



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Zusammenhang von Burnout und psychischer Belastung
unter dem Einfluss von Stress, kritischen Lebensereignissen und
schweren Erkrankungen oder Unfällen“

verfasst von / submitted by

Katharina Bergmüller, BSc

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

Wien, 2019 / Vienna 2019

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 UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Abstract	2
1. Burnout	3
1.1. Entwicklung des Konzepts: Definitionsversuche	3
1.2. Symptombild	3
1.3. Verlauf und Ätiologie	4
1.4. Prävalenz und Diagnostik	5
2. Burnout und psychische Gesundheit	6
2.1. Psychische Gesundheit vs. Krankheit	6
2.2. Interaktion von Burnout und spezifischen psychischen Belastungssymptomen	6
2.3. Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989)	8
3. Stress, Burnout und psychische Gesundheit	9
3.1. Definition und aktueller Forschungsstand	9
3.2. Stressmodelle	11
4. Kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle, Burnout und psychische Gesundheit	12
4.1. Kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle: Definition und Kategorisierungsversuche	12
4.2. Aktuelle Forschung: Zusammenhang mit Burnout und psychischer Gesundheit	13
5. Beruf, Burnout und psychische Gesundheit	14
5.1. Beitrag berufsspezifischer Faktoren zur Entstehung von Burnout	14
5.2. Auswirkung berufsspezifischer Faktoren auf die psychische Gesundheit	16
6. Beziehungsstatus, Burnout und psychische Gesundheit	17
6.1. Wechselwirkung von Beziehungsstatus und Burnout	17
6.2. Beziehung als Resilienzfaktor für psychische Gesundheit	19
7. Zielsetzung	20
8. Methode	21
8.1. Stichprobe, Untersuchungsdurchführung und Studiendesign	21
8.2. Untersuchungsinstrumente	22
8.2.1. <i>Soziodemographischer Fragebogen</i>	22
8.2.2. <i>Burnout-Screening-Skalen (Geuenich & Hagemann, 2014)</i>	22

8.2.3. <i>Brief Symptom Inventory 53 (Franke, 2000)</i>	23
8.2.4. <i>Perceived Stress Questionnaire 20 (Fliege et al., 2001)</i>	24
8.3. Fragestellungen und Hypothesen	25
8.3.1. Fragestellung 1: Unterschiede Berufe/Beziehungsstatus im Burnout	25
8.3.2. Fragestellung 2: Unterschiede Berufe/Beziehungsstatus in der psychischen Belastung	25
8.3.3. Fragestellung 3: Unterschiede Burnout und psychische Belastung	26
8.3.4. Fragestellung 4: Unterschiede Burnout und Stressempfinden	26
8.3.5. Fragestellung 5: Unterschiede Stressempfinden und psychische Belastung	27
8.3.6. Fragestellung 6: Unterschiede Burnout und krit. L/E/U	27
8.3.7. Fragestellung 7: Unterschiede krit. L/E/U und psychische Belastung	27
8.3.8. Fragestellung 8: Mediation durch Stressempfinden	28
8.3.9. Fragestellung 9: Mediation durch krit. L/E/U	28
8.3.10. Fragestellung 10: Prädiktormodell	28
8.4. Statistische Auswertung und Datenaufbereitung	29
8.4.1. Unterschiede	29
8.4.2. Mediationen	30
8.4.3. Prädiktoren	30
9. Ergebnisdarstellung	31
9.1. Deskriptive Statistik	31
9.2. Inferenzstatistik	35
9.2.1. Varianzanalytische Untersuchung	35
9.2.1. Unterschiedshypothesen: <i>t</i> -Tests	40
9.2.1. Mediationsanalysen	48
9.2.2. Prädiktormodell	51
10. Diskussion	52
11. Limitationen und Ausblick	60
12. Literaturverzeichnis	63
13. Tabellenverzeichnis	75
14. Abbildungsverzeichnis	77

Zusammenfassung

Hintergrund. Das Burnoutsyndrom unterliegt aktuell einem großen Veränderungsprozess. Es herrscht zudem weitestgehend Uneinigkeit bezüglich der Zusammenhänge mit anderen psychischen Belastungssymptomen. Außerdem werden kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle (krit. L/E/U) in der Burnoutforschung vernachlässigt. Dies gilt auch für die Abgrenzung zu Stress und dessen Rolle innerhalb der Burnouterkrankung. Ziel dieser Arbeit war, die Beziehungen zwischen *Burnout*, *Stress*, *krit. L/E/U* und *allgemeiner psychischer Belastung* zu untersuchen. Zudem sollte der Einfluss von *Beruf* und *Beziehungsstatus* betrachtet werden. **Methode.** Es wurde 378 deutschsprachigen Personen in stressigen Berufen ein demographischer Fragebogen, die *Burnout-Screening-Skalen I und II* (Geuenich & Hagemann, 2014), das *Brief Symptom Inventory 53* (Franke, 2000) und der *Perceived Stress Questionnaire 20* (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001) vorgelegt. **Ergebnisse.** *Singles* hatten signifikant höhere Burnoutwerte als *Verheiratete*. *Singles* und Personen *in einer Beziehung* gaben zudem eine höhere psychische Belastung an. Beschäftigte in *Medien/Design/Kunst/Sport (MED)* zeigten mehr Burnout als Arbeitende in *Gesundheit/Medizin/Pflege (GES)* und *Erziehung/Bildung/Lehre (ERZ)*. Die *MED*-Berufe waren außerdem psychisch belasteter als die *GES*-, *ERZ*- und *Handel/Büro/Finanzen/Vertrieb/öffentlicher Dienst (HAN)*-Berufe. Weiterhin gaben Personen mit hohen Burnoutwerten eine höhere psychische Belastung, ein höheres Stressempfinden und mehr krit. L/E/U an als Personen mit niedrigen Werten. Personen mit hohen Stresswerten waren psychisch belasteter als Personen mit niedrigen Stresswerten. Außerdem zeigten sich Personen mit einem oder mehreren krit. L/E/U psychisch belasteter als Personen ohne krit. L/E/U. Stress medierte den Zusammenhang zwischen Burnout und psychischer Belastung partiell. Krit. L/E/U stellten keinen Mediator dar. Stress und psychische Belastung konnten allerdings, anders als krit. L/E/U und der Beziehungsstatus, Burnout signifikant vorhersagen. **Schlussfolgerungen.** Aufgrund der gefundenen Beziehungen wird deutlich, dass weitere Forschung in diesem Bereich keine der Variablen außer Acht lassen darf. Da sich *Singles* und Personen aus dem *MED*-Bereich als Risikogruppen herausstellten, sollten besonders diese Gruppen genauer betrachtet werden. Aufgrund geringer oder fehlender Mediationseffekte wäre es wünschenswert, weitere Einflussfaktoren auf Burnout und die psychische Gesundheit zu identifizieren.

Schlagworte: Burnout; Psychische Belastung; Subjektives Stressempfinden; Kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle.

Abstract

Background. The burnout syndrome is currently undergoing a major process of change. In addition, there is a large degree of disagreement regarding the relationships to other mental strain symptoms. Besides this, critical life events, serious illnesses or accidents (crit. L/E/U) are neglected in burnout research. This also applies to the distinction from stress and its role within the burnout disease. The aim of this paper was to examine the relationships between *burnout*, *stress*, *crit. L/E/U* and *general mental strain*. In addition, the influence of *occupation* and *relationship status* should be considered. **Method.** A demographic questionnaire, the *Burnout-Screening-Scales I* and *II* (Geuenich & Hagemann, 2014), the *Brief Symptom Inventory 53* (Franke, 2000) and the *Perceived Stress Questionnaire 20* (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001) were presented to 378 German-speaking people in stressful jobs. **Results.** *Singles* had significantly higher burnout levels than *married* participants. *Singles* and participants *in a relationship* also reported higher mental strain. Employees in *media/design/art/sport (MED)* showed more burnout than employees in *health/medicine/care (GES)* and *education/teaching (ERZ)*. The *MED*-occupations were also more mentally strained than the *GES*, *ERZ* and *commerce/office/finance/sales/public service (HAN)*-occupations. Furthermore, people with high burnout levels reported higher mental strain, higher levels of stress and more crit. L/E/U than people with low levels of burnout. People with high scores of stress were more mentally strained than people with low scores of stress. In addition, participants with one or more crit. L/E/U were found to be more mentally strained than people without crit. L/E/U. Stress partially mediated the connection between burnout and mental strain. Crit. L/E/U did not serve as a mediator. Stress and mental strain could however significantly predict burnout, unlike crit. L/E/U and the relationship status. **Conclusions.** Based on the relationships found, it becomes clear that further research in this area must not disregard any of the noticed variables. Since *singles* and people from the *MED*-occupations turned out to be the risk groups, these groups should be considered more precisely in further studies. Due to only weak or missing mediational effects, it would be interesting to identify further factors influencing burnout and mental health.

Keywords: Burnout; Mental strain; Subjective perceived stress; Critical life events, serious illnesses or accidents.

1. Burnout

1.1. Entwicklung des Konzepts: Definitionsversuche

Frühe Erwähnungen von Burnout-ähnlichen Zuständen finden sich beispielsweise im Alten Testament oder in Thomas Manns *Buddenbrooks*. Den Startschuss für die Burnoutforschung lieferte Freudenberger (1974) mit dem Aufsatz „Staff Burn-Out“ (Burisch, 2014). Er untersuchte ehrenamtliche MitarbeiterInnen von Hilfsorganisationen und sah Burnout bei diesen zunächst als eine Reduzierung physischer und psychischer Kräfte. Er beschrieb bereits Symptome wie Müdigkeit, Gleichgültigkeit und Empfindungslosigkeit (Freudenberger, 1974). Der Fokus lag hier weniger auf der Symptomatik als auf der Dynamik, aus der das Burnoutsyndrom entsteht. Burnout wurde als Folge von beruflicher Überlastung konzeptualisiert, wobei sonstige Belastungsfaktoren außer Acht gelassen wurden (Koch, Lehr, & Hillert, 2015). Den nächsten Meilenstein setzte das Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, & Schwab, 1986). Dieses unterteilt das Burnoutsyndrom in die drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (Maslach, 2006). Maslach bezog sich zu dieser Zeit vor allem auf helfende Berufe. Im Laufe der Zeit wurde dies allerdings verworfen und das Burnoutsyndrom auf rund 60 andere Berufs- oder Personengruppen übertragen (Burisch, 2014). Zunehmende Wichtigkeit und Präsenz erlangte das Phänomen vor allem durch die voranschreitende Beschleunigung der Arbeitswelt und die wachsenden beruflichen Anforderungen sowie Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Gestaltung des Lebens (Koch et al., 2015).

Burisch (2014) unterteilt die Burnoutforschung in drei Phasen. Die **feuilletonistische Phase** beginnt mit Freudenbergers „Staff Burn-Out“ und besteht aus der Beschreibung von Stressoren in bestimmten Berufen, Falldarstellungen und Selbsterfahrungsberichten. Das MBI leitet die **simplistisch-empirische Phase** ein und fördert durch seine leichte Durchführ- und Auswertbarkeit einen Forschungsaufschwung. Da in dieser Phase hauptsächlich unergiebiges Querschnittstudien durchgeführt wurden, begann ein Umschwung zur **filigran-empirischen Phase**, die bis zur heutigen Zeit andauert. Sie ist geprägt durch viele Längsschnittstudien, die komplexe Analysemethoden beinhalten. Problematisch wird hier allerdings die erschwerte Interpretierbarkeit der Ergebnisse gesehen.

1.2. Symptombild

Maslach (2006) benennt drei Schlüsseldimensionen des Burnoutsyndroms. Die **überwältigende Erschöpfung** ist gekennzeichnet durch berufliche Überforderung und Ressourcenentleerung. Energiemangel ohne die Möglichkeit zur Erholung ist hier zentral. Die

Dimension **Zynismus und Distanziertheit** folgt auf die emotionale Erschöpfung und besteht aus einer Gleichgültigkeit und Negativität innerhalb der Arbeit. Während Quantität und Qualität der Arbeitsleistung abnehmen, verliert das Individuum an Idealismus und wird zunehmend zynischer. Das **Gefühl der Wirkungslosigkeit und reduzierten Leistungsfähigkeit** entsteht aus fehlenden Ressourcen, sozialen Hilfeleistungen und professionellen Entwicklungsmöglichkeiten. Es führt zu einer negativen Betrachtung des eigenen Berufes und zu Unsicherheiten bezüglich der Berufswahl.

Das Symptombild wurde im Laufe der Zeit verfeinert. So unterteilte Burisch (2014) das Burnoutsyndrom in folgende sieben Kategorien:

- *Warnsymptome der Anfangsphase*
- *Reduziertes Engagement*
- *Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen*
- *Abbau*
- *Verflachung*
- *Psychosomatische Reaktionen*
- *Verzweiflung*

Jede Kategorie besteht aus zahlreichen konkreten Symptomen, die jedoch nicht alle gleichzeitig vorhanden sein müssen. Insgesamt werden mehr als 120 Symptome genannt, die im Rahmen eines Burnoutsyndroms auftreten können (Burisch, 2014).

1.3. Verlauf und Ätiologie

Es gibt zahlreiche Versuche, den Verlauf des Burnoutsyndroms zu typisieren. Übereinstimmung herrscht größtenteils bezüglich Ermüdung oder Erschöpfung als Warnsignal zu Beginn und bezüglich Depression oder Rückzug als finalen Zustand (Burisch, 2014). Ein Versuch, den Verlauf von Burnout zu beschreiben, stammt von Freudenberg und North (1992). Die folgenden zwölf Stadien müssen nicht in der hier dargestellten Reihenfolge auftreten und können zudem ineinander übergehen:

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

9. *Depersonalisation/Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit*

10. *Innere Leere*

11. *Depression*

12. *Völlige Burnout-Erschöpfung*

Golembiewski, Munzenrider und Stevenson (1986) stellten ein Phasen-Modell vor, das den drei Burnoutdimensionen von Maslach (2006) unterschiedliche Bedeutsamkeit zuschreibt. Hierbei wird emotionale Erschöpfung am stärksten und Depersonalisation am schwächsten gewichtet. In einem Acht-Phasen-Modell wird jede Phase aus einer Kombination aus den drei Dimensionen in unterschiedlicher Ausprägung charakterisiert. Burnout Betroffene werden je nach Symptomatik einer der Phasen zugeordnet. Die Phasen müssen nicht vollständig nacheinander durchlaufen werden, jedoch steigt der Schweregrad des Burnouts mit steigender Phasennummer (Golembiewski et al., 1986).

Zur Entstehung von Burnout gibt es ebenfalls viele alternative Ansätze. Während anfänglich die arbeitsbezogenen Stressoren als vorrangige Risikofaktoren betrachtet wurden (Freudenberger, 1974; Maslach, 2006), brachten neuere Entwicklungen integrative Modelle zum Vorschein. Burisch (2014) beschreibt zum Beispiel sowohl Persönlichkeitsmerkmale wie mangelnde Selbstachtung oder das Bedürfnis nach Wirksamkeit als Risikofaktoren als auch Umweltfaktoren wie gesellschaftliche Normen oder berufsspezifische Stressoren. Auch Manzano-García und Ayala-Calvo (2013) inkludieren in ihr Erklärungsmodell einerseits persönliche Stressoren wie negative persönliche Erfahrung oder mangelnde soziale Beziehungen, andererseits berufliche Stressoren wie Überarbeitung oder Mangel an Wertschätzung in der Arbeit. Nach diesem Modell interagieren individuelle Inputs (z.B. hohe Erwartungen, Selbstwirksamkeit) mit den persönlichen und beruflichen Stressoren, was zu bestimmten Outputs (z.B. unerfüllte Erwartungen, Demotivation) führt. Letztere können die Entstehung einer Burnoutsymptomatik begünstigen.

1.4. Prävalenz und Diagnostik

Die Prävalenz von Burnout zu bestimmen, gestaltet sich grundsätzlich schwierig. Zum einen stehen hinter den Untersuchungen häufig Institutionen mit bestimmten Interessen, zum anderen wird der Begriff von den Befragten sehr unterschiedlich aufgefasst (Burisch, 2014). Im deutschen Stressreport des Jahres 2012 wurden etwa 17.000 erwerbstätige Personen befragt. Bei diesen waren psychische Anforderungen wie „sehr schnell arbeiten müssen“ oder „starker Termin- und Leistungsdruck“ und die Belastung dadurch stark verbreitet. Außerdem ließ beispielsweise ein Viertel der TeilnehmerInnen Pausen ausfallen. Ein Drittel davon gab die Begründung an, zu viel Arbeit zu haben (Lohmann-Haislah, 2012). In einer

österreichischen Repräsentativerhebung an etwa 1000 Personen ordneten Scheibenbogen, Andorfer, Kuderer und Musalek (2017) 19% der Befragten einem Problemstadium zu, 17% einem Übergangsstadium sowie 8% dem Burnouterkrankungsstadium. Dabei befanden sich in Letzterem vermehrt unter 30-Jährige und über 50-Jährige.

Die diagnostische Einordnung des Burnoutsyndroms erfolgt in der ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012) als unspezifizierte Zusatz-Kodierung Z73: Probleme verbunden mit Schwierigkeiten der Lebensbewältigung – Z73.0 Erschöpfungssyndrom [Burn-out-Syndrom]. Eine Diagnosemöglichkeit im F-Kapitel ist nicht vorhanden. Derzeit werden zunehmend Fragebögen entwickelt, die neuere Forschungsergebnisse inkludieren und auf eine differenziertere Messung abzielen (Koch et al., 2015). Das MBI (Maslach et al., 1986) ist jedoch immer noch das gängigste Instrument.

2. Burnout und psychische Gesundheit

2.1. Psychische Gesundheit vs. Krankheit

Laut World Health Organization (2018) ist psychische Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eigene Fähigkeiten erkannt werden. Weiterhin inkludiert die Definition das Zurechtkommen mit normalen Schwierigkeiten des Lebens, produktives Arbeiten und das Leisten eines Beitrags zur Gemeinschaft. Demgegenüber werden psychische Krankheiten durch eine Kombination aus abweichenden Gedanken, Wahrnehmungen, Emotionen, Verhaltensweisen und interpersonellen Beziehungen charakterisiert. Zu psychischen Krankheiten gehörten Depression, Schizophrenie oder andere psychotische Störungen, bipolare affektive Störungen, Demenz und intellektuelle Beeinträchtigungen. Faktoren, die psychische Krankheiten begünstigen, sind einerseits eine mangelnde Fähigkeit, eigene Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Beziehungen bewusst zu gestalten. Andererseits sind soziale, kulturelle, ökonomische, politische sowie andere Umweltfaktoren essentiell (World Health Organization, 2018).

2.2. Interaktion von Burnout und spezifischen psychischen Belastungssymptomen

Burnout – als Konsequenz von personalen und Umweltfaktoren – hat einen bedeutenden Einfluss auf die psychische Gesundheit. Im Folgenden werden Facetten der psychischen Belastung aufgeführt, die mit dem Burnoutsyndrom interagieren:

Somatisierung: Glise, Ahlborg und Jonsdottir (2014) untersuchten PatientInnen, die eine Behandlung aufgrund stressbezogener Erschöpfung begannen. Dabei berichtete fast die Hälfte von sechs oder mehr somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel oder Verdauungsstörungen. Personen, die im Bereich des Substanzmissbrauchs arbeiteten,

zeigten mit zunehmender Schwere der Burnoutsymptomatik mehr physische Probleme. Müdigkeit und Erschöpfung waren am stärksten mit den drei Burnoutdimensionen verknüpft. Außerdem korrelierten Schlafprobleme mit emotionaler Erschöpfung und Kopfschmerzen mit Depersonalisation und verringerter persönlicher Leistungsfähigkeit (Mazoruk, Huxley, Alexis-Garsee, & Schifano, 2017).

Schlafstörungen: Burnout und Schlafprobleme beeinflussen sich gegenseitig in ihrem Entwicklungsverlauf und ihrer Intensivierung (Armon, Shirom, Shapira, & Melamed, 2008). Bei MedizinstudentInnen war erhöhte emotionale Erschöpfung mit gesteigerter Müdigkeit tagsüber verknüpft. Letztere führte zu Zynismus und akademischer Ineffizienz (Pagnin et al., 2014).

Interpersonelle Probleme: Sozial evaluierende Prozesse spielen eine große Rolle bei der Entstehung von Burnout. Bei Hotelangestellten, die eine Überempfindlichkeit bezüglich sozialer Ablehnung am Arbeitsplatz angaben, konnte ein Anstieg in Stress und Burnout während der einmonatigen Studienteilnahme verzeichnet werden (Ronen & Baldwin, 2010). Bianchi, Schonfeld und Laurent (2015) konnten diese Ergebnisse in einer Studie mit LehrerInnen replizieren. Drei von vier an Burnout leidenden Personen gaben hier an, von dieser Empfindlichkeit betroffen zu sein. Des Weiteren wurde bei FachärztInnen eine Verbindung zwischen Burnout und sozialen Fähigkeiten gefunden. Letztere stellten sich in dieser Studie (Pereira-Lima & Loureiro, 2017) als protektive Faktoren heraus.

Depression: Häufig wird aufgrund der Ähnlichkeit der Symptombilder von einer Überlappung von Burnout und Depression gesprochen. Die arbeitsbezogenen Risikofaktoren für Burnout sind auch Prädiktoren für Depression, während die individuellen Risikofaktoren für Depression auch Burnout vorhersagen. Zudem stellt emotionale Erschöpfung eine Kombination aus depressiver Stimmung und Energieverlust dar und korreliert sehr hoch mit depressiven Symptomen (Schonfeld, Bianchi, & Palazzi, 2018). Laut Schonfeld und Bianchi (2016) erfüllten 86% der Personen, die als burnoutbetroffen identifiziert wurden, die Kriterien für eine vorläufige Depressions-Diagnose. Außerdem zeigte die Burnoutgruppe eine erhöhte Konsumation von Antidepressiva und eine ausgeprägtere Depressionshistorie. In einer weiteren Untersuchung (Ahola et al., 2005) überschneiden sich beide Krankheitsbilder ebenfalls. Hier hatte die Hälfte der TeilnehmerInnen mit schwerem Burnout eine depressive Störung nach dem DSM-IV. Hakanen und Schaufeli (2012) gehen davon aus, dass das arbeitsbezogene Wohlbefinden das allgemeine Wohlbefinden langfristig vorhersagt. So wurden in ihrer Studie depressive Symptome und Unzufriedenheit von Burnout

vorhergesagt. Da es jedoch keine klare Abgrenzung der beiden Störungsbilder gibt, sind Aussagen über die gegenseitige Beeinflussung schwierig (Schonfeld & Bianchi, 2016).

Ängstlichkeit: Auch zwischen Ängstlichkeit und Burnout wurde ein Zusammenhang gefunden. So wurden die drei Burnoutdimensionen des MBI bei französischen LehrerInnen von den derzeit vorfindenen Ängstlichkeitssymptomen vorhergesagt. Das Vorhandensein der Diagnose einer Angststörung sagte emotionale Erschöpfung und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit voraus (Bianchi & Schonfeld, 2014). Zudem gehen laut Ding, Qu, Yu und Wang (2014) höherer extrinsischer und intrinsischer Stress, emotionale Erschöpfung und Zynismus mit einer höheren Ängstlichkeit einher.

Feindseligkeit/Aggressivität: Queirós, Kaiseler und Da Silva (2013) fanden bei PolizistInnen signifikante positive Zusammenhänge zwischen Burnout und Aggressivität. Dabei wurde Wut und Aggressivität am besten von hoher Depersonalisation und niedriger persönlicher Leistungsfähigkeit erklärt. Emotionale Erschöpfung trug nur zu einem geringen Teil zur Aggressivität bei. Des Weiteren zeigten MitarbeiterInnen des nigerianischen Gesundheitswesens mit zunehmenden Burnoutwerten mehr aggressives Verhalten gegenüber AIDS-PatientInnen (Ojedokun, Idemudia, & Kute, 2013).

Bezüglich der Symptome **phobische Angst, paranoides Denken, Zwanghaftigkeit** oder **Psychotizismus** und deren Beziehung zum Burnoutsyndrom sind bisher noch sehr wenige oder keine Forschungsergebnisse vorhanden. Laut Bianchi und Janin (2019) gehen höhere Burnout- oder Depressionswerte mit mehr paranoiden Gedanken einher. Emotionale Erschöpfung korrelierte sogar genauso stark mit paranoiden Gedanken wie mit Depersonalisation. Außerdem zeigten sich moderate Zusammenhänge zwischen phobischer Angst am Arbeitsplatz und Erschöpfung. Erstere führte – genau wie Burnout – zu beruflichen Fehlzeiten (Vignoli, Muschalla, & Mariani, 2017).

2.3. Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989)

Es gibt zahlreiche Theorien zur Entstehung von Burnout und dessen Auswirkung auf die psychische Gesundheit. Nach der Conservation-of-Resources-Theorie von Hobfoll (1989) besteht die grundlegende Motivation der Menschen im Gewinnen, Sichern und Beschützen von Ressourcen, die für sie wertvoll erscheinen. Burnout entsteht demnach aus einem voranschreitenden Ressourcenverlust. Dieser bezieht sich auf die Kombination aus physischer Stärke, emotionaler Robustheit und kognitiven Fähigkeiten und wird durch anhaltenden übermäßigen Stress bedingt. Vor allem energetische Ressourcen werden abgebaut. Der Verlust kann schließlich nicht durch eigene Energie kompensiert werden. Es können weder

bestehende Ressourcen mobilisiert noch neue hinzugewonnen werden. Dieser Prozess zieht eine Spirale des Ressourcenverlusts in verschiedenen Lebensbereichen nach sich, die sich auf das Wohlbefinden negativ auswirkt (Hakanen & Schaufeli, 2012; Hobfoll, 2001; Hobfoll & Shirom, 2001). Es kann also durch den potentiellen oder tatsächlichen Ressourcenverlust zu Beeinträchtigungen der Gesundheit wie Unzufriedenheit, Depression, Ängstlichkeit oder physiologischer Anspannung kommen (Grandey & Cropanzano, 1999; Hobfoll & Shirom, 2001). Zudem zeigte sich in einer Studie von Neveu (2007) ein Zusammenhang zwischen Ressourcenverlust, Burnout und negativen Burnoutkonsequenzen wie Depression oder Fehlzeiten in der Arbeit.

3. Stress, Burnout und psychische Gesundheit

3.1. Definition und aktueller Forschungsstand

Eine einheitliche Definition von Stress ist in der Literatur nicht zu finden. Für Selye (1956) stellt Stress eine Reaktion auf belastende Stimuli dar. Diese nennt er allgemeines Anpassungssyndrom. Es besteht aus den Phasen Alarm, Widerstand und – bei anhaltenden Stressoren beziehungsweise gescheitertem Widerstand – Erschöpfung. Im Allgemeinen wird Stress häufig entweder als Stimulus oder als Reaktion definiert. Stimulus-Definitionen schreiben der Umgebung als Quelle der Stressoren eine zentrale Rolle zu, wogegen Reaktions-Definitionen sich auf Stress als den Zustand eines Individuums beziehungsweise eine Konsequenz eines Ereignisses fokussieren (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (1966) legt den Fokus auf kognitive Bewertungsprozesse. Stress entsteht, wenn Individuen wahrnehmen, dass sie die Anforderungen oder Bedrohungen, mit denen sie konfrontiert werden, nicht ausreichend bewältigen können. So wird in einem ersten Prozess bewertet, ob ein Ereignis positiv, negativ oder neutral ist. Im zweiten Prozess wird analysiert ob ausreichend Ressourcen zur Bewältigung des Ereignisses vorhanden sind. Im Falle einer negativen Bewertung und der Wahrnehmung von unzureichenden Ressourcen wird das Ereignis als Stressor eingestuft. Dieses Modell sieht, anders als die Stimulus- oder Reaktions-Modelle, die Wechselwirkung von Individuum und Umwelt als entscheidend für die Entstehung von Stress (Lazarus & Folkman, 1984).

Die oben genannte Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989) bezeichnet Stress als Auslöser des zu Burnout führenden Ressourcenverlusts. Auch laut Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) führt chronischer emotionaler und interpersoneller beruflicher Stress zum Burnoutsyndrom. Die emotionale Erschöpfung, die aus Gefühlen der Überforderung und des Ressourcenverlusts besteht, stellt die grundlegende individuelle Stress-Dimension des Burnouts dar. So wurde bei Pflegekräften eine steigende emotionale Erschöpfung als

Konsequenz von stressverursachenden Kontakten mit SupervisorInnen beobachtet. Diese führte zu Depersonalisation, die wiederum eine verminderte persönliche Leistungsfähigkeit nach sich zog (Leiter & Maslach, 1988). Plieger, Melchers, Montag, Meermann und Reuter (2015) fanden einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlebten Stresserfahrungen und Burnout, wobei hier der Zusammenhang zwischen den erlebten Stresserfahrungen und Depression noch deutlicher ausgeprägt war. Außerdem konnte „Role Stress“ bei MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in einer Langzeitstudie (Peiró, González-Romá, Tordera, & Mañas, 2001) höhere Ausprägungen von Burnout vorhersagen. In einer weiteren Langzeitstudie (McManus, Winder, & Gordon, 2002) wurden die Kausalzusammenhänge von Stress und den drei Burnoutdimensionen bei ÄrztInnen aus dem Vereinigten Königreich untersucht. Es wurde ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen emotionaler Erschöpfung und Stress gefunden. Weiterhin zog eine hohe persönliche Leistungsfähigkeit ein erhöhtes Stresslevel nach sich. Depersonalisation verursachte eine Reduzierung des Stresslevels.

Die Stressreaktion an sich besteht aus einer Reihe von physischen und psychischen Veränderungen. Neben veränderter kardiovaskulärer Aktivität, Atmungsaktivität, Verdauung sowie verändertem Muskeltonus gibt es behaviorale Veränderungen in der Aufmerksamkeit und Wachsamkeit. Zudem treten endokrine, immunologische und neuronale Veränderungen auf. Die genannten Effekte ziehen bei andauerndem oder sich intensivierendem Stress gesundheitsschädliche Konsequenzen nach sich. So führen die genannten behavioralen Veränderungen zu einer verminderten Aufgabenbewältigungs- und Problemlösefähigkeit sowie zu Problemen in sozialen Beziehungen. Dies trägt zu einer Reduzierung der Lebensqualität und des Wohlbefindens bei (Baum & Posluszny, 2002). Ein hohes Risiko für psychische Leiden, Depression und andere psychiatrische Störungen ist eine Folge von hohem Stresserleben (Thoits, 2010). Grzywacz et al. (2010) untersuchten die depressive Symptomatik von LandarbeiterInnen während der Hauptsaison. Depressive Symptome konnten bei diesen durch strukturelle Stressoren wie den Beziehungsstatus und situationale Stressoren wie beengte Lebensbedingungen oder die Arbeitsgeschwindigkeit vorhergesagt werden. Auch bei Einsatzkräften der Feuerwehr wurde mit steigendem beruflichen Stress mehr psychische Belastung gefunden. Besonders stark war dieser Zusammenhang bei der unzureichenden Anwendung von Erholungsstrategien (Sawhney, Jennings, Britt, & Sliter, 2018). Ein weiterer Stressor ist das Ungleichgewicht zwischen Berufstätigkeit und Familie. Wang, Lesage, Schmitz und Drapeau (2006) beobachteten ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen mit steigendem Ungleichgewicht. Außerdem führen berufliche Unsicherheit und privater Stress zu erhöhten Ängstlichkeits- und Depressionssymptomen. Zur Identifizierung der für die psychische Belastung verantwortlichen Stressoren müssen also

sowohl die berufliche als auch die private Umgebung betrachtet werden (Fan, Blumenthal, Watkins, & Sherwood, 2015).

Obwohl die Burnoutforschung eng mit der Stress-Forschung verknüpft ist, stellen Burnout und Stress unterschiedliche Konstrukte mit verschiedenen Einfluss- und Wirkfaktoren dar. In einer Studie von Pines und Keinan (2005) waren beispielsweise Stressoren in der alltäglichen beruflichen Tätigkeit höher mit stressbezogener Belastung verknüpft als mit Burnout. Dagegen hing die Wichtigkeit des Berufes mehr mit Burnout als mit stressbezogener Belastung zusammen. Außerdem korrelierte Burnout höher mit beruflicher Unzufriedenheit, dem Wunsch, die Anstellung zu kündigen, physischen und emotionalen Symptomen und dem wahrgenommenem Leistungslevel.

3.2. Stressmodelle

Ein Modell, das einen Zusammenhang zwischen Stress und psychischer Gesundheit herstellt, ist das Job-Demand-Control-Modell von Karasek (1979). Stress und psychische Belastung entstehen demnach aus einer Kombination aus geringem Entscheidungsspielraum in der Arbeit und hohen Anforderungen. In einer Langzeitstudie (Dalgard et al., 2009) wurde ein negativer Effekt von geringer Kontrolle und gleichzeitig hohen beruflichen Anforderungen auf die psychische Gesundheit gefunden, wobei dieser Effekt nicht für hohe Anforderungen allein galt. Der Kontrolle kommt also eine Pufferfunktion zu. De Jonge, Van Vegchel, Shimazu, Schaufeli und Dormann (2010) untersuchten die Faktoren des Modells genauer und fanden einen positiven Zusammenhang zwischen beruflichen Anforderungen und beruflicher Zufriedenheit bei hohem Entscheidungsspielraum sowie einen negativen Zusammenhang bei geringem Entscheidungsspielraum. Umgekehrtes galt für den Zusammenhang zwischen Anforderungen und psychosomatischen Symptomen beziehungsweise Abwesenheit wegen Krankheit. Auch in der oben genannten Studie von Wang et al. (2006) wurde das erhöhte Risiko für eine Major Depression, andere depressive Störungen oder Angststörungen bei Personen beobachtet, die hohe Anforderungen und wenig Kontrolle am Arbeitsplatz angaben.

Nach dem Effort-Reward-Imbalance-Modell von Siegrist (1996) entsteht Stress aus Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig hohen Aufwand und geringe Belohnungen beinhalten. Dieser Stress hat sowohl Auswirkungen auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit (Godin, Kittel, Coppieters, & Siegrist, 2005). In einer Metaanalyse (Rugulies, Aust, & Madsen, 2017) konnte ein erhöhtes Risiko für depressive Erkrankungen bei vorherrschender Unausgeglichenheit von Aufwand und Belohnung festgestellt werden. Des Weiteren führte diese Unausgeglichenheit und zusätzlich ein übermäßiges Engagement bei

PriesterInnen zu mehr Ängstlichkeit und Depression (Lau, 2018). Weitere Unterstützung erhält die Theorie, da infolge einer Stressmanagement-Intervention zur Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Belohnung die Ängstlichkeits- und Depressionsraten von IndustriearbeiterInnen auf lange Zeit gesenkt werden konnten (Barrech et al., 2017).

4. Kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle, Burnout und psychische Gesundheit

4.1. Kritische Lebensereignisse, schwere Erkrankungen oder Unfälle: Definition und Kategorisierungsversuche

Unter kritischen Lebensereignissen, schweren Erkrankungen oder Unfällen (krit. L/E/U) werden innere und/oder äußere Ereignisse verstanden, die das Person-Umwelt-Passungsgefüge stören. Bisherige subjektive Theorien, mit deren Hilfe der Alltag bewältigt wurde und ein adaptives Funktionieren gewährleistet war, werden erschüttert. Durch krit. L/E/U werden starke Emotionen ausgelöst. Außerdem können sie zu Appetitlosigkeit, Schlafmangel, verminderter Lebenslust, Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühlen oder einem Verlust der Handlungsorientierung führen. Wenn im Rahmen der Beschäftigung mit den krit. L/E/U das Person-Umwelt-Passungsgefüge nicht wiederhergestellt werden kann, tritt eine psychische Krise auf, die sich durch die voranschreitende Reduzierung der Handlungsmöglichkeiten und Problemlösefähigkeiten kennzeichnet. Zudem kommt es durch die psychische Krise zu einer emotionalen Destabilisierung, einer verzerrten Einschätzung der eigenen Person und der Umwelt sowie vermehrter Anwendung maladaptiver Lebensbewältigungsstrategien. Auch depressiver Rückzug und gesteigerte suizidale Neigungen können auftreten (Filipp & Aymanns, 2018).

In einer repräsentativen Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse erlebten mehr als die Hälfte von 2000 Befragten mindestens ein krit. L/E/U in den letzten fünf Jahren (Merz, 2017). Die am häufigsten genannten Ereignisse sind „belastende Konflikte im privaten Umfeld“, „schwere Erkrankungen eines/r Familienangehörigen“ und „finanzielle Probleme“. Zu den am meisten belastenden Ereignissen gehören „eigene Krankheit/Sucht“, „Tod PartnerIn/Familie“ und „Trennung vom/von der PartnerIn“. Diese zogen negative Konsequenzen für Faktoren wie die Leistungsfähigkeit oder Krankmeldungen nach sich. Die Zürcher Lebensereignis-Liste (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001) wurde zur Erfassung von krit. L/E/U bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Sie fragt das Auftreten von 36 Ereignissen aus den Bereichen Familie, FreundInnen, Schule und Krankheit/Unfall/Verlust in den letzten zwölf Monaten ab. Zu häufig angegebenen Ereignissen, die als belastend wahrgenommen wurden, zählen hier

z.B. „eine schlechte Prüfung gemacht“, „Verlust eines Haustieres“ oder „Krankheit/Unfall selbst“. Dabei war die Anzahl an krit. L/E/U und die wahrgenommene Belastung beim weiblichen Geschlecht, städtischen Lebensumfeld sowie ausländischer Herkunft höher als bei männlichen, ländlichen und einheimischen Befragten (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001).

Generell hängt das Ausmaß der Belastung durch krit. L/E/U von verschiedenen Faktoren ab. Ereignisfaktoren, die die Belastung intensivieren können, sind beispielsweise mangelnde Vorhersehbarkeit und Überraschungsgehalt, mangelnde Kontrollierbarkeit oder Erschütterungen des Weltbildes. Zu Personenmerkmalen gehören Faktoren wie ein niedriges Selbstwertgefühl, mangelnde Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Zudem spielt der lebensgeschichtliche Kontext, in dem sich eine Person zum Zeitpunkt des Auftretens der krit. L/E/U befindet, eine Rolle (Filipp & Aymanns, 2018).

4.2. Aktuelle Forschung: Zusammenhang mit Burnout und psychischer Gesundheit

Krit. L/E/U haben einen bedeutenden Einfluss auf die psychische Gesundheit. Es gibt zahlreiche Studien zu verschiedenen krit. L/E/U und den spezifischen Konsequenzen für die psychische Verfassung. Beispielsweise intensivierten sich psychische Probleme mit steigender Anzahl an krit. L/E/U und steigendem Belastungswert in der oben genannten Studie zur Zürcher Lebensereignis-Liste (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001). Außerdem fanden Kraaij, Arensman und Spinhoven (2002) eine Korrelation zwischen Depression und der Anzahl an negativen Lebensereignissen sowie der Anzahl an täglichen Schwierigkeiten bei SeniorInnen. In einer Studie von Jenness et al. (2017) waren Verhaltensstörungen und bipolare Störungen mit einem Unfall während des letzten Jahres assoziiert. Ein solcher zog ein erhöhtes Risiko für eine Angststörung während des letzten Monats nach sich und ein geringeres Risiko für eine depressive Störung während des letzten Monats. Bei Opfern eines Verkehrsunfalls wurden psychiatrische Symptome und Krankheiten wie Ängstlichkeit, Depression oder phobische Angst vor dem Reisen gefunden (Mayou, Bryant, & Duthie, 1993). Weiterhin zieht das Erleben der elterlichen Scheidung im Kindesalter ein höheres Depressionsrisiko im Erwachsenenalter nach sich (Wauterickx, Gouwy, & Bracke, 2006). Stack und Scourfield (2015) untersuchten den Effekt der eigenen Scheidung und fanden eine höhere Suizidwahrscheinlichkeit bei geschiedenen Personen. In einer Studie von Keyes et al. (2014) gab es bei Menschen, die den unerwarteten Tod eines/r Nahestehenden miterlebt hatten, während der gesamten Lebensspanne ein vermehrtes Auftreten von Episoden einer Major Depression, Panikstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung.

Zum Zusammenhang zwischen krit. L/E/U und Burnout gibt es bisher nur wenige Studien. In einer Zwillingssstudie (Mather, Blom, & Svedberg, 2014) wurde ein Zusammenhang

zwischen Burnout, familiären Problemen, physischen Krankheiten und Scheidung beziehungsweise Trennung ersichtlich. Dyrbye et al. (2006) fanden bei MedizinstudentInnen ein höheres Burnout-Risiko mit steigender Anzahl an negativen Lebensereignissen in den letzten zwölf Monaten. Bei SportlerInnen ging die steigende Anzahl an Verletzungen mit einer höheren Burnoutrate einher (Grylls & Spittle, 2008). Zudem fand Norberg (2007) bei Müttern von Kindern, die einen Gehirntumor überlebt hatten, höhere Burnoutwerte als bei Müttern mit gesunden Kindern. Bei Vätern gab es eine nicht-signifikante Tendenz in dieselbe Richtung. Auch die Diagnose von Krankheiten wie Diabetes oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen des Kindes führte bei Eltern zu mehr Burnoutsymptomen (Lindström, Aman, & Norberg, 2009).

5. Beruf, Burnout und psychische Gesundheit

5.1. Beitrag berufsspezifischer Faktoren zur Entstehung von Burnout

Ein weiterer Faktor, der Burnout und psychische Gesundheit beeinflusst, ist der von dem/r Betreffenden ausgeübte Beruf. Burisch (2014) teilte die ca. 60 Berufs- oder Personengruppen, zu denen es Studien bezüglich des Burnoutsyndroms gibt, in verschiedene Oberkategorien ein. Die stark vertretenen Kategorien sind hierbei Beratung, medizinische Versorgung, Sozialarbeit, Pflege sowie Unterricht und Lehre. Neben diesen werden auch Bereiche wie Wirtschaft oder Medien genannt. Laut Maslach und Leiter (2008) gibt es folgende sechs Bereiche innerhalb eines Berufes, die entscheidend für die Entstehung von Burnout sind:

- *Arbeitsumfang (z.B. zu viel Arbeit, Mangel an Ressourcen)*
- *Gefühl der Kontrollierbarkeit (z.B. wenige Einflussmöglichkeiten)*
- *Anerkennung und Belohnung (z.B. Unterbezahlung)*
- *Gemeinschaftsgefühl (z.B. Konflikte, Isolation)*
- *Fairness, Gerechtigkeit und Respekt (z.B. Diskriminierung)*
- *Bedeutsamkeit und Wert der Arbeit (z.B. überflüssige Aufgaben)*

Sind viele kritische Faktoren innerhalb der Bereiche vorhanden, führt dies zu einer fehlenden Passung zwischen Person und Beruf, wodurch die Burnoutsymptomatik begünstigt wird.

Wie bereits erwähnt, tritt Burnout besonders häufig bei Personen auf, die im helfenden Sektor tätig sind. KrankenpflegerInnen sind besonders häufig betroffen. So wurden in einer Metaanalyse (Pradas-Hernandez et al., 2018) mittlere bis hohe Werte in emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation gefunden sowie niedrige Werte in der persönlichen Leistungsfähigkeit. Daraus ergibt sich eine hohe Anzahl an Burnout Betroffenen beziehungsweise ein hohes Risiko für eine zukünftige Erkrankung. Bedeutsame Einflussfaktoren waren hier das Alter, die Arbeitszufriedenheit, die Dauer des Arbeitstages

sowie Stress. Henry (2014) beschäftigte sich mit den sechs oben genannten Bereichen von Maslach und Leiter (2008) und wandte diese beim KrankenpflegerInnen-Beruf an. Dabei ergaben sich spezifische Burnout begünstigende Probleme für diese Berufsgruppe. Der *Arbeitsumfang* ist z.B. häufig durch das Auslassen von Pausen oder Mittagessen gekennzeichnet, während das *Gefühl der Kontrollierbarkeit* von Hoffnungslosigkeit und Machtlosigkeit bezüglich des Todes von PatientInnen geprägt wird. Neben vielen weiteren Faktoren scheint innerhalb des Faktors *Bedeutsamkeit und Wert der Arbeit* das Gefühl vorzuherrschen, dass der Fokus eher auf dem Endgewinn liegt und weniger auf der Qualität der Behandlung oder der Beibehaltung des Personals.

De Heus und Diekstra (1999) verglichen Lehrkräfte mit anderen sozialen Berufsfeldern in ihren Burnoutausprägungen. Dabei stellten sie fest, dass LehrerInnen mehr psychische und physische Symptome aufwiesen als andere in Sozialberufen tätige Personen und folglich ein höheres Burnoutisiko zeigten. In einer Studie von Skaalvik und Skaalvik (2017) wurden arbeitsspezifische Stressoren mit den drei Burnoutdimensionen verknüpft. Dabei zeigte sich, dass wachsende disziplinarische Probleme, zunehmender Zeitdruck, sinkende Motivation der SchülerInnen und steigende wertebezogene Unstimmigkeit einen negativen Einfluss auf die Burnoutsymptomatik haben. Außerdem ist das Fehlverhalten der SchülerInnen ein ausschlaggebender Faktor für die Entstehung von Burnout bei LehrerInnen (Aloe, Shisler, Norris, Nickerson, & Rinker, 2014).

Auch Ärzte stellen eine Risikogruppe dar. Faktoren wie die emotionale Beteiligung am Leid der PatientInnen oder ein überforderndes Arbeitsumfeld führen zu Stress und einer erhöhten Burnoutsymptomatik. Die Konsequenzen sind unter anderem mehr medizinische Fehler, schwierige Beziehungen mit MitarbeiterInnen sowie negative Effekte auf die psychische Gesundheit wie Depression oder Schlafstörungen (Kumar, 2016).

Burnout tritt zudem häufig in der Medienbranche auf. Reinardy (2011) fand beispielweise bei JournalistInnen hohe Werte im MBI und häufig die Absicht, die Arbeitsstelle zu verlassen, besonders bei jüngeren Personen. Junge RedakteurInnen und SeitendesignerInnen bei kleinen Zeitungen waren besonders gefährdet. Eine Metaanalyse (MacDonald, Saliba, Hodgins, & Ovington, 2016) stellt Faktoren vor, die Burnout in diesem Berufsfeld begünstigen. Diese sind beispielsweise ein hohes Arbeitspensum, wenig Chancen auf Innovation und Selbstständigkeit am Arbeitsplatz sowie geringe wahrgenommene organisatorische Unterstützung. Aus diesen Faktoren entsteht eine Unzufriedenheit mit dem Beruf, die mit Burnout einhergehen kann.

Weiterhin sind zahlreiche Studien zu SportlerInnen und erhöhten Burnoutausprägungen vorhanden. Guslafsson, Kenttä und Hassmén (2011) machen dies mit einem integrativen Burnoutmodell bei AthletInnen verständlich. Dieses besteht aus vorhergehenden Faktoren wie

exzessivem Training oder fehlender Erholung. Außerdem spielt das Gefangensein im Beruf, beispielsweise durch soziale Einschränkungen oder wenig alternative Anreize, eine Rolle. Persönlichkeitsfaktoren wie Perfektionismus oder hohe Zielorientierung sind ebenfalls wichtig. Aus diesen Faktoren entstehen frühe Symptome, wie Verringerung der Performance oder Stimmungsschwankungen, die wiederum zu Burnout führen.

Maslach et al. (2001) befassten sich genauer mit der Entstehung von Burnout im beruflichen Kontext. Laut diesen gibt es neben bestimmten individuellen Faktoren auch entscheidende situationale Faktoren, die eine Burnoutsymptomatik begünstigen. Demnach sind *Job-Charakteristiken* wie z.B. Anforderungen oder Ressourcen wichtig. Auch *berufsspezifische Faktoren* haben einen Einfluss auf die Entstehung von Burnout. In verschiedenen Berufen findet sich beispielsweise ein unterschiedliches Ausmaß an arbeitsbezogenen Stressoren, klientInnenbezogenen Stressoren und emotionaler Arbeit, was sich unterschiedlich auf die Burnoutraten auswirkt. Zuletzt haben *organisatorische Charakteristiken* wie Hierarchien oder Regeln einen Einfluss auf Burnout.

Taris, Stoffelsen, Bakker, Schaufeli und van Dierendonck (2005) legten den Schwerpunkt auf berufliche Kontrollmöglichkeiten. Es zeigte sich, dass die Burnoutrate bei 28 verschiedenen Berufen mit abnehmender beruflicher Kontrolle steigt. Daraus folgt, dass bei der Entstehung von Burnout neben der individuellen und subjektiven Perspektive auf die Arbeitsumgebung auch berufsimmanente Faktoren eine Rolle spielen.

5.2. Auswirkung berufsspezifischer Faktoren auf die psychische Gesundheit

Zudem hat die Art des Berufes Auswirkungen auf die allgemeine psychische Belastung. Bei einer nationalen Befragung im Vereinigten Königreich (Stansfeld, Rasul, Head, & Singleton, 2011) wurde beispielweise bei Sekretariats- und Bürokräften, VertriebsarbeiterInnen sowie Personal- und SchutzdienstleisterInnen eine erhöhte psychische Belastungsrate gefunden. Auch ManagerInnen und SachbearbeiterInnen, LehrerInnen, KellnerInnen, JugendarbeiterInnen sowie Pflegehilfskräfte zeigten eine hohe Prävalenz. Diese Risikoberufe zeichnen sich durch hohe berufliche (emotionale) Anforderungen sowie fehlende berufliche Sicherheit aus. Im Gegensatz dazu zeigen sich bei Berufen, die eine niedrige Prävalenz aufwiesen, eine gute berufliche Ausbildung, klar umrissene Aufgaben sowie hohe Diskretion am Arbeitsplatz.

Wilhelm, Kovess, Rios-Seidel und Finch (2004) beschrieben in einer Metaanalyse die psychischen Konsequenzen bestimmter beruflicher Tätigkeiten. Dabei fanden sie ein hohes Risiko für Depression bei Arbeitsplätzen, die fehlende Autonomie und das Sorgen für Andere involvieren. Bei Berufen, die Zugang zu Alkohol beinhalten und bei denen der Konsum

genehmigt wird, ist das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit erhöht. Weiterhin zieht der Kontakt mit Gefahr und Krisen im beruflichen Kontext Posttraumatische Belastungsstörungen, Depersonalisation und Substanzmissbrauch nach sich. Laut Wilhelm et al. (2004) stehen Beruf und Persönlichkeit in einem bidirektionalen Verhältnis, in dem Personen bestimmte Berufe als ansprechend ansehen und diese Berufe dann wiederum einen Effekt auf die Personen haben.

Bei Marchand (2007) zeigte sich, dass es Industrien beziehungsweise Berufe gibt, die ihre ArbeiterInnen einem höheren Risiko für psychische Krankheit aussetzen, unabhängig von individuellen Charakteristiken wie Einkommen, Ausbildung, Alter oder Geschlecht. Die Hochrisikoberufe in Kanada fanden sich innerhalb der Bereiche *Gesundheit, Verkauf und Service, Handel, Transport und Baumaschinenbedienung* sowie *Verarbeitung, Fertigung und Versorgung*. Innerhalb der Gesundheitsberufe hatten assistierende Berufe wie ZahnarzthelferIn oder PflegehelferIn das höchste Risiko für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit, während es im Bereich Verkauf und Service beispielsweise KöchInnen oder Reinigungskräfte waren. Innerhalb des Handels, Transports und der Baumaschinenbedienung zeigte sich z.B. ein hohes Risiko bei Kfz-MechanikerInnen oder LandarbeiterInnen. MaschinenbetreiberInnen galten im letzten Bereich als besonders gefährdet. Die genannten Berufe beinhalten größtenteils Faktoren wie unregelmäßige Arbeitszeiten, körperliche Anforderungen, monotone Bewegungen oder hohe Unsicherheit. Außerdem scheinen sie auf einer niedrigen Stufe in der Berufshierarchie und innerhalb eines sehr großen Arbeitsmarkts angesiedelt zu sein.

Zuletzt ist die arbeitsbezogene Ängstlichkeit zu erwähnen. Diese kann sich in Krankheiten wie arbeitsplatzbezogenen Phobien, Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen äußern (Linden & Muschalla, 2007). Die verschiedenen Ausprägungen der Ängstlichkeit sind je nach Arbeitsplatzcharakteristiken in unterschiedlichen Berufsfeldern zu finden. So wurde z.B. bei Bürokräften häufig spezifische soziale Ängstlichkeit erkannt, während bei MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens oftmals eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde (Muschalla & Linden, 2013).

6. Beziehungsstatus, Burnout und psychische Gesundheit

6.1. Wechselwirkung von Beziehungsstatus und Burnout

Ein weiterer Einflussfaktor auf Burnout ist der Beziehungsstatus. Dazu finden sich in der Literatur bisher uneindeutige Ergebnisse. Der Ehe werden häufig emotionale Gewinne zugeschrieben. So werden verheiratete Personen glücklicher, zufriedener und weniger deprimiert angesehen, was zu vermindertem Stress und weniger psychischen sowie

physischen Problemen führen kann (Wood, Goesling, & Avellar, 2007). Ein gewinnbringender Faktor innerhalb der Ehe ist die soziale Unterstützung durch den/die EhepartnerIn. Wenn diese als angemessen wahrgenommen wird, treten weniger depressive Symptome auf. Weiterhin werden Stressreaktionen als kontrollierbarer und vorhersagbarer angesehen (Dehle, Larsen, & Landers, 2010). Luk, Chan, Cheong und Ko (2010) beschrieben die Ehe als stabilisierende und emotional unterstützende Instanz. In ihrer Studie zu Burnout bei verschiedenen Arten des Beziehungsstatus waren Alleinstehende emotional erschöpfter und depersonalisierten stärker als Verheiratete.

Alleinstehende oder geschiedene Personen werden oft als Risikogruppe für Burnout definiert (Canadas-De la Fuente et al., 2018). Ein Leben ohne PartnerIn kann von Einsamkeit begleitet werden. Diese hat beispielsweise einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und physiologische Reparatur- oder Aufrechterhaltungsprozesse. Zudem fördert sie einen Überschuss an Stressreaktivität (Hawkley & Cacioppo, 2003). Laut Lin und Huang (2012) hat eine aus fehlenden zwischenmenschlichen Kontakten und mangelnder sozialer Unterstützung entstandene Einsamkeit bei Studierenden negative Effekte auf die physische und psychische Entwicklung. Personen mit hohen Einsamkeitsausprägungen hatten ein höheres lernbezogenes Burnout. Bei ihnen traten vermehrt ein schwaches Gefühl der eigenen Leistungsfähigkeit, interpersonale Entfremdung, negative lernbezogene Emotionen und emotionale Erschöpfung auf. Das Leben als Single kann zudem durch die allein zu tragenden Lebenskosten erschwert werden. Finanzielle Belastungen können ebenfalls mit erhöhtem Burnoutrisiko einhergehen (Crosier, Butterworth, & Rodgers, 2007; Soares & Grossi, 2007).

Entgegengesetzt zum Bisherigen fanden Mousavy und Nimehchisalem (2014) bei verheirateten Personen höhere Burnoutwerte. Bei LehrerInnen konnten häufige eheliche Konflikte vermehrte berufliche Burnoutsymptome vorhersagen. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass die Personen aufgrund interpersonaler Probleme in der Ehe wahrscheinlicher das Interesse an ihrer Arbeit verlieren. Dies kann zu Kündigung oder einem erhöhten Burnoutrisiko führen. Zudem führt der Konflikt zwischen der Rolle als Mutter und Ehefrau und der beruflichen Rolle zu mehr ehelichen Schwierigkeiten, was sich wiederum auf das Burnoutrisiko auswirken kann (Hajihassani, 2017). Ein weiterer problematischer Effekt der Ehe ist das vom Beruf unabhängige Burnout innerhalb der Paarbeziehung. Pines, Neal, Hammer und Ickson (2011) fanden sowohl beim beruflichen als auch beim ehelichen Burnout Crossover-Effekte zwischen den PartnerInnen. Höhere berufliche Stressoren des/der einen EhepartnerIn gingen also mit höheren beruflichen Stressoren des/der anderen PartnerIn einher. Auch Spillover-Effekte wurden festgestellt. Je höher der eheliche Stress war, desto

höhere Werte wurden im beruflichen Burnout erzielt. Auf der anderen Seite gingen höhere berufliche Stressoren mit höher ausgeprägtem ehelichen Burnout einher.

Andere Studien gingen von keinem Zusammenhang zwischen Beziehungsstatus und Burnout aus. Asgari (2012) fand z.B. keinen signifikanten Unterschied bei den Burnoutausprägungen verheirateter und alleinstehender arabischer LehrerInnen. Yildirim (2008) fand zwar Zusammenhänge zwischen Burnout und sozialer Unterstützung, jedoch nicht zwischen Burnout und dem Beziehungsstatus.

Insgesamt ist die unterschiedliche Konfrontation mit Stressoren ein bedeutender Unterschied zwischen Alleinstehenden und in einer Partnerschaft lebenden Personen. Daraus entsteht ein unterschiedliches Risiko für psychische Probleme. Alleinstehende zeigten höheren Stress bezüglich Faktoren wie sozialer Verpflichtungen, Einsamkeit oder finanziellen Angelegenheiten. Dies führte wiederum zu höheren Ängstlichkeitsraten und höherem Risiko für weitere psychische Erkrankungen (Ta, Gesselman, Perry, Fisher, & Garcia, 2017).

6.2. Beziehung als Resilienzfaktor für psychische Gesundheit

Der Beziehungsstatus hängt außerdem mit der psychischen Gesundheit zusammen. Zumeist werden der Ehe oder eheähnlichen Partnerschaften positive Effekte auf das Wohlbefinden zugeschrieben. Amato (2014) beschrieb die Ehe oder eheähnliches Zusammenleben beispielsweise als gesundheitsförderndes, depressions- und suizidgedankenreduzierendes Element. Laut Spiker (2014) ist die Ehe in Gesellschaften, die diese befürworten, mit geringeren Depressions- und Ängstlichkeitsraten, geringerem Suizidrisiko und Substanzmissbrauch verknüpft. Durch die Konzepte Kausalität und Selektion kann der Zusammenhang zwischen Ehe und psychischer Gesundheit näher betrachtet werden. Nach Ersterem erhalten Personen auf direktem Weg gesundheitsförderliche Gewinne durch die Ehe. Laut der Selektionshypothese sind oder bleiben gesunde und sozial anziehende Personen eher in einer Ehe. Kamp Dush und Amato (2005) fanden bei verheirateten Personen außerdem das höchste subjektive Wohlbefinden, gefolgt von Personen in eheähnlichen Zusammenschlüssen und regelmäßig datenden Personen. Unabhängig von der Art der Beziehung fühlten sich Personen in glücklichen Beziehungen wohler als Personen in unglücklichen Beziehungen. Daraus wurde geschlossen, dass weniger die Art der Beziehung eine Rolle für das Wohlbefinden spielt, als Beziehungscharakteristiken wie emotionale Unterstützung, Zugehörigkeits- oder Identitätsgefühl.

Bei alleinstehenden Personen zeigen die Ergebnisse in die entgegengesetzte Richtung. So wurde bei unverheirateten, geschiedenen und verwitweten Personen eine geringere psychische Gesundheit gefunden als bei EhepartnerInnen oder Personen in eheähnlichen Gemeinschaften

(Lindström & Rosvall, 2012). Weiterhin zeigten Getrennte, Geschiedene oder Personen in eheähnlichen Partnerschaften höhere Depressionsausprägungen als EhepartnernInnen (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007). In einer Studie von Masocco et al. (2008) hatten unverheiratete, verwitwete oder geschiedene beziehungsweise getrennte Personen ein höheres Suizidrisiko. Zuletzt war beispielsweise die psychische Beeinträchtigung bei alleinstehenden Müttern stärker als bei Müttern, die sich in einer Beziehung befanden, was hier vor allem der finanziellen Not und dem wahrgenommenen Fehlen an Unterstützung zugeschrieben wurde (Crosier et al., 2007). Bezüglich der Auflösung einer Partnerschaft oder Ehe zeigen sich viele Personen resilient. Aufgrund von individuellen Unterschieden gibt es jedoch Personen, die ein hohes Risiko für psychische Belastung nach einer Scheidung oder Trennung aufweisen. Dabei spielen Faktoren wie Klarheit innerhalb des Selbstkonzepts oder Sehnsucht eine Rolle (Sbarra, Hasselmo, & Bourassa, 2015). Eine verringerte psychische Gesundheit zeigt sich außerdem nach dem Tod des/der PartnerIn. So fanden beispielsweise Onrust und Cuijpers (2006) ein vermehrtes Auftreten von Major Depression und Angststörungen wie Posttraumatische Belastungsstörung oder Panikstörung, besonders im ersten Jahr nach dem Verlust.

7. Zielsetzung

Die bisher genannten Forschungsergebnisse geben Hinweise auf Zusammenhänge zwischen *Burnout*, *psychischer Belastung*, *Stress* und *krit. L/E/U*. Eine Einschränkung stellen jedoch die teilweise sehr spezifischen Stichproben dar, die keine Generalisierung zulassen. Außerdem wurde Burnout in den meisten Studien mit dem MBI gemessen, das das Konzept Burnout in einer unzureichenden Weise abbildet. Deshalb sollen die Zusammenhänge in dieser Masterarbeit mit einer nicht-klinischen Stichprobe aus der Allgemeinpopulation untersucht werden, die sich lediglich auf stressreiche Berufe, jedoch kein bestimmtes Berufsfeld beschränkt. Burnout wird hierbei mit den Burnout-Screening-Skalen (BOSS) gemessen, was den Erkenntnisgewinn steigern soll, indem es Aufschluss über die spezifischen Bereiche des Syndroms gibt. Da die Grenzen zwischen den verschiedenen psychischen Belastungssymptomen und Burnout in der Forschung oftmals unklar sind, soll in dieser Arbeit untersucht werden, welche der Symptome mit Burnout in Beziehung stehen beziehungsweise unabhängig davon sind. Dies kann gerade für die Wahl von Therapiemaßnahmen wichtig sein. Ein weiterer problematischer Punkt in der bisherigen Forschung ist die oftmalige Gleichsetzung von Stress und Burnout. In dieser Arbeit sollen beide Konzepte getrennt betrachtet werden und durch unabhängige Fragebögen erhoben werden. So können

Unterschiede deutlich gemacht werden und mehr Information über die jeweilige Wirkung auf andere Faktoren gesammelt werden.

In Anbetracht dessen soll untersucht werden, inwiefern *Burnout* und *psychische Gesundheit* (Fragestellung 3), *Burnout* und *Stress* (Fragestellung 4) sowie *psychische Gesundheit* und *Stress* (Fragestellung 5) miteinander in Beziehung stehen. Außerdem soll analysiert werden, welche Beziehungen es zwischen *krit. L/E/U* und *Burnout* (Fragestellung 6) sowie zwischen *krit. L/E/U* und *psychischer Gesundheit* (Fragestellung 7) gibt. Da sich in der Literatur sowohl Zusammenhänge zwischen Stress und Burnout als auch zwischen Stress und psychischer Gesundheit finden, soll die Rolle des Stresses als Mediator überprüft werden (Fragestellung 8). Zudem sollen *krit. L/E/U* als Mediatoren untersucht werden (Fragestellung 9). Auch bei diesen gibt es in der Literatur Zusammenhänge mit Burnout und psychischer Gesundheit. Außerdem wird aufgrund der Forschungslage der Einfluss von *Beruf* und *Beziehungsstatus* auf Burnout und die psychische Gesundheit untersucht (Fragestellungen 1 und 2). Dabei sollen bestimmte Berufsgruppen beziehungsweise Arten des Beziehungsstatus als Risikogruppen identifiziert werden. Schließlich wird die Rolle der Variablen Beziehungsstatus, allgemeine psychische Belastung, subjektiv wahrgenommener Stress und *krit. L/E/U* als Prädiktoren für Burnout untersucht (Fragestellung 10).

8. Methode

8.1. Stichprobe, Untersuchungsdurchführung und Studiendesign

Für diese Fragestellung wurde eine Stichprobe von 378 Personen aus dem deutschsprachigen Raum erhoben. Eingeschlossen wurden Personen über 18 Jahren mit ausreichenden Deutschkenntnissen, die seit mindestens drei Jahren einen stressreichen Beruf ausübten. Welche Berufe als stressreich angesehen werden können, wurde im Vorhinein im Rahmen des TEWA-Seminars diskutiert. Dadurch wurden bestimmte Zielberufe festgelegt. Der ausgeübte Beruf sollte zudem die hauptberufliche Tätigkeit sein. Die berufliche Situation sollte sich während der vergangenen drei Jahre nicht geändert haben und mindestens ein Teilzeitarbeitsverhältnis beinhalten. Dabei wurde nach Alter (über/unter 40 Jahren), Geschlecht (weiblich/männlich) und Bildungsgrad (akademischer Grad/kein akademischer Grad) stratifiziert. Die Personen wurden im Rahmen des Seminars *Theorie und Empirie des wissenschaftlichen Arbeitens (TEWA)* von Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch im Sommer- und Wintersemester 2018 ausgewählt. Jede/r der 18 TeilnehmerInnen des Seminars hat 16 oder mehr Personen aus dem persönlichen Umfeld oder mittels Schneeballsystems getestet. Die Rekrutierung und Erhebung fanden von Mai 2018 bis Jänner 2019 statt. Den Testpersonen wurden Paper-Pencil-Tests vorgegeben. Nach der Aufklärung über Rechte und Datenschutz

und dem Ausfüllen der Einverständniserklärung wurden die Bögen in Anwesenheit der TEWA-TeilnehmerInnen ausgefüllt. Nach Beendigung der Erhebungsphase wurden die Daten aller TEWA-TeilnehmerInnen zusammengefügt. Die Untersuchung wurde als quantitative Querschnittstudie durchgeführt, weshalb keine Kausalschlüsse gezogen werden können.

8.2. Untersuchungsinstrumente

8.2.1. Soziodemographischer Fragebogen

Es wurden zunächst die soziodemographischen Daten *Geschlecht, Alter, Körpergröße, Körpergewicht, Nationalität, Beziehungsstatus, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf, aktueller Beschäftigungsstatus, durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche, Berufserfahrung insgesamt (in Jahren), Berufserfahrung an dieser Arbeitsstelle (in Jahren), Krankheitstage in den letzten drei Monaten und Vorhandensein und Art von krit. L/E/U innerhalb des letzten Jahres* erhoben. Der soziodemographische Fragebogen wurde von den TEWA-TeilnehmerInnen mit Unterstützung von Herrn Mag. Dr. Jagsch erstellt. In diese Masterarbeit wurden die Variablen Beziehungsstatus (Single, in einer Beziehung, Verheiratet, Getrennt/Geschieden, Verwitwet, Anderes), Beruf sowie Vorhandensein und Art von krit. L/E/U miteinbezogen. Zusätzlich wurden für die Untersuchung der Fragestellung aus neun Fragebögen des TEWA-Seminars die Verfahren BOSS (Geuenich & Hagemann, 2014) zur Erfassung von subjektiv empfundenen Burnoutsymptomen, BSI-53 (Franke, 2000) zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung und PSQ-20 (Fliege, Rose, Arck, Levenstein, & Klapp, 2001) zur Erfassung des subjektiv wahrgenommenen Stresserlebens und der Stressbelastung verwendet.

8.2.2. Burnout-Screening-Skalen (Geuenich & Hagemann, 2014)

Mithilfe der Burnout-Screening-Skalen (BOSS) können aktuelle, für das Burnoutsyndrom typische psychische, körperliche und psychosoziale Beschwerden abgeklärt werden. Das Selbstbeurteilungsverfahren kann bei Personen von 18 bis 65 Jahren angewendet werden und besteht aus zwei voneinander unabhängigen Fragebögen mit je 30 Items. Diese beinhalten eine sechsstufige Likert-Skala von 0 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft stark zu“. Die Durchführungszeit beträgt für beide Fragebögen ca. 15 Minuten. BOSS I enthält Fragen zu subjektiv empfundenen Beschwerden in den vier Bereichen *Beruf, eigene Person, Familie und Freunde*, die sich auf die vergangenen sieben Tage beziehen. BOSS II misst Beschwerden auf *körperlicher, kognitiver und emotionaler Ebene* während der vergangenen drei Wochen. Für die Interpretation kann pro Skala ein Gesamtwert als durchschnittlicher Belastungswert berechnet werden. Mit dem Intensitätswert kann die Intensität der Beschwerden unabhängig

von ihrer Anzahl berechnet werden. Weiterhin bildet der Breitenwert den relativen Anteil der Beschwerden pro Skala ab. Ein niedriger Wert heißt, dass nur in wenigen Bereichen Beschwerden vorhanden sind. Zudem können die drei genannten Werte in Globalform (GW) berechnet werden, wobei alle Items des jeweiligen Fragebogens in die Berechnung inkludiert werden. Es stehen sowohl für die Skalen- als auch für die Globalwerte T-Werte aus einer hinsichtlich Alter, Geschlecht, regionaler Herkunft und Bildungsabschluss gemischten Normstichprobe zur Verfügung. Hierbei bedeuten hohe Rohwertsummen beziehungsweise hohe T-Werte eine hohe Symptomatik und umgekehrt. Bei Werten über 59 wird von einem Verdacht auf Burnout ausgegangen beziehungsweise von hohen Burnoutausprägungen. Der mittlere Wert für Cronbachs Alpha beträgt bei den BOSS I .80, bei den BOSS II .87. Die mittlere Retestreliabilität (nach zwei Tagen) liegt bei den BOSS I und II bei .89. Die Objektivität und Validität werden als gegeben angesehen, wobei die faktorielle Validität nicht belegt werden konnte. Für diese Masterarbeit wurden die BOSS gewählt, da das Burnoutsyndrom, anders als beispielsweise beim Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1986), differenzierter gemessen wird. Es werden durch die Betrachtung von Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen und auf verschiedenen Ebenen sowohl individuell wahrgenommene Belastungen als auch Ressourcen operationalisiert (Geuenich & Hagemann, 2014). Zur Berechnung wurden in dieser Arbeit ausschließlich die globalen Gesamtwerte (GW) und die Gesamtwerte der Subskalen verwendet, die in T-Werte transformiert wurden.

8.2.3. Brief Symptom Inventory 53 (Franke, 2000)

Das Brief Symptom Inventory 53 (BSI-53) ist die Kurzform der aus 90 Items bestehenden Symptom-Checkliste (Derogatis, 1986). Es dient als Screeningfragebogen zur Erfassung der selbstbeurteilten körperlichen und psychischen Belastung von KlientInnen, PatientInnen und ProbandInnen und kann ab einem Alter von ungefähr 13 Jahren eingesetzt werden. Die Durchführungszeit beträgt zwischen acht und zehn Minuten. Es enthält 53 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala („überhaupt nicht“ bis „sehr stark“) zu beantworten sind. Gefragt wird nach den letzten sieben Tagen. Das BSI-53 besteht aus den neun Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Außerdem gibt es vier Zusatzitems, die zusätzlich zu den Items der Skalen zur Berechnung von drei Globalwerten verwendet werden. Der Global Severity Index (GSI) stellt die grundsätzliche psychische Belastung dar, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorhanden ist. Mit diesen globalen Kennwerten kann eine Übersicht

über die psychische Belastung gewonnen werden. Normen stehen in Form von T-Werten für Erwachsene und Studierende zur Verfügung. Ebenfalls werden Mittelwerte und Standardabweichungen der Normstichproben angegeben. Als psychisch auffällig gilt laut Manual (Franke, 2000) eine Person, deren GSI größer oder gleich 63 ist oder deren T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 sind. Das Cronbachs Alpha für die Skalen liegt zwischen .39 und .85. Für den GSI liegt es zwischen .92 und .96. Weiterhin wird eine Retestreliabilität (nach einer Woche) zwischen .73 und .93 angegeben. Aufgrund des Konstruktionsprozesses zeigen die Items Augenscheinvalidität. Objektivität ist bei Durchführung, Auswertung und Interpretation vorhanden. Zudem wird dem BSI-53 eine ausreichende diskriminante Validität zugeschrieben. Das BSI-53 wurde in dieser Arbeit verwendet, da es einen Überblick über die allgemeine psychische Belastung gibt und gleichzeitig spezifische Symptomkategorien ausmacht, bei denen eine besonders starke Belastung vorliegt. So können Zusammenhänge zwischen inneren und äußeren Einflussfaktoren und den einzelnen Symptomen der Personen überprüft werden (Franke, 2000). Zur Berechnung wurden ausschließlich der Global Severity Index und die Globalwerte der Skalen verwendet, die ebenfalls zu T-Werten transformiert wurden.

8.2.4. *Perceived Stress Questionnaire 20 (Fliege et al., 2001)*

Der ursprünglich von Levenstein et al. (1993) eingeführte Perceived Stress Questionnaire (PSQ) wurde von Fliege et al. (2001) an einer deutschen Stichprobe aus Personen zwischen 17 und 79 Jahren validiert. Das Selbstbeurteilungsverfahren zielt darauf ab, die subjektive Wahrnehmung, Bewertung und Weiterverarbeitung von Stressoren bei Erwachsenen zu erfassen. In der Normalversion enthält der PSQ 30 Items. Für diese Masterarbeit wurde die Kurzform mit 20 Items verwendet. Die vierstufigen Antwortkategorien bestehen aus „fast nie“, „manchmal“, „häufig“ oder „meistens“ und beziehen sich auf die letzten vier Wochen. Die Durchführungszeit beträgt ca. fünf Minuten. Der PSQ-20 beinhaltet die vier Skalen *Sorgen*, *Anspannung*, *Freude* und *Anforderungen* mit je fünf Items. Im Zuge der Auswertung entsteht für jede Skala ein Wert zwischen 0 und 1, der dann mit 100 multipliziert wird. Daraus entsteht eine Skalenrange zwischen 0 und 100, wobei hohe Werte eine hohe Ausprägung der jeweiligen gemessenen Eigenschaft darstellen. Neben einem Gesamtwert des Stresserlebens (GWS) können also auch einzelne Teilaspekte davon betrachtet werden. Für die Interpretation stehen Angaben zu Mittelwerten und Standardabweichungen für verschiedene Personengruppen der deutschen Stichprobe zur Verfügung. Cronbachs Alpha liegt bei der deutschen Kurzform des PSQ für den Gesamtwert bei .85 und für die vier Skalen zwischen .80 und .86. Auch die Split-Half-Reliabilität liegt bei allen Werten im oberen Bereich. Fliege

et al. (2001) präsentieren den PSQ-20 als auswertungsobjektives und valides Instrument. Der PSQ-20 wurde ausgewählt, da er den Fokus auf das subjektive Belastungserleben legt und dieses vom Umgang mit Stress beziehungsweise möglichen Bewältigungsmethoden abgrenzt. Er erfasst das Stresserleben möglichst direkt und eignet sich für alle Erwachsenen und verschiedene Lebenslagen (Fliege et al., 2001). Da für den PSQ-20 kein Cut-off angegeben wird, wurde in dieser Arbeit der Median der Stichprobe von 43 zur Berechnung verwendet.

8.3. Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die Fragestellungen 1 bis 10 aufgeführt. Hierbei werden Hypothesenpaare exemplarisch formuliert. Analog dazu sollen die Hypothesenpaare für die weiteren Gesamtwerte und Skalen der betreffenden Untersuchungsinstrumente aufgestellt werden. Fragestellungen 1 und 2 wurden ungerichtet formuliert, während die Hypothesenpaare der Fragestellungen 3 bis 7 aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse gerichtet formuliert wurden.

8.3.1. Fragestellung 1: Unterschiede Berufe/Beziehungsstatus im Burnout

Gibt es einen *berufsspezifischen/beziehungsstatusspezifischen* Unterschied in der *Burnoutausprägung*?

- H0(1.1): Die Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in der Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt).
- H1(1.1): Die Berufsgruppen unterscheiden sich signifikant in der Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt).
 ➔ *Hypothesenpaare (1.2) bis (1.9) analog für die Skalen von BOSS I und für Gesamtwert und Skalen von BOSS II*
- H0(1.10): Die Arten des Beziehungsstatus unterscheiden sich nicht signifikant in der Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt).
- H1(1.10): Die Arten des Beziehungsstatus unterscheiden sich signifikant in der Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt).
 ➔ *Hypothesenpaare (1.11) bis (1.18) analog für die Skalen von BOSS I und für Gesamtwert und Skalen von BOSS II*

8.3.2. Fragestellung 2: Unterschiede Berufe/Beziehungsstatus in der psychischen Belastung

Gibt es einen *berufsspezifischen/beziehungsstatusspezifischen* Unterschied in der *allgemeinen psychischen Belastung*?

➔ *Hypothesenpaare (2.1) bis (2.20) analog zu Fragestellung 1 für Beruf, Beziehungsstatus und den Gesamtwert sowie die neun Skalen des BSI-53*

8.3.3. Fragestellung 3: Unterschiede Burnout und psychische Belastung

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich ausgeprägtem *Burnout* bezüglich der *allgemeinen psychischen Belastung*?

- H0(3.1): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen eine niedriger oder gleich ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als/wie Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.
- H1(3.1): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen eine höher ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.

➔ *Hypothesenpaare (3.2) bis (3.20) analog für den Gesamtwert von BOSS II sowie die übrigen Skalen des BSI-53*

8.3.4. Fragestellung 4: Unterschiede Burnout und Stressempfinden

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich ausgeprägtem *Burnout* bezüglich des *subjektiv wahrgenommenen Stressempfindens*?

- H0(4.1): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen niedriger oder gleich ausgeprägtes Stressempfinden (PSQ-20 – Gesamt) als/wie Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.
- H1(4.1): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen ein höher ausgeprägtes Stressempfinden (PSQ-20 – Gesamt) als Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.
- H0(4.2): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen höhere oder gleich ausgeprägte Freude (PSQ-20 – Skala 3) als/wie Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.
- H1(4.2): Personen mit hohen Burnoutausprägungen (BOSS I – Gesamt) zeigen eine niedriger ausgeprägte Freude (PSQ-20 – Skala 3) als Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen.

➔ *Hypothesenpaare (4.3), (4.4) und (4.5) analog zu (4.1) für die Skalen 1, 2 und 4 des PSQ-20, Hypothesenpaare (4.6) bis (4.10) analog für den Gesamtwert von BOSS II*

8.3.5. Fragestellung 5: Unterschiede Stressempfinden und psychische Belastung

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlichem *subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden* bezüglich ihrer *allgemeinen psychischen Belastung*?

- H0(5.1): Personen mit hoch ausgeprägtem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden (PSQ 20 – Gesamt) zeigen eine niedriger oder gleich ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als/wie Personen mit niedrigem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden.
- H1(5.1): Personen mit hoch ausgeprägtem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden (PSQ-20 – Gesamt) zeigen eine höher ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als Personen mit niedrigem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden.
→ Hypothesenpaare (5.2) bis (5.10) analog für die Skalen des BSI-53

8.3.6. Fragestellung 6: Unterschiede Burnout und krit. L/E/U

Unterscheiden sich Personen mit unterschiedlich ausgeprägtem *Burnout* bezüglich der Anzahl der erlebten *krit. L/E/U*?

- H0(6.1): Personen mit hoch ausgeprägtem Burnout (BOSS I – Gesamt) haben weniger oder gleich viele krit. L/E/U erlebt als/wie Personen mit niedrig ausgeprägtem Burnout.
- H1(6.1): Personen mit hoch ausgeprägtem Burnout (BOSS I – Gesamt) haben mehr krit. L/E/U erlebt als Personen mit niedrig ausgeprägtem Burnout.
→ Hypothesenpaare (6.2) bis (6.9) für die Skalen von BOSS I und Gesamtwert und Skalen von BOSS II

8.3.7. Fragestellung 7: Unterschiede krit. L/E/U und psychische Belastung

Unterscheiden sich Personen, die ein/e oder mehrere *krit. L/E/U* erlebt haben, von Personen, die kein/e *krit. L/E/U* erlebt haben, in ihrer *allgemeinen psychischen Belastung*?

- H0(7.1): Personen mit einem/r oder mehreren krit. L/E/U zeigen eine niedriger oder gleich ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als/wie Personen mit keinem/r krit. L/E/U.
- H1(7.1): Personen mit einem/r oder mehreren krit. L/E/U zeigen eine höher ausgeprägte psychische Belastung (BSI-53 – Gesamt) als Personen mit keinem/r krit. L/E/U.
→ Hypothesenpaare (7.2) bis (7.10) analog für die Skalen des BSI-53

8.3.8. Fragestellung 8: Mediation durch Stressempfinden

Wird der Zusammenhang zwischen Burnout und allgemeiner psychischer Belastung durch *subjektiv wahrgenommenes Stressempfinden* mediiert?

- H0(8.1): Der Zusammenhang zwischen Burnout (BOSS I – Gesamt) und allgemeiner psychischer Belastung (BSI-53 – Gesamt) wird nicht durch das subjektiv wahrgenommene Stressempfinden (PSQ-20 – Gesamt) mediiert.
- H1(8.1): Der Zusammenhang zwischen Burnout (BOSS I – Gesamt) und allgemeiner psychischer Belastung (BSI-53 – Gesamt) wird durch das subjektiv wahrgenommene Stressempfinden (PSQ-20 – Gesamt) mediiert.

➔ *Hypothesenpaar (8.2) analog für den Gesamtwert von BOSS II*

8.3.9. Fragestellung 9: Mediation durch krit. L/E/U

Wird der Zusammenhang zwischen *Burnout* und *allgemeiner psychischer Belastung* von dem Erleben eines/r *krit. L/E/U* mediiert?

- H0(9.1): Der Zusammenhang zwischen Burnout (BOSS I – Gesamt) und allgemeiner psychischer Belastung (BSI-53 – Gesamt) wird nicht durch das Erleben eines/r *krit. L/E/U* mediiert.
- H1(9.1): Der Zusammenhang zwischen Burnout (BOSS I – Gesamt) und allgemeiner psychischer Belastung (BSI-53 – Gesamt) wird durch das Erleben eines/r *krit. L/E/U* mediiert.

➔ *Hypothesenpaar (9.2) analog für den Gesamtwert von BOSS II*

8.3.10. Fragestellung 10: Prädiktormodell

Gibt es *Risikofaktoren* (Beruf, Beziehungsstatus, hohe allgemeine psychische Belastung, hoher subjektiv wahrgenommener Stress, *krit. L/E/U*), die hohe Burnoutwerte vorhersagen können?

- H0(10.1): Keiner der Faktoren kann einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage einer hohen Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt) leisten.
- H1(10.1): Mindestens einer der Faktoren kann einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage einer hohen Burnoutausprägung (BOSS I – Gesamt) leisten.

➔ *Hypothesenpaar (10.2) analog für den Gesamtwert von BOSS II*

8.4. Statistische Auswertung und Datenaufbereitung

Die genannten Hypothesen wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 25 ausgewertet. Das Signifikanzniveau wurde bei $p \leq .05$ festgelegt. Die Voraussetzungen der Unabhängigkeit der Daten wurde bei allen Fragestellungen als gegeben angesehen. Die Normalverteilung ($n > 30$) wurde bei den Fragestellungen 3 bis 10 angenommen. Bei den Fragestellungen 1 und 2 wurden die Ergebnisse bei Abweichungen mit den Ergebnissen des Kruskal-Wallis-Tests für non-parametrische Stichproben verglichen. Bei bedeutenden Änderungen der p -Werte wurden diese zur Interpretation der Daten verwendet. Zu Beginn wurde eine Plausibilitätsanalyse durchgeführt. Fehlende Werte wurden bei gegebenen Voraussetzungen interpoliert. Weiterhin wurden die Daten hinsichtlich Ausreißer geprüft. Die Variablen kritische Lebensereignisse und schwere Erkrankungen oder Unfälle waren ursprünglich getrennt, im dichotomen Format mit einer offenen Antwortmöglichkeit. Sie wurden im Laufe der Auswertung zu einer metrischen Variablen zusammengefügt. Je nach Verfahren wurden Effektgrößen berechnet, um die Ergebnisse passender beurteilen zu können. Um einer Kumulierung des Alphafehlers entgegenzuwirken, wurde das Alphafehler-Niveau mittels der Bonferroni-Holm-Adjustierung angepasst. k stellt hierbei die Anzahl der gleichzeitig geprüften Hypothesenpaare dar.

8.4.1. Unterschiede

Fragestellungen 1 und 2 (Hypothesenpaare 1.1 bis 2.20) wurden aufgrund der mehrkategorialen Ausprägung der Variablen Beruf und Beziehungsstatus mithilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) untersucht. Durch dieses Verfahren können Mittelwertsunterschiede von mehreren voneinander unabhängigen Gruppen betrachtet werden. Eine Verletzung der Varianzhomogenität wurde durch den Levene-Test überprüft. War diese vorhanden, wurde auf den Welch-Test ausgewichen. Weiterhin wurden Ausreißer sowie die Normalverteilung in den einzelnen Gruppen betrachtet. Um die sich unterscheidenden Gruppen zu ermitteln, wurden der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg bei ungleichen Fallzahlen und Varianzhomogenität durchgeführt. Bei Varianzheterogenität wurde der Games-Howell-Test durchgeführt (Field, 2013). Beim Kruskal-Wallis-Test wurden Dunn-Bonferroni-Tests als post-hoc-Tests angewendet. Als Effektstärke wurde zunächst das partielle Eta-Quadrat (partielles η^2) mit einem Wertebereich von 0 bis 1 berechnet. Durch dieses kann ermittelt werden, wieviel Prozent der Variation innerhalb der abhängigen Variablen durch die Gruppen erklärt werden kann. Ein kleiner Effekt gilt ab $\eta^2 = .01$, ein mittlerer Effekt ab $\eta^2 = .06$ und ein großer Effekt ab $\eta^2 = .14$ (Cohen, 1988). Darauf folgend wurde das partielle η^2 in Cohens d umgewandelt. Dies erleichtert die Vergleichbarkeit und Interpretierbarkeit. Die

Kategorie „Anderes“ des Beziehungsstatus wurde im Rahmen der Analyse nicht berücksichtigt, da die Gruppengröße von $n = 2$ zu klein war.

Fragestellungen 3 bis 7 (Hypothesenpaare 3.1 bis 7.10) wurden mithilfe von t -Tests für unabhängige Stichproben analysiert. Da diese gerichtet formuliert wurden, wurde der p -Wert halbiert. Im Allgemeinen untersucht dieser Test die Mittelwertunterschiede zweier voneinander unabhängiger Gruppen. Die Varianzhomogenität wurde durch den Levene-Test untersucht. Bei Verletzung dieser wurde ebenfalls der Welch-Test verwendet. Auch hier wurde zur Vereinfachung der Interpretation Cohens d als Effektstärke berechnet. Dies hat einen Wertebereich von $-\infty$ bis $+\infty$. Dabei wird ab einem Wert von 0.20 von einem kleinen Effekt gesprochen, ab 0.50 von einem mittleren und ab 0.80 von einem großen (Cohen, 1988).

8.4.2. Mediationen

Fragestellung 8 und 9 (Hypothesenpaare 8.1 bis 9.2) wurden mit Mediationsanalysen bearbeitet. Es wurde die Rolle des subjektiv wahrgenommenen Stresses beziehungsweise der krit. L/E/U als Mediatoren überprüft. Hierbei wurde das SPSS-Makro Process von Andrew F. Hayes verwendet. Die Voraussetzung, ob der Prädiktor (UV) signifikant den Mediator (M) voraussagt, wurde überprüft. Weiterhin wurde analysiert, ob der Mediator signifikant das Outcome (AV) vorhersagt und ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Prädiktor und Outcome gibt. Auch die Linearität, die Normalverteilung der Residuen sowie die Homoskedastizität wurden betrachtet. Anschließend wurde die Veränderung des Zusammenhangs von Prädiktor und Outcome unter Hinzunahme des Mediators betrachtet. Bei einer *vollständigen Mediation* ist dieser Zusammenhang nicht mehr signifikant. Bei einer *partiellen Mediation* ist er lediglich weniger signifikant. Wenn die Konfidenzintervalle nicht Null beinhalten, wird der indirekte Effekt als signifikant betrachtet. Die vollständig standardisierten Effekte können als Maße für die Effektstärke verwendet werden. Der standardisierte indirekte Effekt gibt beispielsweise an, um wie viele Standardabweichungen sich das Outcome über den Mediator verändert, wenn der Prädiktor um eine Standardabweichung steigt oder sinkt.

8.4.3. Prädiktoren

Fragestellung 10 (Hypothesenpaare 10.1 und 10.2) wurden im Rahmen eines Prädiktormodells analysiert. Es wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Hier sollte das Auftreten von Werten der abhängigen Variable Burnout erklärt werden, die durch Einflüsse mehrerer unabhängiger Variablen (psychische Belastung, krit. L/E/U, Beziehung, Stressempfinden) bedingt sind. Zunächst wurden die Variablen Beziehung (1 = Single/Getrennt/Geschieden/Verwitwet, 2 = in einer Beziehung/Verheiratet) und krit. L/E/U (1

= kein krit. L/E/U, 2 = ein oder mehrere krit. L/E/U) dummy-codiert. Die Voraussetzungen der Linearität des Zusammenhangs, der Homoskedastizität, der Normalverteilung und Unabhängigkeit der Residuen und der Multikollinearität wurden überprüft. Die Regression wurde mithilfe der Rückwärtselimination durchgeführt. R^2 wurde zur Ermittlung der Modellgüte herangezogen. Es stellt die durch die unabhängige Variable beschriebene Varianz in der abhängigen Variablen dar. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei 0 eine niedrige Erklärungskraft des Modells bedeutet und 1 eine hohe. Ab einem R^2 von .02 gilt eine schwache Varianzaufklärung, ab .13 eine moderate und ab .26 eine starke (Cohen, 1988).

9. Ergebnisdarstellung

9.1. Deskriptive Statistik

In Tabelle 1 (Teil 1 bis 3) sind die soziodemographischen Daten der erhobenen Stichprobe angeführt. Um zur letztendlichen Stichprobe zu kommen, mussten 14 Fälle ausgeschlossen werden, da sie den Einschlusskriterien nicht entsprachen (weniger als drei Jahre an derselben Stelle tätig) oder ungenügend Informationen in der Subskala *Familie* der BOSS I vorhanden waren. Der bereinigte Datensatz bestand schließlich aus 378 Personen. Davon waren 54.8% weiblich ($n = 207$) und 45.2% männlich ($n = 171$). Das Durchschnittsalter betrug 41.52 (SD = 12.11) Jahre. 49.2% waren 40 Jahre alt oder jünger ($n = 186$) und 50.8% älter als 40 Jahre. Insgesamt befanden sich in der Stichprobe Personen im Alter von 18 bis 67 Jahren. Die Verteilung bezüglich des Beziehungsstatus gliederte sich wie folgt: 18.8% Single ($n = 71$), 34.1% in einer Beziehung ($n = 129$), 42.9% Verheiratet ($n = 162$), 3.7% Getrennt/Geschieden ($n = 14$) und 0.5% Anderes ($n = 2$). Keine der Personen gab an, verwitwet zu sein. Hinsichtlich der Ausbildung waren 52.1% ($n = 197$) ohne akademischen Grad und 47.9% ($n = 181$) mit akademischen Grad. Detailliertere Angaben zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung finden sich in Tabelle 1 (Teil 2). Die angegebenen Berufe wurden in sechs Oberkategorien eingeteilt. Dabei befanden sich die größten Teile der Stichprobe in den Kategorien Gesundheit/Medizin/Pflege (GES) und Erziehung/Bildung/Lehre (ERZ, jeweils 22.7%, $n = 86$) und Handel/Büro/Finanzen/Vertrieb/öffentlicher Dienst (HAN, 27.0%, $n = 102$). 4.8% gaben an, im Bereich Tourismus/Gastgewerbe/Hotellerie (TOU, $n = 18$) tätig zu sein, 7.4% im Bereich Medien/Design/Kunst/Sport (MED, $n = 28$) und 13.5% in IT/Technik/Handwerk/Transport (TEC, $n = 51$). 1.9% waren fehlend ($n = 7$). Außerdem hatte die Mehrheit der Personen (77.2%) kein krit. L/E/U innerhalb des letzten Jahres ($n = 292$). 16.7% gaben an, ein krit. L/E/U erlebt zu haben und 5.3% zwei krit. L/E/U. Nur ein sehr geringer Teil der Stichprobe gab an, drei (0.5%, $n = 2$) oder vier krit. L/E/U (0.3%, $n = 1$) während des letzten Jahres erlebt zu haben. Informationen zu weiteren erhobenen soziodemographischen

Daten (Nationalität, aktueller Beschäftigungsstatus, durchschnittliche Arbeitsstunden, Krankheitstage, Arbeitserfahrung) sind in Tabelle 1 aufgeführt. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der TeilnehmerInnen nach den Cut-offs in den jeweiligen Tests (BOSS I, BOSS II, BSI-53, PSQ-20). Um die Fragestellung dieser Arbeit aussagekräftiger bearbeiten zu können, wurde der Cut-off bei den BOSS I und II von 59 auf 55 herabgesetzt. Dieser teilt die Stichprobe besser auf, da diese insgesamt niedrigere Durchschnittswerte im Burnout aufwies. Während in den BOSS I (82.3%), in den BOSS II (77.0%) und im BSI-53 (74.1%) die Mehrheit der TeilnehmerInnen unter dem Cut-off lag, befand sich im PSQ-20 etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen über dem Cut-off (48.1%).

Tabelle 1 – Teil 1

Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378)

Eigenschaften	n	%
Geschlecht		
Weiblich	207	54.8
Männlich	171	45.2
Alter in Jahren		
Ø gesamt (41.52, SD = 12.11)		
≤ 40	186	49.2
> 40	192	50.8
Nationalität		
Österreich	255	67.5
Deutschland	92	24.3
Andere	31	8.2
Beziehungsstatus		
Single	71	18.8
in einer Beziehung	129	34.1
Verheiratet	162	42.9
Getrennt/Geschieden	14	3.7
Verwitwet	0	0.0
Anderes	2	0.5

Tabelle 1 – Teil 2

Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378)

Eigenschaften	n	%
Berufsgruppen		
Gesundheit/Medizin/Pflege	86	22.7
Erziehung/Bildung/Lehre	86	22.7
Tourismus/Gastgewerbe/Hotellerie	18	4.8
Medien/Design/Kunst/Sport	28	7.4
IT/Technik/Handwerk/Transport	51	13.5
Handel/Büro/Finanzen/Vertrieb/öffentlicher Dienst	102	27.0
Fehlend	7	1.9
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Pflichtschule	24	6.3
Lehrabschluss	33	8.7
Meisterprüfung	4	1.1
Berufsbildende mittlere Schule	25	6.6
Hochschulreife	111	29.4
Bachelor	51	13.5
Master oder äquivalent	111	29.4
PhD oder Doktor	19	5.0
Aktueller Beschäftigungsstatus		
Teilzeit	58	15.3
Vollzeit	262	69.4
Selbstständig	47	12.4
Andere	11	2.9
Durchschnittliche Arbeitsstunden		
20–35h/Woche	92	24.3
36–42.5h/Woche	172	45.6
≥43h/Woche	109	28.8
Fehlend	5	1.3

Tabelle 1 – Teil 3

Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378)

Eigenschaften	n	%
Krankheitstage (letzte 3 Monate)		
0–7 Tage	357	94.5
7–31 Tage	16	4.2
Fehlend	5	1.3
Arbeitserfahrung		
Ø gesamt (19.10 Jahre, SD = 11.93)		
≤10 Jahre	128	33.9
>10 Jahre	250	66.1
Krit. L/E/U (letztes Jahr)		
0	292	77.2
1	63	16.7
2	20	5.3
3	2	0.5
4	1	0.3

Tabelle 2

Verteilung nach den Cut-offs in den BOSS I, BOSS II, im BSI-53 und PSQ-20 (N = 378)

	Cut-off	n	%
BOSS I	GW < 55	311	82.3
	GW ≥ 55	67	17.7
BOSS II	GW < 55	291	77.0
	GW ≥ 55	87	23.0
BSI-53	GSI < 63	280	74.1
	GSI ≥ 63	98	25.9
PSQ-20	GWS < 43	196	51.9
	GWS ≥ 43	182	48.1

Anmerkungen. Globaler Gesamtwert (GW), Global Severity Index (GSI), Gesamtwert des Stresserlebens (GWS).

9.2. Inferenzstatistik

9.2.1. Varianzanalytische Untersuchung

Fragestellung 1

Tabelle 3 zeigt nach der Alphafehler-Korrektur keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arten des *Beziehungsstatus* in den BOSS I. In Tabelle 4 ist zu sehen, dass sich in den BOSS II die Arten des *Beziehungsstatus* im *Globalen Gesamtwert*, $F(3, 372) = 2.778$, $p = .041$, partielles $\eta^2 = .022$, $n = 376$ unterschieden. Ein Cohens d von 0.300 deutet auf einen kleinen Effekt hin. Die H_1 wird somit angenommen und die H_0 verworfen. Der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg zeigte signifikante Unterschiede ($p = .034$) zwischen *Single* und *Verheiratet* (3.66, 95%-KI[0.18, 7.14]). Nach der Alphafehler-Korrektur gab es außerdem Unterschiede in der Skala *emotionale Beschwerden*, $F(3, 372) = 5.065$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .039$, $n = 376$. Cohens $d = 0.403$, was auf einen kleinen Effekt hindeutet. Der post-hoc-Test GT2 nach Hochberg zeigte einen signifikanten Unterschied ($p = .001$) zwischen den Gruppen *Single* und *Verheiratet* (4.96, 95%-KI[1.42, 8.49]). Somit kann die H_1 angenommen und die H_0 verworfen werden. Auch in der Skala *kognitive Beschwerden*, $F(3, 372) = 3.881$, $p = .013$, partielles $\eta^2 = .026$, $n = 376$ gab es signifikante Unterschiede zwischen den Arten des Beziehungsstatus. Cohens $d = 0.327$ weist ebenfalls auf einen kleinen Effekt hin. Auch hier wird die H_1 angenommen und die H_0 verworfen. Beim Games-Howell-post-hoc-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p = .024$) zwischen den Beziehungsstatusarten *Single* und *Verheiratet* (3.16, 95%-KI[0.29, 6.02]).

Tabelle 3

Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS I) zwischen den Arten des Beziehungsstatus (N = 376)

Beziehungsstatus	df	F	p	p'
GW	3, 372	0.957	.413	-
BER	3, 372	2.499	.059	.017
EI_PE	3, 372	1.023	.382	.025
FAM	3, 372	0.919	.432	.050
FRE	3, 372	2.958	.032	.013

Anmerkungen. p' = korrigiertes Alphafehlerniveau, (-) = kein p' da $k = 1$; BOSS I: *Globaler Gesamtwert* (GW), *Beruf* (BER), *Eigene Person* (EI_PE), *Familie* (FAM), *Freunde* (FRE).

Tabelle 4

Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS II) zwischen den Arten des Beziehungsstatus (N = 376)

Beziehungsstatus	df	F	p	p'	η^2	d
GW	3, 372	2.778	.041*	-	.022	0.300
KÖR	3, 57.910	0.356	.785	.050	-	-
KOG	3, 60.602	3.881	.013*	.025	.026	0.327
EMO	3, 372	5.065	.002**	.017	.039	0.403

Anmerkungen. p' = korrigiertes Alphafehlerniveau, * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$ nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) = kein p' da $k = 1$ bzw. keine Angabe, da nicht signifikant, η^2 = Effektstärke partielles Eta-Quadrat, d = Effektstärke nach Cohens d; BOSS II: *Globaler Gesamtwert* (GW), *Körperliche Beschwerden* (KÖR), *Kognitive Beschwerden* (KOG), *Emotionale Beschwerden* (EMO).

In Tabelle 5 ist zu sehen, dass sich die *Berufskategorien* signifikant im *Globalen Gesamtwert*, $F(5, 365) = 2.622$, $p = .024$, partielles $\eta^2 = .035$, $N = 371$ der BOSS I unterschieden. Cohens $d = 0.381$ zeigt einen kleinen Effekt an. Die Alternativhypothese kann also angenommen und die Nullhypothese verworfen werden. Im GT2-post-hoc-Test unterschied sich die Gruppe *MED* signifikant ($p = .021$) von *GES* (6.83, 95%-KI[0.59, 13.06]) sowie signifikant ($p = .023$) von *ERZ* (6.76, 95%-KI[0.52, 12.99]). Auch in der Skala *Beruf*, $F(5, 365) = 3.345$, $p = .006$, partielles $\eta^2 = .044$, $N = 371$ unterschieden sich die Berufe. Cohens $d = 0.429$, was ebenfalls auf einen kleinen Effekt hinweist. Es kann daher die H_1 angenommen und die H_0 verworfen werden. Der post-hoc-Test GT2 nach Hochberg zeigte signifikante Unterschiede ($p = .007$) zwischen den Gruppen *MED* und *GES* (6.71, 95%-KI[1.11, 12.31]) sowie signifikante Unterschiede ($p = .003$) zwischen *MED* und *ERZ* (7.12, 95%-KI[1.52, 12.72]). In den übrigen Skalen der BOSS I unterschieden sich die *Berufskategorien* nicht. Die Skalen *Familie*, $F(5, 365) = 2.559$, $p = .027$, $N = 371$ und *Freunde*, $F(5, 365) = 2.546$, $p = .028$, $N = 371$ verloren im Zuge der Alphafehler-Korrektur ihre Signifikanz. So kann also jeweils die H_0 angenommen und die H_1 verworfen werden. Bezüglich des *Berufes* und der BOSS II zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, weswegen ebenfalls die H_0 angenommen und die H_1 verworfen wird (Tabelle 6).

Fragestellung 2

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA mit Beziehungsstatus und BSI-53 dargestellt. Dabei erwies sich der *Global Severity Index* als signifikant und zeigte einen mittleren Effekt. Nach der Alphafehler-Korrektur waren die Skalen *Depressivität* und *Psychotizismus* signifikant und zeigten mittlere Effekte. Signifikante Ergebnisse gab es zudem

bei *Ängstlichkeit*, *Aggressivität* und *Phobischer Angst*, wobei hier nur kleine Effekte sichtbar wurden. Die H_1 wird also jeweils angenommen und die H_0 verworfen.

Tabelle 5

Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS I) zwischen den Berufskategorien (N = 371)

Berufskategorien	df	F	p	p'	η^2	d
GW	5, 365	2.622	.024*	-	.035	0.381
BER	5, 365	3.345	.006**	.013	.044	0.429
EI_PE	5, 365	1.600	.159	.050	-	-
FAM	5, 365	2.559	.027	.017	-	-
FRE	5, 365	2.546	.028	.025	-	-

Anmerkungen. p' = korrigiertes Alphafehlerniveau, * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$ nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) = kein p' da $k = 1$ bzw. keine Angabe, da nicht signifikant, η^2 = Effektstärke partielles Eta-Quadrat, d = Effektstärke nach Cohens d ; BOSS I: *Globaler Gesamtwert* (GW), *Beruf* (BER), *Eigene Person* (EI_PE), *Familie* (FAM), *Freunde* (FRE).

Tabelle 6

Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS II) zwischen den Berufskategorien (N = 371)

Berufskategorien	df	F	p
GW	5, 365	1.213	.302
KÖR	5, 365	0.954	.446
KOG	5, 365	1.737	.125
EMO	5, 365	1.822	.108

Anmerkungen. BOSS II: *Globaler Gesamtwert* (GW), *Körperliche Beschwerden* (KÖR), *Kognitive Beschwerden* (KOG), *Emotionale Beschwerden* (EMO).

Tabelle 8 enthält die Ergebnisse des GT2-post-hoc-Tests nach Hochberg für den *Global Severity Index*. Er zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen *Singles* und *Verheirateten* (8.93, 95%-KI[4.02, 13.83]) sowie zwischen Personen *in einer Beziehung* und *Verheirateten* (5.86, 95%-KI[1.80, 9.93]). Die post-hoc-Tests nach Games-Howell für die übrigen signifikanten Skalen sind in Tabelle 9 angegeben. Hierbei unterschieden sich in der Skala *Depressivität* *Singles* signifikant von Personen *in einer Beziehung* (9.36, 95%-KI[3.39, 15.33]) sowie *Singles* von *Verheirateten* (12.66, 95%-KI[7.13, 18.20]). In der Skala *Ängstlichkeit* unterschieden sich *Singles* signifikant von *Verheirateten* (9.26, 95%-KI[3.97,

14.55]). Dasselbe galt für die Skala *Aggressivität* (7.32, 95%-KI[1.78, 12.86]). Bei *phobischer Angst* unterschieden sich die Gruppen *Singles* und *Verheiratete* (8.69, 95%-KI[2.88, 14.51]) sowie Personen *in einer Beziehung* und *Verheiratete* (6.94, 95%-KI[2.28, 11.60]) signifikant. Zuletzt gab es signifikante Unterschiede in der Skala *Psychotizismus* zwischen *Singles* und *Verheirateten* (12.00, 95%-KI[6.39, 17.62]) sowie zwischen *Singles* und Personen *in einer Beziehung* (8.94, 95%-KI[2.99, 14.90]).

Tabelle 7

Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen den Beziehungsstatusarten (N = 376)

Beziehungsstatus	df	F	p	p'	η^2	d
BSI_GSI	3, 372	9.459	< .001***	-	.071	0.553
BSI_SOM	3, 58.780	1.125	.346	.050	-	-
BSI_ZWANG	3, 372	1.888	.131	.025	-	-
BSI_SOZ	3, 372	2.854	.037	.013	-	-
BSI_DEPR	3, 58.871	11.882	< .001***	.0056	.071	0.553
BSI_ÄNGST	3, 57.636	7.081	< .001***	.008	.047	0.444
BSI_AGGR	3, 61.176	4.396	.007**	.010	.033	0.370
BSI_PHOB	3, 57.586	7.617	< .001***	.007	.058	0.496
BSI_PARAN	3, 58.633	2.700	.054	.017	-	-
BSI_PSYCH	3, 57.649	10.127	< .001***	.006	.074	0.565

Anmerkungen. p' = korrigiertes Alphafehlerniveau, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$ nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) = kein p' da $k = 1$ bzw. keine Angabe, da nicht signifikant, η^2 = Effektstärke partielles Eta-Quadrat, d = Effektstärke nach Cohens d; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Tabelle 8

Signifikanz des GT2-post-hoc-Tests nach Hochberg zu Beziehungsstatus und psychischer Belastung

BSI_GSI	SIN	BEZ	VER	GET
SIN	—			
BEZ	.508	—		
VER	< .001***	.001**	—	
GET	.305	.833	.998	—

Anmerkungen. ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$; BSI-53: *Global Severity Index* (BSI_GSI); Beziehungsstatus: *Single* (SIN), *in einer Beziehung* (BEZ), *Verheiratet* (VER), *Getrennt/Geschieden* (GET).

Tabelle 9

Signifikanz des Games-Howell-post-hoc-Tests zu Beziehungsstatus und psychischer Belastung

BSI_DEPR		SIN	BEZ	VER	GET
	SIN	–			
	BEZ	< .001***	–		
	VER	< .001***	.385	–	
	GET	.656	.826	.406	–
BSI_ÄNGST		SIN	BEZ	VER	GET
	SIN	–			
	BEZ	.158	–		
	VER	< .001***	.058	–	
	GET	.308	.726	.998	–
BSI_AGGR		SIN	BEZ	VER	GET
	SIN	–			
	BEZ	.705	–		
	VER	.004**	.065	–	
	GET	.976	.995	.383	–
BSI_PHOB		SIN	BEZ	VER	GET
	SIN	–			
	BEZ	.884	–		
	VER	.001**	.001**	–	
	GET	.342	.521	.997	–
BSI_PSYCH		SIN	BEZ	VER	GET
	SIN	–			
	BEZ	.001**	–		
	VER	< .001***	.348	–	
	GET	.226	.999	.949	–

Anmerkungen. ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$; BSI-53: *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH); Beziehungsstatus: *Single* (SIN), *in einer Beziehung* (BEZ), *Verheiratet* (VER), *Getrennt/Geschieden* (GET).

Tabelle 10 zeigt die ANOVA mit den Berufskategorien und dem BSI-53. Hier gab es signifikante Unterschiede beim *Global Severity Index*, $F(5, 365) = 3.798$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .049$, $N = 371$. Ein Cohens $d = 0.454$ weist auf einen kleinen Effekt hin. Die Nullhypothese wird also verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Der GT2-post-hoc-Test nach Hochberg zeigte signifikante Unterschiede ($p \leq .001$) zwischen den

Berufskategorien *MED* und *GES* (11.38, 95%-KI[2.91, 19.84]) sowie ($p = .009$) zwischen *MED* und *ERZ* (9.98, 95%-KI[1.51, 18.45]) und ($p = .002$) zwischen *MED* und *HAN* (10.85, 95%-KI[2.55, 19.15]). Bei der Skala *Ängstlichkeit*, $F(5, 121.961) = 18.359$, $p \leq .001$, partielles $\eta^2 = .060$, $N = 371$, $d = 0.505$ zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede und ein mittlerer Effekt. Die H_1 wird somit angenommen und die H_0 verworfen. Die Ergebnisse des Games-Howell-Test sind in Tabelle 11 angeführt. Es unterschied sich die Gruppe *GES* signifikant von *TOU* (-12.52, 95%-KI[-19.40, -5.63]) und *MED* (-13.99, 95%-KI[-20.17, -7.80]). Außerdem unterschied sich *ERZ* signifikant von *TOU* (-9.82, 95%-KI[-16.48, -3.16]) und *MED* (-11.29, 95%-KI[-17.21, -5.36]). *TOU* unterschied sich sowohl von *TEC* (9.34, 95%-KI[1.45, 17.23]) als auch *HAN* (11.14, 95%-KI[4.71, 17.57]) signifikant. Zuletzt gab es signifikante Unterschiede bei *MED* und *TEC* (10.81, 95%-KI[3.48, 18.13]) sowie *HAN* (12.61, 95%-KI[6.95, 18.27]). Auch bei der Skala *Paranoides Denken*, $F(5, 100.790) = 4.949$, $p \leq .001$, partielles $\eta^2 = .040$, $N = 371$, $d = 0.408$ gab es signifikante Unterschiede, jedoch mit einem kleinen Effekt. Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte, dass sich *MED* signifikant von *GES* (10.91, 95%-KI[3.31, 18.51]), *ERZ* (12.34, 95%-KI[4.58, 20.11]) und *HAN* (8.08, 95%-KI[0.55, 15.61]) unterschied (Tabelle 11). Der Kruskal-Wallis-Test zeigte nach Alphafehler-Korrektur bei der Skala *Zwanghaftigkeit*, $\chi^2(5) = 16.751$, $p = .005$, partielles $\eta^2 = .032$, $N = 371$ signifikante Unterschiede. Ein kleiner Effekt von $d = 0.365$ wurde gefunden. Der Dunn-Bonferroni-Test zeigt einen Unterschied zwischen *MED* und *HAN* ($z = 3.428$, $p = .014$) sowie zwischen *GES* und *MED* ($z = -3.352$, $p = .012$).

9.2.1. Unterschiedshypothesen: *t*-Tests

Fragestellung 3

Die Ergebnisse der *t*-Tests beziehungsweise Welch-Tests für unabhängige Stichproben für die Unterschiede im BSI-53 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen in den BOSS I sind in Tabelle 12 aufgelistet. Sowohl beim *Global Severity Index* als auch bei allen Subskalen des BSI-53 hatten Personen mit hohen Burnoutausprägungen (Cut-off = 55) signifikant höhere Werte im Gesamtwert und der jeweiligen Skala als Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen. Die Effektstärken nach Cohens d zeigten bei allen Skalen außer *Somatisierung* und *phobischer Angst* große Effekte an. Bei den beiden genannten gab es mittlere Effekte. Es kann also beim *Global Severity Index* und auch bei allen übrigen Skalen die H_1 angenommen und die H_0 verworfen werden.

Die Ergebnisse für die BOSS II sind in Tabelle 13 dargestellt. Auch hier hatten Personen mit hohen Burnoutausprägungen (Cut-off = 55) signifikant höhere Werte im BSI-53 als Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen. Die Unterschiede zeigten sich ebenfalls im

Global Severity Index und allen Subskalen des BSI-53. Bei phobischer Angst zeigte sich ein mittlerer Effekt, wohingegen bei den übrigen Skalen große Effekte gefunden wurden. Auch hier kann sowohl beim *Global Severity Index* als auch bei allen übrigen Skalen die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen werden.

Tabelle 10

Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen den Berufskategorien (N = 371)

Beruf	df	F	p	p'	η^2	d
BSI_GSI	5, 365	3.798	.002**	-	.049	0.454
BSI_SOM	5, 365	1.499	.189	.017	-	-
BSI_ZWANG	5, 102.744	2.498	.035	.013	-	-
BSI_SOZ	5, 365	0.922	.466	.050	-	-
BSI_DEPR	5, 99.005	3.027	.014	.008	-	-
BSI_ÄNGST	5, 121.961	18.359	< .001***	.0056	.060	0.505
BSI_AGGR	5, 99.211	1.048	.394	.025	-	-
BSI_PHOB	5, 365	2.621	.024	.010	-	-
BSI_PARAN	5, 100.790	4.949	< .001***	.006	.040	0.408
BSI_PSYCH	5, 98.028	3.215	.010	.007	-	-

Anmerkungen. p' = korrigiertes Alphafehlerniveau, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$ nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) = kein p' da $k = 1$ bzw. keine Angabe, da nicht signifikant, η^2 = Effektstärke partielles Eta-Quadrat, d = Effektstärke nach Cohens d ; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Fragestellung 4

In Tabelle 14 finden sich die Ergebnisse der t -Tests beziehungsweise Welch-Tests zu den Unterschieden im subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden zwischen Gruppen mit hohen und niedrigen Burnoutausprägungen (Cut-off = 55). Die Ergebnisse für die BOSS II und das subjektiv wahrgenommene Stressempfinden sind in Tabelle 15 abgebildet. Sowohl bei den Berechnungen mit den BOSS I als auch mit den BOSS II erzielten Personen mit höheren Burnoutausprägungen im *Gesamtwert* und den Skalen *Sorgen*, *Anspannung* und *Anforderungen* signifikant höhere Werte und in der Skala *Freude* signifikant niedrigere Werte als Personen mit niedrigeren Burnoutausprägungen. Die Effektstärken nach Cohens d zeigen bei allen Werten große Effekte an. Einen mittleren Effekt gibt es lediglich bei der Skala *Anforderungen* im t -Test mit den BOSS II. Die H_1 kann also beim *Gesamtwert* und allen übrigen Skalen angenommen und die H_0 verworfen werden.

Tabelle 11

Signifikanz des Games-Howell-post-hoc-Tests zu den Berufen und psychischer Belastung

BSI_ÄNGST	GES	ERZ	TOU	MED	TEC	HAN
GES	–					
ERZ	.907	–				
TOU	< .001***	.001**	–			
MED	< .001***	< .001***	.952	–		
TEC	.894	1.000	.011**	.001**	–	
HAN	.995	.995	< .001***	< .001***	.988	–
BSI_PARAN	GES	ERZ	TOU	MED	TEC	HAN
GES	–					
ERZ	.991	–				
TOU	.986	.921	–			
MED	.001**	< .001***	.461	–		
TEC	.783	.483	1.000	.158	–	
HAN	.827	.479	1.000	.028*	1.000	–

Anmerkungen. * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$; BSI-53: *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN); Berufe: Gesundheit/Medizin/Pflege (GES), Erziehung/Bildung/Lehre (ERZ), Tourismus/Gastgewerbe/Hotellerie (TOU), Medien/Design/Kunst/Sport (MED), IT/Technik/Handwerk/Transport (TEC), Handel/Büro/Finanzen/Vertrieb/öffentlicher Dienst (HAN).

Fragestellung 5

In Tabelle 16 sind die Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen Personen mit hohem und niedrigem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden dargestellt. Hierbei zeigten Personen mit höherem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden signifikant höhere Werte im *Global Severity Index* sowie in den neun Subskalen des BSI-53 als Personen mit niedrigem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden (Cut-off = 43). Kleine Effekte nach Cohens *d* gab es bei *Somatisierung* und *phobischer Angst*. Mittlere Effekte konnten in den Skalen *Zwanghaftigkeit*, *paranoides Denken* und *Psychotizismus* gefunden werden. Beim *Global Severity Index* und den Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Aggressivität* gab es große Effekte. Es kann also beim *Global Severity Index* und allen übrigen Skalen die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen werden.

Tabelle 12

Unterschiede im BSI-53 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I

	BOSS I	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>d</i>
BSI_GSI	≥ 55	67	68.61 (9.47)	12.029 (376)	< .001***	1.733
	< 55	311	49.99 (11.88)			
BSI_SOM	≥ 55	67	69.73 (16.04)	4.980 (104.503)	< .001***	0.647
	< 55	311	58.74 (17.89)			
BSI_ZWANG	≥ 55	67	78.40 (6.21)	8.953 (261.019)	< .001***	0.881
	< 55	311	68.02 (15.47)			
BSI_SOZ	≥ 55	67	73.99 (11.38)	7.533 (131.605)	< .001***	0.895
	< 55	311	61.42 (16.28)			
BSI_DEPR	≥ 55	67	75.82 (9.30)	12.002 (177.361)	< .001***	1.302
	< 55	311	57.88 (17.12)			
BSI_ÄNGST	≥ 55	67	76.03 (10.37)	7.385 (152.505)	< .001***	0.837
	< 55	311	64.30 (16.90)			
BSI_AGGR	≥ 55	67	77.01 (7.57)	11.037 (224.515)	< .001***	1.126
	< 55	311	62.41 (16.70)			
BSI_PHOB	≥ 55	67	68.22 (15.25)	5.251 (376)	< .001***	0.705
	< 55	311	57.48 (15.20)			
BSI_PARAN	≥ 55	67	77.27 (7.43)	11.873 (216.312)	< .001***	1.224
	< 55	311	62.05 (15.94)			
BSI_PSYCH	≥ 55	67	72.03 (13.00)	8.207 (110.147)	< .001***	1.042
	< 55	311	57.14 (15.46)			

Anmerkungen. *** = $p \leq .001$, *d* = Effektstärke nach Cohens *d*; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Tabelle 13

Unterschiede im BSI-53 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II

	BOSS II	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>d</i>
BSI_GSI	≥ 55	87	69.16 (8.09)	19.117 (189.059)	< .001***	2.142
	< 55	291	48.55 (10.94)			
BSI_SOM	≥ 55	87	71.48 (14.91)	7.359 (164.696)	< .001***	0.858
	< 55	291	57.46 (17.67)			
BSI_ZWANG	≥ 55	87	78.91 (3.31)	11.845 (355.462)	< .001***	1.030
	< 55	291	67.15 (15.81)			
BSI_SOZ	≥ 55	87	75.57 (9.63)	11.073 (240.338)	< .001***	1.167
	< 55	291	60.08 (16.12)			
BSI_DEPR	≥ 55	87	75.95 (9.51)	13.662 (254.756)	< .001***	1.419
	< 55	291	56.61 (16.76)			
BSI_ÄNGST	≥ 55	87	77.72 (7.06)	11.751 (340.512)	< .001***	1.129
	< 55	291	62.98 (17.06)			
BSI_AGGR	≥ 55	87	77.47 (6.48)	13.507 (353.488)	< .001***	1.280
	< 55	291	61.26 (16.70)			
BSI_PHOB	≥ 55	87	68.00 (15.12)	6.090 (376)	< .001***	0.743
	< 55	291	56.81 (15.01)			
BSI_PARAN	≥ 55	87	77.25 (7.33)	13.345 (313.274)	< .001***	1.314
	< 55	291	61.01 (15.86)			
BSI_PSYCH	≥ 55	87	72.18 (12.65)	9.946 (166.217)	< .001***	1.156
	< 55	291	56.07 (15.12)			

Anmerkungen. *** = $p \leq .001$, d = Effektstärke nach Cohens d ; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Tabelle 14

Unterschiede im PSQ-20 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I

	BOSS I	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>d</i>
PSQ_GES	≥ 55	67	53.11 (10.08)	9.753 (376)	< .001***	1.269
	< 55	311	40.92 (9.10)			
PSQ_SOR	≥ 55	67	46.27 (20.40)	9.441 (82.004)	< .001***	1.389
	< 55	311	21.41 (14.98)			
PSQ_ANS	≥ 55	67	61.39 (17.35)	12.056 (376)	< .001***	1.661
	< 55	311	31.49 (18.64)			
PSQ_FRE	≥ 55	67	43.18 (19.47)	-9.313 (376)	< .001***	1.285
	< 55	311	69.20 (21.00)			
PSQ_ANF	≥ 55	67	61.59 (21.62)	7.470 (376)	< .001***	0.972
	< 55	311	41.59 (19.49)			

Anmerkungen. *** = $p \leq .001$, d = Effektstärke nach Cohens d ; PSQ-20: *Gesamtwert* (PSQ_GES), *Sorgen* (PSQ_SOR), *Anspannung* (PSQ_ANS), *Freude* (PSQ_FRE), *Anforderungen* (PSQ_ANF).

Fragestellung 6

Die Unterschiede in der Anzahl der krit. L/E/U während des letzten Jahres zwischen Personen mit hohen und niedrigen Burnoutausprägungen in den BOSS I werden in Tabelle 17 angegeben. Dabei gaben Personen mit einem hohen *Globalen Gesamtwert*, $t(82.641) = 2.192$, $p = .016$ sowie Personen mit einem hohen Wert in der Skala *Beruf*, $t(100.992) = 2.347$, $p = .011$ und *Freunde*, $t(129.027) = 1.675$, $p = .048$ signifikant mehr krit. L/E/U an als Personen mit einem niedrigen Wert in diesen Skalen (Cut-off = 55). Die Effektstärken nach Cohens d weisen auf kleine Effekte hin. Die H_1 kann also beim *Globalen Gesamtwert* und den Skalen *Beruf* und *Freunde* angenommen werden und die H_0 verworfen. Bei den übrigen Skalen der BOSS I gab es keine signifikanten Effekte, wodurch die Nullhypothesen beibehalten werden.

Tabelle 18 zeigt die Unterschiede in den BOSS II. Hier hatten Personen mit einem hohen *Globalen Gesamtwert*, $t(122.604) = 1.969$, $p = .026$, hohen *körperlichen Beschwerden*, $t(134.259) = 2.952$, $p = .002$ und hohen *emotionalen Beschwerden*, $t(133.770) = 1.962$, $p = .026$ signifikant mehr krit. L/E/U erlebt als Personen mit niedrigen Werten in diesen Skalen (Cut-off = 55). Cohens d weist ebenfalls auf einen kleinen Effekt hin. Die Alternativhypothese

wird also angenommen und die Nullhypothese verworfen. Die übrigen Skalen zeigten keine signifikanten Effekte, wodurch die Nullhypothesen beibehalten werden.

Tabelle 15

Unterschiede im PSQ-20 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II

	BOSS II	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>d</i>
PSQ_GES	≥ 55	87	50.75 (9.80)	8.580 (376)	< .001***	1.037
	< 55	291	40.79 (9.41)			
PSQ_SOR	≥ 55	87	43.98 (19.80)	10.327 (114.465)	< .001***	1.363
	< 55	291	20.39 (14.40)			
PSQ_ANS	≥ 55	87	57.16 (17.92)	11.653 (376)	< .001***	1.442
	< 55	291	30.70 (18.78)			
PSQ_FRE	≥ 55	87	45.98 (19.10)	-9.594 (376)	< .001***	1.189
	< 55	291	70.15 (21.05)			
PSQ_ANF	≥ 55	87	55.86 (21.48)	5.570 (376)	< .001***	0.669
	< 55	291	41.92 (20.18)			

Anmerkungen. *** = $p \leq .001$, d = Effektstärke nach Cohens d ; PSQ-20: *Gesamtwert* (PSQ_GES), *Sorgen* (PSQ_SOR), *Anspannung* (PSQ_ANS), *Freude* (PSQ_FRE), *Anforderungen* (PSQ_ANF).

Fragestellung 7

In Tabelle 19 finden sich die Ergebnisse der t -Tests beziehungsweise Welch-Tests zu den Unterschieden in der psychischen Belastung zwischen Personen ohne krit. L/E/U während des letzten Jahres und Personen mit einem/r oder mehreren krit. L/E/U während des letzten Jahres (Cut-off = 1). Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede im *Global Severity Index*, $t(126.497) = 2.584$, $p = .006$. Ein Cohens $d = 0.327$ zeigt einen kleinen Effekt an. Die H_1 wird somit angenommen und die H_0 verworfen. Die Skalen *Somatisierung*, $t(376) = 1.839$, $p = .034$, *Zwanghaftigkeit*, $t(155.470) = 2.096$, $p = .019$, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, $t(376) = 1.838$, $p = .034$, *Depressivität*, $t(144.358) = 2.182$, $p = .016$ und *Psychotizismus*, $t(376) = 2.061$, $p = .020$ verloren im Zuge der Alphafehler-Korrektur ihre Signifikanz. Es werden also die Nullhypothesen beibehalten und die Alternativhypothesen verworfen.

Tabelle 16

Unterschiede im BSI-53 zwischen hohem und niedrigem subjektiven Stress des PSQ-20

	PSQ-20	N	M (SD)	t(df)	p	d
BSI_GSI	≥ 43	182	60.07 (11.57)	10.724 (376)	< .001***	1.105
	< 43	196	47.00 (12.08)			
BSI_SOM	≥ 43	182	64.60 (17.64)	4.143 (376)	< .001***	0.427
	< 43	196	57.06 (17.71)			
BSI_ZWANG	≥ 43	182	75.24 (9.55)	7.402 (311.948)	< .001***	0.755
	< 43	196	64.86 (16.95)			
BSI_SOZ	≥ 43	182	70.13 (13.78)	8.147 (373.706)	< .001***	0.836
	< 43	196	57.62 (16.05)			
BSI_DEPR	≥ 43	182	68.05 (15.43)	8.165 (375.999)	< .001***	0.839
	< 43	196	54.58 (16.65)			
BSI_ÄNGST	≥ 43	182	73.34 (12.11)	8.730 (348.320)	< .001***	0.893
	< 43	196	59.91 (17.49)			
BSI_AGGR	≥ 43	182	71.45 (13.14)	7.999 (364.395)	< .001***	0.820
	< 43	196	59.01 (16.97)			
BSI_PHOB	≥ 43	182	62.79 (15.97)	4.121 (368.344)	< .001***	0.425
	< 43	196	56.23 (14.88)			
BSI_PARAN	≥ 43	182	70.75 (13.32)	7.644 (371.186)	< .001***	0.784
	< 43	196	59.17 (16.09)			
BSI_PSYCH	≥ 43	182	65.23 (15.19)	6.712 (376)	< .001***	0.691
	< 43	196	54.72 (15.24)			

Anmerkungen. *** = $p \leq .001$, d = Effektstärke nach Cohens d ; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Tabelle 17

Unterschiede in der Anzahl der krit. L/E/U während des letzten Jahres zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I

Krit. L/E/U	BOSS I	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i> /2	<i>d</i>
	GW $\geq$ 55	67	0.48 (0.77)	2.192 (82.641)	.016*	0.325
	GW $<$ 55	311	0.26 (0.57)			
	BER $\geq$ 55	77	0.47 (0.74)	2.347 (100.992)	.011*	0.316
	BER $<$ 55	301	0.26 (0.58)			
	EI_PE $\geq$ 55	75	0.44 (0.70)	2.003 (101.302)	.088	-
	EI_PE $<$ 55	303	0.26 (0.59)			
	FAM $\geq$ 55	72	0.38 (0.66)	1.164 (376)	.123	-
	FAM $<$ 55	306	0.28 (0.61)			
	FRE $\geq$ 55	87	0.40 (0.67)	1.675 (129.027)	.048*	0.204
	FRE $<$ 55	291	0.27 (0.60)			

Anmerkungen. * = $p \leq .05$, *d* = Effektstärke nach Cohens *d*; BOSS I: *Globaler Gesamtwert* (GW), *Beruf* (BER), *Eigene Person* (EI_PE), *Familie* (FAM), *Freunde* (FRE).

9.2.1. Mediationsanalysen

Fragestellung 8

Die Ergebnisse der Mediationsanalyse mit dem PSQ-20 sind in Abbildung 1 zu sehen. Nach Überprüfung der Voraussetzungen ergab die Untersuchung des *subjektiv wahrgenommenen Stressempfindens* (PSQ-20, GWS) als Mediator zwischen *Burnout* (BOSS I, GW und BOSS II, GW) und *psychischer Belastung* (BSI-53, GSI) einen partiellen Effekt. Sowohl beim Hypothesenpaar (8.1) als auch bei (8.2) gab es signifikante Zusammenhänge zwischen allen drei Variablen. Der anfängliche Effekt zwischen Prädiktor und Outcome verringerte sich unter Aufnahme des Mediators ins Modell sowohl bei (8.1) als auch bei (8.2) nur sehr gering.

Bei (8.1) betrug der totale Effekt .81 ($p \leq .001$). Der direkte Effekt, unter Aufnahme des Mediators, betrug .75 ($p \leq .001$). Der indirekte standardisierte Effekt war signifikant $ab = 0.067$, 95%-KI[.018; .115]. Dies weist auf eine partielle Mediation hin. Das Modell erklärt 66.6% der Varianz des Outcomes.

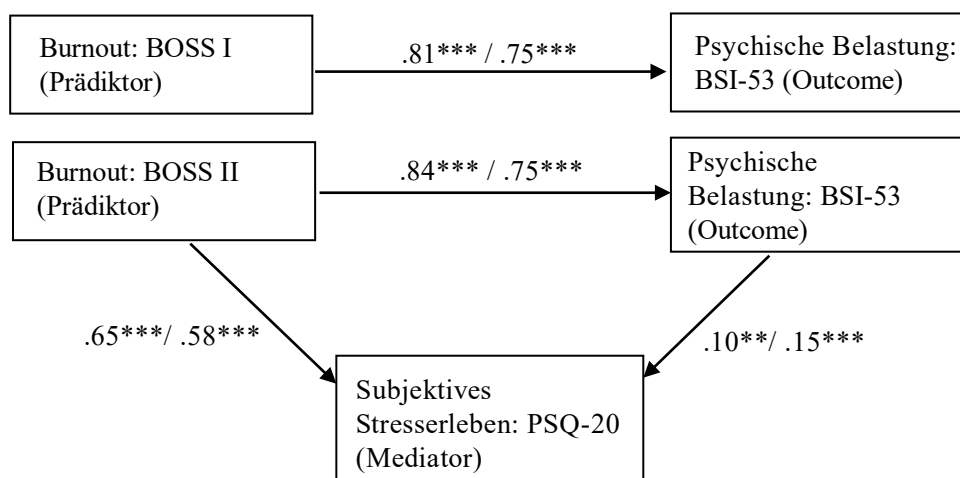
Tabelle 18

Unterschiede in der Anzahl der krit. L/E/U während des letzten Jahres zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II

Krit. L/E/U	BOSS II	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i> /2	<i>d</i>
	GW $\geq$ 55	87	0.43 (0.71)	1.969 (122.604)	.026*	0.262
	GW $<$ 55	291	0.26 (0.58)			
	KÖRB $\geq$ 55	94	0.48 (0.71)	2.952 (134.259)	.002**	0.373
	KÖRB $<$ 55	284	0.24 (0.57)			
	KOGB $\geq$ 55	81	0.41 (0.70)	1.619 (112.355)	.054	-
	KOGB $<$ 55	297	0.27 (0.59)			
	EMOB $\geq$ 55	93	0.42 (0.71)	1.962 (133.770)	.026*	0.247
	EMOB $<$ 55	285	0.26 (0.58)			

Anmerkungen. * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *d* = Effektstärke nach Cohens *d*, (-) keine Angabe, da nicht signifikant; BOSS II: Globaler Gesamtwert (GW), Körperliche Beschwerden (KÖRB), Kognitive Beschwerden (KOGB), Emotionale Beschwerden (EMOB).

Bei (8.2) betrug der totale Effekt .84 ($p \leq .001$) und der direkte Effekt unter Aufnahme des Mediators .75 ($p \leq .001$). Der indirekte standardisierte Effekt war ebenfalls signifikant $ab = 0.087$, 95%-KI[.048; .129]. Auch hier ist eine partielle Mediation zu sehen. 71.5% der Varianz des Outcomes werden durch das Modell erklärt. Daraus lässt sich schließen, dass das *subjektiv wahrgenommene Stressempfinden* den Zusammenhang partiell mediiert, jedoch nur ein sehr geringer Effekt vorhanden ist. Die H_0 wird verworfen und die H_1 angenommen.



Anmerkung. Standardisierte Parameter. ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$; BOSS I = 1. Wert, BOSS II = 2. Wert.

Abbildung 1. Mediationsmodell bezüglich des Burnouts, des Stresses und der psychischen Belastung.

Tabelle 19

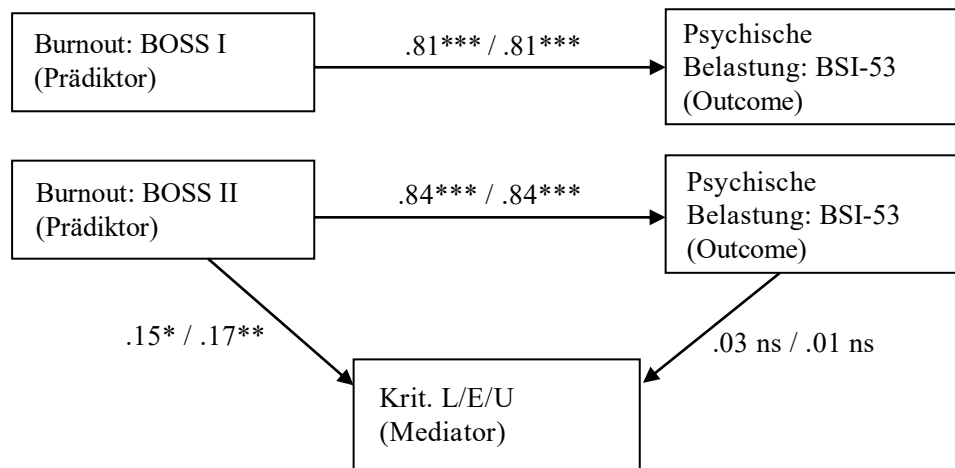
Unterschiede im BSI-53 zwischen Personen ohne krit. L/E/U während des letzten Jahres und Personen mit einem/r oder mehreren krit. L/E/U während des letzten Jahres

	Krit. L/E/U	<i>n</i>	M (SD)	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	<i>p'</i>	<i>d</i>
BSI_GSI	≥ 1	86	56.80 (14.71)	2.584 (126.497)	.006**	-	0.327
	< 1	292	52.26 (12.98)				
BSI_SOM	≥ 1	86	63.83 (17.81)	1.839 (376)	.034	.010	-
	< 1	292	59.77 (18.04)				
BSI_ZWANG	≥ 1	86	72.59 (13.32)	2.096 (155.470)	.019	.006	-
	< 1	292	69.05 (15.15)				
BSI_SOZ	≥ 1	86	66.47 (15.76)	1.838 (376)	.034	.008	-
	< 1	292	62.82 (16.31)				
BSI_DEPR	≥ 1	86	64.56 (16.72)	2.182 (144.358)	.016	.0056	-
	< 1	292	60.03 (17.51)				
BSI_ÄNGST	≥ 1	86	67.90 (16.34)	0.969 (376)	.167	.017	-
	< 1	292	65.93 (16.61)				
BSI_AGGR	≥ 1	86	66.38 (16.04)	0.891 (376)	.187	.050	-
	< 1	292	64.59 (16.58)				
BSI_PHOB	≥ 1	86	61.63 (16.47)	1.456 (132.417)	.074	.013	-
	< 1	292	58.73 (15.49)				
BSI_PARAN	≥ 1	86	66.12 (15.74)	0.908 (376)	.183	.025	-
	< 1	292	64.35 (15.94)				
BSI_PSYCH	≥ 1	86	62.91 (16.03)	2.061 (376)	.020	.007	-
	< 1	292	58.86 (16.00)				

Anmerkungen. *p'* = korrigiertes Alphafehlerniveau, ** = $p \leq .01$, (-) = kein *p'* weil $k = 1$; BSI-53: *Global Severity Index* (GSI), *Somatisierung* (BSI_SOM), *Zwanghaftigkeit* (BSI_ZWANG), *Unsicherheit im Sozialkontakt* (BSI_SOZ), *Depressivität* (BSI_DEPR), *Ängstlichkeit* (BSI_ÄNGST), *Aggressivität* (BSI_AGGR), *Phobische Angst* (BSI_PHOB), *Paranoides Denken* (BSI_PARAN), *Psychotizismus* (BSI_PSYCH).

Fragestellung 9

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse der Analyse der *krit. L/E/U* als Mediator zwischen *Burnout* (BOSS I, GW und BOSS II, GW) und *psychischer Belastung* (BSI-53, GSI). Diese ergab keine Ergebnisse, da aufgrund des fehlenden signifikanten Zusammenhangs zwischen *krit. L/E/U* und BSI-53, .03 ($p = .275$) für (9.1) und .01 ($p = .745$) für (9.2) die Voraussetzungen für eine Mediationsanalyse nicht gegeben waren. Aufgrund der dadurch fehlenden Interpretierbarkeit bleibt die Nullhypothese bestehen, und die Alternativhypothese wird abgelehnt. Zwischen BOSS I/II und BSI-53 sowie zwischen BOSS I/II und *krit. L/E/U* wurden durchaus signifikante Zusammenhänge gefunden.



Anmerkung. Standardisierte Parameter. * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$, *** = $p \leq .001$; ns = nicht signifikant; BOSS I = 1. Wert, BOSS II = 2. Wert.

Abbildung 2. Mediationsmodell bezüglich des Burnouts, der *krit. L/E/U* und der psychischen Belastung.

9.2.2. Prädiktormodell**Fragestellung 10**

Im Zuge der Durchführung der Prädiktoranalyse bei Hypothesenpaar (10.1) mithilfe einer multiplen linearen Regression hat sich das ursprüngliche Modell mit allen Prädiktoren von einer hohen Anpassungsgüte von $R^2 = .707$ (korrigiertes $R^2 = .704$) in einem zweiten Schritt nur sehr geringfügig verändert. Dies geschah durch den Ausschluss der Variable *krit. L/E/U*, die somit nicht als Prädiktor angesehen wurde. Insgesamt sagten die Prädiktoren *Beziehungsstatus*, *psychische Belastung* und *subjektiv wahrgenommenes Stressempfinden* Burnout statistisch signifikant voraus, $F(3, 372) = 298.506$, $p < .001$. In Tabelle 20 sind die Regressionskoeffizienten der im Modell verbliebenen Prädiktoren abgebildet. Bei Anstieg in der psychischen Belastung im eine Einheit steigen die BOSS I um 0.488 Einheiten an. Steigt das subjektiv wahrgenommene Stressempfinden um eine Einheit an, steigen die BOSS I um 0.245 Einheiten. Der Beziehungsstatus erreichte im Endmodell keinen signifikanten Wert.

Die Ergebnisse für die Prädiktoranalyse mit den BOSS II finden sich in Tabelle 21. Auch hier blieb die erklärte Varianz durch die Prädiktoren in einem zweiten Schritt annähernd gleich, $R^2 = .713$ (korrigiertes $R^2 = .710$). Es weist ebenfalls auf eine hohe Anpassungsgüte hin. Die Variable *Beziehungsstatus* wurde im Laufe der Analyse ausgeschlossen und fungiert somit nicht als Prädiktor. Die Variablen krit. L/E/U, *psychische Belastung* und *subjektiv wahrgenommenes Stressempfinden* sagten Burnout statistisch signifikant voraus, $F(3, 372) = 307.515$, $p < .001$. Durch die Betrachtung der einzelnen Koeffizienten lässt sich sagen, dass mit jeder Einheit in der psychischen Belastung die BOSS II um 0.519 Einheiten steigen und mit jeder Einheit im Stressempfinden um 0.120 Einheiten. Die krit. L/E/U waren schließlich nicht mehr signifikant.

Tabelle 20

Ergebnisse der multiplen linearen Regression für den Globalen Gesamtwert der BOSS I

Koeffizienten	<i>B</i>	<i>B</i> (df)	β	<i>t</i>	<i>p</i>
BEZ	1.288	0.667	.055	1.933	.054
BSI	0.488	0.025	.670	19.194	< .001***
PSQ	0.245	0.033	.259	7.499	< .001***

Anmerkung. *** = $p \leq .001$; *Beziehungsstatus* dummy-codiert (BEZ), *Global Severity Index* des BSI-53 (BSI), *Gesamtwert* des PSQ-20 (PSQ).

Tabelle 21

Ergebnisse der multiplen linearen Regression für den Globalen Gesamtwert der BOSS II

Koeffizienten	<i>B</i>	<i>B</i> (df)	β	<i>t</i>	<i>p</i>
KRIT	1.124	0.623	.051	1.805	.072
BSI	0.519	0.025	.750	21.905	< .001***
PSQ	0.120	0.031	.134	3.906	< .001***

Anmerkung. *** = $p \leq .001$; Krit. L/E/U dummy-codiert (KRIT), *Global Severity Index* des BSI-53 (BSI), *Gesamtwert* des PSQ-20 (PSQ).

10. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Beziehungen zwischen *Burnout*, *Stress*, krit. L/E/U und *allgemeiner psychischer Belastung* zu untersuchen. Zudem sollten der Einfluss von *Beruf* und *Beziehungsstatus* auf Burnout und die psychische Belastung betrachtet werden. Es sollte überprüft werden, inwiefern der subjektiv wahrgenommene Stress und die krit. L/E/U als Mediatoren zwischen Burnout und der psychischen Belastung angesehen werden können.

Außerdem sollte analysiert werden, inwiefern die psychische Belastung, der subjektiv wahrgenommene Stress, die krit. L/E/U und der Beziehungsstatus Burnout vorhersagen können. Die Stratifizierung der Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Bildung wurde zufriedenstellend umgesetzt. Beim Beziehungsstatus befanden sich fast die Hälfte der Personen in der Gruppe *Verheiratet*. Bezüglich der Berufskategorien waren die meisten TeilnehmerInnen in den Bereichen *GES*, *ERZ* und *HAN* tätig. Außerdem hatte nur weniger als ein Viertel der Personen ein oder mehrere krit. L/E/U innerhalb des letzten Jahres erlebt.

Für die Berechnungen wurde die Stichprobe je nach Fragestellungen in eine Gruppe mit hohen Ausprägungen sowie eine Gruppe mit niedrigen Ausprägungen geteilt. Dabei befanden sich jeweils weniger als ein Viertel der Personen in der Burnout-Risikogruppe. Ebenso litt nur knapp ein Viertel der Personen an hoher psychischer Belastung. Allerdings gab ungefähr die Hälfte ein hohes subjektiv wahrgenommenes Stressempfinden an.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den burnoutbezogenen emotionalen und kognitiven Beschwerden zwischen den Arten des Beziehungsstatus. Singles hatten hierbei mehr Beschwerden als Verheiratete. Zudem gab es einen Unterschied im Burnout-Gesamtwert, wobei auch hier Singles signifikant höhere Burnoutausprägungen als Verheiratete zeigten. Zunächst decken sich diese Ergebnisse mit Studien, die Singles als Risikogruppe definieren (Canadas-De la Fuente et al., 2018). Die höheren emotionalen Beschwerden können mit der Einsamkeit in Beziehung stehen, die das Singleleben begleiten kann (Hawkey & Cacioppo, 2003). Weiterhin decken sich die erhöhten kognitiven Beschwerden mit dem durch Einsamkeit hervorgerufenen lernbezogenen Burnout (Lin & Huang, 2012). Auffällig ist auch, dass sich die Gruppe *Single* lediglich von der Gruppe *Verheiratet* unterscheidet. Dies stimmt mit Studien überein, die die Ehe als gesundheitsförderliche Instanz sehen und ihr positive Effekte auf die psychische Gesundheit zuschreiben (Dehle et al., 2010; Luk et al., 2010; Wood et al., 2007). Die geringeren emotionalen Beschwerden lassen sich dadurch erklären, dass innerhalb der Ehe der/die PartnerIn sowohl als soziale Unterstützung (Dehle et al., 2010) als auch als emotionale Unterstützung (Luk et al., 2010) dient. Nicht zu vernachlässigen ist allerdings die heterogene Forschungslage zu diesem Thema. So widersprechen die hier gefundenen Ergebnisse den Studien zur Ehe als Risikofaktor für Burnout. Diese thematisieren Faktoren wie eheliche Konflikte oder die Mutterrolle (Hajihasani, 2017) sowie Burnout innerhalb der Paarbeziehung (Pines et al., 2011). Erklärt werden könnte der gefundene Unterschied zwischen Singles und Verheirateten durch die Forschung von Ta et al. (2017). Nach dieser sind Singles stärker Stressoren wie Einsamkeit oder sozialen Verpflichtungen ausgesetzt, woraus erhöhte Stressreaktionen und negative Folgen für die psychische Gesundheit entstehen. Konkret kann

geschlussfolgert werden, dass sowohl die gesundheitsförderlichen als auch die Risikoaspekte der Ehe bewusst gemacht werden müssen. So können sich EhepartnerInnen präventiv dem Burnoutsyndrom entgegenstellen. Außerdem ist weitere Forschung zur Vorbeugung der negativen Effekte des Singlelebens nötig.

Bezüglich der Berufskategorien gab es Unterschiede im Gesamtwert des Burnouts sowie im beruflichen Burnout. Die *MED*-Berufe gaben mehr Burnout an als die *GES*- und *ERZ*-Berufe. Die hohen Burnoutausprägungen der *MED*-Berufe stimmen mit den Ergebnissen zu Burnout in der Medien- (Reinardy, 2011) und Sportbranche (Gustafsson et al., 2011) überein. Zu KünstlerInnen, respektive DesignerInnen ist derzeit wenig Forschung in diesem Bereich vorhanden, jedoch teilen auch sie viele der burnoutbegünstigenden Faktoren der *MED*-Gruppe. Unter diesen können beispielsweise ein großer Arbeitsumfang, geringe Fairness oder wenig Anerkennung sein (Maslach & Leiter, 2008). Besonders bei SportlerInnen und Personen aus der Medienbranche spielt das Gefühl der geringen Kontrollierbarkeit eine Rolle. Dies könnte eine Erklärung für die hier gefundenen erhöhten Werte sein (Taris et al., 2005). Anders als erwartet, zeigten nicht die *GES*- oder die *ERZ*-Gruppe die höchsten Burnoutausprägungen. In der derzeitigen Literatur gibt es hauptsächlich Studien zur *GES*-Gruppe, die sich mit emotionaler Belastung und dem helfenden Verhalten beschäftigen (Henry, 2014; Pradas-Hernandez et al., 2018) oder Studien zu Lehrpersonen (De Heus & Diekstra, 1999; Skaalvik & Skaalvik, 2017). Die hier gefundenen Ergebnisse machen deutlich, dass von dem Schwerpunkt der helfenden und lehrenden Berufe innerhalb der Burnoutforschung abgewichen werden sollte. Durch die genauere Betrachtung der *MED*-Berufe könnten Risikofaktoren aufgedeckt werden, die für die Prävention und Behandlung von Burnout essentiell sind. Zu beachten ist bei diesen Ergebnissen allerdings, dass die Gruppengröße der *MED*-Gruppe deutlich geringer war als die der *GES*- und der *ERZ*-Gruppe.

Hinsichtlich der psychischen Belastung und den Arten des Beziehungsstatus gab es zahlreiche Unterschiede. So litten Singles deutlich mehr unter allgemeiner psychischer Belastung als Verheiratete. Auch Personen in einer Beziehung zeigten mehr allgemeine psychische Belastung als Verheiratete. Singles waren außerdem signifikant depressiver als Personen in einer Beziehung und Verheiratete. Zudem erwiesen sich Singles deutlich ängstlicher und aggressiver als Personen in einer Ehe. Bezüglich der phobischen Angst zeigten Singles und Personen in einer Beziehung höhere Ausprägungen als Personen in einer Ehe. Zuletzt erreichten Singles signifikant höhere Werte im Psychotizismus als Personen in einer Beziehung und Verheiratete. Es hebt sich auch hier hervor, dass die Alleinstehenden oder Unverheirateten die Risikogruppen darstellen. Dies ist übereinstimmend mit der aktuellen Forschungslage. Unverheiratete Personen zeigten auch hier höhere

Depressionsausprägungen (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007) und ein höheres Suizidrisiko (Masocco et al., 2008). Die Rolle der Ehe an sich wird besonders deutlich, da sowohl in dieser Arbeit als auch in der Forschung (Kamp Dush & Amato, 2005) zumeist Singles, aber auch Personen in einer nicht-ehelichen Beziehung eine schlechtere psychische Gesundheit aufwiesen als Verheiratete. Die geringeren Ängstlichkeitsraten der Verheirateten stimmen ebenfalls mit der Literatur überein (Spiker, 2014). Schlussfolgernd lässt sich hier der gesundheitsförderliche Aspekt der Ehe hervorheben. Allerdings sollte die Studie von Kamp Dush und Amato (2005) bedacht werden, nach der weniger die Art der Beziehung, sondern eher bestimmte Beziehungscharakteristiken eine Rolle für das psychische Wohlbefinden spielen. Auch hier müssen die unterschiedlichen Gruppengrößen bedacht werden.

Die Berufskategorien unterschieden sich in der allgemeinen psychischen Belastung, wobei die *MED*-Berufe psychisch belasteter waren als die *GES*-, *ERZ*- und *HAN*-Berufe. Sowohl die *GES*- als auch die *ERZ*-Berufe waren weniger ängstlich als die *TOU*- und die *MED*-Berufe. Die *TOU*- und *MED*-Berufe waren zudem ängstlicher als die *TEC*- und *HAN*-Berufe. Die *MED*-Berufe waren außerdem zwanghafter als die *HAN*- und die *GES*-Berufe. Zuletzt zeigten die *MED*-Berufe mehr paranoides Denken als die *GES*-, *ERZ*- und *HAN*-Berufe. Nach diesen Ergebnissen können die *MED*- und *TOU*-Berufe als am meisten gefährdet interpretiert werden. Die *MED*-Berufe sind von vielen Charakteristiken der in der Literatur (Stansfeld et al., 2011) genannten Risikoberufe gekennzeichnet. Dazu gehören beispielsweise fehlende berufliche Sicherheit und hohe Anforderungen. Die hohen Belastungswerte in der *TOU*-Branche sind auch in der Literatur zu finden. So werden KellnerInnen (Stansfeld et al., 2011) oder ServicearbeiterInnen (Marchand, 2007) immer wieder als gefährdet aufgeführt. Zudem ist in dieser Branche häufig der Zugang zu Alkohol gegeben und der Konsum akzeptiert. Das daraus resultierende erhöhte Risiko für eine Alkoholabhängigkeit führt laut Wilhelm et al. (2004) zu einem hohen Risiko für Depression. Außerdem zeichnen sich diese Berufe durch monotone Bewegungen, Unregelmäßigkeit und körperliche Belastung aus, was die psychische Gesundheit negativ beeinflusst (Marchand, 2007). Sowohl die *MED*- als auch die *TOU*-Berufe scheinen die Arbeitscharakteristiken zu besitzen, die zu arbeitsbezogener Ängstlichkeit führen. Diese kann sich zu Angststörungen weiterentwickeln (Linden & Muschalla, 2007). Ein unterwartetes Ergebnis ist auch hier die geringere Belastung der *GES*-Berufe. Faktoren wie der Kontakt mit Krisen oder das Sorgen für Andere werden in der Literatur häufig als entscheidend für die psychische Gesundheit gesehen (Wilhelm et al., 2004). Auch die *HAN*-Gruppe zählt in der Literatur als Risikogruppe (Marchand, 2007; Stansfeld et al., 2011), wurde jedoch in dieser Arbeit nicht als besonders belastet eingestuft. Daraus lässt sich schließen, dass auch hier der Fokus der Forschung auf andere Berufe ausgeweitet werden

muss und auch den kreativen Berufen Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Da die Berufsgruppen sich in einzelnen Symptomkategorien unterscheiden, sollte mit detaillierteren Fragebögen gearbeitet werden. Dadurch könnte man Erkenntnisse über die Art und Häufigkeit der konkreten Symptome in bestimmten Berufsfeldern finden, was eine Behandlung erleichtern würde. Zu beachten sind ebenfalls die unterschiedlichen Gruppengrößen.

Große Unterschiede zeigten sich in der psychischen Belastung zwischen Personen mit hohen Burnoutausprägungen und Personen mit niedrigen Burnoutausprägungen. Erstere erzielten bei der allgemeinen psychischen Belastung deutlich höhere Werte als Letztere. Mit der Forschung übereinstimmend zeigten Personen mit hohen Burnoutausprägungen ein/e höhere/s Somatisierung (Glise et al., 2014; Mazoruk et al., 2017), Unsicherheit im Sozialkontakt (Bianchi et al., 2015; Ronen & Baldwin, 2010), Depressivität (Ahola et al., 2005; Hakanen & Schaufeli, 2012; Schonfeld & Bianchi, 2016), Ängstlichkeit (Bianchi & Schonfeld, 2014; Ding et al., 2014), Aggressivität (Ojedokun et al., 2013; Queirós et al., 2013), paranoides Denken (Bianchi & Janin, 2019) und eine höhere phobische Angst (Vignoli et al., 2017). Personen mit hohen Burnoutwerten gaben außerdem höhere Ausprägungen in Zwanghaftigkeit und Psychotizismus an, was in der bisherigen Literatur noch nicht zu finden ist. Erklärt werden können diese Ergebnisse durch die Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989). Der anhaltende und sich steigernde Ressourcenverlust, durch den Burnout entsteht, hat negative Konsequenzen für die psychische Verfassung. Die Beeinträchtigungen, die durch das Burnout entstehen, weiten sich also auf die allgemeine psychische Gesundheit aus und werden in verschiedensten Symptomen sichtbar.

Außerdem zeigten Personen mit hohen Burnoutausprägungen deutlich mehr subjektiv wahrgenommenes Stressempfinden, mehr Sorgen, Anspannung und Anforderungen sowie weniger Freude als Personen mit niedrigem Burnout. Auch diese Ergebnisse sind konsistent mit der aktuellen Forschung, nach der Stress und Burnout eng miteinander in Beziehung stehen (Leiter & Maslach, 1988; Maslach et al., 2001; McManus et al., 2002; Peiró et al., 2001; Plieger et al., 2015). Da die Definition der emotionalen Erschöpfung innerhalb des Burnoutsyndroms weitestgehend Stress beinhaltet, waren diese Ergebnisse zu erwarten. Stress stellt neben anderen Faktoren einen zentralen Auslöser für Burnout dar (Maslach et al., 2001). Um Burnout vorzubeugen, könnten also gezielt Stressmanagement-Techniken bei MitarbeiterInnen und Führungskräften eingesetzt werden. Diese sollten optimalerweise eingeleitet werden, bevor der Ressourcenverlust einsetzt und der Stress sich in Burnoutsymptomen ausdrückt. Kritisch ist die hier vorgenommene Trennung von Stress und Burnout zu sehen. Ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der TeilnehmerInnen kann hier

nicht ausgeschlossen werden. Stress wird häufig mit Fleiß und Ehrgeiz verknüpft, wobei Burnout eher negativ assoziiert sein kann.

Weiterhin waren Personen mit hoch ausgeprägtem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden psychisch stärker belastet als Personen mit niedrig ausgeprägtem subjektiv wahrgenommenen Stressempfinden. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit der Literatur, in der Stressoren als Beeinträchtigung für die psychische Gesundheit dargestellt werden (Baum & Posluszny, 2002; Fan et al., 2015; Grzywacz et al., 2010; Sawhney et al., 2018; Thoits, 2010; Wang et al., 2006). Laut Karasek (1979) entsteht Stress aus der Verbindung von hohen Anforderungen und wenig Kontrolle am Arbeitsplatz. Sind diese Bedingungen vorhanden, steigt das Risiko für psychische Erkrankungen an (Wang et al., 2006). Dies könnte eine mögliche Erklärung für die gefundenen Beziehungen sein. Eine andere Erklärung wäre, dass aufgrund von hohem Aufwand und geringer Belohnung am Arbeitsplatz Stress entsteht. Diese Umstände haben dann wiederum einen negativen Effekt auf die psychische Verfassung (Siegrist, 1996). Dies bedeutet, dass den Arbeitsbedingungen eine essentielle Rolle bei der Vorbeugung psychischer Krankheiten zukommt. Kann Stress am Arbeitsplatz vermieden oder gesenkt werden, verringert sich womöglich die allgemeine psychische Belastung. Auch hier wären die oben genannten Stressmanagement-Techniken eine geeignete Methode.

Aufschlussreich waren auch die Ergebnisse zu den krit. L/E/U. Personen mit hohen Burnoutwerten erlebten mehr krit. L/E/U innerhalb des vergangenen Jahres als Personen mit niedriger Burnoutausprägung. Zudem erlebten Personen mit hohem beruflichen und freundesbezogenen Burnout mehr krit. L/E/U als Personen mit niedrigen Ausprägungen in diesen Skalen. Mehr krit. L/E/U wurden auch von Personen mit hohen körperlichen und emotionalen Beschwerden angegeben. Zunächst ist zu sagen, dass diese Ergebnisse mit der wenigen vorhandenen Literatur (Dyrbye et al., 2006; Lindström et al., 2009; Norberg, 2007) übereinstimmen. Viele Studien (Grylls & Spittle, 2008; Mather et al., 2014) fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden, Burnout und krit. L/E/U. Außerdem könnten die körperlichen Schwierigkeiten durch die negativen Begleiteffekte von krit. L/E/U, wie z.B. Appetitlosigkeit oder Schlafmangel (Filipp & Aymanns, 2018) ausgelöst werden. Da krit. L/E/U starke Emotionen auslösen können und zu emotionaler Destabilisierung führen können (Filipp & Aymanns, 2018), liegen die erhöhten emotionalen Beschwerden beim Erleben eines oder mehrerer krit. L/E/U in dieser Stichprobe nahe. Das erhöhte freundesbezogene Burnout könnte Folge eines durch die krit. L/E/U ausgelösten sozialen Rückzugs und eines Verlusts der Handlungsmöglichkeiten sein (Filipp & Aymanns, 2018). Die Freunde werden also möglicherweise zum einen nicht mehr als Unterstützung gesehen. Zum anderen könnte eine Überforderung durch diese zu einer weiteren

Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Ein erhöhtes familienbezogenes Burnout durch das Erleben eines oder mehrerer krit. L/E/U konnte nicht beobachtet werden, obwohl die häufig genannten und am meisten belastenden krit. L/E/U innerhalb der Familie auftreten (Merz, 2017; Steinhausen & Winkler Metzke, 2001).

Personen mit einem oder mehreren krit. L/E/U schienen außerdem psychisch belasteter zu sein. Dies deckt sich mit der aktuellen Forschungslage, in der ein vermehrtes Vorhandensein von psychischen Problemen durch das Erleben eines oder mehrerer krit. L/E/U angenommen wird (Jenness et al., 2017; Kraaij et al., 2002; Steinhausen & Winkler Metzke, 2001). In der Literatur wird oftmals allerdings nicht von einem oder mehreren krit. L/E/U während des letzten Jahres ausgegangen, sondern während der Kindheit (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001; Wauterickx et al., 2006) oder der gesamten Lebenszeit (Keyes et al., 2014). Die hier gefundenen Ergebnisse könnten also ein Hinweis sein, dass eine Manifestation der psychischen Konsequenzen bereits kurze Zeit nach dem kritischen Ereignis stattfindet. Zudem werden in den meisten Studien spezifische hoch belastete Gruppen, wie Opfer eines Verkehrsunfalls (Jenness et al., 2017) untersucht. Die hier befragten TeilnehmerInnen wurden nicht nach dem Kriterium des krit. L/E/U ausgewählt und zeigten trotzdem eine erhöhte psychische Belastung, was den Zusammenhang zusätzlich bekräftigt. Problematisch ist allerdings, dass nicht zwischen Lebensereignissen, Erkrankungen und Unfällen unterschieden wurde, da diesen möglicherweise unterschiedliche Belastungsfaktoren innewohnen. Außerdem wurden detailliertere Informationen über das/die krit. L/E/U nicht berücksichtigt. Weitere Forschung sollte vor allem die zuletzt genannten Aspekte beachten. Sie sollte sich weiterhin auf die spezifischen Wirkfaktoren von krit. L/E/U konzentrieren und so Bewältigungsstrategien entwickeln, die das Einsetzen einer psychischen Krankheit verhindern. Besonders bezüglich der Zusammenhänge zwischen krit. L/E/U und Burnout ist weitere und vertiefendere Forschung nötig.

Weiterhin wurde angenommen, dass der subjektiv wahrgenommene Stress den Zusammenhang zwischen Burnout und psychischer Belastung partiell mediiert. Stress vermittelt den Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen aber nur sehr schwach. Jedoch darf die Rolle des Stresses in diesem Kontext nicht vernachlässigt werden. Da sowohl in der Literatur als auch in dieser Arbeit signifikante Beziehungen zwischen allen drei Variablen gefunden wurden, darf keine der drei bei Untersuchungen in diesem Bereich vernachlässigt werden. Jedoch wird durch das Ergebnis dieser Arbeit klar, dass nicht nur Stress einen Einfluss auf die negativen Wechselwirkungen zwischen Burnout und der psychischen Gesundheit hat. Möglich wären auch Faktoren wie unzureichende Ressourcen oder fehlende Selbstwirksamkeitserwartung. Zukünftige Studien sollten einzelne Aspekte des

Burnoutsyndroms in den Fokus nehmen und die Zusammenhänge dieser zu einzelnen psychischen Belastungssymptomen aufdecken. Werden Faktoren gefunden, die den Zusammenhang ebenfalls beeinflussen, können diese abgeschwächt oder eliminiert werden, was einen gesundheitsförderlichen Effekt hätte.

Krit. L/E/U wurden nicht als Mediator zwischen Burnout und psychischer Belastung identifiziert, da sie nicht signifikant mit psychischer Belastung zusammenhängen. In der derzeitigen Forschung werden krit. L/E/U durchaus mit psychischer Belastung assoziiert. Zu bedenken ist hier, dass krit. L/E/U vielfältig sein können und einen unterschiedlichen Belastungsgrad mit sich bringen können. Deshalb gestaltet sich die Erfassung der Auswirkungen besonders in einem Mediationsmodell schwierig. Der fehlende signifikante Zusammenhang beziehungsweise Mediationseffekt kann an methodischen Mängeln bei der Erfassung der krit. L/E/U liegen. Die Zusammenhänge zwischen Burnout und psychischer Belastung sowie Burnout und krit. L/E/U waren gegeben. Krit. L/E/U stellen also bei der Betrachtung der Beziehung zwischen Burnout und psychischer Belastung durchaus eine wichtige Einflussgröße dar und dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

Zuletzt wurde herausgefunden, dass die psychische Belastung und der subjektiv wahrgenommene Stress Burnout vorhersagen können. Der Beziehungsstatus sowie die krit. L/E/U dienten nicht als Prädiktoren für Burnout. Dies deckt sich mit der bisher in der Arbeit berichteten Ergebnisse. Sowohl die signifikanten Beziehungen zwischen psychischer Belastung und Burnout als auch zwischen Stressempfinden und Burnout werden durch mittlere oder große Effekte untermauert. Dagegen zeigten sich beim Einfluss von Beziehungsstatus beziehungsweise von krit. L/E/U auf die Burnoutausprägung nur kleine Effekte. Außerdem gab es bei Letzteren hauptsächlich Zusammenhänge zwischen einzelnen Subskalen, während bei psychischer Belastung und Stress sowohl die Gesamtwerte als auch die Subskalen einen signifikanten Einfluss auf Burnout hatten. Diese Ergebnisse implizieren die Möglichkeit der frühzeitigen Erkennung eines hohen Burnoutrisikos. Sind Personen in einem erhöhten Maße psychisch belastet und leiden unter vermehrtem Stress, müssen Maßnahmen zur Burnoutprävention ergriffen werden. Dabei könnten Psychoedukation oder der Einbezug des Arbeitsumfeldes in die Therapie vorteilhaft sein. Stress und psychisch belastende Symptome können also als Warnsignale genutzt werden, die das frühzeitige Aufsuchen einer Therapiestelle vorantreiben können. Es wurden allerdings in dieser Masterarbeit nur wenige mögliche Prädiktoren untersucht. Zukünftige Forschung sollte die Vorhersagekraft weiterer Faktoren analysieren. Neben Persönlichkeitsmerkmalen sollten auch Umgebungsmerkmale berücksichtigt werden.

11. Limitationen und Ausblick

Neben den bereits angesprochenen Problemen beinhaltet diese Arbeit weitere Einschränkungen. Zunächst sind keine Kausalschlüsse zulässig, da die Untersuchung im Querschnittsdesign durchgeführt wurde. Die genannten Zusammenhänge sind also lediglich als Korrelationen zu verstehen. Außerdem wurden die Fragebögen im Paper-Pencil-Format als Selbstbeurteilungsverfahren vorgegeben. Daraus kann soziale Erwünschtheit oder Gehemmtheit beim Antwortverhalten folgen. Letztere hängt auch mit der Rekrutierungsmethode der TeilnehmerInnen zusammen. Da diese fast ausschließlich aus dem Bekanntenkreis der TEWA-TeilnehmerInnen stammen und die Fragebögen in Anwesenheit derer ausgefüllt wurden, kann Angst vor Verlust der Anonymität aufkommen. Diese und andere VersuchsleiterInneneffekte können die Daten verfälschen. Ein Beleg dafür ist beispielsweise die Skala *Familie* der BOSS I. Diese wurde von vielen TeilnehmerInnen nur unvollständig ausgefüllt. Besonders bei den Themen *Sexualität*, *Erotik* und *Partnerschaft* gab es häufig fehlende Werte. Die genannten negativen Einflüsse werden zudem dadurch verstärkt, dass Burnout, psychische Belastung und krit. L/E/U im Allgemeinen sensible Themen darstellen. Um den Informationsgewinn zu steigern, sollte zukünftige Forschung Fremdbeurteilungsverfahren hinzunehmen. Außerdem wären Längsschnittstudien und qualitative Ansätze empfehlenswert.

Ein weiteres Problem ist der mögliche Informationsverlust durch die separate Datenerhebung und -auswertung der TEWA-TeilnehmerInnen. Durch mögliche Unterschiede beim Auswerten oder Schwierigkeiten beim Zusammenfügen der Daten können Werte verloren gegangen oder verfälscht worden sein.

Die Einteilung der Berufe in die gewählten Oberkategorien ist auch nicht ohne Einschränkungen zu sehen. Die angegebenen Berufe waren sehr breit gefächert und teilweise uneindeutig oder nicht aussagekräftig. Dies und die subjektive Sichtweise auf bestimmte Berufe erschwerte die Einteilung in Kategorien. Zu kritisieren ist ebenfalls die daraus entstandene ungleiche Gruppengröße. Wünschenswert für zukünftige Forschung wäre eine größere Stichprobe, die die Erstellung von mehr Kategorien mit ausreichender Personenzahl zulässt, um spezifischere Informationen zu den einzelnen Berufsfeldern zu bekommen. Im Allgemeinen ist es fragwürdig, ob bestimmte Berufe zu einer höheren psychischen Belastung beziehungsweise zu einem höheren Burnout führen. In weiteren Studien sollten Faktoren wie die Beziehung zu Arbeitskollegen, die Arbeitsweise oder individuelle Bewertungsprozesse inkludiert werden.

Auch die ungleiche Verteilung über die Arten des Beziehungsstatus ist zu bemängeln. Im Vergleich haben wenige alleinstehende Personen teilgenommen, und es konnte keine

Information über verwitwete Personen gesammelt werden. Eine Stratifizierung in diesem Bereich ist für zukünftige Forschung zu bedenken. Außerdem ist die Studienlage zu den gesundheitsförderlichen beziehungsweise -schädlichen Konsequenzen des Singlelebens beschränkt. Insgesamt werden in der Literatur zu den Auswirkungen des Beziehungsstatus auf die psychische Gesundheit und Burnout zahlreiche Widersprüche ersichtlich, was an den unterschiedlichen Studiendesigns und Stichproben liegen könnte. Ein anderer Grund könnte die Motivation der StudienleiterInnen sein. Die Ergebnisse könnten je nach Institution oder aber gesellschaftlicher Situation des Landes modifiziert werden. In Zukunft bedarf es genaueren Untersuchungen zu den einzelnen Wirkfaktoren der Arten des Beziehungsstatus. Weiterhin muss bedacht werden, dass Personen je nach Persönlichkeit in unterschiedlicher Weise von der Art ihres Beziehungsstatus profitieren.

Wie bereits erwähnt ist es kritisch zu sehen, dass keine Rücksicht auf die Art und Schwere der krit. L/E/U genommen wurde und dass Erkrankungen, Unfälle und Lebensereignisse nicht getrennt einbezogen wurden. Dazu kommt, dass es uneindeutige Angaben bezüglich der krit. L/E/U gab, wodurch die Zusammenfassung zu einer metrischen Variablen erschwert wurde. In weiteren Studien sollten die hier verloren gegangenen Informationen inkludiert werden und eventuell die Zeitspanne erweitert werden. Hilfreich wäre eine Unterscheidung in *zurückliegende* und *aktuelle* krit. L/E/U. Auch der Belastungsgrad und der Status der Verarbeitung dieser sollte bedacht werden.

Ein großes Problem war die geringe Anzahl an Personen mit erhöhtem Burnout. Dies lässt sich ebenfalls durch die Rekrutierungsmethode begründen. Die TeilnehmerInnen wurden hauptsächlich einer gesunden Stichprobe entnommen, wobei das Auswahlkriterium nur ein stressreicher Beruf war. Eine klinische Stichprobe oder eine Stichprobe ausschließlich in Hochrisikoberufen würde mehr Informationen bezüglich des Burnoutsyndroms liefern.

Auch die Wahl der statistischen Methoden muss kritisch gesehen werden. Bei den Fragestellungen 4, 5 und 6 gab es ausschließlich signifikante Effekte mit größtenteils großen Effekten. Die Mediationsanalysen ergaben nur geringe oder keine Effekte. Durch andere statistische Methoden könnten diese Effekte eventuell detaillierter betrachtet werden und mehr Informationen aus den Daten gezogen werden. Auch die Abfolge der Phänomene sowie deren Einbettung in verschiedene Modelle könnten durch passende statistische Methoden genauer untersucht werden. Bezüglich der Prädiktoren ist die oben erwähnte Unvollständigkeit zu bedenken.

Weiterhin finden sich in der aktuellen Forschung wenig Studien zu den Auswirkungen von krit. L/E/U im Allgemeinen. Dies könnte daran liegen, dass diese aufgrund der Sensibilität der Thematik schwierig zu erfassen sind. Hilfreich für weitere Forschung wäre ein einheitliches

Konzept und eine klare Definition von krit. L/E/U. Die Stressliteratur ist größtenteils durch Unübersichtlichkeit und Widersprüchlichkeit gekennzeichnet. Auch hier wäre Einheitlichkeit wünschenswert. In dieser Arbeit wurden nur zwei Stressmodelle von vielen anderen angesprochen. Weiterführende Forschung sollte auch andere komplexere Modelle berücksichtigen. An der Burnoutforschung ist kritisch zu sehen, dass die Studien oft auf sehr spezifische Gruppen bezogen sind. So wird häufig eine bestimmte Berufsgruppe oder Nationalität gewählt. Um mehr Generalisierbarkeit zu gewährleisten, wären länder- und berufsübergreifende Studien nötig.

Schließlich ist zu sagen, dass Burnout aktuell ein sich wandelndes Konstrukt ist, das schnellen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen unterliegt. Es finden besonders in der heutigen Zeit zahlreiche Diskussionen bezüglich der Diagnostizierbarkeit und der Behandlungsmethoden statt. Besonders im Interesse der Gesundheitsfürsorge ist konstante Forschungstätigkeit in diesem Gebiet nötig.

12. Literaturverzeichnis

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders – Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55–62. doi:10.1016/j.jad.2005.06.004
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1:4. doi:10.1186/1752-4458-1-4
- Aloe, A. M., Shisler, S. M., Norris, B. D., Nickerson, A. B., & Rinker, T. W. (2014). A multivariate meta-analysis of student misbehavior and teacher burnout. *Educational Research Review*, 12, 30–44. doi:10.1016/j.edurev.2014.05.003
- Amato, P. R. (2014). Marriage, cohabitation and mental health. *Family Matters*, 96, 5–13.
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout-insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 5–12. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.01.012
- Asgari, A. (2012). The effects of gender and marital status on burnout of English teachers in Iran. *Pertanika: Journal of Social Science and Humanities*, 20(3), 635–644.
- Barrech, A., Riedel, N., Li, J., Herr, R. M., Mörtl, K., Angerer, P., & Gündel, H. (2017). The long-term impact of a change in effort-reward imbalance on mental health – Results from the prospective MAN-GO study. *European Journal of Public Health*, 27(6), 1021–1026. doi:10.1093/eurpub/ckx068
- Baum, A., & Posluszny, D. M. (2002). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 137–163. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.137
- Bianchi, R., & Janin, L. (2019). Burnout, depression and paranoid ideation: A cluster-analytic study. *Occupational Medicine*, 69(1), 35–38. doi:10.1093/occmed/kqy150
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2014). Does anxiety predict burnout? A 5575-participant study. *European Psychiatry*, 29(Suppl. 1), 1. doi:10.1016/s0924-9338(14)78411-1

- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Interpersonal rejection sensitivity predicts burnout: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 75, 216–219. doi:10.1016/j.paid.2014.11.043
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom* (5th ed.). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-36255-2
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10):2102. doi:10.3390/ijerph15102102
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 6–13. doi:10.1007/s00127-006-0125-4
- Dalgard, O. S., Sørensen, T., Sandanger, I., Nygård, J. F., Svensson, E., & Reas, D. L. (2009). Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. *Work and Stress*, 23(3), 284–296. doi:10.1080/02678370903250953
- De Heus, P., & Diekstra, R. F. W. (1999). Do teachers burn out more easily? A comparison of teachers with other social professions on work stress and burnout symptoms. In R. Vandenberghe & A. M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice* (pp. 269–284). New York: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511527784.019
- De Jonge, J., Van Vegchel, N., Shimazu, A., Schaufeli, W., & Dormann, C. (2010). A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125–133. doi:10.1007/s12529-010-9081-1
- Dehle, C., Larsen, D., & Landers, J. E. (2010). Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy*, 29(4), 307–324. doi:10.1080/01926180126500

- Derogatis, L. R. (1986). *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (6th ed.). Bern: Huber.
- Ding, Y., Qu, J., Yu, X., & Wang, S. (2014). The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: A cross-sectional study. *Public Library of Science One*, 9(9):e107130. doi:10.1371/journal.pone.0107130
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2006). Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Academic Medicine*, 81(4), 374–384. doi:10.1097/00001888-200604000-00010
- Fan, L. B., Blumenthal, J. A., Watkins, L. L., & Sherwood, A. (2015). Work and home stress: Associations with anxiety and depression symptoms. *Occupational Medicine*, 65(2), 110–116. doi:10.1093/occmed/kqu181
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Filipp, S. H., & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens* (2nd ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, S., Levenstein, S., & Klapp, B. F. (2001). Validierung des “Perceived Stress Questionnaire” (PSQ) an einer Deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(3), 142–152. doi:10.1026//0012-1924.47.3.142
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. doi:10.1371/journal.pone.0107130
- Freudenberger, H., & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Geuenich, K., & Hagemann, W. (2014). *BOSS. Burnout-Screening-Skalen* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Glise, K., Ahlborg, G., & Jonsdottir, I. H. (2014). Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: Does sex or age matter? *BMC Psychiatry*, 12:18. doi:10.1186/1471-244X-14-118
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5:67. doi:10.1186/1471-2458-5-67
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in Organizations. Toward a Phase Model of Burnout*. New York: Praeger.
- Grandey, A. A., & Cropanzano, R. (1999). The conservation of resources model applied to work-family conflict and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 54(2), 350–370. doi:10.1006/jvbe.1998.1666
- Grylls, E., & Spittle, M. (2008). Injury and burnout in Australian athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 107(3), 873–880. doi:10.2466/PMS.107.3.873-880
- Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Chen, H., Isom, S., Kiang, L., Vallejos, Q., & Arcury, T. A. (2010). Depressive symptoms among Latino farmworkers across the agricultural season: Structural and situational influences. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(3), 335–343. doi:10.1037/a0019722
- Gustafsson, H., Kenttä, G., & Hassmén, P. (2011). Athlete burnout: An integrated model and future research directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(1), 3–24. doi:10.1080/1750984X.2010.541927
- Hajihasani, M. (2017). Marital conflict and job burnout. *Ergonomics International Journal*, 1(4):000123. doi:10.23880/EOIJ-16000123
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 415–424. doi:10.1016/j.jad.2012.02.043
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 98–105. doi:10.1016/S0889-1591(02)00073-9

- Henry, B. J. (2014). Nursing burnout interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 211–214. doi:10.1188/14.cjon.211-214
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembieswski (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (2nd ed.; pp. 57–80). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Jenness, J. L., Witt, C. E., Quistberg, D. A., Johnston, B. D., Rowhani-Rahbar, A., Mackelprang, J. L., ... Rivara, F. P. (2017). Association of physical injury and mental health: Results from the national comorbidity survey-adolescent supplement. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 101–107. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.03.022
- Kamp Dush, C. M., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 607–627. doi:10.1177/026540750505056438
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 864–871. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081132
- Koch, S., Lehr, D., & Hillert, A. (2015). *Burnout und chronischer beruflicher Stress*. Göttingen: Hogrefe.
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(1), 87–94. doi:10.1093/geronb/57.1.P87

- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: Prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4:37. doi:10.3390/healthcare4030037
- Lau, B. (2018). Mental health among Norwegian priests: Associations with effort-reward imbalance and overcommitment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(1), 81–89. doi:10.1007/s00420-017-1256-5
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19–32. doi:10.1016/0022-3999(93)90120-5
- Lin, S., & Huang, Y. (2012). Investigating the relationships between loneliness and learning burnout. *Active Learning in Higher Education*, 13(3), 231-243. doi:10.1177/1469787412452983
- Linden, M., & Muschalla, B. (2007). Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Nervenarzt*, 78(1), 39–44. doi:10.1007/s00115-006-2196-6
- Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. (2009). Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica: International Journal of Paediatrics*, 99(3), 427–432. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01586.x
- Lindström, M., & Rosvall, M. (2012). Marital status, social capital, economic stress, and mental health: A population-based study. *Social Science Journal*, 49(3), 339–342. doi:10.1016/j.socij.2012.03.004
- Luk, A. L., Chan, B. P., Cheong, S. W., & Ko, S. K. (2010). An exploration of the burnout situation on teachers in two schools in Macau. *Social Indicators Research*, 95(3), 489–502. doi:10.1007/s11205-009-9533-7

- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: BAuA.
- MacDonald, J. B., Saliba, A. J., Hodgins, G., & Ovington, L. A. (2016). Burnout in journalists: A systematic literature review. *Burnout Research*, 3(2), 34–44.
doi:10.1016/j.burn.2016.03.001
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2013). New perspectives: Towards an integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29(3), 800–809. doi:10.6018/analesps.29.3.145241
- Marchand, A. (2007). Mental health in Canada: Are there any risky occupations and industries? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4–5), 272–283.
doi:10.1016/j.ijlp.2007.06.002
- Maslach, C. (2006). Understanding job burnout. In A. M. Rossi, P. L. Perrewé, & S. L. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: Current perspectives in occupational health* (pp. 37–51). Greenwich: Information Age Publishing.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass/John Wiley & Sons.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Masocco, M., Pompili, M., Vichi, M., Vanacore, N., Lester, D., & Tatarelli, R. (2008). Suicide and marital status in Italy. *Psychiatric Quarterly*, 79(4), 275–285.
doi:10.1007/s11126-008-9072-4
- Mather, L., Blom, V., & Svedberg, P. (2014). Stressful and traumatic life events are associated with burnout – A cross-sectional twin study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 899–907. doi:10.1007/s12529-013-9381-3
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ*, 307, 647–651. doi:10.1136/bmj.307.6905.647

- Mazoruk, S., Huxley, A., Alexis-Garsee, C., & Schifano, F. (2017). Prevalence of somatisation as a determinant of burnout amongst staff working in drug and alcohol services. *Drugs and Alcohol Today*, 17(4), 242–249. doi:10.1108/DAT-05-2017-0018
- McManus, I. C., Winder, B. C., & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*, 359, 2089–2090. doi:10.1016/S0140-6736(02)08915-8
- Merz, R. (2017). Kritische Lebensereignisse. So bewältigen Sie Krisen. *Info Praxisteam*, 3, 4–5. Retrieved Mai 02, 2019, from http://www.info-praxisteam.de/pdf.php?url=/2017/03/04-05.pdf&bl=/2017/03/04_Lebenskrisen.php
- Mousavy, S., & Nimehchisalem, V. (2014). Contribution of gender, marital status, and age to English language teachers' burnout. *Advances in Language and Literary Studies*, 5(6), 39–47. doi:10.7575/aiac.all.v.5n.6p.39
- Muschalla, B., & Linden, M. (2013). Different workplace-related strains and different workplace-related anxieties in different professions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(8), 978–982. doi:10.1097/JOM.0b013e3182972f04
- Neveu, J. P. (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behavior*, 28(1), 21–42. doi:10.1002/job.393
- Norberg, A. L. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(2), 130–137. doi:10.1007/s10880-007-9063-x
- Ojedokun, O., Idemudia, E. S., & Kute, V. O. (2013). Burnout and fear of contagion as factors in aggressive tendency of health-care workers treating people with AIDS. *Social Behavior and Personality*, 41(10), 1625–1634. doi:10.2224/sbp.2013.41.10.1625
- Onrust, S. A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 10(4), 327–334. doi:10.1080/13607860600638529
- Pagnin, D., De Queiroz, V., Carvalho, Y. T. M. S., Dutra, A. S. S., Amaral, M. B., & Queiroz, T. T. (2014). The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Academic Psychiatry*, 38(4), 438–444. doi:10.1007/s40596-014-0093-z

- Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera, N., & Mañas, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology & Health, 16*(5), 511–525. doi:10.1080/08870440108405524
- Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2017). Associations between social skills and burnout dimensions in medical residents. *Estudos de Psicologia, 34*(2), 281–292. doi:10.1590/1982-02752017000200009
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences, 39*(3), 625–635. doi:10.1016/j.paid.2005.02.009
- Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., & Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly, 74*(4), 361–386. doi:10.1177/0190272511422452
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research, 2*(1), 19–24. doi:10.1016/j.burn.2015.03.001
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Emilia, I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science One, 13*(4):e0195039. doi:10.1371/journal.pone.0195039
- Queirós, C., Kaiseler, M., & Da Silva, A. (2013). Burnout as predictor of aggressivity among police officers. *European Journal of Policing Studies, 1*(2), 110–134.
- Reinardy, S. (2011). Newspaper journalism in crisis: Burnout on the rise, eroding young journalists' career commitment. *Journalism, 12*(1), 33–50. doi:10.1177/1464884910385188
- Ronen, S., & Baldwin, M. W. (2010). Hypersensitivity to social rejection and perceived stress as mediators between attachment anxiety and future burnout: A prospective analysis. *Applied Psychology, 59*(3), 380–403. doi:10.1111/j.1464-0597.2009.00404.x
- Rugulies, R., Aust, B., & Madsen, I. E. H. (2017). Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 43*(4), 294–306. doi:10.5271/sjweh.3632

- Sawhney, G., Jennings, K. S., Britt, T. W., & Sliter, M. T. (2018). Occupational stress and mental health symptoms: Examining the moderating effect of work recovery strategies in firefighters. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(3), 443–456. doi:10.1037/ocp0000091
- Sbarra, D. A., Hasselmo, K., & Bourassa, K. J. (2015). Divorce and health: Beyond individual differences. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 109–113. doi:10.1177/0963721414559125
- Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Kuderer, M., & Musalek, M. (2017). *Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich: Verlaufsformen und relevante Präventions- und Behandlungsstrategien*. Retrieved April 04, 2019, from https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/2/0/CH3434/CMS1500897670783/praevalenz_des_burnout-syndroms_in_oesterreich_-_langfassung.pdf
- Schonfeld, I. S., & Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 22–37. doi:10.1002/jclp.22229
- Schonfeld, I. S., Bianchi, R., & Palazzi, S. (2018). What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Rivista di Psichiatria*, 53(4), 218–219. doi:10.1708/2954.29699
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. doi:10.1037//1076-8998.1.1.27
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2017). Dimensions of teacher burnout: relations with potential stressors at school. *Social Psychology of Education*, 20(4), 775–790. doi:10.1007/s11218-017-9391-0
- Soares, J. J. F., & Grossi, G. (2007). Burnout among women: Associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors, *Archives of Womens' Mental Health*, 10, 61–71. doi:10.1007/s00737-007-0170-3
- Spiker, R. L. (2014). Mental health and marital status. *Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 1485-1489. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs256

- Stack, S., & Scourfield, J. (2015). Recency of divorce, depression, and suicide risk. *Journal of Family Issues*, 36(6), 695–715. doi:10.1177/0192513X13494824
- Stansfeld, S. A., Rasul, F. R., Head, J., & Singleton, N. (2011). Occupation and mental health in a national UK survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 101–110. doi:10.1007/s00127-009-0173-7
- Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2001). Die Zürcher Lebensereignis-Liste (ZLEL): Ergebnisse einer Schweizer epidemiologischen Untersuchung. *Kindheit und Entwicklung*, 10(1), 47–55. doi:10.1026//0942-5403.10.1.47
- Ta, V. P., Gesselman, A. N., Perry, B. L., Fisher, H. E., & Garcia, J. R. (2017). Stress of singlehood: Marital status, domain-specific stress, and anxiety in a national U.S. sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(6), 461–485. doi:10.1521/jscp.2017.36.6.461
- Taris, T. W., Stoffelsen, J., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & van Dierendonck, D. (2005). Job control and burnout across occupations. *Psychological Reports*, 97(7), 955–961. doi:10.2466/pr0.97.7.955-961
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 41–53. doi:10.1177/0022146510383499
- Vignoli, M., Muschalla, B., & Mariani, M. G. (2017). Workplace phobic anxiety as a mental health phenomenon in the Job-Demands-Resources Model. *BioMed Research International*, 2017, 1–10. doi:10.1155/2017/3285092
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2006). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(1), 42–47. doi:10.1136/jech.2006.050591
- Wauterickx, N., Gouwy, A., & Bracke, P. (2006). Parental divorce and depression: Long-term effects on adult children. *Journal of Divorce & Remarriage*, 45(3–4), 43–68. doi:10.1300/J087v45n03_03
- Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., & Finch, A. (2004). Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 866–873. doi:10.1007/s00127-004-0869-7

Wood, R. G., Goesling, B., & Avellar, S. (2007). *The effects of marriage on health: A synthesis of recent research evidence*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.

World Health Organization (2018). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved January 23, 2019, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yildirim, I. (2008). Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior and Personality*, 36(5), 603–616.
doi: 10.2224/sbp.2008.36.5.603

13. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (Teil 1–3)*

Tabelle 2: *Verteilung nach den Cut-offs in den BOSS I, BOSS II, im BSI-53 und PSQ-20*

Tabelle 3: *Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS I) zwischen den Arten des Beziehungsstatus*

Tabelle 4: *Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS II) zwischen den Arten des Beziehungsstatus*

Tabelle 5: *Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS I) zwischen den Berufskategorien*

Tabelle 6: *Unterschiede in der Burnoutausprägung (BOSS II) zwischen den Berufskategorien*

Tabelle 7: *Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen den Beziehungsstatusarten*

Tabelle 8: *Signifikanz des GT2-post-hoc-Tests nach Hochberg zu Beziehungsstatus und psychischer Belastung*

Tabelle 9: *Signifikanz des Games-Howell-post-hoc-Tests zu Beziehungsstatus und psychischer Belastung*

Tabelle 10: *Unterschiede in der psychischen Belastung zwischen den Berufskategorien*

Tabelle 11: *Signifikanz des Games-Howell-post-hoc-Tests zu den Berufen und psychischer Belastung*

Tabelle 12: *Unterschiede im BSI-53 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I*

Tabelle 13: *Unterschiede im BSI-53 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II*

Tabelle 14: *Unterschiede im PSQ-20 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I*

Tabelle 15: *Unterschiede im PSQ-20 zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II*

Tabelle 16: *Unterschiede im BSI-53 zwischen hohem und niedrigem subjektiven Stress des PSQ-20*

Tabelle 17: *Unterschiede in der Anzahl der krit. L/E/U während des letzten Jahres zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS I*

Tabelle 18: *Unterschiede in der Anzahl der krit. L/E/U während des letzten Jahres zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen der BOSS II*

Tabelle 19: *Unterschiede im BSI-53 zwischen Personen ohne krit. L/E/U während des letzten Jahres und Personen mit einem/r oder mehreren krit. L/E/U während des letzten Jahres*

Tabelle 20: *Ergebnisse der multiplen linearen Regression für den Globalen Gesamtwert der BOSS I*

Tabelle 21: *Ergebnisse der multiplen linearen Regression für den Globalen Gesamtwert der BOSS II*

14. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Mediationsmodell bezüglich des Burnouts, des Stressses und der psychischen Belastung*

Abbildung 2: *Mediationsmodell bezüglich des Burnouts, der krit. L/E/U und der psychischen Belastung*