

Charlotte Christen

# **Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten**

Eine salutogenetische Betrachtung

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Dezember 2014

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der  
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Charlotte Christen: Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten. Eine salutogenetische Betrachtung

© 2015 «Edition Soziothek» Bern  
ISBN 978-3-03796-532-0

Verlag Edition Soziothek  
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
[www.soziothek.ch](http://www.soziothek.ch)

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Charlotte Christen

# Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten

Eine salutogenetische Betrachtung

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

## Abstract

Das heute mit dem Begriff Burnout bezeichnete Krankheitsbild wurde 1974 von Herbert J. Freudenberger erstmals als solches betitelt. Burnout ist ein vielschichtiges Krankheits- und Symptombild, welches sich individuell manifestiert und alle Lebensbereiche der Betroffenen tangiert. Seit den 1970er Jahren hat die Thematik deutlich an Aktualität gewonnen. Aufgrund der globalen Vernetzung und der immer schneller voranschreitenden Veränderungen steigt der Arbeits- und Leistungsdruck, was gleichzeitig bedeutet, dass die Konkurrenz zwischen Arbeitnehmenden zunimmt. Immer wieder scheitern Menschen an den gestiegenen Anforderungen und erleiden einen Zusammenbruch – ein Burnout.

Da die Arbeitsbelastung auf öffentlichen Sozialdiensten sehr hoch ist, besteht in diesem Arbeitsbereich ein besonders hohes Risiko, an einem Burnout zu erkranken. Die vorliegende Bachelorthesis geht der Frage nach, welche Präventionsmassnahmen gegen Burnout auf öffentlichen Sozialdiensten ergriffen werden können – sowohl durch die Organisation als auch durch die Sozialarbeitenden selbst. Um die Prävention von Burnout aus gesundheitsfördernder Perspektive betrachten zu können, wird im Anschluss an die Auseinandersetzung mit der Theorie des Burnouts das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky vorgestellt. Dieses Konzept eröffnet einen neuen Blick auf Gesundheit und Krankheit und stellt den Ausgangspunkt für die Erörterung präventiver Massnahmen dar.

In der vorliegenden Bachelorthesis wird aufgezeigt, dass Burnout-Prävention nicht nur auf individueller Ebene von den Sozialarbeitenden aktiv angegangen werden sollte. Massnahmen, welche auf der Ebene der Organisation – dem öffentlichen Sozialdienst – oder auf der Ebene des Teams ergriffen werden, sind ebenso wertvoll. Um Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste vor Burnout schützen zu können, sind Organisationen in der Verantwortung, das Thema aufzugreifen und ernst zu nehmen.

# Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten

## Eine salutogenetische Betrachtung

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Charlotte Christen

Bern, Dezember 2014

Gutachter: Dr. phil. David Lätsch

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung .....	1
1.1 Relevanz des Themas .....	1
1.2 Herleitung der Fragestellung .....	2
1.3 Aufbau der Arbeit .....	3
2. Burnout.....	5
2.1 Herkunft des Begriffs Burnout .....	5
2.2 Definitionseingrenzung .....	6
2.3 Symptomatik.....	7
2.4 Entstehung und Verlauf des Burnouts .....	9
2.5 Diagnose.....	14
2.6 Abgrenzung gegenüber anderen Krankheitsbildern .....	17
2.7 Ursachen und Risikofaktoren.....	20
2.8 Therapie.....	25
2.9 Häufigkeit .....	30
2.10 Kritische Betrachtung .....	31
2.11 Tabuthema Burnout .....	33
2.12 Fazit .....	34
3. Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky .....	35
3.1 Aaron Antonovsky und die Entwicklung des Salutogenesekonzepts .....	35
3.2 Elemente der Salutogenese.....	37
3.3 Burnout aus Sicht der Salutogenese .....	44
4. Bezug zur Sozialen Arbeit .....	46
4.1 Salutogenese in der Sozialen Arbeit.....	46
4.2 Burnout in der Sozialen Arbeit .....	47
5. Beantwortung der Fragestellung .....	49
5.1 Prävention.....	49
5.2 Allgemeine Präventionsmöglichkeiten .....	49
5.3 Präventionsmöglichkeiten auf öffentlichen Sozialdiensten .....	50
5.4 Fazit .....	58
6. Schlusswort .....	59

6.1 Erkenntnisse.....	59
6.2 Ausblick .....	60
7. Dank .....	61
8. Literaturverzeichnis .....	62

## Abbildungsverzeichnis

*Abbildung 1.* Schwimmer/Schwimmerin im Strom des Lebens, Titelseite (Nadia Wittwer, 2014)

*Abbildung 2.* Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, S. 38

*Abbildung 3.* Kontinuum zwischen generalisierten Widerstandsressourcen und generalisierten Widerstandsdefiziten, S. 39

*Abbildung 4.* Kohärenzgefühl, S. 41

*Abbildung 5.* Bewältigungsstrategien, S. 43



# 1. Einleitung

## 1.1 Relevanz des Themas

Die bis heute nicht abreisende Anzahl an Publikationen zur Thematik Burnout lässt darauf schliessen, dass die Behandlung des Themas vielen Autoren und Autorinnen weiterhin als bedeutsam erscheint. Dies sei wahrscheinlich auf die stetig steigende Anzahl aus psychosomatischen Gründen krankgeschriebener Personen zurückzuführen, wie Hillert (2014, S. V) im Vorwort seines Buches über Burnout ausführt. Leiter und Maslach (2007, S. 3) sehen Burnout gar als grösstes Berufsrisiko des einundzwanzigsten Jahrhunderts und beschreiben es folgendermassen: „Es [das Burnout] ist ein Phänomen, das überall zunimmt, das in jeden Winkel eines modernen Arbeitsplatzes kriecht, wie ein Virus wächst und die zunehmend befremdete, desillusionierte, ja sogar verärgerte Beziehung, die Menschen heute zu Ihrer Berufswelt haben, vergiftet“ (Leiter & Maslach, 2007, S. 3).

Dieser Ausführung über Burnout haftet etwas Dramatisierendes an, sie scheint jedoch trotzdem den Kern des Themas zu treffen. Denn was früher in helfenden Berufen als Stresssyndrom galt, ist heute ein verbreitetes, vielschichtiges Beschwerdebild (Muscheidt, 2014, S. 10) und wurde bereits bei über sechzig Berufen und Personengruppen beschrieben (Burisch, 2014, S. 23). Nach Mattes und Grebenarov (2014, S. 11) wird Burnout als Berufskrankheit in sozialen Bereichen betitelt, da Mitarbeitende dieses Berufssektors aufgrund hoher Belastung, widersprüchlicher Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Aufträge als besonders burnoutgefährdet erachtet werden. Aus diesem Grund wurde das Thema Burnout in der Ausgabe des *SozialAktuell* 9/2014, der Fachzeitschrift für Soziale Arbeit, als Schwerpunkt behandelt. Zudem erschien in der Neuen Zürcher Zeitung erst Mitte Oktober 2014 ein Artikel darüber, dass ungefähr 300'000 aller Erwerbstätigen in der Schweiz kurz vor einem Burnout stehen würden (Bracher, 2014). Diese Erkenntnis beruht auf einer Studie der Universität Bern, wie die Autorin weiter ausführt. Die Erschöpfungsrate sei in der Schweiz mit 24 Prozent der Arbeitnehmenden hoch, liege jedoch trotzdem im europäischen Durchschnitt, wie Achim Elfering, Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie und Leiter der erwähnten Studie, festhält. Arbeitspsychologe Norbert Semmer sieht den Grund für diese hohe Zahl in den veränderten und gestiegenen Ansprüchen und Anforderungen, denen Erwerbstätige in der heutigen Zeit ausgesetzt sind (Bracher, 2014).

Die obigen Ausführungen zeigen nach Meinung der Autorin eindrücklich auf, dass das Thema Burnout im einundzwanzigsten Jahrhundert sehr aktuell und relevant ist. Zwar sind laut Burisch

(2014) nicht mehr nur helfende Berufsgruppen betroffen, sie gehören jedoch nach wie vor zur Hauptrisikogruppe.

## 1.2 Herleitung der Fragestellung

Bereits während des Studiums im Fachbereich Soziale Arbeit wurden vereinzelt Module angeboten, welche in einem engeren oder weiteren Sinn Bezug auf das Thema Burnout nahmen. Der Besuch dieser Fächer und die Auseinandersetzung mit der Thematik sensibilisierten die Autorin bezüglich des Burnout-Risikos in sozialen Berufen und schärften das Bewusstsein, dass jede Person Strategien entwickeln sollte, um die Selbstsorge nicht zu vernachlässigen. Das Interesse, sich vertieft mit dem Thema Burnout auseinanderzusetzen, entstand nicht zuletzt auch, weil die hohe Arbeitsbelastung auf öffentlichen Sozialdiensten und das damit verbundene Burnout-Risiko zwar Fakt sind (Bundesamt für Statistik [BFS], 2014), andererseits jedoch in der Literatur kaum Niederschlag finden.

Auf der Suche nach einem präventiven Lösungsansatz, welcher Burnout nicht nur aus Sicht der Pathogenese, also der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, betrachtet, ist die Autorin auf das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky gestossen. Die salutogenetische Orientierung konzentriert sich auf die Ursprünge der Gesundheit (Antonovsky, 1997, S. 15) und stellt sich folgende Fragen: „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentieller gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2002, S. 24).

Das Ziel dieser Arbeit ist, einerseits einen Beitrag zur Sensibilisierung bezüglich Burnout und Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten zu leisten und andererseits für dort tätige Sozialarbeitende anwendbare Präventionsmassnahmen auszuarbeiten. Um dieses Ziel erreichen zu können, wird in dieser Bachelorthesis der folgenden, erkenntnisleitenden Fragestellung nachgegangen:

Welche Präventionsmöglichkeiten gegen Burnout können auf öffentlichen Sozialdiensten ergriffen werden – sowohl durch die Organisation als auch durch die Sozialarbeitenden selbst?

Die Einschränkung auf den Arbeitssektor öffentlicher Sozialdienste wird bewusst vorgenommen, da die dortigen Arbeitsbedingungen für die Autorin während des Studiums wegweisend für die Wahl des Themas waren. Zudem bestehen viele Burnout-Präventions-Ratgeber, welche jedoch

sehr allgemein gehalten sind. Hinsichtlich der Erarbeitung von präventiven Massnahmen scheint der Autorin der Einbezug des Konzepts der Salutogenese hilfreich.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Um die obige Fragestellung bearbeiten zu können, wird im folgenden zweiten Kapitel der Gegenstand Burnout in den Blick genommen. Zuerst wird die Herkunft des Begriffs erläutert und eine Definitionseingrenzung vorgenommen. Als nächstes wird die Symptomatik betrachtet, um in einem weiteren Schritt die Entstehung und den Verlauf eines Burnouts einerseits anhand des Phasenmodells nach Schmidbauer und andererseits anhand des Burnout-Zyklus' nach Freudberger und North aufzuzeigen. Weiter wird beschrieben, wie ein Burnout diagnostiziert werden kann und gegenüber welchen ähnlichen Diagnosen die Abgrenzung schwer fällt. Danach werden Ursachen und Risikofaktoren aufgezeigt, welche ein Burnout begünstigen können, um dann auf die Therapie eingehen zu können. Weiter wird die Häufigkeit des Burnout-Vorkommens beschrieben und eine kritische Betrachtung vorgenommen. Zum Schluss dieses Kapitels wird diskutiert, weshalb Burnout immer noch ein Tabuthema ist.

Im dritten Kapitel wird das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky eingeführt. Zuerst finden sich Ausführungen zur Person von Antonovsky sowie zur Entstehung des Salutogenese-Konzepts. Als nächstes werden die vier Bausteine – das Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, das Kontinuum zwischen Widerstandsressourcen und Widerstandsdefiziten, das Kohärenzgefühl, sowie Bewältigungsstrategien – erklärt, um abschliessend das Burnout aus Sicht der Salutogenese betrachten zu können.

Im vierten Kapitel wird zum einen der Bezug zwischen der Sozialen Arbeit und dem Konzept der Salutogenese hergestellt und zum andern die Verortung der Thematik Burnout in der Sozialen Arbeit vorgenommen.

Die erkenntnisleitende Fragestellung wird im fünften Kapitel beantwortet. Dazu werden zuerst der Begriff „Prävention“ definiert und allgemeingültige Burnout-Präventionsmöglichkeiten aufgezeigt. Danach werden Möglichkeiten beschrieben, wie auf öffentlichen Sozialdiensten auf Ebene der Organisation, des Teams und auf individueller Ebene das Thema Burnout-Prävention angegangen werden kann.

Im abschliessenden sechsten Kapitel werden die Erkenntnisse festgehalten, welche während der Erarbeitung dieser Bachelorthesis gewonnen wurden, sowie mögliche weiterführende Fragestellungen aufgezeigt.

## 2. Burnout

Im folgenden Kapitel wird zu Beginn die Herkunftsgeschichte des Begriffs Burnout aufgezeichnet, dann die Definition des Begriffs eingegrenzt, um anschliessend die Symptomatik und den Entstehungsprozess eines Burnouts aufzuzeigen. Neben der Diagnostik werden eine Abgrenzung gegenüber anderen Krankheitsbildern vorgenommen sowie Ursachen und Risikofaktoren erläutert. Weiter werden einige der heute gängigen Therapieformen kurz beleuchtet. Zudem wird die Häufigkeit von Burnout thematisiert und eine kritische Betrachtung vorgenommen. Abschliessend wird die bis heute vorhandene Tabuisierung von Burnout diskutiert.

### 2.1 Herkunft des Begriffs Burnout

Erste Beschreibungen eines an Burnout gemahnenden Phänomens sind in verschiedensten literarischen Werken zu finden, wobei der Begriff als solcher noch nicht verwendet wird. Bereits im Alten Testament wird im 1. Buch der Könige 17-22 vom Propheten Elias berichtet, der in Gottes Namen erfolgreiche Taten vollbrachte, jedoch bei der ersten drohenden Niederlage in tiefe Verzweiflung verfiel und sich nach dem Tod sehnte (Burisch, 2014, S.4). Weiter verweist Burisch (2014, S.4) auf Thomas Manns Roman Buddenbrooks, welcher 1901 erschienen ist. Darin wird der Charakter des Senators Buddenbrook mit einer Vielzahl von Burnout-Zügen, wie unermessliche Müdigkeit, fehlendes Interesse an seiner Arbeit, innere Verarmung und Verödung und dem Drang, seine Abgestumpftheit zu verbergen, ausführlich beschrieben.

Der Begriff Burnout wurde 1974 in Amerika vom deutschstämmigen Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger geprägt, wobei schon Shakespeare im 16. Jahrhundert das Verb „to burn out“ verwendete. Anfangs beschrieb Freudenberger Burnout als psychischen und physischen Abbau, der bei meist ehrenamtlich tätigen Mitarbeitenden von Hilfsorganisationen zu beobachten war (Burisch, 2014, S. 4). 1976 veranlasste Christina Maslach eine empirische Studie zum Thema und führte Burnout dadurch als wissenschaftlichen Untersuchungsgegenstand ein. Dies war der Startschuss einer wahren Flut von Veröffentlichungen zu dieser Thematik, meist in Verbindung mit helfenden, erziehenden oder lehrenden Berufen (Gussone & Schiepek, 2000, S. 24). In der heutigen Zeit, bei dem allgemein zunehmenden Leistungsdruck und -denken und dem Lebenstempo in den westlichen Industrieländern sei das Phänomen Burnout in allen Schichten und Berufsgruppen anzutreffen, so Fabach (2007, S. 7). Laut Elsässer und Sauer (2013, S. 1) gibt es immer mehr Menschen, die ausbrennen oder bereits ausgebrannt seien, die

Forschung jedoch scheine an einem Punkt des Stillstands angelangt zu sein, da heute kaum neue Erkenntnisse publiziert würden.

## 2.2 Definitionseingrenzung

Die Dudenredaktion (2010, S. 177) übersetzt das Wort Burnout aus dem Englischen mit „Ausbrennen“ und fügt drei Erklärungen an. Als erstes wird der Brennschluss, der Zeitpunkt an dem das Triebwerk einer Rakete abgeschaltet wird und somit der antriebslose Flug beginnt, erwähnt. Auch die zweite Erläuterung ist technischer Natur. Dabei bedeutet Burnout soviel wie das Durchbrennen von Brennstoffelementen bei Überhitzung. Die dritte Auslegung beschreibt Burnout als Zustand der völligen körperlichen und seelischen Erschöpfung. So greifen auch Gussone und Schiepek (2000, S. 25) die Bedeutungsvielfalt von Burnout auf und kommen zum Schluss, dass sich der Begriff keinesfalls nur auf psychologische Phänomene beschränkt. Sie vermuten, dass sich dieser Begriff eben wegen seiner Unschärfe durchgesetzt hat (ebd., S. 26). Dies erklärt auch, weshalb es sich bei Burnout nicht um ein fest umschriebenes Krankheitsbild handelt und es ebenfalls keine eigenständige psychiatrische Diagnose darstellt, sondern vielfältige symptomatische Überschneidungen zu depressiven und auch psychosomatischen Störungsbildern existieren (Kaluza, 2004, S. 27). Die Schwierigkeit für die Forschung besteht laut Maslach (1982; zit. nach Burisch, 2014, S. 14) darin, dass bis heute keine handhabbare Definition vorhanden sei, da alle diesbezüglichen Versuche entweder zu umfassend oder zu spezifisch ausgefallen seien. Aus diesem Grund wird Burnout auch im ICD-10, der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nicht als medizinische Diagnose aufgeführt, sondern unter der Kodierung Z73. Dort werden Faktoren aufgelistet, welche sich auf Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung beziehen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, [DIMDI], 2013). Trotzdem kann laut Burisch (2014) die folgende Definition von Schaufeli und Enzmann als Quintessenz vieler Definitionsversuche gesehen werden.

Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand 'normaler' Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem

Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36; zit. nach Burisch, 2014, S. 22).

Eine weitere wissenschaftliche Definition, die sich auf das Burnout im Beruf bezieht, stammt von Ina Rösing (2003). Dieser Definition liegen die meisten Burnout-Forschungen zu Grunde, da sie auf einem Messinstrument für Burnout basiert. Dieses Messinstrument bestimmt praktisch die gesamte Burnout-Forschung.

Burnout ist ein Zustand emotionaler Erschöpfung im Beruf. Er geht einher mit negativen Einstellungen zum Beruf, zu den Inhalten oder den Mitteln des Berufs (Zynismus) oder zu den Partnern oder Klienten im Beruf (Depersonalisation). Hinzu kommt ein erheblich reduziertes Selbstwertgefühl in bezug [sic] auf die eigene berufsbezogene Leistungsfähigkeit. Burnout ist ein sich langsam entwickelndes Belastungssyndrom, das nicht selten wegen der kreisförmigen, gegenseitigen Verstärkung der einzelnen Komponenten (emotionale Erschöpfung führt zu geringem Selbstwertgefühl, welches nur zu mehr emotionaler Erschöpfung führt usw.) zur Chronifizierung neigt (Rösing, 2003, S. 20).

### **2.2.1 Zusammenfassung**

Elsässer und Sauer (2013, S. 6-7) halten fest, dass der Begriff Burnout ein generalisiertes Kommunikationsmedium sei und sich dadurch individuell beschreiben und erklären lasse. Eine Definition, die sich durchsetzen konnte, existiert bis anhin nicht, vielleicht auch weil es besonders schwierig ist, Burnout beispielsweise gegenüber Stress oder Depressionen abzugrenzen (Elsässer & Sauer, 2013, S.6-7).

Dabei fällt es nicht nur schwer eine einheitliche Definition zu finden, sondern auch bei der Symptomatik herrscht eine grosse Vielfalt. Der nächste Abschnitt befasst sich mit eben dieser Vielfalt und geht auf die drei von Maslach definierten Kernsymptome ein.

## **2.3 Symptomatik**

Wie bei der Herleitung des Begriffes Burnout bereits erwähnt, beschränkte sich die Forschung anfangs auf helfende Berufe. Laut Burisch (2014, S. 23-25) wurde Burnout mittlerweile bei über 60 Berufs- und Personengruppen beschrieben. Somit sind neben Personen in sozialen Berufen beispielsweise auch Bibliothekare und Bibliothekarinnen, Eltern, Feuerwehrleute oder auch Arbeitslose und Studierende von Burnout betroffen. Dabei zeigen Studien, die in den verschiede-

nen Berufsgruppen durchgeführt wurden, dass das Symptombild zwar sehr komplex, aber auch überraschend einheitlich daher kommt. Aufgrund dieser Vielfältigkeit unterteilte Burisch (2014, S. 26-29) die zusammengetragenen Symptome in die folgenden sieben Ober- sowie Unterkategorien. Alle 130 Symptome einzeln aufzuzeigen würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen.

1. Warnsymptome der Anfangsphase (Überhöhter Energieeinsatz, Erschöpfung)
2. Reduziertes Engagement (gegenüber Klienten und Klientinnen, für andere allgemein, für die Arbeit, erhöhte Ansprüche an sich und andere)
3. Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen (Depression, Aggression)
4. Abbau (der kognitiven Leistungsfähigkeiten, der Motivation, der Kreativität)
5. Verflachung (des emotionalen Lebens, des sozialen Lebens, des geistigen Lebens)
6. Psychosomatische Reaktionen (Schlafstörungen, Herzklopfen, Muskelverspannungen, Griff zu Suchtmitteln)
7. Verzweiflung (Hoffnungslosigkeit, Suizidabsichten)

Waadt und Acker (2013, S. 31) sind der Meinung, dass die von Burisch (2014) aufgelisteten Symptome aufgrund ihrer grossen Anzahl für die Praxis nur bedingt tauglich seien. Deshalb verweisen diese Autoren auf die drei Kernsymptome von Christina Maslach, die in Fachkreisen allgemein anerkannt würden: Emotionale Erschöpfung, Zynismus und schlechte Bewertung der eigenen Leistungen.

Maslach und Leiter (2001, S. 18-19) führen die Kernsymptome folgendermassen aus: Das Erschöpfungsgefühl kann sowohl ein Gefühl der Überbeanspruchung auf emotionaler wie auch auf körperlicher Ebene sein. Es kann eine erste Reaktion auf zu hohe Anforderungen bei der Arbeit oder eine grosse Veränderung darstellen. Zynismus entwickelt sich als Schutzmechanismus vor Erschöpfung und Enttäuschung. Die Anteilnahme am Arbeitsplatz wird auf ein Minimum reduziert und Ideale werden aufgegeben. Diese negative Einstellung wird sich auf die Gesundheit und die Fähigkeit, effizient arbeiten zu können, auswirken. Stellt sich zudem das diffuse Gefühl ein, die ganze Welt beginne sich gegen einen zu verschwören, geht das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten verloren. Neben diesen drei Kernsymptomen klagen viele Betroffene über Müdigkeit, verringertes Einfühlungsvermögen, Gleichgültigkeit, das Gefühl des Kontrollverlusts, Versagensängste oder Schlafstörungen (Waadt & Acker, 2013, S. 31).



### **2.3.1 Zusammenfassung**

Aus der Literatur geht hervor, dass seit Beginn der Burnout-Forschung viele verschiedene Symptome bei Burnout-Betroffenen beobachtet werden konnten. Die Kategorisierung die Burisch (2006) vorgenommen hat, hilft die einzelnen Symptome zu ordnen und macht ersichtlich, dass ein Burnout meist prozesshaft abläuft. Aus diesem Grund werden im folgenden Abschnitt zwei verschiedene Verlaufsmodelle vorgestellt und miteinander verglichen. Auf den prozesshaften Charakter des Burnouts angesprochen betont Burisch (1989, S. 11-13), dass es auf das Individuum und seine Umwelt ankomme, welche Symptome auftreten und in welcher Reihenfolge sie sich zeigen würden. Das Burnout manifestiere sich bei jeder Person individuell und der Prozess könne durch inneren oder äusseren Wandel auch gestoppt werden. Oft würden dabei jedoch Narben zurückbleiben.

## **2.4 Entstehung und Verlauf des Burnouts**

Die meisten Verlaufsmodelle stützen sich auf die eben erwähnten Symptome und unterscheiden sich grundsätzlich nur in der Anzahl der Stadien, die von Betroffenen durchlaufen werden (Elsässer & Sauer, 2013, S. 14). Burisch (2014, S. 40) vermutet sogar, dass bei den jeweils ausgewerteten Untersuchungsmaterialien nicht alle Personen die typischen Verlaufsformen gezeigt hätten. Weiter führt er aus, dass die Autoren der Modelle selbst betonen, dass die Abgrenzungen der einzelnen Phasen oft willkürlich seien. Aus diesem Grund gibt es bei allen Phasenmodellen keine definitive Reihenfolge, da ein Burnout in unterschiedlichen Phasen beginnen kann. Einzelne Stadien können ausbleiben aber auch mehrfach durchlaufen werden (Elsässer & Sauer, 2013, S. 14).

Da in dieser Arbeit nicht alle bestehenden Phasenmodelle aufgeführt werden können, werden jenes von Wolfgang Schmidbauer und jenes von Herbert Freudenberger und Gail North vorgestellt. Die Beschreibung dieser beiden Modelle zeigt auf, dass die Kernaussagen trotz unterschiedlicher Phasenanzahl übereinstimmen.

### **2.4.1 Phasenmodell nach Schmidbauer**

Wolfgang Schmidbauer promovierte 1966 im Fach Psychologie und ist heute Psychoanalytiker und Autor (Schmidbauer, 2014). Er beschreibt in seinem Buch „Helfersyndrom und Burnout-Gefahr“ den Verlauf von Burnout in drei Schritten: Anfangs-, Einbruch- und Abbauphase. Diese drei Phasen werden im Folgenden ausgeführt.

#### **2.4.1.1 Anfangsphase**

Typisch für die Anfangsphase eines Burnouts ist Überengagement. Betroffene sind hoch motiviert und noch voll leistungsfähig. Sie arbeiten beinahe ununterbrochen und ignorieren ihre Bedürfnisse, indem Entspannungs- und Erholungsphasen übergangen werden. In dieser Phase fühlen sie sich unentbehrlich, was zu Rivalität unter den Mitarbeitenden führen kann (Schmidbauer, 2002, S. 15).

#### **2.4.1.2 Einbruchphase**

In dieser zweiten Phase kommt es zur Überforderung. Die Betroffenen können nicht mehr leugnen, dass sie ihren eigenen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden. Erste Warnsignale können chronische Müdigkeit und Arbeitsunlust sein, aber auch, dass Urlaub keine Erholung bringt. Typisch ist, dass eine zunehmende Distanzierung gegenüber Klienten und Klientinnen und den eigenen Aufgaben festzustellen ist. Die Betroffenen werden zynisch und fühlen sich ausgenutzt. Zunehmend treten Aggressionen einerseits gegen sich selbst gerichtet, andererseits gegen Mitarbeitende oder die Klientel auf (ebd., S. 16).

#### **2.4.1.3 Abbauphase**

Mit der letzten Phase beginnen der Rückzug und die Vereinsamung, da Freundschaften vernachlässigt werden und bei einer drohenden Trennung nicht mehr gekämpft wird. Betroffene zeigen während der Arbeit keine Begeisterung mehr, ihr Engagement und ihre Leistungsqualität nehmen ab. Zudem treten neben den psychischen Symptomen körperliche, wie beispielsweise chronische Rücken- und Gelenkschmerzen, Schlaflosigkeit, zunehmende Infektionserkrankungen oder Herzkreislaufprobleme, auf. Die Gefahr eine Sucht zu entwickeln nimmt in dieser Phase zu, da Burnout nun auch die privaten Beziehungen erfasst und Regenerationsmöglichkeiten wegfallen (ebd., S. 17).

Schmidbauer (2002, S. 17-18) geht davon aus, dass die Abbauphase, wie sie oben beschrieben ist, eher selten vorkomme. Er ist der Meinung, dass stattdessen ein kompensiertes Burnout auftritt. Damit werden jene Berufstätigen gemeint, die ihren inneren Ausstieg aus dem Beruf erfolgreich verbergen, indem sie ihr mangelndes Engagement mit Ausreden begründen und Erkrankungen oder Eheprobleme vorschoben. Oft übernehmen Teammitglieder die nicht erledigte Arbeit solange bis sie selbst keine Energie mehr haben. Diese Entwicklung macht es möglich, dass ganze Teams ausbrennen (ebd., S. 18). Schmidt (2004, S. 40) beschreibt ausgebrannte Teams folgendermassen: Der Umgang untereinander ist gereizt, Aufspaltungen in rivalisierende Gruppen treten auf und das allgemeine Leistungsniveau sinkt. Ein Team, welches sich in diesem Zustand befindet, ist nicht mehr in der Lage, Ressourcen einzusetzen und die vorhandenen Unstimmigkeiten zu beheben.

Auf den Aspekt, dass ein Burnout ansteckend sein und als Folge davon ganze Teams ausbrennen könnten, wird hier nicht weiter eingegangen. Nach Elsässer und Sauer (2013, S. 16) sei die Gefahr, dass dies geschehen könne zwar plausibel, jedoch in der Praxis noch nicht bestätigt.

Als Ergänzung zum Phasenmodell von Schmidbauer wird nun der Burnout-Zyklus von Freudenberg und North (1994) beschrieben. Dank der detaillierten Ausführung von zwölf Stadien, besteht die Möglichkeit, sich besser in die Situation und die Gefühlslage einer betroffenen Person hineinversetzen zu können. Wie bereits erwähnt, können sich einzelne Stadien in der Praxis überschneiden oder auch ausbleiben.

## **2.4.2 Burnout-Zyklus nach Freudenberg und North**

### **2.4.2.1 Stadium 1: Zwang sich selbst zu beweisen**

Das Bedürfnis, sich in der Welt zu beweisen, ist grundsätzlich ganz normal. Wenn daraus aber ein Zwang wird, kann dies der erste Hinweis auf ein beginnendes Burnout sein. Charakteristisch sind somit unerschütterliche Entschlossenheit Erfolg zu haben und hervorragende Leistungen zu bringen. Gleichzeitig treten zudem durch die eigene Erwartungshaltung ausgelöste Einsamkeitsgefühle auf. Betroffene sind nicht in der Lage, die Möglichkeit von bestehenden Grenzen zu erkennen und diese zur eigenen Entlastung zu nutzen (Freudenberg & North, 1994, S. 122-123).

### **2.4.2.2 Stadium 2: Verstärkter Einsatz**

Die Angst, die Kontrolle und die eigene Glaubwürdigkeit zu verlieren, verunmöglicht es Personen, die sich in Stadium 2 befinden, Arbeit oder Verantwortung zu delegieren. Durch den Kontrollzwang wird ein enormer Druck aufgebaut. Aus diesem Druck entsteht die Angst, nicht gut genug zu sein, wodurch die eigenen Erwartungen immer höher und höher gesteckt werden. Mit der Ausblendung der Selbstzweifel nimmt der Verleugnungszirkel seinen Anfang (ebd., S. 126-128).

### **2.4.2.3 Stadium 3: Subtile Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse**

Alltägliche Pflichten wie Telefonanrufe beantworten, an Geburtstage von Freunden und Freundinnen zu denken oder das Bezahlen von Rechnungen werden zur Last und geraten oft in Vergessenheit. Auch eigene Bedürfnisse werden vernachlässigt, indem keine Pausen mehr gemacht werden, Betroffene sich ungesund ernähren und Arbeit mit nach Hause nehmen. Freizeit oder Ausflüge mit dem Partner, der Partnerin oder der Familie liegen nicht mehr drin, da der Tag zu wenige Stunden hat.

Im Stadium 3 können sich die Persönlichkeit und das Verhalten der Betroffenen verändern. Eine nicht gekannte Ernsthaftigkeit manifestiert sich und ein herzhaftes Lachen wird selten. Kontakte zu Freunden, Freundinnen und Bekannten werden als lästig empfunden, da nur noch die Arbeit wichtig ist. Dies wird von Betroffenen nicht als negativ gewertet, da sie im Beruf erfolgreich sind (ebd., S. 129-131).

#### **2.4.2.4 Stadium 4: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen**

Die stetig wachsenden Ansprüche an sich selbst fordern viel Energie. Betroffene stellen im Stadium 4 fest, dass sie etwas kürzer treten sollten. Sie versuchen ihren Zustand vor anderen zu verbergen und verdrängen Konflikte, eigene Bedürfnisse und die aufkeimende Angst zu versagen. Besorgte Äusserungen im Umfeld werden mit Versprechungen, bald etwas zu ändern, abgetan. Betroffene ziehen sich zurück, da sie sich am besten fühlen wenn sie in Ruhe gelassen werden. Die Gefahr, dass sich in dieser Phase ein Suchtverhalten entwickelt, ist gross. Wie auch das Risiko, dass ein körperlicher Zusammenbruch aufgrund von Müdigkeit und Erschöpfung bevorsteht (ebd., S. 131-134).

#### **2.4.2.5 Stadium 5: Umdeutung von Werten**

Durch die Verdrängung der Konflikte kann bald nicht mehr zwischen wichtig und unwichtig unterschieden werden, da sich die Wahrnehmung verändert. Bisher geltende Werte werden umgedeutet und bisher Wichtiges wie beispielsweise Freunde und Freundinnen, Familie oder Hobbies wird abgewertet. Betroffene sind emotional desorientiert und verwirrt. Ihre Wahrnehmungsfähigkeit stumpft immer mehr ab und Prioritäten werden nicht mehr so gesetzt wie bis anhin (ebd., S. 135-137).

#### **2.4.2.6 Stadium 6: Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme**

Betroffene befinden sich immer tiefer im Verleugnungszirkel. Die Verleugnung von Gefühlen, Ängsten oder Enttäuschungen wird in diesem Stadium nicht bewusst vollzogen, sondern dient als Schutzmechanismus gegenüber steigenden Anforderungen. Betroffene vereinsamen immer mehr, da sie soziale Kontakte kaum noch ertragen können. Ihre Denkweise wird unflexibel und intolerant und durch ihr gereiztes und abweisendes Auftreten und Verhalten zerfällt das soziale Netzwerk allmählich (ebd., S. 138-141).

#### **2.4.2.7 Stadium 7: Rückzug**

Der Rückzug findet nicht mehr nur im Umfeld statt, sondern Betroffene ziehen sich auch vor sich selbst zurück. Dabei fühlen sie sich orientierungslos und sind verzweifelt, sie sind zynisch und leben als Einzelgänger. Das Verhalten von Familie und Bekannten verachten sie zutiefst. Die alltäglichen Aufgaben werden mechanisch verrichtet, da die innere Spontaneität völlig erstarrt ist. Betroffene werden von einem Ohnmachtsgefühl beherrscht, welches durch Wut, Enttäu-

schung und Zorn ausgelöst wird. Auch in diesem Stadium besteht die Gefahr einer Suchtentwicklung. Für Aussenstehende werden die Verhaltensveränderungen der Betroffenen nun immer sichtbarer (ebd., S. 141-143).

#### **2.4.2.8 Stadium 8: Beobachtbare Verhaltensänderung**

Jede Besorgnisbekundung von Freunden und Freundinnen wird in diesem Stadium von Betroffenen als Angriff gewertet und schroff zurückgewiesen. Die Überzeugung der Betroffenen, dass niemand sie mag, festigt sich zusehends und sie fühlen sich von der Umgebung unterschätzt und bedroht (ebd., S. 144-146).

#### **2.4.2.9 Stadium 9: Verlust der Gefühle für die eigene Persönlichkeit**

Charakteristisch für dieses Stadium ist die Depersonalisation – der Verlust der Gefühle für sich selbst. Die eigene Person wird abgelehnt und das eigene Denken und Fühlen wird unwichtig. Betroffene sind in einer leeren Hülle gefangen und funktionieren nur noch mechanisch. Sie verhalten sich kalt und distanziert. Das Leben scheint ihnen zu entgleiten (ebd., S. 146-148).

#### **2.4.2.10 Stadium 10: Innere Leere**

Innere Leere und Vereinsamung können zu Panikattacken führen, welche die Betroffenen zwingen, ihr Leben so hektisch weiterzuführen wie bisher oder aber sich in ihrer Wohnung einzuschliessen. Jeder Moment muss mit einer Aktivität ausgefüllt sein, sei es auf eine Party zu gehen, mit Hilfe von Valium Zeit überbrücken zu können oder mit Fressattacken das Gefühl des Ausgefülltseins zu erlangen. Oft ist auch das sexuelle Verlangen gesteigert, da Geschlechtsverkehr in diesem Stadium als Betäubungsmittel dienen kann. Die körperliche Nähe soll helfen, die innere Leere auszufüllen, was aber meistens nur für kurze Dauer hilft. Den Betroffenen gelingt es nicht, ihre leeren Batterien wieder aufzutanken (ebd., S.149-151).

#### **2.4.2.11 Stadium 11: Depression**

Betroffenen, die dieses Stadium erreicht haben, ist inzwischen alles gleichgültig. Die einzigen Gefühle, die sie noch wahrnehmen können, sind totale Erschöpfung und Verzweiflung. Falls bereits in den vorherigen Stadien zu Drogen und Alkohol gegriffen wurde, dienen diese nicht mehr als Aufputzmittel, sondern helfen gerade noch, den Alltag zu überstehen. Typisch ist, dass Betroffene den Wunsch nach einem Dauerschlaf hegen.

Das Stadium 11 kann sehr gefährlich sein, da oft Suizidgedanken und selbstgefährdendes Verhalten zutage treten. Zudem werden Beziehungen leichtfertig aufgegeben, weil Betroffene nicht realisieren, wie ausgebrannt sie tatsächlich sind. Sie können die gravierenden Konsequenzen ihrer Lage nicht mehr erfassen (ebd., S.152-154).

#### **2.4.2.12 Stadium 12: Völlige Erschöpfung**

Ist jemand am Punkt der völligen Erschöpfung angelangt, besteht ein lebensbedrohlicher Notfall. Wurde bisher noch keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen, muss dies allerspätestens jetzt geschehen, da Betroffene höchst suizidgefährdet sind (ebd., S. 155-156).

#### **2.4.3 Zusammenfassung**

Wie der Vergleich der beiden Phasenmodelle zeigt, sind ihre Kernaussagen sehr ähnlich. Durch die detailliertere Beschreibung von Freudenberger und North (1994) lässt sich jedoch besser aufzeigen, wie variabel sich ein Burnout manifestieren kann. Grundsätzlich lässt sich zusammenfassen, dass die körperlichen Symptome sehr vielfältig sein können. Auf psychischer Ebene verändern sich die Gefühle von Unentbehrlichkeit über vermindertes Selbstwertgefühl, Gereiztheit, Zynismus und Unzufriedenheit hin zu Abgestumpftheit, Verbitterung und Erschöpfung. Dazu kommt, dass sich das Verhalten den einzelnen Stadien anpasst. Von einer gesteigerten Aktivität und Übermotivation wechselt das Verhalten zu verminderter Leistungsfähigkeit, Zurückgezogenheit und Distanzierung. Die Flexibilität nimmt ab, Desinteresse und Ziellosigkeit machen sich bemerkbar. Der Griff zu Suchtmitteln wird immer häufiger (Bergner, 2010, S. 12-13). Diese Hauptmerkmale stimmen mit den Phasenmodellen anderer Autoren überein. Unterschiedlich ist, wie bereits erwähnt, die Anzahl der verschiedenen Stadien. So teilt beispielsweise Fessler ein Burnout in zehn Phasen ein (Fessler, 1991, zit. nach Hillert, 2014, S. 15) und Fabach (2007) beschränkt sich auf die Beschreibung von deren sechs. Durch den ganz individuellen Verlauf eines Burnouts ist auch die Dauer nicht definitiv benennbar. Ein Burnout könne bereits nach wenigen Monaten beginnen und werde, laut Koch und Kühne (2001, S. 17), grundsätzlich spätestens nach drei Jahren erkennbar. Da Betroffene häufig nicht merken, wann der Burnout-Prozess genau begonnen hat, ist eine zeitliche Eingrenzung schwierig (Koch & Kühne, 2001, S. 17).

### **2.5 Diagnose**

Das grundsätzliche Problem bei der Diagnostik sei, laut Waadt und Acker (2013, S. 32), dass anhand der Symptome nicht zweifelsfrei bestimmt werden könne, ob ein Burnout vorliegt oder nicht, da die meisten Merkmale nicht objektiv messbar sind. Sie beruhen auf subjektiver Wahrnehmung und sind in bestimmten Stresssituationen durchaus normal (Waadt & Acker, 2013, S. 32). Dieser Umstand erfordert, Burnout gegenüber anderen Krankheitsbildern abzugrenzen. Dies wird im Folgenden gegenüber Depression, Neurasthenie und dem chronischen Müdigkeitssyndrom gemacht. Zunächst wird jedoch der Frage nachgegangen, wie ein Burnout ge-

messen werden kann. Im Internet können verschiedene Fragebögen zur Messung eines Burnouts heruntergeladen werden. Wie gehaltvoll diese sind, ist nicht bekannt. In der Praxis werden jedoch häufig zwei verschiedene Messinstrumente eingesetzt, welche auf umfangreichen Burnout-Studien basieren. Diese beiden Messinstrumente werden im nächsten Abschnitt kurz beschrieben und miteinander verglichen, jedoch nicht im Detail ausgeführt, da dies den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

### 2.5.1 Messung von Burnout

Die in der Praxis am häufigsten angewandten Messinstrumente sind der Maslach Burnout Inventory (MBI) von Maslach und Jackson (1981) und die Überdruss Skala (Tedium-Measure, TM) von Aronson, Pines und Kafry (1983) (Elsässer & Sauer, 2013, S. 12). Bei der Betrachtung der Fragebögen dieser Messinstrumente ist zu erkennen, dass sich die Fragestellungen auf Symptome beziehen, welche bei Burnout-Betroffenen beobachtet werden können. Zur Beantwortung der Fragen muss angekreuzt werden, ob die Angaben zutreffen und in welchem Mass (ebd., S. 12). Die Fragen des MBI beziehen sich auf die drei Kernsymptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (Zynismus) und Leistungsunzufriedenheit (Burisch, 2006, S. 34), welche im Abschnitt über die Symptome bereits erwähnt wurden. Da der MBI-Fragebogen in viele Sprachen übersetzt und bereits mehrmals überarbeitet wurde, ist er ein beliebtes Instrument und wird bis heute routinemässig eingesetzt (Elsässer & Sauer, 2013, S. 13). Dank der Ausarbeitung von berufsgruppenspezifischen Fragebögen, wie demjenigen für beispielsweise Pflegepersonal oder Sozialarbeitende, MBI Human Services Survey (MBI-HSS), dem MBI Educators Survey (MBI-ES) für den pädagogischen Arbeitsbereich und dem MBI General Survey (MBI-GS), welcher für allgemeine Berufsgruppen gedacht ist, kann nach Burisch (2006, S. 35) dieses Messinstrument sehr breit eingesetzt werden.

Der Tedium-Measure (TM) wurde später in Burnout-Measure (BM) umbenannt. Bei diesem Fragebogen wird nicht spezifisch das Ausmass eines Burnouts gemessen, sondern das Vorhandensein von Überdruss. Wird bei der Auswertung ein Wert zwischen 2 und 3 erreicht, soll alles in Ordnung sein. Liegt der Wert zwischen 3 und 4, sollte etwas unternommen werden, da das Gefühl des Ausbrennens vorhanden ist. Bei einem Wert höher als 5 sollte dringend Hilfe in Anspruch genommen werden, da die Krise bereits ausgeprägt ist (Aronson, Pines & Kafry, 1983, S. 49 zit. nach Elsässer & Sauer, 2013, S. 13).

Laut Elsässer und Sauer (2013, S. 13) stelle sich bei beiden Messinstrumenten die Frage, was tatsächlich gemessen werde. Bei beiden werde die Komplexität von Burnout nicht erfasst, da

eine Überschneidung mit beispielsweise Stress- oder Depressionsmessinstrumenten vorhanden und somit nicht klar eingrenzbar sei, ob ein Burnout vorliege oder nicht. Die Überdruss Skala ist allgemein anwendbar, wohingegen die einzelnen MBI-Fragebögen auch spezifisch eingesetzt werden können, da sie berufsgruppenrelevante Fragen enthalten (Burisch, 2006, S. 36). Trotzdem ist nach Hillert (2014, S. 23) eine Interpretation der Fragebögen immer noch sehr schwierig, da bis jetzt keine Normwerte existieren, die für die Bevölkerung repräsentativ wären. Dies beziehe sich sowohl auf die MBI- und BM-Fragebögen, als auch auf jene, die im Internet gefunden werden. So sind Aussagen, die die diagnostischen Werte, Ursachen oder therapeutische Auswirkungen betreffen nur schwer zu verfechten, da die Fragebögen das eigene Empfinden der Betroffenen spiegeln (Hillert, 2014, S. 23). Somit müssen die Resultate sicherlich hinterfragt werden, können aber durchaus als Anstoss zur Einsicht, ärztlichen Rat einzuholen, dienen (Elsässer & Sauer, 2013, S. 14).

### **2.5.2 Labordiagnostik**

Mit Hilfe neuer labordiagnostischer Vorgehen lassen sich nach Eichinger und Hoffmann (2012-2013, S. 15) in der heutigen Zeit Hinweise auf körperliche Anzeichen von Burnout nachweisen. Weiter führen sie aus, dass diese neue Diagnosemöglichkeit die Bestimmung der Höhe der Stressbelastung der Zellen erlaube. Zudem könne ermittelt werden, wie gross die Fähigkeit der Zellen sei, Energie zu produzieren. Als weitere wichtige Diagnosetechnik empfiehlt Schmiedel (2010, S. 48) eine Vollblutanalyse, bei der das Blutserum und die -zellen auf Mineralstoffmängel untersucht werden. Solche Untersuchungen können heute ohne grossen Aufwand Hinweise auf individuelle Ursachen eines Burnouts liefern, wie Eichinger und Hoffmann (2012-2013, S. 15) festhalten.

### **2.5.3 Zusammenfassung**

Wie bereits bei der Auflistung der Symptome stellt sich bei der Erhebung der Diagnose eines Burnouts das Problem, dass keine einheitliche Definition vorhanden ist. Die Autoren und Autorinnen der bestehenden Fragebögen gingen deshalb gezwungenermassen von den bestehenden Konzepten aus, welche persönliches Empfinden und Erleben der Interviewten widerspiegeln, wie Hillert (2014, S. 21) kritisch anmerkt. Zudem seien die meisten Befragungen nicht wiederholt mit denselben Personen durchgeführt worden und somit könnten keine objektiven Rückschlüsse bezüglich Arbeitssituation und -belastung gemacht werden. Rösing (2003, S.70) betont, dass das MBI ein Instrument der Forschung und nicht eines zur Diagnosestellung sei.



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach dem heutigen Wissensstand keine eindeutige Diagnosetechnik besteht, auch wenn die modernen Labortests Hinweise auf ein Burnout liefern können. Der Weg zur Diagnose Burnout führt über das Verfahren der Ausschlussdiagnostik, das Einbeziehen persönlicher Risikofaktoren und die Betrachtung der individuellen Vergangenheit (Krautz, Schiebeck & Schülke, 2014, S. 38).

Aufgrund der nun ersichtlichen Relevanz von Ausschlussdiagnosen wird im Folgenden die Abgrenzung gegenüber den oben erwähnten Krankheitsbildern Depression, Neurasthenie und chronisches Müdigkeitssyndrom vorgenommen.

## **2.6 Abgrenzung gegenüber anderen Krankheitsbildern**

### **2.6.1 Allgemeine Abklärungen**

Da Burnout häufig mit körperlichen Beschwerden einhergeht, ist es sinnvoll, bestimmte Abklärungen vorzunehmen, um Krankheiten, wie beispielsweise Anämie, Hepatitis, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diabetes Mellitus oder auch eine Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse ausschließen zu können. Diese und noch andere Erkrankungen können Gründe für eine gravierende Erschöpfung oder depressive Verstimmung sein (Rümke, 2012, S. 75).

### **2.6.2 Depression**

Depressionen sind im ICD-10 unter affektiven Störungen zu finden. Unter dieser Gruppierung werden Störungen verstanden, die als Hauptsymptom eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität hin zur Depression oder zur Manie aufweisen (DIMDI, 2013). Unter Affektivität wird die Gefühlsansprechbarkeit eines Menschen gemeint (Dudenredaktion, 2010, S. 52). Ein weiteres Merkmal dieser Störungen ist, dass der Stimmungswechsel oft mit einer Veränderung des Aktivitätsniveaus einhergeht und dass sie meistens zu Rückfällen neigen. Weiter ist zu beachten, dass der Beginn einer Störungsepisode häufig mit einem belastenden Ereignis zusammenhängt (DIMDI, 2013). Weiter werden im ICD-10 die folgenden, für eine Depression typischen Symptome aufgeführt: Gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb sowie verminderte Aktivität, gehemmte Freude, herabgesetztes Interesse und reduzierte Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit nach kleinster Anstrengung, oft gestörter Schlaf, verminderter Appetit und meist beeinträchtigt Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (DIMDI, 2013).

Je nach Anzahl und Schweregrad der auftretenden Symptome wird eine Depression im ICD-10 in eine leichte, mittelschwere oder schwere depressive Episode eingeteilt. Bereits bei der leichten Form kommen Selbstvorwürfe und Gedanken über eigene Minderwertigkeit vor. Zudem verändert sich die gedrückte Stimmung von Tag zu Tag praktisch nicht und kann begleitet sein

von körperlichen Symptomen wie Gewichtsverlust auf Grund des geringen Appetits, Libidoverlust, Unruhe, Morgentief oder Früherwachen. Bei einer leichten Depression sind meistens zwei oder drei der oben erwähnten Symptome erkennbar, bei einer mittelschweren sind es bereits vier oder mehr und die Betroffenen haben meist grosse Mühe, den Alltag zu bewältigen. Bei einer schweren Depression treten mehrere der obigen Symptome quälend auf. Charakteristisch sind zudem der Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, sowie Suizidgedanken bis hin zum Suizid (DIMDI, 2013).

Die gerade beschriebene schwere Form von Depression geht ohne psychotische Symptome einher. Auf diejenige mit psychotischem Erleben, wie auch auf rezidivierende depressive Episoden wird hier nicht eingegangen. Erstere ist im ICD-10 unter F32.3 zu finden, letztere unter F33 (DIMDI, 2013).

Medizinische oder psychologische Fachpersonen, so Waadt und Acker (2013, S. 38), würden über klar definierte Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer Depression verfügen. Da diese Kriterien allgemein gültig seien, werde garantiert, dass unter der Diagnose Depression weltweit dasselbe Krankheitsbild verstanden werde – dies im Gegensatz zur Möglichkeit der Diagnosestellung von Burnout. Die Schwierigkeit, ein Burnout von einer Depression abzugrenzen, zeigt auch das auf Seite 13 beschriebene Stadium 11 des Burnout-Zyklus nach Freudenberger und North (1994). Gefühle der totalen Erschöpfung und Verzweiflung, aber auch Suizidgedanken können sowohl während eines Burnouts, als auch während einer Depression auftreten.

### **2.6.3 Neurasthenie**

Menschen, die an einer Neurasthenie leiden, klagen wie jene die an einem Burnout leiden, über starke Erschöpfung, so Benkert (2009, S. 133). Im Unterschied zum Burnout liege die Ursache bei einer Neurasthenie jedoch nicht in einer schweren Überbelastung. Derselbe Autor führt weiter aus, dass Überforderung und Schwäche Persönlichkeitsmerkmale dieser Personen seien. Bereits geringe intellektuelle Anstrengung würde eine Verminderung der Arbeitsleistung, emotionale Schwäche und körperliche Beschwerden auslösen.

### **2.6.4 Chronisches Müdigkeitssyndrom**

Die Symptome des chronischen Müdigkeitssyndroms – besser bekannt als chronic fatigue syndrome (CFS) – überschneiden sich teilweise mit jenen der oben erwähnten Neurasthenie. Das

chronische Müdigkeitssyndrom wird jedoch primär durch Dauerstress ausgelöst (Benkert, 2009, S.133-134). Das CFS tritt laut Benkert (2009) meist sehr plötzlich auf. Es besteht eine mindestens sechs Monate anhaltende beträchtliche Leistungseinbusse durch körperliche oder geistige Erschöpfung. Schlaf bringt kaum Erholung und Seh-, Denk- oder Konzentrationsstörungen können auftreten. Auffallend sei, dass keine Veränderungen der Laborparameter auftreten, auch wenn beispielsweise Infektionen oder Immundefekte als Auslöser diskutiert werden. Der Verlauf ist meist mehrjährig, eine Spontanheilung tritt nur selten auf (Pschyrembelredaktion, 2012, S. 1365). Rümke (2012, S. 76) betont, dass das CFS dem Burnout vor allem dann ähnlich sehe, wenn die körperliche Erschöpfung im Vordergrund stehe. Weiter führt er aus, dass für das chronische Müdigkeitssyndrom der Wechsel der Intensität der Erkrankung typisch sei. Es träten Phasen auf, während deren es der betroffenen Person gut gehe und andere, während deren sie fast nichts mehr könne. Ausserdem ist nach obigem Autor ein weiteres CFS-Merkmal die Anstrengungstoleranz. Dies bedeute, dass sich die Erschöpfung meist erst einen Tag nach der Anstrengung zeige und nicht unmittelbar danach.

### **2.6.5 Zusammenfassung**

Um eine Abgrenzung des Burnouts gegenüber anderen Krankheitsbildern vornehmen zu können, müssen die bereits bekannten drei Kernsymptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und negative Bewertung der eigenen Leistungen, wie auch der prozesshafte Verlauf der Chronifizierung herangezogen werden (Waadt & Acker, 2013, S. 31). Denn beispielsweise bei der Abgrenzung zur Depression, führt Rösing (2003, S. 78-81) an, dass sich die Symptome zwar überlappen, sich aber die Depersonalisation nur beim Burnout zeigen würde. Dem stellt Korczak (2014, S. 23) gegenüber, dass das Endstadium eines Burnouts praktisch nicht mehr vom Vollbild einer Depression zu unterscheiden sei. Burisch (2014, S. 256-257) stellt zur Abgrenzung von Burnout gegenüber Depression die nachfolgend aufgeführten Faustregeln auf.

1. Menschen, bei denen eine Depression diagnostiziert wird, leiden an Dingen, die nicht verändert oder rückgängig gemacht werden können. Aussenstehende können dieses Leiden oft nicht nachvollziehen, da auslösende Gründe, falls einer benannt werden kann, mit der Wirkung in keinem verständlichen Verhältnis stehen.

Burnout-Betroffene hingegen haben ein oder mehrere grundsätzlich lösbare und nachvollziehbare Probleme.

2. Handelt es sich bei den Auslösern überwiegend um innere Faktoren, können bei Burnout-Betroffenen „Glaubenssätze“ eruiert werden. Sind es mehrheitlich äussere Faktoren, bestehen bei ihnen oft Probleme am Arbeitsplatz. Arbeitsbedingungen wie der Füh-

ungsstil von Vorgesetzten, Mobbing oder sichtbare Arbeitsüberlastung können auslösende Gründe sein.

3. Die hauptsächlich auftretenden Emotionen bei Depressiven sind Melancholie und eine nicht enden wollende Trauer. Burnout-Betroffene verspüren Wut und Angst und kämpfen bis zum Zusammenbruch. Depressive kämpfen nicht.
4. Personen mit einem Burnout neigen zur Selbstüberschätzung, depressive Menschen unterschätzen sich und resignieren bereits bei kleinsten Anforderungen.

Trotz dieser Faustregeln zeigt sich, dass auch für die Differenzialdiagnostik lediglich der breite Symptomkatalog herangezogen werden kann und die Verbindung zu anderen Krankheiten nicht zufriedenstellend geklärt ist. Deshalb betont Burisch (2014, S. 231), dass eine gute Anamnese zur Diagnosestellung unerlässlich sei. Er führt folgende Fragen an, die zur Abklärung, ob ein Burnout vorliegt oder nicht, geklärt werden sollten:

- Welche Umwelteinflüsse könnten ausschlaggebend sein?
- Welche Bedürfnisse und Ziele einer Person sind unrealistisch und wirken deshalb frustrierend auf sie?
- Welche Fähigkeiten sind noch entwicklungsfähig?
- Welche Glaubenssätze und Denkmuster sind vorhanden und welche wirken sich negativ auf das Verhalten und Erleben aus?
- Welche Informationen fehlen?
- Wo lässt sich ein Stück Autonomie wieder gewinnen, wobei der Aufwand für Nutzen und Ertrag realistisch bleibt?

Diese Fragestellungen von Burisch (2014) zielen bereits auf das Eruiieren der Ursachen ab. Mögliche Ursachen und Risikofaktoren werden deshalb im nächsten Abschnitt ausführlicher behandelt.

## 2.7 Ursachen und Risikofaktoren

Da, wie eben beschrieben, eine eindeutige Diagnosestellung auf Grund des Fehlens einer anerkannten Definition nicht möglich ist, wird nun der Frage nachgegangen, ob sich eindeutige Ursachen für die Entstehung eines Burnouts festhalten lassen. In der Literatur werden die Ursachen grösstenteils in äussere, die Umwelt betreffende Faktoren und in innere Faktoren, welche die Persönlichkeit eines Menschen betreffen eingeteilt. Diese Differenzierung wird in den nächsten Abschnitten vorgenommen. Hinsichtlich der erkenntnisleitenden Fragestellung dieser Arbeit,

werden zusätzlich Risikofaktoren beschrieben, welche auf öffentlichen Sozialdiensten anzutreffen sind.

### 2.7.1 Äussere Faktoren

Äussere Ursachen sind meistens nicht beeinflussbar, da es sich um gegebene Umstände handelt. Hierzu gehört beispielsweise eine quantitativ, wie auch qualitativ hohe Arbeitsbelastung (Schmiedel, 2010, S. 62). Wenn sich die anfallende Arbeit der Steuerung der eigenen Kontrolle entzieht, besteht die Möglichkeit einer Burnout-Gefährdung. Weiter seien Konflikte im Team, wenige bis keine Rückmeldungen der Vorgesetzten, Einengung des eigenen Handlungsspielraums oder sehr monotone Arbeit begünstigende Faktoren für die Entwicklung eines Burnouts, wie Schmidt (2004, S. 41) beschreibt. Hinzu kommt, wie Karvounaki Marti (2014, S. 19) ausführt, dass in der heutigen Zeit der Trend der virtuellen Arbeitsformen immer stärker zunimmt, wodurch die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben flexibler gestaltet werden könne. Durch den technischen Fortschritt bestehe ausserdem die Möglichkeit von fast überall aus arbeiten zu können, was aber zur Folge habe, dass die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit zunehmend verschwimmen würde. Solche Arbeitsmöglichkeiten seien vor allem für Familienväter und -mütter günstig, da sich so die Betreuung der Kinder einfacher koordinieren lasse. Aus Attraktivitätsgründen passen Firmen ihre Arbeitsplätze vermehrt auf solche Bedürfnisse an und versuchen, so ihre Mitarbeitenden zu motivieren. Karvounaki Marti (2014, S. 19) weist hier darauf hin, dass die Chance der mobilen Arbeitsplätze jedoch auch Gefahren berge. So verwischen, wie bereits erwähnt, die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben, die sozialen Kontakte und der Austausch im Team gehen verloren und die Unterstützung von Vorgesetzten in schwierigen Situationen ist nicht mehr gegeben. Meistens nimmt auch der Druck zu, ständig erreichbar sein zu müssen (Karvounaki Marti, 2014, S. 19). Als Folge der ständigen Weiterentwicklung der elektronischen Kommunikation und der mobilen Arbeitsmöglichkeiten, büsst der Zusammenhalt in Familien und Freundeskreisen an Stellenwert ein und der Rückhalt von verlässlichen Strukturen geht verloren. Parallel dazu wächst die Welt international zusammen, wodurch der Konkurrenzdruck auf allen Ebenen steigt (Krautz et. al, 2014, S. 56-57). Alle diese Faktoren können die Gesundheit und das Wohlbefinden negativ beeinflussen und die Entstehung eines Burnouts begünstigen. Es zeigt sich, dass nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern auch der Wandel der Zeit Ursachen für die Entwicklung eines Burnouts sein können.

Da diese Arbeit die Ausarbeitung von Präventionsmöglichkeiten zum Ziel hat, welche die Entwicklung eines Burnouts bei Mitarbeitenden öffentlicher Sozialdienste verhindern sollen, wird im folgenden Abschnitt auf mögliche Risikofaktoren im eben erwähnten Arbeitssektor hingewiesen.

## 2.7.2 Risikofaktoren für Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im August 2014 eine Medienmitteilung herausgegeben, welche bestätigt, dass psychosoziale Risiken durch hohen Zeitdruck und hohe Arbeitsbelastung bedingt sein können. Weiter wird darin erläutert, dass Erwerbstätige, die vor allem Umgang mit Menschen pflegen – wie dies auf einem öffentlichen Sozialdienst der Fall ist – neben der hohen Arbeitsanforderung auch einer starken emotionalen Belastung ausgesetzt sind (BFS, 2014). Bäuerlen (2013, S. 21) betont jedoch, dass Interaktionen mit anderen Menschen nicht per se als belastend zu charakterisieren seien. Sie bestätigt aber auch, dass diese wechselseitigen Beziehungen Schwierigkeiten bergen können. So werde erwartet, dass Mitarbeitende ihrer Klientel gegenüber professionell auftreten, auch wenn sie beispielsweise persönlich angegriffen werden. Die bei solchen Angriffen nötige Unterdrückung eigener Gefühlsreaktionen, hält Bäuerlen (2014, S. 21) langfristig für eine starke emotionale Belastung. Somit verwundert es nicht, dass sich Personen, die diesen verschiedenen, hohen Ansprüchen gerecht werden müssen, deutlich häufiger das Gefühl emotionaler Erschöpfung äussern, was laut Bundesamt für Statistik als Burnout-Risiko betrachtet werden kann. Diese Ergebnisse stammen von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit (BFS, 2014). Bäuerlen (2013, S. 18) bestätigt zudem die obige Aussage des BFS, dass quantitative oder qualitative Überforderung als potentielle Belastungsfaktoren gesehen werden müssen. Dabei beschreibt sie erstere als zu hohe Arbeitsmenge für den vorhandenen Zeitraum, was zu Zeitnot führe. Letztere trete auf, wenn die Fähigkeiten der ausführenden Person durch die Komplexität der Aufgabenstellungen und Anforderungen überstiegen würden und zudem keine klaren Arbeitsanweisungen vorlägen oder widersprüchliche Erwartungen beständen. Die Thematik der Arbeitsüberlastung wurde im Juli 2013 sogar in der Berner Zeitung aufgenommen. Dies nachdem der Leiter eines öffentlichen Sozialdienstes einen Brief an die Klienten und Klientinnen mit der Mitteilung verfasste, dass die Gespräche gekürzt und seltener stattfinden würden. Grund sei die steigende Fallzahl pro Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (Reichen, 2013). Ausserdem bestätigt ein Artikel von Vérena Keller (2004) in Bezug auf die Resultate einer Studie über Arbeitsbelastung in der Sozialen Arbeit, durchgeführt durch die Schule für Soziale Arbeit Lausanne, dass die Arbeit der Sozialarbeitenden öffentlicher Sozialdienste wenig bekannt und schlecht anerkannt sei. Dies sei nicht fördernd für Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Ein weiterer Aspekt, der ein Burnout begünstigen könnte, ist, dass die meisten Sozialarbeitenden öffentlicher Sozialdienste alleine in einem Büro arbeiten und dadurch vermehrt zu Einzelkämpfenden werden. Die Tatsache, dass deswegen der Rückhalt im Team grösstenteils verloren geht, wird im obigen Abschnitt von Karvounaki Marti (2014, S. 19) bereits angeführt. Neben der administrativen Arbeit und der hohen Fallbelastung kommen das häufige Beantworten von Telefonanrufen und das Reagieren auf unerwartete Situationen als belastende Faktoren

hinzu, wie die Autorin dieser Arbeit aus eigener Erfahrung weiss.

Irmhild Poulsen (2009, S. 17-19) hat während Workshops Fachkräfte der Sozialen Arbeit nach Ursachen von Burnout befragt. Einige der erwähnten Ursachen können aus Sicht der Autorin dieser Bachelorthesis auf die Arbeitsbedingungen öffentlicher Sozialdienste zutreffen: Beispielsweise hoher Erfolgsdruck, Kontakt mit meist problembelasteter Klientel, mangelnde Reflexion/Supervision, fehlender Austausch im Team, wenig Feedback, Überforderung, Überstunden und etliche mehr können energiezehrende Faktoren der Arbeit auf einem öffentlichen Sozialdienst sein. Weiter führt Poulsen (2009, S. 17-19) aus, dass einige Teilnehmende von einer lähmenden Ohnmacht aufgrund dieser Ursachen gesprochen hätten. Sie geht davon aus, dass diese Ohnmacht subjektiv wahrgenommen werde und burnoutgefährdend sein könne, falls die eigenen Reflexions- und Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt seien.

### **2.7.3 Innere Faktoren**

Bei der Betrachtung der inneren Faktoren steht die Persönlichkeit eines Menschen im Mittelpunkt. Ob sich ein Burnout entwickelt oder nicht, hängt stark mit der persönlichen Belastbarkeit, inneren Ängsten und Wünschen und nicht zuletzt mit der Persönlichkeitsstruktur zusammen, so Elsässer und Sauer (2013, S. 21-22). So wie die Belastungsgrenze jeder Person verschieden hoch ist, variieren auch die Strategien, mit Belastung umzugehen und Ausgleich zu schaffen. Ehrgeizige, perfektionistisch veranlagte Menschen haben einen hohen Leistungsanspruch an sich selbst. Dies hat jedoch oft zur Folge, dass sie unter Versagensängsten leiden, da sie mit Kritik nicht umgehen können und Angst haben, Erwartungen nicht erfüllen zu können. Unrealistisch gesteckte Ziele ziehen einen Energieverlust nach sich, der zu einem Burnout führen kann (Elsässer & Sauer, 2013, S. 21-22). Krautz et al. (2014, S. 60-61) beschreiben Personen mit Gefährdungspotential zudem als Menschen, die sich über das Lob anderer definieren; als solche, die nicht nein sagen können und sehr harmoniebedürftig sind; als Personen mit ausgeprägten Idealvorstellungen, die nur der Arbeit Bedeutung zugestehen und als solche, die die Zeit schlecht einteilen können und pendente Aufträge vor sich herschieben, die aber trotzdem nicht delegieren können, da sie nur sich selbst trauen. Sie beschreiben sie auch als Menschen mit geringem Selbstwertgefühl, die sich oft hilflos fühlen und eine fixe Vorstellung haben, wie die Welt sein sollte. Dieselben Autoren betonen, dass im Einzelnen meist nicht geklärt werden kann, ob diese Persönlichkeitsfaktoren nun genetisch bedingt sind, oder vom persönlichen Sozialisationsprozess geprägt wurden. Ähnliche Schlagwörter, wie Labilität, Hilflosigkeit, Ängstlichkeit, mangelnde Selbstachtung oder ausgeprägtes Bedürfnis nach Erfolg und Bestätigung verwendet auch Burisch (2006, S. 201-202) zur Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen, die die

Entwicklung eines Burnouts prädestinieren können. Gleichzeitig betont er jedoch, dass die typische Burnout-Persönlichkeit wahrscheinlich nicht existiere (ebd., S. 199). Den Aspekt, dass burnoutgefährdete Menschen in ihrer Arbeit voll und ganz aufgehen und in ihr den Sinn ihres Lebens sehen, jedoch enttäuscht werden, bringt Pines (1993, S. 41) mit der folgenden Aussage auf den Punkt:

In order to burn out, one has first to be 'on fire'. A person with no such initial motivation can experience [sic] stress, alienation, depression, an existential [sic] crisis, or fatigue, but not burnout (zit. nach Rösing, 2003, S. 109).

Diese Annahme hält sich bis heute. Rösing (2003, S. 109) allerdings weist darauf hin, dass die Situation nicht so einfach und einheitlich sei, wie die eben zitierte Textstelle annehmen lässt. Die Autorin beantwortet die Frage, ob nur Menschen ausbrennen, die „gebrannt“ haben mit der Vermutung, dass nicht die eigenen hohen Erwartungen ursächlich für eine Burnout-Entwicklung sind, sondern unrealistische Erwartungen (ebd., S. 110).

#### **2.7.4 Zusammenfassung**

Somit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass auf der Suche nach eindeutigen Ursachen und Risikofaktoren das Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren berücksichtigt werden muss und dadurch keine einzelnen Gründe für die Entstehung eines Burnouts genannt werden können. Die Ursachen sind personen- und situationsabhängig und folglich individuell und nicht generalisierbar, wie Elsässer und Sauer (2013, S. 22) erläutern.

Des Weiteren zeigt sich, dass die Arbeitsbedingungen auf einem öffentlichen Sozialdienst durchaus als Burnout gefährdend angesehen werden können und dass es sinnvoll wäre, wenn Burnout im Team und der Organisation thematisiert werden würde. Aus Sicht der Autorin kann hier angefügt werden, dass während des Studiums im Fachgebiet Soziale Arbeit zwar Burnout und Burnout-Prävention oder Stress und Copingstrategien thematisierende Fächer angeboten werden. Diese gehören jedoch nicht zu den Pflichtfächern, weshalb lange nicht alle Studierenden zum Thema Burnout sensibilisiert werden. Dies, obwohl laut Krautz et al. (2014, S. 66-67) Studien zum Thema Burnout und Stress unter Studierenden erschreckende Tendenzen annehmen. So werde das Studium von 58 Prozent der Studierenden als belastender Lebensbereich empfunden (Meier S. et al., 2007, zit. nach Krautz et al., 2014, S. 67) und 25 Prozent würden Phasen tiefster Verzweiflung durchleben. Zudem seien 75 Prozent unruhig und nervös (TK/Forsa, 2012, zit. nach Krautz et al., 2014, S. 67). Auch Lalouschek und Hauck (2014, S. 18)



sind der Meinung, dass die Thematisierung von Burnout bereits im Studium essentiell wäre um Studierende hinsichtlich ihrer Selbstsorge zu sensibilisieren.

Nicht nur Persönlichkeitsfaktoren, sondern auch Umweltfaktoren haben einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Entstehung eines Burnouts. Extreme Lebensumstände können wohl auch die stabilste Persönlichkeit mit der Zeit zermürben und aus dem inneren Gleichgewicht bringen (Burisch, 2006, S. 198). Solche Lebensumstände nennen Krautz et al. (2014, S. 59) Situationsfaktoren, die zeitlich zusammenkommen können. Jede Begebenheit an sich wäre noch kein Grund zur Überforderung, mehrere zusammen führen jedoch zu einem gewaltigen Druck, der Mitverursacher eines Burnouts sein könne. Das Zusammenspiel mehrerer aufeinandertreffender Situationsfaktoren, prädestinierender Persönlichkeitsfaktoren und bestimmter Umweltfaktoren könne somit zu der Entwicklung eines Burnouts führen, so die Autoren.

## 2.8 Therapie

Nachdem nun bekannt ist, dass weder eine einheitliche Definition von Burnout besteht, noch die Symptome und Ursachen eindeutig belegt sind, geht dieser Abschnitt auf die Fülle der Therapieangebote für Burnout-Betroffene ein. Dabei hebt Korczack (2014, S. 24) hervor, dass bis heute nur eine geringe Anzahl qualifizierter Studien über die Therapie von Burnout gemacht wurden und deshalb Aussagen über die Wirkung nicht allgemein gültig seien. Weiter führt er aus, dass es keine allumfassende Burnout-Therapie gäbe und sich der jeweilige Ansatz immer an der Diagnose orientieren sollte (ebd. S. 23). Im Falle eines fortgeschrittenen Burnouts könne eine Therapie oft nicht ohne anfängliche Behandlung mit Psychopharmaka durchgeführt werden und zudem müssten die auslösenden Faktoren als erstes beseitigt werden, ergänzen Porta und Hlatky (2009, S. 126-129).

Da die Vielfalt an denkbaren Therapien sehr gross ist, werden in dieser Arbeit folgende Ansätze aufgegriffen: Einerseits die medikamentöse Therapie und andererseits die kognitive Verhaltenstherapie und die Transaktionsanalyse als Vertreter der Psychotherapie. Zudem wird das Thema Ernährung angesprochen. Die erwähnten therapeutischen Möglichkeiten werden nicht vertieft erläutert, da dies den Rahmen der Arbeit übersteigen würde. Die Ausführungen sollen jedoch einen Überblick verschaffen, wie ein Burnout beispielsweise angegangen werden könnte.

### 2.8.1 Medikamentöse Therapie

Wie bereits erwähnt, ist der Einsatz von Medikamenten meistens im Endstadium eines Burnouts angezeigt, wobei zu beachten ist, dass die Verschreibung und Dosierung in die Hände einer Fachperson gehören (Krautz et al., 2014, S. 161). Psychopharmaka können vorübergehend dazu dienen, Symptome wie Müdigkeit, Erschöpfung oder Schlaflosigkeit zu regulieren (Korc Zack, 2014, S. 24). Laut Hillert (2014, S. 46-47) entsteht durch die Einnahme von Antidepressiva keine Abhängigkeit. Sie besitzen jedoch eine stark müde machende Nebenwirkung, weshalb sie auch oft bei Schlaflosigkeit zum Einsatz kommen. Damit sich die antidepressive Wirkung entfalten könne, müssten diese Medikamente in genügender Dosis und über mindestens zwei Wochen eingenommen werden. Je nach Krankheitsverlauf sei sogar eine langfristige Einnahme sinnvoll. Im Gegenzug sollte in früheren Burnout-Phasen auf die Einnahme reiner Schlafmittel verzichtet werden, wie Krautz et al. (2014, S. 161) ergänzen, da die heute am häufigsten eingenommenen, sogenannten Benzodiazepine, wie beispielsweise Valium oder Dormicum, zwar schnell wirken, jedoch ein hohes Abhängigkeitspotenzial bergen (Hillert, 2014, S. 46).

Unterstützend zu den Psychopharmaka können pflanzliche Substanzen wie etwa Koreanischer Ginseng, Süßholz oder Rosenwurz eingesetzt werden. Durch die Einnahme dieser breit und unspezifisch wirksamen Phytotherapeutika wird nach Korc Zack (2014, S. 24) die Widerstandskraft gegen chemische, physische und biologische Stressoren erhöht. Derselbe Autor führt jedoch an, dass über den Einsatz von Phytotherapie bei Burnout kaum Berichte vorhanden seien.

### 2.8.2 Psychotherapeutische Ansätze

Da, wie oben erwähnt, *die* Burnout-Therapie nicht existiert, ist für Betroffene wichtig, dass jene Therapie gefunden wird, welche zur individuellen Situation passt. Aus diesem Grund ist möglicherweise eine Mischung verschiedener Ansätze hilfreich (Krautz et al., 2014, S. 155), denn Psychotherapie sei schlussendlich nur dann wirksam, wenn die individuelle Problematik der Betroffenen verändert werden könne, so Hillert (2014, S. 48). Um subjektive Themen bearbeiten zu können, benötigen Betroffene einen Therapeuten oder eine Therapeutin, mit Abstand zu den emotionalen Bezügen und Abhängigkeiten. Wie Krautz et al. (2014, S. 153) treffend formuliert haben: „Distanz schafft Erkennen.“ Diese Aussage zeigt auf, dass der Gang zu einem Therapeuten oder einer Therapeutin für Burnout-Betroffene sinnvoll ist, da das soziale Umfeld einer Person Teil des Systems ist und für eine objektive Hilfestellung zu nahe steht (ebd. S. 153).

Die kognitive Verhaltenstherapie und die Transaktionsanalyse, welche nachfolgend ausgeführt werden, setzen bei der eben angesprochenen subjektiven Problematik an.

### **2.8.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**

Burisch (2014, S. 262-263) erachtet die KVT bei Burnout-Betroffenen als sinnvoll, da diese Menschen an ihren unrealistischen Ansprüchen festhalten und an ihrer fixen Weltanschauung zu scheitern drohen. Die KVT geht davon aus, dass innere oder äussere Vorkommnisse von einem Bewertungssystem verarbeitet werden und nicht direkt zu emotionalen Reaktionen oder Verhaltensreflexen führen. Ob also ein bestimmtes Gefühl oder ein bestimmtes Verhalten andauert, auch wenn das Ereignis längst vorüber ist, hängt davon ab, wie dieses Gefühl oder Verhalten in einer Person verankert ist. KV-Therapeuten und Therapeutinnen versuchen solche unbewusst ablaufende Gedanken bewusst zu machen und zusammen mit der ratsuchenden Person herauszufinden, ob diese Gedanken und Einstellungen angemessen sind oder ob Alternativen dazu bestehen. Ziel der KVT sei, die subjektive Weltanschauung eines Menschen zu untersuchen und gegebenenfalls zu verändern wie Krautz et al. (2014, S. 157) ausführen.

Gemäss Korczack (2014, S. 24) ist KVT dann erfolgversprechend, wenn verankerte Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber der Arbeit verändert und neue Copingstrategien in Zusammenhang mit Stressoren am Arbeitsplatz erlernt werden sollen. Er führt weiter aus, dass Studien aufzeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie positiven Einfluss auf den Grad der emotionalen Erschöpfung haben könne, vor allem dann, wenn sie mit Entspannungs- und Physiotherapie kombiniert werde.

Bei sehr reflektierten Burnout-Betroffenen kann es sein, dass ihnen mit der Überprüfung ihrer Gefühls- und Verhaltensmuster nicht weit geholfen werden kann. KVT könnte dort jedoch helfen, bereits vorhandene Einsichten umzusetzen (Burisch, 2014, S. 263). Zudem ist zu erwähnen, dass von Betroffenen eine hohe Einsatzbereitschaft gefordert wird, damit eine Verhaltenstherapie erfolgreich sein kann. Oft erhalten Betroffene Aufgabenstellungen, die sie zwischen den Therapiesitzungen zur Selbstreflexion und Verhaltensänderung anregen sollen (Krautz et al., 2014, S. 157).

### **2.8.2.2 Transaktionsanalyse (TA)**

Die TA wird von Burisch (2014, S. 263) als mögliche Burnout-Therapie aufgeführt. Die bekanntesten Aspekte der Transaktionsanalyse seien die Analyse von Kommunikationsverläufen (Ich-Zustands-Diagnosen), das Modell der Grundeinstellungen, die Spielanalyse und die Skriptanalyse. Bei der Beobachtung von Kommunikationsverläufen wird in struktureller und/oder funktionaler Hinsicht analysiert, aus welchem Ich-Zustand (Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich, Kind-Ich) ein

Stimulus gesendet wird und welcher Ich-Zustand beim Gegenüber damit angesprochen wird (Stewart & Joines, 2009, S. 33-95). Beim Modell der Grundeinstellungen geht es um die Haltung, die eine Person sich selbst und einer anderen Person gegenüber einnimmt. Es werden demnach vier Grundeinstellungen unterschieden: Ich bin ok, du bist ok (+/+); ich bin ok, du bist nicht ok (+/-); ich bin nicht ok, du bist ok (-/+); ich bin nicht ok, du bist nicht ok (-/-) (ebd., S. 177-184). Bei der Skriptanalyse werden dysfunktionale Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster (sogenannte Skripts) aufgelöst (Burisch, 2014, S. 263). Charakteristisch für die TA ist nach Burisch (2014, S. 263), dass zwischen dem Klienten oder der Klientin und dem Therapeuten oder der Therapeutin Therapieziele ausgehandelt werden (Vertragsorientiertheit). Im Vertrag regeln die ratsuchende und die beratende Person in Bezug auf den angestrebten Prozess die Zuständigkeiten, um die Zielerreichung abzusichern. Die vertraglichen Abmachungen sollen die Ebenbürtigkeit zwischen der ratsuchenden und der beratenden Person akzentuieren. Dieser Akzent soll beim Klienten oder bei der Klientin den Willen stärken, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen (ebd., S. 263).

Burisch (2014, S. 263) erachtet den Einsatz der TA bei Burnout-Betroffenen als sinnvoll, da die, durch die Grundprobleme dieser Menschen bestehenden Trübungen und Engpässe, wie etwa die Selbstabwertung, die unrealistischen Ansprüche oder die gestörten sozialen Beziehungen, wirkungsvoll bearbeitet werden können. Ausserdem betont er, dass transaktionsanalytische Beratung Wert auf gut verständliche, alltagssprachliche Wendungen legt, um von den Hilfesuchenden eingepreßt zu werden. Obiger Autor bezieht sich hinsichtlich der TA zudem auf das Konzept der „Antreiber“. Die berühmtesten Antreiber sind laut Burisch (2014, S. 223) „‘Sei perfekt!’, ‘Streng Dich an!’, ‘Beeil Dich!’, ‘Sei stark!’ und ‘Mach’s den anderen recht!’“. Bei den Antreibern handelt es sich um verinnerlichte „elterliche“ Anweisungen, die das Verhalten, Denken und Fühlen prägen. Mittels transaktionsanalytischer Beratung können situationsspezifisch dysfunktionale Antreiber erkannt und abgeschwächt werden. Weiter betont Burisch (2014, S. 224), dass die Lebensfreude der meisten Burnout-Betroffenen durch mindestens einen dieser verinnerlichten Glaubenssätze stark eingeschränkt werde. Da die Antreiber bereits während der Kindheit, meistens durch die Erziehung der Eltern oder den Einfluss anderer wichtiger Bezugspersonen, erlernt werden, seien sie deshalb langlebige Automatismen, die nicht von heute auf morgen aufgehoben werden können. Diese Antreiber- oder auch Glaubenssätze haben jeweils einerseits eine Bedeutung und können andererseits in Zugeständnisse umgewandelt werden.

Auf die Zugeständnisse oder Erlaubnisse wird im fünften Kapitel dieser Arbeit, welches Präventionsmöglichkeiten aufzeigt, noch Bezug genommen. Auf eine vertiefte Auseinandersetzung mit

der Bedeutung der Antreiber und anderen, oben erwähnten Elementen der Transaktionsanalyse, wird in dieser Arbeit verzichtet, da dies den Rahmen übersteigen würde.

### **2.8.3 Ernährung**

In der Literatur über Burnout wird kaum auf die Einflüsse eingegangen, die die Ernährung auf den Energiehaushalt einer Person und somit zumindest indirekt auch auf die Entstehung eines Burnouts haben kann. Diese Feststellung von Schmiedel (2010, S. 34) deckt sich mit der für diese Arbeit geführten Literaturrecherche. Trotzdem wird das Thema Ernährung hier aufgenommen, da bereits im Teil über den prozesshaften Verlauf eines Burnouts das Problem ungesunder Ernährung bei Burnout-Betroffenen und das damit zusammenhängende Auftreten von Nährstoffmangel, wie beispielsweise Magnesium-, Kalium-, Zink-, Vitamin B<sub>6</sub>-, Vitamin B<sub>12</sub>- oder Eisenmangel, angesprochen wurde. Schmiedel (2010, S. 46) betont in diesem Zusammenhang, dass bestimmte Krankheiten auf Grund von verminderter Aufnahme oder erhöhtem Verbrauch lebenswichtiger Nährstoffe, zu Mangelerscheinungen führen können. Weiter führt er aus, dass ein Burnout vorprogrammiert sei, wenn ein Mangel an mehreren Stoffen vorliege, da die gewohnten Leistungen nicht mehr erbracht werden könnten. Für die Therapie eines Burnouts bedeutet dies, dass bereits bei der Diagnosestellung Nährstoffmängel aufgedeckt und mögliche auslösende Krankheiten erkannt werden müssen. Die Ernährung kann dann angepasst und die Energiespeicher gegebenenfalls mit Hilfe von entsprechenden Präparaten wieder aufgefüllt werden.

### **2.8.4 Zusammenfassung**

Auch wenn kein allgemein gültiger Therapieansatz genannt werden kann, so darf nach Korczack (2014, S. 25) trotzdem davon ausgegangen werden, dass ein Burnout grundsätzlich therapierbar ist. Dabei ist wichtig, dass die Ursachen, die die Symptome eines Burnouts ausgelöst haben, differenziert betrachtet werden und sich die Therapie danach richtet. Damit die Therapie erfolgreich ist, müssen ebenfalls die Bedingungen am Arbeitsplatz angegangen werden, da sonst der ganze Aufwand umsonst sein werde, wie obiger Autor ergänzend anführt. Was laut Burisch (2014, S. 260) zudem wesentlich ist, ist das stimmige Verhältnis zwischen dem Therapeuten oder der Therapeutin und der betroffenen Person. Hilfesuchende müssen sich im Klaren sein, dass die erste Therapie möglicherweise nicht unmittelbar die richtige ist. Sie sollten sich somit auch die Freiheit herausnehmen, eine Therapie nach einigen Sitzungen abubrechen, um sich eine geeignete zu suchen (ebd., S. 265).

Die oben angesprochenen Therapieansätze beziehen sich auf bereits fortgeschrittene Burnout-Stadien, aus denen Betroffene meistens nicht mehr aus eigener Kraft herausfinden. Wie Burnout-Prävention aussehen könnte, wird im fünften Kapitel dieser Arbeit erläutert. Dabei wird der Fokus auf Präventionsmöglichkeiten im Bereich der sozialen Arbeit, speziell auf öffentlichen Sozialdiensten, gelegt. Im Folgenden wird nun beschrieben, wie zahlreich ein Burnout in der heutigen Zeit vorkommt und ob zur Häufigkeit genaue Zahlen vorliegen. Abgeschlossen wird dieses zweite Kapitel mit einer kritischen Betrachtung des Burnouts und der bis heute anhaltenden Tabuisierung des Themas.

## **2.9 Häufigkeit**

Im Abschnitt über die Ursachen und Risikofaktoren wird bei den äusseren Faktoren, die ein Burnout begünstigen können, beschrieben, dass durch das globale Zusammenwachsen der Welt der Konkurrenzkampf steigt und dass Halt gebende Strukturen wie Familie oder Freundeskreise ihren Stellenwert verlieren. Diese Entwicklung fördert das Entstehen von Burnout. Deshalb es nicht verwunderlich ist, dass Lalouschek und Hauck (2014, S. 17) festhalten, dass Burnout in der heutigen Arbeitswelt eine massive Problematik darstellt. Sie äussern weiter, dass davon ausgegangen werden kann, dass bei sechs bis sieben Prozent aller Arbeitnehmenden deutliche Burnout-Symptome zu erkennen seien. Ausserdem könne bei Risikogruppen der Anteil 20 Prozent und mehr ausmachen. Unter den Risikogruppen verstehen Lalouschek und Hauck (2014, S. 17) beispielsweise medizinische und soziale oder auch service- und leistungsorientierte Berufsgruppen. Dazu ergänzt Korczak (2014, S. 23), dass eine repräsentative Studie von 2011 in Deutschland ergeben habe, dass bei 1,9 Millionen Menschen ab 14 Jahren bereits einmal ein Burnout diagnostiziert worden sei. In diesem Zusammenhang betont Burisch (2014, S. 240), dass Zahlen, die das Burnout-Vorkommen repräsentieren, mit Vorsicht zu betrachten seien. Er führt jedoch weiter aus, dass zwei Studien der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK, Nürnberg) von 2007 und 2011 ergeben haben, dass der Prozentsatz der Befragten, die sich ausgebrannt fühlen, von 10,5 Prozent auf 7,7 Prozent zurückgegangen sei. Burisch (2014, S. 240) erklärt diesen Rückgang damit, dass die Bevölkerung das Wort Burnout aufgrund der Medienpräsenz nicht mehr hören könne.

### **2.9.1 Zusammenfassung**

Aufgrund der obigen Ausführungen wird ersichtlich, dass keine verlässlichen Zahlen zur Häufigkeit von Burnout vorhanden sind. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass jedes Burnout einen individuellen Verlauf hat und somit schwierig zu diagnostizieren ist, und anderer-

seits darauf, dass Burnout im ICD-10 nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgeführt ist. Somit besteht die Möglichkeit, dass ein Burnout unter einer anderen Diagnose erfasst wird und Statistiken dadurch verfälscht werden. Elsässer und Sauer (2013, S. 23) bestätigen diese Überlegungen mit der Aussage, dass es schwierig sei, zuverlässige Auskunft über die Anzahl von Burnout-Fällen zu erhalten, da in anerkannten Studien Burnout meist nicht vorkomme.

Die Aussage, dass keine gesicherten Angaben gemacht werden können, zieht sich wie ein roter Faden durch das entstandene Bild von Burnout: Eine einheitliche Definition existiert bis anhin nicht. Die Symptome sind sehr vielfältig und individuell, wie auch die Entstehung und der Verlauf. Bei der Diagnosestellung besteht das Problem, dass Burnout kein anerkanntes Krankheitsbild ist. Die Ursachen und Risikofaktoren sind erneut sehr individuell, was wiederum die Notwendigkeit einer individuell angepassten Therapie nach sich zieht.

Hinsichtlich dieser Erkenntnis erstaunt es nicht, dass Burnout auch kritisch betrachtet und diskutiert wird. In den letzten Abschnitten dieses Kapitels werden deshalb zum einen Aussagen von eher kritisch eingestellten Autoren aufgegriffen und zum anderen wird auf die Tabuisierung des Themas eingegangen.

## **2.10 Kritische Betrachtung**

Wie eben erwähnt, beginnt die Unschärfe bezüglich Burnout bereits bei den unzähligen vorhandenen Definitionsversuchen. Burisch (2014) betrachtet diese kritisch und wirft beispielsweise die Frage auf, ob es ausreiche, Erschöpfung als Kernsymptom für die Diagnose anzuführen oder ob noch Begleitsymptome vorhanden sein müssten. Zudem ist auch fraglich, weshalb nur Bezug auf die Arbeit genommen wird, wo auch bei Arbeitslosen ein Burnout beobachtet werden kann, wie die Studie von Jahoda und Lazarsfeld in den frühen 1930er Jahren bereits ziemlich detailliert festhält, auch wenn der Begriff Burnout als solcher damals noch nicht verwendet wurde (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975; zit. nach Kypta, 2006, S. 41). Rösing (2003, S. 208-214) kritisiert hauptsächlich das Vorgehen der Forschung zum Thema Burnout. Dies nicht nur hinsichtlich der Berufsbezogenheit, wie eben ausgeführt, sondern auch bezüglich der Transkulturalität. Sie führt dazu aus, dass das Symptom der emotionalen Erschöpfung in allen Kulturen vorkommen könne und somit auch transkulturell untersuchbar wäre. Die Depersonalisation jedoch setze eine bestimmte Vorstellung von persönlicher, zweisamkeitsorientierter Grundhaltung voraus. Laut obiger Autorin könne allerdings nicht angenommen werden, dass diese Grundhaltung in allen Kulturen vorhanden sei. Das dritte Hauptsymptom eines Burnouts, das reduzierte leistungsbezogene Selbstwertgefühl, setze das Bewusstsein eines „Selbst“ und ein auf sich bezogenes Leistungsdenken voraus. Somit könne auch diese Komponente nicht transkulturell

untersucht werden, da das Selbstwertgefühl in anderen Kulturen eine völlig andere Bedeutung haben könne und das Leistungsdenken charakteristisch für die westliche Kultur sei. Rösing (2003) kommt zum Schluss, dass Burnout für transkulturelle Untersuchungen nicht sehr geeignet sei, da es stark berufsbezogen sei und zwei der drei Hauptsymptome nicht in allen Kulturen anzutreffen seien. Durch diese auf die westliche Kultur bezogene Definition schränke sich die Burnout-Forschung selbst ein, wie sie weiter anfügt. Burisch (2014, S. 253-255) nimmt weniger die Kritik an der Forschung auf, sondern verschafft einen Überblick über Aussagen von Burnout-Kritikern. Um die Jahrtausendwende hätten viele grosse Magazine das Thema aufgegriffen, da Burnout ein ernstzunehmendes Problem sei, wofür es keine rasche Lösung gäbe. Nachdem jede noch so unbedeutende Zeitschrift über Burnout geschrieben habe, führt er weiter aus, habe 2011 das Deutsche Ärzteblatt Burnout als Modediagnose betitelt, wodurch angenommen werden kann, dass eine Trendwende in der Wahrnehmung des Burnouts stattgefunden hat. Hillert (2014, S. 11) bestätigt diese Tendenz, führt jedoch an, dass das Thema Burnout in der Gesellschaft weiterhin sehr aktuell sei. Zudem könne aufgrund der breiten Diskussion in der Literatur Überlastungserleben unter dem Begriff Burnout vergleichsweise offen diskutiert werden.

Professor Dr. med. Ulrich Hegerl, Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie an der Universität Leipzig, ist der Meinung, dass Burnout eine besser klingende Ausweichdiagnose für eine schwere Depression oder eine alltägliche Erschöpfung durch Überbelastung sei (Bielmeier, Mattner & Gross, 2012). Menschen, die besonders viel leisten, die besser sein wollen als andere, die letztlich über ihre eigenen Ideale stolpern, können von Burnout betroffen sein. Das Bild des scheiternden Überfliegers werde im 21. Jahrhundert positiv konnotiert, wie Bielmeier et al. (2012) weiter ausführen. Diese Vorstellung werde mit Ehrgeiz, Fleiss und Erfolg assoziiert, weshalb eine Erkrankung aufgrund der Jagd nach diesen Zielen fast schon nobel erscheine. Hegerl ergänzt, dass ein Burnout als glamouröser angesehen werde als eine Depression (Bielmeier et al. 2012). Für die Arbeitspsychologin Professor Dr. Gisela Mohr vom Institut für Psychologie der Universität Leipzig ist ein Burnout eine ernstzunehmende Krankheit, wie Bielmeier et al. (2012) festhalten. Mohr sehe die Veränderung der Arbeitswelt der letzten zehn Jahre als Ursache von Burnout. Die ständigen Umstrukturierungen und die unbeständigen Beschäftigungsverhältnisse brächten viel Unsicherheit mit sich.

Bielmeier et al. (2012) kommen zum Schluss, dass die Debatte um Burnout – Modediagnose oder ernstzunehmende Erkrankung – aufzeige, wie schnell sich der gesellschaftliche Trend ändern könne.



Trotz der gesellschaftlichen Thematisierung von Burnout und möglicherweise wegen der erfolgten Trendwende, erleben Betroffene bis heute Stigmatisierung, wie im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

## 2.11 Tabuthema Burnout

Nach Krypta (2006, S. 28-30) wird einerseits viel über Burnout geschrieben und andererseits gelten Menschen, welche ein Burnout erleiden auch nach ihrer Genesung als nicht leistungsfähige Persönlichkeiten. Sie betont, dass Betroffene gut daran täten, nicht über Müdigkeit und Erschöpfung zu sprechen, weil ihnen sonst die Entlassung drohe. Die Symptome Müdigkeit und Erschöpfung würden in mitteleuropäischen Kulturkreisen ins Privatleben geschoben, da sie persönliche Schwächen darstellen, wie die Autorin weiter ausführt. Die mangelnde Fehlertoleranz sei der Grund für die Tabuisierung des Burnouts. Diesbezüglich ergänzt Burisch (2014, S. 232), dass Burnout nicht zwingend mit einer psychischen Erkrankung gleichzustellen sei und Poulsen (2009, S. 23) fügt an, dass die Sichtweise, Burnout mit persönlichem Versagen gleichzusetzen, dringend verändert werden müsse.

Sich eingestehen zu können, dass etwas nicht in Ordnung ist, scheint, wie eben beschrieben, für viele Menschen schwierig zu sein. Möglicherweise aus Angst vor Stigmatisierung, da Burnout bis heute trotz aller Publikationen ein Tabuthema zu sein scheint. Diese Annahme bestätigte sich der Autorin während des Schreibens dieser Arbeit. Ursprünglich war geplant, ein Interview mit einer Person zu führen, die ein Burnout während der Anstellung auf einem öffentlichen Sozialdienst erlitten hat. Aus diesem Grund nahm die Autorin mit mehreren Betroffenen Kontakt auf und fragte die Personen an, ob sie bereit wären, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Diese Schilderungen hätten dann mit der Theorie verglichen und diskutiert werden sollen. Erstaunlich war, dass zwar alle Angefragten die Thematisierung in der Arbeit gut und sinnvoll fanden, dass sich schlussendlich jedoch niemand zu einem Interview bereit erklärte. Als Gründe gaben die Angefragten unter anderem an, dass sie ein erneutes Eintauchen in die Thematik vermeiden möchten oder dass sie Angst hätten, dass durch Aussagen Rückschlüsse auf ihre Person gemacht werden und dies negative Auswirkungen auf ihre berufliche Zukunft haben könne. Die Tabuisierung von Burnout ist demnach trotz öffentlicher Diskussion in Printmedien und Fernsehen in der Arbeitswelt immer noch sehr hoch.

Im Kapitel über die Burnout-Prävention wird dieses Thema nochmals aufgegriffen.

## 2.12 Fazit

In der Einleitung dieser Arbeit wird die Fragestellung aufgeworfen, welche Präventionsmöglichkeiten auf öffentlichen Sozialdiensten angewandt werden können, um ein Burnout zu vermeiden. Um eine Vorstellung zu erhalten, worum es sich bei einem Burnout handelt, wurde der Gegenstand in diesem Kapitel einer vertieften Betrachtung unterzogen. Wie bereits erwähnt, zieht sich eine gewisse Unschärfe wie ein roter Faden durch das Thema Burnout. Trotzdem bildet sich die gesellschaftliche Relevanz in seiner Thematisierung in der anhaltenden Medienpräsenz ab.

Im folgenden Kapitel wird nun als Lösungsansatz hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky eingeführt. Dieser Ansatz wurde einerseits gewählt, weil Antonovsky (1997) sich die Frage stellte, was einen Menschen gesund hält und andererseits, weil diese Arbeit einen Beitrag zur Gesundheitsförderung für Mitarbeitende auf öffentlichen Sozialdiensten leisten soll. Zu diesem Zweck erscheint es wichtig, das Konzept der Salutogenese bekannt zu machen. Hillert (2014, S. 98) fragt nicht, wie ein Burnout verhindert werden könnte, sondern, wodurch sich ein glückliches Leben auszeichnet. Auch dieser Autor geht von der positiven Seite an eine mögliche Burnout-Prävention heran.

### **3. Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky**

Wie eben beschrieben, wird im folgenden Kapitel dieser Arbeit das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky erklärt, damit anhand der Salutogenese burnoutpräventive Massnahmen ausgearbeitet werden können. Nach einer kurzen Beschreibung der Person und der Entwicklung des Konzeptes werden die vier wichtigsten Elemente der Salutogenese dargestellt. Diese bestehen aus dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, dem Kontinuum zwischen Widerstandsressourcen und Widerstandsdefiziten, dem Kohärenzgefühl und den Bewältigungsstrategien. Zum Schluss dieses Kapitels wird das Burnout aus Sicht der Salutogenese betrachtet.

#### **3.1 Aaron Antonovsky und die Entwicklung des Salutogenesekonzepts**

Aaron Antonovsky kam 1923 in den USA zur Welt. Er studierte nach dem College Geschichte und Wirtschaft (Lorenz, 2005, S. 19). Das Studium musste er für den Militärdienst im Zweiten Weltkrieg unterbrechen, woraufhin er später eher zufällig mit der Stressforschung und der Medizinsoziologie in Berührung kam. 1955 schloss Antonovsky in der Abteilung für Soziologie seinen Dokortitel ab und wanderte 1960 mit seiner Frau nach Jerusalem aus (Antonovsky, 1997, S. 13). Im Institut für Angewandte Sozialforschung am medizinischen Zentrum der hebräischen Hadassah-Universität begann er sich mit Themen der Medizinsoziologie auseinanderzusetzen und wandte sich dabei der Erforschung des Zusammenhangs zwischen Stressforschung und Gesundheit sowie Krankheit zu (Lorenz, 2005, S. 19). Antonovsky wurde zum Verfechter eines Stresskonzeptes, welches Stressoren nicht mehr als generell krankmachend ansah, sondern als Faktoren, die eine Form der Anspannung auslösen, ohne, dass diese zwingend zu Krankheit verursachendem Stress führen muss. Folglich leitete er ab, dass die Art einer Erkrankung davon abhängt, wie die individuelle Verletzlichkeit einer Person bestimmt ist, und nicht davon, wie hoch belastende Einflüsse sind (Bengel et al., 2002, S. 20).

Die Untersuchung an Frauen über die Auswirkungen der Menopause, war für Antonovskys weitere Forschungstätigkeit wegweisend. Die Probandinnen waren alle zwischen 1914 und 1923 in Zentraleuropa geboren worden und während des Zweiten Weltkrieges teilweise in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen. Die Gruppe mit der Konzentrationslagererfahrung war, wie erwartet, stärker gesundheitlich beeinträchtigt als jene ohne. Was erstaunte war, dass trotz der traumatischen Erlebnisse 29 Prozent der ehemals Inhaftierten über eine relativ gute psychische

Verfassung verfügten. Diese Ergebnisse gaben den Anstoss dafür, dass Antonovsky sich fragte, wie Menschen es schaffen, gesund zu bleiben, auch wenn sie extremen Belastungen ausgesetzt sind (Bengel et al., 2002, S. 20). Diese Frage stellte er nicht nur sich selbst, sondern auch diesen Frauen. Dabei zeigte sich, dass alle Betroffenen ein unerschütterliches Vertrauen über persönliche Beziehungen hinaus beschrieben. Antonovsky nannte dieses Urvertrauen „sense of coherence“ (SOC oder Kohärenzgefühl) und definierte es als Einstellung, die beschreibt, in welchem Ausmass eine Person ein durchdringendes, andauerndes und dennoch flexibles Gefühl des Vertrauens hat (Petzold, 2010, S. 7). Dieser zentrale Begriff des Kohärenzgefühls, auf welchem das Konzept der Salutogenese aufbaut, wird in einem späteren Abschnitt noch vertieft.

Antonovsky war ab 1972 verantwortlich für den verhaltenswissenschaftlichen und soziologischen Teil des Curriculums der medizinischen Fakultät an der Ben-Gurion-Universität im Negev. Dabei setzte er durch, dass beim Aufnahmeverfahren mehr auf Einstellung und Verantwortungsübernahme als auf Schulnoten geachtet wurde (Antonovsky, 1997, S. 13). Neben dieser Tätigkeit forschte Antonovsky weiter und war regelmässig Gastdozent an der University of California in Berkley wie auch in Schweden. 1993 zog er sich dann offiziell aus den wissenschaftlichen Kreisen zurück und starb 1994 nach kurzer Krankheit im Alter von 71 Jahren (Blättner & Waller, 2011, S. 32-33).

Petzold (2010, S. 10) beschreibt Antonovskys Ausrichtung an der Salutogenese als Paradigmenwechsel in der modernen Medizin des 20. Jahrhunderts, da sich diese bis dato hauptsächlich mit der Entstehung von Krankheiten befasst habe. Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit erachtet er aus diesem Grund als eine neue Denkrichtung, die dem heutigen Menschen helfen könne, Probleme zu lösen. Persönliche, zwischenmenschliche, familiäre, berufliche, kulturelle oder auch globale Probleme sollen somit laut Petzold (2010, S. 10) mit Hilfe von Kommunikation angegangen und möglicherweise gelöst werden können. Anzuführen ist hier, dass sich Petzold bereits auf das 21. Jahrhundert bezieht und Antonovsky das Konzept der Salutogenese noch im 20. Jahrhundert entwickelte. Dies zeigt, dass Antonovskys Überlegungen auch nach seinem Tod weiterentwickelt und eingesetzt wurden, beziehungsweise werden.

Die von Petzold (2010) angeführten obigen Überlegungen werden im letzten Teil dieses Kapitels nochmals aufgegriffen, um das Burnout aus Sicht der Salutogenese zu betrachten. Um ein Verständnis der salutogenetischen Sicht erlangen zu können, werden nun in den folgenden Abschnitten die vier von Antonovsky ausgearbeiteten Kernelemente beschrieben.

## 3.2 Elemente der Salutogenese

Zur Beschreibung der salutogenetischen Vorstellung vom Leben benützt Antonovsky (1997, S. 91-92) die Metapher der Fluss-abwärts-Perspektive. Für ihn stellt der Fluss den Strom des Lebens dar und die westliche Medizin ein Bemühen, welches gut organisiert und technologisch hochentwickelt ist. Weiter geht er davon aus, dass niemand sicher am Fluss entlang gehen kann ohne jemals hinein zu fallen. Zudem sei der Fluss verschmutzt und habe Gabelungen, die zu gefährlichen Strömungen oder Wirbeln führen können. Die westliche Medizin bemüht sich nun, die Ertrinkenden aus diesem reissenden Fluss zu retten. Bei der Rettung schauen die Helfenden jedoch weder flussaufwärts, noch fragen sie sich, was diese Leute in den Fluss gestossen haben könnte, so Antonovsky (1997, S. 92-93) weiter. Sie konzentrieren sich auf die Behandlung von Krankheit, dem Tod und allfälliger Chronifizierung versuchen sie vorzubeugen (ebd., S. 23). An dieser Ausgangslage interessiert obigen Autor, wodurch eine Person zum guten Schwimmer oder zur guten Schwimmerin werden kann, gleichgültig wo im Fluss sie sich gerade befindet. Er geht davon aus, dass die Ausprägung des später näher beschriebenen Kohärenzgefühls wesentlich dazu beiträgt, wie gut jemand schwimmen lernen kann. Nach Köppel (2007, S. 17) verfolgt die Salutogenese das Ziel, Personen das Schwimmen beizubringen, damit sie sich nachhaltig selbst helfen können und dadurch mehr Kompetenz und Autonomie erlernen.

Um detaillierter auf das Kohärenzgefühl eingehen zu können, werden nun zuerst die beiden eingangs dieses Kapitels erwähnten Kontinuen beschrieben.

### 3.2.1 Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit

Der Begriff Salutogenese setzt sich aus dem Lateinischen „salus“, was soviel bedeutet wie Unverletztheit, Heil oder Glück und dem Griechischen „genese“, Entstehung, zusammen (Bengel et al., 2002, S. 24). Nach Blättner und Waller (2011, S. 13-14) bedeutet Salutogenese demnach „‘Ursprung der Gesundheit’ oder ‘Entstehung von Wohlbefinden’“. Weiter führen sie aus, dass Antonovsky davon ausgegangen sei, dass sich Salutogenese und Pathogenese in ihrer Fragestellung ergänzen und dass Gesundheit und Krankheit die Endpunkte einer Art Kontinuum festlegen, auf dem sich ein Mensch hin und her bewege. Zudem nehme Antonovsky an, dass Gesundheit nicht per se als Normalzustand für das Leben einer Person betrachtet werden könne, sondern dass Menschen in ihrem Leben ständig Widrigkeiten und zerstörenden Einflüssen ausgesetzt seien, die die Gesundheit bedrohen.

Blättner und Waller (2011, S. 16) ergänzen, dass die Position eines Menschen auf dem durch Abbildung 2 veranschaulichten Kontinuum nicht nur von der Konstitution, der Umwelt oder

mentalen Prozessen einer Person bestimmt wird, sondern dass immer auch soziale Prozesse Einfluss darauf nehmen. Sie meinen damit, dass einerseits Wohlbefinden oder Gesundheit und andererseits Unwohlsein oder Krankheit subjektive Empfindungen sind, welche durch gesellschaftliche und persönliche Lebensumstände geprägt werden. Somit bewegt sich ein Mensch manchmal Richtung Gesundheit und manchmal wieder Richtung Krankheit, ohne die Pole dabei je zu erreichen. Antonovsky (1997, S. 23) schreibt dazu: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmass gesund.“ Nach ihm sind somit Menschen weder jemals absolut gesund noch jemals absolut krank.

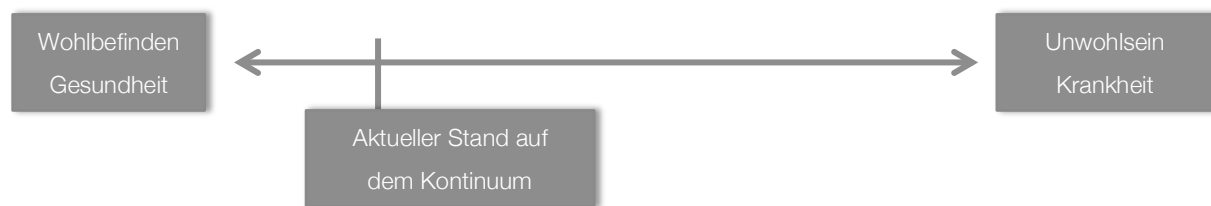


Abbildung 2. Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Nach Blättner und Waller, 2011, S. 16.

Die oben erwähnten Widrigkeiten und zerstörenden Einflüsse sind Stressoren, welche aus Antonovskys Sicht allgegenwärtig und im Allgemeinen nicht vermeidbar sind. In welche Richtung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum sich eine Person auf Grund dieser Stressoren bewegt, kommt auf die individuelle Persönlichkeit an (Blättner & Waller, 2011, S. 16-17).

Wie sich verschiedene Stressoren auf das bereits bekannte Kontinuum auswirken, wird im nächsten Abschnitt durch die Einführung eines weiteren Kontinuums erläutert.

### 3.2.2 Kontinuum zwischen generalisierten Widerstandsressourcen und generalisierten Widerstandsdefiziten

Antonovsky nimmt an, dass Stressoren nicht primär negative Auswirkungen auf einen Menschen haben müssen und unterscheidet deshalb zwischen schützenden Faktoren, den Widerstandsressourcen und belastenden Faktoren, den sogenannten Widerstandsdefiziten (Blättner & Waller, 2011, S. 17). Interessant ist dabei, dass für ihn Stressoren innere oder äussere Anforderungen an ein Lebewesen darstellen, die das bestehende Gleichgewicht des Organismus stören und eine Reaktion erfordern, um das Gleichgewicht wieder herzustellen. Es entsteht somit eine Spannung zwischen Gleich- und Ungleichgewicht. Da eine angemessene Reaktion jedoch oft nicht gelingt, treten regelmässig Stressreaktionen und belastende Situationen auf (Bengel et al., 2002, S. 32-33). Da Antonovsky, wie bereits erwähnt, davon ausgeht, dass Stressreaktionen auch als Schutzfaktoren dienen können, müssen sie nicht zwangsläufig gesundheitsschädigend sein. So zählen beispielsweise individuelle Einflüsse wie körperliche Faktoren, Intelligenz oder

Copingstrategien und soziale oder kulturelle Faktoren wie soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten oder kulturelle Stabilität zu den schützenden Faktoren (Bengel et al., 2002, S. 34). Antonovsky betrachtet diese Schutzfaktoren somit als generalisierte Widerstandsressourcen. Zu den generalisierten Widerstandsdefiziten werden hingegen alle denkbaren psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren gezählt (Blättner & Waller, 2011, S. 17). Bengel et al. (2002, S. 34) führen weiter aus, dass Antonovsky unter „generalisiert“ versteht, dass die Ressourcen oder Defizite in allen möglichen Situationen wirksam werden können.



Abbildung 3. Kontinuum zwischen generalisierten Widerstandsressourcen (GWR) und generalisierten Widerstandsdefiziten (GWD) als beeinflussender Faktor auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Nach Blättner und Waller, 2011, S. 18.

Wie Abbildung 3 illustriert, befinden sich Stressoren auf dem Kontinuum zwischen den Polen Widerstandsressourcen und -defiziten. Ob ein Stressor nun näher bei den Ressourcen oder näher bei den Defiziten eingestuft wird, beeinflusst wiederum, in welche Richtung sich eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewegt. Generalisierte Widerstandsressourcen oder -defizite sind für Antonovsky nicht einfach nur Stressoren, die eine Spannung erzeugen, sondern sie dienen dazu, Lebenserfahrung zu sammeln. Diese Erfahrungen sind deshalb wichtig, da sie die Grundlage für die Lebensorientierung einer Person bilden (Blättner & Waller, 2011, S. 18). Die Ausbildung dieser Orientierung oder nach Antonovsky des Kohärenzgefühls findet im Laufe der Sozialisation eines Individuums statt und stellt einen zentralen salutogenetischen Aspekt dar.

### 3.2.3 Kohärenzgefühl

Unter Abschnitt 3.1 wurde zwar bereits beschrieben, was Antonovsky unter dem genannten Kohärenzgefühl versteht, trotzdem wird am Ende dieser Ausführungen nochmals seine Definition angefügt. Antonovsky (1997, S. 33) betont, dass seiner Meinung nach das Kohärenzgefühl der entscheidende Faktor ist, der einerseits darüber bestimmt, welche Position eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt und ihr andererseits die Möglichkeit gibt, sich in Richtung des gesunden Pols zu bewegen. Nach Blättner und Waller (2011, S. 18) stellt dieses Kohärenzgefühl den Schutzfaktor dar, der verhindert, dass Stressoren sich negativ auf

das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirken. Antonovsky geht davon aus, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl gesünder seien, beziehungsweise schneller gesund werden sollten, als jene mit schwächerer Ausprägung des Kohärenzgefühls bei gleichen äusseren Bedingungen (Bengel et al., 2002, S. 28). Er unterscheidet die nachfolgend beschriebenen drei Komponenten, die das Kohärenzgefühl ausmachen.

### **3.2.3.1 Verstehbarkeit**

Die Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit einer Person, bekannte oder unbekannte Reize mit denen sie täglich konfrontiert wird, als geordnete, sinnvolle und strukturierte Informationen verarbeiten zu können (Bengel et al., 2002, S. 29). Diese Eigenschaft ermöglicht es Menschen mit einer stark ausgeprägten Verstehbarkeit davon ausgehen zu können, dass zukünftig eintretende Stimuli vorhersagbar sein werden oder zumindest eingeordnet und erklärt werden können (Antonovsky, 1997, S. 34). Somit wird die Verstehbarkeit durch die Erfahrung der Stetigkeit gestärkt. Sie bildet die auf Erkenntnis beruhende Komponente (Blättner & Waller, 2011, S. 19).

### **3.2.3.2 Handhabbarkeit**

Nach Blättner und Waller (2011, S. 19) ist die Verstehbarkeit die Voraussetzung für eine stabile Handhabbarkeit. Die Handhabbarkeit oder auch Bewältigbarkeit entsteht durch die Erfahrung eines Menschen, genügend Ressourcen zu besitzen, um die Anforderungen des täglichen Lebens bewältigen zu können. Sie beschreibt also die Überzeugung einer Person, dass Schwierigkeiten lösbar sind (Bengel et al., 2002, S. 29). Somit ist sie das Mass, welches angibt, wie gut eine Person die eigenen Ressourcen wahrnimmt, um die kommenden Aufgaben lösen zu können. Für Antonovsky (1997, S. 35) sind nicht nur eigene Ressourcen relevant, sondern auch fremde, wie beispielsweise eine Person auf die gezählt werden kann oder der vertraut wird. Weiter ist er der Überzeugung, dass sich ein Mensch mit hohem Ausmass an Handhabbarkeit durch ein Erlebnis nicht in die Opferrolle drängen lässt.

Die Handhabbarkeit stellt die instrumentelle Komponente des Kohärenzgefühls dar (Bengel et al., 2002, S. 29).

### **3.2.3.3 Bedeutsamkeit**

Die Bedeutsamkeit oder auch Sinnhaftigkeit wird von Antonovsky (1997, S. 35) als die motivationale Komponente beschrieben, welche sich auf das Ausmass bezieht, in dem ein Leben emotional Sinn macht. Die Bedeutsamkeit wird als wichtigste der drei Komponenten angesehen, denn sieht ein Mensch keine Sinnhaftigkeit, so wird das Leben als Last und jede Aufgabe als Qual empfunden. Weiter geht der Autor davon aus, dass Menschen mit einer starken Ausprägung der Bedeutsamkeit schwierige Ereignisse als Herausforderung sehen, in welche es sich lohnt, emotional zu investieren und sich zu engagieren. Dabei kann das Ausmass der Versteh-



und der Handhabbarkeit noch so gross sein, ohne das Erleben von Bedeutsamkeit und ohne positive Erfahrungen im Leben wird das Kohärenzgefühl als gesamtes nicht steigen (Bengel et al., 2002, S. 30).

Nach der Beschreibung der drei Komponenten, aus denen sich das Kohärenzgefühl zusammensetzt, erscheint es sinnvoll, Antonovskys (1997, S. 36) Definition nochmals aufzugreifen:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderung Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

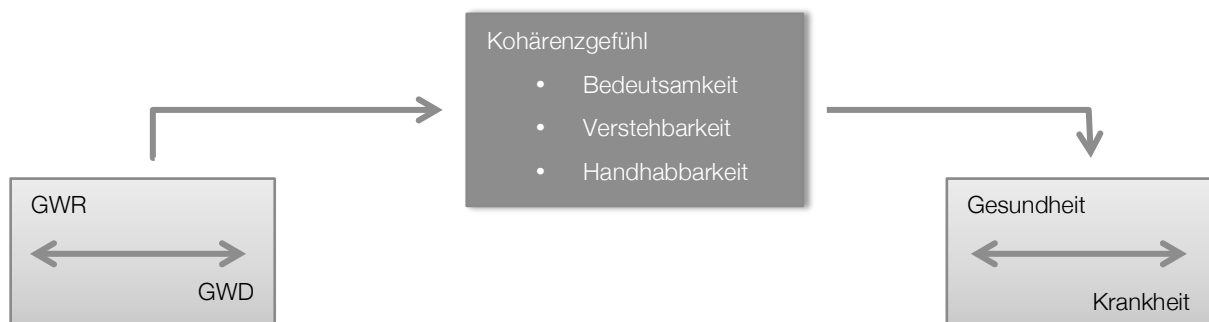


Abbildung 4. Das Kohärenzgefühl entsteht aus dem GWR/GWD-Kontinuum und beeinflusst das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Nach Blättner und Waller, 2011, S. 19.

Zusammenfassend lässt sich über das Kohärenzgefühl sagen, dass es bei starker Ausprägung dazu führt, dass eine Person adäquat auf Anforderungen reagieren und Ressourcen mobilisieren kann. Menschen mit einem geringen Kohärenzgefühl verhalten sich demnach eher starr und unflexibel (Bengel et al., 2002, S. 30). Für die Entwicklung des Kohärenzgefühls sind, laut Bengel et al. (2002, S. 30-31), Erlebnisse und Erfahrungen verantwortlich, die im Laufe der Kindheit und Jugend gemacht werden. Weiter führen diese Autoren Antonovskys Einschränkung aus, dass das Kohärenzgefühl im Alter von ungefähr 30 Jahren ausgebildet sei und relativ stabil bleibe. Dem stellen Blättner und Waller (2011, S. 20) gegenüber, dass Veränderungen, die das Kohärenzgefühl durch Erfahrungen beeinflussen könnten, ab diesem Alter zwar abnehmen,

jedoch ein Leben lang möglich seien. Dies erklären sie sich dadurch, dass das Kohärenzgefühl, durch die Erlebnisse auf dem Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizit-Kontinuum geprägt wird und dann Einfluss auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nimmt.

Den aus ihrer Sicht bestehenden Zusammenhang zwischen den beiden Kontinuen und dem Kohärenzgefühl veranschaulicht Abbildung 4. Dabei ist festzuhalten, dass im Erwachsenenalter Veränderungen weitreichend und längerfristig sein müssen, damit sie das Kohärenzgefühl nachhaltig beeinflussen (Blättner & Waller, 2011, S. 20).

Worauf sich der Einfluss des Kohärenzgefühls bezieht, wurde eben erklärt. Nun wird im folgenden Abschnitt auf die Bewältigungsstrategien, die die Wirksamkeit des Kohärenzgefühls ausmachen, eingegangen.

### **3.2.4 Bewältigungsstrategien**

Zur Bewältigung eines Stressreizes sind eine Reihe von Bewertungen nötig welche vom Kohärenzgefühl beeinflusst werden (Blättner & Waller, 2011, S. 21). Antonovsky (1997, S. 125-126) nennt diese Bewertungsschritte primäre Bewertung I und primäre Bewertung II.

Blättner und Waller (2011, S. 21-22) beschreiben die primäre Bewertung I folgendermassen:

Als erstes wird entschieden, ob ein Reiz, der das Gehirn eines Menschen erreicht, einen Spannungszustand erzeugt. Danach wird selektioniert, ob dieser Reiz als Stressor empfunden wird oder nicht und ob genügend Ressourcen vorhanden sind, damit adäquat auf den Reiz reagiert werden kann und keine Spannung entsteht. Antonovsky (1997, S. 126) nimmt im Zusammenhang mit solchen primären Bewertungen I an, dass Personen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl Reize eher als Nicht-Stressoren bewerten und davon ausgehen, dass eine Anpassung an die Situation möglich ist. Diese Personen erleben so keine Spannung, die in Stress umgewandelt werden könnte. Weiter geht er davon aus, dass es auch Stressoren gibt, die bei jedem Menschen Spannung erzeugen. Er nennt das Beispiel eines Autofahrers, der gerade noch bremsen kann und ein Kind, welches auf die Strasse gelaufen ist, nur knapp nicht überfährt. Diese Situation lasse wahrscheinlich niemanden gleichmütig reagieren, so Antonovsky (1997, S. 126).

Ein weiterer Bewertungsschritt besteht darin, diese entstandene Spannung, welche durch das obige Beispiel veranschaulicht wurde, für das eigene Wohlergehen als günstig, bedrohlich oder irrelevant einzustufen (Blättner & Waller, 2011, S. 22). Auch bei dieser primären Bewertung II geht Antonovsky (1997, S. 126-127) davon aus, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl den Stressor schneller als günstig oder irrelevant definieren. Sie können auf Erfahrungen zurückgreifen, die ihnen die Sicherheit geben, dass der Reiz, der gerade als Stressor wahrgen-

nommen wird, sich rasch als problemlos zeigen wird. Damit ein Spannungszustand, wie oben beschrieben, abgebaut werden kann, muss eine geeignete Bewältigungsstrategie entwickelt werden, wie Blättner und Waller (2011, S. 22) festhalten. Diesbezüglich betont Antonovsky (1997, S. 130), dass er ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl nicht als *den* Copingstil betrachtete, sondern dass es wichtig sei, dass eine Person die Bewältigungsstrategie wählen könne, die gerade am wirksamsten scheine. Weiter führt er an, dass eine Person aufgrund ihres starken Bedeutsamkeitsgefühls ein hohes Kohärenzgefühl habe, welches wiederum verantwortlich dafür sei, dass ein Stressor als Herausforderung angegangen und nicht als Last gesehen werde (ebd., S.131). Das Problem wird auf der instrumentellen Ebene angegangen. Ein Mensch mit einem tiefen Kohärenzgefühl wird, wie Antonovsky (1997, S. 131) weiter ausführt, versuchen, die Spannung auf der emotionalen Ebene erträglich zu machen.

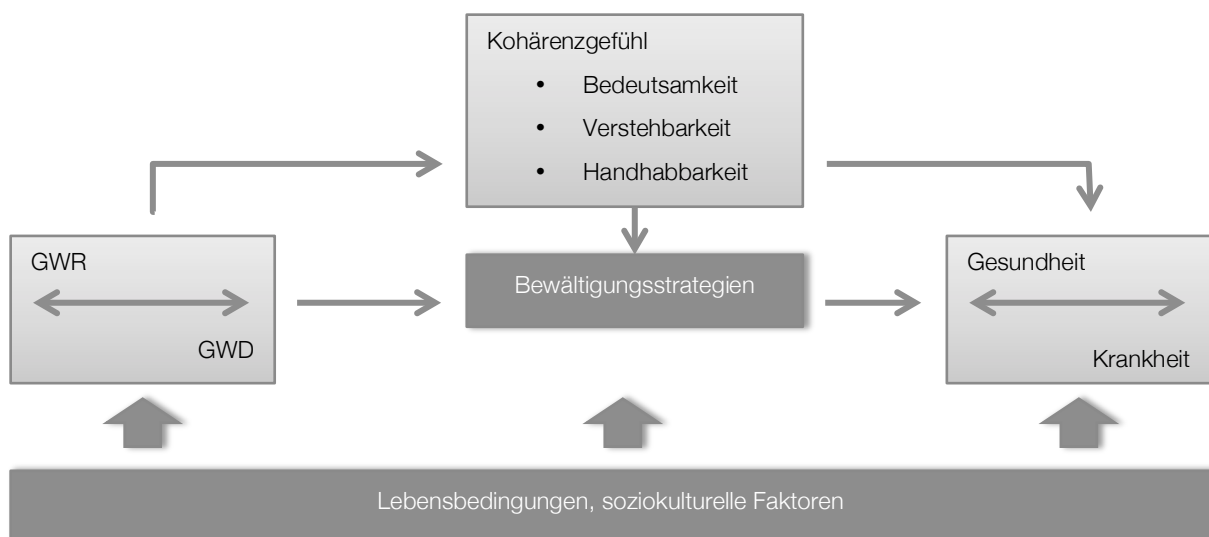


Abbildung 5. Bewältigungsstrategien sind das vermittelnde Element zwischen dem GWR/GWD- und dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Lebensbedingungen stellen die Basis des Modells dar. Nach Blättner und Waller, 2011, S. 21.

Bezüglich der Bewältigungsstrategien einer Person lässt sich somit festhalten, dass sich Menschen in ständiger Auseinandersetzung mit Stressoren befinden. Dabei beeinflusst das Kohärenzgefühl die Art der Wahl der Copingstrategie (Blättner & Waller, 2011, S. 24). Weiter führen Blättner und Waller (2011, S. 24) aus, dass Antonovsky Lebensbedingungen als natürliche, erforderliche Einflussfaktoren sieht, die auf das Wohlbefinden jedes Menschen wirken. Diese dadurch entstehende Lebenserfahrung bestimme dann die Lebensorientierung eines Menschen, welche wiederum Einfluss auf die Entschiedenheit der Ressourcenaktivierung nehme. Die Aktivierung einer geeigneten Ressource ermögliche den Umgang mit Anforderungen jeglicher Art und beeinflusse dadurch direkt das Wohlbefinden. Abbildung 5 zeigt die Einflussnahme

der Lebensbedingungen auf das gesamte System und die Bewältigungsstrategien als vermittelndes Element zwischen den beiden Kontinuen.

Nachdem nun die wichtigsten Elemente der Salutogenese bekannt sind, wird das im zweiten Kapitel ausgeführte Burnout aus salutogenetischer Sicht betrachtet.

### **3.3 Burnout aus Sicht der Salutogenese**

Wie Rösing (2003, S. 180) festhält, wird in der Burnout-Forschung der Ansatz der Salutogenese von Antonovsky praktisch ausgeblendet. Der salutogenetische Ansatz angewandt auf Burnout, würde die Forschungsrichtung ihrer Meinung nach erheblich verändern. Im Zentrum der bis 2003 durchgeführten Studien über Burnout aus Sicht der Salutogenese stehen jene Menschen, welche trotz hoher, anhaltender Arbeitsbelastung kein Burnout entwickelten. Ihre Ressourcen, die als Schutz und Abwehrkraft zur Erhaltung der Gesundheit dienen, sind dabei zentral, wie Rösing (2003, S. 180) weiter betont. Gussone und Schiepek (2000, S. 107) werfen die Frage auf, was denn „Nicht-Ausbrennen“ bedeute. Es sei viel einfacher ein Übel, einen Mangel oder ein Problem zu benennen, als zu beleuchten, wie etwas sein sollte. Dies sei auch im Zusammenhang mit Burnout so. Aus diesem Grund führen diese Autoren den Begriff „die Sorge um sich“ als positiven Gegenbegriff zu Burnout ein. „Die Sorge um sich“ steht für eine Lebenshaltung, welche die eigene Existenz als Prozess begreift. Das Ziel dieser Haltung ist es, immer wieder die Perspektive zu wechseln, einen anderen Blickwinkel einzunehmen, also Sorge zu sich zu tragen (ebd., S. 108)

#### **3.3.1 Zusammenfassung**

Bei der Anamnese einer Krankheit ermöglichen salutogenetische Fragen eine exaktere Analyse der Lebensgeschichte und der vorhandenen Ressourcen. Die salutogenetische Fragetechnik stellt gerade bei chronischen Erkrankungen oder bei Menschen, bei denen Lebensfragen im Fokus stehen, eine hilfreiche Dimension dar, wie Maoz (1998, S. 20) hervorhebt. Dieser Ansicht ist auch Petzold (2010), wie eingangs des dritten Kapitels bereits angetönt. Auch wenn der Ansatz der Salutogenese keine Garantie gibt, komplexe Probleme im Leben eines Menschen lösen zu können, so führt er trotzdem zu einem Verständnis und Wissen, welches die Voraussetzung ist, auf den gesunden Pol des Kontinuums zugehen zu können (Antonovsky, 1997, S. 24).

Gerade weil aus Sicht der Salutogenese danach gefragt wird, was Menschen gesund erhält, wurde das Konzept der Salutogenese als Lösungsansatz zur Beantwortung der erkenntnisleitenden Fragestellung der vorliegenden Arbeit eingeführt. Bevor jedoch burnoutpräventive Mass-

nahmen erläutert werden, werden im folgenden Kapitel das Burnout und das Konzept der Salutogenese in einen allgemeinen Zusammenhang zur Sozialen Arbeit gebracht.

## 4. Bezug zur Sozialen Arbeit

### 4.1 Salutogenese in der Sozialen Arbeit

Die Verbindung zwischen dem Konzept der Salutogenese und der Sozialen Arbeit wird in der Literatur nur sehr spärlich hergestellt. Da Monika Köppel (2007) eine der Wenigen ist, welche diese Beziehung hervorbringt, stützen sich die folgenden Angaben auf ihre Ausführungen. Dabei ist anzufügen, dass Köppels (2007, S. 51) Studie zum Ziel hatte, den Bekanntheitsgrad des Salutogenese-Konzepts in der Bevölkerung zu eruieren. Sie kam zum Resultat, dass gerade mal 28 Prozent ihrer Probanden und Probandinnen schon von der Salutogenese gehört hatten. Interessant ist dabei, dass 96 Prozent aller Befragten sich vorstellen könnten, sich nach diesem Ansatz behandeln zu lassen. Köppels (2007) Aussagen werden hier aufgenommen, um zu zeigen, dass der Ansatz der Salutogenese in der Sozialen Arbeit hilfreich sein könnte, auch wenn dies keinen expliziten Zusammenhang mit der Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit hat. Aus demselben Grund wird auch der nachfolgend erwähnte Ansatz der Lebensweltorientierung nicht weiter ausgeführt.

Köppel (2007, S. 28-30) konstatiert, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsfürsorge immer schon zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit gehört und sich diese im Laufe der Zeit verändert hätten. Zudem beschreibt sie, dass sich der Ansatz der Salutogenese in den lebensweltorientierten Ansatz der Sozialen Arbeit übertragen lasse, da beide eine interdisziplinäre Zusammenarbeit anstreben würden. Dies sei der Versuch, die ständig zunehmende Spezialisierung und die soziale Benachteiligung auszugleichen. Die Förderung der Autonomie der Klienten und Klientinnen sowie die Hilfe zur Selbsthilfe gehören zu den Aufgabengebieten der Sozialen Arbeit wie auch zu den Bestrebungen der Salutogenese. Beide haben zum Ziel, Menschen zu befähigen, ihr Leben dauerhaft selbständig und positiv gestalten zu können. Hilfesuchende sollten somit dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen, um bestehende Ressourcen aktivieren und weiter ausbauen zu können. In der Sozialen Arbeit wie auch aus Sicht der Salutogenese wird klientenzentriert und ressourcenorientiert gearbeitet (ebd., S. 63). Weiter betont Köppel (2007, S. 66), dass die Bevölkerung für das Potential einer salutogenetischen Betrachtungsweise sensibilisiert werden müsse. Damit dies geschehen könne, müsse jedoch zuerst das Bewusstsein der Professionellen des Gesundheitswesens, aber auch der Sozialen Arbeit verändert werden. Bezogen auf die Fragestellung dieser Arbeit wäre dies insofern wünschenswert, da die Kenntnis des Konzepts der Salutogenese, wie bereits beschrieben, der Entwicklung eines Burnouts entgegenwirken könnte.

### 4.1.1 Zusammenfassung

Die Studie von Köppel (2007) zeigt auf, dass der Bekanntheitsgrad des Konzepts der Salutogenese nach Aaron Antonovsky nicht oder noch nicht gross ist und eine Sensibilisierung diesbezüglich von Professionellen im Gesundheitswesen, wie in der Sozialen Arbeit wünschenswert wäre. Möglicherweise würden sich durch die Ergänzung theoretischer Ansätze der Sozialen Arbeit durch das Konzept der Salutogenese bis jetzt nicht beachtete Möglichkeiten eröffnen. Diese Überlegungen hier weiter auszuführen würde zu weit gehen, wäre jedoch ein spannendes Thema für eine andere Arbeit.

## 4.2 Burnout in der Sozialen Arbeit

Die Schwierigkeit helfender Berufe bezüglich beruflicher Resignation und psychischem sowie physischem Abbau sei bereits thematisiert worden, bevor Freudenberg den Begriff Burnout prägte, so Röhrig und Reiners-Kröncke (2003, S.63). Diese Feststellung wurde eingangs des zweiten Kapitels über Burnout bereits festgehalten. Die Schattenseite des Helfens wurde jedoch lange Zeit weder von den Sozialarbeitenden selbst noch von der Öffentlichkeit wahrgenommen (Enzmann & Kleiber, 1989, S.9, zit. nach Röhrig & Reiners-Kröncke, 2003, S. 64). Dies änderte sich spätestens Mitte der 1970er Jahre. Durch Publikationen über ausgebrannte Menschen in helfenden Berufen, rückten Helfer und Helferinnen und deren seelischen Probleme ins öffentliche Interesse (Schmidbauer, 1977, S.1, zit. nach Röhrig & Reiners-Kröncke, 2003, S. 64). Die Thematisierung von Burnout in der Sozialen Arbeit hat bis zur heutigen Zeit angehalten, denn in der Ausgabe von *SozialAktuell* 9/2014, der Fachzeitschrift für Soziale Arbeit des Berufsverbandes AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz, wurden mehrere Artikel über Burnout veröffentlicht. Lalouschek und Hauck (2014, S.17) schreiben in ihrem Bericht, dass bis zu 20 Prozent der Arbeitstätigen in Sozialberufen von Burnout betroffen seien. Zwei Redaktionsmitglieder von *SozialAktuell*, Mattes und Grebenarov (2014, S. 11), begründen die Wahl des Schwerpunkts Burnout der erwähnten Ausgabe damit, dass einerseits oft von Burnout als Berufskrankheit in sozialen Berufen gesprochen werde und andererseits Burnout Gegenstand der Sozialen Arbeit sei. In verschiedenen Arbeitsfeldern müsse für Klienten und Klientinnen mit Erschöpfungszustand oder psychischer Beeinträchtigung eine Lösung gefunden werden.

Sozialarbeitende können demnach mit dem Thema Burnout in Berührung kommen, indem sie selbst betroffen oder indem sie für Klienten oder Klientinnen zuständig sind, welche an einem Burnout leiden.

### 4.2.1 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Burnout im Bereich der Sozialen Arbeit ein persistierendes Phänomen ist. Trotzdem scheint die Tabuisierung, wie Ende des zweiten Kapitels bereits erwähnt, noch nicht durchbrochen zu sein. Dies bestätigen auch Mattes und Grebenarov (2014, S. 11), denn die Suche nach Autoren und Autorinnen zum Thema Burnout in der Sozialen Arbeit für die oben erwähnte Ausgabe des *SozialAktuell* habe sich schwierig gestaltet.

Im Folgenden Kapitel wird aufgezeigt, welche präventiven Massnahmen von Organisationen ergriffen werden und was Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste selbst zur Burnout-Prävention beitragen können.



## **5. Beantwortung der Fragestellung**

Einleitend wird in dieser Arbeit die Aktualität von Burnout thematisiert und die Fragestellung aufgeworfen, welche Präventionsmöglichkeiten auf einem öffentlichen Sozialdienst angewendet werden können, um Burnout zu vermeiden. Nach den Ausführungen, worum es sich bei einem Burnout handelt, der Einführung des Konzepts der Salutogenese nach Aaron Antonovsky und der Verortung der Salutogenese und von Burnout in der Sozialen Arbeit, wird nachfolgend die erkenntnisleitende Fragestellung dieser Bachelorthesis bearbeitet. Bevor allgemeine Präventionsmöglichkeiten aufgezeigt werden, wird der Begriff Prävention erläutert. Im letzten Teil dieses Kapitels wird der Fokus auf Präventionsmöglichkeiten für Mitarbeitende öffentlicher Sozialdienste gelegt, sowie aufgezeigt, was öffentliche Sozialdienste als Arbeitgeber beitragen könnten.

### **5.1 Prävention**

Der Begriff „Prävention“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Vorbeugung oder Verhütung (Dudenredaktion, 2010, S. 842). Nach Galuske (2011, S. 317) ist Prävention nicht auf ein bestimmtes Handlungsfeld einschränkbar, auch wenn präventive Arbeit traditionell in den Bereichen Kriminalität und Gesundheit geleistet werde. Zudem lasse sich eine Differenzierung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention ausmachen. Ersteres bezieht sich auf die Veränderung persönlicher Verhaltensweisen welche als problematisch gelten. Letzteres richtet sein Augenmerk auf die Veränderung von gefährdenden Lebensbedingungen, so Galuske (2010, S. 317).

Die im Folgenden ausgearbeiteten Präventionsmöglichkeiten richten sich einerseits auf die Verhältnisprävention, welche die Ebene der Politik und der Organisation betrifft, und andererseits auf die Verhaltensprävention, welche die Team- und die persönliche Ebene umfasst.

### **5.2 Allgemeine Präventionsmöglichkeiten**

Im Verlauf dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass sich ein Burnout individuell manifestiert und die Ursachen vielfältig sind. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil an Präventionsmöglichkeiten auf persönlicher Ebene zu finden sein wird, wie die Autorin annimmt. Trotzdem führt Schmidt (2004, S. 43) an, dass die Burnout-Prävention auf verschiedenen Stufen stattfinden sollte. So ist sie der Meinung, dass die Problematik Burnout auf politischer Ebene thematisiert werden müsse, um so der noch bestehenden Tabuisierung, wie unter 2.11 ausgeführt, entgegenwirken zu können. Allenspach und Brechbühler (2005, S. 108) sind der Überzeugung, dass bereits auf institutioneller Ebene der offene Umgang mit Burnout Be-

troffenen Erleichterung bringen und einen präventiven Effekt haben würde. Auf eben dieser Ebene hebt Schmidt (2004, S. 44) zudem die Wichtigkeit der Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsplatzqualität hervor. Weiter führt sie an, dass Fortbildungen, Supervision, geeignete Räumlichkeiten und Fachliteratur vorhanden sein sollten. Dem fügen Allenspach und Brechbühler (2005, S. 108-109) hinzu, dass es zum einen wichtig sei, genügend Personal anzustellen um Burnout in einer Organisation vorbeugen zu können und zum andern, dass Ressourcen aufgebaut werden müssten. Als bedeutendste Ressourcen sehen diese Autoren eine Betriebskultur, welche das Selbstbewusstsein der Mitarbeitenden stärken und die Sinnfindung fördern soll. Aus salutogenetischer Sicht macht dies insofern Sinn, da dadurch das Kohärenzgefühl gesteigert wird und sich die Mitarbeitenden auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum tendenziell Richtung Gesundheit bewegen.

Eine weitere Ebene, auf der Burnout-Prävention betrieben werden kann, ist die Ebene des Teams, da Unterstützung und Feedback untereinander bereits präventiv wirken können (Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 109). Auf der individuellen Ebene, betont Schmidt (2004, S. 44), könne jeder und jede etwas für sich tun, indem die eigene Wahrnehmung und das Bewusstsein geschärft und durch Lernbereitschaft die eigenen Bewältigungsstrategien verbessert werden.

Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass rechtzeitig Hilfe angefordert oder mit Vorgesetzten über eine mögliche Überforderung gesprochen wird, damit sich ein Burnout nicht erst ausformen kann.

In den nächsten Abschnitten wird spezifisch auf die Ebene der Organisation, die Ebene des Teams und die individuelle Ebene betreffend der Burnout-Prävention auf öffentlichen Sozialdiensten Bezug genommen.

### **5.3 Präventionsmöglichkeiten auf öffentlichen Sozialdiensten**

Die folgenden Vorschläge, wie Mitarbeitende öffentlicher Sozialdienste burnoutpräventiv tätig werden können und was die Organisation beitragen kann, haben keinen abschliessenden Anspruch. Die meisten kristallisierten sich während informellen Gesprächen zwischen der Autorin und langjährig auf öffentlichen Sozialdiensten tätigen Sozialarbeitenden heraus. Die Inputs und Anregungen stammen von Mitarbeitenden zweier verschiedener öffentlicher Sozialdienste. Weiter fliessen Erkenntnisse der Autorin ein.

Im Zusammenhang mit den folgenden Präventionsmöglichkeiten ist zu betonen, dass jeder Sozialarbeiter und jede Sozialarbeiterin die für ihn oder sie geeigneten Ansätze selbst bestimmen und anwenden muss. Sie sollen jedoch als Anregung zur Auseinandersetzung mit der Thematik Burnout verstanden werden und als Hilfestellung zu dessen Vermeidung dienen.

## 5.3.1 Organisationsebene

### 5.3.1.1 Supervision

Eine Supervision verfolgt laut Fengler und Sanz (2011, S. 156-157) vier Ziele: Entlastung, Selbstklärung, Entwicklung von Handlungsoptionen und Steigerung der Lebensqualität. Unter Entlastung verstehen sie, dass Frustration, Belastung und Spannung ohne Konsequenzen artikuliert werden dürfen. Zudem tragen Gespräche während einer Supervision dazu bei, dass Handlungen, Gedanken, Einstellungen, Wünsche, Hoffnungen, Zweifel, Krisen oder auch Erfolge reflektiert werden und dies zur Selbstklärung beitragen kann. Weiter führen sie aus, dass die Reflexion der eigenen Werte und Normen helfen könne, kompetenter, situationsgerechter und flexibler zu reagieren. Als viertes Ziel verfolgt die Supervision, die Lebensqualität einer Person über den Berufsalltag hinaus positiv zu beeinflussen, so die Autoren.

Aussagen der eingangs erwähnten Sozialarbeitenden bestätigten, dass regelmässig stattfindende Supervision, geleitet von einer externen Person, geschätzt und als hilfreich angesehen wird. Weiter wurde betont, dass das Einbringen von methodischen Vorgehensweisen, wie beispielsweise das systemische Stellen einer Situation mit Hilfe von Figuren, als sinnvoll erachtet wird, da dabei Nähe und Distanz oder auch die Dominanz einer Person im System sichtbar gemacht werden können. Je nach angewandter Methode können somit Spannungen und Störungen, aber auch positive Aspekte wie Ressourcen zum Vorschein kommen, welche möglicherweise bisher nicht beachtet wurden.

Weiter wurde diskutiert, dass durch regelmässige Supervision ein Gefühl der Zusammengehörigkeit entstehen könne, da durch die Fallbesprechung transparent werde, dass jeder oder jede Sozialarbeitende manchmal an einem Punkt stehe, wo er oder sie nicht weiter komme. Die Hilfestellungen, die während einer Supervision erarbeitet werden, seien oft entlastend.

Die Erfahrung der Autorin hat gezeigt, dass der Einfluss eines externen Supervisors oder einer externen Supervisorin nicht zu unterschätzen ist. Eine externe Person betrachtet den Fall neutral und objektiv, kennt geeignete methodische Ansätze und leitet die Sitzung. Wird kein Supervisor oder keine Supervisorin beigezogen, sondern Intervision – Beratung im Team – durchgeführt, besteht das Risiko, dass der Fall nicht systematisch behandelt und beispielsweise bereits zu Beginn nach Lösungsansätzen gesucht wird. Ausserdem kann es vorkommen, dass die Gruppe sich in einem Detail verliert, dies nicht merkt und sich schlussendlich im Kreis dreht und es dadurch nicht gelingt, konkrete Lösungsansätze auszuarbeiten.

Aus salutogenetischer Sicht kann eine Supervision das Kohärenzgefühl der einen Fall präsentierenden Person stärken, indem die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit hinsichtlich des Falles analysiert werden. Geht er oder sie mit der Gewissheit aus der Supervision, dass neue Ideen und Lösungsmöglichkeiten vorhanden sind, entstehen keine Selbstzweifel und das eigene Handeln muss nicht in Frage gestellt werden. Dies bedeutet, dass der Fall weiterhin handhabbar ist. Kristallisiert sich während der Supervision zudem heraus, aus welchen Gründen sich ein Fall in diese oder jene Richtung entwickelt hat, wächst die Verstehbarkeit, da neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Durch die Anregungen der an der Supervision Teilnehmenden können sich neue Perspektiven für die Fallbearbeitung eröffnen, was sich positiv auf die Motivation und die Bedeutsamkeit auswirken kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Kohärenzgefühl der falleinbringenden Person während einer Supervision steigen kann. Dies wiederum stärkt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Zuversicht, bei der Bearbeitung des Falles weiterzukommen, was wiederum bewirkt, dass keine Selbstzweifel und Selbstabwertungen entstehen. Dass die Supervision eine entlastende Wirkung haben soll, bestätigen auch Gussone und Schiepek (2000, S.103-104). Zudem könne sie helfen, berufliche Identität oder Erfolgsunsicherheiten zu klären. Damit dies funktioniert und die Supervision burnoutpräventiv wirken könne, müsse die Haltung des Supervisors oder der Supervisorin ressourcenfördernd und empathisch sein, wie die Autoren weiter betonen. Nach Gussone und Schiepek (2000, S. 105) sind folgende Aspekte wichtig, damit eine Supervision konstruktiv und burnoutpräventiv gestaltet werden kann: Die Supervision ist freiwillig, Fehler dürfen gemacht werden, Kritik und Entlastung beziehungsweise Wertschätzung sind in einem ausgewogenen Verhältnis vorhanden, die Grundhaltung ist ressourcenorientiert, die Supervision findet während der Arbeitszeit statt und der Supervisor oder die Supervisorin orientiert sich am Auftrag und dem Anliegen der Teilnehmenden. Weiter betonen sie, dass es sich bei der Supervision um eine gemeinsam gestaltete Intervention handeln sollte, die auch Spaß machen dürfe.

Die Supervision als Massnahme zur Burnout-Prävention wird als Intervention auf Ebene der Organisation gesehen. Elsässer und Sauer (2013, S. 63) sind in diesem Zusammenhang der Meinung, dass jedes Unternehmen und jede Organisation abwägen sollte, welche Möglichkeiten sinnvoll und angemessen seien, da die Supervision meistens mit hohen Kosten verbunden ist.

Wie eine Super- oder Intervision gestaltet werden kann und welche Regeln beachtet werden sollten, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt.

### 5.3.1.2 Erwartungen der Institution

Ein aus Sicht der Autorin wichtiger Aspekt ist die Transparenz institutioneller Erwartungen. Die Kenntnis welche Ziele beispielsweise mit speziellen Klientengruppen verfolgt werden, kann Druck von den Sozialarbeitenden nehmen. Anhand transparenter Kommunikation wird festgehalten, welche Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht des Sozialdienstes bestehen. Die Kenntnis der institutionellen Erwartungen kann somit das Kohärenzgefühl steigern, in dem eine bessere Versteh- und Handhabbarkeit sowie Bedeutsamkeit hinsichtlich einer Situation entsteht. Sind den Sozialarbeitenden die Erwartungen beispielsweise bezüglich eines suchtkranken Klienten oder einer suchtkranken Klientin klar, können die eigenen Ansprüche den Erwartungen angepasst werden. Für suchtmittelabhängige Menschen steht die Sucht oft im Zentrum ihres Lebens, was das Erreichen von zum Beispiel arbeitsintegrativen Zielen erschwert. Ist diese Tatsache Sozialarbeitenden bewusst, entsteht nicht das Gefühl des Versagens. Im Gegenteil, die Situation wird handhabbar. Durch ein gewisses Verständnis der Suchterkrankung kann das Verhalten der betroffenen Klientel eher nachvollzogen werden, was den Faktor der Verstehbarkeit der Sozialarbeitenden positiv beeinflusst. Zudem zeigt sich die Steigerung der Bedeutsamkeit in der Kenntnis der institutionellen Erwartungen und der dadurch entstandenen entlastenden Wirkung. Das Kohärenzgefühl insgesamt wird gestärkt.

Auch Lalouschek und Hauck (2014, S. 18) sind der Ansicht, dass auf Ebene der Organisation Massnahmen ergriffen werden sollten, damit das Burnout-Risiko für die Mitarbeitenden sinkt. Sie bestätigen die obigen Ausführungen, wonach die Klärung von Erwartungen an die Sozialarbeitenden und die Vereinbarung von realistischen Zielen zwischen der Organisation und der in ihr tätigen Sozialarbeitenden sinnvoll wären. Auf Ebene der Organisation müsse Burnout-Prävention betrieben werden, indem zufriedenstellende Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Denn laut Lalouschek und Hauck (2014, S. 19) arbeiten zufriedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen effizienter und machen weniger Fehler. Die Sozialen Dienste der Stadt Zürich bieten ihren Mitarbeitenden beispielsweise Kurse in Zeit- und Selbstmanagement oder zum Thema Umgang mit Stress, sowie Fitnessangebote an, wie Rosenberg (2014, S. 20) ausführt. Weiter gebe es wechselnde Angebote zu Bewegung, Entspannung und Ernährung. Bei länger andauernden Erkrankungen, wie beispielsweise Burnout oder schweren Unfällen bietet das Sozialdepartement der Stadt Zürich ein Case Management an. Der Case Manager oder die Case Managerin arbeite mit den Betroffenen darauf hin, dass die angestammte Arbeit wieder aufgenommen werden könne (ebd., S. 20).

## **5.3.2 Teamebene**

### **5.3.2.1 Integration im Team und gegenseitige Unterstützung**

Beziehungen sind nicht nur im Privatleben wichtig, sondern auch im Team bei der Arbeit. Persönliche Beziehungen seien die Bausteine für Gemeinsamkeit und Teamwork, wie Lammers (2011, S. 243) betont. Diese Annahme bestätigten die bereits genannten Sozialarbeitenden. Die Integration jedes einzelnen Mitglieds im Team erachteten sie als essentiell, denn so könne Vertrauen und Sicherheit untereinander aufgebaut werden. Auf öffentlichen Sozialdiensten, wo die Sozialarbeitenden mehr oder weniger als Einzelkämpfer und Einzelkämpferinnen arbeiten, scheint der Autorin ein guter Teamzusammenhalt umso wichtiger. Fühlt sich ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin im Team gut aufgehoben und integriert, ist es ihm oder ihr möglich, Probleme anzusprechen und durch die Unterstützung im Team eine Lösung zu finden. Fengler (2011, S. 172) führt dazu aus, dass sich das Zusammengehörigkeitsgefühl eines Teams verstärkt, wenn man als dessen Mitglied die Erfahrung machen kann, gemocht oder bei Abwesenheit vermisst zu werden und in die Teamdynamik involviert zu sein. Nach Meinung der Autorin dieser Arbeit ist die Voraussetzung für solche Erfahrungen der Wille jedes Teammitglieds, sich selbst zu integrieren. Dies erfordert Eigeninitiative, indem man sich aktiv selbst einbringt und andere miteinbezieht, aufeinander zugeht und einander zuhört, gegenseitige Wertschätzung ausdrückt und einander ernst nimmt. Erfahrungen, wie Fengler (2011) sie aufzählt, verdichten sich aus Sicht der Salutogenese zu einem Grundmuster, welches das Kohärenzgefühl stärkt, da ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit entsteht (Bäuerlen, 2013, S. 75).

Das Besprechen von schwierigen Situationen oder vermeintlich unlösbaren Fällen ist während einer oben beschriebenen Supervision oder Intervision möglich oder kann in Gesprächen nach Klientenkontakten mit einem Teammitglied oder den direkten Vorgesetzten erfolgen. Das Artikulieren der emotionalen Befindlichkeit – zwecks Spannungsabbau – wird im Abschnitt über Psychohygiene nochmals aufgegriffen.

## **5.3.3 Persönliche Ebene**

### **5.3.3.1 Innere Antreiber**

Das Konzept des Antreiberverhaltens aus der Transaktionsanalyse wurde bereits im zweiten Kapitel, im Abschnitt über die Burnout-Therapie, erwähnt. Die Auseinandersetzung mit und das Kennen der eigenen Antreiberpräferenzen sind als burnoutpräventive Massnahmen wichtig, da es sich laut Kypta (2006, S. 209) um fördernde oder behindernde Glaubenssätze handelt. Die sich mit dem Antreiber manifestierenden Einstellungen und Überzeugungen einer Person, wie

beispielsweise die Überzeugung, es anderen immer recht machen, sich stets beeilen oder perfekt sein zu müssen, stellen meist unbewusste, chronifizierte Strategien dar, um sich gut fühlen zu können. In ihrer Absolutheit sind sie dysfunktional. Das Bewusstsein für die eigenen Muster des Antreiberverhaltens und ihre negativen Auswirkungen kann, wie Burisch (2014, S. 224) hervorhebt, entlastend wirken. Wie bereits im zweiten Kapitel erwähnt müsse beachtet werden, dass die Veränderung der Glaubenssätze ein langfristiges Projekt darstelle und nicht von heute auf morgen geschehen könne. Mit Erlaubnisarbeit wird in transaktionsanalytischer Beratung den Antreibern entgegengewirkt (Stewart & Joines, 2009, S. 240). Der Antreiber „Sei perfekt!“ kann mittels der Erlaubnis entkräftet werden, dass Fehler gemacht werden dürfen und Perfektion nur dort angestrebt werden soll, wo es sich lohnt und situationsadäquat ist (Burisch, 2014, S. 224). Der Antreiber „Streng Dich an!“ kann nach Burisch (2014, S. 224) mittels des Zugeständnisses „Ich darf es mir leicht machen“ oder „Ich darf intelligent arbeiten!“ abgeschwächt werden und die Erlaubnis „Ich darf mir Zeit lassen!“ kann dem Antreiber „Beeil dich!“ entgegen gehalten werden, um ihm seine Kraft zu nehmen. Weiter schreibt obiger Autor, dass der Antreiber „Sei stark!“ durch das Zugeständnis, dass Gefühle wahrgenommen und gezeigt werden dürfen, entschärft werden soll. Ein Erlaubnissatz wider den fünften Antreiber „Mach’s den anderen recht!“ kann nach obigem Autor lauten: „Ich darf die eigenen Bedürfnisse genauso wichtig nehmen, wie jene der anderen.“

Die Arbeitsbelastung auf öffentlichen Sozialdiensten stellt ein Risiko dar, dass die psychische Spannung der Sozialarbeitenden aufgrund ihrer eigenen Muster an Antreiberverhalten übermäßig erhöht wird.

Werden die Antreiber aus salutogenetischer Sicht betrachtet, zeigt sich erneut die Bedeutung eines gut ausgeprägten Kohärenzgefühls, sowie das Vorhandensein passender Bewältigungsstrategien. Verfügen Mitarbeitende öffentlicher Sozialdienste über geeignete Ressourcen, sind sie in der Lage, den Antreibern Erlaubnisse entgegenzuhalten. Dies kann bedeuten, dass sie eigene Gefühle wahrnehmen und ansprechen, gezielt Prioritäten setzen oder die Möglichkeiten nutzen, Aufträge zu delegieren. Lernen Sozialarbeitende ihre inneren Antreiber kennen und verstehen, kann das Kohärenzgefühl gestärkt werden, indem sie die Bedeutung dieser Glaubenssätze erkennen und einen positiven Umgang damit lernen. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Transaktionsanalyse und den inneren Antreibern erscheint hinsichtlich der Burnout-Prävention sinnvoll, ist aber im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter möglich, jedem und jeder Interessierten jedoch zu empfehlen.

### **5.3.3.2 Zeitmanagement**

Effiziente Arbeitsorganisation und gutes Pendenzenmanagement sind weitere Punkte, die während der Gespräche zwischen den Sozialarbeitenden und der Autorin bezüglich Burnout-Prävention betont wurden. Benkert (2009, S. 182) beschreibt das Ziel des Zeitmanagements, als Rückeroberung der Souveränität über die eigene Zeit. Diese Aussage bestätigen Allenspach und Brechbühler (2005, S. 114-115). Ihrer Meinung nach bedeutet ein gutes Zeitmanagement zu haben, die zur Verfügung stehende Zeit optimal nutzen zu können. Beispielsweise den Antrieber „Sei perfekt!“ sehen sie als hinderlich, denn Perfektion am falschen Ort koste nur unnötig Zeit. Terminplanung im elektronischen Kalender sowie Pendenzen- und Aufgabenlisten sollen erstellt werden um die eigene Leistungsfähigkeit realistisch einschätzen zu können (ebd., S. 115). Diesbezüglich hat sich bewährt, nicht zu viele Termine an die Klientel zu vergeben, da ein zu dichter Terminkalender die Pendenzenbearbeitung verhindert. Die Überprüfung der eigenen Arbeitsorganisation sowie die kritische Betrachtung von Aufwand und Ertrag seien weitere beachtenswerte Faktoren bezüglich eines effizienten Zeitmanagements, wie Allenspach und Brechbühler (2005, S. 115) ausführen. Zusätzliche burnoutpräventive Massnahmen sind nach Meinung obiger Autoren: Delegieren von Aufgaben – auf öffentlichen Sozialdiensten beispielsweise an die Sachbearbeitenden – , sofortiges Erledigen anfallender Aufgaben, Spielräume für Notfälle einplanen, Pausen einhalten, lernen, nein zu sagen und Prioritäten zu setzen (ebd., S. 116).

Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste müssen täglich mit neu anfallenden Aufgaben und unerwarteten Situationen umgehen. Können sie auf situationsangemessene Copingstrategien zurückgreifen, werden sie nicht so schnell an ihre Energiegrenzen stossen. Durch eine gute Arbeitsorganisation kann das Kohärenzgefühl gesteigert werden, indem die eigenen Leistungsgrenzen realistisch eingeschätzt und Prioritäten dementsprechend gesetzt werden, was Misserfolge verhindert.

### **5.3.3.3 Psychohygiene**

Mehrere der bereits erwähnten Sozialarbeitenden nannten die entlastende Wirkung eines Austausches mit einem Teammitglied nach schwierigen Gesprächen mit der Klientschaft. Das Artikulieren eines emotionalen Spannungszustands wurde dabei als Psychohygiene erachtet. Diese kurzen Gespräche nach einem Klientenkontakt dienen aus Sicht der Autorin dazu, Anregung einzuholen oder sich zu vergewissern, dass eine Reaktion oder Handlung richtig und angemessen war. Diese Psychohygiene stellt eine Ressource dar, welche burnoutpräventiv wirkt, da der Austausch im Team gesucht wird und die Sozialarbeitenden sich gegenseitig Rückmeldungen geben können. Solche gegenseitigen Rückmeldungen können dazu dienen, den Gesprächsver-



lauf besser verstehen und dadurch die Situation angemessen handhaben zu können. Nach einem Austausch mit einem Teammitglied besteht somit die Möglichkeit, dass ein Sinn erkannt wird, weshalb sich ein Gespräch so und nicht anders entwickelt hat. Zusammenfassend lässt sich auch bei dieser burnoutpräventiven Massnahme festhalten, dass sie das Kohärenzgefühl steigern kann.

#### **5.3.3.4 Ausgleich zur Arbeit**

Als Ausgleich zur Arbeit ist der Austausch im Freundeskreis und der Familie wichtig. Miteinander essen, zusammen die Freizeit verbringen, gemeinsam etwas erleben, aber auch das Gespräch über Sorgen und belastende Situationen gehört dazu (Krautz et al., S.91). Dieselben Autoren weisen zudem darauf hin, dass Freundschaften manchmal Energie kosten, jedoch meistens auch Energie liefern. Das Pflegen von Freundschaften lohnt sich, denn wie Benkert (2009, S. 172) schreibt, wirken positive soziale Beziehungen stärkend auf das Kohärenz- und das Selbstwertgefühl. Zudem sei das Empfinden von Glück und Freude die Ressource, die zu anhaltender Zufriedenheit führe und somit auch burnoutpräventiv wirke, denn Kypta (2006, S. 214) hält fest, dass Burnout-Betroffene mit sich selbst oft nicht mehr zufrieden seien.

Neben dem Ausgleich durch die Familie und den Freundeskreis können berufsunabhängige, ausfüllende Hobbies burnoutpräventiv wirken. So schlägt Schmiedel (2010, S. 99-100) vor, regelmässig Ausdauersport auszuüben, denn Fitness steigert das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl (Benkert, 2009, S. 200). Beide Autoren sind der Meinung, dass das Ausdauertraining 2-3 Mal pro Woche für mindestens 20 Minuten betrieben werden sollte. So würden nach ungefähr drei Monaten erste Trainingseffekte sichtbar, wie Schmiedel (2010, S.100) ausführt. Dem fügt Benkert (2009, S. 200) an, dass Sport einen deutlich spürbaren Stimmungsanstieg bewirke. Er ist ausserdem der Auffassung, Genuss müsse im Alltag Platz haben, sei dies beispielsweise durch einen Kino- oder Konzertbesuch oder während eines Spaziergangs in der Natur (ebd., S. 204). Gleichgültig, ob die Erholung und der Ausgleich durch ein Hobby, Sport oder Geniessen angestrebt wird, es muss freie Zeit geschaffen werden. Nach Benkert (2009, S. 204) ist freie Zeit die Voraussetzung für Erholung.

Es ist klar, dass der Ausgleich zur Arbeit nicht nur für Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste eine wichtige Burnout-Prävention darstellt. Da aber die Arbeitsbelastung für eben diesen Berufszweig sehr hoch ist und zusätzlich immer wieder belastende Situationen auftreten können, spielt für Sozialarbeitende der Ausgleich eine umso bedeutendere Rolle. Im Austausch mit den eingangs genannten Sozialarbeitenden zeigte sich, dass nach der Arbeit nicht immer gleich abgeschaltet werden kann und es dann hilfreich ist, wenn zu Hause jemand zuhört oder wenn Gedanken aufgeschrieben werden. Allenspach und Brechbühler (2005, S. 114) schlagen dies-

bezüglich vor, durch ein bewusst ausgesprochenes „Stopp!“ das Gedankenkarussell zu unterbrechen. Dies mag zu Beginn nicht immer klappen. Funktioniert diese Strategie des Abschaltens durch Üben mit der Zeit immer besser, wird sie aus salutogenetischer Sicht als weitere wichtige Ressource zu den bereits bestehenden Bewältigungsstrategien aufgenommen.

## 5.4 Fazit

Die in diesem Kapitel erarbeiteten Vorschläge zeigen, dass sowohl Sozialdienste als Arbeitgebende, wie auch Sozialarbeitende als Arbeitnehmende aktiv zur Burnout-Prävention beitragen können. Engagierte Sozialarbeitende dürfen bei allem Einsatz für die Klienten und Klientinnen, die eigenen Bedürfnisse nicht vernachlässigen. Der Austausch im Team und regelmässige Rückmeldungen der Vorgesetzten sollten persönlich gesucht und eingefordert werden. Zudem erscheint es wichtig das private Umfeld zu pflegen und als ausgleichende Ressource zur Arbeit zu nutzen.

## 6. Schlusswort

In diesem abschliessenden Kapitel werden die gewonnen Erkenntnisse beschrieben. Ausserdem werden weiterführende Fragestellungen aufgeworfen.

### 6.1 Erkenntnisse

Die vorliegende Arbeit ging der Frage nach, welche Präventionsmöglichkeiten von öffentlichen Sozialdiensten umgesetzt und welche von dort tätigen Sozialarbeitenden angewandt werden können, um die Entstehung eines Burnouts zu vermeiden. Zur Beantwortung dieser Fragestellung war es nötig, das Thema Burnout vertieft auszuführen. Dabei zeigte sich zum einen, dass zwar viel über Burnout geschrieben und diskutiert wird, dass jedoch zum andern bis heute eine gewisse Unschärfe das Thema umgibt. Diese Unschärfe könnte auch ein Grund für die anhaltende Tabuisierung von Burnout-Betroffenheit sein. Wäre Burnout ein anerkanntes Krankheitsbild mit einer einheitlichen Definition, festgelegten Symptomen, und wären klare Ursachen bekannt, könnten Betroffene vielleicht ohne Angst vor Stigmatisierung über ihre Erfahrungen sprechen. Eine einheitliche Definition scheint schwierig, da immer wieder betont wird, dass sich ein Burnout individuell manifestiere. Unter anderem wegen der Tabuisierung und weil Sozialarbeitende nicht nur selbst betroffen sein, sondern auch mit betroffenen Klienten und Klientinnen in Kontakt kommen können, ist die Autorin der Meinung, dass die Thematisierung von Burnout auf öffentlichen Sozialdiensten richtig und wichtig ist. Weiterbildungen zum Thema könnten die Sensibilisierung steigern und zudem Betroffenen ermöglichen, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Dieselben könnten so einen wertvollen Beitrag zur Burnout-Prävention leisten.

Die Auseinandersetzung mit dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky eröffnete eine Umkehr der Perspektive, weg vom Blick auf die Krankheit, hin zu Schutzfaktoren. Die anschauliche Flussmetapher, mit welcher Antonovsky (1997) das Bestreben der Salutogenese beschreibt, war bei der Ausarbeitung der Präventionsvorschläge für Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste hilfreich. Da gemäss Blättner und Waller (2011) davon auszugehen ist, dass das Kohärenzgefühl durch positive Erlebnisse auch im Erwachsenenalter noch gestärkt werden kann, wurden, bezogen auf die präventiven Massnahmen, Überlegungen hinsichtlich der Stärkung des Kohärenzgefühls angestellt. Diese sollen darstellen, weshalb ein Vorschlag burnoutpräventiv wirken könnte. So schafft aus Sicht der Autorin beispielsweise regelmässiger Ausdauer-sport Distanz zur Arbeit und hebt die Stimmung.

Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die vermehrte Einnahme einer salutogenetischen Perspektive nicht nur burnoutpräventiv, sondern allgemein gesundheitsfördernd wirken könnte. Da die Studie von Köppel (2007) jedoch zeigte, dass der Bekanntheitsgrad des Salutogenesekonzepts in der Bevölkerung noch gering ist, müssten zuerst Fachpersonen darauf sensibilisiert und geschult werden. Diesbezüglich könnte es lohnenswert sein, auf öffentlichen Sozialdiensten Weiterbildungen zum Thema der Salutogenese zu organisieren. Sozialarbeitenden würde sich durch das Konzept der Salutogenese eine neue Sichtweise auf ihr eigenes Gesundheits- und Krankheitsempfinden, aber auch auf jenes ihrer Klienten und Klientinnen eröffnen.

Um die zu Beginn gestellte Frage zu beantworten, wurden Massnahmen zusammengetragen, welche für Sozialarbeitende öffentlicher Sozialdienste als burnoutpräventive Techniken direkt am Arbeitsplatz eingesetzt werden können. Zudem wurden Interventionen der Sozialen Dienste der Stadt Zürich beschrieben, welche bezüglich Burnout-Prävention beispielhaft auf Ebene der Organisation verankert sind. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft weitere öffentliche Sozialdienste ihren Mitarbeitenden vergleichbare Angebote unterbreiten werden. Möglicherweise könnte durch burnoutpräventive Massnahmen die auf öffentlichen Sozialdiensten hohe Fluktuationsrate gesenkt werden, indem die Arbeitsbelastung angepasst und mehr auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden geachtet wird. Denn laut Graf (2011) betrug die Fluktuationsrate 2010 im Kanton Bern 15 bis 20 Prozent. Dies habe eine Umfrage unter Führungspersonen der öffentlichen Sozialdienste ergeben, wie sie weiter ausführt. Problematisch daran ist, dass die Einarbeitungszeit durchschnittlich ein Jahr dauert, das Team während dieser Zeit auffangen muss, was das neue Teammitglied noch nicht zu leisten vermag, und dieser Mehraufwand wiederum zu Kündigungen führt (Graf, 2011). Aus diesem Grund wäre es hilfreich, von Anfang an über genügend personelle Ressourcen zu verfügen, damit dieser Teufelskreis gar nicht erst zu drehen beginnt.

## 6.2 Ausblick

Während der Erarbeitung der Bachelorthesis haben sich weiterführende Fragestellungen ergeben. Der Genderaspekt im Erleben von Burnout beispielsweise wurde in dieser Arbeit bewusst ausgeklammert, könnte jedoch aufgegriffen und bearbeitet werden. Die Frage nach einer allfälligen Rückfallprävention hätte in Zusammenhang mit dem geplanten Interview mit einer betroffenen Person thematisiert werden sollen und bleibt nun offen. Eine weitere Fragestellung könnte beinhalten, ob Burnout gewissermassen ansteckend sein kann und ganze Teams ausbrennen können. Interessant wäre zudem zu untersuchen, ob sich aus der Zusammenführung theoretischer Konzepte der Sozialen Arbeit mit dem Konzept der Salutogenese neue Optionen ergeben.

## 7. Dank

Mein Dank geht an Raphael, Markus, Anne, Linda und Timur für ihre geduldige, motivierende und immer wieder inspirierende Unterstützung. Weiter danke ich Dr. phil. David Lätsch für seine fachliche Begleitung und Beratung während der Erarbeitung meiner Bachelorthesis und allen Sozialarbeitenden der Sozialen Dienste Ostermündigen und Thun, die mich in irgendeiner Form unterstützt haben. Bei Nadia bedanke ich mich für die Gestaltung des Titelbildes.

## 8. Literaturverzeichnis

- Allenspach, Marcel & Brechbühler Andrea. (2005). *Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlage, Ursachen, Folgen und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke übers.). Tübingen: dgvt.
- Bäuerlen, Jana. (2013). *Gesundheit und Arbeitswelt. Für eine gelungene Balance von Erwerbsarbeit und Familie*. Marburg: Tectum.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard. (2002). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (7. überarb. und erw. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Benkert, Otto. (2009). *StressDepression. Warum macht Stress depressiv? Warum macht die Depression das Herz krank?* (2. Aufl.). München: Verlag C.H. Beck.
- Bergner, Thomas M.H. (2010). *Burnout-Prävention. Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bielmeier, Dominique, Mattner, Maria-Elisabeth & Gross, Raimund. (2012, 05.März). Viel Lärm um Nichts? Ist „Burn-out“ bloss Modediagnose oder ernstzunehmende Volkskrankheit? *Uncover*. Abgerufen von <http://www.uni-leipzig.de/journalistik/index.php?id=37>
- Blättner, Beate & Waller, Heiko. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bracher, Katharina (2014, 18. Okt.). Erschöpfung am Arbeitsplatz. Hunderttausende sind Burnout-gefährdet. *Neue Zürcher Zeitung*. Abgerufen von <http://www.nzz.ch>
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Download Medienmitteilung. Zunahme der physischen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz* [PDF]. Abgerufen von <http://www.bfs.admin.ch>
- Burisch, Matthias. (1989). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Burisch, Matthias. (2006). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Burisch, Matthias. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation. (2013). *ICD-10-GM Version 2014*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de>
- Dudenredaktion. (Hrsg.). (2010). *Duden. Das Fremdwörterbuch Band 5* (10., überarb. und erw. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.

- Eichinger, Uschi & Hoffmann, Kyra. (2012-2013). *Der Burnout Irrtum. Ausgebrannt durch Vitalstoffmangel – Burnout fängt in der Körperzelle an. Das Präventionsprogramm mit Praxistipps und Fallbeispielen* (4. Aufl.). Lünen: Systemed Verlag.
- Fabach, Sabine. (2007). *Burn-out. Wenn Frauen über ihre Grenzen gehen*. Zürich: Orell Füssli.
- Fengler, Jörg. (2011). Ausgebrannte Teams: Das 6-Faktoren-Präventionsmodell. In Jörg Fengler & Andrea Sanz (Hrsg.), *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese* (S. 147-189). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freudenberger, Herbert & North, Gail. (1994). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Galuske, Michael. (2011). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (9. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Graf, Susanne. (2011, 29. Juni). Sozialdienst: Was die Arbeit erschwert. *Berner Zeitung*. Abgerufen von <http://www.bernerzeitung.ch>
- Gussone, Barbara & Schiepek, Günter. (2000). *Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen*. Tübingen: dgvt.
- Hillert, Andreas. (2014). *Burnout-Zeitbombe oder Luftnummer? Persönliche Strategien oder betriebliches Gesundheitsmanagement*. Stuttgart: Schattauer.
- Kaluza, Gert. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Karvounaki Marti, Sheila. (2014). Chancen und Herausforderungen der mobilen Arbeit. *SozialAktuell*, 9, 19.
- Keller, Vérena. (2004, Januar). Heldinnen und Helden der Sozialarbeit. *SozialAktuell*. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch>
- Koch, Axel & Kühn, Stefan. (2001). *Ausgepowert? Hilfen bei Burnout, Stress, innerer Kündigung* (2. Aufl.). Offenbach: Gabal Verlag.
- Köppel, Monika. (2007). *Salutogenese und Soziale Arbeit* (3. Aufl.). Lage: Hans Jacob.
- Korczak, Dieter. (2014). Ist Burnout therapierbar? Aktuelle Forschungsergebnisse zur Therapierbarkeit von Burnout. *SozialAktuell*, 9, 23-25.
- Krautz, Barbara, Schiebeck, Heike & Schülke Jörg. (2014). *Stressfrei studieren ohne Burnout*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Kypta, Gabriele. (2006). *Burnout erkennen, überwinden und vermeiden*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Lalouschek, Wolfgang & Hauck, Teresa. (2014). Burnout in Sozialberufen. Ursachen und Vorbeugung unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte. *SozialAktuell*, 9, 17-19.

- Lammers, Willem. (2011). Das Laufrad der Hamster: Unternehmensstrategien für ausgebrannte Teams. In Jörg Fengler & Andrea Sanz (Hrsg.), *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese* (S. 234-253). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leiter, Michael P. & Maslach, Christina. (2007). *Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern*. Wien: Springer.
- Lorenz, Rüdiger. (2005). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Mattes, Christoph & Grebenarov, Claudia. (2014). Burnout. *SozialAktuell*, 9, 11.
- Maoz, Benyamin. (1998). Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In Wolfram Schüffel, Ursula Brucks, Rolf Johnen, Volker Köllner, Friedhelm Lamprecht & Ulrich Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 13-22). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Maslach, Christina & Leiter, Michael P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer.
- Muscheidt, Linda. (2014). Burnout-verhängnisvoller Teufelskreis. *SozialAktuell*, 9, 10-11.
- Petzold, Theodor Dierk. (2010). *Praxisbuch Salutogenese. Warum Gesundheit ansteckend ist*. München: Südwest.
- Porta, Sepp & Hlatky, Michael. (2009). *Stress verstehen Burnout besiegen*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Poulsen, Irmhild. (2009). *Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pschyrembelredaktion. (2012). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2013*. Berlin: De Gruyter.
- Reichen, Johannes. (2013, 26. Juli). Mehr Ämter, mehr Angestellte – und für alle mehr Arbeit. *Berner Zeitung*. Abgerufen von <http://www.bernerzeitung.ch>
- Röhrig, Sindy & Reiners-Kröncke, Werner. (2003). *Burnout in der Sozialen Arbeit*. Augsburg: Ziel.
- Rosenberg, Martin. (2014). Burnout-Prävention bei den Sozialen Diensten der Stadt Zürich. In Martin Rosenberg, Caroline Theiss-Wolfsberger & André Moser, Den positiven Umgang mit Belastungen lernen (S.20). *SozialAktuell*, 9, (20-22).
- Rösing, Ina. (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Heidelberg: Asanger.
- Rümke, Annejet. (2012). *Burn-out Sprechstunde*. Stuttgart: Verlag Urachhaus.
- Schmidbauer, Wolfgang. (2002). *Helfersyndrom und Burnout-Gefahr*. München: Urban & Fischer.
- Schmidbauer, Wolfgang. (2014). Abgerufen von <http://www.wolfgang-schmidbauer.de>



- Schmidt, Brinja. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren-Hintergründe-Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmiedel, Volker. (2010). *Burnout. Wenn Arbeit, Alltag & Familie erschöpfen*. Stuttgart: TRIAS.
- Stewart, Ian & Joines, Vann. (2009). *Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung* (9. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Waadt, Michael & Acker, Jens. (2013). *Burnout. Mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen*. Bern: Hans Huber.