl. SI. 3882) <http://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/BJNR276810008.html> (letzter Zugriff 04.10.2015).
- (107) Versorgungsänderungsgesetz vom 20.12.2001 über die Versorgung von Beamten (BGBl. I S. 3926).
http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*%25B@attr_id='bgbl101s3926.pdf'%25D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl101s3926.pdf%27%5D__1421338838887 (letzter Zugriff 15.01.2015).
- (108) Weber A (2002): Teacher's health - a challenge for an interdisciplinary prevention concept. *Gesundheitswesen* 64, 120-124.
- (109) Weber A, Weltle D, Lederer P (2002): Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Gymnasiallehrkräften. *Versicherungsmedizin* 54, 75-83.
- (110) Weber A, Weltle D, Lederer P (2004): Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. *Dtsch Ärztebl* 101 (13), 850-859.
- (111) Weber A, Weltle D, Lederer P (2006): Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int Arch Occup Health* 78, 325-331.
- (112) Winkelmann C, Gienke F (2007): Schülerbedingte Hindernisse im Unterricht. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 42, 369-402.
- (113) Wolf, S., Nebel-Töpfer, C., Zwingmann, I., & Richter, P. (2014a): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Instrumente zur Durchführung. *Die PREVA-Methodik. Sicherheitsingenieur*, 12, 14-21.
- (114) Wolf S, Nebel-Töpfer C, Zwingmann I, Richter P (2014b): Erfahrungen und Umsetzungsbeispiele in der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. *ErgoMed / Prakt Arbmed* 38, 10-20.
- (115) Wudy D-T, Jerusalem M (2011): Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und Belastungserleben bei Lehrkräften. *Psychol Erz Unterr* 58 (4), 254-267.
- (116) § 84, Abs. 2, SGB IX. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06. 2001 (BGBl. I S. 1046)
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___84.html (letzter Zugriff, 08.06.2015).
- (117) § 74 SGB V. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Stufenweise Wiedereingliederung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477)
<https://www.juris.de/jportal/portal/page/homerl.psm1?cmsuri=%2Fjuris%2Fde%2Fkostenfreieinhalt%2Finfokostenfreieinhalte.jsp&fcstate=5&showdoccase=1&doc.part=X&doc.id=BJNR024820988#BJNR024820988BJNE015700328> (letzter Zugriff, 08.06.2015).
- (118) § 28 SGB IX. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Stufenweise Wiedereingliederung vom 19.06.2001 (BGBl. I S.1046). http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html (letzter Zugriff 07.06.2015).
- (119) § 93 SGB IX. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 (BGBl. I S.1046). http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/___93.html, (letzter Zugriff 07.06.2015).

- (120) SGB IX § 98. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) letztmals geändert 07.01.2015 (BGBl. 2015 II S. 15).

Anlagen

Anlage 1: Votum der Ethikkommission zur Durchführung der Studie

SÄCHSISCHE
BILDUNGSAGENTUR



SÄCHSISCHE BILDUNGSAGENTUR
Postfach 13 34 | 09072 Chemnitz

TU Dresden
Institut und Poliklinik für Arbeits- und
Sozialmedizin, Frau Dr. R. Seibt
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Ihre Ansprechpartnerin
Kristin Leistner

Durchwahl
Telefon +49 371 5366-146
Telefax +49 371 5366-491

kristin.leistner@
sba.smk.sachsen.de*

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom
02. August 2012

Aktenzeichen
(bitte bei Antwort angeben)
ZS-6499.20/789/1

Chemnitz,
07. August 2012

Antrag auf Zustimmung zur Durchführung einer Datenerhebung an sächsischen Schulen im Rahmen eines Forschungsvorhabens an der TU Dresden zum Thema „Im Lehrerberuf gesund und motiviert bis zur Rente – Wege der Prävention und Personalentwicklung“

Sehr geehrte Frau Dr. Seibt,

mit Schreiben vom 2. August 2012 beantragten Sie die Zustimmung zur Durchführung einer Datenerhebung an sächsischen Schulen im Rahmen des o.g. Projektes.

Gemäß Punkt VI.1 der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über Sponsoring, Werbung, Spenden, Erhebungen, Wettbewerbe und Warenverkauf an Schulen stimmt die Sächsische Bildungsagentur der beantragten Datenerhebung an öffentlichen Schulen zu. Folgende Auflagen sind zu beachten:

1. Die Teilnahme an der Datenerhebung ist **freiwillig**. Die Schulleitungen, Lehrkräfte, Schüler und ggf. deren Erziehungsberechtigte sind auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hinzuweisen.
2. Die **Anonymität** der gemachten Angaben ist zu gewährleisten.
3. Minderjährige Schüler dürfen nur mit vorheriger **Zustimmung der Erziehungsberechtigten** an der Datenerhebung teilnehmen. Dabei sind den Erziehungsberechtigten unter Vorlage der Fragen, Zweck und Umfang der Erhebung zu erklären.
4. Der Ablauf der Datenerhebung ist mit den Schulleitungen abzustimmen.
5. Die Auswertung der Datenerhebung ist der Sächsischen Bildungsagentur kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Die Schulen sind von der Erheberin der Daten durch Vorlage dieses Schreibens selbst zu informieren.

Mit freundlichem Gruß

Kristin Leistner
Referentin

Seite 1 von 1

Hausanschrift:
Sächsische Bildungsagentur
Annaberger Straße 119
09120 Chemnitz

www.sachsen-macht-schule.de/sba

Öffnungszeiten:
Dienstag:
9:00 – 12:00 Uhr und
14:00 – 17:30 Uhr

Verkehrsverbindung:
zu erreichen mit den
Straßenbahnlinien 5, 6 und 522
bis Haltestelle Rößlerstraße

Behindertenparkplatz
auf dem Hof über Einfahrt
Heinrich-Lorenz-Straße

*Kein Zugang für elektronisch signierte
sowie für verschlüsselte elektronische
Dokumente

Anlage 2: Datentabellen

Tab. 20 Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Geschlecht, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015

	Geschlecht	Region Nord Sachsen-Anhalt						Region Süd Sachsen-Anhalt						Gesamt	
		2007	2008	2009	2010	2011	Gesamt	2007	2008	2009	2010	2011	Gesamt		
Grundschulen	Männer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	Frauen	6	3	4	4	6	23	2	9	7	7	7	6	31	54
	Gesamt	6	3	4	4	6	23	2	9	7	7	7	7	32	55
Förderschulen	Männer	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0	2	4
	Frauen	3	2	2	3	0	10	1	1	1	0	1	1	4	14
	Gesamt	3	2	2	5	0	12	1	2	1	1	1	1	6	18
Sekundarschulen	Männer	3	3	1	2	2	11	2	2	0	2	2	2	8	19
	Frauen	7	1	5	5	7	25	3	6	6	6	3	24	49	
	Gesamt	10	4	6	7	9	36	5	8	6	8	5	32	68	
Gymnasien	Männer	2	1	0	0	0	3	2	0	1	0	1	4	7	
	Frauen	3	0	4	1	5	13	4	5	2	6	4	21	34	
	Gesamt	5	1	4	1	5	16	6	5	3	6	5	25	41	
Berufsbildende Schulen	Männer	4	0	1	4	2	11	0	5	2	2	0	9	20	
	Frauen	2	1	2	1	2	8	1	4	2	3	1	11	19	
	Gesamt	6	1	3	5	4	19	1	9	4	5	1	20	39	

Tab. 21 Daten zu frühzeitigem Dienstausscheid, 2007-2010, unterteilt nach Status, modifiziert nach interner Information von Landesschulamt Sachsen-Anhalt 2011, 2015

	Status	Region Nord Sachsen-Anhalt						Region Süd Sachsen-Anhalt						Gesamt
		2007	2008	2009	2010	2011	Gesamt	2007	2008	2009	2010	2011	Gesamt	
Grundschulen	Beamte	2	1	2	0	1	6	0	2	0	1	2	5	11
	Beschäftigte	4	2	2	4	5	17	2	7	7	6	5	27	44
	Gesamt	6	3	4	4	6	23	2	9	7	7	7	32	55
Förderschulen	Beamte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	Beschäftigte	3	2	2	5	0	12	1	2	1	1	0	5	17
	Gesamt	3	2	2	5	0	12	1	2	1	1	1	6	18
Sekundarschulen	Beamte	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	3	7
	Beschäftigte	9	3	5	6	9	32	4	7	6	8	4	29	61
	Gesamt	10	4	6	7	9	36	5	8	6	8	5	32	68
Gymnasien	Beamte	1	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	3	5
	Beschäftigte	4	1	4	1	4	14	5	5	3	5	4	22	36
	Gesamt	5	1	4	1	5	16	6	5	3	6	5	25	41
Berufsbildende Schulen	Beamte	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	2	4
	Beschäftigte	5	1	3	5	3	17	1	8	4	4	1	18	35
	Gesamt	6	1	3	5	4	19	1	9	4	5	1	20	39

Tab. 22 Prozentualer Anteil der akzeptierten BEM-Maßnahmen in der Region Nord nach Schulart

	BEM-Maßnahmen [%]		
	angeboten	eingeleitet	angenommen
Kalenderjahr	Grundschulen		
2010	158	31	19,6
2011	160	36	22,5
2012	160	44	27,5
2013	123	29	23,6
Kalenderjahr	Förderschulen		
2010	128	32	25,0
2011	81	23	28,3
2012	122	39	32,0
2013	64	22	34,4
Kalenderjahr	Sekundarschulen		
2010	115	18	15,7
2011	161	37	23,0
2012	133	42	31,6
2013	121	34	28,1
Kalenderjahr	Gymnasien		
2010	59	20	33,9
2011	64	32	50,0
2012	71	20	28,2
2013	66	19	28,8
Kalenderjahr	Berufsbildende Schulen		
2010	60	21	35,0
2011	35	11	31,4
2012	35	9	25,7
2013	35	13	37,1

Tab. 23 Prozentualer Anteil der akzeptierten BEM-Maßnahmen in der Region Süd nach Schulart

	BEM-Maßnahmen [%]		
	angeboten	eingeleitet	angenommen
Kalenderjahr	Grundschulen		
2010	167	43	25,7
2011	138	36	26,0
2012	106	34	32,1
2013	112	23	20,5
Kalenderjahr	Förderschulen		
2010	166	36	21,7
2011	162	42	25,9
2012	311	58	18,7
2013	259	33	12,7
Kalenderjahr	Sekundarschulen		
2010	103	37	35,9
2011	214	62	29,0
2012	183	35	19,1
2013	174	39	22,4
Kalenderjahr	Gymnasien		
2010	145	37	25,5
2011	128	40	31,2
2012	89	28	31,5
2013	107	29	27,1
Kalenderjahr	Berufsbildende Schulen		
2010	27	6	22,2
2011	22	15	68,2
2012	21	8	38,0
2013	18	7	38,9

Tab. 24 Konfidenzintervall zum Anteil der Beamten in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind 2007-2011

Kalender- jahr	Gesamt Sachsen-Anhalt				Region Nord				Region Süd			
	Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden			Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden			Anzahl Beamte	Beamte ausgeschieden		
Anzahl		%	Schätzwert bei 95 % KI	Anzahl		%	Schätzwert bei 95 % KI	Anzahl		%	Schätzwert bei 95 % KI	
2007	3951	7	0,177	0.0018 [0.0007; 0.0036]	1980	5	0,252	0.0025 [0.0008; 0.0059]	1971	2	0,101	0.0010 [0.0001; 0.0037]
2008	3938	6	0,152	0.0015 [0.0006; 0.0033]	1975	2	0,101	0.0010 [0.0001; 0.0037]	1963	4	0,203	0.0020 [0.0006; 0.0052]
2009	3939	3	0,076	0.0008 [0.0002; 0.0022]	1974	3	0,151	0.0015 [0.0003; 0.0044]	1965	0	0	0.0000 [0.0000; 0.0015]
2010	3967	4	0,100	0.0010 [0.0003; 0.0026]	1981	1	0,050	0.0005 [0.0000; 0.0028]	1986	3	0,151	0.0015 [0.0003; 0.0044]
2011	4268	8	0,187	0.0019 [0.0008; 0.0037]	2168	3	0,137	0.0014 [0.0003; 0.0040]	2100	5	0,238	0.0024 [0.0008; 0.0055]

Tab. 25 Konfidenzintervall zum Anteil der Angestellten in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind 2007-2011

Kalender- jahr	Gesamt Sachsen-Anhalt				Region Nord				Region Süd			
	Anzahl Ange- stellte	Angestellte ausgeschieden			Anzahl Ange- stellte	Angestellte ausgeschieden			Anzahl Ange- stellte	Angestellte ausgeschieden		
		Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI		Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI		Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI
2007	18385	38	0,20	0.0021 [0.0015; 0.0028]	9205	25	0,27	0.0027 [0.0018; 0.0040]	9180	13	0,14	0.0014 [0.0008; 0.0024]
2008	17554	38	0,21	0.0022 [0.0015; 0.0030]	8823	9	0,10	0.0010 [0.0005; 0.0019]	8731	29	0,33	0.0033 [0.0022; 0.0048]
2009	16759	37	0,22	0.0022 [0.0016; 0.0030]	8437	16	0,18	0.0019 [0.0011; 0.0031]	8322	21	0,25	0.0025 [0.0016; 0.0039]
2010	15816	40	0,25	0.0025 [0.0018; 0.0034]	7970	16	0,20	0.0020 [0.0012; 0.0033]	7846	24	0,30	0.0031 [0.0020; 0.0046]
2011	14894	32	0,21	0.0022 [0.0015; 0.0030]	7489	21	0,28	0.0028 [0.0017; 0.0043]	7405	11	0,14	0.0015 [0.0007; 0.0027]

Tab. 26 Konfidenzintervall zum Anteil der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Kalenderjahr	LKR gesamt (Anzahl)	LKR ausgeschieden		
		Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI
2007	22336	45	0,201	0.0020 [0.0015; 0.0027]
2008	21492	44	0,204	0.0021 [0.0015; 0.0028]
2009	20698	40	0,193	0.0019 [0.0014; 0.0026]
2010	19783	49	0,247	0.0025 [0.0018; 0.0033]
2011	19162	43	0,224	0.0022 [0.0016; 0.0030]

Tab. 27 Konfidenzintervall zum Anteil der Gesamtzahl der LKR von männlichen und weiblichen LKR im Land Sachsen-Anhalt, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Dienst ausgeschieden sind

Kalenderjahr	Frauen gesamt LSA			Männer gesamt LSA		
	Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI	Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI
2007	32	0,14	0.0014 [0.0010; 0.0020]	13	0,05	0.0006 [0.0003; 0.0010]
2008	32	0,15	0.0015 [0.0010; 0.0021]	12	0,05	0.0006 [0.0003; 0.0010]
2009	35	0,17	0.0017 [0.0012; 0.0024]	5	0,02	0.0002 [0.0001; 0.0006]
2010	36	0,18	0.0018 [0.0013; 0.0025]	13	0,06	0.0007 [0.0004; 0.0011]
2011	35	0,18	0.0018 [0.0013; 0.0025]	8	0,04	0.0004 [0.0002; 0.0008]

Tab. 28 Konfidenzintervall für Anteil der LZ-Erkrankten an allen LKR, unterteilt nach Schuljahr und Region

Schuljahr	LZ-Erkrankte gesamt			LZ-Erkrankte Nord			LZ-Erkrankte Süd		
	Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI	Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI	Anzahl	%	Schätzwert bei 95 % KI
2007/2008	501	2,2	0.0224 [0.0206; 0.0244]	178	1,6	0.0160 [0.0140; 0.0183]	323	2,9	0.0290 [0.0261; 0.0322]
2008/2009	495	2,3	0.0230 [0.0211; 0.0251]	197	1,8	0.0182 [0.0160; 0.0209]	295	2,7	0.0276 [0.0247; 0.03078]
2009/2010	583	2,8	0.0282 [0.0260; 0.0305]	249	2,4	0.0239 [0.021208; 0.026945]	334	3,2	0.0325 [0.0293; 0.0360]
2010/2011	734	3,7	0.0371 [0.0346; 0.0398]	413	4,1	0.0415 [0.037823; 0.045511]	321	3,2	0.0327 [0.0294; 0.0363]
2011/2012	681	3,5	0.0355 [0.0330; 0.0382]	351	3,6	0.0364 [0.032859; 0.040174]	330	3,5	0.0347 [0.0313; 0.0385]
2012/2013	636	3,5	0.0346 [0.0321; 0.0373]	355	3,8	0.0383 [0.034681; 0.042345]	281	3,0	0.0309 [0.0276; 0.0345]

Tab. 29 Konfidenzintervall für den Anteil der BEM-Einleitungen an BEM-Angeboten, unterteilt nach Region und Kalenderjahr

Kalenderjahr	Anteil der BEM- Einleitungen von den BEM-Angeboten					
	Gesamt [%]	Schätzwert bei 95 % KI	Region Nord [%]	Schätzwert bei 95 % KI	Region Süd [%]	Schätzwert bei 95 % KI
2010	24,9	0.2491 [0.2253; 0.2745]	23,5	0.2346 [0.2013; 0.2714]	26,1	0.2615 [0.2291; 0.2966]
2011	28,6	0.2867 [0.2620; 0.3126]	27,7	0.2775 [0.2411; 0.3168]	29,4	0.2937 [0.2901; 0.2973]
2012	25,7	0.2575 [0.2344; 0.2820]	29,5	0.2956 [0.2591; 0.3347]	22,9	0.2296 [0.2009; 0.2608]
2013	23,0	0.2298 [0.2063; 0.2551]	28,6	0.2861 [0.2456; 0.3299]	19,5	0.1955 [0.1680; 0.2261]

Anlage 3: Datenmasken

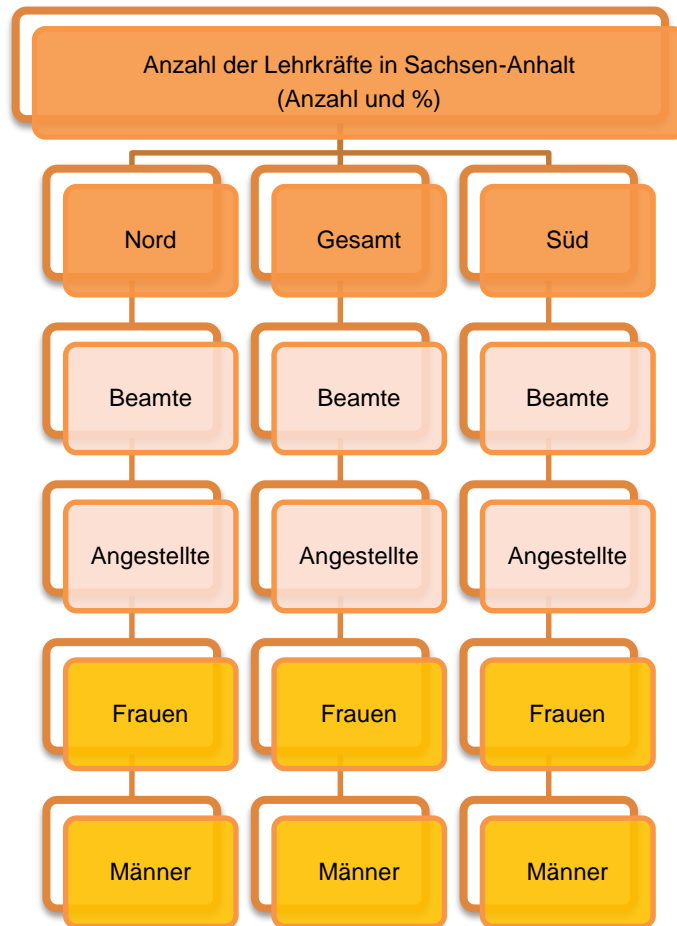


Abb. 19 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualen Anteil der LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur

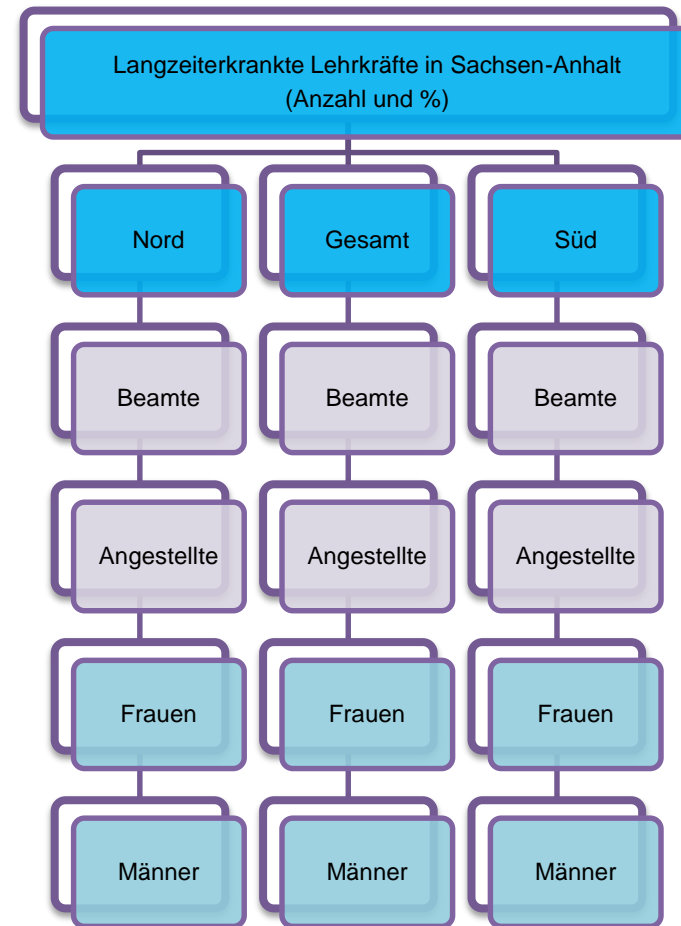


Abb. 20 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualen Anteil der LZ-erkrankten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur

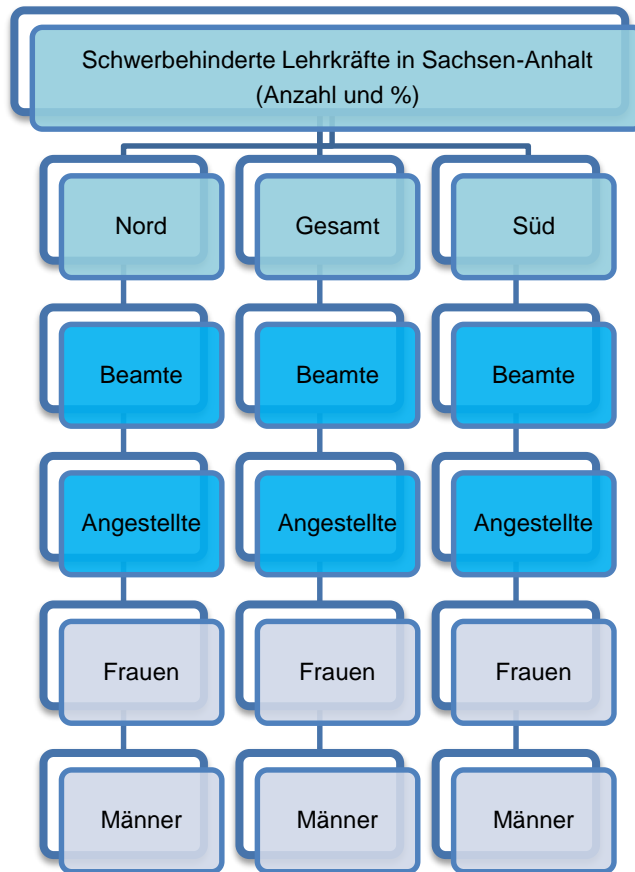


Abb. 21 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur

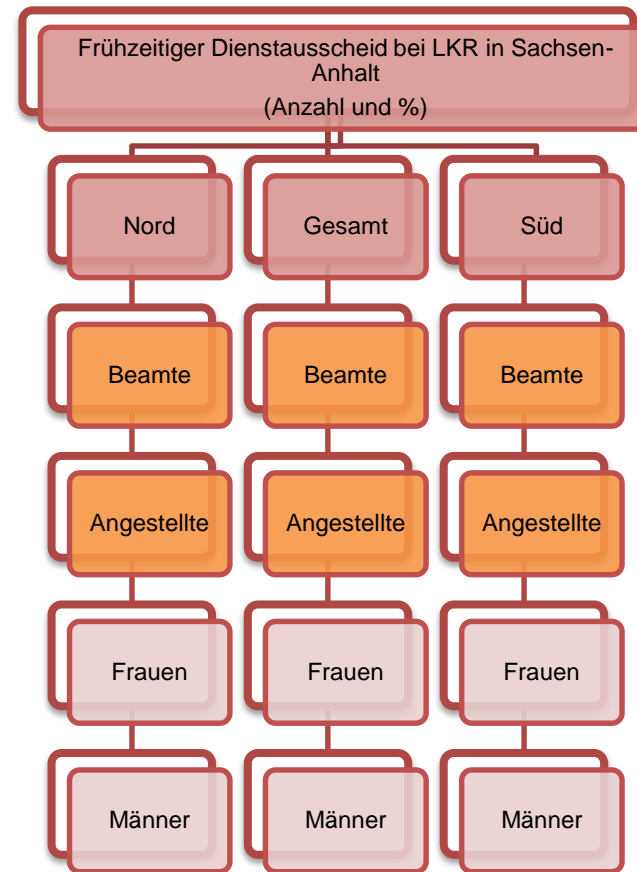


Abb. 22 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der frühberenteten LKR nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlechtsstruktur

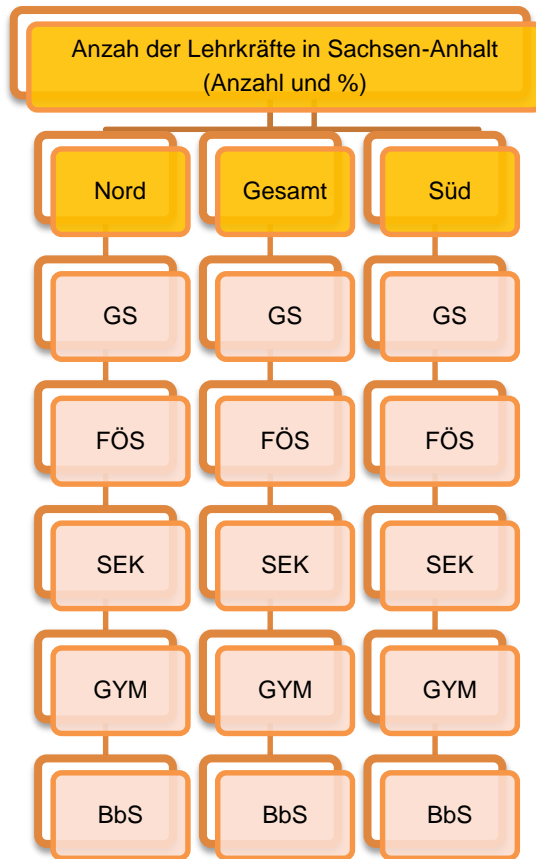


Abb. 23 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der LKR im Schultartvergleich

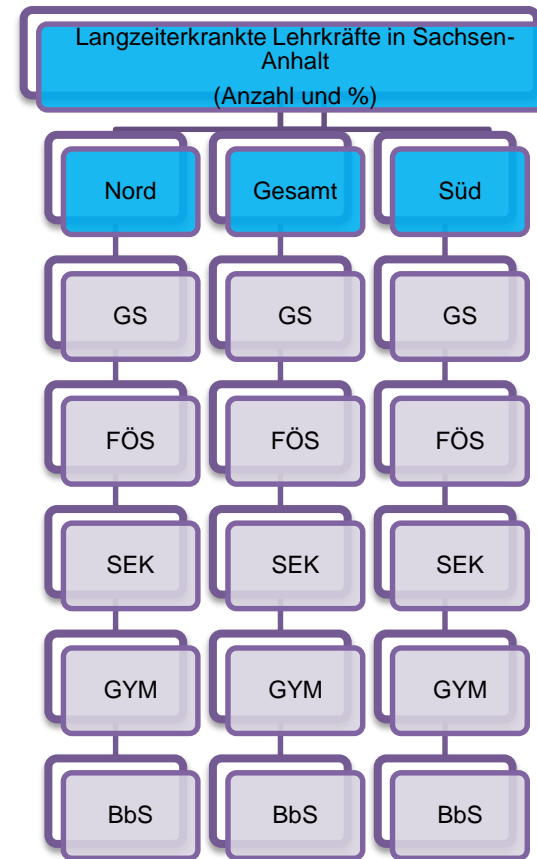


Abb. 24 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der LZ-erkrankten LKR im Schultartvergleich

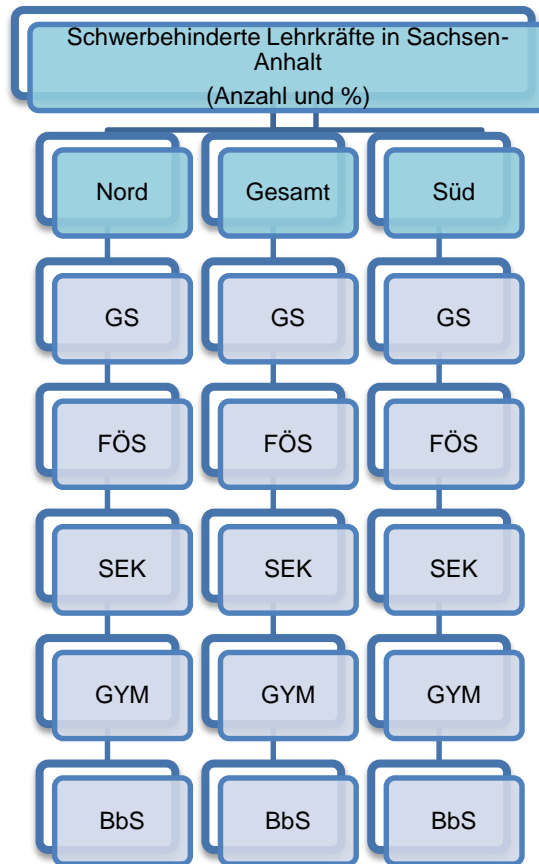


Abb. 25 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR im Schultartvergleich



Abb. 26 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der frühberenteten LKR im Schultartvergleich

Abb. 26-29: Schulartspezifische Datenerhebung am Beispiel von Grundschulen. Schema ist analog auch auf Förderschulen, Sekundarschulen, Gymnasien und Berufsbildende Schulen anzuwenden.

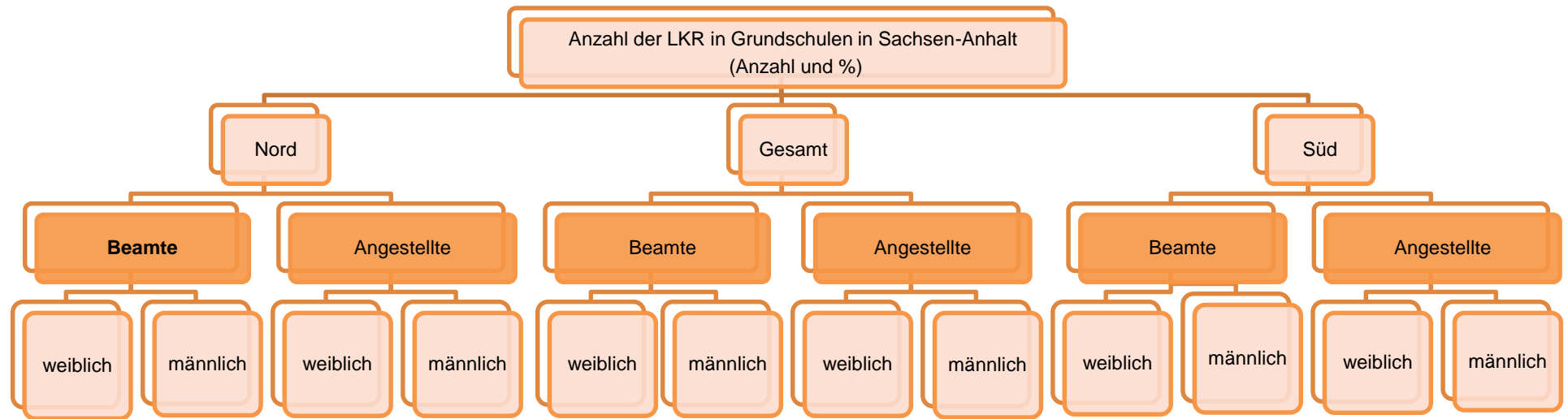


Abb. 27 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der LKR in Sachsen-Anhalt

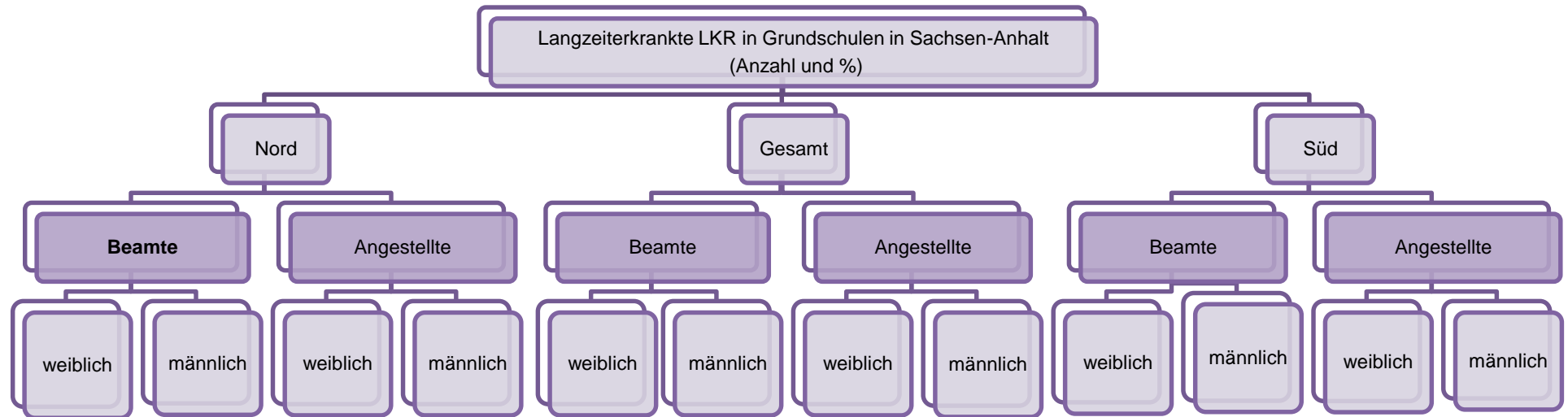


Abb. 28 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der LZ-erkrankten LKR in Sachsen-Anhalt

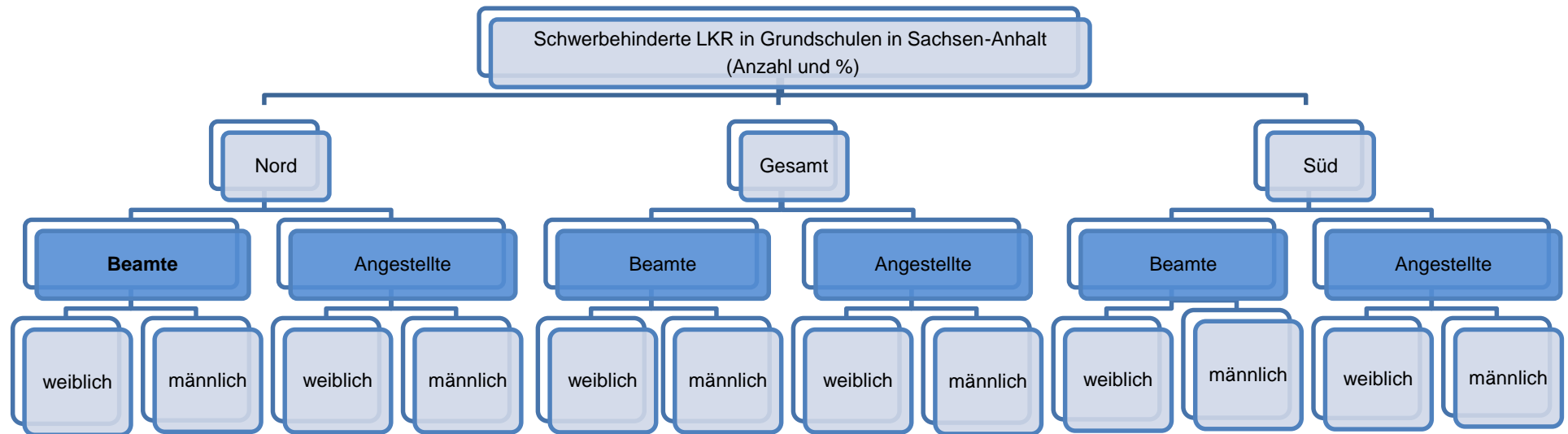


Abb. 29 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der schwerbehinderten Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt

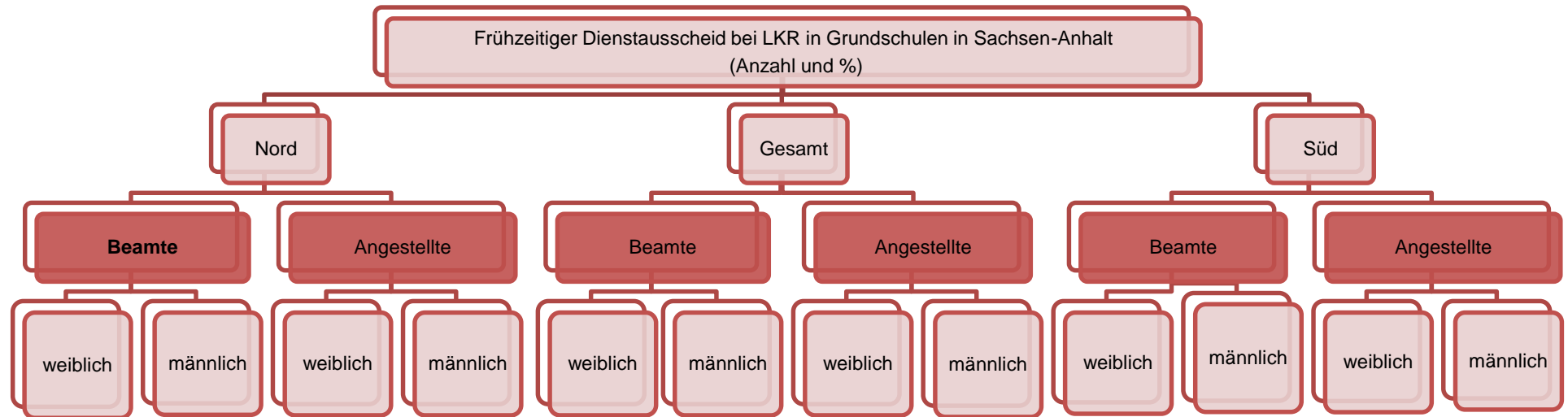


Abb. 30 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl, Beschäftigungsstatus und Geschlechterstruktur der Lehrkräfte in Sachsen-Anhalt, die krankheitsbedingt frühzeitig aus dem Dienst geschieden sind



Abb. 31 Datenmaske mit Angaben zur Altersstruktur der LKR in Sachsen-Anhalt im Schulartvergleich



Abb. 32 Datenmaske mit Angaben zur Alters- und Geschlechterstruktur sowie Beschäftigungsstatus der LKR in Sachsen-Anhalt im Schultartvergleich

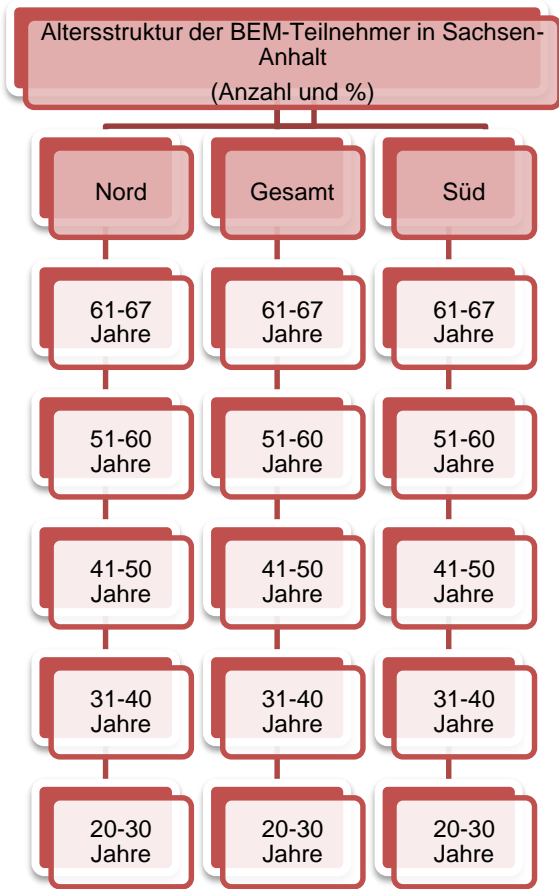


Abb. 33 Datenmaske mit Angaben zur Altersstruktur der BEM-Teilnehmer in Sachsen-Anhalt

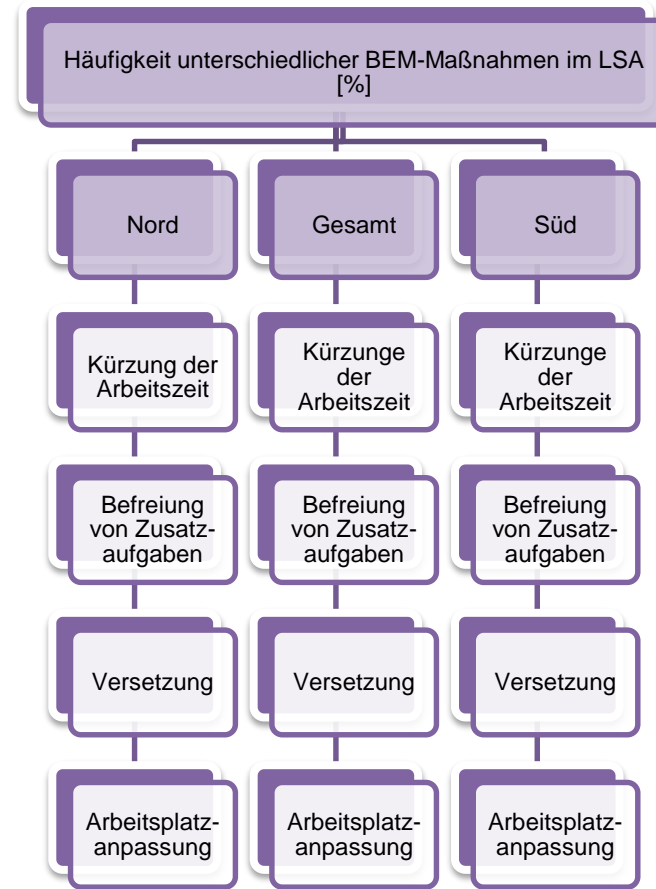


Abb. 34 Datenmaske mit Angaben zur Häufigkeit der eingeleiteten BEM-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt

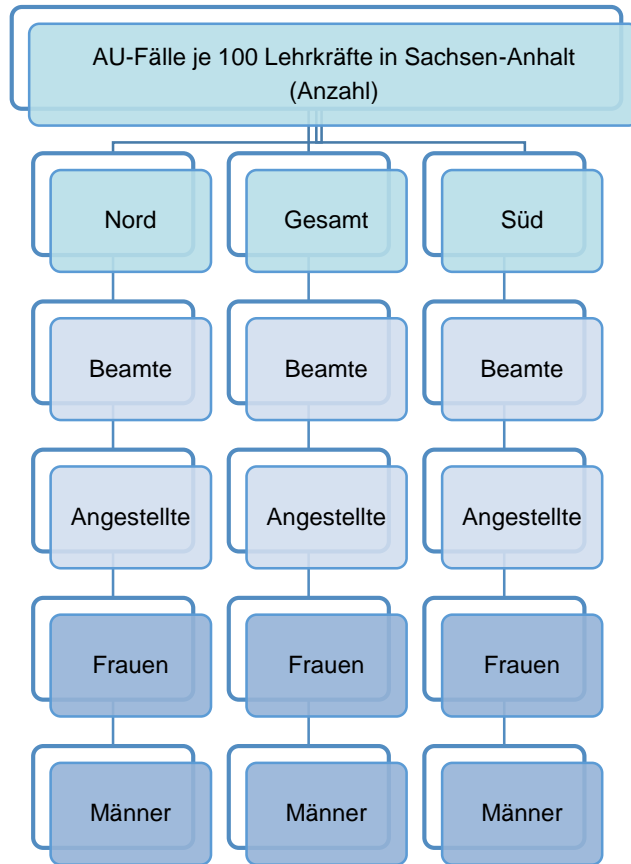


Abb. 35 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der AU-Fälle bei LKR in Sachsen-Anhalt

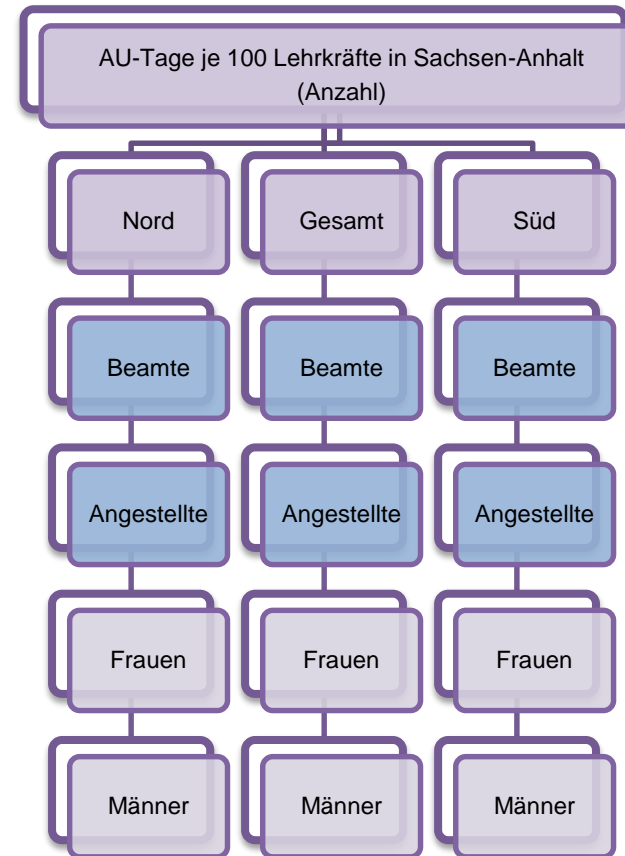


Abb. 36 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der AU-Tage bei LKR in Sachsen-Anhalt

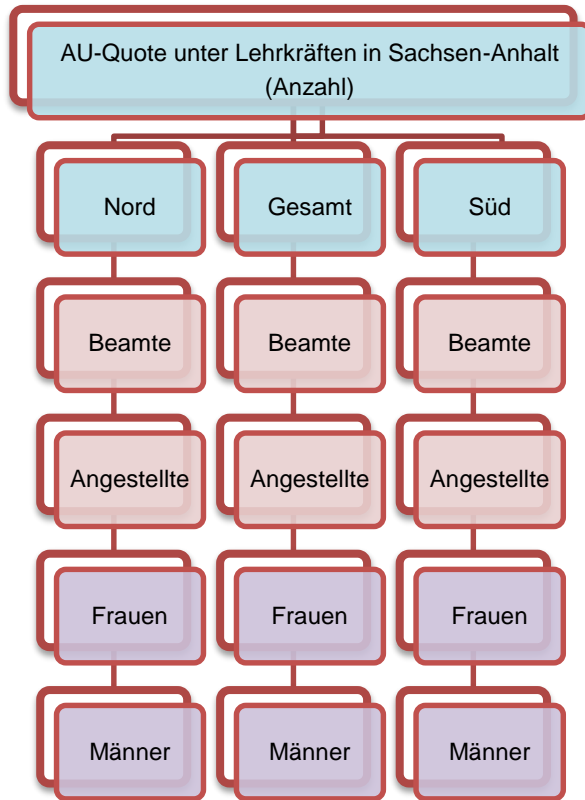


Abb. 37 Datenmaske mit Angaben zur AU-Quote bei LKR in Sachsen-Anhalt



Abb. 38 Datenmaske mit Angaben zum Krankenstand bei LKR in Sachsen-Anhalt

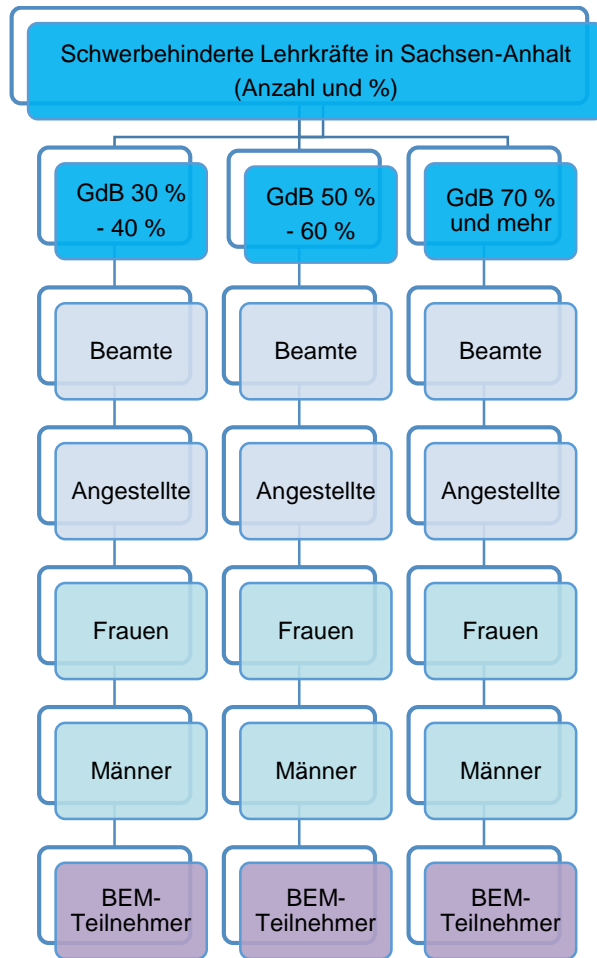


Abb. 39 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der schwerbehinderten LKR in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus, Geschlecht und Teilnahmestatus am BEM

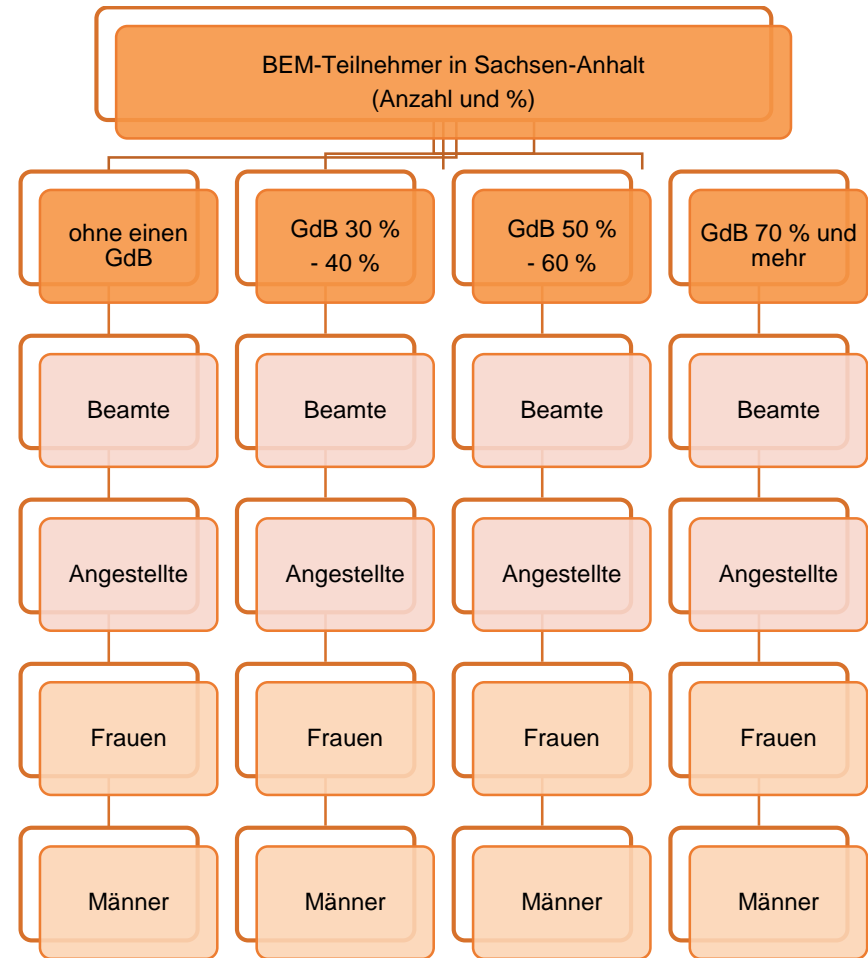


Abb. 40 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der BEM-Teilnehmer in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus und Geschlecht

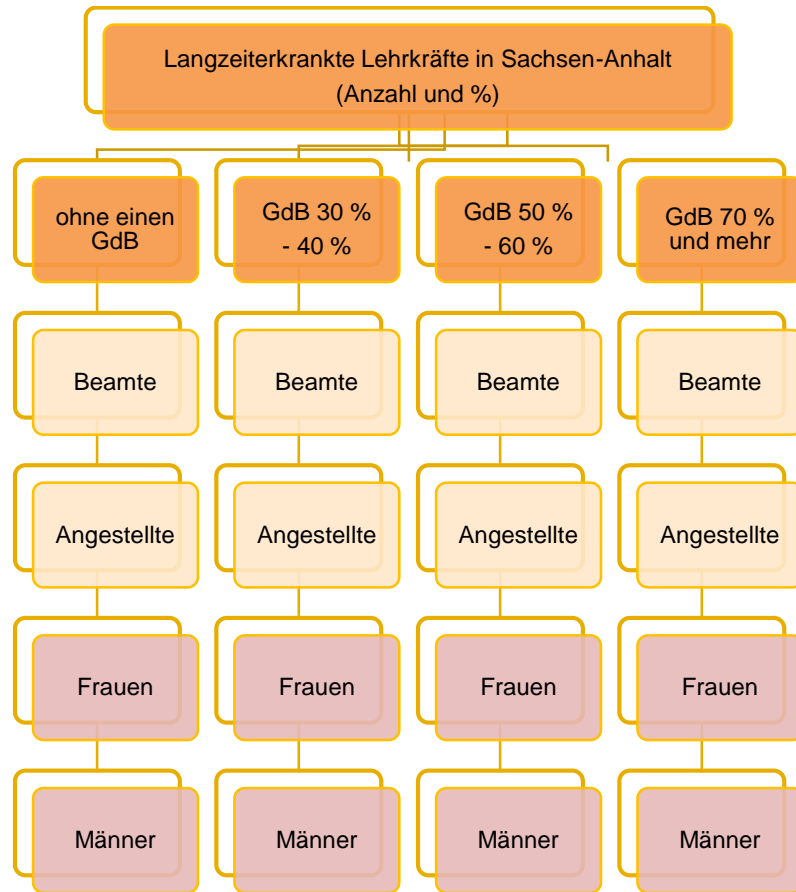


Abb. 41 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl und prozentualer Anteil der langzeiterkrankten LKR in Sachsen-Anhalt nach GdB, Beschäftigungsstatus und Geschlecht

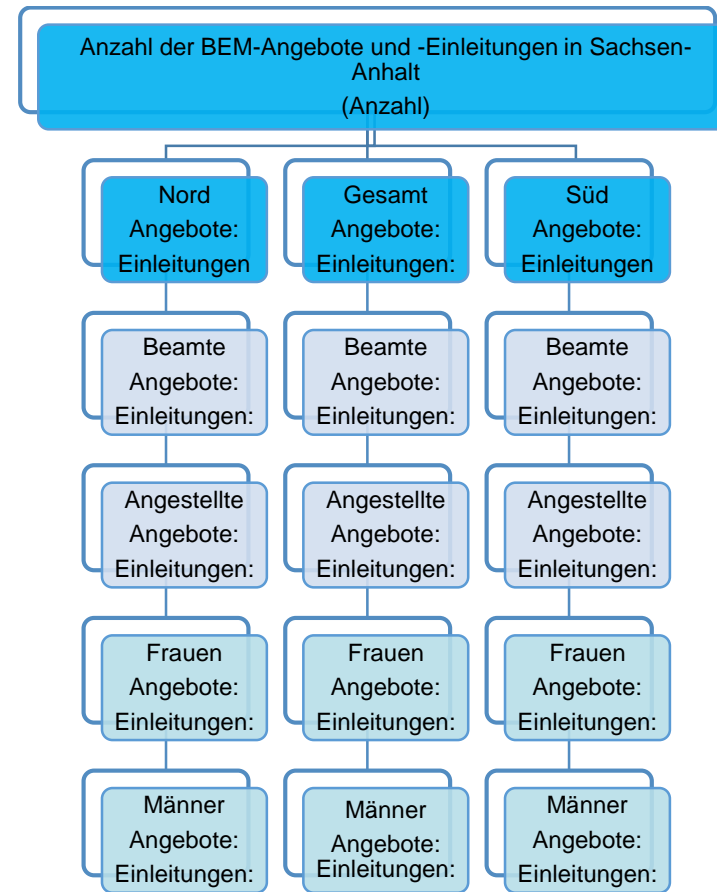


Abb. 42 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der BEM-Angebote und -Einleitungen in Sachsen-Anhalt nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlecht

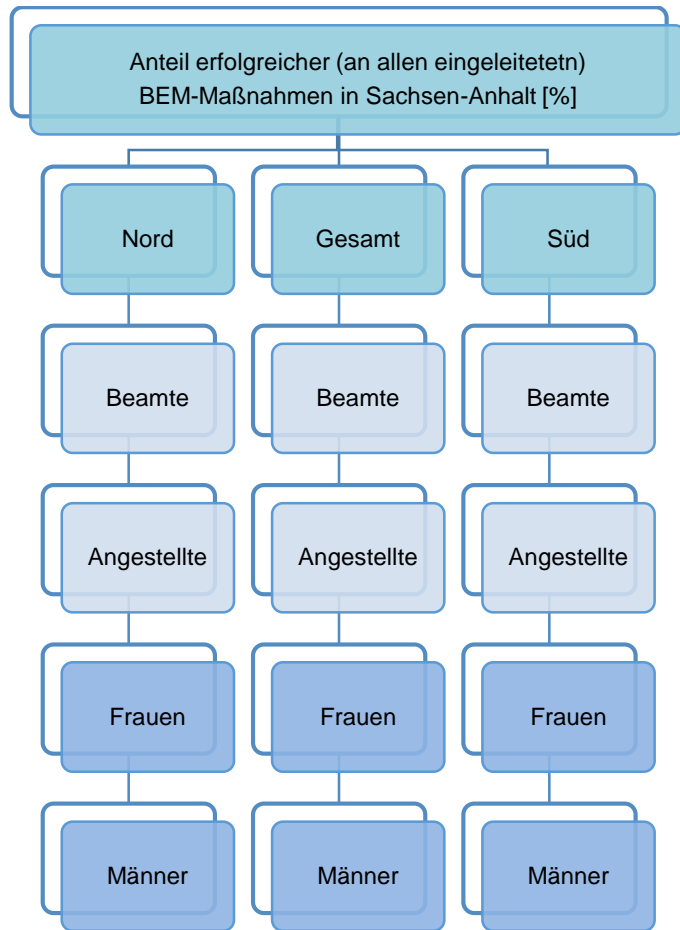


Abb. 43 Datenmaske mit Angaben zum prozentualer Anteil erfolgreicher BEM-Maßnahmen im LSA nach Region, Beschäftigungsstatus und Geschlecht

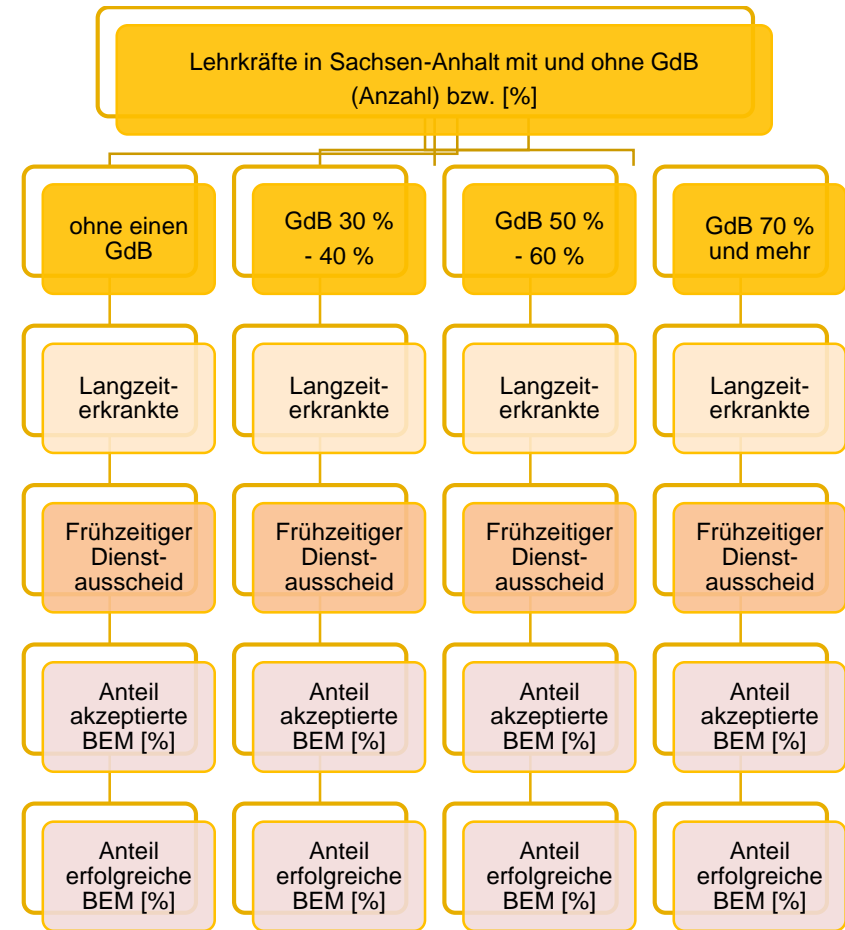


Abb. 44 Datenmaske mit Angaben zur Anzahl der Langzeiterkrankungen, Früherentungen, Anteil eingeleiteter und erfolgreicher BEM-Maßnahmen bei LKR mit und ohne Behinderung in Sachsen-Anhalt

Anlage 4: Dienstvereinbarung BEM

Dienstvereinbarung

**zwischen dem Landesschulamt
vertreten durch den Direktor Herrn Torsten Klieme**

dem

**Lehrerbezirkspersonalrat Nord und Süd für das Landespersonal an öffentlichen
Schulen**

der

**Bezirksschwerbehindertenvertretung für das Landespersonal an öffentlichen Schulen –
Bereich Nord und Süd**

und dem

**Bereich Gleichstellung für das Landespersonal an öffentlichen Schulen – Bereich Nord
und Süd**

zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung über ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gem. § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX für den Geschäftsbereich des Kultusministeriums Sachsen-Anhalt für das Landespersonal an den staatlichen Schulen.

1. Ziele

Das BEM dient dazu, die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Landesbediensteten im Schulbereich zu erhalten und zu fördern, Beschäftigten nach längerer Krankheit die Möglichkeit der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu geben, die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen zu vermeiden.

2. Geltungsbereich

Das BEM betrifft alle Tarifbeschäftigten und Beamten einschließlich der Auszubildenden im Vorbereitungsdienst für Lehrämter (Beschäftigte), die innerhalb von 12 Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig erkrankt waren.

3. Zuständigkeiten

- (1) Die Umsetzung eines BEM ist Aufgabe der personalführenden Stelle. Diese bildet hierzu ein BEM-Team und bestellt einen Beschäftigten als Fallmanager für das BEM.
- (2) Das BEM-Team ist für die Gesamtheit der BEM-Maßnahmen beratend und koordinierend tätig.
- (3) Der Fallmanager ist für die Organisation und Umsetzung der Einzelmaßnahmen im Rahmen des BEM zuständig.
- (4) Die personalführende Seite verpflichtet sich, den abgestimmten Maßnahmeplan im festgestellten Umfang unverzüglich umzusetzen.
- (5) Die Rechte des Lehrerbezirkspersonalrates, der Schwerbehindertenvertretung und des Bereiches Gleichstellung bleiben durch die Tätigkeit des BEM-Teams unberührt.

4. BEM-Team

- (1) Im BEM-Team sind als zuständige Partner vertreten:
 - der BEM-Verantwortliche des Personalreferates als Arbeitgebervertreter
ein Vertreter des Lehrerbezirkspersonalrates
 - ein Vertreter des Bereiches Gleichstellung
die Vertrauensperson für Schwerbehinderte
 - der Fallmanager
der Beauftragte des Arbeitgebers nach § 98 SGB IX.
- (2) Bei Bedarf werden weitere Partner (z. B. Vertreter der Schulleitung und der örtlichen Personalvertretung sowie ggf. die Gleichstellungsbeauftragte der Schule), Fachkräfte (z. B. Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit) herangezogen oder andere Stellen (z. B. Integrationsamt, gemeinsame Servicestelle, Arbeitsmedizinischer Dienst) konsultiert.
- (3) Das BEM-Team trifft sich unabhängig von den Einzelfallberatungen in der Regel einmal jährlich mit dem Ziel, die bisherige Arbeit zu analysieren und hieraus Folgerungen für das weitere Vorgehen zu beraten.

5. Ablauf eines BEM

5.1 Feststellung der betroffenen Beschäftigten, Erstkontakt

Die Personalsachbearbeiter ermitteln die betroffenen Beschäftigten gemäß Ziff. 2 und informieren die Betroffenen schriftlich über die Möglichkeiten eines BEM und bieten ein Erstgespräch an (Anlage 1). Sofern der Betroffene ein BEM nutzen möchte, erklärt er dies zeitnah mittels Vordruck (Anlage 2). Hierzu bestimmt der Betroffene, welcher Personenkreis am Erstgespräch teilnehmen soll.

5.2 Erstgespräch

(1) Der Fallmanager lädt den sich aus Vordruck (Anlage 2) ergebenden Personenkreis zum Erstgespräch ein.

(2) Ziel des Erstgespräches ist es,

dem Betroffenen die positive Aufmerksamkeit der personalführenden Stelle zu signalisieren und sein Vertrauen in ein BEM zu gewinnen,

- über die Möglichkeiten und Grenzen des BEM zu informieren,
- Gründe für die Erkrankung und mögliche Zusammenhänge mit den Arbeitsbedingungen zu erkennen,
- Lösungsansätze mit den Betroffenen zu entwickeln, mögliche Hilfsangebote zu erörtern und deren Akzeptanz zu erfassen.

(3) Beim Wunsch nach einem BEM werden durch den Fallmanager bei Vorliegen der Einwilligungserklärung gem. § 4 Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (DSG-LSA) (Anlage 3) die erforderlichen persönlichen Daten in einem Datenblatt (Anlage 4) erfasst, es wird eine Vereinbarung zum Schutz persönlicher Daten (Anlage 5) abgeschlossen. Der Betroffene erklärt, welche Personen neben dem BEM-Team hinzugezogen werden dürfen. Das Datenblatt steht den an der Umsetzung des BEM beteiligten Personen zur Verfügung. Der Fallmanager fordert von der Leitung der Schule im Bedarfsfall die Gefährdungsbeurteilung für den Arbeitsplatz des Betroffenen an.

5.3 Fallbesprechung

(1) Der Fallmanager informiert das BEM-Team sowie ggf. die weiteren Beteiligten und lädt zur ersten Fallbesprechung ein.

(2) In der Fallbesprechung des BEM-Teams werden konkrete Maßnahmen für die betriebliche Eingliederung des Betroffenen wie z. B. stufenweise Wiedereingliederung, Veränderung

der Arbeitsbedingungen und –organisation, Qualifizierungsmaßnahmen, Umschulungen, Versetzungen u. a. beraten und in einem Maßnahmenplan dokumentiert.

- (3) Ist für die Entwicklung des Maßnahmenplanes die Zusammenarbeit mit weiteren Partnern (z. B. Vertretern der Schule, Ärzten, Therapeuten, Rentenversicherung, Familie des Betroffenen) erforderlich, muss der Betroffene sein Einverständnis zur Entbindung des jeweiligen Partners von der Schweigepflicht schriftlich erklären.
- (4) Der Maßnahmenplan wird durch den Fallmanager mit dem Betroffenen erörtert und dessen Zustimmung eingeholt.
- (5) In Abhängigkeit vom Verlauf des BEM und von der Umsetzung der Maßnahmen werden weitere Fallbesprechungen und Beratungen mit dem Betroffenen durchgeführt.

5.4 Umsetzung des Maßnahmenplanes

- (1) Die Umsetzung des bestätigten Maßnahmenplanes wird durch den Fallmanager organisiert. Er übergibt den Maßnahmenplan dem BEM-Verantwortlichen des Personalreferates und veranlasst die Erbringung vereinbarter Leistungen anderer beteiligter Stellen.
- (2) Der Fallmanager informiert in vorher vereinbarten Abständen das BEM-Team über den Verlauf und den Fortgang des BEM, lädt ggf. zu weiteren Beratungen ein und hält entsprechenden Kontakt zum Betroffenen.

5.5 Abschluss des BEM

Das BEM ist dann abgeschlossen, wenn der Beschäftigte entsprechend der Zielsetzung des BEM wieder am Arbeitsleben teilnehmen kann oder das BEM wegen fehlender Mitwirkung seitens des Beschäftigten oder aus anderen nachvollziehbaren Gründen abgebrochen werden muss.

5.6 Dokumentation

- (1) Das Eingliederungsmanagement ist durch den Fallmanager zu dokumentieren. Hierzu gehören insbesondere Gesprächsprotokolle, Maßnahmenpläne und Kontrollergebnisse.
- (2) Zu jeder beendeten Eingliederungsmaßnahme ist durch den Fallmanager ein Abschlussbericht zu fertigen.

6. Datenschutz

- (1) Die Mitglieder des BEM-Teams haben bezüglich der ihnen im Rahmen ihrer Aufgabe bekannt werdenden Sachverhalte eine besondere Verschwiegenheitspflicht. Alle Informationen zum fallbezogenen BEM gelten als vertrauliche Information.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen des BEM entspricht der Zweckbestimmung des Arbeits-/Dienstverhältnisses und ist nach § 28 Abs. 1 DSGVO erlaubt.
- (3) Die Daten dürfen vom BEM-Team nur mit Zustimmung des Betroffenen an Dritte weitergegeben werden. Die Betroffenen sind zuvor über die Art der weiterzugebenden Daten sowie Sinn und Zweck der Datenweitergabe aufzuklären. Die im Rahmen des BEM erhobenen Daten dürfen ausschließlich im Rahmen des BEM verwendet werden.
- (4) Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung dieser Daten zur Verhaltens- oder Leistungskontrolle ist unzulässig. Diesbezügliche arbeits- bzw. dienstrechtliche Maßnahmen sind ausgeschlossen.
- (5) Im Rahmen des BEM erfasste Daten und erstellte Protokolle werden durch den Fallmanager in einer von der Personalakte getrennten Akte aufbewahrt. Einsicht in diese Akte haben aus datenschutzrechtlichen Gründen nur Mitglieder des BEM-Teams und der Betroffene. Die Akte zum BEM wird drei Jahre nach Abschluss des Eingliederungsmanagements vernichtet.
- (6) Zwecks Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Überwachung der Durchführung des BEM (§ 84 Abs. 2 Satz 6 und Satz 7 SGB IX) erhält der Lehrerbezirkspersonalrat ungeachtet der vorstehenden Punkte im Vorfeld des Erstkontaktes mit dem Betroffenen die Information über das Vorliegen der Voraussetzung des § 84 Abs. 2 SGB IX sowie eine Information darüber, dass ein BEM eingeleitet wurde.

7. Unterrichtung der Beschäftigten

Personalführende Stelle und Personalrat informieren die Beschäftigten über diese Dienstvereinbarung sowie über die Ansprechpartner.

8. Sprachliche Gleichstellung

Alle Bezeichnungen gelten sowohl für weibliche als auch für männliche Beschäftigte

9. Schlussbestimmungen

Die Dienstvereinbarung tritt mit ihrer Unterzeichnung in Kraft und gilt bis zur Vereinbarung einer neuen Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Halle, 28.4.15



Direktor des Landesschulamtes



.....itzende(r) Lehrerbezirk.....

Vors personalrat
Bereich Nord





Bereich Gleichstellung
Schulen – Bereich Nord



Schwerbehindertenvertretung

Schulen – Bereich Nord

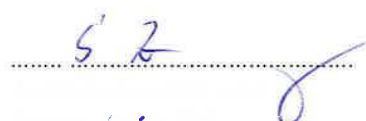


Vorsitzende(r) Lehrerbezirkspersonalrat
Bereich Süd



Gleichstellung

Bereich
Schulen – Bereich Süd



Schwerbehindertenvertretung
Schulen – Bereich Süd

Anlage 1

LANDESSCHULAMT

Referat 32/33
Lehrerpersonalien Bereich
Süd/Nord

Landesschulamt • Postfach 20 03 56 • 06004 Halle (Saale)

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Sehr geehrte/r Frau/ Herr,

ein wichtiges Anliegen des Landesschulamtes ist es, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

Im Rahmen dieser Fürsorge habe ich nach den mir vorliegenden Unterlagen festgestellt, dass Sie möglicherweise Unterstützung benötigen, Ihre Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie Ihre Gesundheit zu stabilisieren.

Für diesen Fall sieht § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX die Möglichkeit der Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements vor.

Dabei soll geklärt werden, wie Sie bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unterstützt werden können und mit welchen Leistungen und Hilfen dazu beigetragen werden kann, Ihre gesundheitliche Situation zu verbessern.

Für die Durchführung des BEM im Schulbereich wurde im Landesschulamt ein BEM-Team gebildet. Damit es in Ihrer Angelegenheit tätig werden kann, bedarf es Ihrer Zustimmung und Mitwirkung. Sofern Sie ein BEM wünschen, wird Sie die Fallmanagerin Frau (Tel.: / e-mail:), zu einem ersten persönlichen Gespräch einladen. Darin wird Ihre individuelle Situation besprochen und Sie werden über Möglichkeiten und Grenzen des BEM

Halle (Saale),

Ihr Zeichen:
Mein Zeichen

Bearbeitet von:

Tel.:
Fax:

Hauptsitz
Ernst-Kamieth-Straße 2
06112 Halle (Saale)

Tel.: +49 (345) 514-0
Fax: +49 (345) 514-1941
Poststelle@
Ischa.mk.sachsen-anhalt.de

E-Mail-Adresse nur für
formlose Mitteilungen ohne
elektronische Signatur

Landeshauptkasse Sachsen-Anhalt
Deutsche Bundesbank
IBAN: DE 2181000000081001500
BIC: MARKDEF 1810

Seite2/2

informiert. Sie haben auch die Möglichkeit, eine Person Ihres Vertrauens hinzuzuziehen. Nach der Beendigung des Gesprächs können Sie entscheiden, ob Sie weiterhin begleitet werden möchten oder ob das Verfahren nach dem Erstgespräch beendet sein soll.

Das BEM ist ein Angebot. Es besteht für Sie keine Verpflichtung, daran teilzunehmen. Bitte teilen Sie mir innerhalb der nächsten 14 Tage Ihre Entscheidung mittels des beigefügten Formulars mit und kreuzen Sie auch an, wessen Beteiligung Sie wünschen (**Mehrfach-Ankreuzungen sind möglich**).

Sofern die Durchführung des BEM derzeit nicht erforderlich oder nicht möglich ist, z. B. wenn Sie sich bereits auf dem Weg der Besserung befinden, können Sie das BEM auch erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Name:

Privatanschrift:

Tel. (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Schule:

Landesschulamt

Anschrift

Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Einleitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) erkläre ich:

- Ich stimme der Einleitung zu.**
- Ich wünsche die Beteiligung des Lehrerbezirkspersonalrates beim BEM.
- Ich wünsche die Beteiligung des Bereichs Gleichstellung beim BEM.
- Ich bin schwerbehindert oder gleichgestellt/habe die Anerkennung als schwerbehinderte oder gleichgestellte Person beantragt.
- Ich wünsche die Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung beim BEM.
- Die Einleitung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht erforderlich.**
Ich werde mich bei Bedarf an das Referat 32/33 des Landesschulamtes wenden.
- Ich stimme der Einleitung nicht zu.**

Weitere Mitteilungen/Wünsche für besondere Gesprächspartner:

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Betroffenen

**Einwilligungserklärung für die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten sowie deren Nutzung gem. § 4 des Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten
Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement**

Die Angaben auf dem Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement insbesondere die mit * gekennzeichneten Angaben zur krankheitsbedingten Abwesenheitsdauer im Vorjahr und laufendem Jahr sowie der momentanen arbeitsunfähigen Abwesenheit und den Angaben zur Krankheitsdiagnosen erfolgen für:

<p>Bezeichnung des Zwecks der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement gem. 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX</p>
<p>Dritte, an die Übermittlungen vorgesehen sind Im Einzelfall Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Rehabilitationseinrichtungen, Integrationsamt, Arbeitsmedizinischer Dienst nach vorheriger Zustimmung seitens des Betroffenen</p>
<p>Form der Verarbeitung</p> <p><input type="checkbox"/> automatisiert</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht-automatisiert (in Akten)</p>

Hinweise:

Die Verweigerung der Einwilligung steht der Durchführung des BEM entgegen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung Voraussetzung der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ist, und dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Hierin willige ich ein.

.....
Datum, Unterschrift des/ der Betroffenen

Vertraulich

**Datenblatt
für Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)**

Persönliche Daten:

Name, Vorname	
geb. am	
Wohnanschrift/Telefon	
Ausbildung/Qualifikation	
Schw./gleichgestellt (G. d. B.)	
Leistungseinschränkungen	
Schule/Ort	
Aufgabe/Funktion	
Arbeitszeit (VZ/TZ ... Std./Wo.)	

Abwesenheitsdauer (in Kalendertagen)*:

Vorjahr:	Jahr:
Krankheit:	Krankheit:
Kur:	Kur:
Gesamt:	Gesamt:

zz. arbeitsunfähig abwesend*:
Einverständniserklärung zum BEM:

ja nein
 ja nein

BEM-Erstkontakt am/durch:

Personalsachbearbeiter

BEM-Erstgespräch am/durch:

Fallmanager

Erklärung zum Datenschutz

ja nein

Zustimmung für Maßnahme zum BEM (gemeinsam vereinbarte Maßnahmen):

Maßnahme	wer	bis wann	Ergebnis

Sonstiges (z. B. freiwillige Angaben zu Krankheitsdiagnosen*):**Nächster Termin:**

Datum:

.....
Unterschrift der/des
Betroffenen

.....
Datum

.....
Unterschrift Fallmanager

**Vereinbarung über den Schutz persönlicher Daten im Rahmen von Maßnahmen des
Betrieblichen Eingliederungsmanagements**

Name: _____

Vorname: _____

Schule: _____

Das Referat Lehrpersonalien, Bereich Süd, vertreten durch den Beauftragten des Arbeitgebers im BEM-Team

und

Frau/Herrn _____ (Betroffene/r)

schließen folgende Vereinbarung über die Mitwirkung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM):

Die/der Betroffene willigt ein, dass ausschließlich die Angaben, die im Rahmen des BEM erhoben und auf dem Datenblatt (siehe Anlage) dokumentiert werden, den Mitgliedern des BEM-Team zum Zwecke seiner Eingliederung bekannt gemacht werden. Ärztliche Angaben zu Krankheitsdiagnosen werden nur soweit auf dem Datenblatt erfasst, wie sie die/der Betroffene selbst äußert und mit deren Dokumentation er einverstanden ist.

Die/der Betroffene ist darüber informiert, dass die Mitglieder des BEM-Teams zur Wahrung des Datengeheimnisses gemäß § 5 Datenschutzgesetz des Landes Sachsen-Anhalt verpflichtet sind.

Eine Weitergabe von Daten, die im Rahmen des BEM erhoben worden sind, an Dritte (wie z. B. Rehabilitationseinrichtungen) erfolgt nur nach vorheriger Zustimmung der/des Betroffenen.

Die/der Betroffene ist über die Freiwilligkeit der gemachten Angaben sowie über die Speicherung, Veränderung und Nutzung der Daten belehrt worden, sie/er ist darauf hingewiesen worden, dass sie/er Einsicht in alle Unterlagen, die ihre/seine Person betreffen, nehmen kann.

.....
Datum, Unterschrift, der/ des Betroffenen

.....
Datum, Unterschrift Fallmanager

Anlage 5: BEM-Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:

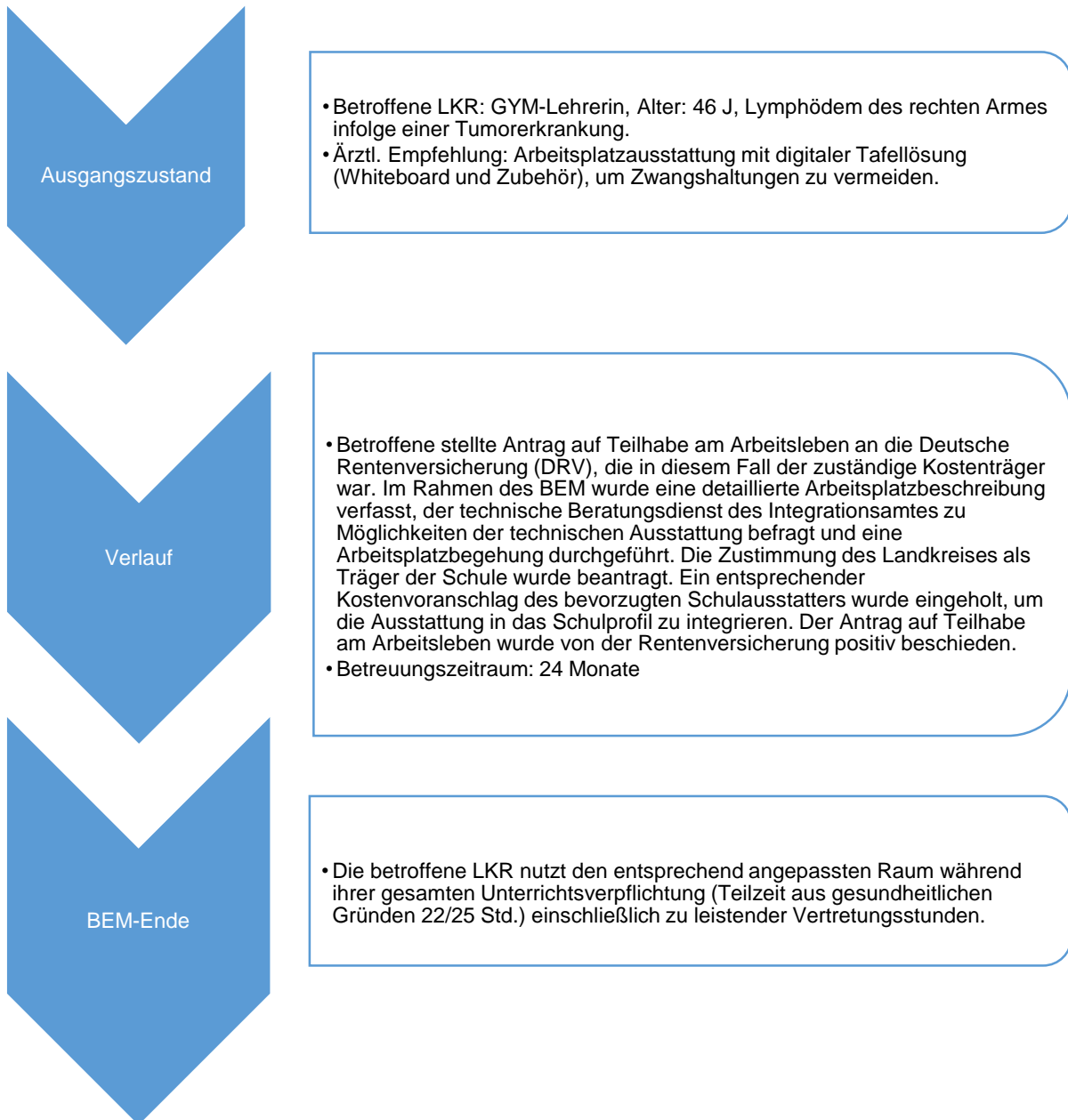


Abb. 45 BEM-Fallbeispiel 1

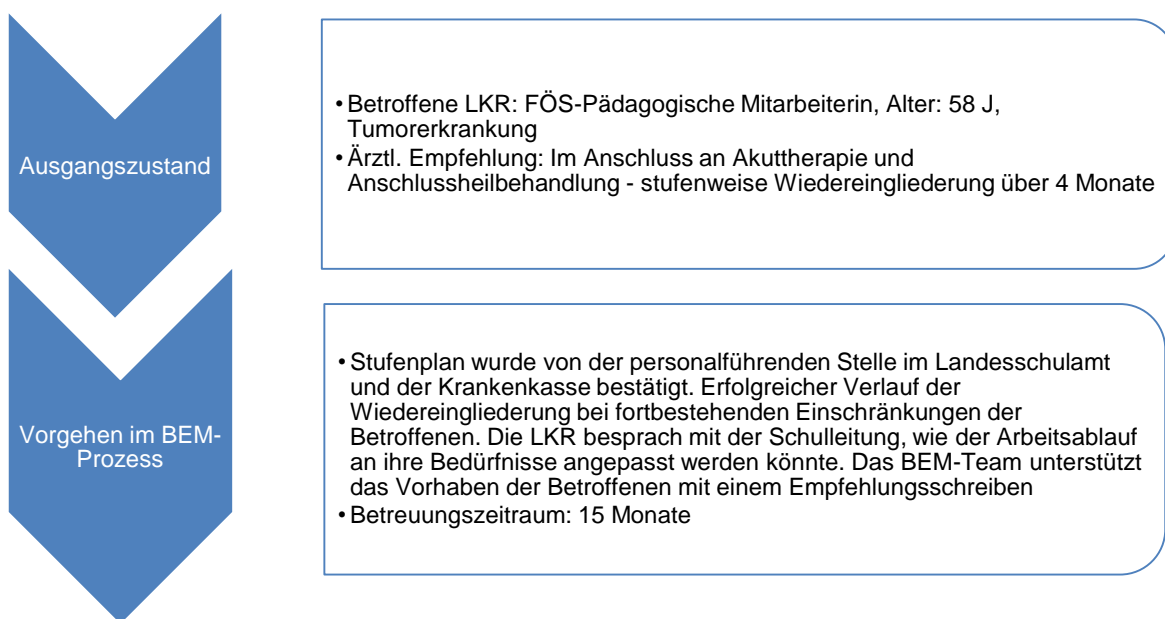
Fallbeispiel 2:

Abb. 46 BEM-Fallbeispiel 2

Im Folgenden wird ein Musterschreiben vorgestellt, das vom Fallmanager der Region Nord in Anlehnung an Fallbeispiel 2 entworfen und freundlicher Weise zur Verfügung gestellt wurde.

Empfehlung im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach SGB IX § 84 Abs. 2

für Frau Maxi Mustermann

Sehr geehrter Herr/Frau Name des/r Schulleiters/Schulleiterin,

Frau Maxi Mustermann wird im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX betreut. Dieses Angebot des Arbeitgebers dient dazu, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Frau Mustermann hat einen Grad der Behinderung (GdB) von 50% und dem Arbeitgeber obliegt somit eine besondere Fürsorgepflicht.

Nach einer Langzeiterkrankung nutzt Frau Mustermann die Möglichkeit der stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell) um die volle Dienstfähigkeit wieder zu erreichen. Aufgrund noch bestehender Einschränkungen empfiehlt das Team des Betrieblichen Eingliederungsmanagement als unterstützende Maßnahme lt.

Beratung vom XX.XX.2015 die Schaffung ausgewogener schulorganisatorischer Bedingungen für Frau Mustermann.

Empfehlungen:

- (1) Aus gesundheitlichen Gründen ist das Heben, Tragen und die Ausübung von Zwangshaltungen zu vermeiden. Bei der Absprache zum Einsatz ist dies zwingend zu berücksichtigen.
- (2) Frau Mustermann hat aus gesundheitlichen Gründen den Wunsch geäußert, möglichst nicht im Frühdienst eingesetzt zu werden. Wir bitten um Prüfung dieses Sachverhaltes. Die entsprechenden Gründe schildert Ihnen Frau Mustermann gern in einem persönlichen Gespräch.

Die Empfehlung beruht auf dem Fürsorgeerlass für Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen.

Vorab herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Sollten sich bei der Umsetzung Probleme ergeben, bitten wir um Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Unterschrift/Referentin

Fallbeispiel 3:

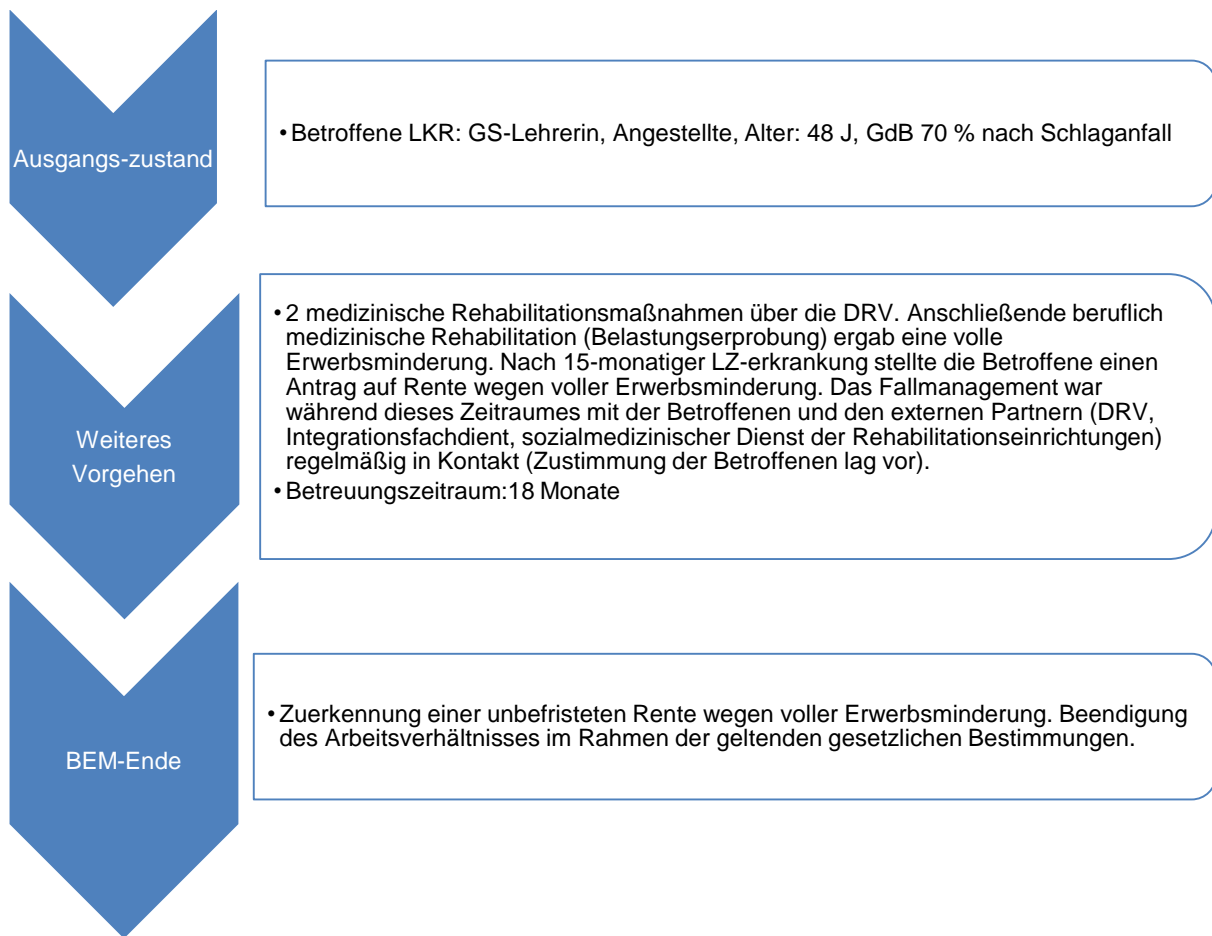


Abb. 47 BEM-Fallbeispiel 3

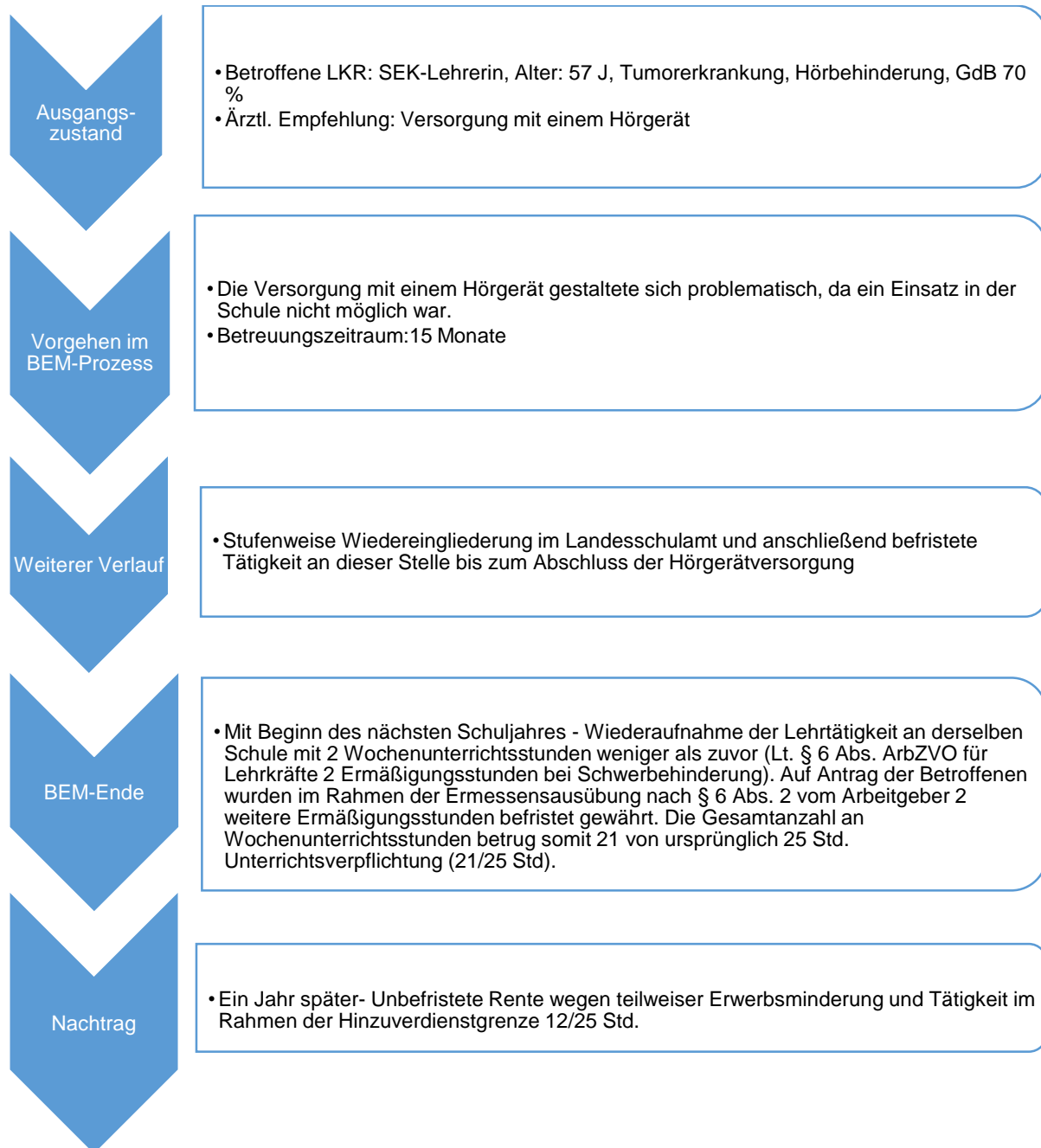
Fallbeispiel 4:

Abb. 48 BEM-Fallbeispiel 4

Fallbeispiel 5:

Abb. 49 BEM-Fallbeispiel 5

Darstellung des Bildungsweges

09.2014 - 11. 2014	Stipendium der Koordinierungsstelle für Frauen- und Geschlechterforschung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (OvGU)
Seit 01.05.2014	Promovendin im Bereich Arbeitsmedizin der OvGU
10.05.2014	Ärztliche Approbation
2013/14	Praktisches Jahr im Johanniter Krankenhaus Stendal
SS 2012 - SS 2014	Studium Humanmedizin Universität Magdeburg Abschluss: Staatsexamen
WS 2001/02 - WS 2011/12	Studium Humanmedizin Universität Leipzig
1997 - 2001	August-Witkowski-Lyzeum, Krakow (Polen) Abschluss: Abitur
1989 - 1997	Piotr-Michalowski-Grundschule, Krakow (Polen)
21.12.1982	Geboren in Radebeul (Deutschland)

Magdeburg, den

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei denjenigen bedanken, die mich im Verlauf des Promotionsvorhabens ganz besonders unterstützt haben.

Ich danke Frau Prof. Dr. med. habil. Irina Böckelmann für die Überlassung des Themas, die umfassende Beratung und die unermüdliche Betreuung der Promotionsarbeit.

Darüber hinaus danke ich Frau Dr. med. Sabine Darius für die konstruktive Kritik beim Erstellen der Arbeit und die kompetente Unterstützung in organisatorisch-technischen Fragen.

Bei Herrn Prof. Dr. rer. nat. Siegfried Kropf möchte ich mich bedanken für die statistische Betreuung meiner Arbeit.

Ebenfalls an dieser Stelle bedanke ich mich bei Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Reingard Seibt und Herrn Dipl.-Ing. Karsten Rossa aus dem Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden für den Einblick in die Analyse der Sekundärdaten anhand der BEM-Daten im Freistaat Sachsen.

Ich bedanke mich bei Frau Gudrun Müller vom Landesschulamt Sachsen-Anhalt Bereich BEM für die Übermittlung von Daten zu Lehrergesundheit und BEM.

Außerdem bedanke ich mich bei der Koordinierungsstelle für Frauen- und Geschlechterforschung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für das Förderstipendium im Rahmen meiner Promotionsarbeit.

Kathleen Bunzel danke ich für die konstruktiven Ratschläge und Hilfe beim Lesen der Arbeit.

Ich danke meinen Eltern für ihre liebevolle Unterstützung.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Lehrkräften in Sachsen-Anhalt

Im Bereich Arbeitsmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

mit Unterstützung durch Prof. Dr. habil. Irina Böckelmann

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den