

Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich

Verlaufsformen und relevante Präventions- und Behandlungsstrategien

Ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit,
Soziales und Konsumentenschutz (BMASK)

Oliver Scheibenbogen¹

Ute Andorfer¹

Margret Kuderer²

Michael Musalek¹

¹ BURN AUT – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout

² Anton Proksch Institut Wien

Inhalt

1. Einleitung und Ausgangslage	4
2. Fragestellung	6
3. Theoretischer Hintergrund	6
3.1. Diagnostische Verfahren	11
4. Empirischer Teil	16
4.1. Fragebogenkonstruktion	16
4.1.1. Burnout-Stadien und Interventionsvorschläge	16
4.1.2. Testaufbau	17
4.1.3. Skalenbeschreibung	18
4.1.3.1. Dysfunktionale Kompensation	18
4.1.3.2. Skala: Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung	18
4.1.3.3. Skala: Mangelnde Distanzierungsfähigkeit, Auflösung der Grenzen zwischen Arbeit, Freizeit und Familie	18
4.1.3.4. Depression	18
4.1.4. Antwortformate	18
4.1.5. Zusatzvariablen des soziodemografischen Teils	18
4.1.6. Visuell-Analog Skalen	19
4.1.7. Evaluierung	19
4.1.7.1. Objektivität	19
4.1.7.2. Reliabilität	20
4.1.7.3. Validität	20
4.1.7.4. Skalierung	23
4.1.7.5. Ökonomie	23
4.1.7.6. Unverfälschbarkeit	24
4.1.7.7. Fairness	24
4.1.7.8. Zumutbarkeit	25
4.1.7.9. Nützlichkeit	25
4.1.7.10. Normierung	26
4.1.7.11. Durchführung und Auswertung	28
4.1.7.12. Interpretation der Testergebnisse	28
4.2. Studiendesign zur Epidemiologie des Burnout-Syndroms	31
4.3. Beschreibung der Stichprobe	32
4.4. Ergebnisse	33

4.4.1. Hauptergebnis	33
4.4.2. Einflussfaktor Alter.....	37
4.4.3. Einflussfaktor Geschlecht.....	39
4.4.4. Physikalische Einflussfaktoren	41
4.4.5. Chronobiologische Faktoren.....	44
4.4.6. Soziale Faktoren.....	47
4.4.7. Psychodynamische Faktoren.....	51
4.4.8. Institutionelle Faktoren.....	56
4.4.9. Sonstige Faktoren	60
4.5. Zusammenfassung und Empfehlungen	65
Tabellenverzeichnis.....	70
Abbildungsverzeichnis	72

1. Einleitung und Ausgangslage

Zurzeit existiert keine einheitliche, valide und international akzeptierte Definition von Burnout, daher ergeben sich massive Probleme bezüglich der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien. Eine überwiegende Mehrheit der Studien lässt jedoch keine Aussagen über dynamische Prozesse wie die Entwicklung eines Burnout-Syndroms zu. Die Mehrheit der vorhandenen Messinstrumente ist von zweifelhafter Konstruktvalidität zur Anwendung, welche differierende externe Validitätswerte sowie mangelhafte Reliabilitäten aufweisen und teilweise nicht einmal für die untersuchten Populationen normiert sind.

So verwundert es nicht, dass in dem Systematischen Review 2013 (Scheibenbogen et al., 2013) die Burnoutgefährdung im Durchschnitt bei ca. 30%, die tatsächliche Burnoutrate bei 10% der Erwerbstätigen liegt, die Prävalenzrate je nach Studie jedoch enormen Schwankungen ausgesetzt ist. Diese Aussagen in bestehenden Studien beziehen sich hauptsächlich auf die meistuntersuchte Population, diplomierte Pflegepersonen, Ärzte und Ärztinnen sowie andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich.

Es herrscht ein erheblicher Mangel an Studien bei Berufsgruppen außerhalb des Gesundheitsbereichs. Angestellte im IT-Bereich und Schichtarbeiter und Schichtarbeiterinnen scheinen besonders gefährdet zu sein. Während Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung rund 4,2% Burnout-Erkrankte in Deutschland (Studie 1) belegen, erlaubt die mangelhafte Qualität der beiden österreichischen (Studie 5: fehlende Angaben zu Methodik und Auswertung, Interpretation nicht nachvollziehbar; Studie 12: kein standardisiertes Messinstrument, keine Begriffsabgrenzung, nicht nachvollziehbare Operationalisierung von Burnout) keine Aussage zur Prävalenz des Burnout-Syndroms in der Gesamtbevölkerung Österreichs.

Aufgrund der zahlreichen Interaktionen zwischen situativen Faktoren und Persönlichkeitsfaktoren ist eine unmittelbare Aussage über Ursachen sowie Interventionsmöglichkeiten sehr schwierig. Nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, sondern auch die unmittelbare Tätigkeit, die

Arbeitsanforderungen sowie die Arbeitsumgebung bzw. Ressourcen außerhalb des Arbeitsumfelds sowie vorhandene Bewältigungsmechanismen sind maßgebende Einflussgrößen für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms. So findet sich in den Studien kaum die Berücksichtigung von Effekten einer Leitungsfunktion, bzw. sind diese unklar und teilweise widersprüchlich. Weiters werden Arbeitsanforderungen, Stressoren, soziale Unterstützung, prozedurale Gerechtigkeit, Teamklima, etc. individuell unterschiedlich erlebt, was ebenfalls die Aussagekraft der Ergebnisse zu den Ursachen von Burnout verfälschen kann.

Auch die verwendeten Messinstrumente sind nur bedingt einsetzbar, da sie häufig zwischen einem Burnout-Syndrom und einer psychiatrischen Erkrankung wie Depression oder Angst differentialdiagnostisch kaum Unterscheidungen treffen. Jedoch wird Burnout als Trigger für eine spätere depressive Erkrankung gesehen, deswegen ist gerade in der Prävention dem Burnout besonderes Augenmerk zu schenken. Burnout wird meistens durch Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz ausgelöst, weswegen eine gleichzeitige Erhebung der Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz für die Prävention unerlässlich ist. Dem Burnout-Syndrom kommt auch eine enorm wichtige Bedeutung in der Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung zu, daher sind innovative Forschungsaktivitäten in Bezug auf das Burnout-Syndrom besonders wichtig.

Aus den Literaturrecherchen und Erhebungen zum Thema Burnout ist ersichtlich, dass in Österreich noch keine gesicherten landesweiten epidemiologischen Daten zur Prävalenz von Burnout-Erkrankungen existieren. Die zweifelhafte Validität und Reliabilität der vorhandenen Studien bedingt weitere Forschungsaktivitäten, welche neben dem Einsatz von ökonomischen Datenerhebungsverfahren in Form von Fragebögen auch alternative Forschungsstrategien sowie kombinierte Studiendesigns verwenden.

Aus oben genannten Gründen wurde daher die folgende Studie in Auftrag gegeben. Diese umfasste in einem ersten Schritt die Konstruktion eines, den Testgütekriterien entsprechenden Fragebogens, der in einem zweiten Schritt durch Ziehung einer repräsentativen Stichprobe für Österreich vorgegeben wurde. Dieses methodische Vorgehen gewährleistet die exakte Erhebung der Präventionszahlen des Burnout-Syndroms für Österreich unabhängig von berufspolitischen Interessen, erlaubt

Verlaufsdarstellungen sowie die Ableitungen von Maßnahmen für Prävention und Behandlung.

2. Fragestellung

Die vorliegende Studie hat den Anspruch, repräsentative Prävalenzzahlen für das Burnout-Syndrom zu erheben. Dabei soll der dynamischen Krankheitsentwicklung von ersten auftauchenden Symptomen des Burnouts bis zur manifesten Erkrankung entsprochen werden. Aus der Diagnostik des Burnout-Syndroms und der damit verbundenen Zuordnung in verschiedenen Stadien und Schweregraden sollen für jede Phase des Burnout-Syndroms stadienspezifische Empfehlungen zur Setzung von Maßnahmen abgeleitet werden. Der dafür herangezogene Maßnahmenkatalog reicht von präventiven Interventionen über Coaching bis hin zu ambulanter und stationärer Behandlung.

3. Theoretischer Hintergrund

Die Ursachen für das Burnout-Syndrom sind vielschichtig, die Symptome multikausal und ebenso zahlreich sind die Definitionen und die Erklärungsversuche zur Ätiologie dieser Erkrankung. In der Literatur werden verschiedene Erklärungsmodelle bezüglich der Wirk- und Entstehungsmechanismen, welche in einem möglichen Zusammenhang mit Burnout stehen, beschrieben (Musalek, 2012).

Der Begriff Burnout als Metapher für Energieverlust wird erst seit den 1970er Jahren im sozialen, psychologischen und medizinischen Bereich verwendet. Von Freudenberger erstmals erwähnt, betrachtet er Burnout als einen Zustand von Erschöpfung und Frustration, verursacht durch Überengagement gepaart mit unrealistischen Erwartungen. Er definiert Burnout als „[...] ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die [...] einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt.“ (1994). Freudenberger betont in seinem Konzept den individuellen Aspekt sehr stark, er beschreibt Burnout als prozessorientiert und definiert ein zwölfstufiges Erkrankungsmodell, das ausgehend von hoher Motivation und Leistungsstreben bis zum psychischen und physischen Zusammenbruch führen kann.

Ein ähnlicher Ansatz wird von Edelwich & Brodsky (1984) vertreten, die den Begriff Burnout als „einen zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie [...] als Folge der Arbeitsbedingungen“ konzipieren. Nicht erreichte Ziele drücken sich dabei durch einen Verlust an Idealismus und Enttäuschung aus. Der Prozess des Ausbrennens beginnt mit dem Stadium von initialem Enthusiasmus, führt weiter zu fortschreitender Desillusionierung, geht über in das Stadium von Frustration und Stagnation und endet mit Apathie.

Burisch (2006) beschreibt Burnout als einen Zustand, der geprägt ist von Depression, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit und mangelnder Motivation, welcher in jedem Beruf auftreten kann. „Burnout wird in Gang gesetzt durch Autonomieeinbußen in gestörten Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt [...] und das Scheitern bei ihrer Bewältigung“. Sein 7-stufiges Phasenmodell postuliert eine Entwicklung von übermäßigem Engagement zu Beginn über Abbau der Leistungsfähigkeit bis zu psychosomatischen Reaktionen und Verzweiflung. Da er sich bei seinem Konzept stark an der Stresstheorie von Lazarus orientiert, stehen auch bei ihm die individuellen Coping- und Handlungsstrategien im Vordergrund.

Tabelle 1. Symptomatik im Burnout - Phasenmodell nach Burisch (1994)

1	Warnsymptome der Anfangsphase	gesteigerter Einsatz für Ziele, vegetative Überreaktion oder Erschöpfung
2	Reduziertes Engagement	reduzierte soziale Interaktionen, negative Einstellung zur Arbeit
3	Emotionale Reaktionen	Insuffizienzgefühle, Pessimismus, Energiemangel, Hilflosigkeit
4	Abbau der Leistungsfähigkeit	Abnahme kognitiver Fähigkeiten, Motivation, Kreativität
5	Verflachung	des emotionalen und sozialen Lebens und der Interessen
6	psychosomatische Reaktionen	Schmerzen, Schlafstörungen, Verspannungen, Substanzgebrauch
7	Verzweiflung	Sinnlosigkeitsgefühle, Verzweiflung, Depression, Suizidgedanken

Burnout als ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Zustand ist laut Schaufeli & Enzmann (1998) primär gekennzeichnet durch Erschöpfung, negatives Stresserleben, reduzierte Motivation und dysfunktionale Einstellung bezüglich der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach den Autoren sukzessive, kann lange unbemerkt bleiben und resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität.

Der gemeinsame Ausgangspunkt dieser beschriebenen individuumszentrierten Burnout-Konzepte ist die Beobachtung, dass Individuen auf Stress und enttäuschte Erwartungen unterschiedlich reagieren und nicht alle Symptome von Burnout entwickeln. Als hauptsächlichen Auslöser wird in diesen Konzepten eine fehlgeschlagene Anpassungsleistung an die Umwelt angenommen. Alle Modelle betonen die prozesshafte Entwicklung von Burnout, unterscheiden sich jedoch durch die Anzahl der Phasen. Übereinstimmung besteht dahingehend, dass Burnout mit einer überhöhten Motivation und Erwartungshaltung beginnt und im Verlauf zu Symptomen wie Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Frustration, Resignation und Apathie im Endstadium führt.

Im Gegensatz dazu wird in einem zweiten Erklärungsansatz von einem Ungleichgewicht zwischen den an die Person gestellten Anforderungen und den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten ausgegangen. In diesen sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Konzepten wird vor allem durch äußere Bedingungen wie z.B. Anforderungen der Arbeitswelt oder des sozialen Umfeldes Stress ausgelöst. Führungs- und Kooperationsprobleme, widersprüchliche Anweisungen, Zeitdruck, schlechtes Arbeitsklima, mangelnde Entscheidungsfreiheit und geringe Partizipationsmöglichkeiten tragen hier zur Entstehung von Burnout bei.

Cherniss (1980) definiert Burnout als *„[...] ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit plötzlich zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf.“* Burnout resultiert in diesem Modell aus dem Zusammenwirken von arbeitsbezogenem Stress und defensiven Coping- oder Bewältigungsstrategien und basiert auf dem Selbstwirksamkeitskonzept von Bandura. Bei diesem soziologisch geprägten Ansatz sind Menschen mit einer

geringen Erwartung von Handlungskompetenz eher von Burnout betroffen als jene mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung.

Nach Pines, Aronson & Kaffrey entsteht Burnout vor allem bei hoch motivierten Personen als Folge chronischer Belastung, zu hoch gesteckten Erwartungen und Zielen und wenig bis gar keinem positiven Feedback. Die Autoren beschreiben Burnout als: *„[...]Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen.“* (1993). Als Umweltfaktoren werden Stress und Unzufriedenheit erzeugende Arbeitsbedingungen genannt, wie z.B. Überforderung, gleichförmige Routine, wenig Autonomie, fehlendes Feedback und kaum soziale Unterstützung.

Bei Burnout-Modellen aus ressourcentheoretischer Perspektive wird angenommen, dass vorhandene Ressourcen nicht zur Bewältigung der stressreichen Arbeitsanforderungen ausreichen. Die gewünschten Ergebnisse treten trotz Ressourceninvestition nicht ein, was in Folge verschiedene Symptome verursacht:

- Emotionale Erschöpfung (durch die fehlende Anerkennung der Motivation, neue Ressourcen zu erwerben),
- Depersonalisation/Zynismus (durch den Versuch, vorhandene Ressourcen bei problematischen sozialen Interaktionen zu schützen) und
- reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (aufgrund verringerter Kompetenz- und Leistungseinschätzung, die durch geringen Selbstwert und Selbstwirksamkeit entstehen kann).

Dieses umfassende, faktorenanalytische generierte Konzept wurde von Maslach et al. entwickelt, die mit dem MBI Burnout operationalisierbar und messbar machten und hat sich in der empirischen Forschung durchgesetzt. Der Syndrombegriff nach Maslach beschreibt Burnout als chronischen Prozess einer psychischen und physischen Erschöpfung. Die Unabhängigkeit der einzelnen Faktoren soll es auch ermöglichen, spezifische Vorstadien von Burnout zu identifizieren.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek & Theorell (1990) besagt, dass Stress auslösende Tätigkeitsmerkmale bei geringer individueller Kontrolle Burnout verursachen können. Fehlt eine ausreichende Möglichkeit zur selbstbestimmten

Erledigung der Arbeitsaufgaben, bedeutet dies hohe quantitative Anforderung im Kontext einer geringen Entscheidungsmöglichkeit und wird als fehlende Selbstwirksamkeit erlebt, was die Entstehung von Burnout begünstigt.

Der Medizinsoziologe Siegrist (2004) beschreibt in seinem Effort - Reward Imbalance (ERI) Modell berufliche Gratifikationskrisen als Ursache für psychosozialen Stress. Das Ungleichgewicht zwischen Arbeitsaufwand und der entsprechenden Gegenleistung, wie z.B. eine schlechte Arbeitsentschädigung, niedriger Status und mangelnde Anerkennung führt primär häufig zu erhöhtem Arbeitseinsatz, längerfristig kann sich in diesem Arbeitskontext Burnout entwickeln.

Aus dem Missverhältnis zwischen Anforderungen und Kontrollierbarkeit der Arbeitssituation als auch zwischen Ressourceneinsatz und entsprechender Gratifikation kann sich, wie aus Abbildung 1 ersichtlich, Burnout als „circulus vitiosus“ durch gegenseitig verstärkende negative Faktoren entwickeln.

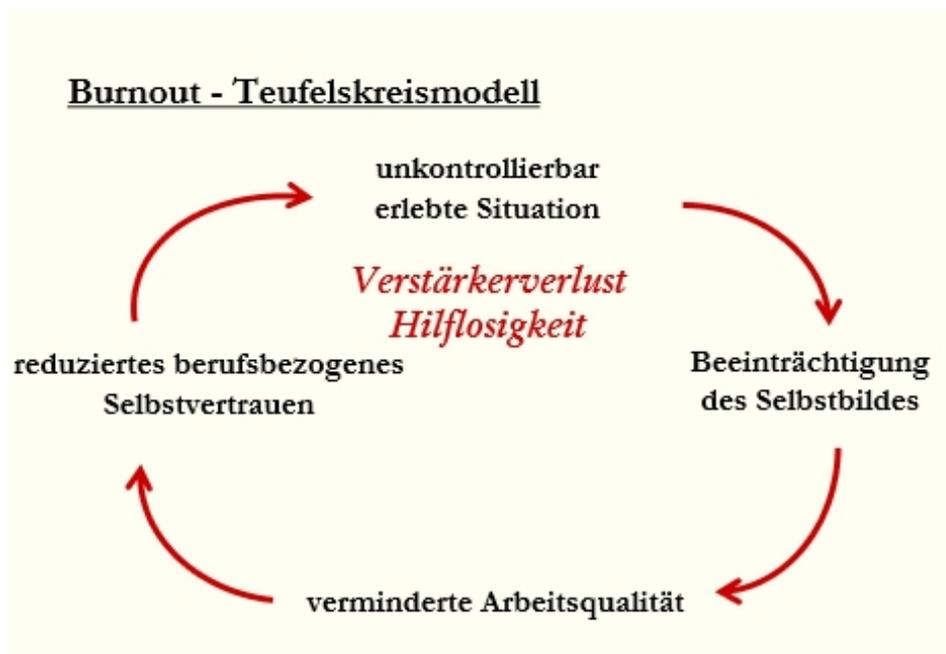


Abbildung 1. Teufelskreismodell der Burnout-Entstehung

Die Entstehung von Burnout findet somit im Wechselspiel zwischen bestimmten personenbezogenen Faktoren und ungünstigen Bedingungen im Arbeitskontext bzw. im sozialen Umfeld statt.

3.1. Diagnostische Verfahren

Zur Burnout-Diagnostik existieren bislang keine objektiven Parameter. Burnout wird überwiegend mit Selbstbeurteilungsfragebögen erfasst, Instrumente zur Fremdbeurteilung oder qualitative Interviewverfahren werden wenn überhaupt nur sporadisch eingesetzt. In den Burnout-Publikationen der letzten Jahrzehnte finden sich zahlreiche Fragebögen, Ratingskalen und Checklisten, deren Gütekriterien, falls diese überhaupt vorhanden sind, zumeist unzureichende Qualität aufweisen.

Nach Burisch (2006) haben sich lediglich zwei Fragebögen international durchgesetzt. Das Maslach Burnout Inventory (MBI), das in rund 90% der empirischen Untersuchungen als Messinstrument Anwendung findet, sowie das Tedium Measure (TM). Im deutschsprachigen Raum gibt es mittlerweile eine ganze Reihe an testpsychologischen Verfahren mit teilweise recht passablen Validitäts- und Reliabilitätskoeffizienten, deren Testkonstruktion auch faktorenanalytisch gesichert ist.

Die Güte eines Testverfahrens wird durch die Objektivität, Reliabilität und Validität bestimmt. Ein Großteil der Burnout-Messinstrumente weist sehr niedrige Reliabilitätskoeffizienten auf. Die Validität eines Testverfahrens gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test das Persönlichkeitsmerkmal, das er zu messen vorgibt, auch tatsächlich misst (Lienert 1998). Danach wird die inhaltliche Validität meist an einem Außenkriterium, zumeist einem anderen Test oder Verhaltenskriterien bestimmt. Im Falle des Burnoutsyndroms gestaltet sich dies aufgrund der bereits genannten differentialdiagnostischen Aspekte und der Überschneidung des Syndroms mit anderen Krankheitsbildern besonders schwierig (Scheibenbogen, 2012).

In nachfolgender Tabelle 1 findet sich eine Zusammenstellung der gebräuchlichsten Testverfahren im deutschsprachigen Raum:

Tabelle 2. Auswahl von psychologischen Testverfahren zur Diagnostik des Burnout-Syndroms im deutschsprachigen Raum

Testverfahren	Einsatzgebiet / Skalen	Gütekriterien	Items/ Bearbeitungs- dauer
BOSS Burnout- Screening- Skalen	Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von subjektiven psychischen und physischen Beschwerden. BOSS I beinhaltet 4 Skalen, erfasst Beschwerden in den Lebensbereichen Beruf, Eigene Person, Familie und Freunde über einen Beurteilungszeitraum von drei Wochen. BOSS II besteht aus 3 Skalen (körperliche, kognitive und emotionale Beschwerden) und umfasst einen Beurteilungszeitraum von sieben Tagen.	interne Konsistenz: .75 und .91	je 30 Items / 10-20 Minuten
MBI Maslach Burnout Inventory	Die Skalen Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungszufriedenheit werden nach Intensität und Häufigkeit beantwortet. Zahlreiche Versionen z.B. für den pädagogischen Bereich, allgemein Berufstätige, Dienstleistungsbereich etc.	Je nach Version stark schwankend, mäßige Gütekriterien	Je nach Version 16 – 24 Items / wenige Minuten
TM Tedium- Measure	Selbstbeurteilungsfragebogen von C.Maslach und A. Pines, auch Überdrussskala genannt. Zweifelhafte diskriminante Validität gegenüber Depression, Selbstwertgefühl und Ängstlichkeit. (Burisch 2006).	Validität .76 Cronbach α = .91	21 Items / wenige Minuten
TICS Trierer Inventar zum chronischen Stress	Standardisierter Fragebogen zur differenzierten Diagnostik verschiedener Facetten von chronischem Stress. Umfasst 10 Skalen. Die 3 Skalen Arbeitsüberlastung, Soziale Überlastung und Erfolgsdruck beziehen sich auf Stress aufgrund hoher Anforderungen. Die 5 Skalen Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung bei der Arbeit, Mangel an sozialer Anerkennung, Soziale Spannungen und Soziale Isolation erfassen Stress aufgrund mangelnder Bedürfnisbefriedigung. Ferner enthält das TICS eine Skala Chronische Besorgnis sowie eine 12-Item-Screening-Skala, die ein Globalmaß für erlebten Stress liefert.	Cronbachs α : .84 bis .91 Rasch- Reliabilitäten: .78 bis .89 Profilreliabilität .72	57 Items / 10 bis 15 Minuten und für die Screening- Skala etwa 3 Minuten

Testverfahren	Einsatzgebiet / Skalen	Gütekriterien	Items/ Bearbeitungs- dauer
<p>SVF -120 Stressverarbeitungsfragebogen</p>	<p>Der Stressverarbeitungsfragebogen ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen.</p> <p>20 über je einen Subtest definierte Stressverarbeitungsweisen im Sinne zeit- und situations-(stressor-) stabiler Personenmerkmale:</p> <p>Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression, Pharmakaeinnahme und Entspannung.</p>	<p>Cronbach α: 66 und .92</p> <p>Retest-reliabilität: .69 und .86</p>	<p>120 Items / 10 bis 15 Minuten</p>
<p>SBUSB Skalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich</p>	<p>In einem eigenen Ansatz wurde versucht, Stress am Arbeitsplatz im Sinne der Theorie von Lazarus zu erfassen (chronische Episoden des Stresserlebens).</p> <p>Der Test besteht aus den Skalen Arbeitsbelastung, Arbeitsunzufriedenheit, Belastendes Arbeitsklima und Mangelnde Erholung.</p>	<p>Reliabilitäten zw .67 und .88</p>	<p>55 Items / 5-10 Minuten.</p>
<p>DSIHR Differentielles Stressinventar Umgang mit Stress</p>	<p>Das DSIHR wurde theoriegeleitet nach dem Konzept zur Leistungsangstdiagnostik von Rost und Schermer (1987) konstruiert. Das Verfahren setzt sich aus 9 faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen zusammen, die jeweils unterschiedliche Aspekte von Stressauslösung, Stressmanifestation, Coping und Stressstabilisierung erfassen. Eine Zuordnung zu einem von 5 Typen des Stresserlebens und -verhaltens möglich: Normaltyp, überbeansprucht, stressresistent, Niedrige Beanspruchung – Erfolgreiches Coping, Hohe Beanspruchung – Erfolgreiches Coping.</p>	<p>Cronbach α zw .70 und .94</p>	<p>121 Items / ca. 15 Minuten</p>

Testverfahren	Einsatzgebiet / Skalen	Gütekriterien	Items/ Bearbeitungs- dauer
<p>DAI Leistungsangst</p>	<p>Ist ein multifaktorielles Diagnoseinstrument für Leistungsängstlichkeit, deren Auslöser und stabilisierender Bedingungen.</p> <p>Gut getrennte Erfassung von Angstausslösung, Angsterscheinungsweisen, Angstverarbeitung und Angststabilisierung möglich. Insgesamt 12 Skalen können in einer Kurz- bzw. Langform angewendet werden.</p>	<p>Cronbach α: zw.70 und .92.</p> <p>Retest-Reliabilität: zw .75 und .88</p>	<p>Langform: ca. 45 Minuten</p> <p>Kurzform: ca. 25 Minuten</p>
<p>AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster</p>	<p>Mit ressourcentheoretischen Konzepten werden Selbsteinschätzungen auf 11 theoretisch und faktoren-analytisch begründeten Dimensionen erhoben:</p> <p>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz bei Misserfolg, Offensive Problembewältigung, Innere Ruhe und Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung.</p> <p>Das Zueinander dieser Dimensionen wird im Weiteren in 4 arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern ausgedrückt:</p> <p>G (Gesundheit), S (Schonung), A (Risiko i. S. der Selbstüberforderung) und B (Risiko i. S. von Resignation).</p>	<p>Cronbach α : zw .79 und .87</p>	<p>Standardform: 12 Minuten</p> <p>Kurzform : ca. 8 Minuten</p>
<p>EBF Erholungs- Belastungs- fragebogen</p>	<p>Der EBF orientiert sich an Modellen der psychologischen Stressforschung. Der Erholungs-Belastungs-Fragebogen erfasst Belastungen und deren Folgen. Daraus kann auf den Beanspruchungszustand der Person geschlossen werden. Da Beanspruchung zu einer Inanspruchnahme von Ressourcen führt, werden in dem Erholungs-Belastungs-Fragebogen auch Erholungsaktivitäten mit einbezogen. Der Aspekt Erholung wird durch Bilanzierung der Beanspruchung und Erholung in den letzten drei Tagen erfasst.</p> <p>Vom EBF gibt es eine Langform und 2 parallele Kurzformen.</p>	<p>Innere Konsistenz zw.80 und .97.</p> <p>Retest-reliabilität zw .79 und .91</p>	<p>Standardform: ca. 10 Minuten</p> <p>parallele Kurzformen: ca. 7 Minuten</p>

Testverfahren	Einsatzgebiet / Skalen	Gütekriterien	Items/ Bearbeitungs- dauer
FABA Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung	Das Verfahren ist in der Auseinandersetzung mit dem Typ A-Konzept in der Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin entstanden. Konsistente Faktoren sind: 1. „Erholungsunfähigkeit/Exzessives Arbeitsengagement“, 2. „Exzessive Planungsambitionen“, 3. „Ungeduld“, 4. „Dominanzstreben“.	Cronbach α zw .56 und .79 Retest-Reliabilitäten: zw .65 und .74	Kurzform S1: ca. 5 Minuten, Langform S2: ca. 10 Minuten
BACO Belastbarkeits-Assessment	Untersucht wird das Ausmaß, in dem es einer Person gelingt, Belastungen standzuhalten, d.h. ihre Beanspruchung, Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit unbeeinflusst zu lassen. Subtests: „Zeitdruck“, „Anwesenheit anderer“, „Aufgabenkollision“, „Verhinderung des planmäßigen Vorgehens“, „Inadäquates Feedback“, „Ungünstige Arbeitsbedingungen“.	Split-half-Reliabilitäten zw .34 bis .91	Von 40 bis 100 Minuten
CBI Copenhagen Burnout Inventory	Das CBI ist ein inhaltlich sehr breites Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Faktoren bei der Arbeit. Es erfasst in drei Skalen die Parameter personal burnout, work-related burnout und client-related burnout.	Cronbach α : zw .61 bis .78	19 Items / ca. 7 Minuten
BHD Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen	Das BHD-System ist ein Screeningverfahren nach Hacker et al. (1995) und erfasst Beanspruchungsfolgen einschließlich des Burnout. Da Burnout als ein mehrfaktorieller Sachverhalt aufgefasst wird, erhebt der BHD-Fragebogen (BHD-FBH) fünf Faktorenbereiche: „Emotionale Erschöpfung“, „Aversion gegen Klienten“, „Reaktives Abschirmen“, „(Un)Zufriedenheit mit der Arbeit“ und „Intrinsische Motivierung“. Die BHD-Checkliste (BHD-HOAP) dient der Analyse und Bewertung der organisations-, patienten- und tätigkeitsbedingten Anforderungen an die Pflegekräfte.	Cronbach α : zw .74 bis .82 Retest Reliabilität: zw .49 bis .61 interne Konsistenz = .74	39 Items / ca. 10 Minuten

4. Empirischer Teil

4.1. Fragebogenkonstruktion

4.1.1. Burnout-Stadien und Interventionsvorschläge

Der Fragebogen des BODI dient dazu, die drei oben beschriebenen Stadien der Entwicklung des Burnout-Syndroms abzubilden und adäquate, auf das jeweilige Stadium bezogene Interventionsschritte abzuleiten. Dieser Ansatz geht von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus, auf dem sich jeder zu einem gewissen Zeitpunkt befindet (Musalek & Zeidler, 2013).

Im Folgenden werden die drei Stadien des Burnout-Syndroms anhand ihrer spezifischen Symptome kurz vorgestellt:

Burnout Stadium I („Ich kann ALLES ...“)

- Überlastung/Überforderung (unerkannt)
- Kompensationsmechanismen
- Fehlende Freizeit(-aktivitäten)
- Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
- Vernachlässigung von Beziehungen
- Erhöhte Reizbarkeit/Spannungszustände
- Schlafstörungen (Einschlafstörungen)
- Appetenzstörungen (Essen, Sexualität, etc.)

Burnout Stadium II („Ich kann NOCH ...“)

- Überlastung/Überforderung (bewusst)
- „Vegetative Dystonie“/Sympathikotonus
- Fehlende Freizeit(-aktivitäten)
- Völlige Zentrierung auf die Arbeit
- Zunehmende soziale Isolierung
- Spannungszustände/innere Unruhe (vor allem ohne Arbeit)/Ängste
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Erhöhte Gereiztheit/Dysthymie
- Unspezifische „psychosomatische“ Beschwerden/somatoforme Störungen

Burnout Stadium III („Ich kann NICHT MEHR ...“)

- Völlige Erschöpfung/Parasympathikotonus
- Arbeitsunfähigkeit (subjektiv/objektiv)
- Sozialer Rückzug/Sozialphobie
- Dysphorie/Depression

- Chronische Schmerzsyndrome
- Verkürzter/verlängerter Schlaf (Aufwachstörung)
- Manifeste körperliche Erkrankungen
- Generalisiertes „Losigkeitssyndrom“
- Aussichtslosigkeit/Lebensüberdruß

Mögliche Interventionen

Je nach Schweregrad der Erkrankung und diagnostischer Zuordnung zu den einzelnen Burnout Stadien anhand des Burnout Dimensionen Inventars sind unterschiedliche Interventionen bzw. Behandlungsansätze erforderlich:

Burnout Stadium I („Ich kann ALLES ...“)

- **BERATUNG:** Informationen über das Krankheitsbild Burnout als chronische Stresskrankheit und Psychoedukation, um die Entstehung von pathologischen Verhaltensmustern im Arbeitskontext zu verhindern.
- **COACHING:** Ein personenzentrierter berufsbezogener Beratungsprozess zur Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion kann zur Identifizierung von Stressoren und der eigenen Bewältigungsmechanismen beitragen.

Burnout Stadium II („Ich kann NOCH ...“)

- **PRÄVENTION:** Eine frühzeitige Erkennung der Symptomatik mittels BODI erlaubt eine Veränderung der belastenden Arbeitssituation und eventuell eine Adaption von Organisationsstrukturen sowie die Ausweitung regenerativer Phasen.
- **BEHANDLUNG:** Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Interventionen zielen auf Veränderungen in den Einstellungen gegenüber Arbeit, der Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien mit Fokus auf Selbstfürsorge und Ressourcenaktivierung sowie der Bearbeitung krankheitsfördernder Persönlichkeitsanteile.

Burnout Stadium III („Ich kann NICHT MEHR ...“)

- **REHABILITATION**
- **PENSIONIERUNG**

4.1.2. Testaufbau

Das BODI ist ein Fragebogentest, der 40 Fragen enthält, welche zu vier Skalen zusammengefasst werden. Nach einer allgemeinen Instruktion werden nacheinander die Testitems präsentiert.

4.1.3. Skalenbeschreibung

Der BODI besteht insgesamt aus 4 Skalen, die im Folgenden weiter beschrieben werden.

4.1.3.1. Dysfunktionale Kompensation

Betroffene versuchen, durch noch mehr Engagement dem drohenden „Scheitern“ entgegenzuwirken bzw. probieren, sich zum Beispiel mit Alkohol Entspannung herbeizuführen.

4.1.3.2. Skala: Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung

Betroffenen fällt es zunehmend schwerer, ihr Arbeitspensum zu bewältigen und sie reagieren mit der Bündelung der eigenen Ressourcen auf den Arbeitsprozess bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer außerberuflicher Tätigkeiten. Zusätzlich wächst der Widerwillen bezüglich der beruflichen Tätigkeit zunehmend an.

4.1.3.3. Skala: Mangelnde Distanzierungsfähigkeit, Auflösung der Grenzen zwischen Arbeit, Freizeit und Familie

Betroffene nehmen berufliche Agenden zunehmend mit nach Hause, sie haben Probleme abzuschalten und kommunizieren regelmäßig mit Kollegen und Kolleginnen oder Vorgesetzten in der Freizeit wegen beruflicher Angelegenheiten.

4.1.3.4. Depression

Betroffene entwickeln erste Anzeichen einer depressiven Verstimmung mit Symptomen der Niedergeschlagenheit, Energie- und Schlaflosigkeit („Losigkeitssyndrom“) sowie sozialem Rückzug.

4.1.4. Antwortformate

Ein dichotomes (2-stufiges) Antwortformat kommt zur Anwendung, die Fragen können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

4.1.5. Zusatzvariablen des soziodemografischen Teils

Es werden Alter, Geschlecht, Schulabschluss, aktueller Berufsstand, aktuelle

berufliche Tätigkeit, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Branche, Arbeit im Team, Kontakt zu anderen Menschen im Beruf, Erwartung bzgl. der finanziellen Entlohnung, objektivierbare Belastungen am Arbeitsplatz, Familienstand, Anzahl der Kinder, finanzielle Sorgen, Behandlungsversuche erhoben.

4.1.6. Visuell-Analog Skalen

Die Belastung auf den drei Ebenen „Beruf“, „familiäres Umfeld“ und „eigene Person“ wird jeweils mittels Visuell-Analog-Skalen erfasst. Dadurch wird eine subjektive empfundene Belastung in diesen Bereichen semiquantitativ abgebildet.

Die Probanden und Probandinnen markieren ihre Einschätzung der Belastungsintensität durch einen vertikalen Strich auf einer begrenzten Linie, deren Endpunkte extreme Zustände darstellen („überhaupt nicht belastet“ bis „extrem stark belastet“).

4.1.7. Evaluierung

4.1.7.1. Objektivität

Die hohe Durchführungsobjektivität ergibt sich aus den sehr einfachen und immer gleichlautenden Instruktionen sowie der standardisierten Testvorgabe. Die Instruktion ist derart gestaltet worden, dass der Proband /die Probandin in die Lage versetzt wird, den Test auch ohne Hilfe eines Testleiters/einer Testleiterin richtig zu bearbeiten (die Interaktion zwischen Untersucher/Untersucherin und Proband/Probandin wird dabei auf ein Minimum reduziert). Die Testleiterunabhängigkeit ist daher ebenfalls in hohem Maße gegeben.

Die Auswertungsobjektivität ist bei computergestützten Testverfahren durch die hohe Messgenauigkeit und automatische Berechnung der Testergebnisse sehr hoch.

Die Interpretationsobjektivität ist vollkommen und zugleich trivial, weil es sich um einen normierten Fragebogen handelt, in welchem die Auswertung einen

numerischen Wert liefert, der die Position des Probanden/der Probandin entlang der Testskala eindeutig festlegt (vgl. Lienert & Raatz, 1994).

4.1.7.2. Reliabilität

Aus Sicht der probabilistischen Testtheorie kann die Reliabilität als hinreichend gegeben angesehen werden, da alle Items „nachweislich“ dieselbe Fähigkeitsdimension (Rasch-Homogenität) messen. Trotzdem sollen der Vollständigkeit halber die Reliabilitäten der einzelnen Skalen angegeben (Tabelle 3) werden.

Tabelle 3. Cronbach Alpha der vier Skalen (mit Originalitem-Nummer).

Anzahl Items	Reduzierte Belastbarkeit	Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Depression	Dysfunktionale Kompensation
1	19	8	4	7
2	20	10	6	31
3	21	27	14	104
4	35	30	17	128
5	37	32	85	
6	39	99	118	
7	43	101	126	
8	44	102		
9	52	109		
10	54	110		
11	56	111		
12	57	112		
13	58			
14	62			
15	64			
16	84			
17	90			
Reliabilität:	.94	.75	.76	.65

Die Reliabilitäten können demnach als gut bis sehr gut angesehen werden.

4.1.7.3. Validität

Als Beleg für die Validität des BODI kann einerseits der inhaltliche Bezug zwischen den Anforderungen der Items und den Anforderungen in Realsituationen angesehen werden (inhaltliche Gültigkeit). Weiters ist die hohe inhaltliche Gültigkeit des BODI dadurch gegeben, weil das Verfahren basierend auf theoriegeleiteten Vorstellungen

entwickelt wurde. Ebenso besteht eine hohe Übereinstimmung mit anderen Burnout-Testverfahren wie dem MBI, die dieselben Konstrukte erfassen.

Konstruktvalidität:

Die Eindimensionalität der einzelnen Skalen wurde durch die IRT (Item-Response Theory) - Analyse eindrucksvoll bestätigt. Eine Faktorenanalyse (Varimax Rotation) zu konstruktnahen Verfahren, wie dem MBI-D (Deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory– revidierte Version) brachte zufriedenstellende Ergebnisse.

Tabelle 4. Faktorenanalyse BODI – MBI-D. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

	Komponente		
	1	2	3
Emotionale Erschöpfung MBI-D	-,761	-,207	,461
Depersonalisation MBI-D	-,175	-,809	,270
Persönliche Erfüllung MBI-D	-,326	-,577	,353
Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung	,861	-,037	-,176
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	,364	,825	,094
Depression	,812	,172	-,164
Dysfunktionale Kompensation	-,061	,108	-,901

Aus Tabelle 4 kann entnommen werden, dass die MBI-D Dimension „Emotionale Erschöpfung“ gut von den beiden BODI Dimensionen „Reduzierte Belastbarkeit“ und „Depression“ abgebildet wird. „Depersonalisation“ und „Persönliche Erfüllung“ korrelieren mit der BODI Dimension „Mangelnde Distanzierungsfähigkeit“. Einen „Mehrwert“ des BODI stellen die Dimensionen „Mangelnde Distanzierungsfähigkeit“ und „Dysfunktionale Kompensation“ dar. Damit wird die Früherkennung eines sich anbahnenden Burnouts möglich (siehe Kapitel 1 „Theoretischer Hintergrund“).

Extremgruppenvalidierung:

Als Extremgruppen standen einerseits 91 Personen mit der medizinischen Diagnose „Burnout“ und andererseits 191 Cobra-Beamte, Zollwacheoffiziere, Personen aus dem Gendarmerie-Einsatzkommando, aus der Kranich-Flughafenpolizei, aus dem

Wega-Einsatzkommando und der Alarmabteilung zur Verfügung (siehe Kapitel 4.1.7.10, „Normierung“). Diese Stichproben werden mit einer Population von N=1004 gesunden Probanden und Probandinnen verglichen.

Tabelle 5. Mittelwertsvergleiche Normalpersonen – Personen mit Burnout-Diagnose.

	Diagnose	N	Mittelwert	Signifikanz
Reduzierte Belastbarkeit	_ Burnout	91	10,5	0,000
	_ Normal	1004	7,3	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	_ Burnout	91	5,7	0,051
	_ Normal	1004	5,2	
Depression	_ Burnout	91	5,1	0,011
	_ Normal	1004	4,1	
Dysfunktionale Kompensation	d Burnout	91	1,9	0,000
	i Normal	1004	1,0	
	m			
	e			
	n			
	s			
	i			
	o			
	n			
	1			

Dieses Ergebnis belegt die adäquate diskriminante Validität des Verfahrens. Die von Burnout-out Betroffenen unterscheiden sich signifikant von der Stichprobe der Gesunden.

Tabelle 6. Mittelwertsvergleiche Normalpersonen – Sicherheitspersonal (SP).

	Diagnose	N	Mittelwert	Signifikanz
Reduzierte Belastbarkeit	_ SP	191	7,7	0,066
	_ Normal	1004	7,3	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	_ SP	191	5,1	0,964
	_ Normal	1004	5,2	
Depression	_ SP	191	4,3	0,345
	_ Normal	1004	4,1	
Dysfunktionale Kompensation	_ SP	191	1,1	0,935
	_ Normal	1004	1,0	

Hier zeigen sich fast keine Unterschiede, ein gewisser Trend ist Richtung

„Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung“ beim Sicherheitspersonal festzustellen.

Tabelle 7. Diskriminanzanalyse Normalpersonen – Personen mit Burnout-Diagnose.

Diagnose			Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			Normal	Burnout	
Original	%	Normal	84,9	15,1	100,0
		Burnout	45,7	54,3	100,0
Kreuzvalidiert ^a	%	Normal	83,6	16,4	100,0
		Burnout	45,7	54,3	100,0

- Die Kreuzvalidierung wird nur für Fälle in dieser Analyse vorgenommen. In der Kreuzvalidierung ist jeder Fall durch die Funktionen klassifiziert, die von allen anderen Fällen außer diesem Fall abgeleitet werden.
- 76,1% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.
- 75,3% der kreuzvalidierten gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Aufgrund der vier Variablen des BODI können auch nach einer Kreuzvalidierung 75% der Fälle richtig klassifiziert werden. Die Sensitivität des BODI beträgt demnach 0.75.

4.1.7.4. Skalierung

Der BODI wurde einer Analyse mit dem dichotomen logistischen Modell von Rasch unterzogen (Menghin, 1997).

Die gefundenen Ergebnisse zeigen sehr befriedigende Resultate. Alle vier Dimensionen waren auch nach einer Kreuzvalidierung homogen im Sinne des Rasch-Modells.

4.1.7.5. Ökonomie

Ein Test erfüllt das Gütekriterium der Ökonomie, wenn er, gemessen am diagnostischen Erkenntnisgewinn, relativ wenig Ressourcen wie Zeit, Geld oder andere Formen beansprucht. Aufgrund der kurzen Bearbeitungsdauer (10-15 Minuten) und der Möglichkeit einer computergestützten Auswertung ist eine sehr ökonomische Durchführung und Auswertung des Tests gewährleistet.

4.1.7.6. Unverfälschbarkeit

Ein Testverfahren erfüllt das Gütekriterium der Unverfälschbarkeit, wenn das Verfahren derart konstruiert ist, dass die zu testende Person durch gezieltes Testverhalten die konkreten Ausprägungen ihrer Testwerte nicht steuern bzw. verzerren kann. Begünstigt wird die Unverfälschbarkeit durch eine hohe Augenscheinvalidität des Tests, wodurch es der Testperson gelingt, das Messprinzip zu erkennen.

Während es bei Leistungstests unproblematisch ist, ob eine Testperson das Messprinzip durchschaut hat, sind Persönlichkeitsfragebogen prinzipiell anfällig für Verzerrungen (z.B. MMPI, Heilbrun 1964; Viswesvaran & Ones, 1999), da auch sie eine hohe Augenscheinvalidität besitzen.

Das BODI ist in Hinblick auf Verfälschungstendenzen z.B. Bagatellisierung oder Aggravierung der Symptomatik, sozial erwünschte Antworttendenzen (bzw. einer Tendenz in Richtung „besserer“ Selbstdarstellung) vor allem in Auswahl-situationen doch in geringem Ausmaß als verfälschbar zu bezeichnen.

Es ist zwar keine Skala (z. B. Offenheit, Lügenskala...) vorgesehen, mit der versucht wird, die Verfälschungstendenz zu kontrollieren, jedoch kann ein ad hoc Vergleich zwischen den angegebenen Belastungen durch die Visuell-Analog-Skalen erhoben und den Skalenwerten herangezogen werden, um den Verfälschungstendenzen entgegenzuwirken.

4.1.7.7. Fairness

Ein Test erfüllt das Gütekriterium der Fairness, wenn die resultierenden Testwerte zu keiner systematischen Benachteiligung bestimmter Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu ethnischen, soziokulturellen oder geschlechtsspezifischen Gruppen führen.

Dieses Kriterium bezeichnet das Ausmaß, in dem Testpersonen verschiedener Gruppen (z.B. Frauen vs. Männer, farbige Menschen vs. Menschen weisser Hautfarbe etc.) in einem Test oder bei den mit ihm verbundenen Schlussfolgerungen in fairer Weise, d.h. nicht diskriminierend, behandelt werden.

Vorbehaltlich anders lautender empirischer Befunde gibt es keine Indizien dafür,

dass das BODI bestimmte Probanden und Probandinnen diskriminiert. Es ist auch nicht zu erwarten, dass Personen ohne Computererfahrung benachteiligt sind.

4.1.7.8. Zumutbarkeit

Ein Test ist dann zumutbar, wenn er die Testperson bezüglich des Zeitaufwands schont. Ebenso muss der physische sowie psychische Aufwand derart gestaltet sein, dass er die zu testende Person nicht übermäßig belastet. Ein Test erfüllt das Kriterium der Zumutbarkeit, wenn er absolut und relativ zu dem aus seiner Anwendung resultierenden Nutzen die zu testende Person in zeitlicher, psychischer sowie körperlicher Hinsicht nicht über Gebühr belastet.

Sowohl die Durchführungsart als auch –dauer ist mit keiner gravierenden Belastung der Probanden und Probandinnen verbunden. Eine minimal emotionale Belastung der Testpersonen bei der Beantwortung der Items ist gegeben, sodass nicht von einer Überbeanspruchung ausgegangen werden kann

4.1.7.9. Nützlichkeit

Ein Test ist dann nützlich, wenn für das von ihm gemessene Merkmal praktische Relevanz besteht und die auf seiner Grundlage getroffenen Entscheidungen (Maßnahmen) mehr Nutzen als Schaden erwarten lassen.

Für einen Test besteht dann praktische Relevanz, wenn er erstens ein Merkmal misst, das im Sinne der Kriteriumsvalidität nützliche Anwendungsmöglichkeiten aufweist, und zweitens dieses Merkmal nicht auch mit einem anderen Test erfasst werden konnte, der alle übrigen Gütekriterien mindestens genauso gut erfüllt.

„Ein Test ist dann nützlich, wenn er ein Persönlichkeitsmerkmal misst, für dessen Untersuchung ein praktisches Bedürfnis besteht. Ein Test hat demgemäß eine hohe Nützlichkeit, wenn er in seiner Funktion durch keinen anderen vertreten werden kann.“ (Lienert 1969, S.19). Das praktische Bedürfnis für das BODI entsteht durch den Wunsch einer standardisierten Erfassung des Schweregrades des Burnout-Syndroms im klinischen Umfeld. Aufgrund einer Klassifizierung der Betroffenen anhand des BODI in unterschiedliche Burnout-Stadien können effiziente und zweckmäßige Interventionen daraus abgeleitet und gesetzt werden.

4.1.7.10. Normierung

Unter der Normierung (Eichung) eines Tests versteht man das Erstellen eines Bezugssystems, mit dessen Hilfe die Ergebnisse einer Testperson im Vergleich zu den Merkmalsausprägungen anderer Personen eindeutig eingeordnet und interpretiert werden können.

Der Zweck der Normierung eines Verfahrens besteht darin, möglichst aussagekräftige „Vergleichswerte“ von solchen Personen zu erhalten, die der Testperson hinsichtlich relevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Schulbildung) ähnlich sind („Eichstichprobe“).

Die Normierungsdaten wurden 2015 im Rahmen der Vorerhebung gewonnen; die Zusammensetzung der Stichprobe wird nachfolgend näher beschrieben.

Die Stichprobe rekrutiert sich aus Personen folgender Bundesländer (Tabelle 2):

Tabelle 8. Stichprobenzusammensetzung.

Bundesland	n
Wien	327
Niederösterreich	189
Burgenland	79
Oberösterreich	101
Steiermark	124
Salzburg	85
Tirol	99

N= 1004

Es werden für alle Subskalen Normen als Prozentränge ausgegeben. Die Vergleichswerte entstammen obiger Stichprobe von N=1004 erwachsenen Personen (Zufallsstichprobe).

Die Berechnung der Normwerte erfolgt ausschließlich computergestützt.

Das in der Gesamtstichprobe vertretene Lebensalter erstreckt sich vom 16. bis zum 70. Lebensjahr.

Tabelle 9 und 10 zeigen die Bildungsverteilung und die Alters- bzw. Geschlechtsverteilung der Analysestichprobe.

Tabelle 9. Bildungsverteilung.

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Anzahl der Personen	Anteil an der Gesamtstichprobe in %
Volksschule	9	0,9
Hauptschule	60	6,0
Berufsschule	284	28,3
AHS	347	34,6
BHS	177	17,6
Abgeschlossenes Hochschulstudium	127	12,6

Tabelle 10. Altersgruppen getrennt nach Geschlecht.

Altersgruppe	-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
männl.	46	150	137	92	48	20	25	15	3	8
weibl.	77	130	91	48	36	19	26	20	7	6

Extremstichproben

Das BODI wurde anhand von zwei Extremstichproben normiert. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

1. Burnoutpatienten

Diese Stichprobe bestand aus „Fit2work“-Klienten und -Klientinnen mit ärztlicher Diagnose „Burnout“ oder Überlastungssyndrom, sowie aus Patienten und Patientinnen aus der REHA Einrichtung „Sonnenpark Neusiedlersee, Zentrum für psychosoziale Gesundheit“ in Rust und aus der Klinik Pirawarth (n=91).

2. Sicherheitspersonal:

Diese Stichprobe bestand aus Cobra-Beamten, Zollwacheoffizieren, Personen aus dem Gendarmerie-Einsatzkommando, aus der Kranich-Flughafenpolizei, aus dem Wega-Einsatzkommando und der Alarmabteilung (n=191).

4.1.7.11. Durchführung und Auswertung

4.1.7.11.1. Setting

Die Durchführung des BODI sollte in einer möglichst störungsarmen Umgebung erfolgen. Es sind sowohl Einzel- als auch Gruppenvorgaben möglich. An Voraussetzungen der Probanden und Probandinnen sind hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache erforderlich, um den Inhalt der Fragebogaussagen zu verstehen.

4.1.7.11.2. Instruktionen

Der Testleiter informiert die Probanden und Probandinnen über den Hintergrund und den Ablauf der Testung und ersucht sie, sämtliche Angaben und Fragen des BODI offen und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Nach dem Ausfüllen des soziodemographischen Teils werden die 40 Items des BODI mit folgender Instruktion vorgegeben.

„Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum des letzten halben Jahres. Sind Sie derzeit gerade in stationärer oder ambulanter Behandlung, so beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum eines halben Jahres vor Behandlungsbeginn.“

4.1.7.11.3. Durchführungszeit

Für das Ausfüllen des BODI ist kein Zeitlimit vorgesehen, im Allgemeinen beschränkt sich die Durchführungszeit auf 10 bis 15 Minuten.

4.1.7.11.4. Auswertung und Normwertbestimmung

Die Auswertung erfolgt ausschließlich computerbasiert. Es werden die Skalenwerte durch entsprechende Addition der spezifischen Items ermittelt und in Normwerte umgerechnet. Die Normwerte werden in Prozentränge umgerechnet und angegeben.

4.1.7.12. Interpretation der Testergebnisse

Als Interpretationsgrundlage für jede der 4 Dimensionen dienen gestaffelte Prozentränge. Nachfolgend findet sich eine inhaltliche Beschreibung der 4 Skalen.

1. Skala: Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung

Betroffenen fällt es zunehmend schwerer, ihr Arbeitspensum zu bewältigen und sie reagieren mit der Bündelung der eigenen Ressourcen auf den Arbeitsprozess bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer außerberuflicher Tätigkeiten. Zudem wächst der Widerwillen bezüglich der beruflichen Tätigkeit zunehmend an.

2. Skala: Mangelnde Distanzierungsfähigkeit, Auflösung der Grenze zwischen Arbeit, Freizeit und Familie

Betroffene nehmen berufliche Agenden zunehmend mit nach Hause, haben Probleme abzuschalten und kommunizieren regelmäßig mit Kollegen und Kolleginnen oder Vorgesetzten in der Freizeit wegen beruflicher Angelegenheiten.

3. Skala: Depression

Betroffene entwickeln erste Anzeichen einer depressiven Verstimmung mit Symptomen der Niedergeschlagenheit, Energie- und Schlaflosigkeit (Losigkeitssyndrom) sowie sozialem Rückzug.

4. Skala: Dysfunktionale Kompensation

Betroffene versuchen, durch noch mehr Engagement dem drohenden „Scheitern“ entgegen zu wirken bzw. sich zum Beispiel mit Alkohol zu entspannen.

Zur Einteilung in die Stadien I bis III werden die einzelnen Skalenwerte in Kombination betrachtet. Folgende Ausprägungen werden den einzelnen Burnout-Stadien zugeordnet (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11. Burnout-Stadien in Abhängigkeit der Skalenausprägungen (Grün = „Gesund“; Grau = „depressiv“; Gelb = „Problemstadium“; Orange = „Übergangsstadium“; Rot = „Erkrankungsstadium“).

	Dysfunktionale Kompensation (DK)	Reduzierte Belastbarkeit (RB)	Mangelnde Distanzierungsfähigkeit (MD)	Depression (DE)	N = 908
1	0	0	0	0	468
2	0	0	0	PR > 85	34
3	0	0	PR > 85	0	43
4	0	0	PR > 85	PR > 85	6
5	0	PR > 85	0	0	22
6	0	PR > 85	0	PR > 85	39
7	0	PR > 85	PR > 85	0	2
8	0	PR > 85	PR > 85	PR > 85	10
9	PR > 85	0	0	0	105
10	PR > 85	0	0	PR > 85	16
11	PR > 85	0	PR > 85	0	80
12	PR > 85	0	PR > 85	PR > 85	19
13	PR > 85	PR > 85	0	0	4
14	PR > 85	PR > 85	0	PR > 85	16
15	PR > 85	PR > 85	PR > 85	0	13
16	PR > 85	PR > 85	PR > 85	PR > 85	31

Die Diskriminanzanalyse (stepwise) erbrachte dazu theoriekonforme Ergebnisse:

Tabelle 12. Diskriminanzanalyse Statistiken.

Variablen in der Analyse		Toleranz	F-Wert für den Ausschluss	Wilks-Lambda
1	Dysfunktionale Kompensation	1,000	19,879	
2	Dysfunktionale Kompensation	,976	22,815	,931
	Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung	,976	11,486	,855
3	Dysfunktionale Kompensation	,737	24,836	,925
	Reduzierte Belastbarkeit, Widerstand und Überforderung	,942	9,594	,818
	Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	,711	7,562	,778

4.2. Studiendesign zur Epidemiologie des Burnout-Syndroms

Die in sich geschlossene Forschungsarbeit umfasst folgende Leistungen (Forschungsaufgaben):

- Phase 1: Anforderungsgerechte Fragebogenkonstruktion für Prävalenzerhebung-Normierung mit 300 Versuchspersonen
- Phase 2: Teilnahme an Prävalenzstudie „Psychische Erkrankungen in Österreich“ bei Prof. Wancata, Medizinische UNI Wien durch Kooperationsvertrag
- Phase 3: Datenanalyse und Fertigung eines Abschlussberichtes

Die Datenerhebung der vorliegenden Burnout-Prävalenzstudie erfolgte im Rahmen der „Prävalenz-Studie über die psychischen Krankheiten in Österreich“ der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Projektverantwortlicher

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata. Mit der geplanten Studie „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“ wurden an mehr als 1000 Probanden und Probandinnen ergänzende Daten erhoben. Diese zusätzliche Datenerhebung umfasste den vom Verein „BurnAUT“ vorgegebenen Burnout-Fragebogen (BODI- Burnout Dimensionen Inventar) sowie assoziierter Items (geringfügige zusätzliche soziodemografische Informationen).

Die Datenerhebung wurde im September 2015 begonnen und im Jänner 2017 abgeschlossen.

4.3. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt gingen 908 korrekt ausgefüllte Fragebögen mit der entsprechenden Altersangabe in die altersspezifische Auswertung ein.

Tabelle 13. Absolutwerte und Prozent der Stichprobenzusammenstellung.

	60 und älter	50-59	40-49	30-39	20-29	Gesamt
N	132	324	149	161	142	908
Prozent	15%	36%	16%	18%	16%	100%

Der jüngste Studienteilnehmer zum Testzeitpunkt war 20 Jahre, der Älteste 67 Jahre, der Mittelwert der Altersverteilung beträgt 46,62 Jahre, die Standardabweichung 13 Jahre.

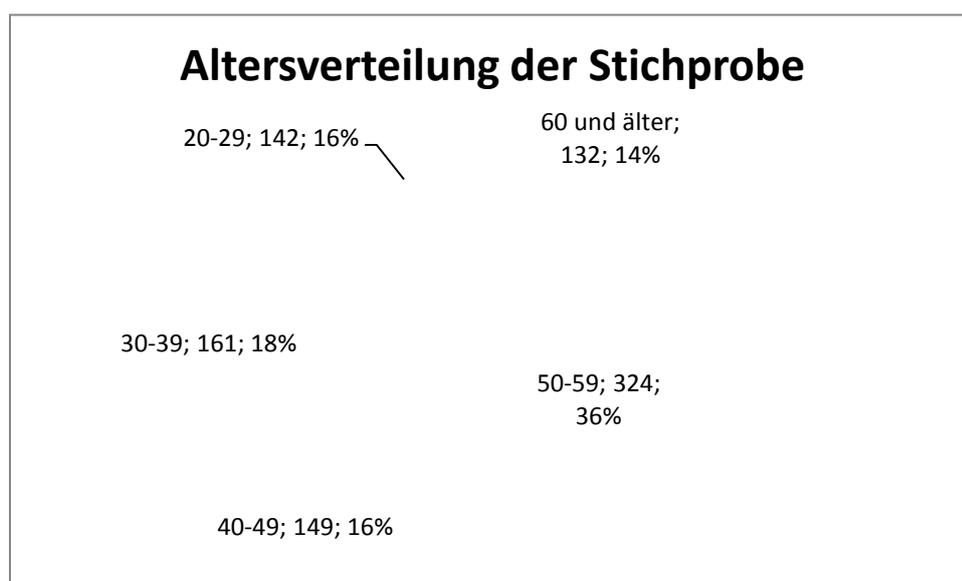


Abbildung 2. Altersverteilung der Stichprobe.

Insgesamt wurden 455 Frauen und 453 Männer getestet.

4.4. Ergebnisse

Im Folgenden werden zuerst die Hauptergebnisse und weiter unten die Detailergebnisse dargestellt. In den Tabellen sind signifikante Unterschiede auf dem 5%-Niveau gelb, signifikante Unterschiede auf dem 1%-Niveau rot hinterlegt. Mittelwertsunterschiede, deren post-hoc-Tests signifikant ausfallen, sind in blauer Schriftfarbe gekennzeichnet. Der Vergleich der Subgruppen erfolgte aufgrund der Erfüllung der statistischen Voraussetzungen mittels t-Test.

4.4.1. Hauptergebnis



Abbildung 3. 3-Stadien-Einteilung der Burnout Erkrankung nach Musalek (2012).

Zur Beurteilung und richtigen Zuordnung des Burnout-Stadiums anhand der vorliegenden Skalen wurde die in Tabelle 14 dargestellte Symptomatik verwendet.

Gesund: Zeigt der/die Untersuchte keine überdurchschnittlichen Skalenwerte (PR < 86) in einer der 4 Subskalen, so können die Testwerte als unauffällig interpretiert werden („gesund“).

Depression: Ist lediglich die Subskala Depression (DE) erhöht, so besteht der Verdacht einer Erkrankung aus dem affektiven Bereich, v.a. einer depressiven Grunderkrankung. In diesem Falle sollten diesbezüglich weitere Testkennwerte bzw. eine umfangreichere Diagnostik zur Abklärung einer Depressiven Störung erhoben werden.

Problemstadium: Das am Anfang des Krankheitsverlaufs stehende Problemstadium (siehe Abbildung 3) ist hingegen gekennzeichnet durch das Vorliegen von einer

überdurchschnittlichen Subskalenausprägung der Skala Mangelnde Distanzierungsfähigkeit (MD) und/oder Reduzierte Belastbarkeit (RB) oder Dysfunktionale Kompensation (DK) bei gleichzeitig unauffälliger Ausprägung der Skala Depression (DE).

Übergangsstadium: Das Übergangsstadium ist dann erreicht, wenn mindestens zwei oder mehr Skalen in überdurchschnittlicher Ausprägung vorliegen, wobei hier mindestens eine der Skalen Depression (DE) oder Dysfunktionale Kompensation (DK) erhöht sein müssen.

Erkrankungsstadium: Weisen drei oder mehr Skalen ein überdurchschnittliches Testergebnis auf, so spricht man von einem Burnout-Erkrankungsstadium.

Tabelle 14. Stufen des Burnout-Syndroms in Abhängigkeit der Skalenausprägungen in den Subskalen.

	Dysfunktionale Kompensation (DK)	Reduzierte Belastbarkeit (RB)	Mangelnde Distanzierungsfähigkeit (MD)	Depression (DE)	N = 908
1	0	0	0	0	468
2	0	0	0	PR > 85	34
3	0	0	PR > 85	0	43
4	0	0	PR > 85	PR > 85	6
5	0	PR > 85	0	0	22
6	0	PR > 85	0	PR > 85	39
7	0	PR > 85	PR > 85	0	2
8	0	PR > 85	PR > 85	PR > 85	10
9	PR > 85	0	0	0	105
10	PR > 85	0	0	PR > 85	16
11	PR > 85	0	PR > 85	0	80
12	PR > 85	0	PR > 85	PR > 85	19
13	PR > 85	PR > 85	0	0	4
14	PR > 85	PR > 85	0	PR > 85	16
15	PR > 85	PR > 85	PR > 85	0	13
16	PR > 85	PR > 85	PR > 85	PR > 85	31

Aus der Zuordnung der Skalenwerte zu den Stadien des Burnout-Syndroms ergeben sich daher folgende Prävalenzzahlen der einzelnen Stadien (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15. Stichtagsprävalenz des Burnout-Syndroms in Prozent.

Typ	%	Burnoutstadien Gesamt %
Gesund	52	
rein depressiv	4	
Problemstadium	19	44
Übergangsstadium	17	
Erkrankungsstadium	8	

19% der Befragten sind demnach dem Problemstadium, 17% dem Übergangsstadium sowie 8% dem Burnout-Erkrankungsstadium zuzuordnen.

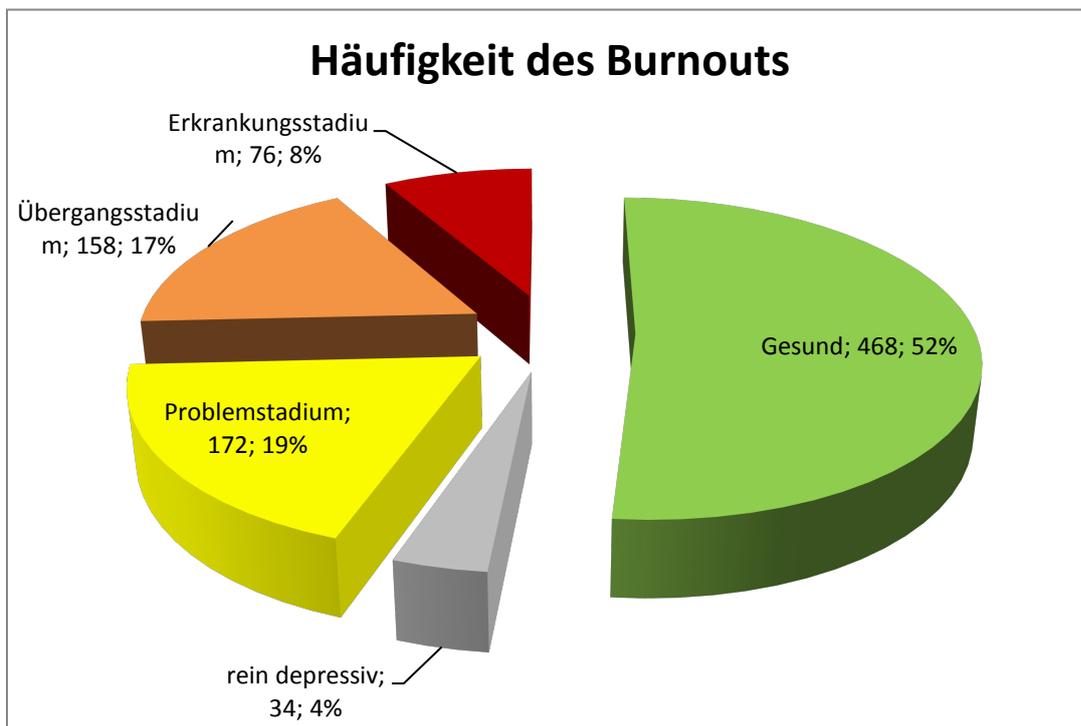


Abbildung 4. Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich.

Diese Daten decken sich sehr exakt mit jenen aus der Literatur, allen voran aus dem systematischen Review aus 2013 (Scheibenbogen et al., 2013). In Abbildung 5 sind

die bedeutsamsten Studien mit ihren Prävalenzzahlen für Gefährdung und manifestes Burnout-Syndrom zum Vergleich angegeben.

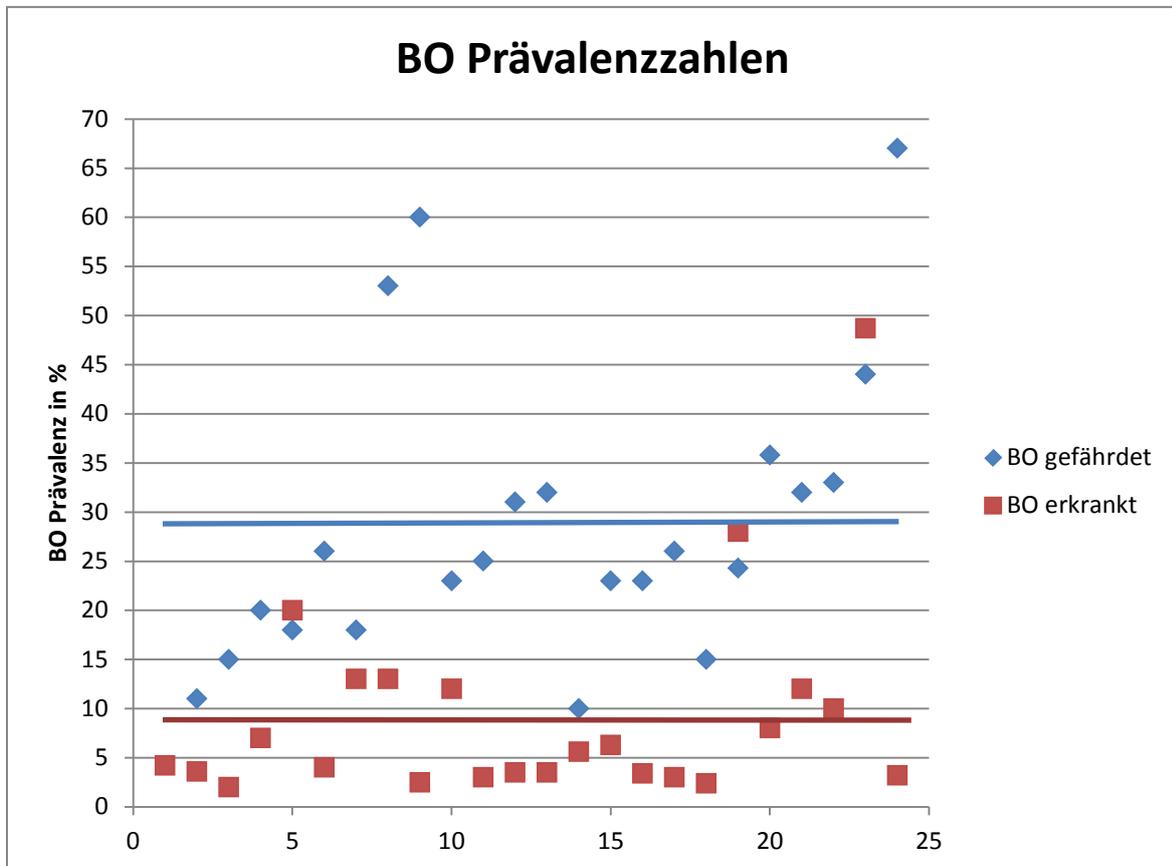


Abbildung 5. Erhobene Prävalenzzahlen zur Burnout-Gefährdung und zur Burnout-Erkrankung in Prozent. Systematisches Review aus der Studie Prävalenz des Burnout-Syndroms (Scheibenbogen et al. 2013).

Die Prävalenzzahlen zu Burnout weisen in der in Abbildung 5 genannten Studie eine enorme Spannweite auf. Als Burnout-Risikogruppe werden zwischen 10% und 67% der Befragten eingestuft, wobei vor allem IT-Kräfte (53%, Studie 8), Wiener Ärzte und Ärztinnen (59%, Studie 9) sowie Schichtarbeiter und Schichtarbeiterinnen (67%, Studie 16) als besonders gefährdet angesehen werden. Die geringste Burnout Gefährdung zeigt sich für Polizisten und Polizistinnen (10%, Studie 15) und in einer branchenübergreifenden Studie der Bundesarbeitskammer (Studie 2), bei der 11% der Befragten ein Burnout-Risiko angeben.

Ebenso stark schwanken in diesem Review die epidemiologischen Daten zu manifestem Burnout. Während eine Untersuchung der Arbeiterkammer Wien und NÖ und der Ärztekammer NÖ (Studie 10) bei den Gesundheitsberufen rund 2,5%

Burnout-Erkrankte verzeichnet, kommt eine Online-Befragung im Auftrag des ÖGB (Studie 6) auf mehr als 20% Betroffene, die an Burnout leiden, und in einer Untersuchung an deutschen Klinikärzten und -ärztinnen (Studie 24) geben sogar nahezu 50% der Befragten eine bestehende Burnout Erkrankung an.

Im Durchschnitt wurde bei rund 29% der Befragten eine Burnout-Gefährdung festgestellt und das Risiko, an Burnout zu erkranken, liegt über alle Studien gemittelt bei 9,2%.

Die Ergebnisse der nun vorliegenden, repräsentativen Erhebung stimmen mit einem Auftreten von 8 % Burnout-Erkrankten in Österreich mit diesen Daten überein.

4.4.2. Einflussfaktor Alter

Die Identifikation besonders gefährdeter Altersgruppen ist für die Prävention aber auch die Planung von Behandlungsmaßnahmen von zentraler Bedeutung.

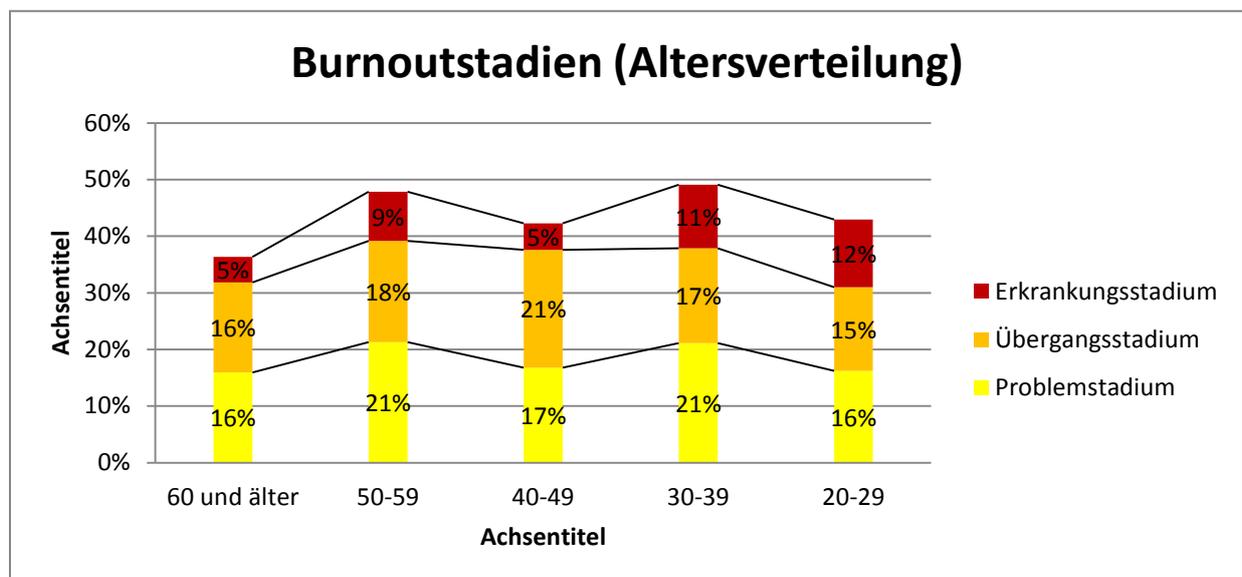


Abbildung 6 zeigt die Burnoutstadien in Abhängigkeit der Altersgruppen. Wie erwartet findet sich in der Gruppe der unter 30-Jährigen ein besonders hoher Anteil an Personen im Burnout-Erkrankungsstadium, welcher mit zunehmendem Alter wieder geringer wird und ab dem 50sten Lebensjahr wieder ansteigt. Erst nach dem 59 Lebensjahr sinkt das Erkrankungsrisiko wieder. Dies ist insofern sehr plausibel, da gerade die Gruppe der unter 30-Jährigen dem Druck am Arbeitsplatz besonders

ausgesetzt ist. Auszugsweise seien hier nur das „Fußfassen in der Arbeitswelt“, die „Umsetzung der Lebensplanung“ und die subjektiv gesetzte Anforderung auf die Erreichung der persönlichen, berufsbezogenen Ziele genannt. In diesem Lebensabschnitt erfolgen die „Weichenstellungen“ für das weitere (Berufs-)Leben.

Das ansteigende Erkrankungsrisiko in der Gruppe der über 50-59jährigen kann nur multifaktoriell erklärt werden. Einerseits sinkt die kognitive Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter leicht – hier vor allem die Konzentrations-, Gedächtnis- und Reaktionsfähigkeit-, andererseits dürfte auch der Faktor Angst und Unsicherheit, durch jüngere und billigere Arbeitskräfte ersetzt werden zu können, einen Einfluss auf das Belastungserleben haben. Ob, und inwiefern die leicht reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit negativ auf die tatsächliche Arbeitsleistung wirkt, ist in der Wissenschaft weitgehend ungeklärt. So kann beispielsweise die jahrelang erworbene Erfahrung kompensatorisch wirken.

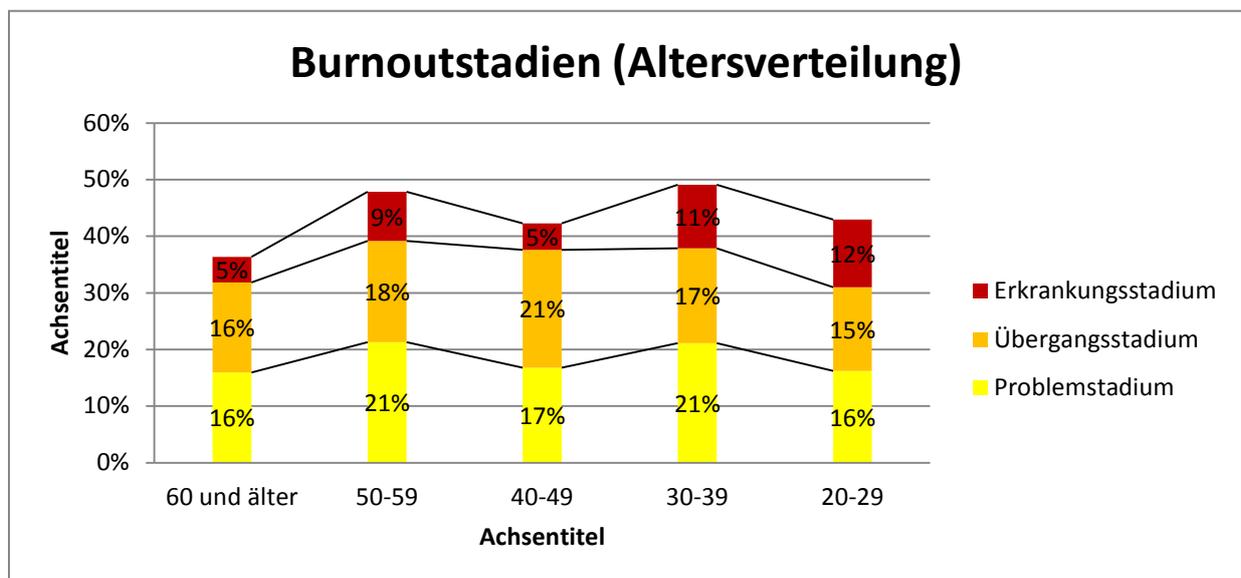


Abbildung 6. Altersverteilung der Burnoutstadien.

Betrachtet man diese Ergebnisse auf Skalenebene, so wird ein weiterer Aspekt sichtbar. 30-39-Jährigen fällt es besonders schwer, sich von der Arbeit nach Feierabend bzw. am Wochenende zu distanzieren (siehe Tabelle 16), ein Faktor, der jedoch für die Regeneration von zentraler Bedeutung ist. Die Mangelnde Distanzierungsfähigkeit (MD) hängt wiederum stark vom Enthusiasmus und der emotionalen Beteiligung an der Arbeitstätigkeit sowie, bei Berufseinsteigern, auch

oftmals mit der noch nicht vollständig ausgeprägten Fähigkeit des „Abschaltens“ zusammen. Deshalb sollte in der Prävention die Kompetenz hinsichtlich der Fähigkeit der Distanzierung vom Arbeitsalltag auf Persönlichkeitsebene gestärkt werden.

Tabelle 16. Altersunterschiede in den 4 Skalen des BODI.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Sig.
Depression	unter 30 Jahre	142	1,9789	1,78436	,14974	,872
	30-39 Jahre	161	2,0186	1,79050	,14111	
	40-49 Jahre	149	1,8591	1,68467	,13801	
	50 und älter	447	1,9441	1,71357	,08105	
	Gesamtsumme	899	1,9488	1,73194	,05776	
Reduzierte Belastbarkeit	unter 30 Jahre	142	2,5352	3,47159	,29133	,468
	30-39 Jahre	161	2,3851	3,64874	,28756	
	40-49 Jahre	149	2,1409	3,42491	,28058	
	50 und älter	446	2,6637	3,72708	,17648	
	Gesamtsumme	898	2,5067	3,62397	,12093	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	unter 30 Jahre	142	4,2394	2,97013	,24925	,002
	30-39 Jahre	161	4,6398	2,96975	,23405	
	40-49 Jahre	149	4,0403	2,89193	,23692	
	50 und älter	447	3,6510	2,91415	,13783	
	Gesamtsumme	899	3,9855	2,94886	,09835	
Dysfunktionale Kompensation	unter 30 Jahre	142	,9789	1,02083	,08567	,471
	30-39 Jahre	161	1,1429	,90731	,07151	
	40-49 Jahre	149	1,0067	,91161	,07468	
	50 und älter	447	1,0403	,99919	,04726	
	Gesamtsumme	899	1,0434	,97251	,03244	

Anm.: Die Altersgruppe der 50-Jährigen und älter wurde hier nicht weiter aufgespalten.

Es gibt signifikante Altersunterschiede in der Variable Mangelnde Distanzierungsfähigkeit, wobei 30-39-Jährige hier die höchsten und über 50-Jährige den niedrigsten Wert aufweisen. In den Variablen Depression, Reduzierte Belastbarkeit und Dysfunktionale Kompensation bestehen keine signifikanten Altersunterschiede.

4.4.3. Einflussfaktor Geschlecht

Aus der Literatur sind bezüglich des Einflussfaktors Geschlecht sehr widersprüchliche Ergebnisse zu finden. Während in Deutschen Studien (1; 24) Frauen stärker von Burnout betroffen sind, ergeben Österreichische Untersuchungen (9; 15) und eine Schweizer Studie (14) eine höhere Burnout-Rate bei Männern. Die

mit dem BODI erhobenen Daten lassen jedoch nicht auf Geschlechtsunterschiede schließen. Tendenziell finden sich im Übergangsstadium um 3% mehr Männer – 1% weniger Personen im Problemstadium und 2% weniger „Gesunde“ - jedoch sind diese Unterschiede nicht signifikant (siehe Abbildung 7).

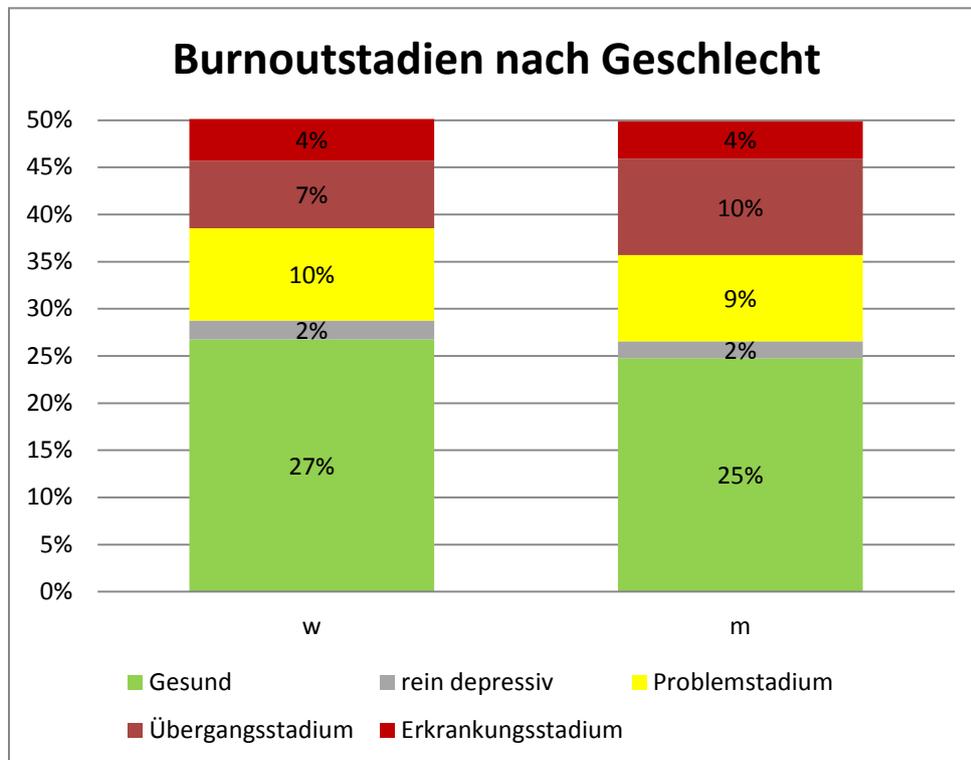


Abbildung 7. Burnoutstadien nach Geschlecht.

Auch in der Betrachtung der Skalen finden sich keine Geschlechtsunterschiede. Hier scheinen andere Faktoren wesentlich einflussreicher zu sein (siehe weitere Faktoren in der Folge).

Tabelle 17. Geschlechtsunterschiede in den 4 Skalen des BODI.

Gruppenstatistiken						
	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig)
Depression	männlich	453	1,8609	1,69737	,07975	,161
	weiblich	456	2,0219	1,76023	,08243	
Reduzierte Belastbarkeit	männlich	453	2,2583	3,33617	,15675	,057
	weiblich	455	2,7143	3,85556	,18075	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	männlich	453	4,1501	3,00802	,14133	,096
	weiblich	456	3,8246	2,88458	,13508	

Dysfunktionale Kompensation	männlich	453	1,1104	1,00934	,04742	,051
	weiblich	456	,9846	,93161	,04363	

Tabelle 17 zeigt, dass es in keiner der Variablen signifikante Geschlechtsunterschiede gibt. Deskriptiv erreichen Frauen einen höheren Wert in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Männer haben hingegen tendenziell höhere Werte in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation.

4.4.4. Physikalische Einflussfaktoren

Lärm

Tabelle 18. Einflussfaktor Lärm.

Gruppenstatistiken						
Lärm		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	458	1,7598	1,62016	,07570	,001
	ja	238	2,2185	1,83570	,11899	,001
Reduzierte Belastbarkeit	nein	458	2,2729	3,46691	,16200	,060
	ja	238	2,8151	3,85817	,25009	,069
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	458	4,1223	2,97000	,13878	,263
	ja	238	4,3866	2,91109	,18870	,260
Dysfunktionale Kompensation	nein	458	1,0961	,95612	,04468	,144
	ja	238	1,2101	1,01361	,06570	,152

Tabelle 18 zeigt Unterschiede zwischen Personen, welche häufig Lärm ausgesetzt sind und jenen ohne Lärmbelastung am Arbeitsplatz. Es zeigen sich signifikant höhere Werte in der Variable Depression bei Personen, welche am Arbeitsplatz Lärm ausgesetzt sind. Die Unterschiede in den übrigen Variablen sind nicht signifikant. Deskriptiv ergeben sich jedoch ebenfalls höhere Werte bei Personen, welche Lärm ausgesetzt sind.

Schmutz

Tabelle 19. Einflussfaktor Schmutz.

Gruppenstatistiken						
	Schmutz	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	554	1,8538	1,67589	,07120	,045
	ja	141	2,1773	1,81771	,15308	,057
Reduzierte Belastbarkeit	nein	554	2,4116	3,51956	,14953	,480
	ja	141	2,6525	3,97130	,33444	,512
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	554	4,2816	2,99489	,12724	,206
	ja	141	3,9291	2,76882	,23318	,186
Dysfunktionale Kompensation	nein	554	1,1805	,98262	,04175	,019
	ja	141	,9645	,93665	,07888	,016

Tabelle 19 zeigt Unterschiede zwischen Personen, welche am Arbeitsplatz häufig Schmutz ausgesetzt sind und jenen ohne Schmutzbelastung am Arbeitsplatz. Personen mit Schmutzexposition am Arbeitsplatz zeigen signifikant höhere Werte in der Variable Depression (bei gleichen Varianzen). Personen ohne Schmutzexposition am Arbeitsplatz erreichen signifikant höhere Werte in der Variable Dysfunktionale Kompensation. Dieses Ergebnis könnte mit der Branchenzugehörigkeit in Zusammenhang stehen. Die Unterschiede in den Variablen Reduzierte Belastbarkeit und Mangelnde Distanzierungsfähigkeit sind jedoch nicht signifikant.

Hitze/Kälte

Tabelle 20. Einflussfaktor Hitze/ Kälte.

Gruppenstatistiken						
	Hitze Kälte	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	Nein	513	1,8129	1,62862	,07191	,007
	Ja	183	2,2077	1,89289	,13993	,013
Reduzierte Belastbarkeit	Nein	513	2,2807	3,38528	,14946	,031
	Ja	183	2,9508	4,15533	,30717	,051
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Nein	513	4,1813	2,97060	,13116	,609
	Ja	183	4,3115	2,91005	,21512	,606
Dysfunktionale Kompensation	Nein	513	1,1384	,95317	,04208	,983
	Ja	183	1,1366	1,04194	,07702	,984

Tabelle 20 zeigt Unterschiede zwischen Personen, welche am Arbeitsplatz häufig Hitze oder Kälte ausgesetzt sind und jenen ohne übermäßige Hitze/Kälte Exposition am Arbeitsplatz. Personen mit dem Belastungsfaktor Hitze/Kälte am Arbeitsplatz zeigen signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant.

Mangelnde Beleuchtung

Tabelle 21. Einflussfaktor mangelnde Beleuchtung.

Gruppenstatistiken						
	Mangelnde Beleuchtung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	Nein	636	1,9025	1,71329	,06794	,353
	Ja	58	2,1207	1,67623	,22010	,347
Reduzierte Belastbarkeit	Nein	636	2,3774	3,55506	,14097	,047
	Ja	58	3,3621	4,16206	,54651	,086
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Nein	636	4,2044	2,96580	,11760	,827
	Ja	58	4,2931	2,84086	,37302	,821
Dysfunktionale Kompensation	Nein	636	1,1336	,97176	,03853	,873
	Ja	58	1,1552	1,03960	,13651	,880

Tabelle 21 zeigt Unterschiede zwischen Personen, welche am Arbeitsplatz häufig der Bedingung Mangelnde Beleuchtung bzw. stark reduziertes Tageslicht ausgesetzt sind und jenen ohne diesen Belastungsfaktor. Personen mit mangelnder Beleuchtung am Arbeitsplatz zeigen signifikant höhere Werte in der Variable Reduzierte Belastbarkeit (bei gleichen Varianzen). Die Unterschiede in den weiteren Variablen sind allesamt nicht signifikant.

4.4.5. Chronobiologische Faktoren

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse zu den Faktoren „Wochenstunden“, „Nachtstätigkeit“ und „Wechselnde Arbeitszeiten“.

Wochenstunden

Tabelle 22. Einflussfaktor Wochenstundenarbeitszeit.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Sig.
Depression	bis 10 Stunden	29	1,8276	1,48970	,27663	,896
	11-20 Stunden	80	2,0375	1,85174	,20703	
	21-25 Stunden	42	1,9048	1,60502	,24766	
	26-30 Stunden	48	1,8958	1,71650	,24776	
	31-40 Stunden	374	1,7914	1,67279	,08650	
	über 40 Stunden	187	1,8984	1,71500	,12541	
	Gesamtsumme	760	1,8579	1,69190	,06137	
Reduzierte Belastbarkeit	bis 10 Stunden	29	2,3103	3,32849	,61808	,221
	11-20 Stunden	80	2,9750	3,62472	,40526	
	21-25 Stunden	42	2,9286	5,05286	,77967	
	26-30 Stunden	48	1,9792	3,21227	,46365	
	31-40 Stunden	374	2,0989	3,20829	,16590	
	über 40 Stunden	187	2,1123	2,90221	,21223	
	Gesamtsumme	760	2,2408	3,31939	,12041	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	bis 10 Stunden	29	3,0690	2,93904	,54577	,000
	11-20 Stunden	80	3,4125	2,94976	,32979	
	21-25 Stunden	42	4,1190	2,88987	,44592	
	26-30 Stunden	48	3,4792	2,82082	,40715	
	31-40 Stunden	374	3,9251	2,79788	,14468	
	über 40 Stunden	187	5,6310	2,87886	,21052	
	Gesamtsumme	760	4,2408	2,95530	,10720	
Dysfunktionale Kompensation	bis 10 Stunden	29	,6552	1,07822	,20022	,000
	11-20 Stunden	80	,7250	,84156	,09409	
	21-25 Stunden	42	,8333	,79378	,12248	
	26-30 Stunden	48	,8542	,92229	,13312	
	31-40 Stunden	374	1,0775	,96139	,04971	
	über 40 Stunden	187	1,5882	,92543	,06767	
	Gesamtsumme	760	1,1224	,97776	,03547	

Tabelle 22 zeigt signifikante Unterschiede zwischen der Anzahl der Wochenstunden in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation. Die Werte der Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Die signifikanten Unterschiede lassen sich mittels Post-hoc-Tests auf signifikant höhere Werte von Personen mit über 40 Wochenstunden gegenüber allen restlichen Gruppen erklären.

Bei einer Wochenstundenarbeitszeit von mehr als 40 Wochenstunden fällt es Betroffenen zunehmend schwerer, sich von ihrer Arbeit zu distanzieren, es kommt zu einer gedanklichen Weiterbeschäftigung. Ebenso verbleibt - zieht man von der ohnehin schon geringen Freizeit noch jene Zeit für verpflichtende Tätigkeiten außerhalb der Arbeitszeit ab – wenig Zeit zur Entwicklung funktionaler Kompensationsmechanismen über. Gerade ein gesundheitsförderliches Freizeitverhalten könnte hier gegensteuernd wirken.

Nachttätigkeit

Tabelle 23. Einflussfaktor Nachttätigkeit.

Gruppenstatistiken						
	Nachttätigkeit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	Nein	735	1,8449	1,69722	,06260	,127
	Ja	32	2,3125	1,69320	,29932	,136
Reduzierte Belastbarkeit	Nein	735	2,2259	3,33148	,12288	,154
	Ja	32	3,0938	4,09058	,72312	,245
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Nein	735	4,2068	2,94929	,10879	,541
	Ja	32	4,5313	2,65165	,46875	,505
Dysfunktionale Kompensation	Nein	735	1,1252	,98108	,03619	,479
	Ja	32	1,0000	,91581	,16189	,456

Tabelle 23 zeigt, dass es in keiner der Variablen signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Nachttätigkeit gibt. Deskriptiv erreichen Personen, welche vorwiegend in der Nacht arbeiten, einen höheren Wert in den Variablen Depression, Reduzierte Belastbarkeit und Mangelnde Distanzierungsfähigkeit. Personen ohne

Nachttätigkeit haben hingegen tendenziell höhere Werte in der Variable Dysfunktionale Kompensation.

Wechselnde Arbeitszeiten

Tabelle 24. Einflussfaktor wechselnde Arbeitszeiten.

Gruppenstatistiken						
	wechselnde Arbeits- zeiten	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) <small>Varianzen gleich Varianzen nicht gleich</small>
Depression	Nein	579	1,7927	1,65708	,06887	,034
	ja	190	2,0947	1,81162	,13143	,043
Reduzierte Belastbarkeit	nein	579	2,0397	3,02872	,12587	,001
	ja	190	2,9842	4,17789	,30310	,004
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	579	4,1226	2,85348	,11859	,064
	ja	190	4,5789	3,20244	,23233	,081
Dysfunktionale Kompensation	nein	579	1,1140	,98120	,04078	,637
	ja	190	1,1526	,97745	,07091	,637

Tabelle 24 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne häufig wechselnden Arbeitszeiten. Personen mit häufig wechselnden Arbeitszeiten haben signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant. Deskriptiv ergeben sich in diesen Skalen ebenfalls höhere Werte bei Personen mit häufig wechselnden Arbeitszeiten.

Nachttätigkeit, wenn sie nicht durch einen häufig wechselnden Dienstplan organisiert wird, dürfte weniger zur Entwicklung eines Burnout-Syndroms beitragen, als dies der Faktor „wechselnde Arbeitszeiten“ bewirkt. Als moderierende Variable, die in dieser Studie nicht erfasst wurde, kann jedoch der Aufwand der chronobiologischen Adaptationsleistung gesehen werden. Ändern sich die Dienstzeiten häufig, so bedarf es in besonderem Ausmaß einer Umstellung und Umorganisation wichtiger Aspekte der Lebensführung, insbesondere wird der Spagat zwischen Arbeit und Familie immer größer.

4.4.6. Soziale Faktoren

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse zu den Faktoren „Teamarbeit“, „Personalverantwortlichkeit“, „Führungsaufgabe“ und „Menschenkontakt“.

Teamarbeit

Tabelle 25. Einflussfaktor Teamarbeit.

Gruppenstatistiken						
	Teamarbeit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	362	1,8840	1,74172	,09154	,750
	ja	406	1,8448	1,65941	,08236	,751
Reduzierte Belastbarkeit	nein	362	2,3646	3,30360	,17363	,441
	ja	406	2,1773	3,42440	,16995	,442
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	362	4,2762	3,00340	,15786	,659
	ja	406	4,1823	2,88483	,14317	,659
Dysfunktionale Kompensation	nein	362	1,1050	,95612	,05025	,667
	Ja	406	1,1355	,99821	,04954	,666

Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Teamarbeit (siehe Tabelle 25). Der Umstand, ob jemand im Team arbeitet oder nicht, ist per se noch kein Indikator für die Entwicklung des Burnout-Syndroms. Andere Faktoren, wie Personal- und Führungsverantwortung sind für die Belastungsgenese von wesentlich größerer Bedeutung (siehe unten).

Personalverantwortlichkeit

Tabelle 26. Einflussfaktor Personalverantwortlichkeit.

Gruppenstatistiken						
	Personalverantwortlich	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig)
Depression	nein	564	1,9096	1,71214	,07209	,244
	ja	206	1,7476	1,68620	,11748	,241
Reduzierte Belastbarkeit	nein	564	2,3156	3,32006	,13980	,512
	ja	206	2,1359	3,49648	,24361	,523
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	564	3,8493	2,83037	,11918	,000
	ja	206	5,3204	3,01124	,20980	,000
Dysfunktionale Kompensation	nein	564	,9752	,91722	,03862	,000
	ja	206	1,5437	1,01958	,07104	,000

Tabelle 26 beschreibt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Personalverantwortlichkeit. Personen mit Personalverantwortung erreichen signifikant höhere Werte in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation. Die Unterschiede in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit fallen hingegen nicht signifikant aus. Tendenziell sind diese Werte bei Personen ohne Personalverantwortung höher.

Sich für andere Personen verantwortlich zu fühlen, sorgt für deutlich höhere psychische Belastung und bewirkt eine Weiterbeschäftigung mit personenbezogenen Themen über die reine Arbeitszeit hinaus. Im Bereich der Prävention unterstreichen diese Ergebnisse die Wichtigkeit einer Führungskräfte-schulung, in der die Kompetenzen bezüglich Distanzierungsfähigkeit und gesundheitsförderliche Kompensation zur Beanspruchung während der Arbeitszeit vermittelt werden sollten.

Führungsaufgabe

Tabelle 27. Einflussfaktor Führungsaufgabe.

Gruppenstatistiken						
	Führungsaufgabe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	500	1,9720	1,74393	,07799	,019
	ja	270	1,6704	1,61736	,09843	,017
Reduzierte Belastbarkeit	nein	500	2,4460	3,54630	,15860	,045
	ja	270	1,9370	2,98443	,18163	,035
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	500	3,7040	2,82424	,12630	,000
	ja	270	5,2407	2,92493	,17801	,000
Dysfunktionale Kompensation	nein	500	,9460	,92129	,04120	,000
	ja	270	1,4630	,99278	,06042	,000

In Tabelle 27 werden Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Führungsaufgabe ersichtlich. Personen mit Führungsaufgabe erreichen signifikant höhere Werte in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation. Die Unterschiede in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit sind ebenfalls signifikant. Diese Werte sind bei Personen ohne Führungsaufgabe höher. Die Interpretation dieses Teilergebnisses ähnelt jenem zur Variable Personalverantwortlichkeit.

Die beiden Faktoren „Personalverantwortlichkeit“ und „Führungsaufgabe“ sind semantisch sehr ähnlich. Der Terminus „Führungsaufgabe“ betont jedoch wesentlich stärker die unmittelbare und direkte, subjektiv empfundene Verantwortlichkeit für Mitarbeiter, während der Begriff „Personalverantwortlich“ beispielsweise auch auf Leiter der Personalabteilung bezogen werden kann, die nicht unmittelbar in die Mitarbeiterführung involviert sind, sondern diese über Dritte ausüben (vertikale Hierarchie). Dementsprechend finden sich im Faktor „Führungsaufgabe“ mehr signifikante Unterschiede (zusätzlich die Skalen „Depression“ und „Reduzierte Belastbarkeit“).

Menschenkontakt

Tabelle 28. Einflussfaktor Menschenkontakt.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Sig.
Depression	stimmt gar nicht	13	2,5385	2,02548	,56177	,007
	stimmt eher nicht	112	2,2321	1,77054	,16730	
	stimmt eher	126	2,0635	1,62848	,14508	
	stimmt völlig	527	1,7306	1,68630	,07346	
	Gesamtsumme	778	1,8702	1,70543	,06114	
Reduzierte Belastbarkeit	stimmt gar nicht	13	2,0769	4,85561	1,34670	,412
	stimmt eher nicht	112	2,8750	4,03839	,38159	
	stimmt eher	126	2,2857	2,91440	,25964	
	stimmt völlig	527	2,2732	3,48180	,15167	
	Gesamtsumme	778	2,3586	3,50894	,12580	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	stimmt gar nicht	13	3,3077	2,68901	,74580	,035
	stimmt eher nicht	112	3,5446	2,85975	,27022	
	stimmt eher	126	4,0238	2,99990	,26725	
	stimmt völlig	527	4,3605	2,96414	,12912	
	Gesamtsumme	778	4,1710	2,96185	,10619	
Dysfunktionale Kompensation	stimmt gar nicht	13	,8462	,89872	,24926	,023
	stimmt eher nicht	112	,8929	,94304	,08911	
	stimmt eher	126	1,0317	,97928	,08724	
	stimmt völlig	527	1,1727	,97232	,04236	
	Gesamtsumme	778	1,1041	,97231	,03486	

Tabelle 28 zeigt Unterschiede betreffend des Items „Ich habe intensiven Kontakt zu anderen Menschen“ am Arbeitsplatz. Es gibt signifikante Unterschiede in den Variablen Depression, Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation, jedoch nicht in der Variable Reduzierte Belastbarkeit. Mittels Post-hoc-Tests zeigt sich, dass Personen, welche der Aussage „eher nicht“ zustimmen, signifikant höhere Werte in der Variable Depression haben, als Personen welche dieser „völlig“ zustimmen. In den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation haben Personen mit intensivem Menschenkontakt am Arbeitsplatz hingegen signifikant höhere Werte, als jene mit „eher keinem“. Hier lässt sich mit Vorsicht ein umgekehrt u-förmiger Verlauf der beiden Variablen Burnout und Menschenkontakt postulieren. Fehlender Sozialkontakt im Arbeitsumfeld kann zu depressiven Reaktionen führen, während intensiver Sozialkontakt die

Distanzierungsfähigkeit stark vermindert und die Dysfunktionalen Kompensationsstrategien erhöht.

4.4.7. Psychodynamische Faktoren

Depression vs. Phobie

Tabelle 29. Einflussfaktoren Depression vs. Phobien.

Gruppenstatistiken						
	V000101	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) <small>Varianzen gleich Varianzen nicht gleich</small>
Depression	33,00	19	3,6842	Depression	,50177	,036
	40,20	20	2,4000	Phobien	,31954	,039
Reduzierte Belastbarkeit	33,00	19	6,4737	5,89132	1,35156	,026
	40,20	20	2,9000	3,47775	,77765	,029
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	33,00	19	5,2632	3,55656	,81593	,454
	40,20	20	4,3000	2,83029	,63287	,357
Dysfunktionale Kompensation	33,00	19	1,1579	1,16729	,26780	,656
	40,20	20	1,0000	1,02598	,22942	,657

Tabelle 29 zeigt Unterschiede zwischen depressiven Personen und Personen mit einer Phobie. Wie zu erwarten, weisen depressive Personen einen signifikant höheren Wert in der Variable Depression auf als Personen mit einer Phobie. Auch die Reduzierte Belastbarkeit ist bei depressiven Personen signifikant höher. Die Unterschiede der Werte in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind hingegen nicht signifikant. Phobische Personen tendieren zu höheren Werten.

Unbezahlte Tätigkeit

Tabelle 30. Einflussfaktor unbezahlte Tätigkeit.

Gruppenstatistiken						
	unbezahlte Tätigkeit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	659	2,0212	1,77440	,06912	,003
	ja	230	1,6261	1,53253	,10105	,001
Reduzierte Belastbarkeit	nein	658	2,6292	3,78645	,14761	,006
	ja	230	1,8783	2,76013	,18200	,001
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	659	3,9302	2,99005	,11648	,143
	ja	230	4,2609	2,82097	,18601	,133
Dysfunktionale Kompensation	nein	659	1,0182	,97987	,03817	,049
	ja	230	1,1652	,94781	,06250	,045

Tabelle 30 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne regelmäßiger ehrenamtlicher bzw. unbezahlter Tätigkeiten. Personen ohne unbezahlte Tätigkeit haben signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. In der Variable Dysfunktionale Kompensation erreichen hingegen Personen mit unbezahlter Tätigkeit signifikant höhere Werte. Die Unterschiede in der Variable Mangelnde Distanzierungsfähigkeit sind nicht signifikant. Ein Engagement außerhalb der Erwerbstätigkeit stellt somit einen protektiven Faktor dar. Wie aus der Literatur bekannt, schützen unterschiedliche Tätigkeiten vor dem Burnout.

Arbeitsentsprechendes Gehalt

Tabelle 31. Einflussfaktor arbeitsentsprechendes Gehalt.

Gruppenstatistiken						
	arbeitsentsprechendes Gehalt	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	204	2,5245	1,92069	,13448	,000
	ja	556	1,6241	1,55293	,06586	,000
Reduzierte Belastbarkeit	nein	204	3,5245	4,56959	,31994	,000
	ja	556	1,9155	2,95523	,12533	,000
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	204	4,6520	3,05313	,21376	,006
	ja	556	3,9928	2,89702	,12286	,008
Dysfunktionale Kompensation	nein	204	1,2353	,97936	,06857	,028
	ja	556	1,0612	,96041	,04073	,030

Tabelle 31 zeigt Unterschiede betreffend des Items „die finanzielle Entlohnung meiner Arbeit entspricht in etwa meinen Erwartungen“. Personen, bei welchen die finanzielle Entlohnung nicht den Erwartungen entspricht (27% der Befragten), weisen in allen vier Variablen signifikant höhere Werte auf. Aufgrund der Fragestellung kann hier keine Aussage darüber gemacht werden, inwiefern die Betroffenen mit ihrem Einkommen ein Auskommen bezüglich der Lebensfinanzierung finden. Vielmehr spiegelt die Frage die rein subjektive Zufriedenheit mit dem Einkommen wieder.

Diese Ergebnisse korrespondieren exakt mit den Inhalten des Effort-Reward-Imbalance-Modells (ERI-Modell) von Siegrist (1996). Arbeitnehmer erwarten im Austausch für ihre Arbeit ein angemessenes Ausmaß an Gegenleistungen wie Gehalt, Wertschätzung, Sicherheit, und Aufstiegsmöglichkeiten. Nach Siegrist kann es hierbei zu Gratifikationskrisen kommen, einer Dysbalance zwischen Arbeitseinsatz und Belohnung. Er postuliert ferner in seinem Modell, dass es langfristig zu psychischen und körperlichen Erkrankungen kommen kann. Entscheidend ist dabei aber nicht die objektive Ausgeglichenheit, sondern das subjektive Empfindung von Gerechtigkeitsdysbalancen (siehe Abbildung 8).

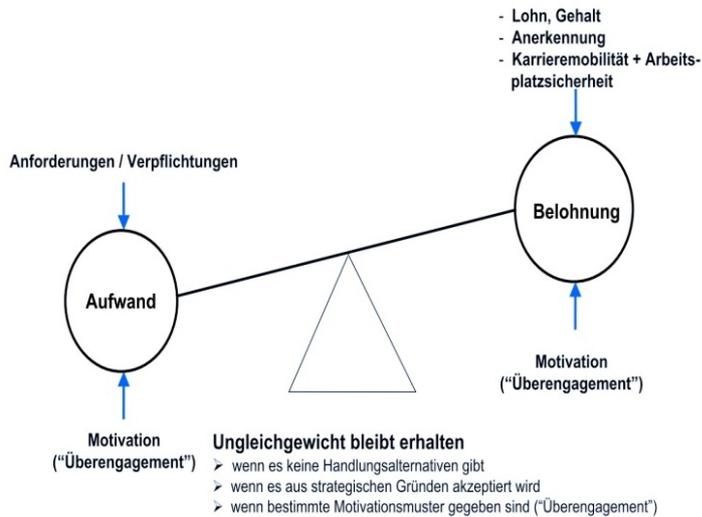


Abbildung 8. Effort-reward-imbalance-Modell (ERI-Modell) von Siegrist (1996).

Ambulante Behandlung

Tabelle 32. Einflussfaktor ambulante Behandlung.

Gruppenstatistik						
	Behandlung	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	Ja: ambulant	206	2,2524	1,78732	,12453	,002
	Nein	569	1,8278	1,68105	,07047	,003
Reduzierte Belastbarkeit	Ja: ambulant	206	3,4272	4,23367	,29497	,000
	Nein	568	2,0352	3,10921	,13046	,000
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Ja: ambulant	206	4,0631	3,01717	,21022	,526
	Nein	569	3,9104	2,93666	,12311	,531
Dysfunktionale Kompensation	Ja: ambulant	206	1,0922	1,01992	,07106	,282
	Nein	569	1,0070	,95495	,04003	,297

In Tabelle 32 werden Unterschiede zwischen Personen, die sich aufgrund psychischer Belastungsfaktoren in ambulanter Behandlung befunden haben oder befinden und jenen ohne einer solchen Behandlung ersichtlich. Personen in ambulanter Behandlung haben signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant, tendieren jedoch in die gleiche Richtung.

Behandlungsgruppen

Tabelle 33. Einflussfaktor ambulante vs. stationäre Behandlung.

Gruppenstatistik						
	Behandgrp	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler der Mittelwert	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	ambulant	206	2,2524	1,78732	,12453	,092
	stationär	46	2,7609	2,07830	,30643	,129
Reduzierte Belastbarkeit	ambulant	206	3,4272	4,23367	,29497	,007
	stationär	46	5,4348	5,62001	,82863	,026
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	ambulant	206	4,0631	3,01717	,21022	,335
	stationär	46	3,6087	2,94753	,43459	,350
Dysfunktionale Kompensation	ambulant	206	1,0922	1,01992	,07106	,766
	stationär	46	1,0435	,91788	,13533	,751

In Tabelle 33 werden Unterschiede zwischen Personen, die sich aufgrund psychischer Belastungsfaktoren in ambulanter Behandlung befunden haben oder befinden und jenen in stationärer Behandlung ersichtlich. Personen in stationärer Behandlung haben signifikant höhere Werte in der Variable Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Depression, Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant. Deskriptiv haben Personen in stationärer Behandlung höhere Werte in der Variable Depression. In den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation tendieren Personen in ambulanter Behandlung zu höheren Werten.

4.4.8. Institutionelle Faktoren

Gesundheitsförderliche Maßnahmen

Tabelle 34. Einflussfaktor Gesundheitsförderliche Maßnahmen am Arbeitsplatz.

		Gruppenstatistiken					Sig. (2-seitig)	
	gesundheitsförderliche Maßnahmen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Varianzen gleich	Varianzen nicht gleich	
Depression	nein	420	2,0310	1,76724	,08623		,008	
	ja	341	1,7009	1,61016	,08720		,007	
Reduzierte Belastbarkeit	nein	420	2,6167	3,86382	,18853		,027	
	ja	341	2,0528	2,98774	,16180		,024	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	420	4,1119	3,02643	,14767		,626	
	ja	341	4,2170	2,86045	,15490		,623	
Dysfunktionale Kompensation	nein	420	1,0690	,97584	,04762		,374	
	ja	341	1,1320	,96568	,05229		,374	

Tabelle 34 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne gesundheitsförderliche Maßnahmen am Arbeitsplatz. In den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit sind die Werte von Personen ohne gesundheitsförderliche Maßnahmen signifikant höher. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant. Deskriptiv ergeben sich höhere Werte bei Personen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Dies scheint ein Beleg für die positive Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen am Arbeitsplatz zu sein.

Privatsphäre

Tabelle 35. Einflussfaktor Privatsphäre.

Gruppenstatistiken						
	Keine Privatsphäre	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	565	1,7788	1,64992	,06941	,000
	ja	131	2,5115	1,83708	,16051	,000
Reduzierte Belastbarkeit	nein	565	2,1823	3,43073	,14433	,000
	ja	131	3,6412	4,11950	,35992	,000
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	565	4,0726	2,92034	,12286	,011
	ja	131	4,8015	3,01387	,26332	,013
Dysfunktionale Kompensation	nein	565	1,0920	,96500	,04060	,016
	ja	131	1,3206	1,00970	,08822	,020

Tabelle 35 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Privatsphäre am Arbeitsplatz. Personen ohne Privatsphäre am Arbeitsplatz weisen in allen vier Variablen signifikant höhere Werte auf. Gerade in Zeiten der zunehmenden Implementierung von Großraumbüros und shared-space-Konzepten müssen diese als potenzielle Gefährdungsfaktoren hinsichtlich der Entwicklung einer Burnout-Erkrankung ernst genommen werden.

Kein eigener Arbeitsplatz

Tabelle 36. Einflussfaktor kein eigener Arbeitsplatz.

Gruppenstatistiken						
	Kein eigener Arbeitsplatz	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	nein	602	1,8804	1,68649	,06874	,126
	ja	93	2,1720	1,83933	,19073	,153
Reduzierte Belastbarkeit	nein	602	2,3738	3,55066	,14471	,108
	ja	93	3,0215	3,97541	,41223	,141
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	602	4,1561	2,94975	,12022	,221
	ja	93	4,5591	2,95790	,30672	,224
Dysfunktionale Kompensation	nein	602	1,1379	,98875	,04030	,935
	ja	93	1,1290	,89959	,09328	,931

Tabelle 36 zeigt, dass es in keiner der Variablen signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne eigenen Arbeitsplatz gibt. Deskriptiv erreichen Personen ohne eigenen Arbeitsplatz einen höheren Wert in den Variablen Depression, Reduzierte Belastbarkeit und Mangelnde Distanzierungsfähigkeit. Personen mit eigenem Arbeitsplatz haben tendenziell höhere Werte in der Variable Dysfunktionale Kompensation.

Der „Terminus „Kein eigener Arbeitsplatz“ wurde im Fragebogen unter der Kategorie „An meinem Arbeitsplatz bin ich häufig folgenden Belastungen ausgesetzt ...“ als eine Möglichkeit zum Ankreuzen abgefragt. Dabei werden keine näheren Angaben zum Arbeitsplatz abgefragt, es handelt sich daher um eine rein subjektive Einschätzung.

Schlechte Arbeitsplatzausstattung

Tabelle 37. Einflussfaktor schlechte Arbeitsplatzausstattung.

Gruppenstatistiken						
	Schlechte Arbeitsplatzausstattung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) <small>Varianzen gleich Varianzen nicht gleich</small>
Depression	nein	614	1,8290	1,66190	,06707	,000
	ja	81	2,6049	1,90840	,21204	,001
Reduzierte Belastbarkeit	nein	614	2,3909	3,59495	,14508	,163
	ja	81	2,9877	3,73662	,41518	,178
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	614	4,1026	2,93834	,11858	,008
	ja	81	5,0247	2,94523	,32725	,009
Dysfunktionale Kompensation	nein	614	1,0814	,96084	,03878	,000
	ja	81	1,5556	1,00000	,11111	,000

Tabelle 37 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit einer guten und einer schlechten Ausstattung des Arbeitsplatzes. Personen, deren Arbeitsplatz schlecht ausgestattet ist, haben signifikant höhere Werte in den Variablen Depression, Reduzierte Belastbarkeit und Dysfunktionale Kompensation. In der Variable Mangelnde Distanzierungsfähigkeit gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Der „Terminus „Schlechte Ausstattung des Arbeitsplatzes“ wurde im Fragebogen unter der Kategorie „An meinem Arbeitsplatz bin ich häufig folgenden Belastungen ausgesetzt ...“ als eine Möglichkeit zum Ankreuzen abgefragt. Dabei werden keine näheren Angaben zur Ausstattung am Arbeitsplatz abgefragt, es handelt sich daher um eine rein subjektive Einschätzung.

Branche

Tabelle 38. Einflussfaktor Branche.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Sig.
Depression	Bau- und Bauhilfsgewerbe	50	2,3600	2,09723	,352
	Sicherheitsdienst	14	1,4286	1,55486	
	Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	36	2,2500	1,94753	
	Transport, öffentlicher Verkehr	25	1,8400	1,37477	
	Land- und Forstwirtschaft	22	2,0909	1,94958	
	Reinigung, Instandsetzung	25	2,3200	1,70098	
	Industrieproduktion	56	1,7679	1,79890	
	Unterricht, Forschung, Beratung	119	1,7647	1,55523	
	Handel, Verkauf	88	2,0909	1,78523	
	Sozial- und Gesundheitswesen	126	1,7143	1,65339	
	Büro-, Verwaltung	100	1,9300	1,67727	
	Anderere	175	1,8057	1,66677	
	Gesamtsumme	836	1,8983	1,71445	
Reduzierte Belastbarkeit	Bau- und Bauhilfsgewerbe	50	3,5600	4,80714	,003
	Sicherheitsdienst	14	1,0000	1,30089	
	Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	36	4,2778	6,05976	
	Transport, öffentlicher Verkehr	25	1,5600	2,73983	
	Land- und Forstwirtschaft	22	2,5909	3,00252	
	Reinigung, Instandsetzung	25	2,2400	3,33267	
	Industrieproduktion	56	2,4643	3,66787	
	Unterricht, Forschung, Beratung	118	2,4576	3,05405	
	Handel, Verkauf	88	3,0682	3,86792	
	Sozial- und Gesundheitswesen	126	2,1825	3,60311	
	Büro-, Verwaltung	100	2,0200	2,84261	
	Anderere	175	1,8743	2,91768	
	Gesamtsumme	835	2,3964	3,54177	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	Bau- und Bauhilfsgewerbe	50	4,1200	3,17284	,000
	Sicherheitsdienst	14	2,5714	1,98898	
	Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	36	4,5556	3,20218	
	Transport, öffentlicher Verkehr	25	3,2800	2,01080	
	Land- und Forstwirtschaft	22	4,8636	3,05965	
	Reinigung, Instandsetzung	25	2,6800	2,32236	
	Industrieproduktion	56	3,3750	2,53386	
	Unterricht, Forschung, Beratung	119	4,8319	2,95824	
	Handel, Verkauf	88	4,5455	3,30068	
	Sozial- und Gesundheitswesen	126	3,8889	2,82056	
	Büro-, Verwaltung	100	3,2600	2,79834	
	Anderere	175	4,5086	3,00740	
	Gesamtsumme	836	4,1041	2,96485	
Dysfunktionale Kompensation	Bau- und Bauhilfsgewerbe	50	1,0200	,97917	,023
	Sicherheitsdienst	14	,7857	,80178	
	Gastronomie, Hotellerie, Freizeit	36	1,1944	1,19090	

Transport, öffentlicher Verkehr	25	,6400	,86023
Land- und Forstwirtschaft	22	1,2273	,97257
Reinigung, Instandsetzung	25	,5600	,71181
Industrieproduktion	56	,9464	,96143
Unterricht, Forschung, Beratung	119	1,2521	1,01027
Handel, Verkauf	88	1,2273	1,04746
Sozial- und Gesundheitswesen	126	1,0556	,97411
Büro-, Verwaltung	100	1,0600	,88557
Andere	175	1,1486	,96531
Gesamtsumme	836	1,0909	,97948

In den Variablen Reduzierte Belastbarkeit, Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation liegen signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Branchen vor. In der Variable Reduzierte Belastbarkeit sind die Werte von Personen, welche in der Branche Handel und Verkauf tätig sind, signifikant höher als jene von Personen, welche in der Sicherheitsbranche tätig sind. In der Variable Mangelnde Distanzierungsfähigkeit sind die Werte von Personen der Branche Unterricht/Forschung/Beratung signifikant höher als jene der Branchen Sicherheitsdienst, Reinigung/Instandsetzung, Industrieproduktion und Büro/Verwaltung. Ebenfalls signifikant höher sind die Werte aus anderen Branchen verglichen mit jenen aus den Branchen Reinigung/Instandsetzung und Büro/Verwaltung. In der Variable Dysfunktionale Kompensation sind die Werte aus der Branche Reinigung/Instandsetzung signifikant niedriger als in den Branchen Unterricht/Forschung/Beratung, Handel/Verkauf und andere. Hier dürfte auch wieder die Variable intensiver und andauernder Sozialkontakt einen potenziellen Belastungsfaktor darstellen.

4.4.9. Sonstige Faktoren

Schwere körperliche Arbeit

Tabelle 39. Einflussfaktor schwere körperliche Arbeit.

Gruppenstatistiken						
	Schwere körperliche Arbeit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) Varianzen gleich Varianzen nicht gleich
Depression	Nein	544	1,7831	1,63322	,07002	,000
	Ja	149	2,4228	1,89302	,15508	,000
Reduzierte Belastbarkeit	Nein	544	2,2151	3,20101	,13724	,000
	Ja	149	3,3758	4,74837	,38900	,005
Mangelnde	Nein	544	4,1379	2,94850	,12642	,207

Distanzierungs- fähigkeit	Ja	149	4,4832	2,97649	,24384	,210
Dysfunktionale Kompensation	Nein	544	1,1471	,97315	,04172	,556
	Ja	149	1,0940	,98188	,08044	,558

Tabelle 39 zeigt Unterschiede zwischen Personen mit und ohne schwere körperliche Beanspruchung am Arbeitsplatz. Personen, welche schwere körperliche Arbeit leisten, zeigen signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant.

Sonstiges

Tabelle 40. Sonstige Einflussfaktoren.

Gruppenstatistiken						
Sonstiges		N	Mittelwert	Standardabwe- ichung	Standardfehler r des Mittelwertes	Sig. (2-seitig) <small>Varianzen gleich Varianzen nicht gleich</small>
Depression	Nein	565	1,7735	1,65510	,06963	,000
	Ja	131	2,5573	1,78954	,15635	,000
Reduzierte Belastbarkeit	nein	565	2,2142	3,39197	,14270	,000
	ja	131	3,5573	4,27904	,37386	,001
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	565	3,9699	2,89732	,12189	,000
	ja	131	5,2901	2,96775	,25929	,000
Dysfunktionale Kompensation	nein	565	1,0708	,95015	,03997	,000
	ja	131	1,4122	1,04418	,09123	,001

Tabelle 40 zeigt den Einfluss sonstiger häufiger Belastungen am Arbeitsplatz. Personen, welche häufig sonstigen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, weisen in allen vier Variablen signifikant höhere Werte auf als jene ohne sonstige Belastungen.

Finanzielle Sorgen

Tabelle 41. Einflussfaktor finanzielle Sorgen.

		Gruppenstatistiken					Sig. (2-seitig)	
finanzielleSorgen		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	Varianzen gleich Varianzen nicht gleich		
Depression	nein	755	1,7113	1,56514	,05696		,000	
	ja	152	3,0789	2,04754	,16608		,000	
Reduzierte Belastbarkeit	nein	754	2,0385	2,97798	,10845		,000	
	ja	152	4,7171	5,29453	,42944		,000	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	nein	755	3,9245	2,92993	,10663		,136	
	ja	152	4,3158	3,04801	,24723		,184	
Dysfunktionale Kompensation	nein	755	1,0477	,97739	,03557		,954	
	ja	152	1,0526	,95453	,07742		,954	

Tabelle 41 zeigt den Unterschied zwischen Personen, welche derzeit durch finanzielle Sorgen belastet sind und jenen ohne finanzielle Sorgen. Personen mit einer solchen Belastung haben signifikant höhere Werte in den Variablen Depression und Reduzierte Belastbarkeit. Die Unterschiede in den Variablen Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation sind nicht signifikant.

Arbeitsverhältnisse

Tabelle 42. Einflussfaktor Anzahl der Arbeitsverhältnisse.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Sig.
Depression	0	18	2,8333	1,79050	,42202	,026
	1	648	1,8812	1,71900	,06753	
	2	83	1,7108	1,54233	,16929	
	3	5	,6000	,54772	,24495	
	Gesamtsumme	754	1,8767	1,70521	,06210	
Reduzierte Belastbarkeit	0	18	2,8333	4,73100	1,11511	,738
	1	648	2,2747	3,36385	,13214	
	2	83	2,1807	3,23527	,35512	
	3	5	1,0000	1,73205	,77460	
	Gesamtsumme	754	2,2692	3,37681	,12298	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	0	18	5,0556	2,97978	,70234	,216
	1	648	4,1404	2,90025	,11393	
	2	83	4,7229	3,16734	,34766	
	3	5	3,8000	3,56371	1,59374	
	Gesamtsumme	754	4,2241	2,93921	,10704	
Dysfunktionale Kompensation	0	18	1,5000	,92355	,21768	,090
	1	648	1,1096	,97672	,03837	
	2	83	1,2289	,97936	,10750	
	3	5	,4000	,89443	,40000	
	Gesamtsumme	754	1,1273	,97769	,03561	

Tabelle 42 zeigt Unterschiede bei unterschiedlicher Anzahl an Arbeitsverhältnissen. Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Variable Depression. Mittels Post-hoc-Test lässt sich feststellen, dass Personen ohne Arbeitsverhältnis signifikant höhere Werte in der Variable Depression erreichen, als Personen mit 3 oder mehr Arbeitsverhältnissen. Alle anderen Unterschiede innerhalb der Variablen sind nicht signifikant.

Scheinbar werden mehrere gleichzeitig bestehende Arbeitsverhältnisse als weniger Belastend erlebt als das Fehlen einer beruflichen Tätigkeit. Da in diesem Zusammenhang keine weiteren Fragen zur Ausdifferenzierung gestellt wurden kann hier nur vermutet werden, dass diese Arbeitsverhältnisse zeitlich sehr begrenzt und wenig belastend sein müssen. Anderenfalls wäre eine Kumulation der Belastungen

fassbar gewesen. Ferner ist die Fallzahl gering und daher die Aussagekraft bzgl. der Anzahl der Arbeitsverhältnisse in diesem Kontext sehr begrenzt.

Gerätebedienung

Tabelle 43. Einflussfaktor Gerätebedienung.

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Sig.
Depression	stimmt gar nicht	86	2,0000	1,92812	,20791	,318
	stimmt eher nicht	142	2,0775	1,82214	,15291	
	stimmt eher	140	1,8071	1,61778	,13673	
	stimmt völlig	410	1,7976	1,64309	,08115	
	Gesamtsumme	778	1,8728	1,70637	,06118	
Reduzierte Belastbarkeit	stimmt gar nicht	86	2,7907	4,46981	,48199	,024
	stimmt eher nicht	142	3,0423	4,19536	,35207	
	stimmt eher	140	2,1500	2,88366	,24371	
	stimmt völlig	410	2,1000	3,17189	,15665	
	Gesamtsumme	778	2,3573	3,50889	,12580	
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit	stimmt gar nicht	86	3,3605	2,92218	,31511	,011
	stimmt eher nicht	142	4,0423	3,20211	,26872	
	stimmt eher	140	3,9643	2,64006	,22313	
	stimmt völlig	410	4,4537	2,95178	,14578	
	Gesamtsumme	778	4,1697	2,95866	,10607	
Dysfunktionale Kompensation	stimmt gar nicht	86	,7093	,94391	,10178	,000
	stimmt eher nicht	142	1,1338	1,00516	,08435	
	stimmt eher	140	,9786	,90933	,07685	
	stimmt völlig	410	1,2122	,96711	,04776	
	Gesamtsumme	778	1,1003	,97338	,03490	

Tabelle 43 zeigt Unterschiede betreffend des Items „Ich bin intensiv mit der Bedienung von technischen Geräten beschäftigt“. Es gibt signifikante Unterschiede in den Variablen Reduzierte Belastbarkeit, Mangelnde Distanzierungsfähigkeit und Dysfunktionale Kompensation, jedoch nicht in der Variable Depression. Mittels Post-hoc-Tests zeigt sich, dass Personen welche der Aussage „eher nicht“ zustimmen, signifikant höhere Werte in der Variable Reduzierte Belastbarkeit haben, als Personen, welche dieser „völlig“ zustimmen. In der Variable Mangelnde

Distanzierungsfähigkeit haben Personen mit intensiver Bedienung von technischen Geräten am Arbeitsplatz hingegen signifikant höhere Werte als jene mit „eher keiner“. In der Variable Dysfunktionale Kompensation sind die Werte von Personen, welche der Aussage „gar nicht“ zustimmen signifikant niedriger, als von jenen welche ihr „eher nicht“ oder „völlig“ zustimmen.

4.5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Als besonders relevant für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms können jene Einflussfaktoren angesehen werden, die in allen 4 Skalen signifikante Unterschiede aufweisen. Diese sind innerhalb der sozialen Faktoren die Variable Führungsaufgabe, innerhalb der psychodynamischen Faktoren die Variable arbeitsentsprechendes Gehalt, innerhalb der institutionellen Faktoren das Vorhandensein bzw. Fehlen einer Privatsphäre (siehe Tabelle 44). Des Weiteren spielen sonstige Faktoren (nicht näher bezeichnet) eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms. Diese müssten, da sie in der vorliegenden Studie nicht differenziert erfasst werden, in Folgestudien näher untersucht werden.

Tabelle 44. Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines Burnout-Syndroms.

Allgemeine Risikofaktoren	Variablen, die das Burnout-Risiko signifikant erhöhen
Physikalische Faktoren	Lärm
	Schmutz
	Hitze/Kälte
	Mangelnde Beleuchtung
Soziale Faktoren	Personalverantwortlichkeit
	Führungsaufgabe
	Intensive Sozialkontakte
Psychodynamische Faktoren	Depressive Grunderkrankung
	Personen, die bereits ambulante Behandlungen aufgrund psychischer Probleme in Anspruch genommen haben
	Personen, die bereits stationäre Behandlungen aufgrund psychischer Probleme in Anspruch genommen haben
Chronobiologische Faktoren	Wochenarbeitszeit von mehr als 40 Stunden
	Häufig wechselnde Arbeitszeiten
Institutionelle Faktoren	Subjektiv empfundene schlechte Arbeitsplatzausstattung
Sonstige Faktoren	Schwere körperliche Arbeit
	Sonstiges
	Finanzielle Sorgen
	Ausschließliche Gerätebedienung (kaum Sozialkontakte)

Als weiterer Belastungsfaktor lässt sich außerdem intensiver und andauernder Sozialkontakt identifizieren. Diesem Faktor kommt in der Prävention eine besondere Bedeutung zu, da hier intraindividuelle Fähigkeiten hinsichtlich der Variablen Abgrenzung und Psychohygiene gefördert werden sollten. Bewährte Verfahren in Schulungs- und Präventionsmaßnahmen sind die Vermittlung Sozialer Kompetenz, Ressourcenkonservierung bzw. – wiederaufbau, Stärkung der Kommunikationsfähigkeit, Erlernen von emotionaler Kompetenz und einer korrekten Selbstwahrnehmung.

Ebenso bedeutsam zeigt sich der Einfluss chronobiologischer Faktoren, wobei sowohl eine Wochenarbeitszeit über 40 Stunden, als auch wechselnde Arbeitszeitstrukturen stark negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben können.

Körperliche Belastungen und existentielle Sorgen können in unmittelbarem Zusammenhang mit reduzierter Belastbarkeit und depressiven Erkrankungen gesehen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse machen des Weiteren deutlich, dass nicht branchenimmanente Faktoren für die Burnout-Entwicklung ausschlaggebend sind, sondern die jeweiligen Anforderungen der entsprechenden Tätigkeit und der damit verbundenen Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

Tabelle 45. Protektive Faktoren.

Allgemeine protektive Faktoren	Variablen, die das Burnout-Risiko signifikant senken
Psychodynamische Faktoren	Unbezahlte Tätigkeit neben der Erwerbstätigkeit Arbeitsentsprechendes Gehalt (subjektive Zufriedenheit)
Institutionelle Faktoren	Gesundheitsförderliche Maßnahmen (Bestehende Programme zur Betrieblichen Gesundheitsförderung) Privatsphäre (Rückzugsmöglichkeiten vorhanden)
Sonstige Faktoren	Aufrechtes Arbeitsverhältnis (Arbeitslose weisen in der Skala Depression deutlich höhere Werte-auf)

Einer der wesentlichen protektiven Faktoren ist die Heterogenität der Arbeit. Monotone Arbeitstätigkeit, z.B. durch Segmentierung in einzelne unveränderbare Arbeitsschritte, führt zu einer erhöhten Burnout-Gefährdung. Jedoch auch zu heterogene Tätigkeiten mit hoher Adaptationsleistung auf Seiten des/der Betroffenen

führen zu ähnlichen Effekten. Daher kann hier ein u-förmiger Verlauf zwischen Heterogenität der Arbeit und dem Burnout-Risiko postuliert werden. Ist die Arbeitstätigkeit mittelgradig abwechslungsreich (heterogen) so besteht hierfür das geringste Risiko ein Burnout zu entwickeln. Sichtbar wird dies auch an den Ergebnissen zur Ehrenamtstätigkeit, bei der ein Engagement außerhalb der Erwerbstätigkeit eindeutig Burnout-reduzierend wirkt.

Weitere protektive Faktoren können auch in den Unternehmen selbst identifiziert werden. So konnte in der vorliegenden Studie die protektive Wirkung der betrieblichen Gesundheitsförderung (siehe Tabelle 45) eindrucksvoll belegt werden. Ferner reduziert die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Privatsphäre der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen das Burnout-Risiko. Hier sei betont, dass es sich nicht zwingend um die Schaffung von örtlichen Rückzugsmöglichkeiten handeln muss, viel relevanter ist das subjektive Erleben der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Privatsphäre des Arbeitnehmers/ der Arbeitnehmerin. Dieses ist wiederum stark von der Unternehmenskultur im Umgang mit Privatheit und der diesbezüglichen unternehmensinternen Kommunikation abhängig.

An der Schnittstelle zwischen sekundärer und tertiärer Prävention sind Maßnahmen für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit bereits bestehenden Belastungen bzw. psychischen Erkrankungen zu sehen. Da diese Personen, wie die Studie deutlich zeigen konnte, ein erhöhtes Burnout-Risiko aufweisen, sollte hier besonderes Augenmerk auf die Früherkennung kritischer Verläufe sowie Maßnahmen zur Berücksichtigung der bestehenden Beeinträchtigungen geschaffen werden. Hier ist wiederum das subjektive Erleben des Betroffenen/ der Betroffenen maßgeblich.

Ausgehend von den dargestellten Resultaten lassen sich folgende Maßnahmen zur Burnout-Prophylaxe und Behandlungsmaßnahmen bei manifesten Erkrankungen ableiten. Zum Zwecke der Übersichtlichkeit wurden diese in institutionelle und individuumszentrierte Maßnahmen unterteilt, wobei eine Trennung aufgrund der Überschneidung in manchen Themenbereiche nur bedingt sinnvoll erscheint.

Institutionelle Maßnahmen

- ✓ Maßnahmen zur Verringerung von Lärm, Schmutzbelastung und extreme Temperaturexposition, sowie adäquate Beleuchtungssituation am Arbeitsplatz
- ✓ Ausbau gesundheitsbezogener Maßnahmen bzw. Projekte am Arbeitsplatz
- ✓ Einsatz des BODI als Screening-Instrument zur Früherkennung
- ✓ Reduktion häufig wechselnder Arbeitszeiten bzw. angemessener Ausgleich an Regenerationsphasen
- ✓ Eine Wochenarbeitszeit von mehr als 40 Stunden sollte nur zeitlich begrenzt möglich sein, da es bei andauernder Überschreitung dieser zu einem massiven Anstieg des Burnout-Risikos kommt. Hier sollte nach intensiver Arbeitsbelastung auf ausreichende Regenerationsphasen geachtet werden.
- ✓ Implementierung von Rückzugsmöglichkeiten zur Schaffung von Privatsphäre am Arbeitsplatz. Dies ist nur dann gegeben, wenn es auf individueller Basis die Möglichkeit zur Regulierung der Intensität und Häufigkeit der Sozialkontakte gibt. Neben der Schaffung von räumlichen Möglichkeiten ist die Atmosphäre am Arbeitsplatz und die vorgegebenen institutionellen Richtlinien bzgl. Rückzug und Privatheit von entscheidender Bedeutung.
- ✓ Angebote der Supervision und Teambetreuung
- ✓ Förderung von „Zeit zum Abschalten“ z.B. durch Anreizwerte sowie der Implementierung von Modellpersonen zu diesem Thema (v.a. Führungskräfte) auch durch den Arbeitgeber
- ✓ Erheben der subjektiven Zufriedenheit mit der Arbeitsgratifikation bei gleichzeitiger Schulung von Führungskräften und Personalverantwortlichen hinsichtlich eines wertschätzenden Führungsstils

Individuumszentrierte Maßnahmen

- ✓ Ausbau der sozialen Kompetenz für Führungskräfte und Vermittlung von Maßnahmen zur Psychohygiene und Distanzierungsfähigkeit bei häufigem Sozialkontakt am Arbeitsplatz
- ✓ Erarbeitung von Strategien zur verstärkten Beachtung der eigenen Bedürfnisse zur Abgrenzung von Arbeit und Freizeit

- ✓ Vermittlung von Selbstmanagement und – motivation (inkl. Zeitmanagement, Problem- und Konfliktlösestrategien)
- ✓ Besondere Behandlungsangebote für Personen mit beginnender depressiver Symptomatik, sowie anderen Erkrankungen aus dem psychiatrischen Spektrum inkl. psychiatrischer und psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung und gegebenenfalls Verschreibung von Antidepressiva im Erkrankungsstadium
- ✓ Differenzierte Maßnahmen, welche sich auf Über- oder Unterforderung durch unbezahlte Tätigkeit außerhalb des Arbeitsverhältnisses beziehen

Die Studie belegt deutlich die Notwendigkeit eines differenzierten, sowohl an das Individuum, als auch an die Institutionen angepasstes graduiertes Vorgehen zur Burnout-Prophylaxe. Intendierte Maßnahmen müssen sowohl intraindividuelle als auch umweltbedingte Genese-Faktoren des Burnout-Syndroms berücksichtigen. Das in der Studie vorgestellte Burnout Dimensionen Inventar (BODI) ist, wie die Gütekriterien zeigen, ein adäquates Screening-Instrument zur Planung von intendierten und zur Evaluation von gesetzten Maßnahmen im Bereich der Burnout-Prävention. Aufgrund der Berücksichtigung des phasenhaften Verlaufs des Burnout-Syndroms und der Möglichkeit der Zuordnung des Betroffenen zu den einzelnen Burnout-Stadien ist ein indikationsspezifisches, auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen abgestimmtes Vorgehen, aus den Testresultaten ableitbar.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Symptomatik im Burnout - Phasenmodell nach Burisch (1994)	7
Tabelle 2. Auswahl von psychologischen Testverfahren zur Diagnostik des Burnout-Syndroms im deutschsprachigen Raum	12
Tabelle 3. Cronbach Alpha der vier Skalen (mit Originalitem-Nummer).....	20
Tabelle 4. Faktorenanalyse BODI – MBI-D. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.	21
Tabelle 5. Mittelwertsvergleiche Normalpersonen – Personen mit Burnout-Diagnose.	22
Tabelle 6. Mittelwertsvergleiche Normalpersonen – Sicherheitspersonal (SP).....	22
Tabelle 7. Diskriminanzanalyse Normalpersonen – Personen mit Burnout-Diagnose.	23
Tabelle 8. Stichprobenzusammensetzung.	26
Tabelle 9. Bildungsverteilung.....	27
Tabelle 10. Altersgruppen getrennt nach Geschlecht.....	27
Tabelle 11. Burnout-Stadien in Abhängigkeit der Skalenausprägungen (Grün = „Gesund“; Grau = „depressiv“; Gelb = „Problemstadium“; Orange = „Übergangsstadium“; Rot = „Erkrankungsstadium“).	30
Tabelle 12. Diskriminanzanalyse Statistiken.....	31
Tabelle 13. Absolutwerte und Prozent der Stichprobenzusammenstellung.....	32
Tabelle 14. Stufen des Burnout-Syndroms in Abhängigkeit der Skalenausprägungen in den Subskalen.	34
Tabelle 15. Stichtagsprävalenz des Burnout-Syndroms in Prozent.	35
Tabelle 16. Altersunterschiede in den 4 Skalen des BODI.....	39
Tabelle 17. Geschlechtsunterschiede in den 4 Skalen des BODI.	40
Tabelle 18. Einflussfaktor Lärm.....	41
Tabelle 19. Einflussfaktor Schmutz.	42
Tabelle 20. Einflussfaktor Hitze/ Kälte.....	42
Tabelle 21. Einflussfaktor mangelnde Beleuchtung.	43
Tabelle 22. Einflussfaktor Wochenstundenarbeitszeit.	44
Tabelle 23. Einflussfaktor Nachttätigkeit.....	45
Tabelle 24. Einflussfaktor wechselnde Arbeitszeiten.....	46
Tabelle 25. Einflussfaktor Teamarbeit.....	47
Tabelle 26. Einflussfaktor Personalverantwortlichkeit.	48
Tabelle 27. Einflussfaktor Führungsaufgabe.....	49
Tabelle 28. Einflussfaktor Menschenkontakt.....	50
Tabelle 29. Einflussfaktoren Depression vs. Phobien.	51
Tabelle 30. Einflussfaktor unbezahlte Tätigkeit.	52
Tabelle 31. Einflussfaktor arbeitsentsprechendes Gehalt.....	53
Tabelle 32. Einflussfaktor ambulante Behandlung.....	54
Tabelle 33. Einflussfaktor ambulante vs. stationäre Behandlung.	55
Tabelle 34. Einflussfaktor Gesundheitsförderliche Maßnahmen am Arbeitsplatz.....	56
Tabelle 35. Einflussfaktor Privatsphäre.	57
Tabelle 36. Einflussfaktor kein eigener Arbeitsplatz.	57
Tabelle 37. Einflussfaktor schlechte Arbeitsplatzausstattung.....	58
Tabelle 38. Einflussfaktor Branche.	59

Tabelle 39. Einflussfaktor schwere körperliche Arbeit.....	60
Tabelle 40. Sonstige Einflussfaktoren.....	61
Tabelle 41. Einflussfaktor finanzielle Sorgen.....	62
Tabelle 42. Einflussfaktor Anzahl der Arbeitsverhältnisse.....	63
Tabelle 43. Einflussfaktor Gerätebedienung.....	64
Tabelle 44. Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines Burnout-Syndroms.....	65
Tabelle 45. Protektive Faktoren.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Teufelskreismodell der Burnout-Entstehung	10
Abbildung 2. Altersverteilung der Stichprobe	32
Abbildung 3. 3-Stadien-Einteilung der Burnout Erkrankung nach Musalek (2012).....	33
Abbildung 4. Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich.	35
Abbildung 5. Erhobene Prävalenzzahlen zur Burnout-Gefährdung und zur Burnout- Erkrankung in Prozent. Systematisches Review aus der Studie Prävalenz des Burnout- Syndroms (Scheibenbogen et al. 2013).....	36
Abbildung 6. Altersverteilung der Burnoutstadien.	38
Abbildung 7. Burnoutstadien nach Geschlecht.....	40
Abbildung 8. Effort-reward-imbalance-Modell (ERI-Modell) von Siegrist (1996).....	54

Studienverzeichnis aus der Vorgängerstudie des BMASK

Nr.	Land	Auftraggeber	Berufsgruppe	Ergebnisse	Rating
1	D	BM für Gesundheit, Deutschland	alle	Burnout in D: 4,2% (Frauen 5,2%, Männer 3,3%)	90
2	Ö	Bundesarbeitskammer	Angestellte (Handel, Bauwesen, Gesundheitswesen, Tourismus, Metallindustrie, Geldwesen)	11% emotionale Erschöpfung, 4% Zynismus → höheres Burnout-Risiko	81
3	Ö	Universität Wien, Abt. für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung	Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegepersonen, Psychologen, Absolventen psychosozialer Lehrgänge	Burnout Kriterien erfüllen: 32% der Ärzte, 16% der Sozialarbeiter, 21% der Psychologen, 15% der anderen	84
4	Ö	Arbeiterkammer NÖ, NÖ Ärztekammer	24 Gesundheitsberufe	1/5 der Gesundheitsberufe, 1/3 der Ärzte von Burnout bedroht; 2% der Gesundheitsberufe, 3% der Ärztinnen in Burnout-Stadium III	78
5	Ö	Business Doctors	k.A.	Hochrechnung: 1 000 000 Burnout-Gefährdete in Ö; 18% (sehr) stark gefährdet, 2/3 Frauen	52
6	Ö	ÖGB; GPA Gewerkschaft der Privatangestellten	Gesundheits- und Sozialberufe	20% stark, 26% mittel, 54% schwach belastet	76
7	D	Akademische Abschlussarbeit	Krankenpflegepersonal	18% beginnendes/fortschreitendes Burnout, 4% deutlich fortgeschrittener Burnout-Prozess	66
8	D, Ö, CH	Akademische Abschlussarbeit	IT-Fach- und Führungskräfte	Burnout-Gefährdung: 53%; kritisches Burnout: 13%; Ö: 42-52% aller IT-Kräfte Burnout-gefährdet	95

9	Ö	Ärzttekammer	Ärzte	Wr. Ärzte: 59% Burnout-gefährdet; Ö: 52%; Wien: 11% (Frauen) bzw. 15% (Männer) in Burnout-Phase III	50
10	Ö	Arbeiterkammer Wien Arbeiterkammer NÖ NÖ Ärztekammer	Gesundheitsberufe	Stadium I: 22%, Stadium II: 0,6%; Stadium III: 2,5%	78
11	OECD-Länder	OECD	?	Burnout nicht erfasst	?
12	Ö	Marketagent online RESEARCH / Tröstl Projektberatung	alle	25% Burnout-bedroht	34
13	CH	Universität Genf, Abt. für Onkologie und Innere Medizin	CH-Ärzte	2007: mäßiges Burnout: 31,5%; starkes Burnout: 3,7%	90
14	CH	Schweizer Internisten und Allgemeinmediziner	Ärzte	32% moderate Ausprägung, 3,5% starkes Burnout	90
15	Ö	Bundesministerium für Inneres	Polizisten	10% Burnout-gefährdet; 5,6% Belastung sehr hoch	55
16	Ö	Fonds Gesundes Österreich, BM für Gesundheit	Schichtarbeiter	23% Burnout Symptome, 22% der Führungskräfte, 16% der Mitarbeiter (?)	62
17	Ö	Krankenhaus Schwarzach/Pongau	Pflegeschüler	kein Unterschied in der Burnout-Ausprägung zw. Pflegeschüler und Diplom. Pflegepersonen	75
18	Ö	Universität Klagenfurt, Abt. f. Psychologie und Methodenforschung	Pflegepersonen	23% emotional erschöpft, 13% reaktives Abschirmen, 17% Aversion gg. Klienten	60

19	Ö	Universität Innsbruck, Abt. für Anästhesiologie	Anästhesisten	3,4% haben Burnout- Syndrom	70
20	Ö	Universität Salzburg Fachbereich Psychologie	klientenzentrierte Psychotherapeuten	8% emot. Erschöpfung, 4% Depersonalisationsgefühle, 3% Leistungseinbußen	70
21	D	BM des Inneren, Deutschland Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe	Kräfte der Gefahrenabwehr: Polizei, Rettung, Feuerwehr, Techn. Hilfsdienst	Polizei: 10-24%; Rettung: 5,6%; Feuerwehr: 9,3%; Techn. Hilfsdienst: 9,6%	95
22	Ö	Akademische Abschlussarbeit	Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen etc.	28% sowohl der Teammitglieder als auch der -leiter haben Burnout	80
23	Ö	Akademische Abschlussarbeit	Richter	erhöhte Burnoutwerte: 24% (emot. Erschöpfung); 5% (Depersonalisation); 19% (red. Persönl. Erfüllung)	66
24	D	Universität Hamburg, Abt. für Medizinische Soziologie	Krankenhausärzte	Burnout-Symptomatik: 42,3% (Männer) bzw. 58,3% (Frauen)	95
25	Ö	Kolleg für Gesundheit, Graz, Medizinische Universität Wien,	Allgemeinmediziner	35,8% halten sich für Burnout-gefährdet	85
26	D	Medizinische Hochschule Hannover	Manager	Manager erleben signifikant mehr Stress als die Allgemeinbevölkerung	68

Literaturverzeichnis

- Arigoni F., Bovier P.A. & Sappino A-P. (2010). Trend in burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13070
- Beerlage I. et al (2009). *Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes*. Hochschule Magdeburg, Fachbereich Sozial und Gesundheitswesen
- Bieringer I. (2005). *Burnout-Problematik bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich*. Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science. Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz
- Burisch, M. (1994/2006). *Das Burnoutsyndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Heidelberg: Springer.
- Cherniss, Cary, (1980). *Professional Burnout in Human Service Organisations*. New York: Praeger
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das Burnout Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM Verlag
- Eibel K., Iwanowa A., Jiménez P., Kallus W., Korunka Ch. & Kubicek B. (2009). *Die Qualität des Arbeitslebens von älteren ArbeitnehmerInnen*. Eine Studie der Bundesarbeitskammer. Psychologische Institute der Universität Wien, Graz und Innsbruck:
- Friedl W. (2006). *Österreichs erste große Burnout Studie Phase I. Ergebnisse Teil I. Business Doctors Graz*
- Freudenberger, H.-J. (1974). Staff Burnout. In: *Journal of Social Issues*. 30 (1): 159–165.
- Freudenberger, H.-J. & Richelson, G. (1980). *Ausgebrannt.- Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden*. München: Kindler
- Gabriel.T. (2010). *Burnout – Leitfaden zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Großbetrieben. Mit Fokus auf die Rolle von Führung und Schichtarbeit*. IBG - Institut für humanökologische Unternehmensführung. Im Auftrag Fonds Gesundes Österreich

- Glanz F. (2012). *Salutogene Aspekte der Berufsarbeit – Teamwork und Arbeitszufriedenheit in den Gesundheitsberufen*. Diplomarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades Master of Public Health. Universität und Medizinische Universität Wien.
- Goehring C., Bouvier Gallacchi M., Künzic B. & Bovier P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*; 135: 101–108. 2005
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1999). *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen: BHD-System*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH
- Hausmann, C. (2009). Burnout-Symptome bei österreichischen PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr, *Pflege* 22: 297-307
- Hofmann P., Hawlicek R., & Szekers, T. (2011). *Burnout: Die Belastung der Wiener Ärztinnen und Ärzte steigt*. Studie der Arge Burnout im Auftrag der Ärztekammer Wien
- Jenull, B., Brunner, E. & Mayr, M.(2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinieren Pflegekräften. *Pflege* 2008; 21: 16-24
- Kallus, K. W.: EBF: *Erholungs-Belastungs-Fragebogen*. Frankfurt/M.: Swets Test Service 1996
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Karl- Franzens-Universität und Leopold-Franzens-Universität (2009). Studie im Auftrag des Innenministeriums. [http://derstandard.at/1310511139027/Buerokratie-belastend-Fast-jedem-zehnten-Polizisten-droht-Burnout_\(10.4.2013\)](http://derstandard.at/1310511139027/Buerokratie-belastend-Fast-jedem-zehnten-Polizisten-droht-Burnout_(10.4.2013))
- Kaschka, W.P., Korczak, D., Broich, K. (2011). Burnout: A Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 108 (46):781-787.
- Klein, J. et al (2010). Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *International Journal for Quality in Health*. 22 (6): pp. 525–530
- Kurth B.-M. et al (2012). *Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burnout: Wie belastet sind wir? Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)*. In: Bundesgesundheitsblatt. 55:987-988. 2012
- Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, E. & Benzer, A. (2006). Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Arch Anesthesiol Scand*; 50: 58-63

- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testpraxis. Weinheim: Beltz. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufel MB, Maslach C. Marek T (Eds). Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Frances
- Marketagent.com online reSEARCH GmbH (2010). „Burnout“ – *Wie ausgebrannt ist Österreich?*
http://www.dietroestl.com/presse/Presseinformation_BurnOutStudie_Juli2010_V2.pdf (2.4.2013)
- Menghin St. & Kubinger K.D. (1997) 4-dimensionales Persönlichkeitsinventar, Manual. Schuhfried Verlag.
- Moosler, G.,(2006). Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal. Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science. Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung, Graz
- Musalek, M. (2010). Social aesthetics and the management of addiction. Current Opinion in Psychiatry, 23:530-35
- Musalek, M. (2012). Zur Ideengeschichte des Burnout. In: Musalek M, Poltrum M. (Hrsg.) Burnout. Glut und Asche. Berlin: Parodos
- Musalek, M. (2013). Von einer kategorialen zu einer mehrdimensionalen Diagnostik. In Brücher K., Poltrum M. (Hrsg.). Psychiatrische Diagnostik. Berlin: Parodos
- Musalek, M. & Zeidler, R (2013). Burnout als Prozess. Vorschlag einer Stadieneinteilung für die klinische Praxis. Spectrum Psychiatrie 4, 43-48
- Musalek, M., 2012: Das Mögliche und das Schöne als Antwort – Neue Wege in der Burnout-Behandlung. In: Musalek, M., Poltrum, M. (Hg.). Burnout. Glut und Asche. Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung, Parodos Verlag, Berlin 2012, 177-203
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Mental Health and Work*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en> (10.4.2013)
- Online-Befragung zum Burnout-Syndrom. work@ social GPA Initiative für Menschen im Sozialen Dienst.

http://www.gesundearbeit.at/gesundearbeit/data/upload/burnout_studie.pdf

(10.4.2013)

- Pines, A., Aronson, E. & Kafry D. (1993). *Ausgebrannt – Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Samadi H. (2009). *Crossover Effekt auf das Team: Das Burnout und Engagement der Führungsperson und ihr Führungsstil..* Diplomarbeit. Universität Wien, Department Psychologie
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998): *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis
- Scheibenbogen, O. (2012). Neue Wege in der Diagnostik des Burnout-Syndroms. Psychologische und psychophysiologische Befunde. In: *Burnout. Glut und Asche. Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung*, Parodos Verlag, Berlin 2012, 51-76
- Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Kuderer, M. & Musalek, M. (2013). Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des BMASK.
- Schmid T., Brunner A., Bürg T. M., Bobens C. & Troy Ch-D., Wagner A. (2012). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich*. Im Auftrag der AK-Wien, AK-Niederösterreich und NÖ Ärztekammer
- Siegrist, J.: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: *Journal of occupational health psychology*. Band 1, Nummer 1, Januar 1996, S. 27–41. PMID 9547031 (Review).
- Siegrist, J. et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*. 58 (8): 1483-1499
- Sturm T. (2012). *Burnout in der IT-Branche: Sind Reflexion, Coaching und Supervision wirksame Instrumente zur erfolgreichen Prävention? Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science im Universitätslehrgang Supervision und Coaching*. Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
- Swoboda, H., Sibitz, I., Frühwald, S., Klug, G., Bauer, B. & Priebe, S. (2005). Jobzufriedenheit und Burnout bei Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Österreich. *Psychiat Prax*; 32: 386-392. 2005
- Volgger, B., Laireiter, A.-R. & Sauer, J. (2004). Burnout bei Psychotherapeutinnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich. *Person* 8 (2). 2004