



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Burnout und Substanzkonsum“

verfasst von / submitted by

Elke Dutzler, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2015 / Vienna 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Dr. Wolfgang Beiglböck

Inhaltsverzeichnis

1	Danksagung.....	5
2	Einführung.....	6
3	Burnout.....	6
3.1	Historische Betrachtung	6
3.2	Definitionsprobleme	7
3.2.1	Burnout-Konzept nach Christina Maslach	7
3.3	Symptome	9
3.3.1	Vermehrter Substanzkonsum als Burnout-Symptom	9
3.4	Prävalenz	10
3.5	Verlauf.....	11
3.6	Diagnostik.....	12
3.6.1	Ansiedelung des Burnouts zwischen Gesundheit und Krankheit.....	13
4	Stressforschung	14
5	Coping	15
6	Legale Substanzen.....	16
6.1	Alkohol	16
6.1.1	Klinische Relevanz des Alkoholkonsums	16
6.1.2	Assoziation des Alkoholkonsums mit bestimmten Merkmalen	19
6.2	Nikotin.....	19
6.2.1	Die klinische Relevanz des Nikotinkonsums	19
6.2.2	Assoziation des Nikotinkonsums mit bestimmten Merkmalen.....	21
6.3	Koffein.....	21
6.3.1	Die klinische Relevanz des Koffeinkonsums	22
6.3.2	Assoziation des Koffeinkonsums mit bestimmten Merkmalen.....	24

7	Forschungsstand zu Burnout und Substanzkonsum	25
7.1	Kritik an der bisherigen Forschung zu Burnout und Substanzkonsum	27
8	Fragestellungen	29
8.1	Zentrale Fragestellung	29
8.2	Weitere Fragestellungen	29
9	Methodisches Vorgehen	30
9.1	Hypothesen	30
9.1.1	Unterschiedshypothesen zu den MBI-Dimensionen	30
9.1.2	Unterschiedshypothesen zum Substanzkonsum	30
9.1.3	Korrelationen mit dem Substanzkonsum	31
9.2	Untersuchungsplanung	34
9.3	Stichprobenrekrutierung	34
9.4	Teilnahmevoraussetzungen	35
9.5	Information und Einverständniserklärung	36
9.6	Messinstrumente/gemessene Variablen	36
9.6.1	Soziodemographische Daten	37
9.6.2	Zusatzfragen für von Burnout betroffene Personen	37
9.6.3	Maslach Burnout Inventory (MBI-GS-D)	38
9.6.4	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	39
9.6.5	Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)	40
9.6.6	Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit	40
9.6.7	Fragebogen zum Koffeinkonsum	41
9.7	Datenanalyse	41
10	Ergebnisse	42
10.1	Stichprobe	42
10.2	Soziodemographie	43

10.3	Nähere Beschreibung der Burnout-Gruppe	49
10.4	Deskriptivstatistik und Hypothesenprüfung	51
10.4.1	Deskriptivstatistik und Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen 1 a bis 1 c zu den MBI-Dimensionen	51
10.4.2	Deskriptivstatistik und Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen 2 a bis 2 c zum Substanzkonsum	53
10.4.3	Ergebnisse zu den Korrelationen der Stichprobencharakteristika mit dem Substanzkonsum	59
10.4.4	Geplante Regressionsanalyse	61
11	Zusammenfassung	63
12	Diskussion und Ausblick	64
13	Anhang	77
13.1	Abstrakt	77
13.2	Abstract	78
13.3	Lebenslauf	79

Für eine leichtere Lesbarkeit des Textes wurde ausschließlich die maskuline grammatikalische Form verwendet. Selbstverständlich sind sämtliche Aussagen geschlechtsunabhängig gemeint. Außerdem sind Frauen und Männer in diesem Zusammenhang gleichberechtigt gemeint.

1 Danksagung

Herzlichen Dank an Herrn ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, welcher meine Masterarbeit betreut hat. Seine Studienassistentinnen fungierten häufig als Bindeglied zwischen uns StudentInnen und Herrn ao. Univ.-Prof. Dr. Weber und haben mich stets mit hilfreichen Rückmeldungen versorgt. Vielen lieben Dank.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch Herrn Mag. Wolfgang Beiglböck, welcher meine Arbeit mitbetreut hat.

Mag. Dr. Elisabeth Zeilinger muss hier ebenfalls erwähnt werden: Danke für dein Engagement, deine schnellen Antworten und deine konstruktive Kritik. Danke für die persönliche Betreuung und die Zeit, die du dir genommen hast, um mir mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Kristina Sladok. Auch Sie beschäftigte sich im Rahmen ihrer Abschlussarbeit mit dem Thema Burnout. Durch die Zusammenarbeit ging uns die Rekrutierung der Stichprobe leichter von der Hand.

Ein großer Dank gilt auch all jenen, welche uns den Zugang zu Burnout-Betroffenen ermöglicht haben. Dies sind Ralph Bartel, Anita Damböck-Gritsch, Prim. Dr. Paul Kaufmann, sowie Personen aus meinem bzw. Kristina Sladoks persönlichem Umfeld, welche berufliche oder private Kontakte zu Burnout-Betroffenen haben.

Danke auch an die zahlreichen Teilnehmer, welche unsere Fragebögen ausgefüllt haben. Nur durch die große Beteiligung an der Befragung war die Durchführung dieser Arbeit überhaupt erst möglich.

Vor allem aber möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre Unterstützung und ihr Verständnis während meiner Masterarbeit und auch während des Studiums bedanken. Danke, dass ihr immer für mich da wart und mir bei Schwierigkeiten mit meiner Arbeit geduldig zugehört habt und euch mit mir gefreut habt, wenn es besonders gut lief.

Danke auch all jenen großartigen Personen, welche ich während meines Studiums kennenlernen durfte.

DANKE.

2 Einführung

Burnout ist in aller Munde und das, obwohl es nach wie vor weder eine einheitliche Definition noch eine einheitliche Diagnose gibt. Burnout ist kein Zustand, der plötzlich auftritt, sondern entwickelt sich. In der Literatur wird häufig davon berichtet, dass während dieses Prozesses vermehrt zu Substanzen wie z.B. dem Alkohol gegriffen wird. Burnout gilt als Stresskrankheit. Auch aus der Stressforschung ist bekannt, dass im Sinne eines *Copings*, also als Bewältigungsstrategie, häufig Substanzen konsumiert werden.

Empirische Studien zum Zusammenhang Burnout und Konsum legaler Substanzen kamen zu keinem einheitlichen Ergebnis. In bisherigen Studien hierzu wurden außerdem ausschließlich Personen befragt, welche sich noch im Arbeitsprozess befanden.

Diese Masterarbeit soll dazu beitragen, die Zusammenhänge zwischen Burnout und dem Konsum der legalen Substanzen Alkohol, Nikotin und Koffein weiter zu entschlüsseln, indem das Konsumverhalten von Burnout-Patienten, also einer klinischen Stichprobe, mit jenem von aktiven Arbeitnehmern ohne der Diagnose Burnout oder einer anderen psychischen Störung verglichen wird. Außerdem wird untersucht, ob bestimmte Stichprobencharakteristika mit dem Substanzkonsum zusammenhängen.

3 Burnout

3.1 Historische Betrachtung

Obwohl häufig von einer Modediagnose gesprochen wird ist es keineswegs neu, dass das Gefühl des sich ausgebrannt Fühlens existiert.

Bereits in der Bibel finden sich Beschreibungen, unter welchen wir heute Symptome eines Burnouts verstehen würden. Der Begriff konnte zunächst in literarischen Werken gefunden werden. So verwendete etwa schon Shakespeare Ende des 16. Jahrhunderts das Verb „to burn out“. (Burisch, 2014)

Auch in Graham Greens Roman „A Burnt-Out Case“ von 1960, in welchem von einem erfolgsüberdrüssigen Architekten erzählt wird, findet sich der Begriff wieder (Burisch, 2014; Musalek & Poltrum, 2012).

In der medizinischen Literatur taucht der Begriff Burnout erstmals 1974 in Freudenbergers Publikation „Staff Burnout“ auf (Musalek, 2012). Freudenberger (1974) verstand unter dem Begriff zunächst den physischen und psychischen Abbau bei ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Burisch (2014) unterteilt die Burnout-Forschung, beginnend mit dem Jahr 1974, in drei Phasen:

- **Als feuilletonistische Phase** bezeichnet er jene Zeit, in der das Syndrom durch informelle Fallgeschichten, Selbsterfahrungsberichte und durch die Schilderung des Stresses bei verschiedenen Berufsgruppen beschrieben wurde. (Burisch, 2014)
- **Simplistisch-empirische Phase:** Das Erscheinen des Maslach Burnout Inventory (MBI, 1. Auflage, Maslach & Jackson, 1981) leitete diese Phase ein. In Studien wurden die Skalen des MBI mit anderen Variablen korreliert. Auch wenn die Erzeugung zahlreicher Querschnittsstudien zu keinem großen Erkenntnisfortschritt führte, wird dieses Vorgehen nach wie vor häufig gewählt. (Burisch, 2014)
- **Die filigran-empirische Phase:** Diese Phase ist geprägt durch Längsschnittstudien und durch die Anwendung komplexerer statistischer Verfahren, wie etwa hierarchisch linearer Modelle. Diese Phase dauert bis heute an. (Burisch, 2014)

3.2 Definitionsprobleme

Was nun genau unter einem Burnout zu verstehen ist, darüber herrscht trotz 40-jähriger Forschungsgeschichte keine Einigkeit. Alle Versuche einer Definition sind bis heute entweder zu umfassend oder zu spezifisch. Trotzdem wurde geforscht. Entweder die Forscher erstellten ihre eigene Definition oder aber sie stützten sich auf Definitionsversuche bekannterer Autoren, wie z.B. auf jene von Maslach oder Freudenberger. (Burisch, 2014)

3.2.1 Burnout-Konzept nach Christina Maslach

Christina Maslach, eine kalifornische Arbeitspsychologin, gilt momentan als Hauptprotagonistin des Burnout-Konzepts (Musalek, 2012).

Ab Anfang der 1980er Jahre etablierte sich der MBI nach Maslach und Jackson (1981) in der Forschung als beliebtestes Forschungsinstrument. Es wurde in ca. 90 % aller empirischen Arbeiten zu Burnout eingesetzt. (Burisch, 2014)

Maslach und Jackson (1981) beschreiben Burnout zu Beginn ihrer Forschungstätigkeit als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung und Zynismus, welches häufig bei Individuen auftritt, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Ein Kernelement eines Burnouts sind vermehrte Gefühle emotionaler Erschöpfung. Als weiteres Merkmal geben sie an, dass sich negative, zynische Einstellungen und Gefühle gegenüber Klienten entwickeln und als drittes Element des Burnout-Syndroms führen sie die Tendenz an, sich selbst negativ zu beurteilen, speziell was die Arbeit mit den Klienten betrifft. Der von ihnen entwickelte MBI umfasst die drei Dimensionen Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Persönliche Leistungsfähigkeit:

- **Emotionale Erschöpfung:** Die Dimension Erschöpfung umfasst das Gefühl sich emotional als auch physisch überbeansprucht zu fühlen. Betroffene fühlen sich unfähig, sich zu erholen und sind energielos. Erschöpfung ist die erste Reaktion auf Stress, der durch Arbeitsanforderungen oder eine große Veränderung entstanden ist. (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2001)
- **Depersonalisation/Zynismus:** Unter Zynismus wird eine kalte, distanzierte, gleichgültige Haltung gegenüber seiner Arbeit und den Menschen am Arbeitsplatz verstanden. Der Betroffene reduziert die Anteilnahme am Arbeitsgeschehen und gibt Ideale auf. (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2001)
- **Persönliche Leistungsfähigkeit/Ineffizienz:** Als Ineffizienz beschreiben die Autoren, das Gefühl, sich einer bestimmten Situation gegenüber nicht mehr gewachsen zu fühlen. Personen, die sich ineffizient fühlen, haben das Vertrauen in ihre Fähigkeiten, etwas verändern zu können verloren. (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2001)

3.3 Symptome

Das Symptombild von Burnout ist vielfältig.

Schaufeli und Enzmann (1998) unterteilten nach einer Literaturanalyse Burnout-Symptome in affektive, kognitive, körperliche, verhaltensmäßige und motivationale Symptome und das jeweils auf individueller, zwischenmenschlicher und organisationaler Ebene.

Burisch (2014) erstellte eine Übersicht über in der Literatur häufig genannte Symptome. Er hat sie in 7 Oberkategorien unterteilt und diese zum Teil noch in Unterkategorien gegliedert. Gesamt umfasst die Burnout-Symptomatik nach Burisch (2014) etwa 130 Symptome. Die Symptome reichen von Energiemangel über einen Verlust an Empathie bis hin zu Selbstmordabsichten. Burisch (2014) betont, dass seine, als auch die Listen anderer Autoren, nicht so zu verstehen sind, dass ein Burnout-Patient alle Symptome aufweisen muss.

3.3.1 Vermehrter Substanzkonsum als Burnout-Symptom

In der Literatur finden sich häufig Hinweise darauf, dass Burnout mit vermehrtem Substanzkonsum einhergeht. Bereits Freudenberg (1974), nimmt an, dass Burnout zum Konsum von Alkohol führt. Auch die Burnoutforscher Maslach und Leiter (2001) weisen darauf hin, dass Personen vermehrt zu Alkohol greifen, um mit Arbeitsstress umzugehen. Schaufeli und Enzmann (1998) führen in ihrer Übersicht über Burnout-Symptome erhöhten Konsum von Koffein, Tabak, Alkohol, Tranquilizern und illegalen Drogen an. Auch in der Burnout-Symptomatik nach Burisch (2014) findet sich der vermehrte Konsum von Alkohol, Kaffee, Tabak und anderen Drogen.

Konkrete Studien, die dies belegen, führen all diese Autoren jedoch nicht an.

3.4 Prävalenz

Die Frage nach der Häufigkeit eines Burnouts ist kaum beantwortbar. Betrachtet man Burnout als Prozess, der von leichten Frühsymptomen bis zu schweren Beeinträchtigungen reichen kann, so erkennt man, dass es bei der Messung der Häufigkeit entscheidend ist, welcher Schweregrad nun in die Erhebung aufgenommen wird und je nachdem ergeben sich andere Ergebnisse. (Burisch, 2014)

Eine grobe Einschätzung der Betroffenheit ist aufgrund einzelner Umfrageergebnisse möglich: Die Marketagent.com online reSEARCH GmbH (C. Strasser, persönliche Kommunikation, 12. Mai. 2014) führte im Jahr 2010 eine Umfrage an 500 berufstätigen Österreichern zwischen 16 und 65 Jahren durch. Ein Viertel der Befragten gab an, das Gefühl zu haben, selbst Burnout gefährdet zu sein. 4 % betrachteten sich als „Sehr stark gefährdet“ und 21 % als „Eher gefährdet“.

Der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) führte 2007/2008 gemeinsam mit den Business-Doctors und Karmasin Motivforschung eine Online-Umfrage zum Thema Burn-out durch. 19 Prozent der Befragten konnten als burnout-gefährdet eingestuft werden. Diese Personen wiesen auffällige Werte hinsichtlich Erschöpfung, Zynismus und geminderter beruflicher Leistungsfähigkeit auf. (Österreichischer Gewerkschaftsbund, 2014)

Eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2012) in Deutschland zeigte, dass die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burnouts (Z.73 im Klassifikationssystem ICD-10; Anmerkung: vgl. Kapitel Diagnostik) seit 2004 um 700 % gestiegen ist.

In der breit angelegten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ wurden über 7000 Personen zwischen 18 und 79 unter anderem befragt, ob bei ihnen jemals von einem Arzt oder Psychotherapeuten ein Burnout festgestellt wurde. Insgesamt gaben 4.2% der Befragten an, dass bei ihnen ein Burn-out-Syndrom festgestellt wurde (Frauen: 5.2%; Männer: 3.3%). Die Prävalenz lag bei den 18- bis 29-Jährigen bei 1.4%, stieg dann auf 6.6% bei den 50- bis 59-Jährigen an und sank danach wieder auf 3.4% bei den 60- bis 69-Jährigen und auf 1.9% bei den 70- bis 79-Jährigen. (Kuhn, 2012)

3.5 Verlauf

Eine Vielzahl an Autoren postuliert, dass der Burnoutprozess in verschiedene Phasen unterteilbar ist, in welchen unterschiedliche Symptome in einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten. Phasentheorien zu Burnout beruhen jedoch auf intuitiven Typisierungsversuchen und nicht auf empirischen Untersuchungen (Burisch, 2014).

Freudenberger und North (1992, S. 121 ff) beschreiben einen Burnout-Zyklus, bestehend aus folgenden 12 Stadien:

Stadium 1: Der Zwang, sich zu beweisen

Stadium 2: Verstärkter Einsatz

Stadium 3: Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Stadium 4: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen

Stadium 5: Umdeutung von Werten

Stadium 6: Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme

Stadium 7: Rückzug

Stadium 8: Beobachtbare Verhaltensveränderungen

Stadium 9: Depersonalisation / Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit

Stadium 10: Innere Leere

Stadium 11: Depression

Stadium 12: Völlige Burnout-Erschöpfung

Diese Stadien sind jedoch nicht klar voneinander abgrenzbar, sondern überschneiden sich zum Teil. Die Dauer eines Stadiums ist unterschiedlich und hängt von verschiedenen Faktoren ab, nämlich der Persönlichkeit, der Fähigkeit zur Stressbewältigung, der Vorgeschichte, dem Selbstbild und von besonderen Lebensumständen. (Freudenberger & North, 1992)

Die letzteren Burnout-Stadien der inneren Leere, Verzweiflung und Antriebslosigkeit, welche in eine Depression übergehen können sind häufig mit verstärktem Suchtmittelkonsum oder sogar einer Suchtentwicklung verbunden (Musalek, 2012).

3.6 Diagnostik

Die Diagnose Burnout ist mit einer gewissen Attraktivität für die Betroffenen verbunden, da dem Konstrukt zu Grunde liegt, dass man etwas geleistet hat. Die Diagnose wurde in den letzten Jahren häufig gestellt. (Scheibenbogen, 2012)

In der aktuellen Ausgabe des Klassifikationssystems ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), herausgegeben von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ist Burnout jedoch nicht als eigenständige Diagnose angeführt. Jedoch kann von Seiten des Diagnostikers die Kodierung Z73, eine Zusatzdiagnose, vergeben werden: Unter Z73 werden Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung subsumiert. Der Code steht für „Ausgebrannt (Burn-out-Syndrom)“. (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2014)

Im Klassifikationssystem DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5) ist das Burnout-Syndrom überhaupt nicht zu finden (American Psychiatric Association, 2014).

In der Praxis ist es in Deutschland und in vielen anderen Ländern so, dass über die ICD-10 geregelt ist, welche Diagnosen über die Krankenkasse abgerechnet werden können und welche nicht. Im Fall eines Burnouts weichen Ärzte und Psychologen deshalb häufig darauf aus, eine Depression oder Anpassungsstörung zu diagnostizieren. (Burisch, 2014)

Von Anbeginn der Forschung wurde von einem Burnout immer nur dann gesprochen, wenn die Ursache in der Arbeit also z.B. durch deutliche Arbeitsüberlastung, gefunden werden konnte. Ausbrennen ist heute in zahlreichen Situationen denkbar, etwa auch in Partnerschaften oder im Sport. In der klinischen Praxis wird empfohlen nur von Burnout zu sprechen, wenn die Arbeitssituation den Ausgangspunkt für das Leiden darstellt. Durch dieses Vorgehen können diagnostische und begriffliche Unschärfen und Unklarheiten vermieden werden. Burnout im engeren Sinn ist somit mit Arbeit verbunden. (Musalek, 2012)

Zur Erforschung des Burnout-Syndroms wurden in Studien Fragebögen, Ratingskalen und Checklisten verwendet, deren Gütekriterien häufig unzureichende Qualität aufwiesen (Scheibenbogen, 2012).

Testpsychologische Verfahren, die sich in der Forschung durchgesetzt haben sind allen voran das Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981) und das Tedium Measure (Aronson et al., 1983, zitiert nach Burisch, 2014), welches später in Burnout Measure umbenannt wurde (Burisch, 2014).

Als zukunftsweisend für eine erfolgreiche Burnout-Diagnostik betrachtet Scheibenbogen (2012) die Kombination psychologischer Testverfahren mit psychophysiologischen Messungen. Die psychologischen Testverfahren können Auskunft über Persönlichkeitsmerkmale und etwa über die Verarbeitung von Stress liefern. Durch die Erfassung der Herzratenvariabilität und anderer Messwerte, die physische Überaktivierung zeigen, kann die unmittelbare Belastung der Burnout-Patienten festgestellt werden. Die Erhebung ungünstiger Stressverarbeitungsweisen mittels testpsychologischer Verfahren kann insofern nützlich sein, als dass etwa als Intervention gegebenenfalls effizientere Coping-Strategien erlernt werden können. Die erhobenen physiologischen Daten können wiederum zur Überprüfung der Wirksamkeit von Stressverarbeitungsweisen genutzt werden.

3.6.1 Ansiedelung des Burnouts zwischen Gesundheit und Krankheit

Das Burnout-Syndrom wurde in den letzten Jahren zu einer häufig gestellten Diagnose. Kritiker bezeichnen Burnout jedoch häufig als Modeerscheinung. (Musalek & Poltrum, 2012)

Burnout ist für die davon Betroffenen jedoch bittere Realität und mit Leid verbunden. Wird der Zustand eines Burnout-Betroffenen nicht als Krankheit anerkannt, so besteht auch kein Recht auf eine passende Behandlung oder auf Krankenstand. (Musalek, 2012)

Nun stellt sich die Frage, ab wann Burnout als Krankheit gesehen werden kann.

Die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO (1948) besagt, dass Gesundheit mehr ist, als die Abwesenheit von Krankheit: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (S. 1)

In ein Burnout zu kommen, bedeutet nicht automatisch krank zu sein, da Burnout zwischen gesund und krank angesiedelt ist. In den Frühstadien eines Burnouts, verbunden etwa mit chronischer Müdigkeit, Erschöpfung oder Langeweile, liegt meist noch keine Krankheit vor, während bei der vollen Ausprägung, verbunden etwa mit totaler Erschöpfung und depressiven Symptomen, von einer Krankheit zu sprechen ist. Als Hinweise, ob nun von einer Krankheit gesprochen werden kann oder nicht, können der Ausprägungsgrad des Leidens und verschiedene vorhandene Symptome dienen. Fehlen diese, ist dennoch nicht auszuschließen, dass eine Krankheit vorliegt. Funktionsbeeinträchtigungen und ein Verlust der Handlungsfreiheit der Betroffenen deuten ebenso auf einen Krankheitszustand hin. Schwere Burnout-Symptome können, im Gegensatz zu leichten, in der Regel nicht simuliert werden. Bei einem schweren

Burnout-Syndrom ist es typisch, dass sich der Betroffene auf das Leiden zentriert und dieses situationsübergreifend vorhanden ist. Dies unterscheidet sie von Simulanten. (Musalek, 2012)

4 Stressforschung

Burnout gilt als Reaktion auf chronischen Arbeitsstress (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Hans Selye gilt als Entdecker des Stress-Syndroms und als Begründer der Stressforschung. Er versteht unter Stress die „unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird“ (Seyle, 1974, S. 58).

Seyle (1974) unterteilt Stress in Eustress (angenehm) und Distress (übermäßiger Stress, unangenehm). Jeder Faktor, der Stress erzeugt, wird in der Fachterminologie als „Stressor“ bezeichnet. Obwohl Stressoren höchst unterschiedlich sein können, lösen sie alle eine relativ gleiche biologische Stressreaktion aus. Stressoren führen dazu, dass sich der Organismus anpassen muss, um wieder in den Normalzustand zu gelangen. Das Allgemeine Anpassungssyndrom von Seyle (1974) wird folgendermaßen beschrieben: Die erste Einwirkung eines Stressors führt zu einer Alarmreaktion. Bei dieser weist der Körper biologische Veränderungen auf. Der Widerstand sinkt und bei einem zu starken Stressor (z.B. Verbrennungen) kann sogar der Tod eintreten. Auf die Alarmreaktion folgt ein Stadium des Widerstandes. Wenn auf den Stressor mit Anpassung reagiert werden kann, setzt Widerstand ein, die biologischen Veränderungen verschwinden und die Widerstandsfähigkeit steigt enorm. Wirkt der Stressor an den sich der Körper angepasst hat jedoch weiterhin auf ihn ein, ist die Anpassungsenergie irgendwann erschöpft und es folgt das Stadium der Erschöpfung.

Stress allein scheint dennoch Burnout nicht erklären zu können. Der Vergleich von Ergebnissen aus der Burnoutforschung mit jenen aus der physiologischen Stressforschung zeigt jedoch, dass beobachtbare körperliche Anzeichen des Burnout-Syndroms dem Allgemeinen Anpassungssyndrom nach Seyle entsprechen. (Burisch, 2014)

Nun stellt sich die Frage, was in einer Stressphase bzw. in der Anfangsphase eines möglichen Burnouts unternommen werden kann, um wieder ins Gleichgewicht zu gelangen.

An dieser Stelle kommen sogenannte Copingstrategien ins Spiel.

5 Coping

Burnout ist mit Leiden verbunden. Ausgelöst wird Burnout durch eine überfordernde bzw. überlastende Situation. Dieser Stressor führt jedoch nur dann zu einem Leiden, wenn der Mensch über keine passenden Bewältigungsstrategien verfügt. (Musalek, 2012)

Lazarus und Folkman (1984) befassen sich in ihrer Stresstheorie umfangreich mit Copingstrategien: Das transaktionale Stressmodell besagt, dass Ereignisse in der Umwelt immer bewertet werden. In dieser primären Bewertung (primary appraisal) wird untersucht, ob ein Geschehen möglicherweise von negativen Konsequenzen begleitet wird und folglich Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben kann. Bei förderlichen oder irrelevanten Ereignissen folgt keine weitere Beschäftigung mit dem Ereignis. Sonst folgt die sekundäre Bewertung (secondary appraisal): Hier wird die Frage geklärt, ob man über die nötigen Strategien verfügt, um mit dem Ereignis umzugehen. Danach wird das Ereignis erneut bewertet (Neubewertung oder reappraisal). Bei vorhandenen Ressourcen kann eine Stressbewältigung stattfinden. Lernprozesse führen bei Menschen zu unterschiedlichen Bewältigungs- bzw. Copingstrategien.

Coping definieren die Forscher als “cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus & Folkman, 1984, S. 141).

Die Autoren unterscheiden zwischen problemfokussiertem (instrumentellem) und emotionsfokussiertem (palliativem) Coping. Dabei beinhaltet problemfokussiertes Coping konkrete, konstruktive Handlungen für die Bewältigung eines Problems bzw. einer Belastung. Emotionsfokussiertes Coping bezieht sich hingegen auf die Regulation von Emotionen. (Lazarus & Folkman, 1984)

Coping umfasst dysfunktionale und adaptive Strategien. Ein Beispiel für dysfunktionales Coping wäre der Konsum von Alkohol oder Drogen. (Carver, 1997)

Auch Conger (1956) spricht in seiner Spannungs-Reduktions-Hypothese davon, dass Alkohol konsumiert wird, um Spannungen abzubauen, die z.B. durch Stress entstehen können.

Psychotrope Substanzen wirken beruhigend oder stimulierend und werden deshalb häufig konsumiert, um die Gesundheitsbalance aufrecht zu erhalten. (Hurrelmann, 2000)

6 Legale Substanzen

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist in unserer Gesellschaft immer schon stark verbreitet. Legale Substanzen sind in vielen Medikamenten, Kaffee, Tee, Zigaretten und alkoholischen Getränken enthalten. Psychotrope Substanzen wirken beruhigend oder stimulierend und werden deshalb häufig mit dem Ziel konsumiert, die Gesundheitsbalance aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig stellt ihr Konsum eine Gefahr für die Gesundheit dar, da er zu Abhängigkeit führen kann. (Hurrelmann, 2000)

Rauchen und Kaffeekonsum am Arbeitsplatz, ist in Österreich weit verbreitet. Der Konsum von Alkohol unterliegt hier einem größeren Tabu und ist zumeist verboten.

Dennoch findet er statt und führt auch häufig zu Problemen (Beiglböck & Feselmayer, 2008).

In dieser Arbeit wird der Fokus auf die legalen Substanzen Alkohol, Nikotin und Koffein gelegt, weil sowohl deren Konsum als auch Burnout häufig im Arbeitskontext auftreten. Außerdem erfolgten schon Untersuchungen zum Zusammenhang von Burnout und Alkohol- bzw. Nikotinkonsum. Zu Koffeinkonsum und Burnout konnten keine Studien gefunden werden.

Laut DSM-5 gilt Koffein aber ebenso als legale Substanz, welche möglicherweise zu einer Abhängigkeit führen könnte. Dies muss aber noch näher erforscht werden. (American Psychiatric Association, 2014)

6.1 Alkohol

Die österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum zeigte, dass zwei Drittel (68 %) der Österreicher Alkohol in geringem Ausmaß konsumieren, 5 % werden als AlkoholikerInnen eingeschätzt und inklusive der AlkoholikerInnen konsumieren etwa 17 % der Österreicher Alkohol in problematischem Ausmaß. (Uhl, Strizek, Puhm, Kobrna, & Springer, 2009)

6.1.1 Klinische Relevanz des Alkoholkonsums

Zu den psychischen Störungen von klinischer Relevanz im Zusammenhang mit Alkohol zählen laut DSM-5 die Alkoholkonsumstörung, die Alkoholintoxikation, der Alkoholentzug, andere alkoholinduzierte Störungen und Nicht näher bezeichnete Störungen im Zusammenhang mit Alkohol (American Psychiatric Association, 2013).

Anzeichen für eine Alkoholkonsumstörung sind eine Reihe an körperlichen und verhaltensbezogenen Symptome, wie zum Beispiel Entzugssymptome, die Entwicklung einer Toleranz oder ein starkes Verlangen nach der Substanz. Entzugssymptome können etwa Schlafstörungen sein. Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung verbringen oft viel Zeit damit, Alkohol zu beschaffen und zu trinken. Es kann zur Vernachlässigung von Pflichten im Haushalt oder in der Kindererziehung kommen und zu Problemen in der Schule oder am Arbeitsplatz. Ebenso besteht die Möglichkeit einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung, durch den Konsum in bestimmten Situationen, wie z.B. beim Autofahren. Das Wissen, dass es durch den weiteren Konsum zu körperlichen, psychischen, sozialen oder zwischenmenschlichen Problemen kommen kann, reicht oft nicht aus, um den Konsum zu stoppen. Beispiele für die genannten Probleme wären etwa Blackouts, Lebererkrankungen, Depressionen, Gewalttaten gegenüber dem Ehepartner während der Alkoholintoxikation oder Kindesmisshandlung. Durch den mehrfachen Konsum von Alkohol in großen Mengen kann das menschliche Organsystem beeinträchtigt werden. Eine erhöhte Karzinomrate betreffend das menschliche Verdauungssystem ist ebenso beobachtbar. Auch das Risiko für Herzerkrankungen ist erhöht. Außerdem können kognitive Defizite oder Gedächtnisstörungen auftreten. Die Alkoholkonsumstörung ist häufig und die 12-Monats-Prävalenz liegt etwa in den USA bei 4,6 % bei den 12- bis 17-Jährigen und bei Erwachsenen bei 8,5 %. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Männer häufiger an Alkoholkonsumstörungen leiden als Frauen. Was das Alter betrifft, ist die 12-Monats-Prävalenz bei den 18-29-Jährigen am höchsten, nimmt dann ab und ist am geringsten bei den Personen, die älter als 65 Jahre sind. Risikofaktoren für Probleme mit Alkohol sind zum einen kultureller Natur. Zum anderen spielen die Einstellung zum Alkoholkonsum, dessen Verfügbarkeit und Preis und die persönlichen Erfahrungen mit Alkohol eine Rolle. Interessant ist an dieser Stelle auch, dass das jeweilige Stressniveau einen Risikofaktor darstellt. Gefährdet alkoholbezogene Probleme zu entwickeln sind Personen, in deren Umfeld starker Substanzkonsum vorliegt, Personen, die übertrieben positive Erwartungen an die Wirkung des Alkohols haben und Personen mit ungünstigen Strategien im Umgang mit Stress. Alkohol gilt als das am häufigsten gebrauchte Rauschmittel und ist häufig ursächlich für Erkrankungen und den Tod. Der Alkoholkonsum ist oft bei Männern höher als bei Frauen und bei Männern zeigen sich häufiger alkoholbezogene Störungen. Jedoch haben Frauen bei stärkerem Konsum ein höheres Risiko für negative Auswirkungen auf die Gesundheit als Männer. Starkes Trinken kann auch durch körperliche Anzeichen sichtbar sein und zeigt sich dann zum Beispiel in einem unsicheren Gang oder durch Schlafstörungen oder Erektionsprobleme. Alkoholkonsumstörungen werden mit

erhöhter Unfallgefahr, einer erhöhten Bereitschaft zu Gewalt und mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht. (American Psychiatric Association, 2014)

Eine weitere Diagnose laut DSM-5 stellt die Alkoholintoxikation dar. Der Großteil der Personen, die Alkohol konsumieren, hatte sehr wahrscheinlich bereits einmal eine Alkoholintoxikation. Leichte Anzeichen einer Intoxikation sind bereits ab dem Konsum von etwa zwei alkoholischen Getränken beobachtbar. Alkoholintoxikation stellt einen Risikofaktor für einen Suizid dar, ist für alkoholbedingte Todesfälle mitverantwortlich und verursacht Kosten z.B. durch Fehlzeiten im Beruf. (American Psychiatric Association, 2014)

Kennzeichen für einen Alkoholentzug laut DSM-5 können sein: vegetative Hyperaktivität, Handtremor, Insomnie, Übelkeit, vorübergehende visuelle, taktile oder akustische Halluzinationen/Illusionen, psychomotorische Unruhe, Angst oder Krampfanfälle. Das Alkoholentzugssyndrom tritt nur bei lange andauerndem, übermäßigem Alkoholkonsum auf. Die Wahrscheinlichkeit eines Entzugssyndroms steigt mit der Trinkmenge und –häufigkeit. (American Psychiatric Association, 2014)

Im Klassifikationssystem ICD-10 der World Health Organisation finden sich Störungen im Zusammenhang mit Alkohol. Diese finden sich unter der Kodierung F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Unterschiedliche Erscheinungsbilder sind möglich. (Dilling et al., 2014)

Hier wird nur die vierte Stelle der Kodierung angeführt. Auf die fünfte Stelle für die weitere Differenzierung wird aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wird.

F 1x.0 akute Intoxikation (akuter Rausch)

F1x.1 schädlicher Gebrauch

F 1x.3 Entzugssyndrom

F 1x.4 Entzugssyndrom mit Delir

F 1x.5 psychotische Störung

F 1x.6 amnestisches Syndrom

F 1x.7 Restzustand und verzögernd auftretende psychotische Störung

F 1x.8 sonstige psychische und Verhaltensstörungen

F 1x.9 nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung (Dilling et al., 2014, S. 107 ff)

6.1.2 Assoziation des Alkoholkonsums mit bestimmten Merkmalen

In bisherigen Studien zeigte sich immer wieder, dass bestimmte Merkmale im Zusammenhang mit Alkoholkonsum bzw. alkoholbedingten Erkrankungen stehen.

Es zeigte sich etwa, dass das Geschlecht eine Rolle zu spielen scheint. Männer weisen einen höheren Alkoholkonsum und mehr alkoholbezogene Störungen auf als Frauen. (American Psychiatric Association, 2013)

Dies zeigte sich ebenso in einer Studie von Cunradi, Greiner, Ragland und Fisher (2003) zu Burnout und Alkoholproblemen. Auch in dieser Studie war die Prävalenz für Alkoholabhängigkeit und für Probleme durch Alkohol höher bei Männern höher als bei Frauen. In dieser Studie zeigte sich auch, dass sich Alkoholabhängigkeit signifikant häufiger bei jüngeren zeigte als bei älteren Personen. Es zeigte sich zudem bei den Problemen durch Alkohol ein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus.

Geschlechter- und Altersunterschiede bzgl. Alkoholabhängigkeit zeigten sich ebenso in einer Studie mit Zahnärzten von Winwood, Winefield und Lushington (2003).

Auch die Berufsbranche scheint das Konsumverhalten bezüglich Alkohols mitzubestimmen. (Uhl et al., 2009).

Es zeigte sich, dass eine Arbeitszeit von mehr als sechzig Stunden pro Woche einen Risikofaktor für starke psychosoziale Belastung darstellt und dass starke psychosoziale Belastungen wiederum einen Risikofaktor für den Konsum von Alkohol bis hin zum Rausch bzw. generell für den Konsum von psychotropen Substanzen darstellen (Harling, Strehmel, & Nienhaus, 2010).

6.2 Nikotin

6.2.1 Die klinische Relevanz des Nikotinkonsums

Neunzig Prozent des Tabak-/Nikotinkonsums besteht aus dem Konsum von Zigaretten. Somit sind diese das am häufigsten konsumierte Tabakprodukt. (American Psychiatric Association, 2013)

Studien, die mögliche Zusammenhänge zwischen einem Burnout und dem Rauchen untersuchten, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. Kapitel „Forschungsstand zu Burnout und Substanzkonsum“).

In einer Metaanalyse mit einem umfangreichen Datensatz zeigte sich jedoch, dass arbeitsbedingter Stress zu erhöhtem Zigarettenkonsum führt (Heikkilä et al., 2012).

In Österreich rauchen laut einer Erhebung zu Substanzgebrauch 38 % der Bevölkerung. (Uhl et al., 2009)

Zu den psychischen Störungen von klinischer Relevanz im Zusammenhang mit Nikotin zählen laut DSM-5 die Tabakkonsumstörung, der Tabakentzug, andere tabakinduzierte Störungen und Nicht näher bezeichnete Störungen im Zusammenhang mit Tabak (American Psychiatric Association, 2013).

Die Tabakkonsumstörung zeigt sich häufig, wenn die Substanz täglich konsumiert wird. Personen, die mit damit aufhören möchten Tabak zu konsumieren, weisen häufig Entzugssymptome auf. Der Verzicht auf den Tabak führt häufig zu einem starken Verlangen und trotz körperlicher Symptome und Erkrankungen wird häufig weiter geraucht. Im Gegensatz zu Alkohol führt der Konsum von Tabak selten dazu, dass eine Person ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommt. Soziale oder zwischenmenschliche Probleme aufgrund des Konsums kommen dennoch häufig vor. Nikotinabhängigkeit geht außerdem oft mit schweren Erkrankungen wie z.B. Krebs einher. Husten, Kurzatmigkeit und beschleunigte Hautalterung hängen mit dem Nikotinkonsum zusammen. Ebenso kann das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft schädlich für den Säugling sein und zu einer Fehlgeburt führen. Etwa die Hälfte der Raucher, die nicht damit aufhören, stirbt frühzeitig aufgrund von Krankheiten, die im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum stehen. (American Psychiatric Association, 2013)

Bei einem Tabakentzug können in einem Zeitraum von 24 Stunden Symptome wie Reizbarkeit, Enttäuschung, Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, ein gesteigerter Appetit, Unruhe, eine depressive Verstimmung und Insomnie auftreten. Entzugsserscheinungen erschweren es, den Konsum zu beenden und sind hauptsächlich bei Personen zu finden, die vor dem Versuch aufzuhören, täglich geraucht haben. Das Entzugssyndrom kann die Stimmung beeinträchtigen und funktionelle Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Der Tabakentzug wird außerdem mit einem gesteigerten Verlangen nach süßen Speisen assoziiert. Auch Leistungseinbußen in Vigilanzaufgaben waren messbar während eines Tabakentzugs. Die Beendigung des Rauchens kann zu Verstopfungen, Husten, Schwindel, Übelkeit, Halsschmerzen und zu Albträumen führen. Etwa die Hälfte der Raucher, die mindestens zwei Tage mit dem Rauchen aufhörten, zeigten Symptome des Tabakentzugssyndroms. (American Psychiatric Association, 2013)

Tabakkonsum kann außerdem zur Diagnose der Tabakinduzierten Schlafstörung führen. (American Psychiatric Association, 2013)

Im Klassifikationssystem ICD-10 der World Health Organisation finden sich Störungen im Zusammenhang mit Nikotin mit unterschiedlichen Erscheinungsbildern unter der Kodierung F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (Dilling et al., 2014).

6.2.2 Assoziation des Nikotinkonsums mit bestimmten Merkmalen

Auch Tabakkonsum wird mit bestimmten Merkmalen assoziiert.

So ist es etwa für Menschen, die ein geringes Einkommen und einen geringen Bildungsgrad haben, wahrscheinlicher mit dem Rauchen zu beginnen. Und es ist weniger wahrscheinlich für diese Personen, den Tabakkonsum wieder zu beenden. (American Psychiatric Association, 2013).

Das Geschlecht scheint auch eine Rolle zu spielen.

So ist unter österreichischen Männern (43 %) der RaucherInnenanteil höher, als unter österreichischen Frauen (34 %) (Uhl et al., 2009). Auch in der Studie von Harling et al. (2010) zeigte sich, dass Männer doppelt so häufig wie Frauen mehr als zehn Zigaretten täglich rauchten. Die Menge an geleisteten Wochenstunden in der Arbeit hatte entgegen der Annahmen der Forscher jedoch keinen Einfluss auf den Tabakkonsum.

Unterschiede im Rauchverhalten konnten außerdem in Abhängigkeit vom Familienstatus, vom Bildungsabschluss und vom Lebensalter festgestellt werden (Schulze & Lampert, 2006).

6.3 Koffein

Koffein ist in Kaffee, Tee, koffeinhaltigem Sodawasser, Energy-Drinks, Schmerz- und Arzneimitteln, energiesteigernden Mitteln, Mitteln zur Gewichtsreduktion, in Schokolade und in Vitamin- und Nahrungsmittelpräparaten enthalten. Mehr als 85 % der Menschen im Jugend- oder Erwachsenenalter konsumieren regelmäßig Koffein. (American Psychiatric Association, 2013)

Die Forscher Rudolph, Faerbinger und Koenig (2014) beschäftigten sich in ihrer Studie mit dem Koffeinkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener zwischen 14 und 39 Jahren in Österreich. Die hinsichtlich Alter und Geschlecht für die österreichische Bevölkerung repräsentative Stichprobe umfasste 700 Personen. Betrachtet man alle von den Teilnehmern konsumierten

koffeinhaltigen Getränke und Speisen, so zeigte sich, dass Kaffee am meisten konsumiert wurde (60.8 %), gefolgt von Energy Drinks (11.9 %) und Cola (9.5 %). Der durchschnittliche Koffeinkonsum der Teilnehmer lag bei $M = 357$ ($SD = 400$) mg pro Tag. Der Median lag bei $MD = 259$ mg pro Tag.

Dass Koffein auch am Arbeitsplatz eine Rolle spielt, zeigt die Tatsache, dass es dort gerne konsumiert wird, um Zeichen von Erschöpfung zu verringern und um die Wachheit zu steigern (Geiger-Brown et al., 2012).

6.3.1 Die klinische Relevanz des Koffeinkonsums

Zu den psychischen Störungen von klinischer Relevanz im Zusammenhang mit Koffein zählen laut DSM-5 sowohl der Koffeinentzug als auch die –intoxikation. Außerdem werden „Andere koffeininduzierte Störungen“ und die „Nicht näher bezeichnete Störung im Zusammenhang mit Koffein“ genannt. (American Psychiatric Association, 2013)

Symptome, die sich während oder nach dem Konsum von Koffein entwickeln und als Anzeichen für eine Koffeinintoxikation gelten sind Rastlosigkeit, Nervosität, Erregung, Schlaflosigkeit, Gesichtsrötung, Harndrang, gastrointestinale Störungen, Muskelzucken, ein weitschweifiger Gedanken- und Redefluss, ein beschleunigter Puls oder Herz-Rhythmus-Störungen, Perioden unerschöpflicher Energie und psychomotorische Unruhe. Orale Verhütungsmittel reduzieren den Abbau von Koffein und stellen daher einen Risikofaktor für eine Intoxikation dar. Durch eine Koffeinintoxikation kann es zu Problem in der Arbeit oder Schule kommen. Ebenso könne in Folge einer Intoxikation bestimmte Rollenverpflichtungen nicht immer eingehalten werden. Eine Intoxikation mit Koffein kann in manchen Fällen zu einer koffeininduzierten Störung führen. (American Psychiatric Association, 2013)

Ein weiteres Störungsbild, welches laut DSM-5 im Zusammenhang mit Koffein auftreten kann, ist der Koffeinentzug, für welchen Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Benommenheit, dysphorische oder depressive Stimmung oder Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder fieberähnlichen Symptome kennzeichnend sind. Die Koffeinintoxikation und der –entzug führen häufig zu einem Leidensdruck oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen. (American Psychiatric Association, 2013)

Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) findet man neben den bereits genannten anerkannten Diagnosen im Kapitel „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ die Koffeinkonsumstörung. Für Symptombilder in dieser Kategorie reichen die Belege derzeit nicht aus, um als offizielle Diagnose aufgenommen zu werden. Somit können die Kriterienlisten dieses Kapitels nicht für klinische Zwecke verwendet werden.

In den ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation ist jedoch die Diagnose einer Substanzabhängigkeit durch Koffein anerkannt (Dilling et al., 2014).

Im DSM-5 wird die Koffeinkonsumstörung als Forschungsdiagnose gehandhabt. Für die Koffeinkonsumstörung laut DSM-5 sind ein dauerhafter Konsum und das Scheitern der Kontrolle dieses Konsums trotz negativer körperlicher oder psychischer Auswirkungen, charakteristisch. Das Kriterium des Konsums trotz negativer Konsequenzen erfüllten in einer Umfrage in der Allgemeinbevölkerung 14 % der Konsumenten. Koffein kann zu medizinischen und körperlichen Problemen führen. Als typisch gelten Probleme mit dem Herzen oder dem Magen, aber auch Ängste, Depression und Schlaf- und Denkschwierigkeiten finden sich häufig. Unklar ist die Prävalenz der Koffeinkonsumstörung. Es scheint so, dass der Koffeinkonsum mit dem Alter bis in die frühen 30er Jahre zunimmt und dann in dieser Höhe etwa konstant bleibt. Die erhöhte Koffeinaufnahme durch den Konsum von Energy-Drinks wird teilweise als problematisch erachtet. Ab welcher Grenze Koffeinkonsum problematisch ist, ist schwierig zu sagen, da Probleme im Sozialleben oder hinsichtlich des Verhaltens oder der Psyche nur schwer allein der Substanz zuzuordnen sind. Außerdem ist der regelmäßige Konsum von Koffeinprodukten in unserer Gesellschaft üblich. Dies reicht jedoch noch nicht für eine Diagnose aus. Differentialdiagnostisch ist die Koffeinkonsumstörung von anderen Stimulanzienkonsumstörungen und von Angststörungen abzugrenzen. Bei schwerem chronischem Koffeinkonsum können ähnliche Symptome auftreten, wie bei einer Generalisierten Angststörung und akuter Koffeinkonsum kann zu Panikattacken führen. Komorbidität kann zwischen der Koffeinkonsumstörung und dem täglichen Tabakkonsum bestehen. Außerdem zeigt sich häufig eine Komorbidität, wenn eine persönliche oder familiäre Vorgeschichte mit einer Alkoholkonsumstörung vorliegt. (American Psychiatric Association, 2014)

Im Klassifikationssystem ICD-10 der World Health Organisation finden sich Störungen im Zusammenhang mit Koffein mit unterschiedlichen Erscheinungsbildern unter der Kodierung F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (Dilling et al., 2014).

6.3.2 Assoziation des Koffeinkonsums mit bestimmten Merkmalen

Das Koffeinkonsumverhalten ist noch weniger beforscht als der Konsum von Alkohol und Nikotin.

Lachenmeier et al. (2013) haben sich mit dem Konsum koffeinhaltiger Getränke von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland befasst und hierzu zwei Datenpools analysiert. Die Forscher fanden hierbei sowohl Geschlechter- als auch Altersunterschiede. Männliche Kinder und Jugendliche konsumierten etwas mehr Koffein als weibliche Kinder. Der zweite Datenpool umfasste Daten von Jugendlichen und Erwachsenen und hier zeigte sich, dass männliche Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren etwa 1.5-mal so viel koffeinhaltige Getränke konsumieren wie gleichaltrige Mädchen. Bis zum Alter von 25-34 Jahren zeigte sich ein höherer Konsum bei den männlichen Personen und ab dem Alter von 35 Jahren konsumierten die weiblichen Personen mehr. Bei beiden Geschlechtern zeigte sich, dass der Konsum bis zur Altersgruppe der 25-50-Jährigen anstieg und dann leicht abnahm. Bei der Betrachtung aller Altersgruppen im Durchschnitt zeigte sich jedoch kein Geschlechterunterschied.

Die neuere österreichische Studie von Rudolph et al. (2014) zeigte, dass sich Männer und Frauen nicht im täglichen Gesamtkoffeinkonsum unterscheiden und auch nicht im Gesamtkoffeinkonsum pro Kilo Körpergewicht pro Tag. Es zeigte sich jedoch ein Unterschied, sobald man den Konsum einzelner koffeinhaltiger Produkte betrachtete. Männer und Frauen unterschieden sich hier signifikant im Konsum von Eistee und von Cola, wobei Männer eine größere Menge konsumierten als Frauen. Die Teilnehmer wurden in drei Altersgruppen eingeteilt und zwar in die Gruppe der 14-17-Jährigen, der 18-25-Jährigen und 26-39-Jährigen. Es zeigten sich signifikante Altersunterschiede im Koffeinkonsum hinsichtlich der koffeinhaltigen Produkte Kaffee, Tee, Eistee, Getränke auf Kaffeebasis, Kakao, Schokolade und Medikamente. Der niedrigste Koffeinkonsum durch den Genuss von Tee bzw. Kaffee zeigte sich bei den 14-17-jährigen Personen im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen. Der Koffeinkonsum durch Getränke auf Kaffeebasis, Kakao und Schokolade lag bei der jüngsten Altersgruppe höher als bei den beiden anderen Gruppen.

Es ist denkbar, dass der Koffeinkonsum analog zu Nikotin und Alkohol auch mit anderen Merkmalen zusammenhängt.

7 Forschungsstand zu Burnout und Substanzkonsum

Mc Geary, Garcia, Mc Geary, Finley, und Peterson (2014) nahmen unter Berufung auf bisherige Forschungsergebnisse an, dass Burnout mit erhöhtem Koffein-, Tabak- und Nikotinkonsum einhergeht und dass Burnout-Werte signifikant zur Prognose von Koffein-, Tabak- und Alkoholgebrauch als Copingstrategie, um mit Arbeitsstress umzugehen, beitragen. Während von den 138 Befragten nur wenige angegeben hatten Nikotin oder Alkohol ziemlich oder sehr häufig zu konsumieren, um mit Arbeitsstress umzugehen, zeigte sich beim Koffeinkonsum ein anderes Ergebnis: 42 % der Befragten gaben an, Koffein ziemlich oder sehr häufig zu konsumieren, um mit Arbeitsstress umzugehen. Einzelne Dimensionen des MBI-GS-D korrelierten signifikant mit Koffeinkonsum und Tabakkonsum als Copingstrategie, jedoch nicht mit Alkoholkonsum. Die prädikative Rolle von einzelnen Burnoutdimensionen für einzelne negative Gesundheitsverhaltensstrategien (Rauchen, Koffeinkonsum) war gering. Als Begründung für diese Ergebnisse, geben die Autoren der Studie an, dass die Stichprobe, welche aus Klinikpersonal im Bereich posttraumatischer Belastungsstörungen bestand, möglicherweise generell ein relativ gutes Gesundheitsverhalten zeigte.

Kalifornische Forscher analysierten die Daten von Mitarbeitern städtischer Verkehrsbetriebe („urban transit operators“), welche im Zuge der „Muni Health and Safety Study“ (1993-1995) gesammelt wurden. In drei Studien untersuchten sie die Zusammenhänge zwischen Burnout-Symptomen und Alkoholkonsum. Als Maß für die Burnout-Symptome zogen die Autoren jeweils die Skala „Emotionale Erschöpfung“, eine der drei Dimensionen des MBI (Maslach Burnout Inventory nach Maslach & Jackson, 1986) heran. (Chen & Cunradi, 2008; Cunradi, Chen, & Lipton, 2009; Cunradi, Greiner, Ragland, & Fisher, 2003)

Cunradi et al. (2003) konnten zeigen, dass die Mitarbeiter städtischer Verkehrsbetriebe mit höheren Burnoutwerten ein höheres Risiko für Alkoholprobleme, besonders für Alkoholabhängigkeit, haben. Chen und Cunradi (2008) postulierten, dass Burnout zum Konsum von Alkohol und Zigaretten führen würde und die Ergebnisse ihrer Studie zeigten auch, dass Burnout-Symptome signifikant und positiv mit Alkoholkonsum, jedoch nicht mit Zigarettenkonsum korrelierten.

In der Studie von 2009 verwendeten die kalifornischen Forscher erstmals Burnout als abhängige Variable und stellten fest, dass Alkoholkonsum (jedoch nicht Rauchen) positiv mit Burnout zusammenhing (Cunradi et al., 2009).

Als Limitation wird in zwei der drei genannten Studien angegeben, dass der zeitliche Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines Burnouts und einem erhöhten Alkoholkonsum

noch nicht ausreichend geklärt ist. So ist es etwa denkbar, dass Personen mit erhöhten Burnoutwerten eher trinken, als andere Arbeiter, oder aber dass für Arbeiter mit Alkoholproblemen/erhöhtem Alkoholkonsum eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht auszubrennen. (Cunradi et al. 2009; Cunradi et al., 2003)

Winwood, Winefield, und Lushington (2003) konnten bei einer Untersuchung an australischen Zahnärzten zwar sowohl hohe Burnoutwerte als auch gefährlich hohen Alkoholkonsum in der untersuchten Stichprobe finden. Dennoch konnten bei der Analyse der gesamten Stichprobe Burnout (gemessen mit dem Copenhagen Burnout Inventory von Borritz & Kristensen, 1999) nur zu einem sehr geringen Teil bzw. gar nicht (je nachdem, welche der drei CBI-Skalen herangezogen wurde) zur Varianzaufklärung des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test von Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) beitragen.

Ahola et al. (2006) untersuchten den Zusammenhang zwischen Burnout und Alkoholabhängigkeit bzw. hohem Alkoholkonsum bei arbeitenden finnischen Personen zwischen 30 und 64 Jahren mit unterschiedlichen Berufen. Die Daten stammten aus der Finnish Health 2000 Study und es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Burnout (UV) und Alkoholabhängigkeit. Die Variable „hoher Alkoholkonsum“, wobei man in dieser Studie einen Alkoholkonsum von über 280 g reinen Alkohols bei Männern und 190 g bei Frauen verstand (Sillanauke, Kiianmaa, & Seppä, 1992; zitiert nach Ahola et al., 2006), korrelierte jedoch nicht signifikant mit Burnout.

Moustou, Panagopoulou, Montgomery, und Benos (2010) spezialisierten sich wiederum auf eine spezifische Berufsgruppe: Sie untersuchten im Rettungsdienst tätige Personen in Griechenland und konnten zeigen, dass Burnout einen positiven Vorhersagewert für Trinkhäufigkeit und –menge von Alkohol in sozialen Situationen hat.

Eine norwegische Forschergruppe beschäftigte sich ebenso mit Bediensteten im Rettungswesen: Die Studie von Sterud, Hem, Ekeberg, und Lau (2007) konnte die Auffassung, dass ein starker Zusammenhang zwischen beruflichem Stress/Burnout und Alkoholkonsum bei Polizisten bzw. Mitarbeitern im Rettungstransport besteht nicht bestätigen. Sie konnte jedoch zeigen, dass Trinken als Coping-Strategie einen Risikofaktor für Probleme im Zusammenhang mit Alkohol darstellt, besonders bei männlichen Mitarbeitern und bei jenen, die höhere Werte in der MBI-Dimension „Depersonalisation“ erzielten.

Oreskovich et al. (2012) führten eine Studie mit amerikanischen Chirurgen durch und fanden heraus, dass je häufiger die Symptome „Emotionaler Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ (MBI-Dimensionen) auftauchten, umso höher waren die Prozentsätze hinsichtlich Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Burnout, worunter in dieser Studie das Erleben

emotionaler Erschöpfung und/oder Depersonalisation wöchentlich oder öfter verstanden wurde, war bei Chirurgen häufiger, welche Alkohol in gesundheitsschädlichem Ausmaß konsumierten und bei jenen, welche die Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit erfüllten.

Während die genannten kalifornischen Forscher keine Zusammenhänge zwischen Burnout und dem Rauchen finden konnten, zeigte sich in einer pakistanischen Studie ein anderes Ergebnis:

Ellahi und Mushtaq (2012) postulierten, dass der Konflikt zwischen Arbeit und Familie und die Arbeitsbelastung bei Ärzten ein Burnout hervorrufen können und dies kann wiederum zu negativen Konsequenzen wie dem Rauchen führen. In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass Ärzte, die große emotionale Erschöpfung erleben, eher dazu geneigt sind zu rauchen.

An dieser Stelle ist zu bedenken, dass im islamisch geprägten Pakistan absolutes Alkoholverbot besteht und möglicherweise deshalb vermehrt auf andere Substanzen, wie etwa Nikotin, zurückgegriffen wird.

7.1 Kritik an der bisherigen Forschung zu Burnout und Substanzkonsum

Wie man sieht, zeigen die Studien keine eindeutigen Ergebnisse, was den Zusammenhang von Burnout und dem Konsum der interessierenden legalen Substanzen Koffein, Nikotin und Alkohol betrifft.

Auffällig ist, dass der überwiegende Teil der Untersuchungen an einer bestimmten Berufsgruppe durchgeführt wurde, was keine generalisierbaren Aussagen zulässt.

Außerdem wurden nur arbeitende Personen befragt. Das Problem hierbei ist, dass ein sogenannter „healthy worker effect“ (Mausner & Kramer, 1985, zitiert nach Cunradi et al., 2003) vorliegt, d.h. dass nur Personen untersucht werden, die noch gesund genug sind, um am Arbeitsleben teilzuhaben. Personen, die z.B. aufgrund eines Burnouts im Krankenstand sind, werden durch dieses Vorgehen nicht miterfasst.

Auch Burisch (2014) stellt fest, dass Burnout-Forschung in der Regel ohne Ausbrenner stattfindet. Er wählt hierzu eine sehr passende Analogie und meint, dass dieses Vorgehen dem ähnelt, als „untersuchte man ein fiebersenkendes Medikament bei Patienten mit Körpertemperatur unter 37 °C“ (Burisch, 2014, S. 15).

Es stellt sich daher die Frage, warum der Zusammenhang zwischen Burnout und dem Konsum von legalen Substanzen wie Alkohol oder Nikotin bisher nur bei gesunden Personen und nicht auch bei Personen, welche sich aufgrund eines Burnouts in Behandlung befinden, untersucht wurde.

Weiters wird vorwiegend Burnout als unabhängige Variable und Substanzkonsum als abhängige Variable in den statistischen Analysen eingesetzt, obwohl wie auch schon von Cunradi et al. (2009) und Cunradi et al. (2003) angemerkt, die genaue zeitliche Abfolge bei Burnout und z.B. Alkoholkonsum noch nicht eindeutig geklärt ist.

Diese Richtung wird vermutlich deshalb häufig postuliert, da ein erhöhtes Konsumverhalten als Coping-Strategie, zum Ausgleich belastender Situationen und Lebensumstände, aus früheren Studien bekannt ist.

Burisch (2014) sieht es kritisch, dass als bisherige Forschungsstrategie in der Burnout-Forschung gerne Burnout-Fragebögen im Querschnitt mit allen möglichen anderen Variablen korreliert wurden.

„Diese (unaufwendige) Strategie produziert eine Springflut von Aufsätzen, in denen alle Übel dieser Welt mit Burnout zusammenhängen.“ (Burisch, 2014, S. 196)

In den Studien zum Zusammenhang von Burnout und dem vermehrten Substanzkonsum werden zudem häufig nicht alle MBI-Dimensionen verwendet. Es existiert kein MBI-Gesamtwert, weshalb auch nur die einzelnen Dimensionen in statistische Analysen mit einbezogen werden können. Häufig korrelieren nicht alle Dimensionen mit Fragebögen zum Substanzkonsum. Dennoch wird von einem Zusammenhang mit Burnout, welches laut Maslach und Jackson (1981) ein Konstrukt ist, welches aus drei Dimensionen besteht, gesprochen.

Dass ein Burnout bzw. Burnout-Symptome vorliegen, wird in zahlreichen gegenwärtigen Studien somit nur aus dem Antwortverhalten im MBI, bzw. in einer oder mehreren MBI-Dimensionen, abgeleitet.

In der hier vorliegenden Studie, werden Personen befragt, welche laut ärztlicher Einschätzung von einem Burnout betroffen sind.

In der Praxis sollte diese Einschätzung auf dem Einholen umfangreicher Information beruhen. Durch die Exploration bzw. ein Anamnesegespräch etwa klärt z.B. der Arzt sowohl körperliche als auch psychische Symptome ab. Mögliche andere Erkrankungen können zudem erhoben werden.

Gerade bei Burnout, welches zahlreiche Überschneidungen mit anderen psychischen Störungsbildern aufweist, ist eine genaue Differentialdiagnose notwendig, um entsprechende Interventionen einleiten zu können.

Auch Burisch (2014) sieht klinische Strategien, also den Erkenntnisgewinn durch die Analyse von Beratungs- und Behandlungsfällen, als aussichtsreicher an.

Aus diesem Grund scheint es sinnvoll ins Feld zu gehen und das Konsumverhalten tatsächlich Burnout-Betroffener zu untersuchen. Zusammengefasst unterscheidet sich die vorliegende Studie vor allem durch den Einbezug von Burnout-Patienten und durch die Befragung von Personen mit unterschiedlichen Berufen positiv von anderen Studien zum Thema.

8 Fragestellungen

8.1 Zentrale Fragestellung

Unterscheiden sich Burnout-Betroffene hinsichtlich ihres Alkoholkonsums, Nikotinkonsums und Koffeinkonsums von aktiv arbeitenden Personen ohne Diagnose einer psychischen Erkrankung?

8.2 Weitere Fragestellungen

Zeigen Burnout-Betroffene höhere Werte in den Skalen eines Burnout-Fragebogens als Nicht-Burnout-Betroffene?

Hängen bestimmte (soziodemographische) Merkmale mit dem Konsum von Alkohol bzw. Nikotin bzw. Koffein zusammen?

9 Methodisches Vorgehen

9.1 Hypothesen

Aus den genannten Fragestellungen ließen sich folgende Hypothesen ableiten:

9.1.1 Unterschiedshypothesen zu den MBI-Dimensionen

- Hypothese 1 a:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ des MBI.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ des MBI.
- Hypothese 1 b:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Depersonalisierung/Zynismus“ des MBI.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Depersonalisierung/Zynismus“ des MBI.
- Hypothese 1 c:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Persönliche Leistungsfähigkeit“ des MBI.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von Personen ohne Burnout-Diagnose in der Dimension „Persönliche Leistungsfähigkeit“ des MBI.

9.1.2 Unterschiedshypothesen zum Substanzkonsum

- Hypothese 2 a:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von „gesunden“ Personen im Alkoholkonsum.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von „gesunden“ Personen im Alkoholkonsum.
- Hypothese 2 b:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von „gesunden“ Personen im Nikotinkonsum.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von „gesunden“ Personen im Nikotinkonsum.
- Hypothese 2 c:** *H 0:* Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich nicht von „gesunden“ Personen im Koffeinkonsum.
H 1: Personen mit Burnout lt. Arzt unterscheiden sich von „gesunden“ Personen im Koffeinkonsum.

9.1.3 Korrelationen mit dem Substanzkonsum

9.1.3.1 Hypothesen zum Alkoholkonsum

- Hypothese 3 a:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 b:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 c:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 d:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 e:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 f:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 g:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat“ und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat“ im und dem Alkoholkonsum.
- Hypothese 3 h:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ und dem Alkoholkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ im und dem Alkoholkonsum.

9.1.3.2 Hypothesen zum Nikotinkonsum

- Hypothese 4 a:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 b:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 c:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 d:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 e:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 f:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 g:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Überstunden/Monat und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Überstunden/Monat im und dem Nikotinkonsum.
- Hypothese 4 h:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ und dem Nikotinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ im und dem Nikotinkonsum.

9.1.3.3 Hypothesen zum Koffeinkonsum

- Hypothese 5 a:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 b:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 c:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Partnerschaft“ und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 d:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Variable „Beruf (Sonstiger Beruf, Sozial- oder Gesundheitsberuf)“ und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 e:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche im Hauptjob und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 f:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Stunden/Woche gesamt (Hauptjob+Zweitjob) und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 g:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Überstunden/Monat und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Überstunden/Monat im und dem Koffeinkonsum.
- Hypothese 5 h:** *H 0:* Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ und dem Koffeinkonsum.
H 1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den „Überstunden/Monat inkl. 0“ im und dem Koffeinkonsum.

9.2 Untersuchungsplanung

Im Jahr 2014 erfolgte durch Mag. Wolfgang Beiglböck und ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber die Zusage, diese Studie zu betreuen. Bei dieser Masterarbeit handelt es sich um eine Querschnittstudie, welche im paper pencil Format an einer anfallenden Stichprobe in Österreich durchgeführt wurde. Der Erhebungszeitraum betrug drei Monate (April bis Juni 2015).

Die Teilnehmer erhielten sowohl ein Informationsblatt als auch einen 11-seitigen Fragebogen. Die Datenerhebung erfolgte gemeinsam mit meiner Studienkollegin Kristina Sladok, welche im Zuge ihrer Abschlussarbeit ebenfalls zum Thema Burnout forschte.

9.3 Stichprobenrekrutierung

Geplant war eine Stichprobe bestehend aus ca. 50 Burnout-Betroffenen und 50 Nicht-Burnout-Betroffenen zu rekrutieren. Diese Anzahl wurde gewählt, weil aufgrund des E-Mail-Verkehrs mit Personen, welche mit Burnout-Betroffenen arbeiten, davon auszugehen war, dass sich etwa 50 Burnout-Betroffene zur Studienteilnahme bereit erklären würden. Tatsächlich retournierten jedoch weniger Burnout-Betroffene ($n = 19$) den Fragebogen.

Um zu Daten von Burnout-Betroffenen zu gelangen wurden zahlreiche Personen, welche beruflich mit der genannten Personengruppe arbeiten, kontaktiert. Es handelte sich hierbei um Psychotherapeuten, Betreuer von Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychologen. Häufig erfolgte entweder keine Rückmeldung oder eine Absage.

Zusätzlich konnten über persönliche Kontakte Burnout-Betroffene erreicht werden.

Über folgende Kontaktpersonen konnten Burnout-Betroffene rekrutiert werden:

- **Ralph Bartel**, Dipl. Burnout-Prophylaxe-Trainer, Leiter der Burnout-Selbsthilfe-Gruppe BOLO (Burn-Out & Live On), Pasching
- **Anita Damböck-Gritsch**, Psychotherapeutin, St. Pölten
- **Prim. Dr. Paul Kaufmann**, Sonnenpark Neusiedlersee - Zentrum für psychosoziale Gesundheit, Rust
- Personen aus dem persönlichen Umfeld der Studienleitung bzw. deren Kollegin Kristina Sladok, welche berufliche oder private Kontakte zu Burnout-Betroffenen haben.

Den Kontaktpersonen wurden Informationsblätter, Fragebögen und Kuverts zur anonymisierten Abgabe zur Übermittlung an die Burnout-Betroffenen übergeben. Nach der Beteiligung an der Studie wurden die Materialien an die Studienleiter retourniert.

Die Daten von Nicht-Burnout-Betroffenen stammen aus dem persönlichen Umfeld der Studienleitung bzw. deren Kollegin Kristina Sladok. Die Fragebögen wurden hier persönlich übergeben.

9.4 Teilnahmevoraussetzungen

Folgende Voraussetzungen wurden für die Teilnahme gefordert:

Die Teilnehmer beider Gruppen sollten einem Arbeitsverhältnis von mindestens 10h/Woche am österreichischen Arbeitsmarkt nachgehen. Ob Sie dabei gerade im Krankstand waren, spielte keine Rolle. Diese Voraussetzung wurde gewählt, da Musalek (2012) für die klinische Praxis empfiehlt, nur von Burnout zu sprechen, wenn die Arbeitssituation Ausgangspunkt für das Leiden ist. Er empfiehlt dies, um begriffliche Unschärfen und Unklarheiten zu vermeiden.

Hauptziel dieser Studie war es, das Konsumverhalten von Burnout-Betroffenen (=Burnoutgruppe, BG) mit jenem von nicht von Burnout-Betroffenen (=Kontrollgruppe, KG) zu vergleichen. Um den Einfluss möglicher anderer psychischer Erkrankungen auf das Konsumverhalten möglichst gering zu halten, wurde in der KG vorausgesetzt, dass im bisherigen Leben dieser Personen keine psychische Störung und somit auch kein Burnout festgestellt wurde. Diese Voraussetzung wurde nicht an die BG gestellt, da es Burnout nicht als eigenständige Diagnose gibt und folglich mindestens eine psychische Störung bei allen Personen in der BG diagnostiziert wurde. Für die Unterteilung in von Burnout betroffene und nicht von Burnout betroffene Personen wurde die ärztliche Einschätzung herangezogen.

Folglich wurde in der Burnout-Gruppe vorausgesetzt, dass die Untersuchten, die Information von Burnout betroffen zu sein, von einem Arzt erhalten hatten.

9.5 Information und Einverständniserklärung

Mittels eines Informationsblatts wurden die Teilnehmer über den Inhalt, den Zweck und den Ablauf der Erhebung informiert. Sie wurden darauf hingewiesen, dass sich durch die Teilnahme keinerlei Verpflichtungen ergeben, dass die Studie vorzeitig beendet werden kann, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden und dass die Möglichkeit besteht, die Studienleiter für weitere Fragen zu kontaktieren. Dem Informationsblatt war eine Einverständniserklärung beigelegt.

9.6 Messinstrumente/gemessene Variablen

Der elfseitige Fragebogen bestand aus folgenden Fragebögen, welche in eben dieser Reihenfolge vorgegeben wurden:

- Soziodemographische Daten
- Zusatzfragen für Burnout-Betroffene
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)
- Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit
- Fragebogen zum Koffeinkonsum

Bis auf den Zusatzfragebogen für Burnout-Betroffene wurden auch von KG alle Fragebogenteile ausgefüllt.

9.6.1 Soziodemographische Daten

Folgende soziodemographische Daten wurden erfasst:

- **Alter**
- **Geschlecht** (männlich, weiblich)
- **Familienstand** (alleinstehend, in Partnerschaft lebend, verheiratet)
- **Höchster Bildungsabschluss** (Pflichtschule, Lehre, BMS, AHS-/BHS-Matura, Kolleg, Universität/Fachhochschule, Kein Schulabschluss, Anderer Abschluss)
- **Bisherige Berufserfahrung** (in Jahren)
- **Beruf** (Der genannte Beruf wurde den Kategorien „Sonstiger Beruf“ und „Sozial- oder Gesundheitsberuf“ zugeteilt)
- **Beschäftigungsdauer im Betrieb** (in Jahren)
- **Anstellungsverhältnis** (Vollzeit, Teilzeit, Geringfügige Beschäftigung)
- **Geleistete Stunden/Woche** (im Hauptjob und gegebenenfalls in einem Zweitjob)
- **Überstunden/Monat**
- **Erkrankungen** (psychisch, körperlich)
- **Burnout laut Arzt** (noch nie von Burnout betroffen/aktuell von Burnout betroffen)

9.6.2 Zusatzfragen für von Burnout betroffene Personen

Um die interessierende Gruppe näher beschreiben zu können, wurden den Burnout Betroffenen zusätzliche Fragen gestellt.

Es wurde erhoben, wo sie gefragt wurden, an der Studie teilnehmen zu wollen und ob sie in ihrem bisherigen Leben schon unter anderen diagnostizierten psychischen Erkrankungen litten und wenn ja, unter welchen.

Da es keine eigenständige Burnout Diagnose gibt, wurde außerdem erfragt, welche Diagnose die Betroffenen vom Arzt erhalten haben und wann die Diagnose gestellt wurde. Zuletzt wurde erhoben, ob die Personen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und seit wann sie dies tun.

9.6.3 Maslach Burnout Inventory (MBI-GS-D)

Das Maslach Burnout Inventory von Maslach und Jackson (1981) ist einer der gebräuchlichsten Fragebögen zur Burnout Messung und wird in 90 % der einschlägigen Studien verwendet. Mittlerweile liegen mehrere Version des MBI vor. Der MBI General Survey (MBI-GS) ist für Berufstätige aller Art gedacht und umfasst 16 Items. (Burisch, 2014)

Der MBI-GS gliedert sich in drei Skalen:

- **Emotionale Erschöpfung** (5 Items)
- **Zynismus** (5 Items)
- **Persönliche Erfüllung** (6 Items) (Büssing & Glaser, 1998)

Die Skalenbenennungen fallen je nach Version bzw. nach Autor etwas unterschiedlich aus (Burisch, 2014).

Der Fragebogen umfasst Aussagen zu Gefühlen, die sich auf die Arbeit beziehen. Die dazugehörige Frage wie oft man das Gefühl hat, ist jeweils auf einer sechsstufigen Häufigkeitsskala, welche von 1 („nie“) bis 6 („sehr oft“) reicht, zu beantworten. (Büssing & Glaser, 1998)

Dem MBI liegt ein mehrdimensionales Modell zu Grunde. Eine Studie von Neubach und Schmidt (2000) bestätigte auch für die deutsche Fassung des MBI die Annahme von Maslach und Jackson (1981), dass die 3 Dimensionen des MBI eigenständige, aber in Beziehung stehende Aspekte eines Burnouts messen.

Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 10 Minuten. Eine Person gilt als umso ausgebrannter, je höher ihre Werte in den Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisierung“ (Anm.: hier „Zynismus“) sind und je niedrigere Werte sie in der Skala „Persönliche Leistungsfähigkeit“ (Anm.: hier „Persönliche Erfüllung“) aufweist (Hillert & Marwitz, 2006).

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skala Emotionale Erschöpfung betrug in einer Untersuchung mit einer deutschsprachigen Version des Fragebogens, dem MBI-D, .85, was als gut zu bezeichnen ist. Die interne Konsistenz für die Skala „Persönliche Erfüllung“ betrug .71, was als ausreichend zu bezeichnen ist und in der Skala „Zynismus“ (Anm.: wurde in der Studie als „Depersonalisation“ bezeichnet) ergab sich ein nicht ausreichender Wert von .42. Die konvergente und diskriminante Validität konnten bestätigt werden. (Neubach & Schmidt, 2000)

Um festzulegen, ab wann ein Burnout vorliegen soll, werden in der Literatur Cut-off-Points vorgeschlagen (Korczak & Huber, 2012). Deren Generierung entspricht jedoch nicht der wissenschaftlichen Testkonstruktion und sie besitzen keine diagnostische Gültigkeit (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; zitiert nach Korczak & Huber, 2012, S. 166).

Bei einem der Übersetzer des MBI-GS-D liegt eine Datenbank vor, welche $N > 60.000$ Datensätze aus Deutschland, Österreich und der Schweiz umfasst. Ein Handbuch mit Normen und Angaben zur Validierung ist geplant. Bis dahin gibt es keine soliden Publikationen zu dieser Fassung bzw. zu wissenschaftlich begründeten Empfehlungen hinsichtlich der Interpretation und zu Cut-off-Werten. (J. Glaser, persönliche Kommunikation, 1. Februar 2015).

Cut-off-Werte sind dennoch in Verwendung.

Unterholzer (2008) führt unter Bezugnahme auf eine persönliche Kommunikation mit Geyerhofer (2006, zitiert nach Unterholzer, 2008, S. 115) folgende Cut-off-Werte an:

- **Emotionale Erschöpfung:** 3.3
- **Zynismus:** 2.5
- **Reduzierte persönliche Effizienz:** 1.9

Eine Person, die im Mittelwert je Dimension (Dimension „Reduzierte persönliche Effizienz“ umgepolt) in allen drei Dimensionen über diesen Cut-off-Werten liegt, gilt als ausgebrannt (S. Geyerhofer, persönliche Kommunikation, 9. Februar 2015)

9.6.4 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ist ein im Auftrag der World Health Organisation (WHO) von Babor, Higgs-Biddle, Saunders und Monteiro (2001) entwickeltes Screening Verfahren zur Identifikation von Personen mit riskanten und gesundheitsgefährdenden Trinkmustern. 1989 wurde die erste Version veröffentlicht und seither sowohl von Forschern als auch von Praktikern im Gesundheitsbereich vielfach eingesetzt. Der Test besteht aus 10 Fragen. Je nach Punkteanzahl werden die Personen vier verschiedenen Risikostufen zugeteilt. Bei 0-7 Punkten (Level 1) wird eine Aufklärung zum Thema Alkohol vorgeschlagen und bei 20-40 Punkten (Level 4) wird der Person geraten einen Spezialisten für Diagnostik und Behandlung zu konsultieren.

Der AUDIT ist frei verfügbar, so z.B. auf der Seite der Österreichischen Sozialversicherung. Auf diese deutsche Version wird in der Masterarbeit zurückgegriffen. (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, 2005)

Mit einer deutschen Fassung des AUDIT konnte eine interne Konsistenz von .83 bzw. eine ausgezeichnete Retest-Reliabilität von .95 ermittelt werden. Für den AUDIT ergaben sich gute Validitätsmaße, wobei unterschiedliche Cut-off-Points verwendet wurden. (Dybek, 2008)

9.6.5 Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)

Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) stammt von Heatherton, Kozlowski, Frecker, und Fagerström (1991).

Bleich, Havemann-Reinecke, und Kornhuber (2002, zitiert nach Berth & Stöbel-Richter, 2014) entwickelten eine deutsche Version des FTNA. Er ist eine Selbstbeurteilungsskala und dient zur Diagnosestellung und Graduierung der Nikotinabhängigkeit. Der FTNA besteht aus 6 Items. Anhand des erreichten Punktwertes wird der Schweregrad der Abhängigkeit eingestuft. Die Retest-Reliabilität des Fragebogens liegt bei $r_{tt} = .88$ und die interne Konsistenz bei $\alpha = .61$. Die Bearbeitungszeit umfasst 1 bis 4 Minuten. (Berth & Stöbel-Richter, 2014)

Ein Score von 0-2 weist auf eine sehr geringe (keine) Nikotinabhängigkeit hin, ein Score von 3-4 weist auf eine geringe Nikotinabhängigkeit hin und ein Score von 5-10 Punkten steht für eine mittlere bis hohe Abhängigkeit (Schoberberger, Fagerström, & Kunze, 1995, zitiert nach Schoberberger, 2006).

In dieser Arbeit wird die in Schoberberger (2006) veröffentlichte Version verwendet.

9.6.6 Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit

Der Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit stammt aus der Masterarbeit „Übersetzung und Validierung des CaffEQ“ von Schott (2014). Da im deutschsprachigen Raum kein Verfahren zur Erfassung der vorhandenen Kriterien einer Koffeinabhängigkeit existierte, wurde ein Fragebogen hierzu entwickelt. Er basiert auf den DSM-5 Kriterien zur Koffeinabhängigkeit und orientiert sich an der Struktur des FTNA. Mit den sechs Items soll der Ausprägungsgrad folgender Kernsymptome bestimmt werden können: Entzugssymptome, Toleranzsteigerung, Konsumverhalten. Die Antworten werden unterschiedlich gewichtet summiert. Somit ergibt sich ein Summenscore von maximal 10 Punkten. Der erreichte Score entspricht dem Schweregrad der

Koffeinabhängigkeit. 0 bis 2 Punkte stehen für keine Abhängigkeit, 3 bis 4 für eine geringe Koffeinabhängigkeit und ab 5 Punkten ist mit einer starken Abhängigkeit zu rechnen. Die Bearbeitungsdauer liegt bei ein bis zwei Minuten. In der Stichprobe der Masterarbeit ergab sich ein Cronbach's Alpha von $\alpha = 0.56$ und somit ein akzeptabler Wert. Die interne Validität, welche mit einer explorativen Faktorenanalyse untersucht wurde, zeigte, dass der Fragebogen auf zwei Faktoren lud. Vier Items machten die Komponente „Abhängigkeit“ (33,22% erklärte Varianz) und 2 Fragen die Dimension „Konsum trotz negativer Folgen“ (20,83% erklärte Varianz) aus. Der Fragebogen korrelierte außerdem hoch mit dem durchschnittlichen Koffeinkonsum, $r = .21$; $p < .000$ und den Erwartungshaltungen an die Koffeinwirkung, $r = .57$; $p < .000$. Der Fragebogen ist somit zur Erfassung der Koffeinabhängigkeit ein reliables und valides Erhebungsinstrument.

9.6.7 Fragebogen zum Koffeinkonsum

Der Fragebogen zum Koffeinkonsum stammt ebenso aus der Masterarbeit von Schott (2014). Jedoch verwendet Schott (2014) Portionsgrößen, die eher in Deutschland üblich sind.

Köck (2015) hat den Fragebogen entsprechend adaptiert, sodass er in Österreich besser anwendbar ist.

In dieser Arbeit wird der adaptierte Fragebogen verwendet, wobei die Anleitung noch mit einem Beispiel versehen wurde. Der Fragebogen umfasst bekannte koffeinhaltige Produkte und deren übliche Portionsmengen. Die Testperson soll angeben, wie viele Portionen der entsprechenden Produkte sie innerhalb der letzten 14 Tage durchschnittlich an einem Tag konsumiert hat. Insgesamt sind etwa 30 Produkte angeführt. Außerdem wird der Medikamentenkonsum erfragt, da auch einige Arzneimittel Koffein enthalten können.

9.7 Datenanalyse

Zur Auswertung der Daten wurde das Programm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Version 23, verwendet. In Abhängigkeit von der Fragestellung und der Art der Daten kamen sowohl deskriptive als auch inferenzstatistische Verfahren zum Einsatz, welche im Ergebnisteil bei den Hypothesen angeführt sind.

Das Signifikanzniveau wurde für alle statistischen Überprüfungen auf $\alpha = .05$ festgelegt.

10 Ergebnisse

10.1 Stichprobe

Insgesamt füllten $N = 99$ Personen den Fragebogen aus.

Die Datensätze von $n = 8$ Personen wurden aus folgenden Gründen ausgeschlossen:

Zwei Personen gaben als Beruf Student an, eine Person gab an ohne Beschäftigung zu sein und eine Person arbeitete weniger als 10h/Woche. Folglich erfüllten die Personen das Einschlusskriterium, nämlich am österreichischen Arbeitsmarkt für mindestens 10h/Woche tätig zu sein, nicht.

Eine Person gab an schon von Burnout betroffen gewesen zu sein und eine Person machte keine Angabe zu einer möglichen Burnout-Betroffenheit. Folglich war die Zuordnung in eine der beiden zu vergleichenden Gruppen (Burnout/Kein Burnout) nicht möglich.

Eine Person, welche angab kein Burnout zu haben, gab an, unter einer generalisierten Angststörung zu leiden. Folglich erfüllte die Person das Kriterium noch nie eine psychische Störung diagnostiziert bekommen zu haben nicht. Dieses Kriterium war Voraussetzung für die Gruppe ohne Burnout.

Ein Fragebogen war nach einem bestimmten Muster ausgefüllt. Die Person kreuzte bei allen Fragen die höchste zu erreichende Punktezahl an. Folglich ist davon auszugehen, dass die gegebenen Antworten nicht dem wahren Empfinden und Verhalten der Person entsprechen. Deshalb erfolgte auch hier ein Ausschluss.

Somit wurden die Daten von $N = 91$ Personen im Statistikprogramm SPSS eingegeben.

Die Erhebung fand in Kooperation mit einer Studienkollegin statt. Da für ihre Fragestellung das Alter der Personen irrelevant war, hat sie auch jüngere Personen befragt. Wie in Kapitel 7 durch Quellen belegt, spielt das Alter eine Rolle für das Konsumverhalten. Die jüngste Person unter den Burnout-Betroffenen in der Stichprobe war 34 Jahre alt.

Für sämtliche Analysen wurden aus diesem Grund Personen unter 30 Jahren ausgeschlossen.

Die analysierte Gesamtstichprobe umfasst somit $N = 68$ Datensätze.

Die zentrale Fragestellung dieser Studie beschäftigt sich damit, ob es einen Unterschied im Konsumverhalten gibt zwischen von Burnout betroffenen Personen und Personen, welche keinerlei diagnostizierte psychische Störung aufweisen. Im Folgenden wird für einen vereinfachten Lesefluss die erste Gruppe als „BG“-Gruppe (= Burnout-Gruppe) bezeichnet und die zweite Gruppe als „KG“ (= Kontrollgruppe).

Die Gesamtstichprobe $N = 68$ unterteilt sich in zwei Gruppen:

$n = 19$ BG

$n = 49$ KG

10.2 Soziodemographie

Hinsichtlich der soziodemographischen Angaben, zeigten sich bei nahezu allen erhobenen metrischen Variablen (Ausnahme: Beschäftigungsdauer im Betrieb) zumindest in einer der beiden Gruppen Ausreißer. Die Ausreißer wurden nicht ausgeschlossen, da es sich hierbei (mit Ausnahme einer Altersangabe in der BG) um die gearbeiteten Stunden bzw. um die Berufserfahrung handelt und somit um Merkmale der Arbeit, welche möglicherweise das Burnout mitbeeinflussen.

Zur besseren Vergleichbarkeit und um die Übersichtlichkeit zu wahren, werden im Fließtext ausschließlich der Median (Mdn) und der Quartilsabstand (IQR) angeführt. In den dazugehörigen Tabellen finden sich Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD), wenn keine Ausreißer vorhanden waren und folglich Mittelwerte und Standardabweichungen geeignete Maße zur Beschreibung darstellen.

Die Altersangaben reichten dabei in der BG von 34 bis 54 Jahren und in der KG von 30 bis 59 Jahren. In der BG zeigte sich nach der Ausgabe eines Boxplotdiagramms ein Ausreißer. Die Person war mit 34 jünger deutlich jünger war, als die anderen Personen der Stichprobe. In der BG betrug der $Mdn = 48$ ($IQR = 8$) Jahre. In der KG lag der Median bei $Mdn = 48$ ($IQR = 17$) Jahren. Gesamt lag das Alter der Befragten zwischen 30 und 59 Jahren. Hier betrug der Median $Mdn = 48$ ($IQR = 14$) Jahre.

In der BG nahmen $n = 13$ Männer und $n = 6$ Frauen teil. In der KG füllten $n = 19$ Männer und $n = 30$ Frauen den Fragebogen aus. Das Geschlechterverhältnis in der Gesamtstichprobe lag bei $n = 32$ Männern zu $n = 36$ Frauen.

In der BG gaben 8 Personen „Lehre“, 2 Personen „BMS (Berufsbildende Mittlere Schule)“, 6 Personen „AHS-/BHS-Matura“, 1 Person „Kolleg“, 2 Personen „Universität, Fachhochschule“ und keine Person „Anderer Abschluss“ an.

In der KG gaben 15 Personen „Lehre“, 7 Personen „BMS (Berufsbildende Mittlere Schule)“, 8 Personen „AHS-/BHS-Matura“, keine Person „Kolleg“, 14 Personen „Universität, Fachhochschule“ und 5 Personen „Anderer Abschluss“ an.

Als höchsten Bildungsabschluss gaben in der Gesamtstichprobe 23 Personen „Lehre“, 9 Personen „BMS (Berufsbildende Mittlere Schule)“, 14 Personen „AHS-/BHS-Matura“, 1 Person „Kolleg“, 16 Personen „Universität, Fachhochschule“ und 5 Personen „Anderer Abschluss“ an.

In der BG ($n = 19$) schlug sich das deutlich jüngere Alter einer jüngeren Person auch in der Berufserfahrung nieder und somit gibt es auch in dieser Variable in der BG einen Ausreißer. Die mittlere Berufserfahrung in der BG liegt bei $Mdn = 29$ ($IQR = 7$) Jahren. In der KG ($n = 48$) liegt der Median bei $Mdn = 23$ ($IQR = 20$) Jahren und in der Gesamtstichprobe ($n = 67$) bei $Mdn = 26$ ($IQR = 17$) Jahren. In der KG machte eine Person keine Angabe zu ihrer Berufserfahrung. Die Berufserfahrung reichte in der BG von 14 bis 39 Jahren, in der KG von 8 bis 42 Jahren und sie lag somit gesamt zwischen 8 und 42 Jahren.

Die Teilnehmer arbeiteten in den unterschiedlichsten Berufen.

Da zu Beginn Burnout als Phänomen bei helfenden und sozialen Berufen beschrieben wurde (vgl. Burisch, 2014), wurde überprüft, wie viele Berufe sich der Kategorie „Sozial-/Gesundheitsberufe“ zuordnen lassen, um zu sehen, ob sich Burnout vielleicht tatsächlich noch vermehrt in solchen Berufen findet.

In der BG übte lediglich $n = 1$ Person einen Sozial- oder Gesundheitsberuf und $n = 18$ Personen einen sonstigen Beruf aus. In der KG arbeiteten $n = 20$ Personen in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf und $n = 29$ in einem sonstigen Beruf. Insgesamt gingen $n = 21$ Personen einem Sozial- oder Gesundheitsberuf und $n = 47$ Personen einem sonstigen Beruf nach.

Die Personen der BG waren im Mittel seit $Mdn = 23$ ($IQR = 22$) Jahren und die KG seit $Mdn = 11$ ($IQR = 17.75$) Jahren bei ihrem aktuellen Arbeitgeber beschäftigt. Die mittlere bisherige Beschäftigungsdauer im Betrieb lag in der Gesamtstichprobe bei $Mdn = 13$ ($IQR = 20$) Jahren. In der BG lag die Beschäftigungsdauer im Betrieb zwischen 2 und 33 Jahren und in der KG zwischen wenigen Wochen und 38 Jahren. Eine Person in der KG machte keine Angaben zu ihrer bisherigen Beschäftigungsdauer.

In der BG gingen $n = 17$ Personen einem Vollzeitjob und $n = 2$ Personen einem Teilzeitjob nach. In der KG arbeiteten $n = 26$ in einer Vollzeitstelle und $n = 23$ in einer Teilzeitstelle. Als Anstellungsverhältnis gaben in der Gesamtstichprobe $n = 43$ Personen an Vollzeit zu arbeiten und $n = 25$ Personen arbeiteten Teilzeit.

Die Personen konnten angeben, wie viele Stunden sie pro Woche arbeiten. Um auch eine Doppelbelastung durch einen Zweitjob erheben zu können, gab es auch die Möglichkeit, die Stunden in einem Zweitjob anzugeben. Ebenso wurden die Überstunden pro Monat erfasst. Aus diesen drei Stundenangaben sollte errechnet werden, wie viele Stunden die Person tatsächlich jede Woche im Durchschnitt arbeitet. Da jedoch manche Personen bereits sehr hohe Werte im Hauptjob und zusätzlich bei den Überstunden angaben, ist davon auszugehen, dass manche Personen bei der Angabe der gearbeiteten Stunden im Hauptjob schon die Überstunden dazugerechnet haben. Die Einschätzung, ob eine Person die Überstunden bei der Angabe der Stunden im Hauptjob schon dazu gerechnet hat oder nicht, wäre eine rein subjektive, weshalb der angestrebte Wert nicht berechnet wurde.

Stattdessen wurde eine neue Variable für die Gesamtstunden pro Woche berechnet, indem die Stunden des Hauptjobs gegebenenfalls mit den Stunden im Zweitjob summiert wurden. Die Variable wird als „Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob)“ bezeichnet.

In der BG machten alle $n = 19$ Personen Angaben zu den geleisteten Arbeitsstunden in ihrem Hauptjob. Die Arbeitszeit lag hierbei zwischen 20 und 54 Stunden pro Woche. Das Boxplotdiagramm zeigte $n = 5$ Ausreißer in dieser Gruppe, wobei $n = 3$ Personen deutlich mehr und $n = 2$ Personen deutlich weniger Arbeitsstunden im Hauptjob angaben. Der Median in der BG lag bei $Mdn = 40$ ($IQR = 6.50$) Stunden. Eine Person in der BG gab an 5 Stunden pro Woche einem Zweitjob nachzugehen. Befragt zu den geleisteten Überstunden pro Monat machten $n = 10$ Personen aus der BG Angaben. Diese lagen zwischen 10 und 100 Stunden und der Median lag bei $Mdn = 22.50$ ($IQR = 49.25$) Stunden im Monat. Bezieht man in die Betrachtung der Überstunden alle Personen ein, indem man Personen ohne Angabe bei den Überstunden mit 0 kodiert (Variable: Überstunden pro Monat inkl. 0), ergibt sich für die BG ($n = 19$) eine $Mdn = 10$ ($IQR = 25$). Die Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob) lagen in der BG ($n = 19$) zwischen 22 und 50 Stunden und im Median bei $Mdn = 40$ ($IQR = 6.50$).

In der KG machten $n = 45$ Personen Angaben zu den geleisteten Arbeitsstunden in ihrem Hauptjob. Die Arbeitszeit lag hierbei zwischen 14 und 68 Stunden pro Woche. Die Angabe einer Person ist als Ausreißer zu bezeichnen. Der Wert in der Mitte betrug $Mdn = 38$ ($IQR = 15$)

Stunden. In der KG gaben $n = 10$ Personen an, einem Zweitjob nachzugehen. In diesem wurde zwischen 2 und 28 Stunden gearbeitet, wobei davon die Daten einer Person als Ausreißer zu bezeichnen sind, da diese deutlich mehr Arbeitszeit angab, als die anderen Personen der KG. Im Median werden im Zweitjob in dieser Gruppe $Mdn = 10$ ($IQR = 7.38$) Stunden pro Woche gearbeitet. Befragt zu den geleisteten Überstunden pro Monat machten $n = 26$ Personen aus der KG Angaben. Diese lagen zwischen 2 und 90 Stunden im Monat und der Median lag bei $Mdn = 10$ ($IQR = 5.75$). Es zeigten sich 4 Ausreißer in der KG, die deutlich höhere Werte bei den Überstunden im Monat angegeben hatten. Bezieht man in die Betrachtung der Überstunden alle Personen ein, indem man Personen ohne Angabe bei den Überstunden mit 0 kodiert (Variable: Überstunden pro Monat inkl. 0), ergibt sich für die KG ($n = 48$) eine $Mdn = 4$ ($IQR = 10$). Die Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob) lagen in der KG ($n = 45$) zwischen 14 und 70 Stunden und im Median bei $Mdn = 39$ ($IQR = 13.50$).

In der Gesamtstichprobe machten $n = 64$ Personen Angaben zu den geleisteten Arbeitsstunden in ihrem Hauptjob. Die Arbeitszeit lag zwischen 14 und 68 Stunden pro Woche, wobei hier zwei Personen deutlich höhere Werte angaben, als der Rest der Stichprobe. Der Median lag bei $Mdn = 38.75$ ($IQR = 11.50$) Stunden. Insgesamt gaben $n = 11$ Personen an einem Zweitjob nachzugehen. Im Zweitjob wurde zwischen 2 und 28 Stunden pro Woche gearbeitet. Der Median liegt bei $Mdn = 10$ ($IQR = 5.50$) Stunden. Auch hier zeigt sich ein Ausreißer mit deutlich mehr angegebenen Stunden. Befragt zu den geleisteten Überstunden pro Monat machten $n = 36$ Personen aus der Gesamtstichprobe eine Angabe. Diese lagen zwischen 2 und 100 Stunden, wobei 6 Datensätze Ausreißer sind und deutlich erhöhte Angaben umfassen. Der Median in der Gesamtstichprobe liegt bei $Mdn = 10$ ($IQR = 13.75$) Überstunden im Monat. Bezieht man in die Betrachtung der Überstunden alle Personen ein, indem man Personen ohne Angabe bei den Überstunden mit 0 kodiert (Variable: Überstunden pro Monat inkl. 0), ergibt sich für die Gesamtstichprobe ($n = 67$) eine $Mdn = 5$ ($IQR = 10$). Die Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob) lagen in der Gesamtstichprobe ($n = 64$) zwischen 14 und 70 Stunden und im Median bei $Mdn = 40$ ($IQR = 10$).

Zusätzlich wurden sonstige Erkrankungen, psychischer als auch physischer Art erfasst. Wobei hier natürlich in der KG nur körperliche Erkrankungen angeführt werden konnten, da eine psychische Erkrankung einen Ausschluss bedeutet hätte.

In der BG ($n = 19$) machten $n = 13$ Personen mindestens eine Angabe zu sonstigen Erkrankungen. Genannt wurden zum Beispiel Angst, Angststörung, Adipositas, Depression,

schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom, Burnout, Sozialphobie, Hypertonie, Erschöpfungssyndrom, etc..

In der KG ($n = 49$) machten $n = 14$ Personen mindestens eine Angabe zu sonstigen Erkrankungen. Es wurde beispielsweise Folgendes genannt: Allergien, Augenkurzsichtigkeit, Bandscheibenprobleme, Diabetes Typ II, Gelenkbeschwerden, Hüftbeschwerden (gelegentlich), Multiples Sklerose, Rückenschmerzen, Übergewicht, etc..

Zur Übersicht werden die soziodemographischen Daten, mit Ausnahme der unterschiedlichen Berufe und Erkrankungen in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1			
<i>Soziodemographische Merkmale der Stichprobe – n (%)</i>			
<u>Variable</u>	<u>BG</u>	<u>KG</u>	<u>Gesamt</u>
Geschlecht			
Männer	13 (68 %)	19 (39 %)	32 (55 %)
Frauen	6 (32 %)	30 (61 %)	26 (45 %)
Höchster Bildungsabschluss			
Lehre	8 (42 %)	15 (31 %)	23 (34 %)
BMS	2 (11 %)	7 (14 %)	9 (13 %)
AHS-/BHS-Matura	6 (32 %)	8 (16 %)	14 (21 %)
Kolleg	1 (5 %)	0 (0 %)	1 (1 %)
Universität/FH	2 (11 %)	14 (29 %)	16 (24 %)
Anderer Abschluss	0 (0 %)	5 (10 %)	5 (7 %)
Beruf			
Sonstiger Beruf	18 (95 %)	29 (59 %)	47 (69 %)
Sozial-/Gesundheit	1 (5 %)	20 (41 %)	21 (31 %)
Anstellungsverhältnis			
Vollzeit	17 (89 %)	26 (53 %)	43 (63 %)
Teilzeit	2 (11 %)	23 (47 %)	25 (37 %)

Tabelle 2

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe –

Mediane und Quartilsabstände bzw. Mittelwerte und Standardabweichungen

<u>Variable</u>	<u>BG</u>		<u>KG</u>		<u>Gesamt</u>	
	<u>Mdn</u> <u>(IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn</u> <u>(IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn</u> <u>(IQR)</u>	<u>M (SD)</u>
Alter	48 (8) <i>n</i> = 19	-	58 (17) <i>n</i> = 49	46.41 (9.17) <i>n</i> = 49	48 (14) <i>n</i> = 68	46.82 (8.32) <i>n</i> = 68
Bisherige Berufserfahrung in Jahren	29 (7) <i>n</i> = 19	-	23 (20) <i>n</i> = 48	24.15 (10.24) <i>n</i> = 48	26 (17) <i>n</i> = 67	25.51 (9.46) <i>n</i> = 67
Bisherige Beschäftigungsdauer im Betrieb in Jahren	23 (22) <i>n</i> = 19	18.76 (10.36) <i>n</i> = 19	11 (17.75) <i>n</i> = 48	14.29 (11.80) <i>n</i> = 48	13 (20) <i>n</i> = 67	15.58 (11.51) <i>n</i> = 67
Wöchentliche Arbeitsstunden im Hauptjob	40 (6.50) <i>n</i> = 19	-	38 (15) <i>n</i> = 45	-	38.75 (11.50) <i>n</i> = 64	-
Wöchentliche Arbeitsstunden im Zweitjob	- - <i>n</i> = 1	- - <i>n</i> = 1	10 (7.38) <i>n</i> = 10	-	10 (5.50) <i>n</i> = 11	-
Überstunden im Monat	22.50 (49.25) <i>n</i> = 10	37.70 (32.67) <i>n</i> = 10	10 (5.75) <i>n</i> = 26	-	10 (13.75) <i>n</i> = 36	-
Überstunden im Monat inkl. 0	10 (25) <i>n</i> = 19	-	4 (10) <i>n</i> = 48	-	5 (10) <i>n</i> = 67	-
Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob)	40 (6.50) <i>n</i> = 19	-	39 (13.50) <i>n</i> = 45	-	40 (10) <i>n</i> = 64	-

Aus Interesse wurde außerdem untersucht, ob sich die beiden Gruppen in den in Tabelle 2 genannten Merkmalen signifikant voneinander unterscheiden. Aufgrund von Ausreißern bzw. aufgrund der fehlenden Normalverteilung wurden hierfür U-Tests herangezogen.

Kein Signifikanztest wurde für die wöchentlichen Arbeitsstunden im Zweitjob gerechnet, da in der BG lediglich eine Person einem Zweitjob nachging.

Es zeigte sich, dass sich die BG von der KG in zwei Variablen signifikant voneinander unterscheidet.

Laut Cohen (1988) stehen Werte um $r = .1$ für einen kleinen Effekt, Werte um $r = .3$ für einen mittleren Effekt und Werte um $r = .5$ für einen großen Effekt.

Die Gruppen unterschieden sich zum einen signifikant hinsichtlich der wöchentlichen Arbeitsstunden im Hauptjob ($U(45, 19) = 274.50, p < .05; z = -2.28, p = 0.02, r = -.28$). Es zeigte sich hier ein kleiner bis mittlerer Effekt. Zum anderen unterschieden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der Überstunden im Monat, d.h. hier wurden nur Personen betrachtet, die Überstunden leisten ($U(26, 10) = 55.50, p < .05; z = -2.68, p = 0.01, r = -.45$). Hier zeigte sich ein mittlerer bis großer Effekt.

10.3 Nähere Beschreibung der Burnout-Gruppe

Die BG bestand insgesamt aus $n = 19$ Personen. Um diese Gruppe näher beschreiben zu können, wurden den Personen zusätzlich sechs Fragen zu ihrer Burnout Erkrankung gestellt.

Die erste Frage bezog sich auf die Rekrutierung. $n = 8$ Personen wurden bei einem Aufenthalt in der Reha-Klinik gefragt, ob sie die Studie unterstützen möchten. $n = 6$ Personen wurden über einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin rekrutiert, $n = 4$ Personen über die Selbsthilfegruppe und $n = 1$ Person gab an, auf sonstigem Weg gebeten worden zu sein, an der Studie teilzunehmen.

Die Frage, ob die Person vor dem Burnout in ihrem Leben schon unter anderen psychischen Erkrankungen gelitten hat, beantworteten vier Personen mit einer bzw. mehreren der folgenden Nennungen: rezidivierende depressive Störung, Depression, Persönlichkeitsstörung, Sozialphobie, Erschöpfungsdepression.

Die Personen wurden außerdem informiert, dass sich Burnout in unterschiedlicher Form zeigt. Die Teilnehmer sollten bei dieser Frage ihre Diagnose laut Arztbrief angeben. Folgendes wurde genannt: Burnout Syndrom Z 73.0, Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F 45.4, F 33.0,

Depression, Müdigkeit, Überforderung, Erschöpfungs-Depression ($n = 3$), Chronische Stressbelastung, rezidivierende depressive Störung, Belastungsstörung, Schweres Burnout-Syndrom, Anpassungsstörung bei psychosozialen Belastungsfaktoren, mittlerweile rezidivierende Depression gravis, Burnout, Überlastung durch Zweitjob und Partner.

Der Diagnosezeitpunkt lag bei den $n = 19$ befragten Burnout Betroffenen zwischen 2 und 281 Monaten (= 23.42 Jahren) zurück. Unter den Datensätzen der BG befinden sich 3 Ausreißer, welche deutlich weiter zurückliegende Diagnosezeitpunkte angegeben hatten. Der Median lag bei $Mdn = 10$ ($IQR = 15$) Monaten.

Auf die Frage, welche Art professioneller Hilfe die Personen in Anspruch nehmen bzw. seit der Diagnose Burnout in Anspruch genommen haben, antworteten $n = 13$ Personen, dass sie einen Aufenthalt in einer Reha-Klinik machen bzw. machten. $n = 16$ Personen gaben an, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen bzw. genommen zu haben. $n = 9$ Personen berichteten über sonstige professionelle Hilfe.

$n = 18$ Personen berichteten somit, mindestens eine Art professioneller Hilfe in Anspruch zu nehmen. Lediglich $n = 1$ Person, kreuzte keinerlei dieser Möglichkeiten an.

$n = 18$ Personen machten eine Angabe zur Frage, seit wann sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Professionelle Hilfe wurde von den Personen seit 2 bis 281 Monaten (= 32.42 Jahren) in Anspruch genommen. Unter den Datensätzen der BG befinden sich 3 Ausreißer. Die drei Personen hatten angegeben, seit einem deutlich länger zurückliegenden Zeitraum professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Median lag bei $Mdn = 8$ ($IQR = 18$) Monaten.

10.4 Deskriptivstatistik und Hypothesenprüfung

10.4.1 Deskriptivstatistik und Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen 1 a bis 1 c zu den MBI-Dimensionen

Die Hypothesen 1 a bis 1c befassen sich mit der Frage, ob sich Personen mit Burnout lt. Arzt (BG) von Personen ohne Burnout-Diagnose (KG) in jeweils einer der drei MBI-Dimension („Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung/Zynismus“, „Persönliche Leistungsfähigkeit“) voneinander unterscheiden.

Tabelle 3						
<i>Vergleich BG und KG: Mediane und Quartilsabstände bzw. Mittelwerte und Standardabweichungen je MBI-Dimension</i>						
	<u>Emotionale Erschöpfung</u>		<u>Zynismus</u>		<u>Persönliche Erfüllung</u>	
	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>
BG	27.50 (7) <i>n</i> = 18	-	22 (11) <i>n</i> = 19	20.16 (5.96) <i>n</i> = 19	28 (7) <i>n</i> = 19	-
KG	18 (10) <i>n</i> = 48	16.85 (5.92) <i>n</i> = 48	12 (5) <i>n</i> = 48	-	31 (3) <i>n</i> = 48	-

Tabelle 3 zeigt das deskriptivstatistische Herangehen an diese Fragestellungen, um einen ersten Eindruck der Daten zu gewinnen. Hier sind aufgrund von Ausreißern die Mediane und Quartilsabstände der BG und der KG bzw. gegebenenfalls die Mittelwerte und Standardabweichungen je MBI-Dimension dargestellt.

Die Befragten aus der BG (*n* = 18) erreichten in der MBI-Dimension „Emotionale Erschöpfung“, bestehend aus den Items 1, 2, 3, 5 und 6, einen *Mdn* = 27.50 (*IQR* = 7). Die KG (*n* = 48) erreichte in dieser Dimension einen mittleren Wert von *Mdn* = 18 (*IQR* = 10).

Die Befragten aus der BG ($n = 19$) erreichten in der MBI-Dimension „Zynismus“, bestehend aus den Items 9, 10, 13, 14 und 15, einen $Mdn = 22$ ($IQR = 11$). In der KG ($n = 48$) lag der Median bei $Mdn = 12$ ($IQR = 5$).

In der MBI-Dimension „Persönliche Erfüllung“, bestehend aus den Items 4, 7, 8, 11, 12 und 16, zeigte sich in der BG ($n = 19$) ein $Mdn = 28$ ($IQR = 7$) und in der KG ($n = 48$) ein Median von $Mdn = 31$ ($IQR = 3$).

Deskriptivstatistisch zeigt sich somit, dass die BG in den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ und „Zynismus“ höhere und in der Dimension „Persönliche Erfüllung“ niedrigere mittlere Werte als die KG aufweist.

Dies ist konsistent mit der Interpretation der Skalenergebnisse, wonach hohe Werte in den ersten beiden Dimensionen und niedrige Werte in der dritten Dimension Hinweise auf ein Burnout liefern (Hillert & Marwitz, 2006).

Für die Hypothesenprüfung wurde jeweils ein U-Test herangezogen, da die Verteilung jeweils zumindest in einer der beiden Stichproben Ausreißer aufwies. Der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte außerdem, dass keine Normalverteilung je MBI-Dimension jeweils in der KG vorlag und somit eine der Voraussetzungen für den t-Test verletzt war.

Die Überprüfung auf statistische Signifikanz zeigte, dass sich die BG signifikant in jeder der drei Dimensionen des MBI von der KG unterschied. Es lag sowohl ein signifikanter großer Unterschied zwischen BG und KG in der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ ($U(48, 18) = 118.00, p < .05; z = -4.53, p = .00, r = -.56$), als auch in der Dimension „Zynismus“ ($U(48, 19) = 149.50, p < .05; z = -4.28, p = .00, r = -.52$) vor. In der Dimension „Persönliche Erfüllung“ zeigte sich ein signifikanter mittlerer Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($U(48, 19) = 279.50, p < .05; z = -2.47, p = .01, r = -.30$).

10.4.2 Deskriptivstatistik und Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen 2 a bis 2 c zum Substanzkonsum

10.4.2.1 Unterschied zwischen BG und KG im Alkoholkonsum

Die Hypothese 2a befasst sich mit der Frage, ob sich die BG von der KG im Alkoholkonsum unterscheidet.

Der AUDIT, ein Screening Verfahren zur Identifikation von Personen mit riskanten und gesundheitsgefährdenden Trinkmustern, war der einzige der drei ausgewerteten Konsumfragebögen, in denen sich sowohl in der BG ($n = 17$) als auch in der KG ($n = 49$) Ausreißer zeigten: In der BG waren es $n = 3$ Personen und in der KG $n = 5$ Personen, welche deutlich höhere Werte im AUDIT zeigten als die anderen Personen der jeweiligen Stichprobe.

Die BG ($n = 17$) zeigte im AUDIT, einen Median von $Mdn = 3$ ($IQR = 6$). Die KG ($n = 49$) zeigte hier einen mittleren Wert von $Mdn = 3$ ($IQR = 3$).

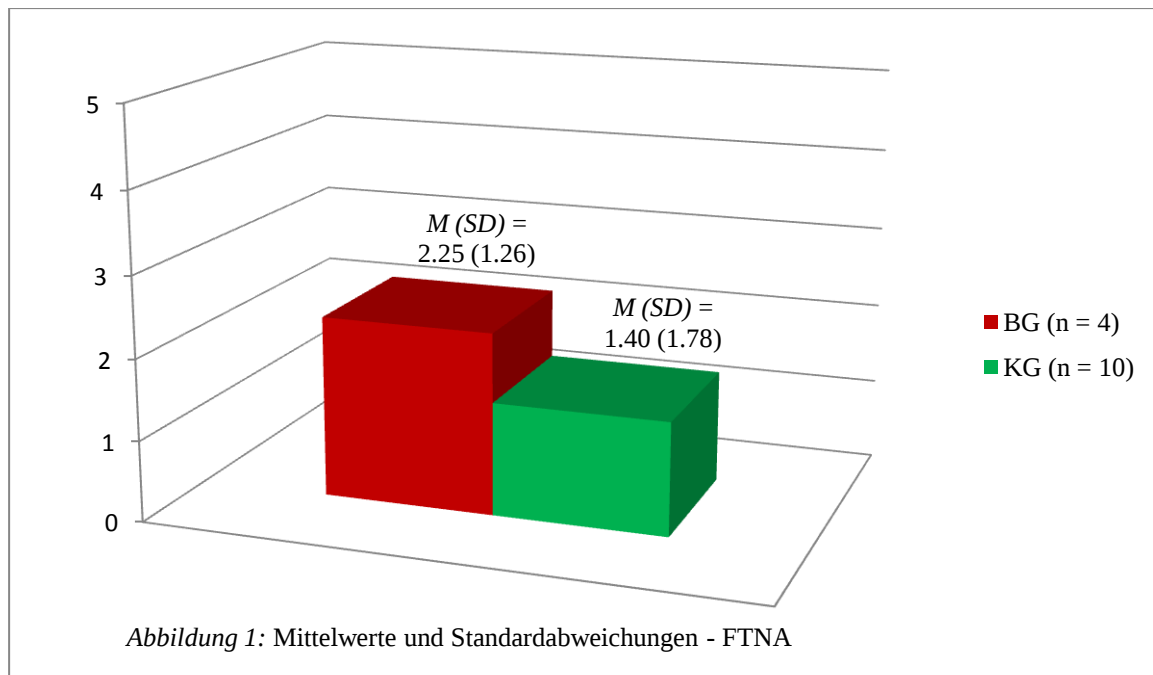
Zur Hypothesenprüfung wurde aufgrund der Ausreißer und aufgrund der fehlenden Normalverteilung in beiden Stichproben ein U-Test anstatt eines t-Tests herangezogen. Die Überprüfung der Hypothese auf statistische Signifikanz zeigte, dass sich die BG und die KG nicht signifikant voneinander im Alkoholkonsum unterscheiden ($U(49, 17) = 388.50$, $p > .05$; $z = -.42$, $p = .68$, $r = -.05$). Somit muss die Hypothese 2a verworfen werden. Es zeigte sich auch bei der Betrachtung der Effektstärke, dass mit $r = -.05$ nahezu kein Effekt vorliegt.

Im Median erreichte auch keine der Gruppen mindestens 8 Punkte, was Auffälligkeiten im Alkoholkonsum vermuten lässt. In der BG ($n = 17$) erreichten $n = 4$ Personen 8 oder mehr Punkte und in der KG ($n = 49$) gab es $n = 5$ Personen, die mindestens 8 Punkte hatten und somit eine Auffälligkeit aufwiesen.

Somit zeigte sich in der anfallenden Stichprobe, dass von den $n = 66$ Personen, die den Fragebogen zum Alkoholkonsum (AUDIT) korrekt ausgefüllt hatten, nur $n = 9$ Personen einen Wert ≥ 8 hatten. Somit lag bei $n = 57$ Personen, also bei 86.36 %, das Alkoholkonsumverhalten im unauffälligen Bereich.

10.4.2.2 Unterschied zwischen BG und KG im Nikotinkonsum

Die Hypothese 2b befasst sich mit der Frage, ob sich die BG von der KG im Nikotinkonsum voneinander unterscheiden.



In der Gesamtstichprobe fanden sich $n = 14$ Raucher (20,59 % aller Befragten), $n = 4$ Raucher in der BG und $n = 10$ Raucher in der KG. Im FTNA ergab sich in der BG ein $M = 2.25$ ($SD = 1.26$) und in der KG ein $M = 1.40$ ($SD = 1.78$).

Zur Überprüfung der Hypothese kam ein U-Test zum Einsatz, da das untersuchte Merkmal in beiden Stichproben nicht normalverteilt war.

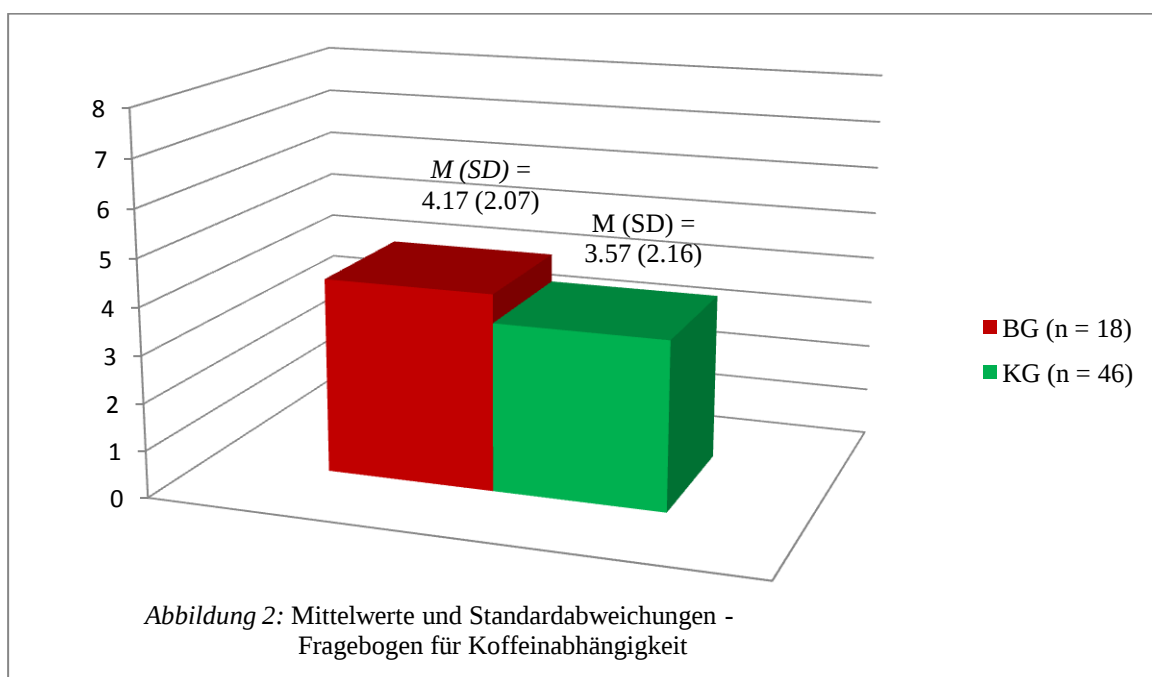
Das Ergebnis des U-Tests zeigte, dass sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander im Nikotinkonsum unterscheiden ($U(10, 4) = 12.50$, $p > .05$; $z = -1.09$, $p = .28$, $r = -.29$). Somit muss die Hypothese 2b verworfen werden. Bei der Betrachtung der Effektstärke zeigte sich jedoch mit $r = -.29$ ein kleiner bis mittlerer Effekt.

In der BG ($n = 4$) zeigte sich bei $n = 3$ Rauchern eine sehr geringe bzw. keine Nikotinabhängigkeit (0-2 Punkte). Eine Person erreichte 4 Punkte, was für eine geringe Abhängigkeit steht. Keine Person dieser Gruppe zeigte somit eine mittlere bis hohe Abhängigkeit (5 bis 10 Punkte).

In der KG ($n = 10$) zeigten $n = 7$ Personen eine sehr geringe bzw. keine Abhängigkeit, $n = 2$ Personen zeigten eine geringe Abhängigkeit und lediglich eine Person zeigte mit 5 Punkten eine mittlere bis hohe Abhängigkeit.

10.4.2.3 Unterschied zwischen BG und KG im Koffeinkonsum

Mittels Hypothese 2c sollte geklärt werden, ob sich Personen mit Burnout lt. Arzt signifikant von „gesunden“ Personen im Koffeinkonsum unterscheiden.



Im Fragebogen für Koffeinabhängigkeit ergab sich für die BG ($n = 18$) ein $M = 4.17$ ($SD = 2.07$) und in der KG ($n = 46$) ein $M = 3.57$ ($SD = 2.16$).

Für alle drei Verfahren gilt, je höher die Werte, umso größer ist jeweils die Gefährdung hinsichtlich eines abhängigen Verhaltens. Die BG zeigte somit im Durchschnitt auch hier höhere Werte als die KG.

Für die Überprüfung auf statistische Signifikanz musste anstatt eines t-Tests ein U-Test herangezogen werden, da der Koffeinkonsum in der KG nicht normalverteilt war. Es zeigte sich auch im Koffeinkonsum kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($U(46, 18) = 369.00$, $p > .05$; $z = -.68$, $p = .50$, $r = -.08$). Somit muss die Hypothese 2 c verworfen werden. Auch bei der Betrachtung der Effektstärke zeigte sich, dass mit $r = -.08$ nahezu kein Effekt vorliegt.

In der BG ($n = 18$) zeigten $n = 4$ Personen keine Abhängigkeit (0-2 Punkte), $n = 7$ Personen zeigten eine geringe Abhängigkeit (3-4 Punkte) und $n = 7$ Personen zeigten eine starke Abhängigkeit (5-10 Punkte). In der KG ($n = 46$) machten $n = 14$ Personen Angaben, die auf keine Abhängigkeit schließen lassen. Bei $n = 16$ Personen ergaben sich Hinweise auf eine geringe Abhängigkeit und bei $n = 16$ Personen auf eine starke Abhängigkeit.

Gesamt zeigten also $n = 46$ Personen (71.86 %) eine geringe oder starke Abhängigkeit.

10.4.2.4 Verzicht auf Auswertung des Fragebogens zum Koffeinkonsum

Neben dem Fragebogen für Koffeinabhängigkeit wurde auch noch ein Fragebogen zum Koffeinkonsum vorgegeben, um zusätzlich die Menge an konsumiertem Koffein zu erfassen und um einen Unterschied im Konsumverhalten auch mittels der konsumierten Menge statistisch analysieren zu können. Schon im Vorfeld wurden aufgrund der Formulierung „Bitte geben Sie jeweils an, wie viele Portionen der entsprechenden Produkte Sie in den letzten 14 Tagen durchschnittlich an einem Tag konsumiert haben.“ Zweifel laut, ob die Teilnehmer diese doch eher komplexe Aufgabenstellung richtig verstehen würden. Hat man in den letzten 14 Tagen insgesamt zwei Flaschen (0,5 l) Cola getrunken, so hätte der Teilnehmer 2/14 angeben müssen. Beim Konsum von täglich 2 Flaschen (0,5 l) Cola, hätte der Teilnehmer 2 angeben müssen. Nach einer ausführlichen Recherche und nach Rücksprache mit meinem externen Betreuer, stellte sich heraus, dass es bis dato keine alternative Methode gibt, um die konsumierte Koffeinmenge in Fragebogenform leichter verständlich abzufragen.

Einige Teilnehmer retournierten den Fragebogen mit dem Kommentar, dass sie nicht sicher waren, ob sie den besagten Abschnitt des Fragebogens richtig verstanden hätten. Von den $n = 68$ Personen füllten $n = 11$ Personen, das sind 16.18 Prozent, den Fragebogen zum Koffeinkonsum so aus, dass nicht klar ist, ob es sich hierbei um eine korrekte Angabe handelt oder ob der Fragebogen einfach nicht verstanden wurde. So gab etwa eine Person bei Latte Macchiato die Zahl 20 an. Dies würde bedeuten, dass die Person an jedem Tag 20 Portionen zu 250 ml Latte Macchiato trinken würde. Dies sind umgerechnet 5 Liter täglich und klingt wenig plausibel. Dieses Vorgehen fand sich bei den meisten der $n = 11$ zweifelhaften Datensätze. Eine Person füllte den Fragebogen aus und merkte jedoch zusätzlich im Bereich für die Angabe von Medikamenten an, an jeden Tag drei Kaffee zu trinken. Auch hier lässt sich keine konsumierte Koffeinmenge errechnen, da weder bekannt ist, welche Sorte Kaffee getrunken wird, noch in welcher Portionsgröße. Eine Person gab 14/2 an. Hier ist ebenfalls unklar, welche Häufigkeit

nun genau gemeint ist. Zusätzlich zu den $n = 11$ Personen gaben einige weitere an Eistee zu trinken, jedoch fehlte die Angabe der Marke bzw. der Sorte. Folglich hätte hier irgendeine Marke gewählt werden müssen, was zu einer Unschärfe hinsichtlich der Konsummenge und der Koffeinmenge geführt hätte.

Der große Prozentsatz an auffälligen Datensätzen lässt zweifeln, ob die Personen, die den Fragebogen vermeintlich richtig ausgefüllt haben, diesen auch tatsächlich richtig verstanden haben oder ob sie nur zufällig eine plausible Zahl hingeschrieben hatten, jedoch eigentlich etwas anderes meinten.

Aufgrund all dieser Unschärfen und zweifelhaften Angaben, wurde beschlossen, den Fragebogen nicht auszuwerten, um den Leser nicht zu veranlassen die analysierten Daten zur konsumierten Koffeinmenge zu interpretieren, obwohl deren Richtigkeit doch stark bezweifelt werden darf.

10.4.2.5 Berechnung mit ausgewählten Datensätzen

In der Forschung zeigte sich, dass der MBI nicht als alleiniges Diagnoseinstrument bei Patienten eingesetzt werden sollte, da die Wahrscheinlichkeit, Burnout damit zu häufig zu diagnostizieren, sehr hoch ist. (Kleijweg & Verbraak, 2013)

Dennoch wird der MBI als Instrumentarium gehandhabt, welches Hinweise auf ein Burnout-Syndrom liefern kann. Eine Möglichkeit hierzu ist die Verwendung von Cut-off-Werten.

In dieser Studie wurden die Cut-off-Werte von Geyerhofer (persönliche Kommunikation, 9. Februar 2015) herangezogen.

Nach diesen Cut-off-Werten zeigte sich, dass in der BG von den $n = 18$ Personen laut Messinstrument $n = 15$ Personen als ausgebrannt gelten und $n = 3$ Personen kein Burnout laut Messinstrument haben. In der KG ($n = 49$) gelten laut MBI $n = 18$ als ausgebrannt und $n = 31$ nicht.

Tabelle 4			
<i>Kreuztabelle Burnout laut MBI bei BG und KG, n</i>			
	<u>Burnout laut MBI</u>	<u>Kein Burnout laut MBI</u>	<u>Gesamt</u>
BG	15	3	18
KG	18	31	49
Gesamt	33	34	67

Das Hauptziel dieser Studie ist es zu untersuchen, ob sich das Konsumverhalten von Burnout-Betroffenen (BG) von jenem von gesunden Personen (KG) unterscheidet. Bei $n = 18$ Personen in der vermeintlich gesunden Gruppe (KG) zeigten sich nun jedoch Auffälligkeiten in Richtung Burnout und in der BG zeigte sich, dass $n = 3$ Personen laut MBI kein Burnout haben. Folglich wurden die Berechnungen zur Hauptfragestellung (2 a bis 2 c) nochmals durchgeführt. Hierzu wurden die Personen aus der BG mit Burnout laut ärztlicher Einschätzung und Burnout laut MBI ($n = 15$) mit den Personen, welche laut eigener Angabe noch keine Diagnose einer psychischen Störung erhalten hatten und zudem im MBI unauffällige Werte zeigten ($n = 31$), verglichen. Die erste Gruppe ($n = 15$) wird im Folgenden als BG-neu bezeichnet und die zweite Gruppe ($n = 31$) als KG-neu.

Tabelle 5						
<i>Vergleich BG-neu und KG-neu:</i>						
<i>Mediane und Quartilsabstände bzw. Mittelwerte und Standardabweichungen je Substanzkonsum-Fragebogen</i>						
	<u>AUDIT</u>		<u>Fagerström</u>		<u>Fragebogen für Koffeinabhängigkeit</u>	
	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Mdn (IQR)</u>	<u>M (SD)</u>
BG-neu	4 (6) $n = 13$	-	2 (2) $n = 4$	2,25 (1,26) $n = 4$	3 (3) $n = 15$	-
KG-neu	3 (3) $n = 31$	-	1 (3) $n = 7$	1,57 (1,90) $n = 7$	4 (4) $n = 29$	3,66 (2,14) $n = 29$

Im AUDIT zeigten sich in beiden Gruppen Ausreißer und eine Normalverteilung war nur in der BG gegeben. Im Fagerström gab es zwar keine Ausreißer, jedoch waren nur die Daten der KG normalverteilt. Im Koffeinfragebogen zeigten sich in der BG Ausreißer und in der KG fand sich keine Normalverteilung. Folglich wurden zur Untersuchung der Hypothesen 2a bis 2 c auch hier nur U-Tests gerechnet.

Die beiden Gruppen unterschieden sich auch mit dieser Berechnungsgrundlage weder im Alkoholkonsum, noch im Nikotinkonsum, noch im Koffeinkonsum signifikant voneinander, weshalb die Ergebnisse hier nicht schriftlich detailliert festgehalten werden.

10.4.3 Ergebnisse zu den Korrelationen der Stichprobencharakteristika mit dem Substanzkonsum

Tabelle 6				
<i>Korrelationen zwischen ausgewählten Stichprobencharakteristika und dem Substanzkonsum</i>				
		<u>Alkoholkonsum</u>	<u>Nikotinkonsum</u>	<u>Koffeinkonsum</u>
Alter	r_s	-.164	.246	.146
	n	66	14	64
Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich)	r_s	-.228	.117	.211
	n	66	14	64
Partnerschaft (0 = nein, 1 = ja)	r_s	-.157	-.283	-.172
	n	66	14	64
Beruf (0 = Sonstige, 1 = Sozial- oder Gesundheitsberuf)	r_s	-.057	.248	.026
	n	66	14	64
Gearbeitete Stunden/Woche Hauptjob	r_s	-.022	.197	-.047
	n	62	14	62
Gesamtstunden (Hauptjob + Zweitjob)	r_s	.002	.101	.015
	n	62	14	62
Überstunden/Monat		-.170	.598	.023
		36	9	33
Überstunden/Monat inkl. 0	r_s	.302*	.065	-.056
	n	65	14	62

* $p < .05$, Zusammenhänge $> .1$ sind hellgrau markiert

Die Hypothesen 3a-3h befassen sich mit der Frage, ob die in Tabelle 6 angeführten acht ausgewählten Stichprobencharakteristika mit Alkoholkonsum zusammenhängen. Mit den Hypothesen 4a-4h wird der Zusammenhang dieser Stichprobencharakteristika mit Nikotinkonsum untersucht und mit den Hypothesen 5a-5h wird der Zusammenhang dieser Variablen mit Koffeinkonsum berechnet. Aufgrund der Dichotomie der Variablen „Geschlecht“, „Partnerschaft“ und „Beruf“ sollte bei diesen drei Variablen eine punktbiseriale Korrelation gerechnet werden. Da dies im Statistikprogramm SPSS jedoch nicht möglich ist, wurde hier auf die Berechnung einer Rangkorrelation nach Spearman zurückgegriffen.

Bei Personen, welche im Fragebogen bei den Überstunden im Monat nichts angegeben hatten, wurde der Wert einmal als fehlend eingegeben und einmal eine Null eingegeben. Dieses Vorgehen wurde deshalb gewählt, um Informationsverlust zu vermeiden, da die Null im zweiten Fall aussagt, dass die Person keine Überstunden tätigen muss.

Die Variablen „Alter“, „Gearbeitete Stunden/Woche Hauptjob“, „Gesamtjob (Hauptjob+Zweitjob“, „Überstunden/Monat“ und „Überstunden im Monat inkl. 0“ wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft. Da diese nicht zutraf (nur die Daten im Fagerström waren normalverteilt), wurden auch hier Rangkorrelationen berechnet. Zudem zeigte sich, dass von den getesteten Variablen nur die Variablen „Alter“, „Fagerström“, „Koffeinabhängigkeit“ keine Ausreißer aufwiesen.

Für die Abstufungen zur verbalen Beschreibung der Größe der Korrelationen wird auf die Einteilung nach Cohen (1988) zurückgegriffen. Demnach stehen Werte um $r = .1$ für einen kleinen Effekt, Werte um $r = .3$ für einen mittleren Effekt und Werte um $r = .5$ für einen großen Effekt.

Die Ergebnisse aus Tabelle 6 zeigen, dass Alkoholkonsum signifikant mit der Anzahl der geleisteten „Überstunden pro Monat inkl. 0“ ($r_s(65) = .302, p < .05$) korreliert. Es handelt sich um einen mittleren Effekt.

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, zeigen sich zwischen dem Alkoholkonsum, dem Nikotinkonsum bzw. dem Koffeinkonsum und den übrigen Stichprobencharakteristika kleine, mittlere und sogar große Zusammenhänge, die sich jedoch alle nicht als signifikant erwiesen.

10.4.4 Geplante Regressionsanalyse

Aufbauend auf die Studien, welche einzelne MBI-Dimensionen als Prädiktoren für das Konsumverhalten verwendeten, sollte auch in dieser Studie untersucht werden, ob sich die MBI-Dimensionen als Prädiktoren für das Konsumverhalten eignen oder ob andere Variablen besser geeignet sind, um das Konsumverhalten vorauszusagen.

Bei der Überprüfung auf Normalverteilung für die Berechnung der Korrelation stellte sich heraus, dass alle drei MBI-Dimensionen nicht normalverteilt sind. Dies stellt natürlich auch ein Problem für die lineare Regression dar, da auch hierfür unter anderem die Normalverteilung eine Voraussetzung darstellt.

Dennoch wurde zunächst der Zusammenhang der einzelnen Dimensionen mit den einzelnen Konsumvariablen überprüft (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7				
<i>Korrelationen zwischen ausgewählten MBI-Dimensionen und dem Substanzkonsum</i>				
		<u>Alkoholkonsum</u>	<u>Nikotinkonsum</u>	<u>Koffeinkonsum</u>
Emotionale Erschöpfung	r_s	.062	.171	.046
	n	64	14	62
Zynismus	r_s	-.028	-.023	-.029
	n	65	14	63
Persönliche Erfüllung	r_s	-.010	-.050	.015
	n	65	14	63

Zusammenhänge $> .1$ sind hellgrau markiert

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den einzelnen MBI-Dimensionen und zwischen den einzelnen Substanzkonsumvariablen. Die einzige nennenswerte Korrelation findet sich mit $r_s = .171$ zwischen Emotionaler Erschöpfung und dem Nikotinkonsum (hellgrau markiert).

Zusammenhänge zwischen Variablen, die größer als $r_s > .1$ sind, sind in Tabelle 6 hellgrau gekennzeichnet. Demnach kämen für den Alkoholkonsum fünf, für den Nikotinkonsum acht und für den Koffeinkonsum drei Variablen in Frage, um den Konsum vorherzusagen, da zumindest ein kleiner Zusammenhang mit dem Konsum besteht.

Um ein reliables Regressionsmodell erstellen zu können, wird in der Regel eine gewisse Stichprobengröße vorausgesetzt (Field, 2013).

Aufgrund der Anzahl von nur 14 Datensätzen und aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme wird somit auf die Erstellung eines Regressionsmodells für den Nikotinkonsum verzichtet.

Die geplanten Regressionsanalysen sollten eigentlich dazu dienen, es den Studienleitern bisheriger Studien zum Zusammenhang von Burnout und Substanzkonsum gleichzutun und mittels der MBI-Dimensionen das Konsumverhalten vorherzusagen. Da die MBI-Dimensionen jedoch kaum mit den Ergebnissen in den Substanzkonsumfragebögen korrelieren, lässt sich dieses Vorhaben nicht sinnvoll umsetzen. Nun bestünde die Möglichkeit, das Konsumverhalten aufgrund bestimmter Stichprobencharakteristika vorherzusagen. Da die Variablen Ausreißer aufweisen und nicht normalverteilt sind, sind die Voraussetzungen für die lineare Regression verletzt. Der Ausschluss von Daten wurde deshalb nicht vorgenommen, da sich der ohnehin kleine Datensatz – zumindest im Hinblick auf die Anzahl der Prädiktoren – dadurch enorm verkleinern würde.

Aufgrund der Tatsache, dass das ursprüngliche Vorhaben – die MBI-Dimensionen als Prädiktoren für den Substanzkonsum zu verwenden – nicht sinnvoll durchgeführt werden kann und aufgrund der Voraussetzungsverletzungen aufgrund mangelnder Datenqualität, wird auch davon abgesehen das Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol und Koffein durch ausgewählte Stichprobencharakteristika vorherzusagen.

Einen Eindruck bezüglich möglicher Zusammenhänge erhält man folglich nur durch die Ergebnisse der Korrelationen der Stichprobencharakteristika mit den MBI-Dimensionen (Tabelle 7).

11 Zusammenfassung

In Überblicksarbeiten zu Burnout wurde häufig von vermehrtem Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen als Symptom berichtet. Untersuchungen zu Burnout und Substanzkonsum wurden nahezu ausschließlich an aktiven Arbeitnehmern durchgeführt. Ihr Burnout-Level wurde hier mittels Fragebogen erfasst und aufgrund des Fragebogenergebnisses bzw. nur aufgrund einer von drei Skalen des Burnout-Fragebogens MBI wurde dann in wissenschaftlichen Artikeln über Zusammenhänge zwischen Burnout und dem vermehrten Konsum von Substanzen wie etwa dem Alkohol berichtet. Das so ermittelte Burnout wurde hierbei als Prädiktor für den Substanzkonsum herangezogen. Eine Einschätzung durch einen Arzt oder einen anderen Experten oder eine differentialdiagnostische Abklärung blieb jedoch aus.

Aus diesem Grund wurde in dieser Studie das Konsumverhalten von tatsächlich von Burnout betroffenen Personen dem einer Kontrollgruppe gegenübergestellt. Die Einschätzung Burnout wurde bei den Teilnehmern von einem Arzt getroffen.

Es wurden der Konsum von Alkohol, Nikotin und Koffein erhoben. Alkohol und Nikotin, da es bereits Vorgängerstudien zum Zusammenhang von Burnout und dem Konsum dieser Substanzen gab und Koffein, da die Koffeinabhängigkeit im DSM-5 laut American Psychiatric Association (2014) noch nicht als Diagnose gilt, jedoch möglicherweise auch diese Substanz zu einer Abhängigkeit führen kann.

Dass Koffein auch am Arbeitsplatz eine Rolle spielt und folglich möglicherweise Zusammenhänge zur mit Arbeit in Verbindung stehenden Erkrankung Burnout bestehen, zeigt die Tatsache, dass es dort gerne konsumiert wird, um Zeichen von Erschöpfung zu verringern und um die Wachheit zu steigern (Geiger-Brown et al., 2012).

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Konsumverhalten dieser drei Substanzen zwischen der Burnout-Gruppe und der Kontrollgruppe. Auch dann nicht, wenn man aus der Kontrollgruppe Personen ausschloss, welche erhöhte Burnout-Werte aufwiesen und aus der Burnoutgruppe jene Personen ausschloss, die laut MBI kein Burnout hatten. Zusätzlich wurde untersucht, ob sich die Burnoutgruppe und die Kontrollgruppe in den Ergebnissen des Fragebogens MBI signifikant voneinander unterscheiden.

Es zeigte sich, dass zwischen der Burnout-Gruppe und der Kontrollgruppe in allen drei Dimensionen des MBI ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vorliegt.

Zu guter Letzt wurde noch untersucht, ob bestimmte Stichprobencharakteristika mit dem Konsumverhalten zusammenhängen. Es zeigte sich, dass die „Überstunden pro Monat inkl. 0“ signifikant und positiv mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen.

12 Diskussion und Ausblick

Die Haupthypothese, dass sich Burnout-Betroffene von einer Kontrollgruppe im Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol, Nikotin bzw. Koffein voneinander unterscheiden, kann laut dieser Studie nicht angenommen werden. Im Folgenden sollen mögliche Kritikpunkte und Probleme der Studie diskutiert werden.

In der Planungsphase dieser Studie wurde durch die Korrespondenz mit den Kontaktpersonen davon ausgegangen, Daten von 50 Burnout-Betroffenen zu erhalten. Der Rücklauf war jedoch geringer, weshalb die Burnout-Gruppe am Ende aus 19 Teilnehmern bestand. Seitens der Kontaktpersonen wurde mitgeteilt, dass manche Personen aus persönlichen Gründen wider Erwarten doch nicht teilnehmen wollten, andere den Fragebogen vergessen oder verloren hatten und manche Teilnehmer zwar motiviert gewesen wären, aber das Kriterium zehn Stunden pro Woche zu arbeiten nicht erfüllten. Dieses Kriterium wurde jedoch angenommen, da Musalek (2012) darauf hinweist, dass Burnout im Zusammenhang mit Arbeit gesehen werden sollte, um diagnostische und begriffliche Unschärfen und Unklarheiten zu vermeiden. Unter Burnout im engeren Sinn versteht er also eine Erkrankung, deren Ursprung in der Arbeitssituation zu finden ist.

Der Ansatz von Musalek (2012) ist durchaus nachvollziehbar, dennoch bleiben hier einige Fragen offen.

Burisch (2014) zeigte etwa, dass Burnout nicht nur bei Personen unterschiedlicher Berufe gefunden wurde, sondern ebenso bei Arbeitslosen, Studenten oder etwa bei Sportlern.

Bezieht man sich wieder auf Musaleks (2012) Vorschlag, nur von Burnout in Verbindung mit Arbeit zu sprechen, so stellt sich zunächst die Frage, wie man Arbeit definiert. Landläufig denkt man bei Arbeit zunächst an bezahlte Arbeit. Dennoch können vielerlei Tätigkeiten unter den Begriff Arbeit subsumiert werden. So stellen etwa die Kindererziehung, die Haushaltsführung, die Pflege eines Angehörigen, eine ehrenamtliche Mitarbeit oder die Pflege eines Hauses oder Gartens ebenso Tätigkeiten dar, unter denen man Arbeit verstehen kann.

Unklar ist auch, ob eine sehr geringe Anzahl an gearbeiteten Stunden – bezahlt oder unbezahlt – überhaupt zu einem Burnout führen kann und ob Musalek (2012) in seinem Vorschlag nur von bezahlter oder auch von unbezahlter Arbeit spricht. Aus diesen Gründen ist es fraglich, ob es nun

von Vorteil war oder nicht, nur Personen in die Studie einzubeziehen, die mindestens zehn Stunden pro Woche einer bezahlten unselbstständigen Tätigkeit nachgehen.

Als Kritikpunkt dieser Arbeit kann auch die geringe Stichprobengröße betrachtet werden. Die tatsächliche Erhebungsphase erstreckte sich über drei Monate. Die erste Kontaktaufnahme zu Personen, welche mit Burnout-Patienten arbeiten, erfolgte schon im Jahr 2014 und es zog sich meist über einige Wochen, bis zur Zusage. Den Zusagen stand eine große Anzahl an Absagen gegenüber. Als absehbar war, dass die Teilnehmerzahl wohl geringer als angenommen ausfallen würde, wurde überlegt, erneut Anfragen zu stellen. Davon wurde jedoch abgesehen, aufgrund der vorangegangenen großen Anzahl an Absagen und des zusätzlichen Zeitaufwands, der den zeitlichen Rahmen der Masterarbeit gesprengt hätte.

Die geringe Stichprobengröße und die Tatsache, dass es sich bei der Gesamtstichprobe um eine anfallende Stichprobe handelte, können mitunter Gründe darstellen, weshalb sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Burnout-Gruppe und der Kontrollgruppe im Konsum der drei erhobenen Substanzen zeigte.

In der Stichprobe zeigte sich, dass von den 66 Personen, die den AUDIT korrekt ausgefüllt hatten 57 Personen, also 86,36 %, ein unauffälliges Alkoholkonsumverhaltensmuster aufwiesen.

In der österreichischen Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch von Uhl et al. (2009) zeigte sich jedoch, dass 68 % der ÖsterreicherInnen (fast) abstinent sind bzw. gering konsumieren.

Somit dürfte in der angefallenen Stichprobe der Anteil an Personen mit auffälligem Trinkverhalten besonders niedrig sein.

In der Stichprobe befanden sich 14 Raucher, also 20,59 % der Personen.

Laut österreichischer Repräsentativerhebung rauchen etwa 38 % der österreichischen Bevölkerung (Uhl et al., 2009).

Demnach zeigt sich in der Stichprobe auch ein auffällig geringer Raucheranteil.

64 Personen füllten den Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit korrekt aus. 46 Personen, also 71,86 %, zeigten laut Fragebogen eine geringe oder starke Koffeinabhängigkeit. Zur Koffeinabhängigkeit liegen jedoch keine Vergleichsdaten vor.

Die unauffälligen Ergebnisse in den Fragebögen zum Alkohol- und zum Nikotinkonsum führten wohl auch dazu, dass nahezu kein Zusammenhang zwischen dem Alkohol- bzw. Nikotinkonsum und den MBI-Dimensionen gefunden werden konnte. Dies führte dazu, dass das Vorgehen anderer Forscher (Regressionsanalyse) zu diesem Thema nicht repliziert werden konnte. Außerdem können die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisiert werden.

Der Fragebogen für Koffeinabhängigkeit wurde in Anlehnung an den Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit erstellt. Im Fagerström wird die Frage gestellt, wann nach dem Aufstehen

die Person die erste Zigarette raucht. Diese Frage wurde einfach im Fragebogen zur Koffeinabhängigkeit umgemünzt. Somit erzielt jemand, der morgens sofort nach dem Aufstehen sein Frühstück konsumiert und im Zuge dessen eine Tasse Kaffee trinkt 3 Punkte und somit bereits genügend Punkte für eine geringe Abhängigkeit. Eine Person die sich zuerst ankleidet und sonstige Vorbereitungen für den Tag trifft und dann erst einen Kaffee konsumiert, erzielt je nach verwendetem Zeitaufwand zwei oder weniger Punkte. Somit misst das Instrument in diesem Fall nicht zwingend eine geringe Abhängigkeit, sondern einfach das morgendliche Frühstücksverhalten einer Person. Möglicherweise überschätzt dieser Fragebogen also eine mögliche Koffeinabhängigkeit.

Der MBI ist insofern zu kritisieren, als dass er Fremdwörter enthält, die möglicherweise nicht jeder versteht. So beinhaltet etwa ein Item das Adjektiv „zynisch“. Dieses Wort wird wohl eher weniger häufig im Alltag verwendet. Auch das Adjektiv „effektiv“ könnte bei manchen Personen zu einer Unsicherheit beim Antworten geführt haben, da die Worte „effektiv“ und „effizient“ häufig fälschlich gebraucht werden, da sie vertauscht werden. Die Übersetzung des Fragebogens stammt aus dem Jahr 1998 und es überrascht, dass die Wortwahl scheinbar nicht häufig kritisch hinterfragt worden ist, da sich die Items nach wie vor unverändert im Fragebogen befinden.

Die Daten wurden im Paper Pencil Format erhoben. Dies führte dazu, dass Fragen mit freiem Antwortformat teilweise unleserlich waren und dass teilweise Fragen nicht angekreuzt wurden, was zu fehlenden Daten führte. Dieses Problem könnte mit einer Befragung am Computer oder mittels eines strukturierten Interviews umgangen werden.

Oftmals wäre es hilfreich gewesen, die Teilnehmer nochmals fragen zu können, was sie denn genau bei offenen Antwortformaten mit ihren Antworten gemeint hatten. So konnte etwa der Fragebogen zum Koffeinkonsum nicht ausgewertet werden, da 16,18 % der Angaben zweifelhaft waren, da manche Mengenangaben nicht plausibel waren und folglich vermutlich etwas anderes gemeint war.

Manche Personen hatten zusätzlich etwas auf dem Fragebogen notiert, wie etwa eine Mengenangabe zu konsumiertem Kaffee im Bereich für die Angabe von Medikamenten. Eine Person notierte, dass aufgrund von Schlafstörungen kein Kaffee konsumiert wird. Bei persönlichem Kontakt zu den Patienten, hätte man hier nachfragen könne, was gemeint ist bzw. darauf hinweisen können, dass auch Medikamente, andere Getränke und Schokolade Koffein enthalten. Auch bei der Angabe der gearbeiteten Stunden war oft nicht klar, ob die Person bei der Angabe der gearbeiteten Stunden pro Woche im Hauptjob die Überstunden bereits dazugerechnet hat oder nicht. Dies kann dazu geführt haben, dass in einer der beiden verglichenen Gruppen in einer Gruppe höhere Werte bei den Stunden im Hauptjob vorzufinden

sind, wenn sich vermehrt Personen in der Gruppe befunden haben, die die Überstunden bereits zu den Stunden im Hauptjob dazugerechnet hatten.

Bei persönlichem Kontakt, muss jedoch beachtet werden, dass die Teilnehmer möglicherweise sozial erwünscht antworten und dass Versuchsleitereffekte die Ergebnisse beeinflussen könnten.

Das Problem der sozialen Erwünschtheit könnte auch hier in dieser Stichprobe dazu geführt haben, dass die Angaben zum Alkohol- und zum Nikotinkonsum so gering ausgefallen sind. Bei der Stichprobe handelte es sich um eine Anfallsstichprobe und sie beinhaltete – besonders in der Kontrollgruppe – Teilnehmer aus dem persönlichen sozialen Umfeld der Studienleitung. Die Fragebögen wurden zwar in einem Kuvert retourniert, aber häufig mittels persönlicher Übergabe dieses Kuverts, weshalb die Ergebnisse zumindest direkt nach der Rückgabe für die Studienleiter einsehbar und persönlich zuordenbar waren.

Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle auch, dass die Personen, die in die Burnout-Gruppe aufgenommen wurden höchst unterschiedliche Diagnosen hatten, da es noch keine anerkannte Diagnose für Burnout gibt. Häufig wurde bei den Teilnehmern laut eigenen Angaben die Diagnose Depression gestellt. Folglich ist es nun schwierig zu sagen, ob diese Untersuchung nun neue Information zum Konsumverhalten von Burnout-Betroffenen oder von depressiven Personen liefert. Der Diagnosezeitpunkt lag auch unterschiedlich lange zurück und durch die Inanspruchnahme von Therapieangeboten wurden möglicherweise bereits auch der Substanzkonsum thematisiert, neue Copingstrategien erarbeitet und somit der Substanzkonsum verringert.

Bei der persönlichen Rückgabe der Fragebögen merkten die meisten Teilnehmer an, dass der Fragebogen zum Koffeinkonsum sehr schwierig zu verstehen war. Dass dieser Fragebogen Probleme verursachen könnte, wurde seitens der Studienleiter auch im Vorfeld angenommen. Mangels alternativer, besserer Erhebungstools zum Koffeinkonsum wurde er dennoch eingesetzt, da der Koffeinkonsum ohnehin mit zwei Fragebögen erhoben wurde. Die Teilnehmer wurden aufgefordert anzugeben, wie viele Portionen der entsprechenden Produkte sie in den letzten 14 Tagen durchschnittlich an einem Tag konsumiert hatten. Zusätzlich wurde diese Aufforderung mit einem Beispiel zur besseren Verständlichkeit versehen. Trotz des Beispiels gaben manche Personen sehr hohe Zahlen an. Dies führte dazu, dass unklar war, ob die Person tatsächlich literweise ein koffeinhaltiges Getränk konsumiert oder ob der Fragebogen einfach nur falsch verstanden wurde. Da diese Problematik häufiger auftauchte, wurde gänzlich darauf verzichtet, den Fragebogen auszuwerten, da nicht sichergestellt werden kann, dass die Personen, die vermeintlich richtig geantwortet hatten, ihn in Wirklichkeit auch nicht richtig verstanden hatten und nur zufällig

realistische Zahlen angegeben hatten. Mangels an alternativen Fragebögen wäre ein strukturiertes Interview oder ein Tagebuchverfahren eine Lösungsmöglichkeit für dieses Problem.

In dieser Studie wurden gleich zwei Phänomene untersucht, bei denen noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht: Burnout und Koffeinkonsum. In der Burnoutforschung muss ein Konsens hinsichtlich einer einheitlichen Definition gefunden werden, bessere Diagnoseinstrumente müssen entwickelt werden und die Aufnahme in die ICD ist unbedingt anzustreben, um den Betroffenen eine bezahlte Behandlung durch die Krankenkassen zu ermöglichen. Forschungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich einer möglichen Koffeinabhängigkeit. Auch hier ist die Entwicklung eines akkurateren, leicht verständlichen Instrumentariums anzustreben.

Schon Cunradi et al. (2003, 2009) merkten an, dass unklar ist, ob Personen mit Burnout vermehrt konsumieren oder ob Personen die vermehrt konsumieren anfälliger sind, an einem Burnout zu erkranken. Um die Frage endgültig klären zu können, empfiehlt es sich eine größere Anzahl an Personen im Zuge einer Langzeituntersuchung über Jahre immer wieder zu ihrem Konsumverhalten und zu Belastungen, Stress und Burnout zu befragen (z.B. mittels Interviews) und so die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Burnout und Substanzkonsum gibt, hinreichend klären zu können.

Weitere Forschung in diesem Bereich ist wichtig. Besonderes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, die zeitliche Abfolge von Burnout und Substanzkonsum zu klären, um entsprechende Interventionen einleiten zu können und um präventiv einem Burnout bzw. einem Problem im Zusammenhang mit Substanzkonsum vorzubeugen. Sollte sich etwa herausstellen, dass ein auffälliger Substanzkonsum ein guter Prädiktor für ein Burnout ist, so können bereits im Vorfeld nicht nur Maßnahmen gegen Erkrankungen im Zusammenhang mit den Substanzen getroffen werden, sondern auch Maßnahmen zur Vorbeugung eines Burnouts. Dies dient nicht nur dem Wohl des Patienten.

Eine volkswirtschaftliche Untersuchung zum rechtzeitigen Erkennen eines Burnouts von Schneider und Dreer (2013) zeigte etwa, dass die volkswirtschaftlichen Kosten umso höher sind, je später die Diagnose eines Burnouts gestellt wird. Kosten, die in diesem Zusammenhang anfallen können, unterteilen sich in direkte Kosten und indirekte Kosten. Direkte Kosten sind jene für Psychotherapie, Medikamente und therapiebegleitende Arztbesuche, etwa beim Hausarzt oder bei einem Facharzt. Indirekt fallen Kosten für den Krankenstand an. Außerdem bedeutet der Ausfall eines Mitarbeiters eine Leistungsreduktion und somit einen Produktivitätsverlust im Betrieb und auch eine daraus resultierende Frühpensionierung verursacht indirekte Kosten.

Auch der Fehlzeitenreport 2015 zeigt, dass psychische Erkrankungen nach wie vor zunehmen. Dies ist zwar zum Teil auch mit einem veränderten Bewusstsein und mit der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Erkrankungen zu erklären, aber eben auch mit einem tatsächlichen Anstieg psychischer Erkrankungen. (WIFO, 2015)

Aus diesen Gründen sollten alle Maßnahmen getroffen werden, die helfen können, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Aufgrund dessen ist weitere Forschung im Bereich Burnout und Substanzkonsum wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Ahola, K., Honkonen, T., Prikola, S., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., ... Lönnqvist, J. (2006). Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction*, 101, 1438–1443. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01539.x
- American Psychiatric Association, (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-V*. (Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Goebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe. (Original publiziert 2013)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test*. Genf: World Health Organisation. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?ua=1
- Beiglböck, W., & Feselmayer, S. (2008). „Sucht am Arbeitsplatz“: Betriebliche Suchtprävention in Österreich. In G.-P. Reissner & U. Strohmayer (Hrsg.), *Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz* (1-23). Wien: Verlag Österreich.
- Berth & Stöbel-Richter (2014). Testinformationen. *FTNA: Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit*. Zugriff am 19.10.2014 Verfügbar unter http://www.testzentrale.de/programm/media/catalog/Test/0423601_p.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und Burnout*. Zugriff am 21.4.2015. Verfügbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe* (5. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.

- Büssing, A. & Glaser, J. (1998). *Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44)*. München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Chen, M.-J., & Cunradi, C. (2008). Job stress, burnout and substance use among urban transit operators: The potential mediating role of coping behaviour. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 22(4), 327-340. doi:10.1080/02678370802573992
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conger, J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 296–305.
- Cunradi, C. B., Chen, M.-J., & Lipton, R. (2009). Association of occupational and substance use factors with burnout among urban transit operators. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86 (4), 562-571. doi:10.1007/s11524-009-9349-4
- Cunradi, C. B., Greiner, B. A., Ragland, D. R., & Fisher, J. M. (2003). Burnout and alcohol problems among urban transit operators in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 28, 91-109. doi:10.1016/S0306-4603(01)00222-2
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Bern: Huber.
- Dybek, I. (2008). *Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen in Allgemeinarztpraxen: Reliabilität und Validität des AUDIT, AUDIT-C und LAST*. [Inauguraldissertation], Lübeck: Universität zu Lübeck.

- Ellahi, A., & Mushtaq, R. (2012). Doctors at risk of job burnout, diminishing performance and smoking habits. *Medical Sociology Online*, 6 (3), 36-47. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol6Iss3/MSo-6010_Doctors-at-Risk-of-Job-Burnout.pdf
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: SAGE.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H., & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Geiger-Brown, J., Rogers, V. E., Trinkoff, A. M., Kane, R. L., Bausell, R. B., & Scharf, S. M. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiology International*, 29, 211-219.
- Harling, M., Strehmel, P., & Nienhaus, A. (2010). Psychosoziale Belastungen, Demoralisierung und der Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten bei Tierärzten. In A. Nienhaus (Hrsg.), *Gefährdungsprofile: Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (2. Aufl., S. 45-62). Landsberg/Lech: ecomed MEDIZIN.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D., Bjorner, J. B., ... Kivimäki, M. (2012). Job strain and tobacco smoking: An individual-participant data metaanalysis of 166,130 adults in 15 European studies. *PLoS ONE*, 7 (7): e35463. doi:10.1371/journal.pone.0035463
- Hillert A., & Marwitz M. (2006). *Die Burnout Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H. Beck Verlag.

- Hurrelmann, K. (2000). Legale und illegale Drogen – wie kann ihr Missbrauch verhindert werden? *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 46 (6), 452-456.
- Köck, B. (2015). *Koffein im Amateurfußball. Erwartungshaltung, Konsum und Abhängigkeit*. [Unveröffentlichte Masterarbeit], Wien: Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Korczak, D., & Huber, B. (2012). Burn-out. Kann man es messen? *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 164-171. doi: 10.1007/s00103-011-1404-0
- Kuhn, B.-M. (2012) Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 55 , 980–990. doi:10.1007/s00103-011-1504-5
- Lachenmeier, D. W., Wegert, K., Kuballa, T., Schneider, R., Ruge, W., Reusch, H., ... Winkler, G. (2013). Caffeine intake from beverages in German children, adolescents, and adults. *Journal of Caffeine Research*, 3(1), 47-54. DOI: 10.1089/jcr.2013.0008
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Maslach, C., & Jackson, S., E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter <http://search.proquest.com/docview/1311638242?accountid=14682>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. (B. Lidauer, Übersetzerin). Wien: Springer-Verlag. (Original veröffentlicht 1997)
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mc Geary, C. A., Garcia, H. A., Mc Geary, D. D., Finley, E. P., & Peterson, A. L. (2014). Burnout and Coping: Veterans Health Administration Posttraumatic Stress Disorder

- Mental Health Providers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6 (4), 390-397.
- Moustou, I., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., & Benos, A. (2010). Burnout predicts health behaviors in ambulance workers. *The Open Occupational Health & Safety Journal*, 2, 16-18. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter <http://www.benthamscience.com/open/toohsj/articles/V002/16TOOHSJ.pdf>
- Musalek, M. (2012). Zur Ideengeschichte des Burnout – Eine Introduction. In M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg), *Glut und Asche – Burnout: Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung* (S. 11-34). Berlin: Parodos.
- Musalek, M., & Poltrum, M. (Hrsg.) (2012). *Glut und Asche – Burnout: Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung*. Berlin: Parodos.
- Neubach, B., & Schmidt, K.-H. (2000). Gütekriterien einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) – Eine Replikationsstudie bei Altenpflegekräften. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44(3), 140-144. doi:10.1026//0932-4089.44.3.140
- Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Blach, C. M., Hanks, J. B., Satele, D., Sloan, J., . . . Shanafelt, T. D. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Archives of Surgery*, 147(2), 168-174. Zugriff am 22.06. 2014. Verfügbar unter <http://archsurg.jamanetwork.com/Issue.aspx?journalid=76&issueID=22581&direction=P>
- Österreichischer Gewerkschaftsbund (2014). *Burn-out an der Wurzel packen. Burn-out Prävention im Betrieb* (4. Auflage). Wien: Österreichischer Gewerkschaftsbund. Zugriff am 16.04.2015. Verfügbar unter: http://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_0.a/1342556648127/home/massnahmen-zur-burn-out-praevention-fuer-betriebe
- Rudolph, E., Faerbinger, A., & Koenig, J. (2014). Caffeine intake from all sources in adolescents and young adults in Austria. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68, 793-798.

- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Tylor & Francis.
- Scheibenbogen, O. (2012). Neue Wege in der Diagnostik des Burnout-Syndroms. Psychologische und psychophysiologische Befunde. In M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg.), *Glut und Asche – Burnout: Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung* (S. 11-34). Berlin: Parodos.
- Schneider, F., & Dreer, E. (2013). *Volkswirtschaftliche Analyse eines rechtzeitigen Erkennens von Burnout*. Zugriff am 21.11.2015. Verfügbar unter: http://download.opwz.com/wai/Studie_UNI_Linz_Burnout_Volkswirtschaft_041213.pdf
- Schoberberger, R. (2006). <F17 Störungen durch Tabak. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Aufl.). Wien: Springer.
- Schott, M. (2014). *Übersetzung und Validierung des CaffEQ*. [Unveröffentlichte Masterarbeit], Wien: Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Schulze, A., & Lampert, T. (2006). *Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland*. Berlin: Robert-KochInstitut. Zugriff am 05.05.2015. Verfügbar unter: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45PiI/PDF/27ocvYbxUG4w_10.pdf
- Seyle, H. (1974). *Stress. Bewältigung und Lebensgewinn*. München: R. Piper & Co. Verlag.
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø., & Lau, B. (2007). Occupational stress and alcohol use: A study of two nationwide samples of operational police and ambulance personnel in Norway. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 896-904.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobrna, U., & Springer, A. (2009). *Österreichweite Rärpräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008, Band 1 Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Unterholzer, R. (2008). *Motiviert statt ausgebrannt. Eine berufunspezifische Studie zum Burnout-Phänomen in Österreich*. Saarbrücken: VDM Verlag.

WHO (1948). *Constitution of the World Health Organisation*. Zugriff am 06.02.2015. Verfügbar unter <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/Constitution-en.pdf>

WIFO (2015). *Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Zugriff am 21.11.2015. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.625347&action=b&cacheability=PAGE&version=1447333953>

Winwood, P. C., Winefield, A. H., & Lushington, K. (2003). The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: A study of South Australian general dental practitioners. *Australian Dental Journal*, 48(2), 102-109.

Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (2005). *Vorsorgeuntersuchung neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Zugriff am 04.11.2015. Verfügbar unter <http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.548191&action=b&cacheability=PAGE&version=1391170322>

13 Anhang

13.1 Abstrakt

Obwohl bereits seit über 40 Jahren am Thema Burnout geforscht wird, sind noch viele Fragen offen. So ist bislang ungeklärt, ob Burnout mit einem vermehrten Konsum von Alkohol, Nikotin oder Koffein zusammenhängt. Bislang wurde versucht diese Frage zu beantworten, indem Arbeitnehmern Fragebögen zu Burnout und zum Konsumverhalten vorgegeben wurden und diese miteinander korreliert wurden. In dieser Studie wurde das Konsumverhalten tatsächlich Burnout Betroffener mit dem einer Kontrollgruppe verglichen. Konkret interessierte das Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol, Nikotin und Koffein. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Burnoutgruppe und der Kontrollgruppe.

Zusätzlich wurde den Befragten das Maslach Burnout Inventory (MBI) vorgegeben. Die Burnoutgruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich signifikant in allen drei Skalen des MBI.

Außerdem wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen den gearbeiteten Überstunden im Monat und dem Alkoholkonsum gefunden.

Diese Studie liefert als eine der wenigen erstmals Daten zum Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol, Nikotin und Koffein von tatsächlich von Burnout betroffenen Personen und soll zu weiterer Forschung an der Thematik anregen.

13.2 Abstract

Although burnout research already started more than 40 years ago there are still many open questions. So far it is not yet clear if burnout is related to an increased consumption of alcohol, nicotine or caffeine. Up to now researchers tried to answer this question by asking workers about burnout and their consuming behaviour and correlating the results of those questionnaires. In this study the consumer behaviour of actually burnout affected people was compared to the consumer behaviour of a control group.

The study investigator was particularly interested in finding out more about the consumer behaviour of burned out people regarding alcohol, nicotine and caffeine. There was no significant difference between the burnout group and the control group. In addition the results of the two groups concerning the Maslach Burnout Inventory (MBI) were compared. The burnout group and the control group differed significantly in all three scales of the MBI. Furthermore a significant correlation between hours of overtime per month and the consumption of alcohol was found.

This study provides data on consumer behaviour of burnout affected people and their consumer behaviour concerning alcohol, nicotine and caffeine. It should inspire researchers to do further research in this field.

13.3 Lebenslauf



ELKE DUTZLER
Kalkofenstraße 39
4645 Grünau im Almtal

PERSÖNLICHE DATEN:

geboren am 25. Juni 1988 in Gmunden
römisch-katholisch
österreichische Staatsbürgerin

STUDIUM UND AUSBILDUNG:

- | | |
|------------------------|---|
| 10/2012–heute | Individuelles Masterstudium Psychologie bzw. Umstieg in das Masterstudium Psychologie:
Schwerpunkt „Gesundheit, Entwicklung und Förderung“
Universität Wien |
| 10/2009–08/2012 | Bachelor of Science (Psychologie)
Universität Wien
<ul style="list-style-type: none"> - Bachelorarbeit 1 bei Mag. Dr. Eva-Maria Seidel: „<i>Wie unterscheiden sich Führungskräfte von Nicht-Führungskräften im Stresserleben, der Stressverarbeitung und dem Selbstkonzept?</i>“ - Bachelorarbeit 2 bei Nora Ruck und Martin Wieser: „<i>Wie lässt sich die Popularität der Psychochirurgie historisch in ihren Kontexten erklären?</i>“ |
| 09/2002–06/2007 | Matura
Handelsakademie Gmunden |

BERUFLICHE ERFAHRUNG:

- | | |
|------------------------|--|
| 02/2015–heute | Officeassistentz bei humanware GmbH in Wien
Institut für Gesundheit, Sicherheit und Ergonomie im Betrieb,
Schwerpunkte: Ergonomie und Arbeitspsychologie, Geschäftsführerin:
Mag. Martina Molnar,
Tätigkeit: <i>Kaufmännisch-finanzielle Verwaltungsagenden, Einkauf, Terminkoordination, betriebliche Ersthelferin</i> |
| 03/2011–07/2012 | Kinderbetreuung bei Caritas für Menschen mit Behinderungen St. Isidor, Integratives Kinderhotel in Leonding
Tätigkeit: <i>Betreuung beeinträchtigter Kinder sowie deren Geschwister</i> |
| 10/2007–06/2009 | Kindermädchen bei Prinzessin Caroline von Hannover in Frankreich und Monaco
Tätigkeit: <i>Betreuung von Prinzessin Alexandra von Hannover</i> |

PRAKTIKA:

10/2014–01/2015	240 h Praktikum bei der humanware GmbH in Wien Institut für Gesundheit, Sicherheit und Ergonomie im Betrieb, Schwerpunkte: Ergonomie und Arbeitspsychologie, Geschäftsführerin: Mag. Martina Molnar Tätigkeit: <i>Erstellung von IMPULS-Test 2-Ergebnispräsentationen und Musterunterlagen, Qualitätskontrolle von IMPULS-Test 2-Berechnungen, Organisation, Administration</i>
03/2013–06/2013	240 h Praktikum im Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg in Altmünster Tätigkeit: <i>Neuropsychologische Diagnostik und Therapie, Hospitation bei klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Interventionen, Übernahme und Durchführung von Gruppen zum kognitiven Training am PC und Entspannungstrainings</i>

EHRENAMT:

2012–2014	Pfarrverantwortliche Dreikönigsaktion in Scharnstein
2012–2013	Katholische Jugendleiterin in Scharnstein
2009–2012	Katholische Jungscharleiterin in Scharnstein
2006–2007	Katholische Jungscharleiterin in Grünau im Almtal

WEITERBILDUNG:

2015	Erste Hilfe Auffrischkurs (8 h) – Wiener Rotes Kreuz
2014	Teilnahme an AOW-psychologischem Seminar bei Prof. em. (ETH) Dr. Dr. h.c. Eberhard Ulich & Seniorprof Dr. Dr. h.c. Winfried Hacker
2013–2014	Mitbelegung an der Medizinischen Universität Wien VO „Eine von fünf - Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum“ (2 ECTS) bei Ao.Univ.-Prof. Dr. Andrea Berzlanovich VO „Gesundheitspsychologie“ (2 ECTS) bei Univ. Prof. Dr. Rudolf Schoberberger
2012–2014	Absolvierung von Lehrveranstaltungen aus dem Lehramtstudium Französisch/Spanisch Universität Wien, 43 ECTS
2011–2012	Ausbildung & Arbeit als Student Advisor Betreuung von StudentInnen im 1. Semester im Studium Psychologie an der Universität Wien
2011–2012	Selbsterfahrung Autogenes Training 14 h bei Mag. Annelies Weber
03/2010–06/2010	Anfängerkurs Österreichische Gebärdensprache