

Ausprägung von Burnout bei den PhysiotherapeutInnen im Südtiroler Sanitätsbetrieb



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Marcel Fischer

Graz, im Juni 2008

Marcel Fischer

info@marcelfischer.it

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2008

Thesis angenommen im Juni 2008

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und den Sanitätsbezirken, für die Genehmigung zur Durchführung der Studie danken.

Danken möchte ich auch den KoordinatorInnen in den einzelnen Sanitätsbetrieben und den PhysiotherapeutInnen für die Unterstützung der vorliegenden Studie.

Dem Amt für Ausbildung des Gesundheitswesens und somit der Autonomen Provinz Bozen - Südtirol danke ich für die Unterstützung (Studienbeihilfe) in den vergangenen drei Jahren.

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	5
Ausprägung von Burnout bei den PhysiotherapeutInnen im Südtiroler Sanitätsbetrieb		
1.1	Einleitung	5
	<i>Hintergrund und Stand des Wissens</i>	5
	<i>Forschungsfragen</i>	6
1.2	Methodik	6
	Design	6
	TeilehmerInnen	6
	Durchführung	6
	Statistische Analyse	7
1.3	Ergebnisse	7
	Überblick	7
	Diskussion	8
	Interpretation	8
	Folgerungen auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens	8
1.4	Anregung zu weiterführender Arbeit	9
	Empfehlungen	9
1.5	Literatur	10
2.	Einleitung	11
2.1	Geschichtlicher Hintergrund der Burnout-Forschung	12
2.2	Begriffsdefinition „Burnout“	13
2.3	Burnout Symptome	14
2.4	Burnout Konzepte und Erklärungsansätze	20
2.5	Die berufliche Situation der PhysiotherapeutInnen	26
2.5.1	Die Entwicklung der Physiotherapie	26
2.5.2	Das Berufsbild Physiotherapie	27
2.6	Burnout Untersuchungen in der Physiotherapie	28
2.7	Übertragung und Gegenübertragung - Nähe und Distanz	29

3.	Methodischer Teil	32
3.1	Vorarbeiten	32
3.2	Stichprobe	32
3.2.1	<i>Gewinnung der Stichprobe</i>	32
3.2.2	<i>Angaben zur Stichprobe</i>	32
3.3	Fragestellung	32
3.4	Das Messinstrument	33
3.4.1	<i>Personalienblatt (Anhang II)</i>	33
3.4.2	<i>Der Fragebogen (Anhang III)</i>	34
3.4.3	<i>Die Auswertung</i>	38
4.	Darstellung der Ergebnisse	39
4.1	Überblick	39
4.2	Ergebnisse zu Burnout	42
4.2.1	<i>Skalierung der 32 Einzelitems</i>	42
5.	Diskussion	47
5.1	Überblick	47
5.2	Diskussion der Ergebnisse, Forschungsfragen und Hypothesen	47
5.3	Vergleich mit PhysiotherapeutInnen aus Tirol	50
5.4	Schlussfolgerung	51
5.5	Anregung zu weiterführender Arbeit	52
6.	Quellenverzeichnis	53
Anhang I:	Begleitschreiben	57
Anhang II:	Personalienblatt	59
Anhang III:	Fragebogen MBI-D und MBI-GS	61
Anhang IV:	Tabellen / Auswertung	64



www.inter-uni.net > Forschung

Ausprägung von Burnout bei den PhysiotherapeutInnen im Südtiroler Sanitätsbetrieb Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Marcel Fischer, mit Elke Mesenholl-Strehler, P.C. Endler, Paul Pass, Harald Lothaller
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2008

Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens

Die weit gefassten Wirkungsfelder sowie Einsatzgebiete für PhysiotherapeutInnen umfassen alle Bereiche der Medizin. Die fachlichen und menschlichen Anforderungen des Berufes sind nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder hoch. Neben den ausgezeichneten Fachkenntnissen werden Verantwortungsbewusstsein, Entscheidungsfreudigkeit, Selbständigkeit, Realitätssinn, Menschenkenntnis und Kommunikationsfähigkeit im Berufsbild des/r PhysiotherapeutIn vorausgesetzt. Typisch für die Arbeit von PhysiotherapeutInnen ist, dass sie neben dem ständigem Austausch mit PatientInnen/KlientInnen ebenso in Austausch mit ärztlichem und pflegerischen Personal und gegebenenfalls mit Angehörigen stehen.

In den vergangenen Jahren hat die Burnout-Forschung eine Vielzahl an Burnout-Definitionen und Burnout-Modellen mit unterschiedlichen Ansätzen hervorgebracht. Bis heute liegt dennoch keine allgemein anerkannte Definition im Sinne der ICD-10 Codierung vor. Maslach & Jackson (1984) definieren „Burnout als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit, das bei Individuen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten kann.“ Das Maslach-Burnout-Inventory MBI (1981, 1986) ist nach wie vor das am häufigsten eingesetzte Messinstrument zur Erfassung des Burnout-Syndroms.

Schaufeli & Enzmann (1998, aus Burisch 2006, S.19) definieren Burnout als einen „dauerhaften, negativen und arbeitsbezogenen Seelenzustand normaler Individuen.“ Burnout ist demnach ein Zustand der Erschöpfung, „begleitet von Unruhe und Anpassung, einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung disfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit.“

Die sich nach und nach entwickelnde psychische Verfassung bleibt von den Betroffenen oft lange unbemerkt. Als eine „Fehlpassung von Intension und Berufsrealität“ beschreiben Schaufeli & Enzmann (1998) das Burnout-Syndrom.

Burnout scheint sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht zu erhalten.

Wenn auch die Ätiologie zu Burnout noch eher ungeklärt scheint, so gibt es in Symptomatologie und Verlauf eine relative Übereinstimmung.

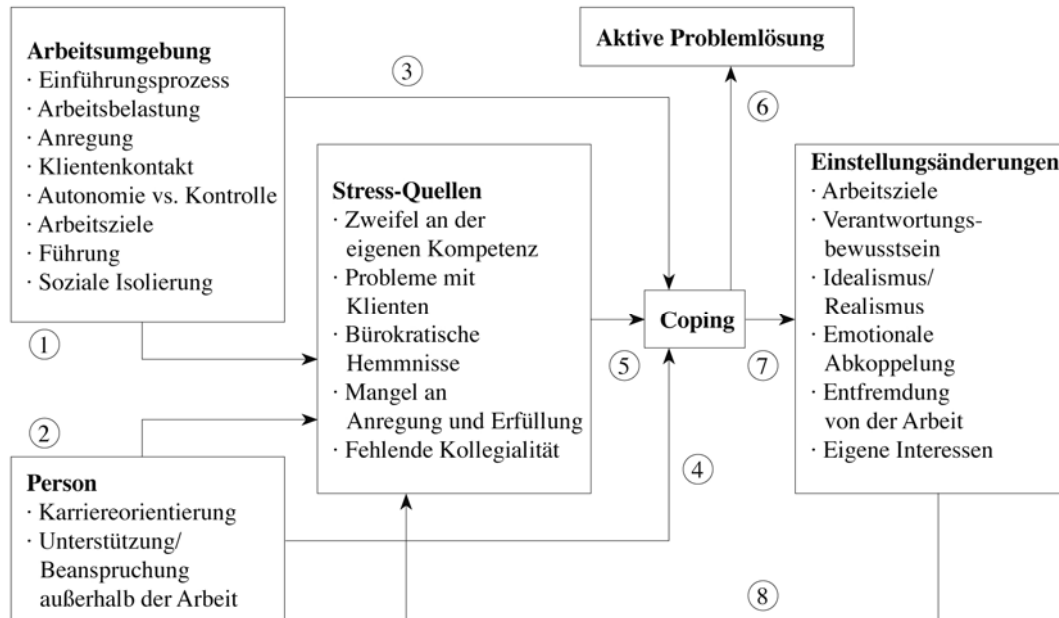


Abb. 1: Burnout-Modell von Cherniss (1980a, aus Burisch 2006, S.66)

Forschungsfragen

Durch die vorliegende Studie soll mittels einer anonymen Fragebogenerhebung durch Selbsteinschätzung das Phänomen bzw. die Ausprägung von Burnout am Arbeitsplatz der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol erhoben werden, indem die Häufigkeit des Auftretens der Symptome bestimmt wird.

Als weiteren Aspekt versucht die Untersuchung zu klären, wie etabliert Supervision in der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol ist und ob sich Supervision positiv auf Burnout auswirkt. Zusätzlich werden die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden, im Zusammenhang mit Supervisionen und der Burnout-Ausprägung, untersucht.

Methodik

Design

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine anonyme, quantitative Datenerhebung in Form einer Einmalmessung mittels MBI-D nach Büssing & Perrar (1992) und mittels MBI-GS nach Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson (1996). Neben den Angaben zur Person, zur beruflichen Situation und zur Inanspruchnahme von Supervisionen, wurden zusätzlich die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden, erhoben.

TeilnehmerInnen

An der Studie nahmen 133 PhysiotherapeutInnen aus den einzelnen Sanitätsbezirken des Südtiroler Sanitätsbetriebes teil, was einer Rücklaufquote von 69,63% der versendeten Fragebögen entspricht.

Durchführung

Im Januar 2008 wurde der Kontakt zu den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol über die verantwortlichen KoordinatorInnen in den einzelnen Sanitätsbetrieben hergestellt.

Die Kuverts mit den Fragebögen wurden an alle PhysiotherapeutInnen durch die KoordinatorInnen in den einzelnen Sanitätsbetrieben verteilt. Die StudienteilnehmerInnen hatten 12 Tage Zeit, um die Fragebögen zu beantworten, die dann von den KoordinatorInnen gesammelt und zurück gesandt wurden.

Statistische Analyse

Nach Abschluss der Fragebogenerhebung wurden sämtliche Daten mittels einfaktorieller Varianzanalysen (inklusive Post-Tests nach Scheffé und Tukey) sowie mittels Frequenz- und Korrelationsanalysen ausgewertet. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen auf 5% festgesetzt.

Ergebnisse

Überblick

Die Mittelwerte in den Subskalen der Burnout-Faktoren MBI-D-GS sind für sich betrachtet wenig aussagekräftig und können nur im Vergleich mit anderen Studien bewertet werden. Normwerte für den deutschsprachigen Raum liegen noch nicht vor.

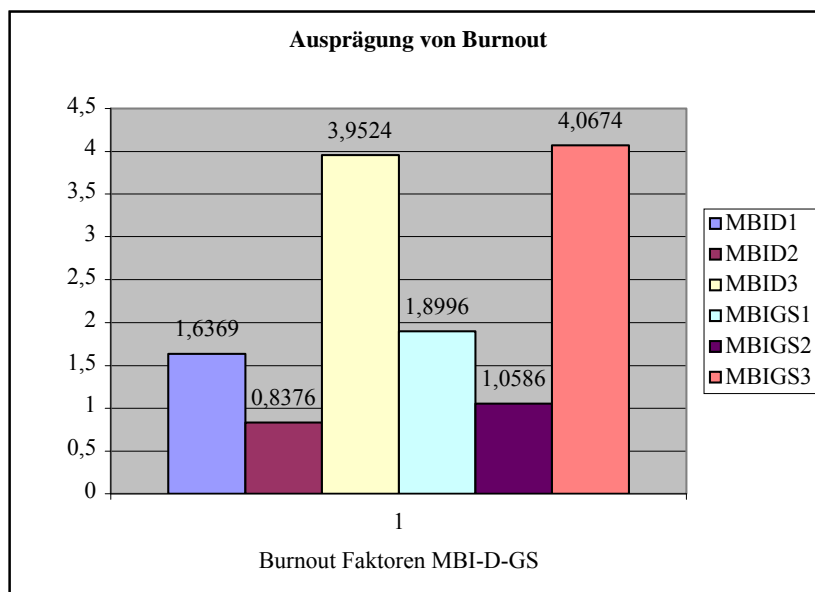


Abb.2: Mittelwerte der Burnout – Faktoren in der Stichprobe

Entsprechend einer Empfehlung von Glaser (2008, TU München) wurden Personen mit Werten von 4.0 und höher in den Skalen *Emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisation* bzw. *Zynismus* als kritisch gewertet.

Bei der Skala *Persönliche Erfüllung* wurde entsprechend ein Wert von 3.0 und kleiner gewertet.

Diese Werte können folglich als erhöhte Anzeichen Burnout-Werte interpretiert werden.

Die vorliegende Studie zeigt, dass in den Faktoren MBID1, MBID2, MBIGS1 und MBIGS2 keine einzige Person mit einem hohen Wert ist. In den Faktoren MBID3 haben 4 Personen und bei MBIGS3 haben 3 Personen einen hohen Wert.

In der Stichprobe ist insgesamt die Gefahr eines Burnouts erfreulicherweise kaum ausgeprägt.

Supervisionen scheinen bei den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol wenig etabliert zu sein, denn es ergibt sich ein einigermaßen betrübliches Verhältnis von 1:3 zwischen den vom Dienstgeber angebotenen und von den PhysiotherapeutInnen überhaupt in Anspruch genommenen Supervisionen.

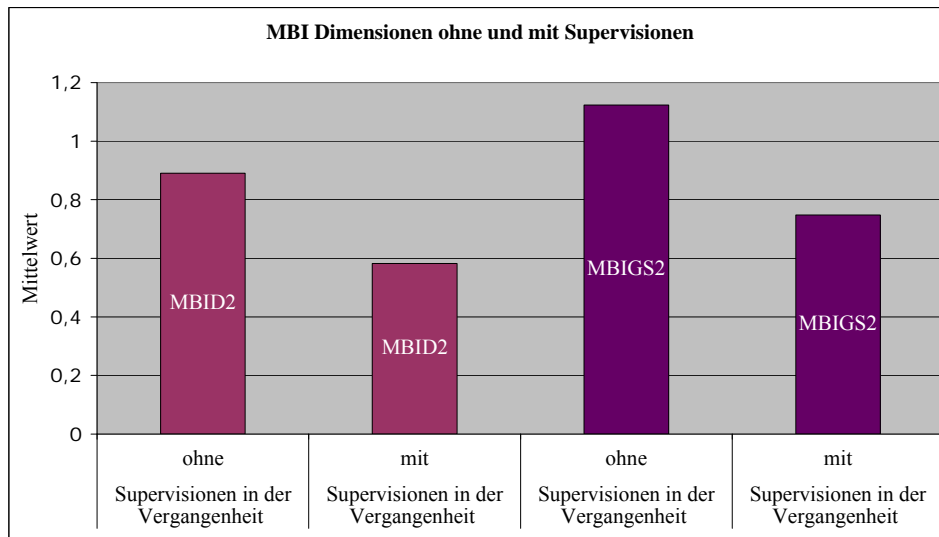


Abb. 2: Ausprägung von MBID2 und MBIGS2 für Gruppen ohne und mit Supervisionen

Das Verantwortungsbewusstsein bzw. die Eigeninitiative der PhysiotherapeutInnen, beginnende Burnout-Prozesse frühzeitig durch die Inanspruchnahme von Supervisionen zu erkennen, scheint relativ gering, obwohl die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass sich die Inanspruchnahme von Supervisionen positiv auf die Ausprägung von Burnout auswirkt.

Diskussion

Interpretation

Die gewonnenen Ergebnisse aus der vorliegenden Studie zeigen, dass bei den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol die Gefahr von Burnout kaum ausgeprägt ist.

Folgerungen auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens

In den fundamentalen Veränderungen am Arbeitsplatz und an der Art der Berufe sehen Maslach & Leiter (2001) die wesentlichen Ursachen für Burnout. Die Arbeitsplätze der Gegenwart haben aus wirtschaftlicher und psychologischer Sicht häufig ein kaltes, abweisendes und zu stark forderndes Umfeld. Aus dieser Tatsache heraus resultiert, dass die Menschen emotional, physisch und geistig erschöpft sind. Die täglichen Anforderungen des Berufes und der Familie schwächen die Energie und den Enthusiasmus der beschäftigten Personen. Burnout darf nicht als Problem der Einzelperson gesehen werden, sondern als Problem des sozialen Umfeldes, in dem Menschen leben und arbeiten. Die Strukturierung des Arbeitsplatzes prägt die Interaktion zwischen den Menschen und der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit erledigen.

Grundsätzlich können die beruflichen Anforderungen der PhysiotherapeutInnen durch die weit gefassten Wirkungsfelder sowie Einsatzgebiete als belastend bezeichnet werden.

Durch die relativ einseitige Ausrichtung der Ausbildung in den sozialen Berufen auf die medizinischen fachlichen Inhalte, die ungenügende Berücksichtigung der therapeutischen Interaktion mit den PatientInnen, bei denen die Auseinandersetzung mit den Wünschen und Ängsten dem Zufall überlassen werden, sowie zusätzliche Anforderungen durch Arbeitsüberlastung und fehlende bzw. ungenügend in Anspruch genommene Unterstützungsmaßnahmen (Supervisionen) können bei längerer Berufsausübung zu Burnout führen bzw. den Burnout-Prozess negativ beeinflussen.

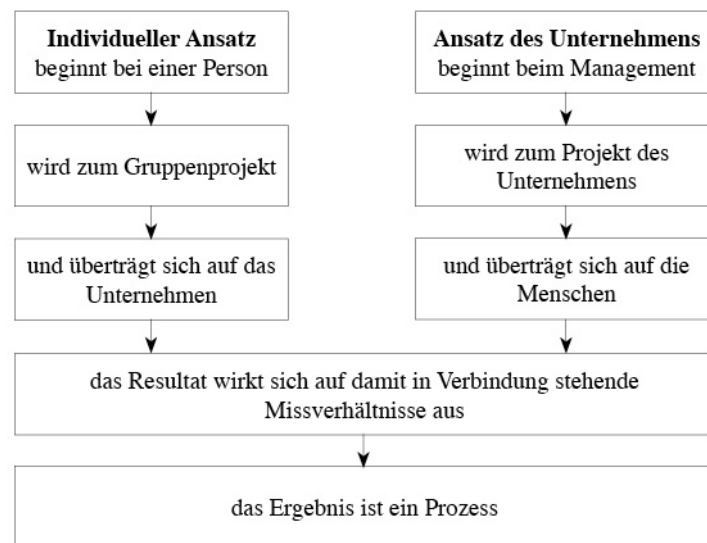


Abb. 3: Zwei Ansätze zum Problemlösungsprozess nach Maslach & Leiter (2001)

Burnout führt zu körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung und kann in fortgeschrittenem Stadium u. a. psychosomatische Reaktionen wie Schwächung der Immunreaktion, Schlafstörungen, erhöhten Blutdruck, Rücken- und Kopfschmerzen, Magen-Darmgeschwüre etc. sowie Verzweiflung hervorrufen.

Eigenkritisches

Burnout zeigt sich als ein komplexes Geschehen bei dem verschiedene Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Bei der Sichtung der einschlägigen Literatur zeigt sich jedoch die Diskrepanz zwischen Äthiologie, Definition, Theorien und Erklärungsmodellen in der Burnout Forschung.

Die bisher eher pathogenetisch ausgerichtete Burnout Forschung wird verstärkt von einer salutogenetisch ausgerichteten Sichtweise ergänzt.

Mit dem Maslach-Burnout-Inventory (MBI) scheint es wohl nur ungenügend möglich zu sein, dass komplexe Geschehen von Burnout zu erfassen.

Anregung zu weiterführender Arbeit

Um die gewonnenen Daten besser einzuordnen und vergleichen zu können sollten weitere vergleichende multizentrische interkulturelle Erhebungen im Alpenraum (Italien / Südtirol, Österreich, Deutschland und Schweiz) durchgeführt werden.

Ebenso bedarf es weiterer Untersuchungen zwischen angestellten und freiberuflich arbeitenden Physiotherapeuten.

Empfehlungen

Im Sinne einer salutogenetischen Arbeits- und Organisationsgestaltung ist auch weiterhin eine individuelle und institutionelle Ausrichtung des Ressourcenmanagement im Unternehmen zu empfehlen.

In die Ausbildung der PhysiotherapeutInnen sollten, aus präventiver Sicht, verstärkt salutogenetische Handlungsstrategien im Sinne einer „Psychohygiene“ integriert werden.

Literatur

Burisch M.: Das Burnout Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung – 3., überarbeitete Auflage, Springer 2006

Büssing A. & Perrar K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In Diagnostica, 38, Heft 4, 328-353. Göttingen: Hogrefe 1992

Cherniss C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock, Beltz Taschenbuch Verlag, Weinheim und Basel 1999

Enzmann D. & Kleiber, D.: Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg, Asanger Verlag 1989, 1990

Freudenberger H. J. & Richelson G.: Ausgebrannt – Die Krise der Erfolgreichen-Gefahren erkennen und vermeiden, München: Kindler Verlag GmbH 1980

Maslach C. & Leiter P. M.: Die Wahrheit über Burnout – Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können – Springer 2001

Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D.: Ausgebrannt – Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett-Cotta, Stuttgart 2006

Rösing I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout Forschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.

Schmidbauer W.: Hilfloze Helfer, Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, 14 Auflage, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Verlag 2005

2. Einleitung

Die vorliegende Thesis bzw. die durchgeführte Untersuchung, die im Rahmen der Forschungsleitlinie „Gesundheitsqualität“ am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau angesiedelt ist, befasst sich mit dem Phänomen Burnout in der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen.

Gemeinsam mit den Betreuern wurden die Herangehensweise und die geeigneten Instrumente, mit denen die Kernfrage der Studie, ob und in welchem Ausmaß die PhysiotherapeutInnen von Burnout betroffen sind, ausgewählt.

Am Interuniversitären Kolleg wurden bisher vier Thesen zu dem Thema Burnout vorgelegt. Isabella Bieringer (2005) befasst sich in Ihrer Thesis mit der „Burnout Problematik bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich“, die Thesis von Gabriele Moosler (2006) behandelt die „Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal“, Bettina Strasser (2007) untersucht die „Burnoutproblematik bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegeberuf“ und Susanne Fuchs (2007) untersucht in Ihrer Studie die Burnout Problematik bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin“.

Das Thema Burnout ist seit Jahren bekannt und wird im sozialen wie im medizinischen Kontext in einer kaum überschaubaren Zahl an Studien und Untersuchungen erforscht und publiziert.

Beim "Burnout- Syndrom" handelt es sich um einen andauernden und schweren Erschöpfungszustand mit sowohl seelischen als auch körperlichen Beschwerden. Die Betroffenen fühlen sich erschöpft und leer, sie sehen den Sinn und Nutzen ihrer eigenen Arbeit nicht mehr und haben den Glauben an sich selbst verloren. Besonders fatal ist der Verlust der persönlichen Wertschätzung sich selbst und anderen gegenüber.

Nach Fazekas (2006) gehören zu den Betroffenen vom Burnout-Syndrom vor allem Personen in therapeutischen und erzieherischen Berufen, wo ständig und ohne Unterbrechung eine helfende Haltung anderen Menschen gegenüber gefordert ist. Neuere Untersuchungen nach Bauer (2003) zeigen, dass besonders auf Intensiv-, Krebs- und AIDS- Stationen 40 bis 60 % der Pflegekräfte und 15 bis 30 % der Ärzte an Burnout- Symptomen leiden. Bei den Lehrern sind nach Bauer (2003) laut einer neueren Studie in Deutschland etwa 35 % betroffen, weitere 30 % der Lehrer befinden sich in einem Vorstadium zum Burnout.

Bei den Recherchen zu der vorliegenden Arbeit habe ich neben der Studie von Gindu (2005) mit dem Titel „Burnout in der Physiotherapie“, weitere Arbeiten zu dem Thema Burnout und Physiotherapie aus dem deutschsprachigen Raum von Sadil (2004), Gogala (2003), Mauernböck & Jazosch (2003) sowie Huber (2002) gefunden.

Das primäre Ziel der Studie ist neben dem akademischen Wissensgewinn auch der Wunsch nach mehr Reflektion der eigenen Arbeit für die PhysiotherapeutInnen.

Der Verfasser selbst ist seit 2000 als Physiotherapeut tätig, was zu der spezifischen Ausrichtung des Themas auf die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen geführt hat.

2.1 Geschichtliche Hintergründe der Burnout-Forschung

Nach Burisch (2006) verwendet schon Shakespeare Ende des 16. Jahrhunderts das Verb „to burn out“.

Paine (1982) weist darauf hin, dass laut den Herausgebern der Merriam-Webster`s Dictionaries schon in den 30er Jahren Burnout ein Thema in den Bereichen des Profisports und der darstellenden Künste war.

Wie Sonneck (2000) beschreibt, wurde im Jahre 1961 die bekannte Erzählung „A burn-out case“ von dem 1991 verstorbenen Graham Greene veröffentlicht.

Nach Enzmann und Kleiber (1990, aus Bradley 1969) findet sich die erste Erwähnung des Burnout als ein psychologisches Phänomen, das vorrangig bei Helfern anzutreffen ist.

Im Jahr 1969 beschreibt Bäuerle in seinen Untersuchungen zum so genannten Praxisschock junger Lehrer folgendes:

„Ein sich langsam entwickelnder Zustand, eine Reduktion psychischer Belastbarkeit schon im mittleren Berufsalter, die Entstehung von Resignation und Ressentiment als Folge menschlicher Überforderung; innere Rückzug von allen Menschen und Menschlichen Problemen.“

Ab Ende der 60er wurde nach Golembiewski (1982, in Burisch 2006) der Begriff „Flame-Out“ beschrieben.

In Amerika wurde nach Burisch (2006) der Begriff Burnout vom deutschstämmigen Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger (1974) und etwa zu gleicher Zeit von Ginsburg (1974) popularisiert.

Im Jahre 1974 beschreibt Freudenberger in einem Artikel für das ‚Journal of Social Issues‘ einen physiologischen und psychologischen Endzustand bei sich selbst und bei ehrenamtlichen MitarbeiterInnen alternativer Selbsthilfe- und Kriseninterventionseinrichtungen.

Freudenberger beobachtete damals, wie aus aufopferungsvollen, pflichtbewussten und engagierten HelferInnen häufig leicht reizbare und ihren KlientInnen gegenüber zynische MitarbeiterInnen wurden, welche Symptome einer physischen und psychische Erschöpfung zeigten.

Ab 1976 beschreiben neben Freudenberger auch insbesondere die Sozialpsychologin Christina Maslach und Ayala Pines das Phänomen Burnout zunächst für helfende Berufe und später auch für andere psychosoziale und pädagogische Berufsgruppen bzw. werden auch private Lebensbereiche in die Beobachtungen mit einbezogen.

An der Universität Bekeley in Kalifornien begannen Maslach und Pines mit dem systematischen forschen an dem Burnout-Syndrom.

Seit 1980 gibt es erste deutschsprachige Übersetzungen der Burnoutliteratur.

Nach Burisch (2006) nahmen Schaufeli und Enzmann eine flächendeckende Sichtung der Forschungsliteratur seit 1988 vor und ihre Ergebnisse veröffentlichten sie in dem 1989 erschienen Buch mit dem Titel „The Burnout Companion to Study and Practice“.

Im Jahr 2003 nahm dann die Kulturanthropologin Ina Rösing eine Sichtung der neuesten Burnout-Literatur vor, die sie in ihrem Buch „Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt?“ kritisch diskutiert.

2.2 Begriffsdefinition „Burnout“

Nach Burisch (2006) findet sich Burnout (Schlüssel = Z73.0) zugeordnet und definiert in einem der beiden internationalen Diagnoseschlüssel *International Classification of Diseases* (ICD-10), die von der WHO (1991, aktuelle Ausgabe 10) herausgegeben wird.

Der Begriff Burnout wurde nach Enzmann & Kleiber (1989, aus Bieringer 2005) Anfangs eher von Praktikern als von Forschern verwendet und geprägt.

Aus einer Vielzahl an Definitionen wie sie Enzmann & Kleiber (1989, aus <http://www.hilfe-bei-burnout.de/nano.cms/Allgemeines/-Definition/>) beschrieben werden an dieser Stelle einige auszugsweise wiedergegeben

Schaufeli & Enzmann (1989, aus Richter 2006)

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, Arbeit betreffender Zustand „normaler“ Individuen, welche charakterisiert ist durch Ermüdung, Distress, Erleben verminderter Kompetenz, abnehmender Motivation und die Entwicklung einer dysfunktionalen Haltung zur Arbeit.“

Emener et. al. (1972, in Fengler 1998, S. 92) beschreibt:

Burnout ist ein „... Zustand physischer oder seelischer Erschöpfung, der als Auswirkung lang anhaltender negativer Gefühle entsteht, die sich in Arbeit und Selbstbild des Menschen entwickeln.“

Pines, Aronson und Kafry (2006, S.25). erweitern diese Ausführung und erklären:

„das Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen (...) Das Ausbrennen ist die schmerzliche Erkenntnis (von Helfern), dass sie diesen Menschen nicht mehr helfen können, dass sie nicht mehr zu geben haben und sich völlig verausgabt haben.“

Folglich definieren Pines et. al. Burnout als eine körperliche, geistige und emotionale Erschöpfung, welche durch emotionalen Stress verursacht wird.

Maslach & Jackson (1984, S. 134, in Enzmann & Kleiber, 1989, S. 32) sehen es ähnlich und definieren Burnout

„... als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit, das bei Individuen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten kann“

Die AutorInnen sehen Burnout verursacht durch streßhafte Interaktionen und unterscheiden in ihrem Erklärungskonzept 3 Dimensionen des Burnout.

„Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf Gefühle, durch seinen Kontakt mit anderen Menschen emotional überanstrengt und ausgelaugt zu sein.

Depersonalisierung bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf diese Leute, die gewöhnlich die Empfänger seiner Dienste oder Fürsorge sind.

Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit bezieht sich auf eine Abnahme seines Gefühls an Kompetenz und erfolgreicher Ausführung in seiner Arbeit mit Menschen“

Edelwich & Brodsky (1984, S. 12) verwenden den Begriff Burnout um

„einen zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie zu beschreiben, den die in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren“

Diesen Verlust an Energie und Engagement sehen Edelwich & Brodsky als Folge einer Desillusionierung, nach einem Prozess der stufenweisen Enttäuschung.

Freudenberger (1994, S. 27) betrachtet Burnout als einen Zustand der Erschöpfung und Frustration, verursacht durch unrealistische Erwartungen. Er definiert Burnout als „...ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft- kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Stress, und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt“

Burisch (1994, S. 117) beschreibt Burnout als einen Zustand 'innerer Erschöpfung', welcher in jedem Beruf auftreten kann. Er versucht die verschiedenen Ansätze auf einer allgemeinen Ebene zu integrieren und sieht

„Burnout in Gang gesetzt durch Autonomieeinbußen in gestörten Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt, genauer: durch die innere Repräsentation solcher Interaktionen als gestörter und das Scheitern bei ihrer Bewältigung.“

Müller (2004, S. 18) postuliert in einer aktuellen Definition:

„Im Falle einer Burnout – Krise nimmt die psychische Belastbarkeit bereits im mittleren Berufsalter ab. Menschliche Überforderung und Enttäuschungen führen zu emotionaler Erschöpfung und Resignation. Der physische Verlauf kann bis zur Entfremdung von sich selbst und zu völligem Rückzug von anderen Menschen führen und in Depressionen und körperliche Erkrankungen münden.“

2.3 Burnout Symptome

Nach Burisch (2006) zeigte sich der Vergleich der Symptombilder in vielschichtigen Studien überraschend einheitlich. Burisch unternahm daher eine Auflistung und Einteilung aller in der Literatur häufig genannten Symptome des Burnout in 7 Kategorien, welche einen gewissen Prozesscharakter annehmen lassen.

Burisch (2006) erklärt, dass nicht unbedingt alle Symptome in einem Burnout-Fall vorhanden sein müssen. Viel mehr sollte der Syndrombegriff in einem „weichen Sinn“ gebraucht werden. Das Vorhandensein eines Symptoms erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass andere Symptome ebenfalls auftreten bzw. auftreten werden.

Auflistung und Einteilung der Symptome in sieben Kategorien (Burisch 2006)

1. Warnsymptome der Anfangsphase

a). Überhöhter Energieeinsatz

- Hyperaktivität
- freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
- Gefühl der Unentbehrlichkeit
- Gefühl, nie Zeit zu haben
- Verleugnung eigener Bedürfnisse
- Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
- Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten

b). Erschöpfung

- chronische Müdigkeit
- Energiemangel
- Unausgeschlafenheit
- erhöhte Unfallgefahr

2. Reduziertes Engagement

a). für die Klienten, Patienten etc.

- Desillusionierung
- Verlust positiver Gefühle gegenüber den Klienten
- Größere Distanz zu Klienten
- Meidung von Kontakt mit Klienten und/ oder Kollegen
- Aufmerksamkeitsstörung in der Interaktion mit Klienten
- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
- Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern
- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
- Betonung von Fachjargon
- Dehumanisierung

b). für andere allgemein

- Unfähigkeit zu geben
- Kälte
- Verlust der Empathie
- Verständnislosigkeit
- Schwierigkeiten anderen zuzuhören
- Zynismus

c). für die Arbeit

- Verlust von Idealismus
- Desillusionierung
- Negative Einstellung zur Arbeit
- Widerwillen und Überdruß
- Widerstand täglich zur Arbeit zu gehen
- Ständiges „auf-die-Uhr-sehen“
- Fluchtphantasien
- Tagträume
- Überziehen von Arbeitspausen
- Verspäteter Arbeitsbeginn
- Vorverlegter Arbeitsschluss
- Fehlzeiten
- Verlagerung des Schwergewichtes auf die Freizeit, aufblühen am Wochenende
- Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

d). erhöhte Ansprüche

- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Gefühl ausgebeutet zu werden
- Eifersucht
- Familienprobleme
- Konflikte mit den eigenen Kindern

3. emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen

a). Depression:

- Schuldzuweisung
- Reduzierte Selbstachtung
- Insuffizienzgefühle
- Gedankenverlorenheit
- Selbstmitleid
- Humorlosigkeit
- Unbestimmte Angst und Nervosität
- Abrupte Stimmungsschwankungen

- Verringerte emotionale Belastbarkeit
- Bitterkeit
- Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
- Schwächegefühl
- Neigung zum Weinen
- Ruhelosigkeit
- Gefühl des Festgefahrenseins
- Hilflosigkeits-, Ohnmachtgefühle
- Pessimismus/ Fatalismus
- Apathie
- Selbstmordgedanken

b). Aggression

- Schuldzuweisung an Andere oder das „System“
- Vorwürfe an Andere
- Verleugnung der Eigenbeteiligung
- Ungeduld
- Launenhaftigkeit
- Intoleranz
- Kompromissunfähigkeit
- Nörgeleien
- Negativismus
- Reizbarkeit
- Ärger und Ressentiments
- Defensive/ paranoide Einstellungen
- Misstrauen
- Häufige Konflikte mit Anderen

4. Abbau

a). der kognitiven Leistungsfähigkeit

- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
- Ungenauigkeit
- Desorganisation
- Entscheidungsunfähigkeit
- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen

b). der Motivation

- Verringerte Initiative
- Verringerte Produktivität
- Dienst nach Vorschrift

c). der Kreativität

- Verringerte Phantasie
- Verringerte Flexibilität

d). Entdifferenzierung

- Rigides Schwarz-Weißdenken
- Widerstand gegen Veränderungen aller Art

5. Verflachung

a). des emotionalen Lebens

- Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
- Gleichgültigkeit

b). des sozialen Lebens

- Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an Einzelne
- Meidung informeller Kontakte
- Suche nach interessanten Kontakten
- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
- Eigenbrötleien
- Mit sich selbst beschäftigt sein
- Einsamkeit

c). des eigenen Lebens

- Aufgeben von Hobbies
- Desinteresse
- Langeweile

6. psychosomatische Reaktionen

- Schwächung der Immunreaktion
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Sexuelle Probleme
- Gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden
- Beschleunigter Puls
- Erhöhter Blutdruck
- Muskelverspannungen
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Beschwerden
- Gewichtsveränderungen
- Veränderte Essgewohnheiten
- Mehr Alkohol/ Kaffee/ Tabak/ andere Drogen

7. Verzweiflung

- Negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- Existenzielle Verzweiflung

Auflistung und Einteilung der Symptome in sieben Kategorien (Burisch, 2006, S. 25 - 26)

Nach Burisch (2006) und anderen Autoren bringen diese andere gegliederte Übersichten zum Symptomgeschehen im Burnout.

Cherniss (1980, bei Burisch 1989) beschreibt den transaktionalen Burnout Prozess in drei Stadien: Berufsstress, Stillstand, Defensive Bewältigungsversuche

Lauderdale (1982, bei Burisch 2006) beschreibt Burnout ebenso in drei Phasen: Verwirrung, Frustration, Verzweiflung

Freudenberger & Richelson (1980, 1983, bei Bursich 1989) unterteilen den Verlauf einer Burnoutkarriere in ein empfindendes und ein empfindungsloses Stadium.

Nach Burisch (2006) bringen Carroll & White (1982), Maher (1983) oder Kahill (1988) anders gegliederte Übersichten.

Edelwich & Brodsky (1984) verstehen Burnout als einen Kreislauf der Desillusionierung.

Schaufeli (1992, bei Gusy 1995, aus Burisch 2006) schlägt ein etwas gröberes Kategorienschema vor.

Er unterteilt in 5 Symptomkategorien:

Psychische Symptome

emotional

- großer Widerstand täglich zur Arbeit zu gehen
- Gefühle des Versagens, Ärgers und Widerwillens
- Schuldgefühle
- Entmutigung und Gleichgültigkeit
- Misstrauen und paranoide Vorstellungen
- Frustration

kognitiv

- Rigidität im Denken und Widerstand gegen Veränderungen
- Projektionen
- Konzentrationsstörungen

motorisch

- nervöse Ticks
- Verspannungen

Physische Symptome

psychosomatische Beschwerden

- tägliche Gefühle von Müdigkeit und Erschöpfung
- große Müdigkeit nach dem Arbeiten
- Schlafstörungen
- sexuelle Probleme

Erkrankungen

- häufige Erkältungen und Grippe
- häufige Kopfschmerzen
- Magen-Darm-Beschwerden

Physiologische Reaktionen

- erhöhter Herzschlag
- erhöhter Pulsfrequenz
- erhöhter Cholesterinspiegel

Symptome auf der Verhaltensebene

Individuelle Verhaltensweisen

- exzessiver Drogengebrauch, Tabakgenuss, Alkoholkonsum und/oder Kaffeekonsum
- erhöhte Aggressivität

Verhalten in der Arbeit

- häufiges Fehlen am Arbeitsplatz
- längere Pausen
- verminderte Effizienz

Soziale Symptome

im Umgang mit Klienten

- Verlust von positiven Gefühlen den Klienten gegenüber
- Verschieben von Klientenkontakten
- Widerstand gegen Anrufe und Besuche von Klienten
- Unfähigkeit sich auf Klienten zu konzentrieren oder ihnen zuzuhören

im Umgang mit Kollegen

- Isolierung und Rückzug
- Vermeidung von Arbeitsdiskussionen mit Kollegen

außerhalb der Arbeit

- Ehe- und Familienprobleme
- Einsamkeit

Problematische Einstellung

im Umgang mit Klienten

- Stereotypisierung von Klienten
- Zynismus
- schwarzer Humor
- verminderte Empathie
- Demonstration von Machtlosigkeit

in der Arbeit/ Einrichtung

- negative Arbeitseinstellung
- Desillusionierung
- Verlust von Idealismus

Schaufeli & Enzmann (1998) unterscheiden affektive, kognitive, körperliche, verhaltensmäßige und motivationale Symptome, jeweils auf individueller, zwischenmenschlicher und Organisationsebene.

Maslach & Leiter (2006), Killmer (2001), Büssing & Perrar (1992) verstehen unter Burnout ein Syndrom, das aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und einer negativen Einstellung zur eigenen Leistungsfähigkeit besteht.

Pines, Aronson & Kafry (2006) meinen, dass Menschen entweder überwiegend mit somatischen oder überwiegend mit emotionalen Symptomen reagieren können. Sie beschreiben weiter, dass wer alle physischen, emotionalen und geistigen Erschöpfungsreaktionen aufweist, befindet sich in einer ernststen Krise.

2.4 Burnout Konzepte und Erklärungsansätze

Die vorliegende Auswahl an Erklärungsansätzen soll einen Überblick über wichtige Vertreter der einzelnen Theorienmodelle geben und erhebt nicht Anspruch der Vollständigkeit.

Individuen- bzw. Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze

Bei den Individuenzentrierten bzw. Persönlichkeitszentrierten Erklärungsansätzen steht die Persönlichkeit der Helfenden im Vordergrund. Als Ursache wird häufig eine Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität des Helfens angenommen.

Freudenberger (1974, in Rook 1998, S.20) beschreibt 3 Gefährdungspotentiale für Burnout:

- 1 „Diejenigen. Die zu viel arbeiten, vergessen zu oft den Unterschied zwischen einem „reifen“ (mature commitment and involvement) und einem solchen Engagement, das Zeichen eines persönlichen Bedürfnisses ist, akzeptiert und gemocht zu werden.
- 2 Ein weiteres Gefährdungspotential liegt in den Personen, die Hilfe brauchen. Deren Bedürfnisse sind oft exzessiv und die Erwartungen an andere unrealistisch.
- 3 Gefährdend sind traurige Gefühle, aber auch Langeweile oder Monotonie in der Tätigkeit, z.B. wenn immer wieder ähnliche Probleme von den Hilfesuchenden benannt werden, die nicht mehr zu neuen (geistigen) Anstrengungen herausfordern, weil es für sie schon ein ausgearbeitetes System von Antworten gibt.“

Ursache und somit auslösendes Moment für den Prozess des Ausbrennens beschreibt Freudenberger ein Überengagement von HelferInnen in der psychosozialen Versorgung, erweitert seine Aussagen jedoch in Folgearbeiten (Freudenberger & Richelson, 1980), worin er als zusätzliche Ursache eine unangemessene Belohnungserwartung bzw. erfolgte Belohnungen anfügt.

Freudenberger & Richelson, (1980) beschreiben eine weitere wesentliche Ursache von Burnout. Der rapide gesellschaftliche Wandel, die Auflösung alter Zwänge und Tabus, dem zunehmendem Hedonismus, der wachsenden Trennung zwischen Arbeit und Beruf sowie dem Verlust von verwandtschaftlichen und nachbarlichen Bindungen.

Sie beschreiben das als „Klima der Verunsicherung, in dem sich das Phänomen des Ausbrennens so gut entwickeln kann“

Anhand eines 2 Phasen Modells beschreibt Freudenberger den Burnout-Prozess.

Die Phase 1 „empfindende Stadium“ beginnend mit chronischer Müdigkeit und gepaart mit Kompensationsversuchen zur Reduktion von Erschöpfung und Langeweile, durch Zynismus und Gleichgültigkeit.

Die Phase 2 „empfindungslose Stadium“ gekennzeichnet durch Symptome, wie Ungeduld, erhöhte Reizbarkeit, psychosomatische Beschwerden und Depressionen.

Doch die eigentliche Gefahr beim Ausbrennen sieht Freudenberger (Freudenberger & Richelson, 1980, S. 88) „die Empfindungslosigkeit, die Weigerung zuzugeben, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist. Sobald nämlich diese Verdrängung einsetzt, werden die Symptome eines Menschen zu seinen Feinden statt zu Verbündeten. Sie vermögen ihn nicht mehr länger zu helfen, da ihnen ja, wie stark sie sich auch immer bemerkbar machen, niemand zuhört. Die Verdrängung kündigt das zweite Stadium des Ausbrennens an, so wie die Erschöpfung das erste“

Edelwich & Brodsky (1984) beschreiben den zunehmenden Verlust von Idealismus, Engagement, Energie, Vorsätzen und Interesse, verursacht durch Desillusionierung infolge der Arbeitsbedingungen als Entstehungsbedingungen für ein Burnout.

Solche Arbeitsbedingungen sind:

- Unzureichende Ausbildung
- Überlastung durch zu viele KlientInnen
- Zu lange Arbeitszeiten bei zu geringer Bezahlung
- Nicht adäquate Verteilung der Mittel
- Undankbarkeit der KlientInnen
- Bürokratische oder politische Einschränkungen
- Diskrepanz zwischen der Zielsetzung und dem Erreichten

Die Negativbilanz zwischen den Anforderungen, Zielen und Ressourcen wird als fördernde Ursache bei diesem Konzept gesehen.

Der phasenhafte Prozess:

Den Prozess des Ausbrennens beschreiben die Autoren als einen phasenhaften Prozess der fortschreitenden Desillusionierung, welcher vom Stadium des anfänglichen Enthusiasmus über eine Stagnation und Frustration bis hin zur Apathie führt. Es ist nicht möglich eine Grenze zwischen den Stadien zu ziehen, so dass die Helfenden auch alle 4 Stadien innerhalb eines Tages durchlaufen können.

1. Phase: Diese Phase der Idealistischen Begeisterung ist gekennzeichnet durch Enthusiasmus, Hoffnungen und Energien sowie unrealistischen Erwartungen an sich selbst oder die KlientInnen. Zeitgleich setzt während dieser Phase ein Kompensationsmechanismus ein. Auf persönlichen Problemen und Bedürfnisse wird mit verstärktem beruflichem Engagement reagiert. Das ist jedoch über einen längeren Zeitraum schwer möglich. Eine Überidentifizierung und das sich nach außen hin isolieren oder das ineffektive und exzessive Verausgaben und die daraus entstehende Diskrepanz zwischen Nähe und Distanz in der Helfer – Klienten Beziehung scheinen die Risikofaktoren in dieser Phase zu sein.

2. Phase: Die Phase des Stillstandes und der Stagnation. Die Betroffenen erledigen zwar noch immer ihre Arbeit, jedoch ist diese längst nicht mehr so reizvoll, das diese sich als Mittelpunkt des Lebens erweist. Die „Realität“ hat man erfahren, nun widmet man sich wieder mehr den eigenen Bedürfnissen. Zunehmend treten auch Aspekte der Vergütung, des beruflichen Aufstieges und die Einhaltung der Arbeitszeiten in den Vordergrund.

3. Phase: Die Phase der Frustration, in der sich die Helfenden die Frage nach der Effektivität und dem Wert ihrer Arbeit stellen. Den Helfenden geht der Sinn ihrer Arbeit verloren und sie werden zunehmend frustriert. Nicht nur als unbefriedigend, sondern als Bedrohung für den kompletten Sinn stellen sich nun verschiedene Beschränkungen in der Arbeitssituation für die Helfenden dar. Nach Meinung der Autoren können in dieser Phase emotionelle, physische und disziplinäre Probleme auftreten.

4. Phase: Die Phase der Apathie stellt einen typischen und natürlichen Abwehrmechanismus gegen Frustration dar. Dieser Abwehrmechanismus tritt in Erscheinung, wenn jemand in der Arbeit ständig frustriert wird, ohne eine Möglichkeit die Stelle zu wechseln. Die Arbeit stellt sich sozusagen als überlebensnotwendig dar. Gekennzeichnet ist diese Phase der Teilnahmslosigkeit durch Dienst nach Vorschrift mit dem möglichst geringsten zeitlichen Aufwand. Klientenkontakte und neue Herausforderungen werden vermieden. Das Augenmerk liegt nun darin, die eigene gesicherte Position nicht zu gefährden, obwohl diese sich zwar als nicht adäquat erweist, aber trotzdem eine Entschädigung für den Verlust der Befriedigung in der Arbeit darstellt.

5. Phase: Die Phase der fallspezifischen Intervention, in der alles was man präventiv oder als Reaktion auf die 4 vorangegangenen Phasen unternehmen kann, getan wird.

Eine Grenze zwischen den Stadien zu ziehen scheint nicht möglich, die Helfenden können auch alle 4 Stadien innerhalb eines Tages durchlaufen.

Burisch (2006, S. 147) stellt die Frage: „Ist eine allgemeine Burnout Theorie überhaupt möglich?“

Er sieht die „Möglichkeit einer allgemeinen Theorie für die Entstehung von Burnout nur auf einer Ebene, die unspezifisch ist für alle Unterschiede von Rasse, Klasse, Geschlecht und Beruf etc.“ (Burisch 2006, S. 148)

„Burnout in Gang gesetzt durch Autonomieeinbußen in gestörten Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt, genauer: durch die innere Repräsentation solcher Interaktionen als gestörter und das Scheitern bei ihrer Bewältigung“ (Burisch 2006, S. 148).

Das Modell von Burisch „gibt den Versuch auf, Burnout auf eine oder wenige spezifische Ursachen zurückzuführen“ (Burisch 2006, S. 149).

Für Burisch (2006, S. 149) bedeutet eine weitere Vereinfachung „die analytische Trennung von Prozessen (z.B. die von emotions- und problemorientiertem Coping analog Lazarus´ primär und sekundärer Lageeinschätzung), die ebenso gut gleichzeitig oder in anderer als der angenommenen Reihenfolge ablaufen können.“

Burisch entwickelt ein Modell für eine ungestörte sowie eine gestörte Handlungsepisode.

die ungestörte Handlungsepisode ist gekennzeichnet durch:

- anfängliche Zielbildung sowie Handlungsplanung
- während dieser ersten Handlungsentwürfe bilden sich bewusst oder unbewusst verschiedenartige Erwartungen
- wenn die Handlung ausgeführt wird und das Ziel erfolgreich und planmäßig erreicht wurde, kann man befriedigt zurückblicken und ist motiviert für eine Handlungswiederholung

die gestörte Handlungsepisode ist gekennzeichnet durch:

- das angestrebte Ziel wird nur durch zusätzlichen Aufwand (Zielerschwerung) oder gar nicht erreicht (Zielvereitelung)
- die Zielerreichung ist nicht mit der erwarteten Belohnung verbunden bzw. die Belohnung bleibt ganz aus oder negative Nebenwirkungen treten auf, welche die eigentlich positive Wirkung der Zielerreichung kompensieren.

Solche Misserfolge beziehungsweise Störungen des Handlungsprozesses können je nach Verarbeitung nach (Burisch 2006) zu Burnout führen.

Fischer beschreibt (1983, aus Burisch 2006, S. 54), „Burnout als Selbstverbrennung“
 „wie Freudenberg Psychoanalytiker, der von drei behandelten Fällen berichtet, beschränkt sich bei seiner Theorie ganz auf die narzisstisch gestörte Persönlichkeitsstruktur. Er kommt mit einer ‘frustrierenden Umwelt’ als äußerem Faktor aus. Wenn ein Mensch, für den seine Arbeit das Wichtigste im Leben ist, spürbaren Frustrationen gegenübersteht, erscheinen 2 Wege zur Bewältigung der Enttäuschung gangbar:

- die Idealisierung seines Berufes (Job) aufgeben
- ‘aus dem Felde gehen’“

Sozial-, Arbeits- und Organisationsorientierte Erklärungsansätze

Bei den sozial-, arbeits- und organisationsorientierten Erklärungsansätzen stehen verschiedene die Situation bedingte Aspekte im Vordergrund. Als verursachendes Moment wird bei diesen Erklärungsansätzen der emotional beanspruchende und erschöpfende Umgang mit Menschen angenommen.

Cherniss kombiniert in seinem Erklärungsmodell arbeits- und organisationsbezogene mit individuellen sowie gesellschaftlichen Faktoren. In seinem gut fundierten theoretischen Ansatz hat er viele Aspekte des Burnout berücksichtigt.

Bezüglich der arbeits- und organisationsbezogenen Faktoren nennt Cherniss das Arbeitsumfeld mit den 3 Komponenten Rollenstruktur, Machtstruktur und normativer Struktur.

Als individuelle, ein Burnout verursachende Faktoren hebt Cherniss neben einem Sinnverlust, vor allem die Bedeutung von unrealistischen Erwartungen hervor.

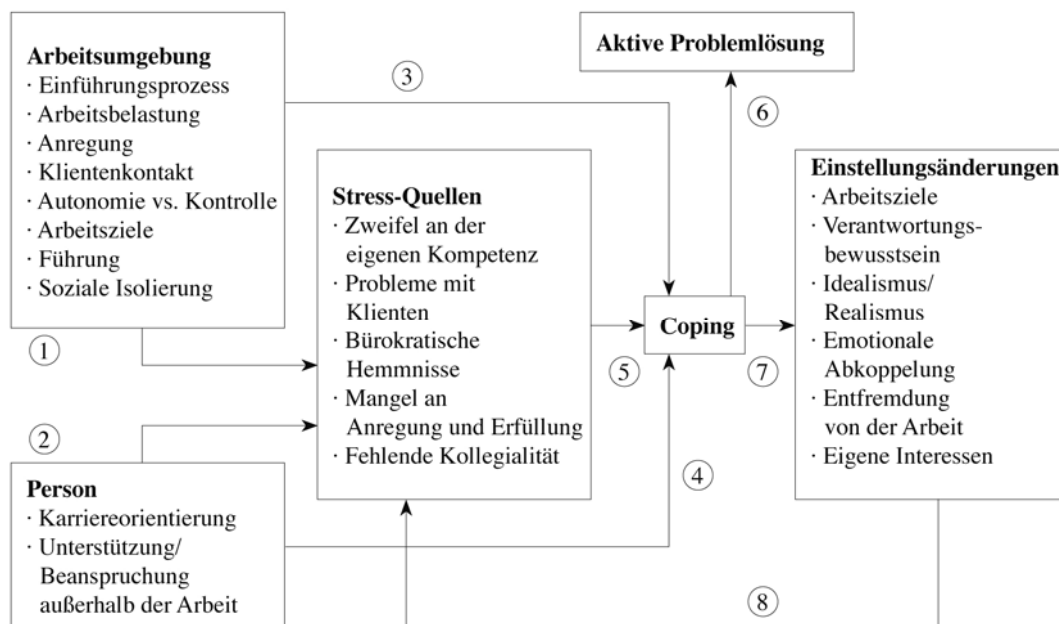


Abb. 2.1 Burnout-Modell von Cherniss (1980a, aus Burisch 2006, S.66)

Als ein Zusammenwirken von arbeitsbezogenen Stress und defensiven Copingstrategien begründet Cherniss ein Burnout. Er geht von allgemeinen Anforderungen oder Arbeitsstressoren aus, welche im Sinne des transaktionalen Stresskonzeptes von Lazarus & Folkman (1984), die Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Ressourcen übersteigen und damit die Entwicklung von Burnout fördern können. Dies bedeutet, dass die Helfenden nicht mehr in der Lage sind dem erlebten Stress durch aktive Bewältigung zu begegnen, was dazu führt, dass sie viel Energie benötigen, die dann wiederum den KlientInnen an emotionaler Zuwendung verloren geht. Die Helfenden wenden sich von ihren KlientInnen ab und es beginnt ein Prozess der Entemotionalisierung in der Helfer-Klient Beziehung.

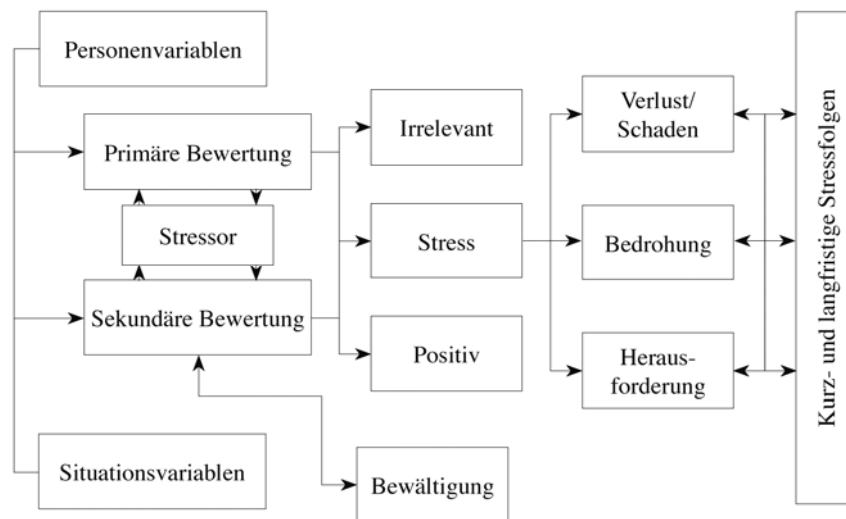


Abb. 2.2 Stressmodell von Lazarus (aus Hillert & Marwitz 2006, S. 150)

Maslach & Jackson (1982, aus Röhrig & Reiners-Kröncke, 2003, S. 45)

Maslach und Jackson betonen in ihren Ausarbeitungen, dass die Ursachen von Burnout im Wesentlichen nicht in den Persönlichkeitszügen der HelferInnen, sondern bei den wirksamen und strukturellen Merkmalen von schlechten Situationen bei der Arbeit liegen.

Zu den Faktoren, welche das Entstehen von Burnout begünstigen zählt Maslach (1982) unter anderem:

- Mangel an positivem Feedback
- Fokussierung auf Klientenprobleme
- gehäufte chronische und schwer zu beeinflussende Probleme
- die Normen eines `guten` Helferverhaltens
- eine zu starke Involviertheit
- Hierarchieprobleme
- administrative Zwänge
- eine schlechte Teamarbeit
- Druck von Vorgesetzten
- schlechte Arbeitsorganisation
- mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel)
- problematische institutionelle Vorgaben und Strukturen

Als verursachend in der Person der/ des Helfenden werden von den AutorInnen primär Verzerrungen in der Selbst- und Fremdbeobachtung angeführt, welche bei der Entstehung von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit entscheidend sind. Dieser Mechanismus führt dazu, dass die Helfenden zwar die Situation bedingten Belastungen der Arbeit erkennen, dennoch die Fehler in sich selbst suchen, wodurch sich Versagensgefühle, Selbstwertverlust und depressive Zustände entwickeln. Begründet wird dieses Verhalten damit, dass die Helfenden Beruf bedingt dazu neigen die Bedeutung der Persönlichkeitsvariablen zu überschätzen.

Außerdem werden negative Gefühle am Arbeitsplatz als unprofessionell bewertet, was sich für eine soziale Unterstützung im Kollegenkreis als äußerst hinderlich darstellt. Die Helfenden beginnen daher noch härter zu arbeiten, was den Burnout-Prozess wiederum beschleunigt. Schaffen die HelferInnen sich in entsprechenden Situationen keinen Abstand von der emotionalen Beanspruchung, kann dies zu Burnout führen.

Der Burnout-Prozess wurde durch Maslach und Jackson ausgehend von den drei Komponenten, der emotionalen Erschöpfung über Depersonalisierung bis hin zu reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit konzipiert.

Der Prozess beginnt mit Symptomen der emotionalen Erschöpfung, wodurch die Entwicklung von Depersonalisierung und/ oder reduziertem Wirklichkeitserleben angestoßen oder auch verstärkt wird. Durch streßhafte Situationen wird eine emotionale Erschöpfung hervorgerufen und als Reaktion darauf wird versucht die emotionale Beanspruchung in Form von Depersonalisierung, durch physischen und psychischen Rückzug zu reduzieren. Die Erschöpfung und die durch die Depersonalisierung verschlechterte Beziehung zu den KlientInnen verringert schließlich das Gefühl von Wirksamkeit.

1a. emotionale Erschöpfung

- Müdigkeit schon beim Gedanken an die Arbeit

1b. physische Erschöpfung

- Schlafstörungen
- Anfälligkeit für Erkältungen, Kopfschmerzen, sonstige Schmerzen

2. Terminales Stadium

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

3. Dehumanisierung

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

Pines, Aronson & Kafry

Pines, Aronson und Kafry (2006) unterscheiden zwischen Ausbrennen und Überdruß, zwei Zuständen die sich zwar in ihren Symptomen ähneln, jedoch verschiedenen Ursprungs sind.

„Beide sind gehäufte Reaktionen auf Erschöpfung. Überdruß kann aus jeder chronischen Belastung (geistiger, körperlicher oder emotionaler Art) entstehen; das Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen“ (Pines et. al, 2006, S. 25).

Trotzdem Pines et. al. Überdruß und Ausbrennen als zwei unterschiedliche Zustände verschiedenen Ursprungs beschreiben, sind sie nicht eindeutig voneinander zu trennen. Überdruß wird lediglich als allgemeineres Syndrom verstanden, welches nach Meinung der AutorInnen meist allmählich aus den typischen Widrigkeiten sowie dem chronischen Stress des täglichen Berufs- und Privatlebens entsteht und zwar dann, wenn die negativen, die positiven Aspekte überwiegen. Pines et. al. (2006, S. 81 ff.) sehen „Überdruß als typisch für die Arbeit in bürokratischen Organisationen“

Die AutorInnen weisen darauf hin, dass es klar sein sollte, dass das Syndrom des Ausbrennens auch fast immer Überdruß mit umfasst. Die Differenzierung der beiden Begriffe im Konzept von Pines et. al. dient scheinbar lediglich der Abgrenzung von helfenden gegenüber nicht helfenden Berufen bezüglich ihrer Beanspruchungsreaktionen.

Zum Einfluss sowohl der Persönlichkeitsmerkmale als auch der Umweltbedingungen auf die Entstehung eines Burnout, beschreiben die AutorInnen Folgendes:

„Individuelle Unterschiede beeinflussen auch Überdruß und Ausbrennen. Die Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse und verschiedene Ansichten über das Leben; sie beurteilen Stress aller Arten unterschiedlich (...). Alle diese und noch andere intervenierende Variablen beeinflussen, wann das Ausbrennen einsetzt, wie lange es anhält und wie schwerwiegend die Folgen sind. Seine Ursachen dagegen sind in den meisten Fällen nicht in der Persönlichkeit, sondern in deren Umwelt zu suchen“ (Pines et. al, 2006, S. 44)

Laut Pines et. al. (2006) sind vor allem stressige arbeitsorganisatorische Bedingungen für die Entstehung von Burnout verantwortlich. Zu diesen Bedingungen zählen sie:

- einen geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Person
- eine geringe Flexibilität der Organisation
- schlechte Rahmenbedingungen
- ein zu geringes Ausbildungsniveau
- zu viele Aufgaben
- das Fehlen sozialer Unterstützung
- ein Mangel an Feedback.

Als individuelle Ursachen des Ausbrennens benennen die AutorInnen 3 typische Merkmale, welche ihrer Meinung nach alle HelferInnen gemeinsam haben und die sich häufig als ursächlich für das Ausbrennen in helfenden Berufen darstellen. Zu diesen Merkmalen zählen die AutorInnen neben der emotional belastenden Arbeit und gewissen Persönlichkeitsmerkmalen der Helfenden, die „klientenzentrierte“ Orientierung.

Wie ein Mensch auf eine Krise reagiert hängt nach Meinung der AutorInnen von der komplexen Kombination individueller, als auch Umwelt bedingter bzw. arbeitsorganisatorischer Variablen ab.

„Jeder Mensch erlebt Überdruß und Ausbrennen auf andere Weise, und jeder reagiert anders auf ein solches Erlebnis, weil jeder sich auf seine Art mit dem unvermeidlichen Stress im Berufs- und Privatleben auseinandersetzt“ (Pines et. al., 2006, S. 43).

Auch Pines et. al. orientieren sich an der Stresstheorie von Richard Lazarus (siehe Abb. 2.2) und erklären, dass die Auswirkungen Umwelt gegebener Bedingungen auf den Menschen von seiner jeweiligen kognitiven Einschätzung abhängen. Sie nehmen an, dass „die eigenen Gedankengänge bestimmen, wie ein bestimmtes Umweltereignis wahrgenommen wird. Pines et. al. gehen also davon aus, dass auf Grund individueller Bewertungen ein emotionaler Stress entsteht, welcher sich in einer körperlichen, geistigen und emotionalen Erschöpfung widerspiegelt.

2.5 Die berufliche Situation der PhysiotherapeutInnen

2.5.1 Die Entwicklung der Physiotherapie

Die Maßnahmen der Physiotherapie sind so alt wie die Medizin. Bereits im 5. vorchristlichen Jahrhundert wurden Maßnahmen wie Bäder und Massageformen in Schriften erwähnt. Die Bäder dienten damals schon der Behandlung von Krankheiten, aber auch religiösen und hygienischen Zwecken. Zur römischen Kaiserzeit entdeckte man die positive Einwirkung der aktiven Therapie – der Bewegungstherapie. Im 18. Jahrhundert wurde schließlich die Elektrotherapie entwickelt. Ende des 19. Jahrhunderts erlebte die Physiotherapie einen markanten Aufschwung. Man entdeckte den positiven Einfluss der Bewegungstherapie auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die chirurgischen Möglichkeiten waren noch sehr eingegrenzt. Daher konnten z. B. durch Rachitis, hervorgerufene Gelenk- und Knochendeformitäten nur mit Bewegungstherapie, die damals Heilgymnastik genannt wurde, behandelt werden. Hinzu kommt, dass in Deutschland die „schwedische Gymnastik“ eingeführt wurde, eine manuelle von Henrik Ling entwickelte Methode. Diese wurde anschließend erfolgreich weiterentwickelt durch Gustav Jonas Zander, der auch Apparate einsetzte.

Ferner entwickelte Rudolf Klapp ein Spezialverfahren zur Behandlung von Skoliosen (Verbiegungen der Wirbelsäule), das „Klappsche Kriechen,“ das noch heute an Physiotherapieschulen unterrichtet wird. 1900 eröffnete die erste Physiotherapieschule mit staatlicher Anerkennung, die „Kieler Lehranstalt für Heilkunst.“ Der Beruf fand sehr schnell Beachtung. Der Wert einer heilgymnastischen Behandlung zeigte sich vor allem bei der erfolgreichen Behandlung verwundeter Soldaten der beiden Weltkriege. Eine Vielzahl weiterer Schulen wurde gegründet. Die Bezeichnung änderte sich nach schwedischem Vorbild in Krankengymnastik. Neue Behandlungsmethoden, vor allem auch auf neurologischem Gebiet, wurden entwickelt, z. B. von Berta und Karel Bobath, Kabat und Vaclav Vojta. Damit ergaben sich neben den schon erwähnten Arbeitsfeldern im orthopädischen, internistischen und chirurgischen Bereich zahlreiche neue Einsatzmöglichkeiten für Krankengymnasten. Heute ist die Krankengymnastik (Physiotherapie) aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. Die bewährten Methoden sind weiterentwickelt worden und auf dem neuesten Stand der Medizin. Zahlreiche Therapiemethoden und damit neue Einsatzmöglichkeiten sind hinzugekommen, so dass die PhysiotherapeutInnen für jedes Krankheitsbild einen individuellen Therapieplan entwickeln können.

(Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen – IFK e.V. Königsallee 178 a, 44799 Bochum, Tel. 0234/977 45-0 Fax 0234/977 45-45, E-Mail: IFK@IFK.de / www.IFK.de / Stand: Februar 2001)

2.5.2 Das Berufsbild Physiotherapie

Orientiert man sich an der vom Weltverband herausgegebenen Definition von Physiotherapie, so kann Physiotherapie als ein Beruf begriffen werden, der sich mit der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit und dem „Wohlbefinden/Wohlfühlen“, sowie der Behandlung von Beeinträchtigungen und Dysfunktionen der menschlichen Bewegung befasst. Diese Beeinträchtigungen können resultieren aus angeborenen Fehlhaltungen oder Deformitäten, Traumata, Fehlbelastungen aber ebenso aus psychischen und emotionalen Dysbalancen. Da die Bewegungseinschränkungen zumeist einhergehen mit Schwierigkeiten in der Ausführung funktioneller Aktivitäten ist das primäre Ziel, die KlientIn bei der Erlangung des größtmöglichen Bewegungspotentials oder der „normalen“ Funktion zu begleiten und damit ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, also ihre Partizipation zu fördern bzw. unterstützen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind PhysiotherapeutInnen in der Lage, Schmerzen zu lindern, das Gelenkspiel zu erweitern, Atemfunktionen zu schulen, die Balance und die motorische Kontrolle sowie die Muskelkraft zu vergrößern. Damit beinhaltet die Rolle der PhysiotherapeutIn aber auch, KlientInnen und ggf. ihre Familien anzulernen und über die Bedingungen und das Management aufzuklären, wie die maximale Lebensqualität wiederzuerlangen ist.

Ganz allgemein beinhaltet also die Rolle der PhysiotherapeutIn (vgl. hierzu auch WCPT 1999; Higgs 2001), dass sie:

- Leistungen anbieten, die es den Menschen und Bevölkerungsgruppen ermöglicht, über die Lebensspanne maximale Bewegungsmöglichkeit und Funktionsfähigkeit zu entwickeln, aufrechtzuerhalten und/oder wieder herzustellen.
- präventiv arbeitet, um Behinderungen, Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen, die im Zusammenhang mit soziokulturellen, sozioökonomischen und lebensstilabhängigen Faktoren auftreten können, zu minimieren.
- aufgrund der unverwechselbaren und charakteristischen Betrachtungsweise des Körpers und der damit einhergehenden Untersuchung der KlientIn bei der Erstellung der Behandlungsziele und – Strategien mit einbezieht, bzw. die Zielsetzungen der Patienten als Ausschlag gebend betrachtet oder gemeinsame Ziele mit den Patienten aushandelt.
- die ihr zur Verfügung stehende Behandlungsvielfalt einsetzt, um diese Ziele zu erreichen. Diese beinhalten unter anderem: Mobilisationen, Manipulationen, Massagen, hydro- und elektrotherapeutische Interventionen, Entspannung, Trainieren von motorischen Fähigkeiten etc.

Als physiotherapeutische Bezugswissenschaften können Anatomie, Physiologie, Pathologie, Biomechanik (also medizinisches Wissen), Psychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften/Gesundheitswissenschaften gesehen werden. Die physiotherapeutische Behandlung basiert jedoch darüber hinaus auf der Kenntnis der Behandlungsmethoden und Konzepte, die die Physiotherapie eigenständig hervorgebracht hat. Hierbei wird deutlich, dass sich die Physiotherapie in vielen Bereichen mit anderen angrenzenden Berufen wie z. B. den ErgotherapeutInnen, den ÄrztInnen, dem Pflegebereich überschneidet, und dieses möglicherweise zu Konflikten zwischen den Berufsgruppen führen kann.

Ausblick

Nach Schämamann (2005, S. 16) wird die Physiotherapie in Zukunft, um im medizinischen System präsent bleiben zu können, unter anderem dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit genüge tragen müssen, das Verständnis von Managementaufgaben integrieren, die Auseinandersetzung mit physiotherapeutisch relevanten Modell- und Theorieansätzen beginnen bzw. vertiefen, sowie die sich aus dem sozialen Handeln ergebenden Verhältnismäßigkeiten der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn neu reflektieren müssen. Die ersten Ansätze, dieses zu realisieren existieren bereits und werden durch die Studiengänge an den Fachhochschulen unterstützt. Eine weitere Forderung, der sich die Berufsangehörigen in der Physiotherapie stellen müssen, ist die der akademisch pädagogischen Ausbildung der Lehrenden, um die immer wieder eingeforderte Prämisse der Erlangung von Schlüsselkompetenzen, die die SchülerInnen in der Ausbildung erwerben (sollen), zu garantieren bzw. zu untermauern und um auf der anderen Seite das vorhandene Theorie – Praxis – Problem angehen zu können bzw. aufzugreifen.

2.6 Burnout Untersuchungen in der Physiotherapie

Unter Bezug auf die Studie von Gindu und Iwanowa (Innsbruck 2005) mit dem Titel „Burnout in der Physiotherapie“ - Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen, Kausalorientierung und beruflicher Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit Burnout bei Diplomierten PhysiotherapeutInnen

Die Studie wurde 2005 an 119 diplomierte PhysiotherapeutInnen mittels Fragebogen untersucht. Dabei wurden das Maslach Burnout Inventory in der deutschen Version von Büssing und Perrar (1992), die Redefinition der Arbeit von Iwanowa (2004), der Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit von Schyns & Collani (2004) sowie der Fragebogen zu den Kausalorientierungen von Deci & Ryan in der deutschen Version von Iwanowa (2001) verwendet.

Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, ob Burnout ein Prozess ist, der mit zunehmendem Berufsalter voranschreitet und unter welchen Arbeitsbedingungen Burnout bei PhysiotherapeutInnen vorhanden ist. Zudem wurde geprüft, ob Folgen im Sinne von Burnout bei PhysiotherapeutInnen mit einer geringeren Selbstwirksamkeitsüberzeugung auftreten. Von weiterem Interesse war, ob es einen Zusammenhang zwischen einer Burnout und den Kausalorientierungen eines Menschen gibt.

Die Überprüfung der soziodemographischen Daten zeigt bei der Studie, dass es sich bei diesem Beruf um einen stark frequentierten Frauenberuf handelt, bei dem sich die jüngsten KollegInnen im Vergleich zu Berufs erfahrenen PhysiotherapeutInnen deutlich in der Überzahl befinden.

In Bezug auf die Redefinition der Arbeit scheinen die Ergebnisse dafür zu sprechen, dass PhysiotherapeutInnen über angemessene Ressourcen verfügen, vor allem im Verhältnis zu den erlebten Stressoren. Die Anforderungen scheinen ebenfalls eher als Ressource denn als Stressor zu wirken.

Die Werte des Maslach Burnout Inventory lassen vermuten, dass PhysiotherapeutInnen nur wenig unter Burnout leiden. So konnte keinE PhysiotherapeutIn einem ernsthaften Burnout zugeordnet werden. Vor allem die hohe Persönliche Erfüllung sticht aus den Ergebnissen hervor.

PhysiotherapeutInnen weisen durchgehend hohe Werte bezüglich der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung auf. Die Annahmen, dass sich dieser Faktor positiv auf Burnout auswirkt konnte ebenfalls bestätigt werden. Berufliche Selbstwirksamkeit korreliert hochsignifikant negativ mit Emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und Betroffenheit sowie hochsignifikant positiv mit Persönlicher Erfüllung.

Höhere Autonomieorientierung geht mit weniger ausgeprägten Burnout-Anzeichen einher. Demgegenüber korrelieren hohe Impersonale Orientierungswerte mit einer stärkeren Ausprägung von Burnout. Dies zeigt sich einerseits in den gefundenen Korrelationen, andererseits in den Unterschieden der Mittelwerte bei Gruppen mit hoher bzw. niedriger impersonaler Orientierung.

2.7 Übertragung und Gegenübertragung - Nähe und Distanz

Nach Bauer(2005) ist in allen sozialen Berufen die eigene Persönlichkeit das wichtigste Instrument; „die Grenzen ihrer Belastbarkeit und Flexibilität sind zugleich die Grenzen unseres Handelns.“

Lief und Fox (1963, aus Harper & Row, in Pines et.al. 2006) prägten den Ausdruck der „distanzierten Anteilnahme“ für eine Haltung, in welcher der einfühlende Arzt (TherapeutIn) in seiner Einstellung zum Patienten hinreichend distanziert und objektiv bleibt aber dennoch genügend Anteilnahme bewahrt.

„Wenn man erst einmal in die Haut des Patienten geschlüpft ist, kann man ihm nicht mehr helfen.“

Helfen kann man demnach nur, wenn man mehr sieht und mehr versteht als die Person, die Hilfe braucht. Die Gefahr besteht allerdings, dass die Distanz zu groß wird, die Anteilnahme schwindet und Teilnahmslosigkeit und die dehumanisierenden Einstellungen, die für das Ausbrennen charakteristisch sind, überhand nehmen.

Innerhalb einzelner Organisationen brauchen manche Mitarbeiter mehr Distanz als andere.

Um eine persönliche ideale Ausgewogenheit distanzierter Anteilnahme zu erreichen gibt es verschiedenen Möglichkeiten im Einzelnen oder in der Kombination der Elemente: physische, psychische oder emotionale Zurückgezogenheit (Distanz)

Nach Pass (2004) ist die „Übertragung und Gegenübertragung in jeder therapeutischen Beziehung - Abstinenz und gleichschwebende Aufmerksamkeit als Herausforderung an den Therapeuten.“

Schon Freud (1914) beschreibt die Übertragung als „jenen Tummelplatz,“ auf dem sich die verdrängten Lebensimpulse des Klienten „in fast völliger Freiheit“ entfalten und ans Tageslicht kommen. Nach Freud (1914, aus Pass 2004) ist die therapeutische Beziehung in einem „Zwischenreich“ zwischen den Polen von Nähe und Distanz angesiedelt.

Eine Gratwanderung von „zu großer Nähe“ und „abgrenzender Abstinenz“.

Die „Bühne im Zwischenreich“ muss dem Klienten zur Verfügung stehen, damit sich das Rollenspiel der unbewussten Wünsche und Impulse in der Therapie ereignet.

Der Therapeut sollte „abstinent“ bzw. frei von Bedürfnissen und Wünschen, in die therapeutische Beziehung gehen, d.h. für alles offen zu sein und sich freizumachen von der Haltung des „eh schon Wissens.“

Sonneck (2000) beschreibt zwei Pole in der Nähe und Distanz Relation, die vermieden werden sollten.

Zum einen ein „sich heraushalten wollen“ aus der Beziehung zum Klienten. Was dazu führt, das keine (ausreichende) Identifikation mit dem Klienten entsteht und als Folge davon:

- Probleme des Klienten (Patienten) werden nicht wichtig oder ernst genommen
- Hören dem Klienten zwar aufmerksam zu, lassen aber die Gefühle nicht sprechen und damit auch die des Klienten nicht
- Desinteresse am Klienten, „langweilen uns“ und schieben ihn zu sog. Experten ab

Zum anderen, lässt sich der Therapeut zu sehr in die Beziehung zum Klienten ein, und das wiederum führt dazu:

- Starke Identifikation mit dem Klienten und zu wenig Distanzierung von den Bedürfnissen und Gefühlen des Klienten
- Den Klienten die Eigenverantwortung nehmen in Form von „ganz besonders helfen wollen“ bzw. „besonders aktiv“ an der Stelle des Klienten Lösungen überlegen und vorschlagen (Sonneck, 2000 aus Sonneck, 1989)

Die therapeutische Interaktion erfolgt nach Pass (2004) zugleich bewusst wie unbewusst und „in der Übertragungssituation setzt der Therapeut immer auch das eigene Unbewusste dem Ansturm des fremden Unbewussten aus und erlebt dabei in seiner eigenen Gegenübertragung ein Echo, eine Resonanz“.

Bei den Wirkfaktoren in der therapeutischen Kommunikation geht es nach Pass (2004) dabei immer um ein Zusammenspiel verschiedener Kräfte und Ressourcen, von innen wie von außen.

„Wenn es Therapeuten und Klienten gelingt, in eine Interaktion zu treten, die sie „berührt“, geschieht damit eine Veränderung, ein „Kompostieren“ negativ erlebter Zustände, vielleicht sogar eine Heilung von Leidenssymptomen. Zugleich kommt es zum Erwachen von psychischen wie psychosozialen Wachstumsressourcen, zu gewünschten und zugleich erstaunlichen Entwicklungsschritten, wie wenn ein Kind nach vielen vergeblichen Versuchen und „Anläufen“ plötzlich läuft: So ist es mit einem Menschen, der aus einem „Patienten“ zum aktiven Entdecker seiner eigenen Gesundheits-Ressourcen wird und mit Hilfe seines Therapeuten oder seiner Therapeutin den Mut und das Vertrauen findet, die eigene Autonomie zu übernehmen.“ (aus Pass 2004, Wirkfaktoren)

Die neurobiologische Grundlage auf der sich die Spiegelungsvorgänge abspielen, geht auf die Entdeckung der Spiegelneurone, durch Giacomo Rizzolatti (Chef des Physiologischen Instituts der Universität Parma), zurück.

Nach Bauer (2006) werden die Spiegelungsphänomene in der tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Psychotherapie seit langem als *Übertragung*, *Gegenübertragung* und *Identifizierung* beachtet und erforscht. Unter der Bezeichnung *Resonanz* haben sie in der Verhaltenstherapie Eingang gefunden.

Untersuchungen von Kernen (1997, aus Fazekas 2006 S.240) wie Burnout vorgebeugt werden kann zeigen, „dass es wichtig ist mit den eigenen Kräften an Ressourcen gut umzugehen und individuelle Stärken zu erkennen und zu nützen.“

Eine richtige subjektive Belastungseinschätzung (Spüren und Denken) ist nach Kernen ein entscheidender Schutzfaktor dafür, dass es gar nicht erst zu einer Entwicklung in Richtung Burnout kommt.

Nach Bauer (2005) wird in der Ausbildung der sozialen Berufe die Situation in der therapeutischen Interaktion mit den PatientInnen (KlientInnen) nur ungenügend berücksichtigt. In der Ausbildung werden zwar kognitive Konzepte, praktische Fertigkeiten und ethnische Normen vermittelt, doch die Auseinandersetzung mit den Wünschen und Ängsten werden dem Zufall überlassen.

Auch Goleman (1998, aus Fazekas 2006 S.167) propagiert, „die Emotionale Intelligenz in Pflegeberufen als eine zu fördernde Fähigkeit, die es schon früh im Leben zu beachten und bereits an den Schulen zu unterstützen gelte.“

Nach Fazekas (2006) wird für Personen die im Gesundheitssektor tätig sind in *Balint-Gruppen* ein bewusster und reflektierter Umgang mit dem eigenen Arbeitsfeld und den sich daraus ergebenden Fragestellungen angestrebt.

Der ungarische Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint (1896-1979) erkannte die hohe Bedeutung der Beziehungsqualität zwischen Arzt (TherapeutIn) und Patient.

Die Idee bzw. das Ziel der Gruppenarbeit ist, Problemsituationen in der therapeutischen Beziehung zu klären und damit denn Ansatz für Lösungen zu schaffen.

Die Grundlage einer salutogenetisch orientierter Therapie, Beratung oder Pädagogik ist stets symmetrische Kommunikation zwischen dem Experten der Methode und dem Experten des eigenen Lebens - eine Entlastung für den Therapeuten, der ebenfalls nur für sein eigenes Befinden und Handeln verantwortlich ist.

Zur Gesundheitsförderung gehört das Wissen um Belastungen und um Ressourcen für deren Bewältigung auf körperlicher, psychischer, sozialer und ökologischer Ebene.

Gesundheit lässt sich als Gleichgewicht zwischen körperlichen, psychischen, sozialen und ökologischen Anforderungen und Ressourcen umschreiben.

Folgende Bedingungen stellen zwei wichtige Ressourcen dar:

- eine hinreichende Zahl sozialer Beziehungen von entsprechender Intensität und Qualität
- soziale Unterstützung.

3. METHODISCHER TEIL

Im vorliegenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der durchgeführten Untersuchung erläutert. Nach den Angaben zur Erhebung folgen die Fragestellung mit den abgeleiteten Arbeitshypothesen und die Beschreibung der Instrumentarien.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des Lehrganges „Master of Science - Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences“ am interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau über 6 Semester durchgeführt.

3.1 Vorarbeiten

Im Frühjahr 2007 begannen die ersten Überlegungen und Vorarbeiten zu der vorliegenden Masterthesis. In einem weiteren Schritt wurde eine geeignete Berufsgruppe definiert und das Konzept erstellt, in welchem diverse Grundpfeiler der Arbeit festgelegt wurden:

Ziel der Arbeit, Grundfragen zur Auswahl eines geeigneten Instrumentariums und Ausblick auf die theoretische Einbettung des Themas.

Im Herbst 2007 wurden Recherchearbeiten zur ausgewählten Fragestellung und zur Beschaffung des ausgewählten Instrumentariums durchgeführt. Als Stichprobe wurde die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol ausgewählt und persönliche Kontakte zu den verantwortlichen bzw. leitenden Personen in den einzelnen Sanitätsbetrieben (Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Koordinatoren) hergestellt. Weiterhin wurde beim Südtiroler Sanitätsbetrieb um positive Unterstützung für die Durchführung der Untersuchung angesucht. Anfang Januar 2008 wurde der Fragebogen für die ausgewählte Berufsgruppe adaptiert (übersetzt) und ein Begleitschreiben formuliert. (Anhang I).

3.2 Die Stichprobe

3.2.1 Gewinnung der Stichprobe

Der Kontakt zu den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol wurde über die verantwortlichen Koordinatoren in den einzelnen Sanitätsbetrieben hergestellt.

Im Januar 2008 wurden die Kuverts mit den Fragebögen an alle PhysiotherapeutInnen und Physiotherapeuten durch die Koordinatoren in den einzelnen Sanitätsbetrieben verteilt.

Die StudienteilnehmerInnen hatten 12 Tage Zeit, um die Fragebögen zu beantworten.

3.2.2 Angaben zur Stichprobe

Insgesamt wurden 191 Fragebögen versandt von denen 133 zurückgegeben wurden. Das entspricht einer Rücklaufquote von 69,63%. Die überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote kann auf die hervorragende Kooperation durch die Koordinatoren in den einzelnen Sanitätsbetrieben und die gute Vorbereitung zurückgeführt werden.

3.3 Fragestellung

Die vorliegende Studie erhebt mittels einer anonymen Fragebogenerhebung durch Selbsteinschätzung das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol, indem die Häufigkeit des Auftretens der Symptome bestimmt wird.

Einen weiteren Aspekt versucht die Untersuchung zu klären, wie etabliert Supervision in der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol ist und ob sich Supervision positiv auf Burnout auswirkt.

Zusätzlich werden die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden, untersucht.

Folgende Fragen ergeben sich daraus konkret:

1. Wie ausgeprägt ist das Burnout-Syndrom bei den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol?
 - a) Wie etabliert ist Supervision in der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol?
 - b) Wirkt sich Supervision positiv auf Burnout aus?
 - c) Wirkt sich die emotionale Distanz bzw. Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung auf den Grad der Burnout Ausprägung aus?

Von den vorliegenden Fragestellungen wurden folgende Arbeitshypothesen abgeleitet:

1. PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol sind trotz Ihrer hohen fachlichen und menschlichen Anforderung in Ihrem Beruf nur gering von einem möglichen Burnout betroffen.
 - a) Supervision als Mittel professioneller Unterstützung nicht ausreichend in Anspruch genommen wird;
 - b) die Inanspruchnahme von Supervision sich positiv auf die Ausprägung von Burnout auswirkt;
 - c) zu große emotionale Distanz bzw. Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung beeinflusst den Grad der Ausprägung von Burnout.

3.4 Das Messinstrument

Das verwendete Instrument besteht aus 2 Teilen:

1. Personalienblatt mit
 - Angaben zur Person
 - Fragen zur beruflichen Situation
 - Fragen zu Supervision
 - Fragen zu Distanz und Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung
2. MBI-D: adaptiert nach Büssing, A. † & Perrar, K.-M. (1992)

MBI-GS nach Schaufeli W. B., Leiter M. P., Maslach, C. & Jackson S. E. (1996), deutsche Übersetzung: Büssing A. & Glaser J. (1998)

3.4.1 Personalienblatt (Anhang II)

Angaben zur Person

Das Personalienblatt enthielt Fragen zu folgenden demographischen Variablen: Geschlecht, Alter, Familienstand

Angaben zur beruflichen Situation

Die Erhebungen zur beruflichen Situation enthielten Fragen über den Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung und Arbeitspensum der vorangegangenen Arbeitswoche; des Weiteren wurde gefragt, ob Zeit für Freizeitaktivitäten/Hobbys/Entspannung zur Verfügung steht und in welchem Ausmaß.

Angaben über die Inanspruchnahme von Supervision/anderer professioneller Unterstützung

Die Erhebungen zu Supervision enthielten Fragen über die Inanspruchnahme von Supervision in der Vergangenheit und in der Gegenwart, über die Inanspruchnahme anderer professioneller Unterstützung in der Vergangenheit und in der Gegenwart und über das Angebot von Supervision durch den Dienstgeber.

Angaben zu Distanz und Nähe in der Therapeuten-Klienten Beziehung

Zusätzlich enthält das Personalienblatt die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden.

3.4.2 Der Fragebogen (Anhang III)

Nach Burisch (2006) haben sich für die Messung von Burnout bisher zwei Instrumente durchgesetzt. Das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach&Jackson, 1981b, 1986; Maslach, Jackson & Leiter, 1996) sowie das Tedium Measure (TM) (Aronson et al., 1983 S.50), das später in Burnout Measure umgetauft wurde.

In der vorliegenden Studie wurde das Maslach Burnout Inventory (MBI) von Maslach & Jackson (1981, 1986) in seiner deutschen Version als MBI-D von Büssing & Perrar (1992) in einer revidierten Fassung eingesetzt. (MBI-D: adaptiert nach... Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica, 38, 328-353.)

3.4.2.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Das Maslach Burnout Inventory (MBI) besteht nach Burisch (2006, S. 34) in seiner ursprünglichen Version aus 22 Items, die in 3 Skalen gegliedert sind:

- Emotionale Erschöpfung (emotional Exhaustion, EE), 9 Items,
- Depersonalisation (DP), 5 Items,
- Leistungs(un)zufriedenheit (personal Accomplishment, PA) 8 Items.

Diese drei Aspekte werden mit einem Häufigkeits- und Intensitätswert (mit einer ursprünglich mit verwendeten, optionalen Skala „Involviertheit“ (Bieringer, 2005, S. 38.) gemessen und auf einer 7-stufigen Likertskala erfasst. Nach Bieringer (2006, S. 38) „wird in der neuesten Auflage des MBI die Intensitätsskala jedoch nicht mehr verwendet.“

Die drei (vier) Dimensionen erfassen nach Maslach & Jackson verschiedene Aspekte des Burnout, und sollten nicht zu einem Wert zusammengefasst werden, so dass die Dimension „persönliche Leistungsfähigkeit“ unabhängig ist, d.h. nicht umgepolt nicht einfach als das Gegenteil von emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung betrachtet werden kann. (nach Enzmann & Kleiber, aus Bieringer 2006, S. 38)

3.4.2.2 Maslach Burnout Inventory deutsche Fassung (MBI-D) - revidierte Fassung

Nach Bieringer (2006, S. 39) wurde die englische Originalversion des MBI von Prof. A. Büssing† und Dr. K.-M. Perrar (1992) adaptiert und übersetzt. Die deutsche Fassung (MBI-D) lehnt sich, laut Ihren Ausführungen, eng an die von Maslach & Jackson (1981) vorgegebenen Item-Inhalte sowie an ihre Skalierung an und erfasst entsprechend der Burnout-Konzeptualisierung des MBI anhand von 25 Items die vier hypothetischen Konstrukte:

- (1) Emotionale Erschöpfung,
- (2) Persönliche Erfüllung und Leistung,
- (3) Depersonalisation und
- (4) Betroffenheit,

wobei die Betroffenheit ebenso wie bei Maslach & Jackson (1981) von vornherein als optionale Burnout-Skala behandelt wurde.

Durchgängig wurde für den neutralen Begriff „recipient“ im MBI der spezifische Begriff „Patient“ verwendet, da die Untersuchungen der Autoren bislang im Pflegebereich durchgeführt wurden.

Die deutsche Fassung des MBI-D umfasst mit der emotionalen Erschöpfung einerseits eine Facette psychischen Stresses und andererseits mit den beiden anderen Subskalen Persönliche Erfüllung und Depersonalisation mehr oder weniger eigenständige Skalen im Verhältnis zum psychischen Stress. Burnout erscheint demnach auf der einen Seite mehr als psychischer Stress, im Sinne eines stärkeren und weitreichenderen Syndroms, und stellt sich auf der anderen Seite in Teilen auch qualitativ andersartig als dieser dar. Denn mit der persönlichen Erfüllung oder der Depersonalisation werden nicht nur Beanspruchungen als psychische Folgen von Belastung thematisiert, sondern es werden – wenn auch in komprimierter und vereinfachter Form – mit diesen beiden Skalen Zusammenhänge zwischen den persönlichen Motiven der Befragten und den Zielen sowie Bedingungen der Arbeit angesprochen. Diese differenzielle Bedeutung wie auch die relative Eigenständigkeit der Subskalen des MBI-D drückt sich empirisch in ihrer geringen bis moderaten Interkorrelation aus.

Es wurden Itemkennwerte, Faktorenstruktur, Reliabilität in Form der internen Konsistenz und die Konstruktvalidität untersucht. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse bestätigen das Konstrukt Persönliche Erfüllung in vollem Umfang, die Konstrukte Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation mit erheblichen Einschränkungen, während- wie schon beim MBI- ein eigenständiger Faktor Betroffenheit nicht bestimmbar ist. Die internen Konsistenzen erreichen für die Skalen Emotionale Erschöpfung und Persönliche Erfüllung ausreichend hohe Werte, während die Werte für die Skalen Depersonalisation und Betroffenheit nicht ausreichend sind.

Neben dem theoretischen Grundkonzept und den Iteminhalten wurden auch wesentliche formalmethodische Charakteristika in die deutschsprachige Fassung des MBI übernommen.

Dazu gehören:

- Die Items werden als Aussagen formuliert, zu denen die Befragten den Grad ihrer Zustimmung zum Ausdruck bringen können.
- Aus dem Grad der Zustimmung der Befragten zu den einzelnen Items werden Gesamtwerte für die vier Burnout-Skalen gebildet.
- Das testtheoretische Konstruktionsprinzip orientiert sich an den Richtlinien der klassischen Testtheorie (vgl. z.B. Lienert, 1969; Lord & Novick, 1968).

Neben diesen Gemeinsamkeiten wird von den Autoren auf eine Abweichung des MBI-D vom englischsprachigen Original hingewiesen. Es handelt sich dabei um eine Abweichung in der Antwortskalierung.

Im MBI-D werden fünfstufige Antwortskalen eingesetzt, die als Pole die Aussagen „sehr schwach“ bzw. „sehr selten“ auf der einen Seite und „sehr stark“ bzw. „sehr oft“ auf der anderen Seite umfassen. Eingangs wird darüber hinaus zu jedem Item die Frage gestellt, ob das in dem Item beschriebene Gefühl bzw. die beschriebene Situation überhaupt auftreten.

Im MBI von Maslach & Jackson (1981) kommen demgegenüber eine sechsstufige Häufigkeits- bzw. eine siebenstufige Intensitätsantwortskala zum Einsatz. Getrennt davon wird im MBI ebenfalls die Frage gestellt, ob das in der jeweiligen Aussage angesprochene Gefühl oder die angesprochene Einstellung überhaupt auftreten. Der Antwortkategorie „never“ wird von Maslach & Jackson (1981) der Wert Null zugeordnet, so dass sich letztlich ein Range von 0 bis 6 bzw. von 0 bis 7 ergibt.

In der Fassung von Büssing & Perrar (1992) wird ein Range von 1 (das/die beschriebene Gefühl/Situation treten überhaupt nicht auf) bis 6 (das/die beschriebene Gefühl/Situation treten sehr oft auf).

Diese veränderte Skalierung im MBI-D erschien den Autoren insgesamt transparenter, zuverlässiger und angemessener. Sie entspricht auch Empfehlungen, wie sie zur Konstruktion von Antwortskalen in einschlägigen methodischen Beiträgen gegeben werden (vgl. Rohrman, 1978; Tränkle, 1983, aus Bieringer 2005).

3.4.2.3 MBI-D und MBI-General Survey (MBI-GS)

Für vorliegende Untersuchung wurde neben der deutschen Version des MBI-D nach Büssing & Perrar (1992) das MBI-General Survey (GS), (MBI-GS Original: nach Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS). In C. Maslach, S. E. Jackson & M.P. Leiter. Maslach Burnout Inventory Manual (3d ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.) in deutscher Übersetzung nach Büssing & Glaser (MBI-GS dt. Übersetzung: Büssing, A. & Glaser, J. (1998). Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.), in einer revidierten Fassung eingesetzt.

Beide Fragebogen umfassen sechs Skalen, deren Items jeweils anhand von sechsstufigen Häufigkeitsskalen mit den Polen 1 („nie“) und 6 („sehr oft“) beurteilt werden.

Der MBI-GS ist eine verallgemeinerte Version des MBI und erlaubt interdisziplinäre Untersuchungen für Berufe außerhalb der Humandienstleistung

Die drei Komponenten im MBI-GS sind:

- Erschöpfung,
- Zynismus und
- berufliche Selbstwirksamkeit,

Diese bilden die Paralleldimensionen zu den ursprünglichen Determinanten von Burnout

Erschöpfung beschreibt dabei eher allgemeines Wohlbefinden, beschränkt sich nicht auf eine Helfer-Klienten-Beziehung und ist nicht auf den emotionalen Anteil eingengt. Zynismus bezeichnet eine indifferente oder distanzierte Einstellung zur Arbeit, Selbstwirksamkeit ähnelt der Ursprungsdimension persönliche Erfolge sehr stark und bezeichnet berufliche Selbstverwirklichung. Alle drei Komponenten beziehen sich nicht auf Helfer-Klienten-Beziehungen, sondern auf die Einstellung zur Arbeit an sich (Bieringer 2005, aus Büssing, zitiert nach Schimbäck, 2004).

Nach den Angaben der BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005) liegen mit dem MBI-D und dem MBI-GS-D autorisierte deutsche Übersetzungen vor. Diese wurden in unterschiedlichsten Branchen und Berufen erprobt und validiert. Die Veröffentlichung einer großen Normstichprobe aus unterschiedlichsten Berufsfeldern ist in Vorbereitung.

Die revidierte Fassung des verwendeten Fragebogens wurde von der Technischen Universität München, Lehrstuhl für Psychologie, mit Genehmigung von Dr. Jürgen Glaser für die vorliegende Untersuchung zur Verfügung gestellt.

Der gesamte Fragebogen ist im Anhang III abgebildet.

Die 32 Items (MBI-D: 21; MBI-GS-D: 16) des Fragebogens, aufgeteilt in 6 Subskalen:

MBI-D:

1-Emotionale Erschöpfung (9 Items):

Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert

Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt

Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht

Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft

Den ganzen Tag mit meinen Parteien zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend

Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe

Der direkte Kontakt mit Parteien bei meiner Arbeit belastet mich zu stark

Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann

Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite

2-Depersonalisation (5 Items):

Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet

Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Parteien wird

Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit Parteien geworden

Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Parteien behandelt habe

Ich glaube, dass ich manche Parteien so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte

3-Persönliche Erfüllung (7 Items):

Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Parteien positiv beeinflusse

Ich fühle mich sehr tatkräftig

Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Parteien herzustellen

Es fällt mir leicht, mich in meine Parteien hinzuversetzen

Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht

Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Parteien um

Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Parteien gearbeitet habe

MBI-GS:

1-Emotionale Erschöpfung (5 Items):

Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt

Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht

Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft

Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe

Den ganzen Tag zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend

2-Zynismus (5 Items):

Seit ich bei diesem Gericht arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit

Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen

Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden

Ich bin zynischer geworden darüber, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste

Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit

3-Persönliche Erfüllung (6 Items):

Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht

Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, effektiv lösen

Ich habe das Gefühl, dass ich einen effektiven Beitrag für diese Gericht leiste

Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit

Ich bin guter Stimmung, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe

Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige

3.4.3 Die Auswertung

Nach Abschluss der Untersuchung werden aus den angegebenen Antworten (Ratingskala 1= „nie“ bis 6= „sehr oft“) werden die Mittelwerte der drei Burnout-Dimensionen ermittelt.

Sämtliche Daten aus der Fragebogenerhebung wurden an einen Statistiker weitergeleitet, der die statistischen Auswertungen mittels einfaktorieller Varianzanalysen (inklusive Post-Tests nach Scheffé und Tukey) sowie mittels Frequenz- und Korrelationsanalysen durchführte.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen auf 5% festgesetzt.

4. Darstellung der Ergebnisse

4.1 Überblick

Die Variablen des Personalienblattes und die Ergebnisse des Fragebogens MBI-D-GS werden im folgenden Kapitel dargestellt.

Personalienblatt (Anhang II)

Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe liegt bei 78,95% (105) Frauen und 21,05% (28) Männer.

Das durchschnittliche Alter der Befragten liegt bei 38,33 Jahre.

Von den befragten Personen gaben 53,38% (71) an ledig, 46,6% (54) verheiratet und 6,02% (8) geschieden, zu sein.

Der Tätigkeitsbereich liegt bei 90,98% (121) im Bereich Erwachsenenrehabilitation, bei 3,76% (5) im Bereich Kinderrehabilitation und 7 der befragten Personen machten keine Angabe zum Tätigkeitsbereich.

Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt bei 12,66 Jahre und das durchschnittliche Arbeitspensum der Befragten in der letzten Woche bei 29,6 Stunden.

Zeit für tägliche Freizeitaktivitäten/Hobby/Entspannung zu haben gaben die befragten Personen wie folgt an: 1 Person gab an "0" (0,8 bzw. 1,1%), 5 gaben an "0,5" (3,8 bzw. 5,6%) und 29 gaben an "1" (21,8 bzw. 32,6%). 44 Personen haben keine Angabe gemacht.

Fragen nach Supervisionen:

Die Frage nach der Inanspruchnahme von Supervisionen in der Vergangenheit beantworteten 17,29% (23) der Befragten die Frage mit ja und 82,71% (110) mit nein.

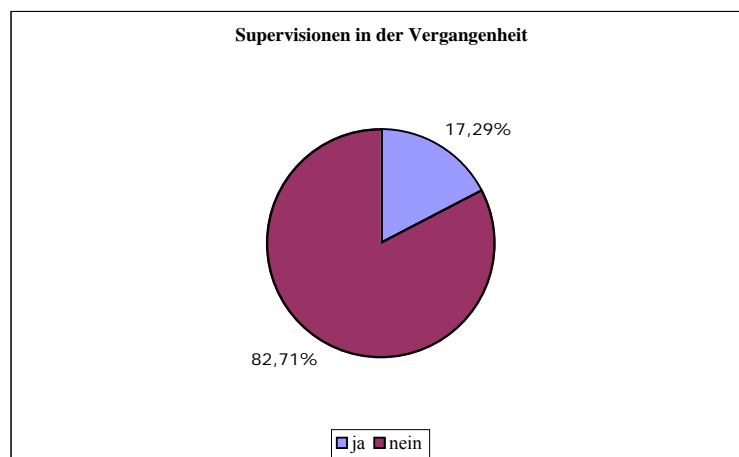


Abb. 4.1: Supervision in der Vergangenheit

Die Frage ob derzeit Supervisionen in Anspruch genommen werden, beantworteten 3,01% (4) der Befragten die Frage mit ja und 96,99% (129) mit nein.

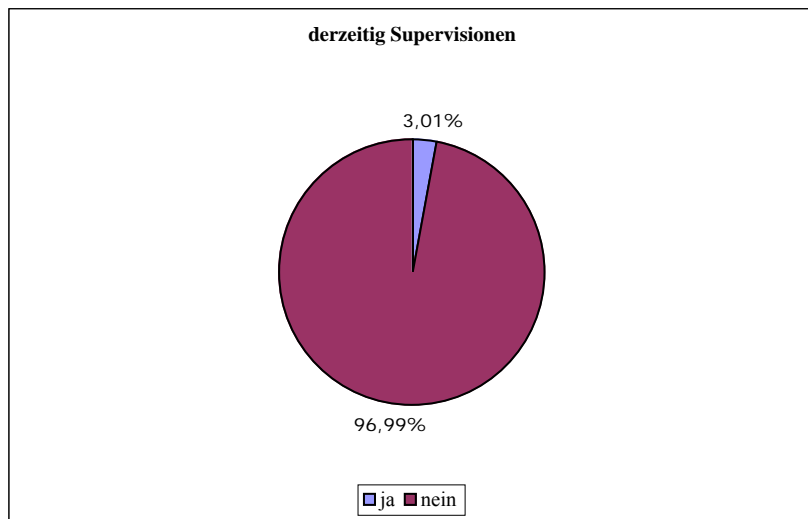


Abb. 4.2: derzeit Supervisionen

Die Frage ob von den Befragten in der Vergangenheit andere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wurde, machten 14,29% (19) die Angabe mit ja und 85,71% (114) die Angabe mit nein.

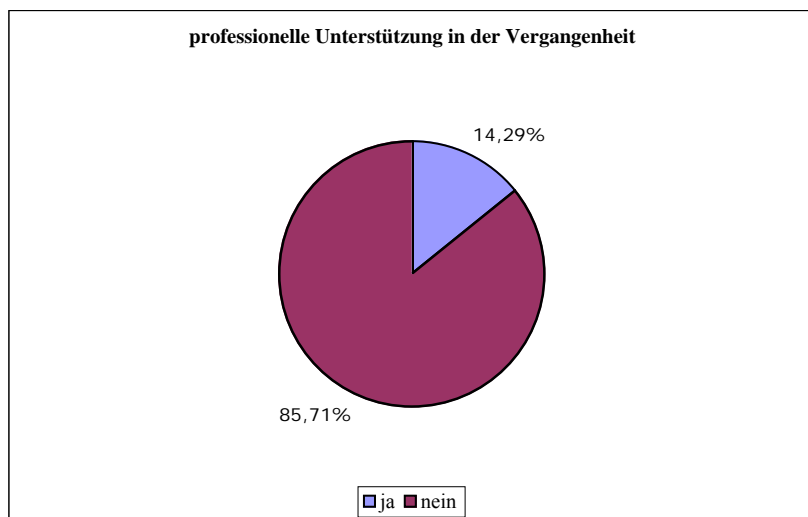


Abb. 4.3: professionelle Unterstützung in der Vergangenheit

Die Frage ob derzeit andere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird, beantworteten 6,77% (9) der Befragten mit ja und 93,23% (124) mit nein.

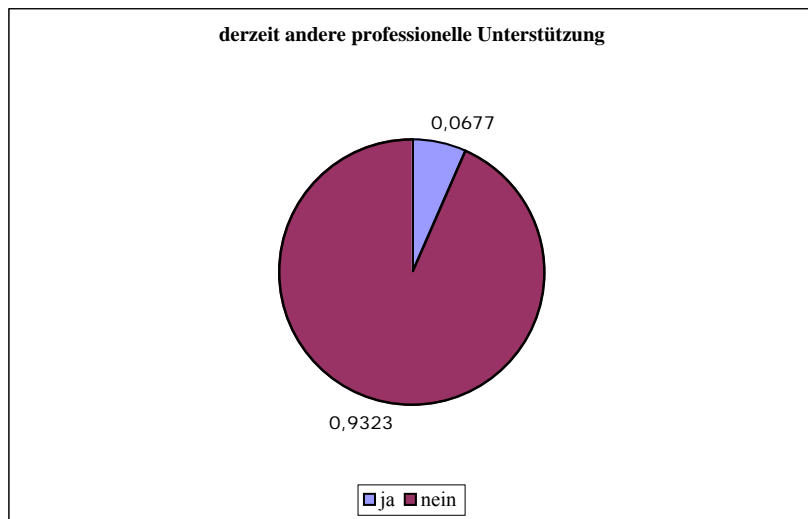


Abb. 4.4: derzeit andere professionelle Unterstützung

Die Frage ob Supervision von Dienstgeber angeboten wird, beantworteten 32,33% (43) der Befragten mit ja und 62,41% (83) mit nein, 7 Personen machten keine Angabe.

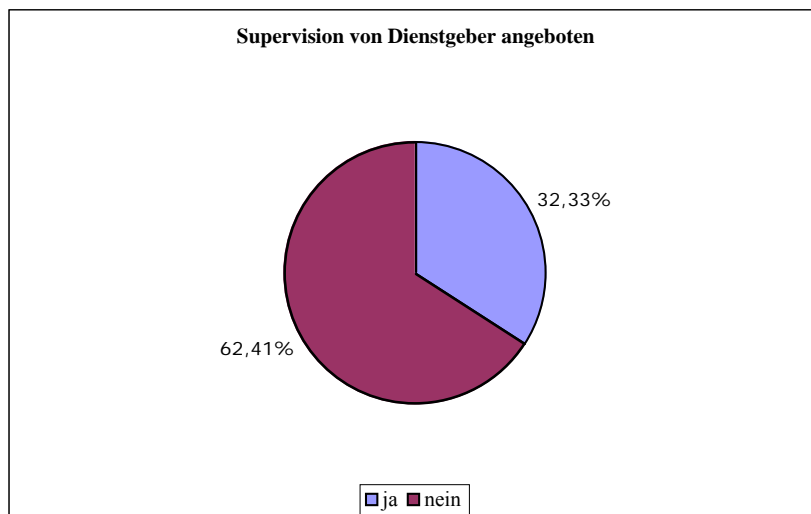


Abb. 4.5: Supervision von Dienstgeber angeboten

Distanz und Nähe:

Die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden, beantworteten die Befragten wie folgt:

Frage: Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz zu meinen Patienten/Patientinnen.

nie	eher selten	manchmal	eher oft	sehr oft
18,8% (25)	33,08% (44)	39,85% (53)	6,02% (8)	1,50% (2)

Tabelle 4.1: Emotionale Distanz zu Patienten/innen

Frage: Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe zu meinen Patienten/Patientinnen.

nie	eher selten	manchmal	eher oft	sehr oft
48,87% (65)	39,85% (53)	9,02% (12)	1,50% (2)	/

Tabelle 4.2: Emotionale Nähe zu Patienten/innen

Jeweils eine Person machte bei den Fragen zu Distanz und Nähe keine Angaben.

4.2 Ergebnisse zu Burnout

Die Ergebnisse der sechs Burnout-Faktoren: „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „persönliche Erfüllung“ bzw. „emotionale Erschöpfung“, „Zynismus“ und „persönliche Erfüllung“ stehen im Mittelpunkt und werden im Hinblick auf die demographischen Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Berufserfahrung, Arbeitspensum, Freizeit, Supervision und andere professionelle Unterstützung sowie der Wunsch nach Distanz und Nähe untersucht.

4.2.1 Skalierung der 32 Einzelitems

MBID1: Emotionale Erschöpfung (Item 5, 7,10, 11, 14, 18, 19, 20, 21)

MBID2: Depersonalisation (Item 1,6,9,15, 17)

MBID3: Persönliche Erfüllung (Item 2,3,4,8,12,13,16)

MBIGS1: Emotionale Erschöpfung (Item 7,10,11,18,22)

MBIGS2: Zynismus (Item 25,26,29,30,31)

MBIGS3: Persönliche Erfüllung (Item 12,23,24,27,28,32)

Identifikation von Burnout-Personen

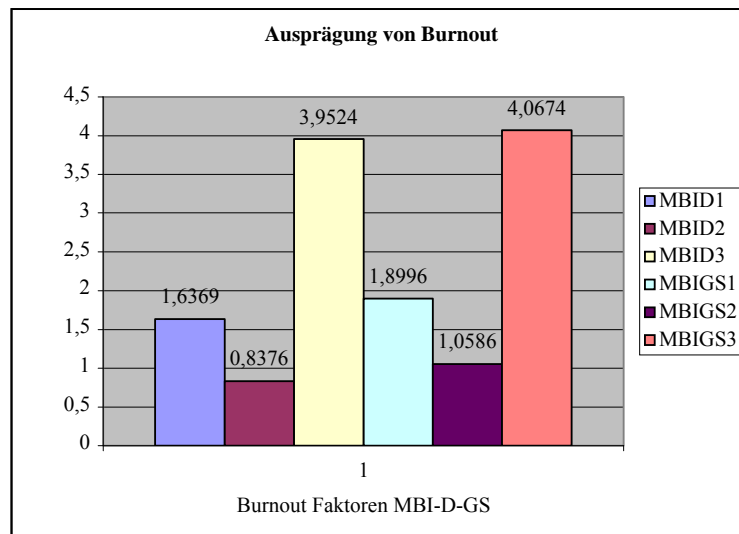


Abb. 4.8: Mittelwerte der Burnout – Faktoren in der Stichprobe

In der Abbildung 4.8 sind die Ergebnisse des MBI-D-GS als Mittelwert dargestellt. Hohe Werte von 4,5 (4) oder höher in den Skalen MBID1, MBID2, MBIGS1, MBIGS2 werden als Burnout gefährdet betrachtet.

In den Skalen MBID3, MBIGS3 werden Werte von weniger als 3 (2,5) als Burnout gefährdet gewertet.

Das bedeutet, die Skala *persönliche Erfüllung* bezieht sich auf eine positive Gewichtung und ist deshalb umgekehrt zu interpretieren. Auffällig wären somit niedrige Werte.

Von den 133 gültigen Fragebögen findet sich in den Skalen MBID1, MBID2, MBIGS1 und MBIGS2 keine einzige Person mit einem hohen Wert. In den Skalen MBID3 haben 4 Personen und bei MBIGS3 haben 3 Personen einen hohen Wert.

Insgesamt ist also die Gefahr eines Burnouts in der Stichprobe kaum ausgeprägt.

Gruppenvergleiche nach verschiedenen Variablen

Geschlecht:

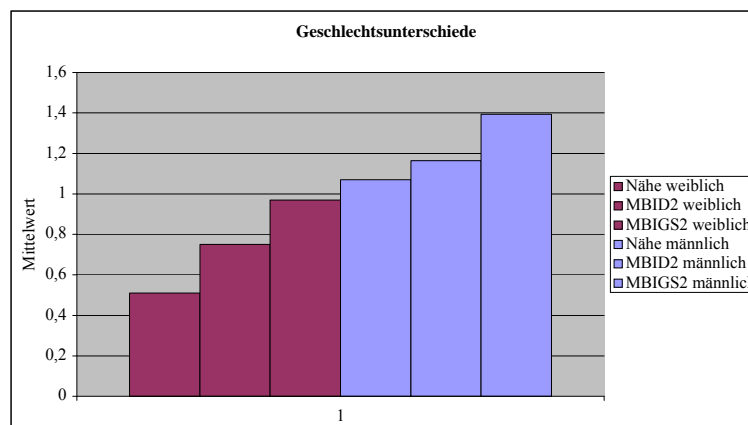


Abb. 4.9: Geschlechtsunterschiede

In dem Gruppenvergleich der Geschlechtsunterschiede haben Männer jeweils einen höheren Wert im Wunsch nach emotionaler Nähe zu MBID2 und MBIGS2. Jedoch keine Unterschiede in den anderen Skalen.

Supervision in der Vergangenheit:

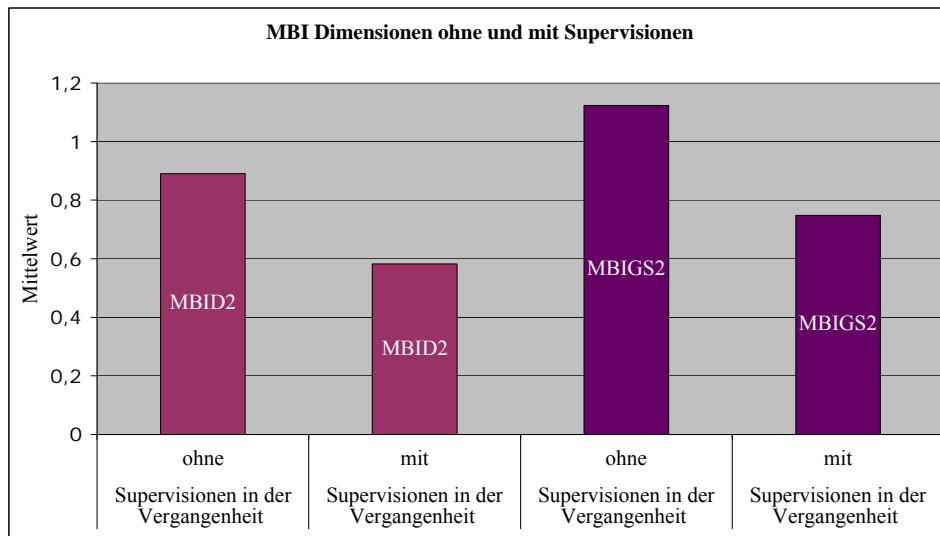


Abb. 4.10: Ausprägung von MBID2 und MBIGS2 für Gruppen ohne und mit Supervisionen

Die Personen die in der Vergangenheit Supervisionen in Anspruch genommen haben, zeigen einen Unterschied in MBID2 und MBIGS2. Personen mit Supervision in der Vergangenheit haben einen geringeren Wert als Personen ohne Supervisionen. Ansonsten bestehen keine Unterschiede.

Supervision angeboten:

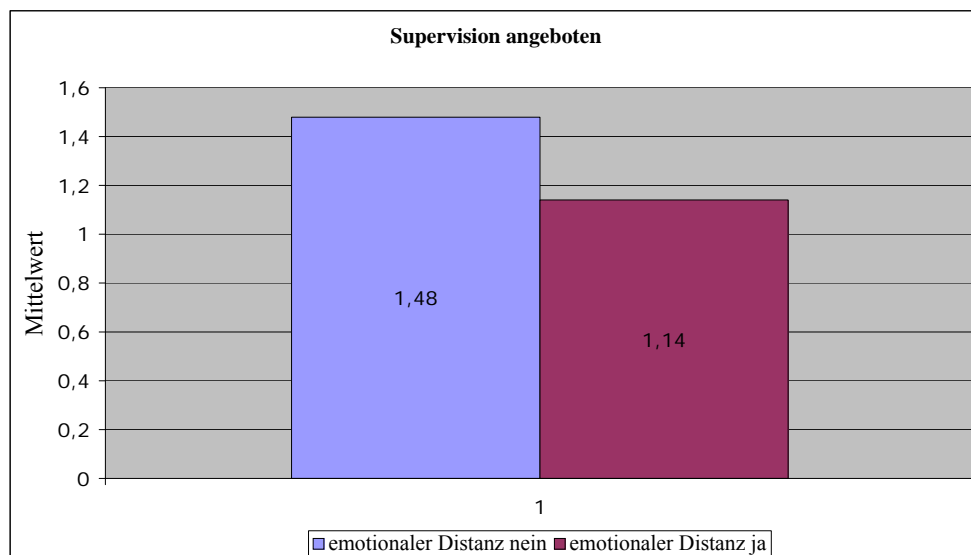


Abb. 4.11: Supervision angeboten

Bei den Fragen ob Supervisionen von der Dienststelle angeboten werden, besteht ein knapp signifikanter Unterschied im Wunsch nach emotionaler Distanz. Die Personen mit Supervisionsangebot haben geringeren Wert, ansonsten zeigen sich keine Unterschiede danach, ob von der Dienststelle Supervision angeboten wird.

Alter:

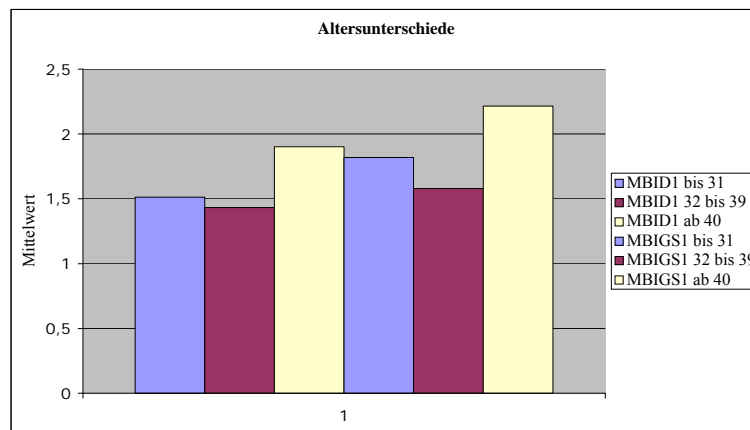


Abb. 4.12: Altersunterschiede

Im Vergleich nach dem Alter zeigen sich signifikante Altersunterschiede in MBID1 und MBIGS1, ansonsten bestehen keine Unterschiede. Die Post-Tests nach Tukey zeigen, dass die mittlere Altersgruppe einen signifikant niedrigeren Wert in MBID1 und MBIGS1 hat als die Älteren, die Jüngeren liegen dazwischen und unterscheiden sich nicht von den Anderen.

Arbeitspensum:

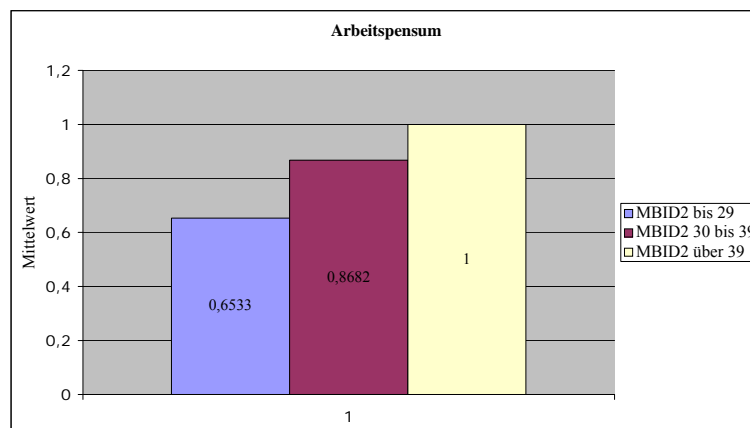


Abb. 4.13: Arbeitspensum

In dem Vergleich nach dem Arbeitspensum zeigen sich keine Unterschiede nach. Eine leichte Tendenz zeigt sich bei MBID2 dahingehend, dass Gruppe mit geringem Arbeitspensum einen geringeren Wert hat als jene mit hohem... aber nur tendenziell und nicht signifikant.

Zeit für Hobby:

MBIGS2

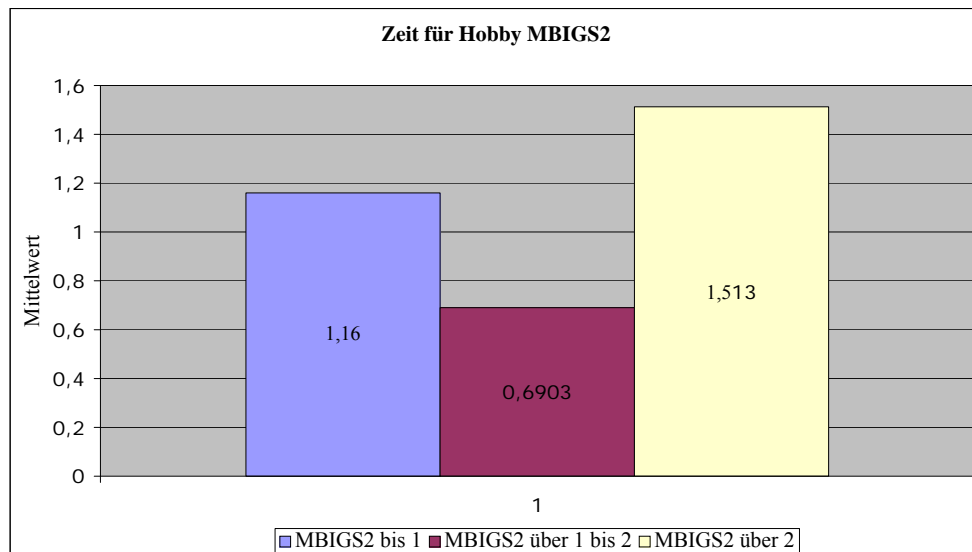


Abb. 4.14: Zeit für Hobby – MBIGS2

MBIGS3

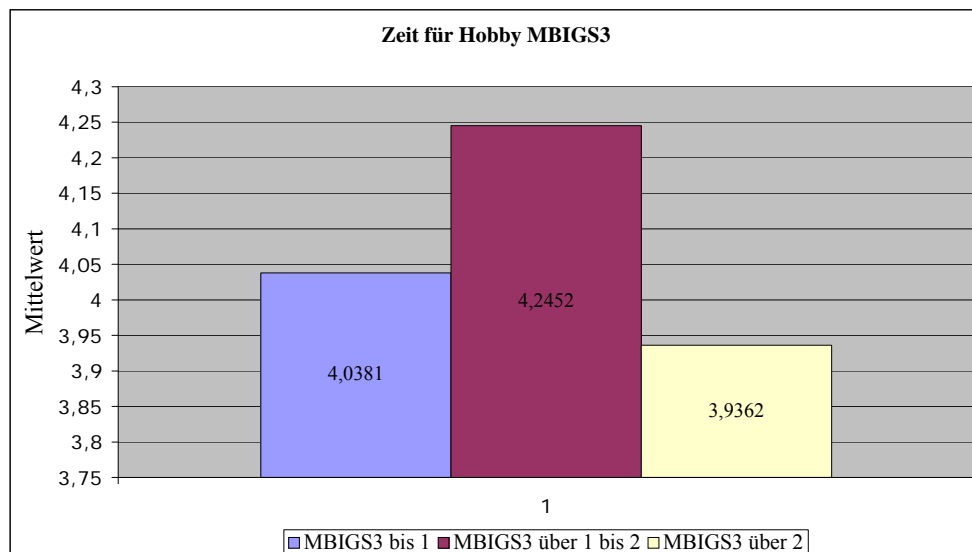


Abb. 4.15: Zeit für Hobby – MBIGS2

Es bestehen ein signifikanter Unterschied in MBIGS2 und ein tendenzieller Unterschied in MBIGS3 nach Freizeit, ansonsten zeigen sich bei dieser Frage keine Unterschiede. Die Post-Test nach Tukey zeigen, dass bei MBIGS2 die mittlere Gruppe einen geringeren Wert hat als die Gruppe mit mehr Zeit, die Gruppe mit wenig Zeit liegt dazwischen und unterscheidet sich nicht von den Anderen. Bei den Skalen MBIGS3 hat die Gruppe mit viel Zeit tendenziell einen geringeren Wert als die Gruppe mit wenig Zeit und die mittlere Gruppe liegt dazwischen.

5. Diskussion

5.1 Überblick

Die weit gefassten Wirkungsfelder sowie Einsatzgebiete für PhysiotherapeutInnen umfassen alle Bereiche der Medizin. Die fachlichen und menschlichen Anforderungen des Berufes sind nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder hoch. Neben den ausgezeichneten Fachkenntnissen werden Verantwortungsbewusstsein, Entscheidungsfreudigkeit, Selbständigkeit, Realitätssinn, Menschenkenntnis und Kommunikationsfähigkeit im Berufsbild des/r PhysiotherapeutIn vorausgesetzt. Typisch für die Arbeit von PhysiotherapeutInnen ist, dass sie neben dem ständigen Austausch mit PatientInnen/KlientInnen ebenso in Austausch mit ärztlichem und pflegerischem Personal und gegebenenfalls mit Angehörigen stehen.

Burnout wird nach Maslach & Jackson (1984) als ein Syndrom - emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Erfüllung definiert

Das am häufigsten eingesetzte Messinstrument ist das Maslach Burnout Inventory MBI (1981, 1986).

Die vorliegende Arbeit untersucht die Ausprägung von Burnout bei den PhysiotherapeutInnen in Südtiroler Sanitätsbetrieb und zusätzlich wird die Inanspruchnahme von Supervisionen und deren mögliche positive Auswirkungen auf Burnout erhoben. Außerdem untersucht die Studie wie stark die PhysiotherapeutInnen die emotionale Distanz und Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung reflektieren und ob sich daraus ein Zusammenhang zu der Ausprägung von Burnout herstellen lässt.

Bei der Studie handelt es sich um eine anonyme, quantitative Fragebogenerhebung als Einmalmessung mittels MBID und MBI-GS mit Angaben zur Person, zur beruflichen Situation und zur Inanspruchnahme von Supervisionen.

Zusätzlich wurden die am Interuniversitären Kolleg standardisierten Fragen zu Distanz und Nähe, die hier gewissermaßen als Sozialvariablen behandelt werden, erhoben.

Die Untersuchung wurde im Januar 2008 durchgeführt und die Stichprobe besteht aus 133 PhysiotherapeutInnen aus dem Südtiroler Sanitätsbetrieb.

Der Kontakt zu den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol wurde über die verantwortlichen Koordinatoren in den einzelnen Sanitätsbetrieben hergestellt.

Die StudienteilnehmerInnen hatten 12 Tage Zeit, um die Fragebögen zu beantworten.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Varianz- Frequenz- und Korrelationsanalysen und das Signifikanzniveau wurde auf d 0,05 festgesetzt. Erhöhte Burnout-Werte wurden bei einem Cut-Off von \geq 4.0 bzw. \geq 4.0 festgelegt.

5.2 Diskussion der Ergebnisse, Forschungsfragen und Hypothesen

Forschungsfrage:

Wie ausgeprägt ist das Burnout-Syndrom bei den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol?

In den drei Skalen des MBI und MBI-GS finden sich in den Dimensionen:

MBID1 – *Emotionale Erschöpfung*, MBID2 – *Depersonalisation*, MBIGS1 – *Emotionale Erschöpfung* und MBIGS2 - *Zynismus* findet sich keine einzige Person mit einem hohen Wert.

In den Dimensionen MBID3 – *Persönliche Erfüllung* haben 4 Personen und bei MBIGS3 – *Persönliche Erfüllung* haben 3 Personen einen hohen Wert.

Insgesamt scheint also die Gefahr eines Burnouts in der vorliegenden Untersuchung erfreulicherweise kaum ausgeprägt zu sein.

Überprüfung *Hypothese 1*:

„Die PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol sind trotz Ihrer hohen fachlichen und menschlichen Anforderung in Ihrem Beruf nur gering von einem möglichen Burnout betroffen,“ wird bestätigt.

Forschungsfrage 1a:

Wie etabliert ist Supervision in der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol?

Überprüfung *Hypothese 1a*:

„Supervision werden als Mittel professioneller Unterstützung nicht ausreichend in Anspruch genommen“ kann bestätigt werden, da zum Zeitpunkt der Untersuchung der Befragten nur:

- 17,29% (23) Supervisionen in der Vergangenheit in Anspruch genommen haben
- 3,01% (4) derzeit Supervisionen in Anspruch nehmen
- 14,29% (19) in der Vergangenheit andere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben
- 6,77% (9) derzeit andere professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen

obwohl bei der Frage, ob Supervisionen vom Dienstgeber angeboten werden 32,33% (43) der Befragten die Frage mit ja beantworteten und 62,41% (83) mit nein.

Es ergibt sich also ein einigermaßen betrübliches Verhältnis von 1:3 zwischen den vom Dienstgeber angebotenen und von den PhysiotherapeutInnen überhaupt in Anspruch genommenen Supervisionen.

Forschungsfrage 1b:

Wirkt sich Supervision positiv auf Burnout aus?

Überprüfung *Hypothese 1b*:

„Die Inanspruchnahme von Supervision wirkt sich positiv auf die Ausprägung von Burnout aus“ kann bestätigt werden.

Die Faktoren MBID2 – *Depersonalisation* und MBIGS2 - *Zynismus* sind beispielsweise bei den Personen mit Supervisionen in der Vergangenheit geringer als bei den Personen ohne Supervisionen. (siehe Abb. 4.10)

Das Verantwortungsbewusstsein bzw. die Eigeninitiative der PhysiotherapeutInnen, beginnende Burnout-Prozesse frühzeitig durch die Inanspruchnahme von Supervisionen zu erkennen, scheint relativ gering, obwohl die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass sich die Inanspruchnahme von Supervisionen positiv auf die Ausprägung von Burnout auswirkt.

Nach Burisch (2006) ist „jeder der Gelegenheit dazu hat aufgerufen, sich ein eigenes Frühwarnsystem zu installieren.“

Der potentielle Nutzen von Supervisionen (Coaching) ist, dass das Risiko der für Burnout typischen Eskalationen und nachfolgenden Resignationen durch regelmäßige Inanspruchnahme wesentlich verringert wird.

Burisch (2006) empfiehlt, dass „in allen Berufen, deren Image durch einseitiges Geben geprägt ist“ ein Zugang zu Supervisionen schaffen werden sollte.

Nach Fazekas (2006) wird für Personen die im Gesundheitssektor tätig sind in *Balint-Gruppen* ein bewusster und reflektierter Umgang mit dem eigenen Arbeitsfeld und den sich daraus ergebenden Fragestellungen angestrebt.

Im Fall der vorliegenden Untersuchung besteht zwar regelmäßig die Möglichkeit für die PhysiotherapeutInnen Supervisionen zu nutzen, sie wird aber nur unzureichend in Anspruch genommen.

Forschungsfrage 1c:

Beeinflussen Supervisionen die emotionale Distanz bzw. Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung und wirken sich diese auf den Grad der Burnout Ausprägung aus?

Überprüfung Hypothese 1c:

„Supervisionen wirken sich positiv auf die emotionale Distanz bzw. Nähe in der Patienten – Therapeuten Beziehung aus und beeinflussen somit den Grad der Ausprägung von Burnout,“ kann bestätigt werden.

Bei den Fragen ob Supervisionen von der Dienststelle angeboten werden besteht ein knapp signifikanter Unterschied im Wunsch nach emotionaler Distanz (Abb. 4.11 / Tab.7.6 Anhang IV), denn die Personen mit Supervisionsangebot zeigen auch einen geringeren Wert als Personen ohne Supervisionen.

Das Ergebnis kann zusätzlich mit dem durchgeführten Tests (Kreuztabellen im Anhang IV) bestätigt werden.

Im Vergleich mit der Frage nach mehr emotionaler Distanz und MBID3 ergibt sich eine signifikante Auffälligkeit. Burnout gefährdete Personen haben über Erwartungen häufig den Wert 4 (sehr oft) auf der Skala angegeben und die Personen ohne eine Gefährdung gaben diesen Wert seltener an.

Im durchgeführten T-Test zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Burnout gefährdeten Personen in MBID3 und nicht gefährdeten Personen im Wunsch nach emotionaler Distanz, der höher ist als bei den gefährdeten Personen.

Jedoch zeigt sich kein Unterschied im Wunsch nach emotionaler Nähe.

Pines et al (2006) schreibt, „wenn körperliche Distanz nicht möglich ist, helfen sich Menschen, die nicht mehr weiterwissen, durch emotionale Distanzierung.“

Supervisionen scheinen demnach ein hilfreiches Mittel gegen zu starke emotionale Distanzierung und somit Depersonalisation, die zwischenmenschliche Kernkomponente im Burnout-Prozess, im Sinne einer abgestumpften oder zynisch-distanzierten Reaktion auf Klienten, zu sein.

Zusammenfassung

Die gewonnenen Ergebnisse aus der vorliegenden Studie zeigen, dass bei den PhysiotherapeutInnen im Sanitätsbetrieb in Südtirol die Gefahr von Burnout kaum ausgeprägt ist.

Die Ergebnisse zeigen auf den ersten Blick erfreuliche Mittelwerte, dahinter können sich jedoch ernst zunehmende Probleme verbergen. Nach dem Modell von Maslach & Jackson bzw. Leiter steht die wachsende Emotionale Erschöpfung am Anfang der Burnout-Entstehung.

Nach dem Modell von Leiter (1993) entwickelt sich Burnout von einem Stadium der erhöhten Emotionalen Erschöpfung (Stadium I) über eine Phase der erhöhten Depersonalisierung (Stadium II) zum Stadium der reduzierten Persönlichen Erfüllung (Stadium III). Depersonalisierung wird hier als eine Art Bewältigungsstrategie im Burnout-Prozess aufgefasst, die dann einsetzt, wenn keine anderen Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können. Im Stadium III ist diese Form der Bewältigung nicht mehr möglich. Mittelwerte bei der Emotionalen Erschöpfung, die ≥ 4 sind, weisen auf das Stadium I hin (Büssing & Glaser 1999). Mittelwerte bei der Depersonalisierung, die ≥ 4 sind, weisen auf das Stadium II hin. Zur Schätzung der Quote vom Burnout gefährdeter Personen wurde der Anteil derjenigen ermittelt, bei denen sich in der Emotionalen Erschöpfung Mittelwerte ≥ 4 (Stadium I) ergeben haben und dies ebenso bei der Depersonalisierung (Stadium II). Des Weiteren wurde der Anteil der Personen ermittelt, die sowohl in der Emotionalen Erschöpfung als auch in der Depersonalisierung Mittelwerte ≥ 4 aufweisen (Stadium III).

Nach der Definition von Maslach & Jackson (aus Burisch 2006) gilt derjenige als ausgebrannt, der emotional erschöpft ist, Depersonalisierungstendenzen und eine reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit zeigt. Nach den Erfahrungen von verschiedenen Burnout-Forschern sind viele Personen, die völlig ausgebrannt sind, nicht mehr bereit, an Fragebogenaktionen teilzunehmen (vgl. Aries & Zuppiger 1992). Nach Burisch (2006) sind „Ausbrenner“ im fortgeschrittenen Zustand nur an rascher Hilfe interessiert und gleichzeitig aber oft pessimistisch. Hinzu kommt, dass Burnout noch reichlich mit Schamgefühlen belastet ist.

5.3 Vergleich mit PhysiotherapeutInnen aus Tirol

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Ergebnissen aus der Studie von Gindu und Iwanowa (Innsbruck 2005) mit dem Titel „Burnout in der Physiotherapie“ - Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen, Kausalorientierung und beruflicher Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit Burnout bei Diplomierten PhysiotherapeutInnen verglichen.

Die Studie von Gindu wurde 2005 an 119 diplomierte PhysiotherapeutInnen mittels Fragebogen untersucht. Dabei wurden ebenso das Maslach Burnout Inventory in der deutschen Version von Büssing und Perrar (1992) verwendet.

Der Vergleich der Werte des Maslach Burnout Inventory zeigt, dass PhysiotherapeutInnen in Nord- und Südtirol nur wenig einem ernsthaften Burnout zugeordnet werden können. Vor allem die hohe Persönliche Erfüllung sticht aus den beiden Ergebnissen hervor.

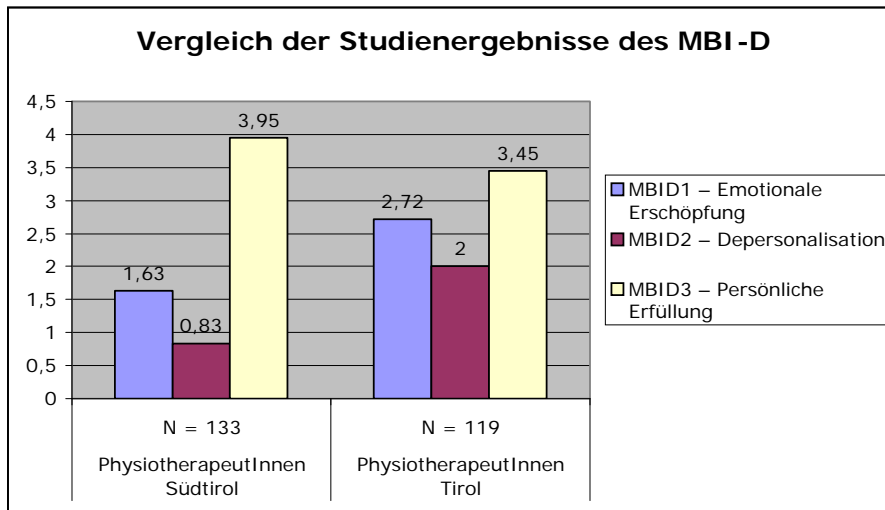


Abb.: 5.3 Vergleich der Studienergebnisse des MBI-D: Fischer (2008) und Gindu (2005)

5.4 Schlussfolgerung

Folgerungen auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens

In den fundamentalen Veränderungen am Arbeitsplatz und an der Art der Berufe sehen Maslach & Leiter (2001) die wesentlichen Ursachen für Burnout. Die Arbeitsplätze der Gegenwart haben aus wirtschaftlicher und psychologischer Sicht häufig ein kaltes, abweisendes und zu stark forderndes Umfeld. Aus dieser Tatsache heraus resultiert, dass die Menschen emotional, physisch und geistig erschöpft sind. Die täglichen Anforderungen des Berufes und der Familie schwächen die Energie und den Enthusiasmus der beschäftigten Personen. Burnout darf nicht als Problem der Einzelperson gesehen werden, sondern als Problem des sozialen Umfeldes, in dem Menschen leben und arbeiten. Die Strukturierung des Arbeitsplatzes prägt die Interaktion zwischen den Menschen und der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit erledigen.

Maslach und Leiter (2001) sehen durch eine generelle Verbesserung des Human Resource Management zum einen die Steigerung der Produktivität als auch die Qualität des Arbeitslebens der Belegschaft. Interventionen auf der Unternehmensebene haben mehr Aussicht, die Identifikation mit der Arbeit zu stärken, als wenn die Interventionen auf individueller Ebene erfolgen.

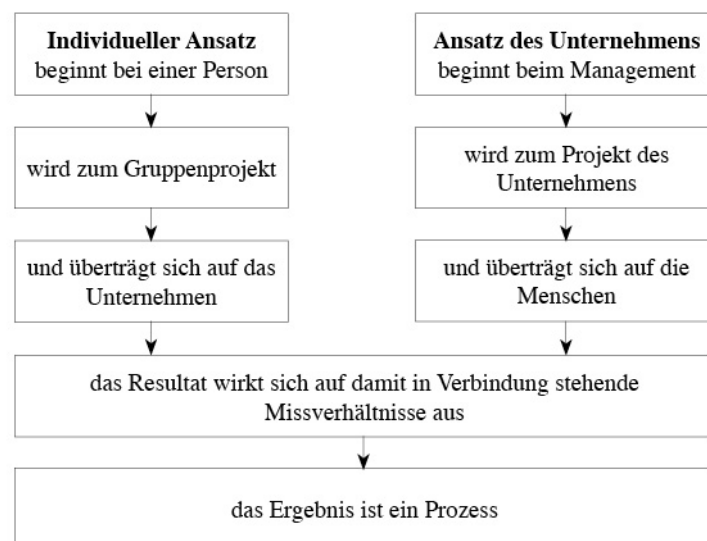


Abb. 3: Zwei Ansätze zum Problemlösungsprozess nach Maslach & Leiter (2001)

Grundsätzlich können die beruflichen Anforderungen der PhysiotherapeutInnen durch die weit gefassten Wirkungsfelder sowie Einsatzgebiete als belastend bezeichnet werden.

Durch die relativ einseitige Ausrichtung der Ausbildung in den sozialen Berufen auf die medizinischen fachlichen Inhalte, die ungenügende Berücksichtigung der therapeutischen Interaktion mit den PatientInnen, bei denen die Auseinandersetzung mit den Wünschen und Ängsten dem Zufall überlassen werden, sowie zusätzliche Anforderungen durch Arbeitsüberlastung und fehlende bzw. ungenügend in Anspruch genommene Unterstützungsmaßnahmen können bei längerer Berufsausübung zu Burnout führen.

Burnout führt zu körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung und kann in fortgeschrittenem Stadium u. a. psychosomatische Reaktionen wie Schwächung der Immunreaktion, Schlafstörungen, erhöhten Blutdruck, Rücken- und Kopfschmerzen, Magen-Darmgeschwüre etc. sowie Verzweiflung hervorrufen.

Eigenkritisches

Burnout zeigt sich als ein komplexes Geschehen bei dem verschiedene Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Bei der Sichtung der einschlägigen Literatur zeigt sich jedoch die Diskrepanz zwischen Ätiologie, Definition, Theorien und Erklärungsmodellen in der Burnout Forschung. Die bisher eher pathogenetisch ausgerichtete Burnout Forschung wird verstärkt von einer salutogenetisch ausgerichteten Sichtweise ergänzt. Mit dem Maslach-Burnout-Inventary (MBI) scheint es wohl nur ungenügend möglich zu sein, dass komplexe Geschehen von Burnout zu erfassen.

5.5 Anregung zu weiterführender Arbeit

Um die gewonnenen Daten besser einordnen und vergleichen zu können sollten weitere vergleichende multizentrische interkulturelle Erhebungen im Alpenraum (Italien / Südtirol, Österreich, Deutschland und Schweiz) durchgeführt werden. Ebenso bedarf es weiteren Untersuchungen zwischen angestellten und freiberuflich arbeitenden Physiotherapeuten.

Empfehlungen

Im Sinne einer salutogenetischen Arbeits- und Organisationsgestaltung ist auch weiterhin eine individuelle und institutionelle Ausrichtung des Ressourcenmanagement im Unternehmen zu empfehlen.

6. Quellenverzeichnis

- Aries, M. & Zuppiger Ritter I.: Burnout beim Pflegepersonal, Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen beim Pflegepersonal, Dissertation, Luzern 1992
- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett-Cotta, Stuttgart 1965, in Fazekas 2006
- Bauer, J.: et al. Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz Psychother Psych Med 53: 213 – 222
- Bauer, J.: Warum ich fühle was Du fühlst, Interaktive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, 8. Auflage, Taschenbuchausgabe, München Heyne Verlag, 10/2006
- Bäuerle, D.: Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit, Neues Beginnen, 1969
- Bieringer, I.: Burnout-Problematik bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich. Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005
- Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen – IFK e.V. Königsallee 178 a, 44799 Bochum, Tel. 0234/977 45-0 Fax 0234/977 45-45, E-Mail: IFK@IFK.de / www.IFK.de / Stand: Februar 2001
- Burisch, M.: Ausgebrannt, verschlissen, durchgerostet, Psychologie heute S.23-26, 1994
- Burisch, M.: Das Burnout Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung – 3., überarbeitete Auflage, Springer 2006
- Büssing, A. & Glaser, J.: Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Fassung, in: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Bericht Nr. 44, 1998.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In Diagnostica, 38, Heft 4, 328-353. Göttingen: Hogrefe 1992
- Carroll, J.F.X. & White, W.L.: Theory building: Integrating individual and environmental factors within an ecological framework, In: Paine W.S.1982, In: Burisch 2006
- Cherniss, C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock, Beltz Taschenbuch Verlag, Weinheim und Basel 1999
- Cherniss, C.: Professional Burnout in Human Service Organisation, New York, Praeger 1980a, aus Burisch 2006
- Edelwich, J. & Brodsky, A.: Ausgebrannt. Das Burnout Syndrom in den Sozialberufen, AVM Verlag Salzburg, Archie 1984
- Enzmann, D. & Kleiber, D.: Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, Heidelberg, Asanger Verlag 1989, 1990
- Fazekas, C.: Psychosomatische Intelligenz, Spüren und Denken – ein Doppelleben, Wien, Springer-Verlag 2006
- Fengler, J.: Helfen macht müde, München: Pfeiffer 1991, Stuttgart: Klett-Cotta 2001
- Fischer, H.J.: A psychoanalytic view of burnout, In: Farber, B.A. (Ed.), Stress and Burnout in the Human Service Professions, New York, Pergamon 1983, aus Burisch 2006

Freudenberger, H. J. & North, Gail: Burnout bei Frauen, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1994

Freudenberger, H. J. & Richelson, G.: Ausgebrannt – Die Krise der Erfolgreichen-Gefahren erkennen und vermeiden, München: Kindler Verlag GmbH 1980

Freudenberger, H. J.: Staff burn-out, Journal of Social Issues 1974, aus Burisch 2006

Fuchs, S.: Burnout Problematik bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, Interuniversitäres Kolleg 2007

Gindu, B. & Iwanowa, A.: Diplomarbeit „Burnout in der Physiotherapie“ - Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen, Kausalorientierung und beruflicher Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit Burnout bei Diplomierten PhysiotherapeutInnen
Diplomarbeit, Institut für Psychologie Universität Innsbruck, 2005

Ginsburg, S.G.: The problem of the burned out executive, Personnel Journal, 1974, aus Burisch 2006

Gogala, H.: Burnout Syndrom bei Physiotherapeuten. Häufigkeit - Ausprägung - Bewältigungsstrategien. Innsbruck: Unveröffentlichte Diplomarbeit am AZW, 2003

Goleman, D.: Emotionale Intelligenz, 6. Aufl. dtv, München 1998, in Fazekas 2006

Golembiewski, R.T.: Organizational development (OD) interventions: Changing interactions, structures and policies, In: Paine 1982 aus Burisch 2006

Greene, G.: A burnt-out case, New York, Viking 1961

Gusy, B.: Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout, München, Profil 1995

Higgs, J. & Titchen, A.: Practice Knowledge & Expertise in the Health Professions. Butterworth Heinemann. Oxford 2001

Higgs, J. & Titchen, A.: Professional Practice in Health, Education and the Creative Arts. Blackwell Science. Oxford 2001

Hillert, A. & Marwitz, M.: Die Burnout Epidemie - oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?, Verlag C.H.Beck, 2006

<http://www.hilfe-bei-burnout.de/>

Huber, S.: Burnout bei Lehrtherapeuten für Physiotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Burnout-Gefährdung bei angestellten diplomierten PTLehrtherapeut/innen an den österreichischen Akademien für Physiotherapie. Wien: unveröffentlichte Diplomarbeit an der Akademie für Physiotherapie am KFJ, 2002

Iwanowa, A.: Das Ressourcen-Anforderungen-Stressoren Modell. Bezüge zur Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit in der Arbeitswelt“. Innsbruck: Habilitationsschrift Universität 2004

Kahill, S.: Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence, Canadian Psychology 29, 1988 aus Burisch 2006

Kernen, H.: Burnout-Prophylaxe im Management, Erfolgreich individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement, Haupt, Bern 1997, in Fazekas 2006

Lauderdale, M.: Burnout, Austin TX, Lernung Concepts, 1982, in Burisch 2006

- Lazarus, R.S. & Folkman, S.: Stress, appraisal and coping, Springer, New York 1984
- Lief, H.O. and Fox, D.C.: "Training for Detached Concern in Medical Students" in The Psychological of Medical Practice. Ed. H.I. Lief, V.I. Lief, N.R. Lief, Harper & Row, New York 1963
- Lienert, G. A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz 1969, zitiert nach Büssing, A.; Perrar, K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D), in: Diagnostica, 1992, 38, Heft 4, Seiten 328-353.
- Lord, F. M. & Novick, M. R.: Statistical theories in mental test scores. Cambridge, Mass.: AddisonWesely 1968, zitiert nach Büssing, A.; Perrar, K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D), in: Diagnostica, 1992, 38, Heft 4, Seiten 328-353.
- Maslach, C. & Jackson, S.E & Leiter, M.P.: The Maslach Burnout Inventory (3.Ed.) Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press 1996
- Maslach, C. & Jackson, S.E.: Maslach Burnout Inventory Manual (2d. Ed.), Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press 1981b
- Maslach, C. & Leiter, P. M.: Die Wahrheit über Burnout – Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können – Springer 2001
- Maslach, C. & Jackson, S. E.: The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, Seiten 99-113, 1981, zitiert nach Büssing, A.; Perrar, K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D), in: Diagnostica, 1992, 38, Heft 4, Seiten 328-353.
- Mauernböck, E. & Jazoch, K.: Burnout bei Physiotherapie-Studenten. Schon während der Ausbildung? Eine empirische Untersuchung zur Burnout-Gefährdung bei PT-Studenten an den österreichischen Akademien für Physiotherapie. Wels: Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Akademie für Physiotherapie, 2003, aus Gindu 2005
- Moosler, G.: Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal. Interuniversitäres Kolleg, Graz 2006
- Müller, E.: Ausgebrannt. Wege aus der Burnout-Krise, Freiburg, Herder, 2004
- Paine, W.S.: Job Stress and Burnout, Beverly Hills, Sage, 1982
- Pass, P. F.; college@inter-uni.net: Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. edition@inter-uni.net, Graz 2004
- Pines, A. M. & Aronson, E. & Kafry, D.: Ausgebrannt – Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett-Cotta, Stuttgart 2006
- Röhrig, S. & Reiners-Kröncke, W.: Burnout in der Sozialen Arbeit, Ziel – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH Augsburg 2003
- Rook, M.: Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung, Hamburg, Kovac Verlag 1998
- Rösing, I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnoutforschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.
- Sadil, S.: The Prevalence of Burnout Among Austrian Physiotherapists. Greenwich, Wels: Unpublished Mastertheses, 2004, aus Gindu 2005

- Schämann, A.: Dissertation - Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“ Dipl.-Med.-Päd. Astrid Schämann, 2005
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D.: The burnout companion to study & practice, Taylor & Francis 1998
- Schimbäck, G.: Burnout bei Führungskräften. Diplomarbeit: Wirtschaftsuniversität Wien 2004.
- Schmidbauer, W.: Hilflöse Helfer, Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, 14 Auflage, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Verlag 2005
- Schmidbauer, W.: In: Kernberg, O. F. & Dulz, B. & Eckert, J.: WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf, Stuttgart, Schattauer 2005
- Schyns, B., von Collani, G. (2004). Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen: ZIS Version 8.00.
- Sonneck, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien, Facultas 2000
- Strasser, B.: Burnoutproblematik bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegeberuf, Interuniversitäres Kolleg 2007
- WCPT (World confederation of physical therapy): www.ukfgb-akb.org/physical.htm1999

ANHANG I: Begleitschreiben

Sehr geehrte Physiotherapeutinnen,
sehr geehrte Physiotherapeuten,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Rasen-Antholz, am 08.01.2008

Im Rahmen des interuniversitären Masterlehrganges (6 Semester) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften über das Interuniversitäre Kolleg Graz, Prof. Dr. Christian Endler, arbeite ich seit Frühjahr 2007 an einer Masterthesis zum Thema „Ausprägung von Burnout bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Südtiroler Sanitätsbetrieb“.

Sie erhalten in der Beilage den standardisierten Fragebogen nach Maslach und Jackson in deutscher Fassung (MBI-D + GS) sowie ein Blatt zur Erhebung Ihrer Personendaten mit der Bitte, diese Fragebögen auszufüllen und im verschlossenen Kuvert bis spätestens 18. Januar 2008 an Ihre Koordinatorin, Ihren Koordinator zurückzugeben.

Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Fragebogens nehmen Sie an einer Forschungsstudie des interuniversitären Lehrganges „Master of Science - complementary, psychosocial and integrated health sciences“ teil. Die Antworten werden absolut vertraulich behandelt, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden, da die Absender anonym bleiben.

Der Erfolg meiner Arbeit ist neben einem aufwendigen Literaturstudium, der Beschaffung eines geeigneten Fragebogens, der Auswertung der Fragebögen und der Daten in erster Linie von einer hohen Rücklaufquote der Fragebögen abhängig! Ich bitte Sie meine Masterarbeit zu unterstützen!

Vielen Dank, dass Sie sich 10 Minuten Zeit genommen haben!

Mit freundlichen Grüßen


Marcel Fischer

Mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung durch:

Südtiroler Sanitätsbetrieb

Abteilung Gesundheitswesen

Leonardo da Vinci Projekt

COLLEGE @ inter-uni.net



ALLEGATO I: lettera accompagnatoria



Gentili/e fisioterapiste/i,
care colleghe, cari colleghi!

Rasun-Anterselva, il 08.01.2008

Nell'ambito del master interuniversitario (6° semestre) per la promozione complementare, psicosociale e integrativa della salute presso il corso interuniversitario a Graz, Prof. Dr. Christian Endler, sto lavorando dall'inizio del 2007 alla tesi di master sul tema „Il manifestarsi dell'effetto burnout nei/nelle fisioterapisti/e dell'Azienda sanitaria altoatesina“.

In allegato trovate il questionario standardizzato secondo Maslach e Jackson in versione tedesca (MBI-D + GS) oltre ad un foglio per la rilevazione dei Vostri dati personali. Vi prego di voler compilare e consegnare entrambi in una busta chiusa al Vostro/a coordinatore/coordinatrice entro il 18 gennaio 2008.

Con la compilazione del questionario allegato, prendete parte ad uno studio del corso interuniversitario „Master of Science - complementary, psychosocial and integrated health sciences“. Le risposte verranno trattate in modo assolutamente riservato, non si potrà in alcun modo risalire al mittente, in quanto quest'ultimo rimarrà anonimo.

Il successo della mia tesi dipende da una lunga ed approfondita ricerca bibliografica, dalla scelta di un questionario adeguato e dalla interpretazione dei dati rilevati, ma soprattutto da un alto numero di questionari compilati! Vi prego perciò di voler sostenere la mia tesi di master!

Vi ringrazio per avermi dedicato 10 minuti del Vostro tempo!

Cordiali saluti



Marcel Fischer

Con la gentile autorizzazione e collaborazione di:

Azienda sanitaria altoatesina

Ripartizione sanità

Progetto Leonardo da Vinci

COLLEGE @ inter-uni.net



ANHANG II: Personalienblatt / dati personali



Sehr geehrte Physiotherapeutin, sehr geehrter Physiotherapeut!

Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Fragebogens nehmen Sie an einer Forschungsstudie des interuniversitären Lehrganges „Master of Science - complementary, psychosocial and integrated Health Sciences“ teil, in der die Ausprägung der Burnout-Symptomatik bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im gesamten Südtiroler Sanitätsbetrieb (Sanitätsbezirke) erhoben wird.

Die Antworten werden absolut vertraulich behandelt, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Aus statistischen Gründen bitte ich Sie, alle angegebenen Fragen komplett zu beantworten.

Gentile fisioterapista,

con la compilazione del presente questionario, prende parte ad uno studio del corso interuniversitario „Master of Science - Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences“, in cui viene rilevato il manifestarsi dell'effetto burnout nei/nelle fisioterapisti/e dell'intera Azienda sanitaria altoatesina (comprensori sanitari).

Le risposte verranno trattate in modo assolutamente riservato, non si potrà in alcun modo risalire al mittente, in quanto quest'ultimo rimarrà anonimo. Per motivi di statistica, compili tutte le domande in modo completo.

Geschlecht / sesso: weiblich / femminile männlich / maschile

Alter / età: _____ Jahre / anni

Familienstand / stato civile: ledig / celibe/nubile verheiratet / sposato/a

geschieden / divorziato/a verwitwet / vedovo/a

Tätigkeitsbereich / campo d'attività _____

Seit wann üben Sie den Beruf des/der Physiotherapeut(in) aus?
Da quanto tempo svolge la professione di fisioterapista? _____ Jahre / anni

Wie hoch war ihr Arbeitspensum letzte Woche?
Quante ore ha lavorato la scorsa settimana? _____ Stunden / ore

Zeit für tägliche Freizeitaktivitäten/Hobby/Entspannung?
Ha tempo e, se sì, quanto, per svolgere quotidianamente attività ricreative/hobby/relax?

ja / sì, _____ Std. / ore nein / no

Haben Sie in der Vergangenheit Supervisionen in Anspruch genommen?
Ha mai fatto ricorso in passato ad un servizio di supervisione?

ja / sì nein / no

Nehmen Sie derzeit Supervisionen in Anspruch?
Ricorre attualmente ad un servizio di supervisione?

ja / sì nein / no

Haben Sie in der Vergangenheit andere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?
Ha mai fatto ricorso in passato ad un altro servizio di sostegno professionale?

ja / sì nein / no

Nehmen sie derzeit andere professionelle Unterstützung in Anspruch?
Ricorre attualmente ad un altro servizio di sostegno professionale?

ja / sì nein / no

Wird Supervision von Ihrem Dienstgeber angeboten?
Viene offerto un servizio di supervisione dal Suo datore di lavoro?

ja / sì nein / no

Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz zu meinen Patienten/Patientinnen.
Vorrei una maggiore distanza emozionale dalle/dai mie/i pazienti.

nie mai	eher selten raramente	manchmal qualche volte	eher oft spesso	sehr oft molto spesso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe zu meinen Patienten/Patientinnen.
Vorrei una maggiore vicinanza emozionale dalle/dai mie/i pazienti.

nie mai	eher selten raramente	manchmal qualche volte	eher oft spesso	sehr oft molto spesso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „Diese Gefühl tritt nie auf“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

In seguito trova riportate alcune affermazioni su stati d'animo in riferimento al Suo lavoro. Se nel suo caso lo stato d'animo descritto non compare mai, segni „Questo stato d'animo non compare mai“. Se nel suo caso lo stato d'animo descritto compare, indichi quanto spesso esso compare.

		Wie oft haben Sie das Gefühl? Quanto spesso compare questo stato d'animo:					
		nie mai	sehr selten quasi mai	eher selten rara- mente	manch- mal qualche volta	eher oft spesso	sehr oft molto spesso
1	Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse. Attraverso il mio lavoro credo di influenzare positivamente la vita dei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich sehr tatkräftig. Mi sento pieno di energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen. Riesco facilmente a creare un'atmosfera rilassata con i miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert. Mi sento frustrato dal mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Patienten wird. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni dei miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt. Mi sento esaurito dal mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen. Riesco facilmente a mettermi nei panni dei miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit Patienten geworden. Da quando ho iniziato questo lavoro, sono diventato più insensibile nel rapporto con i miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht. Alla fine di una giornata di lavoro mi sento sfinito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft. Mi sento emotivamente sfinito a causa del mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen der Patienten um. Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Den ganzen Tag mit Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend. Trovo che lavorare tutto il giorno con i miei pazienti sia veramente faticoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe. Ho una sensazione sgradevole quando ripenso al modo in cui ho trattato alcuni pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit Patienten gearbeitet habe. Mi sento di buon umore dopo aver lavorato intensivamente con i miei pazienti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte Mi sembra di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe. Quando mi alzo la mattina ed ho un'intera giornata di lavoro davanti a me, mi sento di nuovo stanco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark. Lavorare a diretto contatto con i pazienti mi opprime.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann. Sento di non farcela più.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite. Ho la sensazione di lavorare troppo duramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Den ganzen Tag zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend. Trovo che lavorare tutto il giorno sia veramente faticoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, effektiv lösen. Riesco a risolvere efficacemente i problemi che nascono nel mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich habe das Gefühl, dass ich einen effektiven Beitrag für dieses Krankenhaus leiste. Ho la sensazione di dare un effettivo contributo a questo ospedale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Seit ich als Physiotherapeut/in arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit. Da quando lavoro come fisioterapista, ho meno interesse al mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen. Il mio entusiasmo per il mio lavoro é diminuito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit. Sono dell'opinione di svolgere un buon lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich bin guter Stimmung, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe. Sono di buon umore se sono riuscito/a a raggiungere qualcosa nel mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden. Vorrei solo fare il mio lavoro ed essere lasciato in pace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ich bin zynisch darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste. Sono diventato cinico sul fatto di dare o meno un qualche contributo con il mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit. Metto in dubbio che il mio lavoro abbia un senso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige. Sono sicuro/a di svolgere effettivamente le varie attività nel mio lavoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang IV: Tabellen / Auswertung zur Thesis von Marcel Fischer

Fragebögen: N=133

(1) Indexbildung der MBI Skalen

Tabelle 7.1 *Indexbildung der MBI-Skalen*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	132	0	4	1,38	,912
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	132	0	3	,63	,714
MBID1	133	,00	4,00	1,6369	,87969
MBID2	133	,00	3,80	,8376	,71865
MBID3	133	2,43	5,00	3,9524	,47687
MBIGS1	133	,00	4,40	1,8996	,99498
MBIGS2	133	,00	3,40	1,0586	,82564
MBIGS3	133	2,67	5,00	4,0674	,51543

(2) Identifikation von Burnout-Personen

MBID1, MBID2, MBIGS1, MBIGS2 von 4,5 oder höher: Burnout-gefährdet

MBID3, MBIGS3 von weniger als 3: Burnout-gefährdet

Bei MBID1, MBID2, MBIGS1 und MBIGS2 keine einzige Person mit hohem Wert, bei MBID3 haben 4 Personen und bei MBIGS3 haben 3 Personen hohen Wert.

Insgesamt also Burnout-Gefahr kaum ausgeprägt in Stichprobe.

(3) Deskriptive Analysen zu Variablen und Gruppenbildung

Drei jeweils etwa gleich große Gruppen gebildet für Alter, Berufsdauer, Arbeitspensum, Zeit für Hobby.

(4) Gruppenvergleiche nach verschiedenen Variablen

Tabelle 7.2 *Geschlecht*

	Geschlecht	N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	weiblich	104	1,40	,909
	männlich	28	1,29	,937
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	weiblich	104	,51	,623
	männlich	28	1,07	,858
MBID1	weiblich	105	1,6077	,87990
	männlich	28	1,7460	,88624
MBID2	weiblich	105	,7505	,67981
	männlich	28	1,1643	,77756
MBID3	weiblich	105	3,9714	,48177
	männlich	28	3,8810	,45936
MBIGS1	weiblich	105	1,8805	,98780
	männlich	28	1,9714	1,03668
MBIGS2	weiblich	105	,9695	,77001
	männlich	28	1,3929	,94983
MBIGS3	weiblich	105	4,0851	,52001
	männlich	28	4,0012	,50148

	t	df	Sig. (2-tailed)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	,607	130	,545
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	-3,889	130	,000
MBID1	-,738	131	,462
MBID2	-2,775	131	,006
MBID3	,891	131	,374
MBIGS1	-,428	131	,669
MBIGS2	-2,456	131	,015
MBIGS3	,764	131	,446

Geschlechtsunterschiede in Wunsch nach emotionaler Nähe, MBID2 und MBIGS2 – jeweils höherer Wert von Männern. Keine Unterschiede in anderen Skalen.

Tabelle 7.3 Familienstand

(Nur ledig vs. verheiratet, zu wenige Angaben für andere Ausprägungen)

	Familienstand	N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	ledig	71	1,42	,951
	verheiratet	54	1,33	,869
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	ledig	71	,58	,669
	verheiratet	54	,72	,787
MBID1	ledig	71	1,6506	,89626
	verheiratet	54	1,5999	,87902
MBID2	ledig	71	,9437	,72678
	verheiratet	54	,7481	,72287
MBID3	ledig	71	3,9400	,46942
	verheiratet	54	3,9563	,49495
MBIGS1	ledig	71	1,8845	1,03076
	verheiratet	54	1,8861	,96775
MBIGS2	ledig	71	1,0394	,90813
	verheiratet	54	1,0852	,74894
MBIGS3	ledig	71	4,0939	,48529
	verheiratet	54	4,0580	,52238

	t	df	Sig. (2-tailed)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	,539	123	,591
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	-1,110	123	,269
MBID1	,316	123	,753
MBID2	1,493	123	,138
MBID3	-,189	123	,851
MBIGS1	-,009	123	,993
MBIGS2	-,300	123	,764
MBIGS3	,396	123	,693

Keine Unterschiede nach Familienstand.

Tabelle 7.4 *Supervision in der Vergangenheit*

	Haben Sie in der Vergangenheit Supervisionen	N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	nein	110	1,41	,891
	ja	22	1,23	1,020
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	nein	110	,67	,718
	ja	22	,41	,666
MBID1	nein	110	1,6829	,88506
	ja	23	1,4167	,83715
MBID2	nein	110	,8909	,75207
	ja	23	,5826	,46285
MBID3	nein	110	3,9188	,48217
	ja	23	4,1128	,42423
MBIGS1	nein	110	1,9391	,99654
	ja	23	1,7109	,98719
MBIGS2	nein	110	1,1236	,86054
	ja	23	,7478	,54678
MBIGS3	nein	110	4,0603	,52555
	ja	23	4,1014	,47338

	t	df	Sig. (2-tailed)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	,852	130	,396
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	1,590	130	,114
MBID1	1,324	131	,188
MBID2	2,564	49,923	,013
MBID3	-1,789	131	,076
MBIGS1	1,000	131	,319
MBIGS2	2,008	131	,047
MBIGS3	-,347	131	,729

Unterschied in MBID2 und MBIGS2 – geringerer Wert bei Personen mit Supervision in Vergangenheit. Ansonsten keine Unterschiede

Tabelle 7.5 Andere professionelle Hilfe in Vergangenheit

	Professionelle Hilfe in der Vergangenheit	N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	nein	114	1,39	,917
	ja	18	1,33	,907
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	nein	114	,59	,635
	ja	18	,89	1,079
MBID1	nein	114	1,6126	,89542
	ja	19	1,7822	,78460
MBID2	nein	114	,8368	,72701
	ja	19	,8421	,68501
MBID3	nein	114	3,9419	,49025
	ja	19	4,0150	,39237
MBIGS1	nein	114	1,8846	1,01520
	ja	19	1,9895	,88311
MBIGS2	nein	114	1,0719	,83640
	ja	19	,9789	,77429
MBIGS3	nein	114	4,0523	,51928
	ja	19	4,1579	,49527

	T	df	Sig. (2-tailed)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	,227	130	,821
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	-1,153	18,906	,263
MBID1	-,777	131	,439
MBID2	-,029	131	,977
MBID3	-,617	131	,538
MBIGS1	-,424	131	,672
MBIGS2	,453	131	,651
MBIGS3	-,825	131	,411

Keine Unterschiede danach, ob in Vergangenheit andere professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 7.6 *Supervision angeboten:*

	Supervision von Dienstgeber angeboten	N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	nein	82	1,48	,946
	ja	43	1,14	,804
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	nein	82	,55	,688
	ja	43	,77	,751
MBID1	nein	83	1,6856	,80328
	ja	43	1,4682	,94673
MBID2	nein	83	,8072	,65104
	ja	43	,7953	,66546
MBID3	nein	83	3,9306	,48574
	ja	43	4,0266	,41269
MBIGS1	nein	83	1,9416	,93603
	ja	43	1,7140	,99632
MBIGS2	nein	83	1,0482	,86085
	ja	43	1,0605	,78137
MBIGS3	nein	83	4,0908	,50298
	ja	43	4,0488	,51374

	T	df	Sig. (2-tailed)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	1,983	123	,050
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	-1,636	123	,104
MBID1	1,354	124	,178
MBID2	,096	124	,923
MBID3	-1,105	124	,271
MBIGS1	1,266	124	,208
MBIGS2	-,078	124	,938
MBIGS3	,440	124	,660

Knapp signifikanter Unterschied in Wunsch nach emotionaler Distanz (Personen mit Supervisionsangebot haben geringeren Wert), ansonsten keine Unterschiede danach, ob von Dienststelle Supervision angeboten wird.

Tabelle 7.7 *Bezirk:*

		N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	BI	32	1,25	,842
	BS	18	1,22	,878
	BO	47	1,53	,881
	MS	35	1,37	1,031
	Total	132	1,38	,912
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	BI	32	,75	,718
	BS	18	,56	,856
	BO	47	,57	,715
	MS	35	,63	,646
	Total	132	,63	,714
MBID1	BI	32	1,6315	,69807
	BS	18	1,4753	,72491
	BO	48	1,7950	,96399
	MS	35	1,5079	,97287
	Total	133	1,6369	,87969
MBID2	BI	32	,8188	,59970
	BS	18	,7889	,58801
	BO	48	,9042	,76073
	MS	35	,7886	,83306
	Total	133	,8376	,71865
MBID3	BI	32	3,9754	,48905
	BS	18	3,9934	,48671
	BO	48	3,8810	,37892
	MS	35	4,0082	,57971
	Total	133	3,9524	,47687
MBIGS1	BI	32	1,9328	,85266
	BS	18	1,7000	,80659
	BO	48	2,0917	1,07398
	MS	35	1,7086	1,07193
	Total	133	1,8996	,99498
MBIGS2	BI	32	1,0062	,82460
	BS	18	,7222	,68647
	BO	48	1,2667	,77111
	MS	35	,9943	,91714
	Total	133	1,0586	,82564
MBIGS3	BI	32	4,0885	,55678
	BS	18	4,3056	,40925
	BO	48	3,9583	,44230
	MS	35	4,0752	,58930
	Total	133	4,0674	,51543

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Between Groups	2,076	3	,692	,828	,481
	Within Groups	106,985	128	,836		
	Total	109,061	131			
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Between Groups	,705	3	,235	,455	,714
	Within Groups	66,105	128	,516		
	Total	66,811	131			
MBID1	Between Groups	2,253	3	,751	,970	,409
	Within Groups	99,896	129	,774		
	Total	102,149	132			
MBID2	Between Groups	,351	3	,117	,222	,881
	Within Groups	67,821	129	,526		
	Total	68,172	132			
MBID3	Between Groups	,401	3	,134	,582	,628
	Within Groups	29,616	129	,230		
	Total	30,017	132			
MBIGS1	Between Groups	3,800	3	1,267	1,288	,281
	Within Groups	126,877	129	,984		
	Total	130,677	132			
MBIGS2	Between Groups	4,347	3	1,449	2,183	,093
	Within Groups	85,635	129	,664		
	Total	89,983	132			
MBIGS3	Between Groups	1,608	3	,536	2,067	,108
	Within Groups	33,459	129	,259		
	Total	35,068	132			

Keine Unterschiede zwischen den Bezirken.

Tabelle 7.8 Alter:

		N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	bis 31	42	1,57	,831
	32 bis 39	38	1,18	1,010
	ab 40	51	1,35	,890
	Total	131	1,37	,914
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	bis 31	42	,55	,593
	32 bis 39	38	,50	,604
	ab 40	51	,78	,856
	Total	131	,63	,716
MBID1	bis 31	42	1,5132	,81942
	32 bis 39	38	1,4327	,76580
	ab 40	52	1,9024	,95272
	Total	132	1,6434	,87982
MBID2	bis 31	42	,7810	,58902
	32 bis 39	38	,9053	,67980
	ab 40	52	,8269	,84485
	Total	132	,8348	,72069
MBID3	bis 31	42	3,9728	,45202
	32 bis 39	38	3,9386	,47820
	ab 40	52	3,9451	,50777
	Total	132	3,9520	,47866
MBIGS1	bis 31	42	1,8190	,97761
	32 bis 39	38	1,5789	,83153
	ab 40	52	2,2163	1,04510
	Total	132	1,9064	,99565
MBIGS2	bis 31	42	,8429	,84338
	32 bis 39	38	1,1263	,89130
	ab 40	52	1,2000	,73458
	Total	132	1,0652	,82536
MBIGS3	bis 31	42	4,1548	,44386
	32 bis 39	38	4,0219	,53013
	ab 40	52	4,0314	,56222
	Total	132	4,0679	,51736

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Between Groups	3,028	2	1,514	1,835	,164
	Within Groups	105,643	128	,825		
	Total	108,672	130			
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Between Groups	2,140	2	1,070	2,122	,124
	Within Groups	64,532	128	,504		
	Total	66,672	130			
MBID1	Between Groups	5,886	2	2,943	3,975	,021
	Within Groups	95,519	129	,740		
	Total	101,405	131			
MBID2	Between Groups	,314	2	,157	,299	,742
	Within Groups	67,726	129	,525		
	Total	68,040	131			
MBID3	Between Groups	,027	2	,014	,059	,943
	Within Groups	29,987	129	,232		
	Total	30,015	131			
MBIGS1	Between Groups	9,391	2	4,695	5,028	,008
	Within Groups	120,472	129	,934		
	Total	129,862	131			
MBIGS2	Between Groups	3,163	2	1,582	2,370	,098
	Within Groups	86,077	129	,667		
	Total	89,240	131			
MBIGS3	Between Groups	,466	2	,233	,870	,422
	Within Groups	34,597	129	,268		
	Total	35,063	131			

Signifikante Altersunterschiede in MBID1 und MBIGS1, ansonsten keine Unterschiede. Post-Tests nach Tukey zeigen, dass die mittlere Altergruppe einen signifikant niedrigeren Wert in MBID1 und MBIGS1 hat als die Älteren, die Jüngeren liegen dazwischen und unterscheiden sich nicht von den Anderen.

Tabelle 7.9 *Berufsdauer:*

		N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	bis 7	43	1,58	,879
	8 bis unter 16	42	1,29	,995
	ab 16	45	1,27	,863
	Total	130	1,38	,917
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	bis 7	43	,56	,629
	8 bis unter 16	42	,62	,697
	ab 16	45	,71	,815
	Total	130	,63	,717
MBID1	bis 7	43	1,5995	,88695
	8 bis unter 16	42	1,5556	,87764
	ab 16	46	1,7906	,86850
	Total	131	1,6525	,87687
MBID2	bis 7	43	,8605	,66553
	8 bis unter 16	42	,8667	,74003
	ab 16	46	,7870	,77103
	Total	131	,8366	,72316
MBID3	bis 7	43	3,9668	,44942
	8 bis unter 16	42	3,9785	,47572
	ab 16	46	3,9193	,51872
	Total	131	3,9538	,48005
MBIGS1	bis 7	43	1,9209	1,03385
	8 bis unter 16	42	1,6810	,96682
	ab 16	46	2,1185	,96162
	Total	131	1,9134	,99628
MBIGS2	bis 7	43	,8791	,84531
	8 bis unter 16	42	1,1857	,91640
	ab 16	46	1,1522	,68661
	Total	131	1,0733	,82320
MBIGS3	bis 7	43	4,1357	,44877
	8 bis unter 16	42	4,0921	,51838
	ab 16	46	3,9928	,57516
	Total	131	4,0715	,51771

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Between Groups	2,694	2	1,347	1,616	,203
	Within Groups	105,837	127	,833		
	Total	108,531	129			
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Between Groups	,523	2	,262	,505	,605
	Within Groups	65,754	127	,518		
	Total	66,277	129			
MBID1	Between Groups	1,393	2	,697	,905	,407
	Within Groups	98,564	128	,770		
	Total	99,957	130			
MBID2	Between Groups	,176	2	,088	,166	,847
	Within Groups	67,808	128	,530		
	Total	67,984	130			
MBID3	Between Groups	,088	2	,044	,188	,829
	Within Groups	29,870	128	,233		
	Total	29,958	130			
MBIGS1	Between Groups	4,206	2	2,103	2,157	,120
	Within Groups	124,828	128	,975		
	Total	129,034	130			
MBIGS2	Between Groups	2,439	2	1,220	1,822	,166
	Within Groups	85,657	128	,669		
	Total	88,096	130			
MBIGS3	Between Groups	,480	2	,240	,894	,412
	Within Groups	34,362	128	,268		
	Total	34,842	130			

Keine Unterschiede nach Berufsdauer.

Tabelle 7.9 *Arbeitspensum:*

		N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	bis 29	45	1,24	,830
	30 bis 39	43	1,60	,979
	über 39	42	1,33	,902
	Total	130	1,39	,911
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	bis 29	45	,56	,624
	30 bis 39	43	,56	,629
	über 39	42	,76	,850
	Total	130	,62	,707
MBID1	bis 29	45	1,5193	,87657
	30 bis 39	44	1,5934	,94765
	über 39	42	1,8095	,82285
	Total	131	1,6373	,88640
MBID2	bis 29	45	,6533	,70505
	30 bis 39	44	,8682	,68870
	über 39	42	1,0000	,74441
	Total	131	,8366	,72145
MBID3	bis 29	45	3,9746	,55520
	30 bis 39	44	3,9805	,41403
	über 39	42	3,9070	,46308
	Total	131	3,9549	,47933
MBIGS1	bis 29	45	1,8011	,97884
	30 bis 39	44	1,8455	1,06606
	über 39	42	2,0857	,95063
	Total	131	1,9073	1,00035
MBIGS2	bis 29	45	,8933	,61289
	30 bis 39	44	1,0545	,92848
	über 39	42	1,2143	,90029
	Total	131	1,0504	,82773
MBIGS3	bis 29	45	4,0689	,60254
	30 bis 39	44	4,0947	,44663
	über 39	42	4,0444	,50368
	Total	131	4,0697	,51893

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--	--	----------------	----	-------------	---	------

Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Distanz	Between Groups	3,069	2	1,534	1,875	,158
	Within Groups	103,924	127	,818		
	Total	106,992	129			
Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Nähe	Between Groups	1,196	2	,598	1,199	,305
	Within Groups	63,335	127	,499		
	Total	64,531	129			
MBID1	Between Groups	1,957	2	,978	1,250	,290
	Within Groups	100,185	128	,783		
	Total	102,141	130			
MBID2	Between Groups	2,677	2	1,338	2,636	,076
	Within Groups	64,987	128	,508		
	Total	67,664	130			
MBID3	Between Groups	,143	2	,071	,307	,736
	Within Groups	29,726	128	,232		
	Total	29,869	130			
MBIGS1	Between Groups	2,013	2	1,006	1,006	,369
	Within Groups	128,078	128	1,001		
	Total	130,091	130			
MBIGS2	Between Groups	2,239	2	1,119	1,650	,196
	Within Groups	86,829	128	,678		
	Total	89,067	130			
MBIGS3	Between Groups	,054	2	,027	,099	,905
	Within Groups	34,953	128	,273		
	Total	35,008	130			

Keine Unterschiede nach Arbeitspensum. Leichte Tendenz bei MBID2 dahingehend, dass Gruppe mit geringem Arbeitspensum geringeren Wert hat als jene mit hohem... aber nur tendenziell und nicht signifikant.

Tabelle 7.10 Zeit für Hobby:

		N	Mean	Std. Deviation
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	bis 1	35	1,60	,976
	über 1 bis 2	31	1,35	,709
	über 2	23	1,09	1,083
	Total	89	1,38	,935
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	bis 1	35	,60	,604
	über 1 bis 2	31	,68	,791
	über 2	23	,57	,662
	Total	89	,62	,683
MBID1	bis 1	35	1,7877	,88011
	über 1 bis 2	31	1,5188	,82207
	über 2	23	1,4100	,83939
	Total	89	1,5964	,85531
MBID2	bis 1	35	,9086	,70685
	über 1 bis 2	31	,6839	,55803
	über 2	23	,9913	,70447
	Total	89	,8517	,66300
MBID3	bis 1	35	3,9653	,43080
	über 1 bis 2	31	4,0461	,41794
	über 2	23	3,9130	,55619
	Total	89	3,9799	,45977
MBIGS1	bis 1	35	2,0071	1,04657
	über 1 bis 2	31	1,8452	,87439
	über 2	23	1,6261	1,01499
	Total	89	1,8522	,98199
MBIGS2	bis 1	35	1,1600	,77277
	über 1 bis 2	31	,6903	,69635
	über 2	23	1,5130	,96451
	Total	89	1,0876	,85650
MBIGS3	bis 1	35	4,0381	,48522
	über 1 bis 2	31	4,2452	,40675
	über 2	23	3,9362	,61962
	Total	89	4,0839	,50896

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--	--	----------------	----	-------------	---	------

Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Between Groups	3,688	2	1,844	2,163	,121
	Within Groups	73,323	86	,853		
	Total	77,011	88			
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Between Groups	,185	2	,092	,195	,823
	Within Groups	40,826	86	,475		
	Total	41,011	88			
MBID1	Between Groups	2,266	2	1,133	1,569	,214
	Within Groups	62,111	86	,722		
	Total	64,377	88			
MBID2	Between Groups	1,435	2	,717	1,656	,197
	Within Groups	37,248	86	,433		
	Total	38,682	88			
MBID3	Between Groups	,246	2	,123	,576	,564
	Within Groups	18,356	86	,213		
	Total	18,602	88			
MBIGS1	Between Groups	2,018	2	1,009	1,047	,355
	Within Groups	82,842	86	,963		
	Total	84,860	88			
MBIGS2	Between Groups	9,239	2	4,620	7,182	,001
	Within Groups	55,317	86	,643		
	Total	64,556	88			
MBIGS3	Between Groups	1,381	2	,691	2,773	,068
	Within Groups	21,415	86	,249		
	Total	22,796	88			

Signifikanter Unterschied in MBIGS2 und tendenzieller Unterschied in MBIGS3 nach Freizeit, ansonsten keine Unterschiede. Post-Test nach Tukey zeigen, dass bei MBIGS2 die mittlere Gruppe einen geringeren Wert hat als die Gruppe mit mehr Zeit, die Gruppe mit wenig Zeit liegt dazwischen und unterscheidet sich nicht von den Anderen; bei MBIGS3 hat die Gruppe mit viel Zeit tendenziell einen geringeren Wert als die Gruppe mit wenig Zeit, die mittlere Gruppe liegt dazwischen.

Kreuztabellen

Tabelle 7.11 *Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz* * *mbid3b* Kreuztabelle

			mbid3b		
			,00	1,00	Gesamt
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	0	Anzahl	25	0	25
		Korrigierte Residuen	1,0	-1,0	
	1	Anzahl	44	0	44
		Korrigierte Residuen	1,4	-1,4	
	2	Anzahl	51	2	53
		Korrigierte Residuen	-,4	,4	
	3	Anzahl	7	1	8
		Korrigierte Residuen	-1,6	1,6	
	4	Anzahl	1	1	2
		Korrigierte Residuen	-3,9	3,9	
Gesamt	Anzahl	128	4	132	

Tabelle 7.12 *Chi-Quadrat-Tests*

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	19,713a	4	,001
Likelihood-Quotient	10,017	4	,040
Zusammenhang linear-mit-linear	9,316	1	,002
Anzahl der gültigen Fälle	132		

a. 6 Zellen (60,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,06.

Sign. Auffälligkeit: Die Personen mit Burnout-Gefährdung haben über Erwarten häufig Wert 4 auf der Skala angegeben, jene ohne Gefährdung seltener...allerdings ist die Anzahl der Fälle sehr gering!

Tabelle 7.13 *Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe * mbid3b Kreuztabelle*

		mbid3b
--	--	--------

			,00	1,00	Gesamt
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	0	Anzahl	64	1	65
		Korrigierte Residuen	1,0	-1,0	
	1	Anzahl	50	3	53
		Korrigierte Residuen	-1,4	1,4	
	2	Anzahl	12	0	12
		Korrigierte Residuen	,6	-,6	
	3	Anzahl	2	0	2
		Korrigierte Residuen	,3	-,3	
	Gesamt	Anzahl	128	4	132

Tabelle 7.14 *Chi-Quadrat-Tests*

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,177a	3	,536
Likelihood-Quotient	2,459	3	,483
Zusammenhang linear-mit-linear	,119	1	,730
Anzahl der gültigen Fälle	132		

a. 5 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,06.

Keine Auffälligkeiten!

Tabelle 7.15 *Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz* * mbigs3b Kreuztabelle

	mbigs3b
--	---------

			,00	1,00	Gesamt
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	0	Anzahl	25	0	25
		Korrigierte Residuen	,8	-,8	
	1	Anzahl	42	2	44
		Korrigierte Residuen	-1,2	1,2	
	2	Anzahl	52	1	53
		Korrigierte Residuen	,2	-,2	
	3	Anzahl	8	0	8
		Korrigierte Residuen	,4	-,4	
	4	Anzahl	2	0	2
		Korrigierte Residuen	,2	-,2	
	Gesamt	Anzahl	129	3	132

Tabelle 7.16 *Chi-Quadrat-Tests*

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,873a	4	,759
Likelihood-Quotient	2,443	4	,655
Zusammenhang linear-mit-linear	,008	1	,930
Anzahl der gültigen Fälle	132		

a. 6 Zellen (60,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,05.

Keine Auffälligkeiten!

Tabelle 7.17 *Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe* * mbigs3b Kreuztabelle

	mbigs3b
--	---------

			,00	1,00	Gesamt
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	0	Anzahl	64	1	65
		Korrigierte Residuen	,6	-,6	
	1	Anzahl	51	2	53
		Korrigierte Residuen	-,9	,9	
	2	Anzahl	12	0	12
		Korrigierte Residuen	,6	-,6	
	3	Anzahl	2	0	2
		Korrigierte Residuen	,2	-,2	
	Gesamt	Anzahl	129	3	132

Tabelle 7.18 *Chi-Quadrat-Tests*

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,021a	3	,796
Likelihood-Quotient	1,271	3	,736
Zusammenhang linear-mit-linear	,009	1	,926
Anzahl der gültigen Fälle	132		

a. 5 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,05.

Keine Auffälligkeiten!

Tabelle 7. 19 *Korrelationen*

Signifikante Zusammenhänge zwischen den „Wunsch“-Fragen und MBI-Skalen sowie zwischen den MBI-Skalen...einzige Ausnahme: Kein Zusammenhang zwischen Wunsch nach Nähe und MBI3 (beide Versionen).

Tabelle 7.19 *Korrelationen*

		Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Distanz	Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Nähe	MBIDI	MBID2	MBID3	MBIGS1	MBIGS2	MBIGS3
Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Distanz	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1,000 132	,217* ,012 132	,533** ,000 132	,345** ,000 132	-,328** ,000 132	,532** ,000 132	,210* ,016 132	-,241** ,005 132
Ich habe den Wunsch nach mehr emotio Nähe	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,217* ,012 132	1,000 ,340** ,000 132	,340** ,000 132	,304** ,000 132	-,153 ,080 132	,281** ,001 132	,263** ,002 132	-,157 ,073 132
MBIDI	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,533** ,000 132	,340** ,000 132	1,000 ,000 133	,547** ,000 133	-,414** ,000 133	,949** ,000 133	,589** ,000 133	-,414** ,000 133
MBID2	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,345** ,000 132	,304** ,000 132	,547** ,000 133	1,000 ,000 133	-,450** ,000 133	,457** ,000 133	,615** ,000 133	-,461** ,000 133
MBID3	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,328** ,000 132	-,153 ,080 132	-,414** ,000 133	-,450** ,000 133	1,000 ,000 133	-,379** ,000 133	-,376** ,000 133	,730** ,000 133
MBIGS1	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,532** ,000 132	,281** ,001 132	,949** ,000 133	,457** ,000 133	-,379** ,000 133	1,000 ,000 133	,507** ,000 133	-,379** ,000 133
MBIGS2	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,210* ,016 132	,263** ,002 132	,589** ,000 133	,615** ,000 133	-,376** ,000 133	,507** ,000 133	1,000 ,000 133	-,476** ,000 133
MBIGS3	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,241** ,005 132	-,157 ,073 132	-,414** ,000 133	-,461** ,000 133	,730** ,000 133	-,379** ,000 133	-,476** ,000 133	1,000 ,000 133

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant. **. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 7.20 T-Test Gruppenstatistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
mbid3b				
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	128	1,34	,881	,078
	4	2,75	,957	,479
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	128	,62	,721	,064
	4	,75	,500	,250

		Levene-Test der Varianzgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Varianzen sind gleich	,000	,990	-3,155	130	,002
	Varianzen sind nicht gleich			-2,916	3,161	,058
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Varianzen sind gleich	1,947	,165	-,344	130	,732
	Varianzen sind nicht gleich			-,485	3,402	,658

Sign. Unterschied zwischen Burnout-Gefährdeten in MBID3 und Nicht-Gefährdeten in Wunsch nach Distanz (höher bei Gefährdeten), kein Unterschied in Wunsch nach Nähe...aber Fallzahl für Gefährdete sehr gering.

Tabelle 7.21 T-Test Gruppenstatistiken

	mbig3b	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	,00 1,00	129 3	1,38 1,33	,920 ,577	,081 ,333
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	,00 1,00	129 3	,63 ,67	,719 ,577	,063 ,333

		Levene-Test der Varianzgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Distanz	Varianzen sind gleich	1,471	,227	,087	130	,931
	Varianzen sind nicht gleich			,136	2,243	,903
Ich habe den Wunsch nach mehr emotionaler Nähe	Varianzen sind gleich	,753	,387	-,093	130	,926
	Varianzen sind nicht gleich			-,114	2,147	,919

Keine signifikanten Unterschiede...aber Fallzahl für Gefährdete sehr gering