



Bachelorarbeit

Das Burnout-Syndrom

Erhebung typischer Merkmale zur Herleitung
diagnostischer Fragen für ein
Selbstbeurteilungsinstrument

Sybille Hautle

Vertiefungsrichtung Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie

Referent: Dr. med. Engelbert Hillebrand

St.Gallen, November 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Bachelorstudiums an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Unter Anleitung meines Referenten, Herr Dr. med. Engelbert Hillebrand, durfte ich das Thema in Empfang nehmen. Ihm gilt mein Dank für seine Bereitschaft, mir mit seinem Fachwissen zur Seite zu stehen. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Simone Hobi von der ZHAW für ihre Ratschläge zum Aufbau der Arbeit.

Ich danke Frau Andrea Herzog und Herr Roland Schmid herzlich für ihr Engagement beim Gegenlesen der Arbeit.

Den fünf Interviewpartnern gehört ein besonderes Dankeschön für ihre Bereitwilligkeit, mir so offen über ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Burnout Auskunft zu geben.

Auch bedanke ich mich bei meinen Freunden und meiner Familie, die in besonderem Masse dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit fertig gestellt werden konnte und mich in vielerlei Hinsicht stets unterstützt haben.

„Wenn man eine Kerze an beiden Seiten anzündet, mag sie eine Zeit doppelt so viel Licht spenden - aber sie ist auch doppelt so schnell abgebrannt!“

(Myron Rush)

„Burnout ist auch das Krankheitsbild der Kommunikationsgesellschaft.“

(Miriam Meckel)

"I've done too much for too many for too long with too little regard for myself."

(ein Burnout-Betroffener)

Abstract

Stetig wachsende Anforderungen unserer Leistungsgesellschaft machen vielen Menschen zu schaffen. Wer dem Berufsdruck nicht standhält, findet sich bald in einer Abwärtsspirale von Stress und Erschöpfung wieder, die das emotionale und körperliche Wohlbefinden, aber auch das soziale Umfeld negativ beeinflusst und im „Burnout“ enden kann. Problematisch ist das Feststellen der Krankheit, da nach Klassifikationsinstrumenten keine Diagnose für das Phänomen existiert. Ziel dieser Arbeit ist es, diagnostische Fragen für ein Selbstbeurteilungsinstrument zu formulieren, die eine Aussage über das Vorliegen eines Burnout-Syndroms machen. Dabei wird der Frage nachgegangen, welches nach aktuellem Stand der Wissenschaft die typischen Merkmale der Krankheit sind und welche Fragen sich aus ihnen ableiten lassen.

Aus der aktuellen Literatur werden 34 theoriegeleitete Merkmale erhoben und anhand von qualitativen, teilstandardisierten Leitfadeninterviews mit ehemaligen Burnout-Patienten untersucht. Geprüft wird, ob diese oder noch weitere Merkmale bei den Befragten vorhanden waren. Nach einer qualitativen Inhaltsanalyse verändert und reduziert sich die Kernmerkmalliste auf eine Anzahl von 24. Aus ihnen werden diagnostische Fragen abgeleitet. Treffen bei einer Person alle zu, leidet sie am Burnout-Syndrom. Durch das Zusammenführen der erstellten Fragen mit den theoretischen Erkenntnissen bezüglich Burnout-Ursachen, entsteht ein Beispielfragebogen, der weitere Aspekte des Syndroms erfasst. Mit einer quantitativen Testanalyse könnte das Ergebnis gesichert werden.

Ein Vergleich mit dem bewährten Maslach-Burnout-Inventory zeigt, dass die entwickelten Fragen hauptsächlich zwei Erkenntnisse der aktuellen Forschung berücksichtigen: Burnout ist ein komplexes Phänomen und es tritt in verschiedenen Berufsgruppen auf. Das Selbstbeurteilungsinstrument enthält nebst Fragen zum Beruf auch solche zu emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Aspekten und kann berufsunabhängig verwendet werden.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Ziele und Annahmen der Arbeit.....	1
1.3	Vorgehen	1
1.4	Eingrenzung	2
I	THEORETISCHER TEIL	3
2	Das Burnout-Syndrom (BOS)	3
2.1	Geschichte der Burnout-Forschung.....	3
2.1.1	Ursprung und Entwicklung	3
2.1.2	Neuste Erkenntnisse und aktuelle Forschungsfragen.....	4
2.2	Begriffsdefinition	6
2.3	Ursachen.....	8
2.3.1	Innere Faktoren	9
2.3.2	Äussere Faktoren.....	10
2.3.3	Ergänzende Faktoren.....	11
2.3.4	Modelle.....	12
2.4	Symptome	16
2.4.1	Verlauf.....	18
3	Burnout-Diagnostik	21
3.1	Methoden der Burnout-Diagnostik	22
3.2	Das Maslach-Burnout-Inventory (MBI)	22
3.3	Das Tedium Measure (TM).....	23
3.4	Differenzialdiagnostik.....	23
3.5	Neue Burnout-Tests	25
4	Burnout-Merkmale	25
4.1	Merkmalkatalog	26
4.2	Kategorisierung	26
4.3	Theoriegeleitete Kernmerkmale des BOS.....	27

II	EMPIRISCHER TEIL	28
5	Untersuchungsmethode	28
5.1	Forschungsdesign	29
5.2	Stichprobe	30
5.3	Datenerhebung	31
5.3.1	Gesprächsleitfaden	32
5.4	Datenaufbereitung	34
6	Ergebnisse	35
6.1	Emotionale Kernmerkmale	36
6.2	Kognitive Kernmerkmale	38
6.3	Soziale Kernmerkmale	39
6.4	Körperliche Kernmerkmale	40
6.5	Arbeitsbezogene Kernmerkmale	41
6.6	Induktiv erhobene Merkmale	43
6.7	Ableitung diagnostischer Fragen aus den Kernmerkmalen	45
6.8	Beispiel eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Messung des BOS	47
7	Diskussion	49
7.1	Zusammenfassung	49
7.2	Beantwortung der Fragestellung	51
7.3	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	52
7.4	Methodenkritik	55
7.5	Weiterführende Überlegungen	59
	Literatur	61
	Anhang	68

Abbildungen

Abbildung 1:	Burnout als Realitätsschock von Cherniss (1980b)	S. 12
Abbildung 2:	Das Burnout Phasenmodell von Golembiewski und Munzenrider (1988)	S. 13
Abbildung 3:	Ungestörte Handlungsepisode von Burisch (2010)	S. 15

Tabellen

Tabelle 1:	Burnout-Symptomatik: Kurzfassung (Burisch, 1989)	S. 17
Tabelle 2:	Burnout-Phasentheorien: Kurzfassung (Burisch, 2010)	S. 21
Tabelle 3:	Beschreibung der Stichprobe	S. 31
Tabelle 4:	Überprüfung der induktiv erhobenen Merkmale	S. 44
Tabelle 5:	Kernmerkmale und abgeleitete diagnostische Fragen	S. 46

Abkürzungen

APA	American Psychological Association
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster
BCSQ-36	Burnout Clinical Subtype Questionnaire
BOS	Burnout-Syndrom
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
HTA	Health Technology Assessment
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory-Educators Survey
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey
TM	Tedium Measure
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Der wirtschaftliche und gesellschaftliche Wandel wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen aus. Stress ist die Folge von ständig steigendem Druck und hohen Anforderungen im Berufsleben – Burnout die verbreitete Berufskrankheit des 21. Jahrhunderts, die in aller Munde ist. Trotz der hohen Anzahl an Betroffenen existiert bislang keine Definition für das Burnout-Syndrom (BOS), was die Diagnostik erschwert. Üblicherweise dienen Selbstevaluations-Fragebögen in Kombination mit anderen Methoden zur Burnout-Abklärung.

Die Klinik Teufen (AR) für ambulante psychosomatische Behandlung und Rehabilitation AG, interessiert sich für einen derartigen, wissenschaftlichen Fragebogen, der dem gegenwärtigen Forschungs- und Entwicklungsstandes entspricht. Daher rührt die Absicht der Bachelorarbeit, aktuelle und relevante Fragen zur Feststellung des Burnout-Syndroms zu formulieren. Dieser Auftrag leitet zu zwei Fragestellungen:

1. Welches sind die typischen messbaren Merkmale des BOS?
2. Welche Fragen zur Erfassung des BOS lassen sich aus diesen Merkmalen ableiten?

1.2 Ziele und Annahmen der Arbeit

Basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft hat die Arbeit zum Ziel, die typischen Merkmale des BOS zu erheben und zu bewerten. Ein weiteres Ziel ist es, Fragen zu formulieren, die als Grundlage für ein Selbstbeurteilungsinstrument dienen.

Um diese Ziele zu erreichen werden folgende Annahmen getroffen:

1. Die Merkmale sind in der einschlägigen Literatur vorhanden und zugänglich.
2. Bewährte Burnout-Fragebögen enthalten typische Merkmale.
3. Die Erfahrungen ehemaliger Erkrankter sind für das Ziel der Arbeit von Wert.
4. Das BOS lässt sich aufgrund erfragter Merkmale feststellen.

1.3 Vorgehen

Aus den getroffenen Annahmen leitet sich das Vorgehen zur Zielerreichung ab. Zwecks Orientierung wird im Theorieteil der Arbeit ein Abriss über die Geschichte der Burnout-

Forschung und deren aktuellen Stand gemacht. Die einschlägigen Definitionen von Burnout zeigen die Ausgangslage und Problematik der zu bearbeitenden Fragestellungen auf und leiten zur darauffolgenden Literaturrecherche nach möglichen Merkmalen für ein BOS über. Diese erfolgt über Bibliothekskataloge, im Internet und in psychologischen Datenbanken. Ausgehend vom Suchbegriff „Burnout“ wird Primärliteratur gesammelt, die nach dem Jahr 2004 veröffentlicht wurde. Daraus aufgelistet werden Mehrfachnennungen von Ursachen und Symptomen, die als Merkmale für ein BOS in Frage kommen.

Ein nächstes Kapitel der Arbeit widmet sich der Burnout-Diagnostik. Zwei bewährte Fragebögen werden vorgestellt. Ihre Items zur Bestimmung des BOS dienen als Vergleich und Ergänzung zu den ermittelten Merkmalen aus der Literaturrecherche. Die anschließende Abhandlung zur Differenzialdiagnostik hebt die Kontramerkmale hervor, die das BOS von anderen psychischen Krankheiten abgrenzt.

Die Gesamtliste der ermittelten Merkmale wird kategorisiert und ähnliche Merkmale zusammengefasst. Daraus entsteht ein theoriegeleiteter Merkmalkatalog des BOS. Mittels problemzentrierter Interviews mit ehemaligen Burnout-Patienten werden sie im empirischen Teil der Arbeit überprüft. Bezweckt wird ein möglichst freies Erzählen der Probanden über die erlebten Symptome. Diese werden mit den theoriegeleiteten Merkmalen verglichen, um sie zu prüfen und anzupassen.

Die Auswertung der Gespräche folgt dem Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse. Deduktiv ermittelte Merkmale werden modifiziert und induktiv neue hinzugefügt. Das Resultat ist eine bereinigte Liste von Kernmerkmalen für ein BOS, die zum Schluss operationalisiert wird, um Fragen für ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Feststellung des BOS zu erhalten. Ein Beispielfragebogen wird erstellt. In der Diskussion werden Resultat und Vorgehen kritisch hinterfragt und weiterführende Überlegungen angestellt.

1.4 Eingrenzung

Aufgrund der fehlenden Diagnostizierbarkeit des BOS mittels der Klassifikationsinstrumente der World Health Organisation und der American Psychological Association ist es unter Einhaltung der erforderlichen Gütekriterien momentan nicht abschliessend möglich, einen anerkannten Fragebogen zu erstellen. Diese Arbeit beschränkt sich auf die Suche nach Merkmalen aus der aktuellen Literatur sowie einer qualitativen Befragung. Die quantitative Aufgabenanalyse und Testeichung sind Gegenstand einer Anschlussarbeit.

I THEORETISCHER TEIL

2 Das Burnout-Syndrom (BOS)

Das folgende Kapitel dient der Beschreibung des BOS anhand der einschlägigen, aktuellen Literatur. Um einen Überblick über die Thematik zu erhalten, wird einerseits auf die Ursprünge der Burnout-Forschung und ihre Weiterentwicklung bis zum heutigen Wissensstand, andererseits auf die Begriffsdefinition eingegangen. Das Augenmerk wird dadurch auf die Ursachen und Symptome des BOS geleitet. Diese werden gesammelt und dienen in Kapitel 4 der Bestimmung relevanter Merkmale. Auf die neueste Auflage des häufig zitierten Standardwerks „Das Burnout-Syndrom“ aus dem Jahr 2010, das die Erkenntnisse des renommierten Burnout-Forschers Matthias Burisch enthält, wird mehrmals zurückgegriffen.

2.1 Geschichte der Burnout-Forschung

2.1.1 Ursprung und Entwicklung

Der Begriff „Burnout“ wurde in den 1970-er Jahren populär, obgleich Shakespeare bereits Ende des 16. Jahrhunderts das Verb „to burn out“ im Sinne von ausbrennender Liebe verwendet hat. Der deutschstämmige Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberg aus New York veröffentlichte 1974 einen erfolgreichen Artikel „Staff Burn-outs“ im Journal of Social Issues, in welchem er über den psychischen und physischen Abbau von Mitarbeitern „alternativer“ Hilfsorganisationen schrieb. Ab 1976 beschrieben Christina Maslach und Ayala Pines das Phänomen bei anderen Sozialberufen, wobei immer mehr auch andere Berufsgruppen sowie der private Lebensbereich ins Blickfeld gerieten (Burisch, 2010, S. 6). Seit diesen ersten deskriptiven Studien ist das Phänomen Burnout immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen wie auch des öffentlichen Interesses gerückt. Gemäss Pühlhofer (2006, S. 1) liegt der Grund dafür in der tendenziell ansteigenden psychosozialen Arbeitsbelastung, die vor dem Hintergrund des Strukturwandels der gegenwärtigen Arbeitswelt zu verzeichnen ist. Der Begriff Burnout ist heute populärer denn je - es existieren über 6000 Veröffentlichungen zu diesem Thema (Burisch, 2010, S. 7).

Burisch (2010, S. 276) beschreibt drei Forschungsphasen des Burnouts:

1. Die erste davon nennt der Autor „feuilletonistische“. Sie bestand aus informellen Fallgeschichten, Selbsterfahrungsberichten und Schilderungen von Stress über alle Berufsgruppen.
2. Die zweite Phase wird als „simplistisch-empirisch“ betitelt: Anhand eines wenig aufwändigen Fragebogens, dem Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981; zit. nach Burisch, 2010), wurden allerlei Querschnittsstudien gemacht, die sich jedoch als nicht ergiebig herausstellten.
3. Die Erkenntnis, dass die zentralen Fragen so nicht zu bearbeiten sind, führte zur Aufnahme von Längsschnittstudien. Gegen Ende der 1990-er Jahre hielten avancierte Verfahren wie Pfadanalysen Einzug in die Burnout-Forschung. Diese dritte Phase nennt Burisch „filigran-empirisch“. Sie dauert bis heute an, liefert aber auch keine schlüssigen Resultate.

2.1.2 Neuste Erkenntnisse und aktuelle Forschungsfragen

In neueren Ansätzen werden individuelle Verläufe des BOS untersucht und erst in einem zweiten Schritt aggregiert. So kann der Überzeugung, dass Burnout sich auf einzelne Personen und nicht auf das Verhalten einer Kohorte bezieht, Rechnung getragen werden (Burisch, 2010, S. 276). Als weitere Erkenntnisse nennt Pühlhofer (2006, S. 88) den in der neueren Burnout-Forschung herrschenden Konsens darüber, dass eine isolierte, monokausale Betrachtungsweise dem komplexen Phänomen nicht gerecht wird. Auch zeigen neuere Studien, dass Burnout in verschiedenen Berufsgruppen auftreten kann, nicht nur im Dienstleistungssektor.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gab einen HTA-Bericht (Health Technology Assessment) über die Differenzialdiagnostik des BOS in Auftrag, welcher den gegenwärtigen Kenntnisstand liefern soll. Korczak, Kister und Huber (2010, S. 30-33) untersuchen darin medizinische, ökonomische und ethische Forschungsfragen mittels Recherchen in der Zeitspanne zwischen den Jahren 2004 und 2009. Folgende medizinischen Fragen sind daraus für die vorliegende Arbeit relevant:

1. Wie wird Burnout diagnostiziert? Welche Kriterien sind hierfür relevant?
2. Wie valide und reliabel sind die Diagnoseinstrumente?

Die Beantwortung der zwei Fragestellungen ist hier zusammengefasst:

Frage 1: Es gibt kein standardisiertes, allgemeingültiges Vorgehen, um eine Burnout-Diagnose zu stellen. Hauptsächlich werden Selbstbeurteilungsbögen verwendet, vor allem das MBI. Ob damit ein Burnout gemessen werden kann, ist nicht beantwortbar. Emotionale Erschöpfung wird als durchgängiges Merkmal in der Diagnostik genannt.

Frage 2: Aufgrund der fehlenden Definition von Burnout kann die Validität und Reliabilität der Erfassungsinstrumente bezüglich einer Diagnose von Burnout nicht beurteilt werden. Das Vorgehen ist tautologisch.

Burisch (2010, S. 225-229) bezeichnet den Stand der empirischen Burnout-Forschung als „deprimierend“. Weder in Quer- noch in Längsschnittstudien kann er verlässliche Erkenntnisse finden, die zum Fortschritt in der Burnout-Forschung beitragen würden. Er stellt fest, dass unermüdlich weiter geforscht wird, dies jedoch nur zur allgemeinen Unübersichtlichkeit beiträgt. Dies bestätigt die für diese Arbeit durchgeführte Recherche in den psychologischen Datenbanken zwischen den Jahren 2010 und dem aktuellen Datum (6. September 2012). Die Fülle an neuen Publikationen zum Thema Burnout erweist sich als riesig. Sie weitet sich auf spezifische Bereiche aus wie das BOS bei einzelnen Berufsgruppen, Copingstrategien, den Zusammenhang mit Religiosität oder den Einfluss auf andere psychische Krankheiten. Für die Arbeit sind sie nicht weiter zielführend. Anhang F erläutert das Vorgehen bei dieser Recherche.

Burisch (2010, S. 230-231) stellt eine Reihe an theoretischen Fragestellungen bereit, die zur besseren Definition von Burnout beitragen würden. In Bezug auf die Merkmale für Burnout nennt er Bereiche wie:

- Gestörte Handlungsepisoden: Wie sieht die subjektive Realität ausbrennender Individuen diesbezüglich aus? Wie viele Episoden welchen Schweregrades braucht es, um einen Burnout-Prozess in Gang zu setzen?
- Gibt es Belege für behauptete Veränderungen des Phantasielebens?
- Haben vereinzelte schwere Frustrationen qualitativ andere Folgen als häufige unterschwellige?
- Lassen sich die Anfänge von Burnout-Prozessen generell datieren?

Allgemeinere Fragen sind gemäss Burisch (2010, S. 230) beispielsweise:

- Wie lässt sich die Messung von Burnout differenzieren und verbessern?
- Stehen Fragebogenvariablen in Zusammenhang mit physiologischen und biochemischen Veränderungen?
- Welche Persönlichkeitsvariablen prädisponieren besonders stark?

- Treten Kernsymptome in einer bestimmten Reihenfolge auf und kommt ihnen unterschiedliches Gewicht zu?

In Bezug auf neue Studien berichtet Burisch (2010, S. 277) von einem Aufsatz des Trierer Biopsychologen Dirk Hellhammer (2005; zit. nach Burisch, 2010, S. 278), der 2006 einen Durchbruch ankündigte: die Identifikation von Neuropatterns. Es geht ums Erkennen von Mustern gemeinsam auftretender psychischer, biologischer und somatischer Veränderungen einer neurobiologischen Schnittstelle. Dadurch können psycho- und pharmakotherapeutische Empfehlungen den Patienten sehr individuell abgegeben werden, weil fünf verschiedene Zustände von Burnout unterscheidbar sind. Zur Diagnose wird ein Testset geboten, das aus Fragebögen, Cortisolmessinstrumenten und einem Gerät zur Erfassung der Herzratenvariabilität besteht. Die Theorie von Hellhammers Arbeitsgruppe (Fries, Hesse, Hellhammer & Hellhammer, 2005; zit. nach Burisch, 2010, S. 278) begründet die Erschöpfung mit einem Cortisolmangel. Zwei holländische Studien von Mommersteeg, Heijnen, Verbraak und van Doornen (2006a & 2006b; zit. nach Burisch, 2010, S. 278) widerlegten diese Theorie jedoch bereits.

2.2 Begriffsdefinition

Obwohl zahlreich vorhanden, erweist sich die Suche nach übereinstimmenden Definitionen des BOS als problematisch, da sie inhaltlich sehr unterschiedlich dargestellt sind. Es lässt sich darin eine Durchmischung von Symptombeschreibungen, Ursachen und Krankheitsverläufen finden, die nicht auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden können. Hübner (2009, S. 51) sieht hinter diesem Problem die heterogenen theoretischen Bezugnahmen und folglich heterogene forschende Ausgangspositionen. Nichtsdestotrotz dienen die hier ausgewählten Definitionen einer ersten Orientierung über die Vielschichtigkeit des BOS.

Das psychologische Wörterbuch Dorsch (Häcker & Stampf, 2004) beschreibt den Burnout folgendermassen:

Syndrom, das bei professionellen Helfern als Folge von Überlastung auftritt, u. a. gekennzeichnet durch emotionale Erschöpfung, Dehumanisierung (zynisch abwertende Haltung gegenüber dem Hilfesuchenden) und dem Gefühl, der beruflichen Aufgabe nicht mehr gewachsen zu sein [...] (S. 157).

Burnout-Forscher liefern folgende Darstellungen des Begriffs:

- „Burnout ist ein Prozess extremer emotionaler und physischer Erschöpfung, gepaart mit zynischer, distanzierender und verminderter Leistungsfähigkeit als Folge chroni-

scher emotionaler und zwischenmenschlicher Belastung im intensiven Einsatz für andere Menschen“ (Poschkamp, 2011, S. 13).

- Manfred Nelting, ein erfahrener Burnout-Arzt, bezeichnet das Syndrom als eine prozesshafte Erkrankung, „eine Systemerregung aus einer anhaltenden, sich allmählich aufschaukelnden Hyperstressreaktion. Diese leitet einen Auflösungsprozess der psycho-physischen Selbstregulation ein [...] und mündet meist in eine manifeste schwere Depression“ (2010; zit. nach Pilz-Kusch, 2012, S. 15).
- Pühlhofer (2006) fasst die Ausführungen von Maslach und Schaufeli (1993), Schaufeli und Enzmann (1998a), Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) und Schaufeli und Buunk (2003) zusammen, um folgende Kernmerkmale von Burnout zu definieren:
 1. Übergewicht an dysphorischen Symptomen, vor allem mentale und emotionale Erschöpfung.
 2. Entwicklung negativer, dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen.
 3. Sinkende Effektivität und abnehmende Arbeitsleistung.
 4. Burnout ist ein arbeitsbezogenes Phänomen.
 5. Burnout manifestiert sich in „normalen“ (gesunden) Individuen, die vorher nicht an einer Psychopathologie leiden.
 6. Burnout beginnt mit Stress, der aus der Diskrepanz zwischen den eigenen Erwartungen, Intentionen sowie Idealen und der Realität im Arbeitsleben resultiert. Dieser Prozess verläuft allmählich und graduell.
 7. Die Art und Weise der Bewältigung dieses Stresses ist entscheidend für die Burnoutentwicklung (S. 54-55).

Aus den genannten Definitionsversuchen wird die fehlende Trennschärfe des Begriffs Burnout in sich selbst sowie in Bezug auf andere Begriffe ersichtlich. Diese Schwierigkeit wird mit dem Konzept des „fuzzy set“ aufgezeigt. Burnout, Depression und Stress teilen eine Schnittmenge einzelner Faktoren (Abati, 2007, S. 13). Korczak et al. (2010, S. 14) erklären den Grund dafür: „Es existiert keine einheitliche wissenschaftliche Definition des Burnout-Begriffs. Das intuitive Verständnis des Ausdrucks Burnout ist hingegen in der Umgangssprache sehr gross. Burnout kann daher als ein Begriff von hoher gesellschaftlicher Praxisrelevanz verstanden werden, der aber keine klinische Diagnose darstellt“. Gemeint ist das Fehlen von Diagnosen nach den Klassifikationssystemen der World Health Organisation (WHO) und der American Psychological Association (APA):

- Im ICD-10 (WHO, 2008, S. 372) wird Burnout nur im Anhang erwähnt. Unter dem Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Z00-Z99) wird aufgeführt: „Z73

Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung; Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)“.

- Im DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) wird Burnout nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt.

Diesbezüglich beschreibt Rief (2011) die Arbeit der DSM-V Work Group zur Entwicklung von neuen Vorschlägen zur Patientengruppe mit somatoformen Störungen. Neu soll die Unterscheidung zwischen medizinisch begründeten und medizinisch nicht ausreichend begründeten körperlichen Beschwerden aufgegeben werden. Demgegenüber soll der Schwerpunkt auf psychische Begleitprobleme gelegt werden. Eine Diagnose für Burnout wird dadurch zwar nicht ermöglicht, doch könnte es gemäss Rief zu einer besseren Akzeptanz der Diagnose führen.

Eine allgemein akzeptierte Definition fehlt nach wie vor und kann auch nicht gefunden werden. „Burnout ist wie Pornographie – ich bin nicht sicher, ob ich es definieren kann, aber wenn ich es sehe, weiss ich, was es ist“ (Forney, Wallace-Schutzman, & Wiggers, 1982; zit. nach Burisch, 2010, S. 15). Aufgrund dieses Mangels wird Burnout mittels Ursachen und Symptomen beschrieben. Die Merkmale für das BOS werden somit dort gesucht. Die folgenden zwei Kapitel halten den aktuellen Forschungsstand darüber fest.

2.3 Ursachen

Ob die Ursache für Burnout in der Persönlichkeitsstruktur der Helfenden, der Bedeutung der Arbeit oder den gesellschaftlichen Umständen zu suchen ist, hängt vom Fokus der Betrachtungsweise ab. Gusy (1995; zit. nach Beschoner, Schönfeldt-Lecuona, Braun & Pajonk, 2009) gliedert die Erklärungsansätze in persönlichkeitszentrierte, sozial-, arbeits- und organisationspsychologische. Dies deckt sich mit der Einteilung von Pühlhofer (2006, S. 58-77), der die Ebenen intrapersonal, interpersonal, organisational und gesellschaftlich nennt. Fischer (1983; zit. nach Burisch 2010, S. 54-56) vereinfacht dies noch mehr indem er innere und äussere Faktoren der Burnout-Entstehung unterscheidet. Diese Aufteilung wird beim Zusammentragen der Ursachen im folgenden Kapitel übernommen und soll die Suche nach Merkmalen strukturieren. Daneben werden ergänzende Faktoren und umfassende Modelle je in einem weiteren Unterkapitel erläutert.

2.3.1 Innere Faktoren

Nach Freudenberger und Richelson (1990; zit. nach Beschoner et al., 2009) entsteht ein Burnout aufgrund der individuellen und gesellschaftlichen Dispositionen. Sehr engagierte, aufopfernde Helfer sind prädestiniert, da sie oft unerreichbare Ziele stecken und unrealistisch überhöhte Erwartungen an sich selbst stellen. So nehmen sie ihre Arbeit anfangs motiviert in Angriff und merken bald, dass sie scheitern. Erschwerend kommt hinzu, dass die Betroffenen die Arbeit als Ersatz für ihr soziales Leben betrachten. Freudenberger (1974; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 59) sowie Meier (1983; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 60-61) beschreiben den auslösenden Faktor daher als Diskrepanz zwischen der Erwartung nach grossem Engagement und der Realität.

Eine weitere Ursache sehen Freudenberger und Richelson (1990; zit. nach Beschoner et al., 2009) in fremdinduzierten Zielen. Um Anerkennung und Wertschätzung zu erhalten, versuchen Betroffene Erwartungen von Eltern, Partnern und Freunden zu erfüllen, obwohl diese nicht ihren Wünschen entsprechen. Dies löst Unzufriedenheit aus. Eine zu hohe Anerkennungserwartung wird zudem als Ursache gesehen. Betroffene erreichen zwar die Ziele, das erwartete Lob und die Dankbarkeit fallen jedoch zu spärlich aus.

Auch Edelwich und Brodsky (1984; zit. nach Beschoner et al., 2009) sowie Burisch (1994; zit. nach Beschoner et al., 2009) sehen als Burnout-Ursache unrealistische Ziele oder solche, die erreichbar wären, an denen die Betroffenen jedoch scheitern oder die sie nur unter grossem Aufwand erreichen. Dies hat Enttäuschung und einen Verlust an Idealismus zur Folge. Bleibt die Anerkennung aus, scheint das Ergebnis der Handlung unbefriedigend, was zu einem Gefühl von „Autonomieverlust“ führen kann. Der Bewältigungsversuch löst Stress aus, der wiederum zu einem Burnout führen kann. Diese fortschreitende Desillusionierung kennzeichnen gemäss Edelwich und Brodsky (1980; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 60) vier Verlaufsphasen: Idealistische Begeisterung, Stagnation, Frustration und Apathie.

Pühlhofer (2006, S. 79) macht einen Überblick über die Faktoren, die mit Burnout im Zusammenhang stehen, worauf er eine Auswahl an empirischen Studien wiedergibt, die eine gewisse Einheitlichkeit aufzeigen. Die stärksten Korrelationen zu Burnout betreffend möglicher Ursachen sind: Hardiness (negatives Korrelat), Neurotizismus, quantitative Arbeitslast und Zeitdruck (positive Korrelate).

Pines (1993; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 61-63) nimmt an, dass „in order to burn out, one has first to be „on fire“. Die Autorin beschreibt das „existential model of burnout“, bei dem

idealistisch engagierte Personen, die ein Gefühl von existentieller Bedeutung durch die Arbeit erwarten, einen Burnout erleiden können, da sie Enttäuschung erleben, wenn sie den Sinn des Lebens nicht in der Arbeit finden. Pines differenziert zwischen drei verschiedenen Arbeitsmotivationen: Erfolg und Anerkennung, anderen Menschen helfen und bedeutsam werden für deren Leben oder ein persönliches Rollenmodell des Berufes einnehmen können. Ob diese Erwartungen erfüllt werden, hängt von den Arbeitsbedingungen ab, die unterstützend oder stressend sein können. Hier wird das Zusammenspiel von inneren und äusseren Faktoren ersichtlich und aufgezeigt, dass je mehr innere Faktoren den Burnout verursachen, desto weniger äussere Faktoren hinzukommen müssen und umgekehrt.

2.3.2 Äussere Faktoren

Maslach und Jackson (1996; zit. nach Beschner et al. 2009) beschreiben ebenfalls individuelle Eigenschaften, jedoch erklären sie als eigentliche Ursachen für einen Burnout folgende Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen am Arbeitsplatz:

- mangelnde Anerkennung im Beruf
- keine oder wenig Rückmeldung über die Arbeit
- Unklarheiten und Konflikte hinsichtlich der eigenen Rolle im Arbeitsumfeld
- fehlende Autonomie
- ein geringes Mass an Kontrolle
- mangelnde soziale Unterstützung

Auch Leiter (1993; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 67-68) nimmt an, dass beanspruchende Aspekte der Arbeitsumgebung wie Arbeitsüberlastung und interpersonelle Konflikte, emotionale Erschöpfung auslösen, die zu Depersonalisation führt. Parallel dazu entwickelt sich ein reduziertes Wirksamkeitserleben aufgrund von Ressourcenmangel an beispielsweise sozialer Unterstützung.

Richter und Hacker (1998; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 72-75) sehen Burnout als „Zustand physischer und psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung in Tätigkeiten der Humandienstleistungen [...]. Dabei handelt es sich vorzugsweise um Tätigkeiten, die ein langzeitiges Engagieren für andere Menschen in emotional belastenden Situationen erfordern“. Die Autoren beschreiben die Hauptursache von Burnout bei Humandienstleistungen im Auslaufen der emotionalen Zuwendungsmöglichkeit, weil keine soziale Zuwendung zurückgegeben wird. Die Quelle für Burnout, die durch eine Diskrepanz von Geben und Nehmen entstehen kann, ist einerseits die Beziehung zwischen Helfer und Klient, andererseits die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Organisation. Daraus resultieren Aversio-

nen gegenüber Klienten (Depersonalisation) und schwindendes Engagement für die Organisation.

Burnout wurde bisher bei rund 60 Berufen und Personengruppen beschrieben. Dabei handelt es sich überwiegend um Rollen, von denen nicht nur technische Hilfe, sondern auch emotionale Zuwendung erwartet wird, ohne dass dies auf Gegenseitigkeit beruht (Burisch 2010, S. 21-24).

2.3.3 Ergänzende Faktoren

Linneweh, Heufelder und Flasnoecker (2010, S. 16-17) beschreiben Burnout als Folge chronisch überbordenden Stresses, der zu Erschöpfung führt. Sie betonen die schleichende Anbahnung der Krankheit über einen längeren Zeitraum, die sich in Verhaltensänderungen beobachten lässt und eine Erschöpfung auf körperlicher, psychischer, geistiger und sozialer Ebene bedeutet. Dennoch erkrankt nicht jeder Mensch unter der beschriebenen Belastungssituation. Die Belastbarkeit des Organismus, die genetische Prädisposition und die Persönlichkeitsstruktur spielen dabei eine wichtige Rolle. Gemäss den Autoren entsteht Burnout immer dann, wenn die zwei folgenden Voraussetzungen zutreffen:

1. Infolge einer langandauernden Über- oder Unterforderung muss der Betroffene einen ständig wachsenden Anteil seiner psychophysischen Ressourcen aktivieren.
2. Aufgrund persönlicher Ansprüche, Sozialisation, Einstellungen, Wertvorstellungen und Gewohnheiten ist der Betroffene nicht in der Lage, sich trotz erlebter Frustrationen von seiner beruflichen Tätigkeit zu distanzieren.

Karger (1981; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 75-26) nimmt an, dass die menschliche Interaktion zwischen Helfer und Klient durch die Zergliederung der Arbeit und der wachsenden Bürokratisierung von öffentlichen Institutionen distanziert und entfremdet wird.

Gemäss Cherniss und Krantz (1983; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 76-77) entsteht Burnout nicht durch Überengagement und Stress, sondern durch fehlende moralische Verpflichtungen und Vorsätze in der Arbeit. Wer beispielsweise in ideologischen Gemeinschaften (religiöse, politische o.ä.) sozial eingebunden ist und einen Sinn im Beruf erlebt, ist resistenter gegen Burnout. Die Autoren sehen Burnout demnach nicht als Problem der individuellen Bewältigungsstrategie, sondern als ein kulturelles und historisches Phänomen.

2.3.4 Modelle

Pühlhofer (2006, S. 58-77) bietet eine Auswahl an Modellen, die bei der theoretischen und methodischen Entwicklung des BOS einflussreich waren. Daraus werden hier dasjenige von Cherniss sowie das von Golembiewski und Munzenrider genauer dargestellt, da sie auf bestehenden Theorien aufbauen und dementsprechend als ausschlaggebend betrachtet werden. Zuletzt wird das von Burisch entwickelte, integrierende Burnout-Modell zusammengefasst, das versucht, die wichtigsten Theorien zusammenzuführen.

Burnout als Realitätsschock – Modell von Cherniss

Cherniss (1980a; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 69-71) sieht Burnout als Folge arbeitsbedingten Stresses, der durch eine negative Bilanz zwischen Stressoren und Ressourcen Stressreaktionen auslöst. Er beschreibt fünf Stressquellen als Auslöser des Burnout-Prozesses, die aus kritischen Arbeitsbedingungen und der Person selbst resultieren. Kann der entstehende Stress nicht aktiv bewältigt werden, kommen defensive Copingstrategien zum Einsatz, die zu Einstellungsänderungen führen. Abbildung 1 gibt das „reality shock model of burnout“ von Cherniss wieder.

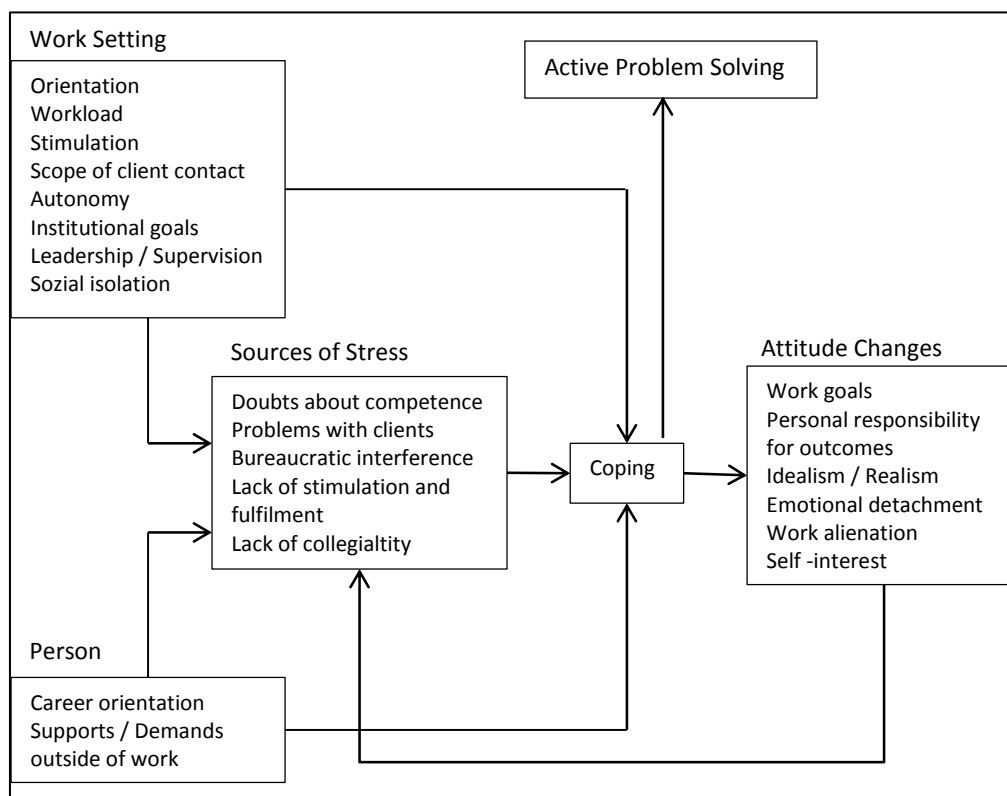


Abb. 1: Burnout als Realitätsschock (Cherniss, 1980b; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 70)

Burnout-Phasen-Modell von Golembiewski und Munzenrider

Das Modell von Golembiewski und Munzenrider (1984; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 71-72) ist in acht Phasen gegliedert, da die Autoren davon ausgehen, dass Burnout ein durch Faktoren der Arbeit ausgelöster progressiver Prozess ist. Dieser wird mit der *Depersonalisierung* in Gang gesetzt, worauf ein Gefühl der reduzierten persönlichen *Leistungsfähigkeit* folgt und schliesslich in emotionale *Erschöpfung* übergeht. Dabei sehen die Autoren die emotionale Erschöpfung im fortgeschrittenen Stadium als charakteristischstes der drei Burnout-Merkmale. Das Burnout-Phasenmodell ist in Abbildung 2 dargestellt.

Dimensionen	Progressive Phasen von Burnout							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Depersonalisierung	niedrig	hoch	niedrig	hoch	niedrig	hoch	niedrig	hoch
Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit	niedrig	niedrig	hoch	hoch	niedrig	niedrig	hoch	hoch
Emotionale Erschöpfung	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	hoch	hoch	hoch	hoch

Abb. 2: Phasenmodell (Golembiewski & Munzenrider, 1988; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 72)

Ein integrierendes Burnout-Modell

Burisch (2010, S. 147-148) beschreibt die Unmöglichkeit, eine allgemeine Theorie über Burnout zu finden, da die bisherigen Versuche zu speziell und zu allgemein gleichzeitig sind. So zitiert er Schaufeli und Enzmann (1998a; zit. nach Burisch, 2010, S. 148) „Weil es sich um etwas Chronisches und Dynamisches handelt, ist es praktisch unmöglich, spezifische „Ursachen“ zu identifizieren, die man für die Existenz des generalisierten, chronischen und habituellen Symptommusters verantwortlich machen könnte, das als Burnout etikettiert worden ist“. Aus diesem Grund besteht für den Autor nur die Möglichkeit einer allgemeinen Theorie für die Entstehung von Burnout auf einer unspezifischen Ebene für alle Unterschiede von Rasse, Klasse, Geschlecht und Beruf. Mit seinem im Folgenden dargestellten integrierenden Modell, orientiert er sich an der inneren Realität des Ausbrennens, um alle Arten von Burnout abzubilden. Seine Erklärung des Syndroms beruht darauf, bekannte Prinzipien zu subsumieren. Wo nicht anders erwähnt, beruht die Zusammenfassung des Modells auf den Beschreibungen von Burisch (2010, S. 147-197).

Autonomie und Autonomieeinbussen

Burisch (2010) formuliert den Wunsch des Menschen nach Autonomie folgendermassen: „Menschen wollen entscheiden können, welche Ausschnitte der Aussen- und der Innenwelt

sie auf welche Weise wie gründlich unter Kontrolle halten wollen, wann sie das tun wollen und vor allem mit welchem Kosten-Nutzen-Verhältnis“ (S. 151). Dieser Wunsch nach Kontrolle über subjektiv wichtig erachtete Transaktionen mit der Umwelt kann formuliert werden als „sein Leben im Griff haben“.

Stress erster und zweiter Ordnung

Psychischer Stress, der durch Bedrohung oder Herausforderung verursacht wird, ist „Stress erster Ordnung“. Der Mensch generiert die Befürchtung, hilflos zu werden, wenn dieser Stress nicht bewältigt werden kann. „Stress zweiter Ordnung“ entsteht durch erfahrene Hilflosigkeit. Erfolgreiche Bewältigung von Stress erster Ordnung geschieht, wenn sich die Befürchtungen negativer Ereignisse nicht dauerhaft vermeiden lassen, trotz Anstrengung der angestrebte Zustand nicht erreicht wird, Folgeprobleme durch die Bewältigungsversuche entstehen oder der Verlust des verlorenen Anreizobjektes nicht kompensiert wird.

Menschen, die keine Copingstrategien für das Erleben tatsächlicher Hilflosigkeit haben, geraten in einen Teufelskreis: Wiederholte Autonomieverluste rufen eine Reizgeneralisation hervor, sodass das Selbstvertrauen sinkt und sich Pessimismus als Enttäuschungsprophylaxe einstellt. Dadurch wird die Bewältigungsanstrengung vermindert.

Autonomie durch Konflikte

Normalerweise müssen sich Menschen in Stresssituationen wie einer bevorstehenden Prüfung zwischen „Flüchten oder Standhalten“ entscheiden. Da die Folgen des Fluchtversuchs oft anstrengender als der Bewältigungsversuch sind, wird normalerweise die eigene Angst unterdrückt und im Wissen um die Einmaligkeit des Erlebnisses, sich der Situation gestellt. Wo die Gefahr jedoch länger dauert oder unvorhersehbar immer wiederkehrt, kann das Risiko des Scheiterns nicht gesenkt werden. Schwindet die Hoffnung auf Erfolg, erlahmen die Anstrengungen; das Ausbrennen beginnt.

Die Veränderung der Anreizlandschaft und ihre Folgen

Unter „Anreizlandschaft“ wird der Kern der Motivationstheorie von Klinger, Barta und Maxeiner (1980; zit. nach Burisch, 2010, S. 136) verstanden. Danach kreist unser Leben, Denken und Fühlen um Zielereignisse, die an positive oder negative Anreize gebunden sind. Dadurch verspürt der Mensch ein dauerndes Begehren, das durch Zielerreichung oder Aufgeben endet. Wird ein Ziel vollständig unerreichbar, muss es aus der Anreizlandschaft getilgt werden, was eine Folge verschiedener Reaktionen auslöst, die schlussendlich eine Depression in Gang setzen. Diese Anreizlandschaft steuert unsere Handlungen. Anzahl

positiv besetzter Anreize, Stärke antizipierter Gefühlsreaktion, Grösse konkurrierender negativer Besetzung und Optimismus für die Zielerreichung schlagen sich in der Gefühlsbilanz nieder und die gemachten Erfahrungen haben Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Frustrationen treten auf, wenn das Ziel nicht erreicht werden kann und das Individuum versucht, sein Weltmodell zu ändern: verfehlte Ziele werden wertvoller, Ambivalenz aus Furcht vor Wiederholung entsteht, kontingente Anreize werden verändert, die Affektbilanz verschlechtert sich, das Selbstbild wird verändert und Pessimismus gegenüber der Anreizlandschaft entsteht. Es braucht nun mehr Energie, um die ambivalenten Ziele anzugehen, was auch im Erfolgsfall die Aufwand-Ertrags-Bilanz verschlechtert und das Gefühl der Erschöpfung und Lähmung verursacht. Sind ganze Bereiche der Anreizlandschaft verarmt, kommt es zur emotionalen Verflachung und Gleichmutsgefühlen als Selbstschutzstrategie. Wer keine Copingstrategien zur Verfügung hat, erlebt eine Stimmung von Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Angst und Unlust, was zur inneren Leere und Apathie führt.

Die ungestörte Handlungsepisode

Die von Burisch (2010, S. 159-162) beschriebene ungestörte Handlungsepisode, die einen in Zufriedenheit endenden Zyklus von Spannung und Lösung darstellt, wird in Abbildung 3 veranschaulicht. Sie ist selbsterklärend.

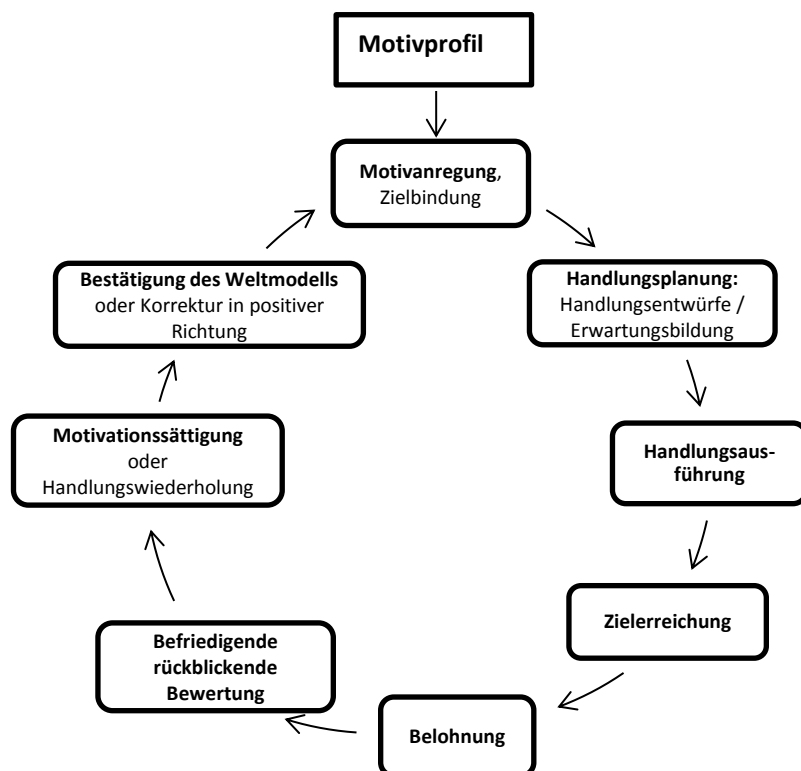


Abb. 3: Ungestörte Handlungsepisode (Burisch, 2010, S. 161)

Die gestörte Handlungsepisode

Auf der Route zwischen Motivanregung und Motivsättigung können Störungen auftreten, die als subjektive Misserfolge angesehen werden. Je nach persönlichen Copingstrategien führen diese zur Burnout-Episode. Die vier häufigsten Störfälle sind: Zielvereitelung, Zielerschwerung, Ausbleiben der Belohnung und negative Nebenwirkungen. Das Schema der vier Arten gestörter Handlungsepisoden ist in Anhang A abgebildet.

Die Handlungsepisode des Ausbrennens

Burisch ist überzeugt, dass am Anfang eines Burnout-Prozesses eine gestörte Handlungsepisode stehen muss, die nicht ausreichend bewältigt wurde. Der Autor glaubt, dass sich retrospektiv das Einsetzen des Burnout-Prozesses oft recht genau datieren lässt. Meist steht zu Beginn eine Zäsur in Form einer subjektiven Änderung der Lebensbedingungen. Plötzlich ereignen sich unbewältigte Autonomieeinbussen in rascher Folge, sodass Copingmöglichkeiten fehlen. Seltener sind langsam verlaufende Prozesse, die aufgrund unerreichbarer Ziele oder Belohnungen wie aus dem „Nichts“ entstehen.

Persönliche Risikofaktoren und Umweltfaktoren

Burisch (2010, S. 197-215) macht eine detaillierte Abhandlung über persönliche Risikofaktoren und Umweltfaktoren und nennt diverse Studien dazu. Diese werden hier nicht weiter erläutert, da er jene begünstigenden Faktoren, die er als gesichert betrachtet, schon in seinem Symptomkatalog aufführt. Er kommt dabei auf keinen einheitlichen Konsens, ebensowenig findet er empirische Belege.

Das Zusammentragen der Ursachen führt zur Erkenntnis, dass Burnout persönlichkeitszentrierte, sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ursachen haben kann, also individuell sehr verschieden ist. Je nach Autor werden andere Schwerpunkte gesetzt. Immer geht es um eine Überforderung, die zu Erschöpfung auf körperlicher, psychischer, sozialer und geistiger Ebene führen kann und sich in Symptomen bemerkbar macht. Im folgenden Kapitel werden diese strukturiert betrachtet.

2.4 Symptome

Im vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, dass in Beschreibungen von Ursachen für das BOS häufig auch Symptome zur Sprache kommen. Sie sind Anzeichen für eine Erkrankung, die vom Betroffenen wahrgenommen werden können. Symptombeschreibungen eignen sich daher als Grundlage für Selbstbeurteilungsfragen und dienen hier als Merkmale

für ein BOS. Im folgenden Unterkapitel wird der anerkannte Symptomkatalog von Burisch übernommen und Kategorisierungsmöglichkeiten einiger Autoren genannt. Aufgrund der grossen Menge an verschiedenen Symptomen wird dann der Fokus auf die als typisch geltenden Merkmale gelegt. In einem zweiten Teil wird auf den Verlauf des BOS eingegangen, da sich je nach Stadium des Burnout-Prozesses andere Symptome zeigen. Bei der Suche nach Merkmalen ist dieser Punkt zu berücksichtigen.

Burisch (2010 S. 24-34) fasst alle in Burnout Literatur genannte Symptome zusammen und erhält eine Liste von 130 Symptomen, die er in sieben Kategorien mit Unterkategorien ordnet. Auf diese Arbeit von Burisch beziehen sich die meisten Autoren. Tabelle 1 zeigt die Kurzfassung dieses Katalogs. Die vollständige Liste ist im Anhang B aufgeführt.

Tab. 1: Burnout-Symptomatik: Kurzfassung (Burisch 1989; zit. nach Korczak et al., 2010, S. 15)

1. Warnsymptome der Anfangsphase	a) Überhöhter Energieeinsatz b) Erschöpfung
2. Reduziertes Engagement	a) Für Klienten, Patienten, etc. b) Für andere allgemein c) Für die Arbeit d) Erhöhte Ansprüche
3. Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisung	a) Depression b) Aggression
4. Abbau	a) Der kognitiven Leistungsfähigkeit b) Der Motivation c) Der Kreativität d) Entdifferenzierung
5. Verflachung	a) Des emotionalen Lebens b) Des sozialen Lebens c) Des geistigen Lebens
6. Psychosomatische Reaktionen	
7. Verzweiflung	

Burisch (2010, S. 27) fügt zu diesem Symptomkatalog weiter hinzu, dass sich nur wenige Autoren festlegen, was als hinreichende oder notwendige Bedingung angesehen wird. Natürlich müssen in einem Burnout-Fall auch nicht alle Symptome vorhanden sein. Einige schliessen sich aus und nicht immer wird die zeitliche Reihenfolge eingehalten.

Koch und Kühn (2005, S. 11) weisen ebenfalls auf die Vielschichtigkeit des Symptombildes hin, das sich in körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung zeigt. Zudem müssen die Symptome über einen längeren Zeitraum auftreten, da sie in belastenden Lebenssituationen vorübergehend als normale menschliche Reaktionen gelten. Ihr Symptomkatalog deckt sich mit dem oben dargestellten von Burisch.

Die bereits in Kapitel 2.3.1 erwähnte Arbeit von Pühlhofer (2006, S. 77-89) ergibt als starkes negatives Korrelat zum BOS die Arbeitszufriedenheit, die hier zum Symptomkatalog dazugezählt werden soll.

Schaufeli und Enzmann (1998b; zit. nach Korczak et al., 2010, S.16) teilen ihre über 130 erfassten Symptome in andere Kategorien ein. Sie unterscheiden affektive, kognitive, körperliche, verhaltensmässige und motivationale Symptome, jeweils auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene. Die beiden Autoren beklagen, dass aufgrund der Fülle an Symptomen diese Zusammenstellung für die Ergründung des Burnouts wertlos ist. Es müssen Kernsymptome definiert werden.

Diesen Beitrag leisten Burisch (1993; zit. nach Korczak et al., S. 16) sowie Schaufeli und Enzmann (1998b; zit. nach Korczak et al., S. 16) wie folgt:

Gemäss Burisch umfasst Burnout eines oder mehrere, typischerweise jedoch alle der folgenden Merkmale:

- Über – oder Unteraktivität
- Gefühle von Hilflosigkeit, Depression und Erschöpfung
- innere Unruhe
- reduziertes Selbstwertgefühl
- sich verschlechternde oder bereits verschlechterte soziale Beziehungen
- aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen

Schaufeli und Enzmann reduzieren die Anzeichen auf ein Kernsymptom: die Erschöpfung.

Daneben sehen sie vier Begleitsymptome:

- affektives, kognitives, physisches und verhaltensbezogenes Leiden (distress)
- Gefühl reduzierter Effektivität
- Abbau von Motivation
- unangemessene Einstellungen und Verhaltensweisen am Arbeitsplatz

Forney et al. (1982; zit. nach Burisch 2010, S. 27) betonen die „individuelle Natur“ von Burnout. Reihenfolge und Symptommuster seien vom Individuum und seiner Umwelt abhängig. Andere Burnout-Autoren stellen jedoch eine gewisse Regelmässigkeit im Auftreten von Symptomen fest und entwickelten aus diesem Grund Verlaufstheorien.

2.4.1 Verlauf

Die folgenden Verlaufsbeschreibungen dienen einerseits dazu, neue Merkmale abzuleiten, andererseits werden damit gegensätzliche Symptome über die Zuteilung zu unterschiedlichen Phasen erklärt.

Die Phasen des Burnouts werden je nach Autor unterschiedlich dargestellt. Übereinstimmend wird immer wieder auf die Abwärtsspirale hingewiesen, die nach unten enger wird. Gemäss Linneweh et al. (2010, S. 18) beschreiben *Freudenberger und North* zwölf Phasen, *Burisch, Koch und Kühn* sieben und *Bronsborg, Vestlund und Müller-Timmermann* fünf. Die von *Selye* dargestellte Grundsystematik des Burnouts teilt den Prozess in eine Alarmphase, eine Resistenzphase und eine Erschöpfungsphase. In Anlehnung an *Burisch* und *Schröder* arbeiten Linneweh et al. (2010, S. 18-23) mit einem modifizierten 7-Phasen-Modell. Dieses sei hier zusammengefasst dargestellt:

Erste Phase: Grosses Engagement – idealistische Begeisterung

Beruflich oder privat übermotiviert Menschen, die fähig und bereit sind, viel Verantwortung zu tragen und ihre körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte überschätzen, sind prädestiniert an einem Burnout zu erkranken. Sie stecken ihre Ziele immer höher und verleugnen eigene Bedürfnisse, da der Wunsch, den anderen zu zeigen, wie gut man ist, zu einem Zwang wird.

Zweite Phase: Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse

Menschen, die ihre Grenzen missachten und die Ansprüche an sich selbst immer höher stecken, müssen irgendwann mit Leistungseinbussen rechnen. Obwohl sich die Aufmerksamkeit reduziert, glauben sie, durch „sich zusammenreissen“, ihre Ziele zu erreichen. Dabei werden erste Anzeichen der Erschöpfung wie ständige Müdigkeit, Schlafstörungen, Verspannungen oder Gedächtnisstörungen sichtbar.

Dritte Phase: Emotionalisierung – Enttäuschung

Da sich Betroffene nach Anerkennung sehnen und für ihre Leistung eine Gegenleistung erwarten, macht sich Enttäuschung breit. Es stellt sich eine Ernüchterung bei der Arbeit ein, Spass und Engagement schlagen ins Gegenteil um und Prioritäten werden plötzlich auf das Privatleben gelegt. Emotionale Veränderungen wie Aggression (Reizbarkeit, Wut, Launenhaftigkeit, Schuldzuweisungen) und Depression (Schwächegefühl, Leere, Selbstmitleid, Angst) treten zu Tage.

Vierte Phase: Kompensation – Der Griff zu Drogen

Durch die Abflachung des Engagements und der Konzentrationsfähigkeit, wird die Arbeit auf das Nötigste reduziert. Eigene Bedürfnisse zu übergehen und zu verleugnen, verändert das Wertesystem und die Wahrnehmung, was zu Problemen führt, Wichtiges von Unwichtigem

tigem zu unterscheiden. Um zur alten Leistungsfähigkeit zurückzufinden, greifen Betroffene oft zu Aufputzmitteln und Drogen (Kaffee, Zigaretten, Wein, Entzündungshemmer, Schmerzmittel, Schlaftabletten).

Fünfte Phase: Desinteresse und Gleichgültigkeit

Wenn innerer Antrieb und Selbstbestimmung verloren gegangen sind und die Kraft nur noch für das Notwendigste reicht, verschwinden Freude und eigene Lebensziele. Soziale Kontakte werden als belastend erlebt. Betroffene kapseln sich ab und reagieren auf Kollegen intolerant, aggressiv und gleichgültig.

Sechste Phase: Depersonalisation und körperliche Symptome

Depersonalisation bedeutet den Verlust der persönlichen Lebendigkeit in der Arbeit. Betroffene funktionieren nur noch mechanisch, das Leben erscheint ihnen sinnentleert, sie fühlen sich hoffnungslos und werden von Selbstzweifeln geplagt. Nebst dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit treten Somatisierungen wie Erkältungskrankheiten, Ohrengeräusche, Schlafprobleme, Muskelschmerzen, Übelkeit, Magenprobleme, sexuelle Probleme, Atemprobleme, Sehstörungen, erhöhter Puls oder Gewichtsveränderungen auf, die mit erhöhtem Drogenkonsum zu kompensieren versucht werden.

Siebte Phase: Der Zusammenbruch

Wenn sämtliche Energiereserven aufgebraucht sind, ist das Ende der Burnout-Spirale erreicht. Angst und Verzweiflung sind ständige Begleiter, was zu Perspektivlosigkeit und Depression führt und Panikattacken sowie Suizidgedanken zur Folge hat. Eine Heilung ist ohne ärztliche Hilfe nicht mehr möglich.

Burisch (2010, S. 39-41) stellt die postulierten Burnout-Phasentheorien verschiedener Autoren (Edelwich & Brodsky, 1980; Cherniss, 1980a; Freudenberg & Richelson, 1983; Lauderdale, 1981 und Pines & Maslach, 1978) in eine Übersicht. Diese behaupten, Gesetzmässigkeiten im Auftreten von Symptomen und Symptomkategorien zu erkennen. Dennoch basieren diese Phasentheorien nicht auf empirischen Studien. Eine Kurzfassung davon ist in Tabelle 2 dargestellt. Die komplette Liste gibt Anhang C wieder.

Burisch (2010, S. 41) sieht den Grund für einen Teil der Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Phasen in unterschiedlichen Interpretationen. So erwähnt beispielsweise Cherniss als einziger den Berufsstress als auslösende Situation und eigenständiges Stadium. Bei allen Autoren folgt dann die Ermüdung oder Erschöpfung als klassisches Warnsignal. Fer-

ner sind verschlechterte Beziehungen zur sozialen Umwelt in Form von Reizbarkeit, Ungeduld oder Vorwürfen bei allen zu finden. Auch Psychosomatosen werden, mit Ausnahme von Cherniss, überall erwähnt. Der Endzustand wird von allen mit Begriffen wie Depression und Rückzug beschrieben.

Tab. 2: Burnout-Phasentheorien: Kurzfassung (Burisch, 2010, S. 39-40)

Freudenberger	Phase 1: Empfindendes Stadium Phase 2: Empfindungsloses Stadium
Cherniss	Phase 1: Berufsstress Phase 2: Stillstand Phase 3: Defensive Bewältigungsversuche
Lauderdale	Phase 1: Verwirrung Phase 2: Frustration Phase 3: Verzweiflung
Edelwich	Phase 1: Idealistische Begeisterung Phase 2: Stillstand Phase 3: Frustration Phase 4: Apathie
Maslach	Phase 1a: Emotionale Erschöpfung Phase 1b: Physische Erschöpfung Phase 2: Dehumanisierung Phase 3: Terminales Stadium

Ausser beim letzten Prozess-Stadium, wo die Energie nicht mehr ausreicht, wechselt ein gewisser Prozentsatz der Betroffenen den Arbeitsplatz. Oftmals wird auch geäussert, dass die Vermutung besteht, dass am neuen Ort ein neuer Burnout-Prozess beginnt.

3 Burnout-Diagnostik

Dieses Kapitel stellt Messmethoden und bewährte Burnout-Fragebögen vor. Aus den darin enthaltenen Items werden in Kapitel 4 Merkmale abgeleitet. Ziel ist es, die theoriegeleiteten, aktuellen Merkmale mit den bewährten aus den Fragebögen zu vergleichen und zu ergänzen. Des Weiteren wird durch die Beschreibung der Differenzialdiagnostik das BOS gegenüber anderen psychischen Krankheiten abgegrenzt. Damit werden in Kapitel 4 Kontramerkmale festgelegt. Als Ergänzung wird auf neue Fragebögen hingewiesen, die in den letzten zwei Jahren erschienen sind. Da sie in der einschlägigen Literatur nicht als überprüft gelten, werden sie hingegen nicht auf Merkmale untersucht.

3.1 Methoden der Burnout-Diagnostik

Maslach entwickelte 1981 das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986; Maslach, Jackson & Leiter, 1996; zit. nach Burisch, 2010), das bis heute in einer Monopolstellung die Grundlage der Burnout-Forschung darstellt (Linneweh et al., 2010, S. 6). Gemäss Burisch (2010, S. 34) hat sich nebst dem MBI auch das Tedium Measure (TM) (Aronson, Pines & Kafry, 1983; zit. nach Burisch, 2010) durchgesetzt, das später in Burnout Measure umgetauft wurde. Auch Abati (2007, S. 31) beschreibt die beiden Messinstrumente als bislang einzige wissenschaftlich überprüfte und anerkannte Methoden. Es sind Fragebögen zur Selbsteinschätzung, die, nach thematischen Skalen aufgeteilt, die Häufigkeit auftretender Gefühle eruieren, jedoch keine ausreichende Validität und testdiagnostische Gültigkeit aufweisen. Daneben sind in den letzten Jahren weitere Fragebögen nach ähnlicher Manier entwickelt worden, die gemäss Burisch (2010) teilweise interessante Ansätze verfolgen, aber auch nicht zu zitierbaren Ergebnissen geführt haben. Als nennenswert erachtet der Autor das „Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster (AVEM)“ von Schaarschmidt und Fischer (1997; zit. nach Burisch 2010, S. 38), das zwar nicht als Burnout-Instrument gedacht ist, sondern personen- und bedingungsbezogene Interventionen zum Abbau gesundheitsgefährdender Verhaltens- und Erlebnisweisen ermöglicht. Die Konstrukte sind sehr burnoutnah, sowie die vier Typen, nach denen die Individuen eingeteilt werden.

Aufgrund der Mängel in den existierenden Burnout-Fragebögen, überlegt sich Burisch (2010, S. 38), welche Alternativen es dazu gäbe. Der Autor sieht als einzige Methode diejenige von Cherniss (1980b; zit. nach Burisch 2010, S. 39), bei der mehrere unabhängige Beurteiler Punkte aufgrund von Interview-Ausschnitten für Burnout-Komponenten vergeben. Das Problem dieser Messung besteht darin, dass sie zu aufwändig ist, um sie in die Praxis umzusetzen. Folglich bleibt die bewährte Methode, einen Burnout mittels eines Fragebogens zu messen, momentan die geeignetste.

3.2 Das Maslach-Burnout-Inventory (MBI)

Pühlhofer (2006, S. 88) sowie Burisch (2010, S. 34) und weitere Autoren bezeichnen das MBI als derzeit geläufigstes und validestes Messinstrument in deutscher Sprache. Sein Aufbau und die Dimensionen werden hier gemäss der Beschreibung von Jaggi (2008, S. 2) aufgezeigt:

Das MBI dient der Analyse von Aussagen bezüglich arbeitsbezogener Gefühle und Gedanken. Die Darstellung des Burnouts erfolgt über 4 Dimensionen: emotionale Erschöpfung (9 Aussagen), Depersonalisierung (5 Aussagen), persönliche Leistungsfähigkeit (8 Aussagen) und Involviertheit (3 Aussagen). Das MBI erlaubt ausschliesslich eine Selbsteinschätzung und eine Tendenz, den Burnout festzustellen. Vorteile des Verfahrens sind seine Ökonomie (Testauswertung dauert 10 Minuten) und die guten Werte der Reliabilität. Als nachteilig nennt Jaggi, dass keine Messwertverteilung möglich ist und dass die Resultate nur im Zusammenhang mit Verhaltensbeobachtungen durch Bekannte interpretiert werden können.

Korczak et al. (2010, S. 20) beschreiben die dritte Auflage des MBI, das zwei spezielle Varianten enthält: eine für den Sozial- und Dienstleistungsbereich (MBI-HSS) und eine für den Bildungsbereich (MBI-ES). Die von Büssing und Perrar (1992; zit. nach Korczak et al., 2010, S. 21) übersetzten Items des MBI-HSS werden für diese Arbeit verwendet, da es die einzige deutsche Fassung ist, die Christina Maslach selbst autorisiert hat. Sie sind im Anhang D aufgeführt. Die 25 Fragen werden anhand einer fünfteiligen Likert-Skala von stark/oft bis schwach/selten beurteilt. Nach Maslach ist ein Burnout umso stärker, je höher die Werte der Skalen ER (emotionale Erschöpfung), DP (Depersonalisation) und IV (Involviertheit) und je niedriger diejenigen der Skala PE (persönliche Erfüllung) sind.

3.3 Das Tedium Measure (TM)

Das zweite als relevant betrachtete Messinstrument ist, wie bereits erwähnt, das TM. Es misst mittels 21 Items die Hauptkomponenten von Burnout, die in körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung eingeteilt sind. Die Fragen werden in einer siebenteiligen Skala von „nie“ bis „immer“ beantwortet (Korczak et al., 2010). Pines, Aronson und Kafry (2006; zit. nach Korczak et al., 2010) übersetzten sie ins Deutsche. Das TM ist im Anhang E aufgeführt.

3.4 Differenzialdiagnostik

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat 2010 den schon angesprochenen HTA-Bericht zur Differenzialdiagnostik des Burnout-Syndroms publiziert. In dieser ausführlichen Untersuchung von Korczak et al. (2010) kommen die Autoren zum Ergebnis, dass vor allem Depressionen, Alexithymie, Befindlichkeitsstörungen und das Konzept der anhaltenden Erschöpfung von differentialdiagnostischer Bedeu-

tung sind. Denkbar wäre ein phasenhafter Zusammenhang der Konzepte. Zudem geht Burnout mit verschiedenen Beschwerden wie beispielsweise Schlafstörungen einher und kann sich durch eine Beeinträchtigung der Arbeitsleistung negativ auf die Mitmenschen auswirken. Korczak et al. (2010) folgern aus ihrer Untersuchung:

Als besonders relevant erscheint die Verbindung zwischen Burnout und Depression, da Burnout möglicherweise eine Entwicklungsphase einer Depression ist. Gleichfalls wird Burnout im Zusammenhang mit dem Anstieg von Entzündungsmarkern gesehen. [...] Zudem wird Burnout mit verschiedenen kardiovaskulären, muskuloskelettalen, kutanen und allergischen Erkrankungen, sowie in prospektiver Hinsicht mit Diabetes mellitus und einer Hyperlipidämie in Verbindung gebracht. Der Zusammenhang mit Burnout bzw. die Abgrenzung von anderen physischen und psychischen Störungen bedarf grösstenteils noch der genaueren Untersuchung (S. 97).

Auch Pühlhofer (2006, S. 56) stellt die Frage nach der Eigenständigkeit des Phänomens und anhand welcher Merkmale sich Burnout substantiell von anderen Konzepten unterscheidet. Er beschreibt die Abgrenzung zu Arbeitsstress und Depression genauer:

Arbeitsstress: Im Unterschied zu Arbeitsstress, der als temporär aufgefasst wird, handelt es sich beim Burnout um eine dauerhaft erfolglose Adaption an chronischem Arbeitsstress. Diese zeitliche Komponente des unbewältigbaren Stresses wird von verschiedenen Autoren beschrieben. Als weiteres Abgrenzungskriterium wird die Depersonalisation gesehen. Zudem kann im Gegensatz zu Stress, Burnout nur von Personen erlebt werden, die mit grossem Enthusiasmus, hohen Zielen und Erwartungen im Berufsleben stehen (Pines, 1993; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 57).

Depression: Der Unterschied zwischen Depression und Burnout liegt hauptsächlich in zwei Dimensionen:

1. Entstehungsbedingungen: Rein depressive Symptomatik kann aus Schwierigkeiten in allen Lebensbereichen resultieren, wohingegen Burnout vorwiegend im Berufsleben gesehen wird.
2. Intensität der Symptome: Die Depression zeigt eine höhere Intensität der Symptome. Glass und McKnight (1996, zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 57) können anhand ihrer 18 Studien beweisen, dass Burnout und Depression trotz gewisser Parallelen nicht identisch sind.

Aus den beschriebenen Untersuchungen geht hervor, dass Burnout mit verschiedenen anderen psychischen und physischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wird, da sich

dieselben Symptome manifestieren. Dennoch kann eine Abgrenzung zu Arbeitsstress und Depression ausgewiesen werden.

3.5 Neue Burnout-Tests

Nachdem die in der Literatur als bewährt geltenden Fragebögen in den Kapiteln 3.2 und 3.3 vorgestellt wurden, dient eine Recherche bezüglich neuer Messinstrumente in den psychologischen Datenbanken der Vollständigkeit. Anhang F erläutert das Suchverfahren genauer. Die neuesten Mess-Skalen aus den Jahren 2010 bis zum heutigen Datum (6. September 2012) beziehen sich auf spezifische Themen wie Messung von Arbeitsbedingungen, Schülerengagement oder Unterschiede bei Sportlern und sind deshalb für diese Arbeit irrelevant. Folgende zwei Tests werden von ihren Entwicklern als valide angegeben und verfolgen neuere Ansätze:

- Das „Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36) von Jesús Montero-Marín und Javier García-Campayo (2010): Das BOS wird darin klinisch über drei Subtypen charakterisiert: der frenetisch / rasende, der unterforderte und der abgenutzter Typ. Diese drei Typen müssen gemäss den Autoren bei der Burnout-Messung unterschieden werden.
- Das Meaningful Occupation Assessment Burnout-Screening (MOA-Burnout-SCR) von Helmut Graf und Vincent Grote (2012): Das Instrument ist hauptsächlich für die Arbeitswelt von berufstätigen Personen konzipiert. Die Gütekriterien werden von ihren Autoren als ausreichend angegeben.

Aufgrund der fehlenden Bestätigung bezüglich Gültigkeit der beiden Testverfahren in der zitierten Literatur, wird darauf verzichtet, die Tests in dieser Arbeit weiter zu verwenden.

4 Burnout-Merkmale

Absicht dieses Kapitels ist das Zusammentragen aller theoriegeleiteten Merkmale des BOS. Sie basieren auf den aktuellen Literaturrecherchen aus Kapitel 2, den bewährten Burnout-Tests sowie der Differenzialdiagnostik aus Kapitel 3. Die Auflistung aller Merkmale dient als Ausgangslage für die Kategorisierung und Definition der theoriegeleiteten typischen Merkmale. Sie werden im empirischen Teil der Arbeit untersucht. Hier werden das Vorgehen zur Erstellung des Merkmalkatalogs und die anschliessende Kategorisierung beschrieben. Darauf folgt die Festlegung der typischen Merkmale.

4.1 Merkmalkatalog

Die Ermittlung von Merkmalen beginnt in Kapitel 2.3 bei den Ursachen, beziehungsweise inneren, äusseren und ergänzenden Faktoren, die zu einem BOS führen können. Sie wurden chronologisch aufgelistet und nummeriert, wobei identische Merkmale nicht doppelt notiert wurden. In einem zweiten Schritt wurden die Symptome, die gemäss Kapitel 2.4 bei einem BOS auftreten, aufgelistet und nummeriert. Anhang G zeigt dieses Vorgehen auf. Die verwendeten Textstellen sind dort zur Nachvollziehbarkeit blau markiert.

Dieser aktuelle Merkmalkatalog wurde mit den Items aus den bewährten Fragebögen aus Kapitel 3 ergänzt, indem alle Merkmale daraus aufgelistet und nummeriert wurden, um sie später denjenigen aus dem Kapitel 2 zuzuordnen oder die Liste zu ergänzen. Entsprechend bearbeitet wurden die Kontramerkmale, die aus der Differenzialdiagnostik herrühren. Es entstand ein Gesamtkatalog von 179 möglichen Merkmalen (siehe Anhang G).

4.2 Kategorisierung

Die grosse Zahl an Merkmalen wurde auf gemeinsame oder ähnliche Inhalte untersucht, um sie in Kategorien zusammenzufassen. Das Vorgehen erfolgte in zwei Schritten und ist im Anhang H ersichtlich. Zuerst wurden alle Merkmale nach den Kapiteln des Theorieteils sortiert und zusammengefasst, dann wurden fünf Hauptkategorien mit insgesamt 34 Unterkategorien gebildet, um die Merkmale einzuteilen. Wie diese Kategorien definiert wurden, sei kurz erläutert:

Gemäss den Beschreibungen in Kapitel 2 kann das BOS anhand seiner Ursachen und Symptome erkannt werden. Mit den Ursachen sind innere (persönlichkeitszentrierte) und äussere Faktoren gemeint, deren Zusammenspiel den Burnout-Prozess ins Rollen bringen. Die Symptomebene beschreibt die Anzeichen im Verhalten oder der Befindlichkeit einer Person, die als Merkmale für ein BOS zu sehen sind. Möchte ein Burnout mittels Selbstevaluationsbogen erfasst werden, kann dies nur über die für den Betroffenen sichtbaren und spürbaren Symptome geschehen. Äussere und innere Faktoren könnten eventuell Ursachen sein, die gewisse Symptome auslösen, jedoch geben sie lediglich an, ob eine Person prädestiniert ist, an einem BOS zu erkranken und dienen nicht der Messbarkeit. Hat die Person genügend Copingstrategien, führen begünstigende Ursachen nicht zu einem Burnout (vgl. Kapitel 2.3.4). Speziell die inneren Faktoren, die Persönlichkeitsstruktur, kann nicht

mittels eines Burnout-Fragebogens erfasst werden. Dafür wäre ein Persönlichkeitstest das richtige Instrument.

Um die messbaren Merkmale für ein BOS zu finden, müssen daher die Ursachen ausser Acht gelassen und das Augenmerk auf die Symptome gelegt werden, da sie von Betroffenen beurteilbar sind. Der Merkmalkatalog wurde darum auf spürbare Symptome reduziert.

Die Kategorienbildung wird aus den Theorien in Kapitel 2 abgeleitet. Als durchgängiges Merkmal wird dort nur die emotionale Erschöpfung genannt. Viele Autoren, beispielsweise Koch und Kühn (2005), Burisch (2010) und Pilz-Kusch (2012, S. 22-24) teilen die Symptome aber in emotionale, geistige, soziale und körperliche Äusserungen ein. Letztgenannte Autorin nennt vier Ebenen der Leistungsfähigkeit des Organismus, die beim BOS überlastet sein können: 1. Ebene: die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sinken; 2. Ebene: die mentale und emotionale Stabilität lässt nach; 3. Ebene: die körperliche Leistungsfähigkeit lässt nach; 4. Ebene: die soziale Kompetenz lässt nach.

In Anlehnung daran werden die Burnout-Merkmale in dieser Arbeit in folgende Hauptkategorien eingeteilt: 1. emotionale, 2. kognitive, 3. soziale, 4. körperliche, 5. arbeitsbezogene Kernmerkmale.

4.3 Theoriegeleitete Kernmerkmale des BOS

Die nach Kapitel zusammengefassten Merkmale wurden oben genannten fünf Symptomkategorien zugeordnet und in 34 Untergruppen zusammengefasst. Sie stellen die theoriegeleiteten Kernmerkmale (typische Merkmale) des BOS dar und bilden das **Fazit** des Theorie-teils dieser Arbeit. Die Einteilung ist zur Nachvollziehbarkeit mit nummerierten Symptomen im Anhang H abgebildet, die theoriegeleiteten Kernmerkmale im Anhang I.

Der **Begriff „Kernmerkmal“** wird in dieser Arbeit so verwendet, dass er ein typisches Symptom des BOS beschreibt. Es tritt grundsätzlich bei jedem Burnout-Betroffenen auf.

Die Annahme, diese Liste stelle die Kernmerkmale des BOS dar, wird im empirischen Teil der Arbeit überprüft.

II EMPIRISCHER TEIL

5 Untersuchungsmethode

Der empirische Teil der Arbeit folgt dem Vorgehen der qualitativen Sozialforschung. Das folgende Kapitel beschreibt die Art der Datenerhebung und begründet die Wahl des Erhebungsinstrumentes und der Auswertungsmethode. Ziel ist es, die im Theorieteil ermittelten Kernmerkmale des BOS zu überprüfen und zu validieren.

Informationen bezüglich erlebter Symptome aus Einzelinterviews mit ehemals betroffenen Burnout-Patienten dienen dem Vergleich mit den Kernmerkmalen für das BOS. Da Einzelfallanalysen gemäss Mayring (2002, S. 42) eine entscheidende Hilfe bei der Suche nach relevanten Einflussfaktoren darstellen und sehr genau auf den Lebenszusammenhang einzelner Subjekte eingehen, scheint diese Methode gerechtfertigt.

Ziel ist einerseits die Überprüfung der Annahme, dass die 34 theoriegeleiteten Kernmerkmale der fünf Symptomkategorien das BOS beschreiben. Andererseits sollen allfällige Änderungen vorgenommen werden. Folgende Fragestellungen strukturieren das Vorgehen:

- Erlebten ehemalige Burnout-Patienten diese Kernmerkmale?
- Können die Befragten eindeutige Aussagen zu den Kernmerkmalen machen – sind die inhaltlichen Formulierungen und die Kategorisierungen stimmig und trennscharf?
- Nennen Betroffene weitere ausschlaggebende Kernmerkmale?

Dieses Ziel soll erreicht werden, indem die Interviewpartner frei Ursachen und Symptome im Zusammenhang mit ihrem Burnout wiedergeben. Die leitende Fragestellung „Welches sind die Kernmerkmale für ein BOS?“ wird nach Mayring (2003; zit. nach Lamnek, 2010, S. 470-483) theoriegeleitet in Unterfragestellungen differenziert:

- Woran haben Sie gemerkt, dass Sie einen Burnout haben?
- Wie hat ihr Wochenrhythmus in der Zeit des Burnouts ausgesehen?
- Was hat es ausgemacht, dass Sie einen Arzt aufsuchten?
- Was veränderte sich in den sechs Monaten vor dem Arztbesuch? Wie veränderte es sich?

Obwohl die Arbeit qualitativ aufgebaut ist und einen explorativen Charakter aufweist, liegen der Leitfrage die Erkenntnisse des Theorieteils zugrunde. Ein BOS wird demnach über Symptome gemessen. Da die Inhaltsanalyse offen ist für empirisch begründete Kategorien, hier induktiv erhobene Burnout-Merkmale, die sich aus dem Datenmaterial ergeben, dient sie als Auswertungsmethode (Lamnek, 2010, S. 471).

Die wichtigsten Verfahren zur Datengewinnung sind also das problemzentrierte teilstandardisierte Leitfadenterview nach Lamnek (2010, S. 306-337) und die qualitative Inhaltsanalyse nach Lamnek (2010 S. 464-483) in Anlehnung an Mayring (2003; zit. nach Lamnek, 2010, S. 470-483).

5.1 Forschungsdesign

Das Erhebungsverfahren – das problemzentrierte Interview – ermöglicht das freie zu Wort kommen der Befragten. Das zugrundeliegende theoretische Konzept sind die ermittelten Merkmale des BOS. Diese werden mit der sozialen Realität der Befragten verglichen, plausibilisiert oder modifiziert (vgl. Lamnek, 2010, S. 349). Diese Überprüfung wird anhand eines Interviewleitfadens durchgeführt. Das Vorgehen hält sich an die drei Prinzipien nach Witzel (1982; zit. nach Mayring, 2002, S. 68).

- Mit *Problemzentrierung* meint der Autor, dass sich der Forscher vor der Interviewphase wesentliche Aspekte des gesellschaftlichen Problems erarbeitet. In dieser Arbeit liegt die Problemzentrierung auf den erarbeiteten theoretischen Erkenntnissen bezüglich des BOS.
- Die *Gegenstandsorientierung* des Verfahrens bedeutet, dass sich die Interviewgestaltung auf den spezifischen Gegenstand beziehen soll, was hier die zusammengestellten Kernmerkmale des BOS sind.
- *Prozessorientierung* heisst, das wissenschaftliche Problemfeld mittels schrittweiser Gewinnung und Prüfung von Daten - hier von Kernmerkmalen - zu analysieren.

Das problemzentrierte Interview eignet sich gemäss Mayring (2002, S. 70) hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung, da es keinen rein explorativen Charakter hat, sondern eine Problemanalyse im Voraus stattgefunden hat und dezidierte, spezifische Fragestellungen vorherrschen. Zudem ist es durch den Leitfaden teilweise standardisiert, was die Vergleichbarkeit und Auswertung mehrerer Interviews erleichtert.

Die vorliegende empirische Arbeit will die Kernmerkmale des BOS ermitteln, um das Syndrom messbar zu machen. Die Probanden erzählen frei, welche Symptome sie erlebt haben und wie ihr Burnout zustande gekommen ist. Diese Komponenten werden den theoriegeleiteten Kernmerkmalen zugeordnet, um zu überprüfen, ob sie bei den Probanden zutreffen. Zusätzliche Nennungen aufgetretener Symptome werden in neuen Kategorien aufgelistet. Die Befragten werden auf nicht frei genannte Merkmale angesprochen zur Überprüfung, ob sich diese bei ihrem Burnout manifestierten oder nicht.

Gemäss Lamnek (2010, S. 445) dient die Inhaltsanalyse in der Psychologie der Messung emotionaler oder kognitiver Befindlichkeiten. Wie aus dem Theorieteil der Arbeit erschlossen werden konnte, sind die Hauptsymptome des BOS emotionaler Art. Aus diesem Grund eignet sich dieses Verfahren zur Datenerhebung. Gegenüber standardisierten Interviews bietet die Technik zudem den Vorteil offener Kommunikation, was bedeutet, dass der Befragte den Inhalt vorgibt, der später analysiert wird.

5.2 Stichprobe

Für die Stichprobenauswahl wurden fünf erwachsene, berufstätige Personen ausgewählt, die in der Vergangenheit an einem Burnout erkrankt waren. Die drei Frauen und zwei Männer machten alle eine Therapie und stiegen danach wieder ins Berufsleben ein. Alle übten nach der Therapie den gleichen Beruf aus wie davor. Die Absicht war, Personen zu befragen, die das BOS selber erlebt haben und aus genesener Sicht darauf zurückblicken können. Diese Distanz zur Krankheit erlaubt eine objektivere Beurteilung der Merkmale als eine Befragung von aktuell Betroffenen. Dabei ist zu beachten, dass keine Person vom Arzt die Diagnose „Burnout“ erhalten hat, weil es sie nicht gibt. Es wurden die Diagnosen „Erschöpfungsdepression“, „Posttraumatische Belastungsstörung“ oder „Stressfolgeerkrankung“ gestellt. Aufgrund dessen kann nicht bestimmt werden, ob die Befragten auch wirklich einen Burnout erlebt hatten, wobei dies durch die fehlende Diagnostizierbarkeit ohnehin nicht möglich ist. Daher wird für die Untersuchung in dieser Arbeit angenommen, dass alle befragten Personen am BOS erkrankt waren.

Die zwei männlichen Interviewpartner arbeiten als Lehrpersonen – der eine ist Reallehrer, der andere heute Kleinklassenlehrer (schulischer Heilpädagoge), zur Zeit des Burnouts Primarlehrer. Bei den drei weiblichen Befragten handelt es sich um eine Schulpsychologin, eine Logopädin und eine Pastoralassistentin. Tabelle 3 enthält weitere Information zu den fünf Personen.

Tab. 3: Beschreibung der Stichprobe

Person	Geschlecht	Geburtsdatum	Beruf beim Burnout	Zeitpunkt des Burnouts	Therapieformen (erste Massnahmen)
P-A	♂	19.12.1952	Primarlehrer	Herbst 1998	6 Monate ambulante Psychotherapie, Medikamente
P-B	♂	31.3.1954	Reallehrer	Sommer 1999	4 Wochen Klinikaufenthalt, Medikamente
P-C	♀	23.11.1953	Schulpsychologin	Herbst 2003	3 Wochen Kurhaus, Psychotherapie, Medikamente
P-D	♀	5.3.1975	Pastoralassistentin	Frühling 2004	8 Wochen Kurhaus, ambulante Psychotherapie, Atemtherapie
P-E	♀	15.7.1960	Logopädin	Winter 2010	4 Wochen Klinikaufenthalt, Medikamente

5.3 Datenerhebung

Die fünf Interviewpartner wurden telefonisch oder persönlich über das berufsbedingte oder private Beziehungsnetz kontaktiert. Die Interviews fanden entweder bei den Befragten oder der Untersuchenden Zuhause statt, wo eine ruhige, ungestörte Atmosphäre herrschte. Sie wurden zwischen dem 28. September und dem 2. Oktober 2012 durchgeführt und dauerten zwischen 50 und 80 Minuten.

Als Erhebungsinstrument wurde das problemzentrierte Interview mit teilstandardisiertem Leitfaden nach Lamnek (2010, S. 332-333) gewählt, da im Vergleich zum narrativen Interview die Konzeptgenerierung durch den Befragten ebenfalls im Vordergrund, jedoch ein bereits bestehendes wissenschaftliches Konzept im Hintergrund steht. Damit sind hier die theoriegeleiteten Kernmerkmale des BOS gemeint, die modifiziert werden sollen. Die Vorgehensweise ist damit eine Kombination aus Induktion und Deduktion. „Wie auch im quantitativen Paradigma üblich, bereitet sich der Forscher durch Literaturstudium, eigene Erkundungen im Untersuchungsfeld, durch Ermittlung des Fachwissens von Experten usw. auf seine Studie vor“ (Lamnek, 2010, S. 333). Dies wurde im Theorieteil der vorliegenden Arbeit gemacht. Das problemzentrierte Interview will mit völlig offenen Fragen den interessierenden Problembereich eingrenzen und damit das theoretische Konzept des Forschers nicht bekannt geben. Zudem erfasst der Forscher den Forschungsgegenstand unvoreingenommen (Witzel, 1985; zit. nach Lamnek, S. 333).

5.3.1 Gesprächsleitfaden

Die Interviewsituation des problemzentrierten Interviews lässt sich nach Lamnek (2010, S. 333-334) in fünf Phasen einteilen. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurden sie berücksichtigt und sind im Folgenden erläutert. Der Gesprächsleitfaden, der bei einem Probeinterview getestet und revidiert wurde, ist im Anhang J abgebildet.

1. Einleitung: Zu Beginn des Interviews wurden die erzählende Gesprächskultur und das Thema des Interviews festgelegt. Die Einleitung diente der Bedankung für die Bereitschaft zum Interview, der Vorstellung der Arbeit und des Vorgehens beim Interview. Zudem wurde bezüglich Datenschutz informiert und die Probanden unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Ein Kurzfragebogen erfasste die wichtigsten Daten zur Person und ihrem Burnout.

2. Allgemeine Sondierung: Ziel ist es, den Befragten in die narrative Phase zu bringen. Dies geschah im Interview durch die Einstimmungsfrage, die den Befragten gedanklich in die damalige Lage zurückversetzt: „Erzählen Sie mir bitte, wann Sie zum ersten Mal daran gedacht haben, am Burnout-Syndrom zu leiden.“

3. Spezifische Sondierung: Gemäss Witzel (1985, zit. nach Lamnek, 2010, S. 334) geht es in der dritten Phase darum, dass der Interviewer die Erzählsequenzen nachvollziehen kann. Er kann zurückspiegeln, Verständnisfragen stellen oder Konfrontationen provozieren. In den geführten Interviews wurde hauptsächlich mit der dritten Frage des Leitfadens „Ist es richtige, dass...“ zurückgespiegelt. Verständnisfragen wurden wo nötig gestellt.

4. Direkte Fragen: Mit den Ad-hoc-Fragen sind diejenigen gemeint, die aufgrund des theoretischen Hintergrundwissens betreffend möglicher BOS-Merkmale im Interview gestellt wurden, da sie der Befragte ungenau erläuterte. Diese Fragen sind daher nicht in den Gesprächsleitfaden integriert, sondern entstanden direkt während des Interviews.

5. Kurzfragebogen: Die Idee des narrativen Interviews wird beim Kurzfragebogen verlassen. In den geführten Gesprächen wurde er verwendet, um Merkmale des BOS, die vom Befragten nicht erwähnt wurden, bezüglich ihres Auftretens in der Burnout-Phase zu beurteilen. Der Kurzfragebogen wurde mündlich durchgeführt, weil nur noch einzelne Merkmale daraus erfragt wurden.

Lamnek (2010, S. 335) stellt vier Techniken zur Datenerfassung vor. Es sind dies der Kurzfragebogen (siehe oben), der Leitfaden (siehe Anhang J), das Tonband und das Postskript. Sie wurden bei der Planung und Durchführung der Interviews berücksichtigt: Die

Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. In einem Postskript sind die Gespräche vor dem Einschalten und nach dem Abschalten des Tonbandgeräts festgehalten.

Leitfadenkonstruktion

Nebst dem oben beschriebenen Vorgehen zur Vorbereitung und Durchführung der problemzentrierten Interviews orientierte sich die Konstruktion des Interviewleitfadens an den folgenden sechs Anforderungen nach Helfferich (2005, zit. nach Lamnek, 2010, S. 321-322), denen ein Gesprächsleitfaden gerecht werden muss.

1. Die Grundprinzipien qualitativer Sozialforschung wurden berücksichtigt (Lamnek, 2010, S. 301-306):
 - Die Interviews wurden mündlich-persönlich durchgeführt.
 - Es handelt sich um teilstandardisierte Befragungen, die situativ angepasste Fragen zulassen.
 - Auf das Prinzip der Offenheit wurde Wert gelegt.
 - Aufgrund des intimen und persönlichen Themas wurden die Interviews in Einzelbefragungen durchgeführt.
2. Nur eine begrenzte Anzahl von Fragen wurde gestellt, nämlich vier Leitfragen.
3. Formal wurde der Leitfaden zur guten Handhabung übersichtlich gestaltet.
4. Die Fragen versuchen den „natürlichen“ Erinnerungs- und Argumentationsfluss anzuregen. Die erste Frage beispielsweise versucht den Interviewten in die Stimmung der zu berichtenden Zeit zu versetzen.
5. Die Fragen wurden nicht abgelesen und je nach Situation angepasst.
6. Spontan produzierte Erzählungen wurden priorisiert.

Helfferich (2005, zit. nach Lamnek, 2010, S. 322) formuliert das SPSS-Prinzip für die Leitfadenerstellung - ein Vorgehen anhand folgender Schritte:

S = Sammeln von möglichst vielen Fragen: Gesammelt wurden alle Merkmale des BOS im Theorieteil, um die Betroffenen danach zu fragen.

P = Prüfen: Da nicht alle gefundenen Merkmale abgefragt werden konnten und die Interviewfragen offen gestellt werden sollten, wurde versucht, die Fragen so zu formulieren, dass die Befragten die Hauptmerkmale bei ihrem Burnout nennen würden. Zudem sollten sie alle bemerkten Symptome nennen.

S = Sortieren: Die Fragen wurden so sortiert, dass der Interviewte gedanklich und gefühlsmässig zuerst in die Zeit seiner Erkrankung zurückversetzt wird, um dann über die Hauptsymptome, Ursachen und zum Schluss die weiteren Merkmalen zu berichten.

S= Subsumieren: Diese Aspekte wurden in möglichst einfache Erzählaufforderungen umformuliert.

5.4 Datenaufbereitung

Die Interviews sind mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Vorgehen orientiert sich an Mayring (2003; zit. nach Lamnek, 2010, S. 470-483) und wird im Folgenden erläutert. Der Ablauf ist in neun Stufen gegliedert:

1. Festlegung des Materials: Die in Mundart durchgeführten Interviews wurden in die Schriftsprache übertragen, bereinigt, geglättet und möglichst wortgetreu transkribiert. Alle Stellen, die Rückschlüsse auf die Identität der Befragten zulassen könnten, wurden anonymisiert. Die Aufnahmen wurden nach der Transkription gelöscht. Die Transkriptionen, die Postskripts sowie die Resultate aus der Nachbefragung werden fünf Jahre (bis 30. November 2017) bei der Verfasserin der Arbeit aufbewahrt. Aus den transkribierten Interviews sind die Textstellen ausgewählt, welche auf Merkmale für ein BOS hinweisen.

2. Analyse der Entstehungssituation: Die Interviews wurden in Einzelsituationen mit ehemals betroffenen Burnout-Patienten durchgeführt. Die Gespräche fanden in ungestörter, privater Atmosphäre statt.

3. Formale Charakterisierung des Materials: Das zu analysierende Datenmaterial wurde mittels mündlicher Interviews erhoben und auf einen Tonträger aufgenommen und im Anschluss wörtlich transkribiert.

4. Richtung der Analyse: Die Analyse richtet sich auf die Fragestellung dieser Arbeit – der Ermittlung von Kernmerkmalen für ein BOS.

5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Die Fragestellung der Analyse ist von vornherein klar und ist an die bisherige Forschung über das BOS gebunden.

6. Bestimmung der Analysetechnik: Das interpretative Verfahren für die Auswertung der Daten erfolgt nach der von Mayring (2003; zit. nach Lamnek, 2010, S. 472) beschriebenen strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Diese Methode beinhaltet eine systematische Textanalyse, indem das Material schrittweise mit theoriegeleiteten Kategoriensystemen bearbeitet wird (Mayring, 2002, S.114). Die im Theorieteil entwickelten Kernmerkmale sind mit diesen Kategorien gemeint.

7. Definition der Analyseeinheit: Die auszuwertenden Textteile eines Interviewprotokolls werden bestimmt: Informationen, die Hinweise auf Symptome oder Merkmale für ein BOS geben, werden den bereits bestehenden Kategorien zugeordnet oder sie definieren eine neue Kategorie.

8. Analyse des Materials: Es wird Wert darauf gelegt, dass die Zuordnung von Textmaterial zu den Kategorien immer möglich ist und die Fundstelle bezeichnet wird. Dazu werden die Abschnitte in den Transkriptionen nummeriert. Nach der Bearbeitung erfolgt die Zusammenfassung des extrahierten und paraphrasierten Materials.

9. Interpretation: Die Ergebnisse werden in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert und die theoriegeleiteten Kernmerkmale des BOS bereinigt.

6 Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt die qualitativen Interviewergebnisse der grundsätzlich strukturierenden Inhaltsanalyse dar. Das deduktiv erarbeitete Kategoriensystem bezieht sich auf die im Theorieteil erarbeiteten Kernmerkmale des BOS, die in fünf Haupt- und 34 Unterkategorien eingeteilt sind (siehe Anhang I). Da dieses Kategoriensystem genau definiert ist, erübrigt sich das Verfahren von Ulrich, Hausser, Mayring, Strehmel, Kandler und Degenhardt (1985; zit. nach Mayring, 2002, S. 118) zur eindeutigen Zuordnung des Textmaterials. Die Überprüfung und Validierung der theoriegeleiteten Kernmerkmale geschieht über den Vergleich der Kategorien mit den Aussagen der Befragten. Sie werden den Unterkategorien zugeordnet. Zusätzlich genannte Merkmale werden nach der Technik der inhaltsanalytischen Zusammenfassung bearbeitet, welche induktive Kategorien bildet (Mayring, 2002, S. 115-118). Es wird eine Merkmaldefinition formuliert, unter welcher die dazu passenden Aussagen wiederum subsummiert werden. Anhang K enthält die tabellarische Zusammenfassung dieses Verfahrens.

Im Folgenden wird dieses oben erklärte Vorgehen durchgeführt: Es wird überprüft, ob die Kernmerkmale in den freien Erzählungen genannt oder beim Nachfragen als erlebte Symptome bestätigt werden und ob zusätzliche Kernmerkmale erhoben werden können. Da davon ausgegangen wird, dass Kernmerkmale die typischen Symptome für ein BOS darstellen und deshalb grundsätzlich bei jedem Patienten auftreten müssen, befolgt die Analyse folgende **Regeln der Überprüfung:**

1. Kernmerkmale müssen von mindestens vier der fünf Probanden ganz oder teilweise genannt werden.
2. Tritt ein Kernmerkmal bei mehr als einer Person nicht auf, wird es aus der Liste gestrichen.
3. Regeln 1 und 2 gelten auch für die induktiv gebildeten Merkmale. Diese können jedoch nur zu Kernmerkmalen gezählt werden, wenn die Literaturrecherche dies bestätigt und sie messbare Symptome sind.
4. Decken sich die Aussagen der Befragten inhaltlich nicht eindeutig mit den Kernmerkmalen, müssen sie umformuliert werden, damit sie trennscharf sind.

Nachfolgend werden zuerst die Ergebnisse der Überprüfung der theoriegeleiteten, danach die der induktiv erhobenen Kernmerkmale präsentiert (vgl. Anhang K).

6.1 Emotionale Kernmerkmale

In dieser Kategorie wird dargestellt, welche emotionalen Symptome die Befragten bei ihrem Burnout erlebt haben und welche nicht. Die Unterkategorien 1.1 bis 1.9 beziehen sich auf die deduktiv definierten Kernmerkmale. Es stellt sich heraus, dass einige Beschreibungen umformuliert werden müssen. Zudem wird ein Kernmerkmal gestrichen und zwei zu einem zusammengefügt.

1.1 Selbstunsicherheit, Schuldgefühl

Eine Person erwähnt die Selbstunsicherheit in der freien Erzählung. Alle Personen bestätigten auf Nachfrage, dieses Gefühl erlebt zu haben. Schuldgefühle hingegen erlebt nur eine Person als wesentlich, eine weitere teilweise.

Die Diskrepanz der Antworten zeigt, dass die beiden Begriffe nicht unter dem gleichen Merkmal befragt werden können. Sie sind zu trennen. Selbstunsicherheit wird als ein relevantes Kernmerkmal bestätigt, Schuldgefühle nicht.

➔ *Das Kernmerkmal wird auf die Beschreibung „Selbstunsicherheit“ reduziert.*

1.2 Insuffizienzgefühl

Zwei Personen beschreiben in der freien Erzählung das Gefühl, nicht genügt zu haben, alle anderen bestätigten es auf Nachfrage.

➔ *„Insuffizienzgefühl“ wird als Kernmerkmal bestätigt.*

1.3 Erschöpfung nach grosser Anstrengung

Alle Befragten berichten über Erschöpfung aufgrund einer als anstrengend empfundenen Zeit. Das Adjektiv „gross“ erweist sich jedoch als unklar und wird deshalb entfernt. Zudem wird „nach Anstrengung“ aus der Beschreibung gestrichen, da Erschöpfung grundsätzlich immer auf subjektiv empfundene Anstrengung folgt und das Merkmal so besser beurteilt werden kann.

➔ *Das Kernmerkmal wird in „Erschöpfungszustand“ umbenannt.*

1.4 Depressive Gefühle oder Niedergeschlagenheit

Drei Personen beschreiben depressive Gefühle im offenen Interview, alle andern bestätigen die Symptome auf Nachfrage.

➔ *„Depressive Gefühle oder Niedergeschlagenheit“ ist ein Kernmerkmal.*

1.5 Aggression

Zwei Befragte berichten über Aggressionen, eine davon sehr stark. Bei zwei weiteren Personen tritt das Symptom jedoch nicht auf.

➔ *„Aggression“ ist zwar ein Merkmal des BOS, gilt aber nicht als Kernmerkmal. Es wird aus der Liste entfernt.*

1.6 Stimmungsreduktion, Freudlosigkeit

Zwei Probanden machen freie Aussagen zu diesem Kriterium. Es ist jedoch schwierig, eine eindeutige Unterscheidung zum Kernmerkmal 1.4 zu machen. Alle Personen bestätigen, diese Gefühle erlebt zu haben.

➔ *Kernmerkmale 1.4 und 1.6 werden zusammengeführt. Es heisst neu „Stimmungsreduktion durch depressive Gefühle wie Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit“.*

1.7 Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit

Alle Befragten berichten über Gefühle der Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Perspektivenlosigkeit. Eine Person nennt es auch Ratlosigkeit.

➔ *„Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit“ wird als Kernmerkmal bestätigt.*

1.8 Enttäuschung, Frustration nach Anstrengung

Bis auf Person A erzählen alle Befragten über Situationen, in denen sie enttäuscht wurden, nachdem sie sich engagiert und ein anderes Resultat erwartet hatten. Da die Begriffe Ent-

täuschung und Frustration nahe beieinander liegen, werden sie auf Enttäuschung reduziert, da dieser Begriff weniger negativ konnotiert ist. Zudem wird die Bezeichnung „Anstrengung“ durch „Engagement“ ersetzt. Sie wird als passender erachtet, weil die emotionale Komponente darin stärker zum Vorschein kommt.

→ *Das Kernmerkmal wird in „Enttäuschung nach Engagement“ umformuliert.*

1.9 Angst vor negativen Ereignissen / Misserfolgen, Unruhe

Alle Personen bestätigten eine Angst vor negativen Ereignissen. Nur zwei Befragte gaben jedoch an, eine innere Unruhe verspürt zu haben. Die beiden Symptome gehören demnach nicht zur gleichen Kategorie. Ersteres wird zu den Kernmerkmalen gezählt, innere Unruhe entfällt. Da der Ausdruck „negative Ereignisse“ umfassender ist als „Misserfolge“, wird diese Bezeichnung verwendet.

→ *Das Kernmerkmal wird in „Angst vor negativen Ereignissen“ umformuliert.*

6.2 Kognitive Kernmerkmale

Drei der vier kognitiven theoriegeleiteten Kernmerkmale erweisen sich aufgrund der Interviews als nicht bestätigt.

2.1 Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit

Zwei Befragte nahmen eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit stark wahr, zwei gar nicht. Eine Person bestätigt das Symptom erst auf Nachfrage.

→ *„Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit“ erweist sich nicht als Kernmerkmal.*

2.2 Abbau an Kreativität

Zwei Personen spürten keinen Abbau an Kreativität, weshalb das Symptom nicht als Kernmerkmal definiert werden kann.

→ *„Abbau an Kreativität“ wird aus der Kernmerkmaliste gestrichen.*

2.3 Rigidität, Veränderungen im Wertesystem

Eine Person berichtet frei über Rigidität, drei auf Nachfrage. Nur jemand sagt aus, davon nichts gespürt zu haben. Demnach handelt es sich um ein Kernmerkmal, das aber sprachlich umformuliert werden muss, da bei der Befragung Unklarheiten bezüglich der Bedeutung entstanden sind. Es wurde dann mit „Widerstand gegen Veränderung“ erklärt.

→ *„Verminderte Toleranz bei Veränderungen“ ist ein Kernmerkmal.*

2.4 Reduzierte Aufmerksamkeit

Eine Person berichtet frei über Aufmerksamkeitschwierigkeiten, zwei Personen geben an, diese nicht gespürt zu haben oder sogar sehr gute Konzentration bei der Arbeit gehabt zu haben.

➔ *„Reduzierte Aufmerksamkeit“ ist kein Kernmerkmal.*

6.3 Soziale Kernmerkmale

Von den sechs theoriegeleiteten Kernmerkmalen in Bezug auf das Sozialverhalten werden vier durch die Befragten bestätigt. Eines kommt nicht durchgängig vor und wird aus der Liste gestrichen, ein weiteres wird den arbeitsbezogenen Merkmalen zugeordnet.

3.1 Konflikte

Alle Befragten berichten über Konflikte in Bezug auf die Arbeit sowie die sozialen Beziehungen. Das Kernmerkmal muss daher aufgespalten werden.

➔ *„Konflikte im Arbeitsumfeld“ gilt als Kernmerkmal der arbeitsbezogenen Symptome, „Konflikte im sozialen Umfeld“ wird bereits durch Kernmerkmal 3.5 befragt.*

3.2 Aversionen

Zwei Personen berichten ausführlich über Aversionen gegenüber Arbeitskollegen oder Familienmitgliedern. Bei zwei weiteren treten diese Gefühle nicht auf. Das Kriterium erweist sich zudem als wenig trennscharf im Vergleich zu Kernmerkmal 3.5 „Verschlechterung sozialer Beziehungen“.

➔ *„Aversionen“ gehört nicht zu den Kernmerkmalen.*

3.3 Reduziertes Engagement für andere

Zwei Befragte nennen das Kernmerkmal in der freien Erzählung, zwei weitere auf Nachfrage. Bei einer Person trat es nicht auf.

➔ *„Reduziertes Engagement für andere“ ist ein Kernmerkmal.*

3.4 Erhöhte Ansprüche an andere

Alle Interviewten hatten erhöhte Ansprüche an andere, zwei davon erzählen ohne Nachfrage darüber.

➔ *„Erhöhte Ansprüche an andere“ ist ein Kernmerkmal.*

3.5 Verschlechterung sozialer Beziehungen

Alle Personen erzählen von Beziehungsproblemen in der Partnerschaft, die mit der Phase des Burnouts einhergingen. Aufgrund der zu geringen Probandenzahl für eine Verallgemeinerung, kann das Kriterium nicht auf die Partnerschaft konkretisiert werden und bleibt so bestehen.

➔ *„Verschlechterung sozialer Beziehungen“ ist ein Kernmerkmal.*

3.6 Kontaktvermeidung

Obwohl ein Befragter aussagt, sich im Arbeitsteam wohl gefühlt zu haben, bestätigen alle, dass soziale Kontakte zusätzliche Anstrengung erforderten und deshalb vermieden wurden.

➔ *„Kontaktvermeidung“ ist ein Kernmerkmal.*

6.4 Körperliche Kernmerkmale

Die körperlichen Symptome wurden von den Befragten recht unterschiedlich erlebt. Eine Diskrepanz zwischen Männern und Frauen fällt auf, wobei die Stichprobengröße zu gering ist, um darüber eine generelle Aussage zu machen. Eine Person litt bis auf Müdigkeit nicht unter körperlichen Symptomen. Von den sieben theoriegeleiteten Kernmerkmalen gelten vier als bestätigt, drei werden gestrichen.

4.1 Erkältungskrankheiten und Entzündungen

Drei Personen bestätigen, an Erkältungen erkrankt zu sein, eine an Entzündungen. Das Kriterium ist zu spezifisch gewählt und wird daher umformuliert.

➔ *Das Kernmerkmal heisst neu: „Geschwächtes Immunsystem“.*

4.2 Schlafprobleme

Nur eine Person gibt an, immer gut geschlafen zu haben, die anderen vier beschreiben, während ihrem Burnout unter Schlafproblemen gelitten zu haben.

➔ *„Schlafprobleme“ ist ein Kernmerkmal für das BOS.*

4.3 Gewichtsveränderungen, Ess- / Magenprobleme

Die drei weiblichen Personen geben an, dass Gewichtsveränderungen oder Essprobleme auftraten, die zwei Männer spürten davon nichts.

➔ *„Gewichtsveränderungen, Ess- / Magenprobleme“ ist kein Kernmerkmal.*

4.4 Müdigkeit

Alle Befragten verspürten gemäss ihrer freien Erzählung verstärkt grosse Müdigkeit.

➔ *„Müdigkeit“ gehört zu den Kernmerkmalen.*

4.5 Schmerzen, Muskelverspannungen

Zwei Personen erwähnen Schmerzen oder Muskelverspannungen im offenen Interview, alle anderen bestätigen entweder das eine oder das andere Symptom zumindest teilweise auf Nachfrage. Das Komma wird durch ein „oder“ ersetzt. Das Kriterium bleibt dadurch als Kernmerkmal erhalten.

➔ *„Schmerzen oder Muskelverspannungen“ ist ein Kernmerkmal.*

4.6 Andere psychosomatische Beschwerden

Nur drei der fünf Befragten erlebten andere psychosomatische Beschwerden als diejenigen, die schon genannt wurden. Das Kriterium ist zu unkonkret und wenig trennscharf.

➔ *„Andere psychosomatische Beschwerden“ gilt nicht als Kernmerkmal.*

4.7 Aufputzmittel, Drogenkonsum

Keine Person erzählte in der freien Befragung über Konsum von Aufputzmitteln oder Drogen. Auf Nachfrage bestätigte nur jemand, vermehrt Kaffee getrunken zu haben.

➔ *„Aufputzmittel, Drogenkonsum“ wird nicht zu den Kernmerkmalen gezählt.*

6.5 Arbeitsbezogene Kernmerkmale

Wie im Theorieteil beschrieben, kann nur von einem BOS gesprochen werden, wenn es im Beruf ausgelöst wurde. Dabei handelt es sich immer um ein Zusammenspiel mehrerer Ursachen und Symptome. Dem Theorieteil der Arbeit entsprangen dennoch acht Kernmerkmale, von denen durch die Befragung sechs bestätigt und zwei verworfen werden.

5.1 Hohe Arbeitsbelastung / Stress

Alle Befragten erzählen von hohen Arbeitsbelastungen und Stress. Eine Person gibt an, diese Überlastung sei innerlich gewesen, rührte also nicht von der Arbeitsmenge her.

➔ *„Hohe Arbeitsbelastung / Stress“ ist ein Kernmerkmal.*

5.2 Über- / Unteraktivität, reduziertes Engagement im Beruf

Bis auf eine Person erinnern sich alle Befragten, überaktiv gewesen zu sein. Ein reduziertes Engagement im Beruf bestätigt jedoch nur eine Person. Die beiden Symptome können nicht miteinander in Verbindung gebracht werden, reduziertes Engagement im Beruf wird daher entfernt. Unteraktivität wird hier beibehalten, weil sie im Laufe der Erschöpfung wahrgenommen wurde.

→ *„Über- oder Unteraktivität“ ist ein Kernmerkmal.*

5.3 Grübeln, nicht abschalten können

Drei Befragte erzählen frei über das Problem, nicht abschalten zu können, die anderen zwei bestätigen es auf Nachfrage. Um eine passendere Bezeichnung zu erhalten, wird das Kernmerkmal umformuliert.

→ *„Mangelnde Distanz zur Arbeit“ ist ein Kernmerkmal.*

5.4 Motivationsverlust

Über einen Verlust an Motivation berichtete keine Person im offenen Interview. Auf Nachfrage bestätigten nur zwei, dieses Merkmal verspürt zu haben.

→ *„Motivationsverlust“ wird nicht als Kernmerkmal beibehalten.*

5.5 Arbeitsunzufriedenheit

Alle Befragten berichten frei über das Gefühl, mit der Arbeit unzufrieden gewesen zu sein.

→ *„Arbeitsunzufriedenheit“ ist ein Kernmerkmal.*

5.6 Autonomieverlust

Vier Personen berichten über Autonomieverluste, als sie an Entscheidungsfreiheit oder Akzeptanz verloren haben. Nur bei einer Person taucht das Symptom nicht auf.

→ *„Autonomieverlust“ ist ein Kernmerkmal.*

5.7 Wenig Rückmeldung

Zwar bestätigen drei Personen, wenig Rückmeldung zu ihrer Arbeit erhalten zu haben, zwei andere haben dies jedoch nicht erlebt.

→ *„Wenig Rückmeldung“ ist kein Kernmerkmal.*

5.8 Überforderung, Leistungseinbussen

Alle Befragten erzählen vom Gefühl der Überforderung, worauf der „Zusammenbruch“ folgte. Leistungseinbussen werden jedoch nicht erwähnt. Der Begriff wird daher entfernt.

➔ *„Überforderung“ ist ein Kernmerkmal.*

6.6 Induktiv erhobene Merkmale

Nebst den besprochenen Symptomen, die den Kernmerkmalen zugeordnet werden konnten, berichten die Befragten über weitere Merkmale, die bei ihrem Burnout aufgetreten sind. Um sie als Kernmerkmale zu definieren, werden folgenden **Bedingungen** gestellt, die als Voraussetzung gelten sollen:

1. Merkmale sind erlebbare, messbare Symptome, wie in Kapitel 2.4 beschrieben, nicht Ursachen oder Voraussetzungen.
2. Die Merkmale decken sich mit den von Burisch (2010) und Schaufeli und Enzmann (1998) definierten Kernsymptomen aus dem Kapitel 2.4.
3. Mindestens vier von fünf Befragte erlebten das Merkmal.

Tabelle 4 zeigt die Überprüfung der drei Bedingungen und Herleitung eines neuen Kernmerkmals auf: Das Gefühl, etwas verändern zu müssen. Es wird zur Hauptkategorie „emotionale Kernmerkmale“ hinzugefügt und gemäss demjenigen von Burisch (2010) „Aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen“ umbenannt in:

➔ *„Aktives Bemühen, eine Änderung der momentanen Lebenssituation herbeizuführen“.*

Die definitive Liste der ermittelten Kernmerkmale, die aus fünf Haupt- und 24 Unterkategorien besteht, ist in Anhang L abgebildet. Sie geben **Antwort auf die erste Fragestellung** dieser Arbeit: „Welches sind die messbaren typischen Merkmale des BOS?“ Zudem sind die Kernmerkmale im nächsten Kapitel in Tabelle 5 zusammen mit den diagnostischen Fragen aufgeführt.

Die in Tabelle 4 aufgeführten, induktiv erhobenen Merkmale 6.9, 6.11 und 6.12 sind keine Symptome, sondern Ursachen oder Voraussetzungen für ein BOS. Daher konnten sie nicht als Kernmerkmale bestimmt werden und eignen sich nicht zur Ableitung diagnostischer Fragen für ein Selbstevaluationsinstrument. Sie wurden aber in Kapitel 2.3 des Theorieteils der Arbeit als relevant beschrieben und von mindestens vier der fünf Befragten bestätigt,

was sie dennoch zu relevante Merkmale macht, die im Fragebogen Verwendung finden sollen. In Kapitel 6.8, wo ein Beispiel eines Selbstevaluationsfragebogens erstellt und erklärt ist, wird näher auf sie eingegangen.

Tab. 4: Überprüfung der induktiv erhobenen Merkmale

Induktiv erhobene Merkmale	Bedingungen			Kernmerkmal
	1: messbares Symptom	2: Kernsymptom nach Theorie	3: vier von fünf Befragten	
6.1 Keine Erholung durch Urlaub	ja	nein	nein: drei von fünf	nein
6.2 Beanspruchung ärztlicher Hilfe - Medikamente	nein: Reaktion auf Symptom	vgl. „aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen“	ja: alle	nein
6.3 Suche nach Hilfe beim Arbeitgeber	nein: Reaktion auf Symptom	vgl. „aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen“	nein: zwei von fünf	nein
6.4 Reduktion der Freizeitaktivitäten	ja	nein	ja: vier von fünf	nein
6.5 Gefühl, etwas zieht einem runter	ja	nein	nein: eins von fünf	nein
6.6 Perfektionist sein, sehr hohe Ansprüche an sich haben	nein: Ursache / Persönlichkeitsmerkmal	nein	nein: drei von fünf	nein
6.7 Suche nach neuem Sinn	ja	vgl. „aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen“	nein: drei von fünf	nein
6.8 Selbstüberschätzung	ja	nein	nein: zwei von fünf	nein
6.9 Viele Problemkreise: Beruf, Familie und Freizeit	nein: Ursache / Voraussetzung	nein	ja: alle	nein
6.10 Gefühl, etwas verändern zu müssen	ja	Ja: „aktives Bemühen, eine Änderung dieses Zustands herbeizuführen“	ja: vier von fünf	ja
6.11 Auslöseereignis	nein: Ursache	nein	ja: alle	nein
6.12 Anbahnung über einen langen Zeitraum	nein: Ursache / Voraussetzung	nein	ja: alle	nein

6.7 Ableitung diagnostischer Fragen aus den Kernmerkmalen

Um Fragen für ein Selbstbeurteilungsinstrument zu formulieren, werden die Kernmerkmale operationalisiert. Operationalisieren heisst, zu einem explizit definierten Begriff wie hier „Burnout“ präzise Handlungsanweisungen zu geben, anhand derer festgestellt werden kann, ob das beschriebene Phänomen vorliegt oder nicht. Lässt sich der Begriff nicht unmittelbar beobachten, muss er mittels Indikatoren greifbar gemacht werden. Indikatoren sind wahrnehmbare Phänomene, die begründen, dass das nicht wahrnehmbare Phänomen vorliegt (Prim & Tilmann, 1973; zit. nach Lamnek, 2010, S. 116). In der vorliegenden Arbeit sind diese Indikatoren die 24 Kernmerkmale, deren Vorhandensein mittels Fragen bezüglich auftretender Symptome festgestellt wird. Rauchfleisch (2005, S. 86-87) betont in seinen Ausführungen zu Testinstruktionen die grosse Bedeutung der sprachlichen Formulierung von Testaufgaben. Folgende Punkte seien zu beachten:

- Mehrdeutige Begriffe sollten vermieden werden.
- Fragen sollten inhaltlich nicht überladen werden, nur ein sachlicher Gedanke liegt ihnen zugrunde.
- Es sollten nur positive Fragen erscheinen, insbesondere keine doppelten Negationen.
- Hilfreich ist es, die konzipierten Fragen im Rahmen einer Pilotstudie Probanden vorzulegen und sie zu deren Verständnis zu befragen.

Diese Punkte wurden bei der Formulierung der diagnostischen Fragen aus den Kernmerkmalen berücksichtigt. Der Fragekatalog wurde von fünf gesunden Personen (zwei Frauen im Alter von 34 und 62 Jahren und drei Männer im Alter von 36, 46 und 54 Jahren) ausgefüllt, die beurteilten, ob die Fragen eindeutig verständlich, einfach beantwortbar und ihrer Meinung nach auf die Kernmerkmale zielend sind. Aufgrund dieser Beurteilungen wurden fünf Fragen abgeändert. Ursprünglich hiessen sie:

- 1.1 „Ich traue mir immer weniger zu.“
- 1.4 „Meine Stimmung ist gedrückt. Ich fühle mich depressiv, niedergeschlagen oder freudlos.“
- 4.3 „Ich fühle mich oft unausgeschlafen und müde.“
- 5.3 „Ich arbeite mehr als andere – mehr als üblich. / Ich arbeite weniger als andere - weniger als üblich.“
- 5.5 „Mit meiner Arbeitssituation bin ich nicht wirklich zufrieden.“

Unter den in der Arbeit formulierten und eingehaltenen Bedingungen und Regeln resultieren die Fragen eines Selbstbeurteilungsinstrumentes des BOS. Sie sind in Tabelle 5 zusammen mit den zugrunde liegenden Kernmerkmalen aufgeführt und geben **Antwort auf**

die zweite Fragestellung: „Welche Fragen zur Erfassung des BOS lassen sich aus diesen Merkmalen ableiten?“ Nach der Pilotstudie veränderte Fragen sind grau unterlegt.

Tab. 5: Kernmerkmale und abgeleitete diagnostische Fragen

1	Emotionale Kernmerkmale	Diagnostische Fragen
1.1	Selbstunsicherheit	Ich zweifle meine Handlungen und Entscheidungen an - traue mir immer weniger zu.
1.2	Insuffizienzgefühl	Ich habe das Gefühl, an mich gestellte Anforderungen nicht mehr erfüllen zu können.
1.3	Erschöpfungszustand	Ich fühle mich erschöpft durch die Anstrengungen der vergangenen Zeit.
1.4	Stimmungsreduktion durch depressive Gefühle wie Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit	Meine Stimmung ist gedrückt: Ich fühle mich niedergeschlagen - an etwas Freude zu empfinden fällt mir schwer.
1.5	Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit	Ich weiss nicht, wie ich meine aktuelle Lebenssituation verbessern kann.
1.6	Enttäuschung nach Engagement	Ich bin oft enttäuscht, weil ich von meinem Engagement mehr Erfolg erwartet hätte.
1.7	Angst vor negativen Ereignissen	Ich befürchte oft, dass Dinge schief gehen.
1.8	Aktives Bemühen, eine Änderung der momentanen Lebenssituation herbeizuführen	Ich habe Verschiedenes unternommen, um die momentane Situation zu verändern.
2	Kognitives Kernmerkmal	Diagnostische Fragen
2.1	Verminderte Toleranz bei Veränderungen	Ich gerate leicht aus der Fassung, wenn etwas nicht nach meinen Vorstellungen läuft.
3	Soziale Kernmerkmale	Diagnostische Fragen
3.1	Reduziertes Engagement für andere	Es fällt mir schwer, mich in andere hineinzufühlen oder mich um sie zu kümmern.
3.2	Erhöhte Ansprüche an andere	Ich brauche viel Unterstützung von anderen und habe oft den Eindruck, zu kurz zu kommen.
3.3	Verschlechterung sozialer Beziehungen	Einige Freundschaften haben sich entfremdet.
3.4	Kontaktvermeidung	Ich ziehe mich öfters zurück, kapsle mich ab.
4	Körperliche Kernmerkmale	Diagnostische Fragen
4.1	Geschwächtes Immunsystem	Ich erkrankte in den letzten Monaten schneller an Infekten (z.B. Erkältungen).
4.2	Schlafprobleme	Ich kann nicht mehr gut schlafen.
4.3	Müdigkeit	Ich fühle mich oft müde.
4.4	Schmerzen oder Muskelverspannungen	Ich habe vermehrt Schmerzen (Kopf, Rücken, Haut, ...) oder fühle mich verspannt.
5	Arbeitsbezogene Kernmerkmale	Diagnostische Fragen
5.1	Konflikte im Arbeitsumfeld	Ich gerate öfters in Konfliktsituationen im Arbeitsumfeld.
5.2	Hohe Arbeitsbelastung / Stress	Ich muss viel leisten und fühle mich oft gestresst.
5.3	Über- oder Unteraktivität	Ich arbeite mehr bzw. weniger als üblich.
5.4	Mangelnde Distanz zur Arbeit	Ich kann schlecht abschalten und grüble oft.
5.5	Arbeitsunzufriedenheit	Mit meiner Arbeitssituation bin ich nicht zufrieden.
5.6	Autonomieverlust	Ich habe das Gefühl, zu wenig selber bestimmen zu können.
5.7	Überforderung	Ich fühle mich im Beruf überfordert.

Um aus diesen Fragen ein Messinstrument zu erstellen, das die Testgütekriterien erfüllen könnte, müssen sie in einer Anschlussarbeit quantitativ analysiert werden. Dennoch soll eine mögliche Variante eines solchen Fragebogens als Ergebnis der Arbeit bereitgestellt werden. Ein Beispiel eines derartigen Selbstbeurteilungsinstrumentes wird konstruiert und im folgenden Kapitel erläutert.

6.8 Beispiel eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Messung des BOS

Bei der Erstellung des Fragebogens wurden die Anleitungen von Wester, Soltau und Paradies (2006) befolgt. Sie werden im Folgenden erklärt. Das Beispiel des Selbstbeurteilungsinstrumentes ist in Anhang M aufgeführt.

Layout

Ein klares Layout wirkt sich positiv auf die Zuverlässigkeit der Antworten aus. Fragen zum gleichen Themenbereich stehen zusammen. So wurden die Bereiche „emotionale Befindlichkeit“, „geistige, soziale und körperliche Befindlichkeiten“ und „arbeitsbezogene Befindlichkeit“ in je einem Abschnitt aufgeführt. Für den testanalytisch geprüften fertigen Fragebogen wäre eine andere Anordnung der Items zu überdenken, beispielsweise eine Durchmischung der Fragen, um der Beeinflussung durch Ausstrahlung zu entgehen. Eine andere Variante wäre ein Fragetrichter, der von allgemeinen zu spezifischen Fragen leitet (Stangl, 1997). Die Fragen wurden fortlaufend eindeutig durchnummeriert, damit nicht zwei Fragen zur gleichen Nummer gehören.

Demographische Daten

Zu Beginn des Fragebogens werden Angaben zur Person (Name, Geschlecht, Alter, Familienstand und Beruf) gemacht. Die Frage zum Auslöseereignis gibt einen ersten Hinweis auf das Vorliegen eines Burnout-Syndroms. Wie in Kapitel 2.3.4 des Theorieteils beschrieben, ist Burisch (2010) überzeugt, dass am Anfang des Burnout-Prozesses eine gestörte Handlungsepisode steht. Dies bestätigten auch alle Befragten im empirischen Teil der Arbeit. Das induktiv erhobene Merkmal 6.11 wurde dort nicht zu den Kernmerkmalen gezählt, weil es nicht ein Symptom darstellt, das die Befindlichkeit erfragt. Es ist jedoch ausschlaggebend für die Erhebung eines Burnouts.

Hinweise zur Bearbeitung

Mit der Instruktion wird über das Ziel und den Inhalt der Selbstbeurteilung informiert. Es wird erklärt, wie die Aussagen zu bewerten sind, nämlich im Hinblick auf die vergangenen

drei Monate. Grund dafür ist, dass nur von einem BOS gesprochen werden kann, wenn die Problematik über einen längeren Zeitraum vorhanden ist (vgl. Kapitel 2.3.3). Diese lange Anbahnung der Krankheit kommt in allen Interviews zum Ausdruck und wird mit dem induktiv erhobenen Merkmal 6.12 beschrieben. Da es kein messbares Symptom ist, wurde es als Kernmerkmal abgelehnt. Dennoch ist es für die Erhebung von Burnout relevant, weil dadurch differenzialdiagnostisch der Burnout von chronischem Arbeitsstress abgegrenzt wird (vgl. Kapitel 3.4).

Antwortformat

Die Antwortdichotomie wurde gewählt, weil die geschlossenen Fragen die Kernmerkmale des BOS prüfen. Da diese gemäss Kapitel 6 grundsätzlich bei Betroffenen zutreffen müssen, ist eine Ratingskala nicht zielführend. Mit dieser Antwortmöglichkeit wird eine klare Aussage „erzungen“, ob ein BOS vorliegt oder nicht. Gemäss der aktuellen Forschung über Burnout, handelt es sich dabei um ein komplexes Syndrom (vgl. Kapitel 2.1.2). Es sind bei einem Burnout mehrere Lebensbereiche von der Erschöpfung betroffen. Daher ist gerechtfertigt, dass alle Kernmerkmale aus den verschiedenen Kategorien (emotional, kognitiv, sozial, körperlich und arbeitsbezogen) bestätigt werden müssen, um von einem BOS sprechen zu können. Dies bestätigt auch die Befragung der ehemaligen Burnout-Betroffenen mit dem induktiv erhobenen Merkmal 6.9. Es wurde nicht als Kernmerkmal definiert, weil es kein Symptom darstellt. Die Komponente „arbeitsbezogene Kernmerkmale“ liefert daneben eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Depression.

Auswertung

Da jede der 24 Aussagen ein Kernmerkmal des BOS darstellt, kann keine Gewichtung vorgenommen werden. Jede „stimmt“ – Antwort zählt einen Punkt, die „stimmt nicht“ - Antwort keinen Punkt. Treffen alle Aussagen zu, sind alle Kernmerkmale vorhanden und ein Burnout-Syndrom liegt gemäss den gestellten Rahmenbedingungen dieser Arbeit vor. Da das Burnout-Syndrom aber individuell sehr unterschiedlich ist (vgl. Kapitel 2), muss damit gerechnet werden, dass ein Burnout auch vorhanden sein kann, wenn nicht 24 Punkte erreicht werden. Aus diesem Grund wird angenommen, dass eine Abweichung von zehn Prozent immer noch auf das Vorliegen eines Burnouts hinweist. Definitiv können aber die Cut-off-Werte erst durch eine Testeichung bestimmt werden.

7 Diskussion

Das letzte Kapitel der Arbeit dient der Zusammenfassung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse, um die Fragestellung zu beantworten und die getroffenen Annahmen zu diskutieren. Das Ergebnis - die Kernmerkmale des BOS sowie die abgeleiteten Fragen - wird interpretiert und die Methode, die dazu geleitet hat, kritisch hinterfragt. Den Abschluss bilden weiterführende Gedanken zur Problematik der Definition des BOS und seiner Messung.

7.1 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Bestimmung des BOS anhand seiner Kernmerkmale. Aufgrund der fehlenden Diagnostizierbarkeit mit den gängigen Klassifikationsinstrumenten, gibt es keine Definition der Krankheit, auf die sich ein Messinstrument zur Feststellung eines Burnouts stützen könnte. Ein Fragebogen zur Erfassung des BOS misst daher immer nur, was er selber als Burnout definiert. Die in der Literatur als bewährt geltenden Fragebögen stammen aus den achtziger Jahren. Aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und den damit verbundenen Veränderungen in der Arbeitswelt soll ein Messinstrument erstellt werden, dessen Fragen den aktuellen Stand der Forschung berücksichtigt. Dazu muss das BOS möglichst genau beschrieben werden, um es zu erkennen.

Im Theorieteil der Arbeit sind die Merkmale des BOS aus der aktuellen Literatur zusammengetragen. Dies geschieht über den Weg der Ursachen und Symptome der Krankheit. Diesbezüglich existiert eine grosse Fülle verschiedener Betrachtungsweisen diverser Forscher. Um eine Übersicht zu schaffen, werden die Ursachen in innere, äussere und ergänzende Faktoren eingeteilt und mit drei Modellen ergänzt. Als innere Faktoren werden Eigenschaften aufgezählt wie „unerreichbare Ziele stecken“, „überhöhte Erwartungen an sich selber haben“ oder „die Arbeit als Ersatz für das soziale Leben nehmen“. Unter äusseren Faktoren sind „mangelnde Rückmeldung / Anerkennung im Beruf“, „fehlende Autonomie“ oder „interpersonelle Konflikte“ genannt, die hauptsächlich im Berufsumfeld stattfinden. Eine weitere Erkenntnis ist, dass sich ein Burnout langsam, über einige Monate hinweg, entwickelt und zu Erschöpfung führt. Ausgelöst wird der Burnout-Prozess durch eine gestörte Handlungsepisode (vielleicht eine schlechte Beurteilung durch den Vorgesetzten), die Autonomieeinbussen (etwa eine Verunsicherung bei der nächsten Aufgabe) zur Folge hat und nicht mehr mit Copingstrategien (beispielsweise wieder Mut fassen durch ein Ge-

spräch mit einem Freund) bewältigbar ist. Die genannten Ursachen bewirken spürbare Veränderungen auf emotionaler, geistiger, sozialer und körperlicher Ebene; Symptome treten auf. Aufgrund der ausführlichen Berichte darüber in der Literatur wird der bewährte Symptomkatalog von Burisch (2010) vorgestellt, der über 130 Symptome in sieben Kategorien ordnet. Eine andere Variante das BOS zu beschreiben folgt: die Schilderung über die Verlaufsstadien. Übereinstimmend wird die „emotionale Erschöpfung“ als ausschlaggebendes Symptom genannt. Daneben sind „verschlechternde Beziehungen“, „Psychosomatosen“ und „Veränderungen im Berufsumfeld“ übereinstimmend genannte Symptome. Die Feststellung, dass Burnout individuell verschieden ist, wird deutlich.

Um Kernmerkmale zu finden, die bei allen Betroffenen auftreten, können die Ursachen nicht berücksichtigt werden. In der Arbeit werden alle Merkmale, die in der Theorie genannt wurden aufgelistet, verglichen und kategorisiert. Als Anhaltspunkt dienen zwei bewährte Burnout-Tests, deren Merkmale in diese Auflistung integriert werden. Es entsteht daraus ein Katalog aus 34 Kernmerkmalen, eingeteilt in fünf Hauptkategorien: emotionale, kognitive, soziale, körperliche und arbeitsbezogene Kernmerkmale.

Im empirischen Teil der Arbeit werden die theoriegeleiteten Kernmerkmale mittels einer qualitativen Untersuchung überprüft. Es werden fünf Personen, die am Burnout-Syndrom erkrankt waren, mit problemzentrierten, teilstandardisierten Leitfadeninterviews zu ihren Symptomen befragt. Die Interviews sind möglichst offen und erst am Schluss werden Symptome nachgefragt, die in der freien Erzählung nicht zur Sprache kamen.

Für die Auswertung der Interviews wird die Technik der Inhaltsanalyse angewendet. Die theoriegeleiteten Kernmerkmale werden mit den Interviewaussagen verglichen. Diejenigen, die bei mehr als einer Person nicht auftraten, gehören nicht zu den Kernmerkmalen und werden aus dem Katalog entfernt. Ergänzende, den Befragungen entspringende Merkmale werden aufgelistet. Eines davon „Aktives Bemühen, eine Änderung der momentanen Lebenssituation herbeizuführen“ wird zu den Kernmerkmalen dazugezählt, da es in der Literatur ebenfalls als Kernmerkmal genannt wird und von allen Befragten erlebt wurde. Gesamthaft werden elf theoriegeleitete Kernmerkmale gestrichen, da sie bei mehr als einer Person nicht auftraten. Somit resultieren 24 Kernmerkmale, die gemäss den in der Arbeit aufgestellten Annahmen und Regeln bei einem Burnout auftreten.

Als letzter Schritt werden die überarbeiteten 24 Kernmerkmale operationalisiert. Es entstehen Fragen, die in einem Selbstbeurteilungsbogen einen Burnout messen. Bevor dieser

jedoch definitiv erstellt werden kann, bedarf es einer quantitativen Testanalyse, die Auskunft über den Grad der Eignung der Fragen gibt sowie einer Eichung. Nichtsdestotrotz wird aufgrund der theoretischen Erkenntnisse als Beispielfragebogen zusammengestellt, der nebst den Kernmerkmalen weitere relevante Aspekte des Burnouts erfragt und prüft.

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Die leitende Fragestellung, welche Fragen ein Messinstrument zur Feststellung eines BOS in Anbetracht des gegenwärtigen Forschungs- und Entwicklungsstandes enthält, wurde in zwei Unterfragen aufgeteilt, wobei sich die zweite Frage auf das Resultat der ersten bezieht:

1. Welches sind die typischen messbaren Merkmale des BOS?
2. Welche Fragen zur Erfassung des BOS lassen sich aus diesen Merkmalen ableiten?

Frage 1

Die fehlende Diagnostizierbarkeit mittels der Klassifikationsinstrumente der WHO und der APA erforderte das Festlegen gewisser Rahmenbedingungen, die für diese Arbeit gelten:

- Um die messbaren typischen Merkmale des BOS definieren zu können, wurden vier Annahmen getroffen, unter deren Einhaltung die Arbeit plausibilisiert ist. Sie sind im Theorieteil unter Kapitel 1.2 aufgeführt.
- Eine Begriffsdefinition für den in der Arbeit verwendeten Ausdruck „Kernmerkmal“ wurde gemacht, womit dieser klar umrissen ist (vgl. Kapitel 4.3).
- Es wurden vier Regeln für die Überprüfung und Validierung der Kernmerkmale aufgestellt, die besagen, unter welchen Bedingungen ein erhobenes Merkmal als Kernmerkmal definiert wird. Regeln für die Definition von theoriegeleiteten Merkmalen sind zu Beginn des Kapitels 6 beschrieben. Die Bedingungen zur Bestimmung induktiver Kernmerkmale sind in Kapitel 6.6 festgelegt.
- Damit die Ergebnisse aus den Befragungen verwendet werden konnten, war die Annahme, dass alle Probanden an einem Burnout litten, erforderlich.

Die Frage, ob diese Rahmenbedingungen zulässig sind oder nicht, kann nicht beantwortet werden. Jedoch lässt sich unter der Einhaltung und Berücksichtigung dieser Voraussetzungen die Frage 1 mittels der Literaturrecherche und den qualitativen Interviews beantworten. Es stellt sich heraus, dass nicht alle aus der Literatur erhobenen Merkmale als solche

verwendet werden können und ein neues Kernmerkmal induktiv aus der Befragung hinzukommt. Als Ergebnis resultieren die 24 Kernmerkmale, die in Tabelle 5 und im Anhang L aufgelistet sind.

Frage 2

Für die Beantwortung der zweiten Ausgangsfrage wurden die Kernmerkmale operationalisiert. Unter Einbezug einer neutralen Stichprobe wurden 24 Fragen zur Selbstevaluation gefunden. Sie sind in Tabelle 5 sowie im Beispielfragebogen (Anhang M) aufgeführt.

Als Vorschlag wurde anhand der Literaturergebnisse zu den Ursachen, verglichen mit den induktiv erhobenen Merkmalen aus den Befragungen und den 24 Fragen zur Selbstevaluation, ein Beispiel eines Messinstrumentes erarbeitet (siehe Anhang M).

7.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend wird diskutiert, unter welchen Gesichtspunkten die Ergebnisse der Arbeit betrachtet werden müssen. Vier Tatsachen stellten sich als Herausforderungen bei der Zusammenstellung der Kernmerkmale heraus:

Tatsache 1: Fehlende Diagnostizierbarkeit

Die Tatsache, dass das BOS zwar im Volksmund ein anerkannter Begriff, jedoch nicht in den Klassifikationsinstrumenten als Krankheitsbild definierbar oder diagnostizierbar ist, verhindert, eine Aussage über die Gültigkeit der gewonnenen Ergebnisse zu machen. Die 24 resultierenden operationalisierten Kernmerkmale überprüfen in einem Selbstbeurteilungsbogen die emotionale, kognitive, soziale, körperliche und berufsbezogene Befindlichkeit einer Person. Sie geben wieder, was in der aktuellen Literatur unter einem Burnout verstanden wird und was betroffene Burnout-Patienten erlebt haben.

Dabei stellt sich das Folgeproblem heraus, dass wenn es keine Diagnose von Burnout gibt, auch nicht festgestellt werden kann, ob die interviewten Personen auch wirklich an diesem Syndrom gelitten haben. Alle erhielten aufgrund ihres Leidens eine andere Diagnose nach Klassifikationshandbuch vom Arzt und wurden zu einer Therapie angehalten. Informell bezeichneten die Fachleute die vorliegende Problematik als Burnout. Überprüfung und Validierung der Kernmerkmale basieren auf dieser „ungesicherten“ Stichprobe.

Tatsache 2: Materialfülle zur Thematik

Die Literaturrecherche stellt einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit dar, da die Kernmerkmale daraus definiert wurden. Weil die Zahl an Publikationen zum Thema Burnout ins Unermessliche reicht und stets weiter geforscht und geschrieben wird, musste eine Eingrenzung für die Auswahl an Informationsquellen gemacht werden. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass renommierte Burnout-Forscher zitiert und die verwendete Primärliteratur nicht vor dem Jahr 2004 publiziert wurde. Weiter zu bedenken ist, dass die vielen Autoren, die sich an Definitionen, Ursachenforschung oder Symptombeschreibungen des BOS herangewagt haben, sich stets auf die bisherige Literatur abgestützt haben. Sie beziehen ihre Informationen von denselben bekannten Burnout-Forschern, zitieren bestehende Literatur, tragen Ergebnisse zusammengetragen oder greifen auf Modelle zurück, sodass der Eindruck entsteht, es werde wenig Neues publiziert, sondern mehr umformuliert, andere Schwerpunkte gesetzt oder umstrukturiert. Auch in dieser Arbeit wird auf diese Weise vorgegangen. Mehrfach genannte Erkenntnisse werden als bewährt betrachtet.

Täglich erscheinen in Zeitungen, Fernsehen und Internet neue Beiträge zur Thematik. Bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Untersuchung ist zu berücksichtigen, dass eine abschliessende Literaturrecherche zum Thema Burnout für diese Arbeit nicht möglich ist.

Tatsache 3: Individualität der Krankheit

Als Grund für die fehlende Definition des BOS wird die Individualität der Krankheit genannt. Jeder Mensch reagiert anders auf langandauernde Überforderung. Der eine hat viele Copingmöglichkeiten, die ihn vor einem Burnout schützen, ein anderer entwickelt körperliche Symptome, wieder ein anderer beginnt, soziale Kontakte zu vermeiden. Es wird zudem angenommen, dass die Geschlechter unterschiedlich reagieren und auch je nach Berufssektor verschiedene Tendenzen vorherrschen. Die persönliche Prädisposition und äussere Einflussfaktoren führen bei Betroffenen zu unterschiedlichen Symptomen und Verläufen. Daher ist es grundsätzlich nur möglich, eine sehr generelle Aussage zu machen, welche Kernmerkmale das BOS beinhaltet. Gemäss der Literatur ist die „emotionale Erschöpfung“ das einzige gesicherte Merkmal der Krankheit. Damit kann jedoch kein Messinstrument konstruiert werden.

In dieser Arbeit sind 24 Kernmerkmale definiert worden, die in der Literatur als relevant und aufgrund der Überprüfung mit den ehemaligen BOS-Patienten als Voraussetzung für das Vorliegen eines BOS gelten. Leitend ist die Annahme, dass wenn es sich um ein

Kernmerkmal handelt, dieses auch bei der überwiegenden Mehrheit der Betroffenen vorkommen muss. Aus diesem Grund bedarf es einer quantitativen Testanalyse mit einer ausreichend grossen Stichprobe als Folgearbeit.

Tatsache 4: Verlaufsphasen

Beim Versuch, das BOS zu beschreiben und fassbar zu machen, gehen die Burnout-Forscher verschiedene Wege. Die einen beziehen sich, wie schon dargestellt, auf die Ursachen oder teilen die Symptome in Bereiche wie Körper, Geist und Seele ein. Andere sehen hinter der Krankheit einen phasenhaften Verlauf, der ausschlaggebend für deren Feststellung ist. Dort wird ebenfalls die Symptomatologie beschrieben, die von der einen zur nächsten Phase sehr unterschiedlich, gegebenenfalls sogar gegensätzlich sein kann. Ein Beispiel dazu bietet die Phasentheorie von Edelwich und Brodsky (1980), wo die Phase 1 mit „Idealistische Begeisterung“ beschrieben wird und Gefühle wie *Optimismus* enthält. Daneben folgt Phase 2, betitelt mit „Stillstand“ und Phase 3, die „Frustration“, das unter anderem das Gefühl von *Inkompetenz* enthält (vgl. Kapitel 2.4.1).

Bei der Definition von Kernmerkmalen entsteht daraus die Schwierigkeit, dass gegensätzliche Symptome abgefragt werden müssen, von denen aber nur eines zutreffen kann, da sich die Person nicht in zwei Stadien gleichzeitig befinden kann. Ist sie gemäss obigem Beispiel in Phase 2, würde sie eine Frage nach Inkompetenz bejahen, eine nach Optimismus verneinen. Ein BOS könnte dadurch nicht festgestellt werden, da die Kernmerkmale grundsätzlich ausschlaggebend sind und alle bei einem Betroffenen vorhanden sein müssen. Solche Merkmale können daher nur in Anbetracht des Verlaufs der Krankheit befragt werden. Die Fragen nach Kernmerkmalen geben deswegen keine Antwort darauf, in welchem Stadium sich eine Person aktuell befindet. Diese Tatsache verunmöglichte beim Finden der Kernmerkmale den Einbezug der Verlaufsphasen, weshalb lediglich die Symptome aus diesen Beschreibungen verwendet wurden. Beim Ausfüllen des Fragebogens muss die Person darauf hingewiesen werden, dass sie ihren Zustand in Anbetracht der letzten drei Monate beurteilen soll. Im Beispielfragebogen (Anhang M) wird bei den Hinweisen zur Bearbeitung darüber informiert.

Vergleich des Fragebogens mit den neusten Burnout-Erkenntnissen

Um zu überprüfen, ob die in der Arbeit erstellten Fragen dem Anspruch genügen, am aktuellen Forschungsstand orientiert zu sein, werden die Fragen mit den Erkenntnissen aus Kapitel 2.1.2 verglichen. Dort werden die Komplexität des Phänomens, sein Auftreten in

allen Berufsgruppen und die Erschöpfung als durchgängiges Merkmal, hervorgehoben. Den drei Aspekten wurde im Fragebogen Rechnung getragen. Die Komplexität des Phänomens repräsentiert sich durch die fünf Merkmalkategorien, die erfragt werden. Der Fragebogen ist so allgemein gehalten, dass er unabhängig von Beruf, Alter oder Geschlecht von jeder Person ausgefüllt werden kann. Die Erschöpfung kommt bei verschiedenen Fragen zum Ausdruck, beispielsweise bei den Fragen 3, 13, 16 und 24. Zudem sind die Fragen aus den Erkenntnissen und genannten Symptomen der aktuellen Literatur erstellt.

Vergleich des Fragebogens mit dem MBI

Das MBI gilt nach aktuellen Erkenntnissen (vgl. Kapitel 2.1.2) immer noch als das am häufigsten verwendete Instrument. Der neu erstellte Fragenkatalog soll mit dem MBI verglichen werden, um festzustellen, worin die Unterschiede liegen. Anhang N stellt die Fragen beider Instrumente einander gegenüber. Festzustellen ist, dass das MBI sich stark an Pflegeberufen orientiert und Fragen bezüglich Umgangs mit Patienten beinhaltet. Der erstellte Fragebogen richtet sich jedoch an alle Berufsgruppen, wodurch zu den fünf konkreten Fragen unter „Depersonalisation“ und „Involviertheit“ des MBI keine neu erstellte Frage völlig übereinstimmend zugeordnet werden kann.

Auch unter den Klassifikationen „Emotionale Erschöpfung“ und „Persönliche Erfüllung“ sind eindeutige Zuordnungen nicht immer möglich. Dennoch beschreiben 16 der 24 erstellten Fragen ähnliche Merkmale. Die anderen acht Fragen, die hauptsächlich Aussagen zur geistigen, sozialen und körperlichen Befindlichkeit machen, kommen im MBI nicht vor. Im Unterschied zum MBI enthält der erstellte Fragebogen also nicht nur arbeitsbezogene Fragen, sondern beurteilt die Gesamtsituation. Damit wird der Erkenntnis bezüglich Komplexität des BOS Rechnung getragen.

7.4 Methodenkritik

Für die Erarbeitung der Kernmerkmale des BOS und deren Operationalisieren, um Fragen für ein Messinstrument der Krankheit zu erstellen, wurden verschiedene Verfahren angewendet, die im Folgenden kritisch hinterfragt werden.

Literaturrecherche zur Erarbeitung theoriegeleiteter Kernmerkmale

Anhand einer Literaturrecherche wurden Theorien, Modelle und Definitionen des BOS von renommierten Burnout-Experten zusammengetragen und nach Mehrfachnennungen von Symptomen der Krankheit gesucht. Die Beschränkung auf Primärliteratur ab dem Jahr

2004 bewirkt die Sicherstellung, den aktuellen Forschungsstand wiederzugeben. Diese theoretische Abhandlung stellt einen wesentlichen Teil dieser Bachelorarbeit dar. Das vorhandene Material wurde verglichen und zusammengeführt. Es wurden fünf Hauptkategorien gebildet, denen 179 Merkmale zugeordnet wurden: emotionale, kognitive, soziale, körperliche und arbeitsbezogene Merkmale. Ihnen untergeordnet wurden 34 Merkmale, von denen angenommen wurde, sie stellen Kernmerkmale dar und müssten bei jedem Burnout-Betroffenen auftreten. Dies bildete eine fundierte Ausgangslage für den empirischen Teil der Arbeit.

Das beschriebene theoriegeleitete Verfahren hat sich, trotz der im vorangegangenen Kapitel erschwerenden Tatsache der grossen Materialfülle, bewährt. Schon seit den 1970-er Jahren wird viel geforscht und über das BOS geschrieben. Diese Erfahrungen und das stets weiterentwickelte Wissen, das unter anderem anhand von breiten Studien gesichert ist, konnte genutzt werden. Obschon viele Betrachtungsweisen und diverse Ansatzpunkte existieren, zeichnet sich eine Ballung an Symptomen bei den gebildeten Hauptkategorien ab. Auch der Einbezug der bewährten Burnout-Tests liefert seinen Beitrag dazu.

Problemzentrierte Interviews zur Überprüfung der Kernmerkmale

Um die Gültigkeit der theoriegeleiteten Kernmerkmale zu überprüfen, wurde die qualitative Forschungsmethode angewendet. Der dahinter liegende Gedanke ist, dass diese erste Validierung vor der quantitativen Testanalyse einen explorativen Charakter haben sollte, damit nicht nur die deduktiv erstellten Kernmerkmale auf ihre Relevanz überprüft, sondern auch induktiv neue Kernmerkmale gefunden werden. Dies erfolgte durch die Befragung, wonach zehn postulierte Kernmerkmale gestrichen, zwei bestehende zu einem zusammengefügt und ein neues hinzukam. Die offene Befragung im ersten Interviewteil wurde ausgenutzt, um den Befragten kein theoretisches Konzept überzustülpen, sondern ihre persönlichen Erfahrungen zu beschreiben und die eigene Gewichtung der Symptome des BOS zu definieren. Die Idee der Konzeptgenerierung durch die Befragung und die Modifizierung von bestehenden Theorien konnte damit umgesetzt werden.

Stichprobe

Die Anzahl an Befragten ehemaligen Burnout-Patienten beschränkte sich auf fünf Personen. Im Gegensatz zur verwendeten Artikelvielfalt aus Forschung und Literatur zum BOS, kann eine solch kleine Stichprobe nicht verallgemeinert oder als repräsentativ betrachtet

werden. Ein weiterer kritischer Punkt ist die Tatsache, dass alle Interviewpartner im sozialen Berufssektor tätig sind. Dies kann ebenfalls als wenig repräsentativ angesehen werden. Trotz dieser zwei Mängel wird die Stichprobenwahl für ihren Verwendungszweck gutgeheissen, denn sie dient zunächst einer ersten Selektion: Die Anwendung der Regeln zur Überprüfung der 34 Kernmerkmale bewirkte eine Veränderung oder den Ausschluss von elf Merkmalen. Daneben wurde eines neu definiert, was in einer quantitativen Untersuchung nicht möglich gewesen wäre. Diese bereinigte Liste eignet sich nun für die quantitative Analyse, die im Anschluss an diese Arbeit gemacht werden muss, um einen gültigen Test zu konstruieren. Dort ist eine grössere oder breiter gefächerte Stichprobe zu verwenden. Dank der angewendeten Validierung mittels einer Stichprobe, konnten dennoch Aussagen zur Gültigkeit von theoriegeleiteten Kernmerkmalen gemacht werden. Zudem wurde von den persönlichen Erfahrungen und frei erzählten Merkmalen durch die Betroffenen insofern profitiert, als dass die Phänomenologie der Krankheit besser nachempfunden werden konnte.

Qualitative Inhaltsanalyse zur Datenauswertung

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, die individuellen Handlungen der Befragten nachvollziehen zu können und sie, wenn möglich, der Theorie zuzuordnen. Dieses deduktive Verfahren lässt daneben Raum für induktiv neue Theorien. Gemäss Lamnek (2010, S. 465) behaupten quantitativ arbeitende Forscher, dass induktiv aus Einzelfällen gewonnene Befunde keinerlei Gewähr bieten, auch für eine grössere Gesamtheit zu gelten. Dem gegenübergesetzt wird, dass qualitativ gewonnene Ergebnisse zwar generalisiert, jedoch nicht verallgemeinert, sondern typisiert werden. Ziel sei die Identifikation eines Sets von sozialen Handlungsmustern. Dabei ist nicht von Belang, wie viele Personen sich gemäss dem Muster verhalten und ob sich andere in allen Einzelheiten gleich diesem Muster verhalten. In dieser Arbeit kam diese Ansicht von qualitativer Sozialforschung bei der Formulierung von induktiv erhobenen Kernmerkmalen und der Überprüfung auf deren Verwendbarkeit zum Tragen. Ein weiterer Vorwurf an die qualitative inhaltsanalytische Vorgehensweise bezieht sich auf ihre vermeintlich interpretativen Beliebigkeit in der Deutung. In Forschungsprojekten wird diesem Umstand Rechnung getragen, indem Auswertungen und Interpretationen in Forschergruppen gemacht werden, die sich gegenseitig kontrollieren (Lamnek, 2010, S. 466). Dieses Privileg konnte in der Bachelorarbeit nicht genutzt werden. Dem Vorwurf kann einzig entgegen gehalten werden, dass alle Vorgehensweisen

möglichst gut nachvollziehbar dargelegt wurden und somit bis zu einem gewissen Grad überprüfbar sind.

Regeln, Bedingungen und Beschlüsse

Wie bereits angesprochen, wurden mehrmals während der Arbeit nicht auf wissenschaftliche Theorien, sondern für die anstehende Problematik als passend erscheinende Regeln, Bedingungen und Beschlüsse aufgestellt. Diese werden im Folgenden kurz erläutert:

- **Kategorienbildung, Definieren und Formulieren von Kernmerkmalen:** Das Zusammenfassen der 179 Kernmerkmale und anschließende Bilden von Hauptkategorien und Kernmerkmalen im Theorieteil beruht auf subjektiven Interpretationen. Als ähnlich erkannte Symptome wurden unter gleichen Oberbegriffen gesammelt und später zu Kernmerkmalen umformuliert.
- **Erstellen des Gesprächsleitfadens:** Ziel war es, die Testpersonen zu ihren Kernmerkmalen und Symptomen beim Burnout zu befragen, sodass sie ohne Vorwissen über die theoriegeleiteten Kernmerkmale ihr Erleben schildern. Die offenen Fragen wurden dementsprechend formuliert und mittels eines Probeinterviews getestet.
- **Regeln für die Überprüfung der Kernmerkmale:** Um die Interviews auszuwerten und die Aussagen den Kernmerkmalen zuzuordnen, wurden diese gemäss der beschriebenen Theorie analysiert. Auch hier beruht aber die Zuteilung der gefundenen Symptome auf eigener Interpretation. Zudem mussten Regeln erstellt werden, wie und wann ein Kernmerkmal als bestätigt gelten soll. Diese wurden nach eigenem Gutdünken formuliert und dann strikte eingehalten.
- **Ableiten diagnostischer Fragen aus den Kernmerkmalen:** Die aufgrund der Untersuchung resultierenden Kernmerkmale wurden zu Fragen umformuliert, die möglichst genau das entsprechende Kernmerkmal auf dessen Vorhandensein testen sollten. Dafür wurden die Kernmerkmale operationalisiert und danach mit fünf willkürlich gewählten Personen getestet und besprochen.

Aufgrund dieser nicht auf Theorie oder Wissenschaft beruhenden Methoden, kann die Richtigkeit der Resultate in Frage gestellt werden. Dem gegenüber gestellt wird die Ansicht, dass für die spezifische Fragestellung kein wissenschaftliches Vorgehen existiert, das übernommen werden könnte und somit ein Teil der Bearbeitung auf das Ermessen der Autorin zurückgreifen muss.

7.5 Weiterführende Überlegungen

Um einen aussagekräftigen validen Fragebogen zu erhalten, müssen die diagnostischen Fragen, die aus der Arbeit hervorgehen, mittels einer quantitativen Methode getestet werden, eine Aufgabenanalyse und Eichung gemacht werden. Dadurch können auch Cut-off-Werte bestimmt werden, die eine breitere Antwortmöglichkeit als nur „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ zulassen. Dennoch kann aufgrund der fehlenden Definition des BOS auch dadurch die Gültigkeit des Tests nicht bewiesen werden.

Ziel und Zweck eines solchen Fragebogens ist es, einen Burnout festzustellen. Dazu reicht aber dieses Diagnoseinstrument nicht aus. Zusätzlich muss ein Facharzt den Zustand des Patienten beurteilen. Die aus der Arbeit hervorgehenden diagnostischen Fragen sind sehr allgemein gehalten, damit sie das Problem der Individualität umgehen können. Was die Hauptursache für die Erschöpfung einer Person ist, kann nicht herausgelesen werden. Es wäre daher eine Variante, spezifischere Fragebögen zu erstellen, die beispielsweise auf Alter, Geschlecht, Berufssektor, den sozialen Status oder nach Prädispositionen der Betroffenen ausgerichtet ist. Eine genauere Einschätzung des Zustandes eines Patienten könnte auch für die Therapie genutzt werden. Wie in Kapitel 3 beschrieben, gibt es aktuell bereits verschiedene Versuche in diese Richtung.

Für eine betroffene Person, die am BOS leidet, kann es eine Erleichterung bedeuten, wenn sie die Diagnose Burnout vom Arzt erhält, da das Leiden dann einen „anerkannten“ Namen hat und sie weiss, dass es anderen gleich geht. Sie kann sich helfen lassen und am Arbeitsplatz allfällige Leistungseinbussen gewissermassen rechtfertigen. Daher wäre es hilfreich, wenn das BOS als Krankheit bezeichnet und in die Klassifikationsinstrumente aufgenommen würde. Diagnoseinstrumente könnten sich dann an der Definition orientieren und valide gemacht werden. Andererseits kann die Diagnose Burnout für Erkrankte auch bedeuten, dass sie in ihrem Arbeitsumfeld als wenig belastbar abgestempelt werden und nach einem Burnout ihren Posten verlieren.

Folglich wäre es auch denkbar, dass für das BOS eine andere Bezeichnung gefunden würde, für die es eine eigene Diagnose gäbe. Der Vorteil davon wäre, dass der Begriff „Burnout“, der heute zu oft für zu viele Leiden als Selbstdiagnose verwendet wird, umgangen werden könnte. Da das BOS als individuell sehr verschieden beschrieben wird, könnte es vielleicht in Untergruppen gesplittet und somit fassbarer gemacht werden.

Erkrankt eine Person am BOS, ist es aber allenfalls weniger wichtig, wie die Diagnose lautet, sondern was die Person in ihrem Leben, ihrem Verhalten ändern kann, um wieder gesund zu werden und zu bleiben. Je nach Schweregrad oder Verlaufsphase der Krankheit ist dazu ärztliche Hilfe nötig. Eine Diagnose wäre hilfreich, um die Abklärungen für die Finanzierung einer Therapie zu vereinfachen.

Das BOS wird im Beruf ausgelöst. Wie zu Beginn der Arbeit festgestellt, führen die ständig wachsenden Anforderungen in der Arbeitswelt zur Burnout-Problematik, von der Arbeitnehmer aller Berufsgruppen betroffen sind. Daher ist die Aufklärung über die Ursachen und die Möglichkeiten, ihnen entgegen zu wirken, für Unternehmen wichtig. Einen Fragebogen, der den Ist-Zustand der Angestellten misst, könnten Arbeitgeber für die Prävention nutzen. Dies bedeutete eine Kostensenkung für Arbeitsausfälle und Stellvertretungen und eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit.

Es ist zu hoffen, dass die aktuell herrschende Leistungs- und Informationsgesellschaft auf die Problematik reagiert und sich bald eine Änderung im Denken einstellt. Nicht mehr zu bewältigende Anforderungen erzeugen Stress und reduzieren die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Das vorhandene Potenzial kann nicht mehr ausgenutzt werden und es entstehen hohe Gesundheitskosten. Strukturelle Veränderungen könnten die Lebenszufriedenheit und das Engagement für die gestellten Anforderungen verbessern, was nicht nur für die Arbeitnehmer, sondern auch für die Arbeitgeber positive Wirkungen zur Folge hätte.

Literatur

- Abati, V.S. (2007). *Burnout*. Erkennen – vorbeugen – verhindern. Zürich: SPEKTRAMedia.
- Aronson, E. Pines, A.M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt*. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beschoner, P., Schönfeldt-Lecuona, C., Braun, M. & Pajonk, F.-G. (September 2009). Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Perspektive. *Psychotherapie im Dialog*. *Burnout*, 3, 215-221.
- Burisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom (1. Aufl.)*. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.
- Burisch, M. (1993). Some ruminations on the nature and etiology of burnout. In search of theory – Professional Burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Recent Developments in Theory and Research* (pp. 75-93). Washington DC: Taylor & Francis.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom (2. Aufl.)*. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom (4. Aufl.)*. Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.
- Büssing, A. & Ferrar, K.M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328-353.
- Cherniss, C. (1980a). *Staff Burnout*. Job Stress in the Human Services. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. (1980b). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. & Krantz, D.L. (1983). The ideological community as an antidote to burnout in the human services. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 198-212). New York: Pergamon Press.

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnt-Out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Rawson.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt*. Das Burnout Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM.
- Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. In: B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (o. S.). New York: Pergamon.
- Forney, D.S., Wallace-Schutzman, F. & Wiggers, T.T. (1982). Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1983). *Mit dem Erfolg leben*. München: Heyne.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1990). *Ausgebrannt*. Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden. München: Kindler.
- Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J. & Hellhammer, D.H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1010-1016.
- Glass, D.C. & McKnight, J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout. A review of the evidence. *Psychology & Health*, 11 / 1, 23-48.
- Golembiewski, R.T. & Munzenrider, R.F. (1984). Active and Passive Reactions to Psychological Burnout? Towards a Greater Specificity in a Phase Model. *Journal of Health & Human Resources Administration*, 7 / 2, 264-289.
- Graf, H. & Grote, V. (2012). *Meaningful Occupation Assessment Burnout-Screening*. Screening-Testverfahren zur Feststellung von Burnout-Prozessen (Version 1.0) [Online]. Available: www.logoconsult.at/downloads/02-MOA-Burnout-Screening.pdf
- Gusy, B. (1995). *Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout*. Dissertation, Freie Universität Berlin, Erziehungswissenschaft und Psychologie, Abt. Public Health. München: Profil.

- Häcker, H.O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch (14.Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden VS Verlag.
- Hellhammer, D. (2005). Neuropattern – ein innovatives Verfahren. *report psychologie*, 30, 312-316.
- Hübner, G. (2009). *Burnout. Neue Impulse für Forschung und Praxis*. Lenzkirch: Lenzkircher Verlagsbuchhandel.
- Jaggi, F. (2008). *Burnout – praxisnah*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Karger, H. (1981). Burnout and alienation. *Social Service Review*, 55 / 2, 270-283.
- Klinger, E., Barta, S.G. & Maxeiner, M.E. (1980). Motivational correlates of thought content frequency and commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1222-1237.
- Koch, A. & Kühn, S. (2005). *Ausgepowert? Hilfen bei Burnout und Stress*. Offenbach: GABAL Verlag GmbH.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. (Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Bd. 105). Köln: DIMDI.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung (5. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Lauderdale, M. (1981). *Burnout*. Austin, TX: Learning Concepts.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as developmental process. Consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek, (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 237-250). Washington DC: Taylor & Francis.
- Linneweh, K. Heufelder, A. & Flasnoecker, M. (2010). *Balance statt Burn-out (2. Aufl.)*. Der erfolgreiche Umgang mit Stress und Belastungssituationen. München: W. Zuckschwerdt.

- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. („Human Services Survey“). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3. Aufl.)*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek. (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Washington DC: Tylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung (5.Aufl.)*. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36 / 10, 899-910.
- Mommersteeg, P.M.C., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J.P.M. & van Doornen, L.J.P. (2006a). Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression test. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 216-225.
- Mommersteeg, P.M.C., Heijnen, C.J., Verbraak, M.J.P.M. & van Doornen, L.J.P. (2006b). A longitudinal study on cortisol and complaint reduction in burnout. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 793-804.

- Montero-Marín, J. & García-Campayo, J. (2010). *A newer and broader definition of burn-out: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BSCQ-36)* [Online]. Available: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/302>
- Nelting, M. (2010). *Burnout*. Wenn die Maske zerbricht. Wie man Überlastung erkennt und neue Wege geht. München: Wilhelm Goldmann.
- Pilz-Kusch, U. (2012). *Burnout*. Frühsignale erkennen – Kraft gewinnen. Das Praxisbuch für Trainer, Berater und Betroffene. Weinheim: Beltz.
- Pines, A.M. (1993). Burnout. An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research* (pp. 33-51). Washington DC: Taylor & Francis.
- Pines, A.M., Aronson, E. & Kafry, D. (2006). *Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pines, A.M. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Poschkamp, T. (2011). *Ausgebrannt! Burnout erkennen, heilen, verhindern*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Prim, R. & Tilmann, H. (1973). *Grundlagen einer kritisch-rationalen Sozialwissenschaft*. Heidelberg: „o. V.“
- Pühlhofer, F. (2006). *Determinanten und Verlauf des Burnout-Syndroms*. Eine Längsschnittuntersuchung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines Doctor rerum medicinalium der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Düsseldorf: Kopier-Center-Süd.
- Rauchfleisch, U. (2005). *Testpsychologie (4. Aufl.)*. Eine Einführung in die Psychodiagnostik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung*. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.

- Rief, W. (2011). Bringt DSM-V die Lösung für Klassifikationsprobleme bei Somatoformen Störungen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 / 4, 289-296.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf*. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2003). Burnout. An overview of 25 years of research and theorizing. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, & C.L. Cooper. (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley & Sons.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998a). *The burnout companion to study and research*. A critical analysis. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998b). *The burnout companion to study & practice*. Literatur 299. London: Taylor & Francis.
- Stangl, W. (1997). *Zur Wissenschaftsmethodik in der Erziehungswissenschaft*. "Werner Stangls Arbeitsblätter" [On-line]. Available: <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/FORSCHUNGSMETHODEN/Frageformulierung.shtml>
- Ulrich, D., Hausser, K., Mayring, P., Strehmel, P., Kandler, M. & Degenhardt, B. (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung*. Eine Längsschnittuntersuchung mit Arbeitslosen. Weinheim: Beltz.
- Wester, F., Soltau, A. & Paradies, L. (2006). *Methodenbox Selbstevaluation*. Hilfestellung zur Gestaltung eines Fragebogens [On-line]. Available: <http://www.lis.bremen.de/sixcms/media.php/13/Skript%20Fragebogenerstellung.pdf>
- WHO / Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (6. Aufl.)*. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

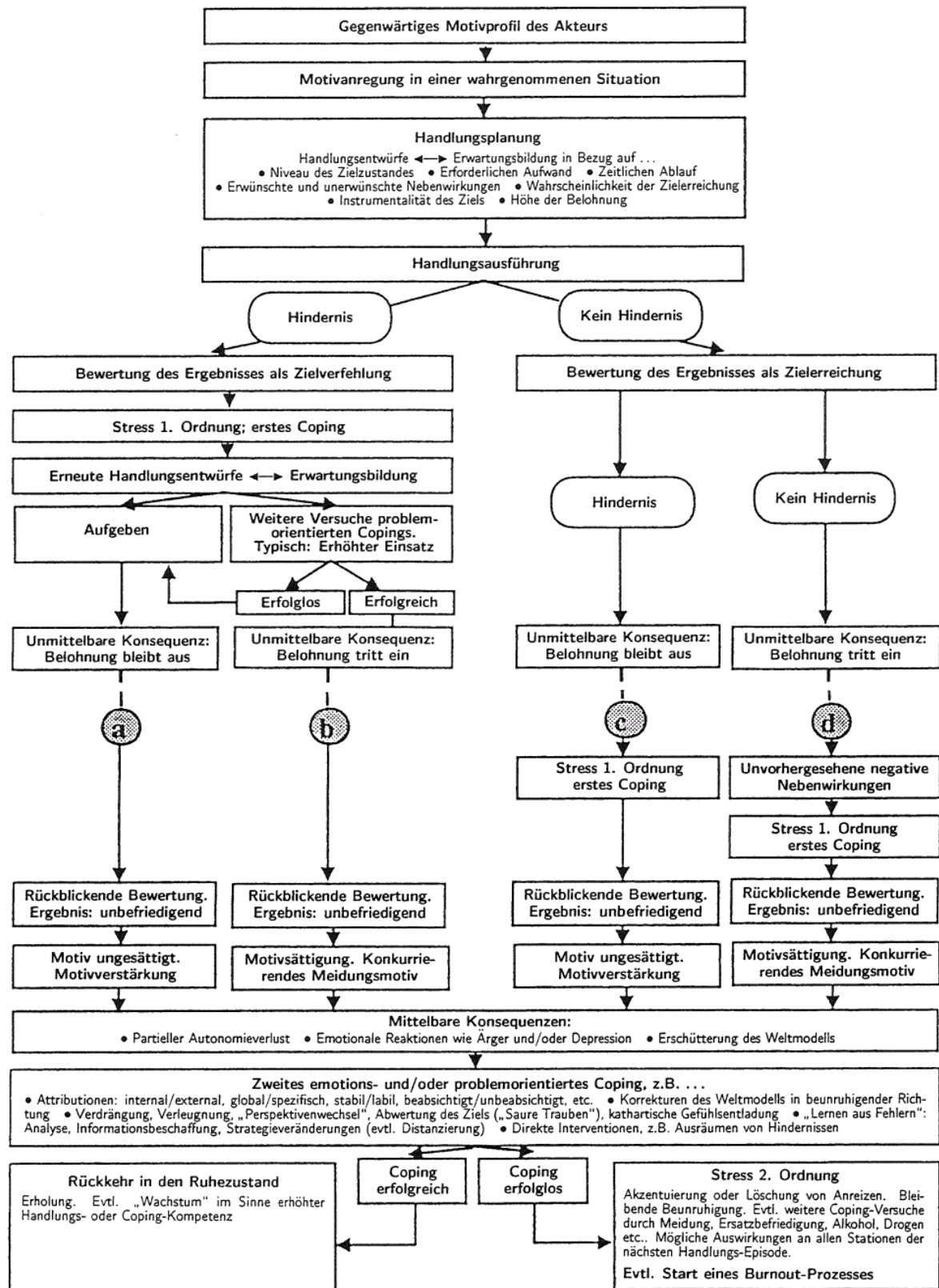
Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung*. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 231). Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz.

Anhang

- A:** Vier Arten gestörter Handlungsepisoden (Burisch, 2010)
- B:** Burnout-Symptomatik (Burisch, 2010)
- C:** Burnout-Phasentheorien (Burisch, 2010)
- D:** Das Maslach Burnout Inventory HSS (Büssing & Perrar, 1992)
- E:** Das Tedium Measure (Aronson, Pines & Kafry, 1983)
- F:** Suchverlauf und Ergebnisse aus der Datenbankrecherche
- G:** Suche und Auflistung aller möglichen Merkmale für ein BOS:
 - 1. Suche nach Merkmalen im Theorieteil der Arbeit
 - 2. Auflistung der 179 möglichen Merkmale
- H:** Kategorisierung der 179 möglichen Burnout-Merkmale:
 - 1. Zusammenfassung: Kategorisierung nach Kapiteln
 - 2. Zusammenfassung: Bilden von Haupt- und Unterkategorien
- I:** Theoriegeleitete Hauptkategorien mit Kernmerkmalen
- J:** Gesprächsleitfaden
- K:** Tabellarische Zusammenfassung der Interviews
- L:** Definitive Liste der ermittelten Kernmerkmale des BOS
- M:** Beispiel eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Messung des BOS
- N:** Vergleich des MBI HSS mit dem in der Arbeit entwickelten Fragekatalog

A: Vier Arten gestörter Handlungsepisoden (Burisch, 2010)



Burnout Symptomatik

1. Warnsymptome der Anfangsphase

- a) Überhöhter Energieeinsatz
 - Hyperaktivität
 - Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
 - Gefühl der Unentbehrlichkeit
 - Gefühl, nie Zeit zu haben
 - Verleugnung eigener Bedürfnisse
 - Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
 - Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten
- b) Erschöpfung
 - Nicht Abschalten können
 - Energiemangel
 - Unausgeschlafenheit
 - Erhöhte Unfallgefahr

2. Reduziertes Engagement

- a) Für Klienten, Patienten etc.
 - Desillusionierung
 - Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
 - Grössere Distanz zu Klienten
 - Meidung von Kontakt mit Klienten und /oder Kollegen
 - Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten
 - Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
 - Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
 - Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern
 - Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
 - Betonung von Fachjargon
 - Dehumanisierung
- b) Für andere allgemein
 - Unfähigkeit zu geben
 - Kälte
 - Verlust von Empathie
 - Verständnislosigkeit
 - Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
 - Zynismus
- c) Für die Arbeit
 - Verlust von Idealismus
 - Desillusionierung
 - Negative Einstellung zur Arbeit
 - Widerwillen und Überdruß
 - Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen
 - Ständiges Auf-die-Uhr-sehen
 - Fluchtphasen
 - Tagträumen
 - Überziehen von Arbeitspausen
 - Verspäteter Arbeitsbeginn
 - Vorverlegter Arbeitsschluss
 - Fehlzeiten
 - Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende
 - Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

- d) Erhöhte Ansprüche
 - Konzentration auf die eigenen Ansprüche
 - Gefühl mangelnder Anerkennung
 - Gefühl, ausgebeutet zu werden
 - Eifersucht
 - Familienprobleme
 - Konflikte mit den eigenen Kindern
3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung
- a) Depression
 - Schuldgefühle
 - Reduzierte Selbstachtung
 - Insuffizienzgefühle
 - Gedankenverlorenheit
 - Selbstmitleid
 - Humorlosigkeit
 - Unbestimmte Angst und Nervosität
 - Abrupte Stimmungsschwankungen
 - Verringerte emotionale Belastbarkeit
 - Bitterkeit
 - Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
 - Schwächegefühl
 - Neigung zum Weinen
 - Ruhelosigkeit
 - Gefühl des Festgefahreenseins
 - Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle
 - Pessimismus, Fatalismus
 - Apathie
 - Selbstmordgedanken
 - b) Aggression
 - Schuldzuweisung an andere oder „das System“
 - Vorwürfe an andere
 - Verleugnung der Eigenbeteiligung
 - Ungeduld
 - Launenhaftigkeit
 - Intoleranz
 - Kompromissunfähigkeit
 - Nörgeleien
 - Negativismus
 - Reizbarkeit
 - Ärger und Ressentiments
 - Defensive/paranoide Einstellungen
 - Misstrauen
 - Häufige Konflikte mit anderen
4. Abbau
- a) der kognitiven Leistungsfähigkeit
 - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
 - Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
 - Ungenauigkeit
 - Desorganisation
 - Entscheidungsunfähigkeit
 - Unfähigkeit zu klaren Anweisungen
 - b) der Motivation
 - Verringerte Initiative
 - Verringerte Produktivität
 - Dienst nach Vorschrift

- c) der Kreativität
 - Verringerte Phantasie
 - Verringerte Flexibilität
 - d) Entdifferenzierung
 - Rigides Schwarzweissdenken
 - Widerstand gegen Veränderung aller Art
5. Verflachung
- a) des emotionalen Lebens
 - Verflachung gefühlsmässiger Reaktionen
 - Gleichgültigkeit
 - b) des sozialen Lebens
 - Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne
 - Meidung informeller Kontakte
 - Suche nach interessanten Kontakten
 - Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
 - Eigenbrötlereien
 - Mit sich selbst beschäftigt sein
 - Einsamkeit
 - c) des geistigen Lebens
 - Aufgeben von Hobbys
 - Desinteresse
 - Langeweile
6. Psychosomatische Reaktionen
- Schwächung der Immunreaktion
 - Schlafstörungen
 - Alpträume
 - Sexuelle Probleme
 - Gerötetes Gesicht
 - Herzklopfen
 - Engegefühl in der Brust
 - Atembeschwerden
 - Beschleunigter Puls
 - Erhöhter Blutdruck
 - Muskelverspannungen
 - Rückenschmerzen
 - Kopfschmerzen
 - Nervöse Tics
 - Verdauungsstörungen
 - Übelkeit
 - Magen-Darm-Geschwüre
 - Gewichtsveränderungen
 - Veränderte Essgewohnheiten
 - Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen
7. Verzweiflung
- Negative Einstellung zum Leben
 - Hoffnungslosigkeit
 - Gefühl der Sinnlosigkeit
 - Selbstmordabsichten
 - Existentielle Verzweiflung

Burnout-Phasentheorien

Freudenberger

Phase 1: Empfindendes Stadium

- chronische Müdigkeit
- Höherer Energieeinsatz zur Erreichung der gewohnten Leistungsstandards
- Verdrängung negativer Gefühle

Phase 2: Empfindungsloses Stadium Symptome von (1) plus

- Gleichgültigkeit
- Langeweile
- Zynismus
- Ungeduld
- Erhöhte Reizbarkeit
- Gefühl der Unersetzlichkeit
- Angst, nicht anerkannt zu werden
- Schuldzuschreibung an die Umwelt
- Kognitive Desorientierung wegen Überlastung
- Psychosomatische Beschwerden
- Depressionen

Cherniss

Phase 1: Berufsstress

- Anforderungen übersteigen die Ressourcen

Phase 2: Stillstand

- Angst
- Spannung
- Reizbarkeit
- Ermüdung
- Erschöpfung

Phase 3: Defensives Bewältigungsversuche

- Emotionale Abkoppelung
- Rückzug
- Zynismus
- Rigidität

Lauderdale

Phase 1: Verwirrung

- Vages Gefühl, dass etwas nicht in Ordnung ist
- Gelegentlich grundlose Angst
- Beginnende somatische Symptome wie Kopfschmerzen, Angespanntheit, Schlaflosigkeit, Energiemangel

Phase 2: Frustration

- Unzufriedenheit und Ärger
- Gereiztheit gegen Freunde und Kollegen
- Evtl. Arbeitsplatzwechsel
- Gefühl, betrogen zu werden
- Ausgeprägtere somatische Symptome wie Rückenschmerzen, Migräne
- Entspannung nur noch mit Alkohol und Tranquilizern

Phase 3: Verzweiflung

- Insuffizienzgefühle
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstanklagen
- Zynismus
- Misstrauen

- Mechanisierung des Lebens
- Erschöpfungsgefühl schon bei kleinsten Anforderungen
- Rückzug
- Apathie

Edelwich

Phase 1: Idealistische Begeisterung

- Selbstüberschätzung
- Hochgesteckte Ziele
- Omnipotenzphantasien
- Optimismus
- Hoher Energieeinsatz
- Überidentifikation mit Klienten und mit der Arbeit allgemein

Phase 2: Stillstand

- Erste Enttäuschungen
- Bedürfnisse nach Komfort, Freizeit, Freunden, Karriereaussichten werden wichtiger
- Beschränkung der Kontakte auf Kollegen
- Reduzierung des Lebens auf die Arbeit
- Familienleben leidet
- Rückzug von Klienten

Phase 3: Frustration

- Erfahrung der Erfolgslosigkeit und der Machtlosigkeit
- Probleme mit Bürokratie
- Fühlbarer Mangel an Anerkennung von Klienten und Vorgesetzten
- Zu viel Papierkrieg
- Gefühl der Inkompetenz
- Psychosomatosen
- Drogengebrauch
- Überernährung

Phase 4: Apathie

- Völlige Desillusionierung
- Verzweiflung wegen schwindender beruflicher Alternativen
- Resignation
- Gleichgültigkeit

Phase 5: Intervention (fallspezifisch)

Maslach

Phase 1a: Emotionale Erschöpfung

- Müdigkeit schon beim Gedanken an Arbeit

Phase 1b: Physische Erschöpfung

- Schlafstörungen
- Anfälligkeit für Erkältungen, Kopfschmerzen, sonstige Schmerzen

Phase 2: Dehumanisierung

- Negative, zynische Einstellung zu Kollegen
- Negatives Gefühl für Patienten/Klienten
- Schuldgefühl
- Rückzug ins Schneckenhaus
- Vermeidung von Unannehmlichkeiten
- Reduzierung der Arbeit auf das Allernotwendigste

Phase 3: Terminales Stadium

- Widerwillen gegen sich selbst
- Widerwillen gegen alle anderen Menschen
- Widerwillen gegen überhaupt alles

Zur besseren Vergleichbarkeit sind die Items hier nach Klassifizierung sortiert, wodurch sich die Reihenfolge der Originalversion ändert.

ER: Emotionale Erschöpfung

1. Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgebrannt.
2. Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.
3. Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.
4. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.
5. Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiss.
6. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.
7. Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.
8. Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.
9. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.

DP: Depersonalisation

10. Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“.
11. Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben.
12. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.
13. Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert.
14. Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit anderen Menschen geworden.

PE: Persönliche Erfüllung

15. Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse.
16. Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.
17. Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um.
18. Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.
19. Ich fühle mich sehr tatkräftig.
20. Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um.
21. Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.
22. Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen.

IV: Involviertheit

23. Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen.
24. Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.
25. In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten.

Beantworten Sie nach der Skala, ob Sie

1. müde sind
2. sich niedergeschlagen fühlen
3. einen guten Tag haben
4. körperlich erschöpft sind
5. emotional erschöpft sind
6. glücklich sind
7. „erledigt“ sind
8. „ausgebrannt“ sind
9. unglücklich sind
10. sich abgearbeitet fühlen
11. sich befangen fühlen
12. sich wertlos fühlen
13. überdrüssig sind
14. bekümmert sind
15. über andere verärgert oder enttäuscht sind
16. sich schwach und hilflos fühlen
17. sich hoffnungslos fühlen
18. sich zurückgewiesen fühlen
19. sich optimistisch fühlen
20. sich tatkräftig fühlen
21. Angst haben

Um das Ziel zu erreichen, aktuelle Erkenntnisse über Merkmale für ein BOS zu gewinnen, wurde nebst der Recherche in Bibliothekskatalogen auch in psychologischen Online-Datenbanken recherchiert. Da dies Pühlhofer (2006, S. 77-89) schon für die Jahre 1999-2004 getan hat, wurden seine Ergebnisse übernommen. Für den HTA-Bericht recherchierten Korczak et al. (2010, S. 30-94) in den Datenbanken der Jahre 2004-2009. Auch die daraus schlussfolgernden Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt. Da die Jahre 2004 bis 2009 betreffend Recherche in Datenbanken abgedeckt sind, erfolgte eine neue Suche noch für die Jahre 2010 bis „current“ (6. September 2012). Das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Recherchen werden hier erläutert.

Pühlhofer (2006, S 77-89) gibt einen Überblick über die Burnout-Forschung und recherchiert in den Datenbanksystemen PSYINDEX, PsycINFO und Medline. In einer quantitativen Übersicht stellt er die Ergebnisse der Jahre 1999-2004 dar. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei PSYINDEX jedes Jahr zwischen 14 und 58 Publikationen, bei PsycINFO zwischen 89 und 198 und bei Medline zwischen 181 und 296 unter dem Begriff „Burnout“ erschienen. Zu bedenken sind mögliche Abweichungen, beispielsweise aufgrund von doppelt aufgeführten Veröffentlichungen oder Artikeln, die nicht explizit den Begriff „Burnout“ verwenden. Die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse sind in Kapitel 2.3.1 festgehalten.

Eine Fortsetzung der Datenbankrecherche bietet der HTA Bericht über die Differenzialdiagnostik von Korczak et al. (2010, S. 30-94). Aufgrund der Fragestellungen wurden Suchbegriffe definiert, die in 36 verschiedenen Literaturdatenbanken eingegeben wurden. Die für diese Arbeit relevanten Erkenntnisse sind in Kapitel 2.1.2 zusammengefasst.

Der Vollständigkeit halber wurde eine weitere Recherche für diese Arbeit in den Datenbanken PsycINFO, PsycTest, PSYINDEX und PSYINDEXplus Tests für die Jahre 2010 bis zum aktuellen Datum (current), dem 6. September 2012 durchgeführt. Suchbegriffe sind „Burnout“, „Burnout + Diagnose“, „Burnout + messen“. Die nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse quantitativ dar. Für die Arbeit relevante Resultate sind in Kapitel 3.5 zu finden.

Ergebnisse aus der Datenbankrecherche für die Jahre 2010 bis 6. September 2012

	„burnout“	„burnout+diagnose“	„burnout+messen“
PsycINFO	1352	11 (a)	1 (b)
PsycTest	14 (c)	0	0
PSYINDEX	415	27 (d)	4 (e)
PSYINDEXplus Tests	5	0	4 (f)

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Inhalte der Resultate a bis f gegeben, die sich jedoch für die Arbeit nicht als verwendbar beziehungsweise nützlich erwiesen:

- a) Die elf Artikel beschäftigen sich mit spezifischen Themen im Zusammenhang mit Burnout wie das Alter, Burnout bei Studenten oder bei Freelancern, Copingstrategien, Probleme bei kurzen Spitalaufenthalten, religiöse Hilfe oder Burnout im Zusammenhang mit allgemeinen psychischen Krankheiten.
- b) Die Publikation befasst sich mit dem Zusammenhang von Arbeitsstress und Selbstmordgedanken.
- c) Mehrere Tests sind zwei- oder dreimal genannt. Die Mess-Skalen beziehen sich auf spezifische Themen bezüglich Messung von Arbeitskonditionen, Schülerengagement oder Unterschieden bei Sportlern. Ein Test, das „Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36) von Jesús Montero-Marín und Javier García-Campayo ist in Kapitel 3.5 erwähnt. Darin wird das BOS klinisch über drei Subtypen charakterisiert: der frenetisch/rasende, der unterforderte und der abgenutzter Typ. Diese drei Typen müssen gemäss den Autoren bei der Burnout-Messung unterschieden werden.
- d) Bei den Artikeln handelt es sich hauptsächlich um spezifische Themen wie Stress bei Lehrpersonen, Therapie von Burnout oder Teamentwicklung. Eine Publikation behandelt die Vorschläge der DSM-V Work Group zur Entwicklung von neuen Vorschlägen zur Klassifikation somatoformer Störungen (Rief, 2011). Die Publikation ist in Kapitel 2.2 erwähnt.
- e) Die vier Publikationen bergen keine relevanten Resultate Bezug auf die Arbeit.
- f) Die MOA-Burnout-SCR, ein Screeningverfahren, wird präsentiert. Dieses ist in Kapitel 3.5 erwähnt.

1. Suche nach Merkmalen im Theorieteil der Arbeit

Die Textstellen aus dem Kapitel 2, die Merkmale für ein BOS beschreiben und in den Katalog aufgenommen wurden, sind in der nachfolgenden Kopie des Kapitels blau eingefärbt. Die Modelle sind nicht abgebildet. Doppelt genannte Merkmale sind nur einmal blau eingefärbt. Es wurden alle in Kapitel 2.4 genannten Symptome und Hauptmerkmale in den Katalog aufgenommen und sind daher hier nicht blau markiert.

2.3.1 Innere Faktoren

Nach Freudenberger und Richelson (1990; zit. nach Beschner et al., 2009) entsteht ein Burnout aufgrund der individuellen und gesellschaftlichen Dispositionen. Sehr **engagierte, aufopfernde Helfer** sind prädestiniert, da sie oft **unerreichbare Ziele** stecken und unrealistisch **überhöhte Erwartungen an sich selbst** stellen. So nehmen sie ihre Arbeit **anfangs motiviert** in Angriff und merken bald, dass sie **scheitern**. Erschwerend kommt hinzu, dass die Betroffenen die **Arbeit als Ersatz für ihr soziales Leben** betrachten. Freudenberger (1974; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 59) sowie Meier (1983; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 60-61) beschreiben den auslösenden Faktor daher als **Diskrepanz zwischen Erwartung nach grossem Engagement und der Realität**.

Eine weitere Ursache sehen Freudenberger und Richelson (1990; zit. nach Beschner et al., 2009) in **fremdinduzierten Zielen**. Um Anerkennung und Wertschätzung zu erhalten, versuchen Betroffene Erwartungen von Eltern, Partnern und Freunden zu erfüllen, obwohl diese nicht ihren Wünschen entsprechen. Dies löst **Unzufriedenheit** aus. Eine **zu hohe Anerkennungserwartung** wird zudem als Ursache gesehen. Betroffene erreichen zwar die Ziele, das erwartete Lob und die Dankbarkeit fallen jedoch zu spärlich aus. Auch Edelwich und Brodsky (1984) sowie Burisch (1994) sehen als Burnout-Ursache **unrealistische Ziele** oder solche, die erreichbar wären, an denen die Betroffenen jedoch scheitern, oder sie unter grossem Aufwand erreichen. Dies hat **Enttäuschung** und einen **Verlust an Idealismus** zur Folge. Bleibt die Anerkennung aus, scheint das Ergebnis der Handlung unbefriedigend, was einen **Autonomieverlust** auslöst. Der Bewältigungsversuch löst **Stress** aus, was wiederum ein Burnout zur Folge haben kann. Diese fortschreitende Desillusionierung verläuft gemäss Edelwich und Brodsky (1980; zit. nach Pühlhofer, 2006, S.60) in vier Verlaufsphasen: Idealistische Begeisterung, Stagnation, Frustration und Apathie.

Pühlhofer (2006, S. 79) macht einen Überblick über die Faktoren, die mit Burnout im Zusammenhang stehen, worauf er eine Auswahl an empirischen Studien wiedergibt, die eine gewisse Einheitlichkeit aufzeigen. Die Stärksten Korrelationen zu Burnout betreffend möglicher Ursachen sind: Hardiness (negatives Korrelat), Neurotizismus, quantitative Arbeitslast und Zeitdruck (positive Korrelate).

Pines (1993; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 61-63) nimmt an, dass „in order to burn out, one has first to be „on fire“. Er beschreibt das „existential model of burnout“, bei dem idealistisch engagierte Personen, die ein Gefühl von **existentieller Bedeutung durch die Arbeit** erwarten, einen Burnout erleiden können, da sie Enttäuschung erleben, wenn sie den Sinn des Lebens nicht in der Arbeit finden. Pines differenziert zwischen drei verschiedenen **Arbeitsmotivationen**: Erfolg und Anerkennung, anderen Menschen helfen und bedeutsam werden für deren Leben oder ein persönliches Rollenmodell des Berufes einnehmen können. Ob diese Erwartungen erfüllt werden, hängt von den Arbeitsbedingungen ab, die unterstützend oder stressend sein können. Hier wird das Zusammenspiel von inneren und äusseren Faktoren ersichtlich und aufgezeigt, dass je mehr innere Faktoren den Burnout verursachen, desto weniger äussere Faktoren hinzukommen müssen und umgekehrt.

2.3.2 Äussere Faktoren

Maslach und Jackson (1996; zit. nach Beschner et al. 2009) beschreiben ebenfalls individuelle Eigenschaften, jedoch erklären sie als eigentliche Ursachen für einen Burnout folgende Arbeitsbedingungen und die Organisationsstruktur am Arbeitsplatz:

- **mangelnde Anerkennung im Beruf**
- **keine oder wenig Rückmeldung über die Arbeit**
- **Unklarheiten und Konflikte hinsichtlich der eigenen Rolle im Arbeitsumfeld**
- **fehlende Autonomie**

- ein geringes Mass an Kontrolle
- mangelnde soziale Unterstützung

Auch Leiter (1993; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 67-68) nimmt an, beanspruchende Aspekte der Arbeitsumgebung, wie **Arbeitsüberlastung** und **interpersonelle Konflikte** lösen emotionale Erschöpfung aus, die zu **Depersonalisation** führt. Parallel dazu entwickelt sich ein **reduziertes Wirksamkeitserleben** aufgrund von Ressourcenmangel an beispielsweise sozialer Unterstützung.

Richter und Hacker (1998; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 72-75) erwähnen ebenfalls Burnout als „Zustand physischer und psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung in Tätigkeiten der **Humandienstleistungen** (...). Dabei handelt es sich vorzugsweise um Tätigkeiten, die ein **langzeitiges Engagieren für andere Menschen in emotional belastenden Situationen** erfordern.“ Die Autoren sehen die Hauptursache von Burnout bei Humandienstleistungen im Auslaufen der emotionalen Zuwendungsmöglichkeit, weil **keine soziale Zuwendung zurückgegeben** wird. Die Quelle für Burnout, die durch eine Diskrepanz von Geben und Nehmen entstehen kann, ist einerseits die Beziehung zwischen Helfer und Klient, andererseits die Beziehung zwischen Arbeitnehmer und Organisation. Daraus resultieren **Aversionen gegenüber Klienten** (Depersonalisation) und **schwindendes Engagement für die Organisation**.

Burnout wurde bisher bei rund 60 Berufen und Personengruppen beschrieben. Dabei handelt es sich überwiegend um Rollen, von denen nicht nur technische Hilfe, sondern auch **emotionale Zuwendung erwartet** wird, ohne dass dies auf Gegenseitigkeit beruht (Burisch 2010, S. 21-24).

2.3.3 Ergänzende Faktoren

Linneweh, Heufelder und Flasnoecker (2010, S. 16-17) beschreiben Burnout als Folge chronisch, überbordenden Stresses, der zu Erschöpfung führt. Sie betonen die schleichende Anbahnung der Krankheit über einen **längeren Zeitraum**, die sich in **Verhaltensänderungen** beobachten lässt und eine Erschöpfung auf körperlicher, psychischer, geistiger und sozialer Ebene bedeutet. Dennoch erkrankt nicht jeder Mensch unter der beschriebenen Belastungssituation aus. Die Belastbarkeit des Organismus, die genetische Prädisposition und die Persönlichkeitsstruktur spielen dabei eine wichtige Rolle. Gemäss den Autoren entsteht Burnout immer dann, wenn die zwei folgenden Voraussetzungen zutreffen:

1. Infolge einer **langandauernden Über- oder Unterforderung** muss der Betroffene einen ständig wachsenden Anteil seiner psychophysischen Ressourcen aktivieren.
2. Aufgrund persönlicher Ansprüche, Sozialisation, Einstellungen, Wertvorstellungen und Gewohnheiten ist der Betroffene nicht in der Lage, sich trotz erlebter Frustrationen von seiner **beruflichen Tätigkeit zu distanzieren**.

Karger (1981; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 75-26) nimmt an, dass die menschliche Interaktion zwischen Helfer und Klient distanziert und entfremdet wird, durch die Zergliederung der Arbeit und der wachsenden Bürokratisierung von öffentlichen Institutionen.

Gemäss Cherniss und Krantz (1983; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 76-77) entsteht Burnout nicht durch Überengagement und Stress, sondern durch **fehlende moralische Verpflichtungen** und Vorsätze in der Arbeit. Wer beispielsweise in ideologischen Gemeinschaften (religiöse, politische o.ä.) sozial eingebunden ist und einen Sinn im Beruf erlebt, ist resistenter gegen Burnout. Die Autoren sehen Burnout demnach nicht als Problem der individuellen Bewältigungsstrategie, sondern als ein kulturelles und historisches Phänomen.

2.3.4 Modelle

Pühlhofer (2006, S. 58-77) bietet eine Auswahl an Modellen, die bei der theoretischen und methodischen Entwicklung des BOS einflussreich waren. Daraus werden hier dasjenige von *Cherniss* sowie das von *Golembiewski und Munzenrider* genauer dargestellt, da sie auf bestehenden Theorien aufbauen und dementsprechend als ausschlaggebend betrachtet werden. Zuletzt wird das von *Burisch* entwickelte, integrierende Burnout-Modell zusammengefasst, das versucht die wichtigsten Theorien zusammenzuführen.

Burnout als Realitätsschock – Modell von Cherniss

Cherniss (1980b; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 69-71) sieht Burnout als Folge **arbeits-bedingten Stresses**, der durch eine negative Bilanz zwischen Stressoren und Ressourcen Stressreaktionen auslöst. Er beschreibt fünf Stressquellen als Auslöser des Burnout-Prozesses, die aus kritischen Arbeitsbedingungen und der Person selbst resultieren. Kann der entstehende Stress nicht aktiv bewältigt werden, kommen defensive Copingstrategien zum Einsatz, die zu Einstellungsänderungen führen. Abbildung 1 gibt das „reality shock model of burnout“ von Cherniss wieder.

Burnout-Phasen-Modell von Golembiewski und Munzenrider

Das Modell von Golembiewski und Munzenrider (1984; zit. nach Pühlhofer, 2006, S. 71-72) ist in acht Phasen differenziert, da die Autoren davon ausgehen, dass Burnout ein durch Faktoren der Arbeit ausgelöster progressiver Prozess ist. Dieser wird mit der *Depersonalisierung* in Gang gesetzt, worauf ein Gefühl der **reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit** folgt und schliesslich in emotionale *Erschöpfung* übergeht. Dabei

sehen die Autoren die emotionale Erschöpfung im fortgeschrittenen Stadium als charakteristischstes der drei Burnout-Merkmale. Das Burnout-Phasenmodell ist in Abbildung 2 dargestellt.

Ein integrierendes Burnout-Modell

Burisch (2010, S. 147-148) beschreibt die Unmöglichkeit eine allgemeine Theorie über Burnout zu finden, da die bisherigen Versuche zu speziell und zu allgemein gleichzeitig sind. So zitiert er Schaufeli und Enzmann (1998a; zit. nach Burisch, 2010, S. 148) „Weil es sich um etwas Chronisches und Dynamisches handelt, ist es praktisch unmöglich, spezifische „Ursachen“ zu identifizieren, die man für die Existenz des generalisierten, chronischen und habituellen Symptommusters verantwortlich machen könnte, das als Burnout etikettiert worden ist.“ Aus diesem Grund besteht für Burisch (2010, S. 148) nur die Möglichkeit einer allgemeinen Theorie für die Entstehung von Burnout auf einer unspezifischen Ebene für alle Unterschiede von Rasse, Klasse, Geschlecht und Beruf. Mit seinem integrierenden Modell, das im Folgenden dargestellt wird, hat er versucht, sich an der inneren Realität des Ausbrennens zu orientieren und somit alle Arten von Burnout abzubilden. Seine Erklärung des Syndroms beruht darauf, bekannte Prinzipien zu subsumieren.

Autonomie und Autonomieeinbußen

Burisch formuliert den Wunsch des Menschen nach Autonomie folgendermassen: „Menschen wollen entscheiden können, welche Ausschnitte der Aussen- und der Innenwelt sie auf welche Weise wie gründlich unter Kontrolle halten wollen, wann sie das tun wollen und vor allem mit welchem Kosten-Nutzen-Verhältnis“ (Burisch, 2010, S. 151). Dieser Wunsch nach Kontrolle über subjektiv wichtig erachtete Transaktionen mit der Umwelt kann formuliert werden als „sein Leben im Griff haben“.

Stress erster und zweiter Ordnung

Burisch nennt psychischen Stress, der durch Bedrohung oder Herausforderung verursacht wird, „Stress erster Ordnung“. Der Mensch generiert die Befürchtung, hilflos zu werden, wenn dieser Stress nicht bewältigt werden kann. „**Stress zweiter Ordnung**“ entsteht durch erfahrene Hilflosigkeit. Erfolgreiche Bewältigung von Stress erster Ordnung geschieht, wenn sich die **Befürchtungen negativer Ereignisse nicht dauerhaft vermeiden lassen**, trotz Anstrengung der angestrebte Zustand nicht erreicht wird, Folgeprobleme durch die Bewältigungsversuche entstehen oder der Verlust (des verloren gegangenen Anreizobjektes) nicht kompensiert werden kann.

Menschen, die keine Coping-Strategien für das Erleben tatsächlicher Hilflosigkeit haben, geraten in einen Teufelskreis: Wiederholte **Autonomieverluste** rufen eine Reizgeneralisation hervor, sodass das **Selbstvertrauen sinkt** und sich Pessimismus als Enttäuschungsprophylaxe einstellt. Dadurch wird die **Bewältigungsanstrengung vermindert**.

Autonomie durch Konflikte

Normalerweise müssen sich Menschen in Stresssituationen, wie beispielsweise bei einer bevorstehenden Prüfung, zwischen „Flüchten oder Standhalten“ entscheiden. Da die Folgen des Fluchtversuchs oft anstrengender als der Bewältigungsversuch sind, wird normalerweise die eigene Angst unterdrückt und im Wissen um die Einmaligkeit des Erlebnis sich der Situation gestellt. Wo die Gefahr jedoch länger dauert oder unvorhersehbar immer wiederkehrt, kann das Risiko des Scheiterns nicht gesenkt werden. **Schwindet die Hoffnung auf Erfolg**, erlahmen die Anstrengungen das Ausbrennen beginnt.

Die Veränderung der Anreizlandschaft und ihre Folgen

Unter „Anreizlandschaft“ wird der Kern der Motivationstheorie von Klinger et al (1980; zit. nach Burisch (2010, S. 136) verstanden. Danach kreist unser Leben, unser Denken und Fühlen um Anreize, Zielereignisse, die an positive oder negative Anreize gebunden sind. Dadurch verspürt der Mensch ein dauerndes Begehren, das durch Zielerreichung oder Aufgaben beendet wird. Wird ein **Ziel vollständig unerreichbar**, muss es aus der Anreizlandschaft getilgt werden, was eine Folge verschiedener Reaktionen auslöst, die schlussendlich eine Depression in Gang setzen.

Diese Anreizlandschaft steuert unsere Handlungen. Anzahl positiv besetzter Anreize, Stärke antizipierter Gefühlsreaktion, Grösse konkurrierender negativer Besetzung und Optimismus für die Zielerreichung schlagen sich in der Gefühlsbilanz nieder und die gemachten Erfahrungen haben Einfluss auf das **Selbstwertgefühl**. **Frustrationen** treten auf, wenn das Ziel nicht erreicht werden kann und das Individuum versucht, sein Weltmodell zu ändern: verfehlte Ziele werden wertvoller, Ambivalenz aus Furcht vor Wiederholung entsteht, kontingente Anreize werden verändert, die Affektbilanz verschlechtert sich, das Selbstbild wird verändert und **Pessimismus** gegenüber der Anreizlandschaft entsteht. Es braucht nun mehr Energie, um die ambivalenten Ziele anzugehen, was auch im Erfolgsfall die Aufwand-Ertrags-Bilanz verschlechtert und das Gefühl der Erschöpfung und Lähmung verursacht. Sind ganze Bereiche der Anreizlandschaft verarmt, kommt es zu einer **emotionalen Verflachung** und Gleichmutsgefühlen als Selbstschutzstrategie. Wer keine Copingstrategien zur Verfügung hat, erlebt eine Stimmung von **Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Angst und Unlust, was zur inneren Leere und Apathie** führt.

Die ungestörte Handlungsepisode

Die von Burisch (2010, S. 159-162) beschriebene ungestörte Handlungsepisode, die einen in Zufriedenheit endenden Zyklus von Spannung und Lösung darstellt, wird in Abbildung 3 veranschaulicht. Sie ist selbsterklärend.

Die gestörte Handlungsepisode

Auf der Route zwischen Motivanregung und Motivsättigung können Störungen auftreten, die als subjektive **Misserfolge** angesehen werden. Je nach persönlichen Copingstrategien führen diese zur Burnout-Episode. Die vier häufigsten Störfälle sind: Zielvereitelung, Zielerschwerung, Ausbleiben der Belohnung und negative Nebenwirkungen. Im Anhang A ist das Schema der vier Arten gestörter Handlungsepisoden abgebildet.

Die Handlungsepisode des Ausbrennens

Burisch ist überzeugt, dass am **Anfang** eines Burnout-Prozesses eine **gestörte Handlungsepisode** stehen muss, die nicht ausreichend bewältigt wurde. Der Autor glaubt, dass sich retrospektiv das Einsetzen des Burnout-Prozesses oft recht genau datieren lässt. Meist steht zu Beginn eine Zäsur in Form einer subjektiven Änderung der Lebensbedingungen. Plötzlich ereignen sich **unbewältigte Autonomieeinbußen in rascher Folge**, sodass Copingmöglichkeiten fehlen. Seltener sind langsam verlaufende Prozesse, die aufgrund unerreichbarer Ziele oder Belohnungen wie aus dem „Nichts“ entstehen.

Persönliche Risikofaktoren und Umweltfaktoren

Burisch (2010, S. 197-215) macht eine detaillierte Abhandlung über Persönliche Risikofaktoren und Umweltfaktoren und nennt diverse Studien dazu. Diese werden hier nicht weiter erläutert, da er erstens diejenigen begünstigenden Faktoren, die als er als gesichert betrachtet schon in seinem Symptomkatalog aufführt. Er kommt dabei auf keinen einheitlichen Konsens, ebensowenig findet er empirische Belege.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Burnout persönlichkeitszentrierte, sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ursachen haben kann. Überforderung führt zu Erschöpfung auf körperlicher, psychischer, sozialer und geistiger Ebene. Dabei spielen die Prädisposition der Person sowie die Arbeits- und Umweltbedingungen eine zentrale Rolle, was die Individualität der Ursachen erklärt. Wie in diesem Kapitel ersichtlich wurde, führen die Ursachen zu diversen Symptomen. Im folgenden Kapitel werden diese strukturiert wiedergegeben.

2.4.1 Verlauf

Einerseits können aus den Verlaufsbeschreibungen neue Merkmale abgeleitet werden, andererseits werden gegensätzliche Symptome in über die Zuteilung zu unterschiedlichen Phasen erklärt. Für die Befragung bei Patienten ist es wichtig, die Symptome mit den Stadien des Verlaufs in Zusammenhang zu bringen.

Die Phasen des Burnouts werden je nach Autor unterschiedlich dargestellt. Übereinstimmend wird immer wieder auf die **Abwärtsspirale** hingewiesen, die nach unten enger wird. *Freudenberger* und *North* beschreiben zwölf Phasen, *Burisch*, *Koch* und *Kühn* sieben und *Bronsberg*, *Vestlund* und *Müller-Timmermann* nur fünf. Die von *Selye* dargestellte Grundsystematik des Burnout teilt den Prozess in eine Alarmphase, eine Resistenzphase und eine Erschöpfungsphase (Linneweh, Heufelder & Flasnoecker, 2010, S. 18).

In Anlehnung an *Burisch* und *Schröder* arbeiten Linneweh et al. (2010, S. 18-23) mit einem modifizierten 7-Phasen-Modell. Dieses sei hier zusammengefasst dargestellt:

Erst Stufe: Grosses Engagement – idealistische Begeisterung

Beruflich oder privat **übermotiviert Menschen**, die fähig und bereit sind, **viel Verantwortung** zu tragen und ihre **körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte überschätzen**, sind prädestiniert an einem Burnout zu erkranken. Sie **stecken ihre Ziele immer höher** und **verleugnen eigene Bedürfnisse**, da der Wunsch, den anderen zu **zeigen, wie gut man ist**, zu einem Zwang wird.

Zweite Stufe: Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse

Menschen, die ihre Grenzen missachten und die Ansprüche an sich selbst immer höher stecken, müssen irgendwann mit Leistungseinbußen rechnen. Obwohl sich die **Aufmerksamkeit reduziert**, glauben sie, durch **zusammenreißen**, ihre Ziele zu erreichen. Dabei werden erste Anzeichen der Erschöpfung wie ständige **Müdigkeit, Schlafstörungen, Verspannungen oder Gedächtnisstörungen** sichtbar.

Dritte Stufe: Emotionalisierung – Enttäuschung

Da sich Betroffene nach Anerkennung sehnen und für ihre Leistung eine Gegenleistung erwarten, macht sich **Enttäuschung** breit. Es stellt sich eine **Ernüchterung** bei der Arbeit ein, Spass und Engagement schlagen ins Gegenteil um und Prioritäten werden plötzlich auf das Privatleben gelegt. **Emotionale Veränderungen** wie Aggression (Reizbarkeit, Wut, Launenhaftigkeit, Schulzuweisungen) und Depression (Schwächegefühl, Leere, Selbstmitleid, Angst) treten zu Tage.

Vierte Stufe: Kompensation – Der Griff zu Drogen

Durch die Abflachung des Engagements und der Konzentrationsfähigkeit, wird die **Arbeit auf das Nötigste reduziert**. Durch das Übergehen und Verleugnen der eigenen Bedürfnisse verändern sich das **Wertesystem** und die **Wahrnehmung**, was zu Problemen führt, **Wichtiges und Unwichtiges voneinander zu unterscheiden**.

Um zur alten Leistungsfähigkeit zurückzufinden, greifen Betroffene oft zu [Aufputzmitteln](#) und [Drogen](#) (Kaffee, Zigaretten, Wein, Schlaftabletten, Schmerzmittel, Entzündungshemmer).

Fünfte Stufe: Desinteresse und Gleichgültigkeit

Wenn innerer Antrieb und Selbstbestimmung verloren gegangen und die Kraft nur noch für das Nötigste reicht, [verschwinden Freude, eigene Lebensziele](#) und [soziale Kontakte werden als belastend erlebt](#). Betroffene kapseln sich ab und reagieren auf Kollegen intolerant, aggressiv und gleichgültig.

Sechste Stufe: Depersonalisation und körperliche Symptome

[Depersonalisation](#) bedeutet den Verlust der persönlichen Lebendigkeit in der Arbeit. Betroffene funktionieren nur noch mechanisch, das Leben erscheint ihnen sinnentleert, sie fühlen sich [hoffnungslos](#) und werden von [Selbstzweifeln](#) geplagt. Neben dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit treten [Somatisierungen](#) wie Erkältungskrankheiten, Ohrengeräusche, Schlafprobleme, Muskelschmerzen, Übelkeit, Magenprobleme, sexuelle Probleme, Atemprobleme, Sehstörungen, erhöhter Puls, Gewichtsveränderungen auf, die mit erhöhtem Drogenkonsum kompensiert werden können.

Siebte Stufe: Der Zusammenbruch

Wenn sämtliche Energiereserven aufgebraucht sind, ist das Ende der Burnout-Spirale erreicht. [Angst und Verzweiflung](#) sind ständige Begleiter, was zu [Perspektivlosigkeit](#) und [Depression](#) führt und [Panikattacken](#) sowie [Suizidgedanken](#) zur Folge hat. Eine Heilung ist ohne ärztliche Hilfe nicht mehr möglich.

2. Auflistung der 179 möglichen Merkmale

Alle möglichen Merkmale aus dem Theorieteil wurden gesammelt. Hauptsächlich bestehen sie aus den Beschreibungen der Ursachen und Symptome, die oben blau markiert sind. In der folgenden Tabelle sind sie nach Kapiteln sortiert aufgelistet und nummeriert. Da in Kapitel 2.3 und 2.4.1 Ursachen und Symptome teilweise durchmischt sind, wurden sie farblich voneinander getrennt. Grün sind hier [Ursachen \(Einflüsse\)](#) und violett die [Symptome](#). Die Merkmale aus den Items der beiden bewährten Fragebögen sowie die Kontramerkmale aus der Differenzialdiagnostik ergänzen die Liste. Die komplette Liste aus 179 Merkmalen ist hier abgebildet, wobei sie erst als Arbeitsinstrument und unbereinigte Sammlung zu betrachten ist: Die Nummerierungen sind nicht chronologisch, da teilweise Ergänzungen hinzugekommen sind.

2.1.2 Forschungsfragen und neue Studien

alle Berufsgruppen

emotionale Erschöpfung ist durchgängiges Merkmal

2.3 Ursachen

2.3.1 innere Faktoren

179 Hardiness (Widerstandsfähigkeit)

36 Neurotizismus

1 [engagierte, aufopfernde Helfer](#)

2 [unerreichbare Ziele stecken](#)

3 [überhöhte Erwartung an sich selbst](#)

4 [anfangs motiviert bei Arbeit, dann scheitern](#)

5 [Arbeit als Ersatz für soziales Leben](#)

6 [Diskrepanz zwischen Erwartung nach grossem Engagement und Realität](#)

7 [fremdinduzierte Ziele--> Unzufriedenheit](#)

8 [hohe Anerkennungserwartung](#)

9 [unrealistische oder schwer erreichbare Ziele](#)

10 [Enttäuschung](#)

11 [Verlust an Idealismus](#)

12 [Autonomieverlust aufgrund der unerreichten Ziele](#)

- 13 Stress (durch Versuch der Zielerreichung)
- 14 Enttäuschung bei existentieller Bedeutung der Arbeit (Lebenssinn in der Arbeit)
- Arbeitsmotivation: Erfolg und Anerkennung - helfen und bedeutsam werden für andere -
- 15 Rollenmodell des Berufes
- 2.3.2 äussere Faktoren
- 178 quantitative Arbeitslast
- 177 Zeitdruck
- 16 mangelnde Anerkennung
- 17 wenig Rückmeldung über Arbeit
- 18 Unklarheiten und Konflikte betreffend eigener Rolle im Arbeitsumfeld
- 19 geringes Mass an Kontrolle
- 20 mangelnde soziale Unterstützung
- 21 Arbeitsüberlastung und interpersonelle Konflikte
- 22 Depersonalisation
- 23 reduziertes Wirksamkeitserleben
- 24 Tätig in Humandienstleistungen
- 25 langzeitiges Engagieren für Menschen in emotional belasteten Situationen
- 26 keine soziale Zuwendung kommt zurück (weder vom Klient noch vom Arbeitgeber)
- 27 Aversion gegenüber Klienten = Depersonalisation
- 28 schwindendes Engagement für die Organisation
- 29 Beruf erwartet emotionale Unterstützung für andere ohne Gegenleistung.
- 2.3.3 Ergänzende Faktoren
- 30 schleichende Anbahnung über längere Zeit
- 31 Verhaltensänderung
- 32 langandauernde Über- oder Unterforderung
- 33 keine Distanz zum Beruf
- 34 fehlende moralische Verpflichtungen
- 2.3.4 Modelle
- 35 arbeitsbedingter Stress
- 37 Zweifel an eigener Kompetenz
- 38 Bürokratische Behinderungen
- 39 Fehlen von Anreizen und Erfüllungen
- 40 Fehlen von Kollegialität
- 41 durch Arbeit ausgelöst
- 42 reduzierte Leistungsfähigkeit
- 43 Stress zweiter Ordnung (Befürchtung negativer Ereignisse nicht vermeidbar)
- 44 Autonomieverlust
- 45 sinkendes Selbstvertrauen
- 46 verminderte Bewältigungsanstrengung
- 47 schwindende Hoffnung auf Erfolg
- 48 Ziele werden unerreichbar
- 49 geschwächtes Selbstwertgefühl
- 50 Frustration durch Scheitern am Ziel
- 51 Pessimismus
- 52 emotionale Verflachung
- 53 Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Angst, Unlust, innerlich Leer, Apathie
- 54 gestörte Handlungsepisode (Misserfolge) als Beginn des BOS-Prozesses
- 55 Zielvereitelung, Zielerschwerung, Ausbleiben von Belohnung, neg. Nebenwirkungen
- 56 unbewältigbare Autonomieeinbussen in rascher Folge
- 2.4 Symptome
- Burnout-Symptomatik nach Burisch
- 57 In der Anfangsphase überhöhter Energieeinsatz
- 58 Auf überhöhten Energieeinsatz folgt Erschöpfung
- 59 Reduziertes Engagement für Klienten, Patienten
- 60 Reduziertes Engagement für andere allgemein
- 61 Reduziertes Engagement für die Arbeit
- 62 Erhöhte Ansprüche (Bedürfnisse)

- 63 Emotionale Reaktion wie Depression
- 64 Emotionale Reaktion wie Aggression
- 65 Schuldzuweisung an andere
- 66 Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit
- 67 Abbau der Motivation
- 68 Abbau der Kreativität
- 69 Entdifferenzierung (Schwarz-weiss-Denken, Widerstand gegen Veränderung)
- 70 Verflachung des emotionalen Lebens
- 71 Verflachung des sozialen Lebens
- 72 Verflachung des geistigen Lebens
- 73 Psychosomatische Reaktionen
- 74 Verzweiflung
- Pühlhofer*
- 149 Arbeitsunzufriedenheit
- Koch und Kühn*
- 75 körperliche Erschöpfung
- 76 emotionale Erschöpfung
- 77 geistige Erschöpfung
- 78 Symptome über längeren Zeitraum auftretend
- Schaufeli und Enzmann*
- 79 affektive Symptome: auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene
- 80 kognitive Symptome: auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene
- 81 körperliche Symptome: auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene
- 82 verhaltensmässige Symptome: auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene
- 83 motivationale Symptome: auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene
- Kernmerkmale von Burisch und Schaufeli und Enzmann*
- 84 Über- oder Unteraktivität
- 176 Hilflosigkeit, Depression, Erschöpfung
- 85 innere Unruhe
- 86 reduziertes Selbstwertgefühl
- 87 verschlechternde soziale Beziehungen
- 88 aktives Bemühen um eine Zustandsänderung
- 89 reduzierte Effektivität
- 90 Motivationsabbau
- 91 unangemessene Verhaltensweisen am Arbeitsplatz
- 2.4.1 Verlauf*
- 92 Abwärtsspirale
- 1. Phase*
- 93 übermotivierte Menschen
- 94 übernehmen grosser Verantwortung
- 95 überschätzen der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte
- 96 Verleugnen eigener Bedürfnisse
- 97 immer höher stecken der Ziele
- 98 wollen anderen zeigen, wie gut sie sind
- 2. Phase*
- 99 Leistungseinbussen
- 100 reduzierte Aufmerksamkeit
- 101 Glaube, mit Zusammenreißen gehe es
- 102 Müdigkeit, Schlafstörungen, Verspannungen, Gedächtnisstörungen
- 3. Phase*
- 103 Enttäuschung durch fehlende Gegenleistung
- 104 Ernüchterung bei der Arbeit
- 105 Spass und Engagement gehen verloren
- 106 Arbeit verliert an Priorität

- Emotionale Veränderungen: Aggression (Reizbarkeit, Wut, Launen, Schuldzuweisung) und Depression (Schwächegefühl, leere, Selbstmitleid)
- 107 *4. Phase*
- 108 Reduktion der Arbeit auf das Nötigste
Veränderung des Wertesystems und der Wahrnehmung: Schwierigkeiten beim Unterscheiden von wichtig und unwichtig
- 109 Aufputzmittel- und Drogenkonsum (Kaffee, Zigaretten, Wein, Schlaftabletten, Schmerzmittel, Entzündungshemmer)
- 110 *5. Phase*
- 111 Verlust von Freude und eigenen Lebenszielen
soziale Kontakte erweisen sich als Belastung: abkapseln, Intoleranz, Aggressivität, Gleichgültigkeit
- 112 *6. Phase*
- 113 Depersonalisation: sinnentleertes Leben
- 114 Hoffnungslosigkeit
- 115 Selbstzweifel, Gefühl der Wertlosigkeit
Somatisierungen: Erkältungskrankheiten, Ohrengeräusche, Schlafprobleme, Muskelschmerzen, Übelkeit, Magenprobleme, sexuelle Probleme, Atemprobleme, Sehstörungen,
- 116 erhöhter Puls, Gewichtsveränderungen
- 7. Phase*
- 117 Angst und Verzweiflung
- 118 Perspektivenlosigkeit
- 119 Depression
- 120 Panikattacken
- 121 Suizidgedanken
- Zusammenfassung der Übereinstimmungen im Verlauf
1. Ermüdung
 2. verschlechterte Beziehungen (Reizbarkeit, Ungeduld, Vorwürfe)
 3. Psychosomatosen
 4. Depression oder Rückzug
- 3.2: MBI**
- Emotionale Erschöpfung*
- 122 durch Arbeit
- 123 durch Kontakt mit Menschen
- 124 durch Arbeit mit Menschen
- 125 nicht mehr weiter wissen
- 126 durch zu harte Arbeit
- 127 Müdigkeit vor einem Arbeitstag
- 128 Frustration durch Arbeit
- Depersonalisation*
- 129 Patienten als "unpersönliche Objekte" behandeln
- 130 Patienten geben Schuld für eigene Probleme
- 131 Arbeit verhärtet mich emotional
- 132 Gleichgültigkeit gegenüber Patienten
- 133 Gefühlslosigkeit im Umgang mit anderen Menschen
- Persönliche Erfüllung*
- 134 durch Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflussen
- 135 Positive Stimmung durch intensive Arbeit mit Patienten
- 136 Gelassenheit im Umgang mit emotionalen Problemen
- 137 Fähigkeit, entspannte Atmosphäre herzustellen
- 138 Gefühl, tatkräftig zu sein
- 139 Erfolgreicher Umgang mit Problemen von Patienten
- 140 Lohnswerter Erfolg in der Arbeit
- 141 Empathiefähigkeit gross
- Involviertheit*
- 142 Betroffenheit von Problemen der Patienten
- 143 Schuldgefühle aufgrund der Behandlungsart von Patienten

144 Gleichstellung der Gefühle von Patienten und sich selber

3.3 TM

emotional

145 Niedergeschlagenheit

146 gute Tage haben

147 emotional erschöpft sein

148 glücklich sein

150 unglücklich sein

151 befangen sein

152 sich wertlos fühlen

153 überdrüssig sein

154 bekümmert sein

155 über andere verärgert sein

156 schwach und hilflos

157 hoffnungslos

158 zurückgewiesen fühlen

159 optimistisch sein

160 Angst haben

körperlich

161 müde sein

162 körperlich erschöpft

körperlich, emotional und geistig

163 erledigt

164 ausgebrannt

165 abgearbeitet

166 tatkräftig

3.4 Differenzialdiagnostik

167 Zusammenhang zu Depression

168 Zusammenhang mit Entzündungsmarkern

169 Verbindung mit muskuloskelettalen Schmerzen

170 Verbindung mit kutane Krankheiten (Hautkrankheiten)

171 Verbindung mit allergischen Erkrankungen

172 Verbindung mit Diabetes mellitus

173 Verbindung mit Hyperlipidämie (erhöhte Blutfette)

174 dauerhaft erfolglose Adaption an chronischen Arbeitsstress

175 vorwiegend im Berufsleben ausgelöst

1. Zusammenfassung: Kategorisierung nach Kapiteln

Doppelnennungen und ähnliche Merkmale aus dem Gesamtkatalog wurden in einer ersten Zusammenfassung gemäss den Kapiteln im Theorieteil sortiert. Es gibt Ursachen (innere, äussere, ergänzende Faktoren) und Symptome (emotional, geistig, sozial, körperlich). In der folgenden Tabelle kann diese Kategorisierung nachverfolgt werden. Damit ersichtlich wird, woher die Merkmale stammen, sind die Nummern mit Farben wie folgt bearbeitet:

- **gelb hinterlegten Nummern:** Merkmale aus dem MBI
- **grün hinterlegte Nummern:** Merkmale aus dem TM
- **rote Zahlen:** in Kapitel 2.4 als Kernmerkmale bezeichnete Symptome
- **rote Merkmale:** Ergänzungen, die weder den inneren noch den äusseren Ursachen zugeordnet werden können.

				Ursachen
				<i>innere Faktoren</i>
		93	57	1 engagiert, aufopfernder Helfer
97	55	48	9	2 schwer erreichbar, unrealistische Ziele
				3 überhöhte Erwartung an sich selber
				5 Arbeit kompensiert soziales Leben
		98	6	8 hohe Anerkennungserwartung
			35	13 Stressempfinden aufgrund hoher Anstrengung
		134	14	Arbeitsmotivation: Erfolg und Anerkennung - für andere wichtig sein
				15 - Rollenmodell des Berufes (sinn des Lebens)
				33 keine Distanz zum Beruf
				37 Zweifel an eigener Kompetenz
				7 Fremdinduzierte Ziele
				84 Über - oder Unteraktivität
				94 übernimmt viel Verantwortung
			101	95 Überschätzen der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte
				96 Verleugnen der eigenen Bedürfnisse
				36 Neurotizismus
				179 Hardiness (Widerstandsfähigkeit)
				<i>äussere Faktoren</i>
178	126	122		21 quantitativ hohe Arbeitslast
				177 Zeitdruck
	103	55		16 mangelnde Anerkennung
				17 wenig Rückmeldung bezüglich Arbeit
			18	19 geringes Mass an Kontrolle, Rolle unklar
				mangelnde soziale Unterstützung (weder vom Klient noch vom Ar-
			26	20 beitgeber)
			18	21 interpersonelle Konflikte
				23 reduziertes Wirksamkeitserleben
		124		24 Tätigkeit in Humandienstleistung
				langzeitiges Engagieren für Menschen in emotional belastenden
				25 Situationen
				29 Beruf erfordert emotionale Unterstützung für andere ohne Gegen-

			<i>Geistige Symptome</i>
102	66		Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit
	68		Abbau der Kreativität
			Entdifferenzierung (Schwarz-weiss-Denken, Widerstand gegen Ver-
109	69		änderung
	72		Verflachung des geistigen Lebens
	89		reduzierte Leistungsfähigkeit
108	46		Verminderte Bewältigungsanstrengung
80	77		Erschöpfung geistig
	100		reduzierte Aufmerksamkeit
			<i>Soziale Symptome</i>
	59		reduziertes Engagement für Klienten, Patienten
	60		reduziertes Engagement für andere allgemein
	158		62 erhöhte Ansprüche (Bedürfnisse)
155	107		65 Schuldzuweisung an andere
	82		71 Verflachung des sozialen Lebens
	27		Aversion gegenüber Klienten
	87		Verschlechterung der sozialen Beziehungen
	123		112 soziale Kontakte werden als Belastung wahrgenommen (abkapseln)
			112 Intoleranz
			112 Aggressivität
142	132	129	112 Gleichgültigkeit
			130 Patienten geben Schuld für eigene Probleme
	141		133 Gefühlslosigkeit im Umgang mit anderen Menschen
			135 Positive Stimmung durch intensive Arbeit mit Patienten
			137 Fähigkeit, entspannte Atmosphäre herzustellen
			139 Erfolgreicher Umgang mit Problemen von Patienten
			<i>körperliche Symptome</i>
			psychosomatische Reaktionen (Erkältungskrankheiten, Ohrengeräusche, Schlafprobleme, Muskelschmerzen, Übelkeit, Magenprobleme, sex. Probleme, Atemprobleme, Sehstörungen, erhöhter Puls, Ge-
168	116		wichtsveränderungen)
162	81		75 Erschöpfung körperlich
161	127		102 Müdigkeit, Schlafstörungen, Verspannungen
			Aufputzmittel und Drogenkonsum (Kaffee, Zigaretten, Wein,
			110 Schlaftabletten, Schmerzmittel, Entzündungshemmer)
			169 muskuloskelettale Schmerzen
			170 Hautkrankheiten
			171 allergische Erkrankungen
			172 Diabetes mellitus
			173 erhöhte Blutfette

2. Zusammenfassung: Bilden von Haupt- und Unterkategorien

Obige Liste wurde erneut überarbeitet, um die Merkmale in die Hauptkategorien (emotionale, geistige, soziale, körperliche und arbeitsbezogene Kernmerkmale) einzuteilen. Zu jeder Kategorie wurden Unterkategorien gebildet und die Symptome (nicht aber die Ursachen) zugeordnet.

Kernmerkmale

		emotional		kognitiv		sozial		körperlich		arbeitsbezogen
1	49, 45, 143, 152, 115, 86, 130	Selbstunsicherheit, Schuldgefühl	102, 66, 89, 42, 80, 77	Abbau an kognitiver Leistungsfähigkeit	18, 21	Konflikte	168, 116, 73	Erklärungskrankheiten und Entzündungen	35, 13, 178, 126, 122, 21, 177, 174	hohe Arbeitsbelastung / Stress
2	37, 23	Insuffizienzgefühl	68, 72	Abbau an Kreativität	27, 112	Aversionen	102, 127, 161	Schlafprobleme	84, 105, 61, 106, 28, 108, 46, 57	Über- / Unteraktivität, reduziertes Engagement im Beruf
3	165, 147, 122, 176, 79, 76, 58, 166, 146, 138	Erschöpfung nach grosser Anstrengung	46, 109, 69, 151, 108	Rigidität, Veränderung im Wertesystem	59, 60, 142, 132, 129, 112, 141, 133	reduziertes Engagement für andere	73, 116, 168	Gewichtsveränderungen, Ess- Magenprobleme	33, 136	Grübeln, nicht abschalten können
4	167, 119, 107, 176, 63, 145, 53, 112	Depression, Niedergeschlagenheit	100	reduzierte Aufmerksamkeit	158, 62, 155, 107, 65, 112	erhöhte Ansprüche an andere	161, 127, 102	Müdigkeit	4, 153, 105, 90, 83, 53, 4, 67, 134, 14, 15, 135, 137	Motivationsverlust
5	64, 107	Aggression			82, 71, 87	Verschlechterung der sozialen Beziehungen	169, 110	Schmerzen, Muskelschmerzen	104, 149	Arbeitsunzufriedenheit
6	131, 52, 70, 111, 104, 51, 11, 154, 150, 148, 164, 53	Stimmungsreduktion / Freudlosigkeit			123	Kontaktvermeidung	73, 170, 171, 172, 173	andere psychosomatische Beschwerden	55, 18, 19, 23, 7, 44, 12, 56	Autonomieverlust
7	163, 156, 125, 117, 176, 74, 118, 113, 107, 53, 22, 144, 121	Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivlosigkeit					110	Aufputschmittel, Drogenkonsum (Kaffee, Zigaretten, Wein, Schlaftabletten, Schmerzmittel, Entzündungshemmer	103, 16, 17, 26, 20, 29, 98, 6, 8	Wenig Rückmeldung
8	13, 14, 6, 10, 128, 50, 4, 55	Enttäuschung, Frustration nach Anstrengung							32, 140, 99, 139, 101, 95	Überforderung, Leistungseinbussen
9	159, 157, 117, 114, 53, 47, 43, 160, 120, 85	Angst vor negativen Ereignissen/Misserfolgen, Unruhe								

1. Emotionale Kernmerkmale

- 1.1 Selbstunsicherheit, Schuldgefühl
- 1.2 Insuffizienzgefühl
- 1.3 Erschöpfung nach grosser Anstrengung
- 1.4 Depressive Gefühle, Niedergeschlagenheit
- 1.5 Aggression
- 1.6 Stimmungsreduktion, Freudlosigkeit
- 1.7 Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit
- 1.8 Enttäuschung, Frustration nach Anstrengung
- 1.9 Angst vor negativen Ereignissen / Misserfolgen, Unruhe

2. Kognitive Kernmerkmale

- 2.1 Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit
- 2.2 Abbau an Kreativität
- 2.3 Rigidität, Veränderungen im Wertesystem
- 2.4 Reduzierte Aufmerksamkeit

3. Soziale Kernmerkmale

- 3.1 Konflikte
- 3.2 Aversionen
- 3.3 Reduziertes Engagement für andere
- 3.4 Erhöhte Ansprüche an andere
- 3.5 Verschlechterung sozialer Beziehungen
- 3.6 Kontaktvermeidung

4. Körperliche Kernmerkmale

- 4.1 Erkältungskrankheiten und Entzündungen
- 4.2 Schlafprobleme
- 4.3 Gewichtsveränderungen, Ess- / Magenprobleme
- 4.4 Müdigkeit
- 4.5 Schmerzen, Muskelverspannungen
- 4.6 Andere psychosomatische Beschwerden
- 4.7 Aufputschmittel, Drogenkonsum

5. Arbeitsbezogene Kernmerkmale

- 5.1 Hohe Arbeitsbelastung / Stress
- 5.2 Über- / Unteraktivität, reduziertes Engagement im Beruf
- 5.3 Grübeln, nicht abschalten können
- 5.4 Motivationsverlust
- 5.5 Arbeitsunzufriedenheit
- 5.6 Autonomieverlust
- 5.7 Wenig Rückmeldung
- 5.8 Überforderung, Leistungseinbussen

Interviewleitfaden: Burnout-Syndrom – Welche Merkmale beschreiben das BOS?

1. Einleitung

- **Dank** für die Teilnahmebereitschaft
- **Vorstellung** (Person und Projekt):
Sybille Hautle, Bachelorarbeit für das Studium der Angewandten Psychologie
Thema: BOS nach aktuellem Stand der Wissenschaft beschreiben
Ziel: Fragen finden, die das BOS messbar machen
Durchführung von Gesprächen zur Gewichtung der theoriegeleiteten Merkmale: Bestätigungen, Ergänzungen, Ausschlüsse
- **Vorgehen**: Gespräch ca. 50-80 Minuten, Erzählung der Erfahrungen wichtig, keine falschen Antworten möglich, Fragen sind persönlich - wenn keine Antwort möglich ist, dies sagen nicht etwas Unwahres nennen, Bitte um konkrete Antworten auf Fragen
Kein Frage-Antwort-Spiel, sondern am Anfang narrativ, danach werden einzelne Merkmale nachgefragt und bewertet
- **Vertraulichkeit und Datenschutz**: Tonbandaufnahme (Gerät zeigen), Vertrauliche Behandlung aller Daten, alle persönlichen Daten werden anonymisiert, Transkription und Löschung der Daten, Einverständnis einholen mit *Einverständniserklärung*
- **Fragen** des Interviewpartners

2. Kurzfragebogen: Personalien

- Informationen zu: Name, Beruf, Alter, Zeitpunkt des Burnouts, Behandlungsform

3. Interviewleitfaden mit offenen Fragen

4. Interviewleitfaden mit geschlossenen Fragen

5. Abschluss

- **Ergebniseinsicht**: Die angenommene BA-Arbeit kann auf Wunsch eingesehen werden.
- **Fragen** zum Interview oder der Arbeit allgemein
- **Bedankung** und Überreichen der Pralinen
- **Rückmeldung** über die Befindlichkeit und den Ablauf des Interviews.

Einverständniserklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über folgende Punkte informiert wurde:

- Die Angaben aus dem Interview werden ausschliesslich für die Bachelorarbeit von Sybille Hautle an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, zum Thema „Burnout-Syndrom“ verwendet.
- Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen.
- Die Informationen werden vertraulich behandelt. Bei der Transkription werden sämtliche Namen anonymisiert und die Gesprächsaufnahmen werden danach gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze in der Bachelorarbeit verwendet werden und so aus dem Zusammenhang genommen werden, dass keine Rückschlüsse auf meine Person gemacht werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und willige ein, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ort und Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

Kurzfragebogen: Personalien

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ____

Zeitpunkt des Burnouts: _____

Beruf beim Burnout: _____

Beruf nach der Behandlung: _____

Behandlungsform: _____

Zeitpunkt der Behandlung: _____

→ *Start Tonband*

Offene Interviewleitfragen

1. In die Stimmung der Zeit des BOS versetzen

- Erzählen Sie mir bitte, wann Sie zum ersten Mal daran gedacht haben am Burnout-Syndrom zu leiden.
 - Wenn Sie an die Zeit (6 Monate vor Arztbesuch) zurückdenken, in der Sie an einem Burnout erkrankt sind: Welches Gefühl löst das bei Ihnen aus?

2. Erhebung der Hauptmerkmale (emotionale Symptome)

- Woran haben Sie gemerkt, dass Sie einen Burnout haben?
- Wie hat Ihr Wochenrhythmus in der Zeit des Burnouts ausgesehen?
- Was hat es ausgemacht, dass Sie den Arzt aufsuchten?
 - Welche Verhaltensäußerungen (Symptome) waren unerträglich?
- Was veränderte sich in den 6 Monaten vor dem Arztbesuch? Und wie veränderte es sich?

3. Erhebung der Hauptmerkmale Einflüsse (innere und äussere)

- Ist es richtig, dass _____ (Symptom) vorher nicht war? Was hat sich geändert, dass es aufgetaucht ist? (Auslöser?)
 - Was hat Ihnen den Alltag erschwert? (emotionale Merkmale oder Umwelteinflüsse?)
 - Wie haben Sie sich damals gefühlt? (emotionale Merkmale)
 - Welche Symptome sind aufgetreten? (geistig, sozial, körperlich)
- Gab es auslösende Veränderungen in Ihrer Umwelt? (Beruf, Familie, Soziales, Freizeit)

4. Wurde ein Symptom nicht angesprochen, der für Sie ausschlaggebend war?

→ *Ende Tonband*

Kurzfragebogen: Merkmale

Von meiner Kriterienliste sind noch nicht alle Punkte zur Sprache gekommen. Bitte beantworten

Sie mir, ob die genannten Merkmale bei Ihnen:

- (+) wesentlich zum Burnout beigetragen haben oder
- (-) nicht zum Burnout beigetragen haben.
- (0) Es gibt auch die Möglichkeit, dass es teilweise relevant war für den Burnout.
- (U) Nennungen aus dem offenen Interview – muss nicht mehr nachgefragt werden.

Symptome: Emotional	-	0	+	U
Erschöpfung nach überhöhtem Energieeinsatz				
reduziertes Engagement für die Arbeit				
emotionale Reaktion wie Depression oder Aggression (Gereiztheit)				
Abbau der Motivation, Unlust				
Verflachung des emotionalen Lebens				
Verzweiflung, Hilflosigkeit				
Enttäuschung (nach grossem Engagement)				
Verlust an Idealismus und Freude an eigenen Lebenszielen				
Depersonalisation (sinnentleertes Leben), Perspektivenlosigkeit				
schwindendes Engagement für berufliche Institution				
Angst vor negativen Ereignissen nicht vermeidbar, schwindende Hoffnung auf Erfolg, Verlust von Optimismus				
sinkendes Selbstvertrauen				
Frustration durch Scheitern am Ziel				
Niedergeschlagenheit				
Apathie (Teilnahmslosigkeit)				
innere Unruhe				
reduziertes Selbstwertgefühl				
Veränderung im Wertesystem und der Wahrnehmung				
Suizidgedanken				
Gelassenheit im Umgang mit emotionalen Problemen				
Gefühl, tatkräftig zu sein				
Schuldgefühle aufgrund der Behandlungsart von Patienten				
Gleichstellung der Gefühle von Patienten und sich selber				
glücklich sein, unglücklich sein				
Angst, Panikattacken				

Diese Symptome haben wesentlich, teilweise oder unwesentlich zum Burnout beigetragen.

Symptome Geistig	-	0	+	U
Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit				
Abbau der Kreativität				
Entdifferenzierung (Schwarz-weiss-Denken / Widerstand gegen Veränderung)				
Verflachung des geistigen Lebens				
reduzierte Leistungsfähigkeit				
Verminderte Bewältigungsanstrengung				
Erschöpfung geistig				
reduzierte Aufmerksamkeit				

Diese Symptome haben wesentlich, teilweise oder unwesentlich zum Burnout beigetragen.

Symptome sozial	-	0	+	U
reduziertes Engagement für Klienten, Patienten				
reduziertes Engagement für andere allgemein				
erhöhte Ansprüche (Bedürfnisse)				
Schuldzuweisung an andere				
Verflachung des sozialen Lebens				
Aversion gegenüber Klienten				
Verschlechterung der sozialen Beziehungen				
soziale Kontakte werden als Belastung wahrgenommen (abkapseln)				
Intoleranz				
Aggressivität				
Gleichgültigkeit				
Patienten geben Schuld für eigene Probleme				
Gefühlslosigkeit im Umgang mit anderen Menschen				
Positive Stimmung durch intensive Arbeit mit Patienten				
Fähigkeit, entspannte Atmosphäre herzustellen				
Erfolgreicher Umgang mit Problemen von Patienten				

Diese Symptome haben wesentlich, teilweise oder unwesentlich zum Burnout beigetragen.

körperliche Verfassung	-	0	+	U
psychosomatische Reaktionen (Erkältungskrankheiten, Ohrengeräusche, Schlafprobleme, Muskelschmerzen, Übelkeit, Magenprobleme, sex. Probleme, Atemprobleme, Sehstörungen, erhöhter Puls, Gewichtsveränderungen)				
Erschöpfung körperlich				
Müdigkeit, Schlafstörungen, Verspannungen				
Aufputzmittel und Drogenkonsum (Kaffee, Zigaretten, Wein, Schlaftabletten, Schmerzmittel, Entzündungshemmer)				
muskuloskelettale Schmerzen				
Hautkrankheiten				
allergische Erkrankungen				
Diabetes mellitus				
erhöhte Blutfette				

Diese inneren und äusseren Einflüsse waren wesentlich, teilweise oder unwesentlich für die Entwicklung des BOS.

innere als auch äussere Einflüsse	-	0	+	U
schleichende Anbahnung über längere Zeit				
Auslöser: gestörte Handlungsepisode				
Auslöser: überhöhter Energieeinsatz				
Verhaltensänderung				
Aktives Bemühen um Zustandsänderung				
unangemessenes Verhalten am Arbeitsplatz				
Abwärtsspirale				
dauerhaft erfolglose Adaption an Arbeitsstress				

äussere Einflüsse	-	0	+	U
quantitativ hohe Arbeitslast				
Zeitdruck				
mangelnde Anerkennung				
wenig Rückmeldung bezüglich Arbeit				
geringes Mass an Kontrolle, Rolle unklar				
mangelnde soziale Unterstützung (weder vom Klient noch vom Arbeitgeber)				
interpersonelle Konflikte				
reduziertes Wirksamkeitserleben				
Tätigkeit in Humandienstleistung				
langzeitiges Engagieren für Menschen in emotional belastenden Situationen				
Beruf erfordert emotionale Unterstützung für andere ohne Gegenleistung				
Über oder Unterforderung während langer Zeit				
fehlende moralische Verpflichtungen				
bürokratische Behinderungen				
Fehlen von Anreizen und Erfüllungen				
Fehlen von Kollegialität				
Zielverfehlung				
neg. Nebenwirkung durch Zielverfehlung				
unbewältigbare Autonomieeinbussen in rascher Folge				
Arbeitsunzufriedenheit				
Leistungseinbussen, lohnswerter Erfolg in der Arbeit				
im Beruf ausgelöst				

Wie schätzen sie ihre Persönlichkeit ein? (-) trifft nicht zu, (0) trifft teilweise zu, (+) trifft zu

innere Einflüsse (Persönlichkeitsstruktur)	-	0	+	U
engagiert, aufopfernder Helfer				
schwer erreichbare, unrealistische Ziele				
überhöhte Erwartung an sich selber				
Arbeit kompensiert soziales Leben				
hohe Anerkennungserwartung				
Stressempfinden aufgrund hoher Anstrengung				
Arbeitsmotivation: Erfolg und Anerkennung - für andere wichtig sein - Rollenmodell des Berufes (sinn des Lebens)				
keine Distanz zum Beruf				
Zweifel an eigener Kompetenz				
Fremdinduzierte Ziele				
Über - oder Unteraktivität				
übernimmt viel Verantwortung				
Überschätzen der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte				
Verleugnen der eigenen Bedürfnisse				
Neurotizismus				
Hardiness (Widerstandsfähigkeit)				

K: Tabellarische Zusammenfassung der Interviews

Hauptkategorie (deduktiv oder induktiv)		
Unterkategorie (deduktiv)		
Unterkategorie (induktiv)		
Person	Zitat oder Teilzitat der Betroffenen / rot: Inhalt gegenteilig / Klammer (): Erklärung	Absatz
Personen	Aussage aus Kurzfragebogen, ob das Merkmal auftrat. / Merkmal im Interview genannt.	
1. Emotionale Kernmerkmale		
1.1 Selbstunsicherheit, Schuldgefühl		
P-D	[...] ich überlegte, ob ich normal sei.	1
ABCDE:	trifft bei allen zu	
1.2 Insuffizienzgefühl		
P-A	[...] ich kann dann nicht mehr genügen oder ich werde dem nicht gerecht, ich erbringe sie (die volle Leistung) nicht.	7
P-B	[...] ein Lehrer sollte ja eigentlich jede Situation im Griff haben, sollte meistern, man ist ja psychologisch ausgebildet.	2
ABCDE:	trifft bei allen zu	
1.3 Erschöpfung nach grosser Anstrengung		
P-A	Und ich konnte nicht mehr („ha nümä mögä.“).	1
	Und die Müdigkeit war mehr geistiger und psychischer Art gewesen.	9
	[...] ich habe auch Sachen gemacht, wo ich wusste, also, das macht ein anderer Lehrer einfach nicht.	10
	[...] und habe alles gegeben.	11
P-B	[...] das Ganze geht zurück auf Überbelastungen [...].	2
	[...] totaler Erschöpfungszustand war es gewesen.	3
	[...] dann schläfst du auch zu wenig oder du hast zu wenig Erholungsphasen [...].	4
P-C	Ich konnte nicht mehr („ha nümä möge“) [...].	3
	Oktober und November sind immer sehr streng [...].	4
P-D	[...] ich dachte einfach, ich habe es streng.	1
	[...] müde sein und nicht mehr mögen [...].	4
P-E	Es war einfach eine schwierige Zeit.	2
	Ich wurde immer erschöpfter.	3
ABCDE:	trifft bei allen zu	
1.4 Depressive Gefühle, Niedergeschlagenheit		
P-A	Es ist dann fast ins Depressive gegangen oder ganz, kann man sagen.	5
P-B	[...] wahrscheinlich war es eine Depression [...].	3
P-C	[...] als ich zu Hause war, mehrheitlich im Bett lag, weinte, und nichts mehr mochte.	1
	[...] eine traurige Zeit [...].	2
ABCDE:	trifft bei allen zu	
1.5 Aggression		
P-A	[...] denn ich habe nichts vertragen.	4
P-D	[...] geschimpft und mich bei meinen Kolleginnen und meiner Schwester ausgeschimpft [...].	1
	[...] dass ich jeder freien Minute am Schimpfen war.	4
	ACD: trifft zu	
BE:	trifft nicht zu	
1.6 Stimmungsreduktion, Freudlosigkeit		
P-C	[...] eine traurige Zeit.	1
	Ich kannte mich gar nicht mehr. Ich bin ja ein fröhlicher, aufgestellter Mensch [...].	3
	[...] habe es vom Leben her als düster und grau in Erinnerung, dunkel, habe die Farben nicht so wahrgenommen.	7
P-D	Schimpftiraden [...]	6
ABCDE:	trifft bei allen zu	

1.7 Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit		
P-A	Ja, das ging bis zu Suizidgedanken, massiven Suizidgedanken bei mir, weil ich einfach nicht weiter gesehen habe.	6
P-B	[...] also Gefühle auch von Hilflosigkeit [...].	2
	[...] und der Gipfel war, als ich nachher einmal an einem Sonntagmorgen spazieren ging, über den Drahtsteg da unten, dass einem so Selbstmordgedanken kommen, soll ich jetzt runterspringen, kopfüber da ins Bachbett [...].	3
P-C	[...] mehrheitlich im Bett lag, weinte, und nichts mehr mochte (nüt me ha möge).	1
P-D	Wie eine Hilflosigkeit [...] eine endlose Hilflosigkeit [...].	2
P-E	Ich empfand Ratlosigkeit und dass ich nicht wusste, wie damit umzugehen [...] was mir helfen könnte.	2
	[...] dass es für mich richtig schwierig war [...]. Ich wusste nicht, ob ich [...]. Ich musste es herausfinden.	4
ABCDE:	trifft bei allen zu	
1.8 Enttäuschung, Frustration nach Anstrengung		
P-B	[...] ich will denen noch meinen Unterricht präsentieren [...]. Bis ich dann schlussendlich auch umgestellt habe auf Projektarbeiten. Ich war dann selber mit mir nicht mehr glücklich [...].	1
	[...] wenn ich alles hätte rechnen müssen, müsste ich ein halbes Pensum haben und dann habe ich [...] zehn Lektionen [...] gewünscht [...] gegeben haben sie mir glaube ich sechs [...].	7
P-C	[...] ich habe mich wahnsinnig engagiert für ihn und für die zu bearbeitenden Fälle.	4
	[...]Stress, weil ich eine Leitungsstelle nicht bekam, die ich wollte. Das war auch eine Enttäuschung. Ich habe viele Weiterbildungen gemacht, Projekte abgeschlossen und es kam dann wie ein Loch.	6
	[...] ich war extrem enttäuscht.	9
P-D	[...] denn ich habe mich gefreut, dass er kommt. [...] ich musste aber merken, dass er als Arbeitskollege ein A...loch war.	5
P-E	[...] Sie äusserte dann sehr negative Kritiken, die mich sehr verletzt haben.	1
BCDE:	trifft zu	
A:	trifft nicht zu	
1.9 Angst vor negativen Ereignissen / Misserfolgen, Unruhe		
P-A	Aber einfach, ich erbringe sie (die volle Leistung) nicht. Das ist auch selber ein Einreden gewesen.	7
P-B	[...] hey, was soll ich nachher in der Schule [...].	2
	[...] da waren auch Ängste, du hast dir vorgestellt, was machst du jetzt, wenn wieder jemand disziplinarisch [...] etwas macht, wo du eingreifen musst [...] da hast du dir Sachen vorgestellt [...] versucht, alle Eventualitäten in den Griff zu bekommen[...].	5
P-D	[...] das machte mich nervös.	4
P-E	Ich hatte eine innerliche Unruhe, die stark zu spüren war.	8
BCDE:	trifft zu	
A:	trifft teilweise zu	
2. Kognitive Kernmerkmale		
2.1 Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit		
P-A	Also, geistig würde ich ganz sicher sagen, hat es sich ausgewirkt, weil ich nicht mehr gemerkt habe, die Vorbereitung braucht viel länger [...] wollte ich es wirklich erledigen und schaffte es nicht, es zu erledigen [...].	9
P-B	[...] wie geistig nicht mehr so leistungsfähig, kann man so sagen. Ja, sicher.	8
P-E	Kognitiv habe ich bei der Arbeit nichts bemerkt.	8
ABD:	trifft zu	
CE:	trifft nicht zu	
2.2 Abbau an Kreativität		
P-A	Geistig konntest du wie nicht mehr denken.	9
BD:	trifft zu	
A:	trifft teilweise zu	
CE:	trifft nicht zu	

2.3 Rigidität, Veränderungen im Wertesystem		
P-B	[...] oder hast das Gefühl, musst diesen Level behalten [...].	7
BD:	trifft zu	
AC:	trifft teilweise zu	
E:	trifft nicht zu	
2.4 Reduzierte Aufmerksamkeit		
P-C	[...] die Konzentrationsschwierigkeiten.	8
P-E	[...] konnte mich gut auf die Arbeit konzentrieren.	8
ABC:	trifft zu	
DE:	trifft nicht zu	
3. Soziale Kernmerkmale		
3.1 Konflikte		
P-A	[...] wo ich mit einem Elternpaar [...] ein wenig Reibereien gehabt hatte.	12
P-B	[...] hatte es einen Zusammenhang gehabt mit Problemen in der Schule [...].	1
P-C	[...] Ich musste damals echt einstecken. Ich war in zwei, drei Gesprächen mit Vorgesetzten und die waren sehr schlecht [...].	9
P-D	Ein Teil des Konfliktes war die Katholische Kirche mit der dummen Lage, dass man nie einen Gegner hat.	1
	[...] dass ich das ewige Kuschen vor den Pfarrern nicht immer aushalten werde.	5
ABCDE:	trifft bei allen zu	
3.2 Aversionen		
P-C	Mein Vater war ja da, wobei er mich nervte.	8
P-D	Da reibt man sich an den Sachen. Man hat auch nie jemanden zum Ohrfeigen oder Durchschütteln und man darf nie schimpfen, weil man angestellt ist und zum Arbeitgeber loyal sein muss.	1
	[...] sie wollen dir zwar helfen, meinen es gut, aber nerven dich furchtbar.	5
D:	trifft zu	
AC:	trifft teilweise zu	
BE:	trifft nicht zu	
3.3 Reduziertes Engagement für andere		
P-A	Und die Familie ist zu kurz gekommen [...].	4
P-D	Ja, ich mochte auch nicht mehr rasch ein Fest machen oder jemanden besuchen.	7
D:	trifft zu	
ABC:	trifft teilweise zu	
E:	trifft nicht zu	
3.4 Erhöhte Ansprüche an andere		
P-B	Und manchmal verlange ich eben einfach auch von den Schülern fast zu viel [...].	11
P-E	[...] habe ich mir Kontakte gesucht, die mir gut tun. Ich habe Freundschaften und die Natur als Ressourcen erlebt.	8
BCD:	trifft zu	
AE:	trifft teilweise zu	
3.5 Verschlechterung sozialer Beziehungen		
P-A	Gut, es ist noch eine Krise gewesen natürlich auch zu Hause und so [...].	6
	[...] Krisen, ja Sinnfragen natürlich auch [...] da hättest du wieder ein bisschen Zeit gehabt für eine Partnerschaft, dann nachher funktioniert das vielleicht nicht mehr [...].	8
P-B	[...] in der Partnerschaft hat es eben auch Momente gegeben, in der Kommunikation [...].	9
P-C	Und dann hatte ich zudem keine Beziehung, [...] lernte aber gleichzeitig einen Mann kennen, wo ich Gefühle empfand, er aber nicht so für mich.	4
	[...] die Beziehung, die auseinander ging sicher.	9
P-D	Zugespitzt hat es sich anfangs Jahr, als ich mich von meinem Freund nach fünf Jahren getrennt hatte. [...] Die Trennung hat mich einsam gemacht.	5
P-E	Die Beziehung hat sich mittlerweile recht zum Positiven gewendet.	7
AD:	trifft zu	
CBE:	trifft teilweise zu	

3.6 Kontaktvermeidung		
P-A	Im Team habe ich mich sehr gut gefühlt.	11
P-C	[...] habe mich wie abgeschottet von der Aussenwelt.	3
P-D	[...] einfach die Öffentlichkeit nicht mehr ertragen. Ich wusste nicht, was war, ich konnte nicht mehr raus. Ich verkroch mich wie eine Katze im Gebüsch [...].	6
P-E	Ich habe nicht viel unternommen, oder vielleicht noch weniger als sonst.	8
CD:	trifft zu	
ABE:	trifft teilweise zu	
4. Körperliche Kernmerkmale		
4.1 Erkältungskrankheiten und Entzündungen		
P-E	Das Wochenende darauf war ich wirklich krank, hatte Fieber. Es löste sich richtig körperlich aus. Damals bekam ich Fieber [...].	1 6
BCDE:	trifft zu	
A:	trifft nicht zu	
4.2 Schlafprobleme		
P-A	[...] ich habe immer gut geschlafen.	3
P-B	[...] daran gemerkt habe, etwas stimmt nicht mehr, dass ich nicht mehr schlafen konnte. [...] 3 bis 4 Mal in der Nacht aufwachte, ab 5 Uhr nicht mehr einschlafen konnte. [...] das mit dem Schlafen und nicht mehr einschlafen können.	2 6
P-C	[...] wenig Schlaf.	8
P-E	Ich konnte nicht mehr schlafen [...].	1, 6
BCD:	trifft zu	
E:	trifft teilweise zu	
A:	trifft nicht zu	
4.3 Gewichtsveränderungen, Ess- / Magenprobleme		
P-C	Ich habe vorher ziemlich zugenommen, das vielleicht. [...] Stoffwechsel [...].	8
P-D	Ich hatte stark abgenommen, ohne dass ich weniger ass. [...] Die Verdauung hat nicht richtig funktioniert [...].	7
P-E	[...] hatte nicht mehr so Appetit [...].	1
CDE:	trifft zu	
AB:	trifft nicht zu	
4.4 Müdigkeit		
P-A	[...] ich war einfach sehr müde und konnte eigentlich um 20 Uhr schlafen [...]. Also, das Schlimmste war das mit der Müdigkeit und dem Schlaf. Ich konnte doch bis 22, 23 Uhr arbeiten oder etwas machen und um 20 Uhr war ich einfach todmüde.	1 3
P-B	[...] dann schläfst du auch zu wenig [...]. [...] keine Energie mehr [...] vielleicht noch 10% [...] mich am Morgen fast zwingen musste, um aufzustehen [...].	4 6
P-C	[...] macht müde [...] auch körperlich ein Schweregefühl. [...] lag meistens im Bett und machte nichts mehr [...]. [...] das ist es jetzt, Burnout oder chronische Müdigkeit [...] aufgrund der Übermüdung [...].	2 3 5
P-D	Ich weiss noch, dass ich sehr müde war [...]. Ich habe viel geschlafen. [...] es war, wie wenn jemand Strom abgezapft hatte.	1 2
P-E	Es war ein Wechselspiel, das Bedürfnis nach Ruhe, um dann doch nicht zur Ruhe zu kommen.	8
ABD:	trifft zu	
CE:	trifft teilweise zu	
4.5 Schmerzen, Muskelverspannungen		
P-C	Körperlich hatte ich einfach extreme Schmerzen.	8
P-D	[...] und ich total verspannt sei [...]. [...] es war überhaupt nicht locker. [...] verspannt[...].	2 4
BCD:	trifft zu	
AE:	trifft teilweise zu	

4.6 Andere psychosomatische Beschwerden		
P-B	[...] wenn Situationen in der Schule gewesen sind, hat es auch ein Zittern gegeben.	10
P-C	[...] das ist nur Körpersymptomatik.	5
P-D	[...] wie ein Band um den Brustkorb [...] ich zu wenig atme [...].	2
CD:	trifft zu	
B:	trifft teilweise zu	
AE:	trifft nicht zu	
4.7 Aufputzmittel, Drogenkonsum		
D:	trifft teilweise zu	
ABCE:	trifft nicht zu	
5. Arbeitsbezogene Kernmerkmale		
5.1 Hohe Arbeitsbelastung / Stress		
P-A	Habe dann relativ eine grosse Klasse gehabt [...].	1
	[...] ich musste immer für 26 Schüler, die ich hatte, vorbereiten. Also, es war wirklich ein 12-Stunden Tag gewesen, [...].	4
	Aber den Beruf habe ich natürlich über alles geliebt. Ich hatte eine tolle Klasse damals auch, einfach sehr anstrengend, so viele Schüler, so ca. fünf mit, weisst du, so Stützmassnahmen und diese spezielle Schülerin noch und so.	6
	[...] der permanente Stress, doch die volle Leistung zu erbringen, [...].	7
	[...] da habe ich mich total hineingegeben. [...] aber du hast jede Faser gegeben, ja.	12 13
P-B	[...] das Ganze geht zurück auf Überbelastungen [...].	2
	[...] wo ich so Stress hatte [...] wir haben noch nie einen solchen Aufwand betrieben wie damals [...] gleichzeitig habe ich die Reallehrer Ausbildung gemacht, Samstag, Sonntag nur noch dafür gearbeitet [...].	7
	Es war einfach so ein Steigerungslauf gewesen von Überlastung [...]. [...] eine Überbelastung [...].	9
P-C	Vorher gab es immer nur Stress bis zu den Sommerferien, viel Arbeit, viel Nacharbeit [...]. immer sehr streng, mit vielen Abklärungen, langen Tagen, Abendgesprächen und dies und das.	4
	[...] Stress [...].	8
P-D	[...] dachte einfach, ich habe es streng.	1
	Das war in der Stosszeit, vor den Sommerferien ist jeweils Firmung, eine Reise nach Paris mit 40 Kindern/Jugendlichen, ein Wochenende Schulendlager der 3. Oberstufe [...]. ist sehr streng [...].	3
P-E	[...] nicht ein speziell dichtes Programm. [...] keine Überlastungssituation, dass ich rein äusserlich zu viele gehabt hätte. Es war eine innere Überlastung. [...] In jener Phase habe ich vom Programm her nicht das Gefühl mehr gehabt dies (Freiräume) zu haben.	5
ABCD:	trifft zu	
E:	trifft nicht zu	
5.2 Über- / Unteraktivität, reduziertes Engagement im Beruf		
P-A	[...] dann ist noch eines dazugekommen, das konnte kein Wort Deutsch aus einem Kriegsgebiet und habe mich dann dem sehr gewidmet [...]. Das hat dann wie den Bogen gegeben [...].	1
P-D	[...] weil ich nicht auf oder arbeiten mochte.	1
ABCD:	trifft zu	
E:	trifft nicht zu	
5.3 Grübeln, nicht abschalten können		
P-A	[...] wenn ich irgendwo hätte in die Berge gehen können, das, was ich gerne mache, hätte ich schon gekonnt, denn da hätte ich abschalten können.	9
P-B	[...] Sachen, die [...] innerlich aber wahnsinnig belasten [...].	5
	[...] weil du anfängst, Gedanken zu wälzen [...].	6
P-E	Wenn aber kein Programm war, hatte ich schon ein Gedankenkreisen um die Probleme herum, das ich stark quälend wahrgenommen habe.	8
ABDE:	trifft zu	
C:	trifft teilweise zu	
5.4 Motivationsverlust		
BC:	trifft zu	
ADE:	trifft nicht zu	

5.5 Arbeitsunzufriedenheit		
P-A	[...] und irgendwie das Gefühl gehabt, es gibt noch schöneres im Leben oder anderes, was man genießen kann, und Mal keine Verpflichtung und nichts.	6
P-B	[...] mit mir nicht mehr glücklich, weil ich etwas gemacht habe, auf eine Art, wo ich nicht dahinter stehen kann.	1
P-C	[...] die Frustrationen im Beruf.	9
P-D	Ich wusste, dass ich nicht einverstanden bin (mit dem Arbeitgeber) [...] habe es lange an dem festgemacht und einfach geschimpft [...].	1
	Ich musste aber merken, dass er als Arbeitskollege ein A...loch war.	5
P-E	[...] obwohl der ganze Arbeitsbereich für mich ein Teil war, wo ich mich nicht so wohl gefühlt habe, der nicht so gut war.	4
	[...] ist es sicher auch meine Arbeit, ich würde noch immer gerne wechseln, bin auf der Suche nach etwas Neuem. [...] eine Phase, wo ich stärker unzufrieden war.	7
DE:	trifft zu	
ABC:	trifft teilweise zu	
5.6 Autonomieverlust		
P-B	Und der Parallellehrer hat dann auf Themenarbeiten und Projektarbeiten umgestellt. [...] bis ich dann auch umgestellt habe [...] wo ich nicht dahinter stehen kann.	1
P-C	Ich habe viel gemacht und im 2003 war dann wie ein Loch, denke ich. Ich hatte viel Arbeit, [...] weil ich gerne die Regionalleitung übernommen hätte. Das war dann nicht möglich und ich musste recht einstecken, das ging wahrscheinlich nicht spurlos an mir vorbei.	6
	Ich wohnte im Elternhaus eigentlich in meinem Mädchenzimmer.	10
P-D	[...] und es ist mir wie entglitten [...].	2
	[...] und der Verein einem als Mensch oder Frau so nicht gelten lässt.	4
P-E	[...] dass ich denke, es wäre schön, mehr Zeit, mehr Raum für mich zu haben.	5
CDE:	trifft zu	
B:	trifft teilweise zu	
A:	trifft nicht zu	
5.7 Wenig Rückmeldung		
P-A	[...] da ist sehr viel zurückgekommen.	13
BCE:	trifft zu	
AD:	trifft nicht zu	
5.8 Überforderung, Leistungseinbussen		
P-A	Ein Phänomen war, dass ich „Häufeli“ gemacht habe, das war extrem, wenn ich etwas erledigen musste, war das auf dem Haufen da hinten und es war dann eigentlich immer noch nicht gemacht.	1
	[...] war schon auch eine Überbeanspruchung gewesen.	6
	[...] ich habe mich selber überfordert.	10
	[...] vielleicht habe ich mich da auch übertan.	11
P-B	[...] dies möchte ich auch noch machen, dann fängst du an, an Dingen noch zu arbeiten, an denen du gar nicht müsstest [...] sind das Zeitfresser [...] dann fehlt dir das irgendwo [...].	4
	[...]kommst du irgendwo wahrscheinlich an deine Grenzen oder dass du denn die Energie nicht mehr hast. [...] und dann kommst du an einen Punkt [...] wo du blockiert bist [...] und du dreimal so viel Zeit brauchst [...].	7
P-C	[...] ging über die Grenzen, bis es knallte.	4
	[...] ab und zu gerne über die Grenze der Belastbarkeit.	6
P-E	[...] verschiedenen Faktoren, die zu einer Grundbelastung geführt haben, wo es den auslösenden Moment nicht mehr vertrug.	7
ABCDE:	trifft bei allen zu	

6. Induktiv erhobene Merkmale		
<i>6.1 Keine Erholung durch Urlaub</i>		
P-A	Also zwei Wochen nach dem Bildungsurlaub war ich wieder voll im Kuchen.	1
P-B	[...] dass ich einfach den Bildungsurlaub nehmen konnte [...].	3
P-C	Ich bin im Oktober in den Herbstferien noch mit dem Berufsverband 14 Tage in Brasilien gewesen [...].	4
DE:	nicht erwähnt	
<i>6.2 Beanspruchung ärztlicher Hilfe – Medikamente</i>		
P-A	[...] diese Hilfe (Psychiater) hat mir auch geholfen [...] ich habe jetzt seit damals einfach die medikamentöse Hilfe [...].	2
P-B	[...] ich müsste jetzt Fachhilfe haben und die hat es damals noch nicht gegeben [...].	2
	[...] und da war das Problem, dass man mit Antidepressiva dahinter ging [...] hatte ich es auf homöopathische Art versucht und bin dann auch zur Supervision in X gegangen [...] das hat mir mehr gebracht.	3
P-C	[...] er schickte mich dann in die Psychotherapie und gab mir gleichzeitig verschiedene Anregungen [...].	5
P-D	[...] und dann ging ich in den Spital.	1
P-E	[...] zuerst zum Hausarzt [...] besprach mich mit der Therapeutin [...].	4
ABCDE:	trifft bei allen zu	
<i>6.3 Suche nach Hilfe beim Arbeitgeber</i>		
P-A	Ja, ich habe damals beim Schulrat also Schulratspräsident vorgesprochen und habe dann eine Entlastung erhalten, also einen Nachmittag Entlastung erhalten plus eine Schulhilfe für ein paar Stunden.	4
P-B	Aber das Beste war, dass ich einfach den Bildungsurlaub nehmen konnte [...].	3
CDE:	nicht erwähnt	
<i>6.4 Reduktion der Freizeitaktivitäten</i>		
P-A	[...] es ist fast ein Müssen gewesen, ins Training zu gehen obwohl das ein Lieblingssport von mir gewesen war.	4
P-B	[...] dann fängst du dort (Sport) an zu streichen und fängst an, die Sachen zu kürzen, die einem am liebsten sind [...].	4
P-C	[...] gönnte mir viel zu wenig Ruhe.	4
P-E	Ich habe nicht viel unternommen [...].	8
D:	nicht erwähnt	
<i>6.5 Gefühl, etwas zieht einem runter</i>		
P-A	[...]einfach wie so ein Strudel, es zieht dich runter. Ich hatte auch das Gefühl, etwas zieht mich runter. Das war eine Nebenerscheinung, das Runterziehen.	6
BCDE:	nicht erwähnt	
<i>6.6 Perfektionist sein, sehr hohe Ansprüche an sich haben</i>		
P-A	[...] ich war damals schon ein Perfektionist. [...] ich selber, hatte an mich sehr hohe Ansprüche.	7
P-B	[...] das ist wahrscheinlich auch der Perfektionismus, den viele Lehrer haben.	5
P-C	[...] dass ich häufig über die Grenzen ging.	4
DE:	nicht erwähnt	
<i>6.7 Suche nach neuem Sinn</i>		
P-A	[...] da suchst du auch einen neuen Sinn und suchst auch neue Kontakte [...] Nebenbeziehungen.	8
P-C	[...] nicht ganz zufrieden mit der Lebenssituation.	6
P-E	[...] der einzige Teil, wo ich das Gefühl habe, etwas verändern zu müssen. [...] dass ich immer wieder probiere, bei mir etwas zu ändern.	7
BD:	nicht erwähnt	
<i>6.8 Selbstüberschätzung</i>		
P-A	[...] es war auch eine Selbstüberschätzung.	10
P-B	[...] wo du das Gefühl hast, doch, das kann ich schon schaffen.	7
CDE:	nicht erwähnt	

6.9 Viele Problemkreise: Beruf, Familie und Freizeit		
P-A	[...] solche Sachen sind natürlich auch noch aufgetreten, gleichzeitig. Also, im Nachhinein wüsste ich nicht, weisst du, wo ich es gewichten müsste, prozentual, was war der grössere Stress – die Schule mit der grossen Klasse und den verschiedenartigen Kindern oder die Beziehung. Und ich sage mal, die Nebenbeziehung, oder.	6 8
P-B	[...] ich sehe immer drei Problemkreise, das eine ist der Beruf, Familie und Freizeit oder. Und das Gleichgewicht war mit der Zeit nicht mehr da.	2
P-C	[...] die Wohnsituation [...] Vater hatte im 2003 einen Herzinfarkt. [...] Mein Sohn fing an zu studieren, nicht so erfolgreich. Das war für mich auch finanziell eine Belastung.	10
P-D	[...] als ich mich von meinem Freund nach fünf Jahren getrennt hatte. [...] das ewige Kuschen vor den Pfarrern [...] ich hatte eine wichtige Bezugsperson nicht mehr.	5
P-E	[...] wo ich in verschiedenen Lebensbereichen gemerkt habe, dass es etwas schwierig ist.	1
	[...] verschiedene Belastungssituationen [...] Themen, die mich längerfristig begleitet haben [...] auch Themen im Leben, die ich einfach auch mittrage, da ich äusserlich nichts ändern kann. [...] einfach verschiedene Faktoren, die zu einer Grundbelastung geführt haben [...].	7
ABCDE:	trifft bei allen zu.	
6.10 Gefühl, etwas verändern zu müssen		
P-A	Ich bin zurückgekommen und hatte das Gefühl, so kann es nicht weitergehen.	1
P-B	[...] wo du dir wahrscheinlich eingestehen musst, ich müsste jetzt Fachhilfe haben [...].	2
P-D	Das war der Punkt, wo ich nicht mehr gemerkt habe, ob ich geschlafen hatte oder sonst weg war und dann ging ich in den Spital.	1
P-E	[...] und ich das Gefühl hatte, etwas verändern zu müssen, dass es so nicht weitergehen kann [...].	9
C:	nicht erwähnt	
6.11 Auslöseereignis		
P-A	[...] und dann ist noch eines (Schulkind) dazu gekommen, das konnte kein Wort Deutsch aus einem Kriegsgebiet und habe mich dann dem sehr gewidmet [...].	1
P-B	[...] Klassenprobleme mit einer Parallelklasse.	1
P-C	[...] das war nach dem Unfall [...].	1
P-D	Zugespitzt hat es sich anfangs Jahr, als ich mich von meinem Freund nach fünf Jahren getrennt hatte.	5
P-E	Bei mir hatte es wirklich einen Auslöser.	1
	[...] dann war der Auslöser, der alles in Gang brachte.	9
ABCDE:	trifft bei allen zu	
6.12 Anbahnung über einen langen Zeitraum		
P-A	Ich habe eben vorher schon einmal eine Krise gehabt [...]. Vielleicht wäre es damals bereits ein erstes Burnout gewesen.	9
P-B	Aber das Ganze hat eine lange Vorgeschichte, seit Mitte der 80-er Jahre und das hat sich ein wenig über 15 Jahre entwickelt.	1
	Da war einmal ein Moment und in den 90-er Jahren hat es wieder einen Moment gegeben, dreieinhalb Jahre lang, als ich den Vorsteher gemacht habe[...]. Es kommt nicht von heute auf morgen.	7
P-C	Aber ich hatte das Gefühl, ich könnte Karriere machen, noch etwas mehr erreichen im Geschäft. Das musste ich dann richtig verdauen. Auch wenn es ein Jahr im Voraus war, das war dann die Nachwirkung, eine Spätfolge. [...] Das hatte sich lange angekündigt und war nicht einfach im 2002 fertig. Es hat sich vorher angekündigt.	9
P-D	[...] den ganzen Mai schon. [...] Der Job war aber eigentlich die drei Jahre immer so (viele Stosszeiten).	1
	Zugespitzt hat es sich anfangs Jahr [...].	5
P-E	Ich denke, es ist bei mir eher chronisch [...].	5
	Aber es gibt Themen, die mich längerfristig begleitet haben oder immer wieder begleiten.	7
ABCDE:	trifft bei allen zu	

1. Emotionale Kernmerkmale

- 1.1 Selbstunsicherheit
- 1.2 Insuffizienzgefühl
- 1.3 Erschöpfungszustand
- 1.4 Stimmungsreduktion durch depressive Gefühle wie Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit
- 1.5 Verzweiflung, Hilflosigkeit, Perspektivenlosigkeit
- 1.6 Enttäuschung nach Engagement
- 1.7 Angst vor negativen Ereignissen
- 1.8 Aktives Bemühen, eine Änderung der momentanen Lebenssituation herbeizuführen

2. Kognitive Kernmerkmale

- 2.1 Verminderte Toleranz bei Veränderungen

3. Soziale Kernmerkmale

- 3.1 Reduziertes Engagement für andere
- 3.2 Erhöhte Ansprüche an andere
- 3.3 Verschlechterung sozialer Beziehungen
- 3.4 Kontaktvermeidung

4. Körperliche Kernmerkmale

- 4.1 Geschwächtes Immunsystem
- 4.2 Schlafprobleme
- 4.3 Müdigkeit
- 4.4 Schmerzen oder Muskelverspannungen

5. Arbeitsbezogene Kernmerkmale

- 5.1 Konflikte im Arbeitsumfeld
- 5.2 Hohe Arbeitsbelastung / Stress
- 5.3 Über- oder Unteraktivität
- 5.4 Mangelnde Distanz zur Arbeit
- 5.5 Arbeitsunzufriedenheit
- 5.6 Autonomieverlust
- 5.7 Überforderung

M: Beispiel eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zur Messung des BOS

Selbstbeurteilung Burnout-Syndrom

Name: _____	Datum: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Alter: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft	
Beruf: _____	
Auslöser: Welches Ereignis hat Sie veranlasst, einen Arzt aufzusuchen?	

Hinweise zur Bearbeitung

- Mit folgenden Aussagen werden Sie Ihre emotionale, geistige, soziale, körperliche und arbeitsbezogene Befindlichkeit einschätzen.
- Bitte kreuzen Sie bei allen 24 Aussagen die passendere Antwort im Hinblick auf die letzten drei Monate an: Die Aussage „stimmt“ oder „stimmt nicht“.

Aussagen zur emotionalen Befindlichkeit		stimmt	stimmt nicht
1	Ich zweifle meine Handlungen und Entscheidungen an - traue mir immer weniger zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe das Gefühl, an mich gestellte Anforderungen nicht mehr erfüllen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich erschöpft durch die Anstrengungen der vergangenen Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Meine Stimmung ist gedrückt: Ich fühle mich niedergeschlagen - an etwas Freude zu empfinden fällt mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich weiss nicht, wie ich meine aktuelle Lebenssituation verbessern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich bin oft enttäuscht, weil ich von meinem Engagement mehr Erfolg erwartet hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich befürchte oft, dass Dinge schief gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich habe Verschiedenes unternommen, um die momentane Situation zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aussagen zur geistigen, sozialen und körperlichen Befindlichkeit		stimmt	stimmt nicht
9	Ich gerate leicht aus der Fassung, wenn etwas nicht nach meinen Vorstellungen läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Es fällt mir schwer, mich in andere hineinzufühlen oder mich um sie zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich brauche viel Unterstützung von anderen und habe oft den Eindruck, zu kurz zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Einige Freundschaften haben sich entfremdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich ziehe mich öfters zurück, kapsle mich ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich erkrankte in den letzten Monaten schneller an Infekten (z.B. Erkältungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich kann nicht mehr gut schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich fühle mich oft müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich habe vermehrt Schmerzen (Kopf, Rücken, Haut, ...) oder fühle mich verspannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aussagen zur arbeitsbezogenen Befindlichkeit		stimmt	stimmt nicht
18	Ich gerate öfters in Konfliktsituationen im Arbeitsumfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich muss viel leisten und fühle mich oft gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich arbeite mehr bzw. weniger als üblich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich kann schlecht abschalten und grüble oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Mit meiner Arbeitssituation bin ich nicht zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich habe das Gefühl, zu wenig selber bestimmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich fühle mich im Beruf überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

1. „Stimmt“ - Antworten zählen je 1 Punkt.
2. „Stimmt nicht“ – Antworten zählen 0 Punkte.
3. 21 bis 24 Punkte: Die Kernmerkmale des Burnout-Syndroms treffen mit höchstens 10% Abweichung zu. Ein Burnout-Syndrom liegt mit grosser Wahrscheinlichkeit vor.

N: Vergleich des MBI HSS mit dem in der Arbeit entwickelten Fragekatalog

Um die beiden Fragebögen miteinander zu vergleichen werden die in der Arbeit erstellten Fragen denjenigen des MBI (vgl. Anhang D) zugeordnet. Obwohl sie nicht immer identisch sind, wurden sie zusammengeführt, wenn sie sich dem Sinn nach gleichen. Gewisse Fragen könnten an mehreren Stellen platziert werden, für den Vergleich der beiden Fragekataloge ist dies jedoch nicht relevant.

MBI		Erarbeitete Fragen	
Emotionale Erschöpfung			
1	Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgebrannt.	19	Ich muss viel leisten und fühle mich oft gestresst.
2	Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.	24	Ich fühle mich im Beruf überfordert.
3	Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.	13	Ich ziehe mich öfters zurück, kapsle mich ab.
4	Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.	3	Ich fühle mich erschöpft durch die Anstrengungen der vergangenen Zeit.
5	Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiss.	5	Ich weiss nicht, wie ich meine aktuelle Lebenssituation verbessern kann.
6	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.		
7	Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.	20	Ich arbeite mehr bzw. weniger als üblich.
8	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.	16	Ich fühle mich oft müde.
9	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.	22	Mit meiner Arbeitssituation bin ich nicht zufrieden.

Depersonalisation			
10	Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“.		
11	Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben.	18	Ich gerate öfters in Konfliktsituationen im Arbeitsumfeld.
12	Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.		
13	Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert.		
14	Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit anderen Menschen geworden.		

MBI		Erarbeitete Fragen	
Persönliche Erfüllung			
15	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse.		
16	Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.	4	Gegenteil: Meine Stimmung ist gedrückt: Ich fühle mich niedergeschlagen – an etwas Freude zu empfinden fällt mir schwer.
17	Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um.	21	Ich kann schlecht abschalten und grübele oft.
18	Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.		
19	Ich fühle mich sehr tatkräftig.	2	Gegenteil: Ich habe das Gefühl, an mich gestellte Anforderungen nicht mehr erfüllen zu können.
20	Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um.	7	Gegenteil: Ich befürchte oft, dass Dinge schief gehen.
21	Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.	6	Gegenteil: Ich bin oft enttäuscht, weil ich von meinem Engagement mehr Erfolg erwartet hätte.
22	Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen.	10	Es fällt mir schwer, mich in andere hineinzufühlen oder mich um sie zu kümmern.

Involviertheit			
23	Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen.		
24	Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.	1	Ich zweifle meine Handlungen und Entscheidungen an – traue mir immer weniger zu.
25	In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten.		

Erarbeitete Fragen, die nicht mit dem MBI übereinstimmen	
8	Ich habe Verschiedenes unternommen, um die momentane Situation zu verändern.
9	Ich gerate leicht aus der Fassung, wenn etwas nicht nach meinen Vorstellungen läuft.
11	Ich brauche viel Unterstützung von anderen und habe oft den Eindruck, zu kurz zu kommen.
12	Einige Freundschaften haben sich entfremdet.
14	Ich erkrankte in den letzten Monaten schneller an Infekten (z.B. Erkältungen).
15	Ich kann nicht mehr gut schlafen.
17	Ich habe vermehrt Schmerzen (Kopf, Rücken, Haut,...) oder fühle mich verspannt.
23	Ich habe das Gefühl, zu wenig selber bestimmen zu können.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: