Hochschule Merseburg (FH)
FB Soziale Arbeit. Medien. Kultur
Masterstudiengang „Systemische Sozialarbeit“

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Arts“

# Zur Burnoutproblematik in psychosozialen Berufsfeldern in Hinblick auf Prophylaxe und Selbstfürsorge

Burnout - mental health issues for psycho-social professional fields in terms of prevention and self care

vorgelegt von Gerlinde Krauß-Kohn
Matrikelnummer 16559

Erstprüferin: Prof. Dr. Maria Nühlen
Zweitprüfer: Ludger Kühling

Datum der Abgabe: 26.05.2011

# Inhalt


1 Einleitung ..... 4

2 Burnout und Stresserleben ..... 5

2.1 Burnoutdefinition und Entstehung der emotionalen Erschöpfung. ..... 5

2.2 Stressansatz und Salutogenese ..... 7

2.2.1 Stressansatz ..... 7

2.2.2 Salutogeneseansatz ..... 8

2.3 Symptomatologie ..... 9

2.4 Entstehungsgründe und Risikofaktoren ..... 14

2.4.1 Persönlichkeitszentrierte Ansätze ..... 15

2.4.2 Strukturzentrierte Ansätze ..... 17

2.4.3 Gesellschaftliche und Umwelteinflüsse ..... 20

2.4.4 Kurzresümee ..... 21

2.5 Tendenzen ..... 21

2.6 Testverfahren: ..... 23

3 Tiefeninterviews mit Betroffenen ..... 24

3.1 Zielsetzung und Fragestellung: ..... 24

3.2 Methodische Überlegungen ..... 25

3.2.1 Interviewleitfaden ..... 27

3.2.2 Durchführung ..... 28

3.2.3 Auswertung der Interviews ..... 29

3.2.4 Kategorienbildung ..... 29

3.3 Darstellung der Ergebnisse ..... 30

3.4 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse ..... 35

4 Ergebnisse und Empfehlungen ..... 47

4.1 Ergebnisse ..... 47

4.2 Empfehlungen: Gesundheitsförderung und Prävention ..... 49
4.2.1 Selbstfürsorge und persönliche Weiterentwicklung ..... 49
4.2.2 Individuelle Selbstfürsorge im beruflichen Kontext ..... 52
4.2.3 Verhältnisprävention - Was können Organisationen tun? ..... 54
4.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung ..... 57
5 Zusammenfassung ..... 58
6 Fazit ..... 60

Literaturliste: ..... 63
Anhang 1 Maslach Burnout Inventory ..... 70
Anhang 2 Überdrussskala ..... 72
Selbstständigkeitserklärung ..... 73

# 1 Einleitung

Ein Mensch sagt, und ist stolz darauf,
Er gehe ganz in seiner Arbeit auf.
Bald aber, nicht mehr ganz so munter,
Geht er in seiner Arbeit unter.

Eugen Roth

Menschen in helfenden Berufen gehen häufig in ihren Tätigkeiten auf, besonders, wenn sie sie als sinnerfüllend erleben. Dennoch können diese Tätigkeiten auch zu schwerer Erschöpfung und zum Ausbrennen führen. Die Zahl der psychischen Erkrankungen aus beruflichen Gründen nimmt seit einigen Jahren beständig zu. Eine in diesem Zusammenhang sich häufende Diagnose ist das Burnout-Syndrom. Dabei sind nicht mehr nur die helfenden Berufe betroffen, auch in anderen Dienstleistungs- und in Verwaltungsberufen und in der Industrie erhöhen sich die Fallzahlen. Wie aber kann es passieren, dass Menschen, die mit großem Engagement und in der Regel viel Liebe ihren Beruf ausüben, daran innerlich ausbrennen?

Für den Anstieg der Burnout-Erkrankungen besonders in den helfenden Berufen gibt es mehrere Erklärungsansätze, die in dieser Arbeit dargestellt werden. Dazu werden die personenzentrierten Erklärungsmuster und die strukturbezogenen Ansätze beleuchtet, um sie auf ihre Anteile bei der Begünstigung und Förderung einer Burnout-Erkrankung zu untersuchen.

Meiner Hypothese nach muss es nicht zwangsläufig zu einem inneren Ausbrennen kommen, auch wenn belastende Tätigkeiten oder Themen vorliegen. Es gibt viele Beispiele von langjährig tätigen, frohgestimmten und gesunden Helferinnen und Helfern, die dies belegen. Wie kann also Prophylaxe aussehen, wenn sie über Jahre erfolgreich wirken soll? Über welche gesundheitsfördernden Bedingungen kann eine Zunahme der Burnout-Erkrankungen minimiert werden?

Mit Hilfe der vorliegenden Ausführungen soll versucht werden, Antworten auf diese Fragen zu bekommen und darüber hinaus die gewonnenen Erkenntnisse für die Prävention zu empfehlen.

Um in das Thema einzuführen, wird zunächst eine Begriffsbestimmung vorgenommen, der aktuelle wissenschaftliche Stand der Burnoutforschung vorgestellt und die Untersuchung auf Mitarbeitende in psychosozialen Berufsfeldern eingegrenzt. Dieses Berufsfeld zeichnet sich dadurch aus, dass in der Regel sowohl Menschen mit psychischen als auch mit sozialen Problemen zu beraten oder zu betreuen sind. Betroffene Professionelle sind in der Regel Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter[1] in allen Bereichen der Beratungs- und Betreuungsarbeit.

Um den theoretischen Erkenntnisstand mit der subjektiven Wahrnehmung aus den Praxisfeldern zu ergänzen, wurden im April 2011 Tiefeninterviews mit vier Burnout-Betroffenen geführt. Die vorgestellten Ansätze werden mit den Interviewanalysen verglichen, um herausfinden, ob sie sich durch die Ergebnisse bestätigen lassen. Im Anschluss werden die Erfahrungen aus dem Krankheits- bzw. Gesundungsprozess ausgewertet. Die Vorgehensweise ist hermeneutisch, die gewonnenen Erkenntnisse werden als Empfehlungen für gesunderhaltende Präventionsbedingungen zusammengefasst.

# 2 Burnout und Stresserleben

## 2.1 Burnoutdefinition und Entstehung der emotionalen Erschöpfung.

Das Burnout-Syndrom stellt sich als ein komplexes Phänomen aus verschiedenartigen Faktoren dar. Eingeführt wurde der Begriff des Burnout[2] in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts von Freudenberger (vgl. Allenspach, Brechbühler 2005, S. 102) als Krankheit des Überengagements mit einem Erklärungsansatz, der die Persönlichkeit der betroffenen Menschen, in diesem Fall die ausgeprägte Helferpersönlichkeit, als Hauptursache für das Ausbrennen sieht. In dieser frühen Zeit der Burnout-Forschung konstatierte auch Maslach (1984) die Gründe für das Burnout-Syndrom eher persönlichkeitszentriert, eingeschränkt auf Helferinnen und Helfer und

[1] Pädagoginnen und Pädagogen, Psychologinnen und Psychologen sowie ähnliche Berufe

[2] Aus dem Englischen, deutsch „ausbrennen“

ausgelöst durch chronische emotionale Belastung durch Klientenkontakte. Maslach beschrieb drei Subdimensionen:

- “Emotionale Erschöpfung / rasche Ermüdung
- Depersonalisierung / Gleichgültigkeit im sozialen Kontakt
- Unzufriedenheit/Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit im Beruf” (Litzcke, Schuh 2010, S. 159)

Pines, Aronson und Kafry (1983) erweiterten die Definition als einen schleichenden, auszehrenden Prozess “gebender” Menschen. Die Entstehung wurde arbeits- und organisationspsychologisch begründet. Hauptursachen wurden demnach in den Arbeits- und Strukturbedingungen innerhalb der helfenden Institutionen vermutet, unter anderem Überbelastung, fehlende Belohnung und fehlende Partizipation in den Arbeitsprozessen. Pines (1993) stellte als Grundelement „die Nichterfüllung des Bedürfnisses nach existentieller Bedeutung in der Arbeit und im Leben“ fest. Symptomatisch war auch hier die geistige, körperliche und emotionale Erschöpfung, außerdem der Überdruss im Bezug auf die eigene Tätigkeit. So erklärten die Autorinnen und Autoren Burnout als „das Resultat andauernder oder wiederholter emotional belastender Tätigkeit im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen und eine klientenzentrierte Orientierung“ (vgl. Pines, Aronson, Kafry 2000 S. 60).

Den Verlust an Energie und Engagement durch zunehmende Desillusionierung erweiterten Edelwich&Brodski (1984); sie wiesen auch darauf hin, dass unbefriedigende Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf die Entstehung von Burnout haben. Enzmann (1996, S. 47ff) konstatierte ebenfalls arbeitsbezogene Gründe, in erster Linie den Stressor Zeitdruck, der emotionale Erschöpfung begünstigt und sich auf die Interaktion mit den Klientinnen und Klienten auswirkt. Das Thema Interaktion als vorrangiger Stressfaktor stand nach seinen Untersuchungen im Erleben der Betroffenen erst an zweiter Stelle. Dementsprechend bestätigte sich Maslachs Ansatz aus den siebziger Jahren, nach dem emotional belastende Interaktion als Hauptursache für die emotionale Erschöpfung genannt wird, in den Untersuchungen von Enzmann nicht (vgl. 1996, S. 306/307).

2001 kamen auch Maslach/Leiter in ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, das die Hauptursachen des Ausbrennens in den Arbeitsbedingungen innerhalb der Organisationen liegen. Diese These unterstützte auch Cherniss (1999, S. 43 ff) und erweitert sie seinerseits um den Faktor schwieriges Klientel.
Die Ergebnisse der Burnout-Forschung sind komplex und heterogen. Eine allgemeingültige Aussage zu den Ursachen ist nach Burisch (2010, S. 147) nicht möglich. Dazu gibt es zu viele verschiedene Ansätze, die zwar viele Gemeinsamkeiten aufweisen, sich aber nicht zu einer Theorie komprimieren lassen. Burisch empfiehlt aufgrund der individuellen Unterschiede, bedingt durch die eigene Biographie, die eigene Persönlichkeit und die eigene Lebenssituation, jeden Einzelfall differenziert zu betrachten.

## 2.2 Stressansatz und Salutogenese

Zum Verständnis des Burnout-Syndroms sind die im weiteren beschrieben Erklärungsansätze der Stresstheorie und des Salutogenesekonzeptes bei der Entstehung und Entwicklung von grundsätzlichem Interesse.

### 2.2.1 Stressansatz

Nach dem transaktionalen Ansatz (Lazarus 1984) ist Stress als physiologische oder psychologische Reaktion auf eine Anforderung definiert. Eine Stressreaktion entsteht im Zusammenspiel von situativen Anforderungen und individueller Beurteilung. Dabei wird zunächst die Sachlage auf der Grundlage eigener Ressourcen und Fähigkeiten subjektiv bewertet (ebd. S. 30). Diese individuelle Bewertung der Situation sowie der vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten ist entscheidend bei der Problemlösung, „Der Mensch und nicht seine Lebenssituation entscheidet primär, wie er sich fühlt“ (Brengelmann 1986). Mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Bewältigungsfähigkeiten werden Lösungsversuche unternommen. Gelingt die Stressbewältigung, gehen Menschen gestärkt daraus hervor. Gelingt sie nicht, hat dies negative Auswirkungen auf die Einschätzung bei nachfolgenden Anforderungen. Die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien können zusätzlich geschwächt werden, wenn die Belastung dauerhaft zu hoch ist, z.B.

durch fehlende Möglichkeiten zu Veränderungen, Eingeschränktheit der Autonomie und sich daraus entwickelnde Frustration. Bleiben Stresssituationen ungelöst, verändern sich die individuellen Bewertungen, besonders wenn ungünstige Arbeits- oder Umweltbedingungen dazukommen. Die Bewältigungsfähigkeit sinkt. Burnout kann nach dem Stressansatz als Folge von übermäßigem Stresserleben und unzureichend gelungener Stressverarbeitung gesehen werden.

Auch Demerouti (1999) konstatiert Burnout als Langzeitfolge von chronischem Stress. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass ein gestörtes Gleichgewicht zwischen den Anforderungen und der verfügbaren Energie als nachhaltige Folge die Erschöpfung der gesamten Energiereserven verursacht. Ob Klientenstress oder Arbeitsstress schwerer bei der Entstehung eines Burnouts wiegt, konnte nicht eindeutig ermittelt werden (vgl. Enzmann 1996, S. 29f).

### 2.2.2 Salutogeneseansatz

Das Salutogenesekonzept[3] von Aaron Antonovsky bietet eine Erklärung für Verarbeitungskriterien in belastenden Lebenssituationen. Demnach kann diese Verarbeitung und Lebensbewältigung funktionieren, wenn ein ausreichend positives Kohärenzgefühl[4] entwickelt wurde, das entscheidend an der Gesunderhaltung, Ressourcenentwicklung und Aktivierung der Lebensenergien beteiligt ist. Diese Bewältigungskräfte sind notwendig zur Erfüllung von Grundbedürfnissen, zur Lösung von Problemen und zur positiven Beeinflussung der Stressverarbeitungskompetenz. Ein Mensch mit einem starken Kohärenzgefühl ist, auch in schwierigen Situationen in der Lage, die nötigen Ressourcen zu aktivieren, die am wirkungsvollsten mit dem Stressor umgehen können. Bedeutend für ein starkes Kohärenzgefühl ist dabei, dass *„...jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, das erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert,(...)vorhersagbar und*

[3] Antonovskys Konzept beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit. Er untersuchte Frauen, die den Holocaust überlebt hatten und dennoch gesund geblieben waren, was er als ein Wunder empfand und ihn dazu motivierte. die Faktoren zu erforschen, die zur Gesunderhaltung beitragen.

[4] Grundhaltung dem Leben gegenüber

*erklärbar sind und das zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, das diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“* (Antonovsky 1993a)

Es geht dabei um eine tiefe Zuversicht in das Leben und seine Bedingungen, also um eine positive Grundgestimmtheit, bestehend aus folgenden Einzelkomponenten:

> *Gefühl der Verstehbarkeit*. Damit ist die Erwartung gemeint, dass Anreize und Herausforderungen, die auf einen Menschen einwirken, grundsätzlich geordnet und strukturiert verarbeitet werden können, damit sie einschätzbar und verstehbar sind.
>
> Hinzu kommt das *Gefühl der Bewältigbarkeit*. Der Mensch muss davon ausgehen können, dass er über die notwendigen Ressourcen[5] verfügt, um den Herausforderungen zu begegnen und sie erfolgreich zu meistern – unter Umständen auch, indem er in entscheidenden Momenten um Unterstützung bittet.
>
> Das *Gefühl der Sinnhaftigkeit* schließlich wird als Anschauung beschrieben, das eigene Leben als sinn- und wertvoll einzuschätzen. Belastungen werden als Aufforderung zur Weiterentwicklung verstanden. Dementsprechend wird der eigene Lebensentwurf engagiert und mit Lust und Überzeugung gestaltet (vgl. Antonovsky 1997, S. 35)

Werden Anforderungen und Schwierigkeiten nach diesem Denkmodell erfolgreich gemeistert, wächst eine Person an ihren Herausforderungen.

## 2.3 Symptomatologie

Beispielhaft wird Burisch`s „7 Phasen Symptomatik“ vorgestellt. Darin werden alle bisher benannten Symptome beschrieben. Da sie die Komplexität des Themas verdeutlichen und in einen übersichtlichen Rahmen fassen, wurde diese Übersicht ausgewählt. Die einzelnen Phasen der Burnout-Entstehung

[5] eigene Fähigkeiten, aber auch Rückhalt in Glauben und Spiritualität

können unterschiedlich lang sein, schließen eine ungefähre Reihenfolge ein, die genauere Ausprägung kann jedoch individuell sehr unterschiedlich sein und hängt von begleitenden Faktoren[6] ab.

**Burnout-Symptomatik** nach Burisch (vgl. 2010, S. 25)

**1. Warnsymptome in der Anfangsphase**

Zwischen der ersten und der zweiten Phase ist in der Regel ein hohes Engagement zu beobachten. Gern wird Mehrarbeit geleistet, es herrscht ein Gefühl von Unentbehrlichkeit. Da sich der Energieeinsatz auf die berufliche Rolle fokussiert, werden eigene Bedürfnisse negiert oder verleugnet. Die sozialen Kontakte werden reduziert oder ungünstigerweise auf die Klientinnen und Klienten beschränkt. Misserfolge und Enttäuschungen werden zunächst verdrängt. Gelingt es, die eingesetzten Fähigkeiten mit den Zielen, Anforderungen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen, zum Beispiel mit dem Eintritt in eine neue Stelle oder realisierten Veränderungen in der Organisationsstruktur, finden Mitarbeitende zu einem neuen Gleichgewicht und die Gefahr des Ausbrennens ist eher gering. Demgegenüber können Überforderung oder sich nicht erfüllende Erwartungen, beispielsweise zu viele belastende Kontakte und/oder fehlende Veränderungsmöglichkeiten bei den Klientinnen und Klienten, zu Frustration führen. Als Reaktionen entstehen Erschöpfung und Müdigkeit, längerfristig kommt es zu dauerhaftem Energiemangel. Abschalten und Regenerieren fällt zunehmend schwer.

**2. Reduziertes Engagement**

Deutliche Merkmale eines Burnout-Syndroms sind eingeschränktes Engagement und emotionale Erschöpfung mit allen Facetten von Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit gegenüber dem Klientel, Energie- und Motivationsmangel. Anfänglich vorhandener Idealismus geht oft verloren. Schuldzuweisungen für Probleme werden an das Klientel weitergegeben. Die Fähigkeit abzuschalten sinkt weiter, was wiederum zu verstärkt reduziertem Engagement führt. Es entwickelt sich Überdruss; Widerstand gegen die tägliche Arbeit breitet sich aus; die Betroffenen fühlen sich immer weniger anerkannt und immer mehr

[6] Bewältigungsstrategien, Ressourcen, Ausgleichsmöglichkeiten, Seelische Verfassung, Unterstützung

ausgebeutet. Die Veränderungen, die die Betroffenen erleben, können auch in der eigenen Familie oder im sozialen Umfeld zu Spannungen führen, die wiederum als frustrierend erlebt werden können. Damit kann die Möglichkeit zur Kompensation durch eine als befriedigende erlebte Partnerschaft oder eines ausgleichenden Hobbys im Freundeskreis sinken.

### 3. Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen

Ein innerer Distanzierungsprozess als Selbstschutz setzt ein. Die Auswirkungen zeigen sich sowohl im Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen als auch mit zu Betreuenden in Form von starker Distanzierung, Ungeduld, zynischen und/oder negativen Reaktionen. Betroffene leiden an dysfunktionalen Gedanken, zweifeln an ihrer Selbstwirksamkeit und ihrer Kompetenz.

Beziehen Ausbrennende die Ursachen auf sich und fühlen sich schuldig, kann sich eine Depression, mit reduzierter Selbstachtung, Gefühlen von Unfähigkeit und Schwäche, verringerter emotionaler Belastbarkeit, Pessimismus und Apathie und/oder Suizidgedanken entwickeln. Weitere Aspekte sind Ohnmachtgefühle sowie Ruhelosigkeit.

Auf der anderen Seite kann sich eine Burnout-Entwicklung auch in aggressiven Reaktionen äußern. Dann stehen Schuldzuweisungen und Vorwürfe an andere oder das System im Vordergrund. Ungeduld, Launenhaftigkeit, Ärger und Konflikte können sich häufen. Negativismus und Misstrauen in die Welt nehmen zu.

### 4. Abbau

In dieser Phase kommt es zusehends zum Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, was sich in Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Ungenauigkeit und Desorganisation äußert. Betroffene können keine klaren Anweisungen geben und/oder fühlen sich außerstande, Entscheidungen zu treffen. Auch das Lösen komplexer Aufgaben wird schwierig. Motivation, Kreativität und persönliche Leistungsfähigkeit werden stark beeinträchtigt, und die Bewältigung der täglichen Aufgaben fällt zunehmend schwerer. Schließlich sinkt die Leistungsfähigkeit auf den Nullpunkt. Das Denken wird unflexibel,

Betrachtungsweisen werden schwerfälliger und Veränderungen jeglicher Art werden abgelehnt.

### 5. Verflachung

Als Weiterentwicklung des oben aufgeführten Abbaus der Leistungsfähigkeit und des Fehlens jeglichen Engagements, gehen den Betroffenen außerdem die gefühlsmäßigen Reaktionen immer mehr verloren und sie werden gleichgültig. Das bedeutet weniger persönliche Anteilnahme und Vermeidung informeller Kontakte und Gespräche über eigene Arbeitsthemen im Kolleginnen- und Kollegenkreis und/oder der Familie. Einsamkeit und Eigensinnigkeit weiten sich aus. In dieser Phase sind Ausbrennende mehr mit sich selbst beschäftigt und leiden an Langeweile und Desinteresse. Daher nehmen Ausgleichtätigkeiten und Hobbys weiter ab.

### 6. Psychosomatische Reaktionen

Burnout-Prozesse entwickeln sich langsam und werden nicht in jedem Fall von Beginn an registriert. Spätestens in der sechsten Phase der psychosomatischen Reaktionen, und im Anschluss daran im letzten Stadium, kann das Burnout-Syndrom nicht mehr verleugnet werden. Nicht selten treten ein geschwächtes Immunsystem und Herz- und/oder Atembeschwerden, Schlafstörungen, Kopf- und/oder Rückenschmerzen auf. Erweitern ließe sich diese Liste um Alpträume, erhöhten Blutdruck, muskuläre Verspannungen, Libidoprobleme und/oder Verdauungsstörungen. Die Essgewohnheiten verändern sich, der Genuss von Kaffee/ Nikotin/ Alkohol und/oder anderer Drogen nimmt zu. Die Schwere der Erkrankung wird deutlich und erfordert medizinische Hilfe.

### 7. Verzweiflung

Das Endstadium eines Burnout-Syndroms drückt Burisch als „hilflos, hoffnungslos, sinnlos“ (Burisch, S. 34f) aus. Es kommt zu Perspektivverlust, Verzweiflungsgefühlen und in schweren Fällen zu Suizidabsichten bzw. deren Durchführung. In diesem Stadium muss Hilfe von außen erfolgen, Betroffene

sind nicht mehr arbeitsfähig und bedürfen medizinischer und psychologischer Unterstützung.

Weitere Autorinnen und Autoren haben Stadien zum Burnout-Verlauf entwickelt. Freudenberger und North legten die Symptomatik anhand von 12 Stadien der Burnout-Entwicklung (1992) fest. Bei Cherniss (1980) münden 3 Verlaufsphasen - Berufsstress, Stillstand und defensive Bewältigungsversuche - im Ausbrennen. Pines & Maslach (1978) entwarfen ein 3 Phasen-Modell, nach dem auf die physische und psychische Erschöpfung die Negativeinstellung und schließlich der Rückzug/die Vermeidung folgt. Das letzte Stadium zeichnet sich durch Widerstand gegen alles und jeden aus. Andere Autoren (Lauderdale 1982, Edelwich 1980) haben ebenfalls Symptome und Symptomkategorien des Burnout in unterschiedlichen Phasenverläufen beschrieben, woran die Komplexität des Thema deutlich wird. Einig scheinen sich Autorinnen und Autoren lediglich darüber zu sein, das sich der Burnout-Prozess langsam entwickelt und größtenteils unbemerkt, sowohl von den Betroffenen als auch von der Umwelt, verläuft.

Sekundärer Stress - Mitgefühlserschöpfung

Die sogenannte „Mitgefühlserschöpfung“ (Compassion fatigue) führe ich aufgrund ihrer speziellen Definition gesondert auf.

Der Begriff der Mitgefühlserschöpfung wurde von Figley (2002) eingeführt. Zu dieser Ausprägung kann es kommen, wenn Helferinnen und Helfer in emotional hoch belasteten Arbeitsfeldern intensiv mit dem Leid anderer Menschen zu tun haben. Besonders in der Arbeit mit traumatisierten Menschen erhöht die eigene Empathiefähigkeit, die in helfenden Berufen eine wichtige Ressource ist, leider auch die Gefahr einer zu starken Übernahme der Belastung der Betroffenen, und kann dazu führen, dass die eigene Leistungsgrenzen überschätzt werden. Der Wunsch, Entlastung anzubieten und Leid zu mindern, wird zum Auslöser für eigene Überforderung. Mitgefühlserschöpfung kann außerdem entstehen, wenn bei der Arbeit mit schweren Traumata auch eigene, unaufgelöste

Traumata[7] aktiviert werden. Helfende kommen dann mit eigenen tiefgreifenden Prozessen in Berührung, bei denen sie selbst Unterstützung benötigen. Darüber hinaus sind besonders Helferinnen und Helfer betroffen, die *ausschließlich* mit Menschen zu tun haben, die sehr schwer zu verarbeitende Dinge erlebt haben, wie z. B. Feuerwehrleute, Notfallhelfende und medizinisches oder psychologisches Personal, die mit Opfern von schwerster Traumatisierung arbeiten. Speziell auch die Arbeit mit traumatisierten Kindern kann starke Reaktionen hervorrufen. Der Begriff der Sekundärtraumatisierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich die Schwere der Belastung auf die Helfenden überträgt. Ein Burnout-Syndrom aus den oben angeführten Gründen kann auch kurzfristig und ohne vorherige Ankündigung als emotionale Erschöpfung auftreten (vgl. Figley 2002, S. 41ff).

Burnout wird in der Regel als Form der Depression[8] (Schaufeli und Enzmann, 2001) nach dem ICD-10 als psychische Erkrankung klassifiziert. Trennscharfe diagnostische Kriterien wurden für das Krankheitsbild Burnout aber bislang noch nicht erstellt. Innerhalb der Z-Diagnosen im Anhang des ICD-10 wird es als “Ausgebranntsein” und “Zustand der totalen Erschöpfung” geführt (vgl. Schneglberger 2010, S. 30).

## 2.4 Entstehungsgründe und Risikofaktoren

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, reicht das Ursachenspektrum von der persönlichen Disposition[9] der Helferinnen und Helfer in individuenzentrierten Ansätzen (Edelwich/Brodsky 1984 u.a.) über arbeits- und organisationsbezogene Ansätze (Maslach/Leiter 2001 u.a.) bis hin zu gesellschaftlich-umweltlichen Aspekten (Cherniss 1999 u.a.). Burisch (2010) erweiterte und präzisierte mit einem integrierenden Burnout-Modell.

---

[7] Viele Traumahelferinnen und -helfer haben selbst Trauma erlebt ( Figley 2002, S. 54)

[8] bezeichnet als berufsbezogene Neurasthenie

[9] zum Beispiel engagierte Helferpersönlichkeit nach Schmidbauer(2002)

### 2.4.1 Persönlichkeitszentrierte Ansätze

Schmidbauer beschrieb 1977 erstmals das “Helfer-Syndrom” als Summe von charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen bei Helferinnen und Helfern[10] und ging davon aus, dass altruistische Hingabe an den Nächsten bei diesem Typ von Helfenden als Hauptmotiv erscheint. Die Grundproblematik ist demnach die Orientierung an einem starken Ich-Ideal, das von einem strengen Über-Ich bewacht wird. Durch die Identifizierung mit dem starken selbstlosen und aufopferungsvollen Idealbild wird das eigene schwache Selbstwertgefühl stabilisiert. Belohnt wird in der Regel auch mit sozialer Anerkennung, besonders in den Berufen mit höherem Status (Medizin, Psychologie, Lehre, Sozialarbeit).

Schmidbauer (2002, S. 20ff) definiert die Hilfsbereitschaft als Abwehr anderer Beziehungsformen und Gefühle aufgrund narzisstischer Kränkungen. Menschen mit einer stark ausgeprägten Helfer-Motivation haben demnach in ihrer Kindheit wenig Beachtung und Bedürfnisbefriedigung nach Sicherheit, Lob und Anerkennung erhalten. Sie gleichen dieses Defizit als Erwachsene aus, indem sie die Rolle des Gebenden und Versorgenden einnehmen, fühlen sich auf diese Weise wichtig und gebraucht. Demzufolge werden angstbesetzte Gefühle von Nähe und Abhängigkeit vermieden und Bedürfnisse nach emotionalen Kontakten kompensiert. Gleichzeitig begeben sie sich als Gebende in eine machtvolle Position und behalten so Kontrolle. Sie vermeiden damit das Gefühl des Ausgeliefertseins.

Zum Helfer-Syndrom gehört die Unfähigkeit etwas für sich selbst zu fordern; daher gilt das Engagement stellvertretend anderen, gepaart mit der bewussten oder unbewussten Erwartung, Dankbarkeit und Anerkennung zu ernten. Kennzeichnend für ein ausgeprägtes Helfersyndrom sind des weiteren Helfer, die starr an ihrem Wertesystem festhalten. Aufgrund des starken Über-Ichs können sie eigene Vorstellungen schwer relativieren bzw. nicht akzeptieren, dass Ideale zwar erstrebenswert, aber nicht in jedem Fall auch zu realisieren sind. Das Verleugnen eigener Aggressionen ist ein weiteres Indiz für ein Helfersyndrom; hier werden Konflikte eher indirekt ausgelebt, z. B. in Form von Klatsch oder Intrige. So wehren sich Betroffene nach Schmidbauer seltener

10 nach Schmidtbauer: ÄrztInnen, Krankenschwestern und -pfleger, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen, LehrerInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen

aktiv gegen eigene erlittene Ungerechtigkeiten. Für Klientinnen und Klienten können sie hingegen mit allen Mitteln kämpfen und setzen sich in der Regel sehr erfolgreich gegen Missstände oder für Projekte ein, die sie für sinnvoll erachten.

Edelwich /Brodsky schreiben Helfern einen “narzisstischen Idealismus” (1984, S. 49) mit einer übersteigerten Einschätzung der eigenen Wichtigkeit und der vorhandenen Fähigkeiten zu. Das Bedürfnis, sich immer wieder der eigenen Großartigkeit zu versichern, stellt auch Burisch (vgl. 2010, S. 202) fest. Diese Erwartung provoziere zwangsläufig Enttäuschung und Frustration, da niemand allmächtig sei und die Bedürfnisbefriedigung auf Dauer gerade in der sozialen Arbeit nicht gelingen könne, da Helferinnen und Helfer hier nicht ständig auf der Erfolgsspur unterwegs seien. Ein „wahres” oder “falsches Selbst“ konstatieren Johnsson (1988) und Freudenberger&Richelsen (1983), bei dem das wahre Selbst als wertlos angesehen wird und die Anerkennung von außen kommen muss. Dazu wird zur Aufrechterhaltung der äußeren Fassade viel Energie verwandt. Freudenberger&Richelsen (1980, S. 40) gehen von “...dynamischen, charismatischen und zielstrebigen...” Personen mit Idealismus im Helferberuf aus. Maslach (vgl. 1982, S. 63) kommt zu folgender Charakterisierung von burnout-gefährdeten Personen: Ihr „fehlendes Selbstvertrauen, wenig Ehrgeiz und mangelnde Entschlossenheit“ seien bezeichnend für diese Personengruppe.

Burisch (vgl. 2010, S. 201) beschreibt fünf charakteristische Merkmale, zu denen zunächst der allgemeine Umgang einer Person mit den eigenen Bedürfnissen und Motiven gehören. Dazu zählte er Ängstlichkeit, mangelnde Selbstachtung und die Neigung zu Irritationen, Sorgen und Depressionen. Als zweites Merkmal nennt er die spezielleren Persönlichkeitsmerkmale[11], wie sie am Beispiel des „Helfersyndroms“ von Schmidbauer beschrieben werden (s. o.). Das dritte Charakteristikum verdeutlicht Burisch anhand der verschiedenen Weltmodelle: demnach sind Menschen, die an die Sinnhaltigkeit und die Beeinflussbarkeit von Herausforderungen und an ihre eigenen Kräfte und Möglichkeiten glauben, weniger gefährdet als andere. Dieses Modell erinnert an das Kohärenzmodell von Antonovsky (gleiches Skript, S. 8). Weitere Facetten

[11] schwaches Selbstwertgefühl u. a.

des Weltmodells sind die Neigung zu hochgesteckten Zielen, die Unfähigkeit, um Hilfe zu bitten, sowie Mythen und irrationale Einstellungen[12]. Als viertes zählt Burisch die Fähigkeiten und Defizite auf, die die eigenen Handlungsepisoden[13] beeinflussen; dies können z.B. Kompetenzdefizite oder fehlende Abgrenzung sein. Als letztes Merkmal werden die persönlichen Coping-Stile genannt. Dabei handelt es sich um individuelle Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien.

Ist sich eine helfende Person dieser Motive *bewusst,* kann das zu ihrer persönlichen Entwicklung beitragen und dient der Erweiterung der eigenen Professionalität. Je nach Ausprägung können so auch Misserfolge konstruktiv verarbeitet werden, ohne die eigene Person in Frage stellen zu müssen.

### 2.4.2 Strukturzentrierte Ansätze

Von den verschiedenen Ursachenbereichen möchte ich im folgenden Abschnitt die Burnout-Faktoren näher untersuchen, die sich aus den Arbeitszusammenhängen in Organisationen und Institutionen ergeben.
Organisationen sind komplexe Systeme mit unterschiedlichen Komponenten, die miteinander in Verbindung stehen und sich wechselseitig beeinflussen. Verändern sich nun die einzelnen Bestandteile durch Beeinflussung von innen und/oder außen (Mittelkürzungen, gesellschaftliche Veränderungsprozesse, schwierigeres Klientel, Personalabbau) oder verändern sich die Anforderungen (Umsetzung von Anweisungen, Erfolgsnachweise, erhöhte Arbeitsbelastung), geht es im Kern darum, ein neues Gleichgewicht herzustellen und die veränderte Situation zu bewältigen. Die Anforderungen im Berufsfeld nehmen kontinuierlich zu und erfordern eine ständige Weiterentwicklung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf vorhandene

[12] Als Beispiel ein Zitat: „Meine emotionale Misere wird von äußeren Kräften hervorgerufen, und ich kann diese Gefühle kaum kontrollieren oder ändern.“ (Burisch 2010, S.209)

[13] Nach Burisch (2010,S.161) ist eine „ungestörte Handlungsepisode“ der gelungene Verlauf einer Herausforderung oder die Realisierung eines selbst gesteckten Zieles, bestehend aus: Motiv, Zielsetzung, Planung, Handlungsdurchführung, Zielerreichung, Belohnung, Befriedigung, Motivsättigung o. Wiederholung, Bestätigung des Weltmodells o. Korrektur

Techniken (Informations- und Kommunikationstechnik) und Arbeitsansätze (Methoden, Theorien, Qualität). Zu Berufsbeginn erworbene Kompetenzen und Qualifikationen sind nicht mehr dauerhaft ausreichend, Ziele, Pläne, Kriterien und Strategien verändern sich, Netzwerke werden aus- oder abgebaut. Die Komplexität der Aufgaben und damit eine Intensivierung aller Anforderungen steigen. Dies führt zu Leistungsverdichtung und zusätzlichen Belastungen, die selbstreferenziell zu bewältigen sind.

Schlechte Organisation, belastetes Arbeitsklima und ungünstige oder unklare Vertragsbedingungen (vgl. Allensbach, Brechbühler 2005, S. 103) sowie Unsicherheit der Arbeitsplätze bedeuten weitere Belastungen. Dauerhaft wirkt sich dieses Gemenge negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden aus, vor allem weil durch die Faktoren mittel- und langfristige Zukunftsplanung erschwert wird.

Bei der genaueren Betrachtung von Arbeitszusammenhängen werden weitere Faktoren deutlich, die ein Ausbrennen begünstigen. Nachdem sich Maslach in den 1980er Jahren eher auf Persönlichkeitsgründe zur ursächlichen Entwicklung eines Burnout-Syndroms festlegte, konstatierten Maslach/Leiter 2001 (vgl. S. 28ff) Gründe in der Organisation als Hauptursachen für ein Burnout-Syndrom:

- Dauerhafte Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Mangel an Belohnung und Anerkennung
- Zu wenig Gemeinschaftsgefühl
- Fehlende Gerechtigkeit
- Wertekonflikte (vgl. Burisch 2010, S. 53)

Weitere Faktoren sind komplexere Aufgabengebiete, von Arbeitgeberseite geforderte Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung und besonders Zeitdruck, Informationsmangel, ethische Konflikte, hohe Verantwortung, seelische Belastungen durch berufstypische Inhalte in Form von emotionaler Überbelastung (vgl. Maslach/Leiter 2001; Litzcke 2010).

Als sich ungünstig auswirkende Organisationsmerkmale wurden des weiteren ungünstige Arbeitsbedingungen (räumlich, zeitlich, Ausstattung), nicht nachvollziehbare und/oder zu viele bürokratische Anforderungen (Burisch 2010, S. 68) und zu wenig Autonomie, in Form von Mitsprache- und

Gestaltungsmöglichkeiten genannt. Burisch (ebd. S. 69) und Cherniss (1999) beobachteten schlechtes Führungsverhalten als einen der Hauptfaktoren für die Entstehung eines Burnout-Syndroms. Demnach sind fehlende fachliche Kompetenz, unausgesprochene Konflikte und unklare Rollenverteilung sowie ein fehlendes Feedback an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft Gründe, weshalb diese innerlich aufkündigen. Entscheidungsschwäche und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit sowie geringe oder fehlende Wertschätzung stellen weitere ungünstig einflussnehmende Faktoren dar. Fehlende Kompetenz und daraus resultierende Hilflosigkeit/schnellere Überbelastung (Burisch 2010, S. 72) bei der Bewältigung der anfallenden Aufgaben, geringe Aufstiegschancen, Schicht- und Wochenendarbeit können ein Burnout-Syndrom zusätzlich begünstigen.
An Sozialmerkmalen wurden Konkurrenz, Schwierigkeiten im Team mit wenig kollegialer Unterstützung (Burisch 2010, S. 70ff, Cherniss 1999, S. 50f) und ein ungünstiges Betriebsklima als Risikofaktoren genannt.

Als Beispiel für ein Organisationsmerkmal, das sich aufgrund unklarer Strukturen ungünstig auf die Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auswirken kann, sei auf die in den 1980er Jahren entstandenen alternativen Institutionen und Teams mit hohem Eigenanspruch hingewiesen, die soziale Arbeit neu definierten und aus alten Strukturen[14] ausbrechen wollten. Getragen von der Idee der „Gleichberechtigung“ mit den zu Betreuenden und der Idee der „Hilfe zur Selbsthilfe“, herrschte der Anspruch auf Mitbestimmung aller Mitwirkenden an allen Entscheidungen. Hierarchische Strukturen wurden durch Basisdemokratie ersetzt, alle Entscheidungen wurden ausdiskutiert und sollten konsensfähig sein. Pühl (1994) beschreibt als Supervisor Helferteams, die sich bekämpften und kränkten und sich vor allem gegenseitig kontrollierten.
Krankmachende Bedingungen können demnach in aufreibenden Teamkulturen mit unklaren Hierarchien entstehen, in denen niemand Macht haben darf und dementsprechend viel Zeit und Energie mit reflexiven Diskussionen verbracht

[14] Macht und Einfluss der großen kirchlichen oder öffentlichen Träger

wird, obwohl die mühsam ausgehandelten Entscheidungen erfahrungsgemäß später meist wieder ausgehebelt werden (vgl. Gröning 2009[15]).
Funktionieren diese Teams jedoch gut, was in einer Vielzahl von Initiativen der Fall ist, kann diese Autonomie aufgrund ihrer Selbstgestaltungsmöglichkeiten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum gesundheitsfördernd sein.

### 2.4.3 Gesellschaftliche und Umwelteinflüsse

Neben der persönlichen und institutionellen Situation spielen Außeneinflüsse eine wichtige Rolle. Seit den 1970er Jahren haben sich die Faktoren Gesellschaft und Umwelt stark verändert, da sich seitdem ein grundsätzlicher Wandel in den tradierten Gesellschaftsformen vollzieht. Ehemals feststehende Lebensentwürfe (Familie, Ehe) und Werte wurden in Frage gestellt und veränderten sich, die Familie ist keine verlässliche Konstante mehr. Durch die zunehmende Individualisierung in den westlichen Kulturen wandelten sich Beziehungs- und Bindungsverhalten (Farber 1983), Anonymität und Unpersönlichkeit nahmen zu, Unsicherheit und Veränderungsprozesse prägen heute den Alltag.
Steter Wandel, ständige Neuentwicklung und Flexibilität formen unser aktuelles gesellschaftliches Bild. Zeit steht als Bewertungsfaktor an oberster Stelle. Alles muss schnell gehen und kurzfristig zu erledigen sein. Mehr Komplexität soll in kürzerer Zeit in Erfolgsmeldungen verdichtet werden. Die Arbeit im psychosozialen Rahmen hat jedoch mit Menschen in schwierigen und besonderen Lebenslagen zu tun, Einsichten und Veränderungen benötigen ihre Zeit. Das Ergebnis dieser Umbewertung ist krankmachender Stress (vgl. Gröning 2009, S. 14f).
Beschäftigte müssen große Anpassungsleistungen vollziehen, der Sozialabbau und seine Folgen sind für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der helfenden Berufe eine zusätzliche Herausforderung. Zum einen müssen sie mit dem Wandel in der eigenen Berufsrolle zurechtkommen. Außerdem ist die gesellschaftliche Abwertung der professionellen sozialen Arbeit geprägt durch die verstärkten Versuche, professionelle Arbeit durch Ehrenamtlichendienste zu ersetzen. Zum

[15] eigene Mitschrift

anderen steigen erfahrungsgemäß die Belastungen bei Klientinnen und Klienten[16], weil dort weitaus häufiger Perspektiven fehlen, was die Arbeit erschwert.

### 2.4.4 Kurzresümee

Nach Kurzbeschreibung und Betrachtung der verschiedenen Ansätze möchte ich der Einschätzung von Burisch (2010)zustimmen, nach der es sich bei den Ursachen zu Burnout-Erkrankungen um multifaktorielle Gründe handelt. Diese werden gegliedert in Persönlichkeit, Arbeitsbereich und Gesellschaft (vgl. Burisch 2010, S. 197ff). Die von mir favorisierten ergänzenden Stress- und Salutogeneseansätze finden bei Burisch ebenfalls Berücksichtigung.

Für die Entstehung eines Burnout-Syndroms ist folglich eine komplexe Belastung über einen längeren Zeitraum charakteristisch. Größere Belastungen, frustrierende Erfahrungen und schwindende Ressourcen können dann bei längerfristigem Zusammentreffen ein Burnout-Syndrom auslösen (vgl. Burisch 2010, S. 198). Gefährdet ist jede Person, auch sehr widerstandsfähige Menschen. Das Vorhandensein und die Abrufbarkeit von Copings[17] beeinflusst die Bewältigung von Belastungen, die ein Individuum in Krisenzeiten zu vollbringen imstande ist, positiv. Eine ausreichende Anzahl wirksamer Copings kann demnach ein Ausbrennen verlangsamen. Zusammenfassend könnte gesagt werden, ein Burnout-Syndrom kann durch fast alles ausgelöst werden, was einem Individuum „gegen den Strich geht“ - und trotz aller Anstrengungen nicht abzustellen ist (Burisch 2010, S. 148 ).

## 2.5 Tendenzen

Über die Häufigkeit des Auftretens des Burnout-Syndroms gibt es derzeit wenig zuverlässiges Zahlenmaterial. Burisch (2010, S. 281) geht von betroffenen

[16] aufgrund gesellschaftlicher Bedingungen: Stichwort aktivierender Sozialstaat, Verantwortungsübernahme durch den Einzelnen, darüber hinaus oder als Reaktion steigende Zahlen psychischer Erkrankungen.

[17] Verarbeitungsfähigkeiten

10,5% der Bevölkerung aus. Betriebskrankenkassen schätzen, dass ca. neun Millionen Deutsche am sogenannten Burnout-Syndrom leiden[18].

Die Krankenkassen ermitteln die Krankenstände in Diagnosegruppen. Dabei wird das Burnout-Syndrom unter den psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen[19] geführt. Bei einem relativ niedrigen Krankenstand, der seit 2007 wieder leicht ansteigt, fällt eine Zunahme an psychischen Erkrankungen mit den meisten Fehltagen auf (DAK, IQ). Diese stiegen seit 1998 beständig an und erreichten 2010 den bislang größten Zuwachs. Aufgrund von psychischen Erkrankungen gab es allein im letzten Jahr 13,5% mehr Fehltage. „Damit machen Depressionen & Co heute ein Achtel des gesamten Krankenstandes aus und spielen eine fast doppelt so große Rolle wie noch 1998“ (DAK, IQ). Das bestätigt auch der AOK Fehlzeitenreport[20]: "Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. So stieg die Zahl der von psychischen Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitsfälle seit 1995 um 80 Prozent". (Schröder, Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports 2009 ebenda)

Weiter berichtet der DAK Report in seiner o. g. Ausgabe über betriebliche Einflussfaktoren wie steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung und Rationalisierung als Ursachen für ein Ausbrennen im Beruf. „Besonders im Sozialwesen sind psychische Ursachen stark am Krankheitsgeschehen beteiligt“, sie machen mit 265 AU-Tagen[21] pro 100 Pflichtmitglieder 16% der Fehltage aus. Die dezidierten Zahlen im Gesundheits- und Sozialwesen sind 2009 um 0,9 auf nunmehr 13,3 Krankentage[22] pro Beschäftigungsverhältnis gestiegen.

Die BKK benennt konkret die Zunahme „neuerer“, noch nicht im ICD-10 anerkannter eigener Krankheitsbilder wie das Burnout-Syndrom. Pro 1 000 BKK

---

[18] Burnoutdiagnostik IQ

[19] Im Weiteren werden Zahlen aus der Obergruppe „psychische Erkrankungen“ präsentiert, es sei denn Burnout ist ausdrücklich ausgewiesen.

[20] AOK Pressemitteilungen IQ

[21] BKK Gesundheitsreport S. 96/97 IQ

[22] Ebs. S.79

Mitglieder wurden 2008 allein 34,9 Arbeitsunfähigkeitstage[23] durch Burnout gemeldet. Im Vergleich dazu waren es 2004 gerade einmal 4,6 Tage.
Werden die psychischen Erkrankungen nach geschlechtsspezifischer Ausprägung betrachtet, nehmen sie unter den Diagnosegruppen bei Frauen den dritten und bei Männern den vierten Rang ein (BKK-IQ[24]).

## 2.6 Testverfahren:

Um ein Burnout-Syndrom diagnostizieren zu können, wurden verschiedene Messinstrumente entwickelt. Aufgrund der Komplexität der Problemstellung ist es dennoch schwierig, Burnout festzustellen. Durch die Fülle der Definitionen und der theoretischen Ansätze sowie die Verschiedenheit der Symptomatik erfasst kein Test das gesamte Bild. Bis heute haben sich nur wenige Testverfahren durchgesetzt, die im Anschluss vorgestellt und im Anhang abgebildet werden

**MBI**

**Maslach Burnout Inventory (MBI nach Maslach und Jackson)**
Der 1981 von den Burnout-Experten Maslach und Jackson entwickelte und 1986 überarbeitete Test Maslach Burnout Inventory (MBI) wird besonders häufig von Therapeuten benutzt. Mit dem Testverfahren werden anhand von 22 Einzelpunkten einer Aufzählung in 25 Fragen die drei Dimensionen: emotionale Erschöpfung (9 Items), Depersonalisierung (5 Items) und reduzierte, persönliche Leistungsfähigkeit (8 Items) erfasst. Bei den siebenstufigen Antwortmöglichkeiten (von 0 = nie bis 6 = täglich) sollen die Befragten die Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Ereignisse angeben. Bei dem Fragebogen gilt es nicht, den Gesamtwert für Burnout zu berechnen, sondern die einzelnen Dimensionen zu erfassen. Nur erfahrene Therapeuten können den Test sinnvoll durchführen und interpretieren.
Testunterlagen im Anhang 1

[23] Ebs. S. 96

[24] Ebs. S.128

**Überdrussskala**

**Die Überdrussskala nach Pines, Aronson und Kafry**

Die Burnout-Experten Pines, Aronson und Kafry haben 1982 einen Test entwickelt, mit dem sich anhand von 21 Fragen der Grad des Überdrusses bzw. des Burnout bestimmen lässt. Bei diesem Messinstrument für das Burnout-Syndrom sollen die 3 Aspekte der körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung gemessen werden. Die siebenstufigen Antwortmöglichkeiten reichen von 1 (niemals) bis 7 (immer). Durch Berechnungen kann ein Gesamtwert ermittelt werden, welcher von 1 (Euphorie) bis 7 (extremes Burnout) reichen kann. Testwerte zwischen 2 und 3 gelten als Bereich für gutes Befinden, wohingegen Werte über 5 als akute Krise des Burnout anzusehen sind.

Testunterlagen im Anhang 2

# 3 Tiefeninterviews mit Betroffenen

Im Praxisteil dieser Masterarbeit stützt sich die Untersuchung auf die Durchführung und Auswertung mehrerer Interviews zum Thema. Die Interviews wurden mit Burnout-Betroffenen aus psychosozialen Arbeitsfeldern durchgeführt.

## 3.1 Zielsetzung und Fragestellung:

Im Theorieteil dieser Arbeit gehe ich vom derzeit gültigen Forschungsstand aus, bei dem verschiedene Ansätze vertreten werden. Dabei komme ich aufgrund meiner Recherche zu der Annahme, dass von einem multifaktoriellen Ansatz bei der Entstehung eines Burnout-Syndroms auszugehen ist. Den Erkenntnisstand und meine Hypothese möchte ich den Ergebnissen und Erkenntnissen aus den Interviews gegenüberstellen und überprüfen, welche Tendenzen sich bestätigen lassen. Mein Anliegen ist daher zunächst die spezifische Erfassung des Burnout-Syndroms der Betroffenen, ihre persönliche Charakterisierung, ihre Reflexion darüber und ihre Erfahrungen dazu. Um die subjektive Einschätzung und die Erkenntnisse zu erforschen, wird das individuelle Denken, Handeln und Fühlen differenziert erfragt. Besonders

interessieren mich dabei die Reflexion und die daraus entwickelten Veränderungen auf der Denk- und Verhaltensebene.
Zusammenfassend sollen die Ergebnisse und die Analyse der Interviews Informationen liefern, die bei der Entwicklung von Möglichkeiten erfolgreicher Burnout-Prophylaxe hilfreich sein können.
Erkenntnisleitend haben mich dazu folgende Fragen bewegt:

- Welche der zugrundgelegten Ansätze bestätigen sich in den durchgeführten Interviews?
- Inwieweit bestätigt sich der multifaktorielle Ansatz von Burisch?
- Welche neuen Informationen können anhand der Interviews gewonnen werden?
- Welche Erkenntnisse haben die Betroffenen gewonnen?
- Welche Empfehlungen geben sie aus ihrer Situation heraus?
- Welche Hinweise können für die Präventionsarbeit gewonnen werden?
- Wie kann eine erfolgreiche Selbstfürsorge aussehen?

## 3.2 Methodische Überlegungen

Als Erhebungsinstrument wurde das qualitative Interview ausgewählt. Es bietet die Möglichkeit ausführlicher Informationssammlung. Dabei wird das Gespräch, in diesem Fall in Form des problemzentrierten Interviews, ähnlich wie bei Exploration oder Tiefeninterview (vgl. Mayring, 2002, S. 67ff), auf eine bestimmte Problemstellung zentriert. Diese wird zu Beginn eingeführt. Gestützt auf einen Interviewleitfaden kann das Gespräch offen und halbstrukturiert geführt werden. Der vorliegende Leitfaden stellt sicher, dass die wichtigsten Themen vorbereitet sind und keine Aspekte vergessen werden. Die befragte Person wird eingeladen, möglichst frei über die eigene Betrachtungs- und Erlebensweise des Themas zu sprechen. Bei der ausführlichen Beantwortung wird auch Platz für Nebenthemen gelassen, um ein möglichst umfängliches Bild und eine Vielzahl von subjektiven Erfahrungen zu erhalten. Diese Vorgehensweise berührt im Gegensatz zu einem standardisierten Interview, bei dem vom Fragenkatalog nicht abgewichen wird, tiefere Schichten bei der

befragten Person und erleichtert und fördert den Zugang zu eigenen Erlebniswelten und Sichtweisen. Informationserfassung von Bedürfnissen, Einstellungen und Widerständen gehört zur systemischen Vorgehensweise, um so eine individuelle Einschätzung der befragten Person erhalten zu können. Haltung und Befragungstechniken zeichnen sich durch Gestaltungsspielraum, Empathie, nicht direktives Verhalten, Spiegeln, offenes Fragen und das Stellen vertiefender Nachfragen als Kriterien aus.
Die Ergebnisse aus diesen Interviews sind valide, sie erheben aktuelle Meinungen, Stimmungen, Emotionen und Reaktionen. Ein weiterer Vorteil dieser Gesprächsform liegt darin, dass die befragte Person während des Gespräches eigene Gedanken weiterentwickeln und reflektieren kann. Die interviewende Person beobachtet und nachvollzieht diese Vorgänge, kann direkt Fragen dazu stellen oder zu weiteren Überlegungen ermuntern.
Nachteil dieser Erhebungsform ist eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der geführten Interviews, die aufgrund ihrer Vielfältigkeit nicht standardisierbar und nicht repräsentativ sind.
So wie alle anderen ist auch dieses Forschungsinstrument unvollständig und bildet daher immer nur einen Ausschnitt des gegenwärtigen Bildes ab. Innerhalb der gewählten Erhebungsform besteht grundsätzlich die Gefahr von Verzerrungen, Fehlerquellen oder Nichtbeachten von Details, die aufgrund des persönlichen Kontaktes entstehen. So können z.B. persönliche Sympathie/Antipathie, die Neigung, ein/e gute/r Gesprächspartner/in sein zu wollen oder die Stimmungslage bei der befragten als auch der befragenden Person die Informationserhebung beeinflussen.

Die Entscheidung für die halbstrukturierte Befragungsform fiel aufgrund der Aussicht auf eine Fülle an verwertbaren Informationen, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden. Da im Rahmen dieser Masterarbeit nur wenige Personen befragt werden konnten, schien die gewünschte Vielfältigkeit der subjektiven Informationen auf diese Art erreichbar.
Ein Pre-Test wurde am 05.04.2011 durchgeführt; aufgrund der Rückmeldungen wurde der Interviewleitfaden optimiert.

### 3.2.1 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wird zur Vorbereitung des Gespräches erarbeitet. Dient die Befragung wie im vorliegenden Fall der Erhebung individueller Einschätzungen und Erkenntnisse der Betroffenen zu Burnout, sorgt der Interviewleitfaden dafür, dass kein Aspekt des Themas vergessen wird. Zu Beginn eines Interviews stellt sich die interviewende Person vor und führt in das Thema und ihr Anliegen ein, sie stellt einen ersten Kontakt her und „lockert" die Gesprächsatmosphäre auf.

Symptomatik und Burnout-Erleben

- Bitte erzählen Sie mir von ihrem Burnout
- Wann hatten sie den Burnout? In welchem Zusammenhang?
- Wann hatten sie im Vorfeld schon mal das Gefühl, dass Ihnen alles zu viel wird? Woran haben Sie das gemerkt?

Aspekte der Burnout-Entwicklung : arbeits- umwelt/lebenssituativ- und persönlichkeitsbezogen

- Wie war Ihre damalige Arbeitssituation/Lebenssituation?
- Welchen Anteil, glauben Sie, hatte Ihre Arbeitssituation an der Entstehung des Burnout?
- Welchen Anteil hatte Ihre Lebenssituation daran?
- Welche Ihrer persönlichen Merkmale oder Eigenschaften sind Ihrer Meinung nach an der Entstehung des Burnout beteiligt oder haben diese gefördert?

Reflexion der Erkrankung und Resümee dazu

- Was haben Sie zum Zeitpunkt des Zusammenbruchs oder der Erkrankung darüber gedacht?
- Als Sie dann nicht mehr arbeiten konnten, was haben Sie da unternommen?
- Was hat Ihnen geholfen?
- Welche Erkenntnisse haben Sie durch den Burnout gewonnen?

- Welche Fähigkeiten haben Sie aufgrund des Burnout entwickelt? Fähigkeiten, die Sie vorher nicht hatten oder nicht an sich wahrgenommen haben?
- Was machen Sie heute anders? Was hat sich verändert?
- Was empfehlen Sie Menschen an allgemeinen Vorsorgemaßnahmen?
- Was empfehlen Sie Menschen, die merken, das sie überlastet sind und auf einen Burnout zusteuern?
-

### 3.2.2 Durchführung

Bei der Zusammenstellung der Interviewpartnerinnen und -partner wurde Wert auf unterschiedliche Arbeitsfelder gelegt. Die Gewinnung der befragten Personen wurde durch vorhandene Netzwerke[25] erleichtert. Die Befragten kommen alle aus Nordrhein–Westfalen und äußerten durchgehend den Wunsch nach größtmöglicher Anonymisierung ihrer persönlichen Daten. Aus diesem Grund stelle ich sie nur kurz einzeln vor und charakterisiere sie lediglich in einer gemeinsamen Darstellung. Interviewt wurden vier Burnout Betroffene aus den Tätigkeitsfeldern der Beratungs- und /oder Betreuungsarbeit mit dem Klientel: Frauen, Mädchen, Sucht und Pflegeeltern. Es handelt sich um drei weibliche und einen männlichen Probanden[26].

- Person A, 47 Jahre alt, Diplom-Sozialpädagogin
- Person B, 54 Jahre alt, Diplom-Sozialarbeiter
- Person C, 51 Jahre alt, Diplom-Sozialpädagogin
- Person D, 41 Jahre alt, Diplom-Pädagogin

Drei der vier Befragten sind seit über 20 Jahren in der psychosozialen Arbeit tätig und verfügen über (zum Teil mehrere) Zusatzausbildungen in Familientherapie, Suchttherapie, Gesprächstherapie, Traumatherapie, Psychodrama, Tanztherapie. Ohne Ausnahme haben alle Probanden einen oder mehrere Klinikaufenthalte durchlaufen.

---

[25] Dachverband der Frauenberatungsstellen, mündliche Weitergabe der Anfrage an KollegInnen, soziale und psychosoziale Arbeitsgruppen vor Ort

[26] dies entspricht grob der durchschnittlichen Geschlechtsverteilung bei Beschäftigten in der sozialen Arbeit (Quelle:StBA,Mikrozensus,FS1R4.1.2 aus den Jahren 2002 und 2009)

Die Befragungen fanden im April 2011 in Nordrhein-Westfalen an den Arbeits- bzw. Wohnorten der Befragten statt. Der Interviewleitfaden diente zur Gesprächsorientierung und wurde nicht durchgehend abgearbeitet. Die im Zeitrahmen von etwa einer Stunde liegenden Gespräche wurden auf ein Diktiergerät aufgenommen. Eine CD mit den Aufnahmen liegt der Arbeit bei.

### 3.2.3 Auswertung der Interviews

Die Gespräche wurden in einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, bei der die drei Grundformen Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung Berücksichtigung finden. Bei der Zusammenfassung wird das Material so reduziert, dass der wesentliche Inhalt erhalten bleibt. Die Explikation erweitert das Verständnis durch zusätzliche Erläuterungen. Als Strukturierung dient die Kategorienbildung. Nach vorher festgelegten Ordnungskriterien oder Themenschwerpunkten werden bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert. Dieses Verfahren ermöglicht eine (wenn auch) eingeschränkte Vergleichbarkeit einzelner Interviews.

### 3.2.4 Kategorienbildung

Dazu wurden folgende Kategorien ermittelt:

1. Symptomatik und Burnout-Erleben
2. Persönlichkeitsmerkmale, die die Entstehung begünstigen
3. Berufsbezogene Entstehungsgründe
4. Persönliche Lebenssituation und Umwelteinflüsse
5. Verlauf
6. Was hat geholfen?
7. Erkenntnisse
8. Umsetzung
9. Fähigkeiten
10. Umsetzung
11. Empfehlungen für die Prävention

Das Kategorisierungssystem orientierte sich ebenso wie die Gespräche selbst am Leitfaden. Hier wurde zunächst das subjektive Erleben erfragt. Im Anschluss ging es um die subjektive Einschätzung der Entstehungsgründe. An dieser Stelle wurde eine Differenzierung nach persönlichen, arbeits- oder umweltbezogenen Aspekten vorgenommen. Anhand der Gewichtungen konnte bereits die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der wahrgenommenen Ursachen bestimmt werden. In der Einordnung zum Verlauf wurde zudem der Blick auf die Eigenreflexion gelenkt. Hier wurden wichtige Informationen über Erkenntnisse bei den Probanden bezüglich des Burnout gewonnen, ebenso die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in eine Verhaltens- oder Verhältnismodifikation erfragt.

### 3.3 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse anhand der oben erstellten Kategorien zusammengefasst dargestellt. Über die Kategorienbildung hinaus wurden die Aussagen zu Themengruppen verdichtet summiert und mit persönlichen Aussagen der Befragten kommentiert. Die Kategorien 1-5 verdeutlichen das Erleben der Betroffenen und den Verlauf. Diese Kategorien können mit dem wissenschaftlichen Stand verglichen werden. Die Kategorien 6-10 erheben die individuelle Entwicklung und den Regenerationsprozess, darüber hinausgehend die Veränderungen und die Hinweise auf Prävention.

Symptomatik und Burnout-Erleben

| Kategorie 1 | |
|---|---|
| Person A | Psychische Erschöpfung, physische Erschöpfung, Auswirkungen auf die Arbeitsqualität, Leistungsschwäche, Schlafstörungen, Rückzug, Unkonzentriertheit, Nervosität, nicht krankgefeiert, Depression |
| Person B | Psychische Erschöpfung, physische Erschöpfung, Depression, Herzrhythmusstörungen, Stimmungstief, Gefühl der Überforderung, keine Krankmeldung, Rückzug, |

| | |
|---|---|
| Person C | Psychische Erschöpfung, physische Erschöpfung, vermehrt anfällig für somatische Erkrankungen, |
| Person D | Psychische Erschöpfung, physische Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit, Rückzug, vermehrt anfällig für somatische Erkrankungen |

Persönlichkeitsbezogene Entstehungsgründe

| Kategorie 2 | |
|---|---|
| Person A | Hohe Anspruchshaltung und Leistungsanforderung an sich selbst, großes Engagement, Suche nach Anerkennung von Außen, wichtig sein für andere, Idealismus für die Sache, vielschichtige Interessen, Brennen für die Arbeit, Selbstzweifel, Leidensfähigkeit |
| Person B | hohe Anspruchshaltung und Leistungsanforderung an sich selbst Ablenkung durch Arbeit, Verantwortungsbewusstsein, Selbstzweifel, Leidensfähigkeit |
| Person C | hohe Anspruchshaltung und Leistungsanforderung an sich selbst, Selbstzweifel, großes Engagement, Idealismus für die Sache, Brennen für die Arbeit, vielschichtige Interessen, eigene Unsicherheiten, |
| Person D | hohe Anspruchshaltung und Leistungsanforderung an sich selbst, Selbstzweifel, Suche nach Anerkennung von Außen, Leidensfähigkeit, großes Engagement, Idealismus für die Sache, Ehrgeiz, Aushalten können, Ausdauer |

Berufsbezogene Entstehungsgründe

| Kategorie 3 | |
|---|---|
| Person A | Strukturmängel (Umstrukturierungen, mehr Klientel bei gleichen Bedingungen), unsichere Rahmenbedingungen, belastendes Arbeitsfeld, |
| Person B | Belastendes Arbeitsfeld, Strukturmängel (fehlende Leitung, Teamproblematik) |

| | |
|---|---|
| Person C | Unsichere Rahmenbedingungen (finanzieller Art, da Projektfinanzierung), hohes Engagement mit wenig Anerkennung und/oder Erfolg, wenig Wertschätzung, Initiativ- oder Aufbauarbeit, Strukturmängel (unklare Hierarchien), erwartetes unbezahltes Engagement, Überforderung durch hohen Arbeitsaufwand, |
| Person D | Strukturmängel, Perspektivlosigkeit, unsichere Position, wenig Veränderungsmöglichkeiten, existenzielle Unsicherheit, Spannungen im Team, Überforderung durch hohen Arbeitsaufwand, wenig Autonomie, hohes Engagement mit wenig Anerkennung und/oder Erfolg, wenig Wertschätzung, |

Persönliche Lebenssituation und Umwelteinflüsse

| Kategorie 4 | |
|---|---|
| Person A | Zusätzliche Belastungen/Unsicherheiten innerhalb der Familie und/oder im Freundeskreis |
| Person B | Zusätzliche Belastungen/Unsicherheiten innerhalb der Familie und/oder im Freundeskreis |
| Person C | Zusätzliche Belastungen/Unsicherheiten innerhalb der Familie und/oder im Freundeskreis |
| Person D | Zusätzliche Belastungen/Unsicherheiten innerhalb der Familie und/oder im Freundeskreis/Beschleunigung |

Verlauf

| Kategorie 5 | |
|---|---|
| Person A | So lange wie möglich funktioniert |
| Person B | So lange wie möglich funktioniert, vor und nach der Reha gearbeitet |
| Person C | So lange wie möglich funktioniert, vor und nach der Reha gearbeitet |
| Person D | So lange wie möglich funktioniert |

Was hat geholfen?

| Kategorie 6 | |
|---|---|
| Person A | Reha-Aufenthalt, veränderter Umgang in der Dienststelle durch Offenheit mit dem Burnout, Unterstützung durch Medikamente o. Psychotherapie, Perspektivwechsel |
| Person B | Reha-Aufenthalt, Ausgleich, Unterstützung durch Medikamente o. Psychotherapie, Perspektivwechsel |
| Person C | Reha-Aufenthalt, Perspektivwechsel, berufliche Veränderungen |
| Person D | Reha-Aufenthalt, Perspektivwechsel |

Erkenntnisse

| Kategorie 7 | |
|---|---|
| Person A | Burnout-Gefährdung weiterhin vorhanden, Perspektivwechsel, Unterschied zwischen Anspruchshaltung und Wirklichkeit erkannt, eigene Grenzen erkannt, Situationseinschätzung und Bewertung verändert, kein Einzelkämpfertum mehr |
| Person B | Burnout-Gefährdung weiterhin vorhanden, Perspektivwechsel, Unterschied zwischen Anspruchshaltung und Wirklichkeit erkannt, eigene Grenzen erkannt, Situationseinschätzung und Bewertung verändert |
| Person C | Burnout-Gefährdung weiterhin vorhanden, Perspektivwechsel, Unterschied zwischen Anspruchshaltung und Wirklichkeit erkannt, eigene Grenzen erkannt, Situationseinschätzung und Bewertung verändert, hilfreiche Fragen stellen |
| Person D | Arbeit lass ich jetzt Arbeit sein, Perspektivwechsel, Unterschied zwischen Anspruchshaltung und Wirklichkeit (eigenen Spielraum) erkannt, Situationseinschätzung und Bewertung verändert, eigene Grenzen erkannt |

Fähigkeiten

| Kategorie 8 | Welche Fähigkeiten wurden verstärkt oder neu entwickelt? |
|---|---|
| Person A | Perspektivwechsel und -entwicklung, Achtsamkeit, |

| | |
|---|---|
| | Gelassenheit, Selbstvertrauen, Abgrenzung, Selbstfürsorge, Strukturierung |
| Person B | Perspektivwechsel und -entwicklung, Selbstvertrauen, Entscheidungsfähigkeit, Selbstfürsorge |
| Person C | Perspektivwechsel und -entwicklung, Achtsamkeit, Gelassenheit, Abgrenzung, Entscheidungsfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstfürsorge |
| Person D | Perspektivwechsel und -entwicklung, Abgrenzung, Entscheidungsfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstfürsorge |

Umsetzung

| Kategorie 9 | Was machen Befragte heute anders? |
|---|---|
| Person A | Entscheidungen getroffen, Lebensform verändert, berufliche Situation im bestehenden Team verändert, mehr Achtsamkeit auf persönliche Befindlichkeiten, Forderungen stellen, berufliche Situation und Selbstverständnis geändert, Ausgleich geschaffen, mehr Gelassenheit entwickelt |
| Person B | Entscheidungen getroffen, persönliche Befindlichkeit verbessert, verändertes Erleben, Ausgleich geschaffen |
| Person C | Entscheidungen getroffen, Wohnort, Lebensform und Berufstätigkeit verändert, Situationsbewertung und -bewältigung verändert, mehr Gelassenheit entwickelt, mehr Achtsamkeit auf persönliche Befindlichkeiten, Ausgleich geschaffen |
| Person D | Entscheidungen getroffen, mehr Achtsamkeit auf persönliche Befindlichkeiten, Ausgleich geschaffen |

Empfehlungen für die Prävention

| Kategorie 10 | |
|---|---|
| Person A | Kurse zur Prophylaxe und Bewältigung, Selbsterfahrung und Selbstfürsorge, Bewegung, Strukturierung im berufl. Bereich, Führungsfortbildung, Umgangskulturen im Team, Arbeitskultur |

| | |
|---|---|
| Person B | Reha-Maßnahmen, medizinische Versorgung/Medikamente, kollegiale Unterstützung, Ausgleich, Selbstfürsorge, Therapie, eigene Wege suchen, Experimentieren |
| Person C | Einsicht in die Problematik, Ernstnehmen der Symptome, Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Bereitschaft hinzugucken, wenn etwas aus dem Lot geraten ist |
| Person D | Selbstfürsorge betreiben, Therapie, Unterbrechungen im Alltag |

## 3.4 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Um die Interpretationsergebnisse zu unterlegen, wurden Gesprächsteile aus den Interviews zitiert, diese sind zur Sichtbarmachung in wörtliche Rede-Zeichen gesetzt worden.

Kategorie 1

Symptomatik und Burnout-Erleben

Mit dieser Fragestellung wurde die spezifische Ausprägung im Bezug auf das Erleben und die Symptomatik erfragt. Vergleiche mit der von Burisch (2010) erstellten Symptomatikübersicht ergeben etliche Übereinstimmungen bei allen Befragten. Durchgehend entwickelten alle Befragten eine Depression, die auch von anderen Autoren (Maslach, Freudenberger, Schaufeli, Cherniss) in ihren Ergebnissen bestätigt wird. Alle Befragten äußerten psychische und physische Erschöpfung, deutlich wurde dies in Aussagen wie ein Gefühl von „Überforderung“, „das Leben war nur noch anstrengend für mich“ und „...dann war meine Kraft zu Ende“. Diese Symptome können als Warnsignale in der Anfangsphase eines Ausbrennens als auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Weiterer Ausdruck der psychischen Befindlichkeit waren Stimmungstief - „meine Stimmung war auf dem Nullpunkt“, „immer freudloser“, „Stimmungseintrübung“ und „mangelnder Ausgleich innerer Spannungszustände“. „Unkonzentriertheit und Nervosität“ wurden von einer befragten Person, „Hoffnungslosigkeit“ von zwei weiteren benannt. Auch hier bestätigt sich Burisch`s Arbeitsergebnis. Ein überhöhter Energieeinsatz in der Anfangsphase ist bei drei Befragten benannt worden. Bei der vierten Person ist

sie nicht explizit ausgesprochen worden, dennoch im weiteren Gesprächsverlauf erkennbar gewesen. Interessanterweise zieht sich bei allen Befragten ein hohes Engagement - „mit dem Herzen dabei“ - durch die gesamte Berufstätigkeit; freiwillige Mehrarbeit „Fahrtzeiten rechnet keiner an“ wurden zwei mal und „ehrenamtliche Aufbauarbeit“ über mehrere Jahren wurde einmal benannt. Reduziertes Engagement wurde nur einmal benannt, „Arbeit mit Klienten, fiel mir so schwer“, Negativeinstellung der Arbeit oder dem Klientel gegenüber wurde nur verhalten geäußert, z.B. mit „die Leute waren so schwierig“, „da schlug mir was entgegen, das fand ich ganz furchtbar“, und eher umschrieben mit Aussagen wie „ich krieg das gar nicht mehr auseinander“ oder „15 Jahre Suchtarbeit!“ und bleiben zur eigenen Interpretation offen. Ich vermute, dass es trotz Reflexionsfähigkeit eine Scham gibt, dem Idealbild des Helfenden nicht zu jedem Zeitpunkt zu entsprechen oder sich deutlich negativ über die Klientinnen und Klienten zu äußern.

Generell bestand ein großes Bedürfnis nach Ruhe - „wollte nur meine Ruhe haben“ – und nach Erholung - „nicht abschalten können“ und „mich nicht mehr regenerieren“. Dies bestätigt auch Burisch in seinen Warnsymptomen in der Anfangsphase, neben psychosomatischen Reaktionen wie „Herzrhythmusstörungen“, „ich war oft so kränklich“, „ich hatte immer ne Erkältung“. Die auftretenden Symptome wurden in der Regel erst einmal verdrängt, zum Teil auch über einen längeren Zeitraum - „zwei Jahre“.

Auswirkungen auf die Arbeitsqualität wurden beschrieben mit dem „Gefühl, ich kann nicht mehr in der Qualität arbeiten, wie ich es gewohnt war“, darüber hinaus mit dem Funktionierensmüssen am Arbeitsplatz „ich hab noch alles gemacht, irgendwie, aber ich merkte, ich wurde immer freudloser, immer erschöpfter“. Sozialer Rückzug wurde in allen Fällen als Folge des Burnout-Syndroms beschrieben - „habe mich zurückgezogen, weil mir das einfach zu viel war“, und insgesamt gab es „weniger soziale Verbindungen“.

Kategorie 2

Persönlichkeitsbezogene Entstehungsgründe

Diese Fragestellung zielt auf die Abbildung der Persönlichkeitseinschätzung in ihren verschiedenen Facetten und die Vergleichbarkeit mit den Theorien.

Der Ausdruck „Brennen für den Beruf“ ist als Schlagwort für Helfende sicher in den meisten Fällen passend. Gerade bei den Befragten dieser Erhebung handelt es sich um Menschen, die durch die soziale Aufbruchstimmung in Deutschland in den 1970er Jahren geprägt worden sind und gesellschaftliche Veränderungen[27] zum Teil aktiv mitgestaltet haben. Ein gewisser Anteil „Helfer-Syndrom“, ohne den sicher niemand der Befragten diesen Beruf ergriffen hätte, wurde bei allen Mitwirkenden bei der Beantwortung der Fragen sichtbar.

Dabei wurde von allen die hohe Anspruchshaltung - „wenn ich was mache, will ich es richtig machen“ - und Leistungsanforderung an sich selbst als ausgeprägtes Merkmal mehrfach als „ehrgeizig“, „bin ausdauernd, hartnäckig“ beschrieben. „Hohe Ansprüche, wenig Abgrenzung“ wurden als weitere persönliche Einschätzung festgestellt. Dazu kommen Aussagen über Engagement „Das müsste ich noch machen“, und „sehr große Flexibilität“, sowie „nicht so drauf zu gucken, wann ich jetzt zu Hause bin“. Idealismus für die Sache wird deutlich an der Äußerung „so ein eigenes Scheitern darin sehen, wenn wir das nicht hinkriegen“. Formulierungen wie „ich finde ganz viele Sachen spannend und wichtig“ oder „ich kenn auch dieses...jetzt geht’s mir richtig gut und endlich mal los und Aktion“ zeigen die vielschichtigen Interessen und die damit verbundene Gefahr, „Fächerfrau (viele Interessen), mit der Gefahr auseinander zufallen“, sich zu viel zuzumuten. In diesen Beispielen wird die Motivation, diesen Beruf auszuüben deutlich. Helfer ergreifen diese Tätigkeit, weil sie idealistische Erwartungen haben und diese verwirklichen wollen. Sie sind motiviert, bereit sich einzubringen und viel zu leisten in einer sinnvollen Tätigkeit, wollen mit Menschen arbeiten, etwas bewegen, verändern. Selbstzweifel oder Unsicherheiten benannten alle Befragten, deutlich an den Beispielen: „ich reiche nicht“, „wie streng ich mich immer an, gesehen zu werden“ oder „immer ...Selbstzweifel ob ich gut bin“. Es wurden mehrfach Nennungen zur eigenen „ich bin der Typ, der sich da auffressen lässt“ oder zur scheinbar weit verbreiteten Leidensfähigkeit im Berufsfeld „das ist auch ne Macke, immer müssen es alle irgendwie ein bisschen schwer haben, oder anstrengend“ abgegeben. Das Streben nach Anerkennung und Lob beziehungsweise das Gefühl, für andere wichtig zu sein, benannten zwei der

[27] z.B. Aufbau einer Frauenberatungsstelle, Erfahrungen in selbstverwalteten Projekten

Befragten, „auch irgendwie gut sein wollen“, „und gemocht zu werden“,“ brillieren wollen“. Diese Aussagen zeigen, dass eigenreflektorische Fähigkeiten vorhanden sind und die Befragten sich kritisch mit den eigenen Anteilen der sogenannten „Helferpersönlichkeit“ auseinandergesetzt haben. Alle bemühen sich darum, sich persönlich weiterzuentwickeln, sei es, indem sie Gruppen- oder Einzeltherapie absolvieren, entweder um veränderte Bewältigungstechniken zu erlernen oder um sich zu reflektieren. Drei der vier Befragten haben ihre Lebenssituation bereits verändert. Das Burnout-Syndrom hat sie sozusagen aus der vorhandenen Bewegungslosigkeit geführt und Bewegung ermöglicht.

Eine befragte Person brachte ihre Erkenntnis zum Ausdruck, dass sie am Beginn des Reha-Aufenthaltes die Gewichtung der Auslösefaktoren auf 80% Belastung durch Arbeit und 20% Belastung durch Lebenssituation einschätzte. Nach der Reha hatte sich ihre Einschätzung der Gründe, die sie seinerzeit in den Burnout geführt hatten, genau ins Gegenteil verkehrt. Sie benannte nun 80% Lebenssituation und 20 % berufliche Gründe. Durch dieses Beispiel wird die Kontingenz in der Bewertung deutlich.

Kategorie 3

Berufsbezogene Entstehungsgründe

Die Frage nach den strukturellen Entstehungsgründen eines Burnout soll Auskunft geben, inwieweit die in der Theorie bereits beschrieben Aspekte zutreffen. Die meisten Nennungen, Mehrfachnennungen von allen Befragten, gab es zu den beruflichen Bedingungen Maslach (2001), Burisch „2010) und Cherniss (1999) nennen u.a. Defizite in den Führungsstrukturen als einen der Hauptfaktoren für das Ausbrennen ausmachen. Interessanterweise gab es hierzu Nennungen bei vorhandener Leitung - „wenn ich Druck hab, hab ich den, mein Chef hat den nicht“, bei nicht vorhandener Leitung - „... ohne eine Leitungsstruktur, Stressfaktor“ als auch bei unklarer Leitung - „informelle Hierarchie“. Dazu kommen von Seiten der Leitung fehlende Unterstützung - „kaum begleitet worden“ - und ausgebliebene Wertschätzung ideeller Art und „schon gar nicht finanziell wert geschätzt“.

Schwierigkeiten im Team wurden von allen Befragten genannt, wobei es sich dabei nicht durchgängig um aktuelle Teamzusammensetzungen handelt, sondern auch um Teams, die bereits verlassen wurden, ihre Spuren aber bei den einzelnen Befragten hinterlassen haben. Als Beispiele sind hier Auseinandersetzungen im Team um ideologische Themen, wie Selbstverwaltung- „dieses Selbststeuern find ich immens energieaufwendig“, Machtkritik - „selbstverwalteter Laden, nicht so ganz transparent ..., „wer hat hier das Sagen?“ und Eigensteuerung wie - „wir verbrauchen sehr viel Energie, uns selber am Riemen zu reißen“ benannt worden. Ebenso gab es Äußerungen zu Anstrengungen im Außenbereich um Existenzsicherung: „müde von der existenziellen Sicherung“. Zu den Themen Kontrolle und Einflussnahme kam „hier wird nichts verändert“ und eine Nennung zu dem Versuch, Veränderungen in bestehenden Strukturen anzuregen: „Widerstand von Kolleginnen, das hat sehr angestrengt“. Dies bestätigt die Aussage von Pühl (1994) nach Energie verschleißenden Bedingungen in selbstverwalteten oder unklar hierarchisch geordneten Projekten. Dabei fällt die Verteilung bei den Befragten auf. Zwei der Befragten arbeiten aktuell innerhalb selbstverwalteter Strukturen oder haben während ihrer Berufstätigkeit Erfahrungen damit gemacht. Die anderen beiden haben langjährige Erfahrung mit unklarer oder nicht wahrgenommener Leitung. Dieser Sachverhalt bestätigt die oben ausgeführten Aussagen von Maslach und anderen. Mangelnde Wertschätzung und fehlende Unterstützung im Team wie „alle Kollegen sind Einzelkämpfer“ gehören ergänzend in die Sammlung dieser Aussagen.

Gehen wir davon aus, dass Helferinnen und Helfer Lob und Anerkennung für ihre Arbeit erwarten, wird deutlich, in welchem Maße hier Anstellungsträger, Führungsebene, Teamkolleginnen und Kollegen Verantwortung und Chancen zur Herstellung von gesunderhaltendem Arbeitsklima haben.

Unsichere Rahmenbedingungen wurden als weitere Stressfaktoren genannt: „Stelle...sehr unsicher und kurz vor der Schließung“, „Perspektivlosigkeit, die Stelle mal aufzustocken“ und /oder nicht ausreichend finanzielle Absicherung: „immer wieder um Kohle zu kämpfen“. „Verdopplung der Betreuungszahlen“ in einem Fall verdeutlichen die von außen veränderten Rahmenbedingungen. Diese Komponenten beschreiben auch Allensbach und Brechbühler (2005, S.

103) als Ausdruck einer nicht gelungenen Anpassung zwischen einer Person und der Umwelt, wenn Politik die Bedingungen diktiert.

Die Stressbelastung durch das Arbeitsfeld „Suchtarbeit“, und das Klientel: „schwere Individualisten, ...starke Persönlichkeiten, häufig ein Problem mit Autoritäten“, „ diese Arbeit, ...mit Gewalt und Essstörungen, das sind ja auch nicht die prickeligsten[28] Themen“ - wurden von drei Befragten auch als Belastung genannt. Bemerkenswert ist aber die Tatsache, dass es diese Nennungen zwar von drei der vier Befragten gab, diese aber nur in einem Fall genauer erläutert wurden. Bei einer befragten Person wurde das Klientel überhaupt nicht als belastender Faktor benannt, die beiden anderen Befragten vertieften das Thema nicht weiter. Insgesamt entstand der Eindruck, dass sich bei nur einer befragten Person die Belastung durch das Klientel burnout-fördernd auswirkte. Da sich der Hauptteil der sozialen Arbeit im Kommunikations- und Interaktionsbereich mit Menschen bewegt, verwundert die als gering wahrgenommene Belastung durch diesen Aspekt. Dies könnte mit einer hohen Professionalität aufgrund langjähriger Berufserfahrung und der vorhandenen Kompetenz der Befragten erklärt werden.

Kategorie 4

Persönliche Lebenssituation und Umwelteinflüsse

Als weiterer Einflussaspekt eines Burnout-Syndroms wurde die persönliche Lebenssituation erfragt. Dabei äußerten drei der vier Befragten problematische Aspekte auf der Partnerschaftsebene - „superstressige Beziehung“ und „anstrengende Partnerschaft“ sowie „schwere Trennung“. Ablesbar wurde die Belastung auch durch die Nennung von Verlusten durch Tod - „viele Todesfälle“, „Vater gestorben“ - und schwere, zum Teil tödlich verlaufende Erkrankungen: „mehrere Krebsdiagnosen aus dem engen Freundeskreis“. Weiter gab es zusätzliche persönliche Belastungen mit je einer Nennung, dazu gehören „unerfüllter Kinderwunsch“, Unwohlsein im Wohnumfeld mit wenig Perspektive zu Veränderung aufgrund fehlender finanzieller Mittel, Unsicherheit in einer neuen, erstmals gleichgeschlechtlichen Partnerschaft, außerdem „Arbeitslosigkeit“, Neuorientierung und der Verlust des sozialen Netzes durch

[28] gemeint ist: angenehmsten

Umzug in ein anderes Bundesland oder auch die Häufung aus mehreren Faktoren: „Depression, bauen, Beruf und Sorge um die Mutter“.
Gesellschaftliche Aspekte wurden mit dem Begriff „Arbeitslosigkeit“ angesprochen, der sowohl auf der persönlichen als auch auf der sozialen Ebene negative und verunsichernde Auswirkungen zeigte. Eine befragte Person benannte die Medien/Internet als zusätzlichen Stressfaktor.
In allen Fällen bezeichneten die Befragten die Komplexität der einzelnen Problemstellungen sowie das Konglomerat aus den zusammen kommenden Faktoren als äußerst stressig und Burnout auslösend.

Kategorie 5
Verlauf
Bei der Befragung zum zeitlichen Verlauf und zum eigenen Umgang mit dem Burnout berichteten alle Befragten, erste Anzeichen wahrgenommen zu haben. Zwei Befragte nennen dazu Jahreszahlen: „bereits in den Neunzigerjahren“, „zwei psychosomatische Rehabilitationen vorher“, “2006“. Alle Erkrankten haben so lange wie möglich funktioniert und ihre Aufgaben wahrgenommen. Das bestätigt sich in Aussagen wie „hab den äußeren Rahmen, meine familiären Aufgaben, meine beruflichen Aufgaben soweit mir das möglich war, wahr genommen“ oder „hab schön bis zum letzten Tag gearbeitet“. An diesen Aussagen lässt sich ablesen, dass die ausgeübte Berufstätigkeit einen hohen Stellenwert bei den Betroffenen einnimmt. Von Krankmeldungen über einen längeren Zeitraum wurde nicht berichtet, drei der vier Befragten haben bis zum Beginn des Reha-Aufenthaltes und danach gleich weitergearbeitet. Zitate: „Ich hab keine Hand voll Tage, eigentlich nie, mir eine Krankschreibung erlaubt, in Sachen Depression“, oder „Wenn ich schlecht drauf bin, wird’s vom zuhause sitzen auch nicht besser. Also dann suche ich eher die Struktur des Alltags, tue Dinge die notwendig sind, die mir Spaß machen, die mich am Laufen halten und häng nicht ab“. Insgesamt kann ein verstärktes Pflichtgefühl gegenüber der Arbeit oder ein Gefühl der Unentbehrlichkeit (Burisch 2010, S. 25) abgelesen werden. Die Aussagen verdeutlichen jedoch ebenso das Verdrängungspotential bezüglich der eigenen Bedürfnislage oder Befindlichkeit und bestätigen den von Burisch erhobenen Aspekt des individuellen Mythos oder der irrationalen

Einstellung[29]. Es könnte aber auch auf eine altruistische Aufopferung aufgrund schwachen Selbstwertgefühles hinweisen (Schmidbauer 1989 S..121).

Nach der Befragung zu Symptomatik und Charakterisierung der Gründe und zum Verlauf, beziehen sich die weiteren Fragen auf die Reflexion und die daraus entstandenen Veränderungen.

Kategorie 6

Was hat geholfen?

Für erfolgversprechende Präventionsvorschläge ist die Frage nach bewährten Strategien hilfreich. So wurden die Teilnehmenden nach ihren best practice Erfahrungen gefragt. Die Antworten inkludieren eine gesundheitsfördernde Wirksamkeit. Bei allen Befragten votierte der Reha-Aufenthalt zur erfolgreichsten Maßnahme und regte einen Perspektivwechsel an, der den gesamten Krankheitsverlauf positiv beeinflusste. Der Ortswechsel wurde als hilfreicher Aspekt wahrgenommen, „dieses Rauskommen“ und der Zeitfaktor „sechs Wochen weg, raus von zu Hause, weit weg“, ebenso die innerhalb der Reha eingeleitete Entwicklung, ein „Prozess, den ich in der Reha ...durchlaufen habe“. Positiv äußerten sich die Befragten auch über die kommunikativen Erfahrungen: „viele Menschen aus sozialen Berufen“, „Gespräche mit den Mitpatienten“, „was ... von den Therapeuten an Anregungen kam, das hat sich gelohnt“ und „gruppentherapeutisches Setting“. Die Angaben veranschaulichen, dass Helfende sich selbst entfalten wollen und nach Weiterentwicklung streben (Heifetz&Bersani,1983).

Darüber hinaus gaben alle Befragten an, von den therapeutischen und sonstigen Angeboten und Verfahren wie Entspannungstechniken und Achtsamkeit erlernen, meditieren, Sport machen profitiert zu haben. Es gab zwei Nennungen zur Hilfestellung durch Medikamente: „Ich gönne mir diese Auszeit mit Unterstützung“ und „Ich nehme Medikamente gegen Depressionen, die mir total gut tun“. Weitere Nennungen gab es von drei Befragten über

[29] in diesem Fall: Niemand kann mir helfen, also muss ich mich damit abfinden und geh zur Ablenkung arbeiten!

Ausgleichstätigkeiten: „längere Reisen“, Tauchen gelernt“, „Wandern“ und „Rausgehen, in der Natur sein“.
Von allen Befragten wurden die Strukturierung durch einen festen Tagesablauf und Therapierhythmus und die Komplettversorgung durch die Maßnahme als entlastend - „völlige Entlastung“ - und den Heilungsverlauf begünstigend empfunden: „dieses sich nicht drum zu kümmern“.
Eine Nennung erfolgte zum Thema klare Einschätzung der Gefährdung durch Überbelastung. In diesem Fall war es für die befragte Person sehr hilfreich, dass sie konkret auf ihr sich selbst gefährdendes Verhalten - „wie lange willst du das noch so machen?“ - angesprochen wurde. Dies bewirkte eine Einsicht in den Ernst der Situation.
Die Strukturierung in Kombination mit Versorgung konnten alle Befragten gut annehmen, wobei sie alle freiwillig auf einen Teil ihrer Autonomie verzichtet haben. Daraus kann gefolgert werden, dass die selbstständige Entscheidung, auf Autonomie zu verzichten, keinen Stress verursacht.

Kategorie 7
Erkenntnisse
Die Antworten beschreiben den Prozess des Erkennens und das Ergebnis. Sie beziehen sich auf Erfahrungen, die in der vorhergehenden Kategorie gesammelt wurden. Das impliziert Reflexionsfähigkeit. Alle Beteiligten nannten erkenntnisleitend, dass sie sich weiterhin für Burnout gefährdet halten, verdeutlicht durch die Aussagen: „immer noch gefährdet“ oder „ich muss aufpassen...“ Alle formulierten Erkenntnisse über die eigene Persönlichkeit - „ich hab was zu bieten, oder ich bin gut“ - und sehen ihre Verantwortlichkeit an der Burnout-Entstehung bzw. Vermeidung - „für sich sorgen, nicht warten bis alle Kraft weg ist“. Dafür wurden auch Vorsätze - „besser für sich zu sorgen“ oder „sich nicht mehr so aufreiben wollen“ - entwickelt. Das veränderte Reflexionsvermögen - „Dinge anders schätzen gelernt“, „auf eine Weise mich nicht so unglaublich wichtig zu nehmen“ - wird besonders deutlich an den aufgeworfenen Fragen, wie: „über was definier ich mich denn eigentlich?“ und „woraus zieh ich meinen Selbstwert, meine Anerkennung?“ Diese

Auseinandersetzungen wurden von zwei Befragten als entwicklungsfördernd angesehen.

Als weitere wichtige Erkenntnis wurde der Unterschied zwischen Anspruchshaltung - „dass man es immer allen recht machen will“ - und (subjektiver) Wirklichkeit - „fundamentale Erfahrung ..., dass das gar nicht geht“ - als nicht realistisch erkannt (damit kann eine Verringerung des Über-Ich Einflusses einhergehen, die zu mehr Gelassenheit führt).

Ausnahmslos entwickelte sich auch die Einsicht über die eigene Begrenztheit, veranschaulicht durch Aussagen wie „ich kann nicht alles beeinflussen“ und „wenn wir das nicht schaffen, wenn der (Laden) eingeht, geht das Leben auch weiter“. Aber auch Erkenntnisse über die Notwendigkeit einer eigenen Grenzziehung wurden geäußert: „ich darf auch früher was verändern“ oder „ich muss nicht kämpfen, kämpfen und aushalten“. Sämtliche Erkenntnisse beeinflussen die weitere Situationseinschätzung und Bewertung - „Arbeit lass ich jetzt Arbeit sein“ - und werden an Ausführungen wie „...so geht das private Leben nicht weiter und ich will mich trennen und ich will eine eigene Wohnung“ oder „kein Einzelkämpfer mehr sein wollen“ deutlich.

Erkenntnisse gepaart mit Fähigkeiten ergeben eine gute Grundlage für Veränderungen und wurden daher im Anschluss erhoben.

Kategorie 8

Fähigkeiten

Die befragten Personen äußerten unisono, dass sie die Fähigkeit entwickelt hätten, die Dinge um sich herum anders sehen zu können. Das weist auf einen Perspektivwechsel - „innerlich bisschen was verändert von der Haltung her und Herangehensweise und schwupp war es nicht mehr so anstrengend bei der Arbeit“ - und eine damit einhergehende zunehmende Perspektiventwicklung - „ich guck jetzt mal, was hier zu machen ist“ oder „muss für mich ne eigene Form finden“ - hin, bei der sich auch die Entscheidungsfähigkeit verstärkt hat. Dies wird in den unter Kategorie 9 aufgeführten Beispielen der Umsetzung deutlich. An dieser Stelle werden auch die individuellen Maßnahmen zur Selbstfürsorge beschrieben, die alle Befragten entwickelten. Darüber hinaus berichteten zwei Personen, dass sie Achtsamkeit „eher merken, wenn was zu

viel wird“, „ich kann das gar nicht immer durchhalten“, und Gelassenheit am Beispiel, sich „ne Auszeit“ zu erlauben oder „nicht mehr auf jeden Konfliktfeld tummeln“ entwickelt haben. „Mehr Selbstvertrauen“ wurde ebenfalls von allen beschrieben. Die zunehmende Fähigkeit sich abzugrenzen, wird verdeutlicht durch „ich lass mich auch von diesen Strukturen da nicht anstecken“ sowie „klar zu sagen, das ist nicht mein Problem“. Eine Nennung erfolgte zu mehr Strukturfähigkeit. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Befragten bessere Bewältigungsstrategien entwickelten. So können sie mit den Belastungen, denen sie weiterhin unterliegen, erfolgversprechender umgehen und leichter oder vollständig ein weiteres Ausbrennen vermeiden.

Kategorie 9

Umsetzung

Mit Hilfe der gewonnen Erkenntnisse und der aktivierten Fähigkeiten wurden bei allen Befragten Veränderungsprozesse auf den Weg gebracht. Nach dem Burnout-Syndrom und während oder nach der Reha wurden Entscheidungen getroffen, die das weitere Leben in unterschiedlichem Maße veränderten. So wurden im privaten Bereich psychotherapeutische, medizinische und andere gesundheitsfördernde Maßnahmen ergriffen: „Medikamente nehmen“, „Nachsorgegruppe besuchen“, „Gruppen- oder Einzeltherapie aufsuchen“, „Entspannungskurs“, „Meditation“ oder „mehr schlafen“. Dementsprechend wurden auch im beruflichen Umfeld Veränderungen verwirklicht: „öfter mit Kollegin besprechen“ und „Pausen einlegen“. Bei drei Befragten hat sich die private Lebenssituation verändert, zwei Befragte haben sich beruflich verändert. Eine Nennung gab es zu einem veränderten Umgang im Team nach dem Aufenthalt in der Reha, der mit der Aussage „es beruhigt mich, dass ich niemandem zur Last falle“ oder „wir sind jetzt ein Team“ beschrieben wird. Je eine Nennung gab es auch zu verstärkter Unterstützung vom Chef oder zur entspannteren Bewältigung von Mehrbelastung trotz Ausfall von Kolleginnen. Die Wahrnehmung dieser Situation wurde als nicht so stressig angesehen: „eine Kollegin war jetzt lange krank, wir haben das gut hingekriegt, dass war auch noch mal so ne Erfahrung, dass ging, ohne das wir hier alle am Rad gedreht haben“... „wie dies vor der Reha empfunden worden wäre“. Alle gaben

an, eine Haltungsänderung vorgenommen bzw. die Bewertung der Situation, ob persönlich, im Umfeld oder beruflich verändert zu haben. Daraus haben sich ebenfalls Veränderungen ergeben, die im Kontext spürbar sind: „die KollegInnen sind alle schon viel relaxter, sehr unkompliziert eigentlich“. Auch das gefühlsmäßige Erleben hat sich bei zwei Befragten durch die Medikamenteneinnahme verändert. Dies wird sehr positiv und entlastend eingeschätzt: „erst von dem Inneren und das wirkt sich nach außen hin aus“.
Ebenso berichten alle, dass die Veränderungen ihr Leben positiv beeinflussen: „viel Energie für ganz andere Sachen“ und „stimmungsmäßig im Plusbereich. Alle gehen verantwortlicher und fürsorglicher mit sich um, haben für mehr Zeit für Ausgleichgesorgt - „mit Freundinnen sprechen“, „mich bewegen, tanzen“, „langsamer werden“, „sich Urlaub gönnen“, „politische Arbeit“ - und nehmen dadurch Entlastung beruflich und persönlich wahr - „bisschen mehr Ruhe“.

Kategorie 10
Empfehlungen für die Prävention
Die Frage nach Empfehlungen zur Prävention dient zur Sammlung hilfreicher Informationen für Betroffene und soll zur Präventionsentwicklung eingesetzt werden. Die Befragten nannten zahlreiche konstruktive Vorschläge. Zunächst wurde die Bedeutung von Einsicht in die Problematik erwähnt, die auch das Ernstnehmen der Symptome beinhaltet - „das Gefühl dieser Erschöpfung, das erst mal ernst zu nehmen, als einen Zustand, der nicht normal ist“ - sowie die Bereitschaft zur Reflexion und zum Perspektivwechsel: „das System ... zu unterbrechen“. Damit sollte zunächst ein Problembewusstsein als Grundvoraussetzung geschaffen werden. Dementsprechend wurde die Devise „Rechtzeitig was machen“ ausgegeben.
Schritte zur Selbstfürsorge wurden von allen Befragten befürwortet. Es gab Vorschläge, individuell zugeschnittene Maßnahmen zu entwickeln. „Zu gucken, was gut tut“ und „Kraft spendet“ oder Anregungen zur „Reduzierung“, „Entschleunigung“ sowie andererseits der Schaffung von „Zeit, mal nichts zu tun, inne zu halten“. Selbsterfahrung und persönliche Weiterentwicklung wurden einmal benannt, „Bereitschaft hinzugucken, Entscheidungen zu treffen“. Auch für den Bereich Prävention wurde angemerkt, dass Mitgefühl nicht immer

hilfreich ist, sondern „Klartext“ reden mehr bewirken kann. „Psychotherapie“ und „Psychopharmaka, auch in unserem Umfeld“ wurden als weitere Prophylaxemaßnahmen genannt.
Darüber hinaus wurden zwei Mal „angeleitete Burnout-Prophylaxe-Kurse“ vorgeschlagen, einmal eine Möglichkeit zur „arbeitsplatzspezifischen“ Analyse der Burnout-Gefahren in der Institution empfohlen. Die bereits vorhandene Tendenz in Richtung betrieblicher Gesundheitsförderung wurde für sinnvoll erachtet. Ausgleichende Tätigkeiten wie Sport, Meditation u. ä. wurden ebenso propagiert.
Verbesserung der Strukturqualität in den Institutionen war eine weitere Empfehlung. Es gab eine Nennung zur Fortbildung für Führungskräfte, weitere Vorschläge in Richtung Teamklärung und kollegiale Unterstützung. Mitbestimmung und mehr Mitgestaltung von Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterseite, Absicherung von betrieblichen Rahmenbedingungen, regelmäßige Supervision, betriebliche Umgangskultur - „nicht dauernd über den Beruf reden“.
„Die Arbeit nicht zu wichtig nehmen“ und „bisschen mehr Humor“ wurden als Beiträge zu mehr Psychohygiene genannt.

# 4 Ergebnisse und Empfehlungen

## 4.1 Ergebnisse

Die Interviews haben bestätigt, dass die Entwicklung zu einem Burnout-Syndrom sowohl durch Persönlichkeitsmerkmale begünstigt als auch durch Arbeits- und Umfeld- bzw. Umweltbelastung gefördert wird. Hervorzuheben ist die Feststellung, dass die Klientenkontakte in nur einem Fall als stark emotional belastend und daher explizit bei der Burnout-Entstehung beteiligt bezeichnet wurden[30]. Eine Gewichtung der Entstehungsgründe wurde in den Gesprächen nicht exakt ermittelt, aufgrund von Nachfragen und persönlicher Einschätzung bewegten sich diese auf unterschiedlichem Niveau. Zur Erinnerung: Eine befragte Person äußerte, dass ihre Bewertung über das Ausmaß der Gründe in

[30] Bestätigt wird dies auch von Schaufeli&Enzmann 1998a

der Zeit vor und nach der Reha divergiert. Die anderen Befragten nannten die Kombination aus mehreren Belastungsfaktoren in Zusammenhang mit dem Zeitpunkt als ausschlaggebend.

Ergebnis bleibt an dieser Stelle, dass das Burnout-Syndrom dazu beigetragen hat, die eigene Lebens- und Arbeitssituation zu reflektieren. Dabei ist den Befragten durchweg klargeworden, dass ihre persönliche Situation und ihre Gesundheit kontextbezogen einem engen Zusammenspiel unterliegen. Alle Betroffenen haben die Verantwortung für ihre weitere Gesunderhaltung übernommen und ihr Leben daraufhin abgestimmt. Dies hat sich in der Folge positiv auf die gesamte Lebenssituation, vor allem aber auf die Gesundheit und den Arbeitsprozess ausgewirkt.

Eine befragte Person äußerte sich dazu sinngemäß: „Ohne Burnout hätte ich nichts verändert, so gesehen war es hilfreich, dass ich erkrankte“. Daraus könnte nun die Erkenntnis gezogen werden, dass erst die Erkrankung an einem Burnout-Syndrom ein Umdenken hin zu mehr Gesundheitsfürsorge bewirken kann. Dies hat sich bei den anderen Befragten aber nicht bestätigt. Grundsätzlich sprachen sich alle Befragten für ein Konzept zur Prophylaxe aus, sei es aufgrund des Wissens über die Notwendigkeit der eigenen Selbstfürsorge oder um die KollegInnen mit einzubeziehen, die „noch nicht so erschöpft sind.“ Gegliedert wurden die Vorschläge in die Bereiche persönliche Maßnahmen und verbesserte Organisationsstruktur. Zusammengefasst wurden für den Bereich der persönlichen Maßnahmen: Problembewusstsein, Selbstfürsorge, Selbsterfahrung, Burnout-Prophylaxe-Kurse, Ausgleich und Bewegung genannt. Für verbesserte Organisationsstrukturen wurden Vorschläge zur Verbesserung von Führungskompetenzen, Umgangs- und Arbeitskultur, Mitbestimmung und strukturelle Absicherung angeführt.

Die Befragten entwickelten mehrheitlich Vorschläge zur persönlichen Prophylaxe durch Selbstfürsorge. Dies führe ich darauf zurück, dass die Befragten sich selbst intensiv reflektierten, eigene Veränderungen initiierten und damit positive Erfahrungen gemacht haben. Veränderungen in der Strukturqualität wurden dort angeregt, wo sie erfolgversprechend schienen, in Bereichen wo Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Mitbestimmung praktizieren, zum Beispiel bei den autonomen Trägern oder in Teams mit

Gestaltungsmöglichkeiten. In den Institutionen, in denen keine strukturellen Veränderungen vorstellbar waren, haben sich die Befragten durch Einstellungsänderungen arrangiert oder die Institution gewechselt.
Die Anregungen haben Aufforderungscharakter, sie laden zudem ausdrücklich ein, neben bewährten Modellen auch Mut zu ungewöhnlichen Experimenten und Horizonterweiterungen zu entwickeln.

„Die Wege sind sehr unterschiedlich".

*Zitat einer befragten Person*

## 4.2 Empfehlungen: Gesundheitsförderung und Prävention[31]

Was kann nun Helferinnen und Helfern in ihrem Leben und bei ihrer Arbeit davor bewahren auszubrennen? Nach dem derzeit gültigen Stand der Wissenschaft und den Erkenntnissen aus der Befragung lassen sich die im folgenden Kapitel erarbeiteten Anregungen ableiten. Erste Schritte sind schon erreicht, wenn das Thema eröffnet, die Aufmerksamkeit erhöht und das Handeln legitimiert ist. Zur Bestandsaufnahme gehört eine grundlegende Analyse der persönlichen Situation und der Auslösefaktoren. Die nächsten Maßnahmen werden nach den ursächlichen Zusammenhängen differenziert betrachtet und gliedern sich auf in persönlichkeitsbezogene und strukturbasierte Interventionsvorschläge.

### 4.2.1 Selbstfürsorge und persönliche Weiterentwicklung

„Also es ist natürlich genau die Frage, wie kann ich das Feuer so richten, dass ich da nicht selber drin verbrenne"

*Zitat einer befragten Person*

Zunächst einmal ist es hilfreich, die eigenen Persönlichkeitsmerkmale kennen zu lernen um zu analysieren, welcher dieser Eigenschaften burnoutfördernd sind. Dabei folge ich Schmidbauers Ansatz der defizitären frühkindlichen

[31] Der Begriff der Prävention bezieht sich eher auf Krankheitsvermeidung, wird in diesem Arbeitszusammenhang gleichrangig mit dem Begriff der Gesundheitsförderung benutzt.

Bedürfnisbefriedigung und seinen daraus folgenden Abwehrmechanismen und empfehle, sich mit den eigenen Anteilen der „Helferpersönlichkeit“ auseinander zu setzen, diesen mal mehr oder weniger „blinden“ Fleck zu beleuchten. Die Auseinandersetzung verschafft größtmögliche Klarheit über die ursprünglichen Gründe der Berufswahl, die Motive und die Erwartungen der Bedürfnisbefriedigung über die eigene Tätigkeit. Für diesen inneren (und darüber hinausgehenden äußeren) Klärungsprozess und zur weiteren Unterstützung empfiehlt es sich, Psychotherapie oder Beratung, Coaching oder andere Formen der professionellen Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Als hilfreiche Maßnahmen gelten auch der Austausch in Selbsterfahrungs- oder Selbsthilfegruppen. Es geht darum, die eigene Persönlichkeit kennen und akzeptieren zu lernen, seelische Kraft und innere Balance zu entwickeln. Diesen Gesichtspunkt halte ich für eine Grundvoraussetzung, um individuelle Maßnahmen für eine gelungene Selbstfürsorge zu entwickeln und damit eine erfolgreiche Burnoutprophylaxe zu betreiben.

Prophylaxe umfasst daher zunächst das Ziel der Bewusstmachung und Anerkennung der eigenen subjektiv wahrgenommen Realität mit all ihren Ausprägungen und Auswirkungen. Dabei ist zunehmende Selbstreflexionsfähigkeit als dauerhafte Kompetenzerweiterung für sämtliche Lebens- und Schaffensbereiche wirkungsvoll. Selbstfürsorge ist in diesem Zusammenhang der Begriff für die Maßnahmen, die der persönlichen psychischen und physischen Gesunderhaltung dienen. „Empowerment“ meint etwas Ähnliches und kann mit dem Begriff „Selbstermächtigung“ oder „Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung“[32] umschrieben werden. Es geht im Kern darum, eine Fähigkeit zu entwickeln, die die Ausgeglichenheit zwischen allen grundlegenden Lebensbereichen[33] herzustellen vermag.

Grundsätzlich gehe ich von der menschlichen Tendenz aus, die innewohnenden Möglichkeiten verwirklichen zu wollen bzw. das eigene Leben erfüllend und befriedigend zu gestalten. Unter günstigen Bedingungen geschieht dies auf eine konstruktive, sozial verträgliche Weise (vgl. Rogers 1983, S.10). Untrennbar davon sind neben der Klärung der eigenen

[32] Herriger 2006, S. 13

[33] mental, spirituell, sozial, körperlich (vgl. Poulsen 2009, S. 127)

Bedürfnisse die Betrachtung der Lebensansprüche, der Wünsche und der Zukunftspläne. Diese gilt es auf ihre Realisierbarkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls Veränderungen perspektivisch einzuplanen oder sich von unerfüllbaren Träumen zu verabschieden. Zur persönlichen Situationsbestimmung hilft die Selbstreflexion in Bezug auf die eigenen Glaubenssätze. Diese „beliefs“ bieten gute Gelegenheit, die eigenen inneren Antreiber kennen zu lernen und sich mit der möglichen Verabschiedung einiger ungeeigneter Dogmen auseinander zu setzen.

Genau so wichtig ist die Anerkennung und das Bewusstsein über vorhandene Ressourcen wie z.B. Geduld und Beharrlichkeit und die Ermittlung gesundheitsfördernder Persönlichkeitsanteile wie Vertrauen in sich und die Welt, Selbstaufmerksamkeit oder Achtsamkeit, die bei der Reflexion über das Stadium eines eventuell vorhandenen Burnout-Prozesses helfen. Je nach Anspannungsgrad oder Überbelastung ist das Erlernen von Stressbewältigungstechniken hilfreich und erhöht die Verarbeitungskompetenz. So können kurzfristige Erleichterungstechniken (Ablenkung, kurze Atementspannung, innere Dialoge, innere Bilder) in stressigen Situationen eingesetzt werden, in denen die Gegebenheiten gerade nicht veränderbar sind. Langfristige Techniken zur Stressbewältigung, z.B. Entspannungstechniken, Einstellungsänderungen, Umbewertung (Refraimen) der Situationen, um nur einige zu nennen, dienen eher der längerfristig anvisierten Steigerung der Stresskompetenz. Ein weiterer Aspekt der Selbstkompetenz ist der verantwortungsvolle Umgang mit Grenzen, was sowohl die Wahrnehmung der eigenen als auch die Akzeptanz der Grenzen des Gegenübers betrifft. Diese Abgrenzungsfähigkeit im eigenen sozialen Umfeld als auch im Umgang mit dem Klientel/belastenden Themen gehört dazu, um sich vor zu vielen Einflüssen (bewusst oder unbewusst) zu schützen. Ihr Vorhandensein dient auch als Vorsorgemaßnahme für eine Sekundärbelastung. Zu den Standardkompetenzen gehören „Nein-Sagen“ können, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen und Aufgaben zu delegieren, ohne sie abzuschieben. Das Trainieren dieser Fähigkeiten hat einen großen Anteil an der erfolgreichen Gesundheitsprophylaxe.

Positive Gestimmtheit wie z. B. Humor, Spaß, Freude, Gelassenheit und Optimismus sind Schlüssel zum Wohlbefinden. Daher gilt es, diese als wertvolle Unterstützer wahrzunehmen, wertzuschätzen und zu fördern.

Regenerations- und Entspannungsmöglichkeiten sind weitere Anteile gut funktionierender Gesundheitsfürsorge. Sind Menschen starker Anspannung ausgesetzt, benötigen sie ausreichende Erholungsmöglichkeiten, um ausreichend zu regenerieren. Förderlich ist in jedem Fall eine gesunde Lebensweise – gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf, Befriedigung nach Nähe und Intimität, sowie ausreichend Bewegung.

Mit dem Oberbegriff des „Work-Life-Balance“ wird der ausgeglichene Zustand zufriedenstellender Arbeits- und Lebensbedingungen insgesamt beschrieben. Dazu gehören die ökonomische Sicherung, ein zufriedenstellendes Wohnumfeld und soziale Kontakte. Ein ausreichendes soziales Netz aus Familie und /oder Freunden ist bei der Lebensgestaltung und –bewältigung hilfreich, ebenso die Fähigkeit, bei Bedarf um Hilfe bitten zu können. Hobbys oder Ausgleich wie Urlaub, Musikhören oder -selbermachen, Gartenarbeit, Ausleben von Kreativität, Sport, Naturerleben oder gänzlich ungewöhnliche Dinge tun, die Spaß machen und Freude bringen, dienen dem Wiederauftanken und sind aktive prophylaktische Maßnahmen gegen ein Burnout.

Alle Beschäftigungen mit dem Ziel der Blickfelderweiterung und des Perspektivwechsels sind ebenfalls als Selbstfürsorgemaßnahmen zu befürworten.

### 4.2.2 Individuelle Selbstfürsorge im beruflichen Kontext

Heifetz&Bersani (1983a) empfehlen „das ausgeglichene Arbeitspensum zwischen Über- und Unterforderung, leichter Entspannung kombiniert mit Herausforderung“. Da nicht davon auszugehen ist, dass die Empfehlungen für alle belastenden Arbeitsbereiche in absehbarer Zeit umgesetzt werden können[34], sind individuelle, selbstfürsorgliche Maßnahmen in der helfenden Profession zu entwickeln. Zur erfolgreichen Psychohygiene gehört ein möglichst zeitnaher Austausch über das Erleben des beruflichen Alltags mit seinen

[34] da sie von 1983 stammen, gelten sie vielleicht auch schon als überholt?

Vorkommnissen und Ärgernissen, Fragen und wahrgenommenen Belastungen. Hier können Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, im Freundeskreis mit Personen ähnlicher Provenienz oder in der Partnerschaft hilfreich sein. Die innere Haltung und Einstellung der Tätigkeit und den Klientinnen und Klienten gegenüber ist von erheblicher Bedeutung. Professionelle Gelassenheit, das Anerkennen anderer Lebensentwürfe gepaart mit dem Interesse am Gegenüber und dem gleichzeitigen Wissen um die eigene Begrenztheit sind günstig. Die Gewissheit, dass die Klientinnen und Klienten wissen, was das Beste für ihn/sie ist und das Vertrauen, dass sie aus den angebotenen Hilfen diejenige auswählen, die den eigenen Verarbeitungsmöglichkeiten entsprechen, verdeutlichen die Erkenntnis um die Autonomie jeder Person. Dieses Bewusstsein hilft bei der Akzeptanz, dass nicht alles kontrollier- und beeinflussbar ist und Grenzen vorhanden sind. Das Loslassen des „unnachgiebigen Klammerns an zu anspruchsvolle Erwartungen“ (Burisch 2010, S. 271) kann dadurch ebenfalls erleichtert werden.

Bescheidene Erwartungen in Bezug auf Veränderungsprozesse zeigen eine realistische Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten. Mit diesem Wissen werden scheinbare Misserfolge einkalkuliert und unterliegen einer anderen Bewertung. Sie werden dann nicht als selbstwertschwächendes persönliches Scheitern wahrgenommen, sondern als autonome Prozesse innerhalb selbstständiger Systeme. Die Verantwortung an dieser Stelle bei den Klientinnen und Klienten zu belassen, mindert das Risiko des Ausbrennens und entspricht einer systemischen Sichtweise.

Bei der täglich anfallenden Arbeitsbewältigung sind Pläne, Zeit- und Ordnungsmanagement sowie die Einhaltung von Pausen burnout-vorbeugend. Guter Kontakt mit KollegInnen wurde bereits benannt, dazu gehört die Klärung konflikthafter Prozesse mit Hilfe von Supervision und/oder kollegialer Beratungsgruppen. Einarbeitung und Anleitung gehören sowohl zur Professionalisierung als auch zur Burnout-Prophylaxe, ebenso wie jede Kompetenzerweiterung, die das Maß an Hilflosigkeit oder Unsicherheit im Beruf dezimiert. Horizonterweiterung durch eigene Weiterentwicklung/Fortbildung sollte daher gepflegt werden.

Die Angebote des gesetzlich verankerten Bildungsurlaubes sind hier als Einladung zu sehen, zusätzlich Erfahrungen zu machen, die erst mal nicht nahe liegen (z. B. achtsame Wanderungen in den Pyrenäen oder Biotope in der Nordsee erforschen) und können Neugierde auf andere Themen wecken.
Erfolgversprechend können auch Tätigkeitsverlagerungen sein, die andere Schwerpunkte setzen und neue Erfahrungen ermöglichen, das kann die Entwicklung von Lehr- oder Fortbildungsangeboten, wissenschaftliches Arbeiten, Anbieten von Kursen, Schreiben, Geben von Supervision, Forschungsarbeit, Engagement im Verwaltungsbereich, Öffentlichkeitsarbeit oder eine andere Tätigkeit sein, die gerne erledigt wird und Erfolgserlebnisse bewirkt.
Der Selbstfürsorge dienlich sind eine positive Einstellung, Humor und Bodenhaftigkeit - „auf dem Teppich bleiben“. Lichtblicke, Hoffnungen und kleine Erfolge erfreuen Helferinnen und Helfer. Allerdings geht es um eine kritische Einschätzung darüber, welche Anteile an Bedürfnisbefriedigung über die berufliche Tätigkeit zu realisieren sind. Darüber hinaus gehört die Versorgung eigener Wünsche in den persönlichen Zuständigkeitsbereich und die Erfüllung sollte von dort aus auf den Weg gebracht werden.

### 4.2.3 Verhältnisprävention - Was können Organisationen tun?

Wie sollten nun die Arbeitsbedingungen in den helfenden Berufen beschaffen sein, um einem Ausbrennen entgegenzuwirken? Nach Scholom&Perlmann (1979) haben Angehörige von Helferberufen das Bedürfnis nach „Anerkennung, Stützung und erfreulichen Arbeitsbedingungen“ (vgl. Burisch 2010, S. 14). Dass persönlichkeitsbedingte Gründe für diese Berufswahl eine besondere Rolle spielen, ist seit Schmidbauer (2002, S. 98 ff) bekannt. Um dem Rechnung zu tragen, empfiehlt es sich, bei der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der Mitgestaltung von Arbeitsabläufen die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu berücksichtigen, ohne dabei die Zielvorgaben in den Institutionen aus den Augen zu verlieren. Darüber hinaus ist die Analyse nicht funktionierender Bereiche hilfreich, um die Arbeitsfähigkeit und -zufriedenheit zu erhöhen. Die Lösung könnte eine Kombination aus den Bedürfnissen beider beteiligter Partner sein.

Organisationsstruktur und -kultur

Klare Entscheidungsebenen und Transparenz vermitteln Strukturgefüge und lassen eine Einschätzung der Gegebenheiten in der Organisation zu. Dies erleichtert die Kommunikation, mindert innerbetriebliche Konflikte und damit zusammenhängende Unzufriedenheit. Arbeitszusammenhänge mit einem hohen Maß an Entscheidungsautonomie für die eigenen Arbeitsprozesse erlauben Mitarbeitenden, die Anforderungen auf ihre eigene Art und Weise zu erledigen. Unter individuell gestalteten Arbeitsbedingungen kann Stress, z. B. aufgrund hoher Belastung und Termindruck, effektiver und nachhaltiger bewältigt werden, als dies bei weitgehender Fremdbestimmung möglich ist. Aus diesem Grund gehören meiner Einschätzung nach leistbare[35] Betreuungszahlen, variable Arbeitszeiten und Pausenregelungen, gewährte Fortbildung (Pines, Aronson, Kafry 2000, S. 129 ff) und selbstverständliche Supervision zu den grundsätzlichen Rahmenbedingungen. Ebenso sollten größtmöglichste Arbeitsplatzsicherheit, gerechte Entlohnung, Großzügigkeit im Kleinen (Regelung individueller Gegebenheiten: z.B. wenn aus privaten Gründen eine kurzfristige Veränderung von Arbeitszeiten notwendig wird), Teambesprechungen und organisatorische, sowie räumliche Bedingungen (ebenda S. 137) sollten Grundvorrausetzungen sein, damit sich Arbeitszufriedenheit entwickeln kann. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen sich ernstgenommen fühlen. „Institutionelle Handlungsfähigkeit“ (Cherniss 1999, S. 166) beschreibt die Möglichkeit, sich innerhalb der Organisation mit Ideen und Kreativität einerseits sich selbst, andererseits die Organisation weiterzuentwickeln. Dies sichert Beweglichkeit im System.

Führungsverhalten und Teamarbeit

Sprenger (2001, S. 244) propagiert ein Führungsverhalten nach der Erkenntnis:„Führung erfordert Klarheit und Konsequenz“. Demnach kann gutes Führungsverhalten erheblich zur Verringerung arbeitsbedingter psychischer Belastungen in Teams beitragen. Nach Hammer zeichnet sich gutes Führungsverhalten durch 5 F´s aus: „Finden, Fordern, Fördern, Feedbacken und Feiern/Feuern“ (Hammer 2010). Weitere Merkmale eines guten

[35] nicht überfordernde Anzahl an zu Betreuenden

Führungsstils sind wertschätzende Haltung und Transparenz, die sowohl partizipative als auch delegative Anteile[36] beinhalten. Dementsprechend gehören die Fähigkeit zu Unterstützung, Akzeptanz und Anerkennung der Kompetenzen und Leistungen der Mitarbeitenden zum guten Handwerkszeug von Führungspersonen und sind ein wichtiges Element für Arbeitszufriedenheit und funktionierende Teams. Besonders hervorheben möchte ich die Empfehlung von Gröning (vgl. 2009, S. 16f), dass Führungskräfte in der Lage sein sollten, die starken Über-Ich Anteile der Helfenden zu mildern und die „fürsorglichen, toleranten und beschützenden Seiten (*der Mitarbeitenden, Anm. Verf.*) zu stärken".

Ein weiterer Aspekt ist die funktionierende Zusammenarbeit auf allen Ebenen. Wie bereits oben am Beispiel Konflikte im Team beschrieben wurde, ist die Unterstützung durch Führung oder Gesamtteam hilfreich, wenn es auf dieser Ebene Auseinandersetzungen gibt. Externe und kollegiale Supervision und Fallbesprechungen sind daher auch eine wirksame Form der gesundheitlichen Prophylaxe und dienen sowohl der Entlastung als auch der Kompetenzerweiterung im Ganzen. Die Akzeptanz der Kolleginnen und Kollegen untereinander, besonders in multidisziplinären Teams, ist besonders zu fördern. Das bedeutet auch die Bereitschaft, auftretende Schwierigkeiten einzelner Teammitglieder untereinander in gesonderten Zusammenhängen[37] zu klären. Gut funktionierende Teams sind leistungsfähiger und stressresistenter, ihre Mitglieder daher gesünder, und die Fluktuation ist in diesen Teams geringer. Eine kompetente und reflektierte Führung und ein Team, das gut zusammenarbeitet, bedeutet präventive Gesundheitsfürsorge und dient den Einzelnen, der Institution und nicht zuletzt den Menschen, denen die Dienstleistung der sozialen Arbeit gilt, den Klientinnen und Klienten.

Kontext von Ausbildung

Selbsterfahrung und Selbstfürsorge sollten als prozessbegleitende Maßnahmen fester inhaltlicher Bestandteil des Ausbildungscurriculums sein. Die Burnout-Gefährdung kann innerhalb der Ausbildung mit der Erstellung von präventiven

[36] vgl. Hammer, eigene Seminaraufzeichnungen, November 2010

[37] Einzelsupervision, MitarbeiterInnengespräche

Konzepten bereits vermittelt und Lösungsstrategien können persönlich definiert werden.
Auch auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte bereits frühzeitig hingewiesen werden.

### 4.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

1986 wurde von der WHO das erste wegweisende Dokument in der Gesundheitsförderung, die Ottawa-Charta (IQ), herausgegeben. In diesem Konzept wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, indem das Hauptaugenmerk auf den Erhalt und die Förderung von Gesundheit[38] und die Frage, wo und wie Gesundheit hergestellt werden kann, gerichtet wurde. Der Blick der Prävention war bislang nur auf die Vermeidung von Erkrankungen gelenkt worden. Primäre Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich demnach auf die Beseitigung der ursächlichen Einflüsse, die Stärkung der Schutzfaktoren (Ressourcen, Resilienz) von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren, die an der Entstehung von Krankheiten beteiligt sind. Sie sollen ihre Wirkung im Vorfeld entfalten und damit der Krankheitsvermeidung dienen (vgl. Reiche 2006, S. 5, IQ).
Seit einigen Jahren entwickeln die Krankenkassen hilfreiche Konzepte des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Umsetzung dieser Aspekte. Ziel ist wie oben beschrieben die nachhaltige Förderung von Gesundheit und Lebensqualität fokussiert auf den Arbeitsplatz. Dabei werden Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit, des Arbeitsplatzes und seiner Rahmenbedingungen entwickelt und angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf gesundheitsgerechtem Verhalten im beruflichen Kontext (vgl. AOK-Bundesverband IQ). Angebote der betrieblichen Gesundheitsfürsorge nach AOK:

- „Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale
- dabei Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb

[38] Prinzip der Salutogenese nach Antonovsky

- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten
- Unterstützung bei deren Umsetzung“(AOK, BV IQ).

Ähnlich wirbt die BKK (Betriebskrankenkassen IQ) für ihre betriebliche Gesundheitsfürsorge, auch hier werden zunächst die individuelle Situation der Beschäftigten, Risikofaktoren und Ressourcen analysiert. Darauf hin werden für die Organisation/das Unternehmen spezifisch entwickelte Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation empfohlen.

Nach der Transparenzstudie (Wilken 2002, IQ) müssen drei Bedingungen für nachhaltig wirksame Angebote erfüllt werden: das Gesundheitsmanagement bezieht alle Beteiligten[39] mit ein, es werden verhaltens[40]- als auch verhältnispräventive[41] Angebote offeriert und es wird systematisch nach eingehender Analyse und mit Evaluierung der Prozesse gearbeitet.

Durch die Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagement haben Mitarbeitende und Arbeitgeber eine „Win-Win-Situation [42]“. Die Krankenkassen oder externe Beraterfirmen sind bei der Ausgestaltung behilflich. Dabei fällt auf, dass in den vorhandenen Modellen bereits wesentliche Teile der hier aufgestellten Forderungen eingearbeitet sind.

# 5 Zusammenfassung

In dieser Untersuchung wurde das Burnout-Syndrom bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in psychosozialen Berufsfeldern untersucht. Ein Hauptaugenmerk wurde auf die Darstellung des derzeitigen wissenschaftlichen Standes und auf die Auswertung der subjektiven Eindrücke aus Betroffeneninterviews gelegt. Sie dienten als Grundlage für die Ursachenforschung und darüber hinaus zur

[39] Systemprävention: Miteinander im Betrieb (Zusammenarbeit, Führung, Konflikte)

[40] Verhaltensprävention berücksichtigt das Individuum, persönliche Verhaltensweisen und Prädispositionen

[41] Verhältnisprävention zielt auf Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen (Abläufe, Ausstattung, Ergonomie)

[42] eine Lösung, bei der beide Parteien einen Nutzen haben

Ermittlung erfolgversprechender Interventionen, die den Praxistest bereits bestanden hatten.

Handlungsleitend für meine Untersuchung waren die persönlichkeitsbezogenen Entstehungserklärungen von Schmidbauer (1984), die strukturbasierten Erklärungsansätze von Maslach (1982, 2001), Pines, Aronson u. Kafry (1993, 2000), Cherniss (1980, 1999) u. a., sowie das integrierende Burnout-Konzept von Burisch (2010) und die Untersuchungen zur Selbstfürsorge von Poulsen (2009). Die Grundlagen der Salutogenese von Antonovsky (1997) und die Stresstheorie von Brengelmann (1986) u. Lazarus (1984) sind ebenfalls berücksichtigt.

Herausgearbeitet werden konnte, dass die Entstehung emotionaler Erschöpfung von mehreren, nicht getrennt zu betrachtenden Bedingungen beeinflusst wird. Da ist zunächst die individuelle Ebene mit speziellen Persönlichkeitsanteilen zu nennen, die einen wesentlichen Anteil hat. Betriebliche Bedingungen, Strukturen und Abläufe auf der Organisationsebene werden ebenso in hohem Maße als ursächliche Faktoren ermittelt. Gesellschaft und Umweltbedingungen tragen als fördernde Faktoren ebenfalls zur Entstehung bei.

Nachdem verdeutlicht wurde, dass die Erkrankungszahlen zunehmen, wurden getreu dem Motto: „Vorsorgen ist besser als Heilen“ die Überlegungen in die Erfassung wirksamer Gegenstrategien gelenkt, um Mitarbeitenden in psychosozialen Arbeitsfeldern Werkzeuge zur Burnout-Vermeidung an die Hand zu geben.

Ziel war und ist die Stärkung der Selbstkompetenz, aufbauend auf den bestehenden Fähigkeiten, um z. B. vorhandene Schutzfaktoren oder Ressourcen entwickeln zu können. Selbstreferentielles Handeln ist die Voraussetzung dafür. Ob und wie davon Gebrauch gemacht wird, obliegt der Entscheidung jeder einzelnen Person

Durch die Recherche konnte ein umfangreicher Verbesserungsbedarf dieser betriebsbedingten Ursachen bestätigt werden. Verbesserungsvorschläge wurden in den betreffenden Kapiteln genannt und können zusammengefasst mit mitarbeiterfreundlichen Arbeitsbedingungen und klaren Führungsstrukturen, die Raum zur ausreichenden Mitgestaltung bieten, umschrieben werden.

Ebenso wurde die betriebliche Gesundheitsfürsorge als zusätzliche Alternative vorgestellt und empfohlen.
Nicht näher untersucht werden konnte der Aspekt der besonderen strukturellen Bedingungen bei Alternativprojekten, die auf der Grundlage basisdemokratischer Konzepte auch heute noch mal gut, mal weniger gut funktionieren. Eine nähere Untersuchung dazu könnte Erkenntnisse darüber liefern, welchen Einfluss diese Organisationsformen auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben.

# 6 Fazit

Aufgrund der Komplexität des Themas ist das Symptombild unspezifisch und die Ätiologie individuell verschieden, daher sind auch die Interventionen unspezifisch und auf den Einzelfall abzustimmen. Aus systemischer Sicht wird hier die Autopoiese bestehender Systeme deutlich - Vorschläge können herangetragen werden, das System wählt aus und entscheidet, was derzeit am nützlichsten erscheint und auch vom System verarbeitet und umgesetzt werden kann.
Als Fazit kann gesagt werden, dass in allen untersuchten Bereichen Verantwortung für die Burnout-Prävention übernommen werden sollt. Es kann viel getan werden, wie die Empfehlungen zeigen. Einen sicheren Schutz vor dem inneren ausbrennen gibt es allerdings nicht, von daher geht es um eine Übernahme der Verantwortung für den jeweils eigenen Bereich.
Zunächst beim Individuum selbst, hier können die ersten Schritte getan werden. Die Empfehlungen zur Persönlichkeitsentwicklung (Schmidbauer 1984) sind kein „alter Hut“, sondern spielen nach wie vor eine bedeutende Rolle, wenn Prophylaxe erfolgreich sein soll. Gute Ansätze sind damit gemacht. Am Beispiel der Betroffenen kann nachvollzogen werden, dass ein Umdenken realistisch sein und zu hilfreichen Veränderungen führen kann. Diese funktionieren nicht immer auf Anhieb, mit den dazugehörenden Frustrationen heißt es, umgehen zu lernen, Richtungswechsel, wenn nötig, vorzunehmen und klar zu erkennen, dass der Mensch nicht alles in der Hand hat. Ein weiteres Ergebnis ist die Erkenntnis, dass Selbstfürsorge nicht nur gesund erhalten, sondern auch Spaß

machen soll - sonst wird sie nicht dauerhaft betrieben! Auch dieser Aspekt ist in den weiteren Planungen zu berücksichtigen.

Für die Verhältnisprävention lässt sich interessanterweise feststellen, dass die beschriebenen Optimierungsvorschläge für eine Verringerung des Burnout-Syndroms schon in großen Teilen in die Ideen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingeflossen sind. Dort wäre die Umsetzung nicht Teil des Programms, wenn es gesundheitspolitisch oder marktwirtschaftlich uninteressant wäre und nur zusätzliche Kosten verursachen würde. Damit wird der Ernst der Situation deutlich. So gesehen kann von einer dringenden Erfordernis der Veränderungsprozesse gesprochen werden.

Organisationen und Institutionen stehen ebenfalls in der Verantwortung und werden sich im besten Fall umorientieren und ihre Arbeitsbedingungen auf den Prüfstand stellen, um langfristig gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu haben oder mit anderen Worten: den Schaden gering zu halten. Es kann auf Dauer nicht gut gehen, krankmachende Arbeitsbedingungen zu verharmlosen. Die genannten Zahlen der Krankenkassen sprechen für sich. Ohne fähige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind die Organisationen nicht in der Lage, den Markt an sozialen Dienstleistungen zu bedienen; daher sollten sie ein Interesse an deren Wohlergehen haben.

Der Umgang mit dem Thema Burnout in der Gesellschaft hat sich verändert und die öffentliche Akzeptanz ist gestiegen, bei der individuellen besteht noch Bedarf, dies wurde deutlich bei dem einheitlichen Wunsch der Befragten nach Anonymisierung ihrer Daten. Das gestiegene öffentliche Interesse wird erkennbar an der zunehmenden Zahl an Fachbüchern, Ratgebern und Spezialausgaben von Zeitschriften[43] zum Thema Burnout oder Stressbewältigung im Beruf und am Medieninteresse bei betroffenen Prominenten[44]. Aus meiner Sicht bedarf es aber klarer Stellungnahmen von Entscheidungsträgern und damit verbunden die Absicherung mit finanziellen Mittel (zur Umsetzung auf allen in dieser Untersuchung ermittelten Ebenen), damit die Förderung präventiver Maßnahmen weiterentwickelt und realisiert werden kann.

[43] Z.B. Spiegel und Spiegel Wissen je eine Schwerpunktausgabe Januar 2011

[44] z.B. Hanka Kupfernagel, burnoutbetroffene Radsportlerin (Spiegel-Wissen2011, S.95)

Die Bedingungen in der sozialen Arbeit haben sich verändert. Die Arbeit beinhaltet nach wie vor anspruchsvolle und sehr komplexe Themenbereiche, die Erwartungen an das, was bewirkt werden soll, sind nicht geringer geworden. Klientinnen und Klienten sind in vielen Bereichen schwieriger geworden, die aus den Anfängen der professionellen sozialen Arbeit stammende anvisierte „Hilfe zur Selbsthilfe“ kann in Teilbereichen nicht als Anspruch eingebracht werden, da bereits Grundvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Das können realistisch eingeschätzte Perspektivlosigkeit, Sprachbarrieren, Bildungsmangel oder fehlende Bereitschaft zur Mitarbeit sein. Demgegenüber stehen die fortschreitenden Einsparmassnahmen in den öffentlichen Bereichen. Die Folge davon sind veränderte Rahmenbedingungen mit noch mehr schlecht bezahlten, ungesicherten Arbeitsverhältnissen und reduzierter Ausstattung. Supervision und Fortbildung sind keinesfalls mehr Standard, wobei die Notwendigkeit nicht in Frage gestellt wird.

Die Auswirkungen sind unübersehbar, was eine Zunahme der psychischen Erkrankungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, sowohl in sozialen als auch in anderen Berufsbereichen, zeigt. Der gesellschaftliche Stellenwert der professionellen sozialen Arbeit wird derzeit deutlich an der Entwicklung einer Armee von Ehrenamtlichen bemessen, die zur Kosteneinsparung eingesetzt werden und deren Kompetenz ausreichend belegt ist, wenn sie das Herz am rechten Fleck haben. Diese Entwicklung trägt zur Abwertung der Professionalität meiner Kolleginnen und Kollegen bei und beeinträchtigt damit die Bemühungen um angestrebte Verbesserungen. Bis sich daran etwas ändert oder trotz alledem wird es nötig sein, sich mithilfe von Fürsorge und prophylaktischen Maßnahmen selbst um die Erhaltung der eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu kümmern. Das abschließende Gedicht von Herder soll dazu anregen:

Mensch, genieße Dein Leben,
als müsstest Du morgen weggehen;
schone Dein Leben,
als ob Du ewig weiltest hier

*Johann Gottfried Herder*

**Literaturliste:**


Allenspach, Marcel; Brechbühler, Andrea: Stress am Arbeitsplatz, Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention, 1. Auflage Bern 2005

Antonovsky, Aaron: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997

Antonovsky, Aaron 1993a: In: Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard: Was erhält den Menschen gesund? Hrsg. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Band 6, Erw. Neuaufl. Köln 2001, S. 12

Bergner, Thomas M.H.: Burnout-Prävention, Sich selbst helfen-das 12-Stufen-Programm, 2. Auflage Stuttgart 2010

Brengelmann,J. C. 1986 In: Wagner-Link, Angelika: Verhaltenstraining zur Stressbewältigung, Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer, 3. Auflage Stuttgart 2001, S. 30

Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010

Cherniss, Cary 1980, In: Litzcke, Sven; Schuh, Horst: Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz, Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck, Belastungen im Beruf meistern, 5. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 167/168

Cherniss, Cary 1980b, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 40

Cherniss, Cary: Jenseits von Burnout und Praxisschock, Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen, 2. Auflage Weinheim und Basel 1999

Cherniss, Cary 1999, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 69

Demerouti, Evangelia; Burnout – Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten, Frankfurt am Main 1999

Edelwich 1980, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 40

Edelwich&Brodski 1984, In: Allenspach, Marcel; Brechbühler, Andrea: Stress am Arbeitsplatz, Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention, 1. Auflage Bern 2005, S. 102

Enzmann, Dirk: Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß, Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Band 3, München, Wien 1996

Enzmann, Dirk; Kleiber, Dieter: Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg 1989

Farber, Barry A. 1983, In : Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 218

Fengler 2001, in Litzcke, Sven; Schuh, Horst: Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz, Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck, Belastungen im Beruf meistern, 5. Auflage Berlin Heidelberg 2010

Fengler, Jörg: Helfen macht müde – Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, 6. Auflage Stuttgart 2001

Figley, Charles R. 2002, In: Stamm, B. Hudnall (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen, 2. Auflage Paderborn 2002, S. 53 ff

Förster, Heinz von, 1981, Erfinden von Wirklichkeiten, S. 41 in Schlippe, Arist von; Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 10. Auflage Göttingen 2007, S. 88

Freudenberger, Herbert und North, Gail , Burnout bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins, Frankfurt 1992, S. 12f

Freudenberger, Herbert&Richelsen, Geraldine 1983, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 200

Freudenberger, Herbert&Richelsen, Geraldine 1980, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 199

Göpel, Eberhard (Hrsg): Systemische Gesundheitsförderung, Gesundheit gemeinsam gestalten - Band 3, 1. Auflage Frankfurt am Main 2008

Graf, Pedro: Grundsätze systemischen Denkens, In: Hammer, Eckart: Einführung in das Sozialmanagement, Handout im Masterstudiengang Systemische Sozialarbeit Merseburg 2010

Gröning, Katharina: Was hält Helfende gesund? Vortrag anlässlich des 25. jährigen Bestehens der Telefonseelsorge Ostwestfalen, September 2009, In: Nachlese 2009, Hrsg. Telefonseelsorge Ostwestfalen, S. 13-17 oder www.telefonseelsorge-ostwestfalen.de

Hammer, Eckart: Einführung in das Sozialmanagement, Handout im Masterstudiengang Systemische Sozialarbeit Merseburg 2010, sowie Ausbildungsaufzeichnungen aus dem Seminar vom 13.11.2010

Heifetz&Bersani 1983, In: Enzmann, Dirk; Kleiber, Dieter: Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg 1989, S. 67ff

Heifetz&Bersani 1883a, In: Enzmann, Dirk; Kleiber, Dieter: Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg 1989, S. 72.

Herriger, Norbert: Empowerment in der Sozialen Arbeit, Eine Einführung, 3. Auflage Stuttgart 2006

Herwig-Lempp, Johannes: Ressourcenorientierte Teamarbeit, Systemische Praxis der kollegialen Beratung, Göttingen 2004

Hoffmann, Nicolas; Hofmann, Birgit: Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater, Weinheim, Basel 2008

Johnsson 1988, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin Heidelberg 2010, S. 200

Kaluza, Gerd: Gelassen und sicher im Stress, 3. Aufl., Heidelberg 2007

Lauderdale 1982, Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin Heidelberg 2010, S. 40

Lazarus 1984, In: Wagner-Link, Angelika: Verhaltenstraining zur Stressbewältigung, Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer, 3. Auflage Stuttgart 2001, S. 30

Litzcke, Sven; Schuh, Horst: Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz, Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck, Belastungen im Beruf meistern, 5. Auflage Berlin Heidelberg 2010

Maslach, Christina 1982, In Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin Heidelberg 2010, S. 199

Maslach, Christina; Leiter, Michael P.: Die Wahrheit über Burnout, Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können, Wien 2001

Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Auflage Weinheim und Basel 2002

Pines, Ayala M.; Aronson, Elliot; Kafry, Ditsa: Ausgebrannt, Vom Überdruss zur Selbstentfaltung, 9. Auflage Stuttgart 2000

Pines, Ayala M.; Maslach, Christina 1978, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 40

Pines, Ayala M. 1993, In: Demerouti, Evangelia; Burnout – Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten, Frankfurt am Main 1999, S. 13

Poulsen, Irmhild: Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit, Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften, 1. Auflage Wiesbaden 2009

Pross, Christian: Verletzte Helfer, Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen, Stuttgart 2009

Pühl, Harald 1994: zitiert in: Katharina Gröning September 2009, Was hält Helfende gesund? Vortrag anlässlich des 25. jährigen Bestehens der Telefonseelsorge Ostwestfalen, In: Nachlese 2009, Hrsg. Telefonseelsorge Ostwestfalen, S. 13, www.telefonseelsorge-ostwestfalen.de

Rogers, Carl R.: Therapeut und Klient, Frankfurt 1983, 19. Auflage 2007

Schaufeli und Enzmann 1998, In: Litzcke, Sven; Schuh, Horst: Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz, Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck, Belastungen im Beruf meistern, 5. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 167/168

Schaufeli und Enzmann 1998a, In: Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung, 4. Auflage Berlin Heidelberg 2010, S. 52

Schmidbauer, Wolfgang; Helfersyndrom und Burnout-Gefahr, 1. Auflage Jena 2002

Schmidtbauer, Wolfgang: Helfen als Beruf – Die Ware Nächstenliebe, Neuausgabe, Reinbeck bei Hamburg 1992

Schmidtbauer, Wolfgang: Die hilflosen Helfer, Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Hamburg 1989

Schneglberger, Judith: Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt. Eine Untersuchung von Möglichkeiten der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung, Wiesbaden 2010

Sprenger, Reinhard K.: Aufstand des Individuums, Warum wir Führung komplett neu denken müssen, 2. Auflage Frankfurt/Main 2001

Sprenger, Reinhard K.: Mythos Motivation, Wege aus einer Sackgasse, 16. Auflage Frankfurt/Main 1999

Stamm, B. Hudnall (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen, 2. Auflage Paderborn 2002

Wagner-Link, Angelika: Verhaltenstraining zur Stressbewältigung, Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer, 3. Auflage Stuttgart 2001

**Internetquellen:**

AOK Bundesverband
URL:http://www.aok-bv.de/lexikon/b/index_00248.html
Zugriff 28.02.2011 13.48 Uhr

AOK-Fehlzeiten-Report 2009, Helmut Schröder, Mitherausgeber und stellvertretender Geschäftsführer des wissenschaftlichen Institutes der AOK
URL:http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2009/index_01906.html
Zugriff: 23.02.2011 9.29 Uhr

BKK-Betriebskrankenkassen-Gesundheitsfoerderung
URL:http://www.bkk.de/arbeitgeber/betriebliche
Zugriff: 28.02.2011 13.56 Uhr

BKK Gesundheitsreport 2009
URL:http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Dateien_2010/BKK_Gesundheitsreport_2009.pdf
Zugriff: 12.05.2011 20.02 Uhr

Burnoutdiagnostik - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
URL:http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/presse/pm/news_0297.htm
Zugriff: 27.02.2011 18.45 Uhr

Bzga, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung I,
URL:http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=9b1d3ca180e50b781edae4c98202d6b9&id=angebote&idx=30
Zugriff 16.05.2011 21.01 Uhr

DAK Internetrecherche zu Krankenstand
URL:http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/03AF73C39B7227B0C12576BF004C8490/$File/DAK_Gesundheitsreport_2010_2402.pdf
Zugriff: 23.02.2011 13.20 Uhr
URL:http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/D338768DFA60F652C125782400478F78?open
Zugriff: 23.02.2011 13.29 Uhr

ICD-10-GM 2011 (vorläufige Fassung)
URL:http://www.dimdi.de/static/de/klassi/aktuelles/news_0111.html_319159482.html
Zugriff: 20.02.2011 19.30 Uhr

Ottawa Charta der WHO
URL:http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986
Zugriff 18.05.2011 16.45 Uhr

Verteilung der erwerbstätigen Frauen auf ausgewählte Berufsgruppen im April 2002, In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Frauen in Deutschland

StBA, Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, FS 1 R 4.1.2,
aus dem Jahr 2002
URL:g-i-s-a.de/res.php?id=434
Zugriff 02.05.2011 16.15 Uhr

Verteilung der erwerbstätigen Frauen auf ausgewählte Berufsgruppen im April 2009, In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Frauen in Deutschland

StBA, Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, FS 1 R 4.1.2,
aus dem Jahr 2009
URL:destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BerufArbeitsbedingungErwerbstaetigen2010412097004,property=file.pdf, S. 152
Zugriff: 25.04.2011 8.38 Uhr

Reiche, Ralf 2006, Vorlesung: Medizinische Soziologie WS 2005/06
URL:http://www.meb.uni-bonn.de/psychiatrie/medpsy/manuskripte/vorlesung2.pdf
Zugriff:16.05.2011 20.01 Uhr

Wilken 2002, Transparenzstudie
URL:http://www.boeckler.de/pdf/fof_020122transparenzstudie_gesundheitsmanagement.pdf
Zugriff: 28.02.2011 20.37 Uhr

**Zeitschriften:**

Über Hanka Kupfernagel, Hilfe für Helden, In: Der Spiegel - Wissen: Das überforderte Ich, Stress-Burnout-Depression, S. 93-95

**Abkürzungsverzeichnis:**

| | |
|---|---|
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| Anm. Verf. | Anmerkungen der Verfasserin zur Erklärung |
| AU-Tage | Arbeitsunfähigkeitstage mit Krankschreibung |
| BKK | Betriebskrankenkassen |
| bzw. | Beziehungsweise |
| DAK | Deutsche Angestelltenkrankenkasse |
| IQ | Internetquelle |
| ICD-10 | Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme |
| Reha | Rehabilitation (medizinische), gemeint ist der Aufenthalt in der Psychosomatischen Klinik, den alle Betroffenen durchlaufen haben. |
| u.a. | unter anderem |
| u.ä. | und ähnliches |
| WHO | World Health Organization<br>Die WHO ist die Behörde für Gesundheit bei den Vereinten Nationen. |

**Anhang 1 Maslach Burnout Inventory**

(MBI nach Maslach und Jackson)
Wie oft: 1 = einige Male im Jahr und seltener; 2 = einmal im Monat; 3 = einige Male im Monat; 4 = einmal pro Woche; 5 = einige Male pro Woche und 6 = täglich

Wie stark: 1 = sehr schwach, kaum wahrnehmbar; 2 = schwach; 3 = kaum, 4 = mäßig; 5 = stark und 6 = bedeutend, sehr stark

1. Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.
2. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt.
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
4. Es gelingt mir gut, mich in meine Klienten hineinzuversetzen.
5. Ich glaube, ich behandle einige Klienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.
6. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich.
7. Den Umgang mit Problemen meiner Klienten habe ich sehr gut im Griff.
8. Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.
9. Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiver beeinflusse.
10. Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.
11. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.
12. Ich fühle mich voller Tatkraft.
13. Meine Arbeit frustriert mich.
14. Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.
15. Bei manchen Klienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird.
16. Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr.

17. Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Klienten herzustellen.
18. Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Klienten gearbeitet habe.
19. Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.
20. Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende.
21. In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.
22. Ich spüre, dass die Klienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.
23. Ich fühle mich meinen Klienten in vieler Hinsicht ähnlich.
24. Von den Problemen meiner Klienten bin ich persönlich berührt.
25. Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Klienten behandelt habe.

(Quelle: Enzmann und Kleiber, 1989, Seite 204 ff.)

## Anhang 2 Überdrussskala

### Die Überdrussskala nach Pines, Aronson und Kafry

Wie oft: 1 = niemals; 2 = fast niemals; 3 = selten; 4 = manchmal; 5 = oft; 6 = meistens und 7 = immer

**Vom Patienten zu beantwortende Fragen:**

1. Ich bin müde.
2. Ich fühle mich niedergeschlagen.
3. Ich habe einen guten Tag.
4. Ich bin körperlich erschöpft.
5. Ich bin emotional erschöpft.
6. Ich bin glücklich.
7. Ich bin „erledigt“.
8. Ich bin „ausgebrannt“.
9. Ich bin unglücklich.
10. Ich fühle mich abgearbeitet.
11. Ich fühle mich wertlos.
12. Ich fühle mich gefangen.
13. Ich bin überdrüssig.
14. Ich bin bekümmert.
15. Ich bin über andere verärgert oder enttäuscht.
16. Ich fühle mich schwach.
17. Ich fühle mich hoffnungslos.
18. Ich fühle mich zurückgewiesen.
19. Ich bin optimistisch.
20. Ich fühle mich tatkräftig.
21. Ich habe Angst.

(Quelle: Enzmann und Kleiber, 1989, Seite 203)

**Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst habe. Es wurden keine anderen als die in der arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die wörtlichen oder sinngemäß übernommenen Zitate habe ich als solche kenntlich gemacht.

Herford den

.

.....

.

Unterschrift