



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Diplomarbeit

*Evaluation eines Seminarkonzeptes „Work-Life-Balancing“ zur Prävention von
Burnout bei berufstätigen Müttern*

vorgelegt von

Katrin Matthaei



am 11. Januar 2008

1. Prüfer: Prof. Dr. Detlef Krüger
2. Prüfer: Dr. Nicole Knaack

Studiengang Gesundheit
Fakultät Life Sciences

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1. Theoretischer Rahmen	7
1.1 Burnout	7
1.1.1 Begriffsklärung.....	7
1.1.2 Erklärungsansätze und Definitionen.....	8
1.1.2.1 Burnout bei Frauen.....	10
1.1.3 Beschwerden und Symptome.....	11
1.1.3.1 Messung von Burnout.....	12
1.1.3.2 Symptome.....	14
1.1.3.3 Verlauf von Burnout- Prozessen.....	16
1.1.3.4 Differentialdiagnosen.....	18
1.1.4 Burnout und Beruf.....	20
1.1.5 Stand der Forschung.....	24
1.1.6 Burnout-Modelle.....	25
1.1.7 Burnout in Zahlen.....	26
1.1.8 Burnout und Prävention.....	29
1.2 Schutzfaktoren	34
1.2.1 Kohärenzgefühl.....	36
1.2.2 Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).....	37
1.2.2.1 Entstehung von SWE.....	39
1.2.2.2 Messung von SWE.....	40
1.2.2.3 Handlungsergebniserwartungen.....	41
1.3 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (TTM)	42
1.3.1 Stadien der Verhaltensänderung.....	43
1.3.2 Stadienübergänge.....	45

2.	Seminar „<i>Work-Life-Balancing</i>“	47
2.1	Struktur	47
2.2	Das Konzept	49
	2.2.1 Zielsetzung	49
	2.2.2 Methoden	50
	2.2.3 Inhaltlicher Aufbau	51
3.	Evaluation des Seminarkonzeptes	53
3.1	Datenerhebung	53
	3.1.1 Studiendesign	54
	3.1.2 Erhebungssituation	54
3.2	Datenmanagement	55
	3.2.1 Datenaufbereitung	55
	3.2.2 Datenbereinigung	55
	3.2.3 Datenauswertung	55
4.	Ergebnisse	56
4.1	Soziodemografische Daten	57
	4.1.1 Altersverteilung	57
	4.1.2 Anzahl der Kinder	57
	4.1.3 Familienstand	57
	4.1.4 Bildungsgrad	57
	4.1.5 Erwerbstätigkeit	57
	4.1.6 Einkommensstruktur	57
4.2	Vereinbarkeit von Beruf und Seminarteilnahme	57
4.3	Überdruss	58
4.4	Selbstwirksamkeitserwartung	60
5.	Diskussion	61
5.1	Methodendiskussion	61
5.2	Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit	62

6.	Literaturverzeichnis.....	65
6.1	Internetseitennachweis / Onlineressourcen.....	75
7.	Eidesstattliche Erklärung.....	76
8.	Anhang.....	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Burnout- Erklärungsansätze nach Gusy, 1995.....	8
Tabelle 2: Burnout - Symptomatik nach Burisch, 2006.....	16
Tabelle 3: AU - Tage und Produktionsausfall nach Diagnose, Psychische- und Verhaltensstörungen, BAuA, 2003.....	27
Tabelle 4: Persönlichkeits- und Tätigkeitsmerkmale als Ressourcen zur Vermeidung von Burnout nach Richter, 2006	35
Tabelle 5: Auf einander aufbauende Stadien der Verhaltensänderung nach dem TTM, Prochaska, DiClemente, Norcross,1992.....	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung Überdrusswerte.....	59
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung SWE Werte.....	61

Einleitung

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

Mary O. Sotile

Seit einigen Jahrzehnten hat sich die Arbeitswelt für Frauen zunehmend gewandelt. Wirtschaftliche und private Verpflichtungen, Anforderungen sowohl im Beruf als auch im Haushalt, in Familie und Partnerschaft haben Doppel- und Mehrfachbelastung zur Folge.

Frauen erleben wenig Anerkennung für ihren Einsatz, erfahren Unterbezahlung, Vorurteile und Hindernisse bei Einstellung und beruflichem Aufstieg. Neben Branchenzugehörigkeit und speziellen Persönlichkeitsfaktoren begünstigen auch diese Faktoren die Entstehung von Burnout bei berufstätigen Müttern.

Das einleitende Zitat, das die Einsicht einer Betroffenen und den Einstieg in einen Veränderungsprozess wiedergibt, verdeutlicht dieses Missverhältnis zwischen Geben und Empfangen. Burnout ruft eine Vielzahl von psychosomatischen Beschwerden hervor. Neben dem persönlichen Leiden der Betroffenen und ihrer Angehörigen verursachen außerdem hohe Krankenstände und lange Ausfallzeiten beachtlichen volkswirtschaftlichen Schaden. Die Verbesserung der Lebenssituation dieser Frauen würde somit der ganzen Solidargemeinschaft zu Gute kommen. Gesundheitskosten müssen über die Versichertenbeiträge gedeckt werden und könnten durch Prävention und aktive Gesundheitsförderung für mehrfach belastete Mütter und Väter verringert werden.

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat im Rahmen des §20 SGB V ein verhaltensorientiertes Seminar der Individualprävention als Pilotprojekt initiiert. Das von Heinemann und Willhelms (2006) im *Institut für Burnout Prophylaxe* entwickelte Seminarkonzept „*Work-Life-Balancing*“ wurde im Rahmen des Projektes „*10-Städte-Programm*“ der TK unter Leitung Heinemanns und Willhelms umgesetzt. Das Seminar hatte zum Ziel, die Frauen dazu zu befähigen, ihre Situation zu analysieren und Methoden des Zeitmanagements kennen zu lernen,

die eine angemessene Bewältigung erlauben. Darüber hinaus sollten ihnen Strategien aufgezeigt werden, das Gelernte so in ihren Familienalltag zu integrieren, dass das Setting Familie gestärkt wird und die Gesundheit der Frauen langfristig erhalten bleibt.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind – neben ausführlicher Sichtung der Quellenlage / des Forschungsstandes – Inhalt und Auswertung einer seminarbegleitenden Evaluationsstudie, die im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgte, um die Wirksamkeit des Angebotes zu überprüfen. Für die Untersuchung wurde eine quantitative Erhebung mittels Selbstauskunfts-Fragebögen durchgeführt. Die Studienkohorte bestand aus den Teilnehmerinnen der Seminare des „10-Städte-Programms“. Als Determinanten der Wirksamkeit wurde der Grad der Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn und nach Ende der Teilnahme bestimmt. Im Folgenden wird der Aufbau dieser Arbeit vorgestellt:

Zu Beginn (Kap. 1.) erfolgt eine Erörterung des Themas *Burnout*. Es wird ein Überblick über Ursachen, Symptomatik und Diagnostik gegeben.

Forschungsarbeiten, Modelle und relevante Daten aus Gesundheitsreporten der GKV¹ werden hier vorgestellt (Punkt 1.1.7). Des Weiteren erfolgt im Kontext mit den Erklärungsansätzen von Burnout eine Diskussion des Begriffs *Arbeit* (Punkt 1.1.4), sowie eine Darstellung einiger gesundheitsförderlicher und präventiver Ansätze zur Vermeidung von Burnout (Punkt 1.1.8).

Zur weiteren gesundheitspsychologischen Auseinandersetzung mit dem Thema werden die Schutzfaktoren Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeit näher behandelt. Als theoretische Grundlage für die prozesshafte Veränderung von Gesundheitsverhalten wird das Transtheoretische Modell von Prochaska (et al.) angeführt und erläutert (Punkt 1.3). Nach der inhaltlichen und methodischen Darstellung des Seminarkonzeptes „*Work-Life-Balancing*“ (Kap.2.) erfolgt eine Übersicht über das Studiendesign und das Datenmanagement (Kap.3.). Im darauf folgenden Abschnitt (Kap. 4.) werden Ergebnisse der Erhebung vorgestellt und diskutiert. In der abschließenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen (Kap. 5.) werden eine Bewertung des Seminars hinsichtlich der Ausgangsfrage vorgenommen und Handlungsempfehlungen formuliert.

¹ GKV= Gesetzliche Krankenversicherung

1. Theoretischer Rahmen

1. 1 Burnout

1.1.1 Begriffsklärung

Der ursprünglich aus der Kernenergie stammende Begriff *Burnout* (engl. ausbrennen), wird in der Literatur unterschiedlich gebraucht. Die gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begriff ist vielfältig und vielschichtig. Burnout ist keine klar zu diagnostizierende Krankheit, sondern ein komplexes Beschwerde- und Leidensbild. Es beschreibt ein Phänomen, dessen diverse Differentialdiagnosen und Komorbiditäten kaum eine exakte Abgrenzung zu anderen anerkannten Krankheiten, bzw. psychischen Störungen zulassen. Ist vom Burnout-Syndrom die Rede, wird eine Kumulation mehrerer Symptome bezeichnet. Das „Syndrom“ wird definiert als *„ein sich stets mit etwa gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem „Symptom- Muster“ manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweiser bekannter Ätiogenese“* (Urban & Vogel, 1994).

Erstmals prägt Freudenberg für die Psychoanalyse den Begriff „Burnout“ 1974 als Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens bei Mitarbeitern in Selbsthilfe- und Krisengruppen. Enzmann & Kleiber (1990) geben an, 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“*. Freudenberg ist es jedoch gelungen, den Begriff zu popularisieren. Die Übersetzung seines Buches „Ausgebrannt“ (Freudenberg & Richelson, 1980) und eine Veröffentlichung in einer deutschen psychologischen Fachzeitschrift brachte dem Thema in Deutschland die erste Welle wissenschaftlicher Veröffentlichungen Anfang der 80er Jahre. Schon in den 50er und 60er Jahren wurden einige Studien verfasst, die sich mit der Thematik des „hilflosen Helfers“ auseinandersetzten (vgl. Burisch, 2006). Freudbergers Untersuchungen waren sehr praxisorientiert, basierten vor allem auf Beobachtungen. Maslach (1982) begann Anfang der 80er Jahre mit systematischen Untersuchungen zum Burnout-Syndrom (vgl. Barth, 1992). Seitdem ist das Burnout mit der neuen Terminologie

in größerem Umfang Forschungsgegenstand geworden - vorrangig in der Sozialpsychologie, der Betriebssoziologie, den Wirtschaftswissenschaften und nicht zuletzt in den Gesundheitswissenschaften, meist im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bis heute gibt es eine Vielzahl an Publikationen zum Thema Burnout (allein in der Bibliographie von Enzmann & Kleiber (1990) findet sich eine Auflistung von 2496 Titeln zu diesem Thema. Gusy (1995) geht von ca. 300 weiteren Publikationen jährlich aus).

Um eine gedankliche Arbeit mit dem Begriff Burnout möglich zu machen, sollen im Folgenden einige Definitionsversuche und Erklärungsansätze dieses Phänomens vorgestellt werden.

1.1.2 Erklärungsansätze und Definitionen

Die unterschiedlichen Erklärungsansätze zum Burnout folgen den jeweiligen inhaltlichen Perspektiven der Autoren. In einigen Definitionen wird die Ursache in der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen gesucht, andere wiederum betonen die Bedeutung der arbeits- oder die gesellschaftlichen Faktoren. Gusy (1995) hat die verschiedenen Ansätze systematisiert, indem er eine Kategorisierung in persönlichkeitszentrierte und sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Erklärungsansätze vorgenommen hat.

Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze	Sozial-, arbeits- und organisations-psychologische Erklärungsansätze
<ul style="list-style-type: none"> • Edelwich & Brodsky (1984) • Fischer (1983) • Freudenberg & Richelson (1983) • Meier (1984) • Burisch (1989) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aronson, Pines et al. (1983) • Barth (1992) • Büssing & Perrar (1989) • Cherniss (1999) • Harrison (1983) • Enzmann & Kleiber (1989) • Maslach & Jackson (1981)

Tabelle 1: Burnout-Erklärungsansätze nach Gusy, 1995

Im Folgenden werden Aussagen von Autoren beider Ansätze herangezogen.

Burnout wird als Zustand und als Prozess definiert.

a.) Zustand

Maslach (1982) ist die bekannteste amerikanische Burnout- Expertin. Ihre Definition von Burnout ist die am häufigsten zitierte. Sie bezeichnete es damals als *„Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben.“* (Maslach, 1982). Burnout wird hier noch beschränkt auf die Berufsgruppe der Helfer, bzw. auf Menschen, die mit Klienten arbeiten.

Aronson, Pines & Kafry (1983) haben schon damals festgehalten, dass Burnout auch außerhalb dieser Berufsgruppen vorkommt. Sie nannten dies im Gegensatz zum Helfer- Burnout "Tedium“, also Überdruß. Sie definierten Burnout als *„ein[en] Zustand physischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund lang anhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen“* (Pines & Aronson, 1993).

Freudenberger & Richelson (1983) betonen zusätzlich den Aspekt der mangelnden Belohnung: *„ein Zustand der Ermüdung oder Frustration, herbeigeführt durch eine Sache, einen Lebensstil oder eine Beziehung, die nicht die erwartete Belohnung mit sich brachte.“*

Eine Zustandsdefinition wirft mehrere Fragen auf, z.B.:

- nach der Ätiologie, also der Ursache dieses Zustandes, die im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann
- nach dem Punkt der Abgrenzung gegenüber z.B. einer leichten psychischen Krise, als Zeit-Punkt, an dem sich der Mensch in den Zustand Burnout bewegt.

b.)Prozess

Cherniss (1980) definiert Burnout so: *„Ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf.“* Ähnlich verstehen Edelwich & Brodsky (1984) Burnout als *„ein[en] fortschreitende[n]r Abbau von Idealismus, Energie, Zielstrebigkeit und Anteilnahme als Resultat der Arbeitsbedingungen.“*

Hier wird Burnout als Prozess verstanden, jedoch wird wieder stark Bezug genommen auf Ursachen, die sich allein auf die Arbeitswelt beziehen.

Burisch (2006) nennt einen Menschen *„in einem Burnout - Prozess mehr oder weniger weit fortgeschritten, und zwar umso weiter, je mehr Symptome und umso intensiver er sie aufweist.“* Und: *„metaphorisch...[steht das Burnout für] eine lang andauernde zu hohe Energieabgabe für zu geringe Wirkung bei ungenügendem Energienachschub.“*

Die Definition von Schaufeli & Enzmann (1998, S.36) gilt derzeit als die in der Fachwelt weitgehend akzeptierte Arbeitsdefinition für Burnout:

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

1.1.2.1 Burnout bei Frauen

Diese Arbeit hat das Ziel, ein Seminar zur Prävention von Burnout für berufstätige Mütter hinsichtlich seiner Wirksamkeit in Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen zu prüfen. Dabei spielt die Tatsache, dass die Teilnehmerinnen in mindestens zwei, meistens drei Lebensbereichen (Beruf, Kindererziehung, Haushalt, Partnerschaft) stark belastenden äußeren und inneren Anforderungen ausgesetzt sind, oder sich selber aussetzen, eine nicht unerhebliche Rolle.

Deshalb wird in dieser Analyse außerdem eine Definition Freudenbergers herangezogen, die die besondere Rolle der Frauen in der Gesellschaft berücksichtigt:

„ Burnout ist 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.“

(Freudenberger & North, 2005, S. 27).

Frauen empfinden möglicherweise die Erschöpfung, die aus dem täglichen Anspruch und den Zwängen ihres Umfeldes, insbesondere in einer Doppel- oder Dreifachrolle als berufstätige Mutter und Hausfrau resultieren, eher als normale und gegebene Umstände und nehmen diesen Zustand länger klaglos hin, als Männer es tun würden. Dies verschiebt den Zeitpunkt der Diagnose eines (drohenden) Burnout-Syndroms, und somit der Therapie oder auch der präventiven Maßnahme nach hinten und baut größere Hürden im Behandlungsverlauf auf. Dies wäre im Rahmen von Genderforschung näher zu untersuchen.

1.1.3 Beschwerden und Symptome

Das Burnout-Syndrom ist keine anerkannte **klinische Diagnose**. Im System zur Klassifizierung von Krankheiten, dem ICD10, wird das „Burnout“ lediglich als so genanntes Zustandsbild, benannt unter dem Code Z73.0: *„Ausgebranntsein /Zustand der totalen Erschöpfung“* innerhalb der Kategorie *„Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“* gekennzeichnet. Z00-99 bezeichnet Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. (ICD 10 online, WHO Version 2006) Im DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, American Psychiatric Association, 2000) wird es nicht gelistet.

Betrachtet man das öffentliche Interesse und die wachsende Anzahl der populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen der letzten Jahre² als Spiegel einer Entwicklung, die - unabhängig von einer Aktualisierung des ICD 10 - innerhalb der Bevölkerung, und dort innerhalb einiger besonders belasteter Berufsgruppen, stattfindet, so muss man annehmen, dass dieses „Zustandsbild“ existiert. Seit

² Eine Recherche mit den Schlagworten *Burnout, Burnout- Prävention, Work-Life-Balancing* im Volltext der Artikel und interaktives Auswählen anhand der Kurzansicht über GENIOS aus den Jahren 2003 bis 2007 in den Zeitschriften: *Stern, Spiegel, Focus* sowie in den Zeitungen: *FAZ, Süddeutsche, Zeit und Welt* ergab 138 Publikationen.

einigen Jahrzehnten leiden Menschen vermehrt unter Burnout. Dies erforderte die Entwicklung neuer und feinerer Methodik zur Krankheitsbestimmung, insbesondere um diese Menge an Symptomen in ihrer Gesamtheit und im Kern zu erfassen.

1.1.3.1 Messung von Burnout

Im Sinne der Operationalisierbarkeit sind einige Instrumente zur Bestimmung des Grades von Burnout entwickelt worden. Die Messinstrumente werden in der Regel nicht zur klinischen Diagnostik, sondern zur Einordnung der Versuchspersonen bei Studien verwendet (Shirom, 2003).

Das erste und populärste Messinstrument ist **das Maslach Burnout Inventory** (MBI, Maslach & Jackson, 1981) Es wurde seit seiner ersten Publikation laufend verbessert und weiter entwickelt (Maslach, 1998). Für die Forschung außerhalb der USA wird es jeweils übersetzt und den Verhältnissen der Länder angepasst. Es werden anhand von 22 Items die 3 Dimensionen emotionaler Erschöpfung (*emotional exhaustion*, 9 Items), Depersonalisierung (*depersonalization*, 5 Items) und reduzierte, persönliche Leistungsfähigkeit (*reduced personal accomplishment*, 8 Items) erfasst. Auf einer siebenstufigen Likert- Skala (von 0=nie bis 6=täglich) sollen die Befragten die Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Ereignisse angeben. Bei dem Fragebogen wird nicht der Gesamtwert für Burnout berechnet, sondern es werden die einzelnen Dimensionen erfasst. Die Skalen werden einzeln ausgewertet, d.h. man errechnet drei Werte. Einen an externen Kriterien validierten Normwert, ab wann die befragte Person ein Burnout hat, gibt es bisher nicht; allerdings liegen Standard- und Vergleichswerte aus vielen internationalen Studien vor.

Ein zweites Messinstrument ist die **Überdrusskala** (Tedium Measure) von Aronson, Pines & Kafry (1983). Die Autoren unterscheiden selber zwischen Burnout und Überdruss, zwei Zuständen, die sich zwar in ihren Symptomen sehr ähneln, jedoch nicht ganz den gleichen Ursprung haben. *„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, 1993, S. 25).

Die Skala misst drei Aspekte, nämlich die körperliche, die emotionale und die geistige Erschöpfung. Auf einer 7-stufigen Likert- Skala werden 21 Items wie z.B. *„Ich fühle mich tatkräftig“* oder *„Ich fühle mich gefangen“* von den Befragten hinsichtlich der Häufigkeit der jeweiligen Gefühlszustände eingeschätzt.

Die AutorInnen geben in Bezug auf Gütekriterien, auf die Retest- Reliabilitäten und auch auf die interne Konsistenz hohe Werte an (Wagner, 1993), die Skala hat jedoch geringe Validität gegenüber Depression, Angst, und geringem Selbstbewusstsein (Schaufeli & Dierendonck, 1993, zitiert nach Shirom, 2003).

Vergleicht man die beiden Messinstrumente, wird deutlich, dass das Maslach Burnout Inventory mit ca. 90% in Burnout- Studien zum Einsatz kommt (Rösing, 2003). Es erfasst verschiedene Entwicklungsstadien, ist zweifellos theoretisch fundiert und im wissenschaftlichen Forschungskreis anerkannt. Die Überdrussskala ermöglicht eine einfachere und schnellere Einschätzung. Sie ist nicht für die spezifische Situation der Arbeitenden im helfenden Bereich konzipiert, dadurch aber - wie in der Vorbereitung zu dieser Arbeit geschehen - *berufsunabhängig* einsetzbar. Die Überdrussskala erfasst *„offenbar stärker die für Burnout typische Erschöpfung und negativen Selbstwertgefühle“* (Enzmann & Kleiber 1989). Pines et al. (1993) weisen darauf hin, dass es klar sein sollte, dass das Syndrom des Ausbrennens auch fast immer Überdross mit umfasst. Die Differenzierung der beiden Begriffe im Konzept von Pines et. al. (1993) dient scheinbar lediglich der Abgrenzung von helfenden gegenüber nicht helfenden Berufen bezüglich ihrer Beanspruchungsreaktionen.

Weitere in der Erprobung befindliche Messskalen mit zum Teil unterschiedlichen Schwerpunkten sind z.B. das Shirom- Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ = SMBM) (Shirom, 2003), das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al., 2005), und das Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli, 2001)

In dieser Arbeit wurde das Tedium Measure von Aronson, Pines & Kafry (1983) verwendet.

1.1.3.2 Symptome

Maslach (1982) hat zur Funktionalisierung bei der Entwicklung des MBI

Kernsymptome des Burnout Syndroms benannt. Diese zentralen Merkmale sind:

- emotionale Erschöpfung (*“Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht”*)
- entfremdete Beziehung zu Klienten oder sonstige negative, distante oder zynische Einstellung zum Beruf (Depersonalisation) (*“Ich befürchte dass diese Arbeit mich emotional verhärtet”*)
- eigene negative Selbstbewertung (*“Ich fühle mich nicht sehr tatkräftig”*).

Die **Symptomatik** kann auf verschiedene Arten betrachtet werden, bspw. linear (also mit dem Verlauf der Erkrankung in Bezug gesetzt) oder bezüglich der Art der Symptome.

Sowohl Burisch (2006) als auch Schaufeli & Enzmann (1998) haben die Symptome aus der wissenschaftlichen Literatur zusammengetragen. Beide Autoren kommen auf über 130 Einzelsymptome, die jeder nach seinem Ermessen kategorisiert hat. Schaufeli & Enzmann ordnen die Symptome drei Ebenen (individuelle, interpersonelle und institutionelle Ebene) zu. Auf jeder Ebene sind die Symptome jeweils unterschieden nach ihrer Art (affektive, kognitive, physische, Verhaltens-, und Motivationssymptome). Exemplarisch sind im Folgenden einige Symptome in ihrer Zuordnung aufgeführt:

Affektive Symptome:

- emotionale Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Gefühlslabilität, Aggressivität, Ängste, Nervosität, Reizbarkeit, zunehmende Wut, Überempfindlichkeit, nachlassende emotionale Empathie für Klienten, Arbeitsunzufriedenheit u. a.

Körperliche Symptome:

- Körperliche Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Anspannung, Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Hypertonie, Tachykardie, Appetitlosigkeit, sexuelle Probleme, nervöse Tics, Hypercholesterinämie, Geschwüre, Verletzungen aufgrund risikoreichen Verhaltens, Ausfall des Menstruationszyklus¹, Aufflackern bereits vorhandener Funktionsstörungen (Asthma, Diabetes³) u. a.

Kognitive Symptome:

- Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit, Selbstzweifel, Verlust jeglicher Motivation, Enttäuschung, Resignation, Langeweile, Gefühl einer totalen inneren Leere, Hilflosigkeit, Sinnverlust, Starrheit und schematisches Denken, Schuld, Einsamkeit, Angst, „verrückt zu werden“, geringes Selbstwertgefühl, Selbstmordgedanken, Pessimismus - Klienten betreffend, Stereotypisierung von Klienten, Argwohn, Projektion, Paranoia, Zynismus (die Arbeit betreffend), Misstrauen (dem Management, Gleichgestellten, dem Vorgesetzten gegenüber) u. a.

Verhaltens- und motivationstypische Symptome:

- gewaltsame Ausbrüche, interpersonelle Konflikte, Ehe- und Familienkonflikte, Hyper- oder Hypoaktivität, Impulsivität, Zögern, Hinausschieben, vermehrter Konsum Sucht- fördernder Substanzen, hohes Risikoverhalten, sozialer Rückzug, reduzierte Effektivität, Unpünktlichkeit, armseliges Zeitmanagement, Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten, Verlust von Idealismus, niedrige Moral u. a.

1

Nach Studien von Melamed, Shirom et.al. (2006), besteht bei länger andauerndem Stress und Dauerbelastung am Arbeitsplatz nicht nur das Risiko einer Symptomverschlimmerung bei bereits manifestiertem Diabetes, sondern auch ein vierfach erhöhtes Risiko, überhaupt an Typ-2 Diabetes zu erkranken (Melamed, Shirom, et. al., 2006). Burnout ist ebenso mit einer Reihe von anderen Erkrankungen assoziiert, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionsneigung, Beeinträchtigungen der Fruchtbarkeit (bei Männern), Metabolisches Syndrom (Shirom et al., 2005) Diese Ergebnisse konnten bei vergleichbaren Studien an Frauen **nicht** bestätigt werden. Abtrügliches Gesundheitsverhalten zeigt keinen Zusammenhang mit Burnout (Eckstedt, 2005).

1.1.3.3 Verlauf von Burnout- Prozessen

Burisch (2006) ordnet die Symptomatik nach Ober- und Unterkategorien, in denen zum Teil temporale und/oder kausale Beziehungen bestehen. Die Einzelsymptome gleichen in ihrer Summe den oben aufgeführten und sind hier nur unvollständig aufgeführt. Die Kategorisierung lässt jedoch einen Eindruck der Gesamtheit und die wesentlichen Bestimmungsmerkmale von Burnout zu. Die Reihenfolge der genannten Symptome ist unerheblich.

1. Warnsymptome der Anfangsphase	überhöhter Energieeinsatz
	Erschöpfung
2. Reduziertes Engagement	für Klienten
	für andere allgemein
	für die Arbeit
	Erhöhte Ansprüche
3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen	Depression
	Aggression
4. Abbau	der kognitiven Leistungsfähigkeit
	der Motivation
	der Kreativität
	Entdifferenzierung
5. Verflachung	des emotionalen Lebens
	des sozialen Lebens
	des geistigen Lebens

6. Psychosomatische Reaktionen	Schwächung der Immunreaktion Schlafstörung Alpträume sexuelle Probleme gerötetes Gesicht Herzklopfen Engegefühl in der Brust Atembeschwerden Hypertonie etc.
7. Verzweiflung	negative Einstellung zum Leben Hoffnungslosigkeit Gefühl der Sinnlosigkeit etc.

Tabelle 2.: Burnout-Symptomatik nach Burisch, 2006

Freudenberger & North (2005) teilen die Entwicklung von Burnout in ihrem Buch „Burnout bei **Frauen**“ in zwölf Stadien innerhalb eines Burnout- Zyklus⁴ ein, die es möglich machen sollen, die Position der betroffenen Frau im Krankheitsverlauf zu bestimmen. Die Stadien können ineinander übergehen, Dauer und Intensität der Stadien stehen in Abhängigkeit der individuellen Situation, Persönlichkeit, Biographie, Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten des Betroffenen. Freudenberger hat eine Entwicklung von Empfindsamkeit zur Empfindungslosigkeit beschrieben und diese Stadien wie folgt benannt:

1. Der Zwang, sich zu beweisen
2. Verstärkter Einsatz
3. Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Umdeutung von Werten
6. Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme

⁴ Freudenberger hat hier „die Symptome zu einem Kontinuum zusammengefasst und verdichtet, um den Prozess des Burnouts zu kennzeichnen“. Dennoch ist der Begriff Zyklus hier m. E. unangemessen, da ein Zyklus, also ein Kreislauf, hier nicht erkennbar ist. Dieses Leidenbild hat einen Anfang und gipfelt in der maximalen Erschöpfung, ohne dann zwangsläufig von Neuem zu beginnen.

7. Rückzug
8. Beobachtbare Verhaltensänderungen
9. Depersonalisation/Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. Innere Leere
11. Depression
12. Völlige Burnout - Erschöpfung

Unter anderem hat auch Fengler (1994) ein eigenes 10-Stufenmodell entwickelt, was dem von Freudenbergler und North inhaltlich sehr ähnlich ist.

1.1.3.4 Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnosen sind Neurasthenie⁵, Müdigkeitssyndrom (engl. Chronic fatigue syndrome, CFS) und Depression.

Auch Arbeitsunzufriedenheit oder Arbeitsstress bedürfen einer Abgrenzung zu Burnout.

Bezieht man die Symptomatik des CFS, seine Entstehung und Auswirkung auf die Arbeitssituation, so kommt dies dem wissenschaftlichen Verständnis von Burnout sehr nahe. Cordes & Dougherty (1993) machen folgende zusammenfassende Aussage zur Abgrenzung gegenüber Stress, insbesondere Arbeitsstress:

„Emotionale Erschöpfung ist eine traditionelle Stress-Variable; Depersonalisation ist ein neue Konzept, das in der bisherigen Stressliteratur nicht auftaucht; und reduziertes personelles Leistungsvermögen ergänzt dies mit der Annahme, dass Selbstbewertungen in der Stress- Erfahrung zentral sind. Dies impliziert, dass Burnout eine spezifische, multidimensionale, chronische Stress-Reaktion ist, die weitreichender ist, als die bloße Erfahrung von Erschöpfung“ (Cordes & Dougherty, 1993).

⁵ Die charakteristischen Merkmale der Neurasthenie haben hohe Deckungsgleichheit mit denen des Burnout Syndroms. Diagnostische Kriterien sind ein anhaltendes quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung, eines oder mehrere der Symptome wie *akute oder chronische Muskelschmerzen, Benommenheit, Spannungskopfschmerz, Schlafstörung, Reizbarkeit*, und die Unfähigkeit, sich innerhalb eines normalen Zeitraumes zu entspannen (ICD10,2006).

Der Begriff Neurasthenie wurde in den letzten Jahren von der Bezeichnung Chronic fatigue syndrom (CFS) abgelöst. Das CFS wird, diagnostisch der Neurasthenie nahezu identisch, als schwere und lang andauernde Erschöpfung definiert, für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann und die nicht deutlich durch Schonung oder Ruhe zu beheben ist (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, 2007).

Emotionale Erschöpfung und Stress-Reaktionen haben eine relativ hohe gemeinsame Varianz (ca.30%), wohingegen Depersonalisation / reduzierte Selbstbewertung und Stress-Reaktion keine nennenswerte Beziehung aufweisen (Varianz 10-14%). Stress lässt sich also unter Berücksichtigung **aller** oben genannten Burnout- Merkmale relativ gut abgrenzen.

Ähnlich verhält es sich mit der Differenzialdiagnose Depression: Eine hohe Korrelation wurde festgestellt zwischen emotionaler Erschöpfung und Depression. Depersonalisation und reduzierte Selbstbewertung korrelieren jedoch nicht mit Depression (Glass, McKnight, 1996). Freudemberger (1983) betont, dass Depressionen und Burnout sich in sehr ähnlichen Gefühlslagen zeigen, die Ursachen und die Behandlung sich aber ebenso sehr unterscheiden. Burnout wird durch lang andauernden übermäßigen Stress und Erschöpfung hervorgerufen. Es ist gekennzeichnet durch Verlust von Energie und der Unfähigkeit, mit dem Umfeld, inneren und äußeren Erwartungen und Ansprüchen zu Recht zu kommen. Depression hingegen wird durch ein oder mehrere Verlustereignisse ausgelöst und zeigt sich als Niedergeschlagenheit, Schwäche und Traurigkeit.

Schaufeli & Enzmann (1998) geben einen Überblick und eine kritische Analyse der Forschungsergebnisse bis Ende der neunziger Jahre. Rösing hat diese Übersicht 2003 aktualisiert und verdichtet. Auf den ersten Blick finden sich die untersuchten betroffenen Personengruppen in der Kategorie der helfenden Berufe, wie Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal, Lehrer und Erzieher, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (Fengler, 1994). Tatsächlich ist das Burnout-Syndrom für rund 60 Berufe und Personengruppen beschrieben worden.

In der Ätiologie des Burnout-Syndroms beziehen sich die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Arbeit im ausgeübten Beruf. Funktionsstörungen der beruflichen Institution oder Organisation werden als Ursache benannt. Individuelle Faktoren (z.B. Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen) spielen bei der Entstehung von Burnout bis heute auch bei den Konzepten von Maslach und Cherniss eine untergeordnete Rolle (vgl. Leiter & Maslach, 2001).

Das kann als Grund dafür angesehen werden, dass Studienkohorten bisher vorrangig nach Berufsgruppe oder Position und Funktion innerhalb eines

Betriebes gebildet wurden. Sie wurden u. a. nach Rollenzuweisungen strukturiert, wobei in den meisten Fällen jeweils nur die **eine Rolle** der Position *Beruf* zugewiesen wurde.

Eine Kategorie, die die Situation von Frauen in ihrer besonderen Situation zwischen Familie, Partnerschaft und Beruf beschreibt, wie sie in der Personengruppe des hier zu bewertenden Seminars vorkommt, ist auch in der Auflistung von Enzmann & Kleiber (1990) nicht explizit erwähnt. Auch sie folgen der starren Kategorisierung nach Arbeitsumfeld im herkömmlichen Sinne, bzw. Beruf oder beruflicher Position.

1.1.4 Burnout und Beruf

Das herkömmliche Verständnis des Terminus' "Arbeit" (auch "Beruf") bezieht sich bei berufstätigen Müttern auf den Teil Arbeit, der das Arbeitgeber/Arbeitnehmer Verhältnisses darstellt, im Bereich der Volkswirtschaft werden diese beiden Aufgabenfelder auch in bezahlte und unbezahlte Arbeit unterteilt.

Unbezahlte Arbeit umfasst vor allem

- Arbeit rund um Haus (Reinigungsarbeiten, Einkaufen, aber auch handwerkliche
- Tätigkeiten, Instandhaltung)
- Gartenpflege
- Kinderbetreuung
- Pflege von anderen Angehörigen
- ehrenamtliche Tätigkeiten und soziale Hilfeleistungen
- Haushaltsorganisation und Wegezeiten für Haushalt und Familie
- Aufrechterhaltung von Kontakten mit Verwandten und Bekannten (*Kin-Keeping* und *Network-Keeping*).

Das Volumen unbezahlter Arbeit ist in Deutschland wesentlich größer als das Volumen der bezahlten Arbeit. So wurden im Jahr 2001/02 von allen Personen über 12 Jahren 96 Milliarden Stunden unbezahlte Arbeit geleistet, demgegenüber steht ein Umfang von 56 Milliarden Stunden bezahlter Arbeit. Der monetäre Wert

der unbezahlten Arbeit im Haushalt, welche vom Statistischen Bundesamt mit einem Nettolohn von 7 € pro Stunde bewertet wird, beträgt 684 Mrd. € (BMFSFJ⁶, 2003).

Unbezahlte Arbeit ist zwischen Männern und Frauen ungleich verteilt. Frauen wenden täglich fast vier Stunden für Haus- und Familienarbeit auf, doppelt soviel wie die Männer. Bei der Ausübung von bezahlter Arbeit leisten Männer im Durchschnitt 3:12 Stunden täglich, Frauen hingegen 1:44 Stunden (vgl. BMFSFJ, 2003). Tendenziell entwickelt sich in Bezug auf die familiäre Verteilung von Arbeit ein Modell, in dem Männer in Vollzeit beschäftigt sind und Frauen während der Kinderbetreuungsphase in Teilzeit bezahlter Arbeit nachgehen.

Die unbezahlte Arbeit wird nach Ergebnissen der Zeitbudgetstudie des BMFSFJ nach wie vor hauptsächlich von Frauen geleistet. Das hat eine starke Belastung von Frauen zur Folge, da sie in erhöhtem Maße die Anforderungen des Berufs mit denen der Haus- und Familienarbeit vereinbaren müssen. Auch sind Personen, die andere Familienangehörige pflegen, ganz überwiegend (zu 73 Prozent) weiblich. Pflegeaufgaben werden vor allem von jenen Frauen übernommen, die nicht erwerbstätig sind (BMFSFJ, 2005). Viele zunächst erwerbstätige Pflegepersonen geben ihren Beruf auf oder sind nur eingeschränkt erwerbstätig. Dies spricht sehr für die Annahme, dass die Pflege von Angehörigen mit Erwerbsarbeit schwer vereinbar ist.

Sowohl unbezahlte als auch bezahlte Arbeit im Haushalt wird aus verschiedenen Gründen unterschätzt und unterbewertet. Erst seit Ende der achtziger Jahre wird als Folge einer politischen Neuorientierung der Arbeitscharakter der Hausarbeit stärker betont. Es existieren Berechnungen über die Wertschöpfung durch im Haushalt arbeitende Frauen im Zusammenhang mit der Bestimmung des Inlandbruttosozialproduktes. Diese berücksichtigen jedoch in der Regel die in der Haus- und Familienarbeit geleisteten unbezahlten Tätigkeiten nicht oder nur teilweise durch ergänzende Rechnungssysteme (vgl. Frambach, 1999). Eine vollständige Einbeziehung von unbezahlter Arbeit in Wirtschaftsstatistiken ist aber notwendig, um die Bedeutung von unbezahlter Arbeit für die Wirtschaft sichtbar zu machen. Den Bedürfnissen und Anliegen unbezahlt arbeitender Menschen, insbesondere der Frauen, könnten auf dieser Grundlage in (gesundheits-)

⁶ BMFSFJ= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsprozessen verstärkt Beachtung geschenkt werden.

Die Unterbewertung von Haus- und Familienarbeit entspringt nicht zuletzt einer gesellschaftlich konstruierten Verknüpfung zwischen der materiellen Wertschätzung einer Tätigkeit und deren Ertrag. Haus- und Familienarbeit erzeugt keinen Ertrag im wirtschaftlichen Sinne und wird deshalb meist als wenig produktiv ausgelegt. Die Anforderungen an die arbeitende Person hingegen, sowie die gesellschaftliche Relevanz der Arbeit, werden im Allgemeinen wenig wertgeschätzt. Die Leistungen der im Haushalt und der Familie arbeitenden Frau umfassen materiell-technische Elemente, sowie soziale, kommunikative und emotionale Vorgänge. Die gesellschaftliche Bedeutung, jenseits des engen ökonomischen Verständnisses von Arbeit im herkömmlichen Sinne, wird zumeist erst dann offenbar, wenn diese Leistungen defizitär erbracht werden (Kettschau, Methfessel, 1991). Gerade im Zusammenhang mit der medizinisch-diagnostischen Einordnung doppelbelasteter Frauen zum arbeitsbezogenen Burnout wäre ein Überdenken des herkömmlichen Verständnisses von Arbeit notwendig. Zwar haben in den letzten Jahren im Zuge der gesellschaftlichen Veränderungen auch neuere Definitionen zum Arbeitsbegriff etwa im Bereich der informellen Ökonomie eine breitere Akzeptanz erfahren, als Fazit der Zeitbudgetstudie des Statistischen Bundesamtes von 2003 muss jedoch festgehalten werden, dass *„...auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts Hausarbeit und Kinderbetreuung in Deutschland nach wie vor Frauensache ist. Das zeigt sich nicht nur am Festhalten der Verteilung von „weiblichen“ und „männlichen“ Tätigkeiten auf Frauen und Männer, sondern auch am zeitlichen Aufwand, den sie in ... Arbeit investieren...Wie Paare sich die Arbeit teilen, ist letztendlich das Resultat eines Aushandlungsprozesses der beteiligten Partner. Faktoren wie Alter, Bildung oder Anzahl und Alter der im Haushalt lebenden Kinder haben einen entscheidenden Einfluss darauf, wie sich die verschiedenen Verhandlungspositionen der Frauen und Männer gestalten.“* Dabei ist insbesondere zu betonen, dass das Ausmaß der Erwerbstätigkeit der

Frauen sich als der wichtigste Einflussfaktor auf die Qualität der Partnerschaft zeigt. (Blättel-Mink / Kramer & Mischau 2000; Klaus & Steinbach 2002; Künzler u.a. 2001; Statistisches Bundesamt 2003). Je größer der Umfang der weiblichen

bezahlten Erwerbstätigkeit (respektive ihr Einkommen) ist, desto größer ist die Partnerschaftlichkeit. Die intakte Partnerschaft, die von der Frau als solche empfunden wird und einen Schutzfaktor in Bezug auf die Vermeidung akuter oder chronischer Überlastungssymptomatik wie dem Burnout-Syndrom darstellt, wird also genährt durch die außerhäusliche Erwerbstätigkeit der Frau. Dies kann jedoch nur dann positiv unterstützend wirken, wenn dieser Zustand auch eine relativ höhere Beteiligung des Mannes oder einer anderen Person an der Hausarbeit und Kinderbetreuung bedeutet (Mischau, 2005).⁷

Ist dies nicht der Fall, bedeutet dies ein Mehr an Erwerbsarbeit bei gleich bleibendem Pensum an unbezahlter Arbeit, was auf zweierlei Weise zu akuter oder chronischer Überlastung führen kann. Die exakte Ursache, die Frage also, *welche* Arbeit letztlich das Phänomen Burnout auslöst, kann theoretisch nicht eindeutig geklärt werden.

Auch Burisch (2006) vertritt die Meinung, dass „*Burnout- Prozesse in jedem Beruf, an jedem Arbeitsplatz und in jeder Lebenssituation möglich sind.*“ Die Ergebnisse mehrerer empirischer Studien belegen, dass die Belastung der Arbeitssituation nicht allein Auslöser und Verursacher von Burnout sein kann⁸. Das wiederum erschwert die Ab- und Eingrenzung des Phänomens Burnout und hinterfragt viele Jahre „eingleisiger“ Forschung, die Burnout eben nur durch den Kontext *Arbeitswelt* in dieser Nische zwischen Depression, Stress und Müdigkeitssyndrom untersuchte. Des Weiteren stellt sich die Frage, welcher Ansatz sowohl bei der Therapie, als auch bei der Prävention von Nutzen ist. Ein Fall von drohendem Burnout wird nicht allein durch Organisationsentwicklung im Unternehmen des betroffenen Mitarbeiters behoben werden. Vielmehr ist der Blick zusätzlich auf die subjektiven, individuellen Ressourcen und hinderlichen Faktoren zu richten. Die Familie in ihren verschiedensten Konstellationen als Handlungsort der „Organisationsentwicklung“ wird erst jetzt vereinzelt als solche verstanden. Die

⁷ Diese neueren sozialwissenschaftlichen Studien widersprechen hier dem Ansatz von Cherniss (1999). Cherniss beschreibt in einer auf qualitativen Interviews basierenden Studie, wie es Frauen mit Doppelbelastung möglich war, Burnout-Symptome zu überwinden. Die Frauen haben in der Regel ihre Arbeitszeit im Beruf reduziert und konnten so ihre Erholungszeit zwischen zwei Arbeitseinsätzen verlängern. Betrachtet man die realen Verhältnisse (Einkommen, Arbeitsmodelle) der Teilnehmerinnen am „*Work-Life-Balancing*“ Seminar (siehe Punkt 4.1), wird deutlich, dass diese Maßnahme insbesondere unter der derzeitigen angespannten Arbeitsmarktsituation in Deutschland eine eher unrealistische Empfehlung darstellt.

⁸ Bode, 1988; Keane et al., 1985: zit. nach Burisch, 2006

Unantastbarkeit der Familie stellt für Akteure im Bereich der Hilfen bei der Wiederherstellung von so genannter Work-Life-Balance und Burnout-Prävention eine besondere Schwierigkeit dar. Die Befähigung der Familie hierzu als Einheit, oder einzelner Mitglieder der Familie, z.B. der Mütter, bedarf besonderer Voraussetzungen, die von der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Schaffung familienfreundlicher Verhältnisse zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (flexible Arbeitszeitmodelle, Betriebskindergärten etc.) nicht allein erfüllt werden können. Im Sinne der New Public Health ist hier sowohl eine sinnvolle Verzahnung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen, als auch ggf. die Vernetzung verantwortlicher Institutionen, wie zum Beispiel der Unternehmen oder Einrichtungen der Familienbildung, von Nöten.

1.1.5 Stand der Forschung

Rösing (2003) hat in ihrer Recherche über den gegenwärtigen Stand der Forschung über Burnout gesagt, der Forschungsbereich sei inzwischen *etabliert*, jedoch nicht *institutionalisiert*, wie vergleichsweise das Chronic fatigue syndrome oder die posttraumatische Belastungsstörung. Seit der Aufnahme des Burnout-Syndroms als eigene Zustandsbezeichnung in die ICD 10 kommt die Burnout-Forschung einer Institutionalisierung näher. Problematisch ist die Tatsache, dass Burnout ein alltags- sprachlicher, in den Populärmedien häufig in unscharfen Zusammenhängen verwendeter Begriff ist, der zudem inhaltlich starken Bezug hat zu anderen Forschungsbereichen wie der Stress- und Coping-Forschung, der Organisations- und Arbeitspsychologie und der Gesundheitspsychologie. Innerhalb dieser Bereiche stellt das Burnout jeweils nur einen Teilaspekt dar.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es derzeit kein allgemeingültiges, von der interdisziplinären Wissenschaft anerkanntes Diagnose- und Therapieverfahren im Bereich Burnout gibt, und bisher keine Einigung diesbezüglich gefunden werden konnte. Dennoch können verwendete Präventions-, Diagnose- und Therapieverfahren für viele Betroffene wirksam sein. Die Wirksamkeit präventiver Angebote ist nur sehr wenig überprüft worden (z.B. Evaluation: Burnout Prävention für Lehrer, Eckstein, 2001).

Bei der Sichtung des Materials wird erneut deutlich, wie unscharf die Abgrenzung

der einzelnen Forschungsprojekte innerhalb der Menge der dem Burnout-Syndrom zugeordneten Studien ist. Auch Kilpatrick, (1989), Schaufeli, Maslach & Marek (1993), sowie Schaufeli & Enzmann (1998) benennen unter anderem als Ergebnis ihrer Metastudien zu Methodik, Qualität und Reichweite diesen gemeinsame Kritikpunkt. Dies zeichnet zum einen den Bedarf an einem intensiveren interdisziplinären professionellen Austausch mit dem Ziel einer Annäherung in der Interpretation des Burnout-Syndroms ab, als auch den Bedarf daran, bestehende Theorien und Modelle zum Burnout miteinander zu integrieren. Es ist notwendig, ein übersichtliches Bild zu schaffen, das die bloße Aneinanderreihung von Forschungsergebnissen unterbricht, die seit einigen Jahren offenbar nicht mehr zu neuem Erkenntnisgewinn führt.

1.1.6 Burnout-Modelle

Es existieren unterschiedliche **Burnout-Modelle**⁹, mit denen jeweils andere Schwerpunkte betont werden, welche in dieser Arbeit nicht im Detail erläutert werden. Übereinstimmend stellen die Autoren fest, dass die Prävalenz von Burnout in Zusammenhang mit dem erlebten Stress und der Zufriedenheit im Arbeitsleben steht. Auch bei der Ursachenanalyse für Burnout gibt es weitgehend konforme Meinungen.

Sie unterscheiden sich in Bezug auf z.B. Tätigkeitsmerkmale/Arbeitsumfeld und Persönlichkeitsmerkmale und deren Einfluss auf das Auftreten von Burnout.

Deshalb sind unterschiedliche Ansätze zu erkennen:

Individuelle Ansätze betonen die Rolle von Merkmalen der Personen für die Entstehung von Burnout, *interpersonale Ansätze* fokussieren die aus der Beziehung zwischen Arbeitnehmenden und Klienten / Kunden resultierenden Tätigkeitsmerkmale, *organisationalen Ansätze* thematisieren die Relevanz von Arbeitsbedingungen und organisationalen Rahmenbedingungen und *soziale Ansätze* beziehen sich auf die Einflüsse des weiteren sozialen und kulturellen Umfeldes (Wülser, 2006).

Diese Analyse erfordert bei der Erstellung von Konzepten präventiv wirksamer Gruppenprogramme unbedingt die Einbeziehung verhaltens- und

⁹ Zum Beispiel "Soziale Kompetenz-Modell" von Harrison, das "Kybernetischen Modell" von Heifetz & Bersani, das "Defizit-Modell" von Jayaratne & Chess, das "Stress-Modell" von Eisenstat & Felner, das "Phasen-Modell" nach Golembiewski & Munzenrider, das "Integrative Modell" von Cherniss (vgl. Zusammenfassung in Barth, 1997).

verhältnisorientierter Maßnahmen, die in der Herangehensweise den oben genannten Tätigkeits- und Persönlichkeitsmerkmalen gerecht wird.

Burisch gilt als der führende deutsche Burnout- Forscher. Er hat ein Modell vorgestellt, das auf motivations- und handlungspsychologischen Merkmalen beruht. Das zentrale Element des Modells bilden so genannte *Handlungsepisoden*, deren zeitlicher Umfang allerdings nicht näher benannt wird. Handlungsepisoden beginnen, wenn verdeckte Motive durch bestimmte Situationsmerkmale aktiviert werden (Burisch, 2006). Es erfolgt die Bildung persönlicher Ziele, verbunden mit der Entstehung von Handlungsbereitschaft (vgl. auch Heckhausen, 2006). Wenn die Zielerreichung mit angemessenem Aufwand erreicht wird, tritt eine Sättigung des Motivs ein, wenn nicht, wird eine Wiederholung der Handlung angesteuert. Wenn die Zielerreichung aufgrund eines unverhältnismäßig hohen Aufwands nicht eintritt, blockiert wird bzw. wenn auf die Zielerreichung keine erwartungsgemäße Bestätigung erfolgt, oder sie sogar negative Effekte hervorruft, tritt eine Störung auf. Gestörte Handlungsepisoden sind notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für die Entstehung von Burnout. Zusatzbedingungen sind gemäß Burisch (2006) z.B. dicht aufeinander folgende kritische Handlungsepisoden, die nicht bewältigt werden können und die mit Misserfolgen oder einer Verschlechterung des Selbstvertrauens verbunden sind. Das Modell beschreibt Vergleiche von zielbezogenen Soll-Ist-Zuständen und Folgen von (Über-) Beanspruchung, bezüglich der Inhalte der Ziele bleibt es jedoch allgemein. Burisch macht keine Aussagen zur Möglichkeit der Funktionalisierung des Modells. Unklar bleibt auch, welcher Art genau die kritischen Handlungsepisoden sind.

1.1.7 Burnout in Zahlen

Das Burnout-Syndrom wird insgesamt noch sehr wenig erfasst und wird daher in aktuellen Statistiken nicht hinreichend abgebildet. In Gesundheitsberichten der Krankenkassen wird das Burnout-Syndrom aufgrund von zu geringer Prävalenz (per definitionem Z73.0) nicht explizit ausgewiesen. Es liegt der Verdacht nahe, dass das Burnout-Syndrom sich gelegentlich bis häufig in einer Diagnose wie "Depressive Episode, F32.-", und anderen (z.B. Unwohlsein und Ermüdung,

ICD10-Code: R53; Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen ICD 10-Code: F43), die der Ärzteschaft geläufiger sind, verbirgt. Es lassen sich also nur mittelbar und indirekt - über die Erfassung psychischer Erkrankungen - Aussagen zu Häufigkeit von Burnout und in Folge dessen von Arbeitsunfähigkeit machen, die auf Versichertenzahlen der GKV basieren. Letzteres ist hinsichtlich volkswirtschaftlicher Kosten und Ausgaben der Krankenkassen von besonderer Bedeutung.

Die in u. s. Tabelle genannten Schätzungen des BAuA¹⁰ von 2003 weisen 45,54 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage und einen Produktionsausfall in Höhe von 4,14 Mrd. Euro jährlich für die Diagnosegruppe *Psychische und Verhaltensstörungen* auf, die damit in der Rangfolge der Verursacher von Produktionsausfall an vierter Stelle steht.

Diagnosegruppe	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall	
	Mio.	%	Mrd. €	vom Bruttonational-einkommen in %
Psychische- und Verhaltensstörungen	45,54	9,7	4,14	0,20

Tabelle 3: AU-Tage und Produktionsausfall nach Diagnose *Psychische- und Verhaltensstörungen*, Quelle: BAuA, 2003

Bei den jährlichen Gesundheitskosten nehmen die Kosten für Behandlung von psychischen Störungen (22,8 Milliarden Euro) den vierten Rang ein. Der Anteil der Gesetzlichen Krankenkassen an diesen Kosten beläuft sich im Jahr 2004 auf 56,3%, das entspricht einer Summe von 12,83 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, Gbe¹¹ des Bundes, 2006).

Seit 1997 hat sich das AU¹²- Volumen psychischer Erkrankungen mehr als verdoppelt (DAK¹³ AU- Daten 2004). Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- sich die Differentialdiagnostik der Ärzte verbessert hat

¹⁰ BAuA = Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

¹¹ Gbe = Gesundheitsberichterstattung

¹² AU = Arbeitsunfähigkeit

¹³ DAK = Deutsche Angestellten Krankenkasse

- die Akzeptanz psychischer Erkrankungen bei den Patienten sich kontinuierlich erhöht, und dass
- die Ursachenzuschreibung von Beschwerden sich bei verbesserter ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung von körperlichen auf psychische Faktoren verschoben hat.

In den Gesundheitsberichten aus dem Jahr 2006 der Krankenkassen DAK und TK¹⁴ werden folgende Angaben zu psychischen Erkrankungen gemacht:

- Insgesamt haben sie 2006 im Vergleich zu 2005 nicht zugenommen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug im Jahr 2006 – wie im Vorjahr – 10,0 %. Bei Frauen machten sie jedoch rund 12 % des AU- Volumens aus und sind somit leicht angestiegen (2005: 11,8 %), bei Männern rund 8 %, sind damit also leicht gesunken (2005: 8,6 %).
- Die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen liegen 2006 über denen von 2000, jedoch nur geringfügig (um 2%).
- Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung liegt im Jahr 2006 bei 27,3 Tagen bei einer Fallhäufigkeit in Höhe von 4,0. Es gilt insgesamt, dass bei den psychischen Diagnosen der Anteil an den AU- Fällen erheblich niedriger ist, als ihr Anteil an den AU- Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.
- Damit stehen die psychischen Erkrankungen an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten und zugleich gehören sie zu den 10 kostenintensivsten.

Insbesondere erwähnenswert in Bezug auf die in dem „*Work-Life-Balancing*“ Seminar angesprochene Zielgruppe ist die Tatsache, dass:

- der Krankenstand zur Lebensmitte hin auf 12,2 % bei den 40- bis 44-Jährigen ansteigt. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab (8,3 % bei über 60-Jährigen).

¹⁴ TK = Techniker Krankenkasse

Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfachen Häufung von Krisen und Konflikten um die Karriereplanung, die Vereinbarkeit von Familie, Partnerschaft und Beruf in der Lebensmitte zusammen. Überlastungssymptome, denen das in dieser Arbeit evaluierte Seminar entgegenwirken will, können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

Bei der Interpretation der vorherigen Aussagen müssen diverse Einflussfaktoren auf den Krankenstand im Allgemeinen berücksichtigt werden. So haben bspw. die Angst vor Arbeitsplatzverlust, eine hohe Arbeitsmotivation und gute Arbeitsbedingungen eine absenkende Wirkung auf die Höhe des Krankenstandes. Eine hohe Arbeitsbelastung, geringe Arbeitslosigkeit und ein schlechtes Betriebsklima tragen zu einer Erhöhung des Krankenstandes bei (DAK, 2007).

1.1.8 Burnout und Prävention

Untersuchungen zum Thema berufliche Belastung und Burnout umfassen stets einen Teil zu Prävention und Intervention. Demgegenüber muss jedoch ein Mangel an systematischen Wirksamkeitsstudien der vorgeschlagenen Interventionen bemerkt werden, so dass sich bisher keine auf Modellen guter Praxis basierenden, generellen Empfehlungen zur Burnout- Prävention und - Intervention ableiten lassen.

Die Präventions- und Interventionsvorschläge können grundsätzlich nach ihrer Zielrichtung unterteilt werden: Zum einen sollen die Arbeitsbedingungen, zum anderen die individuelle Fähigkeit zur Bewältigung verbessert werden.

Durch Maßnahmen, die sich präventiv mit den gesundheitlichen Risiken durch außergewöhnlichen Belastungssituationen wie den oben genannten Konflikten befassen, entsteht für die Krankenkassen ein deutlicher Nutzen: Die Risiken von Gesundheitsbeeinträchtigungen der Betroffenen und damit auch die daraus entstehenden Folgekosten werden verringert. Einige Krankenkassen haben Burnout als gesondertes Thema innerhalb des Handlungsfeldes Stressprävention aufgegriffen. Es werden Maßnahmen auf individueller Ebene angeboten, sowie vereinzelt auch im Setting Betrieb, die den Aspekt der Work-Life-Balance berücksichtigen. Die Angebote rangieren von reiner Informationsvermittlung durch

den jeweiligen Online-Auftritt bis zu kasseneigenen Seminarangeboten. Im Folgenden werden exemplarisch einige Angebote zusammenfassend dargestellt:

Das **AOK**¹⁵ - Präventions-Programm "Alles in Balance" hat zum Ziel, die Versicherten darin zu unterstützen, ein geistiges und körperliches Gleichgewicht herzustellen, bzw. zu erhalten. Aus den Bereichen Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung werden jeweils online Tests zur Verhaltensanalyse angeboten, Hintergrundinformationen und erste Maßnahmen vermittelt. Ein sogenannter Balance-Check bezieht sich nicht auf die Messung des Grades der Erschöpfung, sondern setzt die persönlichen und sozialen Ressourcen und Einstellungen in Beziehung zu den jeweiligen Anforderungen des Alltags. Des Weiteren wird auf die kasseneigenen Präventionskurse im Bereich Ernährung, Bewegung und Entspannung hingewiesen, außerdem werden weitere Informationen über einen Newsletter zu diesen Themen angeboten - ein eigenes Kursangebot zur Burnout - Prävention besteht nicht.

Ein Online-Coaching-Programm zum Thema Balancing bietet die **DAK** ihren Versicherten an. "**Smarter leben!**" ist eine Maßnahme zur Stressprävention. Die Teilnehmer werden durch ein Internetprogramm angeleitet, das Gleichgewicht zwischen Anforderungen/Pflicht und Freude zu finden oder zu erhalten. Dies kann in verschiedenen Lebensbereichen wie Gesundheit, Zeitmanagement, Beruf oder Partnerschaft und Familie wöchentlich oder vierzehntägig erarbeitet werden. Die **TK** bietet ebenfalls ein ähnlich geartetes umfassendes Coaching- Programm an, was zusätzlich die Coaching- Module anderer Handlungsfelder sinngemäß ergänzt.

Ein spezielles Projekt zur Burnout Prävention nennt die **Bundes BKK**¹⁶ „Gesundheitsorientierte Selbstmanagementberatung in Veränderungsprozessen“. Dieses Projekt hat zum Ziel, bei von Arbeitsplatzverlust bedrohten Personen Gesundheitsressourcen zu fördern, Potentiale zur Neuorientierung der Lebens- und Arbeitsgestaltung zu aktivieren. Die Beschäftigungsfähigkeit und die Lebensqualität sollten erhalten werden. Nach einem motivierenden und

¹⁵ AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse

¹⁶ BKK = Betriebskrankenkasse

diagnostischen Einführungsgespräch durchlaufen die Teilnehmer im Rahmen eines Gruppenprogramms ein Beratungsmodell (basierend auf der Selbstmanagement-Methode nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) und dem Selbstmanagementkonzept von Kastner (1999), in dessen Verlauf sie ihre Lebens- und Gesundheitssituation analysieren und bezüglich nachhaltiger Veränderungen im Gesundheitsverhalten theoretisch wie praktisch unterstützt und gefördert werden.

Die **IKK**¹⁷ bietet im Bereich Burnout- und Stressprävention ein spezielles Angebot zur Stressbewältigung für Unternehmerfrauen. Zielgruppe sind Frauen in gehobenen Führungspositionen, die sowohl ihrer Arbeit im Betrieb, als auch der im Haushalt und mit der Familie nachgehen. Ziel ist es, eine gesundheitsförderliche Work-Life-Balance herzustellen und die Lebenseinstellung positiv zu verändern. Maßnahmen im Seminar sind Zeit-Management, Erkennen persönlichen Stressmuster, Erlernen von Bewältigungsstrategien, Entspannungstechniken, erfolgreiche Kommunikationsstrategien.

Die **bergische BKK** weist auf ihrer Webseite auf das Thema Burnout hin. Es bekommt hier den Untertitel "**das gestörte Gleichgewicht**". Insbesondere wird auf den Anstieg der Anzahl der betroffenen Frauen hingewiesen, da sie *"im Alltag immer höheren Anforderungen ausgesetzt sind. Kinder, Haushalt, Beziehung und in vielen Fällen auch noch den Beruf unter einen Hut zu bekommen, ist ein Kraftakt. Da Frauen dazu neigen, ihre Aufgaben pflichtbewusst, engagiert und aufopferungsvoll zu erfüllen, sind sie besonders gefährdet „auszubrennen“* (BKK die Bergische, 2007). Ein eigenes Programm wird nicht angeboten. Die Webseite liefert neben Informationen über die Entstehung von Burnout und vorbeugenden Verhaltensregeln Literaturhinweise und Links zu professionelle Beratern, die individuelle Managementberatung und Coaching im Bereich der Burnout- Prävention bieten. Des Weiteren werden Termine zum Expertenchat für Gruppen und Individuen angeboten, sowie einen Link zu einem Burnout- Selbsttest.

¹⁷ IKK = Innungskrankenkasse

Insgesamt spiegelt dieser Auszug der Angebote wider, dass die Krankenkassen die Strömungen der gesellschaftlichen Veränderungen, Entwicklungen und Anforderungen im Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf aufgegriffen haben, obgleich die Erkrankungszahlen aufgrund psychischer Diagnosen zwar konstant hoch, aktuell aber nicht akut angestiegen sind. Hier gewinnt das Phänomen Burnout an Bedeutung, dessen *gefühlte* Auswirkungen seiner Manifestation im epidemiologischen Sinne voraus sind.

Für die **Techniker Krankenkasse** sind ebendieses gesellschaftliche Bedürfnis, sowie das durch die Doppelbelastung vieler Frauen erhöhte Morbiditätsrisiko für Burnout ausschlaggebend gewesen, zusätzlich zu e-coaching und Online-Informationen, präventive Maßnahmen zur Stressbewältigung bzw. zur Prävention von Burnout durchzuführen. Insbesondere individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen erschienen als Ergänzung zu den weit verbreiteten zumeist verhältnisorientierten Work-Life-Balancing Maßnahmen vieler betrieblicher Institutionen sinnvoll. Diese Programme vertreten in der Regel den Anspruch, auf betrieblicher Ebene Verhalten und Verhältnisse zu ändern, um gesundheitliche Belastungen zu reduzieren und die Gesundheit von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen zu schützen (in diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es in Zukunft möglich sein wird, Gender Mainstreaming¹⁸ als Strategie der Gleichstellung sowohl im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch bei der Maßnahmenplanung in nicht-betrieblichen Settings zu implementieren). Nachhaltige Veränderungen der Verhältnisse im privaten Bereich, d.h. in dem Bereich, der nicht die Erwerbsarbeit betrifft, sollten durch die Teilnehmerinnen eines Seminars in das System Familie hineingetragen und initiiert werden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung kann Burnout- Prävention als Baustein organisationaler Prozesse implementiert werden. Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen enthalten oftmals die Installation einer regelmäßigen

¹⁸ Def. Gender Mainstreaming: Gender Mainstreaming ist auf Gleichstellung ausgerichteter Denken und Handeln in der täglichen Arbeit einer Organisation. Das Ziel von Gender Mainstreaming ist die Erreichung von tatsächlicher Gleichstellung von Frauen und von Männern im Sinne des Artikels 3 Absatz 2 Grundgesetz. Es ist eine rechtlich verankerte Strategie, mit der dieses Ziel durchgängig umgesetzt werden kann. (<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/>, Stand 12.09.2007).

Supervision (Burisch, 2006; Fengler, 2001). Belardi (2002) beschreibt eine solche Supervision als Weiterbildungs-, Beratungs- und Reflexionsverfahren, das sich speziell auf berufliche Zusammenhänge bezieht. Mit Hilfe dieser Reflexion sollen Arbeit und Arbeitsbeziehungen verbessert werden. Durch psychosoziale Beratung soll Entlastung, Klärung und Fortentwicklung der beruflichen Identität und Handlungskompetenz erreicht werden. Hierfür bieten sich eine Fülle verschiedener Techniken und Verfahren (z. B. systemisch, tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch) an.

Andere die Arbeitswelt betreffende Maßnahmen zielen auf organisatorische Veränderungen, wie öffentliche Anerkennung für Teams, Jobrotation, höhere Autonomie und Mitbestimmung sowie der Fokus auf soziale Unterstützung als emotionale, praktische und materielle Hilfe beim Problemlösen (Fengler, 2001).

Auf individueller Ebene haben einige Wissenschaftler auf Grundlage ihrer Forschungsergebnisse eigene Programme entwickelt. Ein mehrteiliges Angebot führten Van Dierendock et al. (1998) mit einem fünfwöchigen Gruppenprogramm auf der Grundlage der Equity-Theorie¹⁹ (Rösing, 2003) durch. Hauptziel des Programms war die Reduktion des wahrgenommenen Ungleichgewichts zwischen den Anforderungen und Zielen von Pflege und der aktuellen Arbeitssituation. In einer Experimental- und zwei Kontrollgruppen wurden vor, sechs Monate nach und ein Jahr nach dem Programm Befragungen mittels Fragebögen durchgeführt. Darüber hinaus wurden die individuellen Abwesenheitsraten ein Jahr vor und nach dem Programm überwacht. Als Ergebnis halten die Autoren fest, dass Burnout, Abwesenheit und Gefühle der Benachteiligung im Vergleich zu den Kontrollgruppen sanken. Den stärksten Effekt erzielten Teilnehmer, die soziale Ressourcen zu ihrem Vorteil nutzen konnten.

Schaufeli & Enzmann (1998) stellen jeweils zwei eigene Projekte bzw. Workshops vor, in denen sie mit einer Kombination aus Entspannungsübungen, Stressmanagement, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken und der

¹⁹ Die Equity-Theorie (Gerechtigkeitstheorie) ist eine Prozesstheorie in der Sozialpsychologie. Sie versucht zu erklären, wie der Entstehungsprozess der Motivation verläuft. Personen trachten in sozialen Beziehungen nach fairen Gegenleistungen für ihren Einsatz. Wird dieses Bedürfnis nach Gegenleistung nicht befriedigt, so entsteht ein Ungleichgewicht, das von dem Betroffenen mittels unterschiedlicher Reaktionen ausgeglichen wird (vgl. Müller & Hassebrauck, 1998).

Entwicklung realistischer Ziele sowie dem Erlernen einer Haltung des „detached concerns“ (dt. = distanzierte Anteilnahme) Burnout verhindern bzw. vermindern wollen.

Allerdings zeigte die Auswertung der Fragebögen, dass nur die Raten der emotionalen Erschöpfung abnahmen, während Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit unverändert blieben. Dies ist nach Ansicht der Autoren ein Beleg dafür, dass viele Interventionsansätze nur auf individuelle Stressbewältigungsmöglichkeiten Einfluss nehmen und dementsprechend nur das Erschöpfungserleben verändern. Faktoren der Einstellungen und des professionellen Selbstverständnisses sowie der eigenen (beruflichen) Fähigkeiten werden in diesen Burnout Workshops kaum bzw. gar nicht bearbeitet.

1.2 Schutzfaktoren

Rösing (2003) bemerkt, dass die bisherige Burnout Forschung größtenteils vom pathologischen Grundansatz ausgehend betrieben wird. Ein salutogener Ansatz wird noch nicht einmal dann erwähnt, wenn es explizit um das Thema Burnout und Gesundheit geht (z.B. im Review von Leiter & Maslach, 2001, *Handbook of Health Psychology*). Dies spiegelt jedoch auch wieder, wie sehr der Schwerpunkt bisher auf der Evaluation oder Entwicklung intervenierender Maßnahmen bei manifestem Burnout oder der Validierung und Operationalisierung von Messinstrumenten gelegen hat. Im Gegensatz dazu nimmt die Beforschung präventiver Maßnahmen für gesunde Individuen, die durch Persönlichkeits- und/oder Tätigkeitsmerkmale mehr oder weniger von Burnout bedroht sein mögen einen wesentlich geringeren Stellenwert ein.

Man kann davon ausgehen, dass das Vorhandensein von Metaressourcen²⁰ wie Kohärenzgefühl oder Selbstwirksamkeit eine umgekehrte Assoziation zu Burnout aufweist. Einige Autoren haben sich in neuerer Zeit mit den Zusammenhängen zwischen Burnout und den Ressourcen Kohärenzgefühl (z.B. Söderfeldt et al., 2000; Gana & Boblique, 2000) und Selbstwirksamkeitserwartung (z.B. Schmitz,

²⁰ Übergeordnete Konstrukte wie z.B. Antonovskys *sense of coherence*, Selbstwirksamkeit nach Bandura und *hardiness* (Kobasa et al., 1982) bezeichnen „...innere Fähigkeiten eines Menschen, die Nutzung sämtlicher anderer, innerer und äußerer Ressourcen erleichtern“ (Rösing, 2003), wie ein Türöffner zu vielfältigen - zumindest intrapersonalen - Einzelressourcen, wie Optimismus, Selbstwertgefühl, Problemlösefähigkeit, Kompetenzvertrauen u.a.

2000b; Brouwers & Tomic, 2000) beschäftigt, diese bestätigen die Schutzfunktion beider Konstrukte. Im präventiven Ansatz ist die Auseinandersetzung mit den Korrelaten SOC (Sense of Coherence, Kohärenzgefühl), SWE (Selbstwirksamkeitserwartung) und Burnout unerlässlich, hierzu ist weitere Forschungsarbeit in diesem Feld dringend notwendig.

Richter (2006) fasst aus organisationspsychologischer Sicht personale Ressourcen und Merkmale aus der humanen Arbeitsplatzgestaltung als Schutzfaktoren gegen die Entwicklung von Burnout wie folgt zusammen:

Tätigkeitsmerkmale	Persönlichkeitsmerkmale
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie und Tätigkeitsspielräume • Aufgabenkomplexität und Erfolgsmeldungen • Anerkennung und Rollenklarheit • Gegenseitiger Austausch 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohärenzgefühl • Aktives und prosoziales Coping • Gemeinschaftliches Coping • Erholungsfähigkeit

Tabelle 4: Persönlichkeit- und Tätigkeitsmerkmale als Ressourcen zur Vermeidung von Burnout nach Richter, 2006

In Bezug auf Vorhersagbarkeit von Burnout haben sich die Risikomodelle Job Demand / Control Modell (Karasek & Theorell, 1990) und das Effort / Reward Modell (Siegrist 1996), als gültige Prädiktoren erwiesen (Kalimo, et al., 2003). Somit können im Bereich der organisationalen Verhältnisse *Autonomie* und *Freiheitsgrade* als Kernressourcen betrachtet werden.

Auf individueller und interpersoneller Ebene ist neben den von Richter aufgeführten Ressourcen eine hohe *Selbstwirksamkeitserwartung* (Kompetenzerwartung) nach dem Konzept von Bandura (1997) eine hochrelevante Variable zum Schutz vor Burnout und stellt zudem einen positiven Einfluss auf die anderen Persönlichkeitsmerkmale dar, so eine wegweisende Studie zu Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Vermeidung von Lehrer- Burnout von Schmitz (2000b). Hinsichtlich der Zielsetzung und Bewertungsmethoden des Seminars „*Work-Life-Balancing*“ werden im Folgenden die bereits oben erwähnten

zwei Konstrukte SOC und SWE kurz vorgestellt.

1.2.1 Kohärenzgefühl (SOC)

Das Kohärenzgefühl (auch Kohärenzsinn, Kohärenzerleben; engl. Sense of Coherence, SOC) stellt ein zentrales Element in Antonovsky's Theorie der Salutogenese dar. Er bezeichnet es als *„eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden, und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“* (Antonovsky, 1993, S.12).

Eine solche Einstellung und Orientierung dem Leben gegenüber wird als eine personale Bewältigungsressource betrachtet und soll im Zusammenspiel mit sog. *generalisierten Widerstandsquellen* wie materiellem Wohlstand, Wissen, Intelligenz, Ich-Identität, Flexibilität oder sozialer Unterstützung Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren machen. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl soll den Menschen befähigen, Ressourcen zu mobilisieren, um mit Belastungen und erlebten Traumata besser umgehen zu können. Es wird somit angenommen, dass ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit beiträgt. Das Kohärenzgefühl setzt sich nach Antonovsky aus drei eng miteinander verbundenen Kernelementen zusammen:

- *Verstehbarkeit* (comprehensibility) bezeichnet das Ausmaß, in dem Reize, Ereignisse oder Entwicklungen, mit denen man täglich konfrontiert wird, als strukturiert, geordnet, sinnvoll und vorhersehbar wahrgenommen werden.
- *Handhabbarkeit* (manageability) bezieht sich auf das Ausmaß, in dem eine Person geeignete personale und soziale Ressourcen wahrnimmt, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.

- *Sinnhaftigkeit* (oder Bedeutsamkeit) (meaningfulness) meint das motivationale Moment, sowie das Ausmaß, in dem eine Person ihr Leben emotional als sinnvoll empfindet und zumindest einige der vom Leben gestellten Anforderungen als Herausforderungen betrachtet, für die sich Engagement und Einsatz lohnt.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich unter konkreten sozialen und kulturellen Kontextbedingungen im Laufe der Kindheit und Jugend auf der Basis spezifischer Lebenserfahrungen (Schwarzer, Jerusalem, Weber, 2002).

Grundsätzlich erhöht es die Flexibilität gegenüber auftretenden Anforderungen, indem es die für die jeweilige Situation angemessenen Ressourcen aktiviert. Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl tendieren dazu, eher starr und rigide zu reagieren, sie haben einen geringeren Bestand an Ressourcen verfügbar. Daraus erschließt sich, dass das Kohärenzgefühl *„als flexibles Steuerungssystem [wirkt], als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt“* (Bengel et al., 1998, S. 30).

1.2.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung (Kompetenzerwartung) ist zentrales Element der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura. Er definiert: *„Wahrgenommene Selbstwirksamkeit bezieht sich auf Überzeugungen über diejenigen eigenen Fähigkeiten, die man benötigt, um eine bestimmte Handlung zu organisieren und auszuführen, um damit bestimmte Ziele zu erreichen“* (Bandura, 1997, S.3).

In der Interaktion mit alltäglichen Umwelтанforderungen und Herausforderungen im Berufs- und Familienleben stellt die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) eine wichtige personale Ressource dar. Wenn schwierige Dinge zu bewältigen sind, werden zunächst die an die eigene Person gestellten Anforderungen gegen die eigenen Kompetenzen und Ressourcen abgewogen. Darauf folgt eine bestimmte Handlung bzw. Bewältigungsreaktion (vgl. Bandura, 1997; vgl. Lazarus & Folkman, 1984).

Im Prozess der Handlungsregulation beeinflussen diese Überzeugungen vor allem

die Auswahl von Handlungen (Schwierigkeitsgrad), die investierte Anstrengung im Zielerreichungsprozess, die Ausdauer angesichts von Schwierigkeiten und Barrieren sowie damit auch indirekt den Grad des Handlungserfolges.

Personen, die von ihren Fähigkeiten überzeugt sind, sind in der Lage, durch eigene Initiative sowohl innere, als auch äußere Barrieren zu überwinden. Je stärker die Überzeugung, desto schwierigere Barrieren werden überwunden. Sehr selbstwirksame Menschen könnten sich beispielsweise das Ziel setzen, ab sofort ihren Tagesablauf so zu strukturieren, dass sie es ermöglichen, regelmäßige Mahlzeiten und Ruhepausen einzuhalten, um das rasende Tempo aus ihrem Tagesablauf zu nehmen, übermäßigem Stress vorzubeugen und letztlich damit ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Mit einer starken Überzeugung der eigenen Fähigkeiten fällt es diesen selbstwirksamen Personen leichter, die nötige Disziplin und Anstrengung für ihre anspruchsvollen Ziele aufzubringen. Sie werden selbst in schwierigen Phasen, die empfindlich sind für ein Zurückfallen in alte Gewohnheiten, durchhalten und an ihrem Ziel festhalten. Diese Herangehensweise belohnt die Bemühungen selbstwirksamer Menschen dann auch entsprechend häufiger mit Erfolg.

Menschen mit geringer Selbstwirksamkeit werden sich nur beschwerlich dazu durchringen, ihren Lebensstil zu verändern. Selbst bei Teilzielen, wie dem Einhalten einer Mittagspause, reicht wahrscheinlich schon ein kleines Hindernis aus, um die Handlungsausführung zu verhindern. Wird das Vorhaben tatsächlich initiativ durchgesetzt, wird sich die wenig selbstwirksame Person vermutlich in Hinblick auf Anstrengung und Aufrechterhaltung des erstrebten Verhaltens leichter davon abbringen lassen und ihre Ziele seltener erreichen, was wiederum die Selbstwirksamkeit nicht bestätigt, sondern herabsetzt (vgl. Punkt 1.2.2.1 Entstehung von SWE).

Diese Beispiele der Handlungsaktion des „Innehaltens“ sind bewusst gewählt. Die Mehrheitlich in der Forschung zum Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und Veränderung von Gesundheitsverhalten genannten Aktivitäten, wie zum Beispiel das Sporttreiben und die Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen sportlichen

Betätigung entsprechen nicht vorrangig den spezifischen Bedürfnissen der von Burnout betroffenen oder bedrohten Personen und der Symptomatik dieses Leidensbildes.

Häufig wird Burnout mit der „Typ-A-Persönlichkeit“ in Zusammenhang gebracht. Die Bezeichnung dieses Persönlichkeitstyps wurde zuerst von Friedman und Rosenman Ende der 50er Jahre bei der Analyse herzkranker Patienten geprägt. Diese Personen sind immer in Bewegung, gehen, reden und essen sehr schnell, sind ungeduldig, machen mehrere Dinge gleichzeitig, können sich schlecht entspannen, sind eher aggressiv und leistungsorientiert, suchen den Wettbewerb und fühlen sich ständig unter Zeitdruck (Staehe, 1994). Darüber hinaus wird Typ-A Verhalten mit einem erhöhten Risiko für stressinduzierte Krankheiten in Zusammenhang gebracht, besonders mit Herz-Kreislaufkrankungen (Miller et al., 1996).

Freudenberger (1980, S. 30) typisiert Burnout- gefährdete Personen als *„dynamische, charismatische und zielstrebige Männer und Frauen, die sich bei allem, was sie tun, voll und ganz einsetzen und auch innerlich beteiligt sind.“* Sie sind *„besonders engagiert, pflichtbewusst und aufopferungsvoll.“*

1.2.2.1 Entstehung von SWE

SWE kann auf verschiedene Weise erworben werden:

- Durch direkte, eigene Verhaltenserfahrungen: Anforderungen, Aufgaben, Situationen sind erfolgreich bewältigt worden. Diese *mastery experiences* gelten als für den Erwerb von Selbstwirksamkeitserwartungen am effektivsten. Aber die Interpretation der Ereignisse hat einen entscheidenden Einfluss auf die Effektivität. Es ist möglich, dass Personen den Erfolg einer gelungenen Handlung nicht ihrer eigenen Fähigkeit zuschreiben, sondern äußeren Ursachen wie dem „Glück“, günstigen Umständen oder der Unterstützung anderer.
- Durch indirekte, stellvertretende Verhaltenserfahrungen: Beobachtung Anderer bei der Bewältigung von Anforderungen, Aufgaben, Situationen. Sie wurde von

Bandura (1997) auch als Lernen am Modell bezeichnet. Die Person bezieht sich auf Verhaltensmodelle, die eine anstehende Handlung schon einmal erfolgreich bewältigt haben und die sie in Bezug auf Fähigkeiten und Ressourcen als der eigenen Person ähnlich wahrnimmt.

- Durch symbolische Erfahrung: Verbale Überzeugung oder Überredung durch Andere, die einem die Fähigkeit zusprechen, die Anforderungen zu bewältigen. Hier muss jedoch bedacht werden, dass ein Einfluss auf die eigenen Überzeugungen davon abhängt, wie man solche Mitteilungen interpretiert. Glaubt man beispielsweise, jemand wolle einen nur beruhigen, dann hält man die Verstärkung für unrealistisch und wird an den eigenen Überzeugungen festhalten.
- Durch Erregungsfeedback: Physiologische und emotionale Erregungszustände werden mit der Bewältigung bedrohlicher Situationen in Zusammenhang gebracht, was sich positiv auf die Kompetenzerwartung auswirken kann.

1.2.2.2 Messung von SWE

Eine von Schwarzer & Jerusalem (1995) entwickelte Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei handelt es sich um eine eindimensionale Skala von 10 Items, die möglichst nach Zufall in ein größeres Erhebungsinstrument eingemischt werden sollten. Im Falle der Datenerhebung in dieser Arbeit sind diese Items zweimal abgefragt worden: Einmal zu Beginn des Seminars und noch einmal nach Ende des Seminars. Eine Durchmischung mit anderen Fragen (nach Einstellungen) hat im zweiten Fragebogen stattgefunden.

Die Items, die alle gleichsinnig gepolt sind, werden vierstufig beantwortet: (1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau. Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Addieren aller zehn Punktwerte der Antworten, so dass sich ein Score zwischen 10 und 40 ergibt.

Seit der ersten Entwicklung der Skala konnten zahlreiche gute psychometrische

Kennwerte produziert werden (u. a. Schwarzer & Jerusalem, 1999). Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen wichtigen Variablen. Die Mittelwerte liegen für die meisten Stichproben bei ca. 29 Punkten, die Standardabweichung liegt bei ungefähr 4 Punkten (vgl. Schwarzer & Jerusalem, 1999; Schwarzer, Mueller & Greenglass, 1999).

1.2.2.3 Handlungs– Ergebnis– Erwartungen

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung sollte gegen das der Handlungsergebnis– Erwartung klar abgegrenzt werden (vgl. Fuchs, 1997; vgl. Schwarzer, 1996). Viele Theorien zur Erklärung von (Gesundheits-)Verhalten beinhalten auch die Erwartungen über *Handlungsfolgen* (z. B. soziale Lerntheorie, Rotter, 1966). Der Blick richtet sich in diesen Theorien verstärkt auf den Zusammenhang von *Kontrolle* und Handlungsfolgen - also darauf, ob eine Person kontrolliert ein bestimmtes Handlungsergebnis bewirken kann. Diese Kontrollierbarkeit kann allerdings nicht allein stehen, sondern die subjektive Überzeugung, auch die Kompetenz zur Aktion zu besitzen (also die entsprechende Selbstwirksamkeitserwartung) muss hinzukommen.

Handlungsergebnis– Erwartungen drücken sich sprachlich meist in Handlung und Folge, also *Wenn-Dann*-Sätzen aus. Beispielsweise „*Wenn* ich regelmäßig Entspannungsübungen mache, *dann* werde ich mich gesünder und weniger gestresst fühlen.“ Um nun tatsächlich die Handlung durchzuführen, z.B. durch Teilnahme an einem Kursus oder durch das Festlegen und Freihalten fester Zeiten im Tagesablauf, muss eine Kompetenzüberzeugung vorhanden sein wie: „*Ich* bin mir *sicher*, dass ich es schaffen *kann*, *auch wenn* es für mich eine große Umstellung bedeutet.“ (vgl. Schmitz, 2000b)

Selbstwirksamkeitserwartungen beziehen sich auf bestimmte Verhaltensweisen, fragen also nach Einschätzungen eigener Wirksamkeit in zukünftigen Handlungen, die zu bestimmten Ergebnissen führen; Handlungs- Ergebniserwartungen ergeben sich für diese Handlungsergebnisse. Somit haben beide Komponenten gemeinsam eine Bedeutung für Verhaltensänderung und verstärken ihre Vorhersagbarkeit (Hagger et al., 2002).

Die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen kann *phasenspezifisch* den verschiedenen Phasen der Handlungsentwicklung, z.B. dem Transtheoretischen Modell von Prochaska et al. (1992) zugeordnet werden. Dies ist vor allem unter dem Aspekt der Intervention sinnvoll. Die Selbstwirksamkeit stellt eine große personale Ressource dar. Es ist davon auszugehen, dass sie auf alle Phasen einer Handlung eine günstige Auswirkung hat.

Das hier zu evaluierende Seminarkonzept ist Vorläufer und Grundlage eines neuen Konzeptes (Heinemann & Zimmermann, 2007), welches sich in Aufbau und Ablauf an den *Stages of Change* im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) orientiert. Deshalb soll an dieser Stelle ein kurzer Überblick über das Modell gegeben werden. Des Weiteren wird die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb des Modells erörtert.

1.3 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (TTM)

Prochaska und DiClemente entwickelten in den 1970er Jahren im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM). Seitdem wird das Modell fortlaufend geprüft und untersucht. Dieses Modell berücksichtigt jedoch Ergebnisse zu den neueren Aspekten der Volitionsforschung nicht.

Das TTM besteht aus den Stadien der Veränderung (*Stages of Change*), aus Strategien zum jeweiligen Stufensprung und hat seinen Fokus auf den jeweiligen Entscheidungsprozessen einer Person auf dem Weg zur Verhaltensänderung (vgl. Velicer et al., 1998).

Das Modell benennt 5 bzw. 6 spezifische Stadien, die von Personen bei der Verhaltensänderung regelhaft durchlaufen werden. Für die Ansätze von präventiven Interventionen ist jedes dieser Stadien von besonderer Bedeutung. Personen in den einzelnen Stadien unterscheiden sich hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung, der Entscheidungsbalance (*Pros und Contras*) und der angewandten Veränderungsstrategien voneinander.

3.3.1 Stadien der Verhaltensänderung

Dem Modell nach folgen fünf aufeinander aufbauende Stadien der Verhaltensänderung aufeinander:

Stages of Change im Rahmen des TTMs		
1.	Absichtslosigkeit ("precontemplation")	Keine Intention, das problematische Verhalten zu verändern
2.	Absichtsbildung ("contemplation")	Es wird erwägt, das problematische Verhalten zu verändern
3.	Vorbereitung ("preparation")	Erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, Zielverhalten wird nun angestrebt
4.	Handlung ("action")	Zielverhalten wird jetzt gezeigt
5a.	Konsolidierung	Zielverhalten verfestigt sich
5b. / 6.	Aufrechterhaltung/ Stabilisierung ("maintenance")	Zielverhalten wird beibehalten

Tabelle 5: Auf einander aufbauende Stadien der Verhaltensänderung nach dem Transtheoretischen Modell, Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992

Das Stadium der **Absichtslosigkeit** ist dadurch gekennzeichnet, dass die Person keinerlei Absicht hegt, das in Frage stehende Problemverhalten zu verändern. Zu diesem Zeitpunkt sind die meisten Personen sich der potenziellen negativen Konsequenzen ihres Verhaltens noch nicht bewusst, neigen zur Sorglosigkeit und leugnen ihre persönliche Gefährdung. Für Informationen oder Hinweise ihr Problemverhalten betreffend sind sie nicht offen, präventive Interventionen greifen hier nicht.

„Ich habe nicht vor, mein Leben zu verändern. Ich schaffe doch alles- ich habe kein Problem!“

Im Stadium der **Absichtsbildung** zieht die Person ernsthaft eine Verhaltensänderung in Erwägung. Noch führt sie das erwünschte Zielverhalten nicht aus, sie öffnet sich jedoch für Informationen, Erkenntnisse und

Beobachtungen. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem bisherigen Problemverhalten statt. Eine Selbstevaluation bereitet gedanklich den Weg für ein alternatives Verhalten. Vor- und Nachteile dieses alternativen Verhaltens werden gegenübergestellt, Kosten und Nutzen abgewogen.

„Manchmal wächst mir einfach alles über den Kopf...Ich müsste mal eine längere Auszeit nehmen, um zur Ruhe zu kommen und mir für den Haushalt eine Hilfe holen. Aber was wird die Familie sagen? Bekomme ich dann noch die gleiche Anerkennung? - Und könnte ich mir das überhaupt leisten?“

Kennzeichen des Stadiums der **Vorbereitung** ist die konkrete Handlungsabsicht. Die Person hat ihre Entscheidung zur Verhaltensänderung in nächster Zukunft getroffen und bereits erste Pläne zur Umsetzung des neuen Verhaltens entwickelt. In dieser Phase probiert die Person erste Veränderungsversuche aus, wenn auch mehr experimentell, um die Vorzüge und Schwierigkeiten des neuen Verhaltens testen zu können. In der Regel ist dies eine sehr instabile Phase, in der die Person mit auftretenden Schwierigkeiten oder Fehlschlägen umgehen lernen muss.

„Ich habe mir eine CD mit Anleitungen für Entspannungsübungen ausgeliehen. Diese Übungen tun mir gut. Ich finde nur wenig Zeit für mich, in der ich mir meine Auszeit nehmen kann. Meine Familie muss das noch akzeptieren lernen. Ich möchte einen Kurs besuchen, der mir dabei hilft, meine Bedürfnisse besser wahrzunehmen und sie auch durchzusetzen.“

Im Stadium der **Handlung** wird seit kurzer Zeit die Intention regelmäßig und kontinuierlich im Verhalten umgesetzt. Die Person handelt gewöhnlich aus einem Gefühl der Selbstbefreiung heraus. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist notwendig, um nicht in das gewohnte Verhaltensmuster zurückzufallen und möglicherweise sozialem Druck entgegenzutreten. In diesem Stadium braucht die Person ein hohes Maß an sozialer Unterstützung. Dieses Stadium ist am anfälligsten und instabilsten.

„Ich gehe nun seit 4 Wochen regelmäßig einmal wöchentlich abends zum Yoga. Endlich tue ich mal was für mich! Einmal musste ich jedoch schon ausfallen lassen, weil mein Partner abends zu spät von der Arbeit kam- die Kinder wären sonst allein zuhause gewesen. Ich muss ihm klarmachen, wie wichtig dieser

Termin für mich ist - auch wenn es mir zuweilen schwer fällt, den Abwasch abends einfach so stehen zu lassen und loszugehen. Lieber hätte ich vorher alles fertig...“

Vom Stadium der **Aufrechterhaltung** wird dann gesprochen, wenn es der Person gelungen ist, das neue Verhalten über einen längeren Zeitraum zu verstetigen. Neue Verhaltensmuster haben sich ausgebildet. Die Wahrscheinlichkeit, in unerwünschtes Verhalten zurückzufallen, ist in diesem Stadium deutlich geringer (vgl. Prochaska et al., 1994).

„Mein Yogaabend ist ein fester, unumstößlicher Termin geworden. Ich musste mich ganz schön behaupten. Nun respektieren es alle Familienmitglieder. Was ich am Tag im Haushalt nicht geschafft habe, erledigen mein Mann und die Kinder abends. Anders geht es nicht, und ich könnte mich auch nicht entspannen. Eine Freundin holt mich regelmäßig ab, und wir gehen den Weg gemeinsam. Mein Mann und meine Schwester sagen, man merke mir eine Veränderung an. Ich selbst merke auch, dass ich viel ausgeglichener bin. Ich bin stolz und sehr zuversichtlich, dass sich dieser erste Schritt langfristig positiv auf mein Leben auswirken wird.“

1.3.2 Stadienübergänge

Das Fortschreiten von einem Stadium zum nächsten verläuft nicht zwingend linear. Charakteristisch ist vielmehr ein spiralenförmiger Prozess:

Eine Person kann zum nächsten Motivationsstadium fortschreiten, erleidet aber ebenso häufig Rückfälle, fällt zurück in ein früheres Stadium und versucht möglicherweise erneut, ihr Verhalten zu ändern. Der jeweilige zeitliche Rahmen, in dem sich eine Person in einem Stadium aufhält, kann individuell sehr unterschiedlich sein. Anhand einer Vielzahl von Untersuchungen²¹ hat sich ein Zeitraum von 6 Monaten (Absichtsbildung, Aufrechterhaltung) bzw. 30 Tagen (Vorbereitung, Umsetzung) als empirisch stabil erwiesen.

Prochaska & DiClemente unterscheiden des Weiteren eine kognitive und eine prozedurale Modellebene. Um erfolgreich von einem Stadium zum nächsten zu gelangen, spielen also sowohl **kognitive** als auch **verhaltensorientierte**

²¹ Eine Übersicht der Publikationen der Forschungsgruppe um J.O. Prochaska des Cancer Prevention Research Center der Universität Rhode Island findet sich unter der URL: http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/Risks/Transtheoretical_Model.htm (Stand 14.12.2007).

Elemente eine Rolle. Die kognitiven Strategien finden vermehrt in den ersten drei Stadien Anwendung, die verhaltensorientierten eher in den Stadien 4 und 5.

Grundsätzlich wird in jedem Stadium nach einer Kosten-Nutzen-Analyse entschieden, die Vor- und die Nachteile der nächsten Schritte werden abgewogen (**Entscheidungsbalance**). Es erfolgt eine Abschätzung, wie mit möglichen Rückfällen umgegangen werden soll und welche Maßnahmen unterstützend wirken könnten (**angewandte Verhaltensstrategien**), und eine Beurteilung der Fähigkeit, Versuchungen zu widerstehen, in alte Muster zurückzufallen (**Selbstwirksamkeitserwartung**). Auf beiden Modellebenen gilt es, bei der Intervention einer präventiven Maßnahme einen besonderen Schwerpunkt auf den Zeitpunkt der **Entscheidungsbildung** der Person zu legen, die durch Unterstützung der jeweiligen (kognitiven oder verhaltensorientierten) Strategie sensibel beeinflussbar ist.

Die meisten empirischen Untersuchungen des in Interventionsstudien angewandten Modells, die größtenteils dem Forschungskreis um die Urheber des TTM zuzuordnen sind, befassen sich mit den Bereichen *Rauchen* und *körperliche Aktivität* sowie *Ernährungsverhalten*.

Generalisierte Kernaussagen des Modells basieren in den meisten Fällen auch in Deutschland auf Studien zum Rauchen bzw. im weitesten Sinne zu Studien im Rahmen der Suchttherapie und -prävention. Untersuchungen, die Burnout Prävention zum Thema haben, gibt es noch nicht. In diesen Interventionsstudien stehen die spezifischen Maßnahmen im Vordergrund, die -auf Grundlage des TTM- jeweils auf das Individuum, seine jeweiligen Motive und Phasen der Entscheidungsbildung oder Handlung zugeschnitten sind; in der Regel geht es also nicht um die Umsetzung von Programmen für Gruppen.

2. Das Seminar "*Work-Life-Balancing*" zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern

2.1. Struktur

Bei der Interventionsmaßnahme "*Work-Life-Balancing*" handelt es sich um ein von Helen Maja Heinemann (Dipl. Sozialpädagogin) und Ilona Willhelms (Dipl.

Psychologin) entwickeltes und durch das ehemals gemeinsame Institut für Burnout- Prophylaxe durchgeführtes fünftägiges Intensivseminar zur Prävention von Burnout für berufstätige Mütter. Das Seminar wurde als Pilotprojekt im Rahmen eines 10-Städte- Programms von der TK finanziell getragen. Die Kursgebühr konnte als Individualmaßnahme der Primärprävention im Handlungsfeld Stressprävention zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken auf Grundlage des § 20 Abs.1 SGB V von den Teilnehmern zur Erstattung bei ihrer jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden. In der Zeit vom Oktober 2006 bis Mai 2007 fanden in zehn verschiedenen deutschen Städten jeweils von montags bis freitags in der Zeit von 9:00 bis 16:00 Seminare mit durchschnittlich 11 Teilnehmerinnen statt. In der Regel waren Tagungsräume in Hotels für die Durchführung angemietet. Es waren jeweils zwei Kursleiterinnen pro Seminar anwesend. Das Konzept war in der Pilotphase des Projektes, die die Kohorte für diese Evaluation stellte, sowohl methodisch als auch inhaltlich genau festgelegt.

Das Seminar richtete sich an berufstätige Familienfrauen. Im Spannungsfeld zwischen Familie, Beruf und eigenen Ansprüchen stehend, sollten die Teilnehmerinnen im Wesentlichen dazu befähigt werden, ihr inneres Gleichgewicht zu erhalten oder wieder herzustellen und somit gesundheitlichen Risiken vorzubeugen.

Die Maßnahme galt als ein primärpräventives Angebot, so dass vorerst davon ausgegangen werden musste, dass die Frauen im weitesten Sinne *gesund* oder zumindest nicht für ein Burnout-Syndrom oder andere psychische oder Verhaltensstörungen vordiagnostiziert waren. Da das Seminar keinesfalls eine therapeutische Intervention darstellen sollte, musste durch die Seminarleitung weitestgehend sichergestellt werden, dass die Frauen sich bei Teilnahme nicht in einem behandlungsbedürftigen Zustand befanden. Als Erhebungsinstrument diente hierzu im Vorwege ein von Willhelms angepasster Fragebogen zur Selbsteinschätzung in Bezug auf Gesundheitszustand und Burnout- Gefährdung (siehe Anhang III *Burnout- Check*). Anhand einer Punktwertung konnte die Person selbst ablesen, ob eine Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention bestand, oder ob ggf. nur eine Gefährdung vorlag. In jedem Fall stand vor der verbindlichen Anmeldung zum Seminar ein Telefongespräch mit einer der beiden

Seminarleitungen, um im Sinne der Fürsorge ggf. andere Hilfsangebote aufzuzeigen oder eine Teilnahme am Seminar „*Work-Life-Balancing*“ zu empfehlen. Vermutlich haben einige Frauen in diesem Zusammenhang erwünschtes Verhalten gezeigt, um an diesem Angebot teilnehmen zu können, was später zu einer relativ hoch risiko- belasteten Kohorte geführt hat (siehe Punkt. 4.2 *Überdrusswerte*).

2.2.1. Das Konzept

Als Grundlage dieses Konzeptes diente ein von Heinemann in Zusammenarbeit mit der BzGA²² entwickeltes und evaluiertes Curriculum zur berufsbegleitenden Weiterbildung von Kursleiter/-innen für gesundheitsfördernde Angebote in der Familienbegleitung. Unter anderem ist ein Ziel dieser einjährigen Qualifizierungsmaßnahme gewesen, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Kursleiter/-innen zu stärken. Dass dies gelungen ist, konnte in der Untersuchung von Helbrecht-Jordan & Deitermann (1999) nachgewiesen werden. Das Konzept des hier evaluierten Seminars orientiert sich in gleicher Richtung an diesem Vorläufer.

2.2.1 Zielsetzung

Die Autorinnen des Konzeptes Heinemann und Willhelms geben Ziele dieses Projektes wie folgt an:

- Erhöhung der Selbstwirksamkeit als Voraussetzung für Veränderung von Gesundheitsverhalten
- Stärkung des Settings Familie
- Persönlichkeitsförderung im Bereich Gesundheitsvorsorge
- Kenntnissgewinn über gesellschaftliche Ursachen von Doppel und Mehrfachbelastung bei Frauen und Erarbeitung eines persönlichen und gesellschaftlichen Problembewusstseins
- Kenntnissgewinn über Frühsymptome und Folgen von Burnout
- Erarbeitung individueller Lebens- und Berufsziele
- Zielgerichtete Planung des Berufs- und Lebensalltags

²² BzGA= Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- Kennen lernen von Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Sinne der Work-Life-Balance
- Kennen lernen von modernen Methoden des Zeitmanagements in Theorie und Praxis und die mögliche Anwendung auf den individuellen Arbeitsalltag der Teilnehmerinnen
- Kennen lernen von unterschiedlichen Entspannungsverfahren zur Wiederherstellung innerer Balance
- Transfer in den Familienalltag

2.2.2 Methoden

Die Arbeitsweise der Seminarleitung mit der Gruppe unterliegt einem individuellen, persönlichkeitsorientierten Ansatz. Den Autorinnen des Konzeptes zufolge sind besondere Voraussetzungen zur Durchführung des Seminars zu schaffen.

- Angestrebt ist ein angenehmes und sicheres Arbeitsklima.
- Es gibt strukturierende Pausen zum Erfahren und Erlernen eines günstigen Anspannungs-/ Entspannungsverhaltens
- Die Teilnehmerinnen werden als Grundlage für ressourcenorientiertes Lernen in die methodisch-inhaltliche Planung und Durchführung einbezogen.
- Die Teilnehmerinnen entwickeln persönliche Lernziele mit subjektiver Ergebnissicherung.

Die didaktische Methodik enthält folgende Elemente:

- Vorträge
- Einzelarbeit und Übungen
- Kleingruppenarbeit
- Geleitetes Plenum
- Entspannung und Körperarbeit
- Kommunikationsübungen
- Zeitmanagementverfahren
- Persönliche Plan-Erstellungen

2.2.3 Inhaltlicher Aufbau

Das Seminar berücksichtigt, auf die o.g. Ziele ausgerichtet, drei Lebenswelten des Alltags: Setting „Arbeit“ (Arbeit und Beruf), Setting „Familie“ (Partnerschaft, Kinder, Familie) und die Eigenwelt (Raum für sich selbst/ andere/ anderes).

Jeder der fünf Tage unterliegt einem Rhythmus aus:

- Einführung in die jeweilige Thematik/Überschrift des Tages
- Bewegung, individuelle Bestandsaufnahme Entspannung
- Erlernen und Versuchen von Coping- Strategien.

Zudem wird bei näherer Betrachtung des inhaltlichen Aufbaus deutlich, dass in diesem Seminar der Versuch gemacht wird, die Stufen des TTM jeweils einem Seminartag zuzuordnen, wobei davon ausgegangen werden kann, dass die Teilnehmerinnen durch die Tatsache, dass sie bereits den ersten Schritt getan, nämlich sich zum Seminar angemeldet haben und auch am ersten Seminartag vor Ort sind, die erste Stufe der Verhaltensänderung, also die der Absichtslosigkeit, bereits hinter sich gelassen haben. Von einem Vorhandensein eines Problembewusstseins kann in diesem Fall ausgegangen werden.

Thematisch werden folgende Themen modular aufeinander aufbauend behandelt:

Kurstag	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag
Thema	Bestandsaufnahme	Analyse	Paradigmen- wechsel	Synthese	Empowerment/ Transfer

Gesamte Kursübersicht siehe Anlage VII: *Kursübersicht „Work-Life-Balancing“*

Den einzelnen Maßnahmen und Prozessen zufolge, die innerhalb eines

Tages durchlaufen werden, könnten entsprechend der thematischen Inhalte die Phasen der Verhaltensänderung zugeordnet werden (Heinemann & Zimmermann, 2007):

Kurstag	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag
Thema	Bestandaufnahme	Analyse	Paradigmen- wechsel	Synthese	Empowerment/ Transfer

TTM-Phase 2-6	Absichtsbildung	Vorbereitung	Handlung	Konsolidierung	Stabilisierung
------------------	-----------------	--------------	----------	----------------	----------------

oder

TTM-Phase 2-5	Absichtsbildung	Vorbereitung a)	Vorbereitung b)	Handlung	Stabilisierung
------------------	-----------------	--------------------	--------------------	----------	----------------

Als erste Autorinnen haben Heinemann & Zimmermann (2007) in einem an dem hier bewerteten Seminarkonzept orientierten, vollständig überarbeiteten Konzept zur Burnout- Prävention einen Zusammenhang in dieser Form hergestellt. Ob diese zeitlich sehr komprimierte und verdichtete Form der Arbeit mit den *Stages of Change* der Wirksamkeit dieses Seminars in positivem Sinne zuträglich ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Interessant wären aber zukünftige Untersuchungen über den Zusammenhang von Prozessen des TTM innerhalb des Handlungsfeldes Stress- und/ oder Burnout-Prävention, insbesondere im Hinblick auf die zeitliche Komponente (ein Seminartag entspricht einer neuen Stufe) einerseits und hinsichtlich der Anwendung auf Gruppenprozesse andererseits. Der allein zeitlich jeweils individuell unterschiedliche Prozess der Veränderung erfordert maximale Flexibilität sowohl für Abweichungen innerhalb des Konzeptes, als auch von Seminarleitung und anderen Seminarteilnehmerinnen. Ob das bei einer Gruppenstärke von 10 bis 12 Teilnehmerinnen gelingen kann, ist fraglich, selbst wenn die erste tägliche Runde im Plenum zum Abgleich und zur Positionsbestimmung einer jeden Teilnehmerin dienen könnte, und erfordert in jedem Falle weitere Evaluation.

3. Evaluation des Seminarkonzeptes

3.1 Datenerhebung

Wie in Kap. 1.2 (*Schutzfaktoren*) erörtert, ist sowohl der Kohärenzsinn (SOC), als auch die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ein geeigneter Prädiktor dafür, ob eine Person ihr Verhalten langfristig ändern wird, oder ob sie bei den ersten Schwierigkeiten in das bisherige, gesundheitsabträgliche Verhalten zurückfallen wird. Die Korrelation von SOC und Burnout ist gerade in neuerer Zeit wieder vermehrt untersucht worden (Söderfeldt et al., 2000; Gana & Boblique, 2000; Nilsson et al., 2001; Athanassios et al., 2001). Geleitet durch die Zielsetzung des Seminars „*Work-Life-Balancing*“ lag es jedoch nahe, den Indikator SWE (mittels *SWE Skala*; Schwarzer & Jerusalem, 1995) als Anfangs- und Zielvariable zu überprüfen. Die Kohorte des 10-Städte Pilotprojektes der TK sollte entsprechend befragt werden, folgende Hypothese wurde abgeleitet: *„Die Teilnahme am „Work-Life-Balancing“ Seminar erhöht den Grad der Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmerinnen signifikant.“*

Der Umfang dieser Arbeit erlaubt keine größere Längsschnitterhebung mit entsprechenden Follow-up-Befragungen nach sechs Monaten und/ oder einem Jahr nach Ende des Seminars zur Überprüfung der nachhaltigen Wirkung. Es hat bisher nur eine Datenerhebung mittels Selbstauskunftsfragebogen zu Anfang sowie am Ende des fünftägigen Seminars stattgefunden. Deshalb erschien es zunächst sinnvoll, unterstützend zur Vorhersage bezüglich der Verhaltensänderung, die Teilnehmerinnen zusätzlich nach ihren Einstellungen zu befragen. Im Auswertungsprozess erwiesen sich diese Fragen jedoch als zu unspezifisch und sollen deshalb unberücksichtigt bleiben. Eine weitere Erhebung soll Aufschluss über den anfänglichen Grad der Erschöpfung, bzw. des *Überdrusses* geben (mittels *Tedium Measure*; Aronson, Pines & Kafry, 1993), woraus sich Erkenntnisse darüber gewinnen lassen, ob dieses primärpräventive Angebot tatsächlich die angesprochene Zielgruppe bedient, oder ob andere Bedarfe deutlich werden. Erhebungen zu soziodemografischen Daten liefern Kenntnisse über die Zielgruppe, und dienen als Grundlage für die Überprüfung von Zusammenhangshypothesen. Für evtl. spätere Auswertungen sind des Weiteren Erhebungen zur Persönlichkeit der Teilnehmerinnen gemacht worden,

deren Auswertung jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

3.1.1 Studiendesign

Bei der gewählten Methode handelt es sich um eine Kurzzeit-Längsschnitterhebung zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten t_0 und t_1 derselben Kohorte. Längsschnittanalysen dienen zur Überprüfung von Veränderungsprozessen (Bühl/Zöfel, 2002). Durch die Befragung zu Beginn und nach Ende des Seminars können so Ergebnisse der beiden Messzeitpunkte miteinander verglichen werden. Jeweils ein Fragebogen (t_0 und t_1) zur Selbsteinschätzung diente als Erhebungsinstrument.

3.1.2 Erhebungssituation

Die Seminarleitungen erklärten sich bereit, jeweils zu Beginn und nach Ende eines jeden Seminars die Fragebögen an die Teilnehmerinnen auszuteilen. Bereits bei den telefonischen Gesprächen mit den Teilnehmerinnen im Vorwege, sowie schriftlich in der Anmeldebestätigung, wurde auf die begleitende Studie sowie auf die damit verbundene Befragung mit der Bitte hingewiesen, etwa zwanzig Minuten Zeit zu Beginn des Seminars sowie zum Ende dafür einzuplanen.

Die Seminarleitungen bekamen vor Beginn der Studie Anweisung über die Instruktionen zum Ausfüllen der Fragebögen zur Weitergabe an die Teilnehmerinnen.

Folgende Hinweise sollten gegeben werden:

- Fragen / Sätze nacheinander bearbeiten, keinen auslassen
- Zügig antworten
- So aufrichtig wie möglich antworten
- Falls Entscheidung bei einer Frage schwer fällt, das ankreuzen, was einem „am ehesten“ zutreffend erscheint
- Es gibt keine „falschen“ und „richtigen“ Antworten – es geht um die subjektive Einschätzung einer Person
- Befragung dient wissenschaftlichen Zwecken; Anonymität der Daten einer einzelnen Person wird gewahrt
- Daten werden streng vertraulich behandelt (Mummendey, 1995)

Die Identifikationsnummer (ID) der Fragebögen für die Anfangsbefragung sollte sich jede Teilnehmerin selbst merken, so dass zur Endbefragung der zweite Fragebogen mit der entsprechenden ID der richtigen Person ausgeteilt werden konnte. Bis auf eine Teilnehmerin waren von insgesamt 113 Teilnehmerinnen alle Frauen bereit, an der Befragung teilzunehmen, so dass ein Rücklauf von 99% erreicht werden konnte.

3.2. Datenmanagement

Die statistische Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS Version 11,5. Für die erhobenen Daten wurde zunächst eine Datenmaske (Codeplan) erstellt und eine Datenbank in SPSS erzeugt. Die Daten der ausgefüllten Fragebögen (n= 113) wurden per Hand in den Computer eingegeben.

3.2.1 Datenaufbereitung

Für die drei auszuwertenden Teile der Fragebögen wurden jeweils unterschiedliche Variablen abgeleitet, die sich aus den jeweiligen Fragen ergaben. Ein Überblick über die Codierung des Abschnitts *Soziodemografische Daten* befindet sich im Anhang (siehe *Codierungsleitfaden Soziodemografische Daten*). Die Werte der Befragung mittels der Skala zur Erfassung *allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung* (Jerusalem und Schwarzer, 1995) wurden wie unter Punkt 1.2.2.2 "Messung von SWE" definiert.

3.2.2 Datenbereinigung

Um einen späteren Vergleich der eingegebenen Daten mit den Antworten des jeweiligen Fragebogens einerseits und die Zuordnung des Fragebogens t0 zu t1 für dieselbe Person zu ermöglichen, wurden sie entsprechend nummeriert. Ein Großbuchstabe stand für die Kohorte eines Seminars in einer bestimmten Stadt, z.B. A= Frankfurt. Eine Ziffer stand fortlaufend von 1 bis max. 12 pro Stadt, als Teilnehmernummer. t0 - Fragebögen wurden gekennzeichnet mit "a", t1-Fragebögen mit "b". Fragebögen von Personen, die keine, unvollständige oder uneindeutige (z.B. Kreuz zwischen zwei Antwortmöglichkeiten) Angaben zu den

soziodemografischen Fragen *oder* der Überdrussskala *oder* der SWE Skala gemacht haben, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt (*complete-case analysis*). Dies betraf 27 Fragebögen, so dass eine Gesamtheit von $n = 86$ als gereinigter Datensatz auszuwerten war.

Zur Kontrolle von Eingabefehlern wurde von einzelnen Items Häufigkeiten berechnet. Einzelne fehlerhafte Eingaben konnten so erkannt und durch Vergleich mit dem entsprechenden Fragebogen bereinigt werden (Bühl/Zöfel, 2002). Des Weiteren wurden alle Eingaben fehlender Werte noch einmal überprüft und abgeglichen. Schließlich wurden 10 Stichproben aus dem gesamten Datenmaterial gezogen und mit den jeweiligen Werten im Datensatz verglichen. Bei dieser Überprüfung zeigten sich ausschließlich Übereinstimmungen, so dass von einem gereinigten Datensatz ausgegangen werden kann.

3.2.3 Datenauswertung

Bei der Auswertung der erhobenen Daten kamen Methoden der deskriptiven und analytischen Statistik zum Einsatz. Es wurden Mittelwerte und Häufigkeiten bezogen auf die kategorialen sowie den stetigen, intervallskalierten Variablen der soziodemografischen Angaben ermittelt. Zum Vergleich von Variablen zum Testzeitpunkt t_0 und t_1 (Variablen „*sweprä*“ und „*swepost*“) kam der t-Test bei gepaarten Stichproben zum Einsatz. Dieser Test sollte zeigen, ob die Veränderung der Werte von t_0 zu t_1 signifikant ist. Mit Hilfe der Testverfahren Shapiro-Wilk- und Kolmogorov-Smirnov-Test wurden die Variablen zuvor auf Normalverteilung geprüft.

4. Ergebnisse

An den 10 Seminaren „*Work-Life-Balancing*“ des 10-Städte-Programms der Techniker Krankenkasse nahmen insgesamt 114 Frauen teil. An der Befragung beteiligten sich 113 Frauen. 86 Fragebögen gingen in die Auswertung ein. $n = 86$ entspricht 76% aller Fragebögen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenauswertung vorgestellt. Die Auswertung der Daten im soziodemografischen Kontext wird vorangestellt, um einen Überblick über die Merkmale der befragten Kohorte darzustellen. Darauf folgen Ergebnisse der Auswertung der *Überdrussskala (Tedium Scale)* und der *SWE-Skala* zu t_0 , t_1 als Gesamtwerte

(Variablen *sweprä* und *swepost*) und Einzelergebnis (Variablen *swe1/swe1b* bis *swe10/swe10b*) sowie im Vergleich zu einander.

4.1 Soziodemografische Daten

4.1.1 Alter

Die Befragten waren im Durchschnitt 42 Jahre alt, wobei sich ca. die Hälfte aller Frauen in der Alterskategorie 38-45 Jahre befanden. Dies entspricht der erwarteten Altersverteilung der Zielgruppe. Naturgemäß verstärken sich u. a. die emotionalen und finanziellen Belastungen in den verschiedenen Lebensbereichen zur Lebensmitte hin, so dass dann erste Anzeichen von Überlastung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten führen könnten.

4.1.2 Anzahl der Kinder

Alle Befragten haben entsprechend der Zielgruppenansprache des Seminars mindestens ein Kind. Durchschnittlich und mehrheitlich haben die Befragten 1,97 Kinder. Das ist deutlich mehr als der deutsche Bundesdurchschnitt aller Familien mit Kindern (1,61 Kinder pro Familie in 2006, Statistisches Bundesamt, 2007).

4.1.3 Familienstand

Mehr als zwei Drittel der Befragten sind verheiratet (66,3%), oder in fester Partnerschaft lebend (8%). Etwa ein Drittel der Frauen gaben an, entweder ledig, geschieden, getrennt lebend oder verwitwet zu sein. Daraus lässt sich ableiten, dass diese Frauen in hohem Masse allein sowohl für die Kindererziehung und -betreuung, als auch für das Familieneinkommen verantwortlich sind. Im Vergleich dazu waren 2006 knapp drei Viertel (74%) der Familien in Deutschland Ehepaare mit Kindern. Entsprechend machten Alleinerziehende und Lebensgemeinschaften mit Kindern gut ein Viertel (26%) der Familien aus (Statistisches Bundesamt, 2007). Der Anteil der Alleinerziehenden in diesem Seminar liegt also etwas höher als der Anteil im Bundesdurchschnitt, was nicht unerwartet ist, gemessen an dem höheren Grad an Belastung, dem diese Mütter ausgesetzt sind.

4.1.4 Bildungsgrad

Insgesamt ist das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen recht hoch. Die Hälfte aller

Befragten hat einen akademischen Abschluss an einer Fachhochschule oder Hochschule erreicht. Ein Drittel hat Fachhochschul- oder Hochschulreife. Als niedrigsten Bildungsabschluss gaben 15 Frauen die mittlere Reife an.

4.1.5 Umfang der Erwerbstätigkeit

Die Mehrzahl der Frauen (Mütter) arbeitet beruflich in Teilzeit (66,3%). Ca. ein Drittel ist Vollzeit erwerbstätig, nur ein geringer Anteil (3,5%) ist nicht erwerbstätig wegen Elternzeit (n=2) und Arbeitslosigkeit (n=1). Dies bestätigt die Aussage des *Gender-Datenreports* des BMFSFJ von 2005, derzufolge das traditionelle Teilarbeitszeit-Modell für Mütter die bislang am meisten genutzte Form der Erwerbstätigkeit darstellt, wenn auch in den alten und neuen Bundesländern jeweils aufgrund unterschiedlicher Motivation und Ausgangslage.

4.1.6 Einkommen

Die Einkommensangaben der Befragten verteilen sich gleichmäßig auf die mittleren drei Kategorien (750€ bis unter 3500€) mit zusammen 72,1%. 12,8% sind Geringverdiener mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von unter 750€. Etwas größer (15,1%) ist der Anteil derjenigen, deren Einkommen über 3500€ liegt.

4.2 Vereinbarkeit von Beruf und Seminarteilnahme

Die Ergebnisse der Befragung, auf welche Weise die Teilnahme an diesem Seminar mit den beruflichen Verpflichtungen der Teilnehmerin vereinbar sei, kann im Zusammenhang mit der Motivation der Teilnehmerin (oder ihres Arbeitgebers), der Gewichtung dieses Seminars für die Frauen, oder auch dem persönlichen Leidensdruck aufschlussreich sein. Welche Barrieren sind bereits vor der verbindlichen Zusage zur Teilnahme genommen worden?

Über die Hälfte der Befragten (51,2%) hat sich für die Seminarwoche regulären Urlaub genommen. Ein Drittel aller Frauen ist selbstständig oder freiberuflich und hat so durch flexible Arbeitszeitgestaltung die Teilnahme ermöglichen können. Es ist davon auszugehen, dass dies in der Regel eine finanzielle Einbuße bedeutet. Etwa ein Fünftel hat eine Freistellung vom Arbeitgeber erwirkt. Dies kann als Signal dafür gedeutet werden, dass das individuelle Bedürfnis der Frauen,

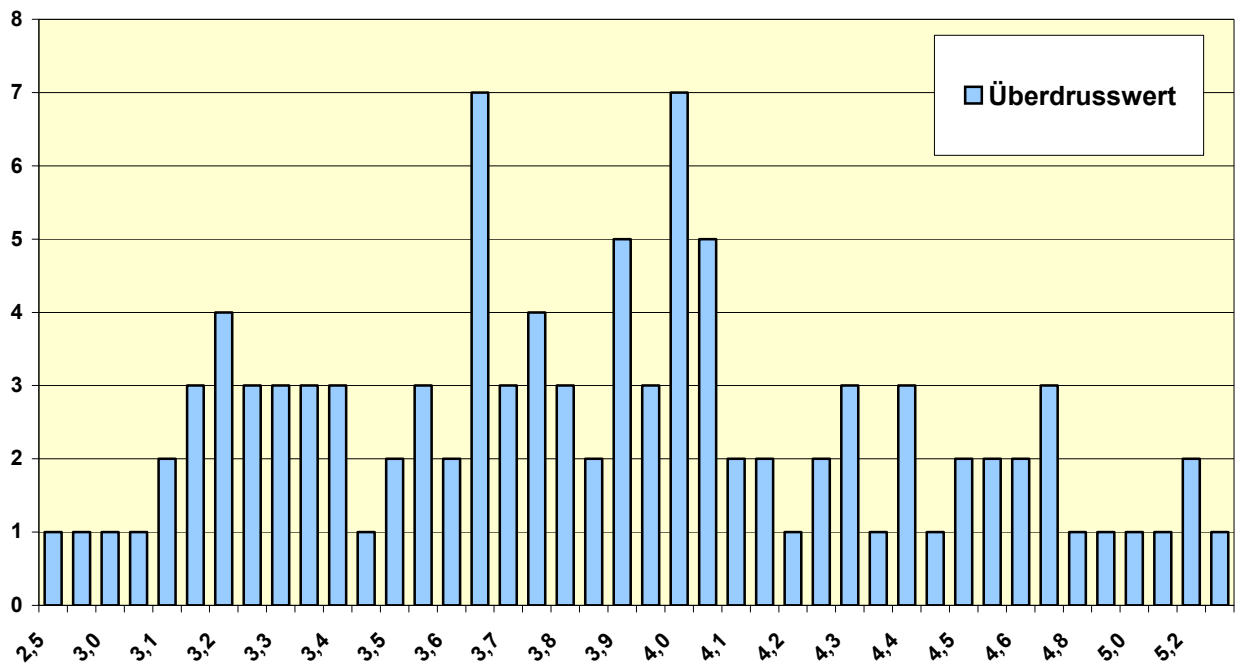
unterstützende Maßnahmen in Bezug auf ihre Lebenssituation in Anspruch zu nehmen verhältnismäßig hoch ist.

4.3 Überdruss

Die Testergebnisse zeigen einen Mittelwert von 3,8. Nur vier Frauen (4,7%) haben einen Wert < 3 , und sind nach den Auswertungskriterien (Aronson, Pines & Kafry, 1983) nicht von Burnout oder Überdruss betroffen. Ebenfalls vier Frauen liegen mit Werten > 5 im Bereich der akuten Krise. Die Werte von über 90% der Frauen erreichen eine Punktzahl zwischen 3 und 4.

Aronson, Pines & Kafry (1983) beurteilen diese Werte so: *„Wenn Sie einen Wert zwischen 3 und 4 errechnet haben, erleben Sie Ausbrennen und Überdruss und müssen unbedingt etwas dagegen unternehmen.“*

Verteilung des Überdrusswertes



Dieses Ergebnis zeigt deutlich, dass bei dieser Kohorte überwiegend ein Grad an Erschöpfung bzw. Überdross oder Burnout auftritt, der Interventionen gegen die Verschlechterung der persönlichen Situation und des Gesundheitszustandes erforderlich macht. Das wiederum wirft die Frage auf, ob diese Maßnahme im Bereich Sekundär-, / Tertiärprävention anzusiedeln ist, und somit hinsichtlich der Finanzierungsgrundlage, aber auch hinsichtlich der Chancen einer möglichen Erweiterung dieses Angebotes neu zu beurteilen ist.

Das Ergebnis ist vor dem Hintergrund aller Einschränkungen zu betrachten, die die Methodik der Vorauswahl der Teilnehmerinnen mit sich bringt (siehe Kap.2.1, S. 47). Zudem macht dieser Wert keine Aussage über die jeweilige Symptomatik des erlebten Ausbrennens. Der Grad der Erschöpfung /des Überdrusses kann vergleichsweise hoch sein, die individuellen kompensatorischen Strategien und Ressourcen können aber auf die Symptomatik mildern wirken.

4.4 Selbstwirksamkeitserwartung

Der Mittelwert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung der Befragung zu t0 (Variable: *swe wert prä*) liegt bei 28,5 Punkten, die Standardabweichung bei 4,2 Punkten. Dieses Ergebnis entspricht den Mittelwerten der meisten anderen Stichproben. Diese liegen bei ca. 29, die Standardabweichung bei ca. 4 Punkten (vgl. Schwarzer & Jerusalem, 1999; Schwarzer, Mueller & Greenglass, 1999), wobei der Wert von Männern kulturübergreifend etwas höher liegt, als der von Frauen.

Der Mittelwert der 2. Befragung zu t1 liegt bei 31,9 Punkten (siehe Abb. 2). Eine Veränderung, das heißt eine Erhöhung des Wertes kann somit festgestellt werden. Das Testergebnis nach Teilnahme am Seminar „*Work-Life-Balancing*“ liefert im Mittel einen höheren Wert, als das Mittel der anderen deutschen Stichproben. Im Vergleich der Mittelwerte durch t-Test bei gepaarten Stichproben ergibt sich ein hoch signifikantes Ergebnis ($p = 0,000$). In der Vergleichsanalyse der Mittelwerte der *einzelnen* Variablen erreichen die Werte der Labels *swe2/swe2b* („*Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.*“) sowie *swe3/swe3c* („*Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.*“) keine signifikanten Unterschiede.

Die an der Zielsetzung des Seminars orientierte Anfangshypothese, dass sich der Grad der Selbstwirksamkeit innerhalb der fünf Seminartage signifikant erhöht, kann somit bestätigt werden.

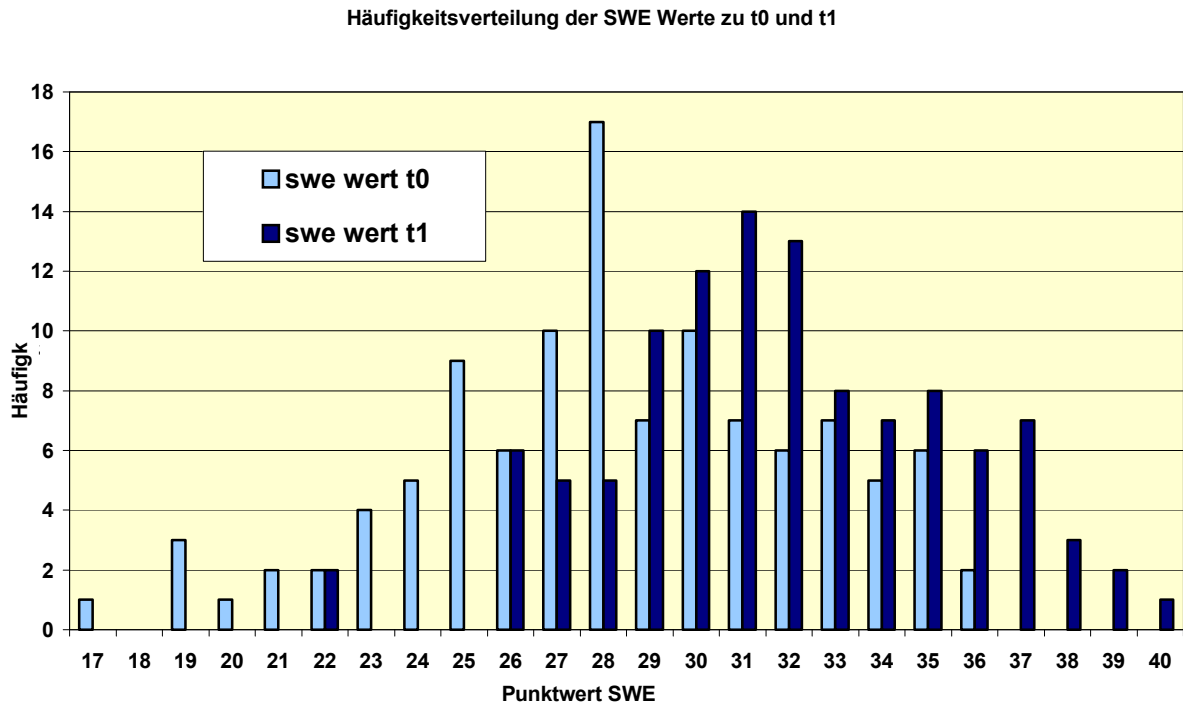


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der SWE Werte vor (sweprä) und nach (swepost) dem Seminar

5. Diskussion

5.1. Methodendiskussion

Vor der Zusammenfassung der Ergebnisse soll eine kritische Betrachtung der Methoden dieser Studie stattfinden. Dies geschieht, um die gewonnenen Ergebnisse angemessen beurteilen zu können.

a) Fragebogen

Die zentralen Qualitätskriterien eines Fragebogens sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität ist in diesem Fall gewährleistet, da durch das verwendete Multiple-Choice-Verfahren die Testergebnisse unabhängig vom Auswertenden sind und Interpretationen ausschließlich der Klärung frei eruerter Hypothesen dienen. Nach Bortz/Döring (2002) kann bei standardisierten, quantitativen Verfahren, die von Fachleuten entwickelt, eingesetzt und ausgewertet werden, von Objektivität ausgegangen werden. Die Reliabilität und Validität der beiden für diese Auswertung genutzten Skalen (*Tedium Scale* und *SWE Skala*) sind auf Grundlage umfassender vorhergegangener internationaler Studien hinreichend bewiesen worden.

b) *Erhebungssituation*

Schriftliche Befragungen sind gegenüber Interviews sehr kostengünstig und es kann eine größere Gruppe von Teilnehmern erreicht werden. Verschiedene Nachteile schriftlicher (postalischer) Befragungen konnten aufgrund der beschriebenen Erhebungssituation ausgeschaltet werden. Hierzu zählen z.B. die standardisierten Bedingungen bei der Erhebung, die Anwesenheit der Seminarleitung- in diesem Fall als Untersuchungsleiter-, das Briefing der Teilnehmerinnen durch die Seminarleitung zur Durchführung sowie die so erzielte Rücklaufquote von 99% (Bortz; Döring, 2002). Die hohe Anzahl von fehlenden oder fehlerhaften Angaben trat vorrangig beim Fragebogenabschnitt *soziodemografische Daten* auf, was auf ein unzureichendes Untersuchungsdesign schließen lässt. Mittels einer Strukturanalyse ließen sich bei erneuter Verwendung des vorhandenen Grund-Datensatzes Kenntnisse über systematisch wiederkehrende Ausfälle gewinnen. Dieser Teil kann für Analysen anderer einzelner Variablen und Korrelationen unberücksichtigt bleiben, so dass ggf. die Anzahl der verwertbaren Fragebögen erhöht werden könnte.

5.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit

Die Evaluation des Seminars „*Work-Life-Balancing*“ liefert folgende relevante Ergebnisse:

- Der Grad der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung erhöht sich nach Teilnahme an der Maßnahme signifikant.
- Der Grad an Überdruss (Burnout) ist bei den Teilnehmerinnen (gemessen vor der Maßnahme) so hoch, dass davon ausgegangen werden muss, dass die meisten der Befragten bereits Burnout-Symptomatik aufweisen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person gilt als Prädiktor für die Veränderung von Gesundheitsverhalten, bzw. beeinflusst den Grad des Handlungserfolges.

Somit kann gesagt werden, dass die Teilnahme am Seminar dazu beitragen kann, den Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen zu verbessern, bzw. einer

Verschlechterung präventiv entgegenzuwirken.

Um diese Aussage in Hinblick auf nachhaltige Effekte zu überprüfen, wird empfohlen, eine Follow-up-Studie mit einer Nachbefragung auf Grundlage des vorhandenen Datensatzes in angemessenem Zeitraum durchzuführen.

Des Weiteren sollte zukünftig im Vorwege des Seminars der Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen inklusive psychosomatischer Befunde sorgfältiger erhoben werden, bspw. durch einen Arztbesuch mit Unbedenklichkeitsempfehlung für die Teilnahme am Seminar oder entsprechender weiterführender Beratung.

Das wachsende Bewusstsein über Burnout und seine Folgen sind insbesondere vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen zu betrachten. Es gibt eine bundesweit wachsende Zahl von allein erziehenden und allein verdienenden Müttern und aufgrund der angespannten Arbeitsmarktsituation werden Anforderungen an die Frauen im Beruf, etwa im Bereich der Flexibilität und Leistungsbereitschaft, stetig größer. Anerkennung für die zusätzliche unbezahlte Arbeit mit Kindern und im Haushalt, die Frauen leisten, gibt es zumindest auf politischer und wirtschaftlicher Ebene nur geringfügig. Dem gegenüber steht ein Mangel an Ressourcen, wie z.B. der sozialen Unterstützung durch die (Groß-) Familie, Mangel an Fähigkeiten zur Problembewältigung, Selbstwert, und nicht zuletzt der schwache Glaube an die eigene Wirksamkeit.

Um ein Ausbrennen dieser Frauen in mehrfach- belastenden Situationen mit all seinen persönlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen zu verhindern, sind Maßnahmen auf unterschiedlicher Ebene und von verschiedenen Akteuren notwendig.

Auf politischer Ebene müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Frauen, insbesondere Müttern, möglich machen, z.B. ohne zusätzliche finanzielle Benachteiligung für ihre individuelle Situation angemessene Arbeitszeitmodelle zu nutzen. Höhere monetäre Anerkennung oder Ausgleichszahlungen für Kindererziehungszeiten könnten zur Entlastung erheblich beitragen.

Die Betriebe sind zur Erhaltung der Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen gefordert, familien- und müttergerechte Verhältnisse zu schaffen. Zusätzlich zu flexibler Arbeitszeitgestaltung und Kinderbetreuungsmöglichkeiten sollten individuelle,

verhaltenspräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Angebote wie das Seminar „*Work-Life-Balancing*“ von Heinemann und Willhelms sind dafür unter Umständen auch geeignet. Zumindest aber sollte der Mitarbeiterin eine gewisse Anzahl von Freistellungstagen zugestanden werden, um extern an solchen oder ähnlichen Angeboten teilnehmen zu können, ohne auf Erholungsurlaub verzichten zu müssen.

Institutionen der Familienbildung sollten weiterhin ihre Zugangswege zur „Organisationseinheit“ Familie nutzen und hinsichtlich gesundheitsförderlicher Maßnahmen ausbauen, um berufstätigen Müttern und Vätern unterstützende Hilfs- und Bildungsangebote zu machen.

Des Weiteren sollten die Krankenkassen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages zur Primärprävention vermehrt in Verantwortung genommen werden, die Problemlage anzunehmen und Symptomatik sowie Folgen von Burnout zu verhindern.

Eine Vernetzungsstruktur der Angebote und Akteure untereinander sollte in jedem Fall geschaffen werden.

Die Techniker Krankasse hat mit diesem Angebot des Konzeptes „*Work-Life-Balancing*“ sowohl den begründeten Bedarf, als auch das individuelle Bedürfnis der Versicherten an verhaltens- und persönlichkeitsorientierten Kursen der Burnout- Prävention hinsichtlich der hier untersuchten Faktoren auf effektive Weise beantwortet. Eine Verknüpfung mit dem bestehenden interaktiven Online Coaching Modul zur Stressbewältigung, sowie ein „Refresher“-Seminar zur Stabilisierung und Verstetigung der neu erlernten Fähigkeiten und des Gesundheitsverhaltens wird empfohlen.

6. Literaturnachweis

Antonovsky, A. (1993):

Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen: DGVT-Verlag, S. 3-14.

Athanassios, T., Aikaterini, M., Ioannis, I. (2001):

Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. Nursing & Health Sciences 3 (2), S. 69–71

Aronson, E., Pines, A. & Kafry, D. (1983):

Ausgebrannt, in: Psychologie heute Nr. 10 /1983. S.21-27

Bandura, A. (1997):

Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Barth, A. (1997):

Burnout bei Lehrern, (2, Aufl.) Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie

Barth, A. (1992):

Burnout bei Lehrern. Theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung. Göttingen: Hogrefe

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998):

Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BzgA

Belardi, N. (2002):

Supervision: Grundlagen, Techniken, Perspektiven. München: Verlag C. H. Beck.

Blättel-Mink, B.; Kramer, C.; Mischau, A. (2000):

Innerfamiliäre Arbeitsteilung. Wunsch und Wirklichkeit – Die Sicht der Frauen.
In: Wechselwirkungen. Jahrbuch aus Lehre und Forschung der Universität Stuttgart.
Stuttgart,
S. 22-33

Bortz, J; Döring, N. (2002):

Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 3.überarbeitete Auflage

Brouwers, A., & Tomic, W., (2000):

A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. Teaching and Teacher Education 16/2: S. 239-253

Bühl, A.; Zöfel, P. (2002):

SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium, München.

Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1989):

Burnout - ein neues Phänomen der psychosozialen Arbeitswelt? In W. Schönplug (Hrsg.), Bericht über den 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Band 2
Göttingen: Hogrefe, S. 165-176

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2003):

Bericht der Bundesregierung 2003: *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2003 - Unfallverhütungsbericht Arbeit*, 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, S. 82)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2005):

1. Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland – Kapitel 5: Vereinbarkeit von Familie und Beruf, München 2005, S.266-341

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003):

Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/2002, Berlin 2003

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988):

Geschlechtsrollen im Wandel. Partnerschaft und Aufgabenteilung in der Familie. Schriftenreihe des Bundesministeriums Band 235. Stuttgart/ Berlin/Köln/Mainz: Kohlhammer

Burisch, M. (2006):

Das Burnout- Syndrom. Berlin: Springer (3. Aufl.)

Cherniss, C. (1980):

"Job Burnout": Growing worry für workers, bosses. US News & World Report, Vol. 88,S. 71-72

Cherniss, C. (1999):

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

Cordes & Dougherty (1993):

A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review AMR, 18 (4), S. 621 - 659

Demerouti, E; Bakker, A.; Nachreiner, F.; Schaufeli, W.(2001):

The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology. 2001 Jun Vol 86(3) S. 499-512

Diekmann, A. (2006):

Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowohlt

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984):

Ausgebrannt. Das Burnout- Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM

Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989):

Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger

Enzmann, D. & Kleiber, D (1990):

Burnout – Eine internationale Bibliographie. Göttingen: Verlag für Psychologie

Fengler, J. (1994):

Helfen macht müde. München: Pfeiffer; **(2001):** Stuttgart: Klett-Cotta

Fischer, H. J. (1983):

A psychoanalytic view of burnout. In: B.A. Farber (Ed.), Stress and Burnout in the Human Service Professions. New York: Pergamon

Frambach, H. (1999):

Arbeit im ökonomischen Denken. Zum Wandel des Arbeitsverständnisses von der Antike bis zur Gegenwart, Marburg

Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980):

Ausgebrannt – Die Krise der Erfolgreichen-Gefahren erkennen und vermeiden.
München: Kindler Verlag GmbH

Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1983):

Mit dem Erfolg leben. München:Heyne

Freudenberger, H.-J. & North, G. (2005):

Burnout bei Frauen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Fuchs, R. (1997):

Psychologie und körperliche Bewegung. Göttingen: Hogrefe

Gana, K.; Boblique, C., (2000):

Coping and burnout among police officers and teachers: Test of a model. European Review of applied Psychology 50/4: S. 423-430

Glass, D. C. & McKnight, J. D. (1996):

Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. Psychology and Health, 11, S. 23-48.

Gusy, B. (1995):

Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout – Eine Kausalanalyse;
Forschungsberichte Band 1, München, Wien: Profil Verlag GmbH

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002):

A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. Journal of Sport and Exercise Psychology, 24, S. 3-32

Harrison, W. D. (1983):

A social competence model of burnout. In B. A. Farber (Ed.), Stress and burnout in the human service professions S.29-39. New York: Pergamon Press

Heckhausen, H., Gollwitzer, P.M. & Weinert, F. E. (Hrsg.) (1987):

Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Heckhausen, H. (2006):

Motivation und Handeln. Lehrbuch der Motivationspsychologie. Heidelberg: Springer

Heinemann, H. & Zimmermann, C. (2007):

Kurskonzept „Work-Life-Balancing“ zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern und Vätern, Institut für Burnout- Prävention Hamburg, Hamburg

Helbrecht-Jordan, I ; Deitermann, B. (1999):

Evaluation und Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung zur Familienbegleiterin/zum Familienbegleiter. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, BzGA (Hrsg.) Vol. 1-1999, S. 10-13

Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. & Toppinen-Tanner, S. (2003):

Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*, 17, S. 109 – 122

Kanfer, F.H. , Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996):

Selbstmanagement-Therapie (2.Aufl.), Berlin: Springer

Karasek, R. & Theorell, T. (1990):

Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic. Books, S. 89-103

Kastner, M. (1999):

Selbstmanagement als zukünftige Schlüsselqualifikation. In Hannover, B., Metz-Göckel, H. & Kittler, U. (Hrsg.). Essen: Blaue Eule.

Kastner, M. (Hrsg.) (2004):

Die Zukunft der Work Life Balance ;Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren? Asanger Verlag

Keller, S. Kaluza, G., Basler, H.D. (2001):

Motivierung zur Verhaltensänderung - Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung, *Psychomed* 13, S. 101-111

Kettschau, I. & Methfessel, B. (1991):

Hausarbeit- gesellschaftlich der privat? – Einleitung , in: Dies (Hrsg.): *Hausarbeit, gesellschaftlich oder privat? Entgrenzungen- Wandlungen- alte Verhältnisse*, Hohengehren: Schneider, IV-X

Kilpatrick, A., (1989):

Burnout correlates and validity of research designs in a large panel of studies. Journal of health and Human resources 12: S. 25-45

Klaus, D. & Steinbach, A. (2002):

Determinanten innerfamiliärer Arbeitsteilung. Eine Betrachtung im Längsschnitt. In: Zeitschrift für Familienforschung 14, S. 21-43

Klenner, C. (2005):

WSI Frauen Daten Report 2005. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hg.) Handbuch zur wirtschaftlichen und sozialen Situation von Frauen – Kapitel 4.8: Zeit für unbezahlte Arbeit, Berlin, S. 225-235

Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982):

Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 42, S. 168-177

Kristensen, S. ; Borritz, M.; Villadsen, E.; Christensen, K. (2005):

The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout ; Work & Stress, Issue 3, July 2005 , S. 192 - 207

Künzler, J. & Walter, W. (2001):

Arbeitsteilung in Partnerschaften. Theoretische Ansätze und empirische Befunde. In: Huinink, J., Strohmeier, K. & Wagner, M. (Hrsg.): Solidarität in Partnerschaft und Familie. Zum Stand familiensoziologischer Theoriebildung. Würzburg: Ergon, S. 185-218

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984):

Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer

Leiter, M., & Maslach, C., (2001):

Burnout and health. In : Baum, A.; Revenson, T.; Singer, J. (Hrsg.); Handbook of Health Psychology. Mahwah, NJ: Erlbaum: S. 415-426

Maslach, C. & Jackson, S. (1981):

The measurement of experienced burnout. In: Journal of Occupational Behaviour, 2, S. 99-113

Maslach, C. (1982):

Burnout- The Cost of Caring. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice Hall

Maslach, C. (1998):

A multidimensional theory of burnout. In: C.L. Cooper (Hrsg.), *Theories of Organizational Stress*, Oxford: Oxford University Press, S. 68-85

Meier, S. (1984):

The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, S. 211-219

Melamed, Shirom, et. al. (2006):

Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosomatic Medicine* 68: S. 863-869

Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996):

A metaanalytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, S. 322-348.

Mischau, A., Oechsle, M. (Hg.) (2005):

Arbeitszeit - Familienzeit - Lebenszeit: Verlieren wir die Balance? *Schwerpunktheft 5, Zeitschrift für Familienforschung*, Wiesbaden 2005

Müller, G. F. & Hassebrauck, M. (1998):

Gerechtigkeitstheorien. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie*, Band I: *Kognitive Theorien* Bern: Huber, S. 217-240

Mummendey, H.-D. (1995):

Die Fragebogenmethode. Göttingen: Hogrefe

Nilsson, I., et al. (2001):

Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volume 15/3 Blackwell Publishing, S. 203-214

Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1983;1993):

Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung (engl. : Pines, A., Aronson, E. with Kafry, D. (1981) . *Burnout - From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.)
Stuttgart: Klett-Cotta

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992):

In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, S. 1102-1114

Prochaska, J. O. et al. (1994;2002):

Changing for good - A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York : Quill

Richter, P. (2006):

Leistungsfähigkeit erhalten – „Burnout“ muss nicht sein. Vortrag anl. Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2006 Technische Universität Dresden, Arbeits- und Organisationspsychologie

Rösing, I. (2003):

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

Rotter, J. B. (1966):

Generalized expectancies for internal and external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, No. 609

Schaufeli, W., Maslach, C., Marek, T. (1993):

Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. Washington D.C.: Taylor & Francis

Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998):

The Burnout Companion to Study and Practice; A Critical Analysis (Issues in Occupational Health), London: Taylor & Francis

Schmitz, G., (2000b):

Kann Selbstwirksamkeitserwartung Lehrer vor Burnout schützen? Eine Längsschnittstudie in 10 Bundesländern. Psychologie in Erziehung und Unterricht 48/1: S. 49-67

Schmitz, G. S. (2002):

Selbstwirksamkeit erleben - Burnout verhindern. In: Das Lehrerhandbuch, September 2002. Berlin: Raabe Verlag

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995):

Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs.* Windsor, UK: NFER-NELSON. S. 35-37

Schwarzer, R. (1996):

Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999):

Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin

Schwarzer, R., Mueller, J. & Greenglass, E. (1999):

Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, S.145-161

Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.) (2002):

Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch, Göttingen: Hogrefe, S. 267-269.

Shirom, A. (2003):

Job-related Burnout. In J.C. Quick & L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology.* Washington, DC: American Psychological Association, S. 245-265

Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2005):

Burnout, mental & physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organizational Psychology* 20, S. 269-309

Siegrist, J. (1996):

Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen : Hogrefe

Söderfeldt, M.; Söderfeldt, B.; Ohlson, C.; Theorell, T.; Jones, I., (2000):

The impact of sense of coherence and high- demand/low-control job environment on wself reported health, burnout and psychophysiological stress indicators. *Work and stress* 14/1: S.1-15

Staehele, W. H. (1994):

Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. (7. Aufl.). München: Vahlen

Urban & Vogel (1994):

Lexikon der Medizin. München: Urban und Schwarzenberg

Van Dierendock, D., Schaufeli, W. B., Buunk, B. P.(1998):

The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. In: *Journal of applied psychology* 83/3, S. 392-407

Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998):

Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. Homeostasis, 38, S. 216-233.

Wagner, P. (1993):

Ausgebrannt. Zum Burnout- Syndrom in helfenden Berufen. Bielefeld: KT , S. 59

Wülser, M., 2006:

Fehlbeanspruchungen bei personenbezogenen Dienstleistungstätigkeiten.
unveröffentlichtes Manuskript, Dissertation, Universität Bern

6.1. Internetseitennachweis / Onlineressourcen

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.):

Leitlinie Somatoforme Störungen :Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

Online: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/051-008.htm>; Stand: 2007-10-17

Eckstein, K. (2001):

Evaluation - Report (BO-SE) Burnout and Self-Efficacy,

Online:http://www.ebop.salzburg.at/TEExt/evaluation%20reports_4/EVALUATION_BO-SE_REPORT.pdf; Stand: 2007-11-15

Schmitz, G. (2000a):

FU Berlin, Digitale Dissertation: Zur Struktur und Dynamik der

Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout? Online: <http://www.diss.fu-berlin.de/2000/29>; Stand: 2007-11-15

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(2006):

Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Presseexemplar,

Wiesbaden 2006, Online: <http://www.gbe-bund.de/oowa921->

[install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_482/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_512/D.946/14493#SOURCES](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_482/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_512/D.946/14493#SOURCES); Stand: 2007-08-02

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(2007):

„Familien in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2006“

Radermacher, W.; Online:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2007/Mikrozensus/statement__praes,property=file.pdf; Stand: 2008-01-01

<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/>; Stand: 2007-09-12

<http://www.die-bergische-kk.de/t3/startseite/online-service/burn-out>; Stand: 2007-07-31

<http://www.fu-berlin.de/gesund/>; Stand: 2007-09-10

7. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, Januar 2008

- 8. Anhang**
- I. Fragebogen t0**
- II. Fragebogen t1**
- III. „Burnout-Check“ Fragebogen**
- IV. Codierungsleitfaden Soziodemografische Daten**
- V. Codierung und Auswertungsleitfaden Tedium Scale**
- VI. Orte und Termine der „*Work-Life-Balancing*“ Seminare im 10-Städte Programm der TK**
- VII. Kursübersicht „*Work-Life-Balancing*“ zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern**
- VIII. SPSS Tabellen und Grafiken**
 - a. Altersverteilung**
 - b. Kinderanzahl**
 - c. Familienstand**
 - d. Bildungsgrad**
 - e. Erwerbstätigkeit**
 - f. Einkommen**
 - g. Vereinbarkeit von Beruf und Seminarteilnahme**
 - h. Überdrusswerte / Tediumscore**
 - i. SWE Werte: Mittelwerte; Normalverteilung; T-Test**

I. Fragebogen t0 -S.1

Liebe Teilnehmerin am Balancing Seminar,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte beachten Sie dabei folgende Punkte:

1. Bitte bearbeiten Sie die Sätze nach einander, und lassen Sie keinen aus.
2. Bitte lesen Sie jeden Satz bis zum Ende durch.
3. Bitte antworten Sie so aufrichtig und so zügig, wie möglich.

Bitte geben Sie an, in welcher Stärke Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Fragebogen t0 -S.3

3. Bitte geben Sie an, in welcher Stärke Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
32	Einen Sprung vom Fünf- Meter-Brett könnte ich nach einer Woche Übungszeit schaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Wenn ich in nächster Zeit mehr arbeite, werde ich es mir in zwei oder drei Jahren richtig gut gehen lassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ich kann dann meine Pause nehmen, wenn der Rest der Familie versorgt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Ich verdiene Anerkennung für meine berufliche Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ich verdiene Anerkennung für meine Arbeit in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Ich verdiene Anerkennung für meine Arbeit im Haushalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Ich habe eine positive Einstellung zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Ich denke nur kurz über peinliche Fehler nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Wenn meine Familie stolz auf mich ist, steigt meine Selbstwertschätzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Wenn andere mich nicht achten, kann ich mich selbst auch nicht achten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Ich glaube, dass viele Menschen mich mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Ich bin überzeugt, dass ich gute Arbeit geleistet habe, wenn ich eine Aufgabe abgeschlossen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Ich bin mit meinem Körper zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Fragebogen t0 -S.4

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
45	Ich mache mir häufiger Gedanken über das, was ich bin, als über das, was ich nicht bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Ich akzeptiere mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Ich bin stolz darauf, gute Freunde zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Ich bin mit meinen beruflichen Leistungen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ich lasse keine gute Gelegenheit, etwas für mich zu tun, ungenutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Das Familienleben kann nur dann harmonisch sein, wenn ich alles gut durchorganisiert habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Aufgaben abzugeben bedeutet die Kontrolle zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Mir für den Haushalt oder Kinderbetreuung Hilfe holen zu müssen empfinde ich als Versagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Ich habe an mich selbst den Anspruch, in meinen Aufgaben als berufstätige Mutter nahezu perfekt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Über meine Sorgen und Nöte offen zu sprechen macht mich angreifbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Ich halte es für realistisch, noch mindestens einen meiner Jugendträume für meine berufliche Zukunft umzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Fragebogen t0 -S.5

4. Bitte geben Sie an, auf welche Weise die Teilnahme an diesem Seminar mit Ihren beruflichen Verpflichtungen vereinbar ist:

- Urlaub
- Unbezahlter Urlaub
- Freistellung vom Arbeitgeber
- selbstständig/ freiberuflich tätig
- z. Zt. arbeitsunfähig
- sonstiges , und zwar: _____

A. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

B. Ihr(e) erlernter(n) Beruf(e) : _____

C. Ihr derzeit ausgeübter Beruf: _____

- erwerbstätig in Vollzeit in Teilzeit
- nicht (mehr) erwerbsfähig aufgrund der chronischen Erkrankung
- in Ausbildung/Studium nicht (mehr) erwerbstätig

C. Wie sind Sie krankenversichert ?

- Freiwillig versichertes Mitglied
- Pflichtversichertes Mitglied
- Mitversichertes Familienmitglied
- Sonstige: _____

D. Wie hoch ist Ihr persönliches durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen in Euro?

- unter 750,-- € 2.500,-- bis unter 3.500,-- €
- 750,-- bis unter 1.500,-- € 3.500,-- bis unter 4.500,-- €
- 1.500,-- bis unter 2.500,-- € über 4.500,-- €

E. Welchen Schulabschluss haben Sie? Wenn Sie sich noch in Ausbildung befinden, nennen Sie bitte den von Ihnen bisher erreichten Abschluss.

- Haupt-/Volksschule bzw. Abschluss nach 9. Klasse.
- Mittlere Reife bzw. Abschluss nach der 10. Klasse
- Fachhochschulreife
- Abitur, Hochschulreife
- Abschluss (Fach-)Hochschule

F. In welchem Bundesland wohnen Sie? _____

G. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig geschieden
- verheiratet verwitwet
- getrennt lebend in fester Partnerschaft lebend

H. Haben Sie Kinder?

- ja Anzahl : _____
- nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

II. Fragebogen t1 -S.1

Liebe Teilnehmerin,

Für diesen zweiten Fragebogen beachten Sie bitte wieder folgende Punkte:

1. Antworten Sie zügig und ehrlich.
2. Bearbeiten Sie die Sätze nacheinander, und lassen Sie keinen aus
3. Lesen Sie jeden Satz bis zum Ende durch

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte geben Sie an, in welcher Stärke Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1	Ich habe an mich selbst den Anspruch, in meinen Aufgaben als berufstätige Mutter nahezu perfekt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Über meine Sorgen und Nöte offen zu sprechen macht mich angreifbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich bin mit meinem Körper zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich verdiene Anerkennung für meine Arbeit im Haushalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Fragebogen t1 -S.2

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
11	Ich halte es für realistisch, noch mindestens einen meiner Jugendträume für meine berufliche Zukunft umzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Einen Sprung vom Fünf-Meter-Brett könnte ich nach einer Woche Übungs-Zeit schaffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn ich in nächster Zeit mehr arbeite, werde ich es mir in zwei oder drei Jahren richtig gut gehen lassen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich kann dann meine Pause nehmen, wenn der Rest der Familie versorgt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Körperliche Gesundheit und seelische Gesundheit haben für mich den gleichen Stellenwert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich verdiene Anerkennung für meine Arbeit in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich lasse keine gute Gelegenheit, etwas für mich zu tun, ungenutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich denke nur kurz über peinliche Fehler nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wenn meine Familie stolz auf mich ist, steigt meine Selbstwertschätzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich habe eine positive Einstellung zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich bin überzeugt, dass ich gute Arbeit geleistet habe, wenn ich eine Aufgabe abgeschlossen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich mache mir häufiger Gedanken über das, was ich bin, als über das, was ich nicht bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich akzeptiere mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich bin stolz darauf, gute Freunde zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Ich bin mit meinen beruflichen Leistungen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Fragebogen t1 -S.3

		Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
27	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich glaube, dass viele Menschen mich mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Das Familienleben kann nur dann harmonisch sein, wenn ich alles gut durchorganisiert habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Aufgaben abzugeben bedeutet die Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Mir für den Haushalt oder Kinderbetreuung Hilfe holen zu müssen empfinde ich als Versagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ich verdiene Anerkennung für meine berufliche Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Wenn andere mich nicht achten, kann ich mich selbst auch nicht achten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Burnout Check Fragebogen (nach Willhelms, Institut für Burnout- Prophylaxe, 2006)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem sie ihren Punktwert (1 bis 5) in das Kästchen hinter der Frage eintragen.

1 = trifft nie oder selten zu; 2 = trifft manchmal zu; 3 = trifft in 50% der Fälle zu
4 = trifft oft zu (mehr als 50%); 5 = trifft fast immer zu

- | | |
|--|--|
| 1. Ich bin häufig gereizt | |
| 2. Ich fühle mich müde und erschöpft | |
| 3. Familie und Arbeit fressen mich auf | |
| 4. Ich habe Probleme mich zu konzentrieren | |
| 5. Ich bin oft grundlos deprimiert | |
| 6. Ich kann nachts nicht schlafen, weil ich mir über meine Arbeit Sorgen mache | |
| 7. Meine Arbeit macht mir keinen Spaß mehr | |
| 8. Ich bin öfter krank als früher | |
| 9. Ich meide Menschen auf der Arbeit und im Privatleben | |
| 10. Ich fühle mich selbst einfachsten Aufgaben nicht mehr gewachsen | |
| 11. Ich mühe mich ab und erreiche wenig | |
| 12. Ich bin häufig in Konflikte verwickelt | |
| 13. Ich konsumiere mehr Medikamente und Drogen als früher | |
| 14. Mit anderen Menschen zu sprechen ist für mich anstrengend | |
| 15. Ich fühle mich ohnmächtig | |
| 16. Die Arbeit langweilt mich | |
| 17. Ich mag nicht mehr auf Feiern gehen | |
| 18. Am liebsten bin ich zuhause und gucke Fernsehen | |
| 19. Meine Arbeit erscheint mir sinnlos | |
| 20. Sex ist mir zu anstrengend | |
| 21. In meiner Freizeit muss ich über meine Arbeit nachgrübeln | |
| 22. Ich habe das Gefühl, dass ich alles ganz allein bewältigen muss | |
| 23. Ich muss mich morgens zwingen zur Arbeit zu gehen | |
| 24. Auch nach meinem Jahresurlaub fühle ich mich nicht erholt | |
| 25. Ich habe Probleme abzuschalten | |

Bei 70 oder mehr Punkten kann das Seminar möglicherweise nur eingeschränkt für Sie von Nutzen sein. Für ein persönliches Gespräch stehen wir gerne zur Verfügung.

IV. Codierungsleitfaden Soziodemografischen Daten

Name	Frage	Codierung
teil	Bitte geben Sie an, auf welche Weise die Teilnahme an diesem Seminar mit Ihren beruflichen Verpflichtungen vereinbar ist.	1= Urlaub 2= Unbezahlter Urlaub 3= Freistellung vom Arbeitgeber 4= selbstständig / freiberuflich tätig 5= z.Zt. arbeitsunfähig
teilsons	sonstiges, und zwar:	Textwert
alter	Wie alt sind Sie?	Numerische Angabe
ausbild	Ihr erlernter Beruf?	Textwert
ber.grup	Berufsgruppe	1= helfender Beruf 2= Lehrerin 3= sonstiges
beruf	Ihr derzeitig ausgeübter Beruf?	Textwert
Arterwer	Art der Erwerbstätigkeit	1= vollzeit erwerbstätig 2= teilzeit erwerbstätig 3= nicht (mehr) berufstätig aufgrund chronischer Erkrankungen 4= nicht (mehr) erwerbstätig 5= in Ausbildung/ Studium
kv	Wie sind Sie krankenversichert?	1= freiwillig versichertes Mitglied 2= pflichtversichertes Mitglied 3= mit versichertes Familienmitglied 4= privat
kvsonst	wie sind Sie krankenversichert sonstige Angaben	Textwert

einkomm	Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoeinkommen in Euro?	1= unter 750,- € 2= 750,- bis unter 1500,-€ 3= 1500,- bis unter 2500,-€ 4= 2500,- bis unter 3500,-€ 5= 3500,- bis unter 4500,-€ 6= über 4500,-€
abschluss	Welchen Schulabschluss haben Sie? Wenn Sie sich noch in der Ausbildung befinden, nennen Sie bitte den von Ihnen bisher erreichten Abschluss.	1= Haupt-/Volksschule bzw. Abschluss nach der 9. Klasse 2= Mittlere Reife bzw. Abschluss nach der 10. Klasse 3= Fachhochschulreife 4= Abitur, Hochschulreife 5= Abschluss (Fach-)Hochschule
bundesl	In welchem Bundesland wohnen Sie?	1= Schleswig-Holstein 2= Hamburg 3= Niedersachsen 4= Mecklenburg-Vorpommern 5= Hessen 6= Berlin 7= Bremen 8= Brandenburg 9= Sachsen 10= NRW 11= Baden-Württemberg 12= Sachsen Anhalt 13= Thüringen 14= Bayern 15= Saarland 16= Rheinland Pfalz
famstnd	Wie ist Ihr Familienstand?	1= ledig 2= verheiratet 3= getrennt lebend 4= geschieden 5= verwitwet

kinder	Haben Sie Kinder?	1= ja 2= nein
kianzahl	Anzahl der Kinder?	Numerische Angabe

Variable *ber.grup* (Berufsgruppe) wurde nachträglich definiert und die Textwerte aus der Variable *ausbild* (erlernter Beruf) zur besseren Übersicht nach Zahlen kategorisiert. Fehlende Antworten wurden bei den zahlencodierten Variablen als fehlender Wert mit der Ziffer „0“ benutzerdefiniert.

V. Codierung und Auswertungsleitfaden Tedium Scale / Überdruss Skala

Die 21 Items sind fortlaufend von Ü1 bis Ü21 durchnummeriert (siehe Anhang I. Fragebogen T0). Den sieben Antwortmöglichkeiten werden die Werte 1 bis 7 zugeordnet:

1= niemals, 2= fast niemals, 3= selten, 4= manchmal, 5=oft, 6=meistens, 7=immer

Fragenkatalog A ergibt sich aus den Fragen mit der laufenden Nummer Ü1 bis Ü21 ohne die Fragen Ü3, Ü6, Ü18 und Ü19.

Fragenkatalog B ergibt sich aus den Fragen mit der laufenden Nummer Ü3, Ü6, Ü18 und Ü19.

Die Auswertung erfolgt wie folgt:

- Addieren der Punkte der Fragenkataloge A und B jeweils separat.
- Das Ergebnis des Fragenkataloges B von der Zahl 32 subtrahieren.
- Dieses Ergebnis dem Punktergebnis des Fragenkataloges A hinzu addieren.
- Diese Summe durch die Zahl 21 teilen.
- Der Endwert ist der so genannte Überdrusswert.

Aronson, Pines & Kafry et al (1983, S. 49) interpretieren die Testwerte wie folgt:

„Wenn Ihr errechneter Wert zwischen 2 und 3 liegt, geht es Ihnen gut. Allerdings möchten wir Ihnen nahe legen, den Fragebogen noch einmal vorzunehmen und zu überprüfen, ob Sie wirklich aufrichtig geantwortet haben.

Wenn Sie einen Wert zwischen 3 und 4 errechnet haben, erleben Sie Ausbrennen und Überdruss und müssen unbedingt etwas dagegen unternehmen. Wenn der errechnete Wert höher als 5 liegt, ist Ihre Krise akut und Sie benötigen dringend Hilfe.“

VI. Orte und Termine 10-Städte Programm der TK

ID -Kennung	Ort	Termin
A	Frankfurt	30. 10. – 3. 11. 2006
B	Berlin	06. 11. – 10. 11. 2006
C	Dortmund	27. 11. – 1. 12. 2006
D	Hamburg	22. 01. – 26. 01. 2007
E	Köln	29. 01. – 02. 02. 2007
F	Stuttgart	12. 02. – 16. 02. 2007
G	Nürnberg	26. 02. – 02. 03. 2007
H	Dresden	26. 03. – 30. 03. 2007
I	Hamburg	02. 04. - 06. 04. 2007
J	Hannover	16. 04. - 20. 04. 2007
K	München	07. 05. – 11. 05. 2007

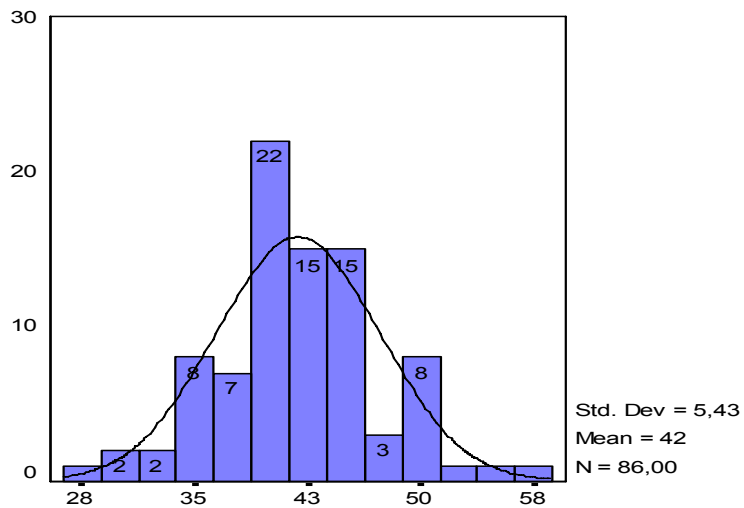
VII. Kursübersicht „Work-Life-Balancing“ zur Prävention von Burnout bei berufstätigen Müttern (Heinemann & Willhelms, 2006)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Thema	Bestandsaufnahme	Analyse Gesellschaftliche und familiäre Prägungen	Paradigmenwechsel	Synthese Work-Life-Balancing	Transfer
Einführung	Burnout-Prävention Kohärenzgefühl Effizienz - Effektivität Arbeitsweise und Ziele des Seminars	Gesellschaftliche und familiäre Prägungen	Paradigmen und Glaubenssätze	Balancing Transaktions-Analyse	Umgang mit Widerständen und Stolpesteinen
Bewegte Pause					
Individuelle Bestandsaufnahme	Vorstellungsrunde Persönliches Ziel	Arbeitspanorama Visualisieren Bild zeichnen und schreiben Austausch zu zweit	Arbeits-Glaubenssätze Fragebogen Austausch zu zweit Umkehrsätze Plenum: Präsentation	Zukunfts-Panorama Visualisieren Collage herstellen Austausch zu zweit	Selbst-Bewusstsein Ich-Sätze Bühnenarbeit
Mittagessen					
Entspannung	Körperwahrnehmung Körperbild Präsentation	Musikmeditation	Ausdruck +Bewegung	Musikmeditation	Visualisierung
Kaffee					
Zusammenfassung und Verdichtung	Tageslauf-Analyse Stressoren Austausch zu zweit Plenum: Erkenntnisse mitteilen	Arbeitspanorama Auswertung in zwei Gruppen Titel finden Plenum: Erkenntnisse mitteilen	Ressourcen-Analyse Fragebogen Austausch zu zweit Plenum: Vorstellen d. Partnerin	Zukunftspanorama Auswertung in zwei Gruppen Titel finden Plenum: Erkenntnisse mitteilen	Umsetzung im Alltag Erste Schritte Plenum: Präsentation
Tagesabschluss					

VIII. SPSS Tabellen und Grafiken

a) Altersverteilung

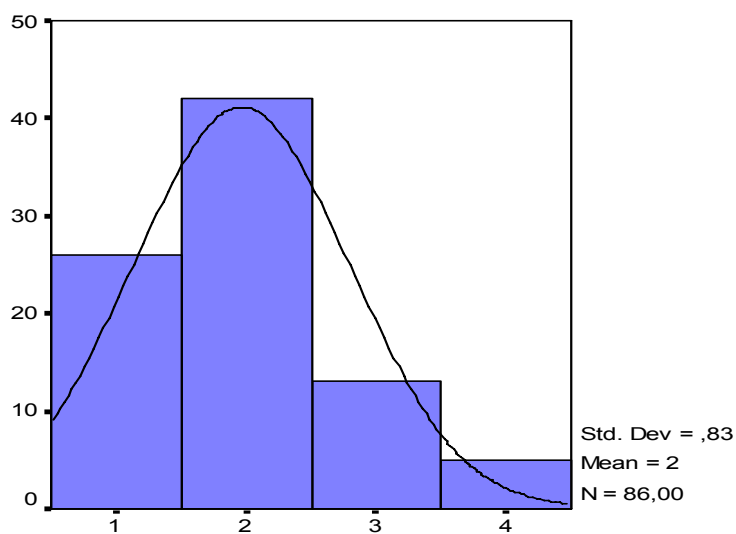
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean
Wie alt sind Sie?	86	30	27	57	41,81
Valid N (listwise)	86				



Altersverteilung

b) Anzahl der Kinder

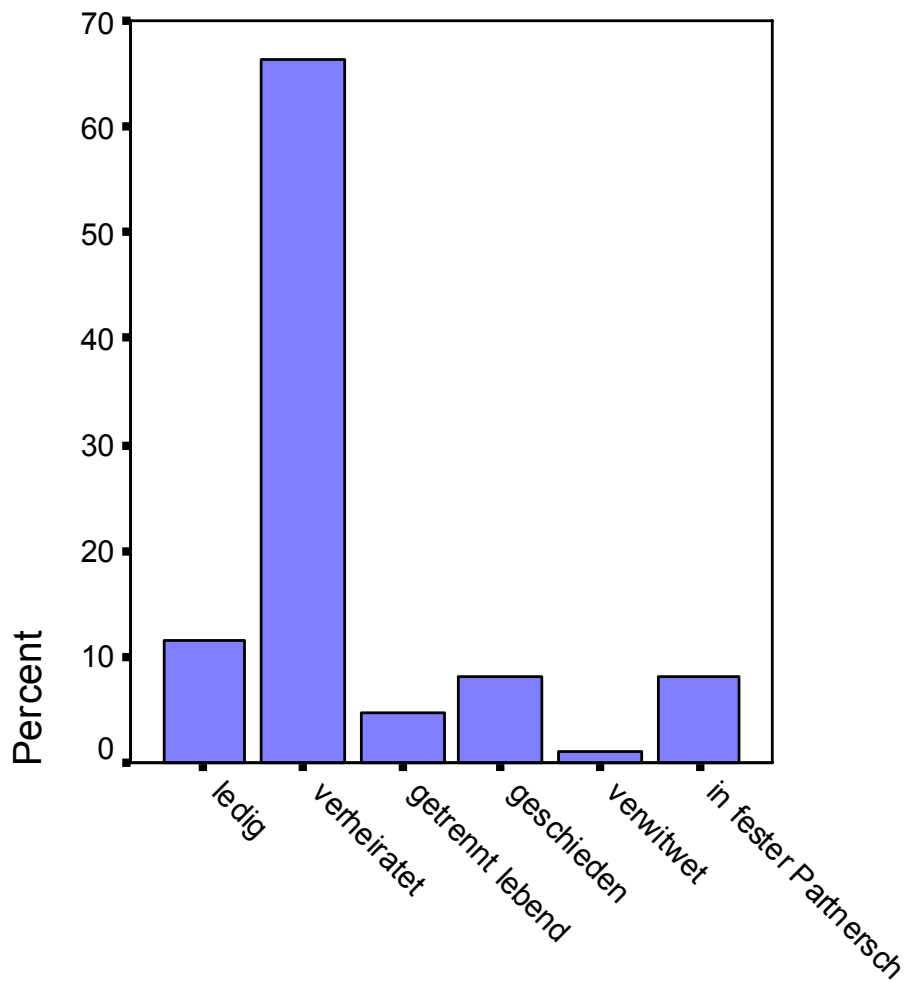
	N	Minimum	Maximum	Mean
Anzahl der Kinder?	86	1	4	1,97
Valid N (listwise)	86			



Anzahl der Kinder

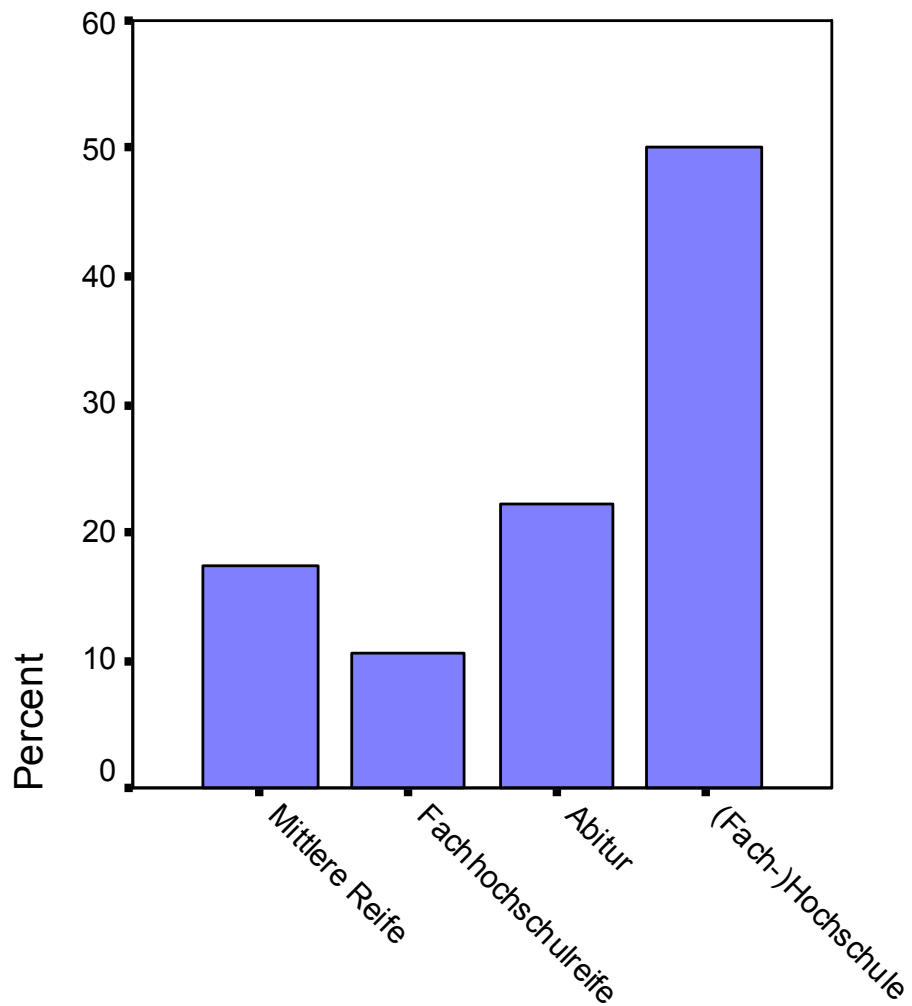
c) Familienstand

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	verheiratet	57	66,3	66,3	66,3
	ledig	10	11,6	11,6	77,9
	geschieden	7	8,1	8,1	86,0
	in fester Partnerschaft lebend	7	8,1	8,1	94,2
	getrennt lebend	4	4,7	4,7	98,8
	verwitwet	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



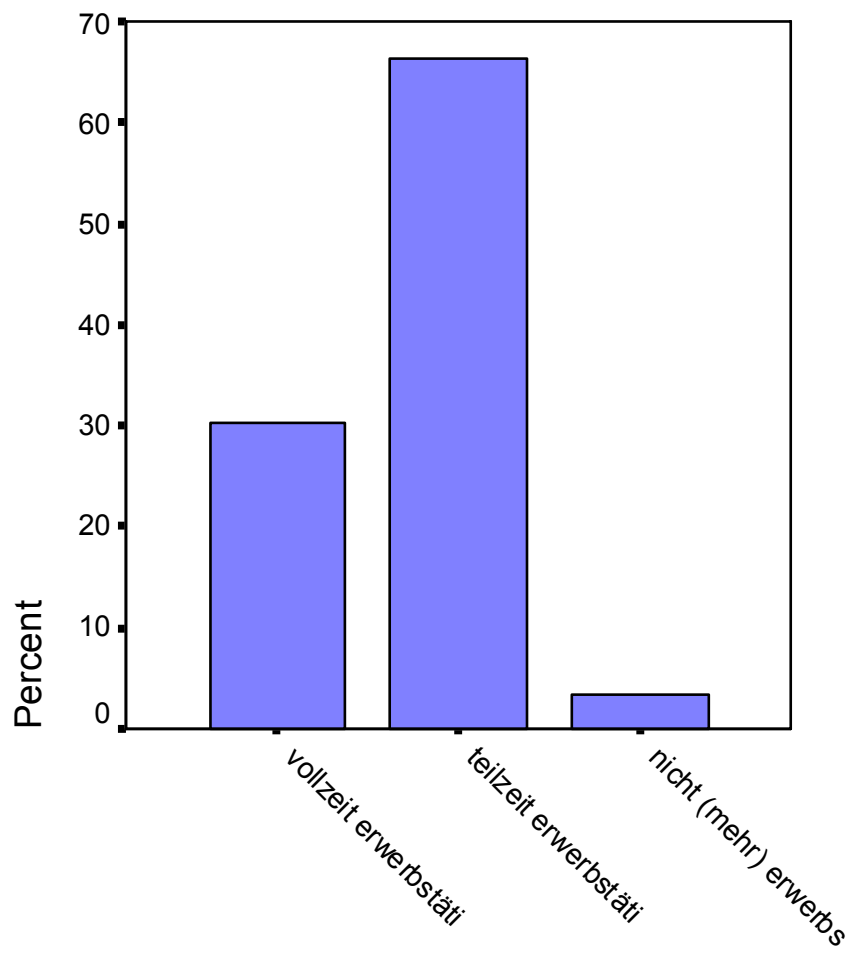
d) Bildungsgrad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abschluss (Fach-)Hochschule	43	50,0	50,0	50,0
	Abitur, Hochschulreife	19	22,1	22,1	72,1
	Fachhochschulreife	9	10,5	10,5	82,6
	Mittlere Reife bzw. Abschluss nach der 10. Klasse	15	17,4	17,4	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



e) **Erwerbstätigkeit**

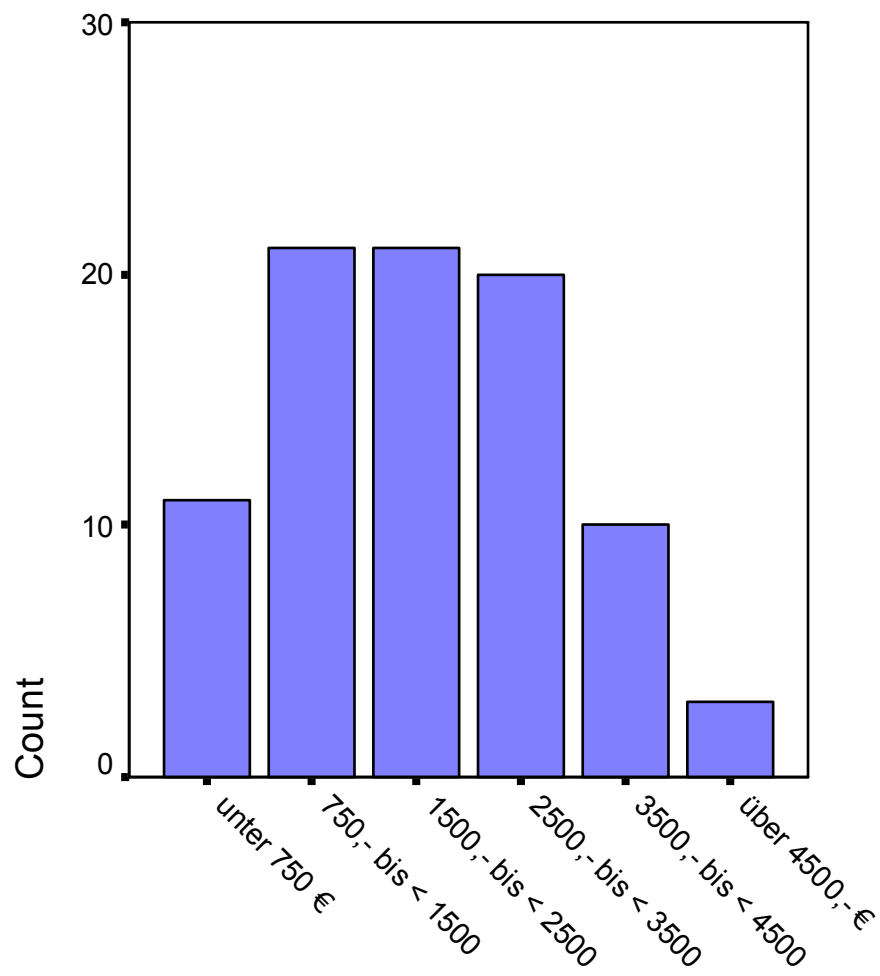
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	teilzeit erwerbstätig	57	66,3	66,3	66,3
	vollzeit erwerbstätig	26	30,2	30,2	96,5
	nicht (mehr) erwerbstätig	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



f) Einkommen

Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoeinkommen in Euro?

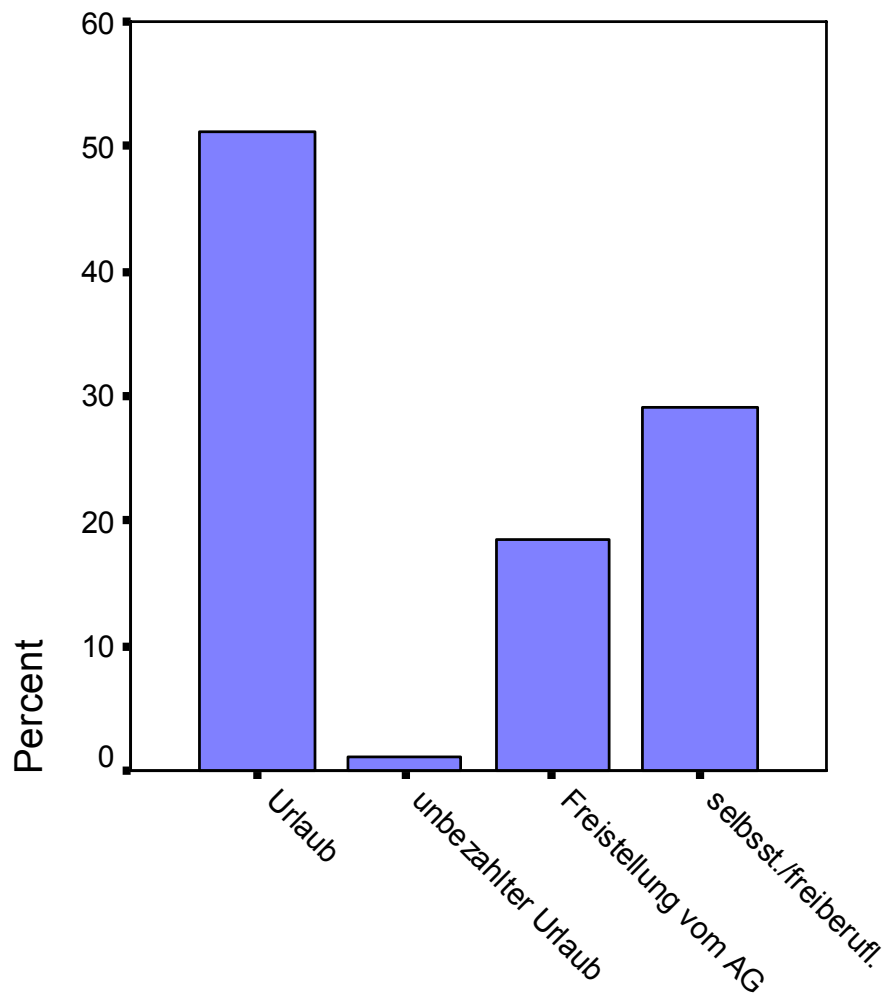
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	750,- bis unter 1500,- €	21	24,4	24,4	24,4
	1500,- bis unter 2500,- €	21	24,4	24,4	48,8
	2500,- bis unter 3500,- €	20	23,3	23,3	72,1
	unter 750 €	11	12,8	12,8	84,9
	3500,- bis unter 4500,- €	10	11,6	11,6	96,5
	über 4500,- €	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



g) Vereinbarkeit von Beruf und Seminarteilnahme

Bitte geben Sie an, auf welche Weise die Teilnahme an diesem Seminar mit Ihren beruflichen Verpflichtungen vereinbar ist:

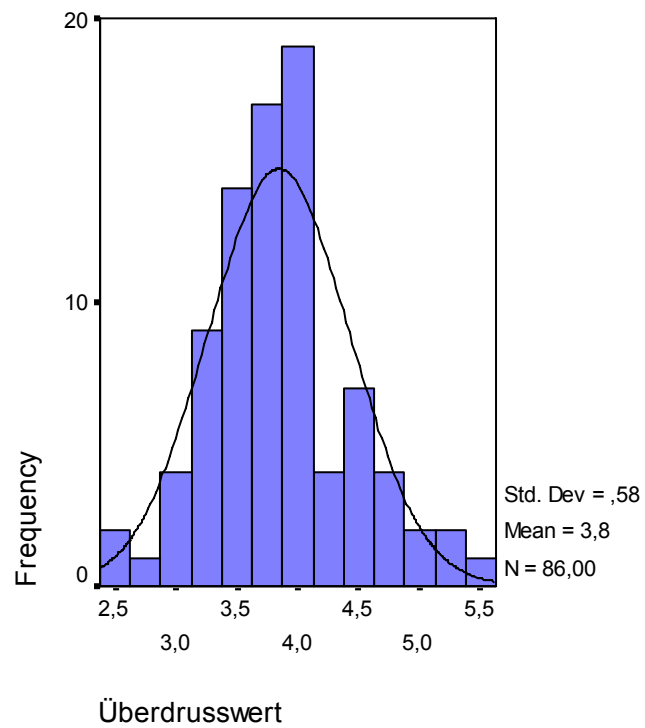
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Urlaub	44	51,2	51,2	51,2
	selbst./freiber ufl. tätig	25	29,1	29,1	80,2
	Freistellung vom Arbeitgeber	16	18,6	18,6	98,8
	unbezahlter Urlaub	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	



h) **Überdruss** (Aronson, Pines & Kafry, 1983)

Mittelwerte

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Überdrusswert	86	2,86	2,52	5,38	3,8427	,58212	,339
Valid N (listwise)	86						



i) Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1999)

SWE Wert Testzeitpunkt t0:

tests of normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
swe wert prä-seminar	,106	86	,019	,976	86	,107

a Lilliefors Significance Correction

descriptive statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
swe wert prä-seminar	86	17	36	28,48	4,161
Valid N (listwise)	86				

SWE Wert Testzeitpunkt t1:

tests of normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
swe wert post-seminar	,092	86	,068	,983	86	,310

a Lilliefors Significance Correction

descriptive statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
swe wert post-seminar	86	22	40	31,88	3,746
Valid N (listwise)	86				

SWE Wert: T-Test bei gepaarten Stichproben

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	swe gesamt prä - swe gesamt post-	-3,41	4,207	,454	-4,31	-2,50	-7,509	85	,000