

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

# **Das Burnout-Syndrom bei Ärzten**

**Eine qualitative Studie zur Selbstwahrnehmung  
von Ursachen und Lösungsansätzen**

Dissertationsschrift zur Erlangung des  
akademischen Grades Doktorin der Philosophie

vorgelegt von Dipl.-Psych.

Edith Rahner

Berlin, 2011

Erstgutachter: PD Dr. Hans-Uwe Hohner

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ernst-H. Hoff

Tag der Disputation: 30.06.2011

## **Danksagung**

Zunächst möchte mich bei Herrn Dr. Hohner und Herrn Prof. Hoff für ihre wohlwollende Unterstützung und Anregung bedanken. Die angenehme Atmosphäre dieser Abteilung wird mir unvergesslich sein. Auch bei den Interviewpartnern, die mir ihre Zeit und ihr Vertrauen geschenkt haben, möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

Außerdem bedanke ich mich sehr herzlich bei Christin Münz, die sich unermüdlich mit meinem Material auseinandergesetzt hat und die mir eine stete anregende Begleitung und Hilfe war. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen!

Weiterhin möchte ich mich sehr herzlich bei meinem Mann bedanken – für seine Unterstützung und Geduld in vielerlei Hinsicht!

Ebenfalls danke ich meinem Sohn Paul und den Freunden und Familienangehörigen, die mich in technischer und seelischer Hinsicht unterstützt haben.

Großbeeren, 30.11.2011

---

**Inhalt**

<b>1 Zusammenfassung</b> .....	<b>S. 5</b>
<b>2 Einleitung</b> .....	<b>S. 8</b>
<b>2.1 Überblick über die Arbeit</b> .....	<b>S. 16</b>
<b>3 Das Burnout-Syndrom – Definitionen und Forschungshintergrund</b> .....	<b>S. 17</b>
<b>3.1 Definitionen des Begriffs „Burnout-Syndrom“</b> .....	<b>S. 17</b>
3.1.1 Burnout als Zustand.....	S. 17
3.1.2 Burnout als Prozess .....	S. 19
3.1.3 Engagement als Gegenpol zu Burnout .....	S. 19
<b>3.2 Abgrenzung zu anderen Konzepten</b> .....	<b>S. 21</b>
3.2.1 Abgrenzung zu Arbeitsstress.....	S. 21
3.2.2 Abgrenzung zu Depression .....	S. 22
3.2.3 Abgrenzung zum Chronic Fatigue Syndrome .....	S. 22
3.2.4 Weitere Störungen.....	S. 23
<b>3.3 Die Symptomatik des Burnout-Syndroms</b> .....	<b>S. 23</b>
<b>3.4 Diskutierte Ursachen des Burnout-Syndroms</b> .....	<b>S. 24</b>
3.4.1 Stress und Burnout .....	S. 24
3.4.1.1 Stresskonzepte.....	S. 25
3.4.2 Modelle zur Entstehung von arbeitsbedingtem Stress .....	S. 27
3.4.2.1 Das Job Demand-Control-Modell.....	S. 28
3.4.2.2 Das Effort-Reward-Imbalance-Model .....	S. 30
3.4.2.3 Kritik am Job Demand-Control-Modell und ERI-Modell .....	S. 32
3.4.2.4 Das Job-Demands-Resources-Modell.....	S. 33
3.4.2.5 Modell der Burnout-Entstehung von Cordes & Dougherty ....	S. 35
3.4.3 Einzelne für die Burnout-Entstehung relevante Faktoren .....	S. 36
3.4.3.1 Personenbezogene Faktoren.....	S. 36
3.4.3.2 Arbeitsbezogene Faktoren.....	S. 38
3.4.3.3 Demographische Faktoren .....	S. 40
3.4.3.4 Interpersonelle Faktoren .....	S. 41
3.4.3.5 Arbeitszentrierte Lebensgestaltung und Zielkonflikte.....	S. 42
<b>3.5 Prävention und Behandlung</b> .....	<b>S. 45</b>

---

<b>4</b>	<b>Der Arzt in seinem beruflichen System .....</b>	<b>S. 48</b>
<b>4.1</b>	<b>Strukturwandel im Gesundheitswesen .....</b>	<b>S. 48</b>
<b>4.2</b>	<b>Die ärztlichen Arbeitsbereiche.....</b>	<b>S. 55</b>
<b>5</b>	<b>Entwicklung der Fragestellung.....</b>	<b>S. 58</b>
<b>6</b>	<b>Methoden und Durchführung.....</b>	<b>S. 60</b>
<b>6.1</b>	<b>Begründung des qualitativen Vorgehens.....</b>	<b>S. 60</b>
<b>6.2</b>	<b>Datenerhebung und Datenauswertungsmethoden.....</b>	<b>S. 61</b>
6.2.1	Prinzipien qualitativer Forschung .....	S. 61
6.2.1.1	Die Gütekriterien qualitativer Forschung .....	S. 64
6.2.2	Reflexionen über die Rolle der Forscherin .....	S. 68
<b>6.3</b>	<b>Methodologie der Grounded Theory .....</b>	<b>S. 70</b>
6.3.1	Theoretical Sampling .....	S. 72
6.3.2	Datenauswertung .....	S. 72
<b>6.4</b>	<b>Erhebungsansätze .....</b>	<b>S. 78</b>
6.4.1	Teilnehmende Beobachtung .....	S. 78
6.4.2	Das Problemzentrierte Interview.....	S. 79
6.4.3	Das Maslach Burnout Inventory.....	S. 80
<b>6.5</b>	<b>Durchführung der Untersuchung.....</b>	<b>S. 80</b>
6.5.1	Geplanter Ablauf der Untersuchung – Gewinnung von Interviewpartnern .....	S. 81
6.5.2	Der Zugang zum Feld.....	S. 81
6.5.3	Teilnehmende Beobachtung.....	S. 82
6.5.3.1	Therapieansätze.....	S. 83
6.5.4	Tatsächlicher Untersuchungsablauf – Gewinnung von Interviewpartnern .....	S. 84
6.5.5	Gewinnung von Interviewpartnern – Kontrastgruppe.....	S. 87
6.5.6	Das Setting .....	S. 87
<b>6.6</b>	<b>Vorstellung der Untersuchungsteilnehmer .....</b>	<b>S. 88</b>
6.6.1	Durchschnittsalter der Interviewteilnehmer .....	S. 88
6.6.2	Familienstand .....	S. 89
6.6.3	Überblick über die Untersuchungsteilnehmer .....	S. 89
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Studie .....</b>	<b>S. 92</b>

---

<b>7.1 Die Symptomatik des Burnout-Syndroms</b> .....	<b>S. 92</b>
7.1.1 Die Ergebnisse des Maslach Burnout Inventory (MBI).....	S. 96
<b>7.2 Einführung in das Burnout-Entwicklungs-Modells</b> .....	<b>S. 97</b>
<b>7.3 Strukturen des Berufslebens</b> .....	<b>S. 104</b>
7.3.1 Ausgeübte Tätigkeiten der Interviewpartner .....	S. 104
7.3.2 Arbeitszeiten .....	S. 106
7.3.3 Arbeit zu atypischen Zeiten.....	S. 108
7.3.3.1 Ruf- und BereitschaftsdienstS. 110	
7.3.3.2 Schichtdienst .....	S. 116
7.3.3.3 Multiple Arbeitsplätze.....	S. 121
7.3.3.4 Arbeit in der Freizeit .....	S. 122
7.3.3.5 Fazit.....	S. 123
<b>7.4 Fallporträts</b> .....	<b>S. 124</b>
7.4.1 Fallporträt Herr Bauer .....	S. 125
7.4.2 Vergleichendes Fallporträt Herr Grund – Herr Hölzer .....	S. 139
<b>7.5 Beziehungsgestaltung im Berufsleben</b> .....	<b>S. 154</b>
7.5.1 Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kollegen im Krankenhaus.....	S. 155
7.5.2 Zusammenarbeit mit Praxispartnern .....	S. 162
7.5.3 Umgang mit den Patienten .....	S. 163
7.5.4 Lösungswege .....	S. 166
7.5.5 Kontrastgruppe .....	S. 169
7.5.6 Fazit .....	S. 174
7.5.7 Fallporträt Frau Mildner .....	S. 175
<b>7.6 Persönlichkeit, Intrapersonelle Beziehungsgestaltung</b> .....	<b>S. 193</b>
7.6.1 Die „intrapersonelle Beziehungsstörung“ .....	S. 194
7.6.2 Leistungs- und Perfektionsstreben .....	S. 197
7.6.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Umgang mit eigenen Bedürfnissen .....	S. 208
7.6.4 Identifikation mit einem idealisierten Arztbild .....	S. 214
7.6.5 Streben nach finanzieller Absicherung.....	S. 219
7.6.6 Fazit .....	S. 221
7.6.7 Fallporträt Frau Meister.....	S. 222
<b>7.7 Beziehungsgestaltung im Privatleben, Freizeitgestaltung</b> .....	<b>S. 245</b>

---

7.7.1	Burnout-Syndrom und Familie – unterschiedliche Lösungen.....	S. 246
7.7.1.1	Gute Vereinbarkeit von Arbeit und Familie durch die eigene Praxis – Herr Bäumer.....	S. 247
7.7.1.2	bessere Balance von Arbeits- und Privatleben bei beibehaltenem Arbeitsverhältnis – Herr Sperling.....	S. 249
7.7.1.3	Zufriedenheit durch freiberufliche Tätigkeit – Herr Stein.....	S. 254
7.7.2	Allein Erziehende und allein Lebende .....	S. 257
7.7.2.1	Vom Schichtdienst zur Normalarbeitszeit – Frau Schneider .....	S. 257
7.7.2.2	Rückkehr in die Heimatstadt – Frau Mildner.....	S. 259
7.7.2.3	Arbeitszentrierung um die Partnerlosigkeit zu kompensieren – Herr Lopez.....	S. 259
7.7.3	Kontrastgruppe .....	S. 263
7.7.3.1	Vereinbarkeit von Praxis und Familie – Herr Schramert.....	S. 263
7.7.3.2	Bewusste fachärztliche Orientierung wegen der Familie – Herr Tallmer.....	S. 264
7.7.3.3	Teilzeittätigkeit einer Alleinerziehenden – Frau Münde.....	S. 265
7.7.3.4	Krankenhaustätigkeit einer Alleinlebenden – Frau Frey .....	S. 265
7.7.4	Fazit.....	S. 266
7.7.5	Fallporträt Frau Mündel .....	S. 266
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>S. 277</b>
<b>8.1</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>S. 284</b>
8.1.1	Methodische Diskussion.....	S. 284
8.1.2	Inhaltliche Diskussion .....	S. 286
8.1.3	Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug zur Forschungsliteratur.....	S. 288
<b>8.2</b>	<b>Anregungen für weitere Forschungen .....</b>	<b>S. 291</b>
<b>8.3</b>	<b>Empfehlungen für die Anwendung der Ergebnisse in der Beratung.....</b>	<b>S. 294</b>
<b>9</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>S. 298</b>
<b>Anhang:</b>		
	Verzeichnis der Abbildungen.....	S. 320
	Transkriptionsregeln.....	S. 322
	MBI-Ergebnis.....	S. 323

## **1 Zusammenfassung**

Zunächst möchte ich in Form einer gerafften Darstellung einen Überblick über die gesamte Arbeit geben.

### **Hintergrund**

Ärzte gehören nach den Lehrern zu den am stärksten vom Burnout-Syndrom betroffenen Berufsgruppen. Eine Ursache hierfür ist in der steigenden Belastung der Ärzteschaft zu sehen, die in verschiedenen aktuellen Studien belegt werden konnte (vgl. Korzilius, 2003; Kopetsch, 2007; Wegner & Kostova, 2010). Diese steht im Zusammenhang mit dem Strukturwandel im Gesundheitswesen, der parallel zum Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt stattfindet.

International weisen Ärzte deutlich höhere Prävalenzzahlen an Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises auf als die übrige Bevölkerung. Die Suizidrate von Ärzten liegt etwa beim 3fachen der Allgemeinbevölkerung und die Suchtrate ist etwa 2-3 Mal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (McManus et al., 2002; Schernhammer & Colditz, 2004; Mäulen, 2005).

Bislang gibt es keine eindeutige Definition des Burnout-Syndroms, und auch die Ursachen sind noch nicht geklärt. Da das Burnout-Syndrom, wird es nicht rechtzeitig behandelt, zur Entwicklung von Depressionen und Suchterkrankungen führen kann, sind Forschungen hierzu von großer Wichtigkeit. Hierfür finden fast ausschließlich quantitative Methoden Anwendung. Um zu einem tieferen Verständnis des Phänomens zu kommen, fehlen Arbeiten zu der Frage, wie die Betroffenen selbst ihr Arbeits- und Privatleben wahrnehmen, wo die Unterschiede zur Wahrnehmung der Arbeits- und Privatsituation von sich gesund fühlenden Personen liegen und welche Veränderungen Betroffene nach einer Therapie durchführen. Demzufolge lag das Ziel dieser Dissertation darin, diese Faktoren anhand der Berufsgruppe der Ärzte zu untersuchen.

### **Methode**

Mit Hilfe von offenen leitfadengestützten Interviews, teilnehmender Beobachtung und dem Einsatz des Maslach Burnout Inventory wurden zwei Gruppen von Ärzten untersucht: Am Burnout-Syndrom erkrankte Ärzte aus allen relevanten beruflichen



Positionen (Assistenz-, Ober-, Chefärzte, Niedergelassene Ärzte) während und nach einer Therapie (N = 10) und, im Kontrast dazu, sich gesund führende Ärzte als „statistische Zwillinge“ (N = 8). Dabei fanden die Lebensgestaltungsformen eine besondere Beachtung.

Angelegt war die Untersuchung als Längsschnitt-Studie, was sich nur teilweise realisieren ließ. In der Planung und Auswertung der Studie wurde die Methodologie der Grounded Theory zugrunde gelegt.

### **Ergebnisse**

Als eine zentrale Ursache für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms sind interpersonelle Konflikte im Arbeitsbereich (mangelnde soziale Unterstützung, Mobbing, persönliche Konflikte) anzusehen. Dabei spielt die Art der Personalführung eine erhebliche Rolle. Diese Konflikte wurden von den Betroffenen als Auslöser des Burnout-Syndroms wahrgenommen. Eine der Voraussetzungen für die Genesung war eine Konfliktlösung und die Schaffung von positiven interpersonellen Beziehungen im Arbeitsbereich. In der Kontrastgruppe wurden interpersonelle Kontakte zu Kollegen und Patienten bewusst als Ressource gestaltet, die es ermöglichte, stärkere Belastungen zu kompensieren.

Eine weitere wesentliche Ursache für das Burnout-Syndrom ist in einer von den Betroffenen so nicht gewünschten Lebensform der Arbeitszentriertheit mit erheblichen Zielkonflikten zu sehen (Hoff et al., 2005; Hoff, 2006). Dabei fielen in erster Linie die atypischen Arbeitszeiten wie Rufbereitschaften, Schichtdienste, Wochenend- und Nachtdienste ins Gewicht, da hieraus eine Entgrenzung im Sinne des „Verlustes des privaten Schutzraums“ (Jürgens & Voß, 2007) resultiert, was die Erholung stark erschwert und damit zur chronischen Erschöpfung führen kann. Darüber hinaus lag häufig eine Belastung durch viele zu leistende Überstunden vor. In der Folge entwickelten sich Erschöpfungszustände und ein negatives Spillover mit Beziehungsstörungen im privaten Bereich und sozialem Rückzug. Dies wiederum führte zu einer Zunahme der Burnout-Symptomatik, da somit nicht im notwendigen Maße auf Ressourcen aus dem Privatbereich zugegriffen werden konnte, um die Belastungen zu kompensieren.

Im Gegensatz dazu steht die Arbeitsgestaltung der Ärzte aus der Kontrastgruppe. Sie legten sehr viel Wert darauf, Arbeit und Privatleben klar zu trennen. Dabei fanden sich sowohl die Lebensform der Segmentation als auch der Integration (Hoff et al, 2005). In dieser Gruppe diente das Privatleben als Kompensation beruflicher Belastungen.

Durch die Erkrankung kam es zur Neubewertung der bisherigen Arbeits- und Lebensgestaltung. Nach der Therapie fühlten sich diejenigen völlig gesund, denen es gelungen ist, eine Neugestaltung der Lebensform zu finden und dadurch zu einer Balance von Arbeit und Privatleben zu finden. Dies bedeutete meist, das bisherige Arbeitsverhältnis zu verlassen und eine andere Tätigkeit aufzunehmen sowie auf Nebentätigkeiten zu verzichten. Ressourcen im Privatbereich (interpersonelle Beziehungen, Hobbys) wurden intensiviert oder neu geschaffen. Bei den sich nicht gesund fühlenden Personen der Burnout-Gruppe fand sich nur in geringem Maße eine Neubewertung der Arbeits- und Lebenssituation der Lebensform, und es wurden keine grundlegenden Veränderungen durchgeführt.

Als weitere moderierende Faktoren in der Burnout-Syndrom-Entwicklung sind persönliche Werte und Strebungen anzusehen (z.B. Strebungen nach Perfektion, starkes Harmoniestreben, hochgradiger Ehrgeiz und eine Idealisierung des Arztbildes). In der Kontrastgruppe zeigten sich auch hier wieder andere Denk- und Handlungsweisen, z.B. Setzen von Prioritäten, eine Ablehnung der Idealisierung des Arztbildes und Vermeidung von Perfektionismus. Nach der Therapie näherten sich die Werte und Strebungen der gesunden IP der Burnout-Gruppe denen der Kontrastgruppe an. Bei den nicht gesunden IP schienen Faktoren in diesem Bereich das entscheidende Heilungshindernis zu sein. So wurde von ihnen auch benannt, dass sie eine vergleichbare Neubewertung der Dinge anstrebten, ihnen dies aber noch nicht gelungen war und deshalb auch die notwendigen Veränderungen am Arbeitsplatz und im Privatleben noch ausgeblieben waren.

Aus den Untersuchungsergebnissen wurden Empfehlungen für die Beratungspraxis abgeleitet.

## **Diskussion**

Die ursprüngliche Planung, eine relativ große Gruppe von am Burnout-Syndrom erkrankten Ärzten, die in einer Klinik stationär behandelt wurden, zu zwei Zeitpunkten

---

zu befragen, ließ sich nicht durchhalten, da sich nur sehr wenige Ärzte bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen. Ursächlich hierfür ist vermutlich in erster Linie die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen bei Ärzten. Wenn auch die Stichprobe somit recht klein ist, so lassen sich dennoch wichtige Erkenntnisse daraus ableiten. So zeigten sich wesentliche Faktoren als innerhalb der jeweiligen Gruppen durchgängig, und nach der Therapie nähern sich die sich gesund fühlenden Interviewpartner in der Gestaltung von Arbeits- und Privatleben der Kontrastgruppe an.

Die Untersuchung verfolgt keinen Anspruch auf Repräsentativität – es wurde ein bereichsbezogenes theoretisches Modell des Burnout-Geschehens entwickelt. Auf Grund der in wesentlichen Punkten durchgängigen Untersuchungsergebnisse schließe ich, dass die Untersuchungsergebnisse auch auf andere Ärzte übertragbar sind.

## 2 Einleitung

Wie kaum ein anderer Beruf ist der Ärzteberuf bereits seit Jahrtausenden mit einem Ethos verbunden, das hohe Maßstäbe setzt. Der „Eid des Hippokrates“ wurde über mehr als 2000 Jahre hinweg als Richtschnur ärztlichen Handelns gesehen und einige Teile hiervon sind bis heute Bestandteil ärztlicher Ethik.

Arztsein heißt nicht nur, einen Beruf auszuüben. Automatisch ist mit dem Beruf des Arztes ein Bild des selbstlos tätigen, guten Menschen verknüpft. Deutlich wird dies zum Beispiel an der Aussage des ärztlichen Standespolitikers Reichstein:

*„Nur ein guter Mensch kann auch ein guter Arzt sein“ (Reichstein, 1966).*

Obwohl sich die Wahrnehmung des Arztes in der Öffentlichkeit teilweise wandelt und er vielfach nicht mehr als „Halbgott in Weiß“, sondern als Dienstleister gesehen wird, bleibt die Erwartung an den Arzt, er habe ein „guter Mensch“ zu sein, bestehen. Das bedeutet, dass an den Arzt andere Maßstäbe angelegt werden als an Angehörige anderer Berufe, und zumindest von Teilen der Ärzteschaft wird dies auch heute noch als notwendig erachtet. Dies wird zum Beispiel in Publikationen zur ärztlichen Ethik deutlich. So schreibt von Troschke (2005) in „Die Kunst, ein guter Arzt zu sein“:

*„Dagegen ist der „gute Arzt“ ebenso wie der „gute Mensch“ ein Ideal, das in den Kulturen der Welt immer wieder beschrieben wurde. Der in seiner Existenz durch die Erfahrung einer Krankheit zutiefst verunsicherte Mensch wünscht sich einen guten Arzt, der die Hoffnungen auf Hilfe und Heilung erfüllt, der die Ängste vor dem Leiden und Sterben müssen aufhebt, einen „guten Menschen“ eben, der selbstlos handelt und ausschließlich am Wohl seiner Patienten orientiert ist. Der Standespolitiker Reichstein ist Mitte des letzten Jahrhunderts sogar soweit gegangen, in der Einleitung eines Buches über den Arztberuf die These aufzustellen: „Nur ein guter Mensch kann auch ein guter Arzt sein.“ Das Bild vom „guten Menschen“ ist ebenso wie das vom „guten Arzt“ ein Ideal, nach dessen Verwirklichung wir streben, das wir aber nur selten und dann zumeist nur kurzfristig erreichen können.“ (v. Troschke, 2005, S. 157)*

Hier finden wir also in einer erst wenige Jahre alten Publikation die Forderung nach Selbstlosigkeit des Arztes. Zwar wird am Ende des Aufsatzes kurz angesprochen, dass der Arzt auch an seine eigene Gesundheit denken möge, was aber gleich mit dem Ziel des „vorbildlichen Verhaltens“, das der Arzt an den Tag legen sollte, begründet wird. Der Druck, Herausragendes leisten zu müssen, bleibt also bestehen. Wenn man ein „guter Arzt“ sein will, muss demnach das ganze Leben daraufhin ausgerichtet sein. Was aber ist ein „guter Mensch“? In der Ärzteschaft galt als gut (in weiten Teilen der Ärzteschaft bis heute), wer möglichst im Beruf aufgeht und sein eigenes Leben dahinter zurückstellt.

Passend hierzu findet sich im Deutschen Ärzteblatt von 2005 der Leserbrief eines Arztes, der diese Sichtweise sehr anschaulich darstellt und die Entlastung von Ärzten durch das veränderte Arbeitszeitgesetz kritisiert:

*„[...] Als ich 1965 meine Tätigkeit in der Klinik begann, war es selbstverständlich, dass wir bei einer offiziellen Arbeitszeit von 48 Stunden tatsächlich täglich 11 bis 12 Stunden – dazu Samstag bis mittags gearbeitet haben. Es galt für uns auch der Zwang des Normativen, und wir fühlten uns zu dieser Hingabe aber nicht gezwungen. Unser Motiv war, die uns anvertrauten Patienten optimal zu versorgen. Außerdem hatten wir das Bedürfnis, möglichst viel zu lernen – nach einem Lebenssinn haben wir uns dabei nicht gefragt. Unser Ziel war es, ein möglichst guter Arzt zu werden. Häufig haben wir auch bis tief in die Nacht gearbeitet – sei es an der Dissertation, später an Forschungsprojekten, an Veröffentlichungen, an der Vorbereitung von Vorträgen und Fortbildungskursen. Wir empfanden es dabei als Privileg, an einer bekannten Klinik arbeiten zu dürfen. Ab 1977 – aus der Sicht des Chefarztes – haben unsere Ärzte es akzeptiert, täglich ein bis zwei Stunden über die vorgesehene Arbeitszeit hinaus zu arbeiten. Durch ein bis zwei Nachtdienste hat sich das Einkommen der Ärzte ganz wesentlich erhöht, da wir 24 bis 36 Stunden durchgearbeitet haben. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass dies ohne große Probleme möglich ist. Bis Ende der 1990er-Jahre hatten wir ein Überangebot an jungen Klinikärzten, die eine Stelle suchten – sie waren dankbar, wenn sie eingestellt wurden – auch unter der Bedingung, täglich (ohne Vergütung) zwei Stunden Mehrarbeit zu leisten. Dabei ging es darum, nicht nur Personalkosten zu sparen, sondern um eine umfassende*

---

*Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Wenn das Arbeitszeitgesetz jetzt zu Schichtdiensten zwingt, bedeutet dies für die Patienten zweifellos eine Verschlechterung – außerdem führt es zu einer Senkung der Effizienz der ärztlichen Arbeit. Die Problematik langer Arbeitszeiten betrifft übrigens nicht nur die Klinikärzte, sondern auch die niedergelassenen Kollegen. Viele können von einem zehnstündigen Arbeitstag nicht einmal träumen. Lange Arbeitszeiten kollidieren offensichtlich mit dem heutigen Anspruch auf Lebensgenuss. Da die Wertschätzung des ärztlichen Ethos nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch bei den Ärzten zurückgegangen ist, sind diese nicht mehr bereit, eigene Bedürfnisse hintanzustellen und länger zu arbeiten, als es in anderen Berufen üblich ist. Auch wenn den Ärzten die oberste Leitung der Kliniken genommen wurde und wenn ihnen etwas von ihrem Sozialprestige abhanden kam, so sollte dies kein Grund sein, jetzt eine Arbeitszeit wie in der Klinikverwaltung zu fordern – das heißt von acht bis 16 Uhr. Wir stützen ja unser ärztliches Ethos teilweise darauf, dass wir ohne Rücksicht auf eigene Interessen uns voll engagieren, um anderen Menschen zu helfen. Ich bin sicher, dass die Ärzte „alter Schule“ durchaus nicht ausgestorben sind und dass diese in ihrer Arbeit einen außerordentlich befriedigenden Lebensinhalt sehen.“ (Kleen, 2005)*

Auch wenn dieser Arzt heute vermutlich pensioniert ist, spiegelt sich hier doch eine Denkweise, die sich in verschiedenen Aspekten in den Berichten der von mir interviewten Ärzte wieder findet.

Gleichzeitig ist es um die Gesundheit der Ärzte schlecht bestellt. So finden sich beispielsweise bei der Ärzteschaft deutlich höhere Prävalenzzahlen an Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises als in der übrigen Bevölkerung (vgl. Juel & Mosbech et al, 1999; Frank & Biola et al, 2000; McManus et al., 2002). Deutlich wird dies etwa an der Suizidrate der Ärzte. Die Suizidgefährdung von Ärzten gilt international als deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung: So nimmt man für Ärzte an, dass die Rate beim 1-2fachen, für Ärztinnen beim 3-4fachen der Allgemeinbevölkerung liegt (Schernhammer & Colditz, 2004; Mäulen, 2002 & 2005). Warum Frauen stärker gefährdet sind als Männer, ist bislang nicht erforscht. Eine Ursache für die höheren

---

Prävalenzzahlen liegt möglicherweise darin, dass Ärzte dazu neigen, eigene psychische Erkrankungen zu tabuisieren. So berichtet Mäulen (2005) von den Ergebnissen der Internationalen Konferenz für Ärztegesundheit in Chicago, dass es international üblich sei, dass Ärzte psychische Erkrankungen wie Depressionen so weit wie möglich geheim halten, diese als persönliche Niederlage empfänden und deshalb auch nur selten eine Behandlung dieser Erkrankungen für sich in Betracht ziehen. Auf Grund dieser Problematik initiierten die American Medical Association und andere Organisationen eine Konsensus-Konferenz zum Thema „Depression und Suizid bei Ärzten.“ Ziel der Konferenz war die Planung von verschiedenen Maßnahmen, um die Bereitschaft von erkrankten Ärzten zu erhöhen, sich in Behandlung zu begeben und hierdurch möglichst die Suizidrate zu senken. Mäulen (2005) weist darauf hin, dass unter den Ärzten auf dem Höhepunkt ihrer Karriere die Suizidrate besonders hoch sei und dass die Vernetzung von Hilfsangeboten für Ärzte in Deutschland weit unter den Angeboten in anderen Ländern liege.

Die Suchtrate der Ärzte gilt ebenfalls als deutlich höher als die der Allgemeinbevölkerung, es gibt aber nur geschätzte Zahlen. So führt Endres (2000) an, dass etwa 7 – 8 Prozent der Ärzte suchtkrank seien, die Ärztekammer Hamburg hingegen die Prävalenzrate für die Normalbevölkerung auf etwa 3 Prozent schätze. Seit langem wird über die Hintergründe dieser Befunde diskutiert. Bereits 1977 setzte sich Schmidbauer mit dem Konzept des „hilflosen Helfers“ auseinander (Schmidbauer, 1977, 1997). Er postuliert, dass Menschen aus den helfenden Berufen stark gefährdet seien, am „Helfersyndrom“ zu erkranken. Ein vom Helfersyndrom Betroffener versuche, in allen sozialen Beziehungen der Gebende, der Stärkere zu sein. Diese Stärke könne nahezu süchtig begehrt werden und sei dann mit dem Gefühl verknüpft, nichts wert zu sein, wenn die entsprechende Person sich tatsächlich einmal schwach fühle. Es falle entsprechend sehr schwer, die eigenen eigennützigen Bedürfnisse wahrzunehmen und selbst etwas für sich zu fordern, denn der Helfer suche Sicherheit darin, stärker und vitaler als die ihm anvertrauten Menschen zu sein.

Schmidbauer geht davon aus, dass der vom Helfersyndrom Betroffene als Kind zu wenig Beachtung gefunden habe und die Bedürfnisse nach Anerkennung durch die Erwachsenen nicht erfüllt wurden. Diese Problematik führe dann zur Entwicklung einer

Idealisierung, zur Identifikation mit einer „idealen, perfekten Helfer-Gestalt.“ Der Betroffene versuche, diesem Idealbild zu entsprechen und wolle als besonders guter, uneigennütziger Mensch wahrgenommen werden und strebe danach, hierfür eine Anerkennung zu bekommen. Es falle ihm sehr schwer, mit Kränkungen und Kritik umzugehen, da dies leicht als völlige Entwertung der eigenen Person wahrgenommen werde. Die betreffende Person weise häufig keinen Leidensdruck auf, bis sie in eine persönliche Krise gerate und sich dann das bisherige System als unzureichend herausstelle. Schmidbauer sieht in dieser Haltung eine wesentliche Ursache der Burnout-Erkrankung.

Tatsächlich ist die Wahrscheinlichkeit, an einem Burnout-Syndrom zu erkranken, für Ärzte höher als für die meisten übrigen Berufsgruppen. So postuliert Bergner (2007):

*„Burnout ist für Ärzte inzwischen ein „high risk“, sie stellen nach Lehrern die am häufigsten betroffene Berufsgruppe – Tendenz weiter steigend.“ (Bergner, 2007, S. 15)*

Beim Burnout-Syndrom handelt es sich um einen Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, der besonders bei den Angehörigen helfender Berufe (Pines et al., 1981, 1983) gehäuft auftritt. Wird die Erkrankung nicht rechtzeitig behandelt, kann es zur Entwicklung von Depressionen und Suchterkrankungen kommen.

Dass Ärzte vom Burnout-Syndrom stark betroffen sind, ist in verschiedenen Studien nachgewiesen worden. Rottenfußler (1998, 1999) kommt in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass 77,7 Prozent der befragten Vertragsärzte (132 von 170) unzufrieden mit ihrer Arbeit sind oder bereits resigniert haben. Mehr als ein Viertel der Befragten (27,7 Prozent) sieht sie als Burnout-gefährdet oder bereits ausgebrannt an. Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard und Azoulay (2007) weisen darauf hin, dass etwa 50 Prozent der intensivmedizinisch tätigen Ärzte an einem schweren Burnout-Syndrom leiden. In die gleiche Richtung weist die Untersuchung von Goehring, Bouvier Gallacchi, Künzi und Bovier (2005). Sie befragten Schweizer niedergelassene Ärzte. Hierbei zeigten etwa ein Drittel der Ärzte mäßige bis hohe Werte für Burnout in einzelnen Burnout-Dimensionen. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Untersuchung von Amstutz et al. (2001): 23 Prozent



der befragten psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzte zeigen mittlere Burnout-Werte, 18 Prozent hohe Werte (befragt wurden frei praktizierende Ärzte, Assistenzärzte und Ärzte in Führungspositionen, 307 Personen wurden eingeschlossen).

Die Burnout-Erkrankung hat Auswirkungen auf das professionelle Handeln, also auf die Behandlung der Patienten dieser Ärzte. Dies ist bei Ärzten besonders gravierend, da die Gesundheit der ihnen anvertrauten Patienten dadurch beeinträchtigt werden kann. So hat zum Beispiel Kemper (1990) beschrieben, welche Haltungen und Verhaltensweisen bei überlasteten Ärzten zu finden sind: Der betroffene Arzt vermeidet die Begegnung und das Gespräch mit dem Patienten, beschreibt die eigene Arbeit als zwecklos, arbeitet hastig, stellt die Medikation und das Instrumentarium in den Vordergrund, beklagt die mangelnde Mitarbeit des Patienten und überschätzt oder unterschätzt die Heilungschancen.

Morita et al. (2002) befragten 697 japanische Krebsärzte hinsichtlich ihrer Einstellung zur Sedierung von schwerstkranken Krebspatienten. Gleichzeitig wurde den Ärzten das Maslach Burnout Inventory (MBI) vorgelegt. Es zeigte sich, dass Ärzte, die im MBI hohe Werte erreichten, also vermutlich stärker von Burnout betroffen waren, häufiger eine kontinuierliche tiefe Sedierung der Patienten auswählten.<sup>1</sup>

Diese Arbeiten deuten darauf hin, dass die Verfassung des behandelnden Arztes einen wesentlichen Einfluss auf die Wahl der Therapie haben und dies in der Folge zu erheblichen Auswirkungen auf die Befindlichkeit der Klienten führen kann, und sie verdeutlichen die Relevanz der Forschungen zum Burnout-Syndrom besonders für den ärztlichen Bereich.

Trotz der zahlreichen Arbeiten zum Thema Burnout sind viele Forscher der Ansicht, dass bislang das Syndrom nicht wirklich verstanden wurde und regen deshalb weitere Untersuchungen an, besonders mit Hilfe von qualitativen Methoden. So äußert beispielsweise Burisch:

---

<sup>1</sup> Einen ähnlichen Ansatz wählte Kop et al. (2001). Er untersuchte 358 niederländische Polizisten auf das Ausmaß von Burnout-Symptomen mit Hilfe des MBI, außerdem wurden sie hinsichtlich ihrer Einstellung zum Einsatz von Gewalt befragt und auf ihren Streifenfahrten begleitet und beobachtet. Auch hier zeigte sich ein deutlicher Einfluss des Ausmaßes von Burnout-Symptomen auf die tägliche Arbeit: Die stärker vom Burnout-Syndrom betroffenen Polizisten standen der Gewaltanwendung deutlich positiver gegenüber als nicht so stark Betroffene und wendeten auch signifikant mehr Gewalt an.

---

*„Bei allen offensichtlichen Schwächen halte ich sogar retrospektive Untersuchungen („Wie fing es an? Wie haben Sie es überwunden?“) für sinnvoller als das gegenwärtig beliebte Vorgehen, Burnout-Fragebögen im Querschnitt mit allen erdenklichen anderen Variablen zu korrelieren.“ (Burisch, 1994, S. 209)*

Rösing (2003) postuliert ebenfalls den dringenden Bedarf an neuen Forschungsansätzen, die über die bisherige quantitative Forschung hinausgehen:

*„Aber was ist denn Burnout? Sind das wirklich nur ein paar Kreuzchen auf der rechten Seite eines Blattes Papiers? Ist mein Burnout genauso wie Deines? [...] Wie sehen, deuten, umschreiben ausgebrannte Menschen ihre Verfassung, wie ordnen sie diese ein, wie geben sie dem, woran sie leiden, Sinn? Sofern wir es nicht selbst erfahren haben, wissen wir wirklich, wie das Leiden aussieht? Welche Sprache es spricht? Welche Verzweiflung es zeitigt?“ (Rösing, 2003, S. 251-252)*

Ich habe mich entschieden, diese Forderungen von Burisch und Rösing aufzugreifen, welche die Betroffenen wieder zu Wort kommen lassen sollen. Mit Hilfe einer qualitativen Untersuchung wollte ich neue Grundlagenerkenntnisse erarbeiten über die Selbstwahrnehmung der beruflichen Situation, des professionellen Handelns und der Lebensgestaltung von am Burnout-Syndrom erkrankten Ärzten während und nach einer entsprechenden Therapie im Vergleich mit Ärzten, die sich frei von Burnout-Symptomen fühlen. Dabei interessierte besonders, wie die erkrankten Ärzte ihr Arbeitsleben nach der Therapie gestalten und welche Faktoren sie als wesentlich für eine Überwindung des Burnout-Syndroms erleben.

Die Dissertation ist als Grounded-Theory-Studie (Glaser/Strauss 1967, Strauss/Corbin 1996) angelegt, um eine größtmögliche Offenheit den Daten gegenüber gewinnen und somit zu tief greifenden und umfassenden neuen Erkenntnissen gelangen zu können. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgten nach den Regeln der Grounded Theory.

## **2.1 Überblick über die Arbeit**

Im Anschluss an diese Einführung werde ich im nachfolgenden dritten Kapitel auf das Phänomen „Burnout-Syndrom“ eingehen, indem ich Definitionen des Burnout-Syndroms vorstelle sowie die Symptomatik und die vermuteten Entstehungsmechanismen erläutere. Im vierten Kapitel werde ich einen Einblick in den Strukturwandel im Gesundheitswesen und in die Arbeitssituation von Ärzten geben.

Im fünften Kapitel wird die Entwicklung der Fragestellung aufgezeigt.

Kapitel sechs beinhaltet die Beschreibung der in der Untersuchung angewandten Methoden und eine Darstellung der Untersuchungsdurchführung.

Im siebten Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt. Hier wird das erarbeitete „Burnout-Entwicklungs-Modell“ expliziert und die verschiedenen Facetten der Burnout-Syndrom-Entstehung und – Überwindung werden beschrieben. Fallporträts von verschiedenen Untersuchungsteilnehmern ergänzen die Darstellung. Die Diskussion der Ergebnisse schließt das Kapitel ab.

Im letzten Kapitel findet sich eine aus den Untersuchungsergebnissen heraus entwickelte Checkliste für die Beratung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich, besonders bei allgemeinen Ausführungen, überwiegend die männliche Form. Der Leser bzw. die Leserin möge sich bitte abwechselnd weibliche und männliche Personen vorstellen. Desgleichen habe ich ebenfalls aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Verwendung von Dokortiteln bei den Untersuchungsteilnehmern verzichtet. Die promovierten Untersuchungsteilnehmer mögen mir verzeihen.

### **3 Das Burnout-Syndrom – Definitionen und Forschungshintergrund**

Obwohl der Begriff „Burnout-Syndrom“ erstmals von Bradley (1969) benützt wurde, wird er im Allgemeinen mit dem amerikanischen Psychoanalytiker Freudenberger (1974, 1980 a, b) verbunden. Er beobachtete und beschrieb einen psychischen und physischen Abbau bei den meist ehrenamtlichen Mitarbeitern alternativer Hilfsorganisationen, den er als „staff burn-out“ bzw. als „Erschöpfungssyndrom“ bezeichnete. Dieses Phänomen beobachtete er vermehrt bei den Helfern, die ursprünglich besonders hoch motiviert, pflichtbewusst und engagiert waren. Allmählich veränderte sich ihre Haltung: Sie zogen sich mehr und mehr von den Klienten zurück und gleichzeitig zeigten sie zunehmenden Zynismus, Reizbarkeit und Depressivität.

#### **3.1 Definitionen des Begriffs „Burnout-Syndrom“**

Bis heute gibt es keine allgemein verbindliche Definition des Burnout-Syndroms, und es nicht geklärt, ab wann überhaupt von einem Burnout-Syndrom gesprochen werden kann. Von Savicki & Cooley (1983) wurde vorgeschlagen, nur bei Symptomen in allen drei MBI-Kategorien von einem Burnout-Syndrom zu sprechen, wobei sie keinen bestimmten Punktwert benannten, der für die Diagnosestellung notwendig wäre. Es gibt bis heute keine allgemein verbindliche Richtlinie zur Klassifizierung der Stadien, was die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen erschwert.

Unzählige Forscher haben ihre Sichtweise des Phänomens dargestellt. Schaufeli & Buunk (2002) unterscheiden dabei in ihrer Metaanalyse zwei Hauptströmungen: Die Einteilungen in „State definitions“ (Zustands-Definitionen) und „Burnout as a dynamic process“ (Prozess-Definitionen).

##### **3.1.1 Burnout als Zustand**

Zunächst stelle ich exemplarisch einige Arbeiten vor, die in die Kategorie der „State definitions“ fallen. So beschreiben Pines et al. (1983) Burnout als Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung durch andauernde oder wiederholte Belastungen bei den Angehörigen helfender Berufe.

Zu den bedeutsamsten Arbeiten dieser Kategorie werden die von Maslach et al. (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, 1982; Maslach, Jackson & Leiter, 1996) gezählt. Maslach sieht im Gegensatz zu Freudenbergler eher die Zurückhaltenden, wenig Selbstbewussten als gefährdet an. Maslach (1996) postuliert ein Dreikomponentenmodell, das folgende Burnout-Dimensionen enthält:

- **Emotionale Erschöpfung**
- **Depersonalisation** (unpersönliche Einstellung gegenüber den Patienten/Klienten, Patient als Objekt)
- **Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit.**

Auf diesem Modell aufbauend entstand das Maslach Burnout Inventory (MBI, gegenwärtig aktuelle Version: 1996), das sich als das am häufigsten eingesetzte Instrument der Burnout-Forschung herauskristallisiert hat und auch in der Diagnostik häufig eingesetzt wird (vgl. Enzmann & Kleiber, 1989).

Brill (1984, S. 15) ergänzt die bisher genannten Definitionen um neue Aspekte:

*„Burnout is an exceptionally mediated, job-related, dysphoric and dysfunctional state in an individual without major psychopathology, who has (1) functioned for a time at adequate performance and affective levels in the same job situation and who (2) will not recover to previous levels without outside help or environmental rearrangement.“*

Es wird hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Burnout in jeder Art von Berufstätigkeit entstehen kann und nicht auf die helfenden Berufe beschränkt ist. Entsprechende Phänomene bei inkompetenten Personen und solchen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen sollen allerdings nicht dem Burnout-Syndrom zugeordnet werden.

Schaufeli & Buunk (2002) fassen typische Elemente der State-Definitionen zusammen: Dysphorische Symptome und emotionale Erschöpfung stehen im Vordergrund. Hinzu

kommen psychische und physische Symptome, die mit Verhaltensveränderungen einhergehen. Das Burnout-Syndrom steht in Zusammenhang mit Arbeit und tritt bei „normalen“ Personen auf. Es wird eine Verminderung der persönlichen Leistungsfähigkeit wahrgenommen.

### **3.1.2 Burnout als Prozess**

Bei den folgenden Definitionen wird der Prozesscharakter des Burnout-Syndroms betont. So beschreiben Edelwich & Brodsky die Entwicklung als *„progressive loss of idealism, energy, and purpose experienced by people in the helping professions as a result of conditions in their work“* (Edelwich & Brodsky, 1980, S. 14).

Cherniss postuliert, dass es sich beim Burnout-Syndrom um eine Reaktion auf Arbeitsstress handelt:

*„Burnout refers to a process in which the professionals’ attitudes and behaviour change in negative ways in response to job strain.“* (Cherniss, 1980 a, S. 5)

Schaufeli & Buunk (2002) fassen als zentrale Aspekte der Prozess-Definitionen zusammen, dass das Burnout-Syndrom mit Stress beginnt, der durch die Diskrepanz zwischen den individuellen Erwartungen und Idealen auf der einen Seite und der harten Realität des täglichen Arbeitslebens auf der anderen Seite entsteht. Dabei ist es unerheblich, ob dieser Stress bewusst wahrgenommen oder über einen längeren Zeitraum unbemerkt bleibt. Allmählich fühlen sich die Betroffenen psychisch belastet und beginnen deshalb, ihre Haltung der Arbeit und den Personen gegenüber, mit denen sie arbeiten, zu verändern. Am Ende dieses Prozesses steht dann das Burnout-Syndrom. Dabei wird in den meisten Prozess-Definitionen die Art des Copings mit Stress als entscheidend für die Burnout-Syndrom-Entwicklung angesehen.

### **3.1.3 Engagement als Gegenpol zu Burnout**

Vor einigen Jahren ist ein neuer Aspekt in die Diskussion eingebracht worden: Engagement als Gegengewicht zu Burnout. In der Burnout-Forschung wurde eine Vielzahl von Faktoren untersucht, die Einfluss auf die arbeitsbezogene Gesundheit haben und damit die Entwicklung von Burnout fördern oder verhindern können. Ziel dieser

Untersuchungen war zumeist, negative Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit abzustellen und die Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen zu verbessern. In diese Richtung zielt auch die Erweiterung des Burnout-Konzeptes um das Konzept des Engagements als positiver Gegenpol zu Burnout (vgl. Maslach, 2000; Demerouti et al. 2001; Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002; Schaufeli & Bakker, 2003; Schaufeli & Bakker, 2004).

Schaufeli, Salanova, González-Romá und Bakker (2002) bieten als Definition von Engagement:

*„(...) a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption. Rather than a momentary and specific state, engagement refers to a more persistent and pervasive affective cognitive state that is not focused on any particular object, event, individual, or behavior.”*  
(Schaufeli et al., 2002, S. 74)

Maslach (2000) postuliert, dass Engagement und Burnout gegensätzliche Pole auf einem Kontinuum darstellen. Hierbei entstehe Burnout, wenn bestimmte Aspekte der Arbeit wie das Ausmaß der Arbeitsbelastung, Kontrolle, Anerkennung usw. nicht mit den Vorstellungen, Werten und Zielen der Beschäftigten übereinstimmen. Engagement hingegen entstehe als Ergebnis von gelungenen Anpassungsprozessen von Person und Arbeitsumgebung. Dabei enthalte Engagement als positiv wahrgenommene Aspekte von Burnout – so ist das Engagement im Gegenteil von Burnout nicht durch Erschöpfung, sondern durch eine hohe Leistungsfähigkeit gekennzeichnet, im Unterschied zu Zynismus zeige sich ein hohes Involvement, und die Betroffenen empfinden eine hohe Effizienzwahrnehmung statt eines reduzierten Wirksamkeitserlebens.

Schaufeli et al. kritisieren dieses Konzept (Schaufeli et al., 2002; Schaufeli & Bakker, 2003). Die Annahme eines Burnout-Engagement-Kontinuums habe zur Folge, dass die beiden Konzepte einander ausschließen würden, was empirisch nicht erkennbar sei. So seien demnach engagierte Menschen nicht ausgebrannt und ausgebrannte Personen nicht engagiert. Darüber hinaus weisen sie auf das methodische Problem hin, dass die Messung des Zusammenhangs zwischen Burnout und Engagement mit einer großen

Fehleranfälligkeit behaftet ist, wenn gemäß dem Vorschlag von Maslach (2000) beide Konstrukte mit dem gleichen Instrument erfasst werden sollen.

Schaufeli und Bakker (2003) sehen hingegen Engagement und Burnout als weitgehend voneinander unabhängige Konzepte, die moderat negativ korrelieren. Allerdings weisen jüngere Arbeiten von Schaufeli et al. darauf hin, dass einzelne Dimensionen der Burnout- und Engagementkonzepte möglicherweise doch Endpunkte von Kontinuen darstellen (González-Roma, Schaufeli, Bakker & Lloret, 2006). So zeigen zynisch-distanzierte Personen weniger Hingabe für die Arbeit und erschöpfte Menschen fühlen sich weniger vital. Schaufeli et al. untersuchten den Einfluss von Burnout auf das Engagement und die Verbundenheit von Mitarbeitern mit ihrer Organisation (Geurts, Schaufeli & de Jonge, 1998; Schaufeli & Bakker, 2004). Dabei zeigten sie, dass nicht nur das Ausmaß von Burnout bei den Beschäftigten selbst, sondern auch das Ausmaß von Burnout von Vorgesetzten Einfluss auf das Engagement haben. Gestützt wird diese Erkenntnis durch Harris & Artis (2005). Sie konnten zeigen, dass an Burnout erkrankte Vorgesetzte einen sehr großen Einfluss auf das Engagement, die Arbeitszufriedenheit und die Verbundenheit mit der Organisation der Beschäftigten haben.

### **3.2 Abgrenzung zu anderen Konzepten**

Da sich teilweise Überschneidungen vom Burnout-Syndrom mit anderen Konzepten zeigen, werden diese in der Forschung diskutiert. Ich möchte im Folgenden die wichtigsten angrenzenden Konzepte kurz darstellen.

#### **3.2.1 Abgrenzung zu Arbeitsstress**

Arbeitsstress kann vom Burnout-Syndrom bereits über die Definition abgegrenzt werden. Laut Rösing (2003) handelt es sich bei Arbeitsstress eher um eine temporäre Überlastung, die überwunden werden kann.

Maslach (1993) postuliert, dass sich im Rahmen der Burnout-Syndrom-Entwicklung eine negative Haltung und auch ein entsprechendes Verhalten der Arbeit, den Adressaten der Arbeit und der Organisation gegenüber einstellen. Arbeitsstress jedoch sei nicht zwangsläufig von solchen Veränderung begleitet.

Burisch (2006) weist darauf hin, dass auch in Berufen, die als sehr belastet durch Arbeitsstress angesehen werden, die Burnout-Raten nicht höher seien als in der



Allgemeinbevölkerung. So verweist er beispielsweise auf die Untersuchung von Lewiston (1981), in der Pflegepersonal unheilbar Kranker mittels MBI untersucht wurde. Es zeigten sich keine Abweichungen von den Normdurchschnitten. Personen mit intensivem Patientenkontakt wiesen zwar höhere Scores für emotionale Erschöpfung auf als Personen mit wenigen Patientenkontakten, dafür hatten sie niedrigere Scores im Bereich Depersonalisation.

### 3.2.2 Abgrenzung zu Depression

Die Abgrenzung von Depression und Burnout ist bislang nicht endgültig geklärt, da es erhebliche Überschneidungen gibt. Hallsten beschreibt das Burnout-Syndrom als „*a form of depression that results from the process of burning out*“ (Hallsten, 1993, S. 99).

Schaufeli und Enzmann (1998) fanden in ihrer Meta-Analyse von zwölf Studien zu Burnout einen gemeinsamen Anteil der Varianz von 26 Prozent zwischen Depression und der Burnout-Dimension „emotionale Erschöpfung“. In einer finnischen Querschnittstudie konnte nachgewiesen werden, dass die Hälfte der Personen, die schwere Burnout-Symptome aufwiesen, gleichzeitig auch deutliche Anzeichen von Depression zeigten (Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Nykyri, Aromaa et al., 2005). Ahola et al. weisen darauf hin, dass Depression und Burnout einander ergänzen und sich teilweise überlappen. Ahola und Hakanen (2007) präzisieren, dass chronische Stresszustände zu Depressionen führen können, Depression und Burnout-Syndrom aber nicht gleichzusetzen seien.

### 3.2.3 Abgrenzung zum Chronic Fatigue Syndrome

Auch beim Burnout-Syndrom und dem Chronic Fatigue Syndrom (CFS, ICD 93.3) gibt es erhebliche Überschneidungen in der Symptomatik. Im Vordergrund des CFS steht eine schwere geistige und körperliche Erschöpfung, die länger als sechs Monate andauert und für die sich keine körperliche Ursache finden lässt. Ruhe führt nicht zum Verschwinden der Erschöpfung, und Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sind vermindert (Richter & Rath, 2005). Schaufeli & Buunk (2002) fügen als mögliche weitere Symptome noch Muskelschwäche, Kopf- und Gelenkschmerzen und Schlafstörungen an. Im Unterschied zu Burnout könne das CFS verschiedene Systeme des Körpers betreffen – so seien zum Beispiel neurologische, immunologische, hormonelle, gastrointestinale und

muskuloskelettale Probleme im Zusammenhang mit dem Chronic Fatigue Syndrome beschrieben worden. Das Burnout-Syndrom hingegen sei ein primär psychisches Problem und immer im beruflichen Kontext zu sehen, wohingegen die Ursache des CFS unklar, aber nicht mit bestimmten Lebensbereichen in Verbindung zu bringen sei (Schaufeli & Buunk, 2002). Allerdings postulieren verschiedene Forscher, dass das Burnout-Syndroms auch zahlreiche physische Störungen nach sich ziehen kann. Hierauf gehe ich im Kapitel 3.3 näher ein.

### **3.2.4 Weitere Störungen**

Auch Schlaf- und Angststörungen können zu dem Burnout-Syndrom ähnlichen Entwicklungsverläufen führen (vgl. Nil et al., 2010). Alkoholmissbrauch und Burnout sind in sofern in Zusammenhang zu bringen, als das Trinken von Alkohol als dysfunktionale Copingstrategie angesehen werden kann. Ahola et al. (2006) konnten zeigen, dass mit einer Steigerung von einem Punktwert auf der Burnout-Skala die Rate an Alkoholabhängigkeit bei Frauen um 80 Prozent und bei Männern um 51 Prozent anstieg.

### **3.3 Die Symptomatik des Burnout-Syndroms**

Im nun folgenden Unterkapitel möchte ich erläutern, wie sich das Burnout-Syndrom äußert und welche Auswirkungen es haben kann. Die Symptomatik ist sehr vielgestaltig. Burisch (1994) hat die bis zum Zeitpunkt des Erscheinens seines Buches in der Forschungsliteratur häufig genannten Symptome in Kategorien eingeteilt und in Form eines phasenhaften Verlaufes aufgelistet. Auf Grund der Fülle an Symptomen beschränke ich mich auf die Nennung der Kategorien (Burisch, 1994, S.18 -19).

- 1. Warnsymptome der Anfangsphase** (vermehrtes Engagement für Ziele, Erschöpfung)
- 2. Reduziertes Engagement** (für Klienten, Patienten etc., für andere allgemein, für die Arbeit)
- 3. Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisungen** (z.B. Depression, Aggression)
- 4. Abbau** (der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Motivation, der Kreativität; Entdifferenzierung)
- 5. Verflachung** (des emotionalen, sozialen, geistigen Lebens)

## **6. Psychosomatische Reaktionen**

### **7. Verzweiflung**

In zahlreichen Studien wurden die Zusammenhänge von physischen und psychischen Erkrankungen und dem Burnout-Syndrom untersucht. So wiesen beispielsweise Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira (2006) nach, dass das Burnout-Syndrom schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Sie bringen die Entwicklung eines metabolischen Syndroms, Schlafstörungen, systemische Entzündungen, geschwächte Immunabwehr, gestörte Blutgerinnung und gestörte Gesundheitsverhaltensweisen mit dem Burnout-Syndrom in Verbindung. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Finnish Health 2000 Study (Honkonen, Ahola, Pertovaara, Isometsa et al., 2006). Hier wurden 11.000 Angestellte untersucht, und es zeigten sich im Zusammenhang mit einem Burnout-Syndrom ebenfalls eine erhöhte Gerinnungsneigung des Blutes, erhöhte Entzündungsneigung, Störungen der Stresshormonausschüttung und Schlafstörungen.

### **3.4 Diskutierte Ursachen des Burnout-Syndroms**

Wie eingangs bereits beschrieben, gibt es zahlreiche Theorien über die Entstehung des Burnout-Syndroms. Ich möchte im folgenden Kapitel zunächst verschiedene Konzepte vorstellen, welche für die Burnout-Forschung von Bedeutung sind, und dann auf weitere Faktoren eingehen, die als ursächlich für die Erkrankung angesehen werden.

#### **3.4.1 Stress und Burnout**

Dass zwischen Stress und Burnout-Syndrom-Entwicklung ein Zusammenhang besteht, ist von Beginn der Burnout-Forschung an betont worden (vgl. Maslach, 1982; Pines et al, 1981; Maslach & Leiter, 1997). Beispielhaft für die aktuelle Forschung möchte ich die Untersuchungen von McManus, Winder und Gordon (2002) nennen. Sie haben die Zusammenhänge zwischen einzelnen Burnout-Dimensionen und Stress untersucht und kommen zu dem Schluss, dass Erschöpfung und reduzierte Leistungsfähigkeit typische Stressreaktionen darstellen. Depersonalisation, Zynismus und eine verminderte subjektive Leistungsbewertung beeinflussen die Wahrnehmung von Stress, sie seien aber nicht durch Stress hervorgerufen. Gleichzeitig stelle die Depersonalisation und der

Zynismus Abwehrmechanismen gegenüber dem Stressempfinden dar. Die Wahrnehmung von Stress werde durch eine verminderte subjektive Arbeitseffektivität verstärkt (McManus et al., 2002).

### 3.4.1.1 Stresskonzepte

Zum besseren Verständnis der Zusammenhänge von Burnout-Entwicklung und Stress möchte ich nun einen Überblick über die für das Thema relevanten Stresskonzepte geben. Vorausschickend möchte ich einige in diesem Zusammenhang relevanten Begriffe erläutern:

Der Begriff „Stress“ stammt ursprünglich aus dem technischen Bereich und wurde durch Selye (1946) erstmals im Bereich der Humanwissenschaften benützt, um damit allgemein Reaktionen des Körpers auf Anforderungen zu bezeichnen. Als „Stressoren“ werden Faktoren bezeichnet, die möglicherweise Stress auslösen. Bei der „Stressbewältigung“ oder dem „coping“ handelt es sich um Maßnahmen, mit denen die betreffende Person versucht, den Stresszustand zu mildern oder zu beenden. Mit „Stressfolgen“ werden körperliche und/oder seelische Beeinträchtigungen durch langfristig einwirkenden Stress bezeichnet.

Vergleichbar mit der Problematik, den Begriff „Burnout“ allgemein verbindlich zu definieren, gibt auch keine verbindliche Definition des Stress-Begriffs. So fand Van Dijkhuizen (1980) in der Literatur rund 40 verschiedene Stress-Definitionen. Allerdings gibt es weitgehende Einigkeit dahingehend, dass sich die Stresskonzepte in drei Hauptgruppen unterteilen lassen (Semmer, 1984, Buunk et al, 1998):

- **Stimuluskonzepte (reizorientierter Ansatz):** Hier wird Stress als Ereignis (Stressor) verstanden, der eine bestimmte Stressreaktion erzeugt (vgl. Havighurst, 1948; Hobfoll, 1989).
- **Responsekonzepte (reaktionsorientierter Ansatz):** In diesem Konzept wird Stress als Reaktion auf Belastungen definiert. Ein wichtiger Vertreter dieses Ansatzes ist Selye. Selye (1946) postuliert in seinem Konzept des Allgemeinen Adaptationssyndroms einen dreistufigen Prozess der Stressverarbeitung - Alarmreaktion, Widerstandsphase und Erschöpfungsphase.

In der Alarmphase, die durch einen Stimulus ausgelöst wird, kommt es zur Ausschüttung von Stresshormonen (Noradrenalin, Adrenalin). Dies führt unter anderem zur Erhöhung des Blutdruckes und des Pulsschlages, der Sympathikus wird aktiviert, Zucker- und Fettreserven werden vom Körper bereitgestellt, um im Notfall der Muskulatur zur Verfügung zu stehen. Die Muskulatur weist einen höheren Tonus auf, Verdauungs- und Sexualfunktionen werden verringert und die Immunabwehr des Körpers wird geschwächt.

Wird der Stimulus nach kurzer Zeit beendet, erfolgt eine Erholungsphase, in der sich alle physiologischen Parameter wieder normalisieren.

Bleibt der Reizzustand bestehen oder erfolgen kurz hintereinander immer neue Stimuli, geht der Körper in die Widerstandsphase über. In dieser Phase bleibt eine erhöhte Widerstandsfähigkeit dem ursprünglichen Stimulus gegenüber bestehen. Eine dauerhafte Erhöhung von Nebennierenhormonen kann besonders bei geringer körperlicher Betätigung (diese unterstützt den Abbau von Stresshormonen) zu Folgewirkungen wie dauerhaft verminderter Immunabwehr, erhöhter Thromboseneigung, erhöhter Arterioskleroseneigung und Konzentrations- und Lernstörungen führen.

Bei lang andauernder Stress-Situation kann die Erschöpfungsphase eintreten, in der nochmals die Symptome der Alarmreaktion auftreten und schließlich chronisch werden.

Die hier beschriebenen Folgen von dauerhaft wahrgenommenem Stress decken sich in weiten Teilen mit den Beschreibungen der körperlichen Symptome eines Burnout-Syndroms. So konnten beispielsweise bei Burnout-Patienten erhöhte Kortisol-Werte und eine erhöhte Herzfrequenz nach dem Aufwachen nachgewiesen werden (Melamed et al., 1999; Grossi et al., 2003).

- **Transaktionale Konzepte:** Stress wird erst durch komplexe Interaktionen zwischen Person und Umwelt wahrgenommen und definiert (vgl. Bodenmann, 2000). Das wichtigste Konzept dieser Gruppe wurde von Lazarus & Folkman (1984) entwickelt – die kognitiv-transaktionale Stresstheorie nach Lazarus. Dabei ist die Einschätzung der Person, ob sie glaubt, die Situation bewältigen zu können

oder nicht, Grundlage des Modells. Persönlichkeitsfaktoren und Variablen der Situationswahrnehmung sind dabei von zentraler Bedeutung. So werden in diesem Konzept nicht die objektiv messbaren Merkmale eines Stimulus in Hinblick auf den Stressgehalt gewertet, sondern welche Überlegungen, Gedanken und Emotionen die Person mit der Situation verknüpft. Die individuelle Bewertung der Situation wird ebenfalls in drei Stufen beschrieben:

In der ersten Phase, Primary appraisal genannt, wird der Stimulus wahrgenommen und auf den Grad der Gefährlichkeit hin eingeschätzt.

Die zweite Phase, Secondary appraisal, ist durch die Prüfung der Situation in Hinblick auf psychische und physische mögliche Schäden, die in Folge der Situation eintreten können, gekennzeichnet. Alternative Möglichkeiten der Bewältigung werden in Betracht gezogen und schließlich wird auf der Grundlage der Persönlichkeitsstruktur eine Bewältigungsstrategie gewählt – zum Beispiel Angriff, Flucht oder Vermeidung von aversiven Situationen.

In einer dritten Phase, der Neubewertung, wird die ursprüngliche Situation nochmals bearbeitet. Nun kann es zur Anpassung an eingetretene Veränderungen kommen, was auch dauerhafte pathologische Verhaltensweisen einschließen kann.

### **3.4.2 Modelle zur Entstehung von arbeitsbedingtem Stress**

Die eben beschriebenen Modelle beschäftigen sich ganz allgemein mit wahrgenommenem Stress. Die Arbeits- und Organisationsforschung untersucht auf diesen Modellen aufbauend arbeitsbedingten Stress und stressbedingte Erkrankungen. Dabei finden neben den Risikofaktoren der Arbeitswelt auch förderliche Faktoren Beachtung, welche die Gesundheitserhaltung, die persönliche Weiterentwicklung und das psychische Wachstum fördern können – gemeinhin als Ressourcen bezeichnet. Beide gemeinsam haben einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten (vgl. Grossmann & Scala, 1994; Pelikan, 2007).

In arbeitsbezogenen Stressmodellen werden die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren wie (Fehl-)Beanspruchung und Belastung und Ressourcen analysiert sowie die entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten untersucht.

### 3.4.2.1 Das Job Demand-Control-Modell

Hier ist zunächst das „Job Demand-Control-Modell“ (JDC-Modell) von Karasek (1979) zu nennen. Dieses Modell gehört zu den wichtigsten Modellen im Bereich der Arbeits- und Organisationsforschung und stellt eine Grundlage für inzwischen zahlreiche Weiterentwicklungen dar (z.B. Johnson & Hall, 1988; Karasek & Theorell, 1990). Entwickelt wurde das JDC-Modell, um Richtlinien und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsqualität bereitzustellen.

Der Ausgangspunkt ist die Hypothese Karaseks, dass das Ausmaß an Stress-Belastung der Beschäftigten nicht durch einzelne Aspekte der Arbeit definiert wird, sondern durch die Kombination der Anforderungen, die an den Betreffenden durch die Arbeitsbedingungen gestellt werden, und den Möglichkeiten, im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit eigene Entscheidungen treffen zu können. Im Modell werden die Interaktionen zwischen Arbeitsanforderungen (job demands) und Kontrollmöglichkeiten des Beschäftigten analysiert. Arbeitsanforderungen definiert Karasek (1979) beispielsweise als Zeitdruck und Belastungen, die durch Rollenkonflikte wie Rollenunklarheit oder Rollenüberforderung entstehen. In späteren Überarbeitungen wurden auch weitere Faktoren wie die Art und die Inhalte der Arbeit und interpersonelle Konflikte in die Überlegungen einbezogen. Unter Kontrolle sind beispielsweise Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen in Bezug auf die Planung und Durchführung von Arbeit zu verstehen.

Aus den vier Kombinationsmöglichkeiten (jeweils hohe und tiefe Ausprägungen von Arbeitsanforderungen und Kontrollmöglichkeiten) resultierenden demnach verschiedene Arbeitssituationen, die als a) „high strain jobs“, b) „active jobs“, c) „low strain jobs“ und d) „passive jobs“ bezeichnet wurden.

Zugrunde gelegt wurde die Annahme, dass mit steigenden Job Demands und sinkenden Kontrollmöglichkeiten auch die psychischen Belastungen für den Betreffenden steigen. Hieraus wurde die Belastungshypothese (strain hypothesis) entwickelt: Aus der Kombination von hoher/niedriger Anforderung mit hoher/niedriger Kontrolle können gesundheitliche Effekte vorhergesagt werden. So wird postuliert, dass beispielsweise so genannte „active jobs“ (also hohes Maß an Arbeitsanforderungen bei hoher Kontrollmöglichkeit) nur ein geringes Gesundheitsrisiko aufweisen, „high strain jobs“ (hohe Anforderungen bei geringen Kontrollmöglichkeiten) hingegen ein

erhebliches Risiko in sich bergen, stressbedingte körperliche und/oder psychische Erkrankungen zu entwickeln.

Geringe Anforderungen mit hoher Kontrollmöglichkeit führen zu „low strain jobs“. „Active jobs“, die durch hohe arbeitsbezogene Erwartungen bei gleichzeitig hoher Kontrollmöglichkeit gekennzeichnet sind, bieten die Möglichkeit von persönlichem Wachstum.



Abbildung 1: Das Job Demand-Control-Modell nach Karasek, 1979 und Karasek & Theorell, 1990 (Abbildung aus Nerdinger, Blickle & Schaper, 2011, S. 480)

Diese Annahmen wurden teilweise von Demerouti, Bakker, de Jonge, Janssen & Schaufeli (2001) widerlegt. Sie kommen zu der Überzeugung, dass es sich bei Arbeitsanforderungen und Arbeitskontrolle um voneinander unabhängige Prozesse handelt. Sie verweisen statt dessen auf das Job Demands-Resources Model (Demerouti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli, 2001), das ich weiter unten vorstellen werde.

Das JDC-Modell wurde später um den Faktor „soziale Unterstützung“ (support) erweitert (Johnson & Hall, 1988, Johnson, Hall & Theorell, 1989; Job Demand-Control-Support-Model“, Karasek & Theorell, 1990), da inzwischen die Erkenntnis gereift war, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen darstellt.

Im Job Demand-Control-Support-Modell (DCS-Modell) werden nun die oben beschriebenen Interaktionen zwischen Anforderungen und Kontrolle ergänzt um



verschiedene Ausprägung von sozialer Unterstützung (hohes oder niedriges Ausmaß an Unterstützung). Somit ergeben sich acht verschiedene Varianten von Arbeitssituationen. Dabei stellt die Kombination aus hohen Anforderungen, wenigen Kontrollmöglichkeiten und niedriger sozialer Unterstützung die am stärksten belastende Arbeitssituation dar. Entscheidend für die Bewertung, ob die soziale Unterstützung auch tatsächlich als hilfreich empfunden wird, ist dabei die Wahrnehmung der betreffenden Person. Die soziale Unterstützung kann unter ungünstigen Umständen den erlebten Stress weiter verstärken (vgl. Beehr, 1995; Van Veldhoven, 2005).

In der Pufferhypothese (buffer hypothesis) wird postuliert, dass ein hohes Maß an Kontrolle und /oder sozialer Unterstützung die gesundheitliche Gefährdung durch hohe Arbeitsbelastung verringern kann. Sargent & Terry (2000) konnten zeigen, dass soziale Unterstützung die Wahrnehmung von Belastung deutlich verringern kann. So zeigten Beschäftigte in high strain jobs bei sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte Depersonalisations-Raten, die denen von Beschäftigten in low strain jobs entsprachen. Hier konnten also die als gering wahrgenommenen Kontroll-Möglichkeiten durch die Vorgesetzten abgepuffert werden.

Trotz der hohen Bedeutung der Modelle zeigen sich Schwierigkeiten, die postulierten Effekte durchgängig in Studien nachzuweisen (vgl. Jones & Fletcher, 1996; van der Doef & Maes, 1999; de Jonge, Dollard, Dormann, Le Blanc und Houtman, 2000). Buunk (1998) nennt hierfür verschiedene Gründe. So sei eine Ursache, dass die Modelle in erster Linie an großen und heterogenen Stichproben bestätigt wurden, sich in kleineren, homogenen Stichproben hingegen die Interaktionseffekte nicht darstellen ließen. Auch würden die individuellen Unterschiede zu wenig berücksichtigt.

### **3.4.2.2 Das Effort-Reward-Imbalance-Model**

Ein Modell, das häufig für die Erklärung der Entwicklung des Burnout-Syndroms herangezogen wird, ist das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (ERI-Modell, Siegrist, 1996). Siegrist postuliert eine Gesundheitsgefährdung durch ein Ungleichgewicht zwischen großem eigenen Engagement und niedriger Anerkennung und außerdem einem Ungleichgewicht zwischen hoher Belastung und niedriger Belohnung (Gratifikation). Unter Gratifikationen sind beispielsweise eine angemessene Höhe der Bezahlung, beruflicher Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit, Anerkennung und

---

Wertschätzung zu verstehen. Siegrist (1996) nennt drei Bedingungen, unter denen ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Gratifikation entstehen und beibehalten werden kann:

- 1) Abhängigkeit: Es steht kein alternativer Arbeitsplatz zur Verfügung, so dass der bestehende Arbeitsplatz einer Arbeitslosigkeit vorgezogen wird
- 2) Strategische Entscheidung: Das Ungleichgewicht wird vorübergehend akzeptiert, um Karrierechancen zu verbessern
- 3) Übersteigerte (intrinsische) Verausgabungsneigung: Die Person zeigt eine übermäßige Leistungsbereitschaft („overcommitment“), wodurch die erbrachte Leistung die erhaltenen Gratifikationen übersteigt. Als extrinsische Verausgabungsquelle werden erhöhte Arbeitsanforderungen bezeichnet.

Die Wahrnehmung dieses Ungleichgewichts durch die Betroffenen führe zu intensiven Stressreaktion, welche das Risiko stressassoziierter Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Depressionen) erhöhen, sofern das wahrgenommene Ungleichgewicht über einen längeren Zeitraum bestehen bleibt. Gleichzeitig könne mit verstärktem Arbeitseinsatz reagiert werden, was das Stresserleben weiter verstärkt. Werde hingegen das Verhältnis von Anstrengung und Belohnung als angemessen wahrgenommen, habe dies positive Emotionen, Wohlbefinden und Gesundheit zur Folge. Siegrist (1996) postuliert, dass berufliche Stressoren von den betroffenen Beschäftigten besser bewältigt werden können, wenn die belastenden Aspekte als Bestandteil einer insgesamt befriedigenden Tätigkeit erlebt werden und die Belastungen durch positive andere Aspekte ausgeglichen werden können. Semmer & Mohr (2001) konnten zeigen, dass eine Dysbalance zwischen Anforderungen und Gratifikationen kardiovaskuläre Erkrankungen vorhersagen kann. Buddeberg-Fischer et al. (2008) untersuchten vor dem Hintergrund des ERI-Modells, wie junge Schweizer Ärzte und Ärztinnen ihre beruflichen Anforderungen und die erhaltene berufliche Anerkennung im Verlauf ihrer postgradualen Weiterbildung einschätzen. Dabei kamen Buddeberg-Fischer et al. zu der Überzeugung, dass diese als Folge eines Ungleichgewichts zwischen beruflichen Anforderungen und erhaltener Anerkennung anhaltenden Stress bei ihrer Arbeit erleben mit nachhaltig negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

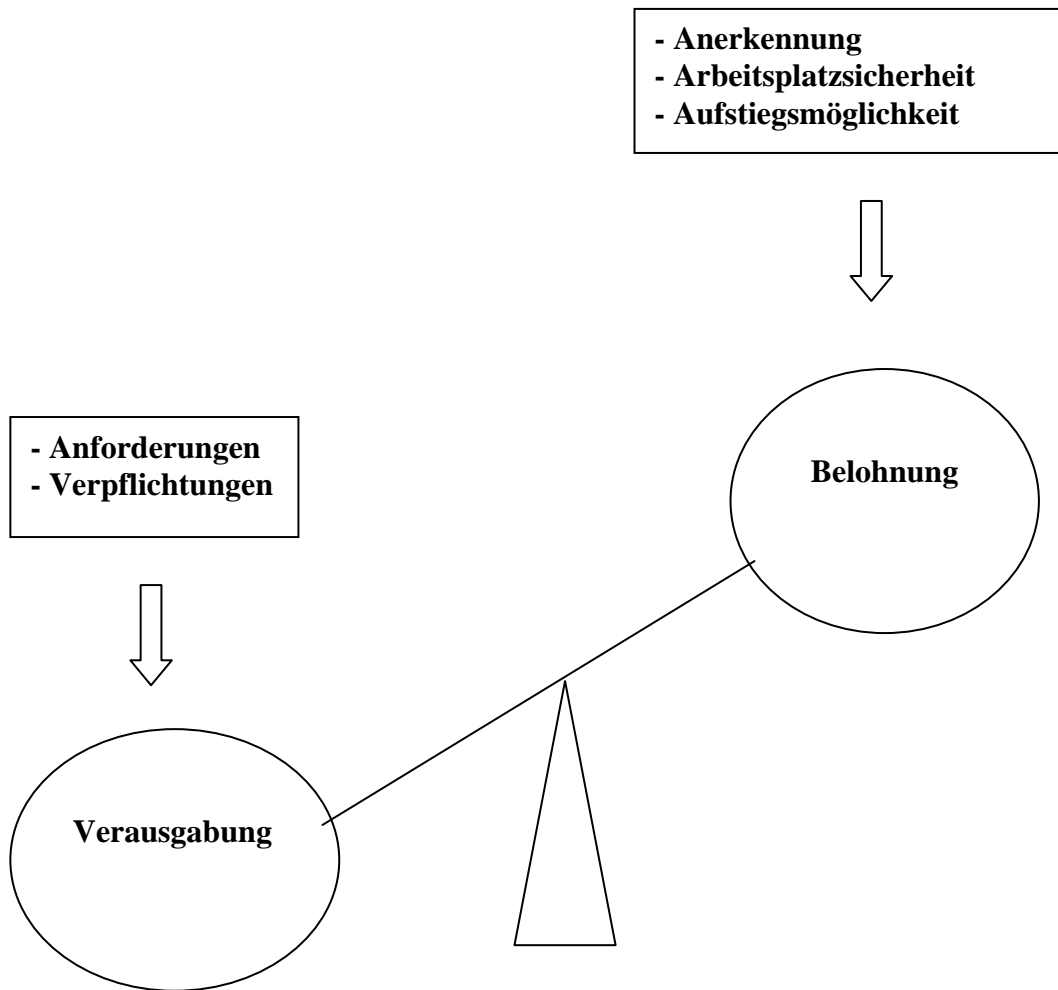


Abb. 2: ERI-Modell (Siegrist, 1996)

### 3.4.2.3 Kritik am Job Demand-Control-Modell und am ERI-Modell

Bakker und Demerouti (2006) kritisieren sowohl das Job Demand-Control-Modell (Karasek, 1979) als auch das ERI-Modell (Siegrist, 1996) als nicht der Komplexität der Arbeitswelt angemessen. So merken sie an, dass es in bestimmten Arbeitssituationen andere Kombinationen von Arbeitsanforderungen und Ressourcen (oder den Mangel an bestimmten Ressourcen) geben kann als es in den Modellen vorgesehen ist. Darüber hinaus bezeichnen sie diese Modelle als zu statisch. So sei unklar, warum Kontrollmöglichkeit die wichtigste Ressource im DC-Modell darstellt, denn es sei denkbar, dass in bestimmten Arbeitssituationen völlig andere Ressourcen notwendig

wären. Im ERI-Modell hingegen fehle der Aspekt der Kontrolle völlig, und es wird die Frage gestellt, ob Gehalt und Kontrolle wichtigere Job-Ressourcen darstellen als eine gute Beziehung zum Vorgesetzten oder eine Identifizierung mit der Arbeitsaufgabe. Es fehle der Raum zur Integration von anderen arbeitsbezogenen Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Beschäftigten wichtig sein könnten.

#### **3.4.2.4 Das Job-Demands-Resources-Model**

Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001) bauen mit dem Job-Demands-Resources-Modell (JD-R Modell) auf dem JDC-Modell (Karasek, 1979) und dem ERI-Modell (Siegrist, 1996) auf und erweitern diese.

Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass grundsätzlich die Charakteristiken von Arbeitstätigkeiten durch zwei Kategorien gekennzeichnet sind: Job Demands, also arbeitsbezogene Anforderungen, und Job Resources, also arbeitsbezogene Ressourcen. Liege ein Ungleichgewicht zwischen Job Demands und Job Resources vor, entstehe arbeitsbezogener Stress (vgl. Karasek, 1979). Demerouti & Bakker merken an, dass Job Demands nicht zwangsläufig negativ seien, sie sich aber in Stressoren verwandeln können, wenn sie für den Beschäftigten erhebliche Anstrengungen bedeuten und der Betreffende sich nicht adäquat davon erholen kann (Meijman and Mulder, 1998). Darüber hinaus wird postuliert, dass ein hohes Arbeitsengagement wahrscheinlich ist, wenn die Job Resources hoch sind. Dies trifft auch dann zu, wenn die Job Demands ebenfalls hoch sind.

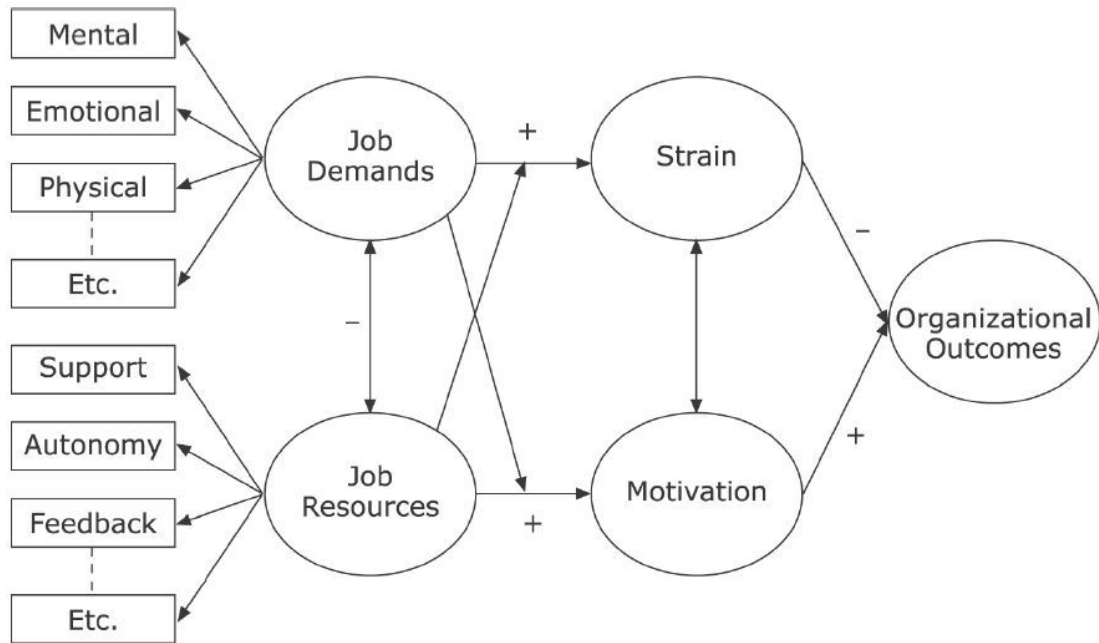


Abb. 3: Das Job-Demands-Resources-Model (Abb. aus Bakker & Demerouti, 2006, S. 313)

Im Modell wird die Dynamik in zwei Achsen vorgestellt. Auf der einen Achse finden sich die Arbeitsanforderungen und Belastungen (energiebezogener Prozess). Die Arbeitsanforderungen führen zu einem Ressourcenverbrauch, was durch eine Verausgabung noch verstärkt werden kann, und dies kann in der Folge in Erschöpfung münden. Hieraus schließen Demerouti et al. (2001), dass in Abhängigkeit vom Ausmaß der Aktivierung und der Verausgabung entsprechend gravierende gesundheitliche Folgen zu erwarten sind (vgl. Schaufeli & Bakker, 2004).

Auf der zweiten Achse werden die Auswirkungen von Ressourcen auf das Arbeitsengagement und die innere Bindung der Beschäftigten an ihre Arbeit und die Organisation betont (motivationaler Prozess). Hierbei werden auch die Ressourcen der Organisation mit einbezogen, welche die Weiterentwicklung und das Wachstum der Beschäftigten fördern können.

Der Begriff „Ressourcen“ wird deutlich weiter gefasst als in den vorgenannten Modellen. So werden hierunter allgemein Phänomene verstanden, die Belastungen abpuffern können – die Tätigkeitsressourcen. Damit sind physikalische, physische, psychologische, soziale und organisationale Aspekte der Tätigkeit gemeint, die dazu beitragen können, Arbeitsziele zu erreichen und dazu geeignet sind, Belastungen und die entsprechenden psychischen und physischen Folgen zu reduzieren. Außerdem können diese Ressourcen

persönliches Wachstum und Lernen stimulieren. Im Job-Demands-Resources-Modell wird postuliert, dass durch die Wahrnehmung solcher Ressourcen das Engagement der Beschäftigten verbessert und die Wahrscheinlichkeit von Burnout verringert wird.

Bakker, Demerouti & Schaufeli (2005) ergänzten dieses Modell noch um Anforderungen und Ressourcen aus dem Freizeitbereich. Sie konnten signifikante Crossover-Effekte für beide Geschlechter in der Weise nachweisen, dass sowohl Arbeitsengagement als auch Burnout von einem Partner auf den anderen übertragen werden können.

#### **3.4.2.5 Modell der Burnout-Entstehung von Cordes & Dougherty (1993)**

Ein Modell, das sich speziell mit der Entstehung des Burnout-Syndroms beschäftigt, ist das Modell von Cordes & Dougherty (1993), das auf dem Drei-Komponenten-Modell von Maslach aufbaut. Cordes & Dougherty gehen davon aus, dass Stressoren aus dem Bereich des Arbeitslebens (wie Rollenkonflikte und -überlastung, die Art der interpersonellen Kontakte sowie hohe Erwartungen an die Arbeitsleistung) als auch persönliche Stressoren (wie hohe Erwartungen an die eigene Leistung) zur Entwicklung des Burnout-Syndroms führen.

Auf die Problematik der Rollenwahrnehmung hat bereits Kahn (1981) hingewiesen. Rollenkonflikte, Rollenambiguität und Rollenüberlastung können zu erheblichen Stressreaktionen führen.



Abb. 4: Modell der Burnout-Entstehung nach Cordes & Dougherty, 1993 (Abbildung aus Nerdinger, Blickle & Schaper, 2011, S. 488)

### 3.4.3 Einzelne für die Burnout-Entstehung relevante Faktoren

Neben diesen Modellen werden auch einzelne Faktoren als ursächlich für das Burnout-Syndrom diskutiert. Zur besseren Übersicht habe ich die verschiedenen Perspektiven jeweils gebündelt dargestellt. Daraus ergeben sich allerdings fließende, sich teilweise überlappende Übergänge.

#### 3.4.3.1 Personenbezogene Faktoren

Freudenberger (1980a) sieht die Ursache in einem „Überengagement“ („Disease of overcommitment“) und geht davon aus, dass besonders Menschen betroffen sind, die sich ihrem Beruf sehr verschrieben haben, ihre Ziele mit hohem Engagement verfolgen und hohen Ich-Idealen folgen. Cherniss (1980b) nimmt als Auslöser den ineffektiven Umgang mit Stress an. Maslach (1978, 1982) beschreibt die Burnout-Entwicklung als prozesshaftes Geschehen, das durch eine emotionale Erschöpfung auf Grund hoher Anforderungen in der Interaktion zwischen dem Patienten und dem von Burnout Bedrohten beginnt. Daraus entwickelt sich, vermutlich als Selbstschutz, die Depersonalisation, was wiederum eine verschlechterte Beziehung zwischen dem Patienten und der dienstleistenden Person mit sich bringt. In der Folge leidet der Betroffene unter dem Gefühl, schlechte Arbeit zu leisten – die Unzufriedenheit mit sich

selbst und der Arbeit wächst weiter, was die Arbeitsfähigkeit noch weiter beeinträchtigt. Später sieht sie allerdings die Organisationsstrukturen in den Betrieben als ursächlich an (Maslach & Leiter, 1997).

Die Forschung hat sich ausführlich mit der Frage beschäftigt, ob bestimmte Persönlichkeitsvariablen ein erhöhtes Risiko mit sich bringen, an Burnout zu erkranken. Es sind viele diesbezügliche Variablen untersucht worden. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Studie, die von Ärzten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zur Häufigkeit des Burnout-Syndroms bei Psychiatern durchgeführt wurde (Amstutz et al., 2001). Im Rahmen der Untersuchung wurden drei Subgruppen von Psychiatern in der Schweiz befragt: niedergelassene Ärzte, institutionelle Führungskräfte und Assistenzärzte. Dabei fand sich als Ergebnis der persönlichen Selbsteinschätzung der Testpersonen, dass Assistenzärzte hochsignifikant häufiger an Burnout-Symptomen litten als die übrigen Probanden und Psychiater in Führungspositionen die niedrigsten Burnout-Werte aufwiesen.

Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass die Assistenzärzte höhere Werte für Neurotizismus aufwiesen und weniger frustrationstolerant waren. Gleichzeitig fand sich eine positive Korrelation zwischen den gefundenen Burnout-Werten, den Neurotizismus-Werten und der Anzahl der Nachtdienste. Interessant ist hier allerdings, dass die Assistenzärzte die meisten Nachtdienste abzuleisten und die wenigsten Urlaubstage hatten, so dass dieses die gefundenen Werte erklären könnte. Erniedrigte Frustrationstoleranz und erhöhte Neurotizismuswerte könnten also teilweise eine Folge der erhöhten beruflichen Belastung sein. Dennoch scheinen die Persönlichkeitsvariablen bei der Entstehung des Burnout-Syndroms eine wichtige Rolle zu spielen.

Die Ergebnisse verschiedener Studien zusammenfassend, lässt sich sagen, dass Neurotizismus hoch positiv, dagegen Selbstvertrauen und wahrgenommene eigene Ressourcen hoch negativ mit Burnout korrelieren. Enzmann (1996) zeigte, dass ein passiver, meidender Coping-Stil mit hohen Burnout-Werten, ein aktiver, konfrontierender Coping-Stil hingegen negativ korreliert.

Diskutiert wird in der Forschung zurzeit die Frage, welche Zusammenhänge es zwischen dem Burnout-Syndrom und der Arbeitssucht („Workaholism“) gibt.



Der Begriff „Workaholism“ wird meist auf Oates (1971) zurückgeführt. Darunter ist der Zwang, unaufhörlich zu arbeiten, zu verstehen. Poppelreuter (1996) zitiert die Beschreibung Oates (1971) einer arbeitssüchtigen Person:

*„[...]deren Bedürfnis nach Arbeit so exzessiv ist, dass es zu auffälligen Störungen oder Beeinträchtigungen der Gesundheit, der persönlichen Zufriedenheit, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des sozialen Zusammenlebens („social functioning“) bei diesem Individuum kommt.“ (Poppelreuter, 1996, S. 95)*

Noch nicht abschließend geklärt ist bis heute, ob eine manifeste Arbeitssucht zu einem Burnout-Syndrom führen kann. Diese Position vertreten beispielsweise Schneider & Bühler:

*„Eine mögliche Folge arbeitssüchtigen Verhaltens stellt auch das Burnout-Syndrom dar, worunter man einen Verbrauch physischer und psychischer Ressourcen nach einer Phase intensiver Anstrengung und Bemühung versteht.“ (Schneider & Bühler, 2001, S.465)*

Burke und Matthiesen (2004) stützen diese Ansicht mit ihrer Arbeit. Sie untersuchten norwegische Journalisten hinsichtlich der Ausprägungen von verschiedenen Arbeitssucht-Typen. Hierbei ergab sich, dass Untersuchte mit hohen Arbeitssucht-Werten gleichzeitig hohe Werte auf den MBI-Skalen Erschöpfung und Depersonalisation erzielten.

Schaufeli et al. (2007) hingegen sehen Arbeitssucht und Burnout als unabhängig voneinander an, als nebeneinander stehende Varianten der Störung des Wohlbefindens bei der Arbeit.

#### **3.4.3.2 Arbeitsbezogene Faktoren**

Die Forschung hat sich bereits mit den Auswirkungen einer Reihe von arbeitsbezogenen Variablen auf die Burnout-Syndrom-Entwicklung auseinandergesetzt.

Nachdem Maslach (1978, 1982) zunächst die Ursache des Burnout-Syndroms in der jeweiligen Person begründet sah, kam sie später zu der Überzeugung, dass die Organisation der jeweiligen Institutionen allein auslösend für die Entwicklung des

Burnout-Syndroms sei und die Persönlichkeit der Betroffenen keine große Rolle spiele. Als wesentliche auslösende Faktoren nennt sie nun (Maslach & Leiter, 1997):

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Ungenügende Belohnungen
- Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls
- Mangelnde Gerechtigkeit
- Wertekonflikte

Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung und Rollenkonflikte korrelieren hoch positiv mit Burnout, insbesondere mit der MBI-Dimension der emotionalen Belastung (vgl. Schaufeli & Enzmann, 1998). Schaufeli & Enzmann (1998) zeigen, dass eine Burnout-Entwicklung eher mit einer hohen Anzahl von Patienten als mit emotional belastenden Patienten-Interaktionen in Zusammenhang steht. Gestützt wird diese Aussage auch durch die Meta-Analyse von Lee & Ashforth (1996), die postulieren, dass hohe quantitative Arbeitsbelastung eine große Rolle bei der Entwicklung von Burnout spielt.

Als weiterer wichtiger Faktor hat sich die bereits im Zusammenhang mit dem JDC-Modell diskutierte mangelnde Autonomie bei der Arbeit (Taris, Stoffelsen, Bakker, 2002, zitiert nach Rösing, 2003) bestätigt. Dies wird auch von Bauer gestützt, der darauf hinweist, dass ein wichtiger Faktor für die Entstehung des Burnout-Syndroms bei Ärzten die *„Arbeitsüberladung bei gleichzeitig geringer Möglichkeit, selbst Einfluss auf das therapeutische Geschehen zu nehmen“* (Bauer et al., 2003, S. 218) zu sein scheint. Rösing fasst die Ergebnisse der Forschung hinsichtlich der arbeitsbezogenen Variablen zusammen:

*„Eine starke, rein quantitative Arbeitsbelastung, hoher Zeitdruck, Gängelung bei der Arbeit (geringe Autonomie), unklare Entscheidungs- und Zuständigkeitsstrukturen, geringe soziale Unterstützung durch Kollegen und wenig Rückmeldung und Anerkennung von den Vorgesetzten gehören zu den relativ „sicheren“ Antezedenz-Bedingungen von Burnout – d.h. sie können im Verbund*

*mit diesen und anderen z.B. auch individuellen Faktoren zur Entwicklung von Burnout beitragen. Negative Einstellung zu sich selbst, zur Arbeit und zur Firma, Unzufriedenheit und Absetztendenzen gehören zu den relativ „sicheren“ Folgen von Burnout.“ (Rösing, 2003, S. 102)*

### **2.2.3 Demografische Faktoren**

Schaufeli & Enzmann (1998) haben aus ihrer Meta-Analyse das Alter als einen wesentlichen demografischen Faktor herausgearbeitet: Bei älteren Menschen fanden sich weniger hohe Werte für Burnout. Auch Amstutz et al. (2001) fand bei seiner Untersuchung an Schweizer Psychiatern entsprechende Befunde – die höchsten Burnout-Werte hatten Assistenzärzte, die also jünger waren als die anderen untersuchten Ärzte. Allerdings fanden sich, wie oben bereits beschrieben, hier die kürzesten Urlaubszeiten und die höchste Anzahl an abgeleisteten Nachtdiensten. Gestützt wird die Annahme der Bedeutsamkeit der Variable „Alter“ durch Befunde, dass hohe Berufserfahrung negativ mit Burnout korreliert. Allerdings stellte Cherniss (1980a, 1980b) fest, dass nach zwölf Jahren im Beruf bereits 68 Prozent der ursprünglichen Berufsanfänger ausgeschieden waren. Geuenich (2009) zeigte in ihrer Untersuchung von fast 1300 Ärzten hingegen, dass die Altersgruppe der 41 – 55jährigen am stärksten belastet ist.

Schaufeli et al. (1998) weisen auf die Bedeutung des Familienstandes hin. So scheinen Verheiratete weniger zu Burnout-Symptomen zu neigen als Unverheiratete, ebenso zeigten Geschiedene niedrigere Werte als Singles. Sie verweisen auf die Arbeiten von McDermott, 1984 und Maslach et al., 1996.

Eine Erklärung für diese Befunde könnte eine entgrenzte Arbeitsweise darstellen, die sich eher bei allein lebenden Menschen findet. Hierauf gehe ich im folgenden Kapitel näher ein.

Bei den übrigen demografischen Variablen (z.B. Geschlecht, Bildung) zeigen sich erhebliche Widersprüche in den unterschiedlichen Arbeiten. So zeigt Rösing beispielsweise auf, dass es widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich des Geschlechts und der Burnout-Gefährdung gibt:

*„Wenn es um Prävalenz und Intensität von Burnout geht, bleiben – so der Forschungsstand – die Ergebnisse widersprüchlich. Bald haben Frauen mehr Burnout, jedenfalls Studentinnen und Angestellte in Spanien (Agust Nieto, Grau & Beas 2001) und Mitglieder medizinischer Fakultäten in den Niederlanden (Van Emmerik & Euwema 2001), bald weniger – jedenfalls unter Schulleitern im Iran (Rashidzadeh 2002). (Rösing, 2003, S. 95)*

#### **3.4.3.4 Interpersonelle Faktoren**

Viele Forscher gehen davon aus, dass die Interaktion zwischen dem Patienten und dem Anbieter einer sozialen Dienstleistung einen wichtigen Faktor in der Burnout-Entwicklung darstellt. So postuliert Maslach (1998) beispielsweise, dass aus einer interpersonellen Anforderung zwischen dem Patienten und dem Behandler/Helfer eine wachsende Erschöpfung beim Behandler/Helfer entsteht und sich in der Folge eine Depersonalisation entwickelt.

Bereits Bolger et. al (1989) haben gezeigt, dass interpersonelle Konflikte einen weitaus stärkeren Einfluss auf das Wohlbefinden haben als andere Stressoren und dass hierbei keine Gewöhnung an die Belastung eintritt, sondern die emotionale Stressreaktion sich bei längerer Belastungsdauer noch verstärkt:

*„These results clearly show that interpersonal conflicts are overwhelmingly the most important kind of daily stress influencing psychological distress among the stress categories considered in this analysis.“ (Bolger, DeLongis, Kessler Schilling, 1989, S. 811)*

*“In contrast to most other daily events, our data suggest that emotional habituations does not occur for interpersonal tensions. Indeed, in certain cases (e.g. marital conflicts), there is a significant increase in emotional impact as an episode extends over multiple days.” (Bolger, DeLongis, Kessler Schilling, 1989, S. 815)*

Auch das emotionale Befinden der Vorgesetzten hat einen erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten. So konnten Harris & Artis (2005) zeigen, dass die

Untergebenen von ausgebrannten Vorgesetzten eine deutlich verringerte Arbeitszufriedenheit aufwiesen.

### 3.4.3.5 Arbeitszentrierte Lebensgestaltung und Zielkonflikte

Nicht untersucht wurde bislang, welchen Stellenwert Strebungen (vgl. Emmons 1989, Ewers 2006), arbeitszentrierte Lebensgestaltungsformen (Gottschall & Voß, 2003; Voß & Pongratz, 1998; Ewers, Hoff & Schrap, 2006) - hier vor allem die Entgrenzung - und Zielkonflikte (Hoff 2006) in Hinblick auf die Burnout-Syndrom-Entwicklung haben. Da in einer Studie von Emmons, King & Sheldon (1993) nachgewiesen werden konnte, dass sich Zielkonflikte negativ auf das Wohlbefinden auswirken können, ist hier ein Zusammenhang denkbar.

Die Entgrenzung zeichnet sich durch die Verflechtung von Arbeits- und Privatleben aus, so dass beide ohne erkennbare Grenze ineinander übergehen. Es ist zu vermuten, dass die Entgrenzung einen erheblichen Einfluss auf die Burnout-Syndrom-Entwicklung hat, da somit der Rückzugsraum des Privatlebens nur noch eingeschränkt zur Verfügung steht und hierdurch die Erholung erschwert wird. Jürgens & Voß sprechen vom „Verlust der Schutzfunktion“:

*„Die Sphäre der „Reproduktion“ als ein zeitlich und räumlich von der Sphäre der Arbeit getrennter Bereich, der den Menschen einen annähernd verlässlich Rückzugsraum gegenüber den Anforderungen der Erwerbssphäre bot, droht in diesem Prozess seine bisherige Schutzfunktion zu verlieren. Die diagnostizierte „Entgrenzung von Arbeit und Leben“ bringt daher keineswegs nur neue Chancen für die Gestaltung eines „offeneren“ eigenen Lebens mit sich, sondern sie geht mit der Öffnung einer Grenze einher, die bislang den Bereich des Privaten schützte.“ (Jürgens & Voß, 2007, S. 7)*

Eine entgrenzte Arbeits- und Lebensweise könnte somit zu erhöhter Stressbelastung führen. Dies wird durch die Untersuchung von Miedema, Easley, Fortin, Hamilton & Tatemichi (2009) gestützt, die kanadische Hausärzten untersuchten. Diese litten stark darunter, dass sich Privat- und Berufsleben besonders im ländlichen Bereich nur schwer

voneinander abgrenzen lassen. So wurde es von ihnen beispielsweise als besonders problematisch erlebt, dass Hilfe suchende Patienten die Ärzte auch beim Einkaufen ansprechen, zu Hause anrufen oder sogar dort aufsuchen. Hier findet auch ein Verlust des privaten Schutzraums mit entsprechenden Folgen statt. Auch Jamal (2004) konnten zeigen, dass Beschäftigte mit atypischen Arbeitszeiten wie Schicht- und Wochenend-Arbeit deutlich stärkere Anzeichen von Stress, Burnout und psychosomatischen Erkrankungen aufwiesen als Beschäftigte mit regulären Arbeitszeiten.

Wie das Projekt „PROFIL“<sup>2</sup> gezeigt hat, kann die Form der Lebensgestaltung einen großen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben und eine Vielzahl von Konflikten mit sich bringen. Ewers, Hoff, Schraps (2006) beschreiben dies:

*„Als wichtigstes Kriterium zur Unterscheidung von Hauptformen der Lebensgestaltung hat sich im Projekt PROFIL erwiesen, ob die Handlungsstränge (bzw. die persönlichen Ziele, Projekte, Strebungen oder Wünsche) in beiden Lebensbereichen, dem beruflichen und dem privaten, ohne gegenseitige Störung nebeneinander herlaufen oder ob sie kollidieren. Dabei können nicht nur Ziele innerhalb jeder Handlungsebene konfliktieren, sondern Personen thematisieren alltagssprachlich oft auch Probleme, Widersprüche, Konflikte oder Dilemmata derart, dass kurzfristige alltägliche Ziele im einen Lebensbereich mit längerfristigen Projekt- oder Lebenszielen im anderen Bereich bzw. Lebensstrang kollidieren.“ (Ewers, Hoff, Schraps, 2006, S. 173)*

Als Hauptformen der Lebensgestaltung lassen sich danach die Segmentation, die Integration und die Entgrenzung bestimmen.

Die Segmentation ist dadurch gekennzeichnet, dass die Stränge „berufliches und privates Handeln“ parallel verlaufen und es damit nur zu geringen Konflikten zwischen den beiden Bereichen kommt.

Bei der Integration wird eine Verflechtung der beiden Handlungsstränge angestrebt. So kann beispielsweise gleichzeitig eine berufliche Karriere und ein erfülltes Privatleben mit

---

<sup>2</sup> Das Projekt „Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie (PROFIL)“ wurde im Bereich der Arbeits-, Berufs- und Organisationspsychologie der FU Berlin durchgeführt. Mitarbeitende waren Susanne Dettmer, Stefanie Grote, Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner und Luiza Olos.

Kindern gewünscht werden. Dies kann zu erheblichen Problemen führen, da hier gleichzeitig verschiedene Ziele in unterschiedlichen Bereichen vorhanden sind, die sich gegenseitig behindern. Hierdurch kommt es zu Zielkonflikten. Im Idealfall steht am Ende dieses Prozesses die Entwicklung eines Integrationsziels, das es ermöglicht, beide Ziele in veränderter Form zu erreichen.

Traditionell waren für Ärzte stark arbeitszentrierte Lebensformen üblich. Über Jahrhunderte galt es als selbstverständlich, dass der Arzt (Frauen wurden in Deutschland erst seit 1899 zum Medizinstudium und zu den Prüfungen zugelassen) sich völlig auf seine Arbeit konzentrierte. So schilderte beispielsweise Sauerbruch seine Vorstellungen der ärztlichen Arbeits- und Lebensgestaltung:

*„Ich habe es nie gern gesehen, wenn meine jungen Assistenten sich verlobten oder gar verheirateten. Ich war immer der Meinung, [...] dass die jungen Ärzte mit ihrer Klinik verheiratet waren. So galt in meiner Klinik in München das ungeschriebene Gesetz des Zölibats, das nicht ungestraft durchbrochen werden durfte. Dabei war nicht an Priestertum, sondern an Zeit und Arbeit gedacht.“ (zitiert in Troschke, 2004, S. 230)*

Hatte der Arzt Familie, so kümmerte sich in der Regel die Ehefrau um die Kinder und den Haushalt und „hielt ihm den Rücken frei.“

Diese Lebensform ist aber heute für Viele nicht mehr zeitgemäß, so dass sich Zielkonflikte entwickeln können, wenn Arbeit und Privatleben nur noch schwer miteinander in Einklang zu bringen sind. Auch wenn viele Männer sich weiterhin als Haupternährer der Familie sehen, so möchten sie dennoch intensiv am Familienleben teilhaben, möchten ihre Kinder aufwachsen sehen und legen Wert auf eine partnerschaftliche Beziehung (vgl. BMFSFJ, 2010). Für Ärztinnen, die mit Partner und Kindern zusammen leben, ist die Situation oftmals noch schwieriger, da nach wie vor die Frauen in der Regel mehr Familienarbeit leisten als die Männer. Eine berufliche Karriere kann also bedeuten, dass die Zeit für die eigene Erholung und die Familie zu knapp wird. Wird andererseits der Schwerpunkt mehr auf die Familie gelegt, kann dies dazu führen, dass berufliche Ziele nicht erreicht werden können.

In verschiedenen Studien, in denen speziell Ärzte in Hinblick auf ihr Wohlbefinden untersucht wurden, wurden hier Zusammenhänge mit der Burnout-Entwicklung deutlich. So postulieren beispielsweise Goehring, Bouvier Gallacchib, Künzic & Bovierd (2005) im Ergebnis einer Befragung von Schweizer Hausärzten, dass eine mangelhafte Work-Life-Balance als wichtiger Prädiktor für Burnout anzusehen ist.

Darüber hinaus kann das Berufsleben weitere Zielkonflikte mit sich bringen. Hierbei kann es sich um intrapsychische Konflikte handeln – etwa wenn gleichzeitig zwei sich widersprechende Ziele angestrebt werden. Dies kann beispielsweise passieren, wenn das Ziel A darin besteht, ein möglichst hohes Einkommen zu erzielen und das Ziel B darin, eine qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, was zu Einkommenseinbußen führen kann, wenn dieses Ziel etwa durch die relativ schlecht bezahlte „sprechende Medizin“ erreicht werden soll.

Häufig finden sich jedoch auch Konflikte zwischen den Zielen der Angestellten und denen des Unternehmens: Der angestellte Arzt möchte gute Arbeit leisten und braucht dazu Freiräume, Kreativität, Therapiefreiheit, eine angemessene Zeitspanne, vom Arbeitgeber kommt hingegen der Druck, rasch die Arbeit abzuliefern bei großer Bürokratisierung und festgelegten Therapieschemata. Die Bedeutung solcher Konflikte ist in Hinblick auf die Burnout-Syndrom-Entwicklung noch zu untersuchen.

### **3.5 Prävention und Behandlung**

Es gibt eine Vielzahl von Präventions- und Behandlungsmethoden des Burnout-Syndroms. Einige Verfahren werden sowohl in der Prävention wie auch in der Therapie angewandt, zum Beispiel Entspannungsverfahren.

In der Forschung der Burnout-Prävention und -Behandlung lassen sich zwei verschiedene Ansätze unterscheiden:

- Individuelle Ansätze (Behandlung des von Burnout Bedrohten oder Betroffenen)
- Institutionelle Ansätze (Veränderungen von Arbeitsplatz und/oder Organisation)

Die Behandlungsmethoden sind nicht Burnout-spezifisch, allerdings wurden einige Verfahren hinsichtlich ihres Erfolges bei Burnout evaluiert. Insgesamt gibt es nur sehr



wenige Arbeiten, welche die Behandlung des Burnout-Syndroms evaluieren. Als Beispiele für Evaluationsarbeiten möchte ich nennen:

**Meditation, Entspannungsverfahren:**

Entspannungsverfahren werden häufig in der Behandlung des Burnout-Syndroms eingesetzt. Anderson, Levinson, Barker & Kiewra (1999) haben einen 5-Wochen-Kurs in „standardisierter Meditation“ untersucht und festgestellt, dass bei der Behandlungsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe signifikante Besserungen im MBI-Score erzielt wurden.

**Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren:**

Mehrere Forschergruppen haben sich mit diesen Verfahren auseinander gesetzt und nachgewiesen, dass sie bei Burnout erfolgreich eingesetzt werden können (z.B. Gorter, Eijkman, Hoogstraten, 2001).

**Weitere Verfahren:**

Am häufigsten werden bei Burnout Lern- und Trainingsprogramme eingesetzt, die auch zu einem erheblichen Teil als erfolgreich eingestuft werden können (z.B. Rabin, Saffer, Weisberg et al., 2000, zitiert nach Rösing, 2003, S.122).

Zur Behandlung mit psychoanalytischen Verfahren liegen zurzeit keine Arbeiten vor.

Rösing weist darauf hin, dass es vermutlich notwendig ist, verschiedene Behandlungsverfahren anzuwenden:

*„Nun ist Burnout von seinen möglichen Bedingungsfaktoren und von seiner derzeit als dreidimensional definierten Struktur her doch sehr komplex. Es erscheint deshalb unwahrscheinlich, dass ein einzelnes Verfahren DEN Königsweg darstellen kann, um sowohl emotionale Erschöpfung als auch Depersonalisation und reduziertes Leistungserleben wirkungsvoll zu lindern.*

*Viele Autoren gehen deshalb grundsätzlich davon aus, dass man Verfahren auf vielen verschiedenen Ebenen (der kognitiven, der emotionalen, der konativen Ebene, der Ebene der Einsicht und des Trainings usw.) verbinden muss, um Burnout erfolgreich einzudämmen.“ (Rösing, 2003, S. 124)*

**Institutionelle Ansätze:**

Schaufeli & Enzmann (1998) beklagen, dass es nur wenige Studien zu organisationsbezogenen Interventionen gäbe. Allerdings berichtet Burisch (2006) von einer Studie, die Consolvo (1979) auf einer Kinder-Intensivstation durchgeführt hat. Hier ergaben Umstrukturierungen und verbesserte Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenschwestern eine deutliche Senkung der Kündigungsraten von 68 auf 28 Prozent, was auf eine höhere Arbeitszufriedenheit schließen lässt.

Lämmle et al. (2003) berichten ebenfalls von einer Organisationsentwicklungsmaßnahme im Bereich der Universitätsklinik Bern, die zu deutlich erhöhter Arbeitszufriedenheit der dortigen Ärzteschaft geführt habe. Burisch (2006, S.130) weist aber darauf hin, dass Arbeitszufriedenheit nicht zwangsläufig auf die Abwesenheit von Burnout-Symptomen schließen lässt. Diese Aussage resultiert aus der Beobachtung, dass sich bei der Korrelation der Überdruss-Skala (Pines et al., 1981) mit den Skalen des MBI sehr niedrige Werte ergaben (-.17 bis -.23). Als Erklärungen hierfür bietet er an:

- Der Betroffene wertet die Entwicklung des Burnout-Syndroms als sein eigenes Versagen und möchte anderen nicht die Schuld geben
- Der Auslöser des Burnout-Prozesses findet sich nicht in der gesamten Arbeitssituation, sondern in einzelnen Arbeitsbedingungen
- Die Ursache des Prozesses liegt in Faktoren außerhalb des Arbeitsbereichs.

## 4 Der Arzt in seinem beruflichen System

In diesem Kapitel möchte ich die Bedingungen, unter denen Ärzte ihren Beruf ausüben, erläutern. Zunächst gebe ich einen Überblick über die Reformen im Gesundheitswesen, die einen erheblichen Einfluss auf die Ausübung des ärztlichen Berufes hatten und haben. Im Anschluss daran stelle ich die beiden Hauptarbeitsbereiche von Ärzten vor – Krankenhaus und Praxis.

### 4.1 Strukturwandel im Gesundheitswesen

Parallel zum Wandel der Gesellschaft findet ein Strukturwandel in der Arbeitswelt statt, der sich in Globalisierung, Flexibilisierung, neuen Technologien und neuen Lebensformen ausdrückt (vgl. Moldaschl, 1997; Voß & Pongratz, 1998; Ewers, Hoff, Petersen & Geffers, 2006; Jürgens & Voß, 2007). Dieser Wandlungsprozess zeigt sich auch im Gesundheitswesen. Hierdurch haben sich die Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft, insbesondere durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, deutlich verschlechtert. Diese Reformen führten letztlich zu einer erzwungenen marktwirtschaftlichen Ausrichtung der Krankenhäuser und Arztpraxen und hatten weitreichende Auswirkungen auf die Strukturen und Arbeitsweisen im Gesundheitswesen. Somit kann man hier von einer „Internalisierung des Marktes“ sprechen. Hierzu postuliert Moldaschl:

*„Die Marktkräfte selbst sollen die betriebliche wie die nationale Wettbewerbsfähigkeit sichern oder wiederherstellen, und zwar in jedem Winkel der Gesellschaft, im Gesundheits- und Bildungswesen ebenso wie im Wissenschafts- und Kulturbetrieb.“ (Moldaschl, 1997, S. 197)*

Ziel der Veränderung ist es, auch in Organisationen, die bislang nicht marktwirtschaftlich orientiert waren, einen „Unternehmergeist“ zu entwickeln. Dies ist im Krankenhausbereich auf Grund der speziellen Erfordernisse jedoch nur eingeschränkt möglich und wünschenswert und führt darüber hinaus im sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung zu ethischen Problemen, wie neuere Studien gezeigt haben (vgl. Flintrop, 2006).

---

Um das Ausmaß des Strukturwandels im Gesundheitswesen verständlich zu machen, möchte ich einen knappen Überblick über die Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland geben.

Nach dem 2. Weltkrieg, etwa in der Zeit von 1950 bis 1970, befand sich die Bundesrepublik Deutschland zunächst einmal in einer Phase des Ausbaus von sozial- und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen. Der Versicherungsschutz der Bevölkerung sollte aufgebaut werden, nach Möglichkeit sollte jeder einen freien Zugang zum Versorgungssystem erhalten. Der soziale Fortschritt war die Maxime. Dies erwies sich aber bald als sehr kostspielig und die Beitragssätze stiegen sprunghaft an. Um die Beiträge zu stabilisieren, wurde 1977 das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz erlassen, das in erster Linie die Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen steuern und mehr Transparenz in Hinblick auf die Kosten herstellen sollte. Dies brachte nur kurzfristig eine Entlastung. Bereits 1981 folgte deshalb das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz, das weitere Kürzungen im Leistungsbereich, nun auch im Bereich der stationären Versorgung im Krankenhaus, zur Folge hatte. Doch die Kosten stiegen weiter, und in den 90er Jahren fand daraufhin ein Paradigmenwechsel statt: Es wurde nun ein Strukturwandel angestrebt, der auch im Gesundheitswesen einen Wettbewerb ermöglichen sollte (vgl. Alber, 1992).

1993 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt, was erhebliche Folgen besonders für die niedergelassenen Ärzte hatte und zu erheblicher Unzufriedenheit in weiten Teilen der Ärzteschaft führt (vgl. Hohner, 1999). So wurde nun das ärztliche Vergütungssystem grundlegend umgestaltet und die Bedarfsplanung verschärft, so dass Zulassungsbeschränkungen festgeschrieben wurden. Besonders bedeutsam war die Einführung einer strikten Budgetierung der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel bei gleichzeitiger Haftung durch die verordnenden Ärzte. Die Bezahlung der Patientenbehandlung im ambulanten Bereich wurde nun anhand der jeweiligen Diagnose durch so genannte Punktwerte festgelegt. Das bedeutet, dass unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsaufwand das Honorar von den Krankenkassen festgelegt wird und der Arzt somit nur sehr geringe Möglichkeiten hat, Einfluss auf die Höhe des Honorars zu nehmen.

Darüber hinaus ist das Budget des Arztes „gedeckelt“. Dies hat zur Folge, dass nur die Behandlung einer bestimmten Anzahl von Patienten von den Krankenkassen bezahlt wird, darüber hinaus gehende Behandlungen erfolgen ohne Honorar durch die Kassen. Außerdem besteht die Problematik, dass auch für die Verschreibung von Medikamenten nur ein bestimmtes Budget zur Verfügung steht. Hat der Arzt mehrere Patienten, die teure Medikamente benötigen, muss er bei anderen Patienten dafür an den Ausgaben für Medikamente sparen. Dies kann erhebliche ethische Probleme mit sich bringen.

Im Krankenhausbereich kam es durch das im Jahre 2000 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz zu ähnlich tief greifenden Veränderungen. Seit 2004 zahlen die Krankenkassen nun nicht mehr in Abhängigkeit von der Krankenhausliegedauer, sondern nur noch auf der Grundlage von Fallpauschalen, die sich aus der Diagnose ergeben (Diagnosis Related Groups, DRG). Bei den DRG handelt es sich sowohl um ein Abrechnungsverfahren als auch um ein Patientenklassifikationssystem, das gleichzeitig den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern steuern und die Krankenhausliegedauer um 20 bis 30 Prozent verkürzen soll. Um parallel dazu die Qualität der Versorgung zumindest sicherzustellen oder sogar zu steigern, wurde per Gesetz zusätzlich ein internes Qualitätsmanagement angeordnet.

Im bisherigen System wurde die Krankenhausbehandlung nach Tagessätzen abgerechnet. Im DRG-System hingegen werden Pauschalen zugrunde gelegt, die auf den von den Ärzten angegebenen Diagnosen beruhen. Diese Diagnosen werden mittels ICD-Kode verschlüsselt. Die Zahlungen der Kassen sowie die in der Pauschale enthaltene Liegedauer des Patienten basieren ausschließlich auf diesen verschlüsselten Diagnosen, unabhängig vom individuellen Schweregrad der Erkrankung. Wird die Behandlung nun kostengünstiger gestaltet, als die Pauschale es vorsieht, macht das Krankenhaus einen Gewinn – wird sie teurer, führt dies zu einem Verlust für das Krankenhaus. Ein kostengünstiges Arbeiten ist nun also unbedingt erforderlich, was vielfach einschneidende Umstrukturierungen zur Folge hatte.

Um den Häusern Zeit für die Gestaltung dieser Umstrukturierungen zu geben, waren bis 2009 Umverteilungen zwischen profitablen und defizitären Häusern erlaubt. Seit 2009 muss nun jedes Haus eigenständig wirtschaften, was zu erheblichen Schließungszahlen geführt hat und vermutlich noch weitere Schließungen zur Folge haben wird. Laut

Statistischem Bundesamt ist es in der Zeit von 1991 bis 2007 bereits zu einem Rückgang um 324 Krankenhäuser (entspricht 13 Prozent) gekommen.

Tatsächlich hat sich die durchschnittliche Verweildauer von Patienten im Krankenhaus deutlich verringert. So lag 1991 die durchschnittliche Verweildauer in ganz Deutschland bei 14 Tagen, 2008 lag sie nur noch bei 8,3 Tagen. Dabei fällt besonders die Veränderungsrate der Berliner Krankenhäuser auf: Es zeigt sich eine Reduktion um 58,5 Prozent gegenüber 1991! Im Durchschnitt hat sich die Verweildauer von stationären Aufenthalten halbiert, gleichzeitig werden viele Behandlungen ambulant durchgeführt. Hierdurch ist die Arbeitsbelastung des Personals immens angestiegen. Gleichzeitig wurde aber Personal massiv abgebaut, vor allem im Bereich des nichtärztlichen Personals. So sind in Berlin etwa 40 Prozent der Beschäftigten (dies entspricht etwa 35 Prozent der Vollkräfte) eingespart worden (Statistisches Bundesamt, 2008). Wenn auch im übrigen Bundesgebiet ärztliches Personal nicht eingespart wurde, so ist die Situation in Berlin anders: Auch im ärztlichen Bereich wurde das Personal um 3,8 Prozent reduziert (Statistisches Bundesamt, 2008). Somit hat sich die Situation speziell der Berliner Ärzteschaft in mehrfacher Hinsicht verschlechtert: Durch den Abbau des nichtärztlichen Personals müssen viele Leistungen, die bis dahin vom Pflegepersonal übernommen wurden, nun von den Ärzten erarbeitet werden bei einer gleichzeitig geringeren ärztlichen Besetzung, zusätzlichen Anforderungen durch die verkürzte Liegedauer und erhöhten ambulanten Fallzahlen.

Die Reformen hatten auch einen Einfluss auf die Therapiefreiheit des Arztes, denn die Verkürzung der Liegedauer soll zum Teil durch die Einführung von so genannten Behandlungspfaden ermöglicht werden. Das bedeutet, dass der Patient unter standardisierten Bedingungen untersucht und behandelt werden soll. Die Absicht hierbei ist, Fehler und Verzögerungen zu vermeiden und eine rasche Entlassung des Patienten zu ermöglichen. Gleichzeitig wird hierdurch die Einflussmöglichkeit des behandelnden Arztes stark eingeschränkt.

Die Abrechnung mit Hilfe der Pauschalen hat eine tief greifende Wirkung auf die Behandlung der Patienten. In einer Studie, die 2009 von der Universität Bayreuth durchgeführt wurde, ließen sich folgende als besonders problematisch angesehene Auswirkungen ermitteln:

1. Es kann zu einer Patientenselektion kommen, indem es vermieden wird, als unlukrativ angesehene (in der Regel multimorbide<sup>3</sup> und chronisch erkrankte Menschen) stationär aufzunehmen. Somit kann es zu dem Effekt kommen, dass diese Patienten „weitergereicht“ oder eben gar nicht erst angenommen werden, um Kosten zu vermeiden.
2. Es werden medizinisch nicht indizierte Behandlungen durchgeführt, wenn diese Gewinne einbringen können. Dies geschieht beispielsweise durch nicht notwendige Zusatzleistungen oder dadurch, dass eigentlich ausreichende konservative Behandlungen durch Operationen ersetzt werden, wenn dies zu erhöhtem Erlös führt.
3. Bei multimorbiden Patienten besteht die Tendenz, notwendige Behandlungen auf mehrere Krankenhausaufenthalte zu verteilen, da sonst das Krankenhaus Gefahr läuft, nur für einen Teil der Behandlungen von den Kassen Zahlungen zu erhalten. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn mehrere Operationen an verschiedenen Organen erforderlich sind (zum Beispiel Leistenbruch und Gallenoperation).
4. Durch die Verdichtung der Arbeit werden die interpersonellen Kontakte zwischen den Mitarbeiter und vor allem zwischen den Patienten und dem Personal erheblich reduziert. Dadurch bleibt zu wenig Zeit, um die notwendigen Erklärungen und Fürsorge zu geben.
5. Die Liegedauer wird nicht mehr durch den Zustand des Kranken bestimmt, sondern durch die der jeweiligen Diagnose zugeordnete Zeitspanne. So kann es erforderlich sein, dass ein Patient eine längere Zeit im Krankenhaus verweilt als notwendig, weil nur dann eine Zahlung erfolgt, andererseits darf die Liegedauer die in der Pauschale vorgesehene Zeit nicht überschreiten, da das Haus dann einen Verlust einfahren würde. (Manzeschke, 2009)

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, fasst seine Wahrnehmung der Situation im Jahre 2005, nachdem eineinhalb Jahre mit dem DRG-System gearbeitet worden ist, zusammen:

---

<sup>3</sup> Multimorbide = Gleichzeitiges Vorliegen von mehreren Erkrankungen

*„In einer solcherart durchökonomisierten Krankenhauslandschaft steht dann nicht mehr der kranke Mensch und sein individuelles Schicksal, sondern der Erlös aus der Behandlung des Patienten im Vordergrund.“* (Hoppe, 2005, zitiert nach Manzeschke, 2009).

Auch die Hierarchie innerhalb des Krankenhauses hat sich durch diese Reform verändert. Stand vor der Reform der Chefarzt unangefochten an der Spitze des Krankenhauses, so haben nun Betriebswirte einen zentralen Platz in der Leitung des Hauses. Ökonomische Zwänge, Kassenvorgaben und gesetzliche Richtlinien haben einen sehr großen Einfluss auf das ärztliche Handeln bekommen, so dass die Therapiefreiheit inzwischen stark eingeschränkt ist. Hinzu kommt die Sorge um das wirtschaftliche Bestehen des Krankenhauses und die Angst um den Arbeitsplatz, was zu einer Demotivierung führen kann (vgl. Manzeschke, 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das professionelle Selbstverständnis des Arztes mit den derzeitigen Rahmenbedingungen nur schwer in Einklang zu bringen ist. Zudem ist zu befürchten, dass sich die Situation eher noch zuspitzen wird. So weisen Kunze & Nagel (2009) darauf hin, dass sich mittelfristig vermutlich das Verhältnis zwischen den Patienten und dem medizinischen und pflegerischen Personal negativ verändern wird. Die Arzt-Patienten-Beziehung befinde sich im Wandel, und der Anspruch, sich dem Kranken im erforderlichen Maß helfend und menschlich zuzuwenden, sei immer schwerer mit den Anforderungen des beruflichen Alltages in Einklang zu bringen. Dies werde von einigen Ärztevertretern als Deprofessionalisierung empfunden (vgl. Kolkmann, Vilmar, Stobrawa, 2004). Wie die Situation von den Ärzten wahrgenommen wird, wurde in der Dokumentation zum 112. Deutschen Ärztetag (2009) beschrieben:

*„Vor dem Hintergrund zunehmender Verstaatlichung des Gesundheitswesens kommt es zu einer weitreichenden Verschlechterung der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Eine zunehmende Trivialisierung und Diskreditierung des Arztberufs sowie eine überbordende Regulierungsdichte mit einer stetig steigenden Bürokratisierung bei gleichzeitig wachsendem ökonomischem Druck schränken die ärztliche Therapiefreiheit immer mehr ein.“*



*Freiheit bei der ärztlichen Entscheidung ist jedoch wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung einer hochwertigen und an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Gesundheitsversorgung.“ (Dokumentation zum 112. Deutschen Ärztetag, 2009, S. 1122).*

Die Folgen der Umstrukturierungen wurden in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen. Bereits 2003 wurde eine umfangreiche Untersuchung des Deutschen Ärzteblattes durchgeführt (Korzilius, 2003): 7000 Ärzte wurden angeschrieben und unter anderem über ihre berufliche und allgemeine Lebenszufriedenheit befragt. Die Ergebnisse sind alarmierend, besonders unter dem Gesichtspunkt, dass der Berufsreport noch vor der Einführung der DRGs, erhoben wurde:

- 39,1 Prozent der Kliniker und 44,2 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind mit ihren Arbeitsbedingungen eher nicht zufrieden
- 11,7 Prozent der Kliniker und 14,8 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind mit ihren Arbeitsbedingungen gar nicht zufrieden
- 26,4 Prozent der Kliniker und 29,8 Prozent der niedergelassenen Ärzte würden sich unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen vermutlich nicht wieder für ihren Beruf entscheiden
- 4,9 Prozent der Kliniker und 9,0 Prozent der niedergelassenen Ärzte würden sich unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen auf keinen Fall wieder für ihren Beruf entscheiden

Im Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, (2004) wurden Gründe für die Unzufriedenheit von vielen Ärzten mit ihrem Beruf untersucht. Es zeigten sich als Hauptursachen für die Unzufriedenheit:

- die als nicht angemessen erachtete Bezahlung
- die zeitliche Belastung und mangelnde Vereinbarkeit des Berufes mit Familie und Freizeit
- der in Krankenhäusern herrschende Führungsstil und die gegebenen Hierarchiestrukturen

- das Ausmaß an zu bewältigenden nichtärztlichen Aufgaben. (BfGuSS, 2004, S. 99)

Kopetsch (2007) zeigt, dass zunehmend offene Stellen im Krankenhaus nicht mehr besetzt werden können, wodurch die Arbeitsbelastung für die verbleibenden Ärzte weiter steigt. So gaben 28 Prozent der Krankenhäuser an, dass sie offene ärztliche Stellen nicht besetzen können.

Wegner & Kostova (2010), die 1977 und 2007 umfangreiche Befragungen von Hamburger Krankenhausärzten durchführten, zeigten ebenfalls, dass die Belastungen für die Ärzteschaft stark zunehmen und in steigendem Maße auch die Ober- und Chefärzte unter Burnout-Symptomen leiden. So kamen sie zu dem Ergebnis, dass im Jahre 1977 15 Prozent der Oberärzte Burnout-gefährdet waren, im Jahre 2007 aber 35 Prozent. Bei den Chefärzten fanden sich 1977 kaum Anzeichen für Burnout-Gefährdung, nun aber sahen sie 16 Prozent als gefährdet an. Angerer et al. (2009) gehen davon aus, dass sich die Situation für die Ärzteschaft weiter verschlechtern wird.

#### **4.2 Die ärztlichen Arbeitsbereiche**

Die Arbeitsbedingungen und die Art der beruflichen Belastung für Ärzte sind stark von ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld beeinflusst. So hat beispielsweise ein Assistenzarzt völlig anderen Anforderungen gerecht zu werden als ein niedergelassener Arzt. Darüber hinaus ergeben sich aber auch völlig unterschiedliche Organisationsstrukturen.

Um einen Überblick über das Netz aus Strukturen und Beziehungen zu geben, füge ich zur Illustration Darstellungen der beruflichen Beziehungssysteme von Ärzten ein. Die Abbildung 5 stellt den Stationsarzt in den Mittelpunkt und verdeutlicht, dass dieser nicht nur mit den Patienten arbeiten, sondern darüber hinaus mit Personen aus den verschiedensten Fachbereichen kooperieren muss und es dabei vielfältige Verknüpfungen gibt. Es lässt sich daraus aber auch die Position von Oberarzt und Chefarzt im Netzwerk ablesen. Wenn diese auch anderen Herausforderungen gerecht werden und sie mit anderen Funktionsträgern als die Stationsärzte kommunizieren müssen, ergibt sich hier ebenfalls die Notwendigkeit zur ständigen Auseinandersetzung mit anderen Menschen, um die Arbeit sachgerecht ausführen zu können.

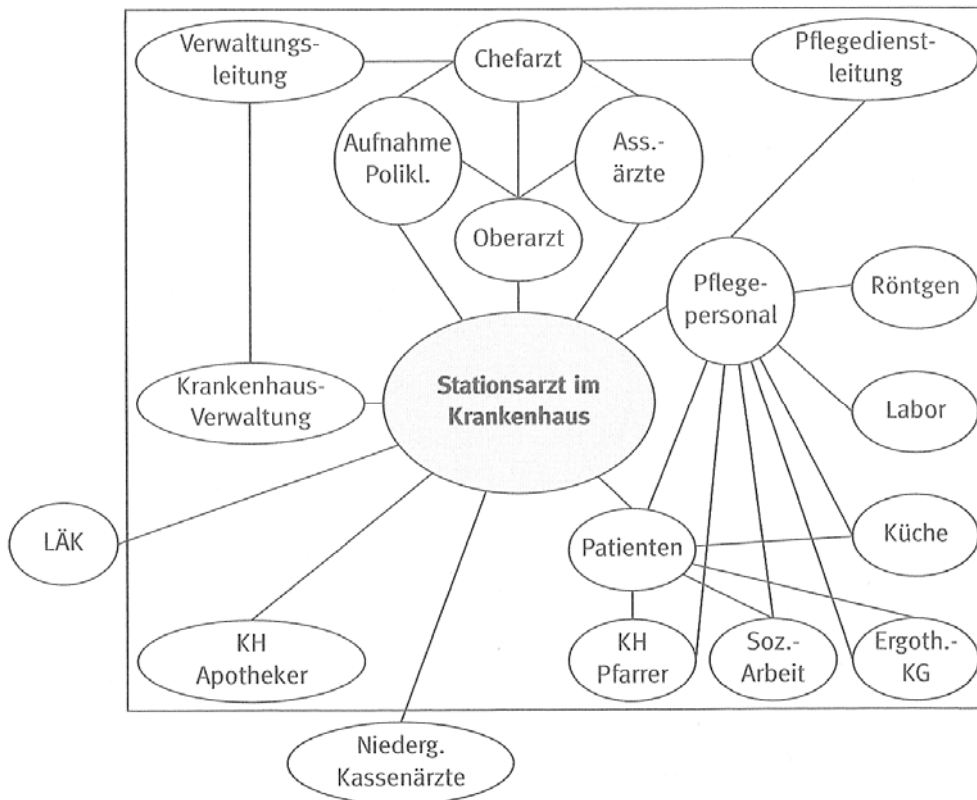


Abbildung 5: Der Stationsarzt im Krankenhaus im Netz beruflicher Beziehungssysteme  
(aus: Troschke, 2004, S. 100)

Für einen niedergelassenen Arzt sieht das berufliche Netz völlig anders aus. Er steht, sofern er eine Einzelpraxis betreibt, ganz allein einer Vielzahl von Organisationen gegenüber, mit denen er sich auseinandersetzen muss und von denen er auch teilweise abhängig ist, wie etwa von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung. Es schließen sich aber zunehmend Ärzte zu Gemeinschaftspraxen zusammen (hier arbeiten die Ärzte zusammen in einer Praxis und rechnen auch gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab) und Praxisgemeinschaften (es werden nur die Räume und eventuell Personal geteilt, die Abrechnungen macht jeder Arzt für sich allein). Abbildung 6 illustriert das Netz beruflicher Bezugssysteme:

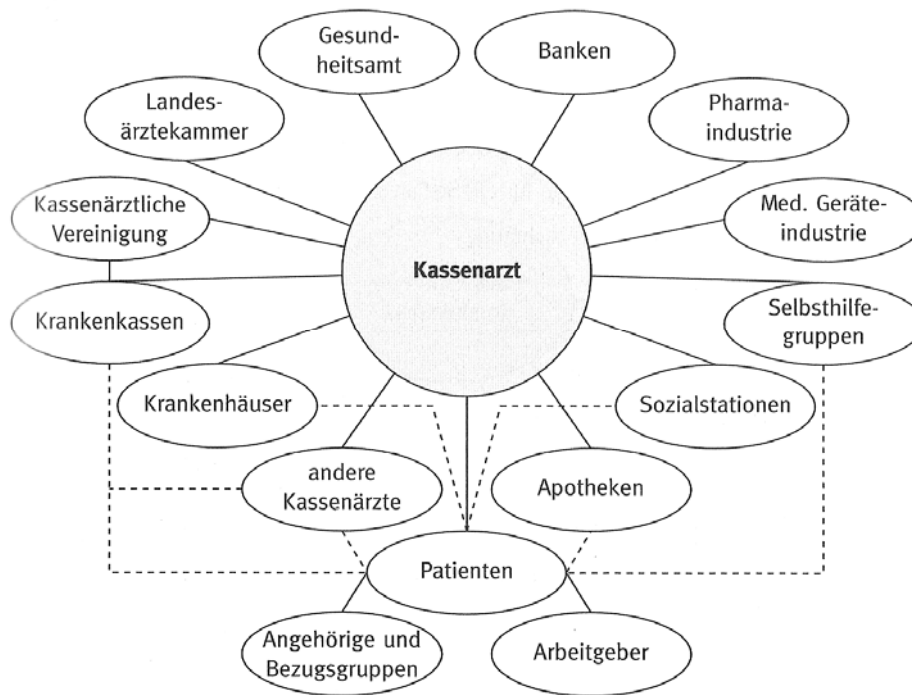


Abbildung 6: Der Kassenarzt im Netz beruflicher Bezugssysteme  
(aus: Troschke, 2004, S. 99)

In allen ärztlichen Arbeitsbereichen ist es demnach unumgänglich, nicht nur mit dem Patienten selbst, sondern auch mit sehr vielen anderen Personen zu kommunizieren und zu interagieren, um dem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Jede Interaktion mit einer Person oder einer Organisation in den jeweiligen beruflichen Systemen birgt ein Konfliktpotential in sich. Daraus wird deutlich, dass der Arzt bereits auf Grund der Organisationsstrukturen erheblichen Belastungen ausgesetzt ist.

## 5 Entwicklung der Fragestellung

Die vorgestellte Forschungsliteratur hatte Einfluss auf die Entwicklung der Fragestellung, die ich im nun folgenden Kapitel darstellen möchte.

Die Sensibilisierung für das Forschungsthema ergab sich auf Grund eigener beruflicher Erfahrungen, auf die ich im Kapitel 6.2.2 näher eingehen werde. Hier erlebte ich, wie Ärzte, mit denen ich zusammengearbeitet habe, ein Burnout-Syndrom entwickelten. Dabei fiel auf, dass es einzelne Ärzte gab, die offen mit ihrer Erkrankung umgingen und sich einer Behandlung unterzogen, viele andere aber offensichtlich unter Burnout-Symptomen litten, dies aber nicht thematisierten und sich auch nicht in Behandlung begaben, wodurch die Art des Umgangs mit den Patienten und dem Personal teilweise stark beeinträchtigt wurde. Diese Beobachtungen sensibilisierten mich für die Problematik. Ergänzt wurde dies durch ausgiebiges Studium der Forschungsliteratur zum Thema Burnout. Es fiel mir dabei auf, dass die Ursachen für die Entstehung der Erkrankung sehr unterschiedlich beschrieben wurden, und dass sich keine Literatur darüber finden ließ, wie Betroffene nach einer Erkrankung ihre berufliche Tätigkeit ausüben und erleben. Aus diesen Erkenntnissen heraus entwickelte sich die Fragestellung.

Das Hauptanliegen der Untersuchung besteht darin, die Wahrnehmung der vom Burnout-Syndrom betroffenen Personen in Hinblick auf die Entwicklung und Überwindung der Erkrankung zu erforschen. Hierbei interessiert besonders, wie die Arbeits- und Lebensumstände gestaltet sein müssen, damit ein Burnout-Syndrom überwunden werden kann bzw. gar nicht erst entsteht und ob sich Zusammenhänge zwischen einer stark arbeitszentrierten Lebensweise und der Burnout-Entwicklung finden lassen. Es stellt sich die Frage, in wieweit die Gestaltung der Lebensform mitursächlich für die Burnout-Entstehung anzusehen ist, ob Zielkonflikte vorliegen und ob es zur Bildung von Integrationszielen kommt. Darüber hinaus interessierte die Wahrnehmung der untersuchten Ärzte hinsichtlich der Auswirkungen des Strukturwandels im Gesundheitswesen auf das Arbeits- und Privatleben. Dabei sollte die Kontrastierung mit Personen, die nicht unter Burnout-Symptomen leiden, zur weiteren Klärung dieser Fragen beitragen.

Wichtig war mir, trotz dieser für eine qualitative Untersuchung recht konkreten Fragestellungen sensibel für die Relevanzsetzungen der Interviewpartner zu bleiben, um dadurch neue Perspektiven ermöglichen zu können.

## **6 Methoden und Durchführung der Untersuchung**

Im folgenden Kapitel werde ich zunächst darstellen, warum ich mich für eine qualitative Forschungsmethode entschieden habe. In Kapitel 6.2.1 gehe ich auf die Prinzipien qualitativer Forschung ein, und im Anschluss daran reflektiere ich im Kapitel 6.2.2 meine Rolle als Forscherin. Daraufhin expliziere ich in den Kapiteln 6.3 und 6.4 die gewählten Methoden. Im Kapitel 6.5 wird die Durchführung der Untersuchung geschildert und im Kapitel 6.6 werden die Untersuchungsteilnehmer vorgestellt.

### **6.1 Begründung des qualitativen Vorgehens**

Zur Erschließung von Forschungsfeldern stehen im Bereich der Sozialwissenschaften sowohl quantitative wie qualitative Methoden zur Verfügung. Die qualitativen Methoden werden besonders dann eingesetzt, wenn es darum geht, eine Innenperspektive der sozialen Wirklichkeit von Menschen zu gewinnen – also eine möglichst umfassende Beschreibung des Erlebens und Verhaltens in einem bestimmten Lebensbereich zu erhalten. Kleining beispielsweise empfiehlt dann den Einsatz von qualitativen Methoden, „wenn die Gegenstände und Themen nach allgemeinem Wissensstand, nach Kenntnis des Forschers oder auch nur nach seiner Meinung, komplex, differenziert, wenig überschaubar, widersprüchlich sind oder wenn zu vermuten steht, dass sie nur als 'einfach' erscheinen, aber – vielleicht – Unbekanntes verbergen“. (Kleining, 1995, S. 16) Nach der Sichtung der Forschungsliteratur zum Thema Burnout schien mir diese Beschreibung für mein Forschungsfeld zutreffend zu sein: Es handelt sich um einen Forschungsbereich, der tatsächlich sehr komplex und gleichzeitig widersprüchlich und wenig überschaubar erscheint (vgl. Kapitel 3).

Ziel der Untersuchung war es, eine Theorie zu entwickeln über die Bedingungen, unter denen ein Burnout-Syndrom entsteht und überwunden werden kann. Der Einsatz einer quantitativen Methode hätte den Forschungsgegenstand von vornherein eingeengt und möglicherweise wesentliche Faktoren außer Acht gelassen, da diese erst im Laufe der Untersuchung zu Tage treten könnten. Flankierend habe ich mich in geringem Umfang einer quantitativen Methode bedient, um weitere Daten über die Ausprägung der Burnout-Symptomatik, Unterschiede im Befinden zwischen verschiedenen Untersuchungszeitpunkten bei den gleichen Interviewpartnern und zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen (vom Burnout-Syndrom Betroffene und Kontrast-

personen) auch noch in anderer Weise zu erheben und dadurch weitere Informationen zu bekommen, die in die Untersuchung einfließen sollten. Im Vordergrund meiner Untersuchung stand dabei immer, die Wirklichkeitskonzepte der Interviewpartner und ihre Konstruktion der Arbeits- und Privatwelt zu verstehen, um daraus wesentliche Schlüsse auf die Burnout-Entstehung und –überwindung ziehen zu können. Dieses war nur durch den Einsatz qualitativer Methoden zu erreichen.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, dass ich mich für eine qualitative Herangehensweise entschieden habe.

## **6.2 Datenerhebung und Datenauswertungsmethoden**

Im folgenden Kapitel möchte ich zunächst einige wesentliche Prinzipien qualitativer Forschung vorstellen. Im Anschluss daran werde ich die Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden erläutern, die ich im Rahmen der Untersuchung eingesetzt habe: Die Grounded Theory, die Teilnehmende Beobachtung, das Problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) und das Maslach Burnout Inventory in der deutschen Fassung (Büssing et al., 1992).

### **6.2.1 Prinzipien qualitativer Forschung**

Obwohl es innerhalb der qualitativen Sozialforschung vielerlei Strömungen und Traditionen gibt, lassen sich einige Prinzipien benennen, die als Charakteristikum qualitativer Forschung angesehen werden können.

#### **Idiografischer Ansatz**

Das Forschungsinteresse richtet sich meist auf spezifische Phänomene, die mit Hilfe von Einzelfällen so umfassend wie möglich untersucht werden. Lamnek beschreibt diese Herangehensweise: *„Die qualitative Sozialforschung ist in sofern idiografisch, als sie versucht, soziale Erscheinungen in ihrem Kontext, in ihrer Komplexität und in ihrer Individualität zu erfassen, zu beschreiben und zu verstehen“*. (Lamnek, 2005, S. 247)

#### **Verständnis alltagsweltlicher Phänomene**

Das Untersuchungsziel ist meist, zu einem tiefen Verständnis der Alltagswelt der Untersuchungspartner zu kommen. Diese werden als Experten ihrer eigenen Lebenswelt



angesehen, und der Forscher begibt sich möglichst direkt „ins Feld“, um einen Einblick in diese Lebenswelt zu bekommen. („Geh-Struktur“ der Forschung statt „Komm-Struktur“ – Breuer, 1996). Die qualitative Forschung bietet den Interviewpartnern die Möglichkeit, ihre eigene Relevanz zu setzen und dabei völlig neue Aspekte in den Fokus zu rücken, die neue Erkenntnisse über den Forschungsgegenstand ermöglichen können. Laut Mayring (2002, S. 23) wird nicht nach „raumzeitlich unabhängigen, allgemeingültigen Gesetzen“ gesucht. Stattdessen wird danach gestrebt, „an soziohistorische und situative Kontexte gebundene Regelmäßigkeiten“ (ebd.) in Phänomenen zu erkennen.

### **Sensibilisierende Konzepte**

Ein wesentlicher Faktor in wissenschaftlichen Untersuchungen besteht im Vorwissen des Forschers. In der qualitativen Forschung hat dieses eine andere Bedeutung als in der quantitativen Forschung, da es hier nicht darum geht, eine Hypothese zu prüfen. Dennoch ist auch in der qualitativen Forschung das Vorwissen in der Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung von großer Bedeutung. Hier unterscheidet man in persönliches Vorwissen (beispielsweise hinsichtlich der Vorerfahrungen und eigenen Einstellung zum Forschungsgegenstand) und fachliches Vorwissen (beispielsweise zum aktuellen Stand der Forschung). Dieses Vorwissen - im Gegensatz zur quantitativen Forschung auch das persönliche - wird bewusst genutzt, da *„das Vorwissen unsere Wahrnehmungen unvermeidlich strukturiert und somit als Grundlage jeder Forschung anzusehen ist“* (Meinefeld, 2000, S. 271 – 272). Der Forscher entwickelt hieraus sensibilisierende Konzepte und ein *„Gespür dafür, wie man über Daten in theoretischen Begriffen nachdenkt“* (Strauss, 1991, S. 50). Sensibilisierende Konzepte dienen dazu, die Aufmerksamkeit des Forschers auf die wesentlichen Aspekte zu lenken und haben einen Einfluss auf die Strukturierung des Untersuchungsaufbaus sowie auf die Generierung von Lesarten in der Analysearbeit.

Dieses Vorwissen kann aber zur Verfälschung von Untersuchungsergebnissen führen, wenn die eigenen Vorannahmen nicht hinreichend reflektiert werden. Diese Reflektion ist besonders bei der Auswertung der Daten sehr wichtig, da es sonst durch Vorannahmen beispielsweise zu Fehlinterpretationen kommen kann. Die Selbstreflektion des Forschers und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Datenaus-

wertung ist deshalb – wie ich in Kapitel 6.2.2 darlegen werde - ein unerlässlicher Bestandteil der qualitativen Forschung und gehört mit zu den Gütekriterien, die zur Qualitätssicherung erfüllt sein sollten (siehe Kap. 6.2.1.1).

### **Prinzip der Offenheit**

Während des gesamten Forschungsprozesses bleibt die Offenheit hinsichtlich des zu untersuchenden Phänomens bestehen. Laut Flick ist es notwendig, *„dass die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch den Forschungsgegenstand herausgebildet hat“* (Flick, 2006, S. 150, vgl. auch Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1996).

Der Forschungsprozess ist somit nicht bereits im Vorfeld planbar, da durch neue Erkenntnisse möglicherweise Veränderungen notwendig werden. Die Forschung hat Prozesscharakter in dem Sinne, dass sich sowohl die Forschung selbst als auch der Forschungsgegenstand während der Untersuchung entwickeln und sich die Forschungsfrage möglicherweise erst im Laufe der Untersuchung präzisiert. Dazu passend werden die zu untersuchenden Personen meist mit Hilfe des Theoretical Sampling nach und nach ausgewählt – also nicht nach einem von vornherein festgelegten Plan, sondern dem Erkenntnisprozess folgend. Hierauf werde ich im Kapitel 6.3.1 weiter eingehen.

### **Hypothesen- oder Theorieentwicklung**

Üblich sind in der qualitativen Forschung Einzelfallstudien, Untersuchungen von einer Fallgruppe und der Vergleich mehrerer Fallgruppen. Da Einzelfallstudien nur sehr eingeschränkt auf andere Bereiche übertragbar sind, werden im Allgemeinen Untersuchungen von einer oder mehreren Fallgruppen bevorzugt. Diese ermöglichen die Übertragbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse auf die Gesamtgruppe. Legewie beschreibt das hierfür notwendige Vorgehen:

*„Durch die Untersuchung mehrerer gleichartiger Fälle können die Ergebnisse auf die Gesamtgruppe übertragen werden, soweit sichergestellt ist, dass die untersuchten Fälle für die Gesamtgruppe „repräsentativ“ sind. In quantitativen Untersuchungen wird die Repräsentativität erreicht durch Datenerhebung in*

*Zufallsstichproben. In qualitativen Untersuchungen wird wegen des hohen Aufwands gewöhnlich nicht mit Zufallsstichproben gearbeitet. Stattdessen müssen gezielt "exemplarische Fälle" ausgewählt werden, die möglichst vollständig das innerhalb der untersuchten Gruppe vorfindbare Spektrum an Unterschieden bezüglich des Phänomens abdecken.“ (Legewie, 1995, S.8)*

Die Daten jedes einzelnen Interviews werden dann einer intensiven Analyse unterzogen, um daraus den größtmöglichen Erkenntnisgewinn zu ziehen. Die Unterschiede innerhalb und zwischen Gruppen müssen in der qualitativen Forschung laut Legewie „*aufgrund qualitativer Urteilsbildung abgeschätzt werden*“ (Legewie, 1995, S.9). Um Hypothesen über mögliche Gruppenunterschiede erstellen zu können, gibt er als „*absolutes Minimum der Gruppengröße*“ zwei Fälle pro Gruppe an. Mit Hilfe der Datenanalyse aus allen verfügbaren Datenquellen wird schließlich eine modellhafte Struktur oder eine Hypothese erstellt.

#### **6.2.1.1 Die Gütekriterien qualitativer Forschung**

Um eine wissenschaftliche Arbeit bewerten zu können, ist es zunächst einmal notwendig, Qualitätskriterien zugrunde zu legen. Die Gütekriterien, die für die quantitative Forschung entwickelt wurden, sind aber nicht direkt auf qualitative Forschungen anwendbar. Deshalb wurden an die speziellen Bedingungen der qualitativen Forschung angepasste Kriterien entwickelt (vgl. Flick, 1995; Steinke, 1999, 2000).

Die Objektivität (also die Unabhängigkeit eines Untersuchungsergebnisses vom Untersucher) wird durch die Übereinstimmung verschiedener Untersucher hinsichtlich der Interpretation der Daten sichergestellt.

Die Validität (in wie weit die Methode also das erfasst, was der Forscher erfassen wollte,) wird in der qualitativen Forschung durch die Analyse der Interviewsituation, die Offenlegung des Forschungsprozesses und die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Untersuchern, also die konsensuelle Validierung, sichergestellt. Als weitere Qualitätssicherungsmaßnahme gilt die Kommunikation mit der untersuchten Person oder Gruppe als kommunikative oder dialogische Validierung. Darüber hinaus

nennt Flick die Triangulation und die Analyse abweichender Fälle als weitere Methoden (Flick, 1995, S. 251).

Um die Reliabilität, also die Wiederholbarkeit einer Messung, zu erfassen, wird eine Reproduzierbarkeit zeitlich stabiler Zusammenhänge gefordert. Flick bringt darüber hinaus eine prozedurale Reliabilität ein, bei der *„die Qualität der Aufzeichnung und Dokumentation von Daten zu einer zentralen Basis“* wird, *„um deren Reliabilität und die sich anschließenden Interpretationen zu bestimmen“* (Flick, 1995, S. 241).

Steinke (2000) schlägt Kernkriterien zur Bewertung qualitativer Forschung vor. Zu diesen Kernkriterien gehören intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Angemessenheit des Forschungsprozesses, in den Daten begründete empirische Verankerung der Theoriebildung, Analyse des Geltungsbereiches der Theorie, Kohärenz im Sinne einer Konsistenz und Bearbeitung von Widersprüchen in der Theorie, Relevanz von Fragestellung und Ergebnis und schließlich die reflektierte Subjektivität des Forschers.

Im Folgenden beschreibe ich, wie ich versucht habe, in Anlehnung an die vorgenannten Kriterien die Qualität der Untersuchung sicherzustellen.

### **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, ist eine Transparenz der Vorgehensweise des Forschungsprozesses notwendig. Daher habe ich in den Kapiteln 5 und 6.2.2 mein Vorwissen dokumentiert und werde in den Kapiteln 6.3 bis 6.5 die Erhebungsmethoden und den Erhebungskontext beschreiben. Die Interpretation der Daten wurde durch zahlreiche Zitate belegt. Die Zitate sind durch Anführungsstriche und die Verwendung einer ausschließlich für Zitate benutzten Schriftart als solche kenntlich gemacht oder, wenn von mir nicht wörtlich zitiert, dann wurden sie im Konjunktiv wiedergegeben. Die Interpretation der Daten habe ich in verschiedenen Arbeitsgruppen diskutiert – nähere Angaben hierzu finden sich ebenfalls im Kapitel 6.2.2.

**Angemessenheit des Forschungsprozesses**

Überlegungen zur Methodenwahl wurden in Kapitel 6.1 dokumentiert, aufgetretene Schwierigkeiten wie die Akquise-Problematik und die gefundenen Lösungen werden in Kapitel 6.5 beschrieben.

**Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung**

Das beschriebene Modell wurde mit Hilfe des empirischen Materials entwickelt. Die ausführliche Darstellung der methodischen Vorgehensweise soll für eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses sorgen. Bei der Grounded Theory handelt es sich um ein kodifiziertes Verfahren, was den Nachvollzug für den Leser der Arbeit erleichtert. Zur Dokumentation der Daten finden sich die transkribierten Interviews auf einer beigefügten CD. Die Zitate habe ich zur besseren Lesbarkeit geringfügig geglättet, ohne inhaltliche Veränderungen vorzunehmen. Die Transkriptionsregeln finden sich im Anhang.

**Analyse des Geltungsbereiches der Theorie**

Strauss und Corbin (1996) unterscheiden in bereichsbezogene und formale Theorien. Bereichsbezogene Theorien betreffen einen eingegrenzten Bereich der sozialen Wirklichkeit, wie sie sich im Fokus der vorliegenden Arbeit findet.

Formale Theorien haben eine größere Reichweite. Hierfür müssen verschiedene Situationstypen untersucht werden. Die Ergebnisse einer Untersuchung, die auf der Analyse nur eines Situationstyps basiert, sind nicht auf andere Situationstypen zu verallgemeinern. Da die Arbeit sich ausschließlich mit der Situation von Ärzten beschäftigt, ist die vorliegende Theorie als eine Bereichsbezogene anzusehen und die Ergebnisse sind nicht unbedingt auf die Situation anderer Berufsgruppen zu übertragen.

**Relevanz**

Die Relevanz der Fragestellung wurde im Kapitel 5 diskutiert. Da die dort geschilderten Überlegungen die Relevanzsetzung der Forscherin widerspiegeln, wird dies von anderen Forschern möglicherweise anders bewertet.

**Reflektierte Subjektivität**

Die Person des Forschers hat Einfluss auf die bei der Untersuchung auftretenden Prozesse. Deshalb wird die Subjektivität der Forscherin in Kapitel 6.2.2 reflektiert.

**Methodentriangulation**

Die Kombination aus Teilnehmender Beobachtung, Interviews mit Betroffenen und Kontrastpersonen und Experteninterviews sollte die Qualität der Datenauswertung sicherstellen.

**Zuverlässigkeit von retrospektiv erhobenen Daten**

Das Studiendesign sah vor, die Akteure etwa zwei Wochen nach Beginn der stationären Behandlung ihres Burnout-Syndroms zu interviewen. Die Überlegung hierbei war, dass die Betroffenen somit nicht mehr unter völliger Erschöpfung litten, die Ereignisse, Kognitionen und Emotionen aus der Zeit der Burnout-Entwicklung aber noch ganz präsent waren. Diese Strategie ließ sich, wie in Kapitel 6.5.4 beschrieben wird, nur sehr eingeschränkt durchführen. Das führte dazu, dass in die Untersuchung auch Personen einbezogen wurden, deren Erkrankung bereits längere Zeit zurück lag.

Retrospektiv erhobene Daten bergen aber die Gefahr der Unzuverlässigkeit in sich – so kann die Erinnerung verzerrt und durch spätere Erlebnisse und Kognitionen überlagert sein oder wesentliche Details können vergessen werden (vgl. Höpflinger, 2002). Allerdings ist die Abnahme der Zuverlässigkeit der erhobenen Daten nicht linear mit der vergangenen Zeit verbunden. Werden die Ereignisse als zentrale biographische Wendepunkte wahrgenommen, so werden diese zuverlässiger erinnert. Dies ist bei den Interviewpartnern aus der Burnout-Gruppe meist der Fall.

Es besteht das Risiko, dass die Erinnerung an frühere Handlungsmotive und Emotionen durch eine Neuinterpretation der Akteure verändert sein kann. Im Fall von Herrn Bäumer konnte die Schilderung seiner damaligen Wahrnehmungen durch die Beschreibungen seiner Ehefrau gestützt werden, so dass hier ein weiterer Beleg der Zuverlässigkeit der Daten vorliegt.

### 6.2.2 Reflektionen über die Rolle der Forscherin

Das Vorwissen und die Konzepte, welche die Forscherin mitbringt, wirken sich im Forschungsprozess aus, da diese die Datenerhebung und –auswertung beeinflussen. Deshalb ist es notwendig, diesen Einfluss zu reflektieren, wie etwa Muckel postuliert:

*„Die erkenntnistheoretische Position des kritischen Realismus, neuerdings auch des Konstruktivismus, dass wir niemals die Dinge an sich, sondern nur die Dinge, so wie wir sie erleben, d.h. wie wir sie konstruieren, erkennen – ist als Ausgangspunkt dafür geeignet, um die Aufmerksamkeit (der Forscherin) weg vom Was der Wirklichkeit hin zum Wie ihrer Konstruktion und den (z.T.) personabhängigen Voraussetzungen dieser Strukturierung zu lenken.“ (Muckel, 1996, S. 62)<sup>4</sup>*

Wie bereits in Kapitel 5 angedeutet, steht die Wahl des Themas der vorliegenden Dissertation im Zusammenhang mit meiner eigenen Lebenswelt, da ich vor meinem Studium viele Jahre als Krankenschwester gearbeitet habe. Ich erlebte in dieser Zeit sowohl die Entwicklungen von Ärzten, mit denen ich zusammenarbeitete, als auch die Auswirkungen des Strukturwandels im Gesundheitswesen.

Parallel zum Studium hatte ich eine Weiterbildung zur Systemischen Therapeutin absolviert und arbeite seit dem Abschluss des Studiums als niedergelassene Therapeutin. Das Wissen, dass ich hier erworben habe, die Erfahrungen aus der Zeit meiner Tätigkeit als Krankenschwester und das hinzukommende theoretische Wissen flossen in das Untersuchungsdesign und die Durchführung der Studie ein.

So hatte die von mir seit Jahren ausgeübte Tätigkeit als systemische Therapeutin einen Einfluss auf die Gestaltung der Interviews. Es fällt auf, dass ich im Interview häufiger das im therapeutischen Gespräch übliche „Spiegeln“ anwende – ich wiederhole also in meinen Worten, was ich meine verstanden zu haben, was auch eine Interpretation des Gehörten bedeuten kann. Dies ist zwar in der Technik des Problemzentrierten Interviews enthalten, kann aber auf Grund meiner therapeutischen Grundhaltung zu einer Beeinflussung des Ergebnisses geführt haben. Ich sehe darin aber in erster Linie einen

---

<sup>4</sup> Hervorhebungen im Original vorhanden

Vorteil, da ich hierdurch bereits im Gespräch eine kommunikative Validierung ermöglicht habe.

Durch meine berufliche Tätigkeit im Krankenhaus war mir die Lebenswelt der Untersuchungspersonen vertraut, was dazu beitrug, eine offene, verständnisvolle Atmosphäre in der Interviewsituation zu schaffen. Das erleichterte den Gesprächsfluss, und die Interviewpartner schilderten meist sehr ausführlich ihre Lebenssituation. Ein Nachteil der Nähe, die durch diesen Umstand hervorgerufen wurde, könnte darin bestehen, dass ein Forscher mit größerer Distanz zu dem Untersuchungsfeld möglicherweise weitere Nachfragen gestellt hätte. Als Teil des Systems erschienen mir möglicherweise Dinge als selbstverständlich, die einer weiteren Nachfrage bedurft hätten. Eine ständige Reflektion und Diskussion mit Personen, die nicht Teil der „medizinischen Welt“ waren, war mir deshalb unerlässlich, um nicht beispielsweise wesentliche Aspekte zu übersehen.

Dies erschien mir als besonders relevant in Hinblick auf die Arbeit mit Interviewpartnern, die mir persönlich bekannt waren. Meine ursprüngliche Planung der Untersuchung sah vor, ausschließlich Patienten einer auf die Behandlung von Burnout-Erkrankungen spezialisierten Klinik zu interviewen. Dies erwies sich als nicht möglich, so dass ich gezwungen war, Interviewpartner auch in anderer Weise zu akquirieren. Deshalb entschloss ich mich dazu, auch Interviews mit Personen zu führen, die mir aus der Zeit meiner Krankenschwestern-Tätigkeit bekannt waren und für die Untersuchung geeignet erschienen. Gerade die persönliche Bekanntschaft mit Interviewpartnern beinhaltet aber die Gefahr, dass die eigenen Emotionen und Vorannahmen zu Fehlinterpretationen führen. Deshalb sah ich in der gemeinsamen Reflektion mit anderen eine wesentliche Qualitätssicherungsmaßnahme.

Die Reflektion und gemeinschaftliche Interpretation von Forschungselementen gilt in der qualitativen Forschung ohnehin als unabdingbar, da eine Objektivität in Hinblick auf den Forschungsgegenstand im eigentlichen Sinne nicht möglich ist, da bereits die Anwesenheit des Forschers verändernd in die Alltagswelt des Beforschten hineinreicht



und die Subjektivität des Forschers den gesamten Forschungsprozess zwangsläufig beeinflusst. Muckel beispielsweise fordert deshalb:

*„Es gilt eine Vielfalt und Vielgestaltigkeit von Perspektiven auf Seiten der Beforschten wie der Forscherinnen zu berücksichtigen.“ (Muckel, 1996, S. 73)*

Dieser Forderung bin ich nachgekommen, indem ich während eines langen Zeitraums Mitglied in einer Online-Arbeitsgruppe von Promovenden und Habilitanden war – der „NetzWerkstatt“ (Mruck, 2003). Im Rahmen dieser wöchentlich stattfindenden online-Diskussionen wurden gemeinsam die Materialien der Teilnehmer interpretiert und diskutiert, um somit das zu untersuchende Material so umfassend und perspektivenreich wie möglich zu erarbeiten, verschiedene Lesarten für Interpretationsmöglichkeiten zu entwickeln und eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu erreichen.

Ein weiteres Hilfsmittel der Selbstreflektion besteht im Führen eines Forschungstagebuchs, das ich während des gesamten Forschungsprozesses handschriftlich führte. Dieses dient dazu, die eigene Subjektivität bewusst wahrzunehmen, indem Gedanken und Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Forschungsprozess stehen, aufgeschrieben und reflektiert werden. Hierdurch werden besonders Prozesse, welche die Datenauswertung beeinflussen können, sichtbar. In der Folge konnten diese diskutiert und in ihren Auswirkungen bearbeitet werden.

### **6.3 Methodologie der Grounded Theory**

Die qualitative Sozialforschung bedient sich verschiedener Methoden, auf die ich, mit Ausnahme der Grounded Theory, hier nicht näher eingehen möchte (siehe hierzu beispielsweise Flick, 1995; Flick, von Kardorff, Steinke, 2000).

Die Grounded Theory stellt „weltweit eine der verbreitetsten Vorgehensweisen qualitativer Sozialforschung“ (Strauss & Corbin, 1996, Vorwort von H. Legewie) dar. Auch im Bereich der psychologischen Forschung wird diese Methode häufig eingesetzt (vgl. Jüttemann, 1985; Legewie, 1987b; Flick, 1995; Breuer, 1996). Sie wurde ursprünglich von Glaser und Strauss (1967) als Untersuchungsstrategie zur Entwicklung von gegenstandsbegründeten Theorien entwickelt und später in verschiedenen

Richtungen weiter ausgearbeitet. Diese Weiterentwicklungen führten dazu, dass Glaser und Strauss in der Folge unterschiedliche Ansichten vertraten und Strauss seine Auffassung von der Grounded Theory gemeinsam mit Corbin noch weiter ausarbeitete (Strauss & Corbin, 1996). Die vorliegende Arbeit basiert auf diesem Konzept. Auf Grund der weiten Verbreitung der Methode werde ich diese hier nur so weit vorstellen, wie es zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses notwendig erscheint.

Der Begriff „Grounded Theory“ wird meist mit „gegenstandsbezogene Theorie“ oder „empirisch begründete Theoriebildung“ übersetzt. Dies bedeutet, dass die Theorie aus den erhobenen Daten ermittelt und in ihnen gegründet wurde. Das Konzept entstand in der Absicht, Theorien nicht abstrakt, sondern in intensiver Auseinandersetzung mit einem konkreten Forschungsgegenstand Daten basiert entwickeln zu können. Legewie beschreibt die besondere Vorgehensweise, die diesem Forschungsstil eigen ist:

*„Die Grounded Theory stellt demgegenüber eine systematische Strategie oder Heuristik dar, mit deren Hilfe aus "Rohdaten" theoretische Konzepte entwickelt werden können. Während beim Überprüfen von Theorien die logische Schlussweise der Deduktion im Mittelpunkt steht (Schließen vom Allgemeinen [Theorie] auf das Besondere [Hypothesen über Daten]), verlangt die Grounded Theory einen stetigen Wechsel zwischen Induktion (vom Besonderen [den Daten] zu zum Allgemeinen [den theoretischen Konzepten]) und Deduktion (Überprüfung der entwickelten Konzepte an neuen Daten).<sup>5</sup>“ (Legewie, 1995, S. 13)*

Zugrunde gelegt wird hier das so genannte „Phänomen-Indikator-Konzept-Modell“ (Legewie, ebd). Um Erkenntnisse über einen Aspekt der sozialen Wirklichkeit zu gewinnen, ist es zunächst einmal notwendig, Daten zu erheben, zum Beispiel durch Interviews oder teilnehmende Beobachtung. Strauss und Corbin (1996) betonen, dass hierbei die theoretische Sensibilität des Forschers von großer Wichtigkeit ist. Darunter sind ein „Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten“ und die „Fähigkeit, Einsichten zu haben, den Daten Bedeutungen zu verleihen, die Fähigkeiten zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 25) zu verstehen. Diese theoretische Sensibilität wird als Voraussetzung für die

---

<sup>5</sup> Hervorhebungen und Klammern im Original vorhanden.

---

Entwicklung einer „gegenstandsverankerten, konzeptuell dichten und gut integrierten Theorie“ (Strauss und Corbin, 1996, S. 25) bezeichnet. Um eine maximale Offenheit gegenüber den empirischen Daten zu ermöglichen, wird auf eine Hypothesenbildung vor der Datenerhebung verzichtet. Sensibilisierende Konzepte, Vergleichen von kontrastierenden Phänomenen und das Stellen von offenen Fragen an das Forschungsfeld und später an die entstandenen Materialien sollen dabei helfen, neue Konzepte zu entwickeln. Dabei wird ständig zwischen Induktion und Deduktion und zwischen Datenerhebung und –interpretation gependelt. Die zu erhebenden Daten können beispielsweise durch teilnehmende Beobachtung, Interviews oder Gruppendiskussion erhoben werden. Bei der Auswertung dieser Daten lassen sich Indikatoren für die zu beforschenden Phänomene finden, aus denen im Laufe der Untersuchung Konzepte gebildet und schließlich eine Theoriekonzeption entwickeln wird.

### **6.3.1 Theoretical Sampling**

Die Datenerhebung folgt meist gemäß dem Theoretical Sampling (Glaser & Strauss, 1967). Dies bedeutet, dass die Fallauswahl schrittweise erfolgt, basierend auf dem jeweiligen Stand der Datenauswertung und unter Einbeziehung von unterschiedlichen Varianten des jeweiligen zu untersuchenden Phänomens. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass das zu untersuchende Phänomen so umfassend wie möglich analysiert wird. Dies wird so lange fortgesetzt, bis keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind – also bis zur so genannten theoretischen Sättigung (ebd).

### **6.3.2 Datenauswertung**

Im nächsten Schritt werden die erhobenen Daten nun so genau wie möglich analysiert und interpretiert. Hierbei bedient man sich in der Regel bestimmter Techniken, die ich nun vorstellen möchte.

#### **Globalauswertung**

Um sich einen Überblick über den zu analysierenden Text zu verschaffen, ist es sinnvoll, zunächst eine Globalauswertung vorzunehmen (vgl. Legewie, 1994). Hierbei wird der Kontext der erhobenen Daten festgehalten, es werden wichtige Textstellen identifiziert.

### **Memos**

Bereits während der Globalauswertung werden erste Memos geschrieben. Das Schreiben von Memos gehört zu den wichtigsten Techniken in der Arbeit mit der Grounded Theory. So regt Strauss an, „häufig den Kodierprozess zu unterbrechen, um ein Theorie-Memo zu schreiben.“ (Strauss, 1991, S. 62). In den Memos werden Gedanken zu dem zu untersuchenden Phänomen festgehalten, zum Beispiel Ideen über Hintergründe, Eigenschaften einer Kategorie oder Ähnliches. Diese Technik dient der Herausarbeitung von Zusammenhängen und wird über den gesamten Forschungsprozess weitergeführt.

### **Das Kodieren**

Die Analyse des erhobenen Materials erfolgt in erster Linie durch das theoretische Kodieren. Hierbei handelt es sich um die Auswertung und Interpretation von Daten, was zu einem tieferen Verstehen der Daten und nachfolgend des untersuchten sozialen Phänomens führen soll. Dabei sollen Konzepte entwickelt werden, die schließlich zu einer Theorie führen, die über das Verstehen der einzelnen Daten oder Untersuchungspersonen hinausführt.

Kodieren bedeutet, einem im Datenmaterial vorhandenen Aspekt einen Begriff zuzuordnen. Dabei ist es auch möglich, von den Interviewpartnern benützte Begriffe unmittelbar als Kode zu verwenden – die so genannten in-vivo-Kodes. Im Verlauf der Kodierarbeit bilden sich durch Textvergleiche Kodes abstrakterer Ordnung - die Kategorien. Das Kodieren lässt sich in drei Hauptphasen unterteilen, die zirkulär verschränkt sind: Das offene, das axiale und das selektive Kodieren (vgl. Strauss & Corbin, 1996).

### **Das Offene Kodieren**

Im Anschluss an die Globalauswertung wird die Feinanalyse der besonders interessierenden Textstellen durchgeführt – das offene Kodieren. Hier geht es zunächst einmal darum, den zu bearbeitenden Text in Sinneinheiten zu zerlegen und diese mit den genannten Kodes zu benennen. Diese Phase wird von Strauss & Corbin (1996, S. 43) als „der Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten“ bezeichnet. Hierzu werden Theorie generierende Fragen an den Text gestellt (vgl. hierzu Böhm, Legewie und Muhr, 1992, S. 33). Im Verlauf des

Kodierens können sich ständig Veränderungen ergeben, da sich beispielsweise durch den ständigen Vergleich von Textstellen neue Perspektiven und damit auch neue Kodieraspekte ergeben können, die ein Nachkodieren und eventuell Neubewerten des Datenmaterials notwendig machen. Das offene Kodieren ist die Grundvoraussetzung für die eigentliche inhaltliche Arbeit.

Meist werden als Hilfsmittel hierfür spezielle Softwares zur computerbasierten Analyse qualitativer Daten eingesetzt. Ich habe hierzu anfangs das Programm „MAXqda“ benützt. Zur Illustration füge ich hier einen Screenshot aus der mit Hilfe von MAXqda durchgeführten Kodierung des ersten Interviews mit Herrn Sperling ein (Abb. 7).

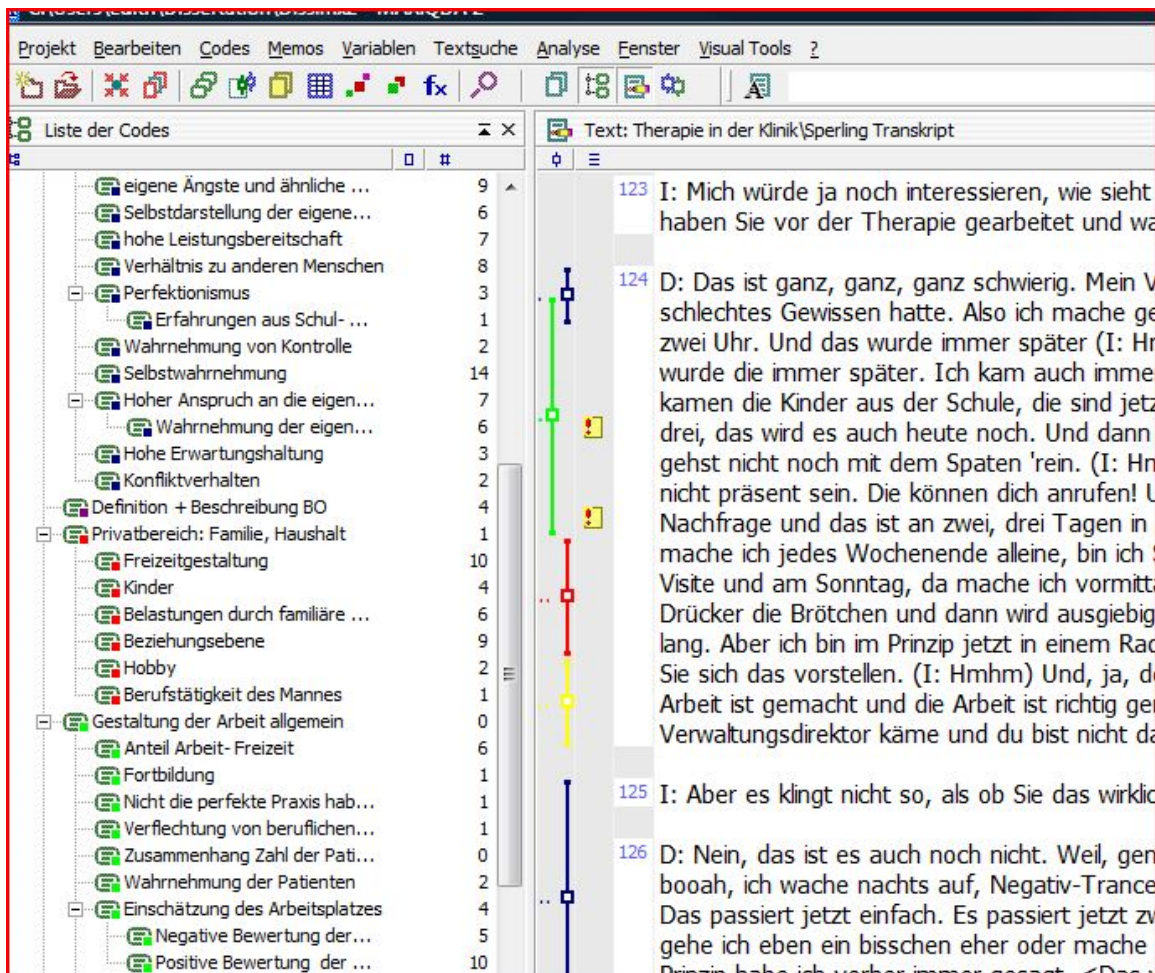


Abbildung 7: Einblick in die Kodierungsarbeit mit MAXqda

Links am Rand ist die Liste der Codes aufgeführt, die bis zu dem Zeitpunkt des Interviews als relevant entwickelt wurden. Durch Markieren der jeweiligen Textstelle lässt sich diese dem jeweils passenden Code zuordnen oder es wird ein neuer Codebegriff hierfür vergeben.

Optisch wird die Zuordnung von Codes zu Textstellen zwischen der Kodeliste und dem Text zusätzlich durch vertikale Linien verdeutlicht – jeweils in der Farbe der Kategorien. (Die Zuordnung zu den Kategorien erfolgt erst im nächsten Schritt und wird dort beschrieben.) Darüber hinaus lässt sich erkennen, dass ich hier mehrere Memos verfasst habe. Zur Verdeutlichung füge ich in Abb.8 exemplarisch ein Memo aus diesem Textausschnitt ein.

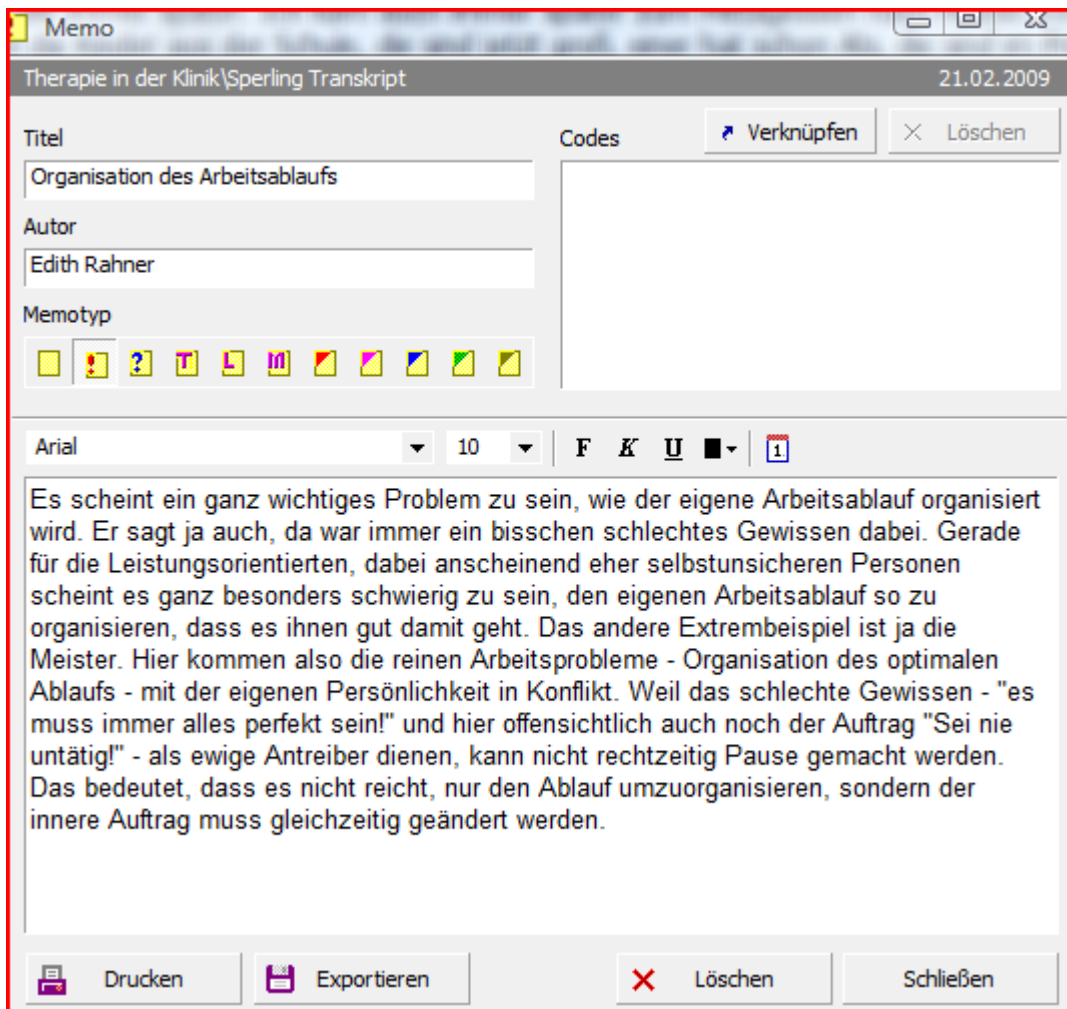


Abbildung 8: Einblick in die Arbeit mit Memos mit MAXqda

Trotz dieser an sich gut handhabbaren Software habe ich mich nach anfänglicher Zufriedenheit mit dem Programm nach einiger Zeit dazu entschlossen, handschriftlich an den Texten weiterzuarbeiten. Die Kodierung und beispielsweise der direkte Vergleich von Textstellen aus verschiedenen Interviews ließen sich meiner Meinung nach mit Papier gestütztem Vorgehen besser bearbeiten. Die ursprünglich erarbeiteten Kategorien blieben dabei in erheblichem Maße erhalten, sie wurden eben nur handschriftlich weiterbearbeitet, wie auch die Memos.

Zur Verdeutlichung der Arbeitsweise findet sich im Anhang eine Liste der Codes, die bis zum Verlassen der Arbeit mit dem Programm entstanden waren.

### **Das Axiale Kodieren**

Hier geht es nun darum, die im ersten Auswertungsschritt gefundenen Codes zu strukturieren und zu Kategorien zusammenzufassen. Um interessierende Phänomene näher zu untersuchen und Relationen zwischen Kategorien zu erarbeiten, bietet sich der Einsatz eines speziellen Verfahrens an, nämlich des von Strauss und Corbin (1996) entwickelten Kodier-Paradigmas. Sie beschreiben dieses wie folgt: *„Eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht.“* (Strauss & Corbin, 1996, S. 75).

Das Phänomen wird also in folgender Weise analysiert:

1. Was war die ursächliche Bedingung, was führte also zum Auftreten des Phänomens?
2. Worin bestand der Kontext und was waren die intervenierenden Bedingungen? Wann, wo, mit welcher Dauer und mit welcher Intensität trat es auf?
3. Welche Handlungen und Strategien wurden angewandt?
4. Welche Konsequenzen gab es?

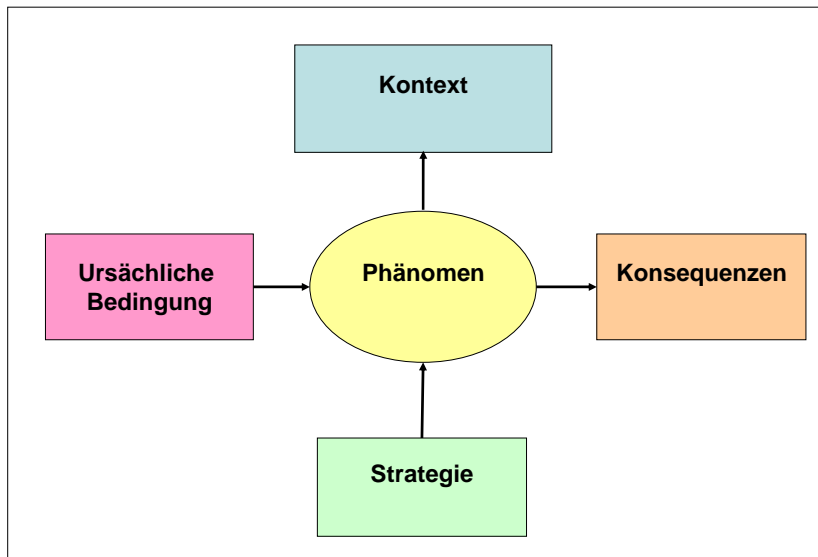


Abbildung 9: Kodierparadigma

Das bedeutet, dass die Kategorien unter verschiedenen Aspekten auf ihre Beziehungen hin untersucht werden – es wird also ein handlungstheoretischer Sinnzusammenhang hergestellt.

### Das Selektive Kodieren

In dieser Phase wird die Kernkategorie – also das zentrale Phänomen – ausgewählt. Problematisch kann es sein, wenn zunächst mehrere Phänomene als zentral angesehen werden. Hierbei ist der Hinweis von Strauss & Corbin hilfreich, sich die Fragen zu stellen: „*Was ist in diesem Untersuchungsbereich am auffallendsten? Was halte ich für das Hauptproblem?*“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 97). Nachdem das zentrale Phänomen schließlich bestimmt wurde, wird dieses systematisch mit anderen Kategorien in Beziehung gesetzt, so dass aus diesem Netzwerk eine dichte Theorie, ein Modell entsteht. Das Modell sollte so ausgereift sein, dass sich daraus hypothetische Aussagen entwickeln lassen: „*Unter diesen Bedingungen (Auflistung) passiert das und das; während unter anderen Bedingungen das und das eintritt.*“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 107). Somit sollten Prozesse verstanden und Erklärungen für Abläufe möglich werden:



*„Die Konzeptualisierung von Ereignissen, die vom Prozessbegriff umfasst werden, erklärt nämlich, warum Routinehandlungen/- Interaktionen zusammenbrechen, warum Probleme im Verlauf von Lebensereignissen auftreten und warum man beim Rückblicken auf das Leben Wachstum, Entwicklung und Bewegung sieht; oder als das andere Extrem das Scheitern von Wachstum, ein Zurückschliddern, Stagnation“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 119).*

## **6.4 Erhebungsansätze**

Um nun Daten erheben zu können, tritt der Forscher „ins Feld.“ Wie bereits in Kapitel 6.2.2 angedeutet, gilt dieser Zugang zum Feld in der Sozialforschung als kritischer Moment. Lau und Wolff weisen darauf hin, dass die Anwesenheit des Forschers bereits zu Veränderungen im System führt, die Rückschlüsse auf das Feld zulassen:

*„Die verschiedenen Situationen des „Einsteigens“ stellen somit methodologisch gesprochen Elemente des „theoretical sample“ dar, das heißt, die dabei ablaufenden Produktions-, Kooperations- und Verständigungsprozesse haben exemplarischen Charakter für das, was für die betreffende Einrichtung an Umweltkontakten und ihrer Gestaltung möglich ist.“ (Lau und Wolff, 1983, S. 418)*

Da bereits die Existenz des Untersuchers im Feld dazu führt, dass es dort zu Veränderungen kommt, sollte sich der Forscher dessen bewusst sein und diese möglichen Veränderungen reflektieren.

Die Beobachtungen werden in Form von Feldnotizen so genau wie möglich protokolliert und fließen in die Auswertung der Daten mit ein.

### **6.4.1 Teilnehmende Beobachtung**

Eine Möglichkeit der Datenerhebung besteht in der „Teilnehmenden Beobachtung“. Der Begriff „Teilnehmende Beobachtung“ wurde von Lindemann (1924), einem Soziologen der Chicagoer Schule, geprägt.

Die teilnehmende Beobachtung stellt eine der wichtigsten Methoden der Feldforschung dar. Sie ist gleichzeitig ein Verfahren wie auch eine Forschungsstrategie. Interviews,

---

Dokumentenanalyse und Beobachtungen sind die wichtigsten Elemente der teilnehmenden Beobachtung. Ziel der teilnehmenden Beobachtung ist die systematische Wahrnehmung und das Verstehen des sozialen Handelns von Individuen und Gruppen in ihrer alltäglichen Umgebung. Der Untersucher findet meist über bestimmte Schlüsselpersonen den Zugang zum Feld und versucht zunächst, beobachtend wesentliche Aspekte der sozialen Welt zu verstehen. Im zweiten Schritt erfolgt eine Fokussierung auf relevant erscheinende Bereiche.

#### **6.4.2 Das Problemzentrierte Interview**

Das Problemzentrierte Interview ist eines der zentralen Instrumente der qualitativen Sozialforschung. Es wurde von Witzel (1985, 2000) vor dem Hintergrund der Grounded Theory entwickelt, um individuelle Verhaltensweisen, Gedanken- und Erlebenswelt der befragten Personen zu erfassen.

Wie der Name bereits aussagt, geht es hier in erster Linie darum, die Sichtweise des Befragten auf ein klar umrissenes Phänomen so genau wie möglich zu erfassen. Um dies zu erreichen, wird vorab ein Leitfaden entwickelt, welcher der Lenkung des Gesprächs dient – er sollte die zu untersuchenden Themen mit den dazugehörigen Fragen enthalten und als Orientierungsrahmen dienen. Bei der Konzeption dieses Leitfadens sollte der Interviewer sein Fachwissen einfließen lassen. Darüber hinaus sollte er dazu in der Lage sein, die Aussagen des Interviewten inhaltlich nachzuvollziehen und bei Bedarf Nachfragen zu stellen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Problemsicht des Betroffenen in allen Facetten ergründet werden kann. Im Interview wird hierfür zunächst ein Erzählimpuls gegeben, um die „*Künstlichkeit der Forschungssituation*“ und die Neigung zu „*isolierten Antworten auf isolierte Fragen*“ (Witzel, 2000, S. 3) möglichst zu verhindern. Dabei ist es wesentlich, das Gespräch zu den aus Forscher-Sicht wesentlichen Punkten des Problems zu lenken und gleichzeitig dem Befragten Raum für seine Relevanzsetzungen zu geben.

Das Gespräch wird in der Regel aufgezeichnet und anschließend transkribiert (die Transkriptionsregeln finden sich im Anhang.) Ein Postskriptum, also ein Gedächtnisprotokoll, wird nach Möglichkeit unmittelbar nach dem Gespräch angefertigt. Es enthält relevant erscheinende Kontextinformationen wie beispielsweise Aussagen zur Gesprächsatmosphäre oder nonverbale Aspekte des Gespräches.

### 6.4.3 Das Maslach Burnout Inventory

In der Diagnostik und Forschung wird mehrheitlich – zu etwa 90 Prozent laut Rösing (2003) - das bereits in Kapitel 3.1 vorgestellte, von Maslach entwickelte Maslach Burnout Inventory (MBI) eingesetzt (vgl. Büssing & Perrar, 1992, S. 336-337). Es liegt in verschiedenen deutschen Übersetzungen vor, z.B. von Enzmann & Kleiber, 1989, und von Büssing & Perrar, 1992. Die Version von Büssing & Perrar ist laut Burisch (2009) die einzige von Maslach autorisierte Fassung, weshalb ich diese Übersetzung gewählt habe.

Dem Fragebogen liegt das bereits vorgestellte Dreikomponentenmodell von Maslach (Maslach & Jackson, 1981, und Maslach, Jackson & Leiter, 1996) zugrunde.

Diese derzeitige Fassung besteht aus 25 Aussagen, die auf einer 5-Punkte-Skala mittels Ankreuzen beantwortet werden sollen. Es liegt bis jetzt allerdings keine Norm vor, ab welchem Ergebniswert tatsächlich von Burnout gesprochen werden kann.

## 6.5 Durchführung der Untersuchung

Der exakten Umsetzung der vorgestellten Methoden sind in der Praxis durchaus Grenzen gesetzt. So gehen Mruck und Mey (1996) beispielsweise davon aus, dass es auf Grund der *„Vieldeutigkeit auch vergleichsweise gut ausgearbeiteter Ansätze wie z.B. der Grounded Theory“* nicht möglich ist, eine *„tatsächliche ‚Anwendung‘ formalisierter Routinen“* (Mruck & Mey, 1996, S. 14) zu erreichen. Sich dieses bewusst zu machen und in der Forschungsarbeit offen zu legen, falle dennoch häufig schwer. In Forschungsberichten werde oftmals deutlich, dass beispielsweise der Einfluss eigener Motive und Neigungen und eine eigenständig entwickelte Herangehensweise aus Furcht vor dem Vorwurf, den Kriterien der Wissenschaftlichkeit nicht genügen zu können, verschwiegen werde – obwohl es zum Wesen der Methodologie gehört, die eigene Subjektivität zu reflektieren. Ich werde im Folgenden meine Herangehensweise und die damit verbundenen Schwierigkeiten und Abweichungen von den methodischen Vorgaben so schildern, dass eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses möglich wird.

### **6.5.1 Geplanter Ablauf der Untersuchung – Gewinnung von Interviewpartnern**

Die ursprüngliche Planung sah der Fragestellung entsprechend als Hauptinstrument eine Längsschnittuntersuchung vor. Es war geplant, ausschließlich mit Ärzten, die wegen einer Burnout-Erkrankung in einer bestimmten Klinik stationär behandelt wurden, während ihres dortigen Aufenthaltes problemzentrierte Interviews und dann jeweils etwa 4 – 6 Monate später ein Folgeinterview durchzuführen. Es sollte nur diese Klinik in die Untersuchung eingebunden werden, um die Variable des Therapieeinflusses möglichst konstant zu halten.

Die ersten Interviews sollten jeweils etwa drei Wochen nach Beginn des stationären Aufenthaltes der zu befragenden Personen stattfinden. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt in der Annahme, dass dann bereits eine gewisse Erholung eingesetzt hätte, so dass die Gespräche für die Akteure keine zu große Belastung darstellten, die Arbeitssituation jedoch gleichzeitig noch sehr präsent wäre. Ergänzend sollte das Maslach Burnout Inventory eingesetzt werden, um einen weiteren Einblick in das Befinden der Interviewpartner und eine eventuelle Veränderung im Erleben der Arbeitssituation mit anderen Mitteln abbilden zu können.

Die Interviewpartner sollten gemäß dem Theoretical Sampling ausgewählt werden.

Zusätzlich sollten Interviews mit Ärzten geführt werden, die sich weitgehend frei von Burnout-Symptomen fühlten und somit eine Kontrastgruppe darstellten. Aus dem Vergleich der beiden Gruppen erhoffte ich mir tiefer gehende Erkenntnisse über das Wesen der Burnout-Erkrankung zu erlangen.

### **6.5.2 Der Zugang zum Feld**

Zunächst wurde ein Informationsgespräch mit dem Chefarzt einer (aus drei Häusern in verschiedenen Teilen der Bundesrepublik bestehenden) Klinik geführt, die sich unter anderem auf die Behandlung von an Burnout erkrankten Ärzten spezialisiert hat (im Folgenden Klinik A genannt).

Es wurde vereinbart, dass ich in mindestens einem, bei Bedarf auch in allen drei Häusern, als teilnehmende Beobachterin am Stationsbetrieb teilnehmen könne, um Einblick in die Arbeitsphilosophie der Klinik zu erlangen. Darüber hinaus sollte dies die Möglichkeit bieten, Interviews mit Therapeuten und dort behandelten Ärzten zu führen,

---

bei denen von den behandelnden Ärzten der Klinik die Diagnose „Burnout-Syndrom“ gestellt wurde. Voraussetzung der Interviews war eine Einwilligungserklärung der Interviewpartner.

### **6.5.3 Teilnehmende Beobachtung**

Die teilnehmende Beobachtung konnte wie mit dem Chefarzt abgesprochen durchgeführt werden. Allerdings umfasste dieser erste Zugang zum Feld nur zwei Tage, an denen ich einer Therapiegruppe zugeordnet wurde und an allen Aktivitäten dieser Gruppe teilnahm. In der Gruppe befand sich kein Patient mit einer Burnout-Problematik. In den Pausen war es mir möglich, mit den Patienten, Ärzten und Therapeuten zu sprechen. Zusätzlich nahm ich an den Therapeutenbesprechungen teil. Ziel der teilnehmenden Beobachtung war es, einen ersten Einblick zu bekommen, wie Ärzte und Therapeuten die Problematik „Burnout-Syndrom“ wahrnehmen und damit umgehen. Meine Beobachtungen und Zusammenfassungen von dort geführten Gesprächen (sofern diese nicht direkt digital aufgezeichnet wurden) habe ich handschriftlich in Form von Feldnotizen festgehalten. Ich möchte mich in meinen Ausführungen auf einige wesentliche Aspekte beschränken.

Mir wurde berichtet, dass die Therapeuten auf die Ankündigung, dass ich einige Tage in der Klinik wegen einer Dissertation zum Thema Burnout hospitieren würde, mit Freude reagiert hätten – endlich kümmere sich jemand darum! – allerdings seien sie sehr enttäuscht gewesen, als sie hörten, dass die Patienten im Mittelpunkt meiner Dissertation stehen und nicht die Therapeuten der Klinik selbst. Die Therapeuten berichteten, dass sie durch die Arbeit selbst stark belastet seien. Besonders die Arbeit mit Ärzten sei schwierig, weil diese eine starke Abwehr zeigten und große Probleme damit hätten, in die Patientenrolle zu gehen – sie würden rasch versuchen, selbst in die Therapeutenrolle zu wechseln.

In der Klinik werden Burnout-Patienten nur dann behandelt, wenn sich daraus eine Depression oder eine Suchterkrankung entwickelt habe. Somit liege also nicht nur ein Burnout-Syndrom, sondern eine Folgeerkrankung oder ein Endstadium des Burnout-Syndroms vor. Man habe es aufgegeben, Fragebögen zur Diagnostik, wie beispielsweise den Depressions-Fragebogen BDI, zu verwenden, da die Klienten diesen rasch durchschauen würden und dann nur das ankreuzen, was sie als erwünscht ansähen.

### 6.5.3.1 Therapieansätze

Wie ich weiter unten darstellen werde, konnte ich mich nicht auf Untersuchungsteilnehmer beschränken, die in der eben vorgestellten Klinik behandelt wurden. An dieser Stelle gebe ich deshalb einen Einblick in die Therapieansätze von zwei Kliniken, in denen mehrere Interviewpartner stationär behandelt wurden. In beiden Kliniken habe ich einen Einblick in die Arbeitsweise gewonnen und Experten-Interviews durchgeführt.

Beide Kliniken haben multimodale Ansätze – es wird Wert darauf gelegt, dass die Patienten individuell, ganz nach ihren jeweiligen Bedürfnissen, mit verschiedenen Methoden behandelt werden. Dabei gibt es jeweils eine gewisse „Hausphilosophie“, die ich hier vorstellen werde.

#### Klinik A:

Hier steht zunächst im Vordergrund, dem Patienten die Möglichkeit der körperlichen Erholung durch ausreichend Schlaf – anfangs bis zu 14 Stunden täglich - zu geben. Erst wenn diese Phase, die bis zu einer Woche dauern kann, abgeschlossen ist, beginnt die eigentliche Therapie. Hier wird entsprechend den Bedürfnissen des einzelnen Patienten eine Kombination von verschiedenen therapeutischen Verfahren angewendet – Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Interpersonelle Therapie, Körperorientierte Therapie und Gruppentherapie kommen hierbei in Frage. Dabei sind häufig bearbeitete Themen die Arbeit am Ich-Ideal, der Zusammenhang von Leistung und Selbstwert, Wahrnehmung von Autonomie und Kontrolle und die Wahrnehmung der Grundbedürfnisse. Darüber hinaus werden Meditation, Yoga, Entspannungsverfahren, Sport und Schulungen in gesunder Ernährung eingesetzt.

#### Klinik B:

In der Klinik B liegt der Schwerpunkt auf einem systemtherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Therapieansatz.

Die Grundlage der Therapie ist ein vom Chefarzt der Klinik entwickeltes Modell. Dieses Modell umfasst die Bereiche Arbeit, Familie/Partnerschaft, Freundeskreis und die jeweilige eigene Person – diese wiederum aufgeteilt in die Bereiche Körper, Seele und Geist. Idealerweise sollten sich diese Bereiche in einem Gleichgewicht befinden. Ist aber

in diesem System ein dauerhaftes Ungleichgewicht vorhanden, kann es zu einem Schaden im System kommen. Tritt in einem anderen Bereich dann eine zusätzliche Anforderung auf, bricht das System zusammen. Ein Burnout-Syndrom entwickelt sich laut diesem Modell dann, wenn eine Person über einen längeren Zeitraum hinweg über ihre Grenzen hinausgeht und nicht genügend Ressourcen zur Kompensation zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Therapie wird nun erforscht, wie sich das Ungleichgewicht entwickelt hat, welche Denkweisen und Emotionen dabei eine Rolle spielen und wie sich das den Betreffenden umgebende System hierbei auswirkt. Darüber hinaus ist es wesentlich, die Fähigkeiten, Ressourcen und Ziele des Patienten und die Probleme sowohl in Hinblick auf die eigene Person als auch in Hinblick auf das Umfeld zu erarbeiten.

Ergänzt wird dies durch weitere therapeutische Elemente wie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie, Physiotherapie und bei Bedarf auch durch Akupunktur (zum Beispiel zur Behandlung von Schlafstörungen), Massagen und Meditation.

#### **6.5.4 Tatsächlicher Untersuchungsablauf – Gewinnung von Interviewpartnern**

Die ursprüngliche Planung, ausschließlich Interviewpartner über die Klinik zu gewinnen, ließ sich leider nicht einhalten, da sich dies nach anfänglich guten Bedingungen als sehr schwierig herausstellte.

Von der Klinik konnten mir während des fast zweieinhalb Jahre umfassenden Untersuchungszeitraums (Januar 2008 bis Mai 2010) nur zwei Ärztinnen und ein Arzt, die als Interviewpartner in Frage kamen, vermittelt werden. Mit diesen drei Ärzten wurden der ursprünglichen Planung entsprechende Interviews geführt: Das jeweils erste Interview fand während des stationären Aufenthaltes in der Klinik statt, Zweitinterviews folgten jeweils etwa ein halbes Jahr nach den Erstinterviews.

Auf Nachfrage, warum keine weiteren Interviews ermöglicht wurden, erklärte man mir, dass zwar während des Untersuchungszeitraumes viele Ärzte dort in Behandlung gewesen seien, aber entweder seien sie nicht zu Gesprächen bereit gewesen oder andere

---

Diagnosen hätten im Vordergrund gestanden. Die Zusammenarbeit mit den anderen beiden Häusern des Klinikverbundes kam nicht zustande.

Um das Untersuchungsdesign trotz der problematischen Akquisesituation wenigstens annähernd umsetzen zu können, habe ich acht Kliniken angeschrieben, die mit der Behandlung des Burnout-Syndroms in einschlägigen Ärztezeitschriften und im Internet werben. Nur von einer Klinik bekam ich eine positive Antwort und dank der intensiven Bemühungen der wissenschaftlichen Leiterin erklärten sich drei ehemalige Patienten der Klinik zu Interviews bereit, einige weitere ehemalige Patienten lehnten Interviews ab. Während des Untersuchungszeitraums wurden in der Klinik keine Ärzte mit Burnout-Syndrom behandelt, die zu einem Interview bereit gewesen wären. Von den anderen Kliniken erhielt ich entweder gar keine Antwort oder aber die Aussage, dass zurzeit kein Arzt mit einer Burnout-Diagnose behandelt werde. Da somit keine weiteren Interviewpartner während eines Klinikaufenthaltes gewonnen werden konnten, musste das Konzept der Längsschnitt-Studie verlassen werden.

In der Folge schrieb ich mehrere Ärzteselbsthilfegruppen an und stellte entsprechende Anfragen in zwei Ärzteforen („Docconnect“ und „DocCheck“). Aus den Postings in den Ärzteforen ergaben sich einige Kontakte, so dass ich hieraus vier Interviewpartner gewinnen konnte. Ein weiterer Arzt hatte über ein Ärzteforum Gesprächsbereitschaft signalisiert, allerdings bestand er darauf, dass ich weder das Gespräch aufzeichnen noch mir handschriftliche Notizen machen dürfe. Er habe anderenfalls Sorge, dass er doch berufliche Nachteile erleiden könne, da eine Anonymität nie sichergestellt werden könne. Ich habe deshalb auf ein Interview verzichtet, da ich ohne Erlaubnis zu einer auch nur handschriftlichen Notiz keine Möglichkeit sah, das Material ohne Verzerrungen nützen zu können. Ähnliche Bedenken könnten auch bei anderen betroffenen Ärzten vorhanden sein und erklären, warum die Akquise so schwierig war. Mehrere Interviewpartner äußerten ebenfalls, dass andere Ärzte mit Burnout-Problemen ihrer Erfahrung nach nicht bereit seien, darüber zu reden (siehe beispielsweise Frau Schneider, Z. 675 + 696 ff). Als wesentliche Gründe hierfür werden von den Akteuren Tabuisierung und Scham angesehen.



Da das Sample somit immer noch sehr klein war, musste das Konzept nochmals verändert werden und ich bezog deshalb auch Ärzte, deren Erkrankung nicht stationär behandelt wurde, in die Untersuchung ein.

Somit konnten insgesamt 12 Ärzte interviewt werden, die dem Burnout-Syndrom-Sample zugeordnet wurden. Es zeigte sich aber, dass nur 10 Interviewpartner tatsächlich den gewünschten Kriterien entsprachen. Ein Interviewpartner hatte bei der Kontaktaufnahme angegeben, er wolle sich wegen seines Burnout-Syndroms in stationäre Behandlung begeben, im Laufe des Interviews berichtete er dann aber, dass er nach einem für ihn unerfreulich verlaufenden Aufnahmegespräch in einer einschlägigen Klinik von einer Behandlung absehe und statt dessen seine Praxis aufgeben wolle.

Eine weitere Interviewpartnerin hatte ebenfalls angegeben, dass sie sich wegen eines Burnout-Syndroms in Behandlung begeben wolle, im Gespräch zeigten sich dann aber tief greifende weitere Störungen. Diese beiden Interviews wurden teilweise transkribiert, aber nicht ausgewertet.

Da zwei Interviewpartner sich in Arbeitssituationen befanden, in denen wichtige Veränderungen anstanden, habe ich diese einige Monate später erneut interviewt (Herr Bäumer wegen einer beabsichtigten Assoziation, Herr Sperling wegen eines extremen Ärztemangels in seiner Abteilung.)

Es gelang trotz der beschriebenen Schwierigkeiten, das Sample so zu gestalten, dass sich theoretisch relevante Merkmale untersuchen ließen. So konnten sowohl Männer wie Frauen mit unterschiedlichen Lebensformen und unterschiedlichen beruflichen Spezialisierungen befragt werden. Darüber hinaus kamen sie aus verschiedenen Regionen Deutschlands, sowohl aus dem städtischen wie aus dem ländlichen Raum, aus westlichen wie östlichen Landesteilen. Außerdem konnte ich auch die Ehefrau und die Sprechstundenhilfe eines Interviewpartners befragen.

Unbefriedigend blieb, dass die Untersuchungsteilnehmer vom Alter wenige Unterschiede aufzeigten, (vgl. Abb. 10 im Kapitel 6.6.3) sich keine Berufsanfänger im Sample befanden und somit nur Aussagen über Ärzte in mittleren und höheren Jahren getroffen werden konnten.

### **6.5.5 Gewinnung von Interviewpartnern – Kontrastgruppe**

Für die Kontrastgruppe – also Ärzte, die sich frei von Burnout-Symptomen fühlten – fand die Auswahl tatsächlich gemäß dem Theoretical Sampling statt.

Es wurden für diese Gruppe Ärzte gesucht, die jeweils mit den sich als relevant erwiesenen Merkmalen einen Kontrast zu einem Arzt oder einer Ärztin aus der Betroffenenengruppe darstellten. Für eine unter der Burnout-Erkrankung leidende Ärztin, die in eigener Praxis tätig war, verheiratet ist und Kinder hat, wurde eine sich im Beruf wohl führende Ärztin gesucht, die ebenfalls in eigener Praxis tätig ist und in der gleichen familiären Situation lebt. Dies konnte weitgehend eingehalten werden.

Diese Interviewpartner wurden durch Empfehlungen und aus Kontakten durch meine frühere Tätigkeit als Krankenschwester gewonnen, da sich über eine Anfrage in den vorgenannten Ärzteforen kein Arzt fand, der zu einem Interview bereit gewesen wäre.

Darüber hinaus erwies es sich als schwierig, für diese Gruppe im Krankenhaus tätige Ärzte zu finden, die sich in ihrem Beruf wohl fühlen. Auf meine Anfrage hin wurde mir immer wieder gesagt, dass die Arbeitssituation im Berliner Raum im Krankenhaus so schwierig geworden sei, dass sich dort kaum noch jemand zu dieser Gruppe zugehörig fühle. Tatsächlich wurde das Interview mit einer sich nicht Burnout-Syndrom-gefährdet fühlenden Assistenzärztin zu Beginn der Untersuchung durchgeführt, alle späteren Anfragen bei anderen Ärzten wurden wegen mangelnden Wohlbefindens abgelehnt. Über Empfehlungen fanden sich schließlich noch eine Ärztin, die in einer Rehabilitationsklinik in Süddeutschland arbeitet und ein Chefarzt aus einem konfessionellen Haus in Norddeutschland. Alle übrigen Gesprächsteilnehmer sind in eigenen Praxen tätig.

### **6.5.6 Das Setting**

Die meisten Interviews wurden in den Dienst- oder Praxisräumen der Interviewpartner durchgeführt. Einige Interviewpartner zogen es vor, das Gespräch in ihren Privaträumen zu führen, und mehrere Interviews fanden auf Grund der weiten Entfernung zum Gesprächsteilnehmer telefonisch statt. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Transkriptionen finden sich auf einer beigefügten CD.

## 6.6 Vorstellung der Untersuchungsteilnehmer

Die Untersuchungsteilnehmer kommen aus ganz unterschiedlichen beruflichen Positionen. Zum Zeitpunkt der Entwicklung des Burnout-Syndroms waren drei Ärzte als Assistenzärzte tätig, eine Ärztin als Oberärztin und ein Arzt als Chefarzt, eine Ärztin hatte sich in einer Praxisgemeinschaft niedergelassen und ein Arzt in einer Einzelpraxis, ein Arzt hatte eine Position im Vorstand eines großen Unternehmens aus dem medizinischen Bereich, ein weiterer Arzt übte neben seiner Vollzeittätigkeit als Assistenzarzt noch drei weitere Nebentätigkeiten aus und ein Tierarzt betrieb neben seiner Tätigkeit als Amtstierarzt noch eine eigene Praxis.

Für die Kontrastgruppe wurden Personen gesucht, die in möglichst mehreren relevant erscheinenden Merkmalen ähnlich waren wie Personen aus der Burnout-Gruppe. Dies ist überwiegend gelungen – so konnten Akteure mit ähnlichen beruflichen Positionen und vergleichbarem Familienstand gewonnen werden. Allerdings übte keine Person aus der Kontrastgruppe neben der hauptberuflichen Tätigkeit noch Nebentätigkeiten aus, wie dies bei mehreren Untersuchungsteilnehmern aus der Burnout-Gruppe der Fall war.

Alle Daten, die Rückschlüsse auf die Identität der Untersuchungsteilnehmer zulassen könnten, wurden verändert, so dass eine Anonymität sichergestellt ist.

### 6.6.1 Durchschnittsalter der Interviewteilnehmer

Es fällt auf, dass das Durchschnittsalter des Samples ausgesprochen hoch ist. Nur eine Interviewpartnerin ist der Altersgruppe 30 – 40 Jahre zuzuordnen (und sie entwickelte als einzige die Burnout-Symptomatik während ihrer Facharztausbildung), die anderen befinden sich im Alter von 40 bis 60 Jahren und weisen eine entsprechende Berufserfahrung auf.

Der Chefarzt der Klinik, in der die teilnehmende Beobachtung stattfand, bestätigte dies als typisch für die Gruppe der Patienten mit einer Burnout-Erkrankung. Er finde unter seinen Patienten eher seltener die Berufsanfänger. Seiner Erfahrung nach behandelt er eher „[...] die mittlere Führungsebene, also Oberärzte in Kliniken zum Beispiel“ (Herr Spielmann, Z. 132 ff) wegen Burnout-Erkrankung in seiner Klinik.

### 6.6.2 Familienstand

In beiden Samples finden sich alle gängigen Lebensformen. Ewers, Hoff, Schrapf (2006, S. 173) haben erarbeitet, dass die Art der Lebensgestaltung einen großen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Deshalb interessierte es mich besonders, ob sich ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Burnout-Syndroms und arbeitszentrierten Lebensformen und Zielkonflikten zeigen würde. Hierfür war es wesentlich, möglichst verschiedene Varianten der Lebensform und die jeweilige Wahrnehmung der Arbeits- und Lebenszufriedenheit zu untersuchen.

In der Burnout-Syndrom-Gruppe<sup>6</sup> finden sich ein Mann und eine Frau, die allein leben, eine Ärztin ist verwitwet und allein erziehend, eine Ärztin und vier Ärzte leben mit Ehepartner und Kindern und nur mit Partner leben ebenfalls eine Ärztin und ein Arzt.

In der Kontrastgruppe ist eine Ärztin allein lebend, es findet sich ebenfalls eine verwitwete, allein erziehende Ärztin, eine Frau und drei Männer leben mit Ehepartner und Kindern, eine Ärztin lebt mit ihrer Partnerin und ein Arzt mit seiner Ehefrau.

### 6.6.3 Überblick über die Untersuchungsteilnehmer

Die Abbildung 10 bietet in alphabetischer Reihenfolge einen Überblick über die Eckdaten des Arbeits- und Privatlebens der Interviewpartner aus der Burnout-Syndrom-Gruppe. Das Zeichen / zwischen den Arbeitsplatzangaben bedeutet, dass die entsprechenden Interviewpartner nacheinander verschiedene Arbeitsplätze innehatten, ein + bedeutet, dass die genannten Tätigkeiten parallel ausgeübt wurden.

---

<sup>6</sup> Im Folgenden wird das Burnout-Syndrom gelegentlich mit BOS abgekürzt.

Name	Arbeitsplatz	Alter	Familienstand	Interview am
Herr Bäumer	Assistenzarzt/ eigene Praxis	zw. 40 - 50 J.	verh., 3 Kinder	1. Int. 18.03.2008 2. Int. 29.09.2008
Herr Bauer	Amtstierarzt + eigene Praxis	zw. 50 - 60 J.	verh., 1 Kind	05.11.2008
Herr Grund	eigene Praxis	zw. 50 - 60 J.	verh., keine Kinder	17.11.2008
Herr Lopez	Assistenzarzt + eigene Praxis + KV-Notdienst + Privat-Notdienst	zw. 40 - 50 J.	allein lebend	1. Int. 16.03.2009 2. Int. 31.10.2009
Frau Meister	Praxis- gemeinschaft	zw. 50 - 60 J.	verh., 2 Kinder	1. Int. 10.04.2008 2. Int. 13.11.2008
Frau Mildner	Oberärztin	zw. 50 - 60 J.	allein lebend	1. Int. 27.05.2009 2. Int. 22.11.2009
Frau Schneider	Assistenzärztin + Praxisvertretung/ Führungsposition Verwalt.organ.	zw. 40 - 50 J.	verw., 1 Sohn	20.10.2008
Herr Sperling	Chefarzt	zw. 40 - 50 J.	verh., 2 Kind	1. Int. 23.12.2008 2. Int. 03.10.2009
Herr Stein	Vorstandsmitglied/ Selbst. Gutachter	zw. 50 - 60 J.	verh., 3 Kinder	04.11.2008
Frau Zimmermann	Assistenzärztin/ Praxisassistentin	zw. 30 - 40 J.	mit Partner lebend, k. Kind	21.04.2009

Abbildung 10: Interviewpartner der Burnout-Gruppe

Die folgende Abbildung zeigt die Eckdaten aus der Kontrastgruppe. In dieser Gruppe wurden keine Nebentätigkeiten ausgeübt.

<b>Name</b>	<b>Arbeitsplatz</b>	<b>Alter</b>	<b>Familienstand</b>	<b>Interview am</b>
Frau Frey	Assistenzärztin	zw. 40 - 50 J.	allein lebend	24.03.2008
Frau Gärtner	Gemeinschafts- praxis	zw. 50 - 60 J.	verh., 3 Kinder	11.05.2009
Frau Glocke	Eigene Praxis	zw. 40 - 50 J.	mit Partnerin lebend, k. Kind	31.03.2010
Herr Hölzer	Gemeinschafts- praxis	zw. 50 - 60 J.	verh., keine Kinder	17.03.2008
Frau Mündel	Assistenzärztin	zw. 50 - 60 J.	verw., 1 Sohn	22.04.2010
Herr Schramert	Gem.Praxis	zw. 50 - 60 J.	verh., 2 Kinder	10.03.2010
Herr Tallmer	Chefarzt	über 60 J.	verh., 2 Kinder	23.03.2010
Herr Witolf	Gem.Praxis	zw. 40 - 50 J.	verh., 4 Kinder	10.03.2010

Abbildung 11: Interviewpartner der Kontrastgruppe

Darüber hinaus wurde ein Interview mit der Ehefrau von Herrn Bäumer und zwei Experteninterviews durchgeführt.

## 7 Ergebnisse der Untersuchung

Im vorliegenden Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt. Zunächst gehe ich kurz auf die erlebte Symptomatik der Burnout-Erkrankung ein. Im Anschluss daran präsentiere ich das erarbeitete Modell, das ich zunächst in aller Kürze, aber als „roten Faden“ für die nächsten Kapitel, präsentieren werde.

Ich möchte zum Verständnis dieses Vorgehens nochmals an das methodische Vorgehen erinnern. Das Ergebnis einer Untersuchung, die mit der Methode „Grounded Theory“ erarbeitet wurde, ist eine datengegründete Theorie, eben eine Grounded Theory. Durch die Bildung von Kategorien, die aus den gewonnenen Daten entwickelt wurden, und deren „In-Beziehung-setzen“ miteinander, lässt sich eine Kernkategorie herausarbeiten. Die Kernkategorie stellt das zentrale Phänomen dar, mit der die anderen Kategorien verknüpft sind. „Die Kernkategorie muss gewissermaßen wie die Sonne sein, die in systematisch geordneten Beziehungen zu ihren Planeten steht“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 101). Das erarbeitete „Burnout-Entwicklungs-Modell“ ist in diesem Sinne als „datengegründete Theorie“ zu verstehen.

Im Anschluss an diese erste Vorstellung des Modells werde ich die einzelnen Modellfelder in ihren spezifischen Ausprägungen darstellen und in ihren Wechselwirkungen mit den anderen Feldern illustrieren. Danach werde ich die Zusammenhänge und Interaktionen in dem oben definierten System „Person – Berufsleben – Privatleben“ erläutern.

### 7.1 Die Symptomatik des Burnout-Syndroms

Um die Auswirkungen der Erkrankung verstehen zu können, gebe ich zunächst einmal einen Einblick in die Symptomatik des Burnout-Syndroms, wie sie von den Betroffenen wahrgenommen wurde.

In Kapitel 3.3 habe ich bereits die Symptomatik des Burnout-Syndroms entsprechend dem gegenwärtigen Forschungsstand beschrieben. Hier soll verdeutlicht werden, wie die in meiner Studie Befragten diese erlebt haben. Dazu füge ich hier einige prägnante Schilderungen aus den Interviews ein.

Im Vordergrund stehen für die Akteure in der Regel Erschöpfung und Reizbarkeit mit dem Gefühl, nicht mehr zum Arbeiten in der Lage zu sein. Hinzu kommen dann meist körperliche Beschwerden: Viele klagen etwa über Bluthochdruck, Herz- und Darmbeschwerden, Schlafstörungen. Die Erkrankung nimmt meist einen allmählichen Verlauf, so dass ein klarer Beginn nicht festgelegt werden kann. Meist wird aber von den Interviewpartnern berichtet, dass sie plötzlich durch einen konkreten Anlass zu der Erkenntnis gekommen seien, schwer krank zu sein. Die Anlässe sind unterschiedlich, gemeinsam ist den Schilderungen aber, dass sich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit plötzlich der Betreffende selbst befand, da er durch das Ereignis quasi „wachgerüttelt“ wurde.

Mehrere Akteure beschrieben beispielsweise, dass sie beim Zusammensein mit Freunden bemerkt hätten, dass sie sich nicht mehr freuen konnten (z.B. Herr Bauer). Andere waren plötzlich nicht mehr dazu in der Lage, ihr Auto sicher zu führen (z.B. Frau Schneider), und weitere erlebten einen regelrechten „Zusammenbruch“ (z.B. Herr Sperling).

Die plötzliche Erkenntnis einer eigenen schweren Erkrankung führte bei den Betroffenen fast sofort zu Handlungen in Form von Niederlegung der Arbeit und Suche nach Therapie. Die Symptomatik der Erkrankung hatten die Betroffenen allerdings schon vorher an sich bemerkt, diese aber bis zu dem entscheidenden Moment nicht richtig bewertet.

Herr Bäumer beschreibt, wie er die Symptomatik der Erkrankung wahrgenommen hat:

*„[...] und wenn man unter Druck ist, steigt auch der Blutdruck, hatte ich auch zu hohem Blutdruck, hab' sogar Betablocker geschluckt, brauche ich jetzt alles gar nicht mehr. [...] Die Erschöpfung war so, wenn ich morgens durch die Pforte geschritten bin, dachte ich schon, wie sollst du das jetzt acht Stunden oder, na, war ja länger als acht Stunden, überhaupt DURCHHALTEN, ich hätte am liebsten den nächsten Eimer genommen, um irgendwo brechen zu gehen, nee, es war wirklich so, war wirklich mit Übelkeit verbunden, und wenn ich dann oben auf der Station ankam, schon der Geruch hat was ausgelöst, im Kopf, ja, und dann stand ich da vor 25 Blutabnahmen und tausend Spritzen, und das war so innerlich, so eine richtige Abwehr, eigentlich wäre ich gerne wieder gegangen, hätte gesagt, nee, ICH WILL DAS HIER GAR NICHT MACHEN, und wenn dann*



*noch Fr. H. ankam und noch Sonderwünsche hatte, da bin ich dann oft mit ihr auch aneinander geraten.“ (Herr Bäumer, 2. Interview, Z.28 ff)*

Herr Bäumer empfand die Fülle an Aufgaben, die er zu bewältigen hatte, als kaum zu leisten, er erlebte häufig Konflikte mit seiner Vorgesetzten und entwickelte schließlich eine Vielzahl an psychischen und physischen Beschwerden.

Herr Bauer litt vor allem unter Schlafstörungen und entwickelte eine Reizbarkeit, die sich besonders im Umgang mit den Angestellten und der Familie zeigte:

*„Ich wachte dann schweißgebadet manchmal auf, ach, du musst jetzt aufstehen, ich musste eigentlich gar nicht aufstehen, aber das war irgendwie schon so drin, und, und dieses Schlaflosigkeit, die wurde eigentlich immer schlimmer. Und dann natürlich die Nerven, Gereiztheit, nicht, so gegenüber meiner Frau oder gegenüber Angestellten. [...] Und so, ja, so Kleinigkeiten, die unprofessionell gemacht werden, die regen einen dann auf. Zum Beispiel, man muss einen Termin absagen und dann steht da keine Telefonnummer bei, das macht einen dann wahnsinnig.“ (Herr Bauer, Z. 156 ff)*

Frau Schneider beschreibt, wie sie während der Zeit ihrer Erkrankung die Beziehungsgestaltung mit den Patienten erlebt hat. Zu ihren verinnerlichten Werten hinsichtlich der Ausgestaltung des Arztberufes gehört das Streben nach Empathie mit den Patienten, welche sie vor und nach ihrer Erkrankung auch zu ihrer Zufriedenheit zeigen konnte. Während der Zeit ihrer Erkrankung sah sie sich aber oftmals nicht mehr dazu in der Lage, in einer Weise mit den Patienten in Kontakt zu treten, wie sie es für richtig hielt. Stattdessen entwickelte sie Abwehr und Reizbarkeit den Patienten gegenüber bei gleichzeitig vorhandenen physischen und psychischen Beschwerden:

*„Das war so gewesen, dass ich dann, [...] sonst macht mir, die (Patienten) können erzählen und ich nehme das alles auf, und freundlich und bin auch zugewandt und habe eigentlich für alle immer ein offenes Ohr und habe auch Verständnis, und manchmal waren die mir einfach, da war ich nur noch*

*abgenervt. Da habe ich das dann, schnell und bloß weg und ich will die nicht mehr sehen, das hatte ich vorher nie gemacht und auch hinterher dann nicht mehr, wo ich dann schon gedacht habe, die taten mir dann schon manchmal leid, weil ich die dann manchmal auch einfach so abgefertigt habe, wie ich das manchen Kollegen angekreidet habe, na Mensch, die kümmern sich nicht um die Patienten, und wenn man da ein bisschen mehr nachfragt, da kommt ja doch viel 'raus, da war ich doch, da war mir das zuviel, manche Sachen wollte ich auch einfach nicht hören, das war mir dann egal, weil ich gedacht habe, mir geht es auch nicht gut! Was man ja eigentlich nicht machen soll. [...] Wo ich dann auch gedacht habe, mir geht es auch nicht, mich fragt auch keiner, und so. Und ich gehe auch arbeiten und mich juckt's auch überall.“ (Frau Schneider, Z. 568 ff)*

Herr Sperling beschreibt, wie auf dem Höhepunkt des Burnout-Syndroms die interpersonellen Beziehungen im Berufs- wie auch im Privatleben hochgradig gestört waren, er sein Interesse an den von ihm sonst geschätzten Hobbys verlor und die Freizeit keine Erholung mehr ermöglichte. Dadurch war eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben:

*„Also die erste Zeit war das ganz, ganz schlimm. Ich merkte das ja, ich war eigentlich im Prinzip nur noch müde, das fing morgens ab 11 Uhr an, dass ich, dass letztlich die Mittagspause, so zwei oder drei Stunden, überhaupt keine Erholung mehr brachte. Das ich überhaupt nicht mehr in der Lage war, mit irgendwelchen Angehörigen zu reden, teilweise auch Patientengespräche, wo es um Leben und Tod oder Trauerbewältigung oder auch Kritikverarbeitung, selbst die eigene Kritik in irgend einer Weise zu kompensieren, überhaupt nicht mehr möglich war, absolut nicht mehr kritikfähig, habe sämtliche Sozialkontakte nach und nach abgebrochen, hatte mich überhaupt nicht mehr für meine Hobbys, für meine Ausgleiche interessiert, im Prinzip in mich selbst depriviert, isoliert, meine Frau wusste überhaupt nicht, die konnte damit überhaupt nicht umgehen, was ist denn mit dem los, nicht, so, so teilweise nach außen hin funktionierte der, und innerlich ging es mir ganz, ganz schlecht, nur ich habe es nicht selbst bemerkt, nicht.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 120 ff)*

Diese zunehmend sich entwickelnde Isolation und der Verlust der Fähigkeit, Erholung aus der Freizeit zu schöpfen, wird von den meisten Interviewpartnern beschrieben. Die Betroffenen haben meist große Probleme, nach der Arbeit Entspannung zu finden. Deshalb wird dann häufig Alkohol zur Entlastung konsumiert. Herr Stein beschreibt, wie sich die sozialen Kontakte und die Lebensfreude reduzierten und sich ein verstärkter Alkoholkonsum einstellte:

*„Am Wochenende immer pendeln, plus auch mal in der Woche, wenn mal was mit den Kindern war oder was anderes, Privatkontakte wurden natürlich immer weniger, [...] und das alles, war eigentlich noch gut zu schaffen, aber es wurde dann firmenintern sehr viel schwieriger und viel mehr Organisations- und Managementaufgaben und weniger das, was mich primär reizte, medizinische komplexe Fragestellungen, sei es Einzelfall oder Grundsatz, thematisch zu beantworten, das wurde immer weniger, immer mehr Personalführung, Vermarktungsaufgaben, Budget, das war so, [...] der Beruf war dann auch im Grunde genommen 80 Prozent Frust und 20 Prozent nett, statt wenigstens fifty-fifty, konnte das also dann auch nicht mehr kompensieren. Und das führte doch dazu, dass ich Schlafstörungen entwickelte und allgemeine Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Desinteresse an sozialen Kontakten, Einengung, auch etwas mehr Alkohol-konsum, so eine 1/2 Flasche Wein habe ich mir schon regelmäßig gegönnt abends, so als Absacker, in Koblenz, nicht, wo ich ja zwar auch Freunde habe, [...] aber auch das wurde immer weniger, nur noch Arbeit und das Pendeln, und da habe ich gesagt, das ist ungut.“ (Herr Stein, Z. 27 ff)*

Wird das Burnout-Syndrom nicht rechtzeitig behandelt, findet sich im Endstadium der Erkrankung häufig eine schwere Depression oder eine Alkohol- oder sonstige Abhängigkeitserkrankung. Nur durch eine gründliche Anamnese lässt sich dann noch der Ursprung der Störung herausarbeiten.

### **7.1.1 Die Ergebnisse des Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Die Ergebnisse des MBI unterstreichen weitgehend die Ergebnisse der Interviews hinsichtlich des Befindens der Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung

und bringen keine wesentlichen zusätzlichen Erkenntnisse. Allerdings erwies sich der Fragebogen als teilweise problematisch. Wurden die Fragebögen in meinem Beisein ausgefüllt, klagten die Untersuchungsteilnehmer meist darüber, dass es ihnen schwer fiel, die Fragen zu beantworten, weil ihnen das Ausfüllschema als zu kompliziert erschien und die Antwortmöglichkeiten ihnen zu lebensfremd waren. Sie benötigten immer wieder Hilfe bei der Beantwortung, weil ihnen nicht klar war, wie die Fragen gemeint waren. Fragebögen, die nicht in meinem Beisein ausgefüllt wurden, ließen teilweise daran zweifeln, dass das Ausfüllschema verstanden wurde. Auf Nachfrage bestätigte ein Untersuchungsteilnehmer auch diesen Eindruck und er korrigierte daraufhin seinen Fragebogen.

Von besonderem Interesse waren für mich die Testergebnisse der Untersuchungsteilnehmer, die bereits während ihres Klinikaufenthaltes befragt werden konnten – Frau Meister, Frau Mildner und Herr Lopez. Leider konnten nur die Angaben von Frau Meister vollständig gewertet werden. Frau Mildner hatte trotz mehrmaliger Nachfrage keine Fragebögen übermittelt, so dass hier keine Werte vorliegen. Die Angaben von Herrn Lopez führten dazu, dass seine Messergebnisse teilweise als nicht verwertbar erschienen.

Bei Frau Meister, die sich zum Zeitpunkt der zweiten Befragung sehr viel besser fühlte, zeigte sich im zweiten Fragebogen im Vergleich zum ersten Fragebogen eine erhebliche Verbesserung in den Werten der Skalen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (jeweils von hoch auf sehr gering), die persönliche Leistungsfähigkeit wurde zu beiden Befragungszeitpunkten als gering getestet.

Die Auswertungsergebnisse des MBI finden sich im Anhang.

## **7.2 Einführung in das Burnout-Entwicklungs-Modell**

Definitionsgemäß wird das Burnout-Syndrom als ein aus dem Arbeitsleben heraus entstehendes Leiden angesehen. In den Interviews wird aber deutlich, dass das Burnout-Syndrom nicht als vom Privatleben getrennt verstanden werden kann, sondern dass die Entstehung und der Verlauf der Erkrankung mit dem gesamten System „Person – Berufsleben – Privatleben“ verknüpft ist und dass alle Teile dieses Systems miteinander

in Beziehung treten. Die Wahrnehmung und Gestaltung des Berufs- und Privatlebens wird in hohem Maße durch die Persönlichkeit des jeweiligen Akteurs beeinflusst. Dabei spielt die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen, das Umgehen mit den eigenen Werten und Strebungen und das Setzen von Grenzen eine entscheidende Rolle.

Das von mir entwickelte „Burnout-Entwicklungs-Modell“, das aus den Kategorien *„Strukturen des Berufslebens“*, *„Interpersonelle Beziehungsgestaltung im Berufsleben“*, *„Persönlichkeit, intrapersonelle Beziehungsgestaltung“*, *„Entgrenzung“* und *„Beziehungsgestaltung im Privatleben und Freizeitgestaltung“* besteht, verdeutlicht die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Bereichen des Modells. Im Folgenden erläutere ich kurz die einzelnen Kategorien, die ausführliche Erklärung der Zusammenhänge wird in den folgenden Kapiteln stattfinden.

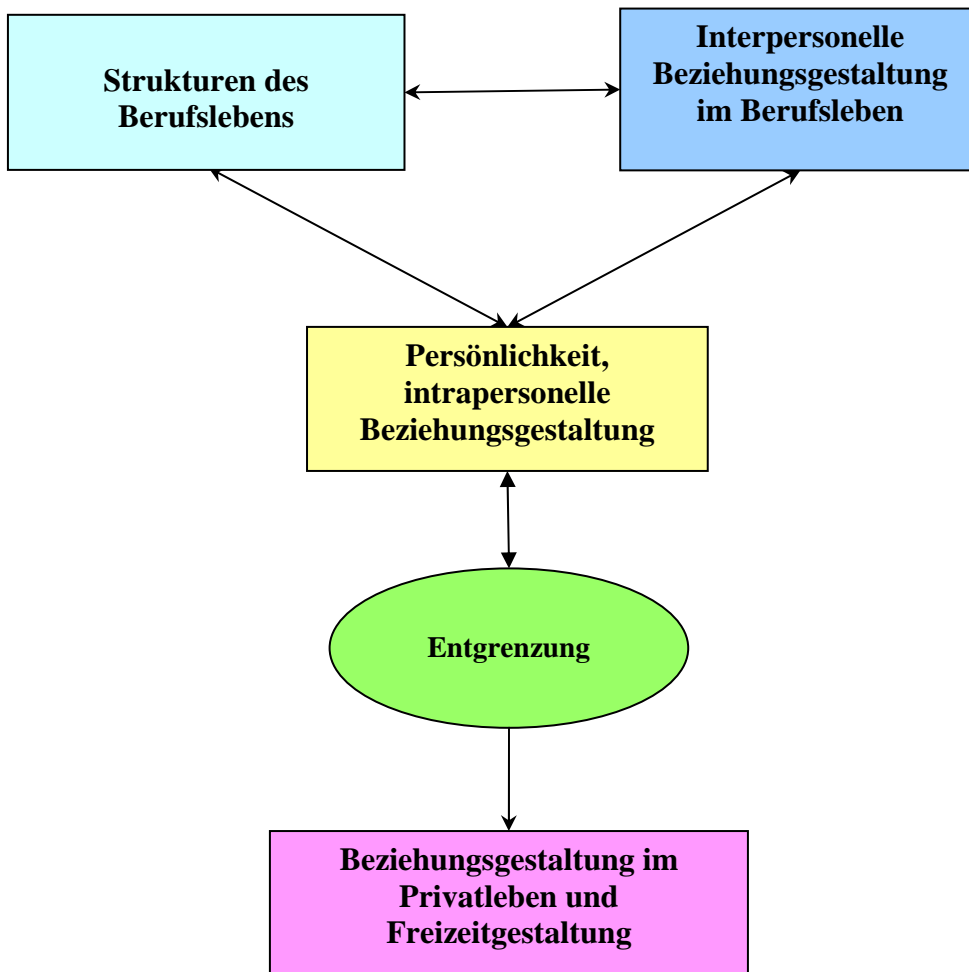


Abbildung 12: Das Burnout-Entwicklungs-Modell

Durch *Strukturen des Berufslebens* kommt es zu einer hohen Belastung der Ärzte. Diese Stressoren finden sich in verschiedenen Ausprägungen. So sind hier zunächst die atypischen Arbeitszeiten zu nennen, wie Arbeit in der Nacht und am Wochenende, Schicht-, Ruf- und Bereitschaftsdienste, hohe Anzahl von Überstunden, die von vielen Ärzten absolviert werden müssen. Hinzu kommen Bedingungen, die durch Umstrukturierungen im Gesundheitswesen verursacht sind und zu anderen Formen von Stress im Berufsleben geführt haben.

---

Gleichzeitig fand sich bei fast allen Akteuren dieser Gruppe eine starke emotionale Belastung durch interpersonelle Konflikte, besonders mit Vorgesetzten oder Praxispartnern. Es zeigt sich also eine *Störung in der Beziehungsgestaltung im Berufsleben*.

In der Kontrastgruppe hingegen schilderten die Interviewpartner die interpersonellen Beziehungen im Berufsleben als überwiegend positiv, teilweise werden diese sogar als Ressource wahrgenommen.

Werden die strukturellen Gegebenheiten und die interpersonellen Konflikte als erhebliche Stressoren wahrgenommen, kann sich daraus ein Burnout-Syndrom mit den oben beschriebenen Symptomen entwickeln. (In einzelnen Fällen kommt es allerdings auch ohne die strukturelle Belastung, ausschließlich durch interpersonelle Konflikte, zu einem Burnout-Syndrom.)

Bei der *Entgrenzung* gehen Arbeits- und Privatleben ineinander über, ohne dass noch klare Grenzen erkennbar sind, und für das Privatleben bleibt nur wenig Raum.

Hierbei lassen sich Abstufungen erkennen: Beispielsweise kann es phasenweise möglich sein, dass die beiden Sphären deutlich voneinander getrennt sind, zu anderen Zeiten aber ineinander übergehen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Wochenend-, Ruf- und Bereitschaftsdienste nicht dauerhaft, sondern nur an wenigen Tagen pro Woche absolviert werden müssen. Eine hochgradige Entgrenzung ist gegeben, wenn sich gar keine Grenze zwischen den beiden Sphären mehr erkennen lässt, weil beispielsweise dauerhaft Rufdienste abgeleistet werden, so dass niemals eine tatsächlich arbeitsfreie Zeit mehr gegeben ist.

Die Entgrenzung kann aus verschiedenen Bedingungen heraus entstehen: Sie kann intrinsisch motiviert sein, weil die Arbeit als solche Freude bereitet und darin ein zentraler Lebensinhalt gesehen wird. In diesem Falle ist es möglich, dass die Entgrenzung über einen längeren Zeitraum gut verkraftet wird und auch nur geringfügige oder keine intrapersonellen Konflikte vorhanden sind. Nach längerer Dauer der Entgrenzung können sich allerdings auch bei diesen Personen Folgeerscheinungen in Form von zunehmenden intra- und interpersonellen Konflikten und schließlich ein Burnout-Syndrom entwickeln.

Darüber hinaus kann die Entgrenzung extrinsisch motiviert sein: So kann es beispielsweise während einer Facharztausbildung notwendig sein, unter eigentlich nicht gewünschten Arbeitsbedingungen mit vielen Ruf- und Bereitschaftsdiensten und einer Vielzahl von Überstunden tätig zu sein. Hier zeigt sich häufig frühzeitig eine hochgradige Erschöpfung und es entwickeln sich meist intra- und interpersonelle Konflikte im Berufs- und im Privatleben.

Eine Sonderform der Entgrenzung stellt die „Innere Entgrenzung“ dar (diese Form der Entgrenzung ist nicht zu verwechseln mit der Entgrenzung im Sinne von Gottschall & Voß, 2003). In diesem Fall fällt es allgemein schwer, Grenzen zu setzen. Beispielsweise wird auch im Privatleben beständig an die Arbeit gedacht, so dass die Freizeit kaum noch als solche zur Verfügung steht und nicht mehr zur Erholung genützt werden kann, und auch innerhalb der Arbeit wird es versäumt, eigentlich notwendige Grenzen zu setzen.

Den Kontrastpersonen und einigen Interviewpartnern, die das Burnout-Syndrom überwunden haben, ist es gelungen, deutliche Grenzen zwischen dem Arbeits- und dem Berufsleben zu setzen und beiden Lebenssphären so viel Raum zu geben, dass ein Wohlbefinden der jeweiligen Akteure gewährleistet ist.

Bei den Personen, die am Burnout-Syndrom erkrankt waren, war dies zum Zeitpunkt der Entstehung der Erkrankung nicht der Fall. Hier zeigte sich meist eine hochgradige Arbeitszentrierung, die Grenzen zwischen dem Berufs- und dem Privatleben waren häufig verwischt und es kam zu einem Spillover-Effekt in dem Sinne, dass negative Emotionen aus dem Berufsleben auf das Privatleben übergriffen.

Diese Problematik wirkt sich nun auf die *Beziehungsgestaltung im Privatleben und die Freizeitgestaltung* aus. Bei nahezu allen vom Burnout-Syndrom betroffenen Personen erfolgt ein sozialer Rückzug. Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in der Art der Folgeerscheinungen in Abhängigkeit von den jeweiligen Lebensumständen.

Bei alleinstehenden Personen kommt es meist zu einer Verminderung der Sozialkontakte, so dass die Beziehungen zu anderen Menschen im Privatleben stark beschränkt werden, private Ziele treten in den Hintergrund oder verschwinden fast vollständig. Im Extremfall findet sich nahezu kein Privatleben mehr.

Bei Akteuren, die mit Partner und/oder Familie leben, entwickeln sich oftmals Störungen der interpersonellen Beziehungen im privaten Umfeld. So kommt es beispielsweise zu



Konflikten im familiären Bereich, da durch die sich meist entwickelnde Reizbarkeit und Erschöpfung die Teilnahme am Familienleben eingeschränkt wird, Hobbys häufig nicht mehr ausgeübt werden und die Frustrationstoleranz sinkt. Da die Freizeit somit keine hinreichende Erholung mehr bietet, wirkt sich dies in der Folge auf die Arbeitsfähigkeit aus, und dieses wiederum führt zu weiteren Problemen in der Arbeitswelt.

Die Freizeitgestaltung und die Beziehung zur Familie und zu Freunden wird von den Interviewpartnern aus der Kontrastgruppe hingegen für besonders wichtig erachtet, und viele sehen die Pflege ihres Privatlebens als ähnlich wichtig oder sogar als wichtiger als das Arbeitsleben an. Die Wichtigkeit dieses Faktors für die Akteure zeigt sich besonders darin, dass diese oftmals ihre Berufstätigkeit so auswählen, dass genügend Zeit für die Familie oder die Freunde bleibt – sie gestalten also die Struktur ihres Berufslebens passend zu ihren Bedürfnissen nach einer erfüllten Freizeit und interpersonellen Kontakten im Privatleben.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung des Burnout-Syndroms zeigt sich in vielen Fällen in einer *Störung der intrapersonellen Beziehung*.

Was ist unter diesem Begriff zu verstehen? Ausgehend von den Arbeiten von Schwartz (1997), der eine Therapie mit der „Inneren Familie“ entwickelt hat und Schulz von Thun (1998), der vom „Inneren Team“ spricht, postuliert Rohr (2004) das Vorhandensein einer „intrapersonellen Beziehung“ in dem Sinne, dass verschiedene Anteile der Persönlichkeit zwar als Teile der Gesamtpersönlichkeit zu verstehen sind, diese aber dennoch miteinander in eine Beziehung treten, die der einer interpersonellen Beziehung analog ist.<sup>7</sup>

Diesen Gedanken möchte ich aufgreifen und in meine Untersuchung einbeziehen. Ähnlich wie beim Zielkonflikt-Konzept bestehen hier konfligierende Ziele. Allerdings geht es hier nicht darum, äußere Ziele zu erreichen - beispielsweise Kosten durch Personaleinsparung reduzieren zu wollen und gleichzeitig eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit anzustreben - sondern es geht um die Auseinandersetzung mit eigenen

---

<sup>7</sup> Ein ähnlicher Ansatz ist bereits bei Goethe zu finden: „Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust!“ (Goethe, Faust, Vor dem Tor, Vers 1112)

Werten und Strebungen, die der Betreffende verinnerlicht hat und die sich nicht miteinander vereinbaren lassen.

Eine solche Störung der intrapersonellen Beziehung liegt beispielsweise vor, wenn ein Anteil der Person ein Streben nach Pflichterfüllung zeigt, ein anderer Anteil hingegen nach familiären Kontakten und Lebensfreude strebt, beides aber nicht gleichzeitig möglich zu sein scheint. Zur Verdeutlichung hier ein Zitat:

*„Das wird jetzt erst mal zu Ende gebracht, vorher ist das Gewissen zu schlecht und du hast es nicht verdient, nach Hause zu gehen und dein Mittagessen zu genießen.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 663 ff)*

Herr Sperling beschreibt hier, dass er den Anspruch an sich hatte, erst dann das Haus zur Mittagspause verlassen zu dürfen, wenn die Arbeit erledigt ist. Gleichzeitig war aber das Bestreben vorhanden, Zeit mit der Familie zuzubringen, mit ihr gemeinsam zu Mittag zu essen und dieses eben „zu genießen“, wie Herr Sperling dies benannt hat. Der Anteil „Lebensfreude“ wird also hier zugunsten des Anteils „perfekte Pflichterfüllung“ zurückgestellt. Der innere Dialog wird bereits aus seiner Darstellung des Konfliktes deutlich. Von besonderer Bedeutung für die Krankheitsentwicklung ist es anzusehen, wenn biologische Bedürfnisse, wie beispielsweise das Bedürfnis nach Nahrung oder Schlaf, vernachlässigt oder unterdrückt werden (vgl. Maslow, 1970).

Durch diese Prozesse kommt es dann, gemeinsam mit den vorgenannten Faktoren, zu psychischer und physischer Erschöpfung und psychosomatischen Beschwerden mit den bereits beschriebenen Rückwirkungen auf den Arbeitsbereich.

In der Kontrastgruppe hingegen findet sich meist eine vergleichsweise harmonische intrapersonelle Beziehungsgestaltung. In dieser Gruppe und bei einigen Interviewpartnern, die das Burnout-Syndrom überwunden haben, zeigen sich nur geringfügige oder keine intrapersonellen Konflikte. Dies kann beispielsweise durch die Bildung von Integrationszielen erreicht werden.

In den folgenden Kapiteln werde ich die hier überblicksartig dargestellten Prozesse ausführlich beschreiben. Dabei werde ich, um Doppelungen zu vermeiden, auf die

Entgrenzung nicht gesondert eingehen, sondern sie im Rahmen der Beschreibung der anderen Kategorien mitbearbeiten, da hier jeweils Wechselwirkungen vorhanden sind.

### **7.3 Strukturen des Berufslebens**

Im Bereich der Strukturen des Berufslebens gibt es viele Faktoren, die einen Einfluss auf die Entwicklung oder Verhinderung des Burnout-Syndroms haben. Hierbei gibt es deutliche Unterschiede je nach Tätigkeitsfeld – ein Assistenzarzt im Krankenhaus hat beispielsweise mit anderen Belastungen umzugehen als ein niedergelassener Arzt in einer Einzelpraxis. Im Folgenden stelle ich dar, in welchen Bereichen die Interviewpartner tätig waren, wie die Arbeitsbedingungen von Protagonisten der beiden Interviewgruppen erlebt wurden und welche beruflichen Veränderungen welche Auswirkungen mit sich brachten.

#### **7.3.1 Ausgeübte Tätigkeiten der Interviewpartner**

Wie bereits im Kapitel 6.6 dargestellt, finden sich im Sample alle Arbeitsbereiche, die von Ärzten üblicherweise ausgeübt werden.

Zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Burnout-Erkrankung waren sechs Ärzte im Krankenhaus tätig. Vier Ärzte arbeiteten ausschließlich dort, ohne noch weitere Nebentätigkeiten auszuüben: Frau Mildner (Oberärztin in leitender Funktion), Frau Zimmermann (Assistenzärztin), Herr Bäumer (Assistenzarzt) und Herr Sperling (Chefarzt). Frau Schneider (Assistenzärztin) machte zusätzlich zu ihrer Assistenzarztstätigkeit noch regelmäßig Praxisvertretungen und Herr Lopez (Assistenzarzt) war neben seiner Tätigkeit im Krankenhaus noch in zwei ärztlichen Notdiensten und in einer eigenen Privatpraxis tätig.

Von diesen sechs Ärzten führten fünf gravierende Veränderungen nach der Therapie beziehungsweise nach dem Erkennen der Erkrankung durch:

Frau Mildner hatte sich entschlossen, in ein anderes Krankenhaus zu wechseln und stand zum Zeitpunkt des zweiten Interviews kurz vor diesem Stellenwechsel. Sie wollte wieder eine Oberarztposition übernehmen, allerdings ohne dabei eine leitende Funktion auszuüben.

Frau Zimmermann wurde Praxisassistentin in einer neurologischen Gemeinschaftspraxis.

---

Frau Schneider verzichtete zunächst nur auf die Praxisvertretungen und wechselte einige Zeit später in eine ärztliche Kontrollinstitution. Herr Bäumer ließ sich in eigener Praxis nieder und Herr Lopez übernahm eine Assistenzarztstelle in einem anderen Krankenhaus. Er übte allerdings weiterhin Notdienste aus und behielt auch seine eigene Praxis bei. Nur Herr Sperling blieb im gleichen Krankenhaus in seiner bisherigen Chefarztposition.

In eigener Praxis ohne weitere Nebentätigkeit waren zwei Ärzte tätig: Frau Meister und Herr Grund. Herr Bauer, der Veterinärarzt ist, hatte zwei Arbeitsplätze: Er übte eine Tätigkeit als Amtstierarzt aus und betrieb außerdem noch eine eigene Praxis.

Auch hier finden sich Veränderungen, die allerdings teilweise erst geplant sind, da diese nicht so schnell umzusetzen sind. Frau Meister wird ihre Praxis, die sie in einer Praxisgemeinschaft mit einer Kollegin betrieb, in eine Praxis in neuen Räumen verlegen, so dass sie unabhängig von der Praxispartnerin wird. Herr Grund hat den Umfang seiner Praxistätigkeit reduziert und wird die Praxis in Kürze ganz aufgeben. Herr Bauer möchte seine Praxis ebenfalls verkaufen und sich auf die Tätigkeit als Amtstierarzt konzentrieren.

Auch Herr Stein, der im Vorstand eines großen Unternehmens aus dem Gesundheitsbereich tätig war, hat einen grundlegenden Wandel vollzogen: Er hat seine Vorstandstätigkeit aufgegeben und sich als selbständiger Gutachter niedergelassen.

In der Gruppe der Ärzte, die sich frei von einer Burnout-Erkrankung fühlen, (im Folgenden Kontrastgruppe genannt) sind drei im Krankenhaus tätig: Frau Frey (Assistenzärztin), Frau Mündel (Assistenzärztin) und Herr Tallmer (Chefarzt).

In eigener Praxis finden sich fünf Ärzte, wobei nur eine Ärztin in einer Einzelpraxis tätig ist, nämlich Frau Glocke. Die anderen vier haben sich in Gemeinschaftspraxen niedergelassen: Frau Gärtner, Herr Hölzer, Herr Schramert und Herr Witolf (zur Übersicht siehe Abbildung 13).

	Vor Therapie	Nach Therapie	Ohne Burnout
Arbeitsort aussch. Krankenhaus	4	2	3
Arbeitsort aussch. Praxis	2	4	5
Arbeitsort mehrere Arbeitsplätze	3	2	0
Arbeitsort sonstiges	1	2	0

Abbildung 13: Arbeitsplätze der Untersuchungsteilnehmer

Es fällt auf, dass kein Arzt aus der Kontrastgruppe mehr als einen Arbeitsplatz hat, in der Burnout-Gruppe hingegen drei mehr als eine ärztliche Tätigkeit ausübten (Frau Schneider, Herr Lopez und Herr Bauer). Frau Schneider beschränkt sich nach ihrer Erkrankung auf einen Arbeitsplatz und Herr Bauer beabsichtigt dies ebenfalls, was ihm aber noch nicht gelungen ist. Herr Lopez hat seine Nebentätigkeiten von vier auf drei reduziert.

In Kapitel 7.3.3.3 gehe ich darauf ein, aus welchen Gründen sich die Ärzte dafür entschieden hatten, ihre Tätigkeit an mehreren Arbeitsplätzen auszuüben.

### 7.3.2 Arbeitszeiten

In den meisten Fällen erfordert der Arztberuf Tätigkeiten zu atypischen Arbeitszeiten: Schicht-, Wochenend-, Ruf- und Bereitschaftsdienste sind für im Krankenhaus tätige Ärzte kaum zu vermeiden, und die niedergelassenen Ärzte müssen häufig neben ihrer Praxistätigkeit den ärztlichen Notdienst, der die ärztliche Notfallversorgung in den Abend- und Nachtstunden abdeckt, übernehmen. Darüber hinaus erledigen manche Ärzte am Wochenende noch administrative Arbeiten, für die in der Woche keine Zeit bleibt. Die Bereiche Arbeit und Privatleben gehen also häufig ohne klare Grenze ineinander über.

Während der Schichtdienst unterschiedlich wahrgenommen wird – je nach Lebensumständen wird dies gelegentlich sogar als angenehm empfunden – werden Wochenend-, Bereitschafts- und Notdienste von nahezu allen Befragten als überaus belastend geschildert. Die Tätigkeit am Wochenende oder im Bereitschafts- und Notdienst stellt

besonders deshalb eine große Belastung dar, weil dies die Teilnahme am Familien- und gesellschaftlichen Leben erschwert und eine Erholung in erheblichem Maße behindert.

Interessant ist hierbei die Beobachtung, dass trotz einer hohen Arbeitsbelastung manche Interviewpartner als sehr zufrieden mit ihrem Arbeits- und Privatleben erscheinen und sie keine Anzeichen für eine Burnout-Erkrankung zeigen. Hier ist die Art der sozialen Interaktion mit Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld für diese positive Bewertung von großer Bedeutung (z.B. Herr Schramert, Herr Hölzer).

Alle vom Burnout-Syndrom betroffenen Personen arbeiteten zum Zeitpunkt des Entstehens der Erkrankung an mehr als 5 Tagen pro Woche – sie haben am Wochenende Stationsarbeit verrichtet, hatten Ruf- und Bereitschaftsdienste oder sie arbeiteten Akten durch. Die meisten Interviewpartner dieser Gruppe gaben darüber hinaus Arbeitszeiten von mehr als 50 Stunden pro Woche an. Das bedeutet, dass sie Überstunden leisten, die zudem häufig ohne finanziellen oder zeitlichen Ausgleich bleiben. In Leitungspositionen werden Überstunden als selbstverständlich vorausgesetzt, und bei den Assistenzärzten wird meist an das Solidaritätsgefühl appelliert, so dass diese oftmals auf den Ausgleich verzichten.

Nach der Therapie finden sich hier deutliche Veränderungen: So vermeiden nun sechs von zehn Ärzten dieser Gruppe die Tätigkeit am Wochenende. Nur noch Frau Mildner und die Herren Sperling, Bauer, Lopez üben ihre Tätigkeit weiter an mehr als fünf Tagen pro Woche aus.

Da Frau Mildner zum Zeitpunkt des zweiten Interviews ihre neue Stelle noch nicht angetreten hatte, waren noch keine Aussagen über ihr Befinden in der neuen Arbeitsstelle möglich.

Die drei Herren führten nach der Therapie Veränderungen in ihren Arbeitsbedingungen durch und erlebten eine Verbesserung in ihrem Wohlbefinden, allerdings fühlten sie sich durch die Arbeitszeiten weiterhin stark belastet. Änderungen in Hinblick auf die Arbeitszeit planten auch sie, diese waren aber bislang im erwünschten Ausmaß nicht möglich. So ist es ihnen im Gegensatz zu den anderen Ärzten bislang nicht gelungen, die Arbeitszeit auf weniger als 50 Stunden pro Woche zu reduzieren.

In der Kontrast-Gruppe finden sich nur zwei Personen, die auch am Wochenende tätig sind - Frau Frey und Frau Mündel. Frau Frey arbeitet im Schichtdienst und Frau Mündel hat gelegentlich Wochenend- und Bereitschaftsdienst. Da sie aber nur 20 Stunden pro Woche beschäftigt ist, fühlt sie sich dadurch nicht sehr belastet. Die anderen Ärzte aus dieser Gruppe sind in eigenen Praxen tätig und können das Wochenende weitgehend frei von Arbeit halten – nur Herr Schramert gab an, in Ausnahmefällen am Wochenende geringfügig tätig zu sein.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit wird von den meisten Ärzten der Kontrast-Gruppe als deutlich geringer eingeschätzt als von den Ärzten der Burnout-Gruppe. In Abbildung 14 werden die Unterschiede deutlich sichtbar:

	Vor Therapie	Nach Therapie	Ohne Burnout
Arbeitsstunden bis zu 50 Stunden/Woche	2	7	6
Arbeitsstunden mehr als 50 Stunden/Woche	8	3	2
Arbeitstage/Woche: bis 5	0	6	6
Arbeitstage/Woche: 5-7	10	4	2
Schichtdienst	2	0	1
Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst, Notdienst	8	3	2

Abbildung 14: Arbeitszeiten

In den nun folgenden Kapiteln gehe ich auf die Auswirkungen der atypischen Arbeitszeiten im Einzelnen ein.

### 7.3.3 Arbeit zu atypischen Zeiten

Die Tätigkeit am Wochenende oder im Bereitschafts- und Schichtdienst stellt eine große Belastung dar, weil die Teilnahme am Familien- und dem gesellschaftlichen Leben und die Erholung erschwert werden. Das bedeutet, dass es keine Grenze zwischen der Arbeit und der Freizeit mehr gibt, weil Wochenend- und Rufdienst dazu führen, dass die

Bereiche förmlich miteinander verschmelzen. So beschreibt zum Beispiel Herr Sperling, dass er über Monate hinweg dauerhaft Wochenend- und Rufdienst zu leisten hatte, da auf Grund von Personalmangel kein anderer Facharzt seiner Abteilung im Hause war. Die Wochenendgestaltung sah dann so aus:

*„Und am Wochenende, jetzt mache ich jedes Wochenende alleine, bin ich Samstag drei bis vier Stunden drin, dann machen wir so ein Suchttherapeutisches Setting und eine ausführliche Visite und am Sonntag, da mache ich vormittags vorm Brötchen holen zwei Stunden Schreibtisch, da schläft die Familie noch, dann hole ich auf dem letzten Drücker die Brötchen und dann wird ausgiebig gefrühstückt.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 641 ff)*

Herr Sperling versuchte also, die Arbeit und das Familienleben zu koordinieren, was ihm nach der Therapie auch einigermaßen gelang. Dabei erlebte er die Freizeitgestaltung und die Lebensqualität durch die Wochenendtätigkeit als deutlich eingeschränkt:

*„Ja, ich sage mal, auf Dauer muss es einfach so sein, ich schalte wieder das Handy ab, ich habe endlich mal wieder ein freies Wochenende, ich weiß ja noch, wie sich das anfühlt, und komme aus dem System ’raus. Besuche ein Theater oder eine Ausstellung, das ist gar nicht im Moment, ich war nicht auf einem Weihnachtsmarkt, ich war in diesem Jahr nicht in einer Stadt seit einem halben Jahr.“ (Herr Sperling 1. Int., Z. 670 ff)*

Herr Sperling konnte durch verschiedene Maßnahmen trotz der Entgrenzung ein erneutes Abgleiten ins Burnout-Syndrom verhindern. Hierauf gehe ich im Kapitel 7.7.1.2 näher ein.

Auch Frau Meister beschrieb, dass sie die Wochenenddienste während ihrer Krankenhaustätigkeit als erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität erlebt hat:<sup>8</sup>

*„Und dann habe ich, und sicherlich, weil meine Freunde niedergelassen sind, unter anderem meine beste Freundin, [...] und die eine gut gehende Praxis hatte,*

---

<sup>8</sup> Wie aus dem Fallporträt Frau Meisters abzulesen ist, bietet die Abwesenheit von Wochenend- und Bereitschaftsdienst allein aber noch keine Gewähr für ein zufriedenes Arbeitsleben.



*und wir haben oft zusammen Urlaub gemacht oder Ausflüge gemacht, und jeder, der immer nicht mitgehen konnte, war ich. Weil ich entweder Weihnachten Dienst hatte oder Silvester Dienst hatte, Pfingsten oder Ostern [...] und als Niedergelassener habe ich halt nur einmal im Monat Dienst. [...] Ist ein großer Unterschied.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 561 ff)*

### **Kontrastgruppe**

Die Interviewpartner aus der Kontrastgruppe legen viel Wert auf ein weitgehend arbeitsfreies Wochenende. Völlig lässt sich die Arbeit auch hier nicht vermeiden, aber es wird deutlich, wie wichtig dies für die Ärzte ist. So sagt zum Beispiel Herr Schramert:

*„Und am Wochenende mache ich eigentlich relativ wenig. Jetzt im Moment muss ich wieder, weil Frank da ist, muss ich auch ein bisschen was machen, aber sonst ist das Wochenende für mich auch klar strukturiert, seit vielen Jahren so, dass es von Arbeit weitgehend frei ist.“ (Herr Schramert, Z. 72 ff)*

Das Wissen, dass das Wochenende wirklich frei zur Verfügung steht und zur Erholung genutzt werden kann, hilft bei der Bewältigung von größeren Anstrengungen. So beschreibt dies Frau Gärtner:

*„[...] zum Beispiel auch wenn die Woche hart ist und ich von früh bis abends arbeite, ich gehe ja abends irgendwann nach Hause und schlafe in meinem Bett. Das war ja vorher nicht so, ich war ja 20 Jahre in der Klinik. Mir gehören alle Wochenenden, alle Feiertage, und das beruhigt mich kolossal, so dass ich dann wahrscheinlich sage, gut, das schaffst du jetzt die Woche, bist du ein bisschen kaputt, aber dann hast du ja frei.“ (Frau Gärtner, Z. 46 ff)*

#### **7.3.3.1 Ruf- und Bereitschaftsdienst**

Die Tätigkeiten zu ungünstigen Zeiten bedeuten nicht nur, dass der Betreffende in den Kontakten zur Familie und zu Freunden eingeschränkt ist. Es kommt erschwerend hinzu, dass diese Dienste, besonders die Nacht- und Bereitschaftsdienste, vielfach als so

erschöpfend erlebt werden, dass eine sinnvolle Freizeitgestaltung nicht mehr möglich ist. Bereitschaftsdienst bedeutet eigentlich, dass im Anschluss an den regulären Dienst ein Arzt im Krankenhaus anwesend ist, um im Notfall tätig werden zu können. Ist der Arzt in einem Akutkrankenhaus tätig, kann dies bedeuten, dass er überhaupt nicht ausruhen kann, da dauerhaft Notfälle versorgt werden müssen. So beschreibt zum Beispiel Herr Bäumer, wie er den Bereitschaftsdienst im Krankenhaus erlebt hat:

*„[...] und die Dienste dort waren halt SUPER anstrengend. Also man hat ja da wirklich 24 Stunden ohne Pause teilweise gehabt, und, großer Betrieb, oder auch die Rettungsstelle, mit Alkoholkranken, Schussverletzten, Junkies, und also das gesamte soziale untere Spektrum von München.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 333 ff)*

*„[...] Jes hat sich ja eher verschärft dadurch, dass wir mehr Dienste machen mussten, Rettungsstelle mit begutachten, na nicht begutachten, mit betreuen mussten, und das war natürlich ein Chaos da. Das war ja in der Rettungsstelle teilweise wie KRIEG, [...] da waren bloß unendlich viele Patienten und Schwerkranke [...]“ (Herr Bäumer, 2. Interview, Z. 83 ff)*

Seine Ehefrau beschreibt, wie sich diese anstrengenden Dienste auf ihren Mann ausgewirkt haben:

*„[...] die Bereitschaftsdienste da waren einfach hart, da hat er so gut wie gar nicht geschlafen, bei uns konntest du dich ja immer mal, wenn du Bereitschaftsdienst hattest, auch mal aufs Ohr legen, das ging da nicht, da ist also durchgepowert worden, und dann hat er ja auch mindestens eine Woche gebraucht, um wieder in einen normalen Rhythmus 'reinzukommen, nach einem Bereitschaftsdienst! [...] Dann war eigentlich schon fast wieder der nächste dran. Also das war ein einziges Chaos, und dadurch ist er natürlich viel unzufriedener geworden, längst nicht mehr so gelassen im Umgang mit vielen Dingen, und, ja, hast das Gefühl gehabt, man muss ihm eigentlich fast noch ein bisschen Arbeit abnehmen, also ich darf ihm jetzt nichts aufhalsen, noch zusätzlich, aus dem Familienbetrieb, was er sonst locker mitgemacht hat, das, das ging nicht mehr,*

*das war einfach zu viel.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 84 ff)*

Auch Frau Zimmermann beschreibt den Bereitschaftsdienst als überaus belastend. Sie fühlte sich dadurch so erschöpft, dass sie ihre Freizeit nicht mehr für sich nützen konnte:

*„Während dieser Zeit so gut wie gar keine (Freizeit). Also weil ich einfach, wenn ich jetzt zum Beispiel abends aus der Klinik kam, also ich habe damals nicht sehr weit von der Klinik gewohnt, so dass ich also keine großen Fahrtzeiten hatte zum Glück, dann war ich meistens so gegen halb sechs, sechs so was zu Hause, je nachdem, sagen wir mal achtzehn Uhr, und dann habe ich nicht mehr viel gemacht, muss ich ehrlich sagen, und am Wochenende war das auch nicht viel, und wenn ich Nachtdienst hatte, dann gab's ja dann irgendwann dieses Arbeitszeitschutzgesetz, dass man dann nicht mehr den ganzen Tag nach einem Nachtdienst arbeiten musste oder dass man dann vormittags, dann durften wir irgendwann nach der Visite erst nach Hause gehen, das war dann de facto dann so gegen elf, halb zwölf, und zum Schluss durften wir dann auch so gegen acht Uhr dann nach Hause gehen nach dem Nachtdienst. Da muss ich ehrlich sagen, dann hatte ich, das war also der in Anführungszeichen Freizeitausgleich, aber ich war da tot. Ich bin dann nur noch nach Hause gewankt und als ich dann später in Bochum wohnte, die Klinik war in Düsseldorf, und als ich mit meinem Mann zusammengezogen bin, und wir hier in Bochum wohnten, da muss ich echt sagen, dass ich dann manchmal nach dem Dienst zu meinen Eltern gefahren bin, die in der Nähe vom Krankenhaus wohnen, um da erst mal einen halben Tag zu schlafen. Weil ich so erschöpft war, dass ich mich nicht getraut habe, da über die Autobahn die halbe Stunde nach Bochum zu fahren, weil ich dachte, ich fall' da, ich schlafe ein, ich kann einfach nicht mehr.“ (Frau Zimmermann, Z. 228 ff)*

Sie beschreibt hier einen Prozess, der sehr wesentlich für die Entwicklung von Burnout zu sein scheint: Die Arbeit nimmt so viel Raum im Leben der Personen ein, dass eine sinnvolle Freizeitgestaltung nicht mehr möglich ist. Dies kann sowohl deshalb entstehen, weil tatsächlich durch übermäßig viele Überstunden keine Freizeit mehr übrig bleibt, oder aber, weil die Arbeit als so erschöpfend erlebt wird, dass die Freizeit nicht mehr

aktiv genutzt werden kann. Eine Balance aus Arbeit und Freizeit ist dann nicht mehr gegeben.

Diese Dysbalance kann zu erheblichen Störungen der Beziehung zu anderen Menschen führen, wenn die betreffende Person sich in der Folge zurückzieht und den Kontakt zu anderen Menschen vermeidet. Außerdem kann eine Störung der interpersonellen Kontakte dadurch verursacht werden, dass durch die Überlastung eine starke Reizbarkeit einstellt, die dann zu Beziehungsstörungen führt. In beiden Fällen führt die beschriebene Dynamik dazu, dass das Coping mit der bereits bestehenden beruflichen Belastung nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist, und dass in der Folge häufig auch im Privatbereich Stressoren hinzu kommen, welche die Problematik weiter verstärken.

Eine ähnliche Dynamik lässt sich bei Herrn Sperling beobachten, der über viele Monate hinweg 24 Stunden pro Tag Rufbereitschaft (zusätzlich zu seiner regulären Arbeitszeit) hatte und am Wochenende noch den Stationsdienst verrichtete. Rufdienst bedeutet, dass man jederzeit aus der Freizeit abgerufen werden kann, um für die Behandlung von Notfällen zur Verfügung zu stehen. Dauerhafte Rufbereitschaft bedeutet somit, dass niemals die Freizeit wirklich frei zur Verfügung steht und eine wirkliche Entspannung kaum möglich ist. Dies führt dann häufig dazu, dass sich durch Stress verursachte psychosomatische Störungen, beispielsweise Schlafstörungen, entwickeln. Diese Erfahrung hat auch Herr Sperling gemacht. Da er erst nach seiner Therapie befragt werden konnte, beschreibt er, wie er die Rufbereitschaft nach der Therapie erlebt und was er bereits verändert hat, um damit besser umgehen zu können:

*„Es ist vom Gefühl nicht mehr so schlimm wie früher, dass man sagt, so, boeah, ich wache nachts auf, Negativ-Trance und sage, so, jetzt geht dein Handy los, bestimmt ist irgendwas in der Nacht im Krankenhaus. Das passiert jetzt einfach. Es passiert jetzt zwar noch nicht, dass ich dann spontan einschlafe, das geht nicht, aber ich sage, ich bin müde, na okay, dann gehe ich eben ein bisschen eher oder mache das und das jetzt nicht auch noch dran, dann mache ich den Schreibtisch später, wenn ich mich stark fühle.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 658 ff)*

Deutlich wird hier die Erwartungsspannung, mit der er zu Bett gegangen ist – „jetzt geht gleich dein Handy los“ – die zu Schlafstörungen führt. Er kann aber nun seine Arbeit entsprechend seinem Befinden einteilen, was zu einer erheblichen Entlastung geführt hat. Alle Interviewpartner, die aus dem Krankenhausdienst ausgeschieden sind, nennen als einen für sie wesentlichen Aspekt zum Wechseln des Arbeitsplatzes, dass sie unter den Wochenend-, Ruf- und Bereitschaftsdiensten sehr gelitten hätten. So sagte beispielsweise Herr Bäumer:

*„Ich bin jedes Mal dankbar, wenn ich am Krankenhaus vorbeifahre, am Wochenende oder nachts, dann, guck' mal, die rennen da jetzt nachts rum, und ich geh' jetzt ins Bett. Und ich kann am Wochenende alle viere von mir fallen lassen, ja.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 395 ff)*

### **Kontrastgruppe**

In der Kontrastgruppe befinden sich drei Ärzte, die zumindest gelegentlich am Wochenende und im Bereitschaftsdienst tätig sind und sich dadurch nicht sehr belastet fühlen – Frau Frey, Frau Mündel und Herr Tallmer. Frau Mündel begründet dies damit, dass sie in einer Rehabilitationsklinik tätig ist und die Arbeit dort nicht als sehr anstrengend empfindet. Außerdem übt sie nur eine Teilzeit-Tätigkeit aus (20 Stunden pro Woche). Herr Tallmer wird nur selten gerufen, und auf Frau Frey gehe ich weiter unten ein.

Es fällt auf, dass die Ärzte, die keine eigenen Kinder haben, die Tätigkeit zu ungünstigen Arbeitszeiten ganz anders wahrnehmen als Ärzte mit Kindern, besonders, wenn diese im schulpflichtigen Alter sind. Ein Beispiel dafür findet sich im Kapitel 7.3.3.2.

Von einigen Interviewpartnern der Kontrastgruppe wird beschrieben, dass diese während ihrer Krankenhaustätigkeit ebenfalls sehr unter den Wochenend- und Bereitschaftsdiensten gelitten haben, weshalb dann der Weg in die Niederlassung angetreten wurde. So äußert beispielsweise Herr Schramert:

*„Also diese Nachtdienste, diese Tagdienste und dann eben auch diese Rufbereitschaften, und da habe ich mich auch das erste Mal dann auch teilweise so am Rande meiner Kräfte gefühlt, weil ich auch Familie habe, ich hatte mit meiner Frau zwei Kinder damals, zwei Mädchen, und habe es mir eigentlich immer gewünscht, oder für mich stand eigentlich immer die Familie, sage ich mal, im Vordergrund. Der Beruf war irgendwie auch nicht unwichtig, aber das war eben doch für mich immer schon klar in zweiter Linie [...]“ (Herr Schramert, Z. 12 ff)*

Auch Herr Witolf, der inzwischen aus dem Krankenhausdienst ausgeschieden ist, weil er die Belastung durch die Arbeitsbedingungen nicht länger ertragen wollte, beschreibt die Auswirkung des Rufdienstes auf sein Familienleben:

*„Ich war immer auf Abruf. Immer hätte es sein können, dass ich aus dem Frei gerufen worden wäre, weil jemand krank geworden ist, oder dass ich eben, wie es häufig war, den Endoskopierufdienst hatte, und dann eben doch jemand gespiegelt werden musste, und das war eine latente Belastung, die mich gehemmt hat in meiner Entfaltung, was die Freizeitgestaltung mit der Familie betraf, und das ist weg.“ (Herr Witolf, Z. 86 ff)*

Eine andere Wahrnehmung des Rufdienstes schildert Herr Hölzer. Er ist als Gynäkologe und Geburtshelfer in eigener Praxis tätig und könnte diesen Teil seiner Arbeit aufgeben. Er empfindet den Rufdienst aber als nicht so belastend, weil er gleichzeitig aus der Arbeit viel Freude bezieht:

*„Oder man hat eine schwierige Geburt gut hinbekommen und Mutter und Kind sind wohlauf, dass sind einfach die Dinge, die sehr positiv sind und die wir, glaube ich, alle, die wir hier Geburtshilfe machen, so positiv empfinden, dass wir weiter bereit sind, auch in unserem höheren Alter, nachts aufzustehen und zur Geburt zu kommen. Also da finde ich die Geburtshilfe einen ganz wesentlichen, positiven Anteil.“ (Herr Hölzer, Z. 117 ff)*

Er sieht also in seiner Tätigkeit eher eine Ressource, da die Geburtshilfe ihm Freude

macht. Allerdings hat Herr Hölzer keine eigenen Kinder, so dass nur eingeschränkt Koordinationsleistungen zu erbringen sind.

Ruf- und Bereitschaftsdienste stellen aber, wenn sie häufiger zu verrichten sind, auf Grund der entgrenzten Arbeit und der daraus resultierenden eingeschränkten Möglichkeit der Erholung in der Freizeit in jedem Falle einen erheblichen Stressor dar und tragen somit in erheblichem Maße zu einer Burnout-Gefährdung bei.

### 7.3.3.2 Schichtdienst

Der Schichtdienst wird von den Interviewpartnern unterschiedlich wahrgenommen – es gibt positive und negative Bewertungen. Wie der Schichtdienst erlebt wird, ist stark davon abhängig, wie sich die Arbeitszeiten auf die Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen auswirken.

Verdeutlichen möchte ich die unterschiedliche Wahrnehmung dieser Arbeitsform mit den Schilderungen von Frau Schneider (BOS-Betroffene) und Frau Frey (kein BOS).

Frau Schneider ist seit dem Tod ihres Ehemannes, der allerdings bereits einige Jahre vor dem Beginn ihres Burnout-Syndroms verstorben ist, alleinerziehende Mutter. Sie arbeitete im Schichtdienst auf der Intensivstation eines Krankenhauses und litt besonders darunter, nachts und am Wochenende arbeiten zu müssen. Eine Ursache ihrer Erschöpfung sah sie darin, dass sie häufig nach dem Nachtdienst nicht genügend schlafen konnte, weil sie tagsüber Verpflichtungen wegen ihres Kindes hatte:

*„Weil man ja dann, weil ich ja, wenn ich die Nachtdienste hatte, meistens tagsüber nicht viel geschlafen habe, weil, dann waren da irgendwelche Termine, Zahnarzttermine, Elternversammlung oder sonstiges, also was man so noch, was ich bestimmt hätte abgeben können an irgendjemand anders, sicher, man kann sich immer jemanden suchen und dann sagen, hier, kannst Du mal mit ihm, aber man probiert es, man probiert es selber alles hinzukriegen. Und das war einfach dann mit dem Schichtdienst und dem nicht, ich sage mal, nicht abschalten können, nicht ausschlafen können, das war dann zu viel gewesen.“ (Frau Schneider, Z. 178 ff)*

Als noch größeres Problem empfand sie es aber, dass sie zu anderen Zeiten frei hatte als ihre Bekannten und deshalb nur selten ihre Freizeit mit ihren Freunden verbringen konnte. Das belastete sie auch deshalb sehr, weil sie sich einen neuen Partner wünschte und sich in der Partnersuche durch den Schichtdienst stark eingeschränkt fühlte.

Nach der Therapie musste Frau Schneider zunächst noch weiter im Schichtdienst tätig sein. Damit kam sie dann schon etwas besser zurecht, weil sie deutliche Grenzen setzte und mehr darauf achtete, dass sie nicht wieder in die Erschöpfung geriete:

*„[...] dann bin ich alles viel, viel ruhiger angegangen, ich habe dann auch schon klar gesagt, wenn ich irgendwas nicht leisten konnte, also das schaffe ich jetzt nicht mehr, also das lasse ich dann, das lasse ich dann auch liegen, den Schichtdienst habe ich ja weiter gemacht, den empfand ich dann auch nicht mehr als SO belastend, weil ich, na wie soll sagen, ich habe dann eben nach dem Nachtdienst, also ich habe mir dann angewöhnt mit Ohrstöpseln zu schlafen und mit einer Schlafmaske, damit ich mal mehrere Stunden schlafen kann, und wenn es denn darum ging, mal mehr Nächte zu machen, wo ich dann auch klar gesagt habe, ich, mehr mache ich nicht [...], also, na, es gibt ja viele, die sagen, sie machen auch sechs oder sie machen auch acht, wo ich gesagt habe, nee, also vier, in Ausnahmefällen springe ich gerne mal ein, wenn es denn wirklich gar nicht anders geht, dann mache ich auch mal ein oder zwei mehr, aber eher nicht, ich mache dann eher einen Früh- oder Spätdienst, das bekommt einfach besser, und die Nächte muss dann jemand anders machen [...]. Und das ich dann auch zum Beispiel in meinen freien Tagen, die ich hatte, dann auch wirklich frei gemacht habe [...]. Also ich habe dann ja auch ganz wenig Praxisvertretung gemacht.“ (Frau Schneider, Z. 212 ff)*

Einige Zeit später wechselte sie die Arbeitsstelle und hat seither normale Arbeitszeiten, womit sie sehr zufrieden ist. Sie schildert, wie sie die Freizeitplanung während des Schichtdienstes und dann während der Normal-Arbeitszeit erlebt hat:

*„Also zum Anfang war es einfach so gewesen, dieser Zugewinn an Freizeit, an dieses wieder am Leben teilnehmen, man hat wirklich ganz geregelt, einen*



*geregelten Tagesablauf, wie alle anderen auch, man muss jetzt nicht immer gucken, ach kann ich nicht, habe ich Spätdienst, und ach, Nachtdienst, und das geht nun auch wieder nicht, jetzt ist es dann so, ja, freitags, wenn nicht gerade etwas anliegt, ich gucke mal, ja, klar, ohne Probleme, wir können auch Sonnabend, von mir aus auch um 11 oder um 3, ist mir völlig egal, also dieses war für mich, das fand ich toll. Oder einfach, dann hatte ich Urlaub, und drei Wochen später konnte ich schon wieder Urlaub nehmen. Ach, habe ich gedacht, das ist ja toll. Gleitende Arbeitszeit, mal um 9 anfangen, mal um 7 anfangen, je nachdem, wie man das auch gerne möchte, muss man zwar länger bleiben, aber jeder hat ja einen anderen Rhythmus, das kann man machen. Und, wie gesagt, dann auch ganz unkompliziert zu sagen, Freitag bräuchte ich mal einen freien Tag, ja, noch Überstunden oder einen Urlaubstag, das geht, das ist auch ganz unkompliziert, nette Kollegen, die ja auch in der Klinik das gleiche erfahren haben, meistens aus den gleichen Gründen aus der Klinik oder aus der Praxis weg sind, und wie gesagt, dieser Zugewinn, der war einfach toll.“ (Frau Schneider, Z. 451 ff)*

Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung zu ihren Freunden lässt sich daran ablesen, dass sie sich nach Beendigung der Therapie und dem Verzicht auf die Praxisvertretungen, die sie noch neben ihrer Assistenzarztstätigkeit im Krankenhaus ausgeübt hatte, bereits besser fühlte, ein völliges Wohlbefinden allerdings erst erreichte, als sie ihre Arbeitsstelle wechselte und somit zu allgemein üblichen Zeiten arbeitete. Eine weitere Fallbeschreibung von Frau Schneider findet sich in Kapitel 7.7.2.1.

Im Gegensatz zu den Erfahrungen von Frau Schneider nimmt Frau Frey, die ebenfalls im Schichtdienst tätig ist, diesen als nicht sehr belastend wahr. Ein wichtiger Unterschied zu Frau Schneider besteht darin, dass sie alleinstehend ist und über einen großen Freundeskreis verfügt, der ihr auch tagsüber zur Verfügung steht, so dass ihre Beziehungsgestaltung durch den Schichtdienst nicht beeinträchtigt ist.

*„Wenn, so wie heute, [...] wenn ich nachmittags erst kommen muss, kann ich vormittags noch mit dem Freundeskreis, ich hab' eben auch Freunde, die nicht nur vormittags arbeiten, das ist schon auch noch mal was anderes. Im Sommer*

*mal eine Runde draußen noch Tennis spielen, also Sport machen, das kann ich vormittags noch, oder Kaffee trinken gehen, das sieht natürlich, würde mit einem Freund anders aussehen.“ (Frau Frey, Z. 376 ff)*

Sie hat ihre Arbeitsstelle danach ausgewählt, dass diese sich gut mit ihrer Vorstellung von Freizeitgestaltung verbinden ließ und sie die Beziehung zu ihren Freunden in dem Umfang halten konnte, wie sie es wünschte:

*„[...] also die ersten zwei Jahre, die ich nicht hier gearbeitet habe, da war es schon so, da war das, da war der Arbeitszeitaufwand höher. Und da habe ich gemerkt, da kam der Freizeitanteil zu kurz. Und da sind auch Freundschaften zu kurz gekommen. Und durch den Wechsel hierher, was denke ich auf jeden Fall hauptsächlich mit den Arbeitszeiten zu tun hatte, dass ich einfach ein bisschen mehr Freizeit hier 'reinbringen konnte.“ (Frau Frey, Z. 349 ff)*

Durch den Vergleich wird deutlich, dass nicht der Schichtdienst an sich das Problem ist, sondern die Vereinbarkeit mit den persönlichen Lebensvorstellungen und -bedingungen.

Diese These wird noch gestützt durch die Schilderungen der Ehefrau von Herrn Bäumer. Während er im KRH-Krankenhaus tätig war, wurde sein Schichtdienst von der Familie als sehr angenehm wahrgenommen, da er dadurch eher mehr Zeit für die Familie hatte. Wesentlich hierfür ist allerdings die Tatsache, dass seine Kinder zu dem Zeitpunkt noch klein waren:

*„Also die Zeit im KRH, die er da auf der Intensivstation verbracht hat, die fand ich eigentlich ganz angenehm, auch noch für die Zeit mit der Familie, weil durch den Schichtdienst, den er da immer hatte, also ich war auch in meinem geliebten Schichtdienst dadurch drin. Und, ja, es war einfach für die Familie praktisch. Er hat viel Zeit komischerweise dadurch gehabt, weil er dadurch dann auch oft vormittags dann hier war, dann hat er viel im Kindergarten mitgearbeitet, und ich denke, er hat einen tieferen Einblick, was die Kinder betrifft, gekriegt, als wenn*

*du jemanden hast, der morgens um 7 aus dem Haus geht und abends um 5 wiederkommt.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 12 ff)*

Auch in der Kontrastgruppe finden sich Beschreibungen aus früheren Krankenhaustätigkeiten, dass der Schichtdienst als schwer erträglich wahrgenommen wurde, wenn das Familienleben dadurch beeinträchtigt wurde. Herr Witolf, der lange im Krankenhaus tätig war und sich nun in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen hat, beschreibt ausführlich, wie er die unterschiedlichen Auswirkungen der Arbeit auf die Familie erlebt hat. Seine Kinder waren schon im Schulalter, und somit hatte er nicht die Vorteile, wie sie die Frau von Herrn Bäumer beschrieben hat:

*„Das war in erster Linie, dass ich merkte, dass ich weniger Geduld habe, gereizter war und einfach schlechter drauf war. Ich konnte mich nicht mehr so gut auf meine Kinder einlassen und auf Christina auch nicht. Das Familienleben, die Stimmung hat wirklich gelitten, und das allerschlimmste war, dass ich fast nicht mehr parallel mit ihnen freie Zeit hatte. Ich hatte zwar relativ viele Phasen, wo ich dann eben Ausgleichsfrei hatte, aber das war immer, wenn die zur Schule waren. Und wir haben uns manchmal über Tage nicht gesehen. Wenn ich dann Nachtschicht hatte, morgens ins Bett fiel, wenn sie schon zur Schule gegangen waren, aufstand, wenn sie vielleicht noch bei Freunden waren, dann aßen wir vielleicht noch eine halbe Stunde miteinander, ich brachte sie ins Bett, aber das war auch alles. Und jetzt, und die freien Wochenenden gab es ja auch nicht. Und jetzt hat sich das also grundlegend geändert. Ich bin planbar zu Hause, wir haben jedes Wochenende miteinander, und ich selber bin halt viel entspannter. Und reagiere auch geduldiger auf die Kinder, bin gelassener, blöke nicht gleich rum, wenn es beim dritten Mal nicht klappt, was ich sage, und es ist für alle viel angenehmer. Und ich merke es auch an Christina, selbst Christina ist entspannter geworden, seitdem ich hier bin und sie auch weiß, ich habe keine Rufdienste mehr und muss nicht nachts raus und sie muss nicht daran denken, ihr Handy immer mitzunehmen, wenn sie eine Runde mit dem Rad dreht, und weil ich entspannter bin, ist sie auch entspannter, das ist ihr deutlich anzumerken. Es ist, unser Leben miteinander ist viel angenehmer geworden. Und wie gesagt, ich besuche eben*

*jetzt auch wieder gerne Freunde, wozu ich einfach manchmal nicht mehr die Kraft oder die Lust gehabt habe.“ (Herr Witolf, Z. 194 ff)*

Als Ergebnis zeigt sich also, dass der Schichtdienst vor allem dann als erheblicher Stressor wahrgenommen wird, wenn die privaten interpersonellen Beziehungen hierdurch beeinträchtigt werden. Lassen sich hingegen Arbeits- und Privatleben weitgehend den Bedürfnissen entsprechend koordinieren, wird der Schichtdienst ohne große Probleme gemeistert.

### **7.3.3.3 Multiple Arbeitsplätze**

Einige Interviewpartner übten neben ihren hauptberuflichen Tätigkeiten als angestellte oder niedergelassene Ärzte weitere ärztliche Tätigkeiten aus – Frau Schneider, Herr Lopez und Herr Bauer.

Eine häufig von Ärzten ausgeübte Nebentätigkeit stellt die Praxisvertretung dar. In diesem Fall wird während einer Abwesenheit des Praxisinhabers von einem Vertreter stundenweise die Praxis weitergeführt. Eine solche Praxisvertretung wurde von Frau Schneider auf Grund von finanziellen Ängsten ausgeübt. Diese wurden geschürt durch die Tatsache, dass ihre Arbeitsstelle zeitlich befristet war und sie festgestellt hatte, dass die Bezahlung bei anderen Arbeitgebern deutlich schlechter war als bei ihrem damaligen Arbeitgeber. Hierauf gehe ich im Kapitel 7.6.5 weiter ein.

Herr Lopez betrieb gleich drei Nebentätigkeiten:

*„[...] ich bin in der Klinik, ich mache Privat-Notdienst, ich mache ganz normale Notdienste, 112, und ich habe meine Privat-Praxis.“ (Herr Lopez, Z. 46 ff)*

Auf seine Beweggründe gehe ich im Kapitel 7.7.2.3 ein. Herr Bauer betreibt eine doppelte Berufstätigkeit. In seinem Fallporträt im Kapitel 7.4.1 wird seine Begründung hierfür deutlich werden.

### 7.3.3.4 Arbeit in der Freizeit

Bei einigen Interviewpartnern verschwindet die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit völlig, weil auch in der Freizeit ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden. Dies traf beispielsweise auf Herrn Grund zu. Er berichtete, dass er seine schwer kranke Mutter und Schwiegermutter ärztlich betreut hatte und somit über Jahre 24 Stunden pro Tag in Bereitschaft stehen musste:

*„Es war dann so, bevor ich in die Praxis gegangen bin, ich mich um die zwei Mütter, sage ich jetzt mal, gekümmert habe, dann mittags auch gleich wieder geguckt habe, teilweise von der Praxis aus zu irgendeiner von den beiden, [...] aus der Praxis 'raus, musste da hinfahren, und abends und nachts auch und allein [...] dieses Gefühl, selbst wenn wir mal weggefahren sind, wir haben mal Geburtstag gefeiert von meiner Frau, da sind wir nach Oberstaufen gefahren, und waren dann dort eine Nacht, haben da übernachtet, dann hat ihre Mutter angerufen, sie soll sofort kommen, am Geburtstag von meiner Frau war das, sie soll sofort kommen, sie liegt im Sterben. [...] Sie ist nicht gestorben, [...] aber dieses, ja dieses Gefühl, nicht frei zu sein, [...] dieses Gefühl, das Telefon immer am Mann oder an der Frau haben zu müssen, und dann, wenn es klingelt, sofort dann losstürmen. Und das müssen wir beide, meine Frau und ich, erst langsam wieder lernen, dass wir auch Zeit für uns haben können.“ (Herr Grund, Z. 387 ff)*

Frau Meister übte am Wochenende gleich zwei ärztliche Tätigkeiten aus: Sie arbeitete die Akten ihrer Patienten durch, um die Patientengeschichten besser kennen zu lernen und machte die Buchführung für die Praxis ihres Mannes.

Diese Tätigkeiten außerhalb der eigentlichen Arbeitszeiten zeigen Auswirkungen, die vergleichbar sind mit den Beschreibungen der Wochenend- und Rufbereitschaftstätigkeit.

#### **Kontrastgruppe:**

Auch in der Kontrastgruppe finden sich Personen, die in ihrer Freizeit arbeiten. Dies wird aber meist nur vorübergehend oder in geringem Umfang ausgeübt. So hatte Frau Mündel kurzfristig Akten mit nach Hause genommen, um diese nicht im Krankenhaus im

Anschluss an ihre reguläre Arbeitszeit bearbeiten zu müssen, hatte das aber rasch wieder aufgegeben, weil sie zu der Überzeugung kam, dass Freizeit und Arbeit deutlich voneinander zu trennen sind. Herr Schramert, übt nur, wenn es unbedingt notwendig ist, in geringem Umfang am Wochenende Bürotätigkeiten aus.

### 7.3.3.5 Fazit

Es wird von den Interviewpartnern immer wieder betont, dass nicht die Anzahl an gearbeiteten Stunden entscheidend für die Wahrnehmung der Arbeit als übermäßig belastend ist, sondern die *Arbeits- und Lebensbedingungen* sind entscheidend. Für die Interviewpartner ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Arbeit sich mit den privaten Interessen koordinieren lässt und hierdurch *positive inter- und intrapersonelle Beziehungen* ermöglicht werden. So schildern zwei Interviewpartner, wie sie sich nach dem Wechsel ihres Arbeitsplatzes fühlen:

*„Von den Stunden her ist es gleich geblieben. Ich kann das aber anders, wie soll ich sagen, [...] von der Arbeitsbelastung, von den Stunden, arbeite ich genauso viel. Die Belastung ist auch hoch [...], aber das, was ich in der Freizeit jetzt mache, dadurch, dass ich geregelt arbeite und nicht dieses sprunghafte da drin habe, mal Spät-, Früh- und Nachtdienst, was ja schon eine Belastung für den Körper ist, dadurch kann ich meine Freizeit einfach mehr genießen und besser gestalten. [...] Es hat ein ganz anderes Gewicht, wenn ich früher, ich sage mal, wenn ich dann meine fünf Tage frei hatte und die hatte ich von Montag bis Freitag, ja die meisten gehen doch arbeiten von Montag bis Freitag, und wenn die abends von der Arbeit kommen, dann haben die auch nicht gerade Lust, dreimal in der Woche sich mit mir zu treffen und ins Kino zum Beispiel zu gehen. Gut, dann kann man drei verschiedene Leute anrufen, habe ich bestimmt auch gemacht, dass ich mich mal mit dem und mal mit dem und mal mit dem, aber jetzt ist es natürlich anders, weil ich genau an den Tagen oder zu der Zeit frei habe, wenn auch, weiß ich nicht wie viel Prozent der Bevölkerung eben auch frei haben.“ (Frau Schneider, Z. 486 ff)*

Für Frau Schneider ist es also wesentlich, dass sie mit ihren Freunden gleichzeitig frei hat, um mit ihnen gemeinsam ihre Freizeit verbringen zu können. Für sie bestand das Hauptproblem in der Entgrenzung, dass hierdurch die *Gestaltung von interpersonellen Beziehungen* in entscheidendem Maße beeinträchtigt wurde.

Herr Stein hingegen sieht es als entscheidend an, dass er selbst entscheiden kann, wann und wie viel er arbeitet:

*„Von der Stundenanzahl ist es das gleiche, allerdings, [...] ich könnte mich also noch mehr mit Arbeit volldröhnen wenn ich wollte, an der Grundstruktur ändert sich eben nichts, aber ich kann das besser steuern, und der große Unterschied ist, ich kann mich absentieren. Also wenn ich sozusagen mich als aktiv melde, dann werde ich relativ zugeschüttet, und dann kann ich auch nicht sagen, nee, ich nehme das jetzt nicht, diese Akten, diese Aufträge, das geht nicht. Weil irgendwann rechnet der Kunde, der Mandant wie ich ihn nenne, der Auftraggeber, will einen ja auch haben, das hat ja auch was mit der eigenen Qualität zu tun. Aber ich kann mich abmelden und sagen, einfach, jetzt bin ich zweieinhalb Wochen nicht da, sucht euch woanders jemanden.“ (Herr Stein, Z. 243 ff)*

Hier wurde also durch die veränderte Berufssituation die wahrgenommene Autonomie und damit die *intrapersonelle Beziehung* verbessert.

## 7.4 Fallporträts

Beim Vergleich der beiden untersuchten Gruppen fällt auf, dass es auch in der Kontrastgruppe Menschen gibt, die zumindest zeitweise sehr unter ihren Arbeitsbedingungen gelitten haben. Die Übergänge zwischen den Gruppen sind also fließend. Allerdings sind die Personen aus der Kontrastgruppe mit den Bedingungen, unter denen sie zum Zeitpunkt des Interviews arbeiten, weitgehend oder sogar sehr zufrieden.

Um zu illustrieren, welche Aspekte im Arbeits- und Privatleben wesentlich für die Entwicklung, Überwindung und Verhinderung eines Burnout-Syndroms sind, habe ich Fallporträts von typischen Vertretern der beiden Gruppen erstellt. Diesen Fallporträts liegt die Struktur des „Burnout-Entwicklungs-Modells“ zugrunde, so dass in jedem

Porträt auf alle Felder des Modells eingegangen wird, unabhängig von dem Thema, dem das jeweilige Fallporträt zugeordnet ist. Dadurch finden sich in allen Porträts auch Illustrationen zu den anderen Feldern des Modells.

Im nun folgenden Fallporträt „Herr Bauer“ wird eine Person beschrieben, die sich lange Zeit hindurch trotz hoher Arbeitsbelastung bei doppelter Berufstätigkeit gesund und leistungsfähig fühlte, bis der Strukturwandel eine dauerhafte Tätigkeit am Wochenende erforderlich machte und sich somit eine hochgradig entgrenzte Arbeitssituation ergab. Gleichzeitig liegen intra- und interpersonelle Konflikte vor, wobei sich Wechselwirkungen zwischen den Konflikten und der Entgrenzung zeigen.

#### **7.4.1 Fallporträt Herr Bauer**

Herr Bauer ist Amtstierarzt, zusätzlich betreibt er eine eigene tiermedizinische Praxis für Kleintiere in einem Teilbereich seines Hauses. Er ist 56 Jahre alt, verheiratet und hat einen Sohn. Wegen eines Burnout-Syndroms war er mehrere Monate in stationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik.

##### **Strukturen des Berufslebens**

Herr Bauer übt bereits seit vielen Jahren eine doppelte Berufstätigkeit aus. Er hatte dies allerdings nicht geplant, sondern eine eigentlich als Übergangslösung vorgesehene Tätigkeit wurde dauerhaft - seit Jahrzehnten - ausgeübt.

Seine eigentlichen Berufsvorstellungen sah er als nicht realisierbar an – er hätte gerne eine andere Art von Tierarztpraxis betreiben wollen, als er es dann tatsächlich getan hat:

*„[...] und dann während des Studiums von Anfang an bei einem Gemischtpraktiker gearbeitet, also Groß- und Kleintiere, und eigentlich wäre meine Welt gewesen Rinder, Rinder, Schafe, Ziegen, das war es so eigentlich, nicht.“ (Herr Bauer, Z. 609 ff)*

Dies sah er aber als wenig Erfolg versprechend an, so dass er sich für eine Kleintierpraxis entschied:



*„Und Großtiere, war ja eh' nicht mehr. Rinder gibt's kaum noch, und Pferde habe ich keine Lust zu, und damit gingen nur noch Kleintiere, [...]“ (Herr Bauer, Z. 642 ff)*

Durch einen Zufall ergab sich dann der Kauf seiner Praxis, die er parallel zu seiner Veterinärämterstätigkeit aufbaute:

*„Und dann habe ich den Job beim Veterinäramt gefunden, und dann wollte ich eigentlich nur promovieren und dann weiter sehen, und eines Tages kam ein Freund von mir an, der seit langer, langer Zeit ein Haus suchte und sagte, heute habe ich ein Haus angeguckt, das ist viel zu groß für mich, aber für Dich wäre das optimal. Da könntest Du ne Praxis 'rein machen, und das ist schön und das liegt auch sonst gut. Und ruck-zuck war das gelaufen dann alles.“ (Herr Bauer, Z. 625 ff)*

Herr Bauer hatte also seine Vorstellungen hinsichtlich der Gestaltung seines Berufslebens (Gemischtpraxis) nicht umgesetzt, sondern er reagierte auf die jeweiligen Angebote und Gegebenheiten. Es fiel ihm schwer, eindeutige berufliche Ziele zu entwickeln, da sein eigentlicher Wunsch ihm unrealistisch erschien und er keine Alternative finden konnte, die ihn zufrieden stellte.

Im Veterinäramt nahm er einen raschen Aufstieg, wurde Stellvertreter des Chefs und bewarb sich schließlich auf die frei gewordene Chefposition. Deshalb beantragte er eine Festanstellung, was abgelehnt wurde. Infolge dessen verfügt er bis heute über keine feste Anstellung. Er beschreibt diese Entwicklung:

*„Ich habe das ursprünglich, habe ich diesen amtlichen Job angefangen, geplant waren zwei, maximal drei Tage in der Woche, weil ich erst noch promovieren wollte und da ein bisschen Zeit brauchte. Und dann bin ich da so 'reingerutscht, das ging ruck-zuck, da war ich da vier, fünf Tage da, und dann war es irgendwann mal so, ach ruck-zuck war ich Stellvertreter vom Chef, und dann der Chef, der war jünger als ich, da habe ich gedacht, mit dem kannst Du alt werden,*

*und dann war der plötzlich weg, der hat noch mal eine steile Karriere gemacht, na ja, und dann war für mich die Frage, mache ich das jetzt? Was mir angeboten wurde, oder aber, ja, wenn nicht, dann war da eben die Gefahr, dass ich da jemand vor die Nase gesetzt bekam, mit dem ich nicht klar kam. Gibt's ja auch. Na, habe ich gedacht, ist gut, machste es. Und dann habe ich eine Festanstellung beantragt, und das ist abgelehnt worden, weil der Kreis total pleite ist, die arbeiten ja auch mit Nothaushalt wie überall hier, und weil ich schon so lange gezeigt habe, dass es auch so geht. Und vor allen Dingen: Grundvoraussetzung war, Praxis aufgeben. Und das war mir zu risikoreich, weil dieser kleine Schlachthof gefährdet war, hochgradig wirtschaftlich gefährdet.“ (Herr Bauer, Z. 78 ff)*

Die doppelte Berufstätigkeit war also in erster Linie durch mangelndes Vertrauen in die berufliche Sicherheit bedingt. Die Frage, wie er sich hinsichtlich seiner Berufstätigkeit positionieren sollte, beschäftigte Herrn Bauer intensiv:

*„Ja und dann immer dieses Hin und Her, was mache ich jetzt. Dann war die Überlegung - nur Schlachthof? Zu unsicher. Nur Praxis? Auch zu unsicher. Ne Zeitlang ging das natürlich steil nach oben. Aber ich habe mich immer gescheut, weil, ich habe mir immer vorgestellt, den ganzen Tag mit diesen Pudeln... Gar nicht mehr aus dem Puff 'rauskommen, das ist auch nichts. [...] Ich konnte mich nicht richtig entscheiden.“ (Herr Bauer, Z. 634 ff)*

Hier zeigt sich also eine Wechselwirkung von struktureller Belastung und Persönlichkeitsstruktur. Der intrapersonelle Konflikt lässt sich aus dem von Herrn Bauer geschilderten inneren Dialog ablesen – die Strebung nach finanzieller Sicherheit und sein Wunsch nach beruflicher Vielseitigkeit führten dazu, dass er die Doppelbelastung der Entscheidung für ein Tätigkeitsfeld vorzog.

Da Herr Bauer also weiterhin die doppelte Berufstätigkeit ausübt, schätzt er seine tägliche Arbeitszeit an vier Tagen pro Woche auf etwa 14 bis 16 Stunden, mittwochs weniger, da er an dem Tag keinen Praxisbetrieb hat. Darüber hinaus übte er vor der

Therapie einmal pro Monat noch den tierärztlichen Notdienst aus, der eine ärztliche Bereitschaftstätigkeit von Freitag bis Montag umfasste.

Diese hohe Arbeitsbelastung konnte er aber seiner Schilderung nach bis vor anderthalb Jahren gut verkraften, denn er hatte eine Tierärztin angestellt, die freitags für ihn die Praxis übernahm, so dass er das Wochenende in Holland auf seinem eigenen Schiff verbringen konnte. Dann aber fanden Umstrukturierungsmaßnahmen im Schlachthof statt, und seither muss er auch samstags in seiner Aufgabe als Amtstierarzt tätig werden, und deshalb gibt es das verlängerte Wochenende für ihn nun nicht mehr:

*„[...] früher habe ich dann konsequent das Wochenende frei gemacht, [...] ich habe mir für die Freitags-Sprechstunde [...] eine Vertreterin geleistet, und wir sind regelmäßig drei Wochenenden im Monat, sind wir nach Holland gefahren, da hatte ich nämlich ein Schiff liegen, und das war die perfekte Erholung, ja, und kam dann auch perfekt erholt montags zurück [...], aber seit anderthalb Jahren schlachten wir auch samstags, weil der Einzelhandel gestiegene Qualitätsanforderungen hat und so weiter, nein, für einen Tag braucht man nicht mehr nach Holland fahren. Also weg damit.“ (Herr Bauer, Z. 120 ff)*

Herr Bauer konnte also diese für ihn sehr wichtige Ressource – das gemeinsame Segeln mit seiner Frau – nicht mehr nützen, was er als schweren Verlust erlebte. Die gemeinsame Freizeitgestaltung hatte ein Gegengewicht zu der hochgradigen Arbeitsbelastung dargestellt, das durch die Umstrukturierungen nicht mehr zur Verfügung stand. Somit lag eine von ihm so nicht gewollte hochgradige Arbeitszentrierung vor, und in der Folge erkrankte er an einem Burnout-Syndrom.

### **Veränderungen nach der Therapie:**

Herr Bauer ist nach der Therapie nicht mehr so stark belastet wie vorher, allerdings konnte er noch nicht alles umsetzen, was er an Veränderungen geplant hat.

Im Veterinäramt versucht er Grenzen zu setzen, die allerdings nicht immer eingehalten werden können:

*„Ich habe schon ein Limit gesetzt, mein Limit gegenüber dem Betreiber, gegenüber den anderen Betrieben und gegenüber meinem Chef, ich habe gesagt, bis 14 Uhr, nicht länger, das ist meine Grenze, das müsst ihr akzeptieren. Damit ich wenigstens noch eine Stunde aufs Ohr kommen kann. Ich stehe ja auch um halb vier auf, bevor ich dann in die Praxis gehe. Wurde auch so akzeptiert, lässt sich nur nicht immer so durchführen.“ (Herr Bauer, Z. 98 ff)*

Herr Bauer ist also nun dazu in der Lage, stärker seine eigenen Interessen zu vertreten und meist die Tätigkeit im Amt relativ frühzeitig zu beenden.

In der Therapie wurde geplant, dass Herr Bauer zumindest zeitweise aus der Samstagsarbeit herausgenommen werden sollte. Dies ließ sich aber nicht durchführen:

*„Und dann hat der Chefarzt gesagt, das machen wir dann so, ich schreibe Ihnen ein Attest, dass Sie wenigstens vorübergehend keinen Samstag arbeiten dürfen, dass Sie volle Erholung beanspruchen können. Da habe ich gesagt, das ist eigentlich ein ganz guter Vorschlag, nicht, so ein volles Wochenende wäre ja nicht schlecht, und wenn dann regelmäßig für samstags dann ein anderer kommen müsste, okay, nicht. Wie lange habe ich das durchgehalten? Einen Monat. [...] Und dann war natürlich das große Gemaule, nicht, der drückt sich da, ich habe auch keinen Bock samstags, nicht, und so, ist klar. Und mein Vertreter, der hatte dann Urlaub, und ruck-zuck war ich wieder drin.“ (Herr Bauer, Z. 528 ff)*

Eine Durchsetzung seiner Interessen den Kollegen gegenüber ist also nicht dauerhaft gelungen. Dabei ist seine Wahrnehmung, dadurch als unkollegial angesehen zu werden, sicherlich ein wesentlicher Aspekt. Der vermiedene interpersonelle Konflikt mit den Kollegen hat einen intrapersonellen Konflikt zur Folge – ein intrapsychischer Anteil des Konfliktes besteht in seinem Bedürfnis nach Harmonie mit den Kollegen und der andere in seinem Bedürfnis nach mehr Freizeit. Durch die Wiederaufnahme der Samstagsarbeit wird der interpersonelle Konflikt gelöst, die Beziehung zu den Kollegen wird als wichtiger bewertet als sein Bedürfnis nach Ruhe.

Allerdings wird hier erneut deutlich, wie wichtig ihm die finanzielle Absicherung ist, was die Entscheidung hinsichtlich der Samstagarbeit nicht unerheblich mit beeinflusst:

*„Und dann kam ja auch noch hinzu, das darf auch nicht unerwähnt bleiben, dadurch, dass die Praxis so weit 'runter gegangen ist, geht das ja auch ein bisschen untertags. [...] Und wenn dann ein Tag wegfällt, der dann nicht bezahlt wird, das fehlt dann auch irgendwie. Ich meine, wir haben ja auch einen ziemlichen Kostenapparat laufen hier, dadurch, dass das Schiff weg ist, jetzt nicht mehr so, aber es ist trotzdem viel.“ (Herr Bauer, Z. 53 9ff)*

Herr Bauer hat sich durch seine Erkrankung dazu entschlossen, die Praxis zu verkaufen, was aber bislang noch nicht gelungen ist. Allerdings belastet ihn die Praxis nicht mehr so stark wie vor dem Klinikaufenthalt, da er durch seine lange Abwesenheit deutlich weniger Kunden hat. Außerdem macht er, um seine berufliche Belastung zu reduzieren, keinen tierärztlichen Notdienst mehr, was allerdings weitere Einbußen in seiner Praxis bedeutet, da somit weniger Neukunden zu ihm kommen.

*„Früher war ja auch, das ist ja jetzt nicht mehr, dadurch, dass ich ja dreieinhalb Monate in R. war, ist die Praxis natürlich auch enorm 'runter gegangen, [...] das ist jetzt kein Stress mehr. Da kommen ein paar Leute, die fertigt man ab, und ist aber kein Stress mehr. Früher war das teilweise richtig haarig, das ging um halb fünf los und hörte um zehn Uhr auf.“ (Herr Bauer, Z. 145 ff)*

Herr Bauer gleicht also die Entlastung in der Praxis mit der Belastung durch die Tätigkeit als Amtstierarzt am Samstag aus. Allerdings hat er sich ja dazu entschlossen, die Praxis zu verkaufen, so dass er dadurch eine dauerhafte Entlastung gewinnen würde.

Er sucht nun auch noch in anderer Weise nach Entlastung von strukturellen Stressoren. Auf Grund von weiteren körperlichen Erkrankungen (Wirbelsäulenerkrankung und metabolisches Syndrom) hat Herr Bauer einen Antrag auf Feststellung des Grades der Schwerbeschädigung gestellt. Er erhofft sich hier eine Einstufung auf 50 Prozent Schwerbeschädigung. Sollte dies so beschieden werden, hätte dies eine höhere Anzahl

von Urlaubstagen und die Möglichkeit einer frühzeitigen Berentung, etwa mit 60 Jahren, zur Folge. Diese Aussicht empfindet Herr Bauer als sehr entlastend. Um die Wahrscheinlichkeit der Anerkennung zu steigern, hat er sich dazu entschlossen, nicht mehr krank zur Arbeit zu gehen:

*„Weil ich jetzt, was ich früher nie gemacht habe, jetzt nehme ich auch mal einen Krankenschein.“ (Herr Bauer, Z. 422 ff)*

Es zeigen sich also Interaktionen zwischen allen Feldern des Modells. Die Strebungen nach Konfliktvermeidung und nach finanzieller Sicherheit führen dazu, dass die Reduzierung der Wochenendarbeit nicht dauerhaft möglich war. Dies wirkte sich auf die Freizeit- und Beziehungsgestaltung im Privatleben aus. Zwar versucht Herr Bauer, dies durch eine reduzierte Tätigkeit in der Praxis und geringeres Perfektionsstreben zu kompensieren, dennoch bleibt eine Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation.

### **Beziehungsgestaltung im Berufsleben**

Herr Bauer beschreibt, dass die Art der Beziehungsgestaltung im Arbeitsbereich des Veterinärämtes für ihn in den letzten Jahren zu einer erheblichen Belastung geworden ist. Nachdem er viele Jahre hindurch dort sehr zufrieden war, hat sich das Betriebsklima stark verändert, worin er einen ganz wichtigen Faktor für die Entwicklung seiner Erkrankung sieht:

*„[...] nur unter Zwang wurschtele ich mich da noch durch, weil ich ja muss. Glücklicherweise bin ich da nicht mehr, ich war früher sehr zufrieden, besonders auch mit dem Schlachthof, ich liebe Schlachthof, weil, nirgendwo laufen so viele Originale 'rum wie auf einem Schlachthof. So war das früher jedenfalls, heute nicht mehr. Heute ist alles ganz anders, heute gibt's rumänische Zerlegekolonnen, die völlig unkultiviert sind und es gibt nur noch Raubtierkapitalismus, na ja, also die Fleischmafia hat ihre Finger da drin [...], also ist nicht mehr so meine Welt, nicht. So, und dann war es so, dass 15 Jahre da ein SUPER Betriebsklima war. Das hat richtig Spaß gemacht, man ist da morgens gerne hingegangen, man hat da gerne gearbeitet, [...] alle waren friedlich, haben sich verstanden, ich habe*

*früher zum Beispiel keine Dienstpläne gemacht, haben die alles unter sich ausgemacht. Sagt der eine, ich habe morgen was vor, kommst du für mich, oder sollen wir uns eine Schicht teilen oder so, [...] Und diese Atmosphäre ist kaputt, durch einen Tarifkonflikt. Die Tierärzte sind dann irgendwann darauf gekommen, [...] dass sie zu wenig verdienen und dass sie einen höheren Anteil für sich beanspruchen müssten und haben sich dann mit den Fachassistenten angelegt, und seitdem ist das Betriebsklima kaputt [...]. Und das macht mir am meisten zu schaffen. Da sind ständige Quälereien, und dann vor allen Dingen auch, jeder beobachtet jeden und guckt dem genau auf die Finger, nicht.“ (Herr Bauer, Z. 348 ff)*

Diese Beziehungsstörung ist für ihn stark belastend, da er hier keine Lösungsmöglichkeiten sieht.

Auch in der Praxis erlebte er ihn stark belastende interpersonelle Konflikte mit Kunden. Hier konnte er aber eine Möglichkeit des Copings finden, indem er diese Situationen durch die Reduzierung von Notdiensten vermied:

*„Ich habe ja früher auch noch einmal im Monat Notdienst gemacht, hier mit der Praxis. Das ging von freitags abends bis Montagmorgen. Und dann nachts 'raus und allen möglichen Scheiß. [...] Ja, das hat mich unglaublich mitgenommen. Erst mal, weil das richtig Arbeit ist, dann, weil das nervenaufreibend ist, dann kommen ja hier in der eigenen Praxis, da kommen nur nette Kunden, weil die habe ich mir selber 'ran gezüchtet. Aber im Notdienst, da kommt alles mögliche Pack, mit dem man sich dann 'rumschlagen muss, und das manchmal mitten in der Nacht, nicht. Und das ist natürlich dann, das hat mich schon fertig gemacht, nicht. Das habe ich dann systematisch abgebaut. Erst habe ich es in der Woche nicht mehr gemacht, dann habe ich es nicht mehr turnusmäßig gemacht sondern nur noch ab und zu, bis ich gesagt habe, nee, tut mir leid, ich mache das gar nicht mehr. Hat natürlich auch den Nachteil, dass ich keine Neukunden mehr rekrutiere. Denn da waren ja im Notdienst immer so diverse Leute, die dann so hängen geblieben sind.“ (Herr Bauer, Z. 170 ff)*

Herr Bauer hat also die Belastung durch die Konflikte mit fremden Kunden reduziert, gleichzeitig hat das aber eine Reduzierung seiner Praxiseinkünfte zur Folge, da er somit weniger Neukunden akquiriert.

Hier zeigt sich also zunächst ein interpersoneller Konflikt mit den Kunden. Die Konfliktvermeidung, die er durch die Aufgabe des Notdienstes erreicht, hat aber eine finanzielle Einbuße zur Folge und steht somit konträr zu seinem Bedürfnis nach finanzieller Sicherheit – es liegt nun also auch ein intrapersoneller Konflikt vor. Der intrapersonelle Konflikt ist aber weniger belastend für ihn als der interpersonelle Beziehungskonflikt, und im Ergebnis fühlt er sich dadurch also entlastet.

Die Beziehungsgestaltung in der Praxis stellt für ihn ansonsten kein großes Problem dar:

*„Ja, manchmal ist das schon so ein bisschen schwierig. Aber das sind [...] keine gravierenden Schwierigkeiten. Erst mal spiele ich die Klaviatur ziemlich gut, und klar gibt es da ab und zu mal Probleme, aber nicht SO. Aber, und dadurch, dass kein Notdienst mehr ist, auch nicht. Jetzt kommen ja nur noch Kunden, die freiwillig zu mir wollen und nicht jetzt eben einen Tierarzt brauchen. Und das ist eben ein großer Unterschied natürlich. Ja, das ist vertrauensvoller irgendwie, nicht, ja.“ (Herr Bauer, Z. 170 ff)*

Eine weitere emotionale Belastung erlebt er durch die Entwicklung von Verteilungskonflikten mit anderen niedergelassenen Kollegen:

*„[...] und mittlerweile ist es auch so, dass der Konkurrenzkampf teilweise abstruse Formen annimmt, unter den Niedergelassenen auch, das ist nicht mehr immer so kollegial.“ (Herr Bauer, Z. 646 ff)*

*„Und dann natürlich die Nerven, Gereiztheit, nicht, so gegenüber meiner Frau oder gegenüber Angestellten, [...] ich meine, ich habe handfeste Angestellte, die mich auch kennen, die, die wissen auch, ich bin nicht so ganz einfach, ich bin auch manchmal ein Bollerkopf, aber [...] eine Praxishelferin, [...] also die ersten*



*zwei Jahre, hat sie mal zu einer neuen gesagt, die ersten zwei Jahre mit dem sind echt hart, aber dann liebt man ihn! [...]. Und so, ja, so Kleinigkeiten, die unprofessionell gemacht werden, die regen einen dann auf. Zum Beispiel, man muss einen Termin absagen und dann steht da keine Telefonnummer bei, das macht einen dann wahnsinnig.“ (Herr Bauer, Z. 158 ff)*

Herr Bauer ist sich bewusst, dass die Art der Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen, sowohl im Arbeits- als auch im Freizeitbereich, für ihn wesentlich für sein Wohlbefinden ist. So antwortet er auf die Frage, was passieren müsse, damit er beruflich wieder zufriedener würde, mit den Worten:

*„Ja, da müsste mehr Harmonie kommen, ich bin harmoniebedürftig.“ (Herr Bauer, Z. 514)*

Es findet sich also erneut eine Interaktion zwischen den verschiedenen Feldern Strukturen des Berufslebens - Beziehungsgestaltung im Berufsleben - Persönlichkeit: Die Konflikte mit Kollegen und Kunden und seine persönlichen kognitiven Bewertungen und Strebungen haben also Auswirkungen auf die Ausgestaltung des Arbeitsablaufes und damit teilweise auch auf den Fortbestand der entgrenzten Arbeits- und Lebensform.

### **Persönlichkeit, Intrapersonelle Beziehungsgestaltung**

Aus den vorherigen Beschreibungen geht bereits eine Darstellung von einigen hier relevant erscheinenden Persönlichkeitsvariablen (wie zum Beispiel das Streben nach finanzieller Sicherheit) Herrn Bauers hervor. Es fällt auf, dass Herr Bauer weniger proaktiv Gegebenheiten gestaltet, sondern eher auf Situationen reagiert (siehe z.B. das „Hineinrutschen“ in seine Berufstätigkeiten.)

Weitere wichtige Persönlichkeitsmerkmale werden deutlich in der Beschreibung der Veränderungen seiner Denkweise, die er durch die Therapie erlebt hat.

Seine Selbstwahrnehmung hat sich durch die Therapie verbessert, er kann seine Grenzen nun besser erkennen und entsprechend seinen Bedürfnissen nach Ruhe und Entspannung

mehr Raum geben. Dies wird beispielsweise daran ersichtlich, dass er nun bereit ist, sich gelegentlich krankschreiben zu lassen, wenn es ihm nicht gut geht, was für ihn früher undenkbar gewesen ist. Auch der Ehrgeiz und das Streben nach Perfektion sind geringer geworden:

*„ B<sup>9</sup>: Ja, also erst mal nehme ich mir Vieles nicht so zu Herzen. Ich bin in Vielem gelassener geworden. [...] Und kann auch mal sagen, nicht "Ich muss das jetzt schaffen", sondern ich kann auch mal sagen "leck mich am Arsch, das geht jetzt nicht, jetzt nicht, demnächst mal"*

*I: Wie kriegen Sie das hin, dass Sie jetzt gelassener sind? Wie machen Sie das?*

*B: Wie mache ich das? Ich gehe da rationaler dran, oder ich sehe auch, oder die Erfahrung mache ich natürlich auch, ich sehe, dass andere auch nur mit Wasser kochen und ich muss nicht mehr besser sein als andere. Ich habe da auch keinen solchen Ehrgeiz.*

*I: Sie sagten eben, ich nehme es mir nicht mehr so zu Herzen, das klingt ja eher nach Dingen, die Sie emotional belasten, aber jetzt eben (B: Ja, ja) hörte es sich eher danach an, dass es um einen Leistungsaspekt geht, (B: Ja, Leistung auch) ich muss besser sein.*

*B: Leistung auch, aber auch, aber auch so eine Erwartungshaltung zu erfüllen, also ich rege mich auch nicht mehr so auf.“ (Herr Bauer, Z. 313 ff)*

Hier findet sich also eine Verringerung der intrapersonellen Konflikte.

---

<sup>9</sup> Das „B“ steht für Herrn Bauer, das „I“ für Interviewerin.

### Freizeitgestaltung, Beziehungsgestaltung im Privatleben

Herr Bauer konnte vor der Therapie seine Freizeit fast gar nicht mehr nützen, da er chronisch erschöpft war und deshalb keine Kraft mehr für eine sinnvolle Freizeitgestaltung hatte.

Gleichzeitig war er auch in der Familie sehr reizbar (siehe hierzu auch das Zitat Z. 128ff im Kapitel Beziehungsgestaltung im Berufsleben). Nach der Therapie sind die Interaktionen in der Familie entspannter geworden:

*„Auch meine Familie sagt, ich bin umgänglicher geworden. Mein Sohn, der hat mich, das habe ich da erst richtig registriert, dass der mich für einen richtig strengen Vater hielt, obwohl ich mich da gar nicht für gehalten habe. Aber ich hatte natürlich immer so ein bisschen geprükelt, so. Das hat mich immer geärgert, dass er sich kein bisschen mal um Allgemeinbildung kümmert oder solche Dinge, [...] und das sehe ich heute alles entspannter.“ (Herr Bauer, Z. 328 ff)*

Auch nach der Therapie ist die Situation auf Grund der hohen Arbeitsbelastung nicht so, wie er sich das wünscht, denn durch die Samstagsarbeit ist er weiterhin kaum dazu in der Lage, das Wochenende für sich zu nützen:

*„Damit ist das lange Wochenende gestorben. Da komme ich, samstags ist richtig was los, da komme ich um halb drei oder so nach Hause, und dann bin ich so platt, dann verpenne ich den ganzen Nachmittag. Und dann abends, je nachdem was dann anliegt, dann trinkt man drei bis fünf Bier und ist platt und das war das Wochenende.“ (Herr Bauer, Z. 130 ff)*

Dennoch gelingt es ihm jetzt, mehr Sport als vor der Therapie zu treiben und wieder gemeinsam mit seiner Frau die Freizeit zu gestalten:

*„Dann, was dann auch ganz wichtig ist, der körperliche Aspekt, das ich mehr Sport mache, also, ja, wir beide waren letzte Woche auch wandern, ist natürlich alles nur eine Ersatzbefriedigung gegenüber dem Segeln, aber okay, ist eigentlich ganz nett, aber es hat geregnet, hat geschneit.“ (Herr Bauer, Z. 334 ff)*

Hier wird deutlich, dass er sich um die Bewältigung seiner Frustration (Verkauf des Segelschiffes) und das Finden von neuen Hobbys bemüht. Er hat das Bedürfnis, seine Freizeit mit seiner Frau sinnvoll zu gestalten, was ihm aber offensichtlich noch nicht zu seiner Zufriedenheit gelingt.

**Fazit**

Zur Verdeutlichung fasse ich die wesentlichen Elemente hier nun noch einmal zusammen. Herr Bauer arbeitete nahezu von Beginn seiner Berufstätigkeit in einer hochgradig arbeitszentrierten Weise. Dennoch lag keine völlige Entgrenzung vor, denn er konnte drei Wochenenden im Monat für jeweils drei Tage mit seiner Familie auf seinem Segelboot in Holland verbringen. Während dieser Zeit ging es ihm gut, da er sich nach dem Wochenende gut erholt fühlte.

Seit der erzwungenen Entgrenzung durch die Samstagarbeit, was den völligen Verlust seiner Segelwochenenden bedeutete, ging es ihm zunehmend schlechter, bis er schließlich wegen eines Burnout-Syndroms arbeitsunfähig wurde.

Die Situation vor der Therapie lässt sich im Modell abbilden:

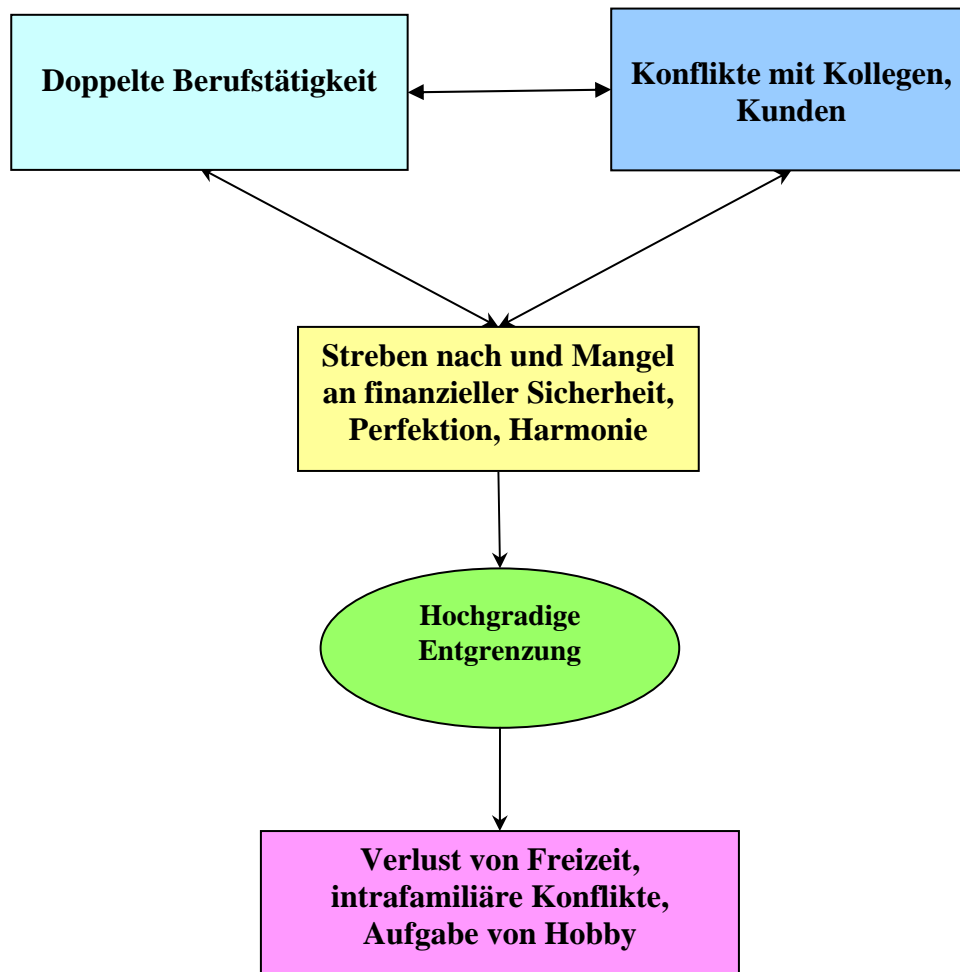


Abbildung 15: Darstellung der Situation von Herrn Bauer vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

Nach der Therapie hat er sich zum Verkauf seiner Praxis entschlossen, was er aber noch nicht umsetzen konnte. Da er weiterhin doppelgleisig berufstätig ist, bleibt die Belastung hoch, wenn auch die Praxis nicht mehr so arbeitsintensiv ist wie sie vor der Therapie war. Die intrapersonellen Konflikte haben abgenommen und die intrafamiliären Beziehungen haben sich verbessert, so dass es ihm trotz der arbeitszentrierten Lebensweise besser geht als vor der Therapie. Um sein Wohlbefinden steigern zu können, müssen sich seiner Meinung nach die Interaktionen mit anderen Menschen weiter verbessern, da er noch unter zu vielen Konflikten im Berufs- und im Privatleben leide.

Situation nach der Therapie:

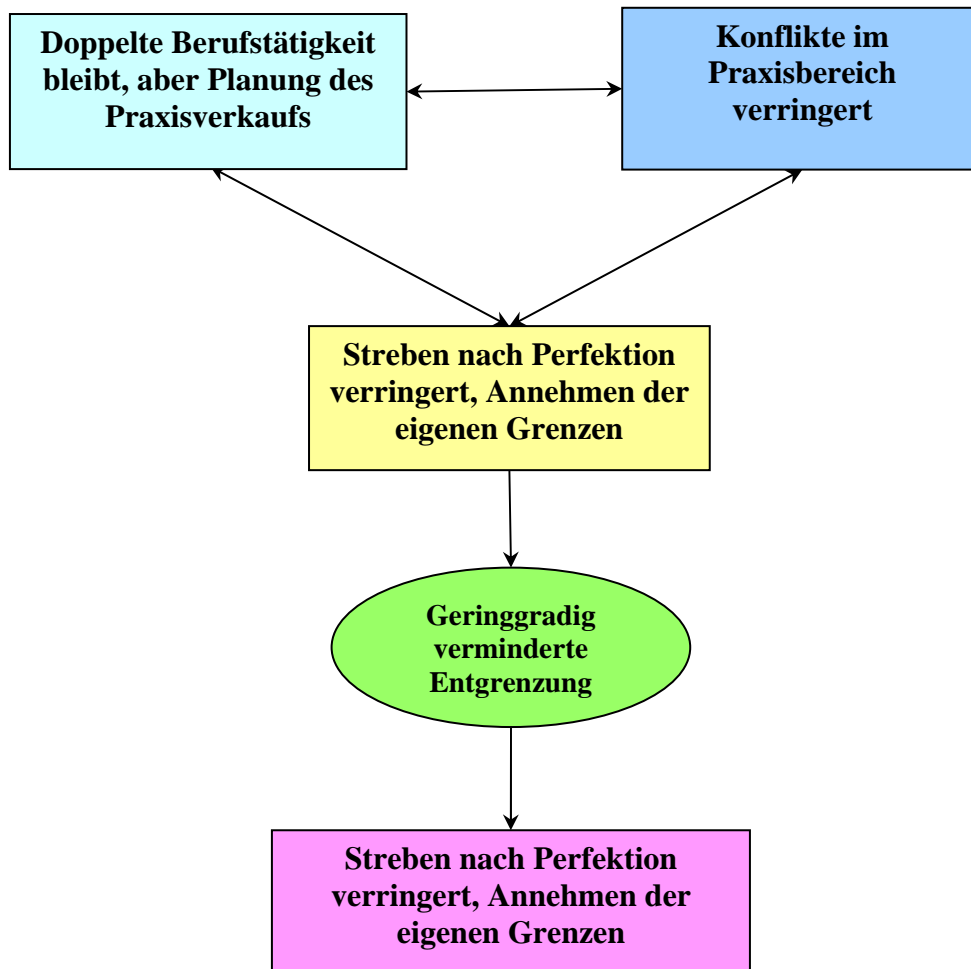


Abbildung 16: Darstellung der Situation von Herrn Bauer nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

#### 7.4.2 Vergleichendes Fallporträt Herr Grund – Herr Hölzer

Nachdem ich im vorangehenden Kapitel eine Person vorgestellt habe, die in erster Linie durch eine entgrenzte Arbeitssituation nach Umstrukturierungen erkrankte, möchte ich im nun folgenden vergleichenden Fallporträt „Herr Grund – Herr Hölzer“ die unterschiedlichen Herangehensweisen an die Auswirkungen des Strukturwandels auf die Arbeit des niedergelassenen Humanmediziners eingehen.

---

Der hier porträtierte Herr Grund führte seine Burnout-Erkrankung zu einem erheblichen Teil auf den Strukturwandel im Gesundheitswesen zurück. Er hat seinen Beruf viele Jahre hindurch sehr gern ausgeübt, hatte aber große Schwierigkeiten mit den sich aus den Reformen ergebenden Veränderungen. Allerdings zeigen sich auch an verschiedenen anderen Stellen erhebliche Belastungen. Ein Vergleich mit einem Arzt, dessen berufliche und private Situation verschiedene Parallelen zur Arbeits- und Privatlebensgestaltung von Herrn Grund aufweist, sich dabei aber gesund fühlt, soll die Unterschiede deutlich machen.

Herr Grund, 57 Jahre, und Herr Hölzer, 51 Jahre alt, arbeiten beide als niedergelassene Ärzte in Gemeinschaftspraxen. Die wöchentliche Arbeitsleistung betrug bei beiden etwa 50 Stunden (bei Herrn Grund vor der Therapie, danach weniger), beide sind verheiratet, haben keine Kinder.

Die Planung der beruflichen Karriere der beiden Ärzte unterschied sich nahezu vom Beginn der Berufstätigkeit in wesentlichen Aspekten. So hatte Herr Grund seine Facharztausbildung zum Chirurgen fast abgeschlossen, als ihm eine Praxis als Allgemeinmediziner angeboten wurde, die er dann auch übernommen hat. Wenn auch diese Entscheidung für ihn nicht falsch gewesen sein mag, da Herr Grund die ersten Jahre mit Freude in der Praxis gearbeitet hat, so wird an der Art und Weise der Entscheidungen ein für die beiden Ärzte typisches Verhalten deutlich.

Herr Hölzer hingegen hat seine berufliche Spezialisierung und seine Niederlassung sehr bewusst gestaltet. Er hat sich gefragt, welche Inhalte seine Arbeit haben sollten, um ihm langfristig Freude am Beruf zu gewährleisten und dementsprechend seine Facharztausbildung aufgebaut. Der Akteur klärte für sich, was genau ihm wichtig war, worauf er Wert legte, entwickelte Ziele diesen Interessen folgend und setzte diese dann in die Tat um.

Vergleichbare Unterschiede zur Karriereplanung finden sich in der Strukturierung des Arbeitsablaufes der beiden Ärzte. So berichtete Herr Grund, dass seine Praxispartnerinnen – nicht er selbst! – nach seiner Therapie für ihn einen Bestellplan erarbeitet hätten, damit er seine Behandlungszeiten wenigstens annähernd einhalten könne:

*„Wobei wir das so gemacht haben, dass mir meine Damen ein sehr strenges in Anführungszeichen Einbestellschema auf's Auge gedrückt haben mit einfach zehn Minuten pro Patient und alle volle Stunde zehn Minuten Pause. Und das funktioniert eigentlich, die Pause funktioniert zwar nicht so gut, aber das funktioniert eigentlich besser als vorher, wir haben vorher zwar auch schon eine Einbestellpraxis gehabt, aber die hat also nicht so funktioniert, da war eher der Zeitdruck für mich noch größer als ohne.“ (Herr Grund, Z. 78 ff)*

Es fällt Herrn Grund ausgesprochen schwer, Grenzen innerhalb der Arbeit zu setzen, wie sich später auch an anderen Stellen zeigen wird.

Herr Hölzer dagegen setzt deutliche Grenzen. So hat er seine Bestellpraxis optimiert, um gesetzte Termine auch einhalten zu können und die Patientinnen nicht lange warten lassen zu müssen, da er sonst unter Druck geriete. Dies ermöglicht er durch klare Positionierung: Spricht eine Patientin ein neues Problem an, das nicht sofort behandelt werden muss, wird dafür ein neuer Termin ausgemacht, um nicht mehr Zeit als geplant für die Konsultation zu verwenden:

*„Und es gibt einige Sachen, auf die ich mich heute nicht mehr so einlasse wie früher, angefangen mit so simplen Sachen, dass eine Patientin dazwischen kommt und zum Beispiel sagt, ja, und ich hab da ein großes Problem, und früher hätte ich das Gefühl gehabt, ich muss sofort auf dieses Problem einsteigen, wäre unter Druck gekommen, weil das Wartezimmer voll ist oder andere Sachen. [...] Heute löse ich das Problem, indem ich sage, ich glaube, wir brauchen ein bisschen länger, wir müssen einen neuen Termin miteinander ausmachen, so dass ich mich davor schütze, in so eine Situation zu kommen, wo ich das Gefühl habe, jetzt werde ich aber völlig verrückt und ähnliche Dinge.“ (Herr Hölzer, Z. 34 ff)*

Auch die notwendigen Abrechnungen mit Organisationen wie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder Krankenkassen nahmen die beiden Akteure ganz unterschiedlich wahr.



Für Herrn Grund sind die Abrechnungsmodalitäten so belastend, dass er deswegen seinen Beruf aufgeben will. Er leidet sehr unter den derzeitigen politischen Reglementierungen, den Kassenvorgaben und der Möglichkeit, in Regress genommen zu werden:

*„[...] auch die Tatsache, dass ich dann nächstes Jahr aufhöre, ist für mich auch in Ordnung, ganz im Gegenteil, ich freue mich drauf. Der Beruf würde zwar nach wie vor Spaß machen, aber diese ganzen politischen Vorgaben, mit den verschiedenen Verträgen der einzelnen Krankenkassen, mit den Vertrieben, dieses ganze alle fünf Minuten was Neues, das widerstrebt mir ganz einfach. [...] Ja, diese ganzen sinnlosen Kassenanfragen, wir müssen inzwischen aufpassen, welche Kasse mit welcher Firma einen Vertrag hat, wegen der Medikamente, der Heilmittel, Massagen und Krankengymnastik und so weiter und so fort, der permanente Regressdruck, wobei ich bis jetzt noch nie einen bezahlt habe, aber das ist einfach da.“ (Herr Grund, Z. 93 ff)*

Herr Hölzer hingegen schätzt die Art der derzeitigen Abrechnungsmodalitäten zwar als sehr schwerfällig und unflexibel ein, sieht aber auch Vorteile hierin, denn gäbe es die KV nicht, müsste er mit jeder einzelnen Kasse einen Vertrag abschließen, was er noch unangenehmer fände. Bei Bedarf kämpfe er eben, um zu erreichen, was er will:

*„Ich will Ihnen als Beispiel sagen, wir [...] hatten eine Ermächtigung beantragt bei der Ärztekammer, [...] und nach einem dreiviertel Jahr hatten wir die immer noch nicht. Ich hatte inzwischen 30, 40 mal angerufen dort und gesagt, wir brauchen die [...] und eines Tages habe ich beschlossen, ich fahre da hin, bin hingefahren und habe mich in das Büro vom Chef gesetzt und habe gesagt, so, ich gehe jetzt erst wieder 'raus, wenn die Sache erledigt ist, und Sie können mich 'raus tragen, ich habe ein Buch mit, Sie können die Polizei rufen, ist mir VÖLLIG WURSCHT, aber ich gehe erst wieder 'raus, wenn Sie das unterschrieben haben. Dann habe ich angefangen mein Buch zu lesen und zwei Stunden später hatte ich die Genehmigung und war weg. Und dann denke ich, okay, wenn's so sein muss, ist es zwar nervig, ABER, es geht.“ (Herr Hölzer, Z. 223 ff)*

Auch nach der Therapie hat sich an Herrn Grunds Entscheidung, die Praxis wegen der politischen Vorgaben aufzugeben, nichts geändert. Er sieht sich weiterhin den Organisationen hilflos ausgeliefert. Damit er wieder Freude am Beruf haben könnte, müsste die Verwaltungstätigkeit wieder mehr in den Hintergrund und der Aspekt des Helfens und Heilens wieder mehr in den Vordergrund treten. Da er dies nicht als möglich ansieht, gibt er lieber die Praxisarbeit auf.

*„Ja, also, wichtig wäre für mich einfach, dass diese ganzen sinnlosen Vorgaben und [...] Formulare mit dem Abrechnen und [...] der ganzen Geschichte, also diese [...] Verwaltungstätigkeit bei der kassenärztlichen Tätigkeit, dass die einfach wieder mehr in den Hintergrund tritt und dass der ursprüngliche Beruf des Helfens und Heilens einfach wieder in den Vordergrund kommt. [...] Da habe ich überhaupt keinen Einfluss drauf, ganz im Gegenteil, das wird ja immer schlimmer.“ (Herr Grund, Z. 251 ff)*

Auch in der Beziehungsgestaltung im Berufsleben finden sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Ärzten, die Parallelen zum Umgang mit den beruflichen Strukturen aufweisen.

Herr Grund hatte nach einigen Jahren in der Niederlassung eine Partnerin in die Praxis aufgenommen, weil ihm die Arbeit zu viel wurde. Von Anfang an war er unzufrieden mit der Zusammenarbeit, da er seiner Meinung nach etwa 60 – 70 Prozent der Arbeitsleistung erbrachte, seine Partnerin aber 50 Prozent der Einnahmen aus der Praxis entnahm. Er hat aber nie einen Versuch der Konfliktklärung unternommen, sondern sich schweigend geärgert.

*„Das Verhältnis zu meiner langjährigen Kollegin, die in der Praxis als eine 50-50 Teilhaberin drinsteckt, das war, ist ein bisschen gespannt, aber da bin ich, [...] insofern selber schuld, als ich von vornherein da einfach Dinge hingenommen habe, die ich einfach besser gleich hätte ansprechen sollen [...], weil [...] wir beide 50 zu 50 die Entnahmen machen nach den Abzügen, also gleichberechtigte Partner sind, aber Fakt war, bis zu meinem immer schlechter werden durch den Burnout, dass ich eigentlich schon zwischen 60 und 70 Prozent von den*

*Leistungen erbracht habe. [...] Und das hat innerlich schon immer wieder an mir genagt. (Herr Grund, Z. 271 ff)*

Herr Hölzer hingegen betreibt eine gezielte Personalpolitik und gestaltet die interpersonellen Beziehungen sehr bewusst. So hat er von vornherein eine Gemeinschaftspraxis geplant, um sich mit anderen austauschen zu können. Er ist damit auch recht zufrieden, wenn auch durch die mittlerweile 5 Partner viele Sitzungen erforderlich sind, um notwendige Dinge zu besprechen:

*„[...] für mich war es so, dass ich wusste, ich will in einem Team arbeiten. Das finde ich sehr angenehm. [...] Weil man einen Austausch hat miteinander, weil man auch über Probleme miteinander reden kann und nicht so einsam ist. Auch DAS finde ich etwas sehr Positives. Es hat den Nachteil, dass man koordinieren muss. Zu zweit koordinieren, Henne – Hölzer, war sehr easy, wir haben uns auf dem Flur hier gesehen, uns kurz was zugerufen, und das war dann in Ordnung. Mit fünf Leuten, die wir jetzt sind, ist es deutlich anstrengender.“ (Herr Hölzer, Z. 149 ff)*

Herr Grund hat nach der Therapie noch eine weitere Ärztin in die Gemeinschaftspraxis aufgenommen, so dass nun drei Partner die Praxis betreiben. Er erbringt nun etwa ein Drittel der Arbeitsleistung und entnimmt auch eine diesem entsprechende Geldmenge aus der Kasse. Dies empfindet er nun als gerecht. Er hat auf diese Weise den Konflikt weitgehend gelöst, ohne darüber kommunizieren zu müssen. Da er aber davon spricht, dass das Verhältnis zur Teilhaberin auch in der Gegenwart gespannt sei, lässt dies den Schluss zu, dass es nach wie vor Konflikte gibt, die nicht geklärt werden.

Beide Ärzte legen viel Wert auf den guten Kontakt zu ihrem Personal. Herr Grund arbeitet bereits seit vielen Jahren mit seinen Helferinnen zusammen, so dass er von engen Bindungen spricht, die dadurch entstanden seien.

*„[...] und ich werde auch [...] mit Sicherheit auch meine Mitarbeiterinnen vermissen, weil meine erste Mitarbeiterin, die hat mit mir zusammen angefangen,*

*also auch vor 25 Jahren, und die zweite ist jetzt da 19 Jahre und eine war 14 Jahre da, die ist dann aber leider weggezogen und jetzt haben wir noch eine, die ist seit 7 Jahren da, also ziemlich enge Bindung auch ans Personal.“ (Herr Grund, Z. 115 ff)*

Herr Hölzer sucht sein Personal gezielt danach aus, dass es den von ihm gewünschten freundlichen Umgangston pflegt:

*„Also es ist einfach nett hier auch, als Mitarbeiter, als Arzt hier rein zu kommen und dann sagen die Helferinnen, aaah, und das ist auch für einen selbst nett, so ein Klima zu haben, und ich denke, das merken ja auch die Patienten, dass wir in der Regel gut miteinander auskommen alle hier. Und das schafft insgesamt auch eine andere Atmosphäre für die Praxis.“ (Herr Hölzer, Z. 201 ff)*

Im Umgang mit den Patienten zeigen sich erneut große Unterschiede zwischen den Akteuren. Herr Grund hatte in den letzten Jahren zunehmend Schwierigkeiten, einen befriedigenden Umgang mit den Patienten zu finden. Er nahm die Beschwerden der Patienten nicht mehr so wichtig, äußerte sich in zunehmendem Maß zynisch über sie. Formulierten die Patienten Wünsche, die von den Kassen nicht bezahlt wurden, konnte Herr Grund nur schwer in angemessener Weise eine Grenze setzen, und eine sachliche Klärung des Konfliktes war ihm kaum möglich. Meist reagierte er entweder wütend oder er gab den Forderungen nach, auch wenn dies die Gefahr in sich barg, dass er dafür in Regress genommen würde.

Herr Hölzer hingegen hatte seine anfängliche Art der Kontaktgestaltung mit den Patienten reflektiert und rasch erkannt, dass es ihn zu viel Kraft kostete, wenn er mit den Patientinnen emotional zu sehr „mitschwingt“ (Herr Hölzer, Z. 50). Das hatte ihn dazu gebracht, eine gewisse Distanz einzuhalten, dabei aber seiner Meinung nach in gutem Kontakt zu den Patientinnen zu sein. Er legt Wert auf Empathie, gleichzeitig achtet er darauf, dass „nicht zu viel Kraft von ihm abgesaugt wird“ (Herr Hölzer, Z. 51). Er schildert dies so, dass er eine Balance zwischen dem notwendigen Ausmaß an emotionaler Nähe und seinem Bedürfnis nach emotionaler Abgrenzung zu erreichen

versucht:

*„Also ich glaube, dass es viele Ärzte gibt, die, wenn sie jung anfangen, und da zähle ich mich auch dazu, sehr, sehr engagiert sind und auch sehr bereit sind, über ihre Grenzen hinwegzugehen. Das macht sich irgendwann dahingehend bemerkbar, oder die Folgen machen sich dadurch bemerkbar, dass man eben merkt, dass man an seine Grenzen kommt und dann überlegt man sich schon, oder habe ich mir auch überlegt, um dass konkreter zu sagen, was ich ändern muss. [...] Ja, weil ich gemerkt habe, dass ich dann zerfließe, dass ich also erschöpfter bin und all diese Dinge, die da gedroht hätten und von daher habe ich mir schon vorgenommen, beziehungsweise halte das auch ziemlich gut durch, einen gewissen Abstand letztlich zu wahren. Ich denke, das hat auch was mit Professionalität zu tun, die man im Laufe der Jahre entwickelt. [...] Was nicht bedeutet, dass man unempathisch oder so was ist, sondern das bedeutet einfach, dass eine Grenze gezogen werden muss.“ (Herr Hölzer, Z. 16 ff)*

Im Gegensatz zu Herrn Grund sieht Herr Hölzer im Kontakt zu seinen Patientinnen sogar eine Ressource für sich selbst:

*„[...] und zwar finde ich den inneren Benefit, den man durch Patienten mitkriegt, als so motivierend, [...] dass der Beruf weiterhin Spaß macht. Insbesondere ist da die Geburtshilfe ein unglaublich positiver Anteil, weil man den Benefit so unmittelbar bekommt. Also wenn ich Sie gut behandelt habe, und wenn Ihr Pilz weg ist oder was weiß ich auch immer, dann kommen Sie vielleicht auch das nächste mal und sagen, Mensch, Hölzer hat mir gut geholfen, vielen Dank, das ist auch schon ein Benefit, den ich empfinden kann, aber in der Geburtshilfe ist er unmittelbarer. Also das Kind ist da und es ist gesund, dann kommt was zurück. Oder man hat eine schwierige Geburt gut hinbekommen und Mutter und Kind sind wohlauf, dass sind einfach die Dinge, die sehr positiv sind [...].“ (Herr Hölzer, Z. 110 ff)*

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass für Herrn Grund die interpersonellen Beziehungen in seiner Praxis (mit Ausnahme seiner Praxishelferinnen) eine große Belastung darstellten, für Herrn Hölzer hingegen eine Bereicherung.

Durch die Therapie hat Herr Grund nun gelernt, den Patienten zu erklären, für welche Kosten die Krankenkassen aufkommen und wo dies nicht der Fall ist. Auch mit den Reaktionen der Patienten kann er nun besser umgehen. Dadurch geht es ihm heute besser und er kann nun die Schuld von sich weisen, die für ihn ein zentrales Thema darstellt:

*„Ja, na teilweise recht schwierig, einfach, weil ich, weil ich nicht nein sagen kann [...] und Patienten teilweise schon mit [...] sehr massiven Forderungen an uns herantreten wegen bestimmter Medikamente oder [...] Massagen, das fällt mir gerade ein, und das war also etwas, was ich bis vor einem Jahr auch nicht richtig verbalisieren konnte. Also entweder bin ich dann sauer geworden oder ärgerlich oder habe es einfach dann gemacht, es gab eigentlich bloß die zwei Möglichkeiten [...], und inzwischen kann ich das also zumindest mal ansprechen und dem Patienten erklären, was er halt kriegen kann, was ihm zusteht und dass er da nicht Schuld dran ist und ich da nicht Schuld dran bin, sondern dass es halt so ist. Und wenn er sich damit abfindet, ist es gut, und wenn er sich nicht damit abfindet, kann ich es inzwischen bei ihm lassen.“ (Herr Grund, Z. 304 ff)*

Parallelen zur Gestaltung des Berufslebens finden sich auch in der Privatwelt der beiden Ärzte. Herr Grund führte in den letzten Jahren vor der Therapie ein entgrenztes, arbeitszentriertes Leben, da die Freizeit förmlich von Arbeit aufgesogen wurde. Durch die Erkrankungen von Mutter und Schwiegermutter, die er auch ärztlich betreut hat, verbrachte er die Mittagspausen zu einem erheblichen Teil und häufig auch die Nächte dort, um ärztliche Hilfe zu leisten. Selbst Reisen wurden abgebrochen, um nach den Kranken zu sehen, wie weiter oben bereits zitiert (s. Kapitel 7.3.3.4). Hinzu kam, dass Herr Grund nach langer Zeit der Unzufriedenheit begann, zur Entlastung viel Alkohol zu trinken und sich dadurch am Ende eine Alkoholabhängigkeit entwickelte, so dass eine sinnvolle Freizeitgestaltung auch dadurch erschwert wurde. Nach der Behandlung trinkt er keinen Alkohol mehr, Mutter und Schwiegermutter sind nun verstorben und seine Arbeitszeit ist deutlich reduziert, so dass Arbeit und Privatleben wieder klar voneinander

abgegrenzt sind und er wieder Freizeit zur Verfügung hat. Er legt nun wieder viel Wert auf die Beziehung zu seiner Frau und zu Freunden und pflegt auch wieder seine Hobbys.

*„Sagen wir mal, bis vor einem Jahr war das Problem halt natürlich, dass ich dann unheimlich viel Druck und Frust dann eigentlich weg gesoffen habe [...], und dann war natürlich mit Kommunikation oder gemeinsamen Aktivitäten auch nicht so arg viel los, das hat sich also inzwischen deutlich gebessert dadurch, dass ich nicht mehr trinke, und wir machen also sehr viel zusammen, meine Frau und ich, und ich habe alte Hobbys wieder angefangen, die ich jahrzehntelang nicht gemacht habe wie malen oder ein bisschen Gedichte schreiben, viel lesen, Golf spielen habe ich jetzt angefangen, also meine Freizeit ist ganz ausgeschöpft und was mir auch wichtig ist, dass wir uns auch wieder mehr mit Freunden treffen, mal essen gehen oder so.“ (Herr Grund, Z. 177 ff)*

Im nächsten Jahr will er die Praxis aufgeben und zunächst nur noch seine Freizeit genießen. Die weitere berufliche Zukunft ist offen. Möglicherweise wird er Urlaubsvertretungen machen oder auf Honorarbasis in einer Klinik arbeiten.

Herrn Hölzers Gestaltung des Privatlebens hingegen ist ähnlich klar strukturiert wie sein Praxisalltag. Er arbeitet viel, legt aber auch viel Wert auf seine Freizeit, die er genau plant. An drei Tagen pro Woche betreibt er Sport, was ihm sehr wichtig ist - deshalb nimmt er sich zwei Vormittage in der Woche frei. Auch das Zusammensein mit seiner Frau empfindet er als harmonisch und bereichernd, wenn er sich dafür auch noch mehr Zeit wünscht. Für die Zukunft hat er geplant, weniger zu arbeiten und Rufdienste zu reduzieren.

*„Na ja, der Tag hat 24 Stunden, und ich achte schon sehr drauf, ich gehe dreimal in der Woche zum Sport und nehme mir 2 bis 2 1/2 Stunden Zeit. Und das mache ich in der Regel Dienstag und Donnerstag, weil ich da mittags erst anfangen zu arbeiten, und der Vormittag ist reserviert für Sport, und am Sonntag. Das sind so meine Sporttage und da mache ich 2, 2 1/2, 3 Stunden, je nachdem, also im Moment ein bisschen mehr, weil ich beim Halbmarathon mitlaufen will und da*

*muss ich ein bisschen mehr üben. [...]. Ich bin verheiratet, meine Frau ist Gott sei dank auch Ärztin. [...] Die weiß, wie das ist und NATÜRLICH würde ich mir manchmal mehr Zeit für uns zu Hause wünschen, ABER - ich finde, dass das ganz harmonisch abläuft. Und auch das gibt mir zum Burnout auch noch mal die Fähigkeit ein bisschen Luft zu holen, mit ihr auch mal Sachen zu besprechen ODER auch einfach mal schöne Dinge zu machen.“ (Herr Hölzer, Z. 271 ff)*

Es fällt auf, dass die beiden Ärzte ganz unterschiedlich damit umgehen, wie Grenzen gezogen werden. Herr Hölzer betont an verschiedenen Stellen immer wieder, wie wichtig es ihm ist, dass er diese Grenzen wahrnimmt und entsprechend seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen mit ihnen umgeht. Wesentlich ist für ihn auch, zu sich selbst ehrlich zu sein, also seine eigenen Möglichkeiten realistisch einschätzen zu können. Dazu gehört für ihn, zu erkennen, dass er als Arzt eben nicht immer heilen kann, dann aber durch die Kommunikation mit der Patientin das für sie Bestmögliche zu gestalten:

*„[...] aber ich glaube, dass es etlichen Leute so geht wie es mir geht in dem Job, dass man anfängt und sich erst mal als den guten Heiler, Helfer sozusagen sieht und das bedeutet, dass man sehr emotional mitschwingt in meinen Augen, und auf der anderen Seite bedeutet das auch, dass viel von einem abgesaugt wird. [...] Ja, was Kräfte zehrend ist. Also zum Beispiel zu realisieren, dass man eine Patientin nicht heilen kann, zum Beispiel eine Carcinom-Patientin, ist schon was, was man lernen muss, damit umzugehen, weil ich schon finde, [...] dass uns ja immer vermittelt wird in dem Job, wir könnten alles tun. [...] So eine Art Allmachbarkeit, [...] denke ich, hat das viel damit zu tun, dass wir auch vor uns selbst so tun müssen, als wäre alles machbar. Und da eine realistischere Einschätzung von Grenzen zu finden, ist [...] eine wichtige Voraussetzung, um nicht auszubrennen, weil, realisieren zu müssen, dass man nicht helfen kann, aber die Vision zu haben, dass man immer helfen könnte, das sind so schwierige Dinge, dass man in Konflikte gerät, und man muss sich darüber im Klaren sein, dass man eben nicht alles machen kann. Und wenn man nicht alles machen kann, ist die Frage, wie kann man trotzdem helfen, und andere Alternativen zu finden, also, eine Patientin, von der klar ist, dass sie sterben werden muss, weil sie eine*



*unheilbare Krebserkrankung hat, kann ich viel adäquater begleiten, indem ich auch klar weiß, ich werde ihr nicht mehr helfen können, das auch mit ihr in geeigneter Form kommuniziere und sie dann gut begleiten kann dort.“ (Herr Hölzer, Z. 48 ff)*

Herr Grund hingegen hat große Schwierigkeiten, Grenzen zu ziehen. Nicht allein, dass er Schwierigkeiten hat, ihm unberechtigt erscheinende Forderungen abzuwehren, so sucht er auch noch die Schuld bei sich für Dinge, die nicht in seiner Macht liegen:

*„[...] erstens bin ich ein Mensch, der unheimlich schlecht nein sagen kann, zweitens habe ich, wenn irgendwie etwas in der Praxis oder bei den Patienten passiert ist, teilweise einfach auch maligne Erkrankungen oder etwas in dieser Richtung, da konnte ich also ganz schlecht damit umgehen, weil ich immer Schuld bei mir gesucht habe, ob genügend, alles untersucht wurde, das war ein totaler Krampf eigentlich, weil, wenn wer einen Krebs hat, [...] aber ich habe da ganz große Probleme damit gehabt, das ist also deutlich besser geworden, dass ich mir einfach ja, Schuldschuhe angezogen habe in Situationen, wo es überhaupt nicht [...] notwendig und auch nicht [...] gerechtfertigt war.“ (Herr Grund, Z. 199 ff)*

Hier fällt der Unterschied zu Herrn Hölzer besonders ins Auge: Herr Hölzer bespricht mit einer unheilbar kranken Patientin die Lage und klärt dann mit ihr, wie eine gute ärztliche Begleitung unter diesen Bedingungen aussehen kann. Herr Grund hingegen gerät in einen intrapersonalen Konflikt, sucht die Schuld für die Erkrankung bei sich und stellt sich und die eigene Arbeit in Frage.

Nach der Therapie fällt es ihm leichter, in angemessener Form auf Belastungssituationen zu reagieren. Als ganz wesentlich sieht er aber an, dass er zu sich selbst eine andere Einstellung gefunden hat und er dadurch auch für das Thema Schuld eine Lösung gefunden hat:

*„[...] ich kann inzwischen das besser, rationeller sehen und beurteilen und kann mich inzwischen einfach auch einmal in Stresssituationen zurücknehmen oder 'raus nehmen und mal sagen, jetzt mal ganz langsam, jetzt gucken wir mal, was da überhaupt eigentlich momentan passiert, [...] und [...] vorher konnte ich das einfach nicht. [...] Anders ist geworden meine [...] Einstellung zu mir selber durch die Psychotherapie und eben viel auch durch die Anonymen Alkoholiker, neu oder relativ neu, seit einem Jahr erst ist jetzt wieder die neu aufgetretene Spiritualität, [...] und ich kann jetzt einfach da Dinge, die ich einfach nicht verstehe, auch einfach im Raum stehen lassen und an meine höhere Macht abgeben, das hilft mir also schon. [...] Also so meine Einstellung zu meiner persönlichen Schuld hat sich ganz, ganz gewaltig verändert [...], ganz gewaltig geändert, weil ich mir selber ja die Schuld gegeben habe, für [...] Dinge, [...] die jenseits von meiner Beeinflussungsmöglichkeit gelegen haben.“ (Herr Grund, Z. 211 ff)*

### **Fazit**

Herr Grund zeigte vor der Therapie schwerwiegende Belastungen in allen Feldern. Die Folgen der Strukturveränderungen und die entgrenzte Arbeit durch die ärztliche Betreuung von Mutter und Schwiegermutter waren für ihn nicht zu verkraften. Ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung des Burnout-Syndroms liegt aber vermutlich auch in seiner Persönlichkeitsstruktur. So zeigte er sich wenig dazu in der Lage, Grenzen zu setzen und interpersonelle Konflikte mit den Betroffenen zu klären, was zu Problemen im Praxisbereich und zu Beziehungsstörungen mit verschiedenen Personen führte. Hinzu kamen starke intrapersonale Konflikte (beispielsweise mit dem Thema Schuld), die sich ebenfalls auf die Beziehung zu anderen Menschen negativ auswirkten, und sein Versuch des emotionalen Copings in Form von Alkohol. Da er kaum noch Freizeit hatte, konnte er auch hier keine neuen Energien sammeln, so dass er schließlich nicht mehr arbeitsfähig war.

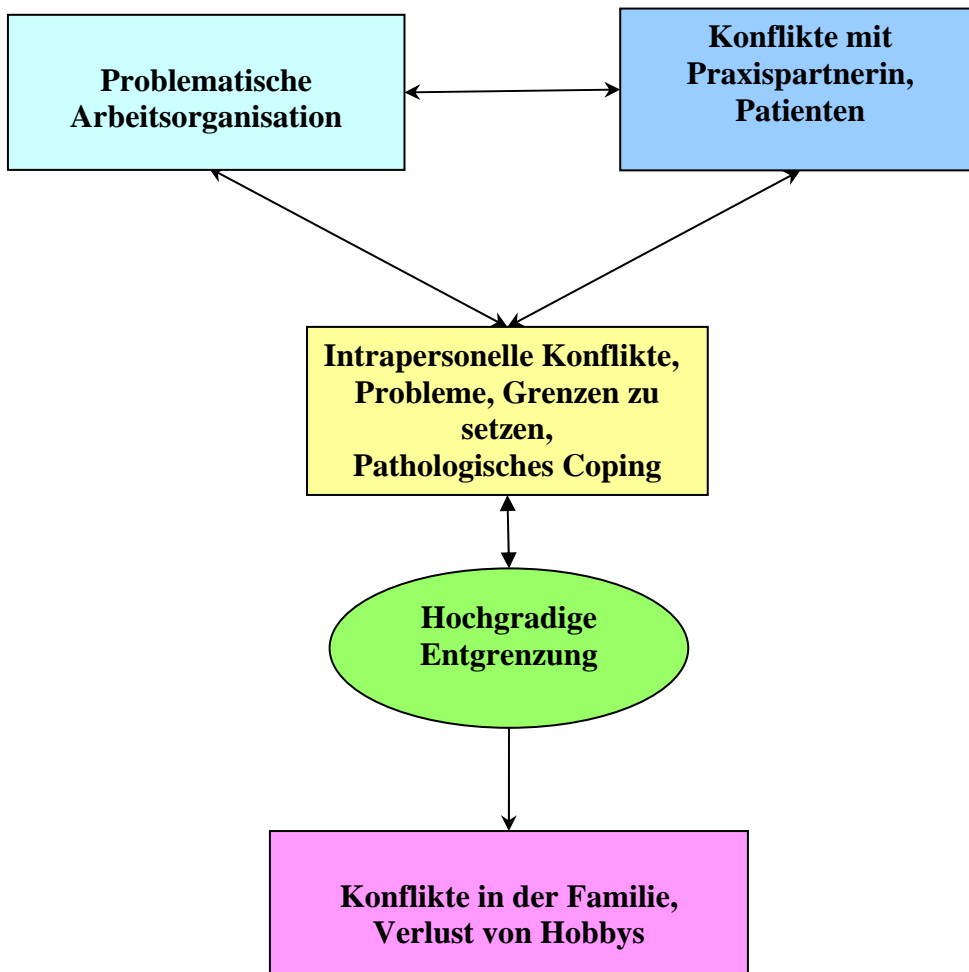


Abbildung 17: Darstellung der Situation von Herrn Grund vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

Nach der Therapie kann Herr Grund mit Konflikten besser umgehen und die Beziehungen zu anderen Menschen besser gestalten, und auch die intrapersonalen Konflikte haben deutlich abgenommen. Der strukturelle Arbeitsanteil ist ebenfalls deutlich weniger konfliktbeladen als vor der Therapie, dennoch bleibt der Leidensdruck durch die veränderten Rahmenbedingungen in Folge der Gesundheitsreformen für ihn so hoch, dass die Entscheidung zur Praxisaufgabe nicht angezweifelt wird.

Herr Hölzer hingegen scheint in allen Feldern des Modells weitgehend zufrieden zu sein. Ein zentraler Punkt hierbei ist, dass er auf Grund seiner Persönlichkeitsstruktur alle

übrigen Felder positiv beeinflussen kann. Er kennt seine Bedürfnisse und Interessen, ist gewillt, diese Bedürfnisse möglichst zu erfüllen und weiß, wie er dies erreichen kann. So hat er die Praxis unter anderem gemäß seinen Bedürfnissen nach Austausch mit anderen Menschen, nach positiven Berufserlebnissen und einem ausreichenden Maß an Freizeit gestaltet. Auch seine Freizeit verbringt er so, wie es seinen Interessen entspricht. Ein weiterer zentraler Punkt für sein Wohlbefinden ist die von ihm als angenehm wahrgenommene Gestaltung von interpersonalen Beziehungen, die er in allen Feldern für sich nützen kann.

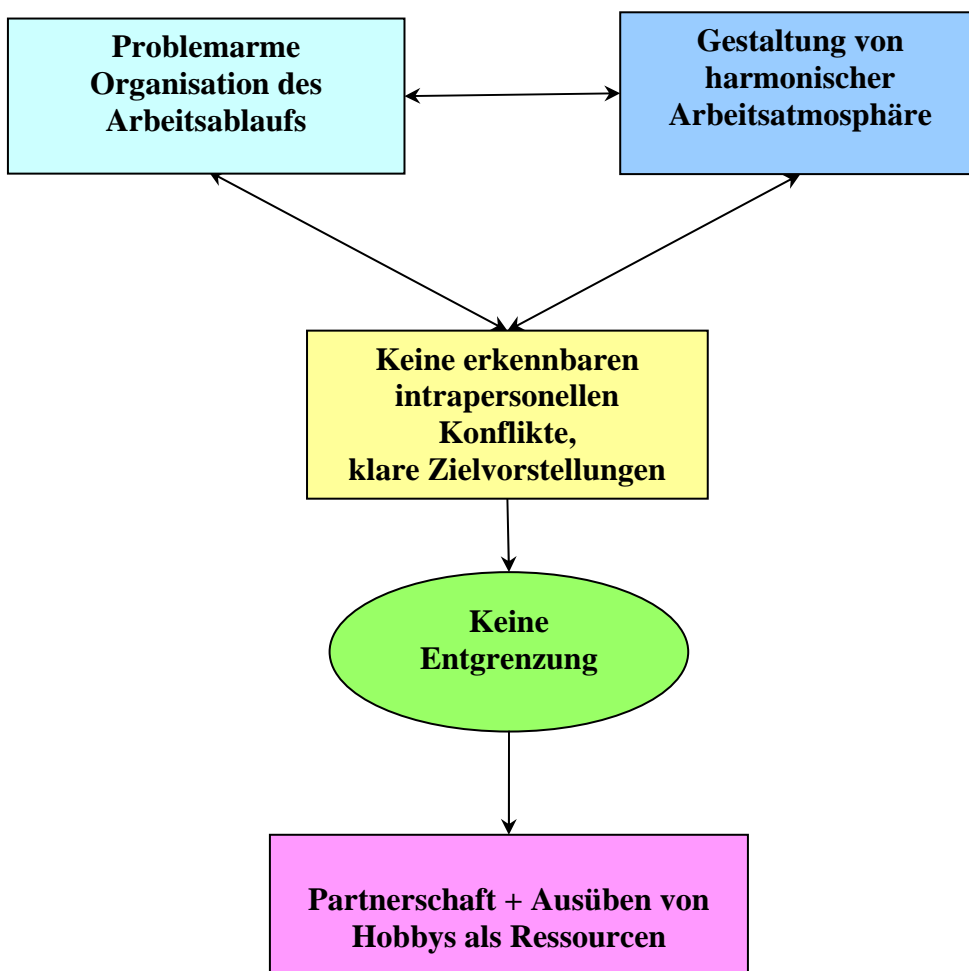


Abbildung 18: Darstellung der Situation von Herrn Hölzer anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

## 7.5 Beziehungsgestaltung im Berufsleben

Für einen Arzt ist es unumgänglich, ständig mit anderen Menschen zu kommunizieren und mit ihnen in eine Beziehung zu treten – beispielsweise mit Patienten oder Kollegen. Ein sehr wesentlicher Faktor im Zusammenhang mit der Entstehung oder Verhinderung einer Burnout-Erkrankung scheint zu sein, wie die Akteure relevante interpersonelle Beziehungen im Arbeitsbereich wahrnehmen.

Alle Interviewpartner, die unter Burnout-Symptomen litten, klagten über sie sehr belastende Konflikte – meist mit Vorgesetzten oder Kollegen. Diese Konflikte begannen zwar teilweise auf einer Sachebene, daraus entwickelten sich aber meist Beziehungskonflikte, die als schwer oder nicht lösbar erlebt wurden. Gleichzeitig bestand meist eine hohe Arbeitsbelastung, welche zu Erschöpfung und Reizbarkeit führte, was wiederum einen Einfluss auf die Gestaltung der interpersonellen Beziehungen hatte. Allerdings zeigt sich, dass ein interpersoneller Konflikt auch ohne hohe Arbeitsbelastung zu einem Burnout-Syndrom führen kann (wie es zum Beispiel bei Frau Mildner sichtbar wird).

Ein interpersoneller Konflikt kann einen Einfluss auf die strukturelle Ebene des Arbeitsbereiches haben, wenn dadurch beispielsweise die Führungsfähigkeit beeinträchtigt wird, die Konflikte die Arbeitsfähigkeit des Teams behindern und somit die Ausführung der beruflichen Aufgaben erschwert wird. Dies kann dann schließlich dazu führen, dass am Ende Personen ihre Weisungsbefugnis verlieren (vgl. ebenfalls Frau Mildner).

Interessant erscheint die Beobachtung, dass die interpersonellen Kontakte zu den Patienten nur am Rande von den Interviewpartnern als relevant für die Burnout-Syndrom-Entwicklung beschrieben wurden. Die Depersonalisation, die als ein Kernsymptom des Burnout-Syndroms angesehen wird, kann zwar bei einigen Interviewpartnern aus den Schilderungen und bei zwei Personen aus dem MBI geschlossen werden, jedoch geht aus den Interviews hervor, dass kein Arzt in belastenden interpersonellen Kontakten zu den Patienten eine Ursache seiner Erkrankung sah. Im Gegenteil wurde es als krank machend erlebt, dass die Kontakte zu den Patienten durch die hohe Arbeitsbelastung nicht so durchgeführt werden konnten, wie es den Ärzten notwendig erscheint. Erst dann, wenn durch Konflikte mit den Vorgesetzten oder Kollegen bei meist gleichzeitig vorhandener hoher Arbeitsbelastung die intrapersonellen Ressourcen stark

eingeschränkt wurden, kam es, allerdings nicht bei allen Interviewpartnern aus der Burnout-Gruppe, zur Depersonalisation mit einer Abwehrhaltung den Patienten gegenüber. Die Konflikte im Arbeitsbereich wurden teilweise als so massiv beschrieben, dass von Mobbing gesprochen werden kann. Teilweise ging das Mobbing auch von den Führungspersonen aus und führte dann zu weiteren Störungen der interpersonellen Beziehungen im Kollegenkreis, so dass diese Störungen dann auf die ganze Abteilung übergriffen.

Ich stelle zunächst einmal dar, wie die vom Burnout-Syndrom betroffenen Interviewpartner die interpersonellen Beziehungen in ihrem Arbeitsbereich zum Zeitpunkt des Entstehens der Erkrankung wahrgenommen haben und danach, welche Lösungen die Akteure für sich gefunden haben. Im Anschluss daran schildere ich die Erfahrungen der Kontrastgruppe.

### **7.5.1 Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kollegen im Krankenhaus**

Interviewpartner aus der Burnout-Gruppe beschrieben Störungen der interpersonellen Beziehung mit Vorgesetzten und Kollegen, die sich über einen langen Zeitraum erstreckten, ohne dass den Akteuren trotz ihrer Bemühungen eine Besserung der Beziehungsgestaltung gelang. Diese Problematik stellte dann eine hochgradige Belastung dar.

Eine wesentliche Rolle bei den Konflikten mit den Vorgesetzten spielt deren Art der Führungsorientierung. Aus den Schilderungen lässt sich darauf schließen, dass die Vorgesetzten hochgradig aufgabenorientiert waren und wenig Interesse an einem guten Betriebsklima und dem Wohlbefinden der Ärzte zeigten. Ein Beispiel dafür stellt die Erwartung der Vorgesetzten dar, dass ein Arzt sich nicht krank meldet, sondern unter allen Umständen arbeiten geht. Wird dies von den Mitarbeitern erwartet, wird das von den Betroffenen als kränkend und missachtend erlebt. Hinzu kommt meist auch eine mangelnde Anerkennung der Arbeitsleistung der jeweiligen Akteure, was den Konflikt verschärft. Eine entsprechende Wahrnehmung beschreibt Frau Zimmermann:

*„[...] es hieß dann zum Beispiel von Seiten einer Oberärztin: „Ja, zu meiner Zeit haben wir auch mit Fieber Nachtdienste geschoben!“ und so was, und das fand ich halt auch irgendwie, das es in keiner Weise gewürdigt wurde, was man macht. Im Gegenteil, es wurde immer noch weiter bemäkelt und kritisiert, und so ein wertschätzender Umgang, den konnte man mit der Lupe suchen. Und das ist auch etwas, was für mich halt sehr wichtig ist, und ich bemühe mich ja auch, mit anderen entsprechend umzugehen, und das wurde immer schlimmer, und es gab von keiner Seite Rückendeckung, im Gegenteil, es wurde eben immer mehr verlangt, und ich denke, das hat dann nicht nur zu einer zunehmenden Unzufriedenheit geführt, [...]“ (Frau Zimmermann, Z. 80 ff)*

Auch Herr Lopez schildert eine ähnliche Erfahrung:

*„Dann habe ich am [...] Montag, auch gleich mit dem Chef gesprochen, weil ich merkte, es geht gar nichts, es geht gar nichts mehr, und dann habe ich ihm erzählt. Der hatte natürlich kein Verständnis. [...] ich habe gesagt, morgen habe ich auch Bereitschaftsdienst und nach dem Bereitschaftsdienst gehe ich dann zum Arzt und werde ich mich krankschreiben lassen. Und der hat trocken und schockiert gesagt, wieso denn, das geht doch gar nicht, wir brauchen Sie doch, und machen Sie, Sie haben doch noch ein paar Urlaubstage, nehmen Sie mal Donnerstag, Freitag, und dann ist das Wochenende, das sind doch vier Tage, das reicht doch zum Erholen.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 26 ff)*

Immer wieder wird von den interviewten Personen berichtet, dass sie sehr enttäuscht darüber waren, wie die Vorgesetzten sich ihnen gegenüber verhalten haben. Meist erleben die Akteure gleichzeitig einen von den Vorgesetzten aufgebauten hohen Leistungsdruck. Hinzu kommt häufig ein Wertekonflikt, da sie erleben, dass die Vorgesetzten sich in einer Weise verhalten, die sie mit ihren Vorstellungen von guter Personalführung nicht vereinbaren können. Auf solche Erfahrungen führen einige Akteure die Entwicklung des Burnout-Syndroms zu einem wesentlichen Teil zurück. Ein Beispiel hierfür schildert Frau Schneider, die enttäuscht war von dem Verhalten der Oberärzte ihr gegenüber. Sie fühlte sich dem Schichtdienst nicht mehr gewachsen und

bat um Versetzung, um in die Normalarbeitszeit wechseln zu können, was ihr aber verwehrt wurde:

*„[...] und dann eben dieses „Im Stich gelassen werden“ und sozusagen, das geht nicht, und du musst jetzt da bleiben, du musst jetzt diesen Schichtdienst weiter durchführen und irgendwann konnte ich einfach nicht mehr. Ich habe das, ich weiß gar nicht, habe ich dann noch mal probiert, ja, ja, ich glaube, ich habe dann noch mal mit Jochen gesprochen, und der hat gesagt, ja, ja, er regelt das, und dann habe ich noch, Ludwig war auch noch da gewesen und dann hat der aber, nee, und der hat mit mir nicht gesprochen und das geht nicht, und, wir haben keinen, und, ja. Also so ein Kreislauf praktisch, und dann bin ich auch nicht wieder 'raus gekommen.“ (Frau Schneider, Z. 86 ff)*

Sie war aber nicht nur enttäuscht, weil sie sich mehr persönliche Unterstützung erhofft hatte. Frau Schneider beschreibt in der nachfolgenden Episode, wie sie das Verhalten ihrer Vorgesetzten im Rahmen von Umstrukturierungen wahrgenommen hat. Frau Schneider litt unter dem von ihr wahrgenommenen Desinteresse der Vorgesetzten an den Weiterentwicklungen des Krankenhauses, der mangelnden Führung und der starken Aufgabenorientierung des neuen Oberarztes:

*„[...] dass den Oberärzten das auch egal war, was aus dem Krankenhaus wird. Also angefangen mit Jochen, [...] der hat so eine ungute Stimmung verbreitet, mir ist alles egal, und macht doch, und seht doch zu, und fragt doch jemand anders, und mir doch egal und weiß ich nicht, und dann nachher, als er weg war, dann sozusagen Michael die Stelle übernommen hat, wo ich denke, also, ich hätte lieber Angelika als Oberärztin gehabt, einfach von der, weil sie mehr soziales Engagement hat, was Michael völlig egal ist, was mit den Leuten ist, ist mir doch egal, wie es denen geht, und ob die gut drauf sind, und Hauptsache die machen ihre Arbeit sehr gut.“ (Frau Schneider, Z. 392 ff)*



Da die Mitarbeiterführung fehlte und die Umstrukturierungen nicht von den Vorgesetzten geleitet wurden, resultierte daraus ein schlechtes Betriebsklima mit Verteilungskonflikten:

*„[...] dieses gegen die Wand laufen, mit den Kollegen, was ja nachher, diese Konfliktsituation wurde ja immer schlimmer nach dieser Zusammenlegung der beiden Intensivstationen. Jeder für sich, und, und, keiner war bereit, irgendetwas abzugeben und neu zu machen und umzudenken, wir sind doch jetzt eins, und diese Durchführung war ganz schlecht, und wenn ich da nur eine halbe Stelle gehabt hätte, hätte ich das anders verarbeiten können. Aber immer da und immer diese, ich glaube, das ist immer noch eine Konfliktsituation, da wird sich ja nicht viel geändert haben, wenn da keiner ist, der irgendetwas ändert, das war schon sehr belastend.“ (Frau Schneider, Z. 419 ff)*

Frau Schneider benennt hier mehrere wichtige Faktoren: Der Konflikt wurde stark emotional erlebt („gegen die Wand laufen“), er ging über einen längeren Zeitraum mit als zunehmend wahrgenommener Intensität, sie erlebte den Konflikt als sehr kräftezehrend, und sie hatte keine Hoffnung auf eine Lösung des Konfliktes.

Eine ähnliche Dynamik schildert Herr Bäumer. Auch er fühlte sich von den Vorgesetzten enttäuscht und im Stich gelassen. Er schildert, dass er nur in ein anderes Krankenhaus gewechselt und sich bereiterklärt habe, den Aufbau einer Abteilung mit zu begleiten, weil ihm versprochen worden sei, dass er sich dort zum Pulmologen weiterbilden könne. Bereits der Beginn in der neuen Abteilung erwies sich als problematisch, da er faktisch die Rolle einer Führungskraft innehatte, ohne aber die rechtlichen Kompetenzen hierfür zu besitzen. Die Versprechung der Weiterbildung wurde dann aber nicht eingelöst, was zu erheblichen Frustrationen bei ihm führte. Somit gab es von Anbeginn an eine Koppelung von sehr hohem Leistungsdruck, fehlender Führung und Begleitung durch Vorgesetzte und einem sich rasch entwickelnden persönlichen Konflikt mit dem Chefarzt. Herr Bäumer beschreibt den Beginn seiner Tätigkeit in dem neuen Krankenhaus:

*„[...] ich hab' mich da ja am Anfang wirklich schwer eingesetzt, weil, ich war ja da im Prinzip mit einer AIPLerin zwei Monate erst mal alleine da vor Ort, weil*

*der Chef ja da noch in dem anderen Krankenhaus saß, die Oberärztin war noch nicht da, und ich hab' dann ja mit den Chefärzten getagt. Und immer, also von allen Seiten Druck, und das war schon erst mal so ein schlechter Start für die ganze Sache. Wo ich sagen würde, ich BIN HIER DOCH NICHT DER CHEF, warum kommt der nicht und macht seinen Kram selber, nicht.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 354 ff)*

Herr Bäumer schildert seine Erklärung für die Entstehung seines Burnout-Syndroms:

*„Na erst mal, weil die Versprechung, die mir gemacht worden ist, weshalb ich überhaupt den Wechsel vom Krankenhaus gemacht hab', nicht eingetreten ist. Ich hatte ja geplant, eigentlich Pulmologe dort zu werden, und dann hat der damalige Chef, mein Chef mich hingehalten und, also ich konnte ja alles machen und also ich habe mich richtig ausgenutzt gefühlt von ihm. Und er hat am Ende für seine Leute kein Rückgrat gezeigt.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 313 ff)*

Zusätzlich erlebte er auch die Oberärztin als sehr problematisch, die ebenfalls die Mitarbeiterorientiertheit vermissen ließ, was zu erheblichen Konflikten in der Abteilung führte, so dass die Zusammenarbeit mit einem Großteil der Führungsebene sehr belastet war:

*„[...] die Oberärztin, die da tätig war, [...] die war halt einfach menschlich 'ne Katastrophe.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 347 ff)*

Ähnlich wie in der Schilderung von Frau Schneider entwickelte sich eine Störung des Betriebsklimas mit interpersonellen Konflikten auf verschiedenen Ebenen. Bei Herrn Bäumer führte die problematische Situation dazu, dass er, da die Kommunikation innerhalb der Abteilung und zwischen der Führungsebene und den Oberärzten anderer Abteilungen gestört war, in die Rolle des Mittlers geriet und dadurch noch zusätzlich gefordert wurde:

*„[...] ich war ja auch immer der Mittler zwischen den Fronten, ja, zwischen Chef und Oberarzt, und, also mit dem haben sie ja teilweise gar nicht mehr geredet,*

*und dann sind sie an mich 'rangepkommen, weil ich nun auch der erste damals da vor Ort war, mit dem sie persönlich Kontakt hatten, und dann bin ich ja auch immer, versuche immer, mit allen nett umzugehen [...] hilft ja auch nicht immer, aber die waren ja auch nett, die waren ja auch kollegial, und dann haben die mich immer gefragt, oder die anderen Assistenten, die sind ja nicht zu denen gegangen, die sie gequält haben, sondern haben sich bei mir ausgeheult, dann konnte ich das auch noch mit auf meine Schultern nehmen.“ (Herr Bäumer, 2. Interview, Z. 100 ff)*

Herr Bäumer war somit mehrfach belastet: Er war von seinem Chef und der Oberärztin enttäuscht, stützte die Kollegen, übernahm die Kommunikation mit anderen Abteilungen und musste seiner normalen Tätigkeit als Assistenzarzt nachgehen. Seine Ehefrau berichtet, dass er in der damaligen Zeit am meisten unter den interpersonellen Konflikten gelitten hat:

*„[...] also da war es mehr so der Ärger, den er ablassen musste, über das, worüber er sich so den Tag über geärgert hat oder der Ärger, der an ihn herangetragen wurde von den anderen Assistenzärzten, wo er dann vermitteln sollte zur Oberärztin hin. Das waren dann weniger so Krankheiten, die ihn bedrückt haben, kam auch mal was vor, aber das seltener, das war mehr so das menschliche Miteinander, so der Umgang, der da so passierte.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 263 ff)*

Fehlt die Führung durch den Vorgesetzten, kann dies zu einem interpersonellen Konflikt zwischen dem Untergebenen und dem Vorgesetzten führen, wie bereits beschrieben. Dazu kann sich dann aber eine Mobbingssituation mit anderen Arbeitnehmern entwickeln (vgl. hierzu Leymann, 1996). Ein Beispiel hierfür stellt die Schilderung von Frau Mildner dar. Sie berichtet, dass ein Kollege jahrelang mit ihr nicht mehr gesprochen habe. Passend dazu wird die Vorgesetzte von Frau Mildner als Person beschrieben, die mit der Führung der Abteilung und der Organisation des Arbeitsablaufs überfordert war. Eine ausführliche Darstellung der Dynamik findet sich im Fallporträt von Frau Mildner am Ende des Kapitels.

Mobbing kann auch direkt von Vorgesetzten ausgehen. So beschreibt Frau Zimmermann beispielsweise, dass sie ihren Chefarzt als bedrohlich erlebt hat:

*„Also in der Psychiatrie war das so, [...] dieser Chef war eine Katastrophe. Der hat sich zwischendurch, also das war tatsächlich so, immer so ein Opfer gesucht, was dann, ja, der wurde dann gequält. Der musste dann irgendwie 'runter in das Sekretariat, in sein Zimmer, und sich dann da wirklich rund machen lassen [...]“ (Frau Zimmermann, Z. 123 ff)*

*„[...] hatte dann auch häufiger einen Infekt gehabt, war dann auch mal krank und auch mal in einem Dienst ausgefallen, weil ich da in einem Dienst mal umgekippt bin, und dann musste ich dann auch zum Chef, [...] nachdem vorher ein anderer Kollege [...] dran war, der dann 'runterzitiert wurde, und Sie müssen sich vorstellen, das war ein gestandener Mann Mitte vierzig, den so leicht eigentlich nichts aus den Schuhen haut, der war danach völlig am Ende, der hatte Alpträume, Schlafstörungen, Panikattacken, nach diesen Attacken des Chefs, damit Sie vielleicht mal so eine Vorstellungen haben, wie das da so abgegangen ist. Und ja, dann war ich dann dran, und dann saß dann eben auch noch ein Oberarzt da, und ich wurde dann da gegrillt. Ich habe da aber keinen Ton gesagt, ich hatte so das Gefühl, der will mich jetzt hier irgendwie provozieren, entweder will der, dass ich austicke und den anschreie oder das ich in Tränen ausbreche oder dass ich ihm in irgendeiner Form eine Szene mache, was ich allerdings nicht getan habe, ich habe mir das alles ruhig angehört, und ich glaube, das war so im nachhinein betrachtet so das Schlimmste, was ich ihm antun konnte. Und dann habe ich auch kurz danach gekündigt.“ (Frau Zimmermann, Z. 156 ff)*

Auch hier findet sich nicht nur eine Störung der interpersonellen Beziehung zum Chefarzt, sondern es kommen interpersonelle Konflikte mit den Kollegen hinzu:

*„Und ich fand diese Zustände da furchtbar und hab' das mit einigen Assistenten, mit denen ich mich auch so ein bisschen angefreundet hatte, habe ich gesagt, boah, wie könnt Ihr das hier aushalten, ich finde das ganz furchtbar hier, und so*

*dass dann später alle mir so quasi das Gefühl gaben, dass ich eher so das Problem habe, was mir dann aber später von vielen Seiten, genau, ist mir das Gegenteil bestätigt worden, und auch von vielen, die da gekündigt haben, im Nachhinein. [...] Ich hatte so manchmal das Gefühl, die anderen Kollegen, ja, die jetzt auch länger dableiben wollten oder die Psychiater werden wollten, oder was auch immer für Motive die hatten, die mussten mich ja dann als quasi, ich sage das jetzt vielleicht mal so ein bisschen überspitzt, als diejenige, die den Finger in die Wunde legt und sagt, hört mal, das kann doch jetzt nicht richtig sein, wie man hier so miteinander umgeht, sowohl zwischen den Kollegen und mit den Schwestern als auch mit den Patienten, das kann doch nicht richtig sein, das durfte ja nicht sein, weil dann hätten die ja quasi ihre eigene Resignation an diesen Umständen ja mehr wahrnehmen müssen.“ (Frau Zimmermann, Z. 134 ff)*

Aus den Schilderungen geht also hervor, dass die Störung der interpersonellen Beziehungen in der Regel nicht nur zwischen dem Akteur und einem Vorgesetzten bestand, sondern dass die Art der Führung durch die Vorgesetzten zu Konflikten mit weiteren Personen führte und häufig keine tragfähigen anderen interpersonellen Beziehungen gestaltet werden konnten, die zur Kompensation der Belastung hätten genützt werden können.

### **7.5.2 Zusammenarbeit mit Praxispartnern**

Wird eine Praxis als Gemeinschaftspraxis oder als Praxisgemeinschaft betrieben, ist es notwendig, dass wesentliche Probleme von den Geschäftspartnern gelöst werden können. Ist dies nicht der Fall, kann es sein, dass die Störung der interpersonellen Beziehung durch problematische Persönlichkeitsstrukturen mitbedingt ist.

Ein Beispiel für eine interpersonelle Beziehungsstörung, die vor allem auf Grund von mangelnder Kommunikation entstand, habe ich im Fallporträt von Herrn Grund dargestellt (hier ging es um die gerechte Teilung der Einnahmen, was nicht kommuniziert wurde.)

Auch eine Praxisgemeinschaft, in der beide Partner nur die Räumlichkeiten teilen, die Einnahmen aber getrennt werden, birgt ein hohes Maß an Konfliktpotentialen. Im Fall

von Frau Meister waren beide Praxispartner Kinderärztinnen, die zwar gemeinsame Räume angemietet hatten, aber gleichzeitig in Konkurrenz zueinander standen, so dass rasch eine Beziehungsstörung zwischen den Praxispartnerinnen entstand. Frau Meister erlebte in der Folge, dass die Partnerin ihre Patienten am Wechsel zu Frau Meister hinderte. Außerdem war Frau Meister enttäuscht, dass Freunde und Bekannte nicht, wie versprochen, zu ihr kamen, sondern weiterhin in die Praxis der Kollegin gingen. Somit fühlte sie sich doppelt belastet:

*„[...] damit für mich auch so ein bisschen 'n schlechteres Gefühl, so ungefähr, die gehen ja zur Nachbarin, da sind eben auch teilweise Freunde oder gute Bekannte aus der Klinik, Schwestern, Hebammen, die alle, ja, mir zugesichert haben, sie werden mich mal besuchen, die sind dann dort vor Ort bei der Kollegin dann mit gewesen. Und das ist so 'ne gewisse Enttäuschungssituation. [...] Ja, und die Kollegin ist auch teilweise die Leute, die gewechselt haben, richtig angegangen, es, also sie ist schon auf die Leute richtig gezielt zugegangen und hat sie angesprochen und ja, teilweise auch Leute wieder, ja, zurückgeholt.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 132 ff)*

Das Fallporträt von Frau Meister im Kapitel 7.6.7 illustriert die Problematik und die Lösung, die Frau Meister für sich gefunden hat.

### **7.5.3 Umgang mit den Patienten**

Die Interviewpartner stellen nur in sofern einen mitursächlichen Zusammenhang vom Umgang mit den Patienten und ihrer Burnout-Erkrankung her, als es sich um die Quantität der Patienten handelt – sie fühlen sich durch die Vielzahl an zu bewältigenden Patienten überfordert, nicht durch den emotional belastenden Umgang mit Einzelschicksalen. So beschreibt Herr Sperling, dass er die Menge an zu leistender Arbeit nicht mehr bewältigen konnte:

*„[...]also da habe ich im Prinzip noch mal doppelt so viel geschuftet wie vorher, 50 Patienten in einem Monat mehr gemacht, [...] ich bin zu der Zeit der einzige Facharzt gewesen, und bin im Prinzip am 5. Februar diesen Jahres dann*

*zusammengebrochen.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 110 ff)*

Ähnlich äußert sich Herr Bäumer:

*„Weil, man hatte ja als Bereitschafts- und Hintergrunddienst nicht nur, Moment mal, wie viele Stationen: 6 komplette Stationen, sondern auch noch eine Aufnahmestation, und dann die Rettungsstelle [...] und das war schon ein heißer Britzeldienst, ja.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 443 ff)*

Bei einigen Interviewpartnern zeigte sich im Laufe der Entwicklung der Störung allerdings eine veränderte Haltung den Patienten gegenüber. Ärzte, die bis zu ihrer Erkrankung gute interpersonelle Beziehungen zu den Patienten herstellen konnten, waren phasenweise nicht mehr dazu in der Lage. Frau Zimmermann hat dies zeitweise so erlebt:

*„Also ich merkte, dass es mich manchmal mehr Kraft gekostet hat, auch so mit renitenten Patienten oder mit anderen Patienten, professionell freundlich umzugehen. Bei mir war das jetzt nicht so, dass ich dann irgendwann die Patienten angemoppert habe oder dann irgendwie dann weniger herzlich oder weniger freundlich zu den Patienten war. Das war nicht so der Fall, aber ich merkte schon, dass es mir zunehmend schwerer fiel, ich war leichter genervt und dachte, Mensch, lass mich doch in Ruhe, ich kann nicht mehr. Das kam dann schon häufiger vor, wo ich dann sonst relativ ausgeglichen war und wo man mich auch wirklich zu manchen Dingen ein zweites oder drittes mal fragen konnte, da hatte ich dann immer noch Verständnis aufbringen können, ich dachte dann, na ja, der hat jetzt nun mal, ich weiß nicht, 'ne MS oder was auch immer, dann kann ich das verstehen, wenn man da so ein gewisses Redebedürfnis hat. Das Verständnis blieb, aber die Geduld ging.“ (Frau Zimmermann, Z. 99 ff)*

Ähnlich beschrieb auch Frau Schneider die veränderte Wahrnehmung der Patienten, wie ich im Kapitel 7.1 bereits dargestellt habe. Die interpersonelle Beziehungsgestaltung mit den Patienten wird im Laufe der Krankheitsentwicklungen oftmals schwieriger, es kann

nur mit Mühe ein empathischer Kontakt hergestellt werden. Reizbarkeit tritt an die Stelle der vorherigen Geduld.

Für Ärzte, die in eigener Praxis tätig sind, kommt zu der rein medizinisch-therapeutischen Dimension der Arzt-Patienten-Beziehung noch eine andere hinzu. Da die Ärzte von der Behandlung der Patienten leben, die Patienten aber auf den Arzt in vielerlei Hinsicht angewiesen sind, entsteht in gewisser Weise eine gegenseitige Abhängigkeit von Arzt und Patient.

Eine Problematik, die von den niedergelassenen Ärzten immer wieder angesprochen wird, ist das Umgehen mit als unberechtigt angesehenen Forderungen. Auch Herr Grund hatte damit erhebliche Probleme, wie bereits im Fallporträt geschildert.

Seine Schwierigkeit bestand darin, dass er die Anspruchssituation mit den Patienten hätte diskutieren, Grenzen setzen und mit den Reaktionen der Patienten hätte umgehen müssen – etwa Zorn oder Enttäuschung - was ihm nicht gelang. Hier bestand also eine ähnliche Problematik wie vorab beschrieben mit seiner Praxispartnerin - die interpersonelle Beziehungsstörung hatte ihre Wurzeln in der intrapersonellen Störung.

Anders war die Lage bei Frau Meister. Um Dankbarkeit und Treue ihrer Patienten zu erreichen, war sie bereit, sich sehr zu engagieren, auch eigene Interessen dabei zurückzustellen und erlebte trotz ihrer Bemühungen, dass einige dieser Patienten dennoch die Praxis wechselten, was sie emotional sehr belastete:

*„Da hab' ich es schlecht im Blickfeld gehabt, und ich muss ganz einfach sagen, ich bin auch ein Mensch, der ganz selten jetzt zum Schluss Grenzen gesetzt hat, ich habe alle Muttis, oder fast alle Forderungen versucht zu realisieren in der Hoffnung, da eine Dankbarkeit, eine Verbundenheit der Patienten zu bekommen, die mir aber manchmal wirklich ausgeblieben ist. Oder, wo ich dann auch enttäuscht gewesen bin, dass Muttis, die, oder bei den Kindern, wo ich mich sehr eingesetzt hab', sehr bemüht hab', nicht nur finanziell, auch jetzt mit der Verantwortung für dieses Kleine, dann gewechselt haben oder irgend 'ne Äußerung ihnen dann nicht gefallen haben, ohne Bescheid zu sagen, von den Kollegen dann erfahren, und das hat mich eben auch maßlos enttäuscht.“ (Frau*



---

*Meister, 1. Interview, Z. 237 ff)*

Auf die Hintergründe des Verhaltens von Frau Meister gehe ich im Fallporträt im Kapitel 7.6.7 näher ein.

#### **7.5.4 Lösungswege**

Ich schildere nun beispielhaft einige Lösungen, welche die oben beschriebenen Akteure für sich gefunden haben:

Frau Zimmermann ist inzwischen als Praxisassistentin in einer neurologischen Gemeinschaftspraxis angestellt. Dort ist sie nicht völlig zufrieden, da sie das Betriebsklima nicht als optimal empfindet, aber es ist für sie durchaus annehmbar. Sie hat einen Weg gefunden, mit den auch dort vorhandenen Disharmonien umzugehen. Ein Aspekt dieses neuen Weges besteht darin, dass sie als positiv wahrgenommene interpersonelle Beziehungen zu Kollegen und Patienten als Ressource für sich nützen und bei Konflikten heute gelassen bleiben kann:

*„[...] wenn ich gute Begegnungen hatte, mit Patienten auch, auch mit den Kollegen, oder wenn ich halt gemerkt habe, so, die zicken mal wieder 'rum, und dann denke ich, ach, brüllt euch an, macht, was ihr wollt, aber ich bleibe dann so bei mir, so, das gibt mir einfach so ein Gefühl von Sicherheit, also nicht nur Zufriedenheit, also im Arbeitsprozess ist das dann auch so ein Gefühl von Sicherheit. Das mich da eben so schnell nichts aus den Schuhen haut.“ (Frau Zimmermann, Z. 484 ff)*

Frau Zimmermann hatte darüber geklagt, wie ich weiter oben dargestellt hatte, dass es sie während ihrer Erkrankung viel Kraft gekostet hatte, sich auf die Patienten einzustellen. Interessant ist also, dass sie nun aus positiven interpersonellen Beziehungen zu Patienten wiederum neue Energie schöpfen kann. Der andere Aspekt ihrer Lösung besteht darin, dass sie innerlich nun mehr Distanz zu den interpersonellen Konflikten mit ihren Vorgesetzten aufbauen und gelassener bleiben kann. Wie ihr das gelungen ist, darauf gehe ich im Kapitel 7.7 näher ein. In der veränderten Einstellung von Frau Zimmermann

sind nun Parallelen zu der Haltung von Frau Frey aus der Kontrastgruppe zu sehen, auf die ich weiter unten eingehen werde.

Herr Bäumer ließ sich in eigener Praxis nieder. Dort konnte er gute interpersonelle Beziehungen sowohl zu seinen Praxisangestellten als auch zu den Patienten aufbauen, womit es ihm sehr gut geht. Er beschreibt seine Wahrnehmung der Teamsituation:

*„Na, diese hierarchischen Strukturen habe ich halt nicht. Und wir machen hier ja auch so eine ganz gute Gemeinschaft. Also hier mit meinen Mitarbeitern habe ich erst mal Glück natürlich, weil die gut mitdenken und machen, und wir machen das auch mehr so horizontal als von oben nach unten. Also im Prinzip war die Arbeitszeit jetzt nicht zu Ende, aber wenn dann mal viel zu tun ist, bleibt sie eben auch mal 'ne Stunde länger. Ich schreib' das auch nicht auf hier.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 541 ff)*

Auf die Frage, was ihm an seiner derzeitigen Tätigkeit Freude mache, antwortet er:

*„Na, dass ich mittlerweile in den letzten drei Jahren die Patienten so gut kennen gelernt habe, dass ich viele Sachen nicht mehr fragen muss, sondern wenn die 'reinkommen, weiß ich, was los ist, die Familienzusammenhänge hier, B. ist eben DORF, ja, wer mit wem, und wie verschwippt, verschwägert, und dass man so die Familiengeschichten kennen lernt. Im Krankenhaus war ja eigentlich immer so Schnelldurchlauf, Herzinfarkt behandeln, 'raus. Und hier bin LANDARZT, ja ich mache auch die Hausbesuche, und dann freuen die sich, wenn ich dann komme, auch manchmal beim Gespräch, Tasse Kaffee, und ach, war schön, dass Sie da waren.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 149 ff)*

Auch hier gibt es nun Parallelen zu Personen aus der Kontrastgruppe (zu Herrn Schramert und Frau Glocke, siehe weiter unten), in den Werten und Haltungen den Angestellten und Patienten gegenüber.

Frau Schneider wechselte in eine ärztliche Kontrollbehörde und hat dort inzwischen selbst eine Führungsposition inne. Sie ist dort sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit und sieht sich als Koordinatorin und Ratgeberin:

*„[...] und für mich ist wichtig, von den anderen, ich sage mal, so als Wegweiser, die sollen alle ihre Arbeit machen, und wenn sie dann Probleme oder Fragen haben, hier ist der Ansprechpartner, dafür bin ich da, um das dann in die richtigen Wege zu leiten [...].“ (Frau Schneider, Z. 894 ff)*

Herr Sperling beschreibt, dass sich seine Arbeitsweise und sein Umgang mit anderen Menschen nach seiner Burnout-Erkrankung sehr verändert haben. Er legt auch bei seinen Mitarbeitern Wert darauf, dass sie sich nicht überarbeiten. Durch eine gute Teamarbeit und gegenseitige Entlastung kann er heute seine weiterhin extrem hohe Arbeitsbelastung verkraften:

*„[...] von der vermeintlichen Arbeitsbelastung ist es nicht weniger. Weil es ist diese sublatente Präsenz gewesen. Immer präsent zu sein. Ich habe trotzdem mit der Assistentin ausgemacht, ich gehe mittags dann zwei Stunden nach Hause. Oder wir haben uns dann gegenseitig beobachtet und gesagt, komm, jetzt bist du dran, ich bin stark, du hast schon zu lange, wieso bist du denn um fünf Uhr noch hier? Jetzt geh auch mal um drei, ich bin heute stark und entlaste das. Also wir, ich bin diesbezüglich auch achtsamer, oder versuche achtsamer meinen gesamten Mitarbeitern gegenüber zu sein. Ja, und da das ganze Team mit zu entschleunigen. Wahrscheinlich habe ich die früher auch zu sehr beschleunigt. Ich versuche jetzt so das gesamte Team mit zu entschleunigen. Zu sagen, nee, den Arztbrief, den musst du jetzt nicht schreiben, das kann ich dir auch abnehmen oder dann bleibt es liegen. „Ja aber, ich habe“ - nee, ich sage, das muss jetzt nicht sein, komm, ist schönes Wetter, geh' mal Rad fahren. Und das krieg' ich irgendwann dann auch zurück.“ (Herr Sperling, 2. Interview, Z. 316 ff)*

### 7.5.5 Kontrastgruppe

In der Kontrastgruppe zeigt sich, dass hier alle Interviewpartner von guten sozialen Beziehungen im Arbeitsbereich berichten.

Im Krankenhausbereich ist der Einfluss, den der Einzelne auf die Gestaltung der sozialen Beziehungen nehmen kann, im Vergleich zu den Ärzten in eigener Praxis deutlich eingeschränkt, da die Akteure hier nicht die Möglichkeit haben, die personelle Zusammenstellung der Abteilungen zu beeinflussen. Eine ausführliche Darstellung, wie es trotzdem gelingen kann, interpersonelle Probleme mit Vorgesetzten so zu verarbeiten, dass die seelische Gesundheit erhalten bleibt, findet sich im Fallporträt von Frau Mündel im Kapitel 7.7.5.

Frau Frey ist ebenfalls im Krankenhaus tätig. Es ist ihr gelungen, die interpersonellen Beziehungen mit den Vorgesetzten, Kollegen und Patienten in einer für sie positiven Weise zu gestalten. Sie versteht es, sich den Personen anzupassen und gelassen zu bleiben:

*„Ich hab' jetzt in den Jahren schon gemerkt, dass ich jetzt nicht so eine Person bin, die überall aneckt, das heißt, ich komm' schon auch irgendwie klar und find' meinen Weg mit allen meinen Vorgesetzten die hier sind. Woran das liegt, sicherlich einerseits, weil ich eben jetzt nicht, nicht, ja den Konflikt immer suche, sondern versuche dann eben auch Kompromisse zu schließen, für mich auch, ja, wahrscheinlich hab' ich, muss man überlegen, wahrscheinlich habe ich da auch schon irgendwelche Schutzmechanismen aufgebaut und weiß, okay, bei dem einen muss man eher so, bei dem anderen eher so und so kriegt man das raus.“ (Frau Frey, Z. 284 ff)*

*„Na ja, und mit dem Pflegepersonal, das ist ja auch wie im Privaten, bei einer Beziehung, man guckt ja, wer wie wo, wie man zurechtkommt, wer passt zu wem, und also ich schätze es so ein, dass ich eigentlich mit fast allen einigermaßen klarkomme. Und so finde ich, soll es auch sein. Das soll ja auch ein Miteinander sein [...]“ (Frau Frey, Z. 309 ff)*

Sie legt Wert darauf, dass sie zu den Patienten in gutem interpersonellem Kontakt ist:

*„[...] er soll ja auch merken, dass, dass ich jetzt hier nicht nur meinen Beruf ausübe, sondern dass das auch wirklich zum Teil richtiges Interesse ist. Das da mit dem Altersunterschied, wenn hier 80jährige liegen, dass die natürlich viel mehr Lebenserfahrung haben und dann auch denken, okay, gerade als Berufsanfänger war das noch extremer, dass die natürlich dann denken, das junge Mädels da, was soll die mir jetzt erzählen, das ist, muss man sicher auch berücksichtigen, aber ich hoffe schon, dass das in der Regel 'rüberkommt, dass die dann auch merken, dass das ein wirkliches Interesse auch ist.“ (Frau Frey, Z. 62 ff)*

Eine andere Situation ist für die Ärzte in eigener Praxis gegeben. Die Angestellten und Kollegen werden von diesen Akteuren teilweise ganz bewusst danach ausgewählt, dass eine harmonische Zusammenarbeit möglich ist. Ein Beispiel für diese bewusste Gestaltung bietet Herr Schramert. Er hatte seine Praxis vor vielen Jahren gemeinsam mit einem Freund gegründet und damit gute Erfahrungen gemacht. Dieser Freund ist nun in den Ruhestand getreten und Herr Schramert hat einen neuen Partner gesucht. Für ihn war es von sehr großer Bedeutung, dass er mit dem Kollegen die gleichen Werte und Lebensvorstellungen teilt, da seiner Meinung nach nur so eine gute Zusammenarbeit möglich ist:

*„Also die Überlegung ist so, dass ich Solidarität, Freundschaft sehr wichtig finde. Das kann man natürlich nicht mit jedem haben, das ist ja klar. Also mit meinem Freund damals, das wusste ich, das wird schon klappen, und mit Frank da jetzt, das wusste ich natürlich nicht, aber jetzt so nach den paar Tagen sehe ich das so, dass das auch klappt. Und die Gemeinschaftspraxis, die hat Vor- und Nachteile. Sie hat den Vorteil, dass man auch sehr zusammenwächst. Das ist schon so was wie eine Ehe oder so. Nicht, weil man auch nicht auf die Uhr gucken kann, und es hat auch keinen Sinn, auf das Konto und auf das Geld zu gucken was kommt, weil dann ist es schon zu Ende. Also es muss tatsächlich so sein, dass das Materielle, dass einem das nicht ganz so wichtig ist. ...mit meinem Kollegen, der jetzt aufhört,*

*habe ich irgendwo an Privatpatienten, also jedes Quartal ungefähr 3.000 € mehr verdient als er, nicht. Können Sie ja rechnen. 3.000 mal 4 ist 12.000 und das mal 20 Jahre, ist eine Menge Geld. Nicht, aber das ist irgendwo, es ist immer die Frage, was will ich denn, was will ich auch mit dem Geld, also man muss da schon über diese Geldschiene, das darf nicht im Vordergrund stehen. [...] Aber das ist ganz wichtig und es müssen auch irgendwo ähnliche Vorstellungen herrschen, also deswegen habe ich ihn ja besucht zu Hause, war gleich begeistert, [...] habe ich die Frau kennen gelernt, die Familie gesehen, ich fand das auch wirklich toll, wie er das macht, aber das sind so Dinge, ich glaube, das ist unabdingbar. Das muss schon irgendwo stimmen. Das heißt nicht, dass das andere schlecht ist, aber wenn man eine Gemeinschaftspraxis will, dann geht das in dieses Inhaltliche auch unbedingt rein. Wie man das Leben sieht und wie man auch leben möchte, und ja, das ist bei Frank, das ist nach dieser kurzen Zeit, das kann ich also jetzt schon sagen, das ist eben auch so da, haben wir sehr viele Ähnlichkeiten. Da sind so Grundansichten oder Grundeigenschaften, die sind eben auch da, sonst geht es nicht.“ (Herr Schramert, Z. 185 ff)*

In Hinblick auf die Aufteilung der Einnahmen fällt der Kontrast zu dem Beispiel von Herrn Grund auf, der eine ähnliche Situation beschrieben hat, der sich dadurch aber viele Jahre lang belastet gefühlt hatte, ohne dies zu kommunizieren.

Frau Gärtner benützt fast die gleiche Formulierung wie Herr Schramert, um ihr Verhältnis zum Praxispartner zu beschreiben:

*„Ja, wir sind wie ein Ehepaar. Und, sozusagen, ich bin auch der Verwalter, wie das so in der Familie ist, und bisher ging das ganz gut.“ (Frau Gärtner, Z. 32 ff)*

Auch die gute Zusammenarbeit mit den Angestellten ist für die Kontrastpersonen sehr wichtig. So beschreibt Frau Glocke, wie positiv sie das Team wahrnimmt:

*„Ja, also ich bin glücklich. Die (Angestellten) sind also wirklich ganz toll, beide. Sind schon älter und erfahren, also es gibt immer Kleinigkeiten, wo man denkt,*

*mein Gott, aber im Großen und Ganzen bin ich halt glücklich, und EINGEBETTET, also das muss man wirklich sagen.“ (Frau Glocke, Z. 187 ff)*

Es fällt auf, dass gerade die Ärzte, die sich als besonders zufrieden in ihrem Arbeitsleben darstellen, die guten interpersonellen Beziehungen zu ihren Patienten betonen. Dies ist beispielsweise bei Frau Glocke der Fall:

*„Ja, das läuft total gut hier. Also ich habe tatsächlich, glaube ich, so persönliche Beziehungen zu den Menschen. Natürlich nicht zu allen Patienten, das geht gar nicht, aber manche sind mir ans Herz gewachsen, ich denen wahrscheinlich auch, und so sucht man sich dann auch, nicht, und das finde ich irgendwie schön, wenn man denen dann auch ne Freude machen kann, natürlich hat das was mit Helfen zu tun. Wenn die krank sind, habe ich die Möglichkeiten ihnen zu helfen oder ihnen einen Weg zu zeigen, wie man vielleicht nicht wieder gesund werden kann, aber das Leiden vermindert oder so.“ (Frau Glocke, Z. 308 ff)*

Ähnlich stellt Herr Schramert seine Beziehungsgestaltung mit den Patienten dar:

*„Und das führt dazu, dass man hier, ähnlich vielleicht wie auch Ihre Tätigkeit, dass man sich sehr nahe kommt, das hat Vor- und Nachteile, aber ich habe mit der Nähe eigentlich nie Probleme gehabt, ich finde es eigentlich eher schlimm, wie wenig Nähe heute oftmals in unserer Gesellschaft, aber gut, da muss sie auch durch, aber ich mag eigentlich dann eher die Nähe und ich steh da auch zu. Ich nehme die Leute auch mal in den Arm, wir weinen auch mal zusammen, passiert auch mal, nicht jeden Tag, aber das kommt auch vor, aber damit fühle ich mich insgesamt aber auch gut.“ (Herr Schramert, Z. 287 ff)*

Beide lehnen das paternalistische Patienten-Arzt-Verhältnis ab und behandeln den Patienten als autonome Personen:

*„[...] eher ein Miteinander, eher so wie, ich habe das Wissen, ja tatsächlich, und das stelle ich zur Verfügung. Also ich würde auch nie einen Patienten, wenn ich*

---

*merke, der will irgendwas nicht, dann muss er das nicht nehmen, dann erkläre ich ihm, das ist die schulmedizinische Sicht, die ich ihm anbiete und auch empfehle, ich kann mich da ja äußern dazu, und sage denen dann auch, wenn Sie meinen, dass das nicht okay ist oder Sie wollen woanders hin oder eine andere Form suchen, sage ich, das ist auch in Ordnung, und trotzdem können Sie auch zu mir kommen. Also Sie können sich auch umentscheiden oder den Teil Schulmedizin nehme ich, den Teil eben nicht, oder da nehme ich meine eigenen Wege.“ (Frau Glocke, Z. 308 ff)*

*„[...]das andere ist, dass ich mich hier mit den Patienten auch sehr wohl fühle und sie sehr gerne betreue und sie auch von meiner Warte her ehrlich betreue und eben sage was ich denke, und wenn die Patienten irgendwie etwas anders sehen und wir darüber gesprochen haben, dann finde ich das auch schön, wenn das so letztlich gemacht wird, wie die Leute das wollen. Also ich habe da gar keinen Zwang. Also wenn da einer kommt und ist krebskrank oder hat einen Herzinfarkt und möchte irgendwelche Therapien nicht so gerne aus irgendwelchen Gründen, dann hat mir das eigentlich nie irgendwas ausgemacht wenn der sagt, nee, ich will das eigentlich nicht so gerne. Nicht, und dann macht man seine Notiz in der Akte und sagt, nach treffen wir uns vielleicht noch mal in zwei Wochen oder in vier Wochen und dann ist das ein entspanntes und eigentlich sehr schönes Arbeiten und auch sehr dankbares Arbeiten, weil man hat ja diesen Druck gar nicht, irgendwas machen zu wollen, was irgendwo steht, was vielleicht irgendwo steht, was vielleicht gesund und gut ist, leitliniengerecht oder so, das ist alles auch wichtig, aber es ist für den einzelnen immer wichtiger, dass er vielleicht aus einer persönlichen Situation heraus das anders entscheidet. Und dann ist der Arzt dann im Stress, wenn er meint, das MUSS so sein oder so, das lernen wir ja irgendwie auch, und das andere lernen wir eigentlich eher nicht, dass man kompetent ist, dass man absolut informiert ist, und dass man dann aber auch gelassen ist und locker lässt und sagt, er muss es ja letztlich selber wissen. Und das man dann eben nicht ein schlechtes Gewissen macht sondern dass man sagt, okay, ich würde es jetzt nicht machen, wenn ich du wäre oder wenn du mein Bruder wärest, aber du musst es so machen, und dann gut, dann bestellt man ihn*



*halt wieder, nicht, man lässt ihn nicht los, sondern man bestellt ihn ja wieder.“ (Herr Schramert, Z. 267 ff)*

Er betont hier, dass er sich belastet fühlen würde, wenn er dem Patienten gegenüber darauf bestehen würde, die Behandlung leitliniengerecht durchzuführen, wenn der Patient diese für sich ablehnt. Da er seinen Patienten die Freiheit der Entscheidung bei guter Beratung gibt, fühlt er sich entlastet.

Konflikte mit Patienten werden in einer Weise gelöst, die sowohl die Rechte des Patienten als auch die Belange des Arztes bedacht werden. Beispielhaft beschreibt Frau Glocke ihren Weg, mit den Forderungen von Patienten umzugehen:

*„Also es gibt natürlich eindeutig richtig fordernde Patienten, das finde ich irgendwie unschön, da reagiere ich unangenehm drauf, und da versuche ich irgendwie so eine Haltung dazu zu finden, so nach dem Motto, okay, das sind Patienten, dann gucke ich, ist die Forderung berechtigt, also ist da jetzt einerseits was Medizinisches, weil ich merke, so fordernde Menschen oder die irgendwas, da mache ich dann auch so eine Distanz von mir aus zu denen, und dann gucke ich, was ist da Medizinisch für mich möglich, dass ich natürlich auch nichts verabsäume, das gebe ich, biete ich an, und dann, entweder die lassen sich drauf ein oder sie kommen nicht wieder, das gibt es ja auch.“ (Frau Glocke, Z. 334 ff)*

#### **7.5.6 Fazit**

Aus den Interviews lässt sich der Schluss ziehen, dass Störungen der interpersonellen Beziehungen im Arbeitsbereich eine sehr wesentliche Rolle bei der Entstehung des Burnout-Syndroms spielen. Hinzu kommen zwar meist eine hohe Arbeitsbelastung und häufig eine Entgrenzung, diese allein führen aber in den beobachteten Fällen nicht zu einem Burnout-Syndrom.

Eine ganz wesentliche Rolle dabei spielt dabei das Verhalten der Vorgesetzten beziehungsweise der Praxispartner. Werden diese als hilfreich und wertschätzend wahrgenommen, können auch große Belastungen verkraftet werden.

Es fällt bei den Berichten der Interviewpartner aus der BOS-Gruppe auf, dass sie keine

Entlastung durch positive interpersonelle Beziehungen im Arbeitsbereich finden konnten, und auch die Beziehungen im Privatleben wurden während des Burnout-Syndroms durch die Problematik mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Die Interviewpartner, die sich als zufrieden mit den Arbeitsbedingungen beschreiben, schildern als bedeutsam das Erleben von positiven interpersonellen Beziehungen, meist sowohl im Berufsleben als auch im Privatleben. Auf das Erleben des Privatlebens gehe ich im Kapitel 7.7 ein.

Das dieses Kapitel illustrierende Fallporträt „Frau Mildner“ wurde hierfür ausgewählt, da Frau Mildner eine wesentliche Ursache für ihre Erkrankung in einem dauerhaften Konflikt mit ihrer Vorgesetzten und einem Kollegen sah.

### 7.5.7 Fallporträt Frau Mildner

Frau Mildner ist Anästhesistin und seit vielen Jahren als Oberärztin in leitender Funktion tätig. Sie ist 52 Jahre alt und ledig. Zu ihren Aufgaben gehörte es, während Operationen die Narkosen durchzuführen, den organisatorischen Ablauf im anästhesistischen Bereich festzulegen, die Chefärztin bei deren Abwesenheit zu vertreten und während der Rufbereitschaft für Fragen der diensthabenden, weniger erfahrenen Anästhesisten zur Verfügung zu stehen. Im Gegensatz zu den anderen Personen aus der Gruppe der vom Burnout-Syndrom Betroffenen fühlte sich Frau Mildner nicht durch übermäßig viel Arbeit beeinträchtigt. Auch die Rufbereitschaftsdienste erlebte sie nicht als sehr anstrengend:

*„[...] aber wir sind jetzt eigentlich gar nicht so schlecht besetzt. Ich hatte jetzt nur Rufbereitschaftsdienste in den letzten vier, fünf Jahren, ja, eigentlich ja. Und ich habe auch nur sechs Dienste im Monat gehabt. Eigentlich das, was ich wollte. Und von der Arbeitszeit, eigentlich nur relativ selten oder wenig Überstunden.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 736 ff)*

Durch ihre Position war sie aber gezwungen, eng mit der Chefärztin und den Kollegen zusammenzuarbeiten. Dies erwies sich im Laufe der Jahre als immer schwieriger. Frau Mildner fühlte sich in ihrer Position als erste Oberärztin verantwortlich für den regelrechten Ablauf der Abteilung. Deshalb versuchte sie, ihre Vorstellungen von

reibungsloser Organisation umzusetzen, was ihr aber nicht gelang, da sie keine Einigkeit mit ihrer Vorgesetzten herstellen konnte. So versuchte Frau Mildner beispielsweise immer wieder, eine sinnvolle Dienstplanung durchzuführen, was aber jeweils von ihrer Chefin verhindert wurde, und im Anschluss daran fühlte sie sich von der Chefin wegen der schlechten Arbeitsorganisation kritisiert. Dadurch wurde aus dem Sachkonflikt ein Beziehungskonflikt:

*„Meine Chefin hat also alle sich den Urlaub eintragen lassen, auf einmal standen für den Monat Juli fünf Leute mit Urlaub drin und wir waren nur sieben. Da habe ich gesagt, Marion, das geht doch aber so nicht, du musst doch irgendwann zu irgendjemand sagen, nein, zu dem Zeitpunkt können Sie keinen Urlaub nehmen, da stehen schon drei drin, wir sind ja dann nicht arbeitsfähig. Na ja, aber das müssen die doch selber wissen, und dann stand sie auf einmal da, wie sollen wir das jetzt abdecken, die ganzen Säle, auf einmal brach eine Welt zusammen! [...] Ich sage, Du kannst doch nicht alles selber machen, das geht doch gar nicht, wir schaffen das nicht! Immer wieder war das so, immer wieder, dann habe ich gesagt, dann lass' uns doch jetzt ein Buch machen, wo wir eintragen, Urlaubsplanung [...] und wir sagen das dann auch so, wenn eben schon zwei oder drei da drin stehen, dann kann eben nicht der vierte sich eintragen und dann heißt das nein! [...] ich sage, Marion, dann lass' mich das machen, und misch' Dich da nicht mehr ein! Dann lass' diesen unliebsamen Part mich übernehmen, ich mache das, aber lass' es mich machen! [...] Dann habe ich das gemacht, guckte ich mich um, dann hat sie doch wieder frei gegeben. [...] Damit hat sie mich immer wieder in Frage gestellt, aber wenn es dann wieder in die Situation kam, wo das nicht funktionierte, dann hat sie, also Waltraud, wir müssen das jetzt aber ANDERS machen, Waltraud! Also wir müssen jetzt aber konsequent sein, WIR! WALTRAUD, WIR MÜSSEN KONSEQUENT SEIN!“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 630 ff)*

Frau Mildner konnte ihre Vorstellungen von Arbeitsorganisation also nicht durchsetzen, und der ständige Wechsel der Positionierung der Chefärztin in Konfliktsituationen verwirrte sie sehr. Sie gab sich selbst für die problematische Situation zumindest

teilweise die Schuld, da sie meinte, dass es anderen Menschen möglich war, mit der Chefin ein tragfähiges Arbeitsbündnis durchsetzen zu können. Somit entwickelte sich zusätzlich ein intrapsychischer Konflikt, da sie immer mehr an sich selbst zweifelte:

*„Ich saß manchmal da, wissen Sie, wie ich mich gefühlt habe? WIE AUF EINEM KARUSSELL! Das sich so schnell gedreht hat, und ich wusste gar nicht, wo ich mich da festhalten soll! Ich wusste [...] ja heute nicht, ob morgen noch das stimmt, was sie mir gestern gesagt hat! [...] Und ich habe immer wieder versucht, das zu ändern, aber ich habe anscheinend irgendwo nicht genug, wie soll ich denn das sagen, Energie oder Kraft oder Überzeugungskraft oder Argumente, ihr das so klar zu machen, meinen Standpunkt so zu sagen, dass ich sage, SO, MIT MIR NICHT! ICH WILL VON DIR, DASS DU MIR KLAR SAGST, WAS DU MÖCHTEST, DASS DU DAZU STEHST UND ICH MACHE NUR DAS, wo ich also sagen kann, das kann ich also auch verantworten. Und alles, was darüber hinausgeht, das mache ich nicht mehr. [...] Und andere sagen nein, bis hierher und nicht weiter!“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 683 ff)*

Auch in anderen Bereichen zeigte sich der Wechsel der Konfliktebenen. So versuchte die beruflich sehr engagierte Frau Mildner, Neuerungen durchzusetzen und erlebte hier wiederum einen sie erschöpfenden Sachkonflikt mit ihrer Chefin. Hieraus entwickelte sich zusätzlich ein Beziehungskonflikt mit den Schwestern:

*„[...] wenn ICH irgendwas durchsetzen wollte oder erreichen wollte bei der Chefin, was weiß ich, neue Therapien, andere Narkoseformen, [...] immer wenn so was von mir gekommen ist, hat mich das ganz viel Energie und ganz viel Kraft gekostet, das bei ihr durchzusetzen, dass wir das machen. Sie ist also immer diejenige gewesen, die dann eher gesagt hat, brauchen wir nicht [...] aber ich war eben sehr viel zu Fortbildungen über einen ganz langen Zeitraum und habe aber gehört, dass das, ja, irgendwo doch Standard oder doch für die Zukunft Standard wird, und da wollte ich persönlich nicht, dass wir dann irgendwo da hinten runterfallen, sondern ich wollte eher zu denen gehören, die nach vorne gehen. Nicht jede Sache, wir sind keine Universität, [...] aber Sachen, wo ich*

*gedacht habe, das ist etwas, was zu uns passen würde, was also da auf jeden Fall wichtig sein könnte. [...] Und dadurch, dass aber die Schwestern oft merken, dass die Chefin eher dann nachgibt und dass ja manchmal Neues bedeutet, Fremdes bedeutet, mehr Arbeit bedeutet, unbequem ist, sich mit so was zu beschäftigen, haben die ganz oft gesagt, Chefin, ist doch sowieso Mist, das brauchen wir nicht und so! [...] Und das hat mich geärgert, damit komme ich schlecht zurecht.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 757 ff)*

Als weiteres Problem kam hinzu, dass sie bei einem Kollegen erlebte, dass dieser sich auf Grund seiner andersartigen Umgangsformen deutlich besser durchsetzen konnte als sie selbst. Er zeigte ein Verhalten, dass sie als abwertend wahrnahm und somit ablehnte. Er hatte aber Erfolg damit, während sie mit ihren „höflichen“ Verhaltensweisen von den anderen „nicht ernst genommen“ wurde. Hier zeigen sich also wiederum ein Beziehungskonflikt und ein intrapsychischer Konflikt:

*„Und jetzt haben wir also diesen jungen Kollegen, der ist fachlich sehr gut, der ist rhetorisch sehr gut, der macht klare Aussagen, klare Ansagen, der ist sehr direkt [...], aber ich versuche eigentlich immer etwas vorsichtig zu sagen, habe aber manchmal gemerkt, wenn ich Sachen sehr höflich, sehr nett sage, da habe ich manchmal das Gefühl, das die mich dann nicht verstehen oder nicht verstehen wollen oder denken, ich meine das nicht ernst. Und sehe jetzt bei dem Kollegen, wenn der jemanden so richtig zur Schnecke macht und einen beleidigt und den also wie den letzten Dreck behandelt, da zucken die auf, merken auf und auf einmal geht das. Da habe ich mir gedacht, wieso bei mir nicht? Da muss ich doch irgendwas verkehrt machen? [...] Dieser Kollege, der kann also mit Leichtigkeit Sachen erreichen bei meiner Chefin, die ich nicht erreiche. Das ärgert mich. Das ÄRGERT MICH SO, das macht mich so richtig wütend, das macht mich wütend auf meine Chefin und ja, ärgerlich oder unzufrieden gegenüber dem anderen. Bloß, der nutzt nur seine Möglichkeiten, die er hat. Und kommt damit eben dahin, wo er hin will, UND ICH NICHT! Und da frage ich mich, warum nicht, was mache ich falsch? Irgendwas muss ich ja verkehrt machen, dass ich das nicht erreiche. [...] Und dann bin ich unzufrieden mit mir.“ (Frau Mildner, 1. Interview,*

Z. 745 ff)

Noch verstärkt wurde die Problematik dadurch, dass der Kollege sich weigerte, mit ihr zu reden:

*„[...] aber der hatte mir ja seit über einem Jahr die Kommunikation verweigert, und ich konnte das nicht lösen. Ich habe mit ihm gesprochen, unter vier Augen, ich habe gesagt, passen Sie auf, wenn Sie privat mit mir nichts mehr zu tun haben wollen, dann ist das eine Sache, damit kann ich leben, und das müssen Sie ja auch nicht. Aber ich sage, wir müssen dienstlich miteinander umgehen können, weil, er ist OP-Manager, der organisiert also alles, was mit dem OP zu tun hat, und ich bin 1. Oberärztin, wir MÜSSEN miteinander kommunizieren können, und der hat einfach gesagt, er macht das nicht!“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 132 ff)*

Sie verlor in der Folge zunehmend den Glauben an ihre Fähigkeiten, und gleichzeitig wurden ihr von der Chefin wichtige Informationen vorenthalten, die sie in ihrer Funktion als erste Oberärztin hätte bekommen müssen. Die Schilderung der Gesamtsituation erweckt den Eindruck, dass die interpersonellen Konflikte zu verstärkten intrapersonellen Konflikten führten, was sich wiederum auf die interpersonellen Konflikte verstärkend auswirkte und sie dadurch schließlich ihre Aufgaben als leitende Oberärztin nicht mehr erfüllen konnte:

*„Und dann fühle ich mich eben unfähig und fehl am Platze und dann denke ich, ich kann meine Funktion, die ich da habe, eben nicht ausfüllen. Dass ich da nicht gut genug bin. Ich habe einfach nicht mehr an mich geglaubt. Ich habe einfach nicht mehr an meine Fähigkeiten geglaubt. Weil ich auch keine Signale entweder nicht erkannt habe, oder nicht wahrgenommen habe, die mir irgendwo gezeigt haben, dass ich schon was kann, und [...] ich habe mich irgendwo ins Abseits gestellt gefühlt. Meine Chefin hat ganz viele Sachen nicht mehr mit mir besprochen, ich weiß über manche Sachen gar nicht Bescheid, da kommen irgendwelche Entscheidungen, da sagt sie, das hättest du aber wissen müssen oder so ungefähr, das bespricht sie dann aber mit dem anderen Kollegen oder sie spricht auch mit irgendjemand anders, aber mit mir, aber ich habe das auch*

*angesprochen, ich habe gesagt, Marion, ich fühle mich jetzt irgendwie außen stehend. Kannst Du mir mal erklären, woran das liegt, was ich ändern soll? Du brauchst gar nichts zu ändern. Waltraud, du bist ein Gutmensch, und du kannst nicht organisieren.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 812 ff)*

Frau Mildner entwickelte in der Folge zunehmende Selbstzweifel und Anhedonie. Sie fühlte sich durch die Konflikte aus dem Arbeitsbereich so erschöpft, dass sie sich immer mehr zurückzog, was sich auch auf die Arbeit auswirkte.

*„Und wofür aber meine Kraft oder mein Elan dann nicht mehr gereicht hat, ich habe manchmal gedacht, dass ich irgendwie nicht genüge, dass ich irgendwie also meine Sachen nicht richtig mache, nicht vollständig mache, dass ich mit Menschen nicht mehr richtig umgehen kann, und habe mich dann auch arbeitsmäßig etwas zurückgezogen und habe mich dann sicher auch irgendwie anders verhalten, war dann also nicht mehr so aufgeschlossen, habe dann weniger gesprochen, und dann war das so, dass ich mich so eingegelt habe, dass alles um mich herum nur noch grau und schwarz und ich konnte nicht mehr richtig lachen, ich konnte mich über das, was ich normalerweise ausgesprochen schön finde, Natur, Sonne, Vogelzwitschern, konnte ich alles nicht mehr genießen, ich hatte da keinen Spaß mehr dran.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 59 ff)*

Die Gedanken an die Arbeit ließen sie auch in der Freizeit nicht los, so dass ich dies als „Innere Entgrenzung“ zu bezeichnen möchte:

*„I: Was ist dann passiert, wenn Sie dann freie Zeit hatten, was ist Ihnen dann durch den Kopf gegangen?“*

*M: Na immer irgendwelche Sachen mit der Arbeit in Zusammenhang. Das ich dann, da war ja jetzt auch noch mal ein neuer Kollege, immer so eher so zwischenmenschliche Probleme, mit denen ich irgendwo nicht zurechtgekommen bin. Wo ich überlegt habe, hast du da jetzt irgendwie dich richtig verhalten, war*

*das so okay oder hattest du da Unrecht oder hättest du das anders sagen müssen oder - so eben Sachen.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 743 ff)*

Um doch eine Grenze zur Arbeit ziehen zu können, zog sie sich in regressiver Weise zurück, indem sie ihre Freizeit im Bett, fernsehend und essend verbrachte:

*„Dann wurde ich dann zunehmend müde, so nach der Arbeit habe ich dann gedacht, ich muss mich ausruhen und habe dann versucht abzuschalten und die Arbeit zu vergessen, indem ich gedacht habe, so, jetzt kannst du dich hinlegen und schlafen. [...] Dann habe ich mich aber nicht einfach ins Bett gelegt und geschlafen, das wäre dann ja auch noch vernünftig gewesen, sondern, um dann also komplett woanders hingeführt zu werden, habe ich dann also auch den Fernsehapparat dazu angeschaltet. Und zur, ja, Selbstbefriedigung und zur Erfüllung von, zur Selbstbestätigung, dann eben unter anderem gegessen, was ja von vornherein, was ich auch wusste, dass das für mich nicht gut ist, weil ich sowieso übergewichtig bin und ich einen Diabetes entwickelt habe und der mit Sicherheit auch mit meinen Essgewohnheiten zu tun hatte. Also hätte ich das nicht gemacht, wäre der Diabetes vielleicht irgendwann später, viel später aufgetreten, aber durch falsche Essgewohnheiten und außerdem zu wenig Bewegung, weil ich ja nicht mehr raus gegangen bin, hat sich das natürlich noch verstärkt, diese Situation.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 20 ff)*

Da es ihr zunehmend schlechter gelang, zumindest zeitweise auf diese Verhaltensweisen zu verzichten, konnte sie schließlich ihren Haushalt nicht mehr versorgen:

*„Und jetzt, zum Schluss war das aber so, dass ich mich messiehaft sozusagen verhalten habe, und mein Haushalt völlig zum Erliegen gekommen ist und ich mir immer wieder vorgenommen habe, jetzt machst du das, jetzt willst du wieder Ordnung haben, willst dich wieder wohl fühlen in deiner eigenen Wohnung, [...] weil ich das eigentlich liebe, ich habe das eigentlich gerne, wenn das gemütlich ist und man sich wohl fühlt und wenn man Gäste in seine Wohnung lassen kann und sagt, ja, das ist meine Wohnung und das ist schön. Und das konnte ich dann*



*alles gar nicht mehr. [...] Dann habe ich also immer wieder versucht, Putzmittel zu kaufen, freitags, so, du hast dieses Wochenende frei, nimmst du dir das und das vor, aber heute ruhst du dich noch mal aus. [...] Das wurde ja immer mehr und immer mehr.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 108 ff)*

Da sie der Meinung war, dass sie sich kein Vergnügen gönnen dürfe, so lange sie ihre Arbeit nicht zu ihrer Zufriedenheit verrichten konnte, verbot sie sich auch Hobbys:

*„(Hobbys) Habe ich komplett fallen lassen, habe also gar nichts mehr gemacht, ich habe mir das auch irgendwie verboten, weil ich immer gedacht habe, erst musst du das und das machen, erst musst du alles das erledigen, was mit deiner Arbeit zu tun hat, und dann darfst du das machen was Spaß macht. Das einzige, wo ich also immer noch so gedacht habe, das musst du unbedingt machen, das war eben mit Sport, was, weil das ja mit körperlicher Belastbarkeit zu tun hat, damit ich in meinem Beruf einfach beweglich und körperlich arbeitsfähig bleibe. Das habe ich mir also dann zugestanden, aber das habe ich dann auch nicht mehr gemacht, letzten Endes.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 928 ff)*

Frau Mildner sieht in der Entgrenzung im Nachhinein ihre Erklärung für die Problematik:

*„Weil ich unzufrieden war mit mir selbst, weil ich also nicht abschalten konnte oder keine Grenze setzen konnte zwischen Arbeit und Freizeit.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 377 ff)*

Es zeigt sich hier also ein intrapsychischer Konflikt: In ihrer Freizeit konnte sie die Selbstzweifel und die Gedanken an die Arbeit nur schwer abstellen. Ein Anteil ihrer Persönlichkeit strebte in der Folge danach, diese Konflikte durch regressives Verhalten zu verdrängen. Dies führte schließlich dazu, dass sie elementare Dinge wie die Sauberhaltung ihres Haushalts nicht mehr durchführen konnte. Gleichzeitig strafte sie sich für ihr Verhalten, indem sie sich ihr angenehme Dinge, wie zum Beispiel das Ausüben von Hobbys und den Kontakt zu anderen Menschen, verbot. Ein anderer Anteil ihrer Persönlichkeit strebte nach aktiver Bewältigung der Problematik, nach Reinhaltung

---

des Haushaltes, Kontakten zu anderen Menschen und gesunder Lebensführung. Erst durch die Therapie gelang es ihr, diesen Konflikt weitgehend zu lösen.

Frau Mildner beschreibt, wie es zu der Vermeidung von Kontakten zu Freunden kam:

*„Und ich habe dann also auch Freunde, die mich eingeladen haben, die mich also auch mochten, zugesagt, dass ich kommen werde, zu irgendwelchen Geburtstagen oder irgendwelchen Veranstaltungen, und habe mich eigentlich auch gefreut und WOLLTE das eigentlich auch so machen, und immer, wenn der Termin dann so weit war, was weiß ich, eine Stunde, zwei Stunden vorher, dann habe ich gedacht, ach nein, dann musst du da erst wieder hinfahren, dann musst du wieder zurück fahren, du fühlst dich eigentlich gar nicht so wohl und du wirst da sicherlich die anderen, die merken dann, dass es dir nicht gut geht und die werden auf deine Anwesenheit gar nicht so viel Wert legen und die merken auch gar nicht, wenn du nicht da bist, und hab' das dann ganz oft abgesagt, bei ganz vielen Menschen, also auch da, wo ich davon ausgegangen bin, dass die eigentlich schon mich nicht eingeladen haben, weil sie mich da NICHT sehen wollen, sondern irgendwo wollten, dass ich dazugehöre, und dass ich dabei bin.“*  
(Frau Mildner, 1. Interview, Z. 31 ff)

Frau Mildner war also auf dem Höhepunkt ihrer Erkrankung in allen Modellfeldern stark beeinträchtigt:

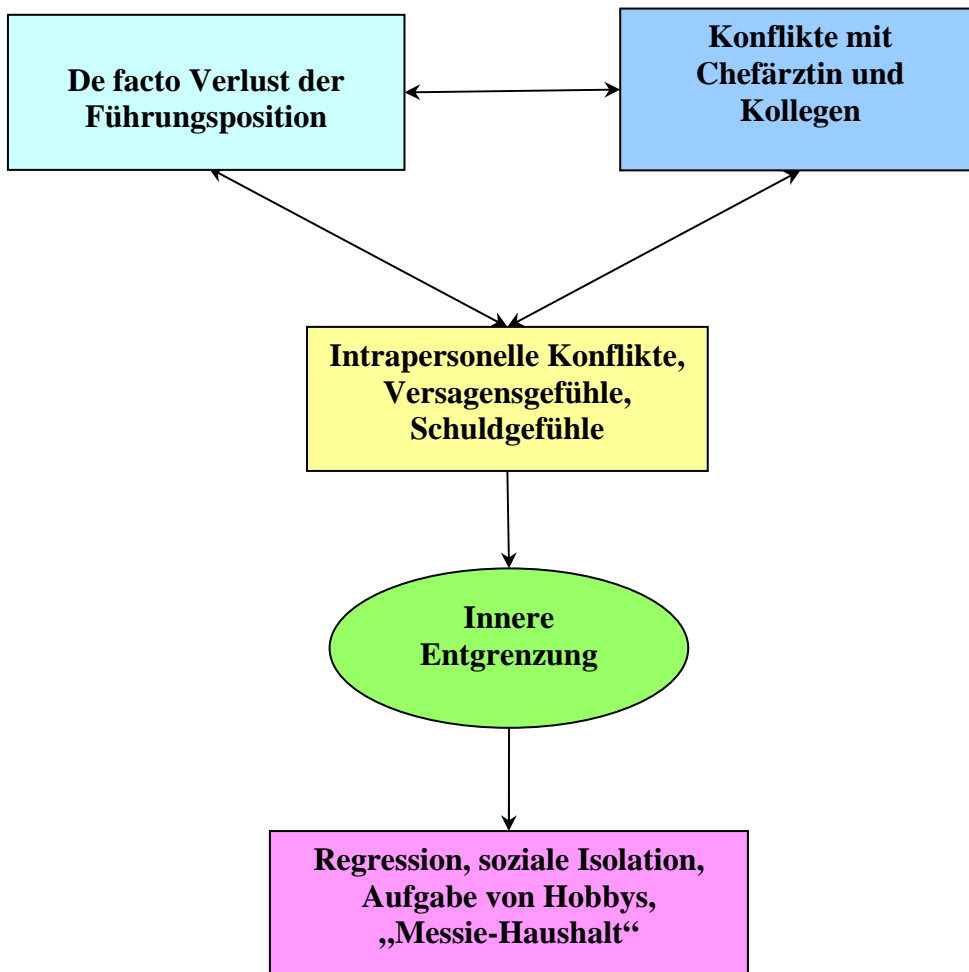


Abbildung 19: Darstellung der Situation von Frau Mildner vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

### **Geplante und durchgeführte Veränderungen nach der Therapie:**

Frau Mildner vermutete stark, dass es ihr auch nach ihrer Therapie nicht möglich sein würde, mit der Chefärztin und einigen Kollegen in einer für sie annehmbaren Weise zu arbeiten:

*„Also ich kann ja meine Chefin nicht mehr anders machen, ich kann den Kollegen nicht anders machen, ich kann nur an mir was ändern, das weiß ich. Und da bin ich am arbeiten. Aber so, wenn ich das nicht [...] kann, dann wird mir über kurz oder lang wahrscheinlich wieder dasselbe passieren, was schon gewesen ist, also*

*ich werde wahrscheinlich eher davon ausgehen, dass ich woanders hingeh. Weil ich an der Konstellation nichts ändern kann.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 846 ff)*

Auf Grund dieser Überlegungen hatte sie sich vorsorglich noch während ihrer stationären Behandlung auf eine Oberarztstelle in ihrer Heimatstadt beworben. Tatsächlich hatte sie sich dann auch zum Wechsel der Arbeitsstelle entschlossen, konnte diese allerdings erst etwa sechs Monate nach Abschluss ihrer Therapie antreten. Deshalb war es mir nicht möglich, ihre Erfahrungen in der neuen Position in die Studie einfließen zu lassen.

Als bedeutsam erscheint ihre Entscheidung, nicht wieder eine leitende Funktion übernehmen zu wollen, da sie in den Konflikten, welche aus ihrem Aufgabenbereich erwachsen waren, eine wesentliche Ursache für ihre Erkrankung gesehen hatte. Sie erhoffte sich also, in ihrer neuen Arbeitsstelle weniger belastet zu sein:

*„Eine Oberarztstelle, aber ohne leitende Funktion sozusagen. [...] ich denke, [...] es war ja nicht nur die Arbeit alleine, es war ja auch die Auseinandersetzung mit der Chefin, und in dem Moment denke ich mir, wenn ich also aus dieser Situation heraus bin, dass das auch einfacher sein wird. Nicht, dass ich da überhaupt gar keine Schwierigkeiten erwarte, es sind immer wieder Menschen da, das weiß ich schon, aber ich war ja auch an einer anderen Stelle, vorher schon, und hatte da einen Chef, mit dem hatte ich ja keine Probleme, [...] Und da hatte ich ja auch Auseinandersetzungen, bloß das waren Auseinandersetzungen, die wurden rein auf der Sachebene geführt und das waren Dinge, das war, wie soll ich das sagen, Diskussionen oder Debatten, die aber niemals irgendwas mit persönlichen Sachen zu tun hatten, sondern da ging es um reine fachlichen Entscheidungen.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 476 ff)*

Frau Mildner wollte nach der Therapie zunächst noch einige Monate - bis zu ihrem Wechsel in den neuen Arbeitsbereich – ihre bisherige Tätigkeit als erste Oberärztin weiterführen. Von der Geschäftsführung des Hauses wurde ihr aber deutlich gemacht, dass sie ihre Leitungsfunktion abgeben und nur noch als „einfache“ Oberärztin tätig sein

solle. Hiermit war sie nicht einverstanden und sie erkämpfte sich ihre angestammte Position für die letzten Monate ihrer Tätigkeit in dem bisherigen Krankenhaus. Sie hatte also neuen Mut geschöpft, um ihre Interessen zu vertreten:

*„Na ich habe zumindest eins gemacht, ich habe mich zur Wehr gesetzt. [...] Und am 26. August bin ich also in die Klinik bestellt worden zu einem Gespräch mit dem ärztlichen Direktor und mit der ökonomischen Leiterin. [...]. Und dann haben sie mich gefragt, ob ich mich imstande fühle, so die letzten Wochen, Monate, wieder als erste Oberärztin arbeiten zu kommen. Und da habe ich gesagt, ja, im Prinzip schon, aber warum sollte das auch nicht so sein? Na, ja, Frau Mildner, Sie wissen aber, dass die Situation keine andere ist als die zu dem Zeitpunkt, als Sie krank geworden sind. Und da habe ich gesagt, ja, das ist mir schon klar. [...] Ja, wir haben dann gedacht, um Ihren Therapieerfolg nicht zu zerstören und damit Sie also Aschaffenburg nicht in schlechter Erinnerung behalten nach fünfzehn Jahren, dass Sie dann als normale einfache Oberärztin für die letzten Wochen zur Arbeit kommen. [...] und dann habe ich gedacht, das ist eigentlich eine Unverschämtheit, das, was sie mir da angeboten haben, weil ich davon ausgegangen bin, wenn die gewusst haben, warum ich krank geworden bin, und nichts dagegen getan haben, dann ist es eine Unverschämtheit, mir jetzt anzubieten, mich zu degradieren für ein Vierteljahr und mir anzubieten, [...] als Oberärztin zu kommen, und mir zu sagen, dass ich Aschaffenburg nicht in schlechter Erinnerung behalten soll, das finde ich auch unverschämt, das ist also ein ganz unanständiges Angebot, so habe ich das jedenfalls gesehen. [...] Und dann habe ich mir eine Anwältin genommen, für Arbeitsrecht, und die hat mir dann also innerhalb von 48 Stunden sofort zur Verfügung [...], und dann hatte ich mich außerdem auch bei der Ärztekammer erkundigt, was ich da machen kann, [...] aber ich dachte, du musst zumindest zeigen, dass du nicht mehr einfach alles so mit dir machen lässt.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 66 ff)*

Dabei versuchte sie, das Problem des nicht mit ihr sprechenden Kollegen auf einer Sachebene zu lösen und dabei einen anderen Weg als den bisherigen einzuschlagen, indem sie sich rechtlich absicherte und die Problematik offiziell an die Betriebsleitung weiterleitete:

*„So, und dann bin ich wieder zur Rechtsanwältin gegangen [...] und dann habe ich gesagt, ich möchte, dass Sie das der Betriebsleitung so schreiben, dass ich also selbstverständlich wieder als erste Oberärztin zur Verfügung stehe, dass ich aber darauf aufmerksam machen möchte, dass mein Kollege, der Herr G., seit über einem Jahr die Kommunikation mit mir vermeidet, [...] dass ich versucht habe, darauf Einfluss zu nehmen, dass das nicht geht, dass mir das im privaten Bereich auch egal ist, aber dass das nicht geht im dienstlichen Bereich. Dass ich also darauf aufmerksam machen möchte, dass also, falls aus dieser Situation Patienten zu Schaden kommen, weil also bestimmte Informationen nicht weiter gegeben werden oder nicht kommuniziert wird halt eben, dass ich dann eben, wenn irgendwelche Forderungen Dritter an mich gestellt werden, dass ich da also die Verantwortung ablehne, weil ich über diese Situation die Betriebsleitung informiert habe.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 184 ff)*

Mit den anderen Kollegen des Hauses hatte sie nach ihrer Rückkehr überwiegend positive Erfahrungen gemacht:

*„[...] ich mache da meine Arbeit, und macht mir Spaß, also komme auch mit allen gut zurecht, und meine ganzen Kollegen aus den operativen Fächern zum Beispiel, ob nun männliche oder weibliche Kollegen, die haben sich eigentlich fast alle, nicht alle, das wäre ja ein bisschen übertrieben, aber sehr viele sich gefreut, dass ich wieder da bin, haben also sehr bedauert, dass ich weggehe, können mich aber verstehen, dass ich weggehe, einige waren da, die mich richtig gedrückt haben, ja, und die Schwestern sind eigentlich auch so, da habe ich überhaupt gar keine Probleme, auch nie gehabt, nachdem ich wieder angefangen habe zu arbeiten, die folgen mir mit allen meinen fachlichen Anweisungen, die reden mit mir, die sind also völlig so, als ob ich nie weg gewesen wäre. Also das ist absolut kein Problem. Die Kollegen aus meiner eigenen Abteilung, die sind sehr vorsichtig. Also im Beisein von meiner Chefin und im Beisein von dem anderen Kollegen, der jetzt im Moment krank ist, halten sie sich von mir total zurück, wenn wir unter vier Augen sind, dann geht das normal, aber sowie wir sozusagen als Abteilung irgendwo in der Gruppe da sind, halten sie sich zurück.*

*Aber gut, kann ich vielleicht auch verstehen, die müssen noch da bleiben, ich nicht, [...].“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 260 ff)*

Zum Zeitpunkt des zweiten Gespräches fühlte Frau Mildner sich sehr viel wohler in ihrem Arbeitsbereich. Auf die Frage, wo sie sich auf einer Skala von eins bis zehn, wobei eins ein maximales Unbehagen und zehn ein maximales Wohlbefinden darstellen sollte, einordnen würde, antwortete sie:

*„Ja, also vor der Therapie war ich, ja weiß ich nicht, bei 1 oder bei 1,5 oder so was, aber jedenfalls ganz furchtbar habe ich das empfunden. Ja, und jetzt, wie soll ich das sagen, also im Moment ist meine Chefin ja nicht da und der Kollege G ist auch nicht da, da ist das fast wie 9,5. Kann ich ja nicht sagen, wäre vielleicht ein bisschen übertrieben, und so lange meine Chefin da war und Herr. G., ja gut, da war es vielleicht 8,5 oder so.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 533 ff)*

Ihr nunmehr vorhandenes Wohlbefinden führte sie auf ihr verändertes Verhalten in Konfliktsituationen zurück. Sie kann nun gelassener reagieren, Konflikte treffen sie nicht mehr so stark wie früher:

*„Ich habe auf bestimmte Sachen anders reagiert. Ich bin eben cooler daran gegangen und habe das nicht so an mich rankommen lassen, habe manche Sachen ignoriert. [...]. Ich habe das nicht mehr so persönlich genommen und habe wahrscheinlich einfach meine Grenzen weiter gesteckt, so dass ich dann also auch vorher, früher, wie soll ich das sagen, nicht böseartig, ohne überzureagieren, da habe ich vorher mit anderen Worten oder anderen Reaktionen, das einfach nicht so weit an mich rankommen lassen.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 554 ff)*

Wichtig erscheint ihr für ihre Zukunft, Konflikte mehr auf der Sachebene zu bearbeiten und dabei rechtzeitig Grenzen zu setzen:

*„Also ich möchte ganz einfach weiterhin lernen und vor allen Dingen nicht wieder verlernen, dass ich also rechtzeitig genug Grenzen setze und bestimmte Sachen nicht so dicht an mich herankommen lasse, und andererseits, ja, wie soll ich das sagen, Konflikte anders austrage und nicht zu allen Sachen immer gleich ja sage sondern auf der Sachebene rechtzeitig genug sage, das ja, das nein, ohne da irgendwo, wie soll ich das jetzt sagen, zu emotional zu reagieren. Und dem anderen das eben verständlich und eben sachlich verständlich machen, dass man bestimmte Dinge eben nicht kann, jetzt, und dass der dann eben weiß, dass er das dann nicht immer wieder hinterfragen muss bei bestimmten Sachen. Dass ich sicherlich bereit bin für viele Dinge, aber manchmal eben aus bestimmten Gründen das nicht geht. Und das ich dann eben auch weiß, dass ich da auch Grenzen habe.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 582 ff)*

Sie hat als einen wesentlichen Faktor für die Dynamik der interpersonellen Konflikte erkannt, dass sie von anderen Menschen als zu nachgiebig wahrgenommen wurde, was sie nun ändern will:

*„Also im Prinzip mache ich es also eigentlich vielen Menschen ausgesprochen leicht und einfach. Und da hat er sich eigentlich lustig drüber gemacht. So. Und nun habe ich mir überlegt, also zu leicht und zu einfach soll man es den anderen ja wirklich nicht machen. Weil das führt ja dazu, das wahrscheinlich der andere denkt, dass die ein bisschen, also ich, dass ich ein bisschen dumm bin [...]. Weil meine Chefin hat mir ja mal gesagt, ich wäre ein Gutmensch. So, und mein Lieblingskollege hat auch gesagt, ich wäre zu gutmütig, ich wäre zu lieb, und na ja, immer einsichtig und so alles, und dann habe ich mir gesagt, dann bin ich das eben auch nicht mehr. Muss ich ja nicht.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 605 ff)*

Auch in ihrem Privatleben haben sich beträchtliche Veränderungen ergeben. Frau Mildner hatte sich entschlossen, wieder in die Nähe ihrer Herkunftsfamilie zu ziehen, um die sozialen Beziehungen besser pflegen zu können:



*„[...] dass ich da ja auch nicht einfach nur so hingeh, weil das eine andere Arbeitsstelle ist, sondern ich habe dann ja auch ein anderes Umfeld oder Hinterland, ich habe also Familie da, ich habe Bekannte da, ich habe Freunde da, da sind sogar einige ehemalige Kommilitonen, mit denen ich da zusammenarbeiten werde, die mich ja auch vom Studium her schon ein bisschen kennen, also die wissen in gewisser Weise schon, worauf sie sich da mit mir einlassen, und ich weiß das also umgekehrt auch.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 41 ff)*

Durch die Bekanntgabe ihrer Problematik hat sie die soziale Unterstützung ihrer Familie erfahren, was sehr wesentlich für sie ist. Besonders die Schwester ist eine wichtige Bezugsperson und eine Ressource für sie. Es zeigt sich gleichzeitig, dass Frau Mildner bereit ist, ihre Angelegenheiten selbst zu lösen:

*„[...] und meine Schwester, die ist jünger als ich, die hat dann aber zu mir gesagt, [...] diese Situation, dass bist nicht Du, und ich kann Dir aber nicht helfen. [...] Ansonsten hat sie gesagt, Du kannst sein wie Du willst und Du kannst im Prinzip fast alles machen, aber ich werde immer für Dich da sein, weil, Du hast mir auch schon sehr viel geholfen und zur Seite gestanden, Du brauchst nie Angst zu haben, dass Du nicht zu mir kommen kannst. Das war mir ganz wichtig. Und das ist erst mal so eine Ausgangsbasis, dass ich weiß, dass ich Hilfe habe, aber ich möchte das natürlich nicht nur beanspruchen, weil ich kann auch nicht von anderen Menschen mehr verlangen als sie auch imstande sind zu geben, [...] weil ich bin ja auch kein Kind mehr, ich bin ja erwachsen und irgendwo muss ich ja mit meinen 52 Jahren meine Dinge alleine regeln.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 910 ff)*

Sie hat in der Zwischenzeit notwendige Dinge regeln können, zum Beispiel hat sie ihre bisherige Wohnung vermietet und eine neue Wohnung nach ihren Vorstellungen eingerichtet. Sie konnte also nun das regressive Verhalten aufgeben und in angemessener Weise ihr Leben organisieren. Auch ihre Freizeit kann sie nun wieder in vielfältiger Weise nützen:

*„Zum Beispiel war ich gestern an meinem neuen Wohnort bei meiner Cousine, die hat da so eine kleine, wirklich ne winzige, nichts Bedeutendes, so eine kleine Galerie, so ein kleines Lädchen, und da gehört ein Café dazu, die macht da öfter mal so Veranstaltungen, Lesungen und so was alles, und da war gestern so eine Lesung, da war ich zu der Buchlesung da, ich war jetzt auch öfter wieder im Konzert, mit meinen Eltern, mit meinem Neffen, ich gehe sehr gerne ins Theater, höre mir gerne mal ne Oper an oder so was, und das haben wir jetzt auch wieder gemacht, das habe ich auch vorher, dazu habe ich keine Lust mehr gehabt, und das habe ich schon wieder alles gemacht.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 339 ff)*

Frau Mildner will ihre Freizeit nun wieder bewusst genießen. Dazu gehört, dass sie nun Sport treiben möchte und Hobbys für sich neu entdeckt hat. Diese Hobbys sollen ihr auch Kontakte zu anderen Menschen ermöglichen:

*„[...] da habe ich jetzt mit Acrylmalerei angefangen, und da habe ich nie gedacht, dass mir das so viel Spaß machen würde, ich kann mich dabei richtig entspannen und habe mir überlegt, dass ich da eventuell versuchen werde, einen Zirkel oder so zu besuchen, wo ich mit anderen dann auch zusammen bin, wo man dann seine Fertigkeiten ein bisschen verbessern kann, nicht um irgendwelche Ausstellungen oder so zu organisieren, sondern für mich einfach. [...] Ich habe als Kind Akkordeon spielen gelernt [...] Und dann habe ich mir überlegt, ich kann mir ja ein Keyboard kaufen, [...] und dann kann ich ja für mich spielen und das hören, aber das würde nie jemand anderes stören. Und wenn ich dann, nehmen wir mal an, wirklich gut spielen könnte, dann könnte ich das eventuell so machen, dass es vielleicht auch andere hören können oder ich könnte in bestimmten Situationen in der Familie Keyboard spielen mit anderen zusammen, weil mein Vater, der spielt Gitarre, dann könnte man eben da mal gemeinsam irgendwo nur so zum Spaß für sich spielen.“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 936 ff)*

Sie hat nun klare Vorstellungen davon, was in ihrem Leben in Zukunft nicht mehr passieren dürfe:

*„Und das ist mein großes Ziel. Ich will nicht wieder in so eine Situation kommen, in so ein Loch, in [...] diese Unordnung in meiner Wohnung, dieses unwohl fühlen, dieses Eingesperrt sein, dieses keinen Kontakt aufnehmen, DAS WILL ICH NICHT!“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 868 ff)*

**Fazit:**

Das Burnout-Syndrom von Frau Mildner war vermutlich fast vollständig auf Grund von inter- und intrapsychischen Konflikten entstanden. Frau Mildner hat nach der Therapie in allen Modell-Bereichen Veränderungen eingeleitet und hat damit ein hohes Maß an Wohlbefinden erreicht. Da sie zum Zeitpunkt des zweiten Interviews ihre neue Arbeitsstelle noch nicht angetreten hatte, ist die tatsächliche Umsetzung ihrer Pläne noch nicht analysierbar. Dennoch lassen sich erhebliche Veränderungen im Befinden und Verhalten konstatieren, da sie zunächst in die konfliktbeladene alte Arbeitsstelle zurückgekehrt ist und dabei keine erneute Burnout-Symptomatik entwickelt hat. Als wesentlich erscheint, dass sie sich nun gegen Angriffe in einer Weise zur Wehr setzen kann, dass sie ihre Position halten und sich schützen kann. Die Konflikte mit der Chefarztin und dem Kollegen konnten zum Teil durch anwaltliche Hilfe, endgültig dann durch ihren Weggang aus dem Krankenhaus beendet werden. Ihre Versagens- und Schuldgefühle sind nahezu verschwunden, ebenso wie Selbstbestrafungsgedanken, und somit auch die „Innere Entgrenzung“. Hobbys und Beziehungen zur Familie und zu Freunden werden als Ressource genützt, so dass sie nun wieder ausreichend Energie für die Arbeit zur Verfügung hat. Im Modell lässt sich dies wie folgt abbilden:

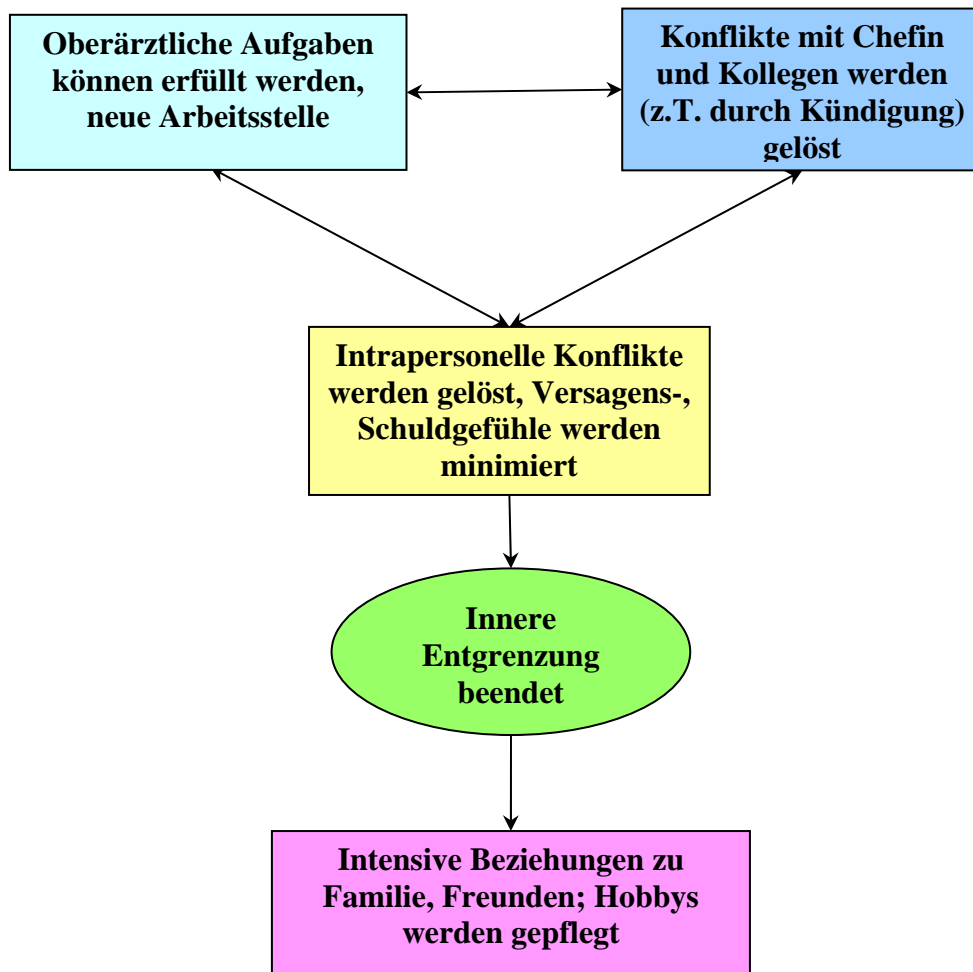


Abbildung 20: Darstellung der Situation von Frau Mildner nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

## 7.6 Persönlichkeit, Intrapersonelle Beziehungsgestaltung

Intrapersonelle Konflikte und Strebungen, die einen wesentlichen Teil der Persönlichkeit ausmachen, haben einen großen Einfluss auf die Gestaltung des Berufs- und Privatlebens und sind besonders bedeutsam bei der Entstehung des Burnout-Syndroms.

### 7.6.1 Die „intrapersonelle Beziehungsstörung“

Wenn man die Metapher des „Inneren Teams“ zugrunde legt, womit gemeint ist, dass die Persönlichkeit aus verschiedenen Anteilen zusammengesetzt ist (vgl. Satir, 2000, Schulz von Thun, 1998), kann man eine wesentliche Ursache der Burnout-Erkrankung als „Intrapersonelle Beziehungsstörung“ bezeichnen. Hier liegen die verschiedenen Anteile der Persönlichkeit „im Widerstreit miteinander“ – vergleichbar mit einem Team, in dem die Mitglieder unterschiedliche Interessen vertreten und sich deshalb im Konflikt miteinander befinden. Zur Lösung des Konfliktes ist es also erforderlich, wieder zu einem „Inneren Frieden“ zu finden. Das bedeutet, die unterschiedlichen psychischen Anteile in einer Weise zu gewichten, dass sie auf ihre Berechtigung hin überprüft werden und es in der Folge nicht zu übermäßig starker Ausprägung von einzelnen Elementen und zur Unterdrückung von anderen wichtigen Elementen kommt. Dies erfordert eine Reflektion der eigenen Bedürfnisse und Ziele.

Ein Beispiel für eine solche Reflektion findet sich im ersten Interview mit Herrn Sperling, der sich mit seinen verschiedenen Anteilen während seiner Therapie beschäftigt hat. Er erklärt, wie er diese Persönlichkeitsanteile wahrnimmt und dass er durch eine neue Gewichtung zu einer Verbesserung des Wohlbefindens gekommen ist:

*„S: Also es gibt, ich bin, es gibt einen Anteil, also die Systemiker, das war ja eine ganz spannende Geschichte, wenn man von diesen Anteilen redet, die in einem sind, die man das ganze Leben so mit sich durchschleppt. Da ist also ein wichtiger Anteil, der so versteckt und nicht gepflegt wurde, war so ein ewiger Zweifler dahinter, der ignoriert wurde [...]. Ich habe also eine klassische Aufstellung da auch gemacht, eine Persönlichkeitsaufstellung. [...] Also der hatte ja in der Depression absolute Überhand, der war da im Sieg und hat also über alles andere, was da war, über den Souveränen, eigentlich diesen, ja, wie soll ich sagen, ich bin mit Sicherheit kein Lebenskünstler, das bin ich nicht. Ich bin erzkonservativ schon in bestimmten Anteilen, aber da gibt es schon so einen lockeren, so eine Art Klassenclown, der mir ganz gut gefällt, der das auch sehr charmant alles löst. [...] Und der macht das, also das ist auch ganz nett, den so zu beobachten. Sozusagen, also das auch mit einem Witz wegzumachen oder auch so. Und das andere, der Controller, der Kontrollierende, der kann dann im*

*Hintergrund bleiben. Der muss ja nicht, der muss den ja nicht 'raushängen lassen umgekehrt. Und der ist dann halt da, macht das ganz charmant und nett, und da fühle ich mich viel, viel besser bei. Also das ist, ja, also so souverän, wie ich jetzt klinge, das ist für mich fast 'ne Therapie, so zu sprechen. [...] Der ist nicht immer so souverän, also das muss ich auch gar nicht, weil, der kann ganz schnell in so einen anderen Anteil, in so eine Art Angeber, 'rüber gehen, in so einen Streber. Und der, in der Pubertät war ich ein Streber. [...] Und der, der muss es gar nicht. Also der kann es jetzt, was vorher nicht war, das auch einfach mal stillschweigend genießen. Und DAS ist eine ganz interessante Facette. [...]*

*I: Und wie wichtig war der vor der Therapie?*

*S: Na, den gab's nicht. Den gab's nicht. Der war nicht da, das war so ein, das ist ein Anteil, das ist meine Frau, und das habe ich sehr, sehr geneidet. [...] Und das es den in jedem gibt und dass ich den auch habe, der das auch mal GENIESSEN kann, da hast du mal nichts zu sagen oder die Schnauze zu halten, das ist eine ganz, ganz tolle, neue Erfahrung. Zu sagen, gut, warten wir mal ab.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 1141 ff)*

Bei Herrn Sperling kann man die widerstreitenden Anteile seiner Persönlichkeit an verschiedenen Stellen deutlich erkennen. Deutlich wird dies zum Beispiel, als er erkannt hat, dass er krank ist und dringend in stationäre Behandlung gehört (Anteil „Selbstverantwortung“), ein anderer Teil von ihm aber auf Pflichterfüllung pocht (Anteil „Pflichterfüllung“) und er dadurch weiterarbeitet, bis ein Ersatz für ihn gefunden ist.

*„Da ist es mir schlagartig bewusst geworden, verdammt noch mal, das ist ein Burnout [...]. Das war ganz, ganz schwierig [...] überhaupt einem Freund, einem Psychiater auch zu sagen, bitte, schreib' mich krank. Der sagt, ich muss Dich krankschreiben, und ich sage, ich kann nicht, ich brauche erst einen Ersatz.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 114 ff)*

Hier ist das Pendeln zwischen den beiden Anteilen „Selbstverantwortung“ und „Pflichterfüllung“ deutlich zu erkennen, wobei er sich zunächst einmal für die Pflichterfüllung entscheidet. Obwohl er erkannt hat, wie krank er ist, arbeitet er noch drei Wochen weiter. Durch die konstruktive Arbeit an seinen Persönlichkeitsanteilen gelingt es ihm nach der Therapie, einen besseren Umgang mit seiner Vulnerabilität zu finden und dann angemessen zu reagieren:

*„[...] wo dann wieder Zweifel, zwei, drei Tage Grübeln an sich selbst, und inzwischen ist die Einstellung, okay, das ist dann halt mal so und es geht auch wieder vorbei. Das gehört jetzt dazu, und, hm, machst du einfach weiter. Da ist schon so vom Rationalen so eine Veränderung eingetreten, wo ich sage, ach, jetzt kommt wieder diese Scheiß-Negativtrance, und da steigerst Du dich rein, und hm, gucken wir mal, und das ist jetzt ein Punkt, wo ich das viel gelassener nehme, [...] wo ich sage, okay, das scheint dann halt doch Teil deiner Persönlichkeit geworden zu sein, oder immer gewesen zu sein, dann nimmst du das jetzt an. [...] Und das ist eine ganz enorme Entlastung, so nach dem Motto, na ja, bist halt da, ist ein Teil deiner Persönlichkeit, nimm's nicht mehr so ernst.“ (Herr Sperling, 2. Interview, Z. 295 ff)*

Deutlich wird hier, dass er eine Entlastung darin gefunden hat, sich so anzunehmen, wie er ist.

Eine vergleichbare Auseinandersetzung lässt sich bei Frau Mildner erkennen, die sich „verboten“ hatte, sich an Dingen zu erfreuen, so lange ihre Arbeit nicht zu ihrer Zufriedenheit erledigt wurde.

Meist werden die verschiedenen Anteile der Persönlichkeit nicht so deutlich von den Betroffenen benannt, wie dies Herr Sperling getan hat. Es lassen sich aber einige Strebungen und Persönlichkeitseigenschaften herausarbeiten, die zu starken intrapersonellen Konflikten führen können. Darauf werde ich in den nun folgenden Ausführungen eingehen.

### 7.6.2 Leistungs- und Perfektionsstreben

Ein wesentlicher Faktor in der Entwicklung des Burnout-Syndroms scheint darin zu bestehen, dass die meisten Akteure dieser Gruppe von einem hohen Leistungs- und Perfektionsstreben geleet wurden. Dieses Streben trug mit dazu bei, dass die Bedürfnisse nach Lebensgenuss im Freizeitbereich weitgehend unterdrückt wurden und diese vielfach den Betroffenen erst durch die Erkrankung überhaupt bewusst wurden. Die Akteure verdeutlichen in den Interviews, dass dieses Streben nach Leistung bereits vor der Berufstätigkeit vorhanden war und die berufliche Entwicklung stark beeinflusst hat. Es fällt auf, dass in dieser Gruppe von den Akteuren teilweise sehr umfassend geschildert wird, welche herausragenden Leistungen von ihnen bereits während der Schulzeit erbracht wurden. Als Hauptmotivation für diese Strebungen ist das Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung zu sehen – es ist für die jeweiligen Personen von großer Bedeutung, wie sie von anderen Menschen wahrgenommen werden, und sie scheinen in der Erbringung von hohen und möglichst perfekten Leistungen eine zentrale Möglichkeit für sich zu finden, diese Anerkennung zu erlangen.

Herr Dr. Spielmann, Experte in der Behandlung vom Burnout-Syndrom, bezeichnet das Streben nach Perfektion als einen wesentlichen Faktor in der Burnout-Syndrom-Entstehung:

*„Also gerade bei Ärzten ist es das Häufigste, was ich beobachte, dass die wenig in der Lage sind, von ihren perfektionistischen Standards eine Relativierung vorzunehmen. Also sie haben einen Standard, wenn sie einen Patienten untersuchen oder behandeln, den übertragen sie auch dann, wenn sie zwanzig Patienten untersuchen und behandeln müssen. Und es gibt wenig Flexibilität und wenig Fähigkeit zu gucken, was ist relevant und was ist wichtig und wo kann ich auch Abstriche und muss ich Abstriche machen. [...] Auch bei Ärzten ist es das, was ich am häufigsten sehe. Also mit einem hohen Gewissensdruck auch belastete, hoher, hoher innerer Anspruch an sich selber.“ (Dr. Spielmann, Z. 35 ff)*



Um die Unterschiede deutlich zu machen, beschreibe ich zunächst einige Akteure aus der Burnout-Gruppe und die Veränderungen in ihrem Wertesystem, die sie im Laufe der Erkrankung erlebt haben, im Anschluss daran stelle ich kontrastierend Personen aus der Vergleichsgruppe vor.

So schilderte beispielsweise Frau Meister ihren Werdegang:

*„[...] das war vielleicht auch schon mein Problem in der Schule. Ich bin ein Streber, ein ehrgeiziger Schüler gewesen, der Abitur mit Auszeichnung gemacht hat, und der immer alles ganz gut, alles gleichmäßig. Das erste Mal habe ich gelernt, das anders zu sehen, als ich nach dem vierten Studienjahr meine Tochter bekommen habe. Studium, Medizinstudium mit Kind ist schon ein bisschen härter.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 111 ff)*

Sie versuchte vor ihrer Erkrankung, möglichst eine perfekte Leistung zu erbringen. Das war für sie so wesentlich, dass sie die „Lebensfreude“ unterdrückt hat, als sie mit ihrer Arbeitssituation und ihrer Leistung nach der Niederlassung so unzufrieden war:

*„[...] was auch so diese ganze Lebensfreude, ich bin eigentlich ein sehr lustiger Mensch, und hab' ganz viel Freude an der Natur, an den Blumen, an Vögeln und allem, und das ist mir irgendwo in der Empfindung zunehmend verloren gegangen. [...] Das ist weggerutscht. Das wollte ich nicht mehr so empfinden, ja, ich glaube, ich war zu sehr mit den Negativ-Sachen beschäftigt.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 178 ff)*

Die Formulierung „Das wollte ich nicht mehr so empfinden“ lässt sogar an eine Selbst-Bestrafung denken. Nach der Therapie sieht sie andere Dinge als für sie wesentlich an, so dass sie sich von dem vorherigen Leistungsstreben distanziert. Sie benennt ausdrücklich, dass es ihr dabei nicht um die materiellen Ziele gegangen ist:

*„Ich denke aber auch nicht, dass es das Geld ist, was mich in der Vergangenheit angetrieben hat, ich denke, das war mein verdammter Ehrgeiz. [...] aber es ist der Maßstab, den ich bisher genommen habe, das man nicht alles gut machen*

---

*muss, man muss alles perfekt machen. Perfektionismus. Sorge Dich nicht, lebe! [...] Man muss ja gucken, was ist für mich und in meiner Situation und für meine Persönlichkeit das, was mir weiterhilft.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 366 ff)*

Sie kann nun also anders gewichten und der Lebensfreude wieder mehr Raum geben.

Ähnlich stellte sich die Situation bei Herrn Stein dar. Auch er hatte seit der Schulzeit das Streben nach Höchstleistungen gezeigt. Die rasche Karriere machte seine Leistungen nach außen sichtbar und ermöglichte es ihm, eine frühzeitige gesellschaftliche Anerkennung zu gewinnen:

*„Aber sagen wir einfach, ich habe viele Jahre Vollgas gegeben. Ich habe in meinem ärztlichen Berufsleben, oder man kann so anfangen, ich habe mit 18 Abitur gemacht, habe dann in der Mindeststudienzeit das Studium absolviert und alle Prüfungen praktisch mit eins gemacht, [...] aber auch immer im obersten Fünftel oder teilweise auch besser, so 90, 95 Prozent, war dann kurz bei der Bundeswehr, 15 Monate, war dann direkt Assistenzarzt, immer ohne Pause, nicht, in den Semesterferien habe ich eigentlich auch immer gearbeitet, Nachtwachen gemacht etc., ein paar mal auch Urlaub, habe dann eine Familie gegründet, drei Kinder, war dann mit, nach vier Facharztjahren bereits Oberarzt oder Funktionsoberarzt [...]“ (Herr Stein, Z. 8 ff)*

Herr Stein hat sich während der Therapie sehr viele Gedanken über sich selbst gemacht. In seiner Beschreibung wird deutlich, dass für ihn eigentlich wichtige Anteile durch das Streben nach Leistung und Anerkennung unterdrückt wurden. Durch die Burnout-Erkrankung ist es ihm gelungen, diese verschütteten Anteile wieder wahrzunehmen:

*„Das war schon ein wunderbares Erlebnis, wie so ein Panzer um die Seele abbricht und irgendwann der Mensch, der man mal werden wollte oder den man sich vorstellte in jüngeren Jahren, mal so ein bisschen wieder zum Leben wieder erweckt wurde.“ (Herr Stein, Z. 93 ff)*

Zu seinem Bedauern war es ihm nicht möglich, diesen „anderen Menschen“ völlig mit in den Alltag zu nehmen – er ist wieder in den Hintergrund getreten, aber es ist Herrn Stein dennoch gelungen, einige Veränderungen durchzuführen. So war es ihm wichtig, seine Arbeitsweise dergestalt zu verändern, dass er erst dann neue Aufträge annimmt, wenn er eine Arbeit abgeschlossen hat – früher fiel es ihm sehr schwer, etwas abzulehnen. Er setzt nun also Grenzen in einer für ihn angemessenen Weise. Auch das spirituelle Leben soll nun mehr Raum bekommen, da der Leistungsaspekt nun nicht mehr im Vordergrund steht.

Wie weitreichend dieses Streben nach Anerkennung sein kann, lässt sich aus den Schilderungen von Herrn Lopez schließen. Herr Lopez arbeitete extrem viel – neben seiner Hauptarbeitsstelle übte er drei Nebentätigkeiten aus, so dass er etwa 80 bis 100 Stunden pro Woche in seiner Eigenschaft als Arzt tätig war. Einer der Gründe für diese Arbeitszentrierung war sein Versuch, seine Unzufriedenheit mit der Partnerlosigkeit zu kompensieren. Hierauf werde ich im Kapitel 7.7.2.3 näher eingehen. Eine weitere wesentliche Ursache ist in seiner starken Strebung nach Anerkennung zu sehen. Er beschreibt, wie wichtig in seinem Herkunftsland das Präsentieren von Wohlstand ist:

*„Außerdem dieses Leben, da bin ich so erzogen, dass, [...] wenn es jemandem gut geht, eben finanziell, das ist ein Zeichen, dass der gut ist, dass der fleißig ist und er seinen Beruf gut macht.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 584 ff)*

Mit Hilfe seiner extremen Berufstätigkeit ermöglichte er es sich außerdem, gelegentliche luxuriöse Reisen und andere Unternehmungen mit seinen gut situierten Bekannten zu finanzieren. Hiermit demonstrierte er seiner Meinung nach, dass er eben „seinen Beruf gut macht“, er also Anerkennung verdient. Durch die Erkrankung wurde ihm bewusst, dass sein Leben durchaus nicht so gestaltet war, wie er es sich eigentlich wünscht. Die von ihm praktizierte Freizeitgestaltung bot ihm nicht das, was er sich für ein erfülltes Leben vorstellt:

*„Das mein Leben schon umsonst vorbei ist eigentlich. Was heißt umsonst? Also, ich habe nie gelebt. Ich werde jetzt 44 am Ende des Monats und ich habe das*

---

*Leben nur beim Arbeiten verbracht.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 328 ff)*

Er befand sich in einer intrapersonellen Konfliktsituation: Um sein Bedürfnis nach gesellschaftlicher Anerkennung zu erfüllen, war es notwendig, extrem viel zu arbeiten, um das hierfür notwendige Geld zu beschaffen. Gleichzeitig führte dies zu der Einschätzung, „nie gelebt zu haben“. Herr Lopez hatte zwar während der Therapie begonnen, eine Lösung für diesen Konflikt zu suchen und deshalb beschlossen, weniger zu arbeiten. Gleichzeitig wollte er aber damit beginnen, eine Dissertation zu schreiben – wobei es sich möglicherweise um einen erneuten Versuch handelt, gesellschaftliche Anerkennung zu erlangen.

Dennoch sind Änderung in seinen Lebensvorstellungen zu erkennen, auch wenn sich ein halbes Jahr später an seinen Lebensumständen noch nicht viel verändert hat, wie während des zweiten Interviews deutlich wird. So ist ihm inzwischen bewusst geworden, dass ihm durch seinen Lebensstil, der ihm kaum Zeit für seine Hobbys ließ, für ihn ebenfalls wichtige Lebensbereiche verschlossen blieben. Er beschreibt, wie er nun abwägt zwischen den bisher für ihn so wichtigen Werten Karriere und Wohlstand und dem noch sehr vagen Ziel des „Leben wollens“:

*„Auch wenn ich manchmal so nach wie vor überlastet bin, ich merke, dass das Leben und das Lebensgefühl jetzt anders ist. Zum Beispiel jetzt war ich in Martinique. Dort sind die Leute anders als hier. Die legen mehr Wert auf die Freundschaften, auf die Familien, auf das Leben, die sehen das alles nicht so verbissen. Als Tourist sieht man das. Und wir hier bei uns, wir sehen die Karriere und das Geld. Das ist bei uns so groß geschrieben. Das ist einerseits vielleicht nicht schlecht, aber andererseits - hm - ich will leben! Ich will leben. Jeder Tag kann für jeden der letzte sein, und ja, ja, muss ich einfach an meiner Einstellung zu manchen Sachen noch weiter hart arbeiten.“ (Herr Lopez, 2. Interview, Z. 45 ff)*

Herr Lopez hat in der Folge den Entschluss gefasst, sich in absehbarer Zeit zunächst freiberuflich zu betätigen und später eine eigene Praxis aufzumachen, um mehr Freizeit

zu erhalten. Sein Vorhaben, eine Dissertation zu schreiben, wird er vermutlich aufgeben, da ihm dies nun nicht mehr so wichtig ist:

*„[...] diese zwei Buchstaben sind mir gar nicht mehr wichtig, meine Zufriedenheit ist mir wichtiger, und dann ist Schluss. Ich glaube, ich habe mich damit schon abgefunden, habe ich schon abgeschrieben diesen Traum, was heißt Traum, das ist kein Traum, aber so heiß bin ich nicht mehr drauf. Andere Sachen sind mir wichtiger. Ich bin jetzt 44, nicht mehr 20, schon lange, und wofür? Wofür das alles?“ (Herr Lopez, 2. Interview, Z. 14 ff)*

Es lässt sich erkennen, dass Herr Lopez weiter daran arbeitet, sein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und in der Folge das exzessive Arbeiten zu reduzieren und gleichzeitig mehr Freizeit für sich zuzulassen. Er leidet aber offensichtlich weiterhin unter intrapersonellen Konflikten, wie an der Formulierung „muss ich einfach an meiner Einstellung zu manchen Sachen noch weiter hart arbeiten“ deutlich wird.

Neben dem hohen Leistungsstreben lässt sich bei den Akteuren aus der Burnout-Gruppe meist auch ein starkes Streben nach Perfektion feststellen. Hier scheint es weniger darum zu gehen, Anerkennung von anderen Menschen zu bekommen, sondern mehr den eigenen Ansprüchen zu genügen.

Mehrere Interviewpartner haben für sich erkannt, dass der Ehrgeiz, alles perfekt machen zu wollen, eine wichtige Rolle bei der Entwicklung ihrer Erkrankung gespielt hat. Gleichzeitig war ein starkes Konkurrenzdenken zu beobachten. Nach der Therapie können diese Denkweisen reduziert oder beendet werden, und eine größere Gelassenheit tritt an diese Stelle. Dies beschreibt beispielsweise Herr Bauer:

*„Ja, also erst mal nehme ich mir Vieles nicht so zu Herzen. Ich bin in Vielem gelassener geworden. Und kann auch mal sagen, nicht "Ich muss das jetzt schaffen", sondern ich kann auch mal sagen „leck mich am Arsch, das geht jetzt nicht, jetzt nicht, demnächst mal“ [...] Ich gehe da rationaler dran, oder ich sehe auch, oder die Erfahrung mache ich natürlich auch, ich sehe, dass andere auch nur mit Wasser kochen und ich muss nicht mehr besser sein als andere. Ich habe*

*da auch keinen solchen Ehrgeiz.“ (Herr Bauer, Z. 313 ff)*

Der Perfektionismus kann dazu führen, dass es den Betroffenen Probleme bereitet, Aufgaben an andere zu delegieren. Bis zu seiner Therapie war dies beispielsweise Herrn Sperling kaum möglich, und es scheint ihm immer noch schwer zu fallen. Dabei fällt auf, dass Herr Sperling seine eigene Leistungsfähigkeit höher einschätzte als die seiner Mitarbeiter:

*„Das ich auch so sage, ich versuche mehr zu delegieren. Das war vorher einfach so, dass ich sage, oh Gott, wenn ich es nicht mache, macht es keiner, und nur ich mache es gut. Ganz miese, ganz miese Falle. Ich sage, okay, was ist denn jetzt im Moment überhaupt notwendig, musst du da so 'rum rödeln, oder sagst du wirklich, trau doch anderen Menschen. Da sind auch Leute, die können auch verantwortlich sein. Wenn es dann nicht so ist, dann ist es halt nicht so. DU KANNST ES NICHT ÄNDERN!“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 352 ff)*

Erschwerend kommt hinzu, dass die Akteure die Ursache für nicht erreichte Ziele meist internal attribuieren. So sah etwa Frau Mildner den Grund dafür, dass sie bei ihrer Chefin nicht das durchsetzen konnte, was sie für richtig hielt, in ihrer eigenen Unfähigkeit. Ihre Selbstwirksamkeitserwartung verringerte sich im Laufe des Konfliktes in ihrem Arbeitsbereich immer mehr, wie ich in ihrem Fallporträt beschrieben habe.

Es zeigt sich darüber hinaus, dass bei den Personen dieser Gruppe vielfach auf eine als nicht perfekt erlebte Leistung eine selbst gesetzte Sanktion erfolgt. Dies wird ebenfalls bei Frau Mildner besonders deutlich, die davon sprach, dass sie sich Hobbys „verboten“ hatte (s. Frau Mildner, 1. Interview, Z. 927 ff). Bei Frau Meister findet sich eine ähnliche Formulierung, wie weiter oben bereits beschrieben (*„Das wollte ich nicht mehr so empfinden, ja, ich glaube, ich war zu sehr mit den Negativ-Sachen beschäftigt.“* Frau Meister, 1. Interview, Z. 184 ff).

Auch Herr Sperling dachte ähnlich:

*„Im Prinzip habe ich vorher immer gesagt, „Das wird jetzt erst mal zu Ende gebracht, vorher ist das Gewissen zu schlecht und du hast es nicht verdient, nach Hause zu gehen und dein Mittagessen zu genießen.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 662 ff)*

Er distanziert sich nun von diesen Gedanken und versucht, einen gelasseneren Umgang mit Konfliktsituationen zu finden und Misserfolge nun eher external zu attribuieren:

*„Das ist dann einfach so, [...] ich bin dann nicht mehr der Perfektionist, jetzt kommen wir auf den Punkt. Ich war früher so ein Kontroll-Freak, also in einer Chef-Position, da machen Sie ja nichts anderes als im Prinzip kontrollieren. [...] was Patienten angeht oder so, da bin ich schon, da war ich teilweise überkontrolliert. Also ich lasse eher meine Steuer liegen also und habe zu Hause ein fürchterliches Chaos, aber am Patienten, also typisches Helfer-Syndrom, nicht, war ich überkorrekt. Und jetzt ist es so, dass ich sage, Mensch, Du kannst es ja gar nicht, die Einstellung ist geändert, du kannst es ja gar nicht ändern, selbst wenn du gut begründet das und das gemacht hast, hat hinterher mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der Patient nicht mitgespielt, irgend ein Niedergelassener nicht mitgespielt, und das ganze System ist sowieso gekippt worden, nicht. Bringt man's auf einen Nenner: Shit happens, mit dir oder ohne dich.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 319 ff)*

Herr Grund hatte ähnliche Probleme und fürchtete, bei Patienten etwas übersehen zu haben. Er kann damit nach der Behandlung etwas besser umgehen, indem er nun in Belastungssituationen versucht, die Lage zu analysieren:

*„Es wird besser, [...] ich kann inzwischen das besser, rationeller sehen und beurteilen, und kann mich inzwischen einfach auch einmal in Stresssituationen zurücknehmen oder 'rausnehmen und mal sagen, jetzt mal ganz langsam, jetzt gucken wir mal, was da überhaupt eigentlich momentan passiert, und das war*

---

*eigentlich, vorher konnte ich das einfach nicht.“ (Herr Grund, Z. 211 ff)*

Vergleichbare Schilderungen, das Leistungs- und Perfektionsstreben betreffend, finden sich bei keinem Interviewpartner der Kontrastgruppe.

Deutlich wird im Vergleich der beiden Gruppen, dass in der Kontrastgruppe ganz andere Maßstäbe als in der Burnout-Gruppe gesetzt werden. Das Streben nach Perfektion und Höchstleistung wird hier nur auf ausdrückliche Nachfrage zum Thema – in der Burnout-Gruppe hingegen wurde häufig spontan von den Akteuren beschrieben, wie wichtig diese Themen vor der Erkrankung für sie waren. Dabei wird in der Kontrastgruppe meist betont, dass Perfektion, Karriere und Luxus nicht angestrebt werden, sondern dass mehr Wert auf gute interpersonelle Beziehungen gelegt und die eigene Persönlichkeit reflektiert und akzeptiert wird. Für die Personen dieser Gruppe ist es nicht von so großer Bedeutung, wie sie von anderen Menschen wahrgenommen werden, sondern wie sie sich selbst sehen. Zur Illustration stelle ich nun vor, wie die Interviewpartner der Kontrastgruppe dies ausdrücken.

Frau Mündel schildert ausführlich ihre Wertvorstellungen, die sich deutlich von denen der anderen Gruppe unterscheiden:

*„Also ich habe, glaube ich, einen ganz guten Umgang mit mir selber, weil ich mich gut einschätzen kann, wo Belastungsgrenzen erreicht sind, auch so mit diesem gemischten Privat-Beruflichen, da hat jeder ja mal so seine Sturm-und-Drang-Zeiten, und da weiß ich dann ganz gut, wo ich sage, hier ist Schluss, dann mache ich einfach mal irgendwas nicht oder lasse es mal bewenden, obwohl ich so vom Typ her so bin, dass ich sehr gewissenhaft bin, sprich befasse mich sehr gern mit Menschen, würde mich als Philanthrop bezeichnen, nehme mir auch sehr viel Zeit für eine poplige Reha-Aufnahme, wo ich weiß, Kollegen machen das mal in 25 Minuten oder zwanzig Minuten, ich brauche meine Stunde und habe den Patienten dann im Gespür und sie nicht. [...] Also das ist mir wichtig.“ (Frau Mündel, Z. 71 ff)*



Sie kann also mit nicht perfekten Umständen gut leben, obwohl sie sich als gewissenhaft bezeichnet. Es fällt auf, dass es für sie wichtig ist, den Patienten „im Gespür“ zu haben – hier handelt es sich ja um eine Wahrnehmung, die auf gutem interpersonellen Kontakt beruht und zunächst einmal nur für sie selbst wahrnehmbar ist. Auch im Weiteren schildert sie, dass Perfektion für sie nicht erstrebenswert ist:

*„[...] ich bin noch sehr gut im Mittelmaß schon gewesen, ob Schule oder was, und auch so, wo ich sage, ich bin sehr breit gefächert in dem, was ich machen kann, ob ich Holz säge an der Kreissäge oder sonst irgendwas, das mache ich, aber ich mache es nicht so, dass ich mit irgendwas perfekt bin und das auch nicht angestrebt habe sozusagen, ich möchte Karriere machen, ich möchte mich niederlassen, ich möchte furchtbar viel Geld verdienen, weil ich einen Porsche fahren möchte oder so was, war nie so mein Ding. Wo ich denke, ich bin zufrieden mit guten Dingen, und kleine gute Dinge sind mir wichtiger wie ein mordsschickes Auto vor dem Haus zu stehen zu haben. Und ich glaube, das muss man auch wissen, das Geld bei manchen Leuten eine Rolle spielt, um sich einen gewissen Sozialstandard zu erarbeiten mit tollem Häuschen und dies und das, das sind halt die alten Mediziner, na ja, ein Ferienhäuschen an der Costa Brava und so was, das war ja fast üblich.“ (Frau Mündel, Z. 420 ff)*

Ähnlich äußert sich Frau Frey:

*„[...] was macht der Ärzteberuf, und das [...] fand ich schon immer spannend, also da dann eben einfach einen Patienten auch behandeln zu können und den in der Regel [...] zumindest wieder so zu behandeln, dass er entlassen werden kann. Viel tiefere Wünsche, Wünsche oder Ziele hatte ich da auch nicht. Aber das ist, denke ich, auch meine Persönlichkeit, dass ich da nicht, wie ich ja schon sagte, nicht so super ehrgeizig bin und gleich eine Unikarriere mit Dokortitel und Oberarzt und so angestrebt habe. Das muss ich für mich akzeptieren.“ (Frau Frey, Z. 427 ff)*

Auch für Herr Schramert war die Karriere nicht so wichtig wie seine Familie:

*„[...] für mich stand eigentlich immer die Familie, sage ich mal, im Vordergrund. Der Beruf war irgendwie auch nicht unwichtig, aber das war eben doch für mich immer schon klar in zweiter Linie [...]“ (Herr Schramert, Z. 16 ff)*

Die Ziele werden hier anders gesteckt – es ist wichtig, Dinge gut zu machen, eine Zufriedenheit zu erreichen. Eine berufliche Karriere und Luxusgüter als Statussymbole werden hier nicht als wesentlich angesehen. Stattdessen wird es als erstrebenswert betrachtet, die Arbeit so zu gestalten, dass sie Freude bereitet, und meist wurde die Tätigkeit danach ausgewählt, dass dieses gelingen kann. Ein paar Beispiele sollen dies illustrieren:

*„Ich weiß wieder, was ich am Anfang gewollt habe, ich bin jetzt in meinem Traumjob. Das ist, ich wollte eigentlich immer Hausarzt werden, habe das aber eine Zeitlang einfach, die letzten zehn Jahre, muss man sagen, ganz weit hintangestellt, weil ich dachte, es könnte in dem System für mich so nicht funktionieren. Schwerhörigkeit, chronische Erkrankungen, aber das relativiert sich gerade alles, aber ich merke, so ist es toll, so soll es sein, und das habe ich eigentlich gewollt. [...] Wenn ich genug Geld zum Leben habe und so arbeiten darf wie hier, dann bin ich glücklich. Das ist schon richtig toll. Das ist Traumjob hier. Das kann man sich gar nicht vorstellen, aber so habe ich mir das immer gewünscht und wusste es eigentlich nicht mehr.“ (Herr Witold, Z. 259 ff)*

*„[...] da gibt es ja diese so genannte Interventionelle Radiologie, die mir sehr viel Spaß macht und Freude und Befriedigung verschafft, weil wirklich damit was bewegt werden kann.“ (Herr Tallmer, Z. 54 ff)*

*„Ja, weil ich weiß, dass ich sehr, wie soll ich sagen, ich glaube, ich arbeite sehr emotional und sehr hingebungsvoll, ich habe viel Kontakt mit den Menschen, was ich auch sehr liebe und es ist auch meine Art, aber das ist auch für mich sehr anstrengend. Ich glaube, ich gebe viel raus, krieg natürlich auch viel, und das*

*heißt, ich brauche viel Zeit für mich, um mich wieder zu sortieren, um mich wieder, ja, zu schließen, um mich zu erden, sagen wir es mal so. Um wieder Energien für mich zu haben. Und deshalb ist das, da das inhaltlich für mich nicht drin ist, ich kann einfach meine Art zu arbeiten nicht ändern, muss ich das anders reinholen. Und das mache ich ganz bewusst über die Zeit. Mehr kann ich einfach nicht geben, mehr geht nicht.“ (Frau Glocke, Z. 229 ff)*

Es fällt auf, dass in den Schilderungen dieser drei Interviewpartner die Freude an der Arbeit herausgestellt wird. Bei der Aussage von Frau Glocke wird darüber hinaus besonders deutlich, dass sie ihre Bedürfnisse gut einschätzen und dafür sorgen kann, dass die Arbeit nicht zu viel Raum in ihrem Leben einnimmt.

### **7.6.3 Selbstwirksamkeitserwartung und Umgang mit eigenen Bedürfnissen**

Eine weitere wesentliche Facette in der Entstehung der Erkrankung stellt die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung bei den Akteuren dar. Diese weist eine erhebliche Bandbreite auf. So zeigen einige Personen, die am Burnout-Syndrom erkrankt sind, eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung (beispielsweise Herr Grund), und sie erleben sich häufig als recht hilflos den Gegebenheiten ausgeliefert mit wenig Möglichkeiten, Kontrolle auszuüben. In der Folge werden kaum noch Grenzen gesetzt, und es finden sich sowohl intra- als auch interpersonelle Beziehungsstörungen, da Konflikte nicht in angemessener Form gelöst werden.

Andere Akteure der Burnout-Gruppe hingegen zeigten eine sehr hohe Selbstwirksamkeitserwartung, beispielsweise Herr Sperling. In beiden Fällen resultierte eine Entgrenzung in der Arbeit, wenn auch in unterschiedlichen Bereichen. So arbeitete Herr Sperling extrem viel, ohne Pausen einzuhalten und ohne Aufgaben zu delegieren. Nach der Therapie wird es ihm möglich, in der Arbeit in verschiedener Weise Grenzen zu setzen, was vorher nur beschränkt möglich war. Herr Sperling beschreibt beispielsweise, dass es ihm nun möglich ist, seine Termine besser zu strukturieren und eventuell auch, entsprechend seiner Kräfterlage, Gespräche nicht zum gewünschten Zeitpunkt durchzuführen:

*„Aber das ich zum Beispiel auch bestimmte Termine auch zeitlich ganz bewusst wähle. Das ich nicht sofort sage, ach, kann kommen, wann er will, oder in der Zeit, sondern dass ich sage, ich melde mich und dann auch bewusst mache, so, was könnte da kollidieren. Nee, passt mir ganz gut, mache ich. Also im Prinzip auch bewusster in Termine, die eventuell auch unangenehmer sein könnten, was Entscheidungen angeht, da 'reingehe. [...] ich setzte da eine Grenze. Da sind bestimmte Sachen gut gelaufen, wo man sagt, die Gespräche sind fruchtbar, die geben Energie, das ist, da kann man auch noch mal locker was dran hängen, weil man dann so gerade so, so mit schwimmt in der Geschichte. So, und zu sagen, so, da kommt wirklich was Unangenehmes, da sind Angehörige oder auch Patienten SCHWIERIG zu nehmen, zu sagen, okay, so, dann ist das nur da, und da hänge ich mir jetzt nicht NOCH mal so ein Gespräch dran, wo ich nicht weiß, na, zieht einen das AUCH noch 'runter, das ist ganz fatal.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z.1001 ff)*

Diese Achtsamkeit wirkt sich auch in der Arbeit aus. Früher hat er seine eigenen Grenzen nicht gespürt, sich dadurch überlastet und wichtige Dinge des Privatlebens konnten nicht mehr erledigt werden. Nun ist er dazu in der Lage, keine neuen Aufgaben mehr anzunehmen, wenn diese Grenze erreicht ist:

*„Wenn ich merke, so, von der Arbeit war das früher überhaupt kein Thema, sind so diese berühmten Multitasking-Geschichten, JAAA! MACHE ICH! KLAR! JETZT SOFORT! Und eigentlich sind die wirklich wichtigen Sachen, wo es wirklich um Geld ging, so wie die Steuer oder so eine blöde Krankenkasseneinreichung für die eigenen Sachen viel wichtiger, das ist liegen geblieben. Da muss ich mich sehr, sehr disziplinieren, weil das eigentlich keine Arbeit ist und ich dann sage, SO OKAY, dann nimmst du diesen Fall, diesen Patienten jetzt einfach nicht an, du meldest AB. Du sagst so, die Kapazität, oder meine Kapazität, nicht die des Krankenhauses, ist jetzt erschöpft. Jetzt geht es nicht mehr.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 572 ff)*

Herr Grund setzte seinen Patienten kaum Grenzen und erfüllte häufig deren Wünsche, auch wenn dies zu seinen eigenen Lasten ging. Erkrankte jemand von seinen Patienten beispielsweise an Krebs, suchte er bei sich die Schuld – hätte er vorher gründlicher untersucht, hätte er rechtzeitig handeln können (siehe Interview Herr Grund, Z. 200 ff). Herr Grund erlebt sich aber auch nach der Therapie als den Umständen ausgeliefert und er kann seine Vorstellungen, wie der ärztliche Beruf gestaltet werden sollte, nicht umsetzen.

Frau Zimmermann hat inzwischen zu einer Selbstakzeptanz gefunden, die es ihr ermöglicht, mit Konfliktsituationen besser umgehen zu können. Durch diese Einstellung kann sie Stress besser verarbeiten:

*„Also der Grundgedanke ist so, dass das, was ich denke, oder das meine Haltung die richtige ist. Also ich will damit nicht sagen, dass alles, was ich denke und mache, das allein Seligmachende ist, aber ich bin dann, also sagen wir es so, dass das, was ich mache und denke, für mich das Beste und das Richtige ist, ohne dass ich jetzt da auf so einem Egotrip bin und meine ganze Umwelt muss dann mit, so nach dem Motto friss oder stirb, das nicht, sondern dass ich denke, ich bin so in Ordnung so wie ich bin, und ich bin nicht in irgendeiner Form zu wenig oder ich schaffe nicht genug oder sonst irgendwie was.“ (Frau Zimmermann, Z. 309 ff)*

Es ist möglich, dass sich eine mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung erst im Rahmen von als problematisch erlebten Arbeitssituationen im Sinne von erlernter Hilflosigkeit entwickelt. In einem solchen Fall ist der Prozess relativ leicht wieder umkehrbar, wenn die Arbeitssituation wieder als kontrollierbar erscheint.

Beispielhaft schilderte Frau Mildner, dass sie sich ihrer Chefin gegenüber nicht durchsetzen konnte und sich in der Folge immer mehr in Frage stellte. Frau Mildner hat durch die Therapie wieder neuen Mut gefasst, so dass sie sich eine andere Arbeitsstelle gesucht und für die noch verbleibende Zeit in ihrer alten Position die von ihr angestrebten Bedingungen erstritten hat. Sie hat also die nun zurückgewonnene Selbstwirksamkeitserwartung für sich nutzbar machen können, wie in Kapitel 7.5.7 beschrieben wurde.

In der Burnout-Gruppe fällt die Art des Umgangs mit den eigenen Bedürfnissen auf. Um die eigenen Bedürfnisse erfüllen zu können, ist es zunächst notwendig, das eigene Befinden und die eigenen Wünsche überhaupt wahrzunehmen. Bereits das Erkennen von eigenen Bedürfnissen fällt manchen Akteuren aus der Burnout-Gruppe schwer. So beschreibt beispielsweise Frau Meister, dass es eine völlig neue Erfahrung für sie ist, ihre eigenen Empfindungen zu realisieren:

*„Ich habe das erste Mal, glaube ich, nach 27jähriger ärztlicher Tätigkeit, [...] es ist für mich das erste Mal eine Ruhephase, wo ich auch lerne, über Gefühle, über ganz viele persönliche körperliche Reaktionen nachzudenken - erst mal zu empfinden, zu beobachten. [...] Das ist mir am Anfang auch ganz schwer gefallen, Gefühle zu äußern. [...] Mein Einzeltherapeut hat mir dann Fragen gestellt, welche Gefühle gibt es denn überhaupt, ja, wo man sich immer mal wieder einschätzen tut oder erkennen tut, was tut sich da gerade bei einem selbst. Das ist für mich ganz neu alles gewesen.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 35 ff)*

Die Erkrankung hat bei einigen Interviewpartnern zu einer neuen Achtsamkeit dem eigenen Befinden gegenüber geführt, die davor schützt, wieder in die Überlastung zu gehen. Herr Sperling beschreibt, wie er heute mit einer drohenden Erschöpfung umgeht:

*„Ich spür' das jetzt, viel, viel, viel eher. Ich horche dann in mich rein und sage, na, wie viel Energie ist noch da, ist immer so ein Wechselspiel, so eine Gratwanderung, aber die Konsequenzen sind dann nicht mehr so extrem. Sondern dann ist, dann sind auch keine Reserven mehr da. So aufstauen geht überhaupt nicht, mit Glück, wird gesammelt, gesammelt, gesammelt, bis der Akku ganz leer ist, nöö, und dann wird konsequent zurückgeschraubt. [...] Also ich setze mich zum Beispiel einfach nur hin. Ich bin dann so. Dann wird der Rasen NICHT gemäht. Sondern dann wird geguckt, okay, dann sitzt man, und wartet, und dieses Gefühl ist nach zwei, drei Stunden dann vorbei.“ (Herr Sperling, 2. Interview, Z. 49 ff)*

Die Vorstellung, immer die Bedürfnisse der anderen Menschen wichtiger zu nehmen als die Eigenen, bereitet besonders dann Probleme, wenn Forderungen an die Betroffenen gerichtet werden. Es jedem recht machen zu wollen, Forderungen nicht ablehnen zu können, scheinen typische Probleme zu sein für Menschen, die zu einer Burnout-Erkrankung neigen. Nahezu alle Interviewpartner aus der Burnout-Gruppe äußerten sich entsprechend. Hier ein paar Beispiele:

*„... das ist aber meine persönliche Biographie, dass ich es jedem immer Recht machen wollte, was ja gar nicht geht.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 409)*

*„Ich hätte das, als es anfing 2006, hätte ich mehr auf mein Inneres hören müssen, was mir sagt, das ist mir jetzt eigentlich alles zu viel was du hier machst, Du willst es eigentlich jedem Recht machen, [...]“ (Frau Schneider, Z. 116 ff)*

*„[...] ich bin auch ein Mensch, der ganz selten jetzt zum Schluss Grenzen gesetzt hat, ich habe alle Muttis, oder fast alle Forderungen versucht zu realisieren [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 237 ff)*

*„[...] ich habe mich früher nie so ernst genommen, mich selbst. Ich habe immer versucht, es allen recht zu machen.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 796 ff)*

*„Ja, na teilweise recht schwierig, einfach, [...] weil ich nicht nein sagen kann“ (Herr Grund, Z. 302 ff)*

Im Kapitel 7.6.4 werde ich noch weitergehend auf die Probleme im Umgang mit den eigenen Bedürfnissen eingehen.

In der Kontrastgruppe beschreiben sich die Interviewpartner als Personen mit einer Selbstwirksamkeitserwartung, die zu einer zufrieden stellenden Arbeitshaltung führt. So wird von den Akteuren beschrieben, dass sie versuchen, eine realistische Einschätzung ihrer Möglichkeiten zu erlangen und nur dort zu kämpfen, wo Aussicht auf Erfolg besteht. Besonders deutlich wird dies in der Schilderung von Herrn Hölzer, der auf eine Krebserkrankung bei seinen Patientinnen völlig anders reagiert als beispielsweise Herr

Grund. Herr Hölzer betont, dass er sich im Falle einer Unheilbarkeit umorientiert und dann seine Aufgabe darin sieht, die Patientin gut zu begleiten. Er unterscheidet danach, ob er Dinge hinnehmen oder dagegen ankämpfen muss (s. hierzu auch Kapitel 7.4.2).

Die Fähigkeit, Dinge hinzunehmen, die unabänderlich sind, scheint wichtig für die Gesunderhaltung zu sein. Sie findet sich bei den meisten Personen aus der Kontrastgruppe. Beispielhaft hierfür sagt Frau Frey:

*„[...] das ist ja das, was schnell dann desillusionierend kommt, hätte ich gedacht, dass man mehr mit dem Patienten zu tun hat. Also mehr Patientenkontakt, Gespräche, ja, mit den Krankheitsbildern auch an sich, sich mehr zu befassen, und da kommt ja dann ganz schnell der ganze bürokratische Kram dazu. Also das ist ja schon recht schnell... das hatte ich mir anders vorgestellt. [...] Also Belastung in dem Sinne nicht, weil ich jetzt eben für mich so gesagt habe, okay, das ist so, da kann man nur zum Teil was ändern, und das gehört mit dazu und das ist im Moment so das Berufsbild, so dass ich mich jetzt eben drauf einlasse. Ich versuche dann schon aber auch, erst mal Patient vorrangig zu machen und dann bleibt eben mal irgendwas Bürokratisches oder was, was die Aktenlage betrifft, liegen. [...] Zumal das ja offensichtlich wirklich so ist, dass es nicht nur an unserer Klinik so ist, sondern das ist im Moment das Berufsbild des Arztes, dass da immer mehr andere Sachen, die jetzt nicht mit der richtigen Medizin, also der eigentlichen Medizin zu tun haben, dass die, ja mit auf uns abgelagert werden. Und da das überall so ist, ist es okay. Ich denk', da muss man anders drüber nachdenken, wenn das nur an bestimmten Standorten so ist und woanders es anders laufen könnte.“ (Frau Frey, Z. 74 ff)*

Herr Schramert sieht dies ähnlich:

*„[...] aber ich denke, man muss bestimmte Dinge auch akzeptieren, die halt von mir nicht zu verändern sind. Ich kann immer sagen, ich finde es nicht gut, aber ich muss trotzdem, wenn es so Gesetzeslage ist, ich muss damit arbeiten. Also es hat ja keinen Sinn, dass ich mich hinstelle, das ist ja Scheiße, das bringt auch nichts, aber die Patienten, die wissen das sehr wohl. [...] Aber die Dinge, die nun*



*mal verabschiedet sind, und die man nicht mehr ändern kann, da muss man dann auch irgendwie mit leben, finde ich. Ja, also ich glaube, dass so diese Ruhe und ich glaube auch, dass so eine gewisse Gelassenheit und auch eine Freundlichkeit oder auch Humor und so was, das ist, glaube ich, auch ein ganz wichtiger Aspekt, dass man auch irgendwo seinen Humor nicht verliert. Aber das kann man wahrscheinlich auch nur, wenn man die Dinge gelassen betrachten kann und dass man sagt, das ist letztlich nicht so wichtig.“ (Herr Schramert, Z. 143 ff)*

Durch das Hinnehmen von unabänderlichen Dingen kommt es nicht zu dem dauerhaften Erleben von Frustration, das beispielsweise bei Herrn Grund so deutlich zu Tage tritt, und das dann zum Entstehen der Erkrankung beiträgt. Stattdessen wird eine Gelassenheit deutlich, häufig sogar eine innere Zufriedenheit. Es zeigen sich keine Anzeichen von intrapersonellen Konflikten.

#### **7.6.4 Identifikation mit einem idealisierten Arztbild**

Eine weitere wesentliche Ursache für die Entstehung des Burnout-Syndroms bei Ärzten ist in dem idealisierten Arztbild zu sehen, das die Akteure verinnerlicht haben und das sie zu leben versuchen (vgl. hierzu Troschke 2004, 2005). Arzt zu sein, bedeutet für sie, dass sie nicht nur eine perfekte ärztliche Leistung zu erbringen haben, sondern dass die Arbeits- und Lebensweise diesem Ideal weitgehend angepasst werden muss. Hierzu gehört, die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, immer und unter allen Umständen für die Patienten da zu sein und darüber hinaus auch im Privatleben diesem Bild des Arztes gerecht zu werden.

Frau Mildner verdeutlicht, wie sich diese Denkweise auf die Arbeitsweise auswirkt. Sie ging davon aus, dass sie ein schlechter Mensch ist, wenn sie ihre eigenen Bedürfnisse ernst nimmt und Forderungen, die an sie gerichtet werden, ablehnt. Nach der Therapie ist sie dazu in der Lage, hier abzuwägen. Allerdings tendierte sie dazu, in die alten Verhaltensweisen zurückzufallen:

*„[...] da hat aber auch mein Psychotherapeut noch mal drauf hingewiesen, weil ich hatte wieder solche Sachen, wo ich schon wieder angefangen hatte, länger zu bleiben oder so, [...] und zweitens mal hat er zu mir gesagt: „Sie fangen schon*

*wieder an wie früher. Sie wissen ganz genau, dass das nicht gut ist, weil, das nützt Ihnen ja nichts. Selbst wenn Sie sagen, ich bin für meine Patienten da oder ich will das und das oder so, wenn Sie wieder Ihre eigenen Sachen nicht mehr schaffen, also mein Privatleben, dann passiert ja wieder dasselbe wie vorher.*

*Und wie gesagt, wovon ich sonst immer ausgegangen bin, dass ich ein schlechter Arzt oder ein schlechter Mensch bin, wenn ich also das sage, dass ich also nicht kann, weil ich das und das vorhabe, das mache ich jetzt einfach. Wenn jetzt einer von den Chirurgen kommt und sagt, na, können wir das nicht doch noch oder so, und ich weiß ganz genau, dass ich das nicht bis zu dem Zeitpunkt schaffe, wo ich weg müsste, um den Termin wahrzunehmen, der aber nun nur für mich wichtig ist, dann sage ich jetzt eben, das geht nicht.“ (Frau Mildner, 2. Interview, Z. 382 ff)*

Diese Denkweise, die eigenen Bedürfnisse meist zurückzustellen, führt zu einer erheblichen Krankheitsgefährdung. Ist dann eine Erkrankung eingetreten, bereitet es den betroffenen Ärzten mehr als anderen Menschen Schwierigkeiten, sich den Umständen entsprechend zu verhalten. Herr Dr. Spielmann, der Experte in der Behandlung des Burnout-Syndroms ist, weist darauf hin, dass seiner Erfahrung nach Ärzte ganz besonders große Probleme damit haben, eigene Erkrankungen zu respektieren. Er beschreibt dies so:

*„Also, ich sag mal so, was Ärzte von anderen Berufsgruppen oder Ärzte und Ärztinnen von anderen unterscheidet, ist: Ich erlebe die hartnäckiger in der Forderung an sich selber, sie dürften selber doch nie krank, nie schwach und so weiter sein, was natürlich Burnout förderlich ist, weil sie die Grenzen weniger wahrnehmen. Also das gilt generell. Und Sie sehen es daran, wir haben ja wirklich viele Ärzte und Ärztinnen als Patienten so im Laufe der Zeit gesehen, und die tun sich wahnsinnig schwer damit, die Patientenrolle überhaupt anzunehmen, als wäre das alleine schon eine große Kränkung.“ (Herr Spielmann, Z. 79 ff)*

Die Arbeit oder andere Menschen werden als wichtiger angesehen als das eigene Leben:

*„Aber für mich, für mich, ich bin hinten 'runter gefallen. Genau. Ich habe mich total vernachlässigt.“ (Frau Schneider, Z. 262 ff)*

In den Interviews spiegelt sich diese Denkweise wider. Allerdings spielt hier die traditionell in der eigenen Profession übliche Erwartung, dass Ärzte sich nach Möglichkeit nicht krank melden, sondern trotz eigener Erkrankung weiter arbeiten, eine erhebliche Rolle (vgl. Kleen, 2005). Somit gibt es hier eine doppelte Problematik: Der Betroffene muss zunächst einmal von sich aus bereit sein, seine eigene Erkrankung ernst zu nehmen, und dann möglicherweise auch noch gegen den Widerstand der Kollegen ankämpfen. So schilderte beispielsweise Frau Zimmermann, dass ihre Vorgesetzten in der neurologischen Klinik erwarteten, dass man sich nicht krank melde, sondern trotzdem arbeite (s. Interview Frau Zimmermann, Z. 80 ff).

Durch ihre Erkrankung und die nachfolgende Therapie hat sie erkannt, dass es notwendig ist, auf die eigene Gesundheit Rücksicht zu nehmen, was ihr allerdings auch im jetzigen Arbeitsverhältnis nicht leicht gemacht wird:

*„[...] also das ist immer noch nicht sehr angenehm, aber ich denke, das [...] muss ich jetzt machen, ich muss dann zu Hause bleiben, wenn ich krank bin. Und dann hatte ich dann, da kam dann auch direkt von dieser Kollegin auch so eine kleine Spitze, wie ich das so empfunden habe, na ja, das schafft eben nicht jeder, zu Hause zu bleiben und so was, so. Wo ich dann dachte, was willst Du mir jetzt damit sagen? Du faule Socke? Oder Du Weichei? Das wird ja dann, also das ist ja dann auch im Krankenhaus, in meiner Neurologiezeit, zum Ende, wurde man dann immer als "sehr sensibel" beschrieben, so was, so als wäre das Makel, als hätte das was mit Weicheitum, also wie man das so flapsig so sagt, und das sind Dinge, die bringen mich auf die Palme, das hat mich damals schon furchtbar wütend gemacht, und heute denke ich, dass das einfach was Dummes ist.“ (Frau Zimmermann, Z. 526 ff)*

Auch Frau Schneider hat sich mit der Frage der Krankheit des Arztes auseinander gesetzt. Für sie gibt es einen deutlichen Unterschied in ihrem Verhalten, seit sie nicht mehr im Krankenhaus tätig ist – nun hat sie es nicht mehr mit Menschen, sondern mit Akten zu tun, was für sie offensichtlich einen großen Unterschied macht. Wäre sie noch am Patientenbett tätig, behielte sie also nach eigener Einschätzung die Gewohnheit bei, krank arbeiten zu gehen:

*„Einen besonderen Ehrenkodex der Ärzte, ich glaube, deshalb sind sie auch Ärzte geworden oder Krankenschwestern, überhaupt in diesem Bereich, ich glaube, da ist es dann schon so, also bloß nicht, also krank werde ich nicht und ich zeige schon gar keinem anderen, dass ich krank werde, man hat ja dieses Helfersyndrom, dass man ja immer helfen will, und das kann man ja nicht, wenn selber krank ist, dann kann man ja nicht auch noch anderen helfen. Da muss man sich ja helfen lassen. Das ist schon schwierig. [...] ich bin noch zu keinem Schluss gekommen, ob ich so ein starkes Helfersyndrom habe, bestimmt, in der Klinik, bin ich ja auch recht wenig krank gewesen, doch, ich habe, ja, ist genauso wie bei allen anderen Ärzten, ich bin auch mit Fieber arbeiten gegangen und habe dann meine Aspirin geschluckt anstatt zu Hause zu bleiben, es hat sich geändert. [...] Das mache ich jetzt nicht mehr, ich war zum Beispiel vor drei Wochen, war ich eine Woche zu Hause gewesen. Ich war, hatte eine starke Erkältung, hab' mich auch krank gefühlt und hab' mich dann krank gemeldet. Und habe jetzt auch nicht mehr dieses schlechte Gewissen, was man vielleicht in der Klinikzeit hätte, weil die Belastung da auch anders ist, [...] gut, Belastung hat man jetzt auch, aber jetzt sind es NUR AKTEN, da waren es immer Menschen [...]“ (Frau Schneider, Z. 717 ff)*

Wie sehr die Burnout-Erkrankung von den betroffenen Ärzten als stigmatisierend erlebt wird, zeigt sich durch die folgenden Überlegungen, die Frau Meister hinsichtlich der Frage anstellt, welche Informationen sie anderen Menschen in Bezug auf ihre Erkrankung geben sollte:

*„[...] ich glaube, [...] ein bisschen Information sollte man schon geben, und es ist eben für mich eine ganz neue Situation, dass ich eben in meiner Person das erste Mal in meiner beruflichen Laufbahn Probleme habe. [...] Und ich werde schon, denke ich, äußern, dass auch ein Arzt, der so engagiert in der Vergangenheit gearbeitet hat, auch ein Recht hat, krank zu sein oder wenn er krank ist, sich 'ne Pause zu nehmen. Und ich glaube schon, dass man, je nachdem, mit wem man da drüber redet oder so, bestimmte Informationen geben sollte, denn ich glaube insgesamt, wenn man sich gar nicht positioniert dazu, wird sehr viel mehr Negatives über einen geredet. Ich glaube, natürlich sollte einem total egal sein, was die Leute denken, meinen, aber das ist eben nicht so.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 499 ff)*

Das Arztbild wird aber in der Gesellschaft heute nicht mehr so idealisiert wie früher (vgl. Killian, 1967). Darunter leiden einige Akteure aus der Burnout-Gruppe ganz erheblich – besonders Personen, die versucht haben, diesem Arztbild zu entsprechen. Im Porträt von Frau Meister findet sich hierzu ihre Wahrnehmung des derzeitigen Arztbildes in der Öffentlichkeit (s. Kapitel 7.8).

Auch Herr Sperling ist der Meinung, dass die Ärzte von der Gesellschaft nicht so wahrgenommen werden, wie es angemessen wäre. Er hat aber ein ärztliches Selbstbewusstsein entwickelt, das ihm hilft, mit der mangelnden Wertschätzung umzugehen:

*„[...] wir sind DOCH WER, und wir sind jetzt Mangelware, und wir werden irgendwo gebraucht. Es ist mit Sicherheit nicht so, dass die Wertschätzung da Schritt gehalten hat damit, das ist noch nicht verstanden.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 1273 ff)*

Bei den Interviewpersonen aus der Kontrastgruppe ist ein ganz anderer Umgang mit dem idealisierten Arztbild festzustellen – es ist für die Akteure dieser Gruppe nicht relevant. Sie sehen es als wichtig an, für ihr eigenes Wohlbefinden zu sorgen, und sind auch bereit, sich entsprechend zu verhalten. Das Idealbild ist hier eher der Arzt, der es als notwendig erachtet, für seine psychische und physische Gesundheit zu sorgen. Passend dazu

bezeichnen zwei Ärzte dieser Gruppe dieses Verhalten als „Psychohygiene“ und „Hygiene“:

*„Weil ich inzwischen auch realisiert habe, dass auch die Patientin nichts davon hat, wenn ich völlig fertig bin und mit ihr weine, weil [...] also es gibt immer Situationen, wo ich auch traurig bin und auch mit weinen kann, also es ist traurig, einem Menschen nicht helfen zu können, ABER, auf der anderen Seite ist es auch so, wenn das die Realität ist, dann muss ich eben gucken, wie gehe ich mit der Realität um. Und ich glaube, dass das was mit Psychohygiene zu tun hat sich selbst gegenüber.“ (Herr Hölzer, Z. 100 ff)*

„Also das hat angefangen mit Psychotherapie vor irgendwann mal ganz vielen Jahren, als ich das brauchte, und dann habe ich noch mal wieder angefangen - genau, in diesen ersten drei Jahren, fällt mir gerade ein, wo ich hier so ein bisschen unter der Glocke war. Da habe ich wieder angefangen, Psychotherapie zu machen, also da bin ich zu meiner alten Therapeutin gegangen, aber dann war das irgendwann auch klar, das ist gar nicht mehr so das Thema Psychotherapie, sondern auch, was passiert mit mir hier in der Praxis, und die passt auch gut auf mich auf. Die legt immer den Daumen drauf - Tust Du genug für Dich?! [...] Deshalb gehe ich da auch regelmäßig hin. Weil, auch wenn es mir jetzt gar nicht mal schlecht geht, das ist ja nicht der Punkt. Aber ich gehe regelmäßig hin wie so eine Art Hygiene.“ (Frau Glocke, Z. 250 ff)

### **7.6.5 Streben nach finanzieller Absicherung**

Prekäre Arbeitsverhältnisse und von den Akteuren wahrgenommene finanzielle Unsicherheiten spielen bei mehreren Personen aus der Burnout-Gruppe eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Erkrankung. Für sie bestand ein starkes Bedürfnis nach finanzieller Sicherheit, das stärker war als das Bedürfnis nach Ruhe und Zeit für das Privatleben. Dabei kann eine Situation als finanziell prekär wahrgenommen werden, die von anderen Menschen als weitaus weniger bedrohlich empfunden wird. Die Persönlichkeitsstruktur ist für die Bewertung der Arbeitssituation und der daraus resultierenden Handlungen also von erheblicher Bedeutung. So litt beispielsweise Herr

Bauer unter Existenzängsten, die ihn dazu brachten, eine doppelte Berufstätigkeit auszuüben (s. hierzu auch Kapitel 7.4.1).

Wie unterschiedlich eine sehr ähnliche Situation von unterschiedlichen Personen bewertet wird, lässt sich im Vergleich der beiden Frauen Schneider und Mündel erkennen. Beide sind verwitwet, allein erziehend und arbeiten mit Zeitverträgen. Frau Schneider, die unter einem Burnout-Syndrom litt, beschreibt eindrucksvoll ihre Existenzängste:

*„Ich hatte eine volle Stelle, reduzieren wollte ich auch nicht, weil ich habe ja auch immer diese Verarmungsangst, muss ich jetzt einfach mal so sagen, und ich hatte, was noch dazu kam, war ja diese unklare Situation, ich hatte ja auch nur einen [...] befristeten Vertrag, [...] also auch immer diese Angst, wird der jetzt verlängert, wird der nicht verlängert, was machst du wenn der nicht verlängert wird, das kam ja auch schon mit dazu, ich habe mir zwar schon überlegt 'raus zu gehen aus der Klinik, hatte ja auch sozusagen woanders die Fühler ausgestreckt, hatte auch, ich hätte eine Stelle haben können in einem medizinischen Versorgungszentrum, das war dann aber so, ich sage mal in Anführungsstrichen, so wenig Geld, [...] das ich gedacht habe, das kann ich nicht. Und wenn es überall so wenig Geld gibt, um Gottes willen, du kommst hier nie raus aus der Klinik! Selbständig wollte ich nicht, das war mir auch alles zu unsicher, und die Angst kam dann auch noch mit dazu, mein Gott, wenn die jetzt überall so wenig Geld bezahlen, wirst Du ewig lange in der Klinik bleiben und wirst so ein Altassistent, nein, das will ich aber eigentlich, das wollte ich ja auch nicht.“ (Frau Schneider, Z. 131 ff)*

Frau Mündel aus der Kontrastgruppe hat eine befristete Teilzeitstelle und bezieht noch eine Pension von ihrem verstorbenen Mann. Obwohl diese nicht ausreichen würde, um den Lebensunterhalt für sie und ihren Sohn zu decken, sieht sie gelassen in die Zukunft:

*„[...] mir geht es schon gut, ich bin auch ein Mensch, der eigentlich gerne arbeitet, und habe den Vorteil, dass ich durch die Pension, die ich beziehe von meinem Mann, so eine finanzielle Grundlage habe. Und das habe ich auch schon*

*betont so nach dem Motto, na, wenn es mir hier stinkt, dann kann ich auch tschüß sagen, und das weiß die Chefin auch. Also ich bin jetzt nicht so, und sie weiß auch, dass ich manchmal eine Lippe riskieren kann, den Mund aufmachen kann so nach dem Motto, ja, also ich könnte auch nach Hause gehen, und ich drehe jeden Cent rum, ich könnte auch von dem existieren, was von meinem Mann da ist, das wird sehr knapp, mein Sohn studiert, das wird jetzt nicht mehr hinreichen, aber von daher habe ich da eine gute Grundlage, und ansonsten geht es mir schon gut.“ (Frau Mündel, Z. 301 ff)*

Frau Schneider verfügt nur über die Halbwaisenrente für ihr Kind, in sofern gibt es also eine Unterscheidung zwischen den beiden Frauen. Dennoch ist die Herangehensweise grundlegend verschieden.

Die Akteure der Kontrastgruppe sehen insgesamt optimistischer in die Zukunft. So hat auch Frau Frey einen Zeitvertrag und lebt allein, was aber keine Ängste in ihr auslöst. Sie vertraut darauf, dass zum richtigen Zeitpunkt das passende Angebot kommen wird:

*„Was ich weiß, ist, dass ich nicht bis zur Rente, also was sind das dann noch, so 20 Jahre etwa, in so einem Schichtbetrieb arbeiten will im Krankenhaus. Also das, das ist mir klar. Aber so für die nächsten, sagen wir mal 5,6 Jahre, kann ich mir das auf jeden Fall noch vorstellen. [...] Das ist jetzt so meine persönliche Biographie, dass, also ich bin jetzt nicht so eine, die jetzt vorausplant und hab' dann auch nicht, zum Teil nicht so ganz konkrete Ziele, bisher war es aber, muss ich ehrlich sagen, in meinem Berufsleben immer so, dass dann irgendwann etwas Neues dazu kam, was dann grad zu dem Zeitpunkt auch 'reinpasste, und dann hat sich was verändert.“ (Frau Frey, Z. 399 ff)*

#### **7.6.6 Fazit**

Wie sich aus den Schilderungen schließen lässt, haben die Art der Persönlichkeitsstruktur und schwerwiegende intrapersonelle Konflikte einen großen Einfluss auf die Entstehung eines Burnout-Syndroms. Ist die Störung also zu einem erheblichen Teil hierin begründet,



kann ein befriedigendes Arbeits- und Privatleben eventuell nur durch die Bearbeitung von entsprechenden zugrunde liegenden Problemen gelingen.

Auch hier füge ich zur Illustration ein Fallporträt ein, das diese Aussage unterstreicht.

### **7.6.7 Fallporträt Frau Meister**

Frau Meister ist Kinderärztin in eigener Praxis, sie ist 51 Jahre alt und verheiratet. Ihr Ehemann ist ebenfalls als Arzt in eigener Praxis tätig. Die Beiden haben gemeinsam zwei erwachsene Töchter. Frau Meister war an einem Burnout-Syndrom erkrankt und wurde deshalb mehrere Wochen lang stationär behandelt.

Die Interviewpartnerin hatte vor ihrer Niederlassung 27 Jahre lang als Oberärztin und stellvertretende Chefärztin in einer Kinderklinik gearbeitet. Ihre Tätigkeit beinhaltete damals vielfach Arbeit zu atypischen Zeiten: Sie hatte häufig Ruf- oder Bereitschaftsdienst und musste oftmals an Wochenenden und Feiertagen arbeiten. Da sie sich dadurch sehr belastet fühlte, war dies einer der Gründe für die Entscheidung zur Niederlassung in einer eigenen Praxis. Ein weiterer wichtiger Grund für ihre Entscheidung, ihre dortige Tätigkeit aufzugeben, bestand in Konflikten mit der Geschäftsführung des Krankenhauses.

Frau Meister hatte sich erst ein halbes Jahr vor dem Beginn ihrer Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Burnout-Syndroms in einer Praxisgemeinschaft mit einer anderen Kinderärztin niedergelassen. Die vorherigen Geschäftspartner hatten sich zerstritten und eine Partnerin hatte deshalb die Praxis verlassen - deren Räume und Patientenstamm hatte Frau Meister übernommen - die andere Geschäftspartnerin war in ihren Räumen geblieben.

Die Akteurin musste ihre Praxis aufbauen und den Arbeitsalltag organisieren, der völlig andere Anforderungen an sie stellte als sie es aus ihrer bisherigen Tätigkeit gewohnt war. Sowohl die Arbeitsorganisation als auch die Praxisräumlichkeiten empfand sie als sehr belastend. Frau Meister wollte die Sprechstundenzeiten so weit wie möglich den Bedürfnissen ihrer Patienten und deren Eltern anpassen. Da sie aber viel Zeit benötigte, um die

Verwaltungsaufgaben, die zu ihrer Tätigkeit dazugehören, zu bewältigen, empfand sie die von ihr angebotene Sprechstundendauer als zu lang, kürzte sie aber dennoch nicht:

*„Na ja, es ist sehr viel Zeit, die man, ich hab' nun auch weit über 30 Stunden, ich hab', jeden Tag eigentlich Sprechstunde gemacht, hab' zwei Nachmittage mir freigegeben, der Mittwoch Nachmittag, [...] der obligatorisch für die Niedergelassenen, also bei uns im Bereich üblich ist, glaube ich Deutschland weit [...], und hab' dann aber Freitag dafür gearbeitet, weil ich der Meinung bin, dass kranke Kinder vom Zeitraum, Säuglinge, Kleinstkinder, vom Zeitraum, Freitag Vormittag bis Montag, das ist ein sehr langer Zeitraum, so dass ich den Muttis die Möglichkeit immer noch für Freitag Nachmittag eingeräumt hab', und mich Donnerstag eigentlich so ein bisschen eher fürs Wochenende und für Familie und so weiter vorbereiten wollte, aber, mir ist es zunehmend weniger gelungen, diesen Freiraum auch richtig, bewusst für mich zu nutzen [...], was eben auch dazu gekommen ist, dieser, dieser, verwaltungstechnische, diese Aufgaben, die habe ich, obwohl mir mein Mann SEHR viel Unterstützung gegeben hat, oder auch, Anleitung mitgegeben hat, nicht so ganz erfolgreich gemeistert.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 206 ff)*

Hinzu kam, dass Frau Meister den Kundenstamm ihrer Vorgängerin übernommen hatte, die Patientenkartei aber nicht in elektronischer Form vorlag, so dass es ihr Mühe bereitete, sich bei Bedarf einen raschen Überblick über die Krankengeschichte zu verschaffen. Da sie aber sehr verunsichert war, wenn sie Fakten aus der Vorgeschichte ihrer Patienten nicht kannte, nahm sie die Akten mit nach Hause, um sie am Wochenende durchzuarbeiten:

*„Und ich hab' auch mir zeitlich mir zu viel aufgeladen, weil die Praxis, die vordem gelaufen ist, wurde mir [...] nur mit Altkartei übergeben. Das war keine EDV, wo ich mal irgendwo mich einklicken konnte oder so, sondern ich musste solche dicke Aktenberge bearbeiten, bei laufendem Betrieb. Und das war teilweise wirklich schwierig, die Leute saßen vor einem, ja, Sie haben doch die Praxis übernommen, da müssten Sie doch das, das und das jetzt wissen. Und da*

*hab' ich teilweise eben diese dicken Karteikarten, weil ich es auf Arbeit auch nicht geschafft habe, auch mit nach Hause genommen, aber zu Hause gibt's ja andere Aufgaben und Pflichten und, so dass ich es teilweise auch zeitlich schlecht geschafft habe und mich dabei schon unwohl gefühlt habe, aber die, zum Teil unbearbeiteten Sachen wurden immer ein bisschen mehr. [...] Der Stapel wurde immer ein bisschen größer und das schlechte Gewissen damit eigentlich auch.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 251 ff)*

Darüber hinaus bereitete ihr die Organisation des Arbeitsalltages Mühe, da es ihr schwer fiel, den Arbeitsablauf sinnvoll zu strukturieren. Sie fühlte sich auch hier überfordert:

*„Ich hatte das Gefühl, ich schaff' das nicht, und was ich irgendwo auch so ein bisschen verlernt habe, mich hat manches so ein bisschen erschlagen, alles was an Post kam, und an Anforderungen an mich kam, hab' ich gemeint, so wie ich es in der Klinik auch getan hab', abarbeiten zu müssen, ich hab's zu spät erkannt, dass man eigentlich Prioritäten setzen muss. [...] Dass man für sich entscheiden muss, was ist dringlich jetzt, was ist nicht dringlich, was ist davon wichtig, was ist weniger wichtig, und das ist auf jeden Fall ein Thema, was ich in Zukunft doch anders angehen werde.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 222 ff)*

Ein weiteres Problem stellte für sie die Budgetierung von Arzneimitteln dar, da sie ständig fürchtete, die Budgetgrenzen zu überschreiten und dann dafür in Regress genommen zu werden:

*„Erstens ist es mal schwer, das alles zu verstehen, wenn man sich damit nie beschäftigt hat, und zum anderen muss ich ganz einfach sagen, es ist eben so, eine Angina oder diese Krankheitsbilder MÜSSEN so behandelt werden. So, nun habe ich immer im Hinterkopf gehabt, ja, du hast 29 Euro für einen Patienten in einem Quartal. Man schaut ja in seine EDV 'rein, was man an Medikamenten verschreibt und ist da schon weit über [...] diese Grenze, und das ist mir noch schwer gefallen, weil auch die Patientenzahl ja auch nicht SO ist, dass sie damit*

*verdünnen können, [...] und damit gut zurecht kommen, das hat mich schon belastet.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 432 ff)*

Als sehr problematisch erwiesen sich die Räumlichkeiten. Wenn auch die beiden Praxen von Frau Meister und ihrer Partnerin wirtschaftlich unabhängig voneinander waren, so teilten sie sich doch einige Bereiche: Der Empfangs- und Wartebereich wurde von beiden gemeinsam genützt, was rasch zu erheblichen Konflikten mit der Praxispartnerin führte. Hierauf gehe ich weiter unten noch näher ein.

Nach der Übernahme ließ sie die Praxisräume umfangreich renovieren:

*„Weil meine Vorgängerin NULL Investitionen getätigt hat, (ist) der Zustand der Praxis in einer sehr DESOLATEN Situation gewesen [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 95 ff)*

Diese Arbeiten fanden bei laufendem Betrieb statt, was Frau Meister als überaus belastend empfand. Außerdem führten diese Arbeiten nicht zu Ergebnissen, die Frau Meister zufrieden stellten. So beschreibt sie beispielsweise den Schallschutz als sehr schlecht, weshalb sie sehr unter dem Lärm der im Wartebereich spielenden Kinder gelitten habe. Auf Grund der Praxisgemeinschaft befanden sich dort sehr viele Kinder, da die Partnerin ebenfalls Kinderärztin war:

*„[...] die Tür hat praktisch einen Riesenspalt gehabt, so dass es immer laut war [...] und man auch gar nicht konzentriert eigentlich arbeiten kann dort, [...] und ich immer so den Krach der Patienten, der Bobby-Cars [...] vor der Tür miterlebt hab, also ständig mit hoher Geräuschkulisse [...], und auch wenn zu mir dann teilweise weniger Patienten kamen, hab ich die Massen schon gehört, akustisch, und ja, und damit für mich auch so ein bisschen 'n schlechteres Gefühl, so ungefähr, die gehen ja zur Nachbarin, [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 127 ff)*

Sie fühlte sich also nicht nur durch den Lärm belastet, sondern auch durch ihre Wahrnehmung der Konkurrenzsituation.

Frau Meister erlebte die interpersonalen Beziehungen im Berufsleben als sehr konfliktbeladen. Den Ausschlag für ihren Weggang aus dem Krankenhaus hatte ein für sie sehr schwer wiegender Konflikt mit der Geschäftsführung der Klinik gegeben. Sie fühlte sich von der Geschäftsführerin im Stich gelassen und war, da sie ihrer Meinung nach in der Vergangenheit besondere Leistungen für das Haus erbracht hatte, deshalb besonders gekränkt:

*„Und als zweites gibt es ein Kriterium, was mir auch missfallen hat, es konnte sich jeder beschweren über sie, und das ist typisch für diese Klinik, aber sie haben nie Recht gekriegt, auch wenn sie im Recht waren., [...] die letzte Beschwerde, ich hatte wahnsinnig viel im Dienst zu tun, ein schwerer Asthma-Zugang, und eine Ambulanz aus der Stadt hier wollte ihr Kind, [...] vorstellen, und ich habe gesagt, sie möchten im Spielzimmer warten, weil ich jetzt momentan diesen stationären Zugang [...] versorgen muss, und sie wird dann gerufen, sobald ich irgendwo ein bisschen Luft habe. So, dann waren die Leute weg, dann beschwerten sie sich am Montag bei der Geschäftsführerin, die Frau Dr. Meister hat ihr Kind nicht angeguckt. [...] das Fazit war, das wollte eigentlich gar niemand hören, die Geschäftsführerin hat an diese Mutti einen Brief geschrieben, also liebe Frau Sowieso, es ist leider nicht zu umgehen, dass in einer Klinik manchmal zehn Minuten Wartezeit, und mit den Kollegen, die nicht belastbar sind, werden wir sprechen. Mit mir hat bis heute noch keiner gesprochen. Das war wie ein Schlag ins Gesicht! [...] Und das, nachdem ich mit dieser Geschäftsführerin die alte Klinik geleitet, die neue aufgebaut habe, sie mich kannte, ja, ich denke, ich bin schon ein Stehaufmann gewesen, und diese Kinderklinik ohne eine Frau Meister gäbe es in M. nicht mehr. [...] So dass ich solche Sachen als negativ empfunden habe und gesagt habe, dass muss ich mir eigentlich nicht mehr antun.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 529 ff)*

Diese Erfahrung der mangelnden Unterstützung und Anerkennung durch ihre Vorgesetzte setzte einen Entscheidungsprozess in Gang, der letztlich in der Niederlassung endete.

In der Praxis zeigten sich allerdings ebenfalls interpersonelle Konflikte: Die Beziehung zu ihrer Praxispartnerin gestaltete sich schwierig. Da beide der gleichen Fachrichtung angehörten, es sich aber um zwei getrennte Praxen handelte, entwickelte sich rasch eine Konkurrenzsituation, in der Frau Meister sich unterlegen fühlte, da ihre Partnerin durch ihre langjährige Niederlassung über einen größeren Patientenstamm als Frau Meister verfügte. Deutlich hörbar und dadurch sehr belastend war für sie dieses Ungleichgewicht durch die auf die Behandlung bei der Praxispartnerin wartenden, lärmenden Kinder.

Sie beobachtete zudem, dass wechselwillige Patienten von der Praxispartnerin am Wechsel in die Praxis von Frau Meister gehindert wurden:

*„Frau R. ist auch so, dass einige Leute, die dann wirklich sagen, nein, ich gehe zu Frau Meister, geht sie 'raus und spricht mit denen: „Sie bleiben bei mir!““ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 256 ff)*

Darüber hinaus hatten viele Bekannte ihr versprochen, von der Praxis der Partnerin in ihre zu wechseln, was sie dann aber nicht taten. Somit fühlte sie sich sowohl von ihrer Praxispartnerin als auch von ihren Bekannten enttäuscht.

Die Zusammenarbeit mit den Helferinnen erwies sich ebenfalls als problematisch: Mit der einen Angestellten war sie nicht zufrieden, weil es ihr an Erfahrung und Taktgefühl den Eltern gegenüber mangelte, die andere arbeitete gut, fehlte aber häufig, da sie selbst kleine Kinder hatte, die häufig krank waren. Somit erlebte sie keine ausreichende Unterstützung durch die Helferinnen.

Auch die Beziehungen zu den Eltern ihrer kleinen Patienten erwiesen sich als teilweise problematisch. In der Hoffnung, Dankbarkeit und Treue von den Eltern zu bekommen, war sie bereit, deren Wünschen nachzugeben, auch wenn das auf ihre eigenen Kosten

ging. Da sich ihre Hoffnungen oftmals nicht erfüllten, kam es auch hier zu Enttäuschungen:

*„Da hab' ich es schlecht im Blickfeld gehabt, und ich muss ganz einfach sagen, ich bin auch ein Mensch, der ganz selten jetzt zum Schluss Grenzen gesetzt hat, ich habe alle Muttis, oder fast alle Forderungen versucht zu realisieren in der Hoffnung, ja da eine Dankbarkeit, eine Verbundenheit, wo ich dann auch enttäuscht gewesen bin, dass Muttis, die, oder bei den Kindern, wo ich mich sehr eingesetzt hab', sehr bemüht hab', nicht nur finanziell, auch jetzt mit der Verantwortung für dieses Kleine, dann gewechselt haben [...] ohne Bescheid zu sagen, von den Kollegen dann erfahren ... und das hat mich eben auch maßlos enttäuscht [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 237 ff)*

Hier findet sich ein Konflikt auf zwei Ebenen: Einmal ging es darum, Patienten zu binden, um genügend Einnahmen für die Praxis zu haben – es handelte sich also um einen Sachkonflikt. Darüber hinaus war sie aber auch persönlich betroffen, weil sie sich engagiert hatte und die Patienten dann einfach weggeblieben sind. Dieser Konflikt ist also als Beziehungskonflikt anzusehen.

Aus der Wahrnehmung der Eltern schloss Frau Meister, dass ihr Beruf nicht mehr die gesellschaftliche Anerkennung findet wie früher, dass der Arzt nunmehr als Dienstleister angesehen wird und daraus die von ihr als fordernd empfundene Haltung dem Arzt gegenüber resultiert. Dies erlebte sie ebenfalls als eine erhebliche Belastung:

*„Ich denke, die Akzeptanz oder auch die Wertschätzung des Berufs war sonst doch eine andere noch gewesen, also das ist jetzt in Vielem schon, ich denke, das [...] hat auch gesellschaftliche Ursachen, mit Sicherheit. Ich sage immer, so viele schlechte Arztserien, wie es momentan auch im Fernsehen gibt, gab es ja, glaube ich, nie, und eigenartigerweise [...] die Ärzte oder die Mediziner, die dort zum Tragen kommen, die machen immer Fehler. Und ich denke auch, diese ganze juristische Seite, dieses Absichern oder dieses Rechtfertigen auch, vielen Sachen gegenüber, das ist teilweise eben eine Sache, die alle Ärzte [...], denke ich, sehr*

*belastet. [...] Ja, ich denke manchmal sogar, eine gewisse Dienstleistung, ja, die das Bild angenommen hat. Und entsprechend auch die Forderungshaltung der Leute, ja, denke ich schon.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 589 ff)*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frau Meister im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eine Vielzahl von interpersonellen Konflikten, aber nur sehr wenig positive Interaktionen mit anderen Menschen beschrieb. Als einzige Unterstützung nahm Frau Meister ihren Mann wahr, der ihr die speziellen Prozesse der Arbeitsorganisation einer Praxis erklärte und ihr bei den Umbaumaßnahmen zur Seite stand.

Frau Meister beschreibt sich als einen Menschen mit einem starken Streben nach Anerkennung und Wertschätzung. In der Klinik war ihr die Arbeit vertraut und sie hatte viel Erfahrung, so dass sie dort über großes Selbstvertrauen verfügte. In der Praxis musste sie nun neue Aufgaben bewältigen, was ihr erhebliche Probleme bereitete, so dass sie Versagensängste entwickelte, wie weiter oben bereits beschrieben. Hinzu kam ein intrapersoneller Konflikt auf Grund der veränderten Arbeitsbedingungen:

*„[...] ich bin da, [...] fast 27 Jahre in sehr ENGAGIERTER, in sehr ANERKANNTER Stellung; das ist auch so ein bisschen der Leistungsanspruch, den ich immer an mich gestellt habe, dass ich allen Anforderungen, eigentlich fast mit Auszeichnung [...] begegnet bin, und das ist so ein bisschen die Erfahrung gewesen, die mir mein Mann zwar oft erklärt hat in der Niederlassung, dass man in der Diagnostik von Krankheitsbildern und alles bis zum bestimmten Moment durchführen kann, aber nicht bis ins Extenso abklären kann, weil das ja auch von der ökonomischen Seite dann nicht mehr vertretbar ist. Und ich hab' das rationell schon gewusst, aber ich war immer so vom Bauchgefühl oder von der Emotion her, man ist ja verpflichtet, dem nachzugehen, da zu gucken, was mir teilweise dann natürlich auch vom Organisatorischen dann schon ein bisschen Probleme gemacht hat. Also ich hatte eigentlich mehr Selbstvertrauen in meine Wahnsinns Erfahrung über viele Jahre gehabt als ich zum Schluss eigentlich für mich gesehen hab' oder nutzen konnte.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 420 ff)*



Die Strebung nach Perfektion und Sicherheit (also ausführlicher Diagnostik) kollidierte also mit ihrer Strebung nach ökonomisch sinnvollem Arbeiten. Diesen Konflikt konnte sie nicht zufrieden stellend für sich lösen.

Passend zu ihrem Streben nach Perfektion hatte sie große Schwierigkeiten damit, anderen gegenüber zu der Erkrankung zu stehen und sich eine Schwäche zuzugestehen:

*„[...] es ist eben für mich eine ganz neue Situation, dass ich eben in meiner Person das erste Mal in meiner beruflichen Laufbahn Probleme habe. [...] Das ist bisher nicht gewesen. Ja. Und ich werde schon, denke ich, äußern, dass auch ein Arzt, der so engagiert in der Vergangenheit gearbeitet hat, auch ein Recht hat, krank zu sein [...] oder wenn er krank ist, sich 'ne Pause zu nehmen. Und ich glaube schon, dass man, je nachdem, mit wem man da drüber redet oder so, bestimmte Informationen geben sollte, [...] denn ich glaube insgesamt, wenn man sich gar nicht positioniert dazu, wird sehr viel mehr Negatives über einen geredet. Ich glaube, natürlich sollte einem total egal sein, was die Leute denken, meinen, aber das ist eben nicht so. [...] Und dieses gewisse Schamgefühl, oder, tja, ist ja, so wie mein Einzeltherapeut immer wieder 'rüberbringt, eigentlich auch so ein bisschen der Ausdruck, dass ich mir diese Schwäche selber noch nicht so ganz eingestehe. Und das ist eigentlich so, so momentan mein Hauptkonfliktmoment. So ein gewisses Schwächegefühl oder eine gewisse Hilflosigkeit, und, ich wünsche mir, dass auch dieses ganze Selbstwertgefühl [...]. Das ich das wieder finde, was ich eigentlich die ganze Zeit gehabt habe.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 501 ff)*

Durch die Therapie-Gespräche kam Frau Meister aber zu der Überzeugung, dass es notwendig sei, das Perfektions- und Leistungsstreben zu verringern, damit sie mit sich zufriedener werden könnte:

*„Da wird mir ja auch immer wieder gesagt, dass meine Erwartungshaltung viel zu hoch ist, ja, und das ist sicherlich auch so. Und ich glaube, auch eine wichtige Erfahrung ist für mich, auch wenn es von der Thematik ein bisschen abschweift oder so, dass ich für mich lernen will, in Zukunft eben auch eine gewisse Zufriedenheit zu empfinden, ohne dass ich diese Maximalergebnisse oder diese*

*Ziele erreiche. Also das ist, das ist schon die Zielstellung [...]. Aber das ist eben auch nicht so ganz einfach. [...] Wenn man, ja, fast drei Jahrzehnte nach Maximalforderungen gestrebt hat.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 637 ff)*

In ihrer Freizeit konnte sie keinen Ausgleich für ihre Probleme finden, weil sie sich die Dinge, an denen sie sonst Freude hatte, versagt hatte, wie bereits im Kapitel 7.6.2 beschrieben. Es wurde also die Befriedigung von ihr eigentlich wichtigen Bedürfnissen unterdrückt. Dies wurde noch dadurch begünstigt, dass sie nur schwer dazu in der Lage war, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen (siehe hierzu auch das Zitat im Kapitel 7.6.3). Die intrapersonelle Beziehungsgestaltung war also erheblich gestört.

Das Privatleben und das Arbeitsleben von Frau Meister gingen ineinander über, ohne dass sich hier klare Grenzen finden lassen. Wie bereits weiter oben beschrieben, nahm Frau Meister Akten mit nach Hause, um sich auf diese Weise einen besseren Einblick in die Krankengeschichten zu verschaffen. Dies führte zu weiteren Konflikten:

*„[...] wo ich auch fürs Wochenende mir, mir einen großen Stapel an Arbeit mitgenommen hab', aber dann Freitag kamen meine Kinder, die beide studieren, nach Hause und da wollte man sich ein schönes Essen, da wollte man sich ein bisschen Zeit füreinander nehmen, [...] und dann habe ich Samstag dann mit Haushalt, mit Aufgaben, Wäsche, mit Saubermachen und so weiter zu tun gehabt, so dass das dann auch nicht so geklappt hat, Sonntag waren auch hausfrauliche Pflichten mit Essen kochen und andere Aufgaben, so dass es manchmal dann erst Sonntagabend wurde, und ich dann aber Sonntag, ab Sonntag dann schon irgendwo schlechte Laune oder so bekommen habe, so wie es mir mein Mann im Nachhinein auch verdeutlicht hat. [...] Ich war gereizt, war eben für viele Sachen auch gar nicht mehr ansprechbar.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 266 ff)*

Darüber hinaus war sie in Gedanken ständig mit der Arbeit beschäftigt, so dass in der Folge auch hier die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwammen:

*„Die (Gedanken) habe ich mit nach Hause genommen, die habe ich, wenn wir zusammen gesessen haben, beim Abendbrot oder mit der Oma, die waren eigentlich immer da gewesen. Und ich konnte jetzt nicht sagen, jetzt Schluss, die waren präsent. Und damit hatte ich überhaupt auch keine Chance mehr, irgendwo in eine Relaxphase 'rein zu kommen. Und das ist was, was sich dann irgendwo so ein bisschen verselbständigt hat. Und das ist so ein großes Problem gewesen.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 698 ff)*

Sie führte diese Unfähigkeit zum Abschalten vor allem auf die Tatsache zurück, dass sie nun für alles allein verantwortlich war und es niemanden gab, mit dem sie die Verantwortung teilen konnte.

Abgesehen von der Arbeit, die sie in Form von Akten und Gedanken mit nach Hause brachte, arbeitete sie noch für die Praxis ihres Mannes mit:

*„Dazu gehört eben, [...] dass ich mich auch in der Praxis meines Mannes schon immer mit beteiligt habe, [...] ich mach' die Wäsche im Moment und mach' auch einen Teil der Handkasse, der Buchhaltung noch mit.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 323 ff)*

Außerdem lastete die Haushaltsarbeit auf ihr, an der ihr Mann sich nicht beteiligte, und die Pflege des großen Gartens. Hinzu kam, dass die Schwiegermutter mit zum Haushalt gehört und deren Vorstellungen von Haushaltsführung weitgehend befolgt wurden. Bislang hatte Frau Meister deshalb auch auf eine Haushaltshilfe verzichtet. Sie versuchte, allen Erwartungen ihrer Familie gerecht zu werden, und war in der Folge völlig überlastet, was zu erheblichen Konflikten mit ihrem Ehemann und der Schwiegermutter führte. Die Töchter leben nicht mehr im Haushalt und waren ihr deshalb keine Hilfe.

Somit verfügte Frau Meister kaum über Freizeit, die sie zur Erholung und für die Ausübung von Hobbys hätte nützen können. Sie hat zwar Freunde und einen Hund, allerdings wurde aus ihrer Art der Darstellung deutlich, dass sie daran wenig Freude finden konnte. Auch die Hundespaziergänge wurden von ihr als Pflicht empfunden:

*„Na ja, wir haben Freunde, mit denen wir, die, die uns eingeladen haben, mit denen wir auch im Theater teilweise waren, ich hab', wir haben einen Schäferhund, der, ja doch, eine regelmäßige Betreuungstätigkeit, also ausführen, verlangt, mit dem ich schon mich beschäftige, mein Mann oder ich, je nachdem wie wir Zeit haben, [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 283 ff)*

Frau Meister war sich bewusst, dass sich auch in ihrem Privatleben Vieles ändern müsse, und sie sah in ihrer Erkrankung eine Chance dafür, gemeinsam mit ihrer Familie Veränderungen an ihrem Leben vorzunehmen, um wieder mehr Lebensqualität zu finden:

*„Das ist eigentlich so ein bisschen der Kraftquell des Ganzen, dass die Familie, glaube ich, näher zusammengerückt ist jetzt mit meinen Problemen, [...] dass ich ganz stolz auch auf meine Kinder bin, [...] aber die jetzt ganz besorgt, meine große Tochter hat sogar Examen momentan, und ich hatte eben Angst, sie durch meine Situation dolle zu belasten, aber die Belastung wäre für sie viel größer gewesen, wenn ich NICHT mich um mich gekümmert hätte, als umgekehrt, und auch meine engsten Freunde, die haben mich eigentlich sogar zu diesem Schritt bewegt. [...] Aber auf jeden Fall ist dieser Aufenthalt hier, oder auch die Entscheidung dazu, Hilfe anzunehmen, denke ich, ganz, ganz wichtig für uns gewesen. Wir haben Grenzen erreicht. Wir müssen [...] was verändern, auch, ich denke auch mein Mann in der Zukunft, um nicht nur zu funktionieren, sondern ganz einfach um zu leben, und irgendwie da ganz andere Lebensqualitäten dem nachzugeben.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 658 ff)*

Frau Meister erlebte also schwere Belastungen in allen Bereichen des Modells, so dass sie an einem ausgeprägten Burnout-Syndrom mit Depression erkrankte. Im Modell stellt sich dies stichpunktartig so dar:

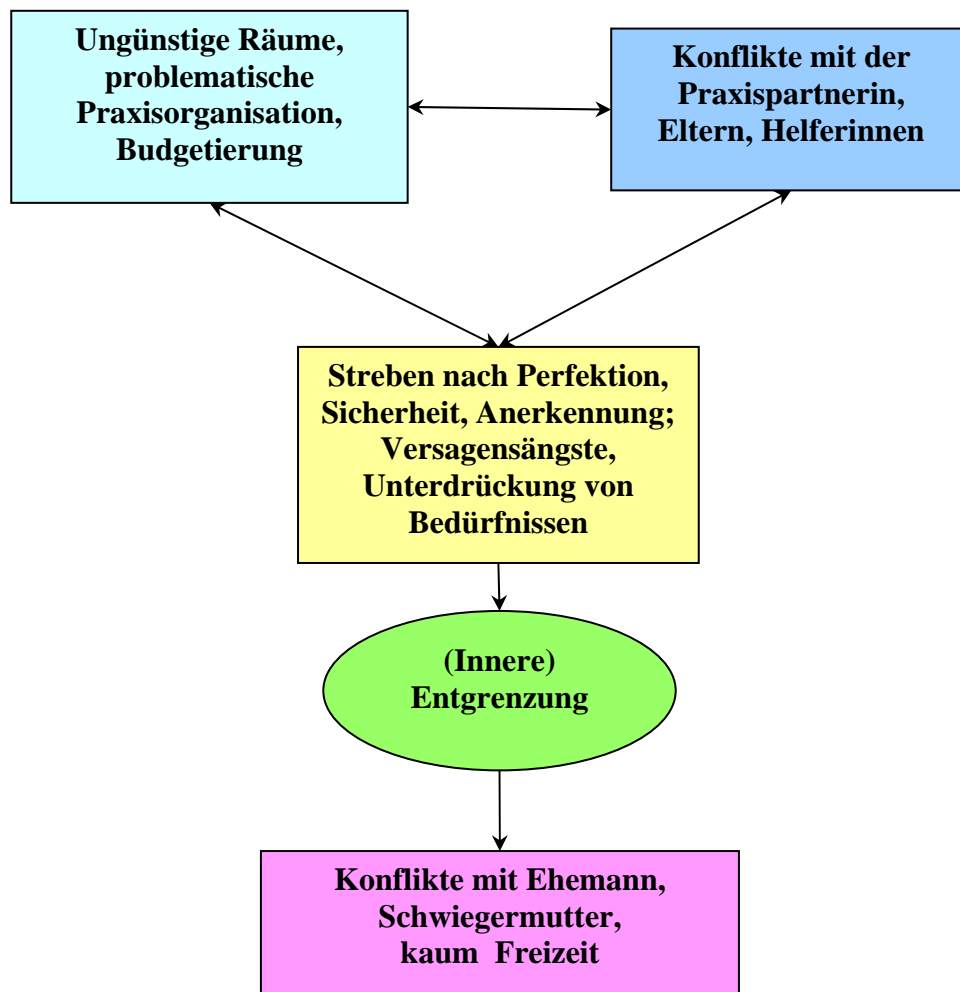


Abbildung 21: Darstellung der Situation von Frau Meister vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

Auf Grund der Problematik entschloss sich Frau Meister dazu, ihre Praxis vorübergehend zu schließen und sich in stationäre Behandlung zu begeben.

### **Situation nach Wiederaufnahme der Praxistätigkeit**

Sieben Monate nach dem ersten Interview führte ich ein weiteres Gespräch mit Frau Meister. Nach einer mehrmonatigen Schließungsphase hatte sie schließlich ihre Praxis wieder eröffnet. Sie hatte bereits einige der von ihr geplanten Veränderungen umgesetzt und plante weitere wichtige Änderungen. Frau Meister fühlte sich nun sehr viel besser, und der Beruf machte ihr wieder Freude:

*„Das ist eigentlich so die erste Zeit, dass es mir wieder Spaß macht überhaupt hier zu arbeiten. Was in der Vergangenheit überhaupt nicht war. Ich bin nicht einen Tag gerne hierher gegangen.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 91 ff)*

Frau Meister hatte mit Beginn der Wiedereröffnung ihrer Praxis ihre Arbeitszeit reduziert, so dass sie nur noch etwa 25 Stunden reine Sprechstundenzeit pro Woche anbot. Darüber hinaus hatte sie sich entschieden, die Praxisgemeinschaft aufzugeben und ihre Praxis in andere Räumlichkeiten zu verlegen. Sie führte ihre Erkrankung nun zu einem erheblichen Teil auf den Konflikt mit der Praxispartnerin zurück:

*„Es hat keinen Zweck hier, und ich muss ganz einfach sagen, auch die Besucher, die ich inzwischen hatte, meine ehemalige Chefin hat mich zu Hause und dann auch hier ein paar mal besucht, [...] und sie sagt, für dich gibt es nur ein Problem, du musst da unten 'raus, und das haben mir ganz viele Leute gesagt, die das vordem schon abgeschätzt haben, [...] und das ist, denke ich, auch mein Hauptproblem.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 301 ff)*

Allerdings war zum Zeitpunkt des zweiten Interviews noch nicht klar, ob sie den Mietvertrag für ihre derzeitigen Räume würde kündigen können.

Sie hatte vor der Wiedereröffnung der Praxis eine ihrer Helferinnen wieder eingestellt – diese hatte sich damals auf Grund ihrer eigenen Kinder häufig krank melden müssen, was zu einer zusätzlichen Belastung von Frau Meister geführt hatte. Da nun aber die Praxiszeiten reduziert wurden, gab es keine derartigen Probleme mehr. Darüber hinaus wurde noch eine zweite Helferin eingestellt, mit der Frau Meister auch recht zufrieden ist. Die Praxis wurde mit einem Computersystem versehen, das von den Helferinnen bedient und optimiert wird.

Durch eine Weiterbildung zur Asthmatrainerin, die sie in der Zwischenzeit begonnen und bereits beinahe abgeschlossen hat, soll sich eine weitere wichtige Veränderung ergeben: Sie berichtete, dass sie durch diese Subspezialisierung ein nahezu unbegrenztes Budget

zur Verfügung habe, da hierdurch die Deckelung aufgehoben werde. Das bedeute für sie, dass sie eine Lösung für ein sie sehr belastendes Problem gefunden habe:

*„M: Wenn ich nämlich die Subspezialisierung habe, dann habe ich medikamentenmäßig sehr viel mehr Freiheiten und Möglichkeiten.“*

*I: Ah ja. Das heißt, das Budget ist dann anders?*

*M: Genau. Ich glaube, das ist dann unendlich. Und das ist auch gut so.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 612 ff)*

Die durch das neu entstehende Angebot zusätzlich anfallende Arbeit sollte teilweise durch die neu eingestellte Helferin übernommen werden, die in dem Bereich bereits über Erfahrungen verfügt, so dass sie selbst nicht wieder durch zu viel Arbeit überlastet wird:

*„Ich will vor allem die Pulmologie aufbauen, deswegen, ich bin kurz vorm Asthatrainer, da muss ich die Supervision noch machen, ich bin jetzt, habe am 23. Oktober meine Subspezialisierungsprüfung, in Form von einer Übergangsregelung ist das noch, denn ich kann keine zwei Jahre in irgendeiner Lungenklinik arbeiten, und wenn ich das habe, dann baue ich mir das ganz toll auf. [...] Das muss gut organisiert sein. [...] Sie brauchen die richtigen Leute im Boot, und wie ich heute erfahren habe, hat meine neue Schwester, die Monika, die hat schon mal bei einer Kinderärztin gearbeitet, im Bayrischen, und war jetzt bis zum Schluss bei einem Praktiker, der sehr viel DMB-Programm und Asthma bei Erwachsenen und DMB Diabetes gemacht hat, und die hat da schon ganz schön Ahnung, und die werde ich dafür qualifizieren. [...] Die werde ich zu Lehrgängen schicken.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 586 ff)*

Sie erhoffte sich durch die Subspezialisierung auch, neue Patienten zu gewinnen, um die Praxis rentabler führen zu können. Somit erwartete sie, von der Weiterbildung doppelt zu profitieren und hierdurch in zwei für sie problematischen Bereichen die Belastung reduzieren zu können.

Auch im Feld „Beziehungsgestaltung im Berufsleben“ gab es wichtige Entwicklungen. Die Entscheidung, so bald wie möglich die Praxisgemeinschaft zu beenden, hatte zu einer neu gewonnenen Gelassenheit geführt. Sie war zu einer neuen Form der Beziehungsgestaltung mit der Partnerin in der Lage und fühlte sich dadurch nun nicht mehr belastet:

*„[...] und das Zwischenmenschliche, das meiste, was mich freut, ist, dass ich mich nicht mehr über sie ärgere und sie sich aber ärgert, dass ich mich nicht mehr ärgere. Ja, und das finde ich in Ordnung. Ja, und das testen wir jeden Tag wieder neu miteinander aus. [...] Heute haben wir uns noch nicht gesehen, könnte sein, wenn sie nachher zeitig kommt, dass wir uns noch mal guten Tag sagen, ansonsten war sie schon verschwunden, und das ist mir auch total egal, das erreicht mich nicht mehr. [...] Und eigentlich als Hauptursache, dass ich weiß, dass das eine begrenzte Zeit hier jetzt ist, egal, wann das wirksam wird.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 501 ff)*

Frau Meister hatte eine gute Beziehung zu ihrer wieder eingestellten Helferin Simone entwickelt. Die Ärztin verließ sich nun auf sie und vertraute ihr. Die Zusammenarbeit im Team war ihr wichtig geworden:

*„[...] dass Simone hundert Prozent ehrlich ist. Die ist alle Tiefen und Höhen mit mir durchgegangen und hat sich gefreut, als ich gesagt habe, dass finde ich aber schön, so ungefähr, dass ich wieder dabei sein kann. [...] Also das ist eine Vertrauensbasis [...], aber ich habe jede Schwester, die ich hier zum arbeiten hatte, manchmal einen Tag, manchmal, jetzt über das Arbeitsamt, zwei Wochen, habe ich immer vordem mit der Simone besprochen, die hat auch die Unterlagen immer gesehen, [...] das ist auch eine Erfahrung, die ich gemacht habe, man muss offen über seine, sein kleines Team hier reden, was da kommt oder so, und den Leuten, die sich vorgestellt haben, habe ich immer gesagt, die Simone spielt hier die erste Geige, [...] sie ist fachlich solide, sie ist wahnsinnsfleißig, sie ist wahnsinnig vertrauenswürdig, ja, und hat eben diese Vergangenheit mit mir durchgestanden.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 442 ff)*



Es ist ihr nun bewusster geworden, wie wichtig die sozialen Beziehungen in der Arbeitswelt sind:

*„[...] also ich denke, dass ich ein sehr verträglicher Mensch bin, sehr harmoniebedürftig, was ich in dieser Praxis hier total vermisse. Hier ist sich jeder selbst der nächste, und mir ist auch deutlich geworden in dieser Pause jetzt, dass ich eigentlich ein sehr sozialer Mensch bin, der auch das Kollektiv, das Team an sich braucht.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 206 ff)*

Durch ihre Erkrankung sah sie die Beziehung zu Patienten als gebessert an, und auch die Beziehungen zu dem Personal des Krankenhauses, in dem sie früher arbeitete, wurden nun als sehr positiv geschildert:

*„Also es ist ja, diese Krankheit hat ja schon einige positive Seiten auch gehabt. Ich weiß, auf welche Patienten mehr oder weniger Verlass ist, und umgekehrt können die Patienten das ganz anders schätzen, was sie an meiner Betreuung hatten und was sie in der Zwischenzeit hatten. [...] Und ich muss sagen, zwei Drittel bestimmt sind zurückgekommen, und inzwischen habe ich eine ganze Menge neuer Patienten aus der Klinik wieder. Ich habe ja nach wie vor mit den Hebammen, mit der Kinderstation, dort, wo ich ewig gearbeitet habe und mich engagiert habe, sehr gute Beziehungen.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 77 ff)*

Die Ärztin hatte in der Zwischenzeit gelernt, an verschiedenen Stellen deutliche Grenzen zu setzen. Dies zeigte sich beispielsweise im Umgang mit den Eltern ihrer Patienten:

*„Ja, einen Weg oder ein Management so, [...] dass sie den Patienten, die haben ja bestimmte Erwartungen, schon gerecht werden, aber dann so, wie sie es auch für sich vertreten können. Ich meine, ich liebe meine Kinder, alle Eltern liebe ich nicht. Ja. Ich muss immer sagen, mit jedem Kind kommt man zurecht, aber nicht mit allen Eltern. [...]Aber Sie müssen, auch den Eltern gegenüber, und das konnte ich in der Vergangenheit auch nicht mehr, in meiner Problemzeit, dass ich den Eltern gesagt habe, bis hierher und nicht weiter. Ich habe keine Grenzen*

---

*mehr gesetzt. Ich habe eigentlich, um mein Patientengut hier aufzubauen, sehr viele falsche Kompromisse gemacht, die ausgenutzt, oder die mir, denke ich, sogar negativ zu Lasten gelegt wurden. [...] Was ich jetzt nicht mehr mache.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 632 ff)*

Ihre Einstellung hatte sich nun völlig gewandelt, und durch die zunehmende Erfahrung wusste sie sich inzwischen zu wehren. Entscheidend war aber, dass sie nun nicht mehr um jeden einzelnen Patienten kämpfen musste:

*„Weil ich keine Probleme mehr habe, Patienten auch zu verlieren. Es kommen ja neue dazu. [...] Und das ich jetzt, da ich auch gesehen habe, dass ich im meinem ersten Quartal, was ich abgerechnet habe, in 4/2007, [...] habe ich ja erst angefangen, eine hervorragende Abrechnung bekommen habe, was ich nie erwartet hatte.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 674 ff)*

Die Praxis-Situation hatte sich also grundlegend gewandelt: Frau Meister sah in ihren Helferinnen nun eine wichtige Unterstützung, die schwierige Beziehung mit der Praxispartnerin belastete sie weitaus weniger, und sie war dazu in der Lage, ihr unberechtigt erscheinende Forderungen abzulehnen.

Auch ihre Selbstwahrnehmung hatte sich verändert. Frau Meister beschrieb in beiden Interviews, wie sie sich selbst wahrgenommen hatte, wodurch ihre Entwicklung deutlich wurde. So sagte sie im ersten Interview:

*„Und das habe ich, ich habe mich früher nie so ernst genommen, mich selbst. Ich habe immer versucht, es allen recht zu machen. Und ich bin auch ja nach wie vor ein harmoniebedürftiger Mensch, deswegen muss ich ja sagen, ich kann hier nicht bleiben.“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 794 ff)*

Im zweiten Interview kam sie noch einmal auf ihre frühere Einstellung zurück, beschrieb nun aber ihre neue Einstellung:

*„Weil man alles abgearbeitet hat was kam, und versucht hat, es allen auch recht zu machen oder so, was mir jetzt nicht mehr vordergründig ist. Vordergründig sehe ich jetzt eigentlich mich und meine Familie. Ja. Oder das was wichtig ist. Das ist eine neue Lebenseinstellung, aber, tja, vielleicht muss man irgendwo auf die Füße fallen und - ich weiß es nicht, weil ja, der Körper wird ja nicht jünger, und man hat irgendwo seine neuen Grenzen ja ausgelotet.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 1242 ff)*

Es ist also zu einem Wertewandel gekommen. Die Arbeitszentrierung wurde aufgegeben, das Privatleben hatte eine neue Wichtigkeit erlangt:

*„Weil ich jetzt weiß, dass es verschiedene Sachen gibt, die wichtiger sind, als hier von früh bis abends Sprechstunde zu machen. Ich habe ja dann auch, ich habe am 6. August praktisch jetzt wieder angefangen, [...] die Praxistätigkeit, und mit reduzierter Sprechzeit. Und ich muss sagen, ich freue mich auf die Sprechstunde, [...] ich freue mich aber, dass ich heute Nachmittag frei habe.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 332 ff)*

Wichtig war nun für sie, Prioritäten zu setzen und den Schwerpunkt dort zu setzen, wo sie es als wesentlich empfand:

*„Aber ich muss ganz einfach sagen, ich hab' auch gelernt, meine Energie einzuteilen, und für mich ist momentan wichtiger, dass ich mich auf das konzentriere, was im Moment für mich die Bedeutung hat, und das ist die Praxis, und das ist in anderthalb Wochen eine Bronchopulmologie-Subspezialisierungsprüfung. Und da muss ich meine Energie auf solche Sachen konzentrieren.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 103 ff)*

Im Rahmen dieser Neuorientierung stellte sie auch das Streben nach Perfektion in Frage, wie bereits im Kapitel 7.6.2 beschrieben. Sie analysierte die Gründe für ihr damaliges Verhalten und kam zu dem Schluss, dass der Ehrgeiz hierfür ursächlich war, und sie distanzieren sich nun davon (s. hierzu Frau Meister, 2. Interview, Z. 376 ff).

Frau Meister versuchte nun, Dinge, auf die sie keinen Einfluss hat, hinzunehmen, was ihr vor ihrer Therapie nicht gelungen ist:

*„Und das sind eben die Spielregeln, die mich, denke ich, zusätzlich noch belastet haben, weil ich immer alles verstehen wollte. Mein Mann sagt immer, da brauchst Du überhaupt nicht mehr arbeiten zu gehen, verstehen tust Du das nicht mehr. Und das ist auch so.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 624 ff)*

Die intrapersonellen Konflikte konnte sie weitgehend beilegen, und sie hatte eine Zufriedenheit mit sich erlangt:

*„Ich denke, dass ich so meine alte Form und eigentlich, denke ich, sogar ein bisschen mehr noch dazu gewonnen habe.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 323 ff)*

Frau Meister betonte mehrmals, dass die Erkrankung für sie positive Entwicklungen angestoßen habe. Dazu gehörte, dass sich ihre Wahrnehmung der Beziehungen zu anderen Menschen im Laufe ihrer Erkrankung und im Anschluss daran verändert hat. So schilderte sie zum Beispiel, wie wichtig vor allem die Töchter während der Phase der Krankheit für sie waren und dass sie erfahren habe, auf wen im Bekanntenkreis sie sich verlassen kann und auf wen nicht:

*„[...] die Beziehung zu meinen Kindern ist immer gut gewesen, aber das ist mir deutlicher geworden, und auch wer aus dem Freundeskreis Freund ist und wer nur Wert drauf legt, mit Frau Doktor Kontakt zu haben.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 138ff)*

Sehr wichtig war für sie, ihre Beziehung zu ihrem Mann und der Schwiegermutter zu klären und auch hier Grenzen zu setzen und sich seiner Hilfe zu versichern:

*„Der steht immer dazwischen [...]. Und der ist vor allem ein guter Sohn. Ja. Und dass ich ab und zu mal fragen muss, mit wem bist Du jetzt verheiratet, mit der Oma oder mit mir [...] mich belastet das nicht mehr so. [...] ich muss sagen, die*

*ersten Zeiten, wo ich mit Arbeiten wieder angefangen habe, habe ich die meisten Konflikte mit meinem eigenen Mann gehabt [...]. Weil er gedacht hat, das läuft alles so weiter. Und das war nicht so. Er hat ja theoretisch eingesehen, dass sich was ändern muss, aber die praktische Seite sah dann wieder anders aus! [...] Dabei ging das eigentlich mit dieser verkürzten Tätigkeit und mit diesen anfänglich wenigen Patienten sanft los. Im Vergleich zu jetzt. Aber das war eine Woche, wo wir jeden Tag gezankt - nicht gezankt, aber gestritten haben, wo ich aber im Recht war und wo ich gedacht habe, entweder jetzt oder nie.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 751 ff)*

Die Familie sah sie als wichtige Ressource an:

*„[...]denke ich, ist die Familie das A und O. [...] Ja, und das ist auch ganz wichtig, und ich denke auch, dass wir es nach wie vor in der Richtung sehr positiv haben so von der Familiensituation, es hat nicht jeder zwei intelligente, hübsche, gesunde Kinder, oder mit meinem Mann, ich meine, das gibt es in jeder Beziehung mal, aber vom Prinzip führen wir, denke ich, eine gute Ehe.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 852 ff)*

Frau Meister schien weiterhin nicht zufrieden mit der Beziehung zu ihrem Mann zu sein, aber sie äußerte dazu, sie könne damit nun besser umgehen. Das zeigte sich auch daran, dass sie einen Teil ihrer Freizeit mit ihm verbringen wollte und dies nun auch durchsetzte:

*“Oder ich habe auch ganz bewusst jetzt meinem Mann zu seinem Geburtstag ein Theateranrecht geschenkt [...]. Wir gehen gerne ins Theater, aber irgendwo passt es nie. Entweder er hat Dienst, hier ist was, dann hat man keine Karten mehr bekommen, [...] und da habe ich, sagt mein Mann, soviel Zeit haben wir nicht ins Theater zu gehen, ich sage, wenn wir nicht gehen, kriegen die Karten meine Kinder oder jetzt meine Schwester oder so, wenn ich zur Weiterbildung bin. Auf der anderen Seite möchte ich aber in der Öffentlichkeit wieder auftreten, und auch mit dir auftreten..., ja, und das hat er auch am Anfang nicht gewollt, und*

*inzwischen ist es auch richtig schön, wenn sie monatlich wissen, an dem Platz sitzen sie, sie müssen sich nicht um Karten kümmern, sie bezahlen ihr Anrecht für das ganze Jahr, und das sind so Kleinigkeiten halt.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 1159 ff)*

Sie legte nun viel Wert auf andere Menschen, und auch ihr Hund war für sie sehr wichtig geworden. Der Unterschied in der Bewertung zwischen dem ersten und dem zweiten Gespräch wurde zum Beispiel deutlich beim Vergleich zweier Interviewpassagen, die sich auf ihre Beziehung zum Hund beziehen. So sagte sie im ersten Interview:

*„[...] wir haben einen Schäferhund, der, ja doch, eine regelmäßige Betreuungstätigkeit, also ausführen, verlangt, mit dem ich schon mich beschäftige [...]“ (Frau Meister, 1. Interview, Z. 284 ff)*

Im ersten Interview wirkte sie distanziert, das Ausführen des Hundes erschien als Pflicht, der sie eben nachkommen musste. Im zweiten Interview wurde deutlich, dass sie in der Zwischenzeit eine innige Beziehung zu dem Hund entwickelt hatte:

*„Aber ich brauche Aktivität vor allem, also, das ist sowohl der Hund, der für mich eine ganz wichtige Bezugsperson ist, ich meine, ich bezeichne ihn noch nicht als drittes Kind, aber so ein bisschen in die Richtung geht das schon, und der ist auch so ganz anhänglich und schmusebedürftig, und da gehen wir oft spazieren oder wenn ich, sobald es Feierabend ist, also die wartet mit Sicherheit schon, oder Fahrrad fahren und sie rennt nebenher, [...].“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 861 ff)*

Weiterhin wurde die Schwester als sehr wichtig geschildert, mit der sie daher auch einen Teil ihrer Freizeit verbrachte:

*„Und, was mir auch ganz wichtig ist, ich meine, unter meinen Geschwistern gibt es eine Schwester, die eigentlich mehr eine Freundin von mir ist, die gerade in dieser Krankheit oder überhaupt die Krankheit erst einmal zu akzeptieren, eine ganz zentrale Rolle gespielt hat, das ist, ich meine, man darf nicht*

---

*Lieblingsschwester sagen, aber das ist sie eigentlich, weil's eigentlich schon fast eine Freundin ist [...]. Und mit der habe ich, [...] da in einem Fitnesscenter angefangen.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 867 ff)*

Auch eine Freundin der Schwester war zu einer Freundin von ihr geworden, die ihr sehr viel bedeutete:

*„Und ich habe eben auch sehr wertvolle Bekannte, von meiner Schwester die Freundin, beispielsweise [...]. Und mit der habe ich öfters mal Spaziergänge gemacht, wir haben uns gegenseitig ausgetauscht, unterstützt, solche Sachen haben mir sehr viel gebracht.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 1061 ff)*

Ein weiterer Vorteil war für sie, dass sie durch die Veränderungen, die sie an sich vorgenommen hatte, von anderen Menschen nun anders wahrgenommen wurde:

*„[...] ich habe sogar die Erfahrung gemacht, dass diese Art Verletzlichkeit, die ich bisher, glaube ich, nie gezeigt habe, sich in vielen Beziehungen positiv ausgewirkt hat.“ (Frau Meister, 2. Interview, Z. 159 ff)*

Frau Meister hatte also in allen Feldern wichtige Veränderungen durchgeführt. Es gibt nun klare Grenzen zwischen dem Arbeits- und dem Privatleben, und auch im interpersonalen Bereich wurden Grenzen gesetzt (z.B. gegenüber Forderungen von Patienten, Durchsetzung einer Haushaltshilfe). Beziehungen zu anderen Menschen werden nun bewusst gestaltet und gepflegt, auch die intrapersonelle Beziehungsgestaltung hat eine neue, sie befriedigende Form gefunden. Frau Meister fühlt sich in Folge der durchgeführten und geplanten Veränderungen in ihrem Berufs- und Privatleben wieder wohl. Stichpunktartig finden sich die Veränderungen im Modell:

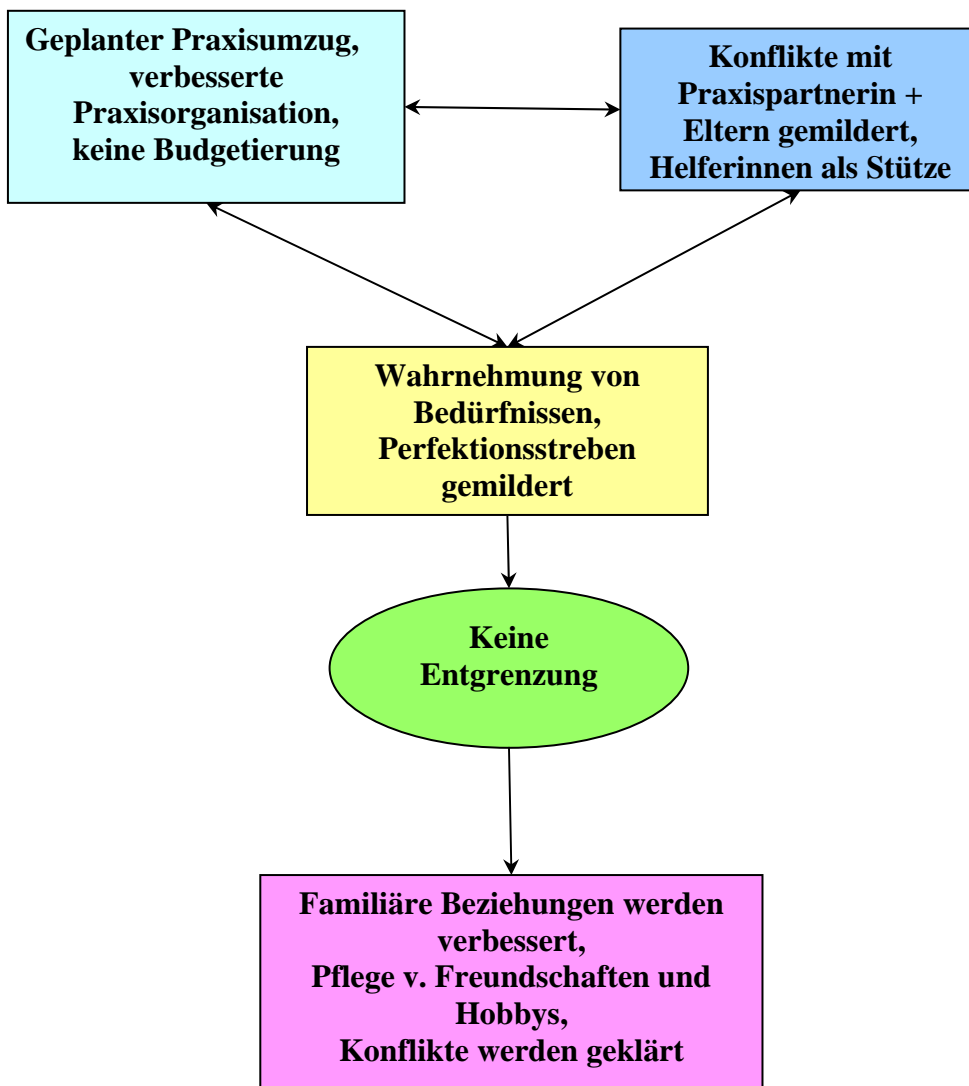


Abbildung 22: Darstellung der Situation von Frau Meister nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells

Die Situation hat sich also grundlegend geändert, und Frau Meister fühlt sich frei von Burnout-Symptomen.

## 7.7 Beziehungsgestaltung im Privatleben, Freizeitgestaltung

Die Freizeit konnte von den meisten vom Burnout-Syndrom betroffenen Interviewpartnern vor und während ihrer Erkrankung kaum noch genutzt werden. Meist lag eine wesentliche Ursache hierfür darin, dass die Interviewpartner sehr viel Mehrarbeit



---

leisteten, so dass nur noch wenig Freizeit übrig blieb. Es zeigte sich in fast allen Fällen eine ausgeprägt arbeitszentrierte Lebensweise, die allerdings durchaus nicht immer von den Akteuren so gewollt war. Hinzu kam vielfach eine hochgradige psychische Belastung durch die Arbeitsbedingungen. Die Ärzte haben zwar teilweise soziale Unterstützung durch Partner oder Freunde bekommen, allerdings war diese Unterstützung nicht hinreichend, um die Erkrankung zu verhindern. Vielfach konnte angebotene soziale Unterstützung von den Untersuchungsteilnehmern auch nicht angenommen werden - dies trifft besonders auf Personen zu, die allein lebten. Hier wurden während der Erkrankung soziale Beziehungen teilweise bewusst vermieden, eine Freizeitgestaltung fand nur noch in sehr geringem Maße statt. Die Arbeit „verschluckte“ in diesen Fällen das Privatleben nahezu. Es gab bei dieser Gruppe nach den Therapien Bestrebungen, dem Privatleben mehr Raum zu geben, was teilweise zu einem verbesserten Wohlbefinden führte. Die hochgradige Arbeitszentrierung wurde in einem Fall dennoch beibehalten. Auf die Details gehe ich weiter unten ein.

Bei Akteuren, die mit ihrer Familie zusammen lebten oder auf Partnersuche waren, entwickelten sich häufig Zielkonflikte: Die Arbeit nahm aus verschiedenen Gründen sehr viel Raum ein, gleichzeitig strebten die Ärzte aber auch nach einem erfüllten Privatleben. In dieser Gruppe finden sich in der Folge bei einigen Interviewpartnern erhebliche berufliche Veränderungen, die es ermöglichten, Beruf und Privatleben besser zu koordinieren. Dadurch konnte bei einigen Interviewpartnern eine große Zufriedenheit mit den resultierenden Arbeits- und Lebensbedingungen erreicht werden.

Das Wohlbefinden, welches die Akteure nach durchgeführten beruflichen Veränderungen erlangen konnten, ist in hohem Maße davon abhängig, in wie weit es gelungen ist, dem Privatleben genügend Raum zu geben und weitgehend störungsfreie soziale Beziehungen herzustellen.

Im Folgenden werde ich mit Hilfe von Fallbeschreibungen illustrieren, wie die Akteure ihre Arbeits- und Privatsphären während und nach dem Burnout-Syndrom wahrgenommen und gestaltet haben.

### **7.7.1 Burnout-Syndrom und Familie – unterschiedliche Lösungen**

Der familiäre Hintergrund hat einen großen Einfluss darauf, wie das Burnout-Syndrom erlebt und verarbeitet wird und welche beruflichen Veränderungen schließlich ergriffen

werden. Eine radikale Lösung für das Problem, den Beruf und die Familie besser koordinieren zu können, stellt die Niederlassung in der eigenen Praxis dar. Diese bietet die Möglichkeit, die eigenen privaten Interessen weitgehend mit den beruflichen Notwendigkeiten zu verbinden.

#### **7.7.1.1 Gute Vereinbarkeit von Arbeit und Familie durch die eigene Praxis – Herr Bäumer**

Beispielhaft für eine solche Lösung stelle ich zunächst Herrn Bäumer vor. Herr Bäumer ist verheiratet und hat drei Kinder. Seine Familie hat für ihn einen sehr hohen Stellenwert, und vor seiner Erkrankung hat er hauptsächlich aus dem Familienleben seine Erholung bezogen.

Herr Bäumer hatte sich auf Grund von geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen des Krankenhauskonzerns, in dem er tätig war, dazu entschlossen, sich in ein anderes Krankenhaus versetzen zu lassen. Die dortigen Arbeitsbedingungen erforderten viele Überstunden, so dass er nur noch über relativ wenig Freizeit verfügen konnte. Hinzu kamen ihm sehr belastende interpersonelle Konflikte im Arbeitsbereich (in Kapitel 7.5.1 dargestellt). Daraus resultierte eine hochgradige Erschöpfung. Im Ergebnis konnte er auch die tatsächlich noch zur Verfügung stehende Freizeit nur noch sehr eingeschränkt für sich und die Familie nützen. Seine Ehefrau schildert, wie sie die Abwesenheitszeiten ihres Mannes aus der damaligen Zeit erinnert:

*„[...] da ist er morgens um sieben aus dem Haus gegangen und ist abends nicht vor sieben, halb acht nach Hause gekommen.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 309 ff)*

Die für ihn problematische Arbeitssituation hatte zur Folge, dass er die Familie nicht mehr als Ressource zur Regeneration für sich nützen konnte, wie ihm das während der Tätigkeit in seiner vorherigen Arbeitsstelle möglich gewesen war:

*„[...] er hat einfach so die Zeit für die Familie, oder das Auftanken bei der Familie, das hat er nicht mehr so haben können, weil er sich da in alles nicht mehr so 'rein geben konnte, es war eigentlich alles zu viel. [...] Der war einfach*

*so kaputt. Er war dann an einem Punkt, wo er am liebsten nur noch seine Ruhe gehabt hätte.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 190 ff)*

Die ihn hochgradig belastenden Bedingungen führten dazu, dass er eine für ihn untypische Reizbarkeit und geringere Belastbarkeit im Privatleben entwickelte:

*„[...] dadurch ist er natürlich viel unzufriedener geworden, längst nicht mehr so gelassen im Umgang mit vielen Dingen, und, ja, hast das Gefühl gehabt, man muss ihm eigentlich fast noch ein bisschen Arbeit abnehmen, also ich darf ihm jetzt nichts aufhalsen, noch zusätzlich, aus dem Familienbetrieb, was er sonst locker mitgemacht hat, [...] das ging nicht mehr, das war einfach zu viel. [...] Na, er ist grantiger geworden. Also er hat sich über Dinge aufgeregt, wo er sich früher nie aufgeregt hätte. Wo er dann eher im Gegensatz, wo ICH dann vielleicht sonst hochgegangen wäre und er immer gesagt hat, mein Gott, nimm das doch ein bisschen gelassener, also das ist dann in dem Zeitraum so gekippt.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 96 ff)*

Er selbst hat sich als nicht voll für die Familie verfügbar gefühlt:

*„[...] nach den Nachtdiensten war ich ja auch nur 65 Prozent zu gebrauchen.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 485 ff)*

Herr Bäumer entschloss sich schließlich, sich in eigener Praxis niederzulassen, wobei ihn seine Frau bei der Entscheidung unterstützte:

*„Also darum war für mich auch klar, als wir hier Diskussionen führten, Praxis ja, Praxis nein, weil das ist ja auch nicht so mal eben entstanden, die Geschichte, sondern, das haben wir schon auch besprochen, wagen wir den Schritt oder nicht, da habe ich gesagt, du, das ist jetzt sicherlich mit die einzigste Chance, die wir haben. Denn letztlich sind wir den Weg auch gemeinsam gegangen. Und ich habe meinen Mann wieder gekriegt, und das ist das Wichtigste.“ (Ehefrau von Herrn Bäumer, Z. 337 ff)*

Die Entscheidung führte rasch dazu, dass er sich wieder frei von Burnout-Symptomen fühlte. Die tiefgreifende Wandlung, die er durch den Wechsel in die eigene Praxis zeigte, wird besonders deutlich durch die Aussage von Frau Bäumer „*ich habe meinen Mann wieder gekriegt*“, den sie während des Burnout-Syndroms als völlig verändert wahrgenommen hatte. Er ist sehr zufrieden damit, dass er sich seine Arbeitszeit nun weitgehend nach seinen eigenen Bedürfnissen einteilen und damit auch besser für seine Familie da sein kann:

*„Ich kann sie auch einteilen, und, wenn dann mal Termine sind, dann mache ich hier eben auch Schluss, weil, wir haben Sprechzeit von 8 bis 12, dann muss ich hier meinen Bürokrempel noch machen, und wenn ich dann sage, ich muss um 2 oder um 3 mal zu Hause sein, dann bin ich eben auch zu Hause. Dann mache ich es, fertig.“ (Herr Bäumer, 1. Interview, Z. 451 ff)*

Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 den tiefstmöglichen und 10 den höchstmöglichen Punkt des Wohlbefindens darstellt, ordnete Herr Bäumer sich zum Zeitpunkt des 2. Interviews bei etwa 8 ein, während seiner letzten Tätigkeit im Krankenhaus bei maximal 2 - 3. Hieraus kann man schließen, welchen Zuwachs an Wohlbefinden er durch seine berufliche Veränderung erlangt hat. Dennoch ist er noch nicht ganz mit seiner Arbeitszeit zufrieden – er empfindet sein Leben noch als zu arbeitszentriert, das Privatleben hat noch nicht genügend Raum für seinen Bedarf – und er plant deshalb noch Umstrukturierungen in seiner Praxis, die ihm dies ermöglichen sollen.

#### **7.7.1.2 Bessere Balance von Arbeits- und Privatleben bei beibehaltenem Arbeitsverhältnis – Herr Sperling**

Nicht immer ist eine solch grundlegende Veränderung des Arbeitslebens durchführbar, um genügend Raum für das Privatleben zu erlangen. Dennoch ist es möglich, wieder zu mehr Wohlbefinden zu gelangen. Dies erfordert dann ein sehr bewusstes Gestalten von Arbeit und Privatleben. Wie dies gelingen kann, schildere ich im nächsten Fallbeispiel.

Herr Sperling ist verheiratet und hat zwei Söhne. Er ist Chefarzt in einem Kreis-krankenhaus und war auf Grund von extremer Überlastung, die kaum noch ein Privatleben zuließ, an einem Burnout-Syndrom erkrankt. Da er in seiner beruflichen

Position verblieben ist, bestand für ihn ein hohes Risiko, erneut an einem Burnout-Syndrom zu erkranken. Es ist ihm aber trotz weiterhin bestehender hoher Arbeitsbelastung gelungen, im Laufe der Zeit sogar zu einem größeren Wohlbefinden zu kommen.

Zunächst schildere ich die Veränderungen, die Herr Sperling im Laufe seiner Erkrankung und der anschließenden Gesundung hinsichtlich der Wahrnehmung seiner sozialen Beziehungen erlebt hat. So beschreibt er zunächst, dass sich durch seine Arbeitszentrierung Einsamkeit einstellte:

*„[...] weil man in so einer Position ja auch, ja, eine Spur einsam wird. Das muss man ganz klar sagen. Ich bin ansonsten ein ganz offener Mensch, immer gewesen, aber sehr, sehr schwierig auch in so einer Position, wenn man zwölf Stunden in so einem Bau ist, Kontakte zu halten. Dann ist man froh, dass man so gerade noch die Familie sehen kann.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 503 ff)*

Im Laufe der Erkrankung entwickelte er dann eine Störung der inter- und intrapersonellen Beziehungen:

*„[...] habe sämtliche Sozialkontakte nach und nach abgebrochen, hatte mich überhaupt nicht mehr für meine Hobbys, für meine Ausgleiche interessiert, im Prinzip in mich selbst depriviert, isoliert. Meine Frau wusste überhaupt nicht, die konnte damit überhaupt nicht umgehen, [...] was ist denn mit dem los, [...] so teilweise nach außen hin funktionierte der, und innerlich ging es mir ganz, ganz schlecht, nur ich habe es nicht selbst bemerkt, nicht.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 126 ff)*

Da Herr Sperling mit seiner Familie zusammenlebt, konnte er zwar dennoch über soziale Beziehungen verfügen. Allerdings zeigte sich auch hier eine erhebliche Störung in der Beziehungsgestaltung, da er auf Grund von hochgradiger Erschöpfung kaum noch aktiv am Familienleben teilnehmen konnte:

*„Wenn Sie die (Familie) fragen, die würden sagen, okay, da hat er aber vor der Therapie GAR NICHTS mehr gemacht, kein Gesellschaftsspiel mehr und gesagt, ach, ich kann nicht mehr. Ich hab' gesagt, machen wir nicht das und das, aber letztendlich bin ich überhaupt körperlich gar nicht mehr in der Lage gewesen, nur noch erschöpft, nur noch müde.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 854 ff)*

Ein weiteres Problem stellte die Reizbarkeit dar, die auch von den meisten anderen Interviewpartnern der Burnout-Syndrom-Gruppe beschrieben wird und die zu einer weiteren Störung in den interpersonellen Beziehungen führte. So beschreibt Herr Sperling, wie seine Familie auf seine immer noch vorhandene Reizbarkeit reagiert, indem er dann ignoriert wird:

*„Ja, das flackert noch hoch, dass sie sagen, der ist unleidlich oder so, das ist dann immer so ein Alarmsignal. So, jetzt grantelt er wieder. Die haben sich eingerichtet, das sie sagen, das ist ja nicht ernst, ist halt blöd, dann lassen wir den halt links liegen. Der hilft uns jetzt dann auch nicht weiter.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 949 ff)*

Dieses „Granteln“ sieht er inzwischen als Alarmzeichen für eine Belastungssituation an, die ihm noch nicht bewusst ist. Vor der Therapie hatte dieses „Granteln“ zu einer verstärkten Störung der interpersonellen Beziehung mit seiner Frau geführt. Nach der Therapie kann er in solchen Situationen von seiner Frau eine soziale Unterstützung annehmen:

*„[...] also zumindest ist schon mal mehr ein Signal, meine Frau, die dann hinterher GAR NICHTS mehr gesagt hat und dann kreuzunglücklich war, jetzt sagt, guck mal, wenn Du das und das machst, wenn Du Deinen Ausgleich hast, dann geht es Dir ja gleich besser. Ja, jetzt wo Du es sagst, stimmt, ist mir auch aufgefallen.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 969 ff)*

Er ist nicht nur wieder dazu in der Lage, die sozialen Beziehungen innerhalb der Familie zu nützen und dadurch Entspannung zu finden, sondern auch zu anderen Menschen neue Beziehungen aufzubauen und diese als Ressource zu nützen:

*„Und da spreche ich zum Beispiel mit meiner Frau, dann setzen wir uns einfach nur hin, trinken ein Rotweinchen und gucken in die Gegend. [...] Oder nehme mir ein Buch, lenke mich ab, habe auch mit den Jungs das Tischtennispielen angefangen, also alles, was Spaß macht, sagen wir mal so. Es ist nicht, es ist letztendlich nichts weniger an äußerer Belastung da und es ist auch nicht wesentlich mehr an Ablenkung, weil das geht auch gar nicht, wir suchen uns das gezielt auch aus, dass wir dann sagen, so, die Kontakte werden nicht ganz fallen gelassen, es sind nicht viele, aber wichtig ist einfach das soziale Umfeld. Dass man dann sagt, so, man sitzt dann einfach auf dem Balkon, guckt, liest ein Buch, spricht miteinander. Also das ist anders.“ (Herr Sperling, 2. Interview, Z. 60 ff)*

*„Aber was mir persönlich wichtig war, Sozialkontakte, nicht Sport alleine, so dass ich wieder, plötzlich nach drei Jahren, bei den alten Herren im Tischtennis aufgetaucht bin. Wo es gar nicht darum geht zu gewinnen, sondern Spaß haben, lachen. So was ist unheimlich wichtig, das tut gut.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 889 ff)*

Da er weiterhin beruflich stark belastet ist, hat er sich dazu entschlossen, bewusst die soziale Unterstützung und eine gewisse Kontrolle durch andere Menschen zu nützen. Das soll ihn davor bewahren, wieder in alte Verhaltensweisen zu verfallen:

*„Ich habe jetzt zum Beispiel in diesem Netzwerk von den wenigen Anvertrauten auch ein System installiert, das die auch ganz gerne haben, da sind zwei dabei, WIR PASSEN AUF DICH AUF, also ich sage Dir das, auch wenn ich merke, Du kommst wieder in den Beschleunigungsprozess.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 346 ff)*

Auch der Austausch mit anderen Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, tut

ihm nun gut:

*„Und so habe ich auch, so ein Prinzip war, wenn man das nur andeutete, wie sensibel man wird, was für Leute man trifft, wo man sagt, oh, die haben das auch hinter sich! [...] Man riecht das schon, man hat da eine ganz andere Antenne bekommen. [...] der hat das Gleiche gelebt oder was Ähnliches. Das sind so, das sind zwei, drei Worte, ein Abchecken und sagen, aha, da ist was. Und dann sind die Leute, die sind dann auch dankbar, wenn man sie drauf anspricht und sagt, wie war das bei Dir. [...] Da gibt es eine Solidarität.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 455 ff)*

Herr Sperling hat inzwischen eine Sensibilität für seine Befindlichkeit entwickelt. Wenn er wahrnimmt, dass es ihm psychisch nicht gut geht, kann er durch Reflektieren seiner Lage, das Malen von Bildern oder musizieren rasch für eine Besserung sorgen:

*„Also wenn das im Prinzip in den drei, vier Monaten nach der Therapie so einmal pro Woche war, so WOW, jetzt hast du wieder dieses Engegefühl, da irgendwo, irgendwo zwischen Herz und so einem ganz bestimmten Punkt, ja, jetzt sieh' zu, dass du wieder eine Technik machst, habe ich ein Bild gemalt, nach zwei Stunden war das weg, dann male ich ein Aquarell, und dann geht es mir richtig gut. Oder ich nehme da so ein Xylophon in die Hand, also das sind solche Geschichten. [...] Also das ist immer im Prinzip dann, so überlegen, wo stehst du denn jetzt, das läuft manchmal noch so eine gewisse Zeitlang, dass es nicht bewusst wird, dann muss ich mich aber dazu zwingen. Wenn ich wieder, so wie jetzt so zehn Tage, zwei Wochen, wo das wieder alles so en passant war, ich will mal sagen, da kriegt man nicht den dicken Rächer, aber da will man, da heißt es, oh, eine Spur zurückschalten.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 547 ff)*

Da die hohe Arbeitsbelastung nicht abzubauen ist, ist Herr Sperling weiterhin gezwungen, auch am Wochenende zu arbeiten. Er hat aber nun einen Weg gefunden, dennoch Freiräume für sich zu schaffen, in denen er die sozialen Beziehungen zu anderen Menschen und sein Hobby, das Reiten, pflegen kann:



*„[...] und am Sonntag, da mache ich vormittags vorm Brötchen holen zwei Stunden Schreibtisch, da schläft die Familie noch, dann hole ich auf den letzten Drücker die Brötchen und dann wird ausgiebig gefrühstückt. Und dann gehe ich mit einer jungen Freundin von uns ausreiten, zwei Stunden lang.“ (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 643 ff)*

Darüber hinaus ist es ihm wichtig geworden, so oft es geht eine klare Grenze zum Berufsleben zu setzen. Deshalb empfindet er es nun als hilfreich, mit seiner Frau gemeinsam zu verreisen, was vor seiner Erkrankung nicht üblich war:

*„Bewusster Abstand, nicht sagen, wow, wir wohnen da, wo andere Urlaub machen, verstehen Sie, und da sind die Pferde, sondern das ist jetzt, das ist ein Plan mit meiner Frau, den haben wir auch umgesetzt, wenn dann längere Zeiten sind, wir müssen dann aus dem System 'raus. Dann wird es wegorganisiert. [...] Dann verreise ich. Das ist neu. Das haben wir, das haben wir nicht gemacht. (Herr Sperling, 1. Interview, Z. 507 ff)*

Herr Sperling setzt nun also ganz bewusst Techniken ein und nutzt soziale Beziehungen in dem für ihn möglichen Rahmen, und es ist ihm gelungen, das Arbeitsleben und das Privatleben in für ihn annehmbarer Weise zu koordinieren. Dies hat dazu beigetragen, dass er sich heute wieder weitgehend gesund fühlt.

### **7.7.1.3 Zufriedenheit durch freiberufliche Tätigkeit – Herr Stein**

Leben die Akteure mit ihrer Familie zusammen, ist ein tägliches Mindestmaß an sozialen Beziehungen außerhalb des Arbeitsbereiches auch bei hochgradiger Arbeitszentrierung gegeben. Schwieriger wird dies dann, wenn der Akteur selbst oder der Partner zwischen der Arbeitsstätte und dem Heimatort pendelt, da die Belastung durch das Pendeln zu der Arbeitsbelastung hinzu kommt und das Erhalten von sozialer Unterstützung durch die Familie erschwert ist.

Beispielhaft stelle ich nun Herrn Stein vor, der eine Tätigkeit im Vorstand eines großen Unternehmens aus dem medizinischen Spektrum ausübte. Herr Stein ist verheiratet und hat drei Söhne. Da er seinen Kindern keinen Umzug mehr zumuten wollte, als er seine

damalige Tätigkeit in einer anderen Stadt übernahm, entschloss er sich dazu, alleine dort hinzuziehen. Er konnte deshalb seine Familie in der Regel nur am Wochenende sehen. Da er beruflich durch interpersonelle Konflikte und eine hohe Anzahl an Wochenarbeitsstunden sehr belastet war und das Pendeln ihn noch zusätzlich anstrengte, hatte dies zur Folge, dass er sich zunehmend schlechter fühlte, soziale Beziehungen außerhalb der Familie allmählich mied und sich immer mehr isolierte:

*„[...] und habe aber die Familie nach Koblenz nicht mehr nachgezogen, [...] so dass neben der beruflichen Belastung einer 60-Stunden-Woche, wenn ich noch ein bisschen Nebentätigkeit, die ich auch gemacht habe, einbeziehe, auch 65, habe ich auch noch die doppelte Haushaltsführung. Am Wochenende immer pendeln, plus auch mal in der Woche, wenn mal was mit den Kindern war oder was anderes. Privatkontakte wurden natürlich immer weniger [...]. Und das führte doch dazu, dass ich Schlafstörungen entwickelte und allgemeine Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Desinteresse an sozialen Kontakten, Einengung, auch etwas mehr Alkoholkonsum, so eine 1/2 Flasche Wein habe ich mir schon regelmäßig gegönnt abends, so als Absacker, in Koblenz, nicht, wo ich ja zwar auch Freunde habe, [...] aus alter Zeit, [...] aber auch das wurde immer weniger, nur noch Arbeit und das Pendeln [...].“ (Herr Stein, Z. 23 ff)*

Darüber hinaus berichtete Herr Stein, dass er in der damaligen Zeit sehr unzufrieden und gehetzt gewesen sei und in der Familie häufig Wutausbrüche gezeigt habe, es also auch dort zu Störungen der sozialen Beziehungen kam. Da Herr Stein hochgradig unter den Gegebenheiten litt, entschloss er sich schließlich dazu, seine damalige Tätigkeit zu beenden und sich als selbständiger Gutachter niederzulassen. Es gelingt ihm nun, trotz einer weiterhin durchaus hohen Anzahl an Arbeitsstunden dem Privatleben mehr Raum zu geben, da er sich seine Arbeitszeit selbst einteilen kann. Dies ermöglicht es ihm, die interpersonellen Beziehungen zu seiner Frau und den Kindern wieder zu intensivieren und seine Hobbys, die Gartenarbeit und das Spaziergehen, wieder auszuüben. Er beschreibt, wie er seine neue Arbeits- und Lebensgestaltung wahrnimmt:

*„[...] ich habe mehrere Auftraggeber, wo ich Arbeit beziehe, und das habe ich natürlich erst mal geknüpft, ich habe auch noch einiges in Petto, ich könnte mich also noch mehr mit Arbeit volldröhnen wenn ich wollte, [...] an der Grundstruktur ändert sich eben nichts, aber ich kann das besser steuern, und der große Unterschied ist, ich kann mich absentieren. Also wenn ich sozusagen mich als aktiv melde, dann werde ich relativ zugeschüttet, und dann kann ich auch nicht sagen, nee, ich nehme das jetzt nicht, diese Akten, diese Aufträge, das geht nicht. [...] Ich kann das auch unterschiedlich schichten, ich kann sagen, Koblenz, komme ich jetzt vier Wochen nicht, und mache aber hier im Beritt ein bisschen, damit ich nicht ganz ohne bin, weil ich jetzt, oder nicht ich, sondern wir beiden, meine Frau und ich, das eben sehr genießen, ich genieße es, hier zu sein, weil das eben doch eine ganz schöne, mir entgegen kommende Gegend ist, ländlich, ruhig, und man kann da Spazieren gehen, und einfach im Garten arbeiten, das mache ich sehr gerne, der Sommer war wunderbar, und ich kann jederzeit 'raus.“ (Herr Stein, Z. 245 ff)*

*„Das ist die Freiheit, selbst entscheiden zu können, in Grenzen, wie viel ich mache, also indem ich mich zum Beispiel absentiere, und es ist die Möglichkeit, jetzt endlich hier in diesem Haus gemeinsam mit meiner Frau zu leben, die Kinder sind groß, zwei leben aber hier in sechs Kilometer Entfernung, der eine hat seine Ausbildung jetzt beendet dieses Jahr und der andere studiert, einer ist in Gießen.“ (Herr Stein, Z. 295 ff)*

Aus den Beschreibungen wird deutlich, dass Herr Stein nun ein für ihn hohes Maß an Lebensqualität erlangt hat. Er hat allerdings die Erfahrung gemacht, dass auch in dieser Tätigkeit das Risiko liegt, zu viel zu arbeiten und dann das Privatleben zu vernachlässigen, was dann zu deutlich verschlechterter Verfassung führt. Sichtbar wird der Zusammenhang von zu viel Arbeit und schlechterem Wohlbefinden durch seine Einordnung in der oben vorgestellten Skala: er ordnete sich vor seiner Therapie bei zwei ein, zum Zeitpunkt des Interviews bei acht bis neun, während einer Phase, in der das Privatleben wieder zu wenig Raum eingenommen hatte, bei vier bis fünf (Fortsetzung Interview Herr Stein, Z. 73ff). Entscheidend für sein Wohlbefinden ist demnach, das für

ihn richtige Verhältnis von Arbeit zu Freizeit herauszufinden und dieses dann beizubehalten.

### **7.7.2 Allein Erziehende und allein Lebende**

Für allein lebende Personen ist es noch schwieriger als für mit einer Familie lebende Akteure, trotz einer hohen Arbeitsbelastung die für das Wohlbefinden notwendigen sozialen Beziehungen in ausreichendem Maße nützen zu können. Häufig wird von anderen Personen eine soziale Unterstützung angeboten, diese kann von den Betroffenen zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung aus unterschiedlichen Gründen aber oftmals nicht angenommen werden. Auch hier stelle ich zur Illustration verschiedene Fallbeispiele vor.

#### **7.7.2.1 Vom Schichtdienst zur Normalarbeitszeit – Frau Schneider**

Frau Schneider habe ich bereits im Kapitel 7.3.3.2 teilweise porträtiert. Sie war nach dem Tod ihres Ehemannes allein erziehend. Da sie im Schichtdienst auf einer Intensivstation tätig war und darüber hinaus noch Praxisvertretungen ausübte, litt sie sehr unter dem Empfinden, fast keine Freizeit mehr zur Verfügung zu haben und Kontakte zu Freunden nur noch sehr eingeschränkt pflegen zu können:

*„Freizeit war eigentlich kaum noch drin. Die Freizeit, die ich hatte, habe ich mit meinem Sohn verbracht, und alles andere ist irgendwie WENIG, also kaum Kino, wenig gelesen, also es ist alles, habe ich alles zurückgefahren.“ (Frau Schneider, Z. 243 ff)*

Sie schilderte, dass es ihr zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung kaum möglich war, die soziale Unterstützung von anderen Menschen bei der Betreuung ihres Kindes anzunehmen:

*„Weil man ja dann, weil ich ja, wenn ich die Nachtdienste hatte, meistens tagsüber nicht viel geschlafen habe, weil dann waren da irgendwelche Termine, Zahnarzttermine, Elternversammlung oder sonstiges, also was man so noch, was ich bestimmt hätte abgeben können an irgendjemand anders, sicher, man kann sich immer jemanden suchen und dann sagen, hier, kannst Du mal mit ihm, aber man probiert es, man probiert es selber alles hinzukriegen. Und das war einfach*

*dann mit dem Schichtdienst und dem nicht, ich sage mal nicht abschalten können, nicht ausschlafen können, das war dann zu viel gewesen.“ (Frau Schneider, Z. 178 ff)*

Frau Schneider ordnete sich auf der oben beschriebenen Skala zum Zeitpunkt ihres Burnout-Syndroms, das sich während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus entwickelt hatte, bei eins ein (vgl. Interview Frau Schneider, Z. 107 ff). Sie führte ihr mangelndes Wohlbefinden zu einem großen Teil darauf zurück, dass sie zu wenig Raum für ihr Privatleben hatte. Dies wird noch verdeutlicht durch die weitere Entwicklung. Nach ihrer Therapie war sie zunächst noch weiter im Schichtdienst tätig, verzichtete aber auf die Praxisvertretungen, so dass sie schon ein wenig mehr Freizeit zur Verfügung hatte und sich bereits besser fühlte. Sie litt aber noch sehr darunter, nicht in dem Maße am sozialen Leben teilnehmen zu können, wie sie sich das für sich wünschte. Dann wechselte sie aber zu einer medizinischen Kontrollinstitution, so dass sie seither Normalarbeitszeit hat, was eine entscheidende Verbesserung ihres Wohlbefindens zur Folge hatte. Die Bedeutung der Möglichkeit, wieder mehr Kontakte zu anderen Menschen pflegen zu können, lässt sich an ihrer Skaleneinteilung ablesen. Für die Zeit ihrer Tätigkeit auf der Intensivstation nach der Behandlung ordnete sie sich auf der Skala eins – zehn bei etwa fünf bis sechs ein, nach dem Arbeitsplatzwechsel dann zunächst bei acht und zum Zeitpunkt des Interviews bei zehn. Sie beschreibt, welchen Unterschied in ihrem Befinden sie durch den Wechsel des Arbeitsplatzes und dann durch neue interpersonelle Kontakte erlebt hat:

*„[...] würde ich sagen, von fünf auf acht, na ja, doch schon, von fünf auf acht erst mal, [...] dass ich gedacht habe, das ist ja schon toll. Und dann kam dann noch mal, als ich dann jetzt meinen Freund kennen gelernt habe, dass ich gedacht habe, das geht ja, das klappt ja, dass man sozusagen immer, wenn alle anderen Leute Zeit haben, dann hat man eben keine Zeit und kann eigentlich auch gar keinen kennen lernen, weil alle anderen normal arbeiten gehen, und dann ist es plötzlich anders, man lernt Leute kennen, eigentlich viel, viel mehr, und weil die eben auch, die haben eben auch abends Zeit und die haben eben auch an den Feiertagen Zeit, so wie ich jetzt auch.“ (Frau Schneider, Z. 469 ff)*

Die Möglichkeit, am sozialen Leben ihren Bedürfnissen entsprechend teilnehmen zu können, hat also einen entscheidenden Einfluss auf ihr Wohlbefinden.

#### **7.7.2.2 Rückkehr in die Heimatstadt – Frau Mildner**

Das Alleinleben kann bei seelischer Erkrankung dazu führen, dass der oder die Betreffende in eine weitgehende soziale Isolation gerät und erst spät Hilfe angenommen wird, da die Symptomatik lange verborgen werden kann.

Als Beispiel hierfür möchte ich auf Frau Mildner verweisen. Da ich sie bereits im Kapitel 7.5.7 porträtiert habe, möchte ich hier nur kurz auf sie eingehen. Frau Mildner war im Rahmen ihrer Erkrankung nicht mehr dazu in der Lage gewesen, sich selbst und ihren Haushalt in angemessener Weise zu versorgen. Sie hatte während ihrer Erkrankung zeitweise den Kontakt zu ihrer Familie nur so weit aufrechterhalten, wie es ihr zur Verschleierung ihres Befindens notwendig zu sein schien:

*„[...] aber andererseits ist es manchmal auch so gewesen, dass ich gar keine Lust hatte, raus zu gehen und nur weil ich wusste, wenn ich mich nicht aus der Wohnung raus rühre und dadurch auffällig werde, dass ich also nicht mehr zu meinen Eltern fahre und nicht mehr Kontakt aufnehme, dass dann meine Schwestern und meine Eltern misstrauisch werden und sich Sorgen machen und dann also zu mir kommen, das so sehen [...].“ (Frau Mildner, 1. Interview, Z. 129 ff)*

Frau Mildner hat inzwischen erkannt, wie wichtig die sozialen Beziehungen für ihre psychische Gesundheit sind und ist nun wieder dazu in der Lage, vielfältige interpersonelle Kontakte zu pflegen. Sie hat deshalb eine neue Arbeitsstelle in ihrer Heimatstadt angenommen, um ihrer Familie und Bekannten wieder näher zu sein.

#### **7.7.2.3 Arbeitszentrierung um die Partnerlosigkeit zu kompensieren – Herr Lopez**

Eine extreme Arbeitszentrierung kann dazu dienen, einen Mangel an sozialen Beziehungen zu kompensieren. Freizeit wird vermieden, um nicht so sehr unter der Abwesenheit einer Partnerin oder eines Partners zu leiden.

Eine solche Problematik schilderte Herr Lopez als eine von mehreren Triebfedern für seine jahrelange Gewohnheit, extrem viel zu arbeiten. Herr Lopez hatte keine Partnerin, und er übte neben seiner Tätigkeit als Arzt in einer Rehabilitationsklinik mehrere Nebentätigkeiten aus. Er wurde wegen eines Burnout-Syndroms stationär behandelt, allerdings hatte er seinen Klinikaufenthalt von vornherein auf eine kurze Zeitspanne beschränkt. Er berichtet, in welchem Ausmaß und warum er so viel arbeitet:

*„L: Durchschnittlich 80 bis 100, der Rekord war 116, aber das liegt Jahre zurück, da war ich noch jünger.“*

*I: Was hat Sie dazu bewogen, so viel zu arbeiten?*

*L: Ja, erstens macht es Spaß, zweitens wollte ich meine Freizeit reduzieren, weil im Privatleben habe ich nie Glück, und dann habe ich keine Zeit mehr für das Privatleben übrig gelassen, nur für Hobbys.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 74 ff)*

Die Aussage, dass er „kein Glück im Privatleben“ habe, bezieht sich darauf, dass er bislang keine Partnerin gefunden hat.

Herr Lopez berichtete, dass er im Verlauf seiner Erkrankung Störungen in der Interaktion mit anderen Menschen bemerkt habe. Es fiel ihm immer schwerer zu verstehen, welches Anliegen die Menschen in seiner Umgebung an ihn hatten:

*„Und dann irgendwann habe ich gemerkt, zunehmend, dass ich dann gar keine Lust auf etwas habe, ich wollte nur schlafen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, ich habe auch kaum was verstanden, was die Leute von mir wollten [...].“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 20 ff)*

Herr Lopez verfügt über einen als umfangreich beschriebenen Freundeskreis. Dieser bietet Herrn Lopez zwar die von ihm geschätzte Möglichkeit, mit ihnen auf Reisen zu gehen, aber gleichzeitig stellt dieses in gewissem Sinne eine Belastung dar, denn die kostspieligen Reisen müssen finanziert werden. Herr Lopez konnte es nur durch seine umfangreiche Berufstätigkeit ermöglichen, sich auf dem gleichen Niveau wie seine

Bekannten zu bewegen:

*„Es ging um mich, weil, ich wollte immer mehr, weil, ich habe ziemlich viele Freunde und in meinem Umkreis sind ziemlich viele Privatpatienten, und alle sind ziemlich gut dargestellt, und viele Freunde auch, dann möchte man dann das auf dem Level halten. [...] Einfach mithalten, dass ist eben blöd, wenn ein paar Freunde eben ausgehen und dann, nee, ich kann jetzt nicht ausgehen, das ist ein bisschen blöd. Und natürlich, das macht auch mehr Spaß, Fünf-Sterne-Hotel macht auch mehr Spaß.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 543 ff)*

Er ermöglichte es sich also durch seine extreme Berufstätigkeit, zeitweise am luxuriösen Leben seiner Bekannten teilzunehmen, gleichzeitig verhinderte er aber durch diese Tätigkeit ein größeres Maß an Freizeit und konnte seine Hobbys, das Golfen und das Reiten, nur selten ausüben. Da er außerdem seine Mutter finanziell unterstützt, die nur über eine geringe Altersversorgung verfügt, sieht er sich auch aus diesem Grund genötigt, viel zu arbeiten:

*„Meine Mutter, ja, sie wohnt in Spanien, sie ist Uni-Angestellte gewesen, sie ist schon im Ruhestand, sie ist Chemie-Dozentin gewesen und hat ein Labor geleitet, aber ihre Rente ist 40 € und 40 € ist dort auch nicht viel, und daher unterstütze ich sie voll und ganz.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 536 ff)*

Auf Grund seiner Erkrankung hatte er den Entschluss gefasst, seine Arbeitszeit auf etwa 60 Stunden pro Woche zu reduzieren – gleichzeitig plante er aber, seine Arbeitsstelle zu wechseln und dort damit zu beginnen, eine Dissertation zu schreiben. Somit beabsichtigte er eigentlich nur eine Verlagerung von Arbeit, was darauf schließen lässt, dass die Hauptursache seiner Arbeitszentrierung tatsächlich darin besteht, Freizeit zu verhindern. Dennoch ging er davon aus, in Zukunft mehr Freizeit zur Verfügung zu haben, die er dann mit Sport verbringen wollte:

*„[...] nun gut, Privatleben, das ist nicht in eigener Hand. Da wird sich wahrscheinlich nicht viel dran ändern, aber gut, dann durch diese etwas mehr*



*Freizeit habe ich mir schon ein Sport-Studio ausgesucht, wo ich seit Jahren immer schon mal hingeh.“ (Herr Lopez, 1. Interview, Z. 99 ff)*

Sieben Monate nach dem ersten Gespräch führte ich ein erneutes Interview mit Herrn Lopez. Er beschrieb sich darin als ziemlich unzufrieden mit seinem derzeitigen Leben. Zwar arbeitete er tatsächlich weniger – er arbeitete nun etwa 60 Stunden pro Woche, hatte seine Privatpraxis beibehalten und machte noch gelegentlich Notdienste – fühlte sich aber durch häufige 12-Stunden-Schichten sehr erschöpft und konnte deshalb sein Privatleben nicht besser für sich nützen als vorher, was ihn sehr unzufrieden machte. Es sind keine wesentlichen Veränderungen eingetreten. Allerdings stellte er nun seinen Lebensstil mehr in Frage als während des ersten Interviews, und er wird vermutlich keine Dissertation mehr schreiben. Er ist zu einer Neubewertung seiner Lebensziele gekommen:

*„[...] und ich war so platt, und im September ging es mir zeitlich besser als im Juni, Juli, August, aber ich war so platt und so am Ende, dann habe ich gedacht, diese zwei Buchstaben sind mir gar nicht mehr wichtig, meine Zufriedenheit ist mir wichtiger, und dann ist Schluss. Ich glaube, ich habe mich damit schon abgefunden, habe ich schon geschrieben diesen Traum, was heißt Traum, das ist kein Traum, aber so heiß bin ich nicht mehr drauf. Andere Sachen sind mir wichtiger. Ich bin jetzt 44, nicht mehr 20, schon lange, und wofür? Wofür das alles?*

*I: Wenn Sie so sagen, andere Sachen sind mir heute wichtiger - was sind das für Dinge, die Ihnen heute wichtig sind?*

*L: Meine Hobbys zum Beispiel! Meine Hobbys und meine Freizeit, die ich nach wie vor zu wenig habe! [...] Ich sehe viele Dinge mit anderen Augen jetzt. Wer weiß, wofür das Burnout gut war!“ (Herr Lopez, 2. Interview, Z. 13 ff)*

Im Gegensatz zu den anderen Interviewpartnern, die nach ihrer Erkrankung ihr Leben so gestaltet haben, dass sehr viel mehr Raum für soziale Kontakte entstanden ist, hat sich in der Lebensgestaltung von Herrn Lopez nichts Grundlegendes verändert. Gleichzeitig ist

keine nennenswerte Verbesserung seines Wohlbefindens eingetreten. Aus seinen Schilderungen des Erlebens eines Urlaubes (vgl. Zitat S. 175) geht aber hervor, dass er dabei ist, seine Einstellung zu verändern.

Herr Lopez zeigt sich also entschlossen, langfristig doch wesentliche Veränderungen in seinem Arbeits- und Privatleben durchzuführen, wenn er bislang auch noch nicht sehr viel verändern konnte.

### **7.7.3 Kontrastgruppe**

In der Gruppe der nicht von Burnout-Symptomen betroffenen Interviewpartner fällt auf, dass diese großen Wert auf soziale Beziehungen - zur Familie und zu Freunden - und auf ihre Hobbys legen. Diese Einstellung findet sich bei allen Interviewpartnern dieser Gruppe, unabhängig davon, ob diese mit Partner, Kindern oder allein leben. Ich stelle beispielhaft für die jeweilige Lebensform einzelne Probanden vor.

#### **7.7.3.1 Vereinbarkeit von Praxis und Familie – Herr Schramert**

Ein Beispiel für eine als gelungen empfundene Koordination von Praxis und Familie stellt Herr Schramert dar. Er beschreibt, dass er frühzeitig für sich erkannt habe, dass die Art seiner Berufsausübung genügend Raum für die Familie lassen sollte, wie bereits im Kapitel 7.6.2 geschildert. Er ließ sich aus dieser Überlegung heraus mit einem Freund in einer Gemeinschaftspraxis nieder. Beiden war es sehr wichtig, die Praxis so zu gestalten, dass für die Familien genügend Energie blieb:

*„[...] und dann haben wir uns überlegt, wir machen das zusammen, und haben das dann auch von Anfang an so aufgezogen, dass wir, Zeitschiene muss in so einer Praxis sein, aber dass wir immer versucht haben, dann auch noch Kraft zu haben für das Familiäre, für das Private. Das ist uns auch überwiegend gelungen.“ (Herr Schramert, Z. 38 ff)*

Das ist ihm dank einer straffen Praxisorganisation gelungen, und somit ist es ihm möglich, aus der Ressource des Familienlebens seine Kraft zu schöpfen:

*„Also es gibt zwei Dinge, also ich habe wie gesagt ein sehr schönes Privatleben,*

*und habe wirklich auch eine SEHR schöne Beziehung mit meiner Frau und mit den Kindern auch, mit den Enkelkindern, das ist alles so, dass das relativ freiheitlich ist, es gibt da auch keine Zwänge bei uns, wenn wir sagen, nächste Woche koche ich, ich koche immer ganz gerne und dann rufe ich alle an und sage, ich koche und wer kommt, kommt, und wer nicht kommt, hat was Besseres vor, [...] dann freut man sich, wenn die (Kinder und Enkelkinder) kommen, dann gehen die dann auch irgendwann wieder, so dass die Kraft einmal daher kommt, dass mein Leben insgesamt sehr schön ist, also dieses private Leben sehr schön ist, und das andere ist, dass ich mich hier mit den Patienten auch sehr wohl fühle [...].“ (Herr Schramert, Z. 254 ff)*

Herr Schramert findet also sowohl im Berufs- wie im Privatleben für ihn wichtige Ressourcen in Form von interpersonellen Kontakten, die ihn gesund erhalten.

### **7.7.3.2 Bewusste fachärztliche Orientierung wegen der Familie – Herr Tallmer**

Auch die Wahl der passenden beruflichen Orientierung kann es ermöglichen, genügend Raum für das Privatleben zu lassen. Ein Beispiel hierfür ist Herr Tallmer, der Chefarzt der radiologischen Abteilung eines Krankenhauses ist. Er ist bereits mehr als 60 Jahre alt und ist noch gern in seinem Beruf tätig. Herr Tallmer legte von Anfang an viel Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, so dass er sogar die Fachrichtung gewechselt hatte, um mehr Zeit für die Familie zu haben. Ursprünglich hatte er sich für die Facharztausbildung Chirurgie entschieden, änderte dies jedoch, als er merkte, dass sich nach dem Wechsel des damaligen Chefarztes dies nicht so gut mit seinen Vorstellungen von familiengerechter Arbeitszeit vereinbaren ließ:

„Es war so, dass es, damals kam ich wirklich schon sehr spät immer aus dem Haus, und da meine Frau Lehrerin war und immer schnell zu Hause war, sie hat auch nicht ganz voll gearbeitet, war das mit den Kindern noch aufzufangen, aber es nervte mich schon, dass ich wenig Zeit hatte. Aber dann kam noch dazu, dass es dann hieß, na ja, also nach dem Motto, Familie ist für ihn (den Vorgesetzten) nicht so wichtig, und dann hatte ich ein gutes Angebot, in der Radiologie, [...]

und bin ich dann eben abgesprungen.“ (Herr Tallmer, Z. 81 ff)

Herr Tallmer erklärt seine Fähigkeit, auch im höheren Alter Freude an der Arbeit zu haben, mit dem ausgeglichenen Arbeits-Freizeit-Verhältnis. Da seine Kinder inzwischen das Haus verlassen haben, sieht er in seinem Hobby eine wichtige Ressource:

*„Wir haben ein gutes Team, auf das man sich verlassen kann, ich habe einen Ausgleich, [...] draußen in der Natur, ich bin Jäger, ich gehe auf die Jagd, habe aber nichts Eigenes, natürlich nicht, weil ich mich so nicht drum kümmern kann, aber trotzdem, wenn ich Zeit habe, sitze ich draußen und das reicht mir. Und da regeneriere ich mich.“ (Herr Tallmer, Z. 26 ff)*

Herr Tallmer fühlt sich also sowohl in der Arbeit wie im Privatleben wohl und hat eine Balance zwischen diesen beiden Lebenssphären gefunden.

### **7.7.3.3 Teilzeittätigkeit einer Alleinerziehenden – Frau Mündel**

Frau Mündel hatte sich vor vielen Jahren wegen ihres Kindes zu einer Teilzeittätigkeit entschieden. Auch nach dem Tod ihres Ehemannes blieb sie bei dieser Entscheidung. Sie wird am Ende des Kapitels porträtiert.

### **7.7.3.4 Krankenhaustätigkeit einer Alleinlebenden – Frau Frey**

Gerade für allein stehende Ärzte ist es oftmals schwierig, in hinreichendem Maße soziale Beziehungen im Privatleben zu unterhalten. Die Wahl des Arbeitsplatzes kann ein wesentlicher Faktor dafür sein, ob es möglich ist, Arbeits- und Privatleben so zu koordinieren, dass der oder die Betreffende damit zufrieden ist. Frau Frey, die in einem Krankenhaus im Schichtdienst tätig ist und die großen Wert auf ein nach ihren Vorstellungen gestaltetes Privatleben legt, hat ihre Arbeitsstelle danach ausgesucht, wie viel Freizeit ihr diese ermöglichen wird:

*„[...] das war schon so, dass ich einfach ... durch die Arbeit, die viel Zeit, also die ersten zwei Jahre, die ich nicht hier gearbeitet habe, da war es schon so, [...] da war der Arbeitszeitaufwand höher. Und da habe ich gemerkt, da kam der*

*Freizeitanteil zu kurz. Und da sind auch Freundschaften zu kurz gekommen. Und durch den Wechsel hierher, was, denke ich, auf jeden Fall hauptsächlich mit den Arbeitszeiten zu tun hatte, dass ich einfach ein bisschen mehr Freizeit hier 'reinbringen konnte [...]. In dem anderen, da war einfach mehr Zeitaufwand.“ (Frau Frey, Z. 349 ff)*

Sie beschreibt, wie das für sie ideale Verhältnis von Arbeits- und Privatleben aussieht:

*„Also ich mache viel Sport, Freundeskreis, für mich ist der Sport eben so [...] der große Ausgleich, und da habe ich auch meinen Hauptfreundeskreis. Ich hab' früher schon mal drüber nachgedacht, wie viel Prozent eigentlich Arbeit und wie viel Prozent Freizeit sind, ist ein bisschen schwierig, von der Zeit her ist klar, ist natürlich die Arbeit da, aber das ist das, wo ich eben sage, ich bin nicht so super ehrgeizig, also für mich hat Freizeit schon einen hohen Wert, vielleicht so 40Prozent Freizeit, 60Prozent Arbeit, genau, das ist für mich wichtig als Ausgleich dann.“ (Frau Frey, Z. 321 ff)*

Frau Frey ist es also gelungen, die Anteile von Arbeit und Freizeit in ihrem Leben in das für sie richtige Verhältnis zu setzen und die für sie wichtigen sozialen Beziehungen in ausreichendem Maße für sich nützen zu können.

#### **7.7.4 Fazit**

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es von zentraler Bedeutung ist, dass die Gestaltung von Arbeits- und Privatleben die Möglichkeit bietet, die sozialen Beziehungen in ausreichendem Maße wahrnehmen zu können. Führt die berufliche Tätigkeit hingegen dazu, dass interpersonelle Kontakte im Privatleben nur noch schwer oder gar nicht mehr gelebt werden können, hat dies einen starken Einfluss auf die Entwicklung des Burnout-Syndroms.

#### **7.7.5 Fallporträt Frau Mündel**

Viele Akteure aus der Burnout-Gruppe zeigen eine stark arbeitszentrierte Lebensweise. Zur Illustration einer Lebensweise, die das Privatleben ins Zentrum rückt, möchte ich

diesmal eine Person aus der Kontrastgruppe vorstellen.

Frau Mündel ist 51 Jahre alt, verwitwet und hat einen Sohn. Sie ist als Assistenzärztin in der orthopädischen Abteilung einer Rehabilitationsklinik angestellt, in der außerdem noch Patienten behandelt werden, die an internistischen Erkrankungen leiden. Da Frau Mündel viel Wert darauf legt, genügend Zeit für ihren Sohn zu haben, hatte sie sich vor vielen Jahren für eine Halbtags­tätigkeit entschieden. Möglich wurde dies dadurch, dass sie eine Witwenpension bezieht, so dass sie finanziell einigermaßen abgesichert ist.

Frau Mündel fühlt sich in ihrem Arbeitsbereich weitgehend wohl. Das führt sie teilweise darauf zurück, dass sie diese Tätigkeit als nicht so belastend wahrnimmt wie die Arbeit in einem Akutkrankenhaus:

*„[...] was einen Unterschied macht bei uns im Reha-Bereich, das ist einfach so ein relativ überschaubares Metier, wo man sagt, okay, durchschnittlich pro Woche sind so und soviel Anreisen, das ist eben, wenn ich in einem Akuthaus arbeite, denke ich, nicht vergleichbar. Wo ich auch denke, da schieben manche Kollegen einfach ganz große Panik. Oh Gott, hoffentlich kommt heute Nacht nicht wieder so ein schwerer Fall und der stirbt gleich und so irgendwas, [...] und das ist dann vielleicht erheblich stressiger als bei uns.“ (Frau Mündel, Z. 401 ff)*

Entsprechend erlebt sie auch die Bereitschaftsdienste als nicht so anstrengend:

*„[...] das ist praktisch wie Sprechstundenbedarf, da kommen dann ein paar internistische Patienten, denen geht es nicht so gut, und die kommen dann, und man guckt die Akte an und redet ein bisschen, und ansonsten ist, wenn Erkältungszeit ist, da hat man zwanzig Sprechstunden, wo alle kommen, ach, ich habe Husten und so und so, und manchmal ist es auch so, da ist es ruhig, da kann man diktieren oder mit der Schwester klönen, und man kann auch schlafen, wenn man nicht geweckt wird und halt mal einen Patienten angucken, da ist dann einer und hat was und man muss aufstehen. Aber das ist eher nicht so stressig bei uns.“ (Frau Mündel, Z. 260 ff)*

Es ist ihr wichtig, ihre Arbeit sorgfältig zu machen und sich intensiv um ihre Patienten zu kümmern, weshalb sie sich auch viel Zeit für die Behandlung nimmt. Das hat zur Folge, dass sie oftmals etwas länger arbeitet als es ihren Arbeitszeiten entspricht. Auch wenn sie somit freiwillig unbezahlte Überstunden macht, setzt sie doch eine für sie selbst wichtige Grenze zwischen der Arbeit und dem Privatleben. Eine Zeitlang hatte sie Akten zur Bearbeitung mit nach Hause genommen. Das lehnt sie nun völlig ab:

*„Ich hatte auch schon Zeiten, am Anfang, in dieser Einarbeitungszeit, wo ich da angefangen habe da in der Orthopädie, dann hatten wir einen Kollegen, der war manisch-depressiv, der hat immer mal vierzehn Wochen am Stück gefehlt, oder zehn und dann war er die anderen im Urlaub, und dann habe ich gedacht, Hammer, ich schaffe bald so viel wie eine Ganztagskraft, dann habe ich manchmal so Deals gemacht, dann nahm ich die Arbeit mit nach Hause, hatte ich gemacht, ein paar Mal, vielleicht zehn Mal, und dann habe ich sie dann vor lauter Frust, so eine Scheiße, die Akten zu Hause, habe ich oft am nächsten Tag wieder unbearbeitet wieder mit nach Hause genommen, bis ich mir irgendwann geschworen habe, nein, ich mache das nicht mehr. Arbeit hat am Arbeitsplatz stattzufinden und nicht bei mir zu Hause in der Küche oder im Wohnzimmer.“ (Frau Mündel, Z. 151 ff)*

Frau Mündel ist dazu in der Lage, Prioritäten zu setzen und auch mal Arbeit liegen zu lassen, die ihr im Moment nicht so vordringlich erscheint. Sie sieht hierfür Möglichkeiten im administrativen Bereich:

*„[...] im Beruflichen ist das so, das, was am ehesten liegen bleiben kann, mal so ein Brief oder so, wo man sagt, okay, dann bleibt das halt da.“ (Frau Mündel, Z. 150 ff)*

Trotz ihres Zeitvertrages und ihres Alters macht sie sich wenig Sorgen um ihre berufliche Zukunft. Da es seit Jahren schwierig sei, frei werdende Arztstellen in ihrem Hause wieder zu besetzen, rechnet sie mit einer Verlängerung ihres Vertrages, sie denkt aber auch über andere Möglichkeiten nach:

*„Ich mache mir schon Gedanken darum. Ich habe so ein befristetes Verhältnis, mit, das waren vier Jahre Zeit, aber da ich halbtags bin, sind es acht Jahre, das ist die Weiterbildungsermächtigungszeit vom Haus. Also das ändert sich jetzt, weil die kaum noch Ärzte kriegen, es gibt nichts mehr auf dem Markt und da sind jetzt die Felder schon abgegrast, [...] aber es gibt nichts. Und dann habe ich schon gedacht, es hat sich manchmal so gefügt, dass einfach was beendet wurde, [...] jetzt bin ich in der Klinik beim Doktor Müller, denke ich, vielleicht hat es was für sich, das spukt mir so im Kopf rum, acht Jahre, wo ich denke, ja gut, ist auch eine lange Zeit, [...] vielleicht fügt sich noch mal was, aber so direkt ein Ansatz, dass ich sage, ich würde noch mal was machen, ist in meiner Situation schwierig. Ich bin, muss ich dazu sagen, 51 Jahre alt, und ich werde diesen Facharzt auch nicht mehr fertig machen. Den Ehrgeiz habe ich nicht, dass ich sage, ich würde mich dann mit Facharzt niederlassen oder mich einkaufen in eine Gemeinschaftspraxis, das wäre es dann. Weil ich denke, das bringt mir noch mehr Stress. Von daher bin ich da eher so ein bisschen abgeklärt und denke, die suchen eh weiter Leute, ich werde den Vertrag weiter verlängert bekommen, aber manchmal mache ich mir schon Gedanken darum, am liebsten würde ich mal den Bettel hinschmeißen wenn ich was Besseres hätte. Aber es kommt im Leben selten was Besseres. Es wird immer nur anders, das ist so.“ (Frau Mündel, Z. 326 ff)*

Für Frau Mündel sind die interpersonellen Kontakte im Berufsleben sehr wichtig für ihr Wohlbefinden. Dafür nimmt sie auch die unbezahlten Überstunden in Kauf und alles Übrige, was sie in ihrer derzeitigen Arbeitsstelle stört. Sie gestaltet die Gespräche mit den Patienten so, dass sich dabei eine „Vertrautheit“ zwischen ihr und dem Patienten entwickeln kann:

*„[...] dieser halbe Tag mit dem bisschen Überzeit, die ich habe, das ist gut, ich möchte sie auch nicht missen. Ich habe mir schon manchmal Gedanken gemacht, auch so in Zeiten, wenn es mal so dicke hergeht, was wäre denn, wenn du jetzt sagst, okay, du arbeitest jetzt nicht. Ich glaube, ich würde verrückt werden so ein bisschen, weil ich das einfach brauche. Ich denke, ich habe so einen schönen Beruf erlernt, mit Umgang mit Menschen, ich würde es missen, einfach [...]*



*dieses mich auch auf Menschen einzulassen. [...] Ich mache oft die Akte nicht auf und gucke mir erst den Patienten an und spreche mit dem die Akte durch und sage, ach, deswegen werden Sie hierher geschickt. Ich lasse mich manchmal regelrecht überraschen, und das ist einfach ein schönes Gefühl, mit einem Menschen so eine gewisse Vertrautheit. In so einer Stunde kann man sich manchmal unheimlich viel erarbeiten, und das finde ich schön. Und wenn die dann gehen so nach einer gewissen Zeit und sagen, boah, hat mir hier was gebracht, bei Ihnen habe ich mich wohl gefühlt, und komme vielleicht auch mal in ein paar Jährchen wieder, das sind einfach gute Erlebnisse.“ (Frau Mündel, Z. 447 ff)*

Die Ärztin ist nicht dazu bereit, Dinge schweigend hinzunehmen, die in ihrem Arbeitsbereich ihrer Meinung nach nicht in Ordnung sind. Sie setzt deutliche Grenzen, wobei es ihr wichtig ist, dies in angemessener Form zu tun.

*„Und ich bin auch kein Streithansel, ich bin nur einfach, glaube ich, ein sehr auf Gerechtigkeit bedachter Mensch, und da lasse ich mir nicht alles bieten, zumal ich auch eine Taktiererin bin, die es sehr wohl weiß, nicht verletzend zu sein, auch wenn ich vor Leuten spreche, und da sitzen fünfzehn Leute rum, dass ich niemand so persönlich angreife, dass der jetzt weggeht und denkt, oh, also, hm, die Mündel hat mich da jetzt ganz schön rund gemacht. Und das, denke ich, ist ein Vorteil von mir, dass die Leute mich einschätzen, die macht den Mund auf, sagt ihr Zeug, kränkt niemand in Grund und Boden, und dann weiß man aber trotzdem ein bisschen was Sache ist.“ (Frau Mündel, Z. 124 ff)*

Sie erlebt die interpersonelle Beziehung zu ihrer Chefin als sehr problematisch. Frau Mündel hat aber einen Weg gefunden, wie sie damit umgehen kann. Wenn es Konflikte mit ihrer Vorgesetzten gibt und sie sich dadurch emotional belastet fühlt, strebt sie eine Klärung an und sucht das Gespräch. Sie schildert ein Beispiel:

*„Und da war in der Woche noch mal was, wo sie mich quasi zweimal rausgeschmissen hat aus dieser Besprechung, und dann sage ich, gut, dann gehe ich.“*

*Und dann war dann Freitag dieser Woche, und dann hatte ich so einen dicken Hals, dass ich einfach gesagt habe, ich kann jetzt nicht ins Wochenende gehen, das tut mir nicht gut, und ich habe mir dann bei der Chefsekretärin einen Termin geben lassen noch für diesen Freitag, und habe gesagt, okay, ist mir egal, auch wenn es später ist, ich möchte mit ihr noch mal reden, was da diese Woche war. Und hat sich dann auch so gezeigt, ich habe zumindest kundgetan, was mir nicht gepasst hat, es kam raus, dass sie ein Autoritätsproblem hat, wenn sie sich an ihrer Autorität gekratzt erlebt, wird sie stinkig. Und das ist dann eben so, jetzt weiß ich das explizit, dass ich da, weil ich eher so ein forscher Typ bin, dann denke ich, okay, und ich auch prinzipiell nicht meinen Mund halte, wenn mir was nicht passt, also das hört sie von mir öfter mal, dass ich sage, hm, möchte ich was dazu sagen [...].“ (Frau Mündel, Z. 54 ff)*

Eine gewisse Gelassenheit und Stärke im Umgang mit ihrer Vorgesetzten zieht sie aus der finanziellen Absicherung durch die Pension, die sie durch ihren verstorbenen Mann bekommt. Wenn diese auch nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt zu decken, so ist sie doch nicht vollständig auf ihr Gehalt angewiesen. Durch die Wertschätzung, die sie von den Kollegen und Patienten bekommt, fühlt sie sich zusätzlich unterstützt:

*„Ich arbeite gerne mit den Patienten und das muss ich auch sagen, ich kriege von chefärztlicher Seite kein Lob, das kriegt eigentlich niemand, aber ich habe ein Feedback von Kollegen und ich habe auch ein gutes Feedback von den Patienten, die mir das einfach auch vermitteln, sonst könnte ich das wahrscheinlich nicht machen, das sie auch sagen, es war sehr gut und sie bedanken sich bei mir, dass sie sich sehr gut aufgehoben gefühlt haben und für sie ein guter Aufenthalt war jetzt zum Schluss.“ (Frau Mündel, Z. 309 ff)*

Auch von den Kollegen erfährt sie Anerkennung für ihr Engagement, was sie stärkt:

*„Ja klar, ich kriege auch oft Zuspruch, oh, es war mal gut, dass Du mal wieder den Mund aufgemacht hast, und wenn du nichts sagst, sagt ja sonst kaum mal jemand was, also das trägt mich dann auch schon ein bisschen, obwohl man ja*

*denkt, ja Gott, ihr könntet ja auch mal ein bisschen aktiver werden und nicht alles auf mich abladen, aber das sind oft sprachliche Barrieren oder so was. Also ich habe das einfach im Laufe der Zeit gelernt, in der psychosomatischen Klinik, wo ich auch tätig war, ja da habe ich das einfach gelernt den Mund aufzumachen, weil ich gemerkt habe, das geht anders nicht.“ (Frau Mündel, Z. 109 ff)*

Es zeigt sich also, dass es zwar die Belastung durch die interpersonellen Konflikte mit ihrer Vorgesetzten gibt, sie sich in den übrigen interpersonellen Beziehungen im Berufsleben, mit Patienten, Oberarzt, Kollegen, aber wertgeschätzt fühlt, was sie als wichtige Ressource wahrnimmt.

Auch im intrapersonellen Bereich geht es ihr gut. Frau Mündel vermittelt den Eindruck, dass sie ihre Stärken und Schwächen kennt und sich so akzeptiert wie sie ist (vgl. hierzu Kapitel 7.6.2) Sie distanziert sich vom Streben nach Perfektion und dem in früheren Jahren üblichen Arztbild und setzt an diese Stelle das Streben nach Zufriedenheit mit den einfacheren Dingen des Lebens:

*„Wo ich denke, ich bin zufrieden mit guten Dingen, und kleine gute Dinge sind mir wichtiger wie ein mordsschickes Auto vor dem Haus zu stehen zu haben. Und ich glaube, das muss man auch wissen, das Geld bei manchen Leuten eine Rolle spielt, um sich einen gewissen Sozialstandard zu erarbeiten mit tollem Häuschen und dies und das, das sind halt die alten Mediziner, na ja, ein Ferienhäuschen an der Costa Brava und so was, das war ja fast üblich.“ (Frau Mündel, Z. 425 ff)*

Frau Mündel setzt verschiedene Methoden ein, um berufliche Belastungen kompensieren zu können. Eine Möglichkeit für sie besteht darin, mit anderen gemeinsam über den jeweiligen Konflikt und ihre Gefühle zu sprechen. Da sie sich von den anderen verstanden fühlt, erlebt sie dies als sehr hilfreich:

*„Also ich bin der Typ Lästlerin. Also ich habe sehr viele Leute um mich rum, die Situationen auch mitkriegen, und ob das jetzt bei uns Krankenschwestern sind, mit denen ich so gut kann und befreundet und per du bin, und lästern hilft mir*

*unheimlich gut. Das heißt einfach, schimpfen und sagen, ich drehe der Chefin demnächst mal den Kragen rum, heute habe ich gesagt, ich bringe demnächst mal mein Luftdruckgewehr mit, was bei mir im alten Bauernhaus in der Ecke steht, das hilft schon, dann kriegt man, na ja, ich weiß schon, wir haben auch solche Pfeifen im Pflegebereich, dann geht es los, und wenn man dann mal zehn Minuten abgelästert hat, ist einem schon wohler.“ (Frau Mündel, Z. 94 ff)*

Dann findet sie bei der Gartenarbeit oder beim Spaziergehen Entspannung, wobei sie während dessen nochmals die Geschehnisse durchdenkt, ohne dadurch belastet zu sein:

*„Ich denke schon, ja, und ich habe so nicht so das große Verwöhnprogramm, ich bin einfach so ein Naturmensch, der sagt, dann gehe ich jetzt in meinen Garten raus und rupfe ein bisschen Unkraut oder mache irgendwas, wo ich dann eine Stunde, halbe Stunde draußen bin und sage, so, jetzt geht es mir eigentlich besser, obwohl ich nicht groß drüber nachgedacht habe, was ich da jetzt verarbeite, aber das tut mir einfach gut, in der Natur mich aufhalten oder einen Spaziergang mache und dann reflektiert man schon dabei natürlich, ob ich, ich bin so ein ewiger Reflektierer, wo ich immer drüber nachdenke, ja, wie war es und was ist und so, aber nicht so, so ins Grüblerische.“ (Frau Mündel, Z. 177 ff)*

Für Frau Mündel stand nach dem Tod ihres Mannes das Wohlergehen ihres Kindes an erster Stelle, und deshalb hat sie ihre berufliche Karriere zurückgestellt:

*„[...] dann war das gerade ein Jahr rum und ich hatte in dieser Landarztpraxis angefangen, gerade ein Jahr, und da ist mein Mann gestorben, und da war das Kind vier und dann war das so, dass ich einfach gedacht habe, nun muss ich einfach gucken, wie das weitergeht, was machbar ist. Und da ich das nie wollte, dass ich ihn irgendwo hingebe, wo er dann ganztags, weil ich da totalen Stress habe im Kreiskrankenhaus hier mit werweißwas für einer inneren Abteilung da rumzurödeln, dann hat sich das irgendwie entwickelt.“ (Frau Mündel, Z. 367 ff)*

Die Beziehung zu ihrem Kind stellte auch in anderer Hinsicht die erste Priorität dar – auch in Hinblick auf den Haushalt zeigt sie kein Perfektionsstreben:

*„Mein Mann ist vor siebzehn Jahren gestorben, ein Kind groß gezogen, das war damals vier Jahre alt, ist inzwischen 21, und da weiß man auch, wir brauchten Essen auf dem Tisch und vielleicht ein bisschen frische Wäsche im Vorrat und ansonsten alles andere ist nachrangig. Und eben Zeit für dieses Kind oder diesen jungen Menschen, und alles andere, ob im Garten dann mal irgend was nicht so aussieht, das kann man dann vielleicht später ein bisschen begradigen.“ (Frau Mündel, Z. 168 ff)*

Frau Mündel betont, wie wichtig ihr die interpersonellen Beziehungen zu anderen Menschen sind. Diese Wichtigkeit lässt sich auch an der Wahl ihres Hobbys erkennen:

*„[...] und auch im privaten Bereich, wo ich denke, ich habe ganz wenige Abbrüche in meinem Leben, die vielleicht auch nicht unbedingt von mir ausgegangen sind, wo ich sage, da gab es einen Bruch. Ich habe oft, auch so Studienfreundinnen, wir sehen uns ewig nicht und dann ist es trotzdem so, dass man sagt, man findet immer wieder so einen roten Faden oder man merkt, man mag sich, oder im Alltag, ich bin jetzt so seit fünf, sechs Jahren in einem Laientheater, Frauentheaterspielgruppe dabei, wo ich denke, das sind 16 Weiber, die sind mir einfach wichtig. Ob die Bäckereiverkäuferin sind oder wie oder was, wir geben uns viel gegenseitig und es ist einfach für alle so ein bisschen ein Ventil, da mitzuarbeiten. Doch, Beziehungen sind sehr wichtig, auch im beruflichen Bereich. Also ich bin auch eine, wo, manche mögen es nicht so, die sich sehr gerne duzt mit Menschen, weil ich auch merke, das macht was anders. Und ich kann dahinter stehen und ich missbrauche ein Du nicht, weil ich sage, ha, dann kriege ich eher das oder das, ich mag es einfach, mich mit Menschen zu umgeben, auch mal privat mit einer Krankenschwester was zu unternehmen oder sonst was.“ (Frau Mündel, Z. 384 ff)*

Bezogen auf das Modell zeigen sich also folgende Interaktionen:

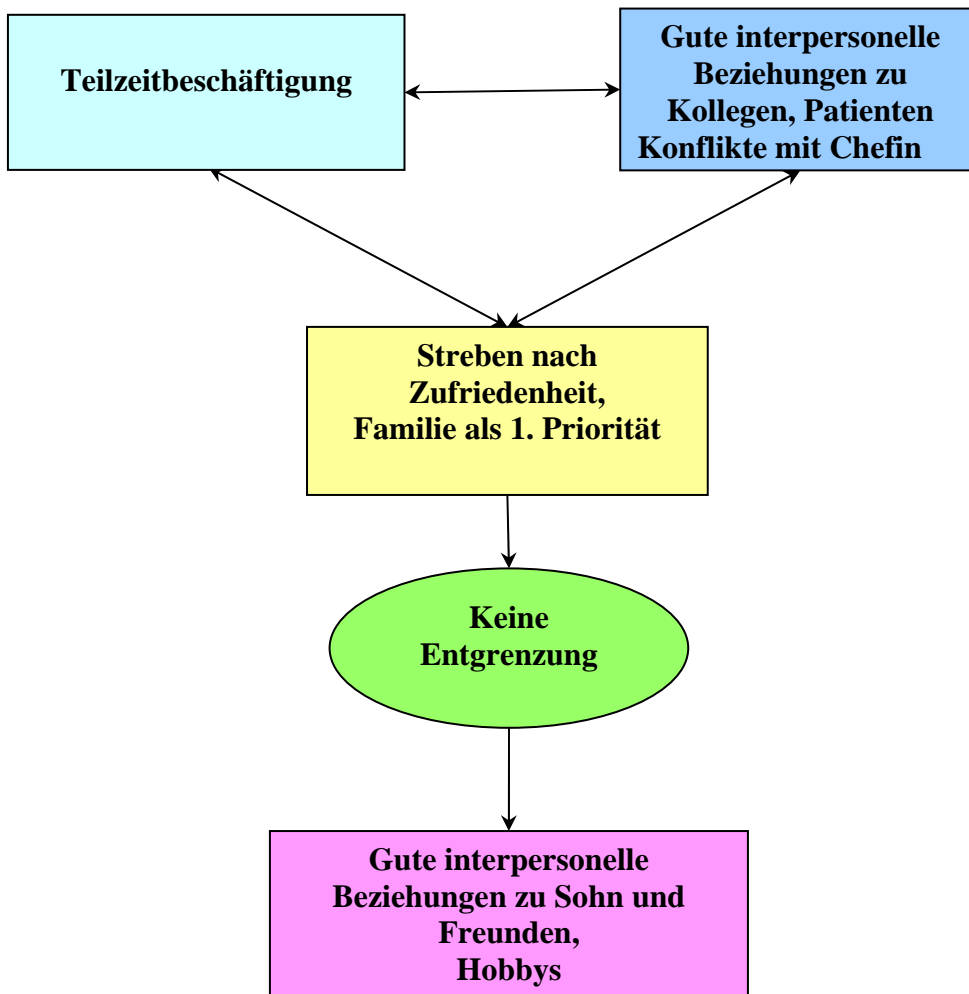


Abbildung 23: Darstellung der Situation von Frau Mündel anhand des Burnout-Entwicklungsmodells

Frau Mündel strebt in erster Linie danach, für ihr Kind da zu sein und selbst „Zufriedenheit in kleinen guten Dingen“ zu finden. Deshalb verzichtete sie auf eine berufliche Karriere und arbeitete immer nur in Teilzeitarbeitsstellen. Somit kann sie in einer Weise mit den Patienten arbeiten, wie sie selbst es für richtig hält, da sie durch die Überstunden, die ihre gründliche Arbeitsweise zur Folge hat, nur wenig belastet ist. Sie erlebt viel Wertschätzung durch die Patienten und die Kollegen, nur zur Chefin ist die interpersonelle Beziehung gestört. Dies wird aber durch die guten anderen interpersonellen Beziehungen und ihr erfülltes Privatleben, das ebenfalls durch gute interpersonelle Beziehungen gekennzeichnet ist, aufgefangen.

Wesentlich zu ihrem Wohlbefinden trägt ihre Fähigkeit bei, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen und entsprechend zu handeln.

## 8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Abschließend möchte ich nun die Untersuchungsergebnisse zusammenfassen.

Die Untersuchung stützte sich in erster Linie auf die Auswertung von Interviews, die mit Ärzten geführt wurden, die am Burnout-Syndrom erkrankt waren, und sich gesund fühlenden Ärzten, der so genannten Kontrastgruppe. Das Burnout-Syndrom entwickelte sich meist nicht aus einer einzigen Ursache heraus, sondern es lagen mehrere ursächliche Faktoren vor, die in Wechselwirkungen miteinander standen.

Die Untersuchung zeigt, dass ein entscheidender Faktor für die Burnout-Entstehung beziehungsweise –Prävention in der Art der Gestaltung von interpersonellen Beziehungen im Arbeitsbereich liegt.

Finden sich im Arbeitsbereich als hilfreich wahrgenommene Beziehungen, zum Beispiel zu Vorgesetzten, Kollegen und Patienten, können auch starke berufsbedingte Belastungen meist gut verkraftet werden. Umgekehrt kann ein Konflikt im Tätigkeitsbereich als ein so starker Stressor wahrgenommen werden, dass allein daraus ein Burnout-Syndrom resultieren kann, selbst wenn die zu verrichtende Tätigkeit als durchschnittlich belastend bewertet wird. Bis zu dem Konflikt wird die Arbeit häufig relativ problemlos durchgestanden. Das Konflikterleben ist also ein zentraler Faktor in dem Geschehen. Eine Kompensation des Stresserlebens ist möglich, wenn Interaktionen mit anderen als den „konfliktbehafteten“ Menschen, besonders im Arbeitsbereich, aber auch im Privatleben, positiv erlebt und wahrgenommen werden können.

Durch den Konflikt entwickelt sich meist eine interpersonelle Beziehungsstörung zwischen der vom Burnout-Syndrom betroffenen Person und einem Vorgesetzten, Kollegen oder Praxispartner. Häufig finden sich darüber hinaus auch Konflikte mit weiteren Personen aus dem Arbeitsbereich. Meist lassen sich Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen und interpersonellen Beziehungen im Tätigkeitsbereich feststellen, welche die Belastung verstärken können. Deshalb ist in der Art der Personalführung ein wesentlicher Faktor für die Entstehung oder Verhinderung des Burnout-Syndroms zu sehen. Eine Personalführung, welche die Belange der Mitarbeiter berücksichtigt und die ein gutes Betriebsklima ermöglicht, trägt erheblich zur Gesunderhaltung der Teammitglieder bei.



Als weiterer wichtiger Faktor in der Entwicklung des Burnout-Syndroms hat sich die Entgrenzung von Arbeit herausgestellt. Sie kann sich aus verschiedenen Bedingungen heraus entwickeln. Meist ist die Ursache hierfür in strukturell bedingten Erfordernissen im Arbeitsbereich zu finden. Die Anzahl an gearbeiteten Stunden scheint dabei allerdings eine eher untergeordnete Rolle zu spielen (es sei denn, es wird exzessiv viel gearbeitet). Hingegen stellt Arbeit zu atypischen Zeiten, also beispielsweise Ruf-, Bereitschafts- und Schichtdienst sowie Arbeit am Wochenende, ein erhebliches Burnout-Risiko dar. Dies trifft besonders dann zu, wenn diese Dienste sehr häufig durchgeführt werden müssen oder zusätzlich die Tätigkeit als hochgradiger Stressor wahrgenommen wird, beispielsweise durch eine sehr hohe Anzahl zu versorgender Patienten.

Eine entgrenzte Arbeitsweise kann aber auch durch die Person selbst herbeigeführt werden (auf Grund von Strebungen verschiedener Art. Hierauf gehe ich weiter unten nochmals ein). In diesem Fall kann zunächst die Arbeit häufig über längere Zeit problemlos verkraftet werden, und erst wenn ein interpersoneller Konflikt im Arbeitsbereich hinzukommt, entwickelt sich das Burnout-Syndrom.

Wesentlich für das Erleben der Entgrenzung scheint die Art der Motivation zu sein: Ist die Arbeitsweise extrinsisch motiviert, beispielsweise, weil die Tätigkeit wegen einer Facharztausbildung durchgeführt werden muss, kann es deutlich rascher zur Erschöpfung kommen als bei intrinsischer Motivation.

Die Entgrenzung ist deshalb als mitursächlich für die Erkrankung anzusehen, weil sie die Teilnahme am sozialen Leben erschwert, zu erheblichen intra- und interpersonellen Konflikten führen kann und die Erholung behindert. Ist es nicht möglich, zur Entgrenzung führende Arbeitsbedingungen zu vermeiden, ist es besonders wichtig, in den übrigen Bereichen als positiv erlebte inter – und intrapersonelle Beziehungen zu gestalten. Dabei besteht zwischen der Entgrenzung von Arbeit und der intra- und interpersonellen Beziehungsstörung meist eine Wechselwirkung.

Darüber hinaus stellen die Arbeitsbedingungen, welche durch die Auswirkungen des Strukturwandels im Gesundheitswesen entstanden sind, Risikofaktoren für die Entwicklung des Burnout-Syndroms dar. So ist etwa die hierdurch hervorgerufene marktwirtschaftliche Orientierung zu nennen, die beispielsweise im Krankenhausbereich zu einer hohen Anzahl zu versorgender Patienten und zur Arbeitsverdichtung geführt hat.

Im Praxisbereich wurden unter anderem die Budgetierung und die Deckelung des Honorars eingeführt. Durch das dadurch erlebte Wachsen der Belastung entwickeln sich Reizbarkeit und Unzufriedenheit, und häufig finden sich Störungen des Betriebsklimas. In der Folge können sich vielfältige inter- und intrapersonelle Konflikte und Beziehungsstörungen ergeben.

Auffallend ist die unterschiedliche Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen der Bereiche Krankenhaus und Praxis. Die meisten Interviewpartner, die als Assistenzärzte im Krankenhausbereich gearbeitet haben, fanden erst durch einen Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich zu einer Zufriedenheit, also zum Beispiel durch die Niederlassung. Nur die befragten Chefarzte fanden ihre Arbeitsbedingungen hinnehmbar bis zufrieden stellend. Ein Grund für diese Einschätzung scheint darin zu liegen, dass im Krankenhausbereich durch die Einbindung in ein stark hierarchisch gegliedertes System deutlich weniger Autonomie für die Assistenzärzte möglich ist als beispielsweise in der eigenen Praxis. Durch die Umstrukturierung der Krankenhäuser zu Gesundheitsunternehmen hat sich die Wahrnehmung des Verlustes von Autonomie noch verschärft.

Auch für die niedergelassenen Ärzte hat der Wandel des Gesundheitssystems erhebliche Probleme und Deprofessionalisierungstendenzen mit sich gebracht, was zu erheblichen Belastungen und in der Folge zu intrapersonellen Konflikten der Ärzte führt (vgl. Manzeschke, 2009). Allerdings geben die Praktiker auf Grund der besseren Gestaltungsmöglichkeiten meist an, sich deutlich besser zu fühlen als im Krankenhaus. So wird meist betont, dass durch die Niederlassung klare Grenzen zwischen den Bereichen Arbeit und Privatleben vorhanden sind, was als sehr entlastend erlebt wird. Auch die Möglichkeit, das Team den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten und somit die Möglichkeit zu haben, durch die Wahl der Mitarbeiter Einfluss auf den interpersonellen Beziehungsbereich im Team zu nehmen, wird als sehr positiv wahrgenommen.

In der Folge von als belastend wahrgenommenen Arbeitsbedingungen und entgrenzten Lebenssphären treten häufig Beziehungsstörungen im privaten Bereich auf. So können sich hieraus ein sozialer Rückzug oder Konflikte mit Partnern und der Familie entwickeln. Die Freizeit kann häufig nicht mehr als Ressource genützt werden, da durch

die atypischen Arbeitszeiten die Freizeitgestaltung behindert wird oder durch hochgradige Erschöpfung die Energie zur Ausübung von Hobbys oder dergleichen fehlt. Dies hat wiederum zur Folge, dass die Erholung behindert wird, was sich schließlich wieder auf die Ausgestaltung der Arbeitsabläufe auswirkt.

Weitere wichtige Faktoren für die Entwicklung des Burnout-Syndroms finden sich im intrapersonellen Bereich – hierdurch kann es zur „intrapersonellen Beziehungsstörung“ kommen. Als wesentlich sind hier vor allem die Strebung nach Perfektion, hoher Ehrgeiz und Idealisierung des Arztbildes bei Rigidität den eigenen konkurrierenden Bedürfnissen gegenüber zu nennen. Dies kann zur Folge haben, dass sich eine intrinsisch motivierte Entgrenzung der Bereiche Arbeit und Privatleben einstellt, indem beispielsweise auf Grund von Strebungen extrem viel gearbeitet und eventuell Arbeit mit nach Hause genommen wird. Darüber hinaus kann sich eine „innere Entgrenzung“ ergeben. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass es extrem schwer fällt, Grenzen zu setzen, was sich in verschiedenen Bereichen belastend auswirkt. So werden beispielsweise Forderungen von Patienten nach Leistungen erfüllt, die von den Kassen nicht getragen werden. Die Ursachen für diese Art der „Entgrenzung“ sind unterschiedlicher Natur – so kann es sich zum Beispiel um Versagensängste handeln. Auch die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Art des Umgangs mit der Arbeit variieren je nach zugrunde liegender Problematik.

Im Arbeitsbereich ergibt sich durch die fehlende Grenzsetzung beispielsweise die Problematik, dass die Arbeit nur schlecht sinnvoll strukturiert werden kann. Dadurch fällt es beispielsweise schwer, in der Arbeit Prioritäten zu setzen, sich selbst nicht zu viel Arbeit aufzubürden oder die Patientenplanung so zu handhaben, dass es zu möglichst wenig Stress verursachenden Situationen kommt.

Im Privatleben findet sich dann die „innere Entgrenzung“, indem die Betroffenen beständig in Gedanken bei der Arbeit verweilen. Ähnlich wie bei der bereits beschriebenen strukturell bedingten Entgrenzung werden die Erholung und die Teilnahme am sozialen Leben hierdurch stark behindert mit den entsprechenden weitreichenden Folgen.

Als bedeutsam werden außerdem vielfach Zielkonflikte beschrieben. Diese waren bei den meisten Untersuchungsteilnehmern der Burnout-Gruppe festzustellen, besonders bei denjenigen, die mit Kindern lebten (z.B. Frau Schneider, Herr Bäumer). Sie fanden weitgehende Zufriedenheit erst durch berufliche Veränderungen, die mehr Raum für die Familie ermöglichten.

Die Akteure aus der Kontrastgruppe beschrieben häufig, dass ihnen ähnliche Zielkonflikte aus früheren, belasteten Zeiten durchaus vertraut waren, dass sie in der Zwischenzeit aber Lösungen hierfür gefunden hatten.

Es finden sich bei einem voll ausgeprägten Burnout-Syndrom Störungen in allen Bereichen des Burnout-Entwicklungs-Modells. Zur Verdeutlichung füge ich hier nochmals das Modell ein:

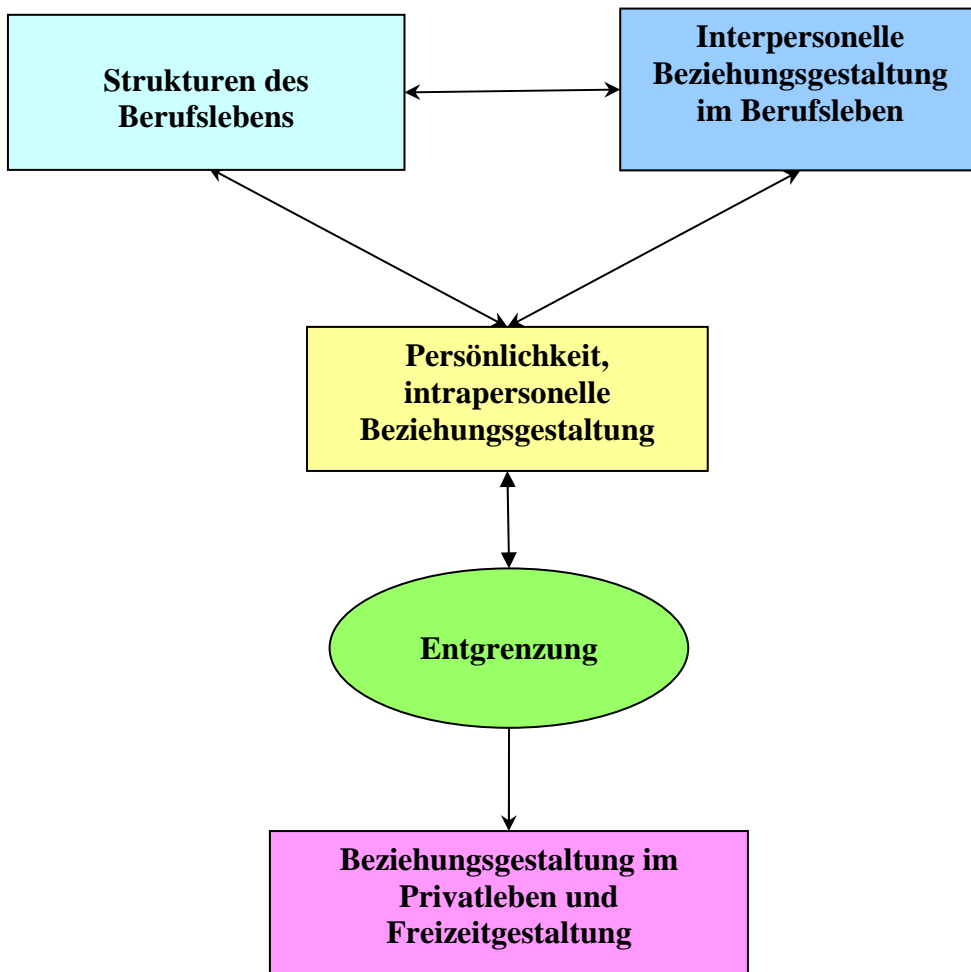


Abbildung 24: Das Burnout-Entwicklungs-Modell

Aus den Untersuchungsergebnissen lassen sich drei typische Muster der Arbeits- und Lebensgestaltung ableiten:

#### **Muster A: Arbeit und Privatleben in größtmöglicher Balance**

Diese Personen sehen die Arbeit als wichtigen Bestandteil des Lebens an; diese wird so gestaltet, dass genügend Zeit und Kraft für ein erfülltes Privatleben bleibt. Entgrenzung wird vermieden – die Bereiche Arbeit und Privatleben werden entweder getrennt oder es wird eine Verknüpfung dieser Sphären in einer Weise angestrebt, die dem Privatleben genügend Raum lässt.

Im Idealfall werden zunächst die eigenen Bedürfnisse analysiert und dann ein dazu passendes Arbeitsfeld gesucht. Die privaten Lebensziele werden dabei größtmöglich berücksichtigt. In der Arbeitsgestaltung werden Prioritäten gesetzt und es werden in angemessener Form Grenzen errichtet, wo diese notwendig erscheinen. Die Beziehung zu den Kollegen und Patienten ist gekennzeichnet durch partnerschaftliches, wertschätzendes Verhalten. Unabänderliches wird akzeptiert, das Streben nach Perfektionismus und hoher gesellschaftlicher Anerkennung sind eher gering ausgeprägt. Als positiv erlebte interpersonelle Beziehungen sowohl im Arbeits- wie auch im Privatleben und die Freizeitgestaltung werden als Ressourcen erlebt und genützt.

Dieses Muster findet sich mehr oder weniger stark ausgeprägt bei den Akteuren, die nicht am Burnout-Syndrom erkrankt sind.

Bei einigen Personen aus der Burnout-Gruppe bestand diese Denkweise in der eigenen Retrospektive zumindest teilweise schon vor der Erkrankung, durch die beruflichen Zwänge fühlten sie sich aber daran gehindert, ihren Vorstellungen entsprechend zu agieren. Die Auseinandersetzung mit dem Burnout-Syndrom führte bei den meisten Betroffenen zu einer Neuorientierung. Hierdurch wurden bisherige Denkweisen verlassen und eine Neuordnung der Lebenssphären angestrebt, so dass einige weitere Akteure nach der Therapie dieser Gruppe zuzuordnen sind (Beispiele: Herr Stein, Frau Meister).

### **Muster B: Arbeitszentrierung bei noch vorhandenem Privatleben**

Die Arbeit spielt im Leben dieser Personen eine zentrale Rolle. Meist finden sich erhebliche Störungen der interpersonellen Beziehungen sowohl im Berufs- wie im Privatleben, darüber hinaus sind häufig auch Störungen im intrapersonellen Bereich festzustellen. Das Privatleben bekommt nur wenig Raum, es ist eine erhebliche Entgrenzung festzustellen – Arbeit und Privatleben gehen teilweise ineinander über. Eine Freizeitgestaltung findet kaum noch statt, da die Zeit und die Kraft dafür fehlen. Zielkonflikte sind meist vorhanden und Integrationsziele werden angestrebt, da die Verteilung der Lebenssphären als unbefriedigend erlebt wird. Diese Art der Arbeits- und Lebensgestaltung ist nicht immer von den Betroffenen so gewünscht, teilweise entwickelt sie sich auf Grund von beruflichen Rahmenbedingungen am bisherigen

Arbeitsplatz. In diesen Fällen war ein Wechsel des Arbeitsplatzes ausreichend, um zu seelischer Gesundheit zu gelangen.

Dieses Muster findet sich bei etlichen Personen aus der Burnout-Gruppe (Beispiele: Herr Sperling, Frau Zimmermann und Herr Bäumer).

### **Muster C: Extreme Arbeitszentrierung**

Bei Personen, die diesem Muster zuzuordnen sind, wird extrem viel gearbeitet – es zeigt sich ein suchtartiger Umgang mit der Arbeit. Dabei wird die Arbeit durchaus nicht unbedingt als befriedigend wahrgenommen. Es zeigen sich starke intra- und interpersonelle Beziehungsstörungen. Ein Privatleben findet sich kaum noch – die Arbeit wird zum zentralen und fast einzigen Lebensinhalt bei gleichzeitig vorhandener Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen. Es kann hier zu einer Selbstverweigerung von Grundbedürfnissen kommen, z.B. von Schlaf (Beispiel für dieses Muster: Herr Lopez).

## **8.1 Diskussion der Ergebnisse**

In diesem Kapitel findet sich die methodische und inhaltliche Diskussion der Untersuchung einschließlich einer Auseinandersetzung mit der in Kapitel 3 vorgestellten Forschungsliteratur. Darüber hinaus werden Betrachtungen hinsichtlich des weiteren Forschungsbedarfs vorgestellt.

### **8.1.1 Methodische Diskussion**

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Frage, wie die Gestaltung des Arbeits- und Privatlebens von Ärzten erlebt wird, die am Burnout-Syndrom erkrankt waren. Hierfür sollten problemzentrierte Interviews zum Zeitpunkt der Therapie und etwa vier bis sechs Monate später durchgeführt werden. Um weitere Erkenntnisse über Faktoren zu erlangen, die für die Entwicklung und Überwindung des Burnout-Syndroms wesentlich sind, wurden zusätzlich Ärzte interviewt, die sich frei vom Burnout-Syndrom fühlten. Ziel der Untersuchung war es, zu einem tieferen Verständnis der Faktoren zu kommen, die zur Entwicklung und Überwindung eines Burnout-Syndroms beitragen und hieraus Empfehlungen für die Beratung abzuleiten.

---

Als Grundlage dieser Untersuchung kam die Methodologie der Grounded Theory zum Einsatz. Die Wahl einer qualitativen Methode sehe ich als sinnvoll an, da es in der Untersuchung darum ging, neue Erkenntnisse darüber zu erlangen, wie die Arbeits- und Privatwelt von den Akteuren erlebt wird, welche Arbeitsbedingungen als krank machend empfunden werden und auf welche Weise erkrankte Personen zu neuem Wohlbefinden kommen können. Diese Erkenntnisse lassen sich nicht auf quantitative Weise gewinnen.

Die Untersuchung verfolgt keinen Anspruch auf Repräsentativität – es wurde ein bereichsbezogenes theoretisches Modell des Burnout-Geschehens entwickelt. Es fällt auf, dass die Reflektionen und die Veränderungen, die von den Interviewpartnern nach der Therapie als notwendig angesehen wurden, bei allen Akteuren ähnlich waren, unabhängig von ihren Lebensumständen und der Art der Therapie, die sie erlebt hatten. Daraus schließe ich, dass die Untersuchungsergebnisse auch auf andere Ärzte übertragbar sind.

Die Techniken und Prinzipien der Grounded Theory wurden sachgerecht durchgeführt (vgl. Glaser & Strauss, 1967). Allerdings ist es fraglich, ob die theoretische Sättigung erreicht wurde, denn ein diesbezüglicher Nachweis würde eine Einbeziehung von unendlich vielen Daten voraussetzen – nur dann wäre sichergestellt, dass keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden könnten. Tatsächlich war, wie beschrieben, bereits die Gewinnung der vorhandenen Daten ausgesprochen schwierig, so dass ich mich entschieden habe, mich auf das hier vorliegende Datenmaterial zu beschränken. Ich schlage vor, das von mir entwickelte Modell quantitativ zu überprüfen, um festzustellen, ob eine Übertragbarkeit auf andere Bereiche möglich ist. Ein praktischer Nutzen der Untersuchungsergebnisse ist durch die im Kapitel 8.3 vorgestellten Empfehlungen für die Beratungspraxis in jedem Falle gegeben.

Erörtern möchte ich nun die Problematik, dass das ursprüngliche Untersuchungsdesign nicht eingehalten werden konnte – geplant war, nur Patienten von einer Klinik in Form einer Längsschnittuntersuchung zu befragen. Diese Planung musste aufgegeben werden, da das Sample sonst nur drei Personen umfasst hätte und somit das Ziel, im Rahmen



eines theoretischen Samplings verschiedene Erhebungssituationen in die Analyse einzubeziehen, nicht erreichbar gewesen wäre.

Durch die Modifikation des Forschungsdesigns konnten andere Teile der Planung so umgesetzt werden, wie es vorgesehen war. So wurden Frauen und Männer, im Krankenhaus tätige und niedergelassene Ärzte befragt, die in unterschiedlichen familiären Verhältnissen lebten (mit/ohne Partner, mit/ohne Kinder).

Unbefriedigend blieb, dass nahezu keine Berufsanfänger befragt werden konnten - nur eine Ärztin befand sich zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung am Ende der Facharztausbildung, und die Befragung fand erst im Nachhinein statt.

### **8.1.2 Inhaltliche Diskussion**

An dieser Stelle möchte ich zunächst die Frage diskutieren, ob es sich beim Burnout-Syndrom tatsächlich um eine eigenständige Erkrankung handelt, die eindeutig als solche definiert werden kann - so lassen sich, wie bereits im Kapitel 3.2.2 benannt, die beschriebenen Symptome auch bei Depressionen finden. Da es keine eindeutigen Diagnose-Kriterien für eine Burnout-Erkrankung gibt, fällt es besonders im klinischen Bereich schwer, eindeutige Zuordnungen zu treffen, was zur Folge hat, dass meist beide Diagnosen gleichzeitig gestellt werden. Geuenich, die 2009 eine umfangreiche Studie mit Ärzten hinsichtlich ihrer Stressbelastung durchgeführt hat, weist darauf hin, dass

*„[...] sich die gesundheitlichen Beschwerden gestresster Ärzte kaum von denen klinisch behandelter depressiver Patienten unterscheiden. Jeder siebte Arzt wies dabei für mehr als zwei Drittel der Belastungsmerkmale eines Burnout-Screenings höhere Werte auf als depressive Patienten.“ (Geuenich, 2010, S. 411)*

Dr. Spielmann vertritt die Ansicht, dass es sich dennoch um zwei verschiedene Krankheitsbilder handelt, auch wenn das Erscheinungsbild gleich ist:

*„[...] die Leute, die ausbrennen, sind klinisch eine andere Population als die, die depressiv sind in der Regel. Das Bild, phänomenologisch, sieht am Schluss völlig gleich aus, also wenn Sie die, wenn Sie die ICD-10 Kriterien einer großen*

*Depression nehmen, dann sind diese Kriterien welche, die ein Burnout-Patient tatsächlich erfüllt. Also phänomenologisch ist es das gleiche, aber von der Genese her ist es verschieden [...].“ (Dr. Spielmann, Z. 214 ff)*

Dabei stellt sich für mich die Frage, aus welchem Grund für das gleiche Erscheinungsbild zwei verschiedene Diagnosen gestellt werden. Es könnte sich dabei um einen Euphemismus handeln, der es ermöglicht, eine als stigmatisierend empfundene Diagnose zu vermeiden. Passend hierzu äußert sich ein betroffener Arzt zu diesem Thema, Bezug nehmend auf den Beitrag von Geuenich (2010):

*„Leider gehört es mittlerweile zum guten Ton, „ausgebrannt“ zu sein – selbst für Menschen, die noch nie gelodert haben. Im Gegensatz dazu wird noch heute die „Depression“ mit „Schwäche“ und „Versagen“ in Verbindung gebracht – und das (besonders?) von Ärzten und offenbar besonders bei Psychiatern, bei denen die Lebenszeitprävalenz der Depression nach Maxi Braun (Nervenheilkunde 9, 2008; 800–804) gar mindestens doppelt so hoch ist wie bei Nichtärzten, nämlich über 40 Prozent.*

*Seit mehreren Jahren bin ich auf der Suche nach circa zehn Kollegen aus dieser Gruppe, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie ich, um gemeinsam die Antistigmabewegung zu unterstützen, für die ich allein zumindest in geringem Umfang schon erfolgreich sein kann. Leider melden sie sich trotz vielfältiger Aufrufe, auch in Fachmedien, nicht.*

*Die Gründe dürften vor allem darin liegen, dass bei Psychiatern das „Eigenstigma“ (und das vermeintliche öffentliche Stigma) bedeutend größer ist als in der Normalbevölkerung, selbst nach überstandener Depression, auch wenn sie ihren Patienten zumeist einen möglichst offenen Umgang mit der Erkrankung ans Herz legen. ....*

*Aber wir werden Stigma kulturell nur auflösen, wenn wir es als Ärzte nicht selbst durch unser Verhalten eher stärken.*

*Frau Dr. Geuenich hat völlig recht: Der Gesundheitsschutz der Ärzte verlangt nicht nur ein „Umstrukturieren im Arbeitsalltag“, sondern vor allem ein „Umdenken“, aus meiner Sicht insbesondere ein Umdenken im Umgang mit uns selbst, wenn „es“ uns getroffen hat, denn „es“ kann bekanntlich jeden treffen – aber uns Psychiater offenbar besonders leicht!“ (Freudenberger, 2010, S. A 2049)*

In den Befragungen zeigte sich tatsächlich, dass der Begriff „Burnout“ im Vergleich zur Diagnose „Depression“ als weniger stigmatisierend erlebt wurde. Besonders für Ärzte ist die Tatsache, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, wie bereits in Kapitel 7.6.4 beschrieben, sehr problematisch. Die Bezeichnung „Burnout-Syndrom“ suggeriert, dass die Ursache der Erkrankung in der Arbeit zu suchen ist – als Folge von intensiver, idealistischer Tätigkeit. Eine Depression hingegen wird eher als Schwäche wahrgenommen. Möglicherweise wird also meist vom behandelnden Arzt eine Depression diagnostiziert, dem Patienten aber zur Entlastung auch die Diagnose „Burnout-Syndrom“ genannt (dies benennen auch mehrere Interviewpartner in dieser Weise, z.B. Herr Sperling, 1. Interview, Z. 102; Frau Meister, 1. Interview Z. 79).

### **8.1.3 Diskussion der Untersuchungsergebnisse in Bezug zur Forschungsliteratur**

Die Ergebnisse meiner Untersuchung legen eine multikausale Erklärung für das Burnout-Geschehen nahe. Ich möchte daher meine Untersuchungsergebnisse in Hinblick auf einige im Kapitel 3 dargestellte Forschungsaspekte diskutieren.

#### **Bedeutung der Einstellungen zur Arbeit**

Ein häufig in dieser oder ähnlicher Weise formulierter, auf das Burnout-Syndrom zielender Satz lautet „Wer ausbrennt, muss vorher gebrannt haben.“ Freudenberger (1974) beschrieb eine solche Einstellung als einen zentralen Faktor in der Burnout-Entwicklung. Diese Beschreibung der Ausgangshaltung trifft auf die meisten befragten Ärzte zu – sowohl in der Burnout- wie in der Kontrastgruppe. Sie zeigten sich als hoch motiviert, pflichtbewusst und engagiert. Somit fanden sich bei der gleichen Einstellung zur Arbeit unterschiedliche Befindlichkeiten - vom Wohlbefinden bis zur schweren Erkrankung. Dieser vermutete Zusammenhang scheint also auf den ersten Blick betrachtet nicht sehr hilfreich in Hinblick auf die Einschätzung des Burnout-Risikos zu sein. Allerdings stellt

sich die Frage, was ursächlich hinter diesem Phänomen steht. Hier lassen sich nun relevante Unterscheidungen finden. In der Burnout-Gruppe zeigt sich als eine wesentliche Triebfeder für das engagierte, pflichtbewusste Arbeiten das Streben nach Anerkennung und Perfektion. Dies ist als intrapersonelles Geschehen zu betrachten, als Versuch, dem Ich-Ideal nahe zu kommen (vgl. Freudenberg, 1980a, 1980b, Lacan, 1986).

In der Kontrastgruppe wird mehr danach gestrebt, die Patienten gut zu begleiten, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen – hier richtet sich also das Streben mehr auf die interpersonelle Perspektive. Das Streben nach Anerkennung und Perfektionismus spielt hier eine höchstens untergeordnete Rolle.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es für die Arbeit in der Prävention und in der Therapie weitaus wichtiger zu sein scheint, danach zu fragen, warum jemand brennt oder gebrannt hat als zu fragen, ob jemand brennt.

### **Interaktion zwischen Patient und Helfer**

Es fällt auf, dass hohe Anforderungen in der Interaktion zwischen dem Patienten und dem von Burnout Bedrohten in den Schilderungen der Untersuchungspartner meist als nicht relevant für die Erkrankung beschrieben wurden. Nur bei sehr fordernd auftretenden Patienten fühlten sich einzelne Ärzte belastet.

Interessant ist, dass die Patientenkontakte nach der Therapie beziehungsweise nach dem Arbeitsplatzwechsel und von den Ärzten der Kontrastgruppe häufig als sehr positiv beschrieben und teilweise sogar als Ressource wahrgenommen werden.

Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den ursprünglichen Aussagen Maslachs (1978, 1982), die in belastenden Patientenkontakten eine Hauptursache der Burnout-Erkrankung sah.

### **Arbeitsbezogene und persönliche Faktoren**

Arbeitsbezogene Faktoren wie Arbeitsüberlastung, Mangel an Kontrolle, Werte-Konflikte und zunehmende Deprofessionalisierung fanden sich in den Schilderungen der Ärzte der Burnout-Gruppe als mitursächlich für die Erkrankung. Allerdings erwiesen sich auch Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten als sehr wesentlich. Die Untersuchung zeigt, dass eine gute Personalführung für die Erhaltung der Gesundheit und der

Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter sehr wichtig ist, da hierdurch erhebliche Entlastungen möglich werden. Diese Ergebnisse bestätigen teilweise die späteren Arbeiten von Maslach, in denen sie die Bedeutung von arbeitsbezogenen Faktoren als Auslöser des Burnout-Syndroms beschrieben hat (Maslach & Leiter, 1997) und decken sich weitgehend mit dem Job Demand-Control-Support-Modell (Karasek & Theorell, 1990). Im Job Demand-Control-Support-Modell fehlen allerdings die von den Betroffenen als mitursächlich wahrgenommene Entgrenzung sowie persönliche Faktoren wie Zielkonflikte, Strebungen und ethische Werte. Dies trifft in ähnlicher Weise auf das ERI-Modell (Siegrist, 1996) zu. Die Entgrenzung könnte man noch als Anforderung verstehen, Autonomie, Zielkonflikte und persönliche Werte finden sich im Modell allerdings nicht. Das Modell von Cordes & Dougherty (1993) bildet weit mehr der von mir als wesentlich herausgearbeiteten Faktoren ab. Allerdings ist auch in diesem Modell nicht die Entgrenzung enthalten, die in der Wahrnehmung der Betroffenen einer der Hauptfaktoren für die Erkrankung war.

### **Umgang mit Stress**

Hier möchte ich auf zwei verschiedene Aspekte des Umgangs mit Stress eingehen, wie sie sich in der Untersuchung darstellen. Einmal geht es darum, wodurch Tätigkeiten oder Arbeitsumstände als Stressoren wahrgenommen werden. So erklärten einige Ärzte der Burnout-Gruppe, dass sie sich durch bestimmte Aspekte in ihrer Arbeit stark belastet gefühlt haben, beispielsweise durch die Dokumentationspflicht oder Abrechnungsprobleme. Von den Ärzten der Kontrastgruppe wird dies ganz anders geschildert. Sie versuchen, diese Tätigkeiten zu optimieren und zu delegieren und fühlen sich deshalb dadurch nicht gestresst.

Der andere Aspekt besteht darin, wie die Akteure versuchen, den durch die Tätigkeit erlebten Stress abzubauen.

Hier findet sich eine Parallele zu dem gerade beschriebenen Aspekt: Von den Akteuren der Burnout-Gruppe wurde vielfach beklagt, dass die Freizeit nicht (mehr) zur Erholung genützt werden konnte. Die Interviewpartner aus der Kontrastgruppe beschrieben hingegen, dass sie vielfältige Möglichkeiten zur Entspannung anwenden.

Die Untersuchungsergebnisse deuten also darauf hin, dass es für das Wohlbefinden eine wesentliche Rolle spielt, wie die Dinge bewertet werden und ob es gelingt, in ausreichendem Maße eine Kompensation für berufliche Belastungen zu finden. Dies bestätigt in gewisser Weise den weniger weitgehenden Ansatz von Cherniss (1980b), der als Auslöser den ineffektiven Umgang mit Stress postuliert. Die Personen, die vom Burnout-Syndrom betroffen waren, haben Arbeitsumstände eher als Stressoren wahrgenommen als die Akteure der Kontrastgruppe, und sie konnten durch ihr Freizeitverhalten den Stress schlechter abbauen als die gesunden Interviewpartner.

### **Familienstand**

Die Untersuchung hat ergeben, dass der Familienstand eine erhebliche Bedeutung für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms hat. Ähnlich haben dies Schaufeli & Enzmann (1998) beschrieben. So postulieren sie, dass allein lebende Personen stärker von Burnout-Symptomen betroffen seien als Verheiratete.

Dies stellte sich auch in meiner Studie so dar. Es zeigte sich, dass allein Lebende über weniger interpersonelle Beziehungen in ihrem persönlichen Umfeld verfügen, auf die sie täglich zurückgreifen können, und es wurde eine sehr große Unzufriedenheit mit den Arbeits- und Lebensumständen beklagt. Die wahrgenommenen Verbesserungen im Befinden nach der Therapie fielen auch deutlich geringer aus als bei den Akteuren, die mit anderen Personen zusammen lebten.

## **8.2 Anregungen für weitere Forschungen**

In diesem Unterkapitel soll es nun darum gehen, Anregungen für weitere Forschungen zu geben.

### **Berufswahl**

Aufgrund meiner Untersuchungsergebnisse halte ich für gewinnbringend zu klären, inwieweit es für die Burnout-Syndrom-Entwicklung wesentlich ist, warum jemand den Arzt-Beruf ergriffen hat. Möglicherweise spielt bei der Entwicklung des BO eine Rolle, wie stark das Individuum auf interpersonelle Beziehungen ausgerichtet ist und damit das eigene Wohlbefinden vom Gelingen dieser Beziehungsgestaltung eher abhängig sein

könnte. In der Kontrastgruppe wird auffallend häufig davon berichtet, dass der medizinisch-technische Bereich auch als attraktiv erachtet wird. So antwortet beispielsweise Herr Tallmer auf die Frage nach seinen ursprünglichen Berufsvorstellungen:

*„Also Arzt eigentlich schon. Medizin und Biologie und Physik und Chemie, ich bin ausgesprochen aus der naturwissenschaftlichen Ecke, [...]. Da passt die Radiologie gut.“ (Herr Tallmer, Z. 130 ff)*

Frau Frey betont zwei Bereiche als für sie wichtig: Der medizinisch-technische und die interpersonelle Beziehung zum Patienten.

*„[...] dieser sozusagen medizinisch-technische Bereich, also am Patienten einen zentralen Zugang legen, eine Beatmung gut einstellen, ja schon mehr so diese technische Sache. Und, ja das macht schon Spaß. [...] Visite macht mir eigentlich auch Spaß, also mit den Patienten selber, da mal zu sehen, wie es dem geht.“ (Frau Frey, Z. 154 ff)*

Herr Tallmer benützt ebenfalls das Wort „Spaß“ im Zusammenhang mit dem medizinisch-technischen Aspekt seiner Arbeit:

*„Ich habe aber in der Radiologie genug zu tun, auch mit Fummelei und so weiter, mit Eingriffen, da gibt es ja diese so genannte Interventionelle Radiologie, die mir sehr viel Spaß macht und Freude und Befriedigung verschafft, weil wirklich damit was bewegt werden kann.“ (Herr Tallmer, Z. 53 ff)*

Möglicherweise stellt es also einen Schutzfaktor dar, wenn das berufliche Interesse breiter gefächert ist.

### **Geschlechtsunterschiede:**

In den Interviews fällt auf, dass die Gestaltung und Wahrnehmung von Beziehungsaspekten einen erheblichen Teil der Darstellungen einnimmt, wobei die Frauen hierauf noch deutlich mehr eingehen als die Männer. Auch in den gefundenen Lösungen findet

sich in erheblichem Maße die Intensivierung oder Neugestaltung der Beziehung zu anderen Menschen. Hobbys haben bei den Frauen einen eher marginalen Anteil an der Freizeitgestaltung. Bei den Männern steht in der Entwicklung des Burnout-Syndroms zwar auch fast immer eine gestörte interpersonelle Beziehung im Vordergrund, es wird aber trotzdem deutlich mehr auf Belastungen aus dem strukturellen Bereich verwiesen. Im Freizeitbereich nach der Therapie haben Hobbys bei den Männern einen deutlich höheren Stellenwert.

Weitere Forschungen sollten klären, ob ein geschlechterspezifischer Präventions- und Therapieansatz verbesserte Ergebnisse mit sich brächte.

### **Therapiemethoden:**

Wie gezeigt wurde, hat sich der bevorzugte therapeutische Ansatz der Kliniken, in denen die Untersuchungsteilnehmer behandelt wurden, als nicht relevant für die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes und die Neuorientierung der Akteure gezeigt. Dieser Aspekt könnte systematischer – etwas auch im Hinblick der Wirkung einzelner Therapie-Interventionen – untersucht werden, Im Sinne einer Evaluationsforschung könnten hier die als hilfreich erlebten Unterstützungen und hilfreiche Kontexte konkreter erfasst und weiterentwickelt werden.

### **Arbeitssucht**

Die Schilderungen von Herrn Lopez lassen an Arbeitssucht denken. In Kapitel 3.4.3.1 hatte ich bereits auf die Diskussion hingewiesen, welchen Stellenwert Arbeitssucht in Hinblick auf die Burnout-Entwicklung hat. Oates (1971) hat Arbeitssüchtige als Menschen beschrieben,

*„[...] deren Bedürfnis nach Arbeit so exzessiv ist, dass es zu auffälligen Störungen oder Beeinträchtigungen der Gesundheit, der persönlichen Zufriedenheit, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des sozialen Zusammenlebens („social functioning“) bei diesem Individuum kommt.“ (zitiert in Poppelreuter, 1996, S. 95)*



Bei Herrn Lopez lagen gesundheitliche Störungen und mangelnde persönliche Zufriedenheit vor, und die Arbeit diene ihm seiner Aussage nach eher dazu, fehlende Beziehungen zu kompensieren. Seine Schilderungen lassen vermuten, dass die fehlende persönliche Zufriedenheit nicht eine Folge der Arbeit war, sondern auch hier die Arbeit der Kompensation diene. Allerdings zeigt sich durchaus ein suchtartiger Umgang mit seinen beruflichen Tätigkeiten, und er hat sich nur sehr kurz auf eine stationäre Therapie eingelassen, die dann auch nur geringen Effekt hatte. Tiefgreifende Veränderungen hat Herr Lopez nicht durchgeführt. Da sich die Elemente Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit bei ihm finden, gehe ich bei Herrn Lopez von einer Kombination aus Arbeitssucht und Burnout-Syndrom aus. Seine Beschreibung der Entstehung des Burnout-Syndroms deutet eher darauf hin, dass es sich hier um eine Folge der Arbeitssucht handelt (vgl. hierzu Schneider & Bühler, 2001) und weniger um zwei gleichzeitig vorhandene, voneinander unabhängige Phänomene (vgl. Schaufeli et al., 2007).

Auch hier wären weitere Forschungen notwendig, um die Zusammenhänge von Burnout-Syndrom und Arbeitssucht zu klären.

### **Anwendung der Erkenntnisse auf verwandte Krankheitsbilder**

Wie ich in Kapitel 7.9.2 bereits dargestellt habe, finden sich viele Parallelen in den Erkrankungen Burnout-Syndrom und Depression. Es erscheint daher interessant zu erforschen, ob das Modell auch auf an Depressionen erkrankte Personen übertragbar ist. Möglicherweise liegen hier ganz ähnliche Mechanismen vor.

## **8.3 Empfehlungen für die Anwendung der Ergebnisse in der Beratung**

Aus den Ergebnissen der Untersuchung habe ich Empfehlungen für die Gestaltung von Beratungsgesprächen abgeleitet, die ich im Folgenden vorstellen möchte. Dabei gehe ich von einer systemischen, ressourcen- und lösungsorientierten Sichtweise aus. Die Grundlage dieser Herangehensweise besteht darin, den Klienten selbst als Experten für seine Probleme und Lösungen zu sehen. Die Aufgabe des Beraters ist nun, dem Klienten dabei zu helfen, die für ihn passende Lösung selbst zu finden. Dabei sind Fragen ein wichtiges Hilfsmittel.

Zunächst ist zu klären, seit wann der Betreffende mit seiner beruflichen Situation unzufrieden ist, unter welchen Beschwerden er leidet und ob es spezielle Auslöser für die Problematik gab. Im Weiteren ist zu thematisieren, ob, und wenn ja, wann sich der Gesprächspartner im Beruf wohl gefühlt hat und was sich in den Arbeits- und Privatlebensumständen seither verändert hat. Um die Unterschiede im Erleben des zu Beratenden sichtbar und damit bearbeitbar zu machen, empfiehlt sich der Einsatz der bereits früher vorgestellten Skala von 1 – 10 (wobei Punkt 10 das Maximum des Wohlbefindens bedeutet und Punkt 1 das völlige Fehlen jegliches Wohlbefindens) für eine Bewertung der wahrgenommenen Situationen.

Zur Erleichterung der Analyse der Gesamtsituation und um die Entwicklung von Lösungen zu unterstützen, habe ich eine Checkliste erstellt, die dem Berater als Leitfaden dienen kann. Es ist sinnvoll, nach den oben beschriebenen Einstiegsfragen mit der Beschreibung der strukturellen Arbeitsbedingungen zu beginnen, da es für die Betroffenen meist leichter ist, über den Arbeitsablauf als über interpersonelle oder intrapersonelle Konflikte zu sprechen.

### **Organisation des Arbeitsablaufs**

- Regelung der Arbeitszeit
  - Durchschnittliche wöchentliche Anzahl an geleisteten Arbeitsstunden
  - Schichtdienst?
  - Ruf-, Bereitschafts-, Wochenenddienste?
  - Wie wird die Arbeitszeit erlebt und bewertet?
- Wahrgenommene Qualität der verrichteten Arbeit
  - Welche Arbeitsbereiche werden geschätzt?
  - Welche Arbeitsbereiche werden als problematisch erlebt?
  - Anzahl der zu versorgenden Patienten – Überforderung?
  - Gibt es spezifische Probleme, z.B. Abrechnung, Dokumentation?
- Wie wird der strukturelle Aspekt der Arbeit insgesamt erlebt?
- Gibt es Auswirkungen des strukturellen Arbeitsbereiches auf das Privatleben?

### **Interpersonelle Beziehungen im Arbeitsbereich**

- Wie werden die interpersonellen Beziehungen mit Vorgesetzten oder Kollegen erlebt?
- Wenn es Konflikte gibt:
  - Auf welchem Skalenpunkt wird die Bedeutung des Konfliktes eingeordnet?
  - Was wurde bisher an Konfliktlösungsmöglichkeiten versucht?
  - Wie wird die Lösbarkeit eingeschätzt?
- Können als positiv erlebte interpersonelle Beziehungen als Ressource dienen?

### **Interpersonelle Beziehungen im Privatleben, Freizeitgestaltung**

- Welche Lebensform liegt vor (allein lebend, verheiratet usw.)?
- Wie wird eine Trennung zwischen Arbeits- und Privatleben erlebt und gestaltet?
- Wie wird das Privatleben durch die Arbeit belastet?
- In wie weit werden soziale Beziehungen gepflegt (Familie, Freunde)?
- Welche Freizeitaktivitäten werden betrieben? In welchem Umfang?

### **Intrapersonelle Beziehung**

- Liegen intrapersonelle Konflikte, Ängste oder dergleichen vor?
- Welche Strebungen zeigen sich (z.B. Perfektionismus)?
- Wie werden diese Strebungen wahrgenommen?
- Wie werden eigene Bedürfnisse wahrgenommen?
- Werden grundlegende Bedürfnisse erfüllt oder vernachlässigt (z.B. Schlaf)?
- Wofür könnte das Problem die Lösung sein (z.B. Anerkennung, finanzielle Probleme)?

Nachdem die Gesamtsituation mit Hilfe der Check-Liste in einem offenen, ausführlichen Gespräch analysiert worden ist, erfolgt im nächsten Schritt die Gestaltung von Lösungsmöglichkeiten. Auch hierzu biete ich einige Fragen an, die für die Gestaltung des Gesprächs nützlich sein können:

**Fragen zur Lösungssuche**

- Was müsste passieren, damit der Betroffene auf seiner Skala in der Bewertung seiner Situation einen um einen Punkt höheren Wert vergibt?
- Wie können vorliegende interpersonelle Konflikte im Arbeitsbereich bearbeitet werden?
  - Welche Strategie kann angewandt werden?
  - Können Konfliktvermittler eingesetzt werden?
  - Ist es möglich, den Konflikt anders zu bewerten, wenn es keine Lösungsmöglichkeiten gibt?
- Welche Veränderungen sind innerhalb des derzeitigen Arbeitsverhältnisses möglich (z.B. Wechsel der Abteilung)?
- Welche alternative Arbeitsstelle wäre möglich?
- Welche positiven interpersonellen Beziehungen können als Ressource genutzt werden?
- Wie kann das Privatleben als Ressource genutzt werden?
- Welche Integrationsziele können gefunden und angestrebt werden?
- Welche Ängste können gemildert, wichtige Bedürfnisse befriedigt werden?

Abschließend sollte dann zusammengefasst werden, welche Strategie der Klient für die Lösung seines Problems als Erfolg versprechend ansieht und in welcher Form sich diese konkret umsetzen lässt.

**9                    Literatur:**

- Agust Nieto, S., Grau, R., Beas, M. (2001). Burnout en mujeres: Un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Asiedad y Estres* 7/1 : 243-250.
- Ahola, K., Hakanen, J. (2007). *Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists*. *J Affect Disord.* 2007;104:103-10.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä E., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A. et al. (2005). *The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study*. *J Affect Disord.* 2005;88: 55-62.
- Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J. (2006). *Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population*. *Addiction.* 2006 Oct;101(10):1438-43.
- Alber, J. (1992): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Frankfurt a. M., New York: Campus
- Amstutz, M.C., Neuenschwander, J.M., (2001). *Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärzten und Ärzten*. *Psychiat Prax* 2001; 28: 163-167
- Anderson, V., Levinson, E., Barker, W., Kiewra, K., (1999). *The effects of meditation on teacher perceived occupational stress, state and trait anxiety, and burnout*. *School Psychology Quarterly* 14/1: 3-25
- Angerer, P., Petru, R., Weigl, M., Glaser, J. (2009). *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten in der Weiterbildung: Ergebnisse einer Kohortenstudie*. In F.W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*, Band 2 der Reihe ‚Report Versorgungsforschung‘ (S. 175-184). Deutscher Ärzte Verlag: Köln.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B., (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58(5), 661-689.

Bakker, A., Demerouti, E. (2006). *The Job Demands-Resources model: state of the art*.  
Als online-Ressource verfügbar über:

[http://campbell3.com/uploads/Job\\_Demand\\_Resource\\_Model\\_Bakker.pdf](http://campbell3.com/uploads/Job_Demand_Resource_Model_Bakker.pdf)

Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M., & Dahlbender, R. (2003). *Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz*. *Psychother Psych Med*, 53, 213-222.

Beehr, T. A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. London: Routledge.

Bergner, Th., (2007). *Burnout – Hohes Risiko für Ärzte*. *Berliner Ärzte*, 04, 14 -20

Böhm, A.; Legewie, H.; Muhr, T. (1992): *Kursus Textinterpretation. Grounded Theory*.  
Forschungsbericht 92-3. Berlin: Technische Universität.

Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R., Schilling, E. (1989). *Effects of Daily Stress on Negative Mood*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 57, No. 5, 808-818

Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.

Bradley, H.B. (1969). *Community-based treatment for your adult offenders*. *Crime and Delinquency*, 15, 359-70.

Breuer, F. (Hrsg.)(1996): *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Brill, P. (1984). *The need for an operational definition of burnout*. *Family and Community Health*, 6, 12-24.

- 
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Klaghofer, R., (2008). *Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte*. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133 (47): S. 2441-2447
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010): Familien Report 2010. Leistungen, Wirkungen, Trends. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BfGuSS) (2004). *Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland*“. Verfügbar als online-Ressource:  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_publicationen/forschungsberichte/Gutachten\\_Ausstieg\\_kurative\\_Berufstaetigkeit\\_Aerzte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Gutachten_Ausstieg_kurative_Berufstaetigkeit_Aerzte.pdf)
- Büssing, A., Perrar, K.-M., (1992). *Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Diagnostica 38/4: 328-353
- Burisch, M., (1994). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag. 2. unveränderte Auflage
- Burisch, M., (2006). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag. 3., überarbeitete Auflage
- Burke, R.J., & Matthiesen, S. (2004). *Short Communication: Workaholism among Norwegian journalists: antecedents and consequences*. Stress and Health, 20, 301 - 308.

- 
- Buunk, B. P., de Jong, J., Ybema, J. F. & de Wolff, C. J. (1998). *Psychosocial Aspects of Occupational Stress*. In P. J. D. Drenth, H. Thierry & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of Work and Organizational Psychology* (2nd Ed., pp. 145-182). East Sussex: Psychology Press.
- Cherniss, C., (1980a). *Professional Burnout in the Human Service Organisations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C., (1980b). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills: Sage.
- Consolvo, C.A. (1979). *Nurse turnover in the newborn intensive care unit*. *Journal of General Nursing*, 8, 201-204.
- Cordes, C.L. & Dougherty, T. W. (1993). *A review and integration of research on job burnout*. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- de Jonge, J., Dollard, M.F., Dormann, C., Le Blanc, P.M. & Houtman, I.L.D. (2000). *The Demand-Control Model: Specific Demands, Specific Control, and Well-Defined Groups*. *International Journal of Stress Management*, 7 (4), 269-287.
- Demerouti, E., Bakker, A., de Jonge, J., Janssen, P., Schaufeli, W., (2001) :*Burnout and engagement at work as a function of demands and control*. *Scand J Work Environ Health* 2001;27(4):279—286
- Demerouti, E.; Bakker, A.; Nachreiner, F.; Schaufeli, W. (2001). *The job demands-resources model of burnout*. *Journal of Applied Psychology*, Vol 86(3), Jun 2001, 499-512.
- Dokumentation zum 112. Deutschen Ärztetag. (2009). *Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft*. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 106 Heft S. 1122 – 1123



- 
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Services Press.
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. (2007). *Burnout syndrome among critical care healthcare workers*. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13:482-8.
- Emmons, R.A. (1989). *The personal striving approach to personality*. In L.A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 87-126). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Emmons, R.A., King, K.A., & Sheldon, K. (1993). *Goal conflict and the self-regulation of action*. In D.M. Wegner & J.M. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 528-551). Eaglewood Cliffs, NJ.
- Endres, A. (2000). *Alkoholranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel*. *Deutsches Ärzteblatt* 97(1-2): A-28 / B-24 / C-26
- Enzmann, D., Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Enzmann, D. (1996). *Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess*. München: Profil.
- Ewers, E. (2006). *Berufliche Strebungen von IT-Beschäftigten: Streben nach Autonomie und nach technologischer Innovation*. In E. Ewers & E.-H. Hoff (Eds.), *Arbeit als Lebensinhalt? Neue Formen der Lebensgestaltung bei Beschäftigten im IT-Bereich* (pp. 87-133). Münster: Waxmann Verlag GmbH.

- 
- Ewers, E., Hoff, E.-H., & Schrap, U. (2006). *Neue Formen arbeitszentrierter Lebensgestaltung von IT-Beschäftigten*. In E. Ewers & E.-H. Hoff (Eds.), *Arbeit als Lebensinhalt? Neue Formen der Lebensgestaltung bei Beschäftigten im IT-Bereich* (pp. 172-198). Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Ewers, E., Hoff, E.H., Petersen, O. & Geffers, J. (2006). *Zum Wandel der Arbeitsgesellschaft und zu dessen Konsequenzen für das individuelle Arbeitshandeln*. In E. Ewers & E.-H. Hoff (Eds.), *Arbeit als Lebensinhalt? Neue Formen der Lebensgestaltung bei Beschäftigten im IT-Bereich* (pp. S. 18-39). Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.), (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (Hrsg.), (2006). *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Flintrop, J. (2006). *Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge*. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(46): A 3082 - A 3085
- Frank, E., Biola H et al. (2000). *Mortality rates and causes among U.S. physicians*. Am J Prev Med 2000; 19(3): 155-9.
- Freudenberg, M., (2010). *Überbelastung: Das Eigenstigma*. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (42) A 2049
- Freudenberger, H.J., (1974). *Staff-Burn-Out*. Journal of Social Issues, 30, 159-165
- Freudenberger, H.J., Richelson, G. (1980 a). *Burn-Out. The High Cost of High Achievement*. Garden City, N.Y.: Anchor Press.

- 
- Freudenberger, H.J., (1980 b). *Das Erschöpfungssyndrom von Mitarbeitern in alternativen Einrichtungen*. In H. Petzold & G. Vormann (Hrsg.) *Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle – Supervision* (S 88 – 104). München: J. Pfeiffer
- Gana, K., Boblique, C. (2000). *Coping and burnout among police officers and teachers: Test of a model*. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 50/4 : 423-430.
- Geuenich, K. (2009). *Sind Sie Burnout-gefährdet? Ergebnisse unserer Ärztstudie*. *Der Hausarzt*, 20/09, S. 40 – 41
- Geuenich, K. (2010). *Berufliche Überbelastung: Sind gestresste Ärzte die depressiven Patienten von morgen?* *Deutsches Ärzteblatt*, 9, S. 411.
- Geurts, S., Schaufeli, W.B. & de Jonge, J. (1998). *Burnout and intention to leave among mental health-care professionals: A social psychological approach*. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 17 (3), 341-362.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitativ research*. New York: Aldine.
- Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Künzi, B., Bovier, P. (2005). *Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey*. *Swiss Med Wkly*. 2005;135:101-8.
- Goethe, J. W. von. (1921). *Faust 1. und 2. Teil*. Leipzig: Weber (ursprüngliche Ausgabe von 1808)
- González-Romá, V., Schaufeli, WB., Bakker, A. & Lloret, S. (2006). *Burnout and engagement: Independent factors or opposite poles?* *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165 - 174.

- 
- Gorter, R., Eijkman, M., Hoogstraten, J., (2001). *A career counseling program for dentists: Effects on burnout*. *Patient Education & Counseling* 43/1: 23-30.
- Gottschall, K., & Voß, G.G. (Hrsg.). (2003). *Entgrenzung von Arbeit und Leben*. München: Hampp.
- Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. (2003). *Physiological correlates of burnout among women*. *J Psychosom Res.* 55:309-16.
- Grossmann, R., Scala, K. (1994). *Gesundheit durch Projekte fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. Weinheim und München: Juventa.
- Hallsten, L. (1993). *Burning out: a framework*. In W.B. Schaufeli, C., Maslach & Marek (eds). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, S. 95 112.
- Harris, E.G. & Artis, A.B. (2005). *Exploring patient, co-worker, and management burnout in health care: An empirical study*. *Health Marketing Quarterly*, 22 (3), 3-20.
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Herschbach, P. (1991). *Streß im Krankenhaus - Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen*. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 41, 176 - 186.
- Hobfoll, S. E. (1989). *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress*. *American Psychologist*, 44, 513-524.

- 
- Hockey, G.J. (1993). *Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health*. In: A.D. Baddeley & L. Weiskrantz (eds.), *Attention Selection, awareness and control: A tribute to Donald Broadbent* (pp. 328-345). Oxford: Oxford University Press.
- Höpflinger, F. (2002). *Retrospektive Fragen – Probleme und mögliche Strategien*.  
Online unter: [www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhmethod1D.html](http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhmethod1D.html)
- Hoff, E.-H., Grote, St., Dettmer, S., Hohner, H.-U., Olos, L. (2005). *Work-Life-Balance: Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen*. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, (N.F.23) 4, S. 196-207.
- Hoff, E.-H. (2006). *Lebensgestaltung, Zielkonflikte und Bewältigungskompetenzen. Theoretische Überlegungen zur Entwicklung junger Erwachsener im Wandel der Arbeitsgesellschaft*. In E. Ewers & E.-H. Hoff (Eds.), *Arbeit als Lebensinhalt?* (S. 252-274). Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Hohner, H.U. (1999). *Ärzte als Unternehmer*. In: Moser, K., Batinic, B., Zempel, J. (Hrsg.). *Unternehmerisch erfolgreiches Handeln*. (S. 285 – 297). Göttingen: Hogrefe.
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsa E, et al. (2006). *The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finnish Health 2000 Study*. *Journal of Psychosomatic Research* 61(1):59-66.
- Hoppe, J.-D., (2005). *Der Mensch als Verlierer*, in: *Frankfurter Rundschau* vom 25. 5. 2005.
- Jamal, M. (2004). *Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules: a study of Canadian workers*. *Stress and Health* Volume 20, Issue 3, pages 113–119.

- 
- Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). *Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population*. American Journal of Public Health, 78, 1336-1342.
- Johnson J.V., Hall E.M. & Theorell T. (1989). *Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population*. Scandinavian Journal of Work Environment Health 15, 271-279.
- Jones, F. & Fletcher, B. (1996). An empirical study of occupational stress transmission in working couples. Human Relations, 46, 881-902.
- Juel. K., Mochbech J et al. (1999). *Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992*. Int J Efidemiol 1999; 28(3): 456-60
- Jürgens, K., Voß, G. (2007). *Gesellschaftliche Arbeitsteilung als Leistung der Person*. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. 34/2007: 3 – 9.
- Jüttemann, G. (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Grundfragen, Verfahrenweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz.
- Jung, H. (2008). *Personalwirtschaft*. München: Oldenbourg. 8. aktualisierte und überarbeitete Auflage
- Jurczyk, K., Voß, G. G. (2000). *Entgrenzte Arbeitszeit – Reflexive Alltagszeit*. Die Zeiten des Arbeitskraftunternehmers. In: Hildebrandt, E. (Hrsg.): Reflexive Lebensführung. Zu den sozialökologischen Folgen flexibler Arbeit. Berlin, VS Verlag, S. 151-205
- Kahn, R. L. (1981). *Work and health*. New York: Wiley.

- 
- Karasek, R.A. (1979). *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign*. Administrative Science Quarterly, 24, 285-307.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: John Wiley & Sons.
- Kemper, J. (1990). *Alternde und ihre jüngeren Helfer*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Killian, H. (1967). *Hinter Uns Steht Nur Der Herrgott. Aufzeichnungen Eines Chirurgen*. Freiburg: Herder
- Kleen, U. (2005). *Arbeitszeitgesetz: Arzt „alter Schule“*. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 48, S. A-3328
- Kleining, G. (1995). *Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung*. In Handbuch qualitative Sozialforschung : Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Hrsg.: U. Flick, E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff. Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Kolkmann, F.W., Vilmar, K., Stobrawa, F. (2004). *Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausübung*. Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1409–1414 [Heft 20]
- Kop, N., Euwema, M., (2001). *Occupational Stress and the use of force by Dutch police officers*. Criminal Justice and Behavior 28/5: 631-652
- Kopetsch, T. (2007). *Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends 4*. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Verfügbar als online-Ressource über:  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_09102007.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf)
- Korzilius, H. (2003). *Berufsreport Ärzte 2003. Reformpolitik stößt auf breite Skepsis*. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 21, S. A 1412 – 1414

- 
- Kunze, B., Nagel, E. (2009). *Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf Berufsethos, Arbeitsbedingungen und Versorgungsprozesse in Krankenhäusern – Case Management als Lösungsstrategie?*, in: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen, Bd 2 der Reihe Report Versorgungsforschung, hg. v. Schwartz FW, Angerer P Köln 2009, S. 263-270.
- Lacan, J. (1986). *Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint*, in: Schriften I, Weinheim/Berlin: Quadriga S. 61-70
- Lämmle, B., Strohm, O., Tobler, A. (2003). *Organisationsentwicklung in der Hämatologie*. In: Ulich, E. (Hrsg.) Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern: Hans Huber Verlag.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lau, T. & Wolff, S. (1983). *Der Einstieg in das Untersuchungsfeld als soziologischer Lernprozess*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 35, S. 417-437.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lee, R., Ashforth, B., (1996). *A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout*. Journal of Applied Psychology 81/2: 123-133.
- Legewie, H. (1987b). *Alltag und seelische Gesundheit. Gespräche mit Menschen aus dem Berliner Stephanviertel*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Legewie, H. (1994). *Globalauswertung*. In: A. Böhm, T.Muhr, A.Mengel (Hrsg.). *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: Universitätsverlag, S.100-114.



---

Legewie, H. (1995). *Methodische Grundlagen qualitativer Forschung*. 11.Vorlesung.  
verfügbar als online-Ressource über:

[http://userpage.fu-berlin.de/~sruehl/ablauf/ablaufss05/7\\_legewie\\_gt.pdf#](http://userpage.fu-berlin.de/~sruehl/ablauf/ablaufss05/7_legewie_gt.pdf#)

Lewiston, N.J., Conley, J. & Blessing-Moore, J. (1981). *Measurement of hypothetical burnout in cystic fibrosis caregivers*. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 935 – 939.

Leymann, H. (1996). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Lindemann, E.C. (1924). *Social Discovery*. New York.

Manzeschke, A. (2009). *Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozioethische Bewertung*. Verfügbar als online-Ressource über:

[http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie\\_oekonomie.html](http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html)

Marburger Bund Umfrage 2007. verfügbar als online-Ressource über:

[http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage\\_2007/index.php](http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage_2007/index.php)

Maslach, C. (1978). "*Job Burnout. How people cope.*" *Public Welfare* 36: 56-58.

Maslach, Ch., Jackson, S. (1981). *Prevention of burnout: New Perspectives*. *Applied & Preventive Psychology* 7:63-74

Maslach, C. (1982). *Burnout - The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- 
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis, S. 19 -32.
- Maslach, C. (1998). *A multidimensional theory of burnout*. In: Cooper, Cary L. (Ed.), *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press: 68-85.
- Maslach, C. (2000). *A Multidimensional Theory of Burnout*. In: C.L. Cooper (Hrsg.). *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-85). Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, Ch., Leiter, M.P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass  
(Dt.: (2001). *Die Wahrheit über Burnout*. Berlin: Springer)
- Maslach, Ch., Jackson, S., Leiter, M., (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (2.Ed).  
Palo Alto, DA: Consulting Psychologists Press Inc.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (rev.ed.). New York: Harper & Row.
- Mäulen, B. (2002). *Suizide bei Ärzten*. Münchener Medizinische Wochenschrift  
verfügbar als online-Ressource über: <http://www.aerztegesundheit.de/suizid4.htm>
- Mäulen, B. (2005). *Depression und Suizid bei Ärzten: Barriere aus Scham und Schuld*.  
Dtsch Arztebl 2005; 102(1-2): A-32 / B-24 / C-22
- Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz.
- McDermott, D. (1984). *Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction, and control*. *Journal of Human Stress*, 10, 79-85.
- McManus IC, Winder BC, Gordon D. (2002). *The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors*. *Lancet* 2002;359: 2089-90.

- 
- Meijman, T.F., Mulder, G. (1998). *Psychological aspects of workload*. In: Drenth, P.J., Thierry, H. and de Wolff, C.J. (Eds), *Handbook of Work and Organizational Psychology*, 2nd ed., Erlbaum, Hove, pp. 5-33.
- Meinefeld, W. (2000). *Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung*. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 265 – 275). Reinbek: Rowohlt.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I. (2006): *Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions*. *Psychological Bulletin* 2006, Vol. 132, No. 3, 327–353.
- Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. (1999). *Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels*. *J Psychosom Res.* 1999;46:591-8.
- Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R., Tatemichi, S. (2009). *Crossing boundaries. Family physicians' struggles to protect their private lives*. *Can Fam Physician* 2009;55:286-7.e1-5
- Moldaschl, M. (1997). *Internalisierung des Marktes. Neue Unternehmensstrategien und qualifizierte Angestellte*. In SOFI/IfS/INIFES (Hrsg.), *Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung 1997*. Schwerpunkt: *Moderne Dienstleistungswelten* (S. 197 -250). Berlin: Edition Sigma.
- Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Chiara, S. Uchitomi, Y., (2002). *Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: A nationwide survey*. *Journal of Clinical Oncology* 20/3: 758-764

- 
- Mruck, K. unter Mitarbeit von Mey, G. (2000, Januar). *Qualitative Sozialforschung in Deutschland* [54 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research[Online Journal], 1(1). Verfügbar über:[ <http://www.qualitativerecherche.net/fqstexte/1-00/1-00mruckmey-d.htm> (15.4.2005)].
- Mruck, K. (2003): *NetzWerkstatt. Integrierte Methodenbegleitung für qualitative Qualifizierungsarbeiten*. Online verfügbar unter <http://www.methodenbegleitung.de/index.php>
- Mruck, K. & Mey, G. (1996). *Überlegungen zu qualitativer Methodologie und qualitative Forschungspraxis. Die Kehrseite psychologischer Forschungsberichte*. Forschungsberichte aus dem Institut für Psychologie. Berlin: Technische Universität.
- Muckel, P. (1996): *Selbstreflexivität und Subjektivität im Forschungsprozess*. In: Breuer, Franz (Hg.): *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61–78.
- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, F., Seifritz, E., Holsboer-Trachsler, E. (2010): *Burnout – eine Standortbestimmung*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 161(2), S. 72–77
- Nerdinger, F., Blickle, G., Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer
- Oates, W. (1971). *Confessions of a Workaholic*. New York: Abingdon.
- Pelikan, J.M. (2007). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemorientierter Lösungsansatz*. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, 74–81.

- 
- Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1981). *Burnout. From Tedium to Personal Growth*. New York: The Free Press.
- Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Poppelreuter, S. (1996). *Arbeitssucht*. Witterschlick/Bonn: M. Wehle.
- Rabin, S., Saffer, M., Weisberg, E., Kornitzer-Enav, T., Peled, I., Ribak, J. (2000). *A multifaced mental health training program in reducing burnout among occupational social workers*. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 37/1:12-19
- Rashidzadeh, M.(2002). *Burnout among Iranian school principals*. *Psychological Reports* 90/1: 61 – 64.
- Rathje, E. (2007): *Reorganisation des stationären Versorgungsbereichs – Prozessorganisation*. In: Kölking, H. (Hrsg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Reichstein, W. (1966): *Der Mediziner, Studium und Berufschancen*. München: Moderne Industrie
- Resch, M. (2003). *Work-Life-Balance – neue Wege der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben?* In H. Luczak (Hrsg.), *Tagungsband der GFA Herbstkonferenz 2003. Kooperation und Arbeit in vernetzten Welten (S. 125 -132)*. Stuttgart: ergonomia.
- Richter, O.N., Rath, W. (2005). *Fatigue und Chronic-Fatigue-Syndrom in der Schwangerschaft*. *Gynäkologie*, 38 (7), 584-590.
- Rösing, I., (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt?* Heidelberg: Asanger

- 
- Rohr, D., (2004). *Das Systemisch-Humanistische Konzept AID: Analysen Innerer Dialoge*. Als online-Ressource verfügbar über: <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2004/1217/>
- Rottenfuß, R., (1998). *Ausgebrannte Mediziner? Arbeitszufriedenheit und Burnout-Gefährdung von Vertragsärzten*. Regensburg: S.Roderer Verlag.
- Rottenfuß, R., (1999). *Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt*. Dt Ärztebl 1999; 96: A-610-613 (Heft 10)
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press
- Saarni, C. (2002). *Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen*. In: M. von Salisch (Hrg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln*, Berlin: Kohlhammer.
- Sargent, L.D. & Terry, D.J. (2000). *The moderating role of social support in Karasek's job strain model*. *Work & Stress*, 14, 3, 245-261.
- Satir, V. (2000). *Das Satir-Modell*. Paderborn: Junfermann
- Savicki, V Cooley, E.J. (1983). *Theoretical and research considerations of burnout*. *Children and Youth Services Review*, 5, 227 – 238.
- Schaufeli, W., Enzmann, D., (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. (2003). *UWES: Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit, University of Utrecht: Utrecht.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). *Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study*. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.

- 
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2002). *Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing*. In: M. Schabracq, J.A.K. Winnubst & C.L. Cooper (eds.), *The Handbook of Work & Health Psychology* (2nd Edition; pp. 282-424). Chichester: Wiley
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & van Rhenen, W. (2007). *Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being?* *Applied Psychology (OnlineEarly Articles)* doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00285
- Schaufeli, W.B., Van Dierendonck, D. (1993). *The construct validity of two burnout measures*. *Journal of Organizational Behavior*. 14, 631 – 47.
- Schernhammer, ES., Colditz, GA. (2004). *Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis)*. *Am J Psychiatry* 2004; 161(12): 2292-302.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek: Rowohlt
- Schmidbauer, W. (1997). *Hilflose Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek: Rowohlt (überarbeitete Ausgabe)
- Schneider, C., & Bühler, K.-E. (2001). *Arbeitssucht*. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(8), A 463-465.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander Reden 3. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schwartz, R. (1997). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. München: Pfeiffer.
- Selye, H. (1946). *The general adaption syndrome and the diseases of adaptation*. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 6, 117-130.

- 
- Semmer, NK. (1984). Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). *Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung*. *Psychologische Rundschau*, 52, 150-158.
- Siegrist, J (1996). *Adverse health effects of high effort – lowreward conditions at work*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.
- Statistisches Bundesamt (2008). Krankenhaus-Landschaft im Umbruch. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Weinheim: Juventa.
- Steinke, I. (2000). *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt.
- Strauss, A.L. (1991). Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: PVU.
- Taris, T., Stoffelsen, J., Bakker, A., Schaufeli, W., Van Dierendonck, D., (2002). Verschillen in Burnoutrisico tussen functien en individuen: *Wat is de rol van regelmoegelijkheden?* *Gedrag & Gezondheit: Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheit* 30/1: 17-29
- Troschke, J.v. (2004). Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. 2. Auflage Bern: Verlag Hans Huber
- Troschke, J.v. (2005). *Die Kunst, ein guter Arzt zu sein*. *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, S. 157 – 159



- 
- van der Doef, M. & Maes, S. (1999). *The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research*. *Work and Stress*, 13 (2), 87-114.
- Van Dijkhuizen, N. (1980). *From stressors to strains*. Lisse: Swets and Zeitlinger
- Van Emmerik, Ij., Euwema, M. (2001). *At risk of burnout: Gender and faculty differences within academia*. In: De Jonge, J., Vlerick, P., Büssing, A., Schaufeli, W. (Eds.), *Organizational Psychology and Health Care at the Start of a New Millennium*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag: 123-138.
- Van Veldhoven, M., Taris, T. W., de Jonge, J. & Broersen, S. (2005). *The Relationship Between Work Characteristics and Employee Health and Well-Being: How Much Complexity Do We Really Need?* *International Journal of Stress Management*, 12, 3-28.
- Vester, E (1978). *Phänomen Streß*. München: dtv.
- Voß, G.G., Pongratz, H.J. (1998). *Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft?* In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, H. 1, S. 131-158
- Wegner, R. & Kostova, P. (2010). *Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten zwischen 1975 und 2007*. In: Fuchs, C./Kurth, B./Sciba, P. (Reihen-Hrsg.) *Report Versorgungsforschung Deutscher Ärzte-Verlag: Köln*, S. 243 – 253
- Witzel, A. (1985). *Das Problemzentrierte Interview*. In Jüttemann (Hrsg.) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim und Basel: Beltz.

---

Witzel, A. (2000). *Das Problemzentrierte Interview* [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1).  
Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>

**Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1:	Das Job Demand-Control-Modell nach Karasek.....	S. 29
Abbildung 2:	ERI-Modell.....	S. 32
Abbildung 3:	Das Job-Demands-Resources-Model .....	S. 34
Abbildung 4:	Modell der Burnout-Entstehung nach Cordes & Dougherty.....	S. 36
Abbildung 5:	Der Stationsarzt im Krankenhaus im Netz beruflicher Beziehungssysteme .....	S. 56
Abbildung 6:	Der Kassenarzt im Netz beruflicher Bezugssysteme .....	S. 57
Abbildung 7:	Einblick in die Kodierungsarbeit mit MAXqda .....	S. 74
Abbildung 8:	Einblick in die Arbeit mit Memos mit MAXqda.....	S. 75
Abbildung 9:	Kodierparadigma .....	S. 77
Abbildung 10:	Interviewpartner der Burnout-Gruppe.....	S. 90
Abbildung 11:	Interviewpartner der Kontrastgruppe .....	S. 91
Abbildung 12:	Das Burnout-Entwicklungs-Modell .....	S. 99
Abbildung 13:	Arbeitsplätze der Untersuchungsteilnehmer.....	S.106
Abbildung 14:	Arbeitszeiten.....	S.108
Abbildung 15:	Darstellung der Situation von Herrn Bauer vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.138
Abbildung 16:	Darstellung der Situation von Herrn Bauer nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.139
Abbildung 17:	Darstellung der Situation von Herrn Grund vor Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.152
Abbildung 18:	Darstellung der Situation von Herrn Hölzer anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells.....	S.153
Abbildung 19:	Darstellung der Situation von Frau Mildner vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.184
Abbildung 20:	Darstellung der Situation von Frau Mildner nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.193
Abbildung 21:	Darstellung der Situation von Frau Meister vor der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.234
Abbildung 22:	Darstellung der Situation von Frau Meister nach der Therapie anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells .....	S.245

---

Abbildung 23: Darstellung der Situation von Frau Mündel anhand des Burnout-Entwicklungs-Modells.....	S.275
Abbildung 24: Das Burnout-Entwicklungs-Modell.....	S.282

## Transkriptionsregeln

Thema	Darstellung im Transkript/ Beispiel	Erläuterungen
Ausgelassene Buchstaben	Wenn's liegen bleibt...	Auslassung durch Apostroph ersetzen
Groß- und Kleinschreibung Interpunktion Lautgerechte Schreibweise Simultansprechen	Übliche Rechtschreibung Übliche Rechtschreibung Oder irgendwie wat... #Sie hatten ja# #Also das, was#	Kennzeichnen der simultanen Passagen in Rautezeichen
Zitat	Da sagte sie: „Ach, Sie immer...“	Anführungszeichen benutzen
Nonverbale Aspekte	<i>(beide lachen)</i>	Kursiv-Schreibung in Klammern
Betonte Sprechweise	DA IST JEMAND!	Großbuchstaben

### MBI-Auswertung Gruppe Burnout, alphabetische Reihenfolge

#### Emotionale Erschöpfung

Item	Bauer	Bäumer	Grund	Lopez I	Lopez II
1	5	2	3	6	5
2	5	4	4	6	5
3	5	3	5	6	3
6	3	2	1	6	1
8	5	2	5	6	5
13	4	1	3	6	0
14	5	1	1	5	3
16	4	1	6	5	0
20	0	1	1	6	3
<b>Summe</b>	<b>4,0</b>	<b>1,8</b>	<b>3,2</b>	<b>5,7</b>	<b>2,7</b>
	hoch	gering	hoch	hoch	mittel

#### Depersonalisation bzw. Dehumanisierung

Item	Bauer	Bäumer	Grund	Lopez I	Lopez II
5	1	1	1	6	0
10	4	1	1	1	0
11	5	1	2	6	0
15	3	1	0	0	0
22	3	2	5	5	0
<b>Summe</b>	<b>3,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,8</b>	<b>3,6</b>	<b>0,0</b>
	hoch	gering	gering	hoch	gering

#### Persönliche Leistungsfähigkeit

Item	Bauer	Bäumer	Grund	Lopez I	Lopez II
4	5	5	6	6	5
7	5	5	4	6	6
9	5	5	1	6	6
12	1	5	4	5	5
17	5	5	2	6	6
18	6	5	4	0	0
19	5	5	6	5	3
21	3	5	3	0	6
<b>Summe 8</b>	<b>4,37</b>	<b>5</b>	<b>3,75</b>	<b>4,25</b>	<b>4,6</b>
<b>Wertung (umgepolt)</b>	mittel	hoch	gering	mittel	mittel

**Emotionale Erschöpfung**

Item	Meister I	Meister II	Sperling	Stein	Zimmermann
1	5	2	2	1	1
2	5	1	3	1	3
3	5	1	1	0	2
6	3	1	1	0	1
8	4	1	1	0	1
13	5	0	3	1	2
14	6	1	2	1	3
16	4	1	1	0	1
20	4	0	1	0	1
<b>Summe</b>	<b>4,66</b>	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>	<b>0,4</b>	<b>1,7</b>
	hoch	gering	gering	gering	gering

**3. Skala Depersonalisation bzw. Dehumanisierung**

Item	Meister I	Meister II	Sperling	Stein	Zimmermann
5	4	0	1	1	1
10	5	1	3	0	2
11	1	1	1	0	1
15	5	1	0	0	1
22	1	0	4	0	2
<b>Summe</b>	<b>3,2</b>	<b>0,6</b>	<b>1,8</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>
	hoch	gering	gering	Sehr gering	mittel

**3. Persönliche Leistungsfähigkeit**

Item	Meister I	Meister II	Sperling	Stein	Zimmermann
4	4	2	6	6	5
7	4	5	5	0	5
9	6	1	5	5	5
12	1	5	5	6	5
17	2	5	5	6	5
18	5	5	5	4	5
19	4	5	4	3	5
21	1	0	5	5	5
<b>Summe 8</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>4,37</b>	<b>5,0</b>
<b>Wertung (umgepolt)</b>	gering	gering	hoch	mittel	hoch

### MBI-Auswertung Kontrast-Gruppe, alphabetische Reihenfolge

#### Emotionale Erschöpfung

Item	Frey	Gärtner	Glocke	Hölzer
1	1	2	1	1
2	1	2	2	1
3	3	2	1	1
6	0	3	1	1
8	1	1	1	0
13	1	1	0	0
14	1	1	1	1
16	1	1	1	0
20	0	1	0	0
<b>Summe</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>0,55</b>
	gering	gering	Sehr gering	gering

#### Depersonalisation bzw. Dehumanisierung

Item	Frey	Gärtner	Glocke	Hölzer
5	2	0	0	1
10	0	1	0	1
11	0	1	0	1
15	2	0	1	4
22	2	3	1	1
<b>Summe</b>	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>1,6</b>
	gering	gering	Sehr gering	mittel

#### Persönliche Leistungsfähigkeit

Item	Frey	Gärtner	Glocke	Hölzer
4	5	6	6	6
7	6	6	6	6
9	1	5	5	6
12	5	6	6	6
17	5	6	6	6
18	4	6	6	6
19	2	6	6	6
21	5	6	6	2
<b>Summe</b>	<b>4,125</b>	<b>5,87</b>	<b>5,87</b>	<b>5,25</b>
<b>Wertung (umgepolt)</b>	mittel	hoch	hoch	hoch



**Emotionale Erschöpfung**

Item	Mündel	Schramert	Tallmer	Witolf
1	2	1	1	3
2	3	1	3	3
3	1	1	2	5
6	0	1	0	0
8	0	1	1	1
13	1	1	0	0
14	1	1	2	1
16	1	1	4	1
20	1	0	1	0
<b>Summe</b>	<b>1,1</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>
	<b>gering</b>	<b>gering</b>	<b>gering</b>	<b>gering</b>

**Depersonalisation bzw. Dehumanisierung**

Item	Mündel	Schramert	Tallmer	Witolf
5	0	0	-	0
10	0	0	1	0
11	0	0	0	0
15	0	0	2	1
22	1	1	0	1
<b>Summe</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>(0,75)</b>	<b>0,4</b>
	<b>Sehr gering</b>	<b>Sehr gering</b>	<b>(gering)</b>	<b>Sehr gering</b>

**Persönliche Leistungsfähigkeit**

Item	Mündel	Schramert	Tallmer	Witolf
4	6	5	-	6
7	6	4	-	6
9	5	4	5	5
12	5	6	-	6
17	6	6	5	6
18	5	5	5	6
19	5	4	-	6
21	6	4	-	6
<b>Summe</b>	<b>5,5</b>	<b>4,75</b>		<b>5,25</b>
<b>Wertung (umgepolt)</b>	<b>hoch</b>	<b>mittel</b>	<b>Ohne Auswertung</b>	<b>hoch</b>