

# Motivation zum Hilfesuchverhalten bei Burnout-Risiko

Master-Thesis

im Rahmen des Fernstudiengangs „Angewandte Psychologie für die Wirtschaft“  
mit dem Abschluss „Master of Arts“  
an der PFH – Privaten Hochschule Göttingen

vorgelegt am: 06.06.2021  
von: Holger Leue  
aus: Geibelstraße 58, 30173 Hannover  
Matrikelnummer: FMAP1519113EC86

Erstprüfender: Prof. Dr. Stephan Weibelzahl

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis .....	5
Zusammenfassung.....	6
1 Einleitung.....	7
2 Theorie .....	8
2.1 Der Begriff Burnout.....	8
2.2 Der Begriff Hilfesuchverhalten .....	10
2.3 Burnout – eine Krankheit? .....	12
2.4 Burnout vs. Depression .....	12
2.5 Burnout-Symptome.....	13
2.6 Burnout-Ursachen .....	14
2.7 Empirische Forschungen zu Burnout.....	15
2.8 Rechtlicher Rahmen der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen .....	16
2.9 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach HAPA) .....	16
3 Empirische Hypothesen .....	17
3.1 Hypothese 1 .....	17
3.2 Hypothese 2 .....	17
3.3 Hypothese 3 .....	17
4 Methoden.....	18
4.1 Versuchsaufbau .....	18
4.2 Operationalisierung .....	19
4.3 Datenanalyse .....	19
5 Ergebnisse.....	21
5.1 Stichprobe .....	21
5.2 Deskriptive Statistiken der unabhängigen Variablen .....	24
5.3 Deskriptive Statistiken der abhängigen Variable.....	25
5.4 Itemanalyse: Reliabilität und Trennschärfe .....	25

5.5	Unterschiede im Hilfesuchverhalten anhand Hypothesentestung .....	27
5.6	Zusammenhänge zwischen Hilfesuchverhalten und Burnout-Risiko .....	34
5.7	Einfluss des Burnout-Risikos auf das Hilfesuchverhalten .....	36
6	Diskussion .....	39
6.1	Einordnung der Ergebnisse in der bisherigen Forschung .....	39
6.2	Limitationen der vorliegenden Studie und Implikationen für die zukünftige Forschung .....	43
6.3	Implikation für die Praxis .....	44
	Literaturverzeichnis .....	45
	Anhang .....	51
	Anhang A Fragebogen.....	51
	Anhang B Teststärke t-Test Burnout gehabt? .....	58
	Anhang C Teststärke t-Test Geschlechter .....	59
	Anhang D Teststärke Median Split Alter .....	60
	Anhang E Mittelwerte Hilfesuchverhalten der jeweiligen Gruppen .....	61
	Anhang F Teststärke zwischen Motivationsverlust und Hilfesuchverhalten.....	62
	Anhang G Teststärke zwischen Belastungssymptomen und Hilfesuchverhalten .....	63
	Anhang H Teststärke zwischen Belastungssymptomen und Burnout.....	64
	Anhang I Teststärke zwischen Belastungssymptome und Motivationsverlust.....	65
	Anhang J Teststärke zwischen Motivationsverlust und Burnout .....	66
	Anhang K Teststärke zwischen Gesamtrisiko und Hilfesuchverhalten .....	67
	Anhang L Teststärke Regression .....	68
	Anhang M Teststärke optimale Stichprobengröße Burnout gehabt?.....	69
	Selbstständigkeitserklärung .....	70

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Populationspyramide zwischen Alter und Geschlecht.....	22
Abbildung 2. Extremwerte Hilfesuchverhalten & Gesamtrisiko Burnout aufgeteilt nach Geschlecht .....	24
Abbildung 3. Streudiagramm Hilfesuchverhalten nach Alter und Geschlecht.....	25
Abbildung 4. Boxplot Hilfesuchverhalten Burnout gehabt oder nicht.....	29
Abbildung 5. Boxplot Hilfesuchverhalten zwischen den Geschlechtern .....	31
Abbildung 6. Boxplot Hilfesuchverhalten Median-Split Alter .....	33
Abbildung 7. Lineare Beziehungen zwischen Hilfesuchverhalten und Burnout-Risiko .....	36
Abbildung 8. Normalverteilung der Residuen .....	38
Abbildung 9. Regressionslinie .....	41

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Maslach Burnout Inventory [MBI].....	14
Tabelle 2	Geschlechterverteilung der Stichprobe (N = 190) .....	21
Tabelle 3	Charakterisierung der Stichprobe, ob Probanden bereits einen Burnout hatten (N = 190) .....	23
Tabelle 4	Charakterisierung der Stichprobe, ob Probanden sich schon einmal mit dem Thema Burnout beschäftigt hatten (N = 190) .....	23
Tabelle 5	Korrigierte Trennschärfen der Items Burnout (N = 190) .....	26
Tabelle 6	Korrigierte Trennschärfen der Items Motivationsverlust (N = 190) .....	26
Tabelle 7	Korrigierte Trennschärfen der Items psychische und physische Belastungssymptome (N = 190).....	27
Tabelle 8	Korrigierte Trennschärfen der Items Hilfesuchverhalten (N = 190).....	27
Tabelle 9	Ergebnisse t-Test der 1. Hypothese.....	28
Tabelle 10	Ergebnisse t-Test der 2. Hypothese.....	30
Tabelle 11	Ergebnisse t-Test Alter Median Split.....	32
Tabelle 12	Korrelation zwischen Burnout, Motivationsverlust, psychische und physische Belastungssymptome und Hilfesuchverhalten (N = 190) .....	34
Tabelle 13	Korrelation zwischen Gesamtrisiko Burnout und Hilfesuchverhalten (N = 190) .....	35
Tabelle 14	Ergebnisse der einfachen linearen Regression.....	37
Tabelle 15	White-Test auf Heteroskedastizität .....	38

## Zusammenfassung

Der Begriff Burnout ist in der öffentlichen Diskussion weit verbreitet sowie mit individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen verbunden. Die Ursachen und Symptome eines Burnouts sind dabei sehr vielfältig. Es gibt keine einheitliche Definition und kein einheitliches Vorgehen, um Burnout zu diagnostizieren. Burnout beeinflusst den Gesundheitszustand, ist aber keine anerkannte Krankheit. Die Ausfallzeiten aufgrund eines Burnouts sind steigend. Für Arbeitgeber gilt es als große Herausforderung, die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten. Für Betroffene ist ein Burnout dagegen mit Beschwerden verbunden. Um herauszufinden, ob ein höheres Burnout-Risiko auch mit einem stärkeren Hilfesuchverhalten einhergeht, wurde eine korrelative Zusammenhangsstudie erstellt, an der 190 Personen teilgenommen haben. Die Skalen zur Erfassung des Burnout-Risikos wurden vom Burnout Mobbing Inventar (BMI) übernommen. Die Ergebnisse zeigen einen mittleren negativen Zusammenhang zwischen dem eigenen Burnout-Risiko und dem Hilfesuchverhalten. Personen mit einem hohen Risiko neigen also weniger dazu, Hilfesuchverhalten anzunehmen. Mehrheitlich sind die Befragten der Meinung, dass Burnout gesellschaftlich stigmatisierend ist. Das Stigma hat einen wesentlichen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten, hinzu kommen noch zahlreiche weitere Einflussfaktoren.

## 1 Einleitung

Der Begriff Burnout, der sowohl von Experten<sup>1</sup> als auch von Laien gebraucht wird, fand in den letzten Jahren in der öffentlichen Diskussion rege Aufmerksamkeit. In Anbetracht der zunehmenden prekären Arbeitsverhältnisse, hoher Arbeitsbelastungen, gesteigerter Arbeitsverdichtung, befristeter Arbeitsverträge und des Abbaus von Arbeitnehmerrechten (Rössler, Hengartner, Ajdacic-Gross & Angst, 2013) ist diese Aufmerksamkeit nachvollziehbar. Durch die zunehmende Globalisierung und den Fachkräftemangel einerseits sowie den demografischen Wandel andererseits ergeben sich für die Wirtschaft in Deutschland besondere Herausforderungen, um Ausfallzeiten aufgrund von Burnout-Fehlzeiten möglichst zu vermeiden. Ein Leitsymptom des Burnouts, bei dem es sich um keine anerkannte Krankheit handelt, ist ein fortwährender Erschöpfungszustand, der im zeitlichen Zusammenhang mit einer längeren Belastung, häufig einer Arbeitsbelastung, steht (Berger, Schneller & Maier 2012).

Für Betroffene ist ein Burnout mit Beschwerden verbunden, die beispielsweise durch die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe reduziert werden können. Der Grad und die Art der Stigmatisierung auf das Hilfesuchverhalten spielt dabei eine wesentliche Rolle (Schnyder, Panczak, Groth & Schultze-Lutter, 2017). Auch zahlreiche weitere Faktoren beeinflussen die Entscheidung, ob Hilfe in Anspruch genommen wird oder nicht.

Das Ziel der Arbeit ist es, die Forschungsfrage zu beantworten, ob ein Burnout-Risiko mit einem stärkeren Hilfesuchverhalten einhergeht. In diesem Zusammenhang soll auch geklärt werden, ob und wie viel Prozent der Unterschiede im Hilfesuchverhalten durch das Gesamtrisiko Burnout erklärt werden können. Zusätzlich sollen anhand von Hypothesentestungen Fragen nach Unterschieden im Hilfesuchverhalten beantwortet werden.

Zunächst werden die theoretischen Hintergründe zum Thema Burnout und Hilfesuchverhalten ausführlich beschrieben, um die Relevanz des Themas aufzuzeigen. Im Methodenteil werden der Versuchsaufbau, die Operationalisierung sowie die Datenanalyse vorgestellt, die Voraussetzung für die Beantwortung der Forschungsfrage und Hypothesen ist. Im Anschluss werden die Ergebnisse ausführlich dargestellt. Abschließend werden diese im Diskussionsteil interpretiert und die Forschungsfrage beantwortet, bevor Limitationen der Studie aufgezeigt und Implikationen für die Praxis gegeben werden.

---

<sup>1</sup> Im Verlauf der Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Sprachform verzichtet und stattdessen ausschließlich die männliche Form verwendet. Die in der Master-Thesis gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

## 2 Theorie

### 2.1 Der Begriff Burnout

Bezüglich des Themas Burnout gibt es in der Literatur zahlreiche Definitionen. Bereits in einer älteren übersichtlichen Ausarbeitung wurden 16 verschiedene Burnout-Definitionen miteinander verglichen (Rook, 1998). Die aktuellen Zahlen der Definitionsversuche des Begriffs Burnout sind über die Jahre hinweg nochmals deutlich gestiegen (Hillert & Marwitz, 2006; Burisch, 2010). Im Jahr 2012 bezifferte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), dass jährlich annähernd 1000 Publikationen zum Thema Burnout entstehen. Der erfolgsversprechende Durchbruch hin zu einer einheitlichen, verbindlichen und normierten Burnout-Begriffsdefinition blieb bislang jedoch aus. Derzeit existiert keine akzeptierte Definition, was genau ein Burnout ist.

Bereits Shakespeare thematisierte (1599) eine Art von seelischem Ausbrennen im Gedicht *The Passionate Pilgrim*: "She burned with love, as straw with fire flameth; She burned out love, as soon as straw outburneth" (Shakespeare, 1940, S. 15).

Prägend wurde der Begriff Burnout durch den amerikanischen Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger im Jahr 1974 erstmalig beschrieben. Dieser befasste sich mit dem arbeitsbezogenen Erschöpfungszustand, den er im sozialen und ehrenamtlichen Bereich bei überaus engagierten Mitarbeiterinnen im Klinikalltag beobachtend feststellte und als Burnout-Syndrom definierte (Freudenberger, 1974). In seiner eigenen englischen Version beschreibt Freudenberger (1974) diesen Zustand folgendermaßen:

The dictionary defines the verb "burn-out" as to fail, wear out, or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources. And that is exactly what happens when a staff member in an alternative institution burns out for whatever reasons and becomes inoperative to all intents and purposes. (S. 159 – 160)

Ein wissenschaftliches Profil erhielt der Begriff Burnout allerdings erst durch die Sozialpsychologin Christina Maslach. Maslach beschrieb vorwiegend, wie Menschen im Gesundheitswesen und sozialen Berufen mit emotionalen Belastungen umgehen und bestätigte grundlegend die Beobachtungen von Herbert J. Freudenberger (1981). Maslach (1986) beschreibt den Begriff Burnout als "a syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation, an reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do people work of some kind".

Burnout ist allerdings keine Besonderheit, die sich speziell auf den Gesundheitsbereich und Sozialberufe konzentriert. Vielmehr hat das Krankheitsbild in der heutigen Dienstleistungsgesellschaft breite Bevölkerungsschichten erfasst (Rössler, 2012).

Das auch heute noch am weitesten verbreitete psychometrische Instrument zur Burnout-Messung, das Maslach Burnout Inventory (MBI), wurde im Jahr 1981 von Christine Maslach und Susan Jackson konzipiert (Maslach & Jackson, 1981). Nach mehrmaliger Modifikation des MBI entstand 1996 eine neue Fassung, von der es abermals drei Versionen für verschiedene Berufsgruppen gibt. Mittlerweile gibt es unzählige Vervielfältigungen von Fassungen und Versionen durch andere Autoren sowie Übersetzungen in mehrere Sprachen. Nicht alle sind von Maslach autorisiert (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Die am häufigsten verwendete Form des MBI (Korczak, Kister & Huber, 2010) bildet 25 Fragen auf einer siebenstufigen Häufigkeitsskala von „nie“ bis „täglich“ klassifizierend ab. Eine Problematik des MBI zur Burnout-Messung, wie auch bei anderen Burnout-Messinstrumenten ist, dass kein klinischer Schwellenwert für die Diagnose Burnout festgelegt ist. Studien weisen darauf hin, dass bisher kein standardisiertes und international gültiges Vorgehen existiert, um eine Burnout-Diagnose zu stellen (Korczak & Huber, 2012).

## 2.2 Der Begriff Hilfesuchverhalten

Der Begriff Hilfesuchverhalten beschreibt die Inanspruchnahme professioneller medizinischer oder psychologischer Hilfe bei subjektiv empfundenen Beschwerden bzw. Symptomen. Dazu gehören der Symptombescheid an Bezugspersonen, Selbstbehandlungsversuche, die Inanspruchnahme informeller Hilfen (soziale Unterstützung) und der Erstkontakt zu professionellen Behandlungseinrichtungen. Oft werden Symptomwahrnehmung und Hilfesuchverhalten auch dem Begriff Krankheitsverhalten subsumiert (Wirtz, 2020). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Begriff Hilfesuchverhalten auf das Thema Burnout angewandt und mit professioneller Hilfe ist die Inanspruchnahme formeller Hilfe gemeint. Dennoch ist der Begriff in der Wissenschaft nicht nur auf das Thema Burnout reduziert, vielmehr wird er auch bei Depressionen, traumatischen Erlebnissen oder Angstzuständen verwendet.

Das Modell des Hilfesuchverhaltens von Siegrist (1995) charakterisiert den vierstufigen Entscheidungsprozess wie folgt:

1. Die Symptomwahrnehmung ist ein entscheidender Bestandteil des Hilfesuchverhaltens und kann als komplexer Prozess der Informationsverarbeitung verstanden werden. Dabei gehen interne somatische (inklusive emotionale) und externe Informationen (Krankheitswissen, sozialer Kontext) mit ein, die abhängig von der Selbstaufmerksamkeit und dem Körperbewusstsein verarbeitet werden (Gijsbers & Kolk, 1997).
2. Selbstmedikation, indem beispielsweise Mittel gegen die Beschwerden eingenommen werden.
3. Mitteilung an signifikante Andere basierend auf dem Laiensystem, die der Betroffene bei der Suche nach passender Unterstützung für seine Beschwerden in Anspruch nehmen kann. Das Hilfesuchverhalten kann hier unterstützt oder auch verhindert werden (Rogler & Cortes, 1993).
4. Zuweisung zu professionellem Versorgungssystem, indem der Betroffene sich in die Arzt-Patient-Interaktion begibt. Es entsteht der Wechsel vom Laiensystem in das professionelle System.

Das Hilfesuchverhalten wird durch Verleugnung, Minimalisierung und Bagatellisierung der Beschwerden erschwert. Dies betrifft insbesondere die Phase der Symptomwahrnehmung und der Mitteilung an signifikante andere.

Es gibt zahlreiche Einflussfaktoren, die das Hilfesuchverhalten begünstigen oder auch erschweren. Es würde den Rahmen der Arbeit sprengen, die gesamten Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten zu thematisieren. Aus diesem Grund werden nur die wichtigsten Erkenntnisse wiedergegeben. Häufig wird auf die Stigmatisierung psychischer Krankheiten hingewiesen, die das Hilfesuchverhalten der Betroffenen erschweren. Nach Link und Phelan (2001) fängt die Stigmatisierung mit der Wahrnehmung und Benennung eines Unterschieds (Labeling) an. Das Label löst negative Stereotype und Vorurteile aus und führt zu Ausgrenzung und Diskriminierung, Betroffene werden benachteiligt. Die Stigmatisierung erfolgt auf verschiedenen Ebenen (Schomerus, 2009). Das Stigma auf der individuellen Ebene kommt zum Zuge, wenn das Verhalten gegenüber Personen mit psychischen Krankheiten einen Betroffenen benachteiligt, die strukturelle Diskriminierung hingegen, wenn Strukturen oder Bestimmungen vorhanden sind, die gezielt Betroffene benachteiligen und die Selbststigmatisierung, wenn Betroffene sich im Falle einer Erkrankung selbst abwerten und diskriminieren.

Erwähnenswert ist zudem in diesem Zusammenhang das Merkmal Kontrollüberzeugungen, das unter dem Terminus „Locus of control“ auf die soziale Lerntheorie von Rotter (1966) zurückzuführen ist. Motivationalen Verhalten wird durch Erwartungen und Verstärkungen reguliert. Die Erwartungen werden durch vorherige positive oder negative Erfahrungen geprägt und können entweder fähigkeits- oder zufallsbedingt (internal vs. external) sein. Internale und externale Kontrollüberzeugungen haben dabei einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten. Eine internale Kontrollüberzeugung beruht auf der positiven Einstellung hinsichtlich der Fähigkeit, Kontrolle über eine Situation zu erzielen und diese mit dem eigenen Verhalten zu beeinflussen (Ryan & Francis, 2012).

Abschließend ist noch die systemische Ebene zu nennen, die sich hauptsächlich auf das Gesundheitssystem hinsichtlich der Verfügbarkeit und Kapazitäten von Ärzten und Psychologen bezieht.

### 2.3 Burnout - eine Krankheit?

Die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) fungiert weltweit als Verschlüsselung von medizinischen Diagnosen. Die ICD-11, die von der World Health Assembly (WHA) beschlossen wurde, tritt am 01. Januar 2022 in Kraft (Ärzteblatt, 2019). In der ICD-11 wird Burnout als Syndrom mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 gekennzeichnet, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz skizziert wird, der nicht erfolgreich behandelt wurde. Somit gilt Burnout wie auch schon in der ICD-10 nur als Aspekt, der den Gesundheitszustand beeinflusst und nicht als Krankheit (WHO, 2021a). In der Diagnostik besteht somit die Hürde, etwas zu erfassen, das nicht eindeutig definiert und nicht klar von anderen Krankheitsphänomenen abgegrenzt werden kann.

### 2.4 Burnout vs. Depression

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Depressionen als „eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann“ (WHO, 2021b).

Eine eindeutige Trennung zwischen Burnout und einer Depression ist aufgrund übereinstimmender Attribute nicht einfach (Jaggi, 2008). Diese Schwierigkeit wirkt sich auch auf die Allgemeinbevölkerung aus, wie eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Deutschland ergeben hat. Der Gebrauch der Bezeichnung Burnout für eine Depression hat bedeutend zugenommen (Bahmann, Angermeyer & Schomerus, 2013). Berger, Schneller und Maier (2012) weisen jedoch darauf hin, dass Burnout nicht mit einer Depression gleichzusetzen ist. Jaggi (2008) beschränkt die Ursachen von Burnout auf berufliche und weitere psychosoziale Beanspruchungen, während das Krankheitsbild einer Depression nicht auf diese Bereiche beschränkt werden kann. Auch Schaufeli und Enzmann stützen sich bei der Definition von Burnout auf das berufliche Umfeld (1989).

## 2.5 Burnout-Symptome

In diversen Publikationen werden die Einzelsymptome in weitaus mehr als 160 unterschiedliche Beschwerden eingeteilt (Burisch, 2010; Cartwright, S & Cooper, C. L., 2009). Die Burnout-Symptome sind überwiegend in drei Bereiche (Maslach & Jackson, 1981; Bauer, Häfner, Kächele, Wirsching, & Dahlbender, 2003; Positionspapier DGPPN, 2012) eingeteilt:

1. Emotionale Erschöpfung: Hier entstehen Gefühle der Überforderung und des Ausgebranntseins. Die eigenen körperlichen und psychischen Reserven sind aufgebraucht und in der Freizeit lässt sich nicht mehr entspannen. Es folgen psychosomatische Symptome wie unter anderem Niedergeschlagenheit, Anspannungszustände, Müdigkeit, Schlafstörungen, chronische Schmerzen mit unauffälligen Befunden, funktionelle Herz-Kreislaufbeschwerden oder nicht zuordenbarer Beschwerden des Magen-Darm-Trakts.
2. Depersonalisation (Abstumpfung, Dehumanisierung): Zu Beginn steht ein ideales Bild der Arbeit im Fokus und mit voranschreitender Zeit entwickelt sich Frustration mit anschließender Distanzierung von der Arbeit, verbunden mit Schuldzuweisungen sowie Groll gegenüber den die Arbeit betreffenden Rahmenbedingungen. Eine Abwertung der Arbeit folgt, Zynismus und Gefühlslosigkeit richten sich gegen Arbeitskollegen und Klientel.
3. Persönliche Leistungsfähigkeit: Eine negative Selbsteinschätzung der persönlichen Leistungskompetenz sowie der Arbeitsqualität vermindert die Arbeitsleistung, -zufriedenheit und Sinnhaftigkeit.

Die modifizierte Tabelle 1 gibt nach den MBI-Versionen von Hillert (2012), Rössler, Hengartner, Ajdacic-Gross und Angst (2013) sowie Korczak, Kister und Huber (2010) praxisbezogen die konzeptualisierten Beschwerdemuster überblicksartig wieder. Gemäß der MBI-Angaben ist eine Person von Burnout stärker betroffen, wenn die Werte in den ersten beiden Dimensionen höher ausfallen und die dritte Kategorie niedriger ist.

Tabelle 1

*Maslach Burnout Inventory [MBI]*

Dimensionen/Kategorien	Fragen (je zwei pro Dimension angeführt)
Emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion)	„Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages geschafft“
	„Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert“
Depersonalisation (depersonalisation)	„Ich bin abgestumpfter geworden“
	„Ich befürchte, dass die Arbeit mich emotional verhärtet“
Persönliche Leistungsfähigkeit (personal accomplishment)	„Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse“
	„Ich fühle mich voller Energie“

## 2.6 Burnout-Ursachen

Um sich stärker mit dem Auftreten psychischer Erkrankungen zu befassen, bedarf es, auf die Wurzel der Entstehungsproblematik zu blicken, um so die möglichen Ursachen zu erkennen. Eine Erklärung zur Krankheitsentstehung liefert hierzu das in der Medizin entwickelte biopsychosoziale Modell (Egger, 2005). Dieses beruht auf einem Zusammenspiel von biologischen, psychologischen sowie sozialen Einflussfaktoren und lässt sich bei Burnout-Beschwerden einsetzen.

Bei der Entstehung des Burnouts spielen auch die biologischen Risikokonstellation eine Rolle. In Bezug auf Burnout-Beschwerden gibt es die allgemeine Beobachtung, dass sich die Belastbarkeit von Menschen deutlich unterscheidet. Diese Unterschiede lassen die Vermutung zu, dass die Wahrscheinlichkeit, an einem Burnout zu erkranken, von den genetischen Bedingungen abhängig ist. Im Gegenteil zu Depressionen und anderen psychologischen Erkrankungen liegen zu Burnout-Beschwerden keine wissenschaftlichen Belege vor (DGPPN, 2012).

In Bezug auf Burnout gibt es hinsichtlich der psychologischen Bedingungsfaktoren noch wenig empirische Evidenzen. Im Ergebnis wird ein individuelles Burnout-Risiko gesehen, wenn Einzelne dem Arbeitsbereich eine höhere Gewichtung bei der Selbstverwirklichung, der persönlichen Leistungserwartung und bei Fragen bezüglich des persönlichen Glaubenssystems wie beispielsweise Selbstausbeutung und Ausdehnung der Arbeitszeit einräumen. Damit ist die Vernachlässigung von Familie und Freizeitaktivitäten verbunden und dabei reagieren einige Menschen anfälliger mit überlastungsbedingter Erschöpfung, Leistungseinschränkungen oder Konflikten. Diese Indikatoren können zu einer

psychologischen Krise führen (Burisch 2010; Hillert & Marwitz 2006).

Die sozialen oder auch arbeitsplatzbezogenen Bedingungsfaktoren bezüglich Burnout-Beschwerden sind eine hohe Arbeitsbelastung, mangelnde Gratifikation, ein Mangel an Kontrolle, der Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls sowie mangelnde Fairness und Wertkonflikte (Maslach & Leiter, 2001). Allerdings liegen auch hier nur limitierte empirische Evidenzen vor.

## 2.7 Empirische Forschungen zu Burnout

Burisch (2010) kennzeichnet den Stand der empirischen Burnout-Forschung als deprimierend, da keine zuverlässigen Erkenntnisse in Quer- und Längsschnittstudien vorzufinden sind, die zu einer Lösung des Themas Burnout beitragen könnten. Er unterteilt die Burnout-Forschung in drei Phasen:

1. Feuilletonistische Phase anhand von Selbsterfahrungsberichten, Fallgeschichten und Erzählungen von Stress.
2. Simplistisch-empirische Phase: Mit Entstehung des MBI wurden zahlreiche quantitative Querschnittstudien durchgeführt, die sich jedoch als wenig nutzbringend herausstellten.
3. Filigran-empirische Phase: Aufgrund der nicht eindeutigen Ergebnisse der Querschnittstudien wurden Längsschnittstudien in das Forschungsdesign mit integriert. Auch diese Ergebnisse sind nicht schlüssig.

Bedingt durch eine fehlende homogene Definition, was konkret unter Burnout zu verstehen ist, ergeben sich auch für die Burnout-Forschung große Herausforderungen. Dabei gestaltet es sich sehr kompliziert, eindeutige Antworten auf die einfache Frage zu finden, ob Burnout eine Diagnose, die Summe mehrerer Diagnosen, ein Prozess oder das Erzeugnis einer Erkrankung ist (Reiter, 2020).

## **2.8 Rechtlicher Rahmen der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen**

Durch psychische Krankheiten und Burnout bedingte Fehltage haben in den letzten Jahren stark zugenommen (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2017). Die zunehmende Relevanz dieses Themas führte im Oktober 2013 zu einer Modifikation des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG). Im § 4 des ArbSchG steht fortan, dass die Arbeit so zu gestalten ist, dass eine Gefährdung für die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden wird (Richardi, 2021).

Die Leitlinie der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) führt auf, was eine Gefährdungsbeurteilung leisten muss. Sie gilt auch für die Erweiterung in Bezug auf psychische Belastungen. Die Gefährdungsbeurteilung dient in erster Linie der Prävention. Es geht dabei ausschließlich um die Arbeitsbedingungen, nicht um die Beurteilung von Beschäftigten (Uhle & Treier, 2019).

## **2.9 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Health Action Process Approach HAPA)**

Für die Fragestellung, ob Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhalten beitragen kann, wurden wissenschaftliche Modelle entwickelt. Das HAPA-Modell nimmt beispielsweise an, dass der Prozess der Verhaltensänderung mindestens zwei Phasen umfasst eine motivationale und eine volitionale Phase. In der motivationalen Phase steht die die Intentionsbildung im Fokus, ein bestimmtes Verhalten zu ändern (Schwarzer, 2004). Die Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung und Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen die Intentionsbildung der motivationalen Phase. Die Risikowahrnehmung allein genügt aber zur Entwicklung einer Intention nicht aus, sondern stellt lediglich den Beginn des Motivationsprozesses dar (Renner & Schupp, 2011). Die Handlungs-Ergebnis-Erwartung bezieht sich auf die antizipierten Auswirkungen einer möglichen Verhaltensänderung. Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung, aufgrund der eigenen Fähigkeiten bestimmte Handlungsweisen ausführen zu können (Schwarzer & Fleig, 2014). Ist zum Ende der motivationalen Phase eine Intention gebildet, erfolgt die volitionale Phase. Die postintentionalen Mechanismen der Planung, Realisierung und Aufrechterhaltung der neuen Handlungsmuster finden in dieser Phase statt (Schwarzer & Fleig, 2014).

### 3 Empirische Hypothesen

Folgende Hypothesen sollen hinsichtlich des Hilfesuchverhaltens bei einem Burnout-Risiko untersucht werden:

#### 3.1 Hypothese 1

Personen, die schon einmal einen Burnout hatten, unterscheiden sich im Hilfesuchverhalten.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

#### 3.2 Hypothese 2

Bei einem möglichen Burnout-Risiko unterscheiden sich Frauen und Männer in ihrem Hilfesuchverhalten.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

#### 3.3 Hypothese 3

Das Gesamtrisiko Burnout sagt das Hilfesuchverhalten signifikant voraus, sodass Modell und Prädiktor gleichsam signifikant werden.

$$H_0: R^2 = 0$$

$$H_1: R^2 \neq 0$$

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_1: \beta_1 \neq 0$$

## 4 Methoden

Damit die Forschungsfrage und die Hypothese dieser Arbeit angemessen beantwortet werden können, wird in diesem Kapitel detailliert auf die Methode der Datenerhebung eingegangen.

### 4.1 Versuchsaufbau

Der standardisierte Online-Fragebogen (Anhang A) wurde mithilfe von LimeSurvey Version 4.4.14 erstellt. Als Voraussetzung für die Teilnahme wurde ein Mindestalter von 16 Jahren vorgegeben. Die Umfrage erfolgte anonym. Der erste Teil des Fragebogens bezieht sich auf Angaben demographischer Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsabschluss, berufliche Situation sowie Haushalts Netto-Einkommen. Die Fragen hinsichtlich des Burnout-Risikos wurden vom Burnout-Mobbing Inventars (BMI) übernommen (Satow, 2013). Das BMI berücksichtigt neben Burnout, Boreout und Mobbing zwei zusätzliche Skalen zur Erfassung von Motivationsverlust sowie psychischen und physischen Belastungssymptomen. Für die Beantwortung und Relevanz der Forschungsfrage wurden jedoch nur Fragen vom BMI hinsichtlich Burnouts, Motivationsverlust sowie psychischen und physischen Belastungssymptomen berücksichtigt. Von einer Burnout-Gefährdung wird gesprochen, wenn die Überforderung seit einiger Zeit anhält, jedoch noch kein Motivationsverlust eingetreten ist. Ein vollständiges Burnout-Syndrom beinhaltet chronische Überforderung, Motivationsverlust wie auch psychische und physische Belastungssymptome (Satow, 2013). Bei den Konstrukten Burnout und Motivationsverlust sollten die Probanden bei den dazugehörigen Fragen an ihre Arbeit oder alltägliche Tätigkeiten und Aufgaben denken. Das Konstrukt Burnout wurde im Fragebogen mit der Überschrift Fragen zu beruflichen und privaten Belastungen gekennzeichnet. Hinsichtlich der Fragen zu den psychischen und physischen Belastungssymptomen sollten die Probanden angeben, welche Symptome in den letzten sechs Monaten bei ihnen beobachtet worden konnten. Zusätzlich wurde ein Eigenkonstrukt zum Hilfesuchverhalten erstellt. Diese Items sind an dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM40) Skala 3 Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit von Dohrenbusch und Scholz (2002) angelehnt. Dabei sollten die entsprechenden Aussagen und Fragen bewertet und die Antwort ausgewählt werden, die als die spontan zutreffendste erschien. Abschließend wurden noch weitere Fragen zum Thema Burnout gestellt. Die Rekrutierung erfolgte über Social Media wie Facebook und XING, Messenger-Dienste wie WhatsApp und das Versenden von E-Mails.

## 4.2 Operationalisierung

Im Folgenden werden die vier Konstrukte Burnout, Motivationsverlust, psychische und physische Belastungssymptome sowie Hilfesuchverhalten kurz beschrieben. Diese Konstrukte sind für die Beantwortung der Forschungsfrage und der Berechnung der Korrelation und der Regression relevant. Alle Items der vier Konstrukte wurden auf einer vierstufigen Likertskala (1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft genau zu) beantwortet. Bei negativen Items wurde die Punktvergabe entsprechend umcodiert. Die Validität der Skalen des BMI wurde anhand einer Faktorenanalyse bestätigt (Satow, 2013).

Die Burnout-Skala umfasst insgesamt 8 Items und misst chronische Überforderung durch ein hohes Arbeitspensum wie auch Leistungs- und Zeitdruck. Die Skala hat eine Reliabilität von  $\alpha = .87$  und auch die Werte für die Trennschärfen sind sehr gut (Satow, 2013). Motivationsverlust wurde mithilfe von 8 Items erfasst, die Skala erfasst berufliche Demotivation, Leistungsverlust und „innere Kündigung“. Sowohl die Reliabilität  $\alpha = .85$  als auch die Trennschärfen haben sich als sehr stabil erwiesen (Satow, 2013).

Psychische und physische Belastungssymptome beinhalten 12 Items und sind Folgesymptome von Burnout – beispielsweise Schlafstörungen, Magenprobleme und Konzentrationsstörungen. Die Skala hat eine Reliabilität von  $\alpha = .87$  und auch die Werte für die Trennschärfen sind bei diesem Konstrukt sehr solide (Satow, 2013).

Die Skala Hilfesuchverhalten enthält 4 Items und misst das Hilfesuchverhalten bei einem Burnout. Die Reliabilität wurde im Rahmen dieser Arbeit geprüft.

## 4.3 Datenanalyse

Die Daten der Umfrage wurden mit der Software IBM SPSS Statistics (Version 22) ausgewertet und inferenzstatistisch geprüft. Die Forschungsfrage, ob ein höheres Burnout-Risiko auch mit stärkerem Hilfesuchverhalten einhergeht, wurde aufgrund ordinaler Daten mit einer Spearman-Korrelation gemessen.

Ob und wie viel Prozent der Unterschiede im Hilfesuchverhalten durch das Gesamtrisiko erklärt werden können, wurde mittels einer einfachen linearen Regression erforscht. In der einfachen linearen Regression wird eine metrische abhängige Variable (AV) durch eine metrische unabhängige Variable (UV) vorhergesagt. Die UV bzw. der Prädiktor dient zur Vorhersage eines Kriteriums (Holling & Geidiga, 2011). Der Prädiktor (UV) ist das Gesamtrisiko Burnout, das AV ist das Hilfesuchverhalten. Das Gesamtrisiko beinhaltet die Konstrukte Burnout, Motivationsverlust sowie psychische und physische Belastungssymptome.

Die Hypothese 1 ( $H_1$ ), Personen, die schon einmal einen Burnout hatten, haben ein höheres Hilfesuchverhalten, wurde anhand des t-Tests überprüft. Dabei wurde kontrolliert, ob sich die Gruppen signifikant voneinander unterscheiden.

Die Hypothese 2 ( $H_1$ ), bei einem Burnout-Risiko unterscheiden sich Frauen und Männer in ihrem Hilfesuchverhalten, wurde ebenfalls mittels t-Tests geprüft.

Bei allen Berechnungen wurden im Vorfeld die essenziellen Bedingungen geprüft, sodass die korrekten statistischen Auswertungen gewährleistet werden konnten. Lediglich bei der einfachen linearen Regression ist eine Voraussetzung verletzt. Es liegt keine Homoskedastizität, sondern Heteroskedastizität vor. Aufgrund der Verletzung wurde eine Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern als Lösung verwendet. Des Weiteren lag keine Normalverteilung vor.

Bei allen Tests und Verfahren wurde, wo es möglich und sinnvoll war, zusätzlich die Effektgrößen berechnet. Für alle statistischen Tests wurde ein alpha-Niveau von 0.05 verwendet.

Die Hypothese 3, dass das Gesamtrisiko Burnout das Hilfesuchverhalten signifikant voraussagt, sodass Modell und Prädiktor gleichsam signifikant werden, wurde mit einer einfachen linearen Regression geprüft.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen 228 Personen im Zeitraum vom 12.02.2021 bis zum 18.02.2021 an der freiwilligen und anonymen Umfrage teil. In die Analyse gingen 190 Personen ein, da 38 Personen den Fragebogen nicht vollständig bis zum Ende beantwortet hatten. Wie aus den folgenden deskriptiven Parametern hervorgeht, kann die Zufallsstichprobe nicht als repräsentativ angesehen werden und ist damit nicht zu verallgemeinern. Viele Studienteilnehmer waren Akademiker oder hatten die Hochschulreife absolviert, größtenteils im Angestelltenverhältnis. Die Daten der korrelativen Zusammenhangsstudie sind somit nicht als kausal zu betrachten. Die Tabelle 2 gibt die Geschlechterverteilung an. Das Verhältnis zwischen Frauen- und Männeranteil beträgt 66 % zu 33 %. Eine Person ist divers.

Tabelle 2

*Geschlechterverteilung der Stichprobe (N = 190)*

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	divers	1	,5	,5	,5
	männlich	63	33,2	33,2	33,7
	weiblich	126	66,3	66,3	100,0
	Gesamt	190	100,0	100,0	

An der Umfrage haben Personen im Alter zwischen 16 und 72 Jahren teilgenommen. Das Durchschnittsalter beträgt 40 Jahre ( $M = 40,00$ ). Die folgende Populationspyramide (Abbildung 1) zeigt die Häufigkeiten des Alters unterteilt nach männlich und weiblich an.

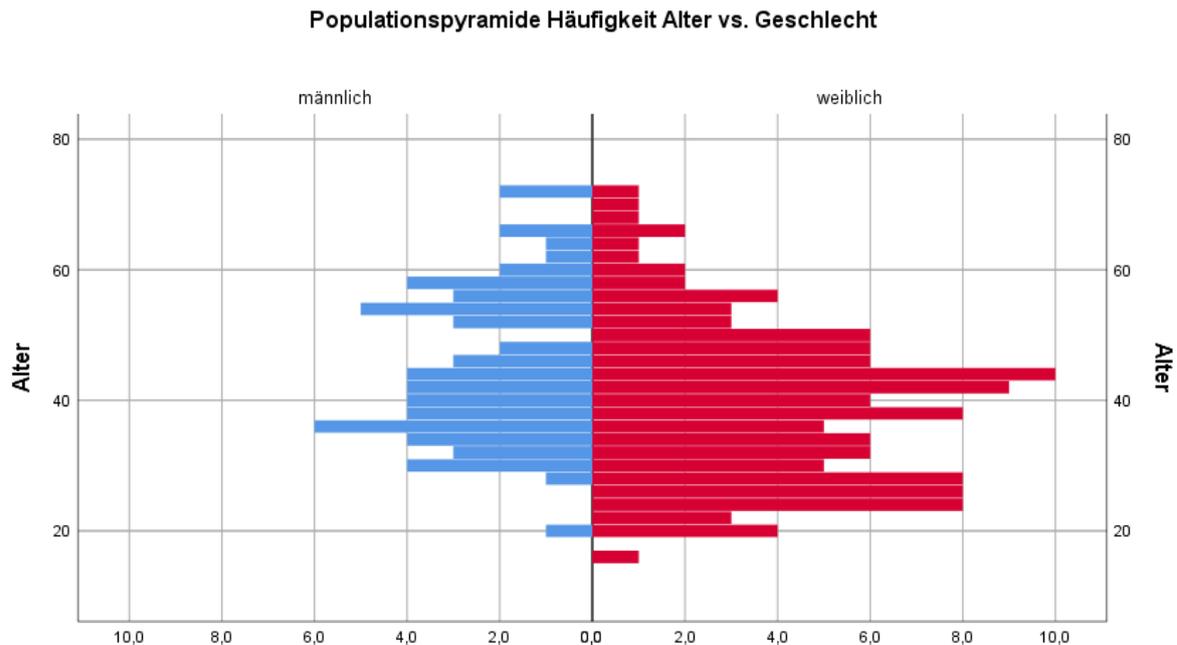


Abbildung 1. Populationspyramide zwischen Alter und Geschlecht

Die meisten Teilnehmer sind verheiratet oder leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (48,4 %  $N = 92$ ), gefolgt von ledigen Personen (40,5 %  $N = 77$ ).

Als höchsten Bildungsabschluss gaben die Teilnehmer mehrheitlich an, ein abgeschlossenes Hochschulstudium absolviert zu haben (45,8 %  $N = 87$ ). 32,6 % der Befragten Teilnehmer ( $N = 62$ ) konnten die Fachhochschulreife/Hochschulreife vorweisen, gefolgt vom Realschulabschluss (13,2 %  $N = 13$ ).

Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer sind Angestellte (66,3 %  $N = 126$ ), gefolgt von Studenten (9,5 %  $N = 18$ ), Beamten (7,9%  $N = 15$ ), Selbständige (6,3 %  $N = 12$ ) und Rentnern/Pensionären (5,3 %  $N = 10$ ).

33,2 % der Probanden ( $N = 63$ ) verfügen über ein gesamtes Netto-Einkommen von mehr als 5.000,- € im Monat. Dahinter folgen Einkommen von 3.000,- € bis 4.000,- € (21,1 %  $N = 40$ ) und 2.000,- € bis 3.000,- € (20,5 %  $N = 39$ ).

Mehrheitlich ist das Thema Burnout nach der Meinung der Teilnehmer gesellschaftlich stigmatisiert. Trifft eher zu wurde dabei am häufigsten genannt (57,9 %  $N = 110$ ), trifft genau zu seltener (16,3 %  $N = 31$ ). Weiter wurde trifft eher nicht zu von 46 Teilnehmern (24,2 %) als Antwort angegeben, trifft gar nicht zu von 3 Teilnehmern (1,6 %).

Tabelle 3

*Charakterisierung der Stichprobe, ob Probanden bereits einen Burnout hatten (N = 190)*

Hatten Sie bereits einen Burnout?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich bin mir nicht sicher	41	21,6	21,6	21,6
	Ja	24	12,6	12,6	34,2
	Nein	125	65,8	65,8	100,0
	Gesamt	190	100,0	100,0	

Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen, hatten 24 Teilnehmer (12,6 %) bereits einen Burnout. 41 Probanden waren sich nicht sicher (21,6 %). Die Mehrheit der Befragten gab jedoch an, noch keinen Burnout gehabt zu haben (65,8 %  $N = 125$ ).

Tabelle 4

*Charakterisierung der Stichprobe, ob Probanden sich schon einmal mit dem Thema Burnout beschäftigt hatten (N = 190)*

Haben Sie sich schon einmal mit dem Thema Burnout beschäftigt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	145	76,3	76,3	76,3
	Nein	45	23,7	23,7	100,0
	Gesamt	190	100,0	100,0	

76,3 % und damit die Mehrheit der Befragten haben sich schon einmal mit dem Thema Burnout beschäftigt ( $N = 145$ ). Dagegen setzten sich 23,7 % ( $N = 45$ ) bisher noch nicht mit dem Thema auseinander.

## 5.2 Deskriptive Statistiken der unabhängigen Variablen

Der Mittelwert der Summenskala Burnout lag bei  $M = 18.63$  und einer Standardabweichung bei  $SD = 4.82$ . Die Referenzwerte des BMI lagen bei dieser Skala  $M = 22.62$  und  $SD = 5.87$  (Satow, 2013). Eine Normalverteilung konnte anhand des Shapiro-Wilk-Test mit  $p = 0.093$  nachgewiesen werden.

Für die Summenskala Motivationsverlust lag der Mittelwert bei  $M = 17.04$  und die Standardabweichung bei  $SD = 5.06$ . Bei dieser Skala lagen die Referenzwerte des BMI bei  $M = 21.57$  und  $SD = 5.98$ . Eine Normalverteilung lag ebenfalls nicht vor,  $p = 0.014$ , die mit dem Shapiro-Wilk-Test geprüft wurde.

Der Mittelwert der Summenskala psychische und physische Belastungssymptome lag bei  $M = 24.16$  und einer Standardabweichung bei  $SD = 7.01$ . Hier lagen die Referenzwerte des BMI bei  $M = 33.01$  und  $SD = 7.69$ . Eine Normalverteilung mit  $p = 0.012$  lag nicht vor, geprüft anhand des Shapiro-Wilk-Tests.

Das aus den Subskalen (Burnout, Motivationsverlust und psychische und physische Belastungssymptom) bestehende Gesamtrisiko Burnout ergab einen Mittelwert von  $M = 59.83$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 13.35$ . Die Normalverteilung des Gesamtrisikos wurde mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. Der Wert lag bei  $p = 0.035$ . Somit lag keine Normalverteilung vor.

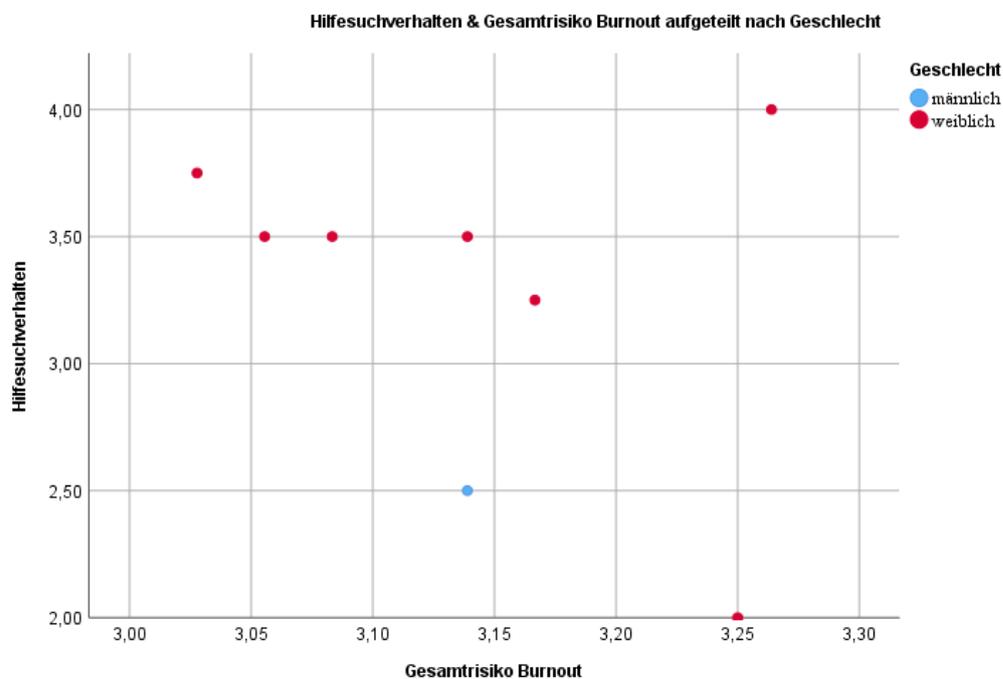


Abbildung 2. Extremwerte Hilfesuchverhalten & Gesamtrisiko Burnout aufgeteilt nach Geschlecht

### 5.3 Deskriptive Statistiken der abhängigen Variable

Die Variable Hilfesuchverhalten wurde auf Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. Eine Normalverteilung konnte mit  $p < 0.05$  nicht nachgewiesen werden. Der Mittelwert der Summenskala ergab einen Wert von  $M = 6.23$ , bei einer Standardabweichung von  $SD = 1.92$ .

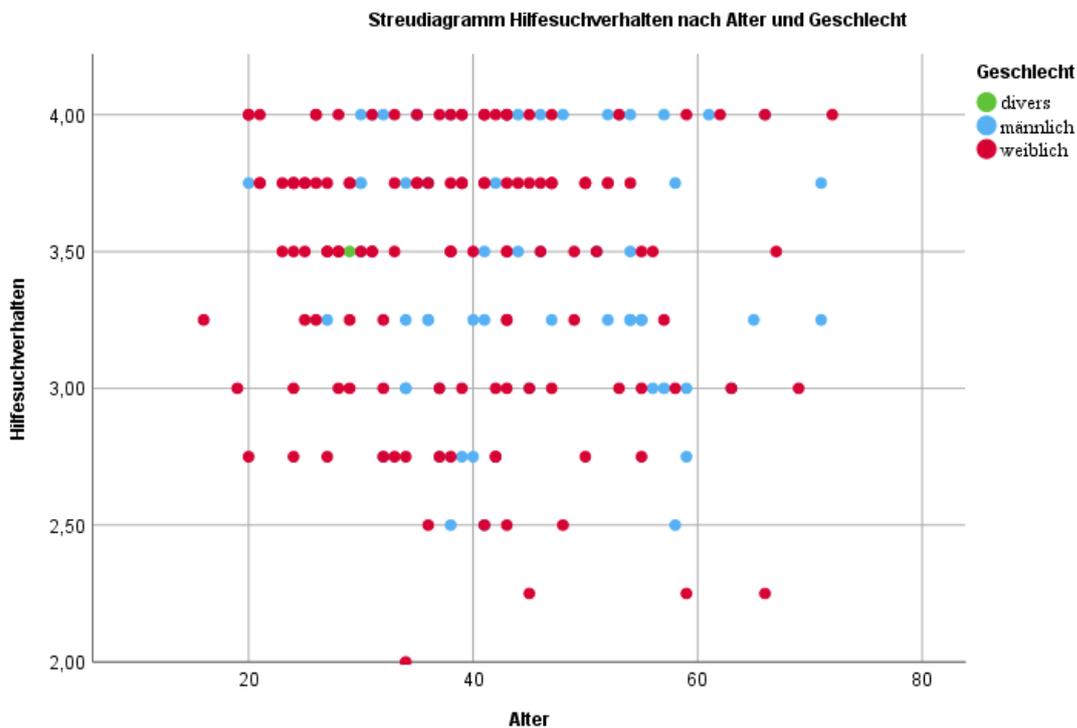


Abbildung 3. Streudiagramm Hilfesuchverhalten nach Alter und Geschlecht

### 5.4 Itemanalyse: Reliabilität und Trennschärfe

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Items zum Burnout ergab  $\alpha = .86$ , die vom Motivationsverlust und von den psychischen und psychischen Belastungssymptomen betrug jeweils  $\alpha = .88$ . Die Ergebnisse zeigten somit eine gute Messgenauigkeit der Items und konnten somit vom BMI (Satow, 2013) bestätigt werden. Die Bestimmung der internen Konsistenz für die Items zum Hilfesuchverhalten ist etwas schwächer ausgefallen, mit  $\alpha = .66$  aber noch akzeptabel. Wie aus den folgenden Tabellen entnommen werden kann, weisen die korrigierten Item-Skala-Korrelationen (Trennschärfe) einen Wert von  $r > .30$  auf und können somit als gut bezeichnet werden.

Tabelle 5

*Korrigierte Trennschärfen der Items Burnout (N = 190)*

Items Burnout	Korrigierte Item-Skala-Korrelation
[Ich fühle mich von meinem Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft.]	,589
[Ich stehe schon seit langem unter großen Druck.]	,695
[Abends bin ich von meiner Arbeit/Tätigkeit oft völlig erschöpft.]	,664
[Ich denke nur noch an die Arbeit/meine Tätigkeit und sonst an nichts mehr.]	,539
[Ich kann bei meiner Arbeit/Tätigkeit kaum Pausen machen.]	,621
[Bei meiner Arbeit/Tätigkeit stehe ich ständig unter großem Druck.]	,733
[Ich kann mich anstrengen wie ich will, die Arbeit wird nicht weniger.]	,613
[Ich habe bei meiner Arbeit/Tätigkeit viel Zeit für andere Dinge.]	,397

Tabelle 6

*Korrigierte Trennschärfen der Items Motivationsverlust (N = 190)*

Items Motivationsverlust	Korrigierte Item-Skala-Korrelation
[Früher hat mich meine Tätigkeit sehr interessiert, doch mittlerweile habe ich jedes Interesse verloren.]	,756
[Ich merke schon seit längerem, dass ich immer weniger Lust zu meiner Tätigkeit habe.]	,706
[Wenn ich heute noch mal die Wahl hätte, würde ich eine andere Tätigkeit / einen anderen Beruf wählen.]	,622
[Bei meiner Tätigkeit denke ich an viele andere Dinge, die mir wichtiger sind.]	,559
[Meine Tätigkeit erfüllt mich mit Stolz.]	,624
[Meine Tätigkeit macht mir auch heute noch großen Spaß.]	,766
[Durch meine Tätigkeit kann ich noch viele Dinge erreichen.]	,601
[Ich habe keine Lust mehr, mich bei meinen Aufgaben wirklich anzustrengen.]	,657

Tabelle 7

*Korrigierte Trennschärpen der Items psychische und physische Belastungssymptome (N = 190)*

Items psychische und physische Belastungssymptome	Korrigierte Item-Skala-Korrelation
[Ich schlafe schlecht.]	,507
[Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.]	,566
[Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.]	,473
[Ich grübele oft über mein Leben nach.]	,628
[Ich bin oft traurig.]	,759
[Ich habe oft zu nichts mehr Lust.]	,734
[Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück und bin dann so versunken, dass ich nichts mehr mitbekomme.]	,650
[Ich kann mich schlecht konzentrieren.]	,644
[Ich habe Alpträume.]	,509
[Ich fühle mich oft ausgebrannt und leer.]	,742
[Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.]	,433
[Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).]	,343

Tabelle 8

*Korrigierte Trennschärpen der Items Hilfesuchverhalten (N = 190)*

Item Hilfesuchverhalten	Korrigierte Item-Skala-Korrelation
[Ich bin mir nicht sicher, ob mir jemand bei einem möglichen Burnout helfen kann.]	,375
[Man sollte stark genug sein, ohne fremde Hilfe beim Burnout zurechtzukommen.]	,628
[Menschen, die stark sind, werden mit einem Burnout auch allein fertig und benötigen keine fremde Hilfe.]	,514
[Man sollte das Mitteilen seines Problems (Burnout) nicht als Schwäche empfinden.]	,322

## 5.5 Unterschiede im Hilfesuchverhalten anhand Hypothesentestung

Die Unterschiede im Hilfesuchverhalten wurden anhand der 1. und 2. Hypothese mit dem t-Test untersucht. Zuerst wurde die 1. Hypothese auf Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test geprüft. Für beide Gruppen, sowohl bei denen, die keinen Burnout hatten, und jenen, die schon einmal einen Burnout hatten, lag der Wert von p unter 0.05. Somit konnte keine Normalverteilung nachgewiesen werden. Der t-Test ist allerdings robust gegen diese Verletzung, zumal die Stichprobe  $N > 30$  ist (Kubinger, Rasch & Moder, 2009). Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft. Hierbei ergab sich ein Wert von  $p = .101$ . Somit ist die Voraussetzung der Varianzhomogenität gegeben.

Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied im Hilfesuchverhalten zwischen denen, die keinen Burnout hatten ( $N = 125$ ) und jenen, die schon einmal einen Burnout hatten ( $N = 24$ ):  $t(147) = -0.72$  (zweiseitig),  $p = .943$  und einem 95 %-CI[-0.21, 2.00].

Die Teststärke der 1. Hypothese beträgt  $(1 - \beta) = 0.60$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang B). Die  $H_0$  der 1. Hypothese kann vorerst nicht verworfen werden. Die Mittelwerte des Hilfesuchverhaltens der beiden Gruppen (0 = kein Burnout gehabt  $M = 3,48$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.45$  und 1 = Burnout gehabt  $M = 3,49$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.56$ ) unterscheiden sich nicht signifikant.

Tabelle 9

Ergebnisse t-Test der 1. Hypothese

**Gruppenstatistiken**

	Burnout gehabt?	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Hilfesuchverhalten	,00 = nein	125	3,4820	,45256	,04048
	1,00 = ja	24	3,4896	,56856	,11606

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		F	Signifikanz	T	df
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	2,717	,101	-,072	147
	Varianzen sind nicht gleich			-,062	28,857

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			95 % Konfidenzintervall der Differenz	
		Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untergrenze	Obergrenze
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	,943	-,00758	,10532	-,21573	,20056
	Varianzen sind nicht gleich	,951	-,00758	,12291	-,25902	,24386

Die Abbildung 4 zeigt das Hilfesuchverhalten in den jeweiligen Gruppen. Die Gruppe derjenigen, die schon einmal einen Burnout hatten, weist eine größere Streuung auf.

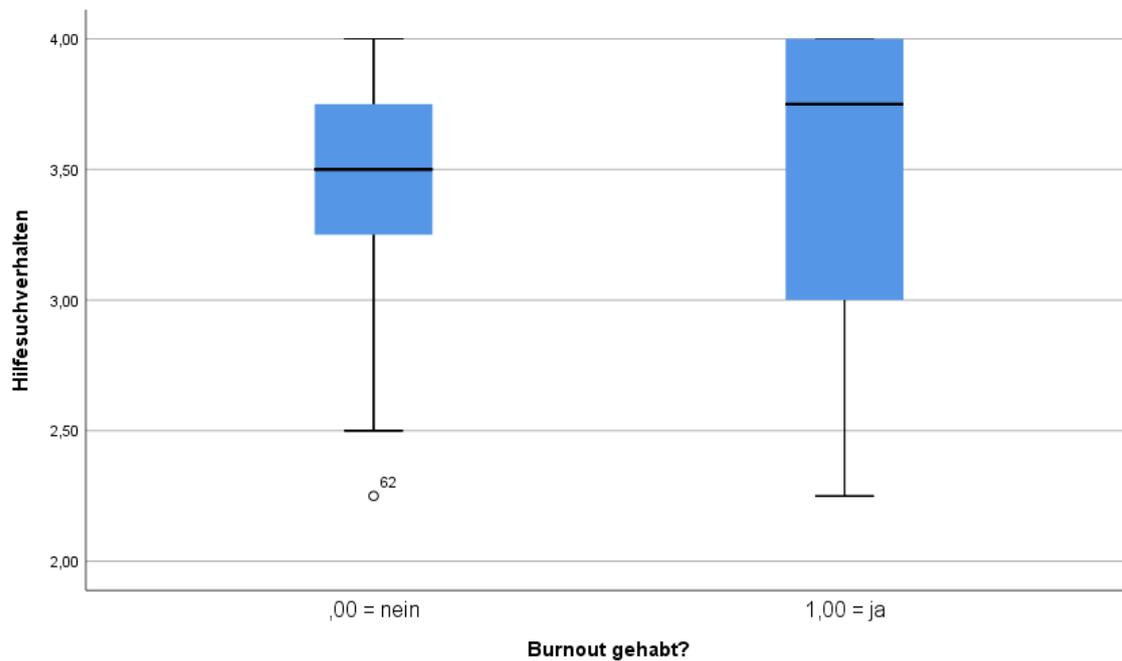


Abbildung 4. Boxplot Hilfesuchverhalten Burnout gehabt oder nicht

Die 2. Hypothese wurde ebenfalls zuerst mit dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Bei beiden Gruppen lag der Wert von  $p$  unter 0.05. Somit konnte keine Normalverteilung nachgewiesen werden. Varianzhomogenität konnte mit Hilfe des Levene-Test  $p = .866$  nachgewiesen werden. Mit einem Wert von  $t(187) = -107$  (zweiseitig),  $p = .915$  und einem 95 %-CI[-0.154, 0.139] konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern im Hilfesuchverhalten nachgewiesen werden. Die Teststärke der 2. Hypothese beträgt  $(1 - \beta) = 0.89$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang C). Die  $H_0$  der 2. Hypothese kann vorerst nicht verworfen werden. Die Mittelwerte der beiden Gruppen (0 = weiblich  $M = 3,44$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.49$ , 1 = männlich  $M = 3,44$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.46$ ) unterscheiden sich ebenfalls bezüglich des Hilfesuchverhaltens nicht signifikant.

Tabelle 10

Ergebnisse t-Test der 2. Hypothese

**Gruppenstatistiken**

	Geschlecht	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Hilfesuchverhalten	,00 = weiblich	126	3,4405	,49135	,04377
	1,00 = männlich	63	3,4484	,46481	,05856

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		F	Signifikanz	T	df
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	,028	,867	-,107	187
	Varianzen sind nicht gleich			-,109	130,442

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			95 % Konfidenzintervall der Differenz	
		Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untergrenze	Obergrenze
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	,915	-,00794	,07448	-,15487	,13900
	Varianzen sind nicht gleich	,914	-,00794	,07311	-,15258	,13670

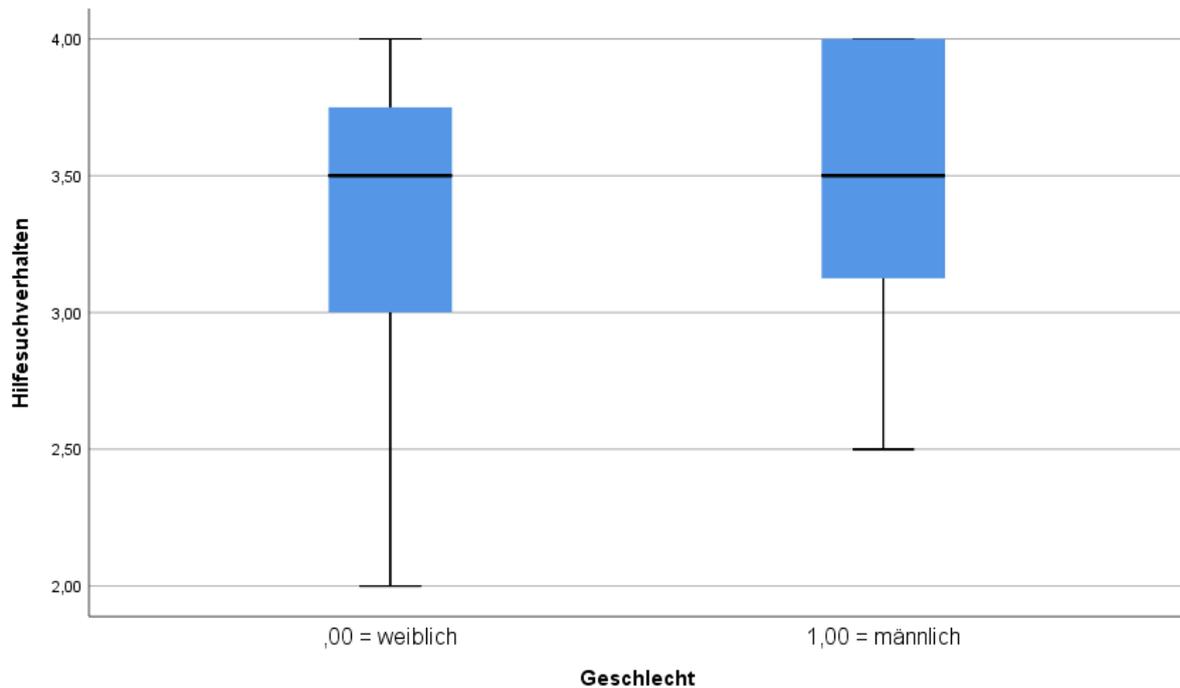


Abbildung 5. Boxplot Hilfesuchverhalten zwischen den Geschlechtern

Des Weiteren wurde überprüft, ob hinsichtlich des Alters Unterschiede im Hilfesuchverhalten festgestellt werden konnten. Die Überprüfung wurde ebenfalls mit einem t-Test durchgeführt. Hinsichtlich des Alters wurde ein Median-Split gebildet (0 = bis 39 Jahre  $N = 93$ , 1 = ab 40 Jahre  $N = 97$ ). Eine Normalverteilung konnte nicht nachgewiesen werden, bei beiden Gruppen war  $p < 0.01$ . Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft und ist gegeben,  $p = .353$ . Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied im Hilfesuchverhalten zwischen den beiden Altersgruppen  $t(188) = -0.68$  (zweiseitig),  $p = .496$  und einem 95 %-CI[-0.90, 0.185]. Die Teststärke des Median Splits beträgt  $(1 - \beta) = 0.92$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang D). Die Mittelwerte des Hilfesuchverhaltens der beiden Gruppen (0 bis 39 Jahre  $M = 3,46$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.46$  und 1 = ab 40 Jahre  $M = 3,42$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 0.49$ ) unterscheiden sich nicht signifikant. Die Abbildung 5 zeigt das Hilfesuchverhalten zwischen Frauen und Männern.

Tabelle 11

Ergebnisse t-Test Alter Median Split

**Gruppenstatistiken**

	Alter_Split	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Hilfesuchverhalten	,00 = 16-39 Jahre	93	93	,46366	,04808
	1,00 = 40-72 Jahre	97	97	,49679	,05044

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		F	Signifikanz	T	df
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	,866	,353	,683	188
	Varianzen sind nicht gleich			,684	187,866

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			95 % Konfidenzintervall der Differenz	
		Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untergrenze	Obergrenze
Hilfesuchverhalten	Varianzen sind gleich	,496	,04764	,06979	-,09003	,18530
	Varianzen sind nicht gleich	,495	,04764	,06969	-,08983	,18510

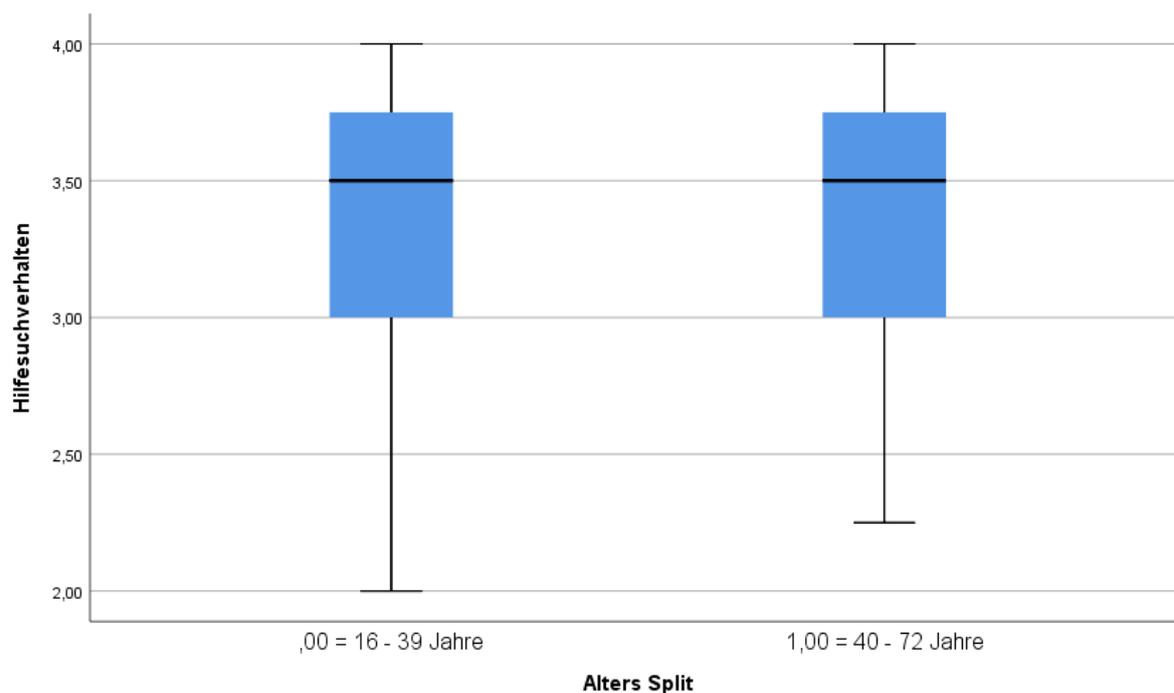


Abbildung 6. Boxplot Hilfesuchverhalten Median-Split Alter

Die dritte Hypothese wird unter Punkt 5.7 Einfluss des Burnout-Risikos auf das Hilfesuchverhalten thematisiert. Bei der Frage „Angenommen Sie haben einen Burnout oder Sie weisen Risiken einer Gefährdung auf, wem würden Sie sich am ehesten anvertrauen?“ wurde geprüft, ob sich Personen, die bestimmte Alternativen wählen, im Hilfesuchverhalten unterscheiden. Das Hilfesuchverhalten ist bei allen Gruppen relativ ähnlich (Anhang E). Die Abbildung 6 zeigt das Hilfesuchverhalten der beiden Altersgruppen.

## 5.6 Zusammenhänge zwischen Hilfesuchverhalten und Burnout-Risiko

Der Zusammenhang zwischen Hilfesuchverhalten und Burnout-Risiko wurde mithilfe der Spearman-Korrelation durchgeführt. Die Variablen sind intervallskaliert, Ausreißer wurden aus der Stichprobe entfernt.

Tabelle 12

*Korrelation zwischen Burnout, Motivationsverlust, psychische und physische Belastungssymptome und Hilfesuchverhalten (N = 190)*

### Korrelationen

Spearman-Rho		Hilfesuchverhalten	Burnout	Motivationsverlust	Belastungssymptome
Hilfesuchverhalten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,083	-,267**	-,249**
	Sig. (2-seitig)	.	,254	,000	,001
	N	190	190	190	190
Burnout	Korrelationskoeffizient	-,083	1,000	,178*	,491**
	Sig. (2-seitig)	,254	.	,014	,000
	N	190	190	190	190
Motivationsverlust	Korrelationskoeffizient	-,267**	,178*	1,000	,470**
	Sig. (2-seitig)	,000	,014	.	,000
	N	190	190	190	190
Belastungssymptome	Korrelationskoeffizient	-,249**	,491**	,470**	1,000
	Sig. (2-seitig)	,001	,000	,000	.
	N	190	190	190	190

\*\* . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

\* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 13

Korrelation zwischen Gesamtrisiko Burnout und Hilfesuchverhalten (N = 190)

### Korrelationen

Spearman-Rho		Hilfesuch- verhalten	Gesamtrisiko Burnout
Hilfesuchverhalten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,264**
	Sig. (2-seitig)	.	,000
	N	190	190
Gesamtrisiko Burnout	Korrelationskoeffizient	-,264**	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	.
	N	190	190

\*\* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Es fand sich ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen Motivationsverlust und Hilfesuchverhalten  $r(188) = -.267$ , 95 % CI[-0.394, -0.130],  $p < .001$ . Die Teststärke dieser Korrelation beträgt  $(1 - \beta) = 0.96$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang F). Ebenfalls wurde auch ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen psychischen und physischen Belastungssymptomen und Hilfesuchverhalten  $r(188) = -.249$ , 95 % CI[-0.378, -0.111],  $p < .001$  gefunden. Die Teststärke bei diesem Zusammenhang beträgt ebenfalls  $(1 - \beta) = 0.96$  (Anhang G). Eine starke Korrelation besteht zwischen den Variablen psychische und physische Belastungssymptome und Burnout  $r(188) = .491$ , 95 % CI[0.375, 0.592],  $p < 0.01$ . Die Teststärke dieser Korrelation beträgt  $(1 - \beta) = 1.00$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang H). Ebenfalls zeigte sich eine starke Korrelation zwischen psychischen und physischen Belastungssymptomen sowie Motivationsverlust  $r(188) = .470$ , 95 % CI[0.351, 0.574],  $p < 0.01$ . Die Teststärke bei diesem Zusammenhang beträgt  $(1 - \beta) = 0.99$ . (Anhang I) Eine schwache Korrelation besteht zwischen Motivationsverlust und Burnout  $r(188) = .178$ , 95 % CI[0.037, 0.312],  $p < .005$ . Die Teststärke dieser Korrelation beträgt  $(1 - \beta) = 0.79$ . einen mittleren Effekt zu finden (Anhang J).

Zusammenfassend zeigt die Tabelle 13 somit einen mittleren negativer Zusammenhang zwischen dem Gesamtrisiko Burnout und dem Hilfesuchverhalten  $r(188) = -.264$ , 95 % CI[-0.392, -0.126],  $p < 0.01$ . Die Teststärke dieser Korrelation beträgt  $(1 - \beta) = 0.95$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang K).

## 5.7 Einfluss des Burnout-Risikos auf das Hilfesuchverhalten

Der Einfluss des Gesamtrisikos Burnout auf das Hilfesuchverhalten wurde anhand einer einfachen linearen Regression überprüft. Dabei soll die Frage beantwortet werden, ob und wie viel Prozent der Unterschiede im Hilfesuchverhalten durch das Gesamtrisiko erklärt werden können. Die unabhängige Variable ist das Gesamtrisiko Burnout, wohingegen das Hilfesuchverhalten die abhängige Variable der Regression kennzeichnet. Die folgenden Vorbedingungen zur einfachen linearen Regression wurden geprüft.

1. Lineare Beziehungen zwischen den Variablen
2. Keine Ausreißer
3. Unabhängigkeit der Residuen
4. Homoskedastizität
5. Normalverteilung der Residuen

Das Nicht-vorhanden-Sein von nicht linearen Beziehungen zwischen den Variablen ist im Streudiagramm (s. Abbildung 7) ersichtlich und damit gegeben. Gleichzeitig konnten quadratische oder andere Formen von Zusammenhängen ausgeschlossen werden.

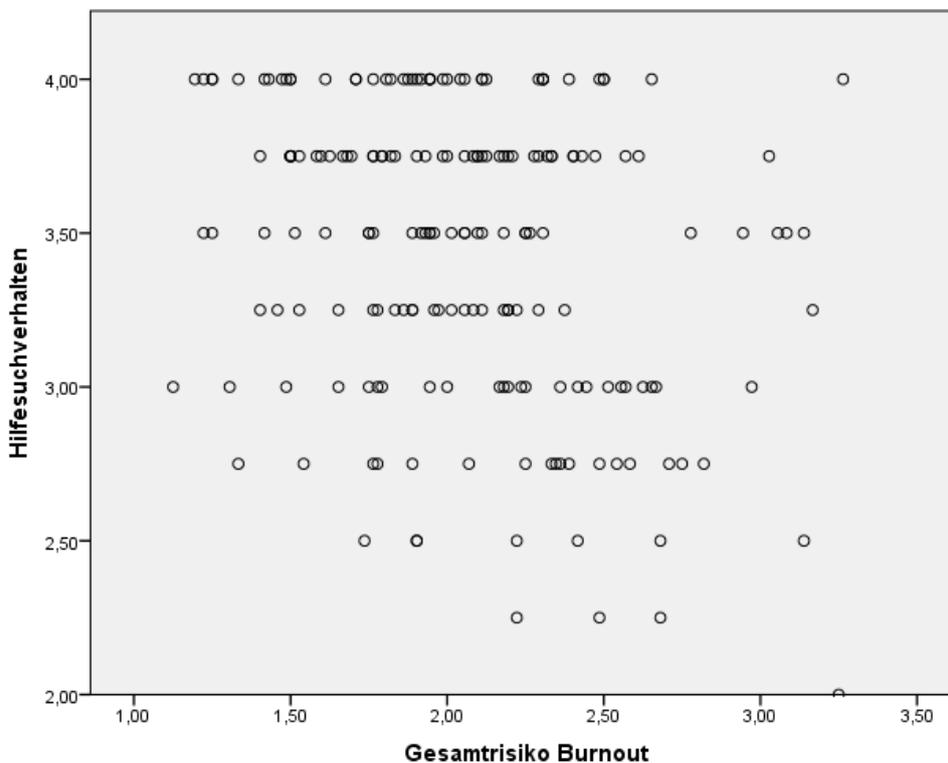


Abbildung 7. Lineare Beziehungen zwischen Hilfesuchverhalten und Burnout-Risiko

Mithilfe der Cook-Distanz wurde die Berechnung auf mögliche Ausreißer geprüft. Die Cook-Distanz ergab einen Wert von 0.127, weit unter dem erlaubten Maximum von unter 1.0, (Ausreißer) somit ist auch diese Voraussetzung erfüllt. Die Unabhängigkeit der Residuen wurde mit Durbin Watson überprüft (s. Tabelle 14), der Wert von 1.861 ist unter 2, somit ist auch diese Voraussetzung ist erfüllt. Die weitere Überprüfung der Homoskedastizität der Residuen mittels White-Test hat einen Wert von  $p = 0.07$  ergeben (s. Tabelle 15). Somit liegt Heteroskedastizität vor. Aufgrund dieser Verletzung wurde eine Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern durchgeführt. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen ist gegeben (s. Histogramm Abbildung 8).

Tabelle 14

*Ergebnisse der einfachen linearen Regression*

**Modellzusammenfassung<sup>b</sup>**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,285 <sup>a</sup>	,081	,077	,46143	1,861

a. Einflußvariablen : (Konstante), Risiko\_gesamt

b. Abhängige Variable: Hilfesuchverhalten\_gesamt

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	3,550	1	3,550	16,675	,000 <sup>b</sup>
	Nicht standardisierte Residuen	40,029	18	,213		
	Gesamt	43,579	18			
			9			

a. Abhängige Variable: Hilfesuchverhalten\_gesamt

b. Einflußvariablen : (Konstante), Risiko\_gesamt

**Parameterschätzungen mit robusten Standardfehlern**

Abhängige Variable: Hilfesuchverhalten

Parameter	Regressionskoeffizient B	Robuster Standardfehler	T	Sig.	95 %-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	4,072	,172	23,648	,000	3,733	4,412
Gesamtrisiko Burnout	-,306	,086	-3,566	,000	-,475	-,137

a. HC3-Methode

Tabelle 15

*White-Test auf Heteroskedastizität***White-Test auf Heteroskedastizität<sup>a,b,c</sup>**

Chi-Quadrat	df	Sig.
10,028	2	,007

a. Abhängige Variable: Hilfesuchverhalten\_gesamt

b. Testet die Nullhypothese, dass die Varianz der Fehler nicht von den Werte der unabhängigen Variablen abhängt.

c. Design: Konstanter Term + Risiko\_gesamt + Risiko\_gesamt \* Risiko\_gesamt

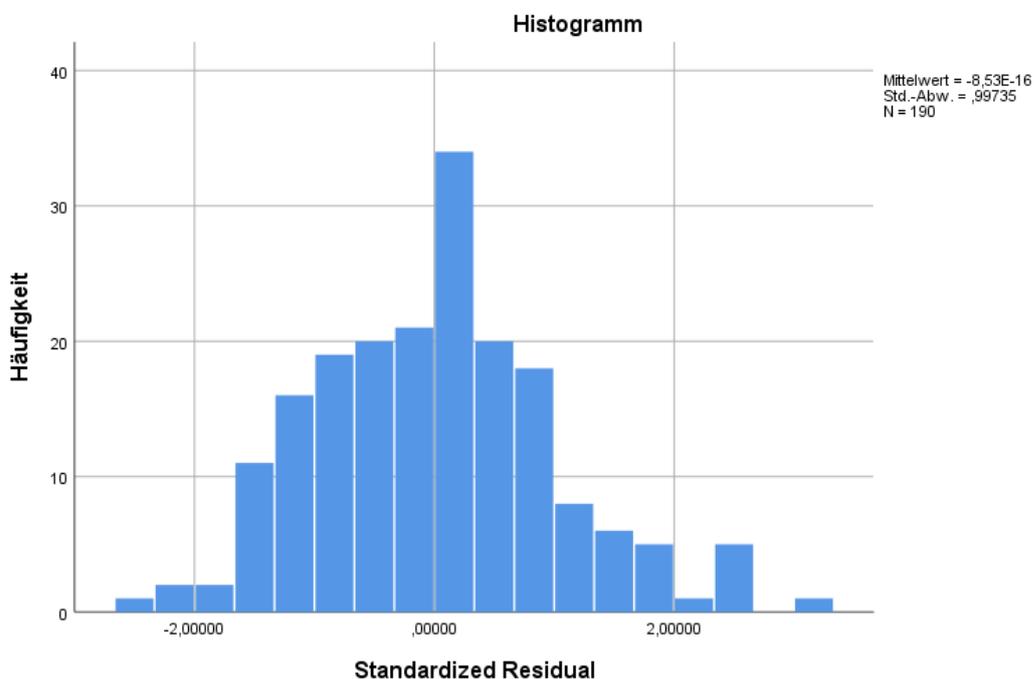


Abbildung 8. Normalverteilung der Residuen

Die einfache lineare Regression ergab einen  $R^2 = .081$ . Somit kann mithilfe des Modells 8 % der Varianz im Hilfesuchverhalten durch das Gesamtrisiko Burnout aufgeklärt werden. Die Teststärke der Regression beträgt  $(1 - \beta) = 0.99$  einen mittleren Effekt zu finden (Anhang L). Die gesamte Regression liefert statistische signifikante Voraussagen ( $F_{(1, 188)} = 16.68, p < .001$ ). Das Risiko ist ein signifikanter Prädiktor ( $\beta = -.306, t_{(188)} = -3.57, p < 0.01$ ), sodass eine Erhöhung um eine Einheit im Risiko eine Verringerung des Hilfesuchverhaltens von -0.36 Einheiten zur Folge hat. Somit ist die Hypothese 3 anzunehmen, da sowohl das Gesamtmodell signifikante Unterschiede im Hilfesuchverhalten aufklären kann als auch – wie bei einer einfachen linearen Regression mit nur einem Prädiktor logisch – der Prädiktor sich signifikant zur Vorhersage des Kriteriums äußert, sodass höhere Werte im Risiko für einen Burnout mit einem niedrigeren Hilfesuchverhalten einhergehen und der Zusammenhang negativ ist.

## 6 Diskussion

### 6.1 Einordnung der Ergebnisse in der bisherigen Forschung

Die erste Hypothese mit der Annahme, dass Personen, die schon einmal einen Burnout hatten, sich im Hilfesuchverhalten unterscheiden, konnte vorerst nicht angenommen werden. Wie im Ergebnisteil bereits aufgezeigt, ergab das Ergebnis keinen signifikanten Unterschied im Hilfesuchverhalten. Die Mittelwerte sind in beiden Gruppen sehr hoch, allerdings ist das Streuverhalten der Personen, die bereits einen Burnout hatten, größer. In dieser Gruppe gibt es auch Personen, die Hilfesuchverhalten eher ablehnen. Hinsichtlich des Stichprobenumfangs muss kritisch angemerkt werden, dass unter Berücksichtigung von  $\alpha = 0.05$  und einer Teststärke von  $(1 - \beta) = 0.60$  bedeutend mehr Probanden für einen kleinen Effekt ( $R^2 = 0.02$ ) in dieser Studie erforderlich wären. Die Prüfung mittels G\*Power 3.1 ergab eine optimale Stichprobengröße für einen kleinen Effekt von 2.342 Personen. Das Verhältnis der beiden Gruppen beträgt 1.952 (Gruppe 0) zu 390 (Gruppe 1). Die Berechnung ist im Anhang M beigefügt.

Die zweite Hypothese mit der Annahme, hinsichtlich eines möglichen Burnout-Risikos würden sich Frauen und Männer unterscheiden, konnte ebenfalls vorerst nicht angenommen werden. Auch hier zeigte das Ergebnis keinen signifikanten Unterschied im Hilfesuchverhalten. In der Wissenschaft sind geschlechtsspezifische Unterschiede im Hilfesuchverhalten belegt. So konnten Vasiliadis, Tempier, Lesage und Kates (2009) zeigen, dass Frauen vergleichsweise eher psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. Frauen nehmen psychologische Hilfe nicht nur häufiger in Anspruch, sondern sind dieser gegenüber im Gegensatz zu Männern auch positiver eingestellt (Burrick, 2014). Burrick (2014) erklärt das damit, dass sich Frauen wohler dabei fühlen, emotionale Erfahrungen zu teilen. Besonders bei emotionalen Problemen und depressiven Symptomen ist das Hilfesuchverhalten bei Männern niedriger. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dieser Umstand nicht auf eine geringere Behandlungsbedürftigkeit von Männern hindeutet, sondern auf eine Diskrepanz zwischen Hilfebedarf und Hilfesuchverhalten (Möller-Leimkühler, 2000). Der Grund hierfür liegt in den Normen traditioneller Maskulinität und traditioneller Rollenerwartungen. Die Vorstellung, dass Männer eher keine Schwäche zeigen dürfen, kann zu einem schwächeren Hilfesuchverhalten führen.

Die dritte Hypothese mit der Annahme, dass das Gesamtrisiko Burnout das Hilfesuchverhalten signifikant voraussagt, sodass Modell und Prädiktor gleichsam signifikant werden, konnte dagegen angenommen werden. Damit konnte gezeigt werden, dass das Gesamtrisiko Burnout einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten hat. Der Prädiktor Gesamtrisiko Burnout kann 8 % der Varianz des Hilfesuchverhaltens vorhersagen.

Das bedeutet, dass 92 % der Unterschiede im Hilfesuchverhalten nicht durch das Gesamtrisiko Burnout erklärt werden können. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um die Unterschiede diesbezüglich genauer zu ergründen. Es gibt also noch andere Einflussfaktoren. Bezugnehmend auf das HAPA-Modell kann die Risikowahrnehmung, also die Information bzw. Kenntnis eines Risikos oder eines erhöhten Risikos die Motivation zur Verhaltensänderung beeinflussen. Die Risikowahrnehmung alleine genügt aber nicht aus. Die Handlungsergebnis-Erwartung, also inwieweit mit einer Verhaltensänderung eine positive Veränderung stattfindet und die Selbstwirksamkeitserwartung spielen ebenso eine bedeutende Rolle. Desilgnore und Schnyder (2007) behaupten, dass Patienten in der Erwartung einer erfolgsversprechenden Veränderung, sich verstärkt innerhalb der Therapie einbringen und engagierend mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, wodurch sie einen größeren Nutzen haben. Es kann also von einem Zusammenhang zwischen einer positiven Handlungsergebnis-Erwartung mit einer stärkeren internalen Kontrollüberzeugung ausgegangen werden, da Betroffene der Überzeugung sind, mit ihrem Verhalten zu einer positiven Veränderung der Umstände mithelfen zu können. Diese Tatsache wiederum könnte das Hilfesuchverhalten verstärken. Damit verbunden ist auch die Selbstwirksamkeitserwartung, die stets mit Hilfesucherhalten im Kontext steht (Schreiber, 2010). Stress sowie eine stärkere externale Kontrollüberzeugung hängen mit einem geringeren Selbstwert zusammen, der eine bedeutende Rolle für die Selbstwirksamkeitserwartung spielt (Asberg und Renk, 2014). Die Selbstwirksamkeit in der motivationalen Phase hat wiederum einen Einfluss auf die Intention, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Gegebenheit, dass Motivationsverlust und Hilfesuchverhalten sowie Belastungssymptome und Hilfesuchverhalten moderat negativ miteinander korrelieren, könnte darauf zurückführbar sein. Es wird deutlich, dass neben der Risikowahrnehmung noch andere Faktoren das Hilfesuchverhalten beeinflussen.

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Forschungsfrage zu beantworten, ob ein höheres Burnout-Risiko mit einem höherem Hilfesuchverhalten einhergeht. Wie bereits im Ergebnisteil erwähnt, fand sich ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen dem eigenen Burnout-Risiko und dem Hilfesuchverhalten. Personen mit hohem Burnout-Risiko neigen also weniger dazu, Hilfesuchverhalten anzunehmen. Die Abbildungsnummer 9 der Regressionsgeraden zeigt, wie das Hilfesuchverhalten bei einem Burnout-Risiko abnimmt. Somit ist die Forschungsfrage der Arbeit, ob ein höheres Risiko mit einem stärkeren Hilfesuchverhalten einhergeht, zu verneinen.

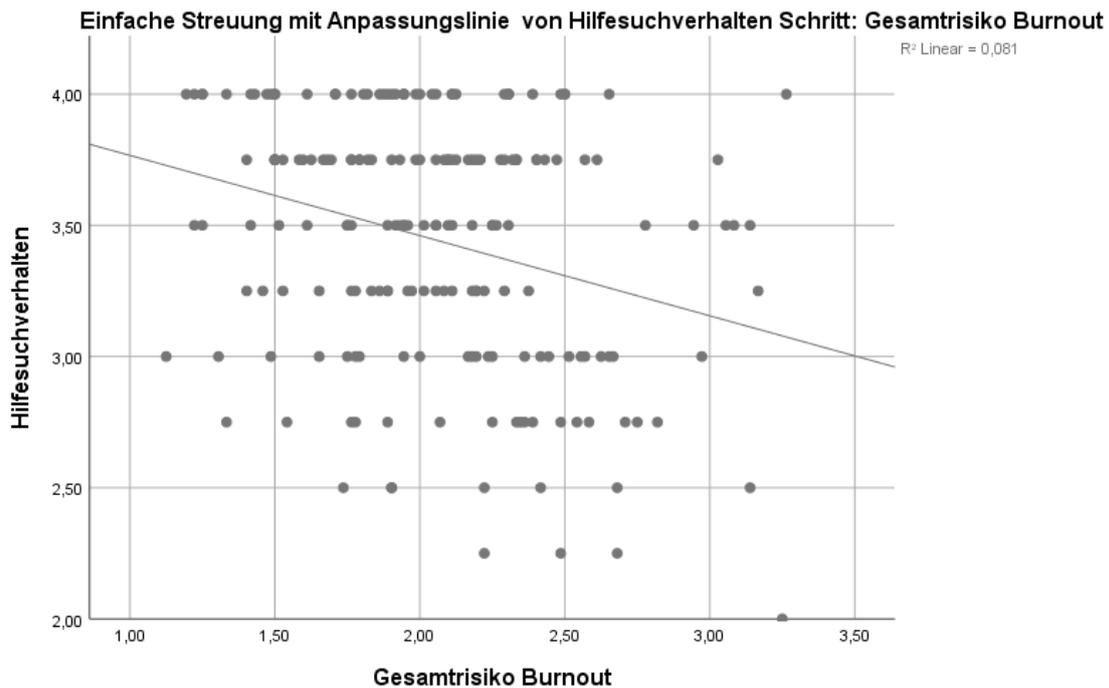


Abbildung 9. Regressionslinie

Wenn also angenommen werden kann, dass bei einem Burnout oder einem Burnout-Risiko das Risiko bekannt ist oder Beschwerden bestehen, gibt es andere Gründe, warum Hilfesuchverhalten abgelehnt wird. Ein möglicher Grund ist die Stigmatisierung des Themas Burnout. Dafür spricht, dass mehrheitlich die Teilnehmer das Thema Burnout gesellschaftlich als stigmatisierend empfinden. Ungefähr 75 % der Teilnehmer ( $N = 141$ ) waren dieser Meinung (trifft eher zu, trifft genau zu). Burnout ist im Vergleich zu einer Depression zwar mit einer geringeren Ablehnung verbunden (Bahmann, Angermeyer & Schomerus, 2013), dennoch haben Stigmatisierungen einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten. Die stärksten negativen Zusammenhänge sind Vorurteile gegenüber der Hilfesuche sowie zwischen der persönlichen Einstellung gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen und aktiver Hilfesuche (Schnyder, Panczak, Groth & Schultze-Lutter, 2017).

Diese Gegebenheit stellt auch die Arbeitgeber vor einer Herausforderung. Keiner der Teilnehmer würde bei einem möglichen Burnout oder etwaigen Risiken sich Vorgesetzten ( $N = 0$ ) anvertrauen. Nur ein Teilnehmer hat angegeben, dass er sich in diesem Fall einem Arbeitskollegen ( $N = 1$ ) anvertrauen würde. Die Arbeitgeber können in Form von Antistigmatisierungskampagnen, Aufklärungsarbeit und ein gutes betriebliches Gesundheitsmanagement zum Abbau von Stigmatisierungen beitragen sowie präventiv auf das Thema Burnout einwirken. Des Weiteren kann sich ein appbasiertes Training bei Berufstätigen positiv auf die Gesundheit auswirken, wie eine 14-tägigen Nutzung in Form einer Studie zeigt (Möltner, H., Leve, J. & Esch, T., 2018).

Für die Arbeitgeber stellt sich somit die Herausforderung, frühzeitig Risiken der Beschäftigten zu erkennen, um mögliche Ausfallzeiten sowie gestörte Betriebsabläufe zu verhindern. Des Weiteren stehen Arbeitgeber permanent im Wettbewerb zu anderen Unternehmen und die Herausforderungen des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels machen es zudem erforderlich, die Ausfallzeiten der Beschäftigten so gering wie möglich zu halten. Schließlich hat der Arbeitgeber gegenüber seinen Beschäftigten auch eine Fürsorgepflicht, die im rechtlichen Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verankert ist und primär der Prävention dienen soll. Besonders in prekären Arbeitsverhältnissen mit einer hohen Arbeitsbelastung, Arbeitsverdichtung, der Befristung von Arbeitsverträgen werden die Ursachen für Burnout ausfindig gemacht (Siegrist, 2013). Die Arbeitsbedingungen haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf die psychischen und physischen Belastungssymptome. Dieser Zusammenhang zeigt auch die starke Korrelation zwischen den unabhängigen Variablen Belastungssymptomen und Burnout  $r(188) = .491$ , 95 % CI[0.375, 0.592],  $p < 0.01$ .

Die Unterstützung eines Psychologen würden nur knapp 15 % der Teilnehmer bei einem Burnout oder einer Gefährdung in Anspruch nehmen ( $N = 28$ ). Nicht zu vernachlässigen ist der Aspekt, dass Betroffene zu selten begreifen, dass sie ein Problem haben, dass professionelle Hilfe erfordert (Boscarino, Adams, Stuber & Galea, 2005) und viele nicht erwarten, dass ihnen eine psychologische Behandlung helfen könnte (Codony et al., 2009). Immerhin sind sich ca. 20 % der Teilnehmer ( $N = 41$ ) nicht sicher, ob sie schon einmal einen Burnout hatten.

Dabei ist zu berücksichtigen, inwieweit die freien Kapazitäten und die Verfügbarkeit von Psychologen einen Einfluss auf das Ergebnis haben, zumal weniger Teilnehmer ( $N = 25$ ) einen Arzt konsultieren würden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Termine bei einem Arzt schneller verfügbar sind als bei einem Psychologen. Hier könnten Online-Tests zum Thema Burnout Abhilfe schaffen, die Mehrheit der Teilnehmer beurteilt die Vertrauenswürdigkeit allerdings gering ( $N = 113$ ). Ergebnisse einer Pilotumfrage zur Einstellungen gegenüber eHealth-Angeboten in Psychiatrie und Psychotherapie zeigten, dass die Befragten Psychologen, Neurologen und Psychiater im Allgemeinen positiv gegenüber eHealth gegenüber stehen. Die Befragten erwarten einen Nutzen, vor allen für Jugendliche und Erwachsene und für die Behandlungen von Depressionen und Angsterkrankungen. Zugleich fühlten sich die Befragten jedoch nicht ausreichend über eHealth-Angebote informiert (Surmann et al., 2016). Die Informationssuche von Gesundheitsinformationen anhand des Internets ist in Deutschland gängig. Oft werden auf Gesundheitsportalen Informationen zu Krankheitssymptomen gesucht. Allerdings werden Gesundheits-Apps noch bedeutend seltener genutzt (Link & Baumann, 2020).

Die Mehrheit der Teilnehmer würde sich bei einem Burnout Risiko der Familie anvertrauen ( $N = 99$ ), gefolgt von Freunden oder Bekannten ( $N = 28$ ). Informelle Hilfe in Sinne von sozialer Unterstützung durch das Umfeld kann die Inanspruchnahme professioneller oder formeller Hilfe (s. Modell des Hilfesuchverhaltens von Siegrist (1995) Stufe 4 unter Punkt 2.2 Hilfesuchverhalten) fördern, da die Familie oder Freunde/Bekannte die Betroffenen darin bestärken können, Hilfesuchverhalten aufzusuchen (Liang, Goodman, Tummala-Narra & Weintraub, 2005).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass viele Einflussfaktoren das Hilfesuchverhalten, sowohl positiv als auch negativ, beeinflussen. Im Hinblick auf Burnout ergibt sich die Schwierigkeit zum einen aus der heterogenen Beschreibung und der zum Teil inflationären Verwendung des Begriffs.

## **6.2 Limitationen der vorliegenden Studie und Implikationen für die zukünftige Forschung**

Für den Begriff Burnout existiert keine homogene Definition. In der korrelativen Zusammenhangsstudie wurde der Begriff Burnout weder beschrieben, noch wurde danach gefragt, was unter einem Burnout zu verstehen ist. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass die Teilnehmer dem Begriff Burnout unterschiedlich beschrieben hätten, zumal der Begriff sehr populär ist. Des Weiteren ist das Konstrukt Hilfesuchverhalten eher schwach, auch im Hinblick auf die anderen Konstrukte. Die Reliabilität lag bei  $\alpha = .66$ . Zum einen beinhaltet das Konstrukt nur vier Fragen, zum anderen gehen die Fragen nicht in dieselbe Richtung. Die Aussage „Ich bin mir nicht sicher, ob mir jemand bei einem möglichen Burnout helfen kann“, schließt ein Hilfesuchverhalten nicht komplett aus. Die Frage könnte auch so verstanden werden, dass Hilfesuchverhalten angenommen wird, aber der Betroffene sich nicht sicher ist, ob jemand bei einem Burnout helfen kann. Des Weiteren sind die Fragen „Angenommen Sie haben einen Burnout oder Sie weisen Risiken einer Gefährdung auf, wem würden Sie sich am ehesten anvertrauen“ und „welche Informationsquellen kommen für Sie bei einem möglichen Burnout/Burnout-Risiko infrage“ nicht im Konstrukt Hilfesuchverhalten enthalten. Die Antwortmöglichkeiten waren nicht im Likert-Format gestaltet, so dass eine Integration nicht möglich war. Die Handlungsergebnis-Erwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung, die wie erläutert einen Einfluss auf das Hilfesuchverhalten haben, wurden nicht untersucht.

Des Weiteren kann die Stichprobe, wie bereits unter 5.1 erläutert nicht als repräsentativ angesehen werden. Aus diesem Grund wurde auch nicht das Hilfesuchverhalten in einigen Gruppen aufgrund der geringen Teilnehmer untersucht. Die Anzahl der Betroffenen mit sehr hohen Werten  $> 3$  beim Gesamtrisiko war zudem gering ( $N = 8$ ).

Anzumerken ist noch, dass die Umfrage inmitten der Corona-Pandemie stattgefunden hat. Inwieweit das auf die Umfrage Auswirkungen hatte, konnte nicht beantwortet werden.

### **6.3 Implikation für die Praxis**

Burnout ist mit individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen verbunden. In einer sich immer schnelleren digitalisierten Arbeitswelt mit Zunahme der Arbeitsverdichtung steigen auch die Burnout Zahlen. Die Ergebnisse der Zusammenhänge zwischen Burnout und der Persönlichkeit der Zürich-Studie (Rössler, Hengartner, Ajdacic-Gross & Angst (2013) bieten dafür eine gute Grundlage. Die Persönlichkeitsmerkmale könnten anhand einer App abgefragt werden, um generell das Burnout-Risiko einzuschätzen. Auf der Seite <https://rekomendas.com/risiko.html> können Personen Gesundheitsrisiken zu bestimmten Themen abfragen. Analog dazu könnte ein Frühwarnsystem entwickelt werden, das Personen mit entsprechenden Fragen Auskunft darüber gibt, ob ein generelles Risiko hinsichtlich eines Burnouts vorhanden ist. Falls ja, könnten präventive Maßnahmen in Form von Bewältigungsstrategien und appbasierten-Gesundheitstraining als Handlungsempfehlung genannt werden.

## Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (2019): *Weltgesundheitsversammlung beschließt die ICD-11*. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103394/Weltgesundheitsversammlung-beschliesst-die-ICD-11> [abgerufen am 01.03.2021].
- Asberg, K. & Renk, K. (2014). Perceived stress, external locus of control, and social support as predictors of psychological adjustment among female inmates with or without a history of sexual abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(1), 59-84. <https://dx.doi.org/10.1177/0306624X12461477>
- Bahlmann, J., Schomerus, G., Angermeyer, M. C., (2013). „Burnout statt Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332891>
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2017). Fehlzeiten Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursache, Prävention, Bewältigung. Berlin: Springer-Verlag.
- Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H. et. al (2003). Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)*, 53(5), 213–222.
- Berger, M, Schneller, C & Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt* 2012, 11, 1364-1372. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-012-3582-x>
- Boscarino, J. A., Adams, R. E., Stuber, J., & Galea, S. (2005). Disparities in mental health treatment following the World Trade Center Disaster: Implications for mental health care and health services research. *Journal of Traumatic Stress*, 18(4), 287-297. <https://dx.doi.org/10.1002/jts.20039>
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Burrick, A. J. (2014). Responding to trauma: Help-seeking behavior and posttraumatic growth in a college sample. Honors Scholar Thesis. [https://digitalcommons.uconn.edu/srhonors\\_theses/373](https://digitalcommons.uconn.edu/srhonors_theses/373) [abgerufen am 10.05.2021].

Cartwright, S & Cooper, C.L. (2009). *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*. Oxford: University Press.

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R. et al.(2009). Perceived Need for Mental Health Care and Service Use Among Adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services*, 60(8), 1051–1058. <https://dx.doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1051>

Delsignore, A., & Schnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 467-483. <https://dx.doi.org/10.1348/014466507X226953>

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout* (2012). Berlin: DGPPN.

Dohrenbusch, R. & Scholz, O. B. (2002). Zur faktoriellen und kriterienbezogenen Validität des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM40). *Diagnostica*, 48(3), 150–158. <https://dx.doi.org/10.1026//0012-1924.48.3.150>

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 3-12.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*, 30, 159-165.

Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45, 231-246.

Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout Epidemie: Oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H. Beck.

Hillert A. (2012). Burnout: eine zeitgemäße psychische Störung? Geschichte, Konzepte, Perspektiven. *PSYCH up2date*, 6, 361–373. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1305103>

- Holling, H. & Gediga, G. (2011). *Statistik – Deskriptive Verfahren. Bachelorstudium Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Jaggi, F. (2008). *Burnout – praxisnah*. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.
- Korczak, D., Huber, B. (2012). Burn-out. Kann man es messen? *Bundesgesundheitsblatt* 55, 164-171. <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1404-0>
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60, 26-27.
- Liang, B., Goodman, L. A., Tummala-Narra, P. & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36, 71-84. <https://dx.doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>
- Link, B. G. & Phelan J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, E., & Baumann, E. (2020). Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren. *Bundesgesundheitsblatt*, 63, 681-689. <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-020-03144-5>
- Maslach, C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2nd ed). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson S.E. & Leiter MP. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3rd. ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Leiter M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout*. Berlin: Springer.

Möltner, H., Leve, J. & Esch, T. (2018). Burnout-Prävention und mobile Achtsamkeit: Evaluation eines appbasierten Gesundheitstrainings bei Berufstätigen. *Das Gesundheitswesen*, 80, 295-300. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0043-114004>

Renner, B., Schupp H. T. (2011). *The perception of health risks. The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University.

Reiter, T. (2020). Korrelation zwischen existenzieller Motivation & Burnout. Eine empirische Studie. *SFU Forschungsbulletin*, 2, 76-91.

Richardi, R. (2021). *Arbeitsgesetze* (98. Auflage). München: dtv Verlagsgesellschaft.

Rogler, L.H. & Cortes, D.E. (1993). Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 554-561.

Rook, M. (1998). *Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung: Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Rössler, W (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 65-69. <https://dx.doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>

Rössler, W., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. & Angst, J. (2013). Zusammenhang zwischen Burnout und Persönlichkeit. *Nervenarzt*. 84, 799–805. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3742-7>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.

Ryan, M. E., & Francis, A. J. P. (2012). Locus of control beliefs mediate the relationship between religious functioning and psychological health. *Journal of Religion & Health*, 51, 774-785. <https://dx.doi.org/10.1007/s10943-010-9386-z>

- Satow, L. (2013). Burnout-Mobbing-Inventar (BMI). Test- und Skalendokumentation. Markdorf: Psychomeda. <https://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.427>
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1989). *The Burnout Companion to Study & Practice. A Cital Analysis*. Padstow: Taylor & Francis International Ltd.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. & Schultze-Lutter, F., (2017). Associations between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Schomerus, G., (2009). Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiatrische Praxis*, 36, 53-54. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1090202>
- Schreiber, V. (2010). *Seeking mental health care after interpersonal traumatization*. Unveröffentlichte Dissertation, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9077/Schreiber\\_Dissertationsschrift\\_2010\\_online.pdf?sequence=1](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/9077/Schreiber_Dissertationsschrift_2010_online.pdf?sequence=1) [abgerufen am 15.05.2021].
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schwarzer, R. & Fleig, L. (2014). Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens – Ein langer Weg. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 64(5), 338-341. <https://dx.doi.org/10.1007/s40664-014-0055-z>
- Schwazer, J. (2020). *Burnout in Teams. Ursachenanalyse und Ableitung von Vorbeugungsmaßnahmen*. Wiesbaden: Springer.
- Shakespeare, W. (1940). *The Passionate Pilgrim*. New York: Scribner's.
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. (5. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.

- Siegrist, J. (2013). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt*, 84, 33-37. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-012-3667-6>
- Surmann, M., Bock, E. M., Krey, E., Burmeister, K., Arolt, V., Lencer, R. (2016). Einstellungen gegenüber eHealth-Angeboten in Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotumfrage auf dem DGPPN-Kongress 2014. *Nervenarzt*, 88, 1036-1043. <https://dx.doi.org/10.1007/s00115-016-0208-8>
- Uhle, T. & Treier, M. (2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Wiesbaden: Springer.
- Vasiliades, H.-M., Tempier, R., Lesage, A., & Kates (2009) : General practice and mental health care: Determinants of outpatient service use. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(7), 468-475.
- Weltgesundheitsorganisation. (2021a). ICD 11 for Mortality and Morbidity Statistics. QD85 Burnout. <http://id.who.int/icd/entity/129180281> [abgerufen am 01.03.2021].
- Weltgesundheitsorganisation. (2021b). Regionalbüro für Europa. Definition einer Depression. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> [abgerufen am 03.03.2021].
- Wirtz, M. A. (2020). *Lexikon der Psychologie (19. Aufl.)* Bern: Hogrefe Verlag.

## Anhang

### Anhang A Fragebogen



Liebe/r Teilnehmer/innen,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und an meiner Umfrage teilnehmen.

**Im Rahmen meiner Masterthesis im Studiengang „Angewandte Psychologie für die Wirtschaft“ führe ich eine Umfrage zum Thema „Motivation zum Hilfesuchverhalten bei Burnout-Risiko durch“. Für die Beantwortung der Fragen benötigen Sie keinerlei Vorkenntnisse bzw. persönliche Erfahrungen mit dem Thema Burnout.**

**Der erste Teil bezieht sich auf allgemeine Angaben zu Ihrer Person. Im weiteren Verlauf werden Fragen zu beruflichen und privaten Belastungssymptomen gestellt und deren möglichen psychischen und physischen Folgen. Es folgen Fragen zur Einstellung zum Hilfesuchverhalten bei einem möglichen Burnout-Risiko.**

**Wichtig ist: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte wählen Sie möglichst die Antwort aus, die Ihnen spontan als zutreffendste erscheint. Die vollständige Beantwortung aller Fragen erhöht die wissenschaftliche Verwertbarkeit.**

**Es handelt sich um eine freiwillige Teilnahme, die ab 16 Jahren möglich ist. Der Zeitumfang beträgt ca. 10-15 Minuten.**

**Für jede Teilnahme werde ich einen Beitrag von 0,50 € an die Robert-Enke-Stiftung spenden.**

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement.**

**Wenn Sie noch weitere Fragen haben, melden Sie sich gerne unter  
Holger.Leue@pfh.de**



**Teil A: Allgemeine Angaben zu Ihrer Person**

A1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- männlich
- weiblich
- divers

A2. Bitte geben Sie Ihr Alter an.

A3. Bitte geben Sie Ihren Familienstand an.

- ledig
- verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
- dauerhaft getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet
- Sonstiges

Sonstiges

A4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Schul- oder Hochschulabschluss an?

- kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife/Hochschulreife
- abgeschlossenes Hochschulstudium
- Promotion
- Sonstiges

Sonstiges





**A5. Was machen Sie beruflich?**

- Schüler/in
- Berufsschüler/in
- Student/in
- Angestellte/r
- Beamte/r
- Selbständig
- Rentner/in oder Pensionär/in
- Elternzeit, Hausfrau/-mann
- arbeitsuchend
- Sonstiges

Sonstiges

**A6. Wie hoch ist das gesamte Netto-Einkommen aller Mitglieder Ihres Haushalts?**

- 0 € - 1.000€
- 1.000 € - 2.000€
- 2.000 € - 3.000€
- 3.000 € - 4.000€
- 4.000 € - 5.000€
- mehr als 5.000 €

## Teil B: Fragen zu beruflichen und privaten Belastungen

Denken Sie bei den folgenden Fragen an Ihre Arbeit oder alltägliche Tätigkeiten und Aufgaben. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

**B1.**

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich habe bei meiner Arbeit/Tätigkeit viel Zeit für andere Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe schon seit langem unter großen Druck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends bin ich von meiner Arbeit/Tätigkeit oft völlig erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nur noch an die Arbeit/meine Tätigkeit und sonst an nichts mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann bei meiner Arbeit/Tätigkeit kaum Pausen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit/Tätigkeit stehe ich ständig unter großem Druck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich anstrengen wie ich will, die Arbeit wird nicht weniger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von meinem Aufgaben oft völlig überfordert und erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Teil C: Fragen zur Motivation

Denken Sie bei den folgenden Fragen an Ihre Arbeit oder alltägliche Tätigkeiten und Aufgaben. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

C1.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich merke schon seit längerem, dass ich immer weniger Lust zu meiner Tätigkeit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich heute noch mal die Wahl hätte, würde ich eine andere Tätigkeit / einen anderen Beruf wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Lust mehr, mich bei meinen Aufgaben wirklich anzustrengen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Tätigkeit kann ich noch viele Dinge erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Tätigkeit macht mir auch heute noch großen Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Tätigkeit erfüllt mich mit Stolz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Tätigkeit denke ich an viele andere Dinge, die mir wichtiger sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher hat mich meine Tätigkeit sehr interessiert, doch mittlerweile habe ich jedes Interesse verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teil D: Fragen zu psychischen und physischen Belastungssymptomen

Stress und Druck können körperliche und psychische Symptome verursachen. Welche Symptome haben Sie bei sich in den letzten sechs Monaten beobachtet?

D1.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft ausgebrannt und leer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich schlecht konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück und bin dann so verzunken, dass ich nichts mehr mitbekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft zu nichts mehr Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich grübele oft über mein Leben nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Teil C: Fragen zur Motivation

Denken Sie bei den folgenden Fragen an Ihre Arbeit oder alltägliche Tätigkeiten und Aufgaben. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

C1.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich merke schon seit längerem, dass ich immer weniger Lust zu meiner Tätigkeit habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich heute noch mal die Wahl hätte, würde ich eine andere Tätigkeit / einen anderen Beruf wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Lust mehr, mich bei meinen Aufgaben wirklich anzustrengen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine Tätigkeit kann ich noch viele Dinge erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Tätigkeit macht mir auch heute noch großen Spaß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Tätigkeit erfüllt mich mit Stolz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Tätigkeit denke ich an viele andere Dinge, die mir wichtiger sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher hat mich meine Tätigkeit sehr interessiert, doch mittlerweile habe ich jedes Interesse verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teil D: Fragen zu psychischen und physischen Belastungssymptomen

Stress und Druck können körperliche und psychische Symptome verursachen. Welche Symptome haben Sie bei sich in den letzten sechs Monaten beobachtet?

D1.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich leide häufig unter Magendrücken oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe stark ab- oder zugenommen (mehr als 5kg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide häufig unter Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft ausgebrannt und leer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich schlecht konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ziehe mich häufig in mich selbst zurück und bin dann so verrückt, dass ich nichts mehr mitbekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft zu nichts mehr Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich grübele oft über mein Leben nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Teil E: Fragen zum Burnout

E1. Ist das Thema Burnout Ihrer Meinung nach gesellschaftlich stigmatisiert?

trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Hatten Sie bereits einen Burnout?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir nicht sicher.	<input type="checkbox"/>

E3. Haben Sie sich schon einmal mit dem Thema Burnout beschäftigt?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

### Teil F: Hilfesuchverhalten Burnout

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen und Fragen. Wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen spontan als die zutreffendste erscheint.

F1.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich bin mir nicht sicher, ob mir jemand bei einem möglichen Burnout helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, die stark sind, werden mit einem Burnout auch allein fertig und benötigen keine fremde Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sollte das Mitteilen seines Problems (Burnout) nicht als Schwäche empfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sollte stark genug sein, ohne fremde Hilfe beim Burnout zurechtzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Angenommen Sie haben einen Burnout oder Sie weisen Risiken einer Gefährdung auf, wem würden Sie sich am ehesten anvertrauen?

Familie	<input type="checkbox"/>
Freunde und Bekannte	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin/Betriebsarzt/Betriebsärztin	<input type="checkbox"/>
Arbeitskollege/in	<input type="checkbox"/>
Vorgesetzter/e	<input type="checkbox"/>
Betriebsrat/Personalrat	<input type="checkbox"/>
psychologische Hilfe	<input type="checkbox"/>
Niemandem	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Sonstiges



**F3. Welche Informationsquellen kommen für Sie bei einem möglichen Burnout/Burnout-Risiko infrage? (Mehrfachauswahl möglich)**

- keine
- fachliche Beratung (Arzt/Ärztin/Psychologe/in)
- Reportagen/Dokumentationen
- persönlicher Austausch (Familie und Freunde)
- Literatur
- Onlinemedien
- Sonstiges

Sonstiges

**F4. Wie beurteilen Sie die Vertrauenswürdigkeit von Online-Tests zum Thema Burnout?**

- sehr  
 gering      gering      hoch      sehr hoch  
 —  —  —

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.**



## Anhang B Teststärke t-Test Burnout gehabt?

Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses

**Test family** t tests

**Statistical test** Means: Difference between two independent means (two groups)

**Type of power analysis** Post hoc: Compute achieved power - given alpha, sample size, and effect size

**Input parameters**

Tail(s) Two

Effect size d 0,5

alpha err prob 0,05

Sample size group 1 125

Sample size group 2 24

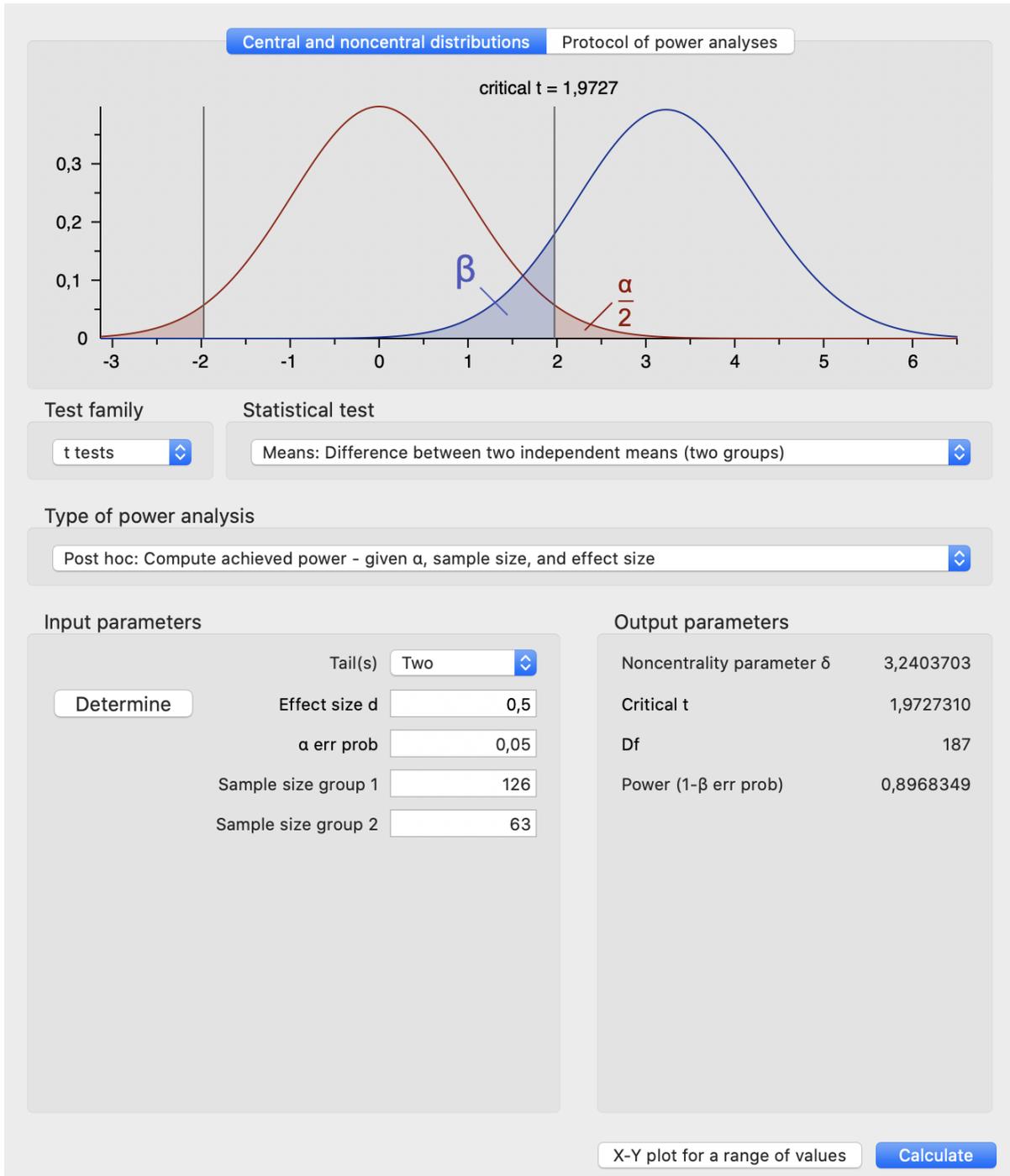
Determine

**Output parameters**

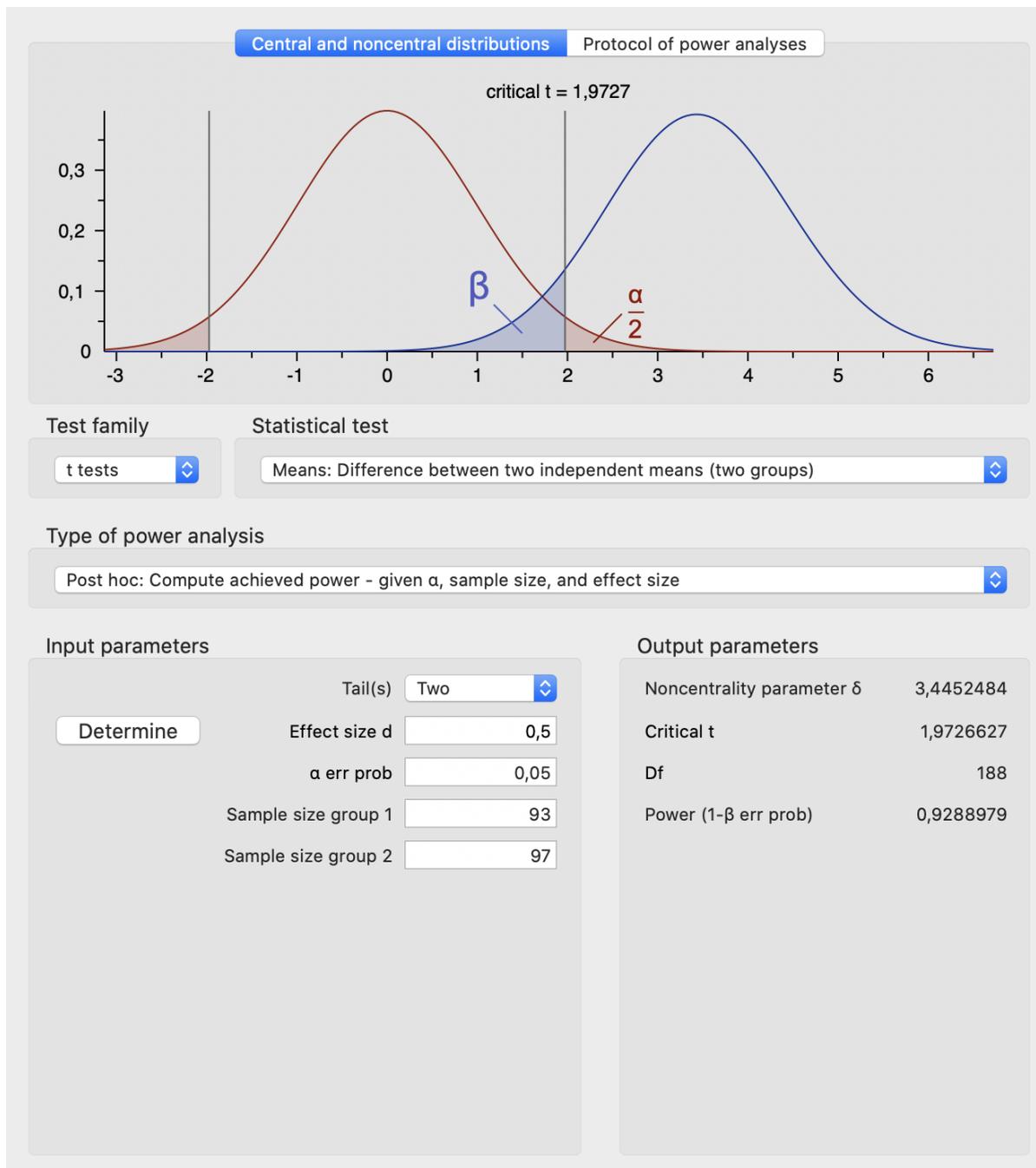
Noncentrality parameter $\delta$	2,2435590
Critical t	1,9762333
Df	147
Power (1- $\beta$ err prob)	0,6060184

X-Y plot for a range of values
Calculate

## Anhang C Teststärke t-Test Geschlechter



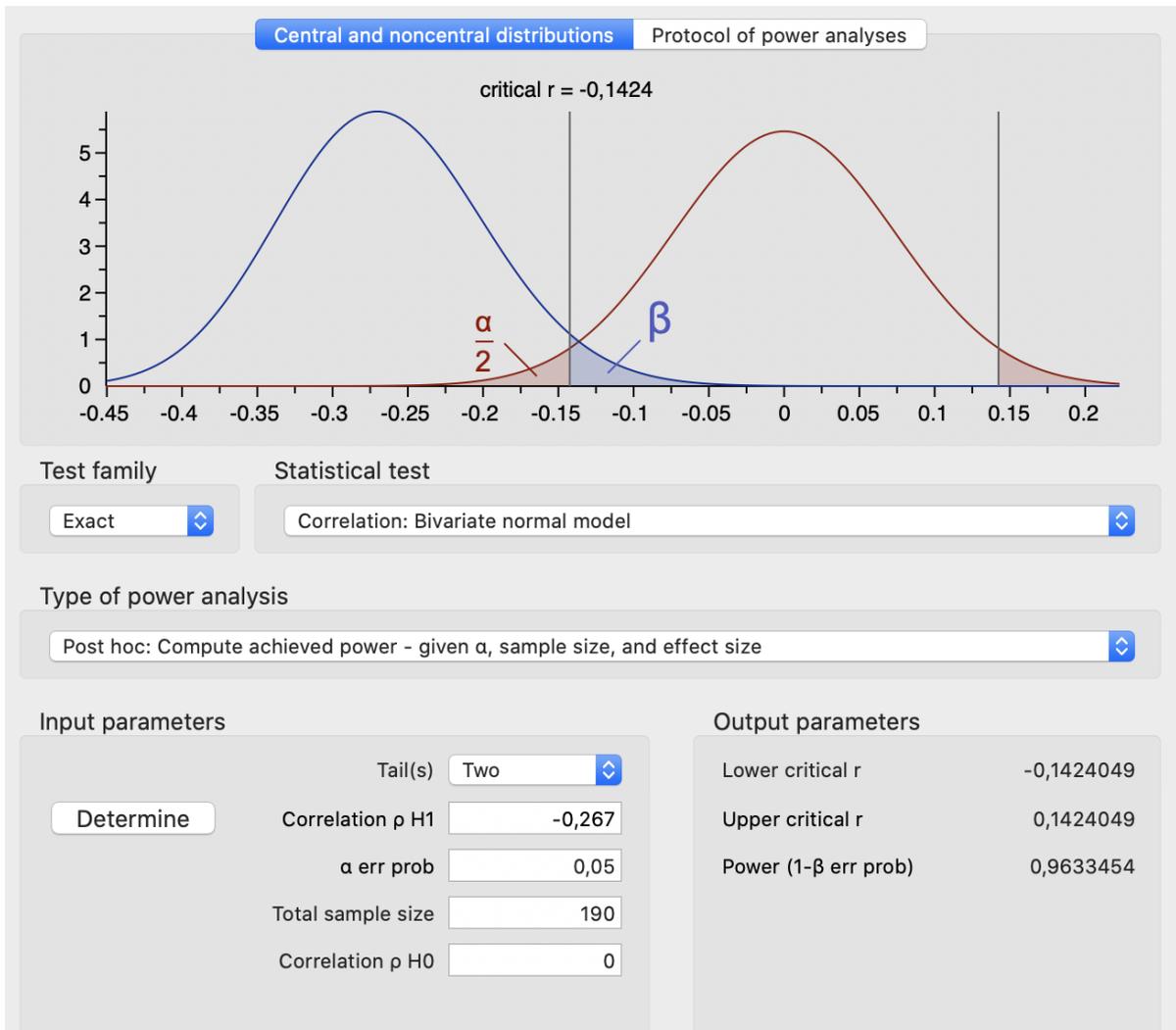
## Anhang D Teststärke Median Split Alter



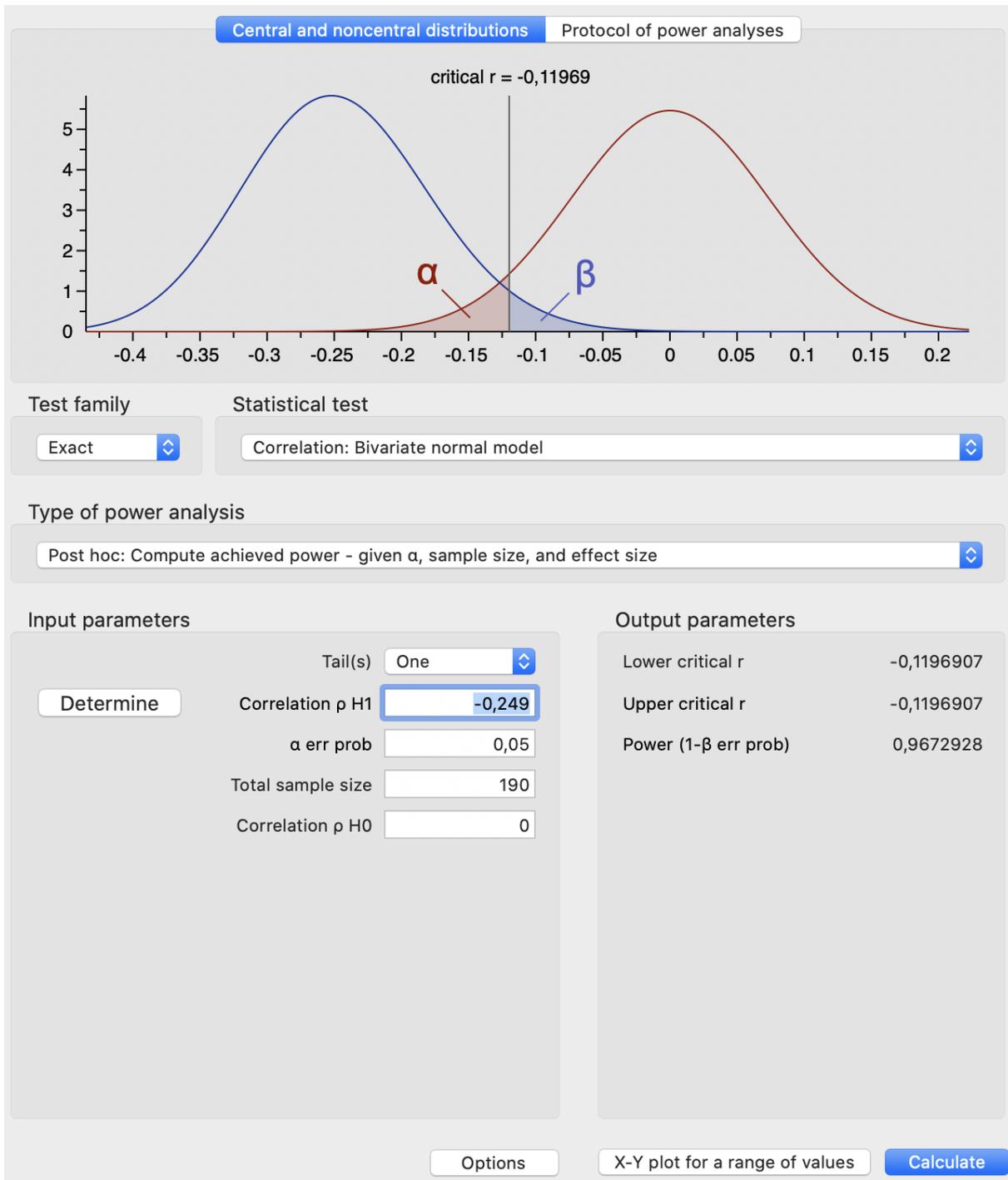
**Anhang E Mittelwerte Hilfesuchverhalten der jeweiligen Gruppen**

<b>Deskriptive Statistik</b>				
	<b>Auswahl</b>	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Standardfehler</b>
<b>Hilfesuchverhalten</b>	Arzt/Ärztin	25	3,51	0,87
	Familie	98	3,45	0,45
	Freunde	30	3,42	0,11
	psychologische Hilfe	28	3,35	0,90

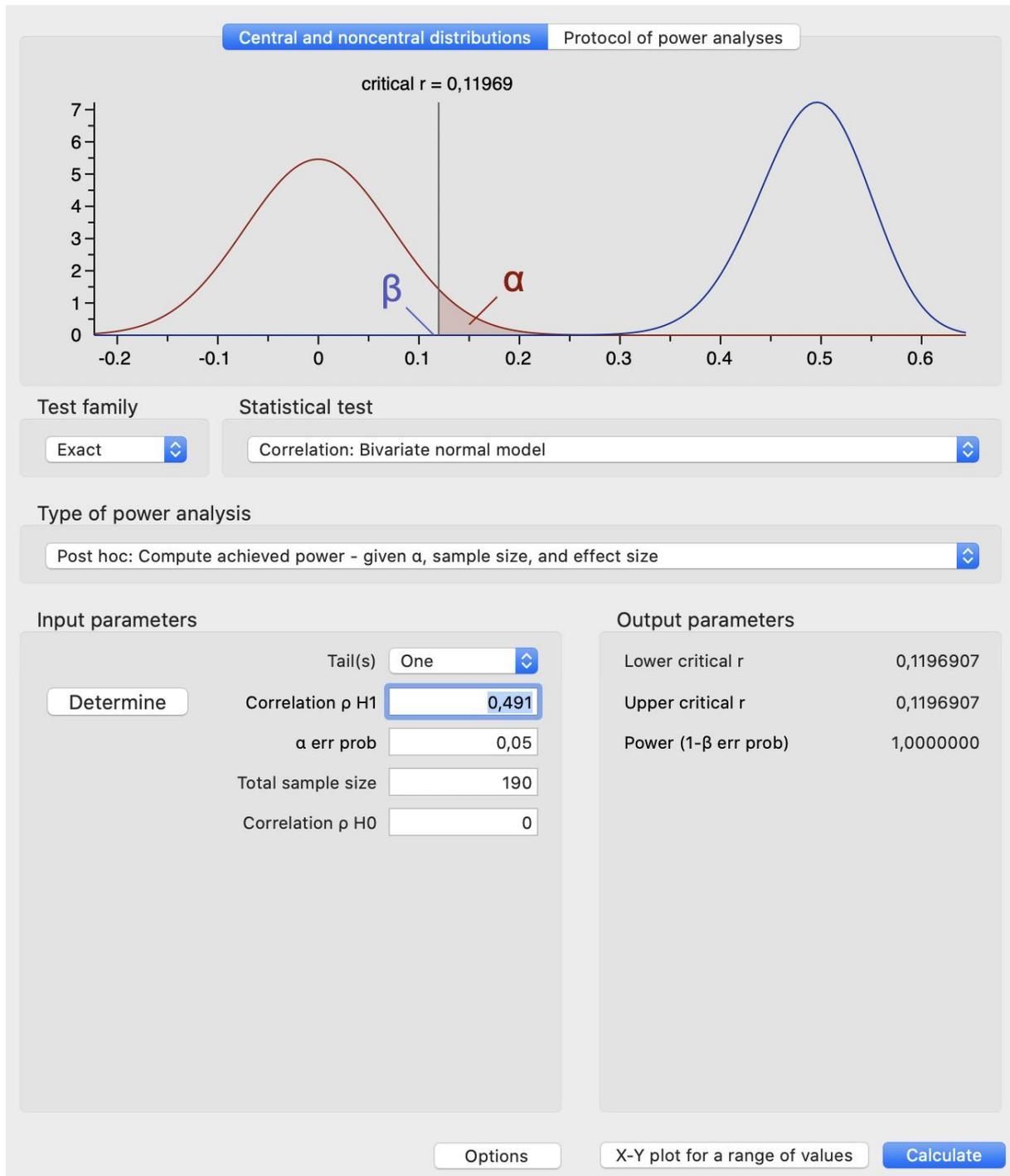
### Anhang F Teststärke zwischen Motivationsverlust und Hilfesuchverhalten



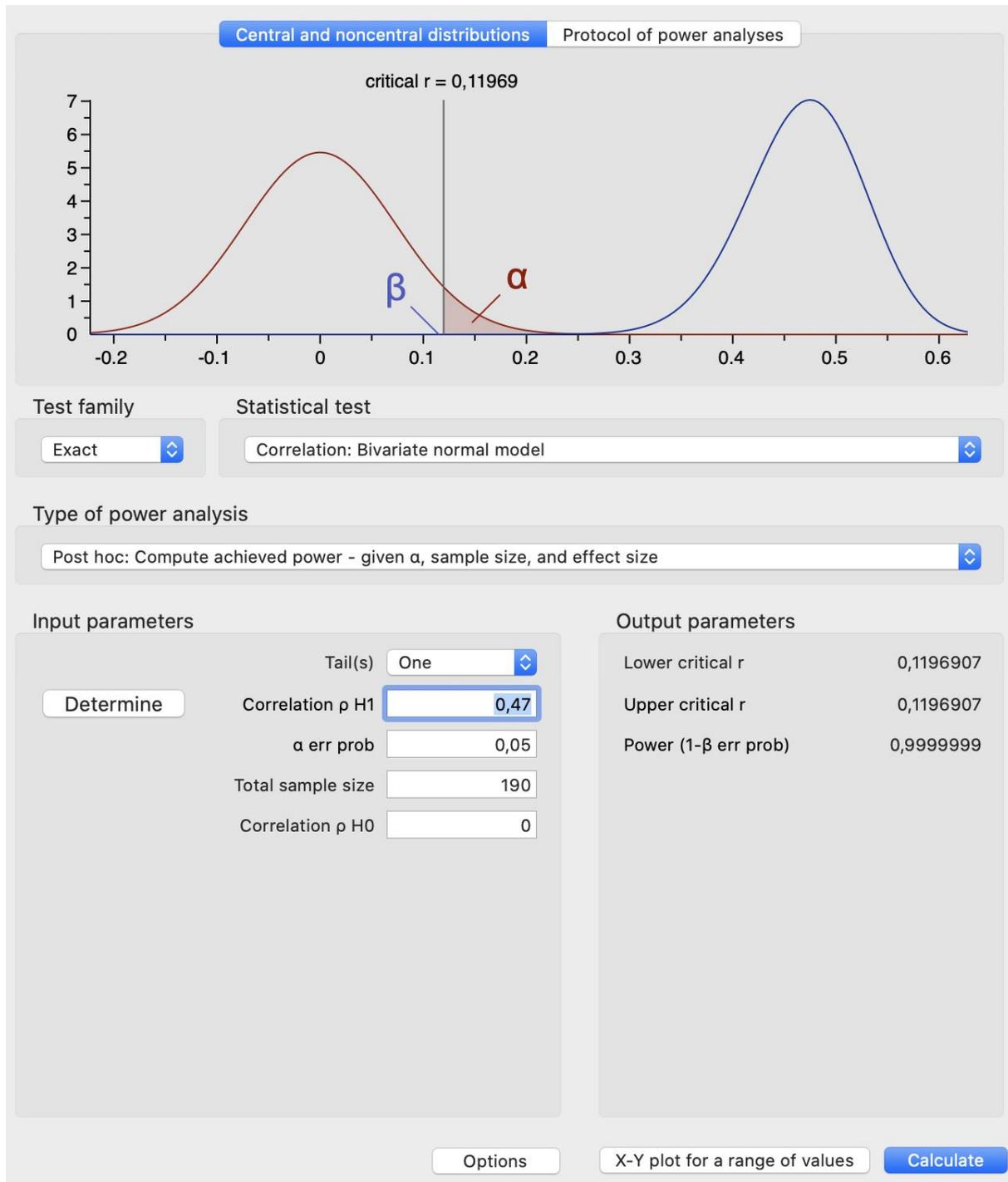
### Anhang G Teststärke zwischen Belastungssymptomen und Hilfesuchverhalten



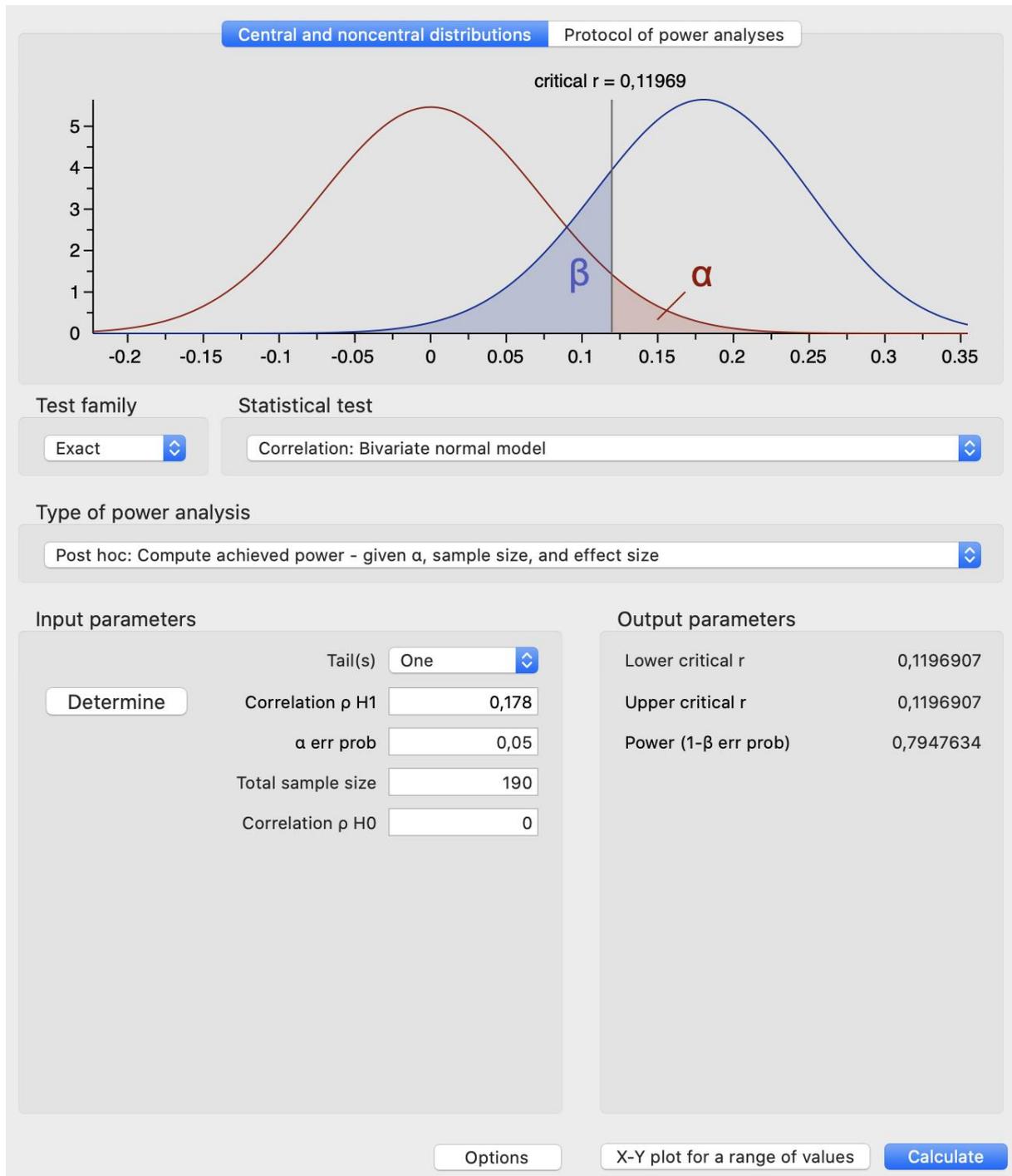
## Anhang H Teststärke zwischen Belastungssymptomen und Burnout



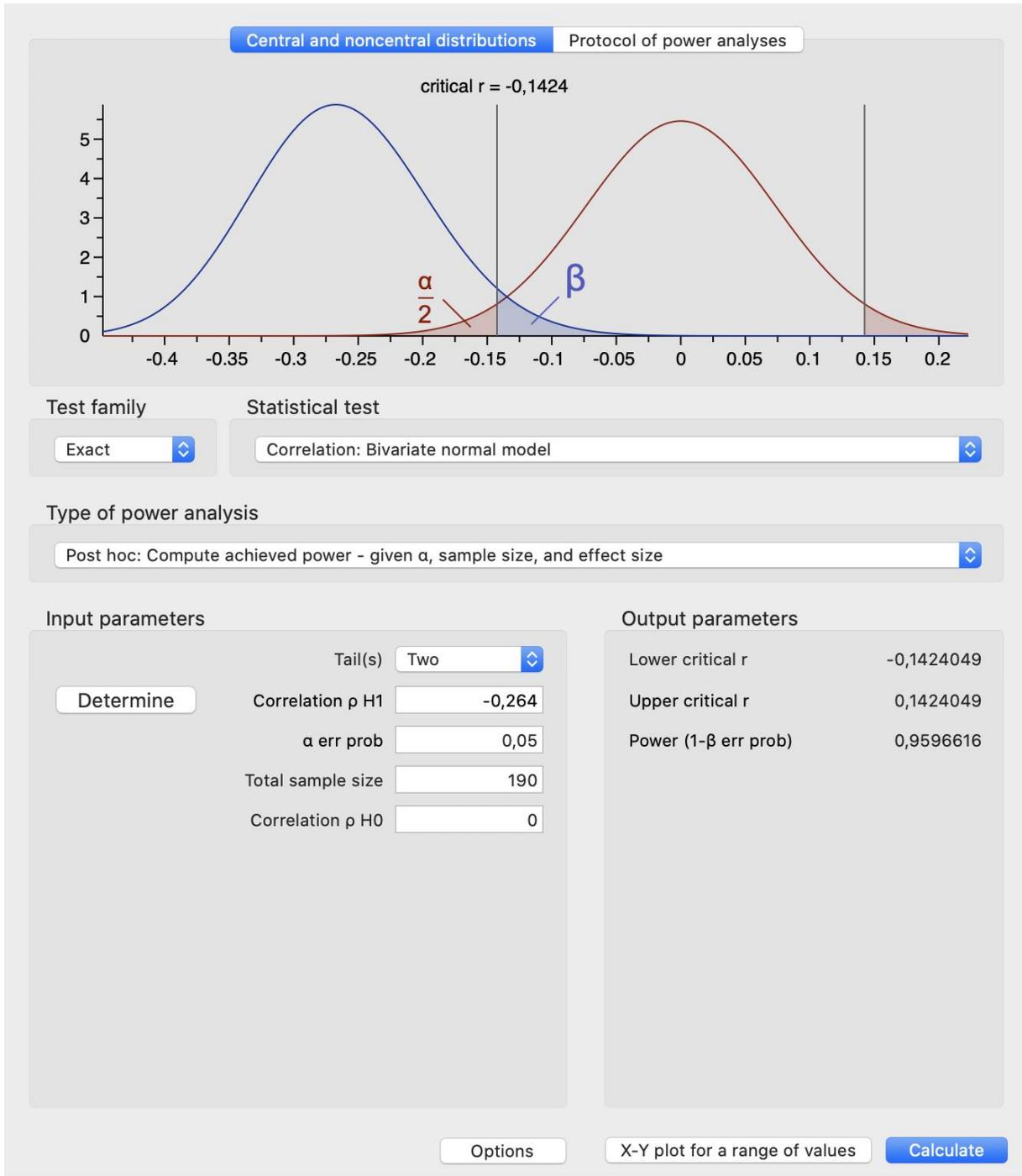
## Anhang I Teststärke zwischen Belastungssymptome und Motivationsverlust



## Anhang J Teststärke zwischen Motivationsverlust und Burnout

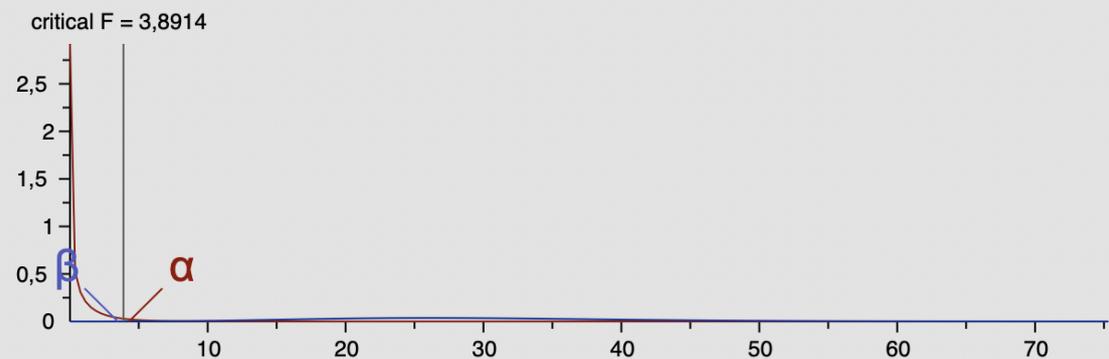


## Anhang K Teststärke zwischen Gesamtrisiko und Hilfesuchverhalten



## Anhang L Teststärke Regression

Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses



Test family

F tests

Statistical test

Linear multiple regression: Fixed model, R<sup>2</sup> deviation from zero

Type of power analysis

Post hoc: Compute achieved power - given α, sample size, and effect size

Input parameters

Determine

Effect size f<sup>2</sup>

α err prob

Total sample size

Number of predictors

Output parameters

Noncentrality parameter λ 28,5000000

Critical F 3,8913981

Numerator df 1

Denominator df 188

Power (1-β err prob) 0,9995976

X-Y plot for a range of values
Calculate

## Anhang M Teststärke optimale Stichprobengröße Burnout gehabt?

Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses

critical t = 1,961

Test family

t tests

Statistical test

Means: Difference between two independent means (two groups)

Type of power analysis

A priori: Compute required sample size - given alpha, power, and effect size

**Input parameters**

Determine

Tail(s) Two

Effect size d 0,2

alpha err prob 0,05

Power (1-beta err prob) 0,95

Allocation ratio N2/N1 5

**Output parameters**

Noncentrality parameter $\delta$	3,6058592
Critical t	1,9609783
Df	2340
Sample size group 1	390
Sample size group 2	1952
Total sample size	2342
Actual power	0,9499547

X-Y plot for a range of values
Calculate

## Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Hannover, den 06.06.2021



Holger Leue