

AUS DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
bei Lehrerinnen und Lehrern im Kontext
psychosomatischer Krankheitsneigung**

**Darstellung naturalistischer Stichproben
in Bayern und Berlin**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Leopold Maximilian Batka
aus München

2014

AUS DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
bei Lehrerinnen und Lehrern im Kontext
psychosomatischer Krankheitsneigung**

**Darstellung naturalistischer Stichproben
in Bayern und Berlin**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Leopold Maximilian Batka
aus München

2014

Dekan: Professor Dr. Dr. T. E. Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Loew

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Karin Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Dezember 2014

Zusammenfassung

447 Lehrer und Lehrerinnen wurden im Jahr 2007 mittels Fragebögen untersucht (23% davon männlich), 185 im Rahmen eines Burnout Präventionsangebots (Präventions-Stichprobe=PS), 262 die sich in stationäre psychosomatische Behandlung (klinische Stichprobe=KS) begeben hatten. Testinstrument war unter anderem ein Fragebogen der Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) erfasste, zusammenfassend das berufliche Engagement, und der Screening-Fragebogen VDS-90, der die allgemeine psychische Gesundheit der Teilnehmer abprüfte. In der Präventivstichprobe fand sich der epidemiologisch zu erwartende Anteil von Teilnehmern, bei denen Hinweise auf solche Erkrankungen aufgezeigt wurden. Im Vergleich zu einer im selben Zeitraum erfassten Eichstichprobe (n=18.095 Lehrer) zeigte die Präventions-Stichprobe bemerkenswerte Unterschiede:

Tendenziell sind bereits bei der an einem Burnout-Vorbeugungs-Programm interessierten Stichprobe die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, das Perfektionsstreben, das Erfolgserleben im Beruf und die Lebenszufriedenheit reduziert; die Resignationstendenz ist ausgeprägter, offensive Problembewältigung eingeschränkter, ebenso die Innere Ruhe/Ausgeglichenheit und das Erleben sozialer Unterstützung. Weiterhin zeigten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen der Präventions- und der klinischen Stichprobe bei dem beruflichen Ehrgeiz, der Distanzierungsfähigkeit, der Inneren Ruhe/Ausgeglichenheit, dem Erfolgserleben im Beruf, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung, die bei den behandelten Lehrerinnen und

Lehrern reduziert sind; überrascht hat uns der Befund bei der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, die bei dieser Gruppe sogar ausgeprägter ist als bei der Präventions-Stichprobe. Daraus kann man ableiten, dass die Patienten, die sich sogar in eine stationäre klinische psychosomatische Behandlung begeben, um alle Therapiemöglichkeiten ausschöpfen, durchaus und vielleicht sogar besonders motiviert sind, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Die beiden Gruppen unterschieden sich jedoch nicht bei der Verausgabungsbereitschaft, dem Perfektionsstreben, der Resignationstendenz und der offensiven Problembewältigung. Perfektionsstreben, Resignationstendenz und Problembewältigung scheinen überdauernde Persönlichkeitsfaktoren zu sein, deren individuelle Spezifität bereits in der Frühphase des beruflichen Selbstmanagements und der präventiven Psychohygiene vermehrt Berücksichtigung finden sollte, da genau diese charakterlichen Ausprägungen tendenziell in Richtung des Risikotyps B – also dem Burnout – nach Schaarschmidt – im Sinne von geringem beruflichem Engagement und beruflichem Ehrgeiz sowie reduzierter Bedeutsamkeit der Arbeit. Der AVEM eignet sich – bestätigen die Ergebnisse dieser Studie – ideal zum Monitoring beruflicher Belastung bei Lehrern. Veränderungen des Arbeitsverhaltens- und Erlebens korrelieren klar mit klinisch relevanter Belastung. Epidemiologisch finden sich geschlechtsabhängig Unterschiede bei der Bewertung, der eigenen Einstellung zur Arbeit und dem berufsbezogenen Coping. Regionale Unterschiede bei der Arbeitsbewertung und dem Arbeitsverhalten konnten nicht aufgezeigt werden.

Abstract

In 2007 447 teachers (23% of whom are male) were examined using questionnaires, 185 in the context of a burnout prevention offer (prevention sample=PS), 262 were already patients of psychosomatic treatment (clinical sample=KS). Test instrument, among others, was a questionnaire about work-related experience and behavior patterns (AVEM), and the screening questionnaire VDS-90 for a general overview of the mental health of the participants. In the preventive sample the epidemiologically expected proportion of participants was found showing signs of mental illnesses. Compared to a calibration sample (n=18,095 teachers) registered during the same period, the prevention sample showed remarkable differences:

The teachers interested in a burnout prevention offer already showed a tendency for a reduced subjective importance of work, pursuit of perfection, fewer successful experiences at work, and generally a reduced satisfaction in life; the resignation tendency is more pronounced, aggressive problem solving reduced, as is the inner peace/stability and the experience of social support. Furthermore we showed highly significant differences between the prevention and the clinical sample regarding professional ambition, distancing ability, inner peace/stability, the experience of success at work, life satisfaction and the experience of social support, all of which are reduced in the treated teachers; although we were surprised to see a higher subjective importance of work in the clinical sample than in the prevention sample. This finding can lead to the assumption, that patients, who are willing to undergo clinical

psychosomatic treatment in order to exhaust all treatment options, are quite possibly even more motivated to return to the workplace. However, the two samples did not differ in the commitment, the striving for perfection, the resignation tendency or problem solving. Striving for perfection, resignation tendency and problem solving seem to be enduring personality factors, whose individual specificity should be considered already in the early stages of professional self-management and preventive mental hygiene, because exactly these characterological manifestations tend towards risk type B – burnout, after Schaarschmidt – in meaning of low professional commitment and professional ambition and reduced importance of work. The AVEM is – confirmed by the results of this study – ideal for monitoring occupational strain among teachers. Changes in work related behavior and experience correlate clearly with clinically relevant stress. Gender-dependent differences can be found epidemiologically in the assessment, the attitude towards work and career-related coping. Regional differences in job evaluation and job behavior could not be identified.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Abstract	5
Einleitung	10
Burnout-Situation der Lehrer im medialen Echo	10
Forschungsarbeiten zu Burnout bei Lehrern	12
Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum	12
Internationale Arbeiten	16
Fragestellung	22
Methodik	23
Untersuchungsinstrumente	23
Statistische Methodik	30
Stichprobenbeschreibung und Untersuchungsdesign	31
Ergebnisse	33
Demographische Befunde	33
Fragebogen AVEM	33
Vergleich von AVEM und VDS90	52
Diskussion	54
Vor- und Nachteile der Online-Befragung	54
Zusammenhänge zwischen Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und psychiatrischer Erkrankung	55
Anhang	62
Literaturverzeichnis	62
Fragebögen	80
VDS-90	80
AVEM	86
Lebenslauf	92
Danksagung	94

Einleitung

Burnout-Situation der Lehrer im medialen Echo

„Für mich gibt es Wichtigeres im Leben als die Schule.“ (Mark Twain) Dieses Zitat beschreibt treffend das Verhältnis vieler Schüler zu Schule und Lernen, gerade „in großen Klassen äußern sich Schüler kritischer zu Verhaltensweisen und Erziehungspraktiken von Lehrern“ (30). Weltweite Vergleichsstudien der Bildungssysteme, wie das seit dem Jahr 2000 in dreijährigem Turnus von der OECD durchgeführte „Programme for International Student Assessment“ (PISA-Studie), führen in den teilnehmenden Ländern bei den Kultusministern und den ausführenden Organen, den Lehrern, zu Leistungsdruck, der an die Schüler weitergegeben wird. So steht aus der „Perspektive der Lernenden eindeutig der Leistungsdruck im Vordergrund“ (59). Diese Umstände erschweren die Aufgabe der Lehrerschaft, ihre Schüler zu motivieren und ihnen den Lehrstoff in angemessener Zeit zu vermitteln, und können Stressfaktoren für den Lehrenden darstellen. Viele Studien haben noch weitere Stressoren ermittelt, z.B. Probleme mit Schülern, deren Eltern, Kollegen, der Schulleitung oder zu großen Klassen (2, 51, 64). Wenn die Lehrer diesem Stress keine positiven Ressourcen entgegensetzen können, sind psychische und psychosomatische Probleme die Folge, wie z.B. die Entstehung eines Burnout-Syndroms (43, 65, 71, 83).

Obwohl Burnout im ICD-10 der WHO bis heute nur als Zusatzdiagnose Z73.0: Burnout-Syndrom erfasst ist, und nicht als

Behandlungsdiagnose, wird der Begriff „Burnout“ in den Populärmedien häufig gebraucht. So berichtete die Zeitschrift „Spiegel Wissen“ im Heft 1/2011 ausführlich über das Burnout-Syndrom. Zur Verbreitung des Begriffs beigetragen haben auch Studien mit großer Teilnehmerzahl, die für öffentliches Interesse gesorgt haben. So wurde im Jahr 1998 eine Studie zur Gesundheit von Beamten durchgeführt, als das Burnout-Syndrom noch nicht das mediale Echo fand, wie es heutzutage der Fall ist. Eines der ersten groß angelegten Projekte zur Erforschung der gesundheitlichen Situation der Beamtenschaft in Bayern stammt aus dem Institut und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg unter Leitung von Dr. med. Andreas Weber. In der Studie zur „Sozialmedizinischen Evaluation gesundheitlich bedingter Frühpensionierungen von Beamten des Freistaates Bayern“ aus dem Jahr 1998 bildeten Lehrkräfte mit einem Anteil von 63% die größte Beamtengruppe. Den bei weitem größten Anteil an den Hauptdiagnosen der amtsärztlichen Begutachtung zur Frühpensionierung unter den Lehrkräften hatten psychische und Verhaltensstörungen mit 39%, die damit mehr als doppelt so häufig diagnostiziert wurden wie die häufigste körperliche Erkrankung. Von diesen psychischen und Verhaltensstörungen wiederum bildeten neurotische-, Belastungs-, und somatoforme Störungen mit 41% den größten Anteil. (4, 15, 18, 20, 88)

Dass es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung handelt, hin zu einer zunehmenden Anzahl psychischer Erkrankungen, wird durch eine Studie der Techniker Krankenkasse

bestätigt. Die Anzahl der Krankschreibungen in Deutschland, die auf die Diagnose „Burnout-Syndrom“ zurückzuführen ist, hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Insgesamt sind in diesen zehn Jahren die krankheitsbedingten Fehltage im Beruf wegen psychischer Erkrankungen um 40% gestiegen (29, 50, 75, 76).

Lehrer sind keineswegs die einzige Berufsgruppe, die außergewöhnlich häufig am Burnout-Syndrom erkrankt. Praktisch alle Berufe, zu deren Ausübung der enge, persönliche Kontakt mit anderen Menschen gehört, wie beispielsweise bei Ärzten, Krankenschwestern, Pflegepersonal oder Sozialarbeitern sind überdurchschnittlich oft in unterschiedlichem Maße von Burnout betroffen. Zahlreiche Studien bestätigen diese Beobachtung (1, 7, 8, 11, 12, 14, 19, 21, 25, 27, 38, 49, 52, 60, 70, 85, 89).

Forschungsarbeiten zu Burnout bei Lehrern

Die psychische Gesundheit von Lehrkräften war und ist sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Raum ein beliebtes Forschungsthema. Entsprechend groß ist die Anzahl der verfügbaren Studien, hier kann also nur ein kleiner Überblick über die relevanten Arbeiten zum vorliegenden Thema kurz vorgestellt werden.

Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum

In der Bundesrepublik Deutschland stellen vorzeitige Berentungen ein volkswirtschaftliches Problem dar. Der demographische Wandel zwingt die sozialen Sicherungssysteme, Frühinvalidität und die damit verbundenen Kosten möglichst einzudämmen. Zum genaueren

Verständnis dieses Problems untersuchte Weber die bayrische Beamenschaft, in der Lehrkräfte mit einem Anteil von 63% die größte Beamtengruppe darstellen. Diese wiesen mit ca. 56% einen doppelt so hohen Anteil an vorzeitigen Pensionierungen wegen Dienstunfähigkeit auf wie die übrigen Beamten, nur Vollzugsbeamte mit ca. 50% Frühinvalidität erreichten ähnlich hohe Werte. Ferner wurde jeder vierte Lehrer bereits vor Erreichen des 55. Lebensjahres in den Ruhestand versetzt. Das Kollektiv dieser Querschnittsstudie besteht aus allen amtsärztlichen Begutachtungen zur Frage von Dienstunfähigkeit, die vom 01.01.1985 bis zum 30.06.1995 in den Gesundheitsämtern Erlangen und Fürth durchgeführt worden sind, woraus sich ein Gesamtkollektiv von 370 begutachteten Beamten ergibt. Davon waren 232 Lehrer, von denen wiederum 192 als dienstunfähig eingestuft wurden. Gründe für die Dienstunfähigkeit waren in absteigender Reihenfolge psychische und Verhaltensstörungen mit 39%, Muskel-/Skelettkrankheiten mit 17%, Herz- und Kreislauferkrankungen mit 14%, bösartige Neubildungen mit 7%, Verletzungen mit 6%, Krankheiten des Nervensystems mit 4% und sonstige Leiden mit 13%. Psychische Krankheiten machten in jedem Jahr den größten Teil der Hauptdiagnosegruppen aus, und obwohl sich die Zahl der darauf beruhenden Diagnosen mehr als verdoppelt hat, verglichen mit 1985, konnte kein eindeutiger Trend zu einer kontinuierlichen Zunahme an psychischen Leiden konstituiert werden. Auch Unterschiede zwischen Real- und Gymnasiallehrern sowie Grund- und Hauptschullehrern waren nicht feststellbar. Bei allen Altersgruppen unterhalb des 60. Lebensjahres waren psychische Krankheiten die größte Gruppe, wobei Frauen häufiger darunter zu

leiden schienen als Männer. Innerhalb der psychischen- und Verhaltensstörungen bildeten neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 41% die größte Gruppe. Auffällig ist, dass der Anteil psychischer Störungen in der vorliegenden Stichprobe fast doppelt so hoch ist wie in der Angestelltenrentenversicherung, hier gibt Weber zu bedenken, dass psychische Leiden, bei ausreichendem „Durchhaltevermögen“ des dienstunwilligen Beamten, ein sicherer Weg in die Dienstunfähigkeit sind. Allerdings hält er es auch für möglich, dass die Arbeitsanforderungen an Lehrer höher sind als die individuelle Belastbarkeit. Er erwähnt auch das damals hauptsächlich im anglo-amerikanischen Raum bekannte Burnout-Syndrom als berufsbedingte stressassoziierte Gesundheitsbeeinträchtigung, worunter er ein psycho-physisches Erschöpfungssyndrom versteht, zu dessen Entstehung Arbeitsüberlastung und anhaltender Stress die entscheidende Rolle spielen. Da die vorliegende Studie aber nicht für die Erforschung dieses Phänomens angelegt worden war, geht Weber nicht näher darauf ein (88).

Da psychosomatische Beschwerden in Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom der Hauptgrund für die zunehmende vorzeitige Berentung von Lehrern sind, versucht Bauer 2006 den Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und deren psychologischen Folgen herauszufinden. Dazu wurde eine Gruppe von 408 Gymnasiallehrern an zehn verschiedenen Gymnasien im Südwesten Deutschlands befragt. Um den Umgang mit der Arbeitsbelastung zu messen, wurde der AVEM-Fragebogen verwendet, und zur Analyse der psychologischen und

psychosomatischen Beschwerden der SCL-90-R-Fragebogen. Von den befragten Lehrern litten laut AVEM 32,5% unter Burnout, 17,7% waren dem Risikomuster A zuzuordnen, während 35,9% das Muster Schonung und nur 13,9% ein gesundes Verhältnis zur Arbeit, also Muster G, aufwiesen. Das Risikomuster B war signifikant höher bei weiblichen, geschiedenen und Teilzeit arbeitenden Lehrkräften. Als Hauptursache der Arbeitsbelastung sehen die Lehrer die große Schüleranzahl pro Klasse, und das aggressive und kontraproduktive Verhalten der Schüler. Laut SCL-90-R-Fragebogen zeigten 20% der Teilnehmer einen schweren Grad an psychologischen und psychosomatischen Symptomen, wobei das nach AVEM ermittelte Burnout-Muster signifikant mit hohen psychologischen und psychosomatischen Symptomen korrelierte (5).

Stoeber und Rennert untersuchten den Einfluss, den Perfektionsstreben auf Stress, Bewältigung und Burnout von Lehrern hat. Perfektionismus als Persönlichkeitsmerkmal zeichnet sich durch ein Streben nach Fehlerlosigkeit und dem Setzen von extrem hohen Ansprüchen an die eigene Leistung aus. Typischerweise wird daher Perfektionismus mit einem hohen Stressniveau und Burnout in Verbindung gebracht. Hier gilt es zu bedenken, dass man zwei Unterformen des Perfektionismus finden kann, die sich deutlich unterscheiden, auch und gerade im Hinblick auf Stresserleben und Burnout. Einerseits gibt es das Streben nach Perfektion, dass als normal und gesund eingestuft werden kann, wie z.B. hohe persönliche Ansprüche, auf die eigene Person bezogenen Perfektionismus und das Streben nach Fehlerlosigkeit. Auf der

anderen Seite stehen perfektionistische Bedenken, die für ungesund gehalten werden, z.B. Bedenken wegen jeglicher Fehler, Zweifel an eigenem Verhalten und Taten, sowie gefühlter Druck „perfekt“ zu sein, um sich dem sozialen Umfeld anzupassen. Letztere Ausprägung des Perfektionismus zeigt positive Korrelation mit dem Auftreten von Stress, während das perfektionistische Streben diese Korrelation nicht aufweist. Um nun diese beiden Muster in Verbindung mit Burnout zu untersuchen wurden 118 Lehrkräfte von weiterführenden Schulen in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen mittels Maslach-Burnout-Inventory, dem „Multidimensional Inventory on Perfectionism in Sports“ und dem „Erfurt Stress Inventory for Teachers“ befragt, und diese Daten mittels Regressionsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Streben nach Perfektion und gefühlter Leistungsdruck, der von Kollegen kam, nicht zu vermehrtem Stress und Burnout führten, während der von Schülern und, signifikant höher, von deren Eltern aufgebaute Druck mögliche zum Burnout beitragende Faktoren sind. Wie bereits vermutet zeigte auch das Streben nach Perfektion praktisch keine Assoziation mit einem höheren Stresslevel, da Personen mit diesem Wesenszug potentielle Stressfaktoren eher als Herausforderung ansehen, und Probleme aktiver angehen (80).

Internationale Arbeiten

McCann und Holt widmen 2009 eine Studie der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den Jahren der Online-Lehrtätigkeit, dem Geschlecht, dem Bildungsniveau, der akademischen Ausbildung und Burnout bei Lehrenden an Online-Universitäten in den USA. Ferner wurde der Stresslevel von klassisch Lehrenden

und Online-Lehrern verglichen. Online-Unterricht ist im amerikanischen Bildungssektor der am stärksten wachsende Markt, 3,5 Millionen Hochschülern belegten im Jahr 2006 mindestens einen Online-Kurs. Während der gesamte Bildungsmarkt zwischen 2002 und 2006 um 1,5% jährlich wuchs, nahm der Online-Bildungssektor um 21,5% zu. Mit diesem Wachstum wurde auch ein vermehrtes Auftreten von Burnout bei den Lehrenden erwartet. McCann und Holt verwendeten das Maslach-Burnout-Inventory und einen demographischen Fragebogen, um die Neigung zu Burnout zu analysieren. Von 650 angeschriebenen Online-Lehrkräften in den ganzen Vereinigten Staaten von Amerika wurden 65 ausgefüllte Fragebögen retourniert und statistisch ausgewertet. Es zeigte sich, dass die Werte für emotionale Erschöpfung bei Online-Unterrichtenden niedriger angesiedelt sind als bei regulären Lehrkräften, und mit der Anzahl an Berufsjahren geringer wurde. Selbiges gilt für die Werte für Depersonalisation, auch diese waren niedriger als bei normalen Lehrern, und verbesserten sich mit zunehmender Lehrerfahrung. Die persönliche Leistungsfähigkeit wurde von den Befragten ähnlich hoch wie die von regulären Lehrern eingeschätzt, das Selbstwertgefühl der online Lehrenden scheint sich also zu steigern. Es wurde keine Korrelation zwischen dem Geschlecht der Lehrenden und Burnout gefunden, gleiches gilt für die Jahre der Lehrerfahrung und das Bildungsniveau. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die Online-Lehrer weniger Stress empfanden als ihre im Frontalunterricht eingesetzten Kollegen, was einerseits durch die beschränkte Anzahl an unterschiedlichen Formaten des Online-Unterrichts erklärt werden kann, wodurch schneller ein Gewöhnungseffekt eintritt, und

andererseits durch eine höhere Motivation der Schüler, die es dem Lehrenden erlaubt, sich mehr auf den Kursinhalt zu konzentrieren als darauf, Schüler zu motivieren. Auch die Möglichkeit von daheim aus zu arbeiten kann einen stressreduzierenden Umstand darstellen, z.B. wird die tägliche Hin- und Rückfahrt zur Arbeitsstelle, und aller damit einhergehende Stress, vermieden. Die Autoren geben hinsichtlich ihrer Ergebnisse allerdings zu bedenken, dass viele der online unterrichtenden Lehrer nebenher noch in einer gewöhnlichen Schule tätig sind, was die psychische Gesundheit beeinflussen kann. Schlussendlich wurde festgestellt, dass normale Lehrkräfte ein höheres Stressniveau durch ihre Arbeit erleben als online Unterrichtende (48).

Travers und Cooper führten in Großbritannien eine groß angelegte, nationale Studie über Stress bei Lehrern durch. Dazu wurden 5000 zufällig ausgewählte Lehrer aller Schularten angeschrieben, von denen 1790 an der Studie teilnahmen. Der Fragebogen beinhaltete mehrere Kategorien: demographische Informationen, z.B. Geschlecht, Alter und Jahre im Beruf, Fragen zu gesundheitsrelevantem Verhalten, wie Rauchen, Trinken und Drogenmissbrauch, psychische Gesundheitsstörungen, gemessen mittels Crown-Crisp Experiential Index, Zufriedenheit im Beruf, Ursachen von Stress im Beruf, Bewältigungsmuster und soziale Unterstützung. Es stellte sich heraus, dass die Lehrerschaft ein höheres Niveau an psychischen Krankheiten aufwies als der nationale Durchschnitt, und zwar bei Angst-, somatoformen und depressiven Störungen. Ein Viertel der Lehrer wies sogar höhere Durchschnittswerte auf als eine Vergleichsgruppe

psychoneurotischer Patienten in ambulanter Behandlung. Die weiblichen Lehrer wiesen bei allen Skalen des CCEI (Crown-Crisp Experiential Index) höhere Werte auf als ihre männlichen Kollegen. An Grundschulen beschäftigte Lehrkräfte litten ebenfalls signifikant häufiger an psychischen Leiden als jene an weiterführenden Schulen, was man zuerst durch den höheren Anteil an Frauen bei den Grundschullehrern zu erklären versuchte. Dies war jedoch nicht der Fall, auch männliche Grundschullehrer zeigten vermehrt psychische Krankheiten, was auf ein strukturelles Problem in dieser Schulart schließen ließ. Da die befragten Lehrer insgesamt eine schlechtere psychische Gesundheit aufwiesen als vergleichbare Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte oder Krankenschwestern, vermuteten die Autoren eine mögliche Ursache im Umfeld des schulischen Alltags. Viele der Befragten, im speziellen ältere Lehrkräfte, sehr engagierte und jene mit schlechten Bewältigungsstrategien, wollten kündigen, und suchten aktiv nach einer neuen Betätigung, oder strebten eine frühzeitige Verrentung an. Unzufriedenheit mit dem Lehrerberuf wurde hauptsächlich einer schlechten Schulleitung zugeschrieben, aber auch mangelndes gesellschaftliches Ansehen und fehlende Aufstiegsmöglichkeiten spielten eine Rolle. Die Autoren sahen hier eine Möglichkeit verbessernd einzugreifen: mehr Freiräume in der Gestaltung der Arbeit, eine bessere Schulung zur Bewältigung von Stresssituationen und frühzeitiges Integrieren der Lehrerschaft in gesetzessbedingte Änderungen (82).

Friedman untersuchte in einer Studie die Einflüsse der Schule auf das Auftreten von Burnout-Symptomen der in ihr beschäftigten

Lehrkräfte. Zu diesem Zweck wurde der organisatorische Aufbau von Schulen mit einem hohen Anteil an Lehrern mit Burnout mit jenem verglichen, in denen wenige Lehrende an Burnout litten. Das Maslach-Burnout-Inventory in Verbindung mit einigen demographischen Fragen wurde benutzt, um 1597 Lehrer in 78 Grundschulen zu befragen, davon 1485 Frauen und 112 Männer. Das mittlere Alter lag bei 34 Jahren, 63% der Befragten waren israelischer Herkunft, 20% europäisch oder amerikanisch, und 17% waren afro-asiatischen Ursprungs. 88% waren verheiratet, 12% waren Single, geschieden oder verwitwet, 87% der Lehrer hatten bereits Kinder, meist im Grundschulalter. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 11,5 Jahren. In der ersten Phase wurde zuerst für jeden einzelnen Lehrer ein Wert auf der Burnout-Skala berechnet, und zusätzlich ein addierter Gesamtwert für jede einzelne Schule. Anhand dieses Gesamtwertes konnten die Schulen unterteilt werden in stark Burnout-gefährdete Schulen, wozu 8 Schulen gehörten, und wenig Burnout-gefährdete Schulen, zu denen 10 Schulen gezählt wurden. Die zweite Phase befasste sich einige Wochen später mit den Unterschieden in Arbeitskultur und –Klima zwischen den beiden Schulgruppen. Hierzu wurden von jeder Gruppe sechs, von den äußeren Umständen möglichst ähnliche, Schulen ausgewählt und von erfahrenen Gutachtern näher untersucht. Friedmann konnte darstellen, dass sich High-Burnout-Schulen von Low-Burnout-Schulen in einigen Aspekten signifikant unterschieden. So hatten fast alle High-Burnout-Schulen gut messbare Lernziele festgelegt, um den Lernfortschritt zu überprüfen, und eine lange Tradition von erfolgreichen Absolventen, die als gute Schüler galten. Ziel der Schulen war es,

ihren Schülern eine gute Arbeitsweise beizubringen, wozu an sich als erfolgreich erwiesen habenden, lange bestehenden, Rahmenbedingungen festgehalten wurde. Ein guter Lehrer einer solchen Schule war jemand, der umfangreiches Fachwissen vorweisen konnte, spannenden Unterricht hielt, und seine Schüler zu Höchstleistungen anspornte. Bei Low-Burnout-Schulen hingegen waren die Lernziele flexibler, Erfolgskontrollen wurden als weniger wichtiges Unterrichtsziel eingestuft, und Lehrer wurden weniger anhand ihrer Erfolge innerhalb des Faches beurteilt, sondern wie gut sie sich in das bestehende Lehrerkollegium integrierten und einbrachten. Auch die Führung der Schule war in beiden Gruppen unterschiedlich, während an High-Burnout-Schulen eine klarer definierte Hierarchie den Schulalltag bestimmte, gab es an Low-Burnout-Schulen häufig keine eindeutig zu erkennende Struktur, manche Schulen hatten z.B. administrative Gruppen mit wechselnder Zusammensetzung. Demographische Unterschiede spielten ebenfalls eine Rolle bei der Häufigkeit des Burnout-Syndroms an den Schulen, Schulen mit häufigerem Burnout hatten ältere, vermehrt männliche Lehrer, mit einem höherem Ausbildungsstand, die mehr Zeit im Beruf verbracht haben als jene an Low-Burnout-Schulen. Friedman konnte also nachweisen, dass auch die Umweltbedingungen in Schulen, der Umgang der Schulleitung mit der Lehrerschaft und die Qualifikation der Lehrer selbst eine Rolle bei der Häufigkeit des Auftretens von Burnout bei den Lehrern spielt. Selbstverständlich ging auch Friedmann davon aus, dass diese Faktoren nur einen Teil zum Burnout-Syndrom beitragen, gerade weil die Unterschiede zwischen den High- und

Low-Burnout-Schulen zwar signifikant, aber nicht sonderlich groß waren (28).

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit soll im Sinne einer Querschnittserhebung untersucht werden, wie

- Lehrerinnen und Lehrer, die im Rahmen eines Präventionsprogrammes gegen Burnout einen Fragenbogen zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM) ausfüllten, sowie einen Screening-Fragebogen zum Ausschluss einer akuten psychischen Erkrankung und einige soziodemographische Angaben machten, sich von der
- Normstichprobe der Lehrer, die im selben Jahr erhoben wurde und einer
- klinischen Stichprobe von Lehrerinnen und Lehrern, die sich zur selben Zeit in stationäre Behandlung begeben hatten, unterscheiden.

Daneben interessierte, ob die Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster

- Geschlechts-,
- Alters- oder
- regionalen Einflüssen unterliegen.

Dazu wurden über die jeweiligen Schulbehörden in Berlin und Brandenburg eine vergleichbare große Zahl von Lehrern direkt über die Schulen angesprochen (Berlin: 30.000, Oberbayern: 45.000 Lehrerinnen und Lehrer).

Methodik

Hier werden die zum Einsatz kommenden Untersuchungsinstrumente, sowie die statistische Methodik und das Studiendesign beschrieben.

Untersuchungsinstrumente

Das Hauptaugenmerk dieser Studie lag auf der Bewertung eines eventuell vorliegenden Burnout-Syndroms der befragten Personen, daher wurden die Fragebögen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ von Schaarschmidt und Fischer und der „VDS90“ von Sulz und Grethe ausgewählt. Einige demographische Fragen, wie etwa Alter, Geschlecht, oder Wohnort, wurden ebenfalls erhoben.

Diese beiden Fragebögen und der demographische Fragenteil wurden auf der Internetseite der Universität Regensburg, <http://forschen.org/burnout/>, zugänglich gemacht, wobei die Anonymität der Teilnehmer sichergestellt wurde. Unter Mithilfe des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus und der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft wurde über Flyer und Informationsplakate an Gymnasien, und

zusätzlich Rund-E-mails an Lehrkräfte, auf die Befragung hingewiesen. Die so gewonnenen elektronischen Datensätze konnten direkt mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet werden (10, 13, 37, 40, 73).

VDS90

Der VDS90 wurde von Sulz und Grethe als diagnostisches Screening-Instrument für die ambulante Psychotherapie und als Weiterentwicklung des ebenfalls von Sulz entwickelten VDS14-Fragebogens konzipiert. 90 Fragen zu 26 Syndromen vermitteln dem Behandler einen Überblick über die möglichen Beschwerden des Patienten, dadurch wird die Diagnosestellung vereinfacht und eine hilfreiche Ergänzung zur klassifikatorischen ICD-10-Diagnostik geschaffen (81). Nach dem ersten Screening kann der Behandler auch auf einzelne Syndrome gesondert eingehen, um eine gezieltere Diagnose zu stellen. Der Gesamtwert des VDS90 hat eine hohe innere Konsistenz (Cronbach's Alpha=0,93), folglich ist er als Indikator für den Schweregrad psychischer Beschwerden exzellent geeignet (26, 35, 47, 63, 78).

Die 90 Fragen sind in vier Stufen skaliert, von 0 = Symptom nicht vorhanden, 1 = leicht, 2 = mittel und 3 = stark ausgeprägt. Diese Fragen sind wiederum in Symptombereiche eingeordnet, die für die Psychotherapie wichtige Syndrome darstellen, wie Depression, Angst, somatoforme Störungen und dissoziative Störungen. Eine ICD-10-Diagnose wird allerdings erst vergeben, wenn mindestens mittlere Syndromwerte erreicht sind. Dadurch, dass der Patient diese Fragen bereits im Wartebereich der Praxis ausfüllt, wird Zeit

gewonnen für die darauffolgende Sitzung, wo die durch den VDS90 gewonnenen Symptome genauer analysiert werden können (53, 57, 69, 92).

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebens-Muster

Der AVEM-Fragebogen wurde von Schaarschmidt und Fischer als ein „Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens“ (67) entwickelt, und hat bereits in anderen Studien Verwendung gefunden, z.B. bei der Befragung von Mediziner*innen und Pflegekräften. Der AVEM-Fragebogen ermöglicht Aussagen über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Umgang mit Anforderungen der Arbeitswelt. Schaarschmidt und Fischer erkennen drei Arten der Bewältigung, erstens das Engagement für berufliche Anforderungen, zweitens die Widerstandskraft gegenüber Belastungen und drittens die Emotionen, die durch die berufliche Tätigkeit hervorgerufen werden. Im AVEM-Fragebogen werden daher die Selbsteinschätzungen von 11 hierzu gehörenden Dimensionen erhoben (62, 90).

Zum beruflichen Engagement gehören folgende fünf Dimensionen:

- 1) BA: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit – Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben; Beispiel: Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.
- 2) BE: Beruflicher Ehrgeiz – Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf; Beispiel: Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.

- 3) VA: Verausgabungsbereitschaft – Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen; Beispiel: Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.
- 4) PS: Perfektionsstreben – Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung; Beispiel: Was immer ich tue, es muss perfekt sein.
- 5) DF: Distanzierungsfähigkeit – Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit; Beispiel: Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.

Die Auswirkung des beruflichen Engagements auf die psychische Gesundheit des Einzelnen ist abhängig von seinem Ausmaß, ein ausgeprägtes berufliches Engagement kann der Bewältigung des Berufsalltags zugutekommen, ein übermäßiges Engagement hingegen zu Erschöpfung führen (68).

Die Distanzierungsfähigkeit ist hingegen umgekehrt proportional zum beruflichen Engagement, durch sie kann Abstand zum Berufsalltag gewonnen werden. Genau wie beim Engagement kommt es auch hier auf das rechte Maß an, hohes Engagement ist mit hoher Distanzierungsfähigkeit nicht vereinbar.

Die Widerstandskraft gegenüber Belastungen besteht aus folgenden drei Dimensionen:

- 6) RT: Resignationstendenz bei Misserfolgen – Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben; Beispiel: Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.

7) OP: Offensive Problembewältigung – Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen; Beispiel: Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.

8) IR: Innere Ruhe und Ausgeglichenheit – Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts; Beispiel: Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.

Diese Eigenschaften können helfen, Stress durch die beruflichen Anforderungen entgegen zu wirken.

Ergänzt wird der Fragebogen durch drei Dimensionen zu Emotionen des Berufslebens:

9) EB: Erfolgserleben im Beruf – Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten; Beispiel: Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.

10) LZ: Lebenszufriedenheit – Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation; Beispiel: Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.

11) SU: Erleben sozialer Unterstützung – Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit; Beispiel: Mein Partner/meine Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit.

Mit diesen Dimensionen soll herausgefunden werden, ob die beruflichen Belastungen einen Gegenpol in einem glücklichen Sozialleben haben.

Die Relationen dieser Dimensionen zueinander lassen sich in 4 verschiedene Verhaltensmuster zusammenfassen: G (für Gesundheit), S (für Schonung), Risikomuster A (für Risiko der Selbstüberforderung) und Risikomuster B (für Burnout-Risiko). Für jeden Patienten wird die Übereinstimmung mit diesen Mustern errechnet. Alle 11 Skalen weisen eine hohe innere Konsistenz auf (Cronbach's Alpha zwischen 0,79 und 0,87) (39, 44, 86).

Die Muster stellen sich wie folgt dar:

Beim Muster G ist der berufliche Ehrgeiz der höchste Wert, die Bedeutsamkeit der Arbeit, die Verausgabungsbereitschaft und das Engagement zeigen ebenfalls hohe, aber nicht überhöhte Werte. Eine gesunde Balance zwischen beruflichem Engagement und Distanzierungsfähigkeit hat der Proband gefunden. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit und offensive Problembewältigung haben Höchstwerte, die Resignationstendenz hingegen ist am geringsten ausgeprägt. Der Teilnehmer zeigt also eine hohe Widerstandskraft gegen die Belastungen des beruflichen Alltags. Auch emotional ist er gesund, Personen mit dem Muster G zeigen Höchstwerte bei Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung. Das Muster G steht also für zufriedene, im Einklang mit dem Beruf stehende Probanden.

Das Muster S aufweisende Studienteilnehmer messen der Arbeit die geringste Bedeutsamkeit zu, sie weisen weder größeren beruflichen Ehrgeiz, noch Verausgabungsbereitschaft, noch Perfektionsstreben auf. Ihre Distanzierungsfähigkeit hingegen ist am stärksten ausgeprägt. Trotz des kaum vorhandenen beruflichen Engagements

ist ihre Resignationstendenz nicht übermäßig ausgeprägt. Die Lebenszufriedenheit sowie innere Ruhe und Ausgeglichenheit befinden sich im oberen Durchschnitt, insgesamt sind sie also zufrieden mit ihrer Situation. Das Muster S ist typisch für Teilnehmer, die bereits „innerlich gekündigt“ haben, und dadurch weniger Stress im Beruf erleben.

Das Risikomuster A beschreibt Höchstwerte bei der Bedeutsamkeit der Arbeit, übermäßiges berufliches Engagement, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben. Die Teilnehmer können den beruflichen Belastungen weniger Widerstand entgegensetzen, ihre Distanzierungsfähigkeit hat Minimalwerte, in Kombination mit wenig innerer Ruhe und Ausgeglichenheit und erhöhter Resignationstendenz führt das zu negativen den Beruf betreffenden Emotionen. Das Risikomuster A findet sich bei Probanden, die für ihr hohes Engagement kein entsprechend positives emotionales Feedback erhalten.

Das Risikomuster B steht für Personen mit geringem beruflichem Engagement, die ihrer Arbeit subjektiv kaum Bedeutsamkeit zumessen, und daher auch kaum beruflichen Ehrgeiz entwickeln. Im Gegensatz zum Muster S haben Personen mit Risikomuster B aber eine deutlich geringere Distanzierungsfähigkeit, die höchste Resignationstendenz, und Minimalwerte in offensiver Problembewältigung und innerer Ruhe und Ausgeglichenheit. Auch bei den Emotionen sind alle Werte auf Minimalniveau. Das Risikomuster B entspricht also dem typischen Burnout-Syndrom (66, 68).

Nach Analyse des Musters eines Patienten kann eine zielgerichtete Intervention erfolgen. Das Muster G ist hiervon natürlich ausgenommen. Sowohl Patienten mit Risikomuster A als auch solche mit Risikomuster B sollten Techniken zum Belastungsausgleich und Kompensieren erlernen, wie z.B. Ausüben einer Sportart, oder Entspannungstechniken. Auch eine Korrektur des beruflichen Selbstbildes und damit eine Veränderung der überhöhten (bei Risikomuster A) oder enttäuschten (Risikomuster B) beruflichen Ansprüche ist anzustreben. Die Entwicklung von Teamgeist kann ebenfalls zu einer positiveren Einstellung zum Berufsalltag führen. Für beide Risikomuster gibt es auch spezifische Interventionen, so müssen Patienten mit Muster A den Stellenwert ihrer Arbeit relativieren, das Nein-Sagen erlernen, und die Organisation ihrer Arbeit effektiver gestalten lernen. Patienten mit Muster B wird geholfen über die Förderung ihres Kommunikationsverhaltens, mit Mentoringprogrammen und Coaching zum Ausbau der emotionalen Stabilität. Nicht zu vernachlässigen sind Personen des Musters S, da diese mitunter zum Risikomuster B übergehen, dies sollte durch herausforderndere Aufgaben und eine Umgestaltung des Arbeitsumfeldes verhindert werden (9, 16, 31, 33, 67).

Statistische Methodik

Um Aussagen hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Studienteilnehmer zu ermöglichen, müssen zunächst die Fragebögen, die bereits elektronisch erfasst sind, in das Datenverarbeitungs- und Statistikprogramm SPSS 19 überführt

werden. Erst nach Berechnung der Werte für die einzelnen Syndrome des VDS90 und der Skalenwerte des AVEM ist eine Beurteilung, ob eine Psychopathologie vorliegt oder nicht, möglich (34, 54).

Darauf basierend können durch Gruppenvergleiche und T-Test für unabhängige Stichproben Korrelationen zwischen Psychopathologien anhand des VDS90, AVEM-Mustern und demographischen Faktoren untersucht werden. Signifikanz-Werte kleiner als 0,05 werden hierbei als signifikant betrachtet (41, 46, 87, 91).

Stichprobenbeschreibung und Untersuchungsdesign

Im Rahmen einer Studie zur psychischen Gesundheit bei Gymnasiallehrern im Raum München und Berlin wurden mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus und der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Flyer und Informationsplakate an Gymnasien verteilt, und zusätzlich Rund-E-mails an Lehrkräfte verschickt. So konnte ein Personenkreis von rund 45000 Lehrern erreicht werden, aus dem wiederum eine Rückmeldung von ungefähr 900 Lehrkräften erfolgte, was einer Response-Rate von circa 2% entspricht. Die Response-Rate erscheint auf den ersten Blick vielleicht relativ niedrig, ist bei nicht-persönlichem Anwerben, z.B. mit Flyern, aber durchaus im Bereich der Norm (22). Diese interessierte Gruppe von 900 Gymnasiallehrern wurde auf die Homepage „forschen.org“ des Universitäts-Klinikums Regensburg weitergeleitet, wo nach Unterzeichnung einer Einverständniserklärung eine Registrierung

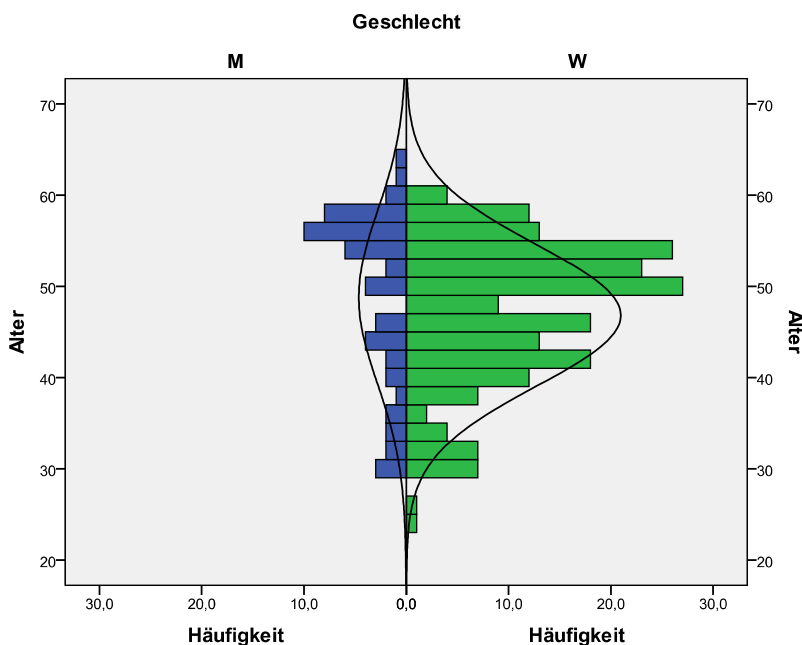
zur anonymen Studienteilnahme ermöglicht wurde. Dieses Angebot nutzten 259 Personen, die sich auf „forschen.org“ anmeldeten und die VDS-90- und AVEM-Fragebögen dort ausfüllten. Zu mehreren Zeitpunkten wurden erneut die entsprechenden Fragebögen ausgefüllt, in der vorliegenden Studie wird aber nur die Ersterhebung betrachtet (74, 77).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, diese Stichprobe auf psychologische Auffälligkeiten zu durchleuchten, um etwaige Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen aufzudecken.

Ergebnisse

Demographische Befunde

Die Fragebögen in der Präventivstichprobe wurden von 259 Teilnehmern beantwortet, davon 204 Frauen, und 55 Männer. Ausgewertet wurden letztlich nach einer Plausibilitätskontrolle 256 Fragebögen. Das statistische Bundesamt gibt für das Jahr 2009 eine Frauenquote in der Lehrerschaft von 58,7% an (79). In der vorliegenden Studie liegt die Frauenquote allerdings um über 20% höher, nämlich bei 78,8%. Das Alter der Befragten liegt im Mittel bei 47,29 Jahren. Folgende Grafik zeigt das Alter und Geschlecht der Teilnehmer mit Normalverteilungskurve:

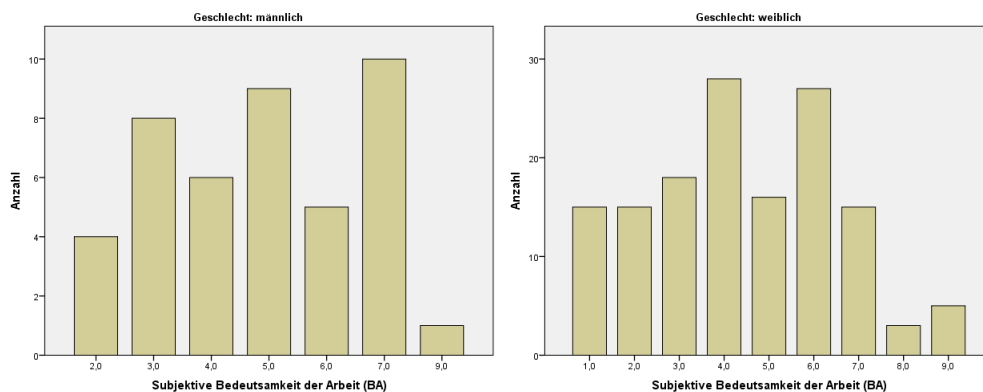


Fragebogen AVEM

Wie die Fragen zur Demographie wurden auch die des AVEM-Fragebogens mittels eines Online-Formulars erhoben, und konnten somit direkt über ein Statistikprogramm ausgewertet werden. Zuerst

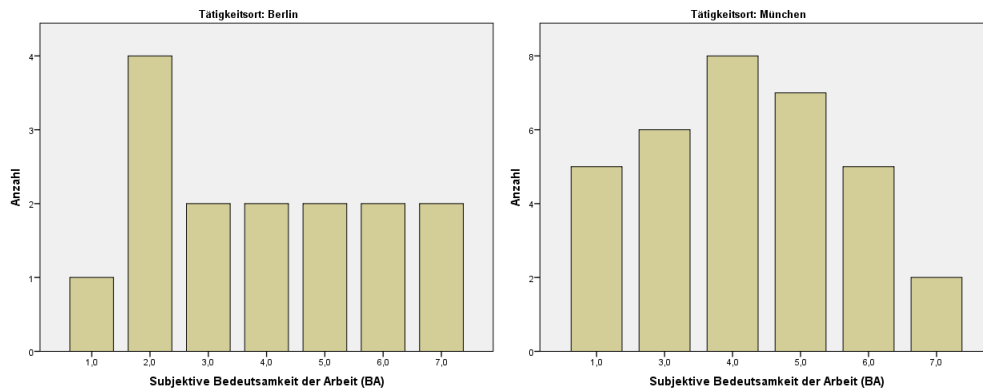
wurde untersucht, ob sich die Mittelwerte der verschiedenen AVEM-Skalen signifikant zwischen Lehrern aus München und Berlin und zwischen männlichen und weiblichen Lehrkräften unterscheiden.

In den ersten beiden Grafiken werden die Skalenwerte „Bedeutsamkeit der Arbeit“ je nach Geschlecht dargestellt:



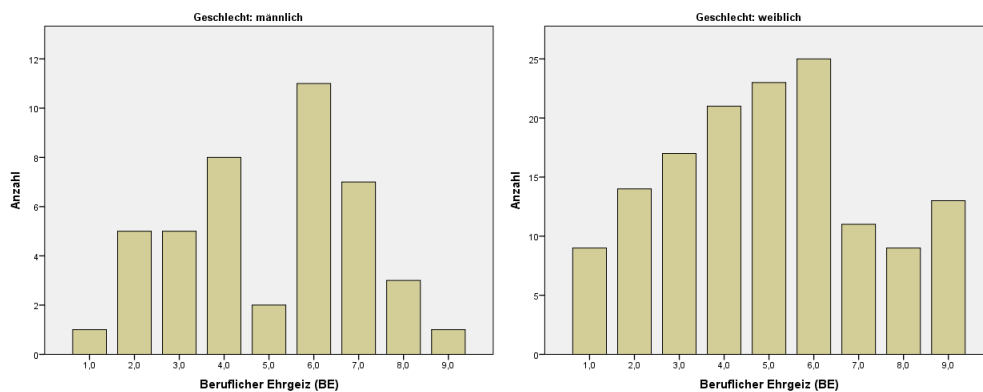
Innerhalb der Geschlechter scheint es jeweils zwei Gruppen zu geben, solche die der Arbeit einen hohen Stellenwert beimessen, und jene bei denen die Arbeit keine so herausragende Stellung im Leben einnimmt.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Bedeutsamkeit der Arbeit“ je nach Wohnort dar:



Die Bedeutsamkeit der Arbeit ist in München deutlich ausgeprägter als in Berlin, während in München mittlere bis hohe Werte zu finden sind, wird Berlin von niedrigen Werten dominiert.

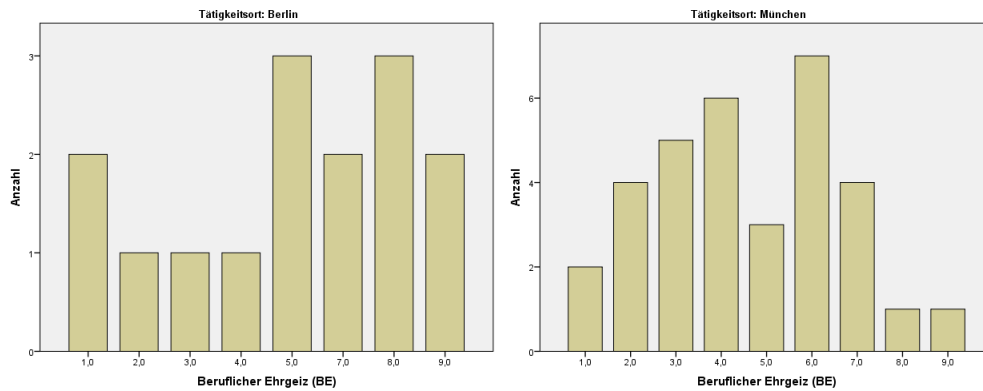
Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Beruflicher Ehrgeiz“ je nach Geschlecht dar:



Die Unterschiede beim beruflichen Ehrgeiz sind beim weiblichen Geschlecht etwas breiter verteilt als bei den Männern, es gibt sowohl einige Frauen mit sehr geringem beruflichem Ehrgeiz, als auch viele mit mittleren und einige mit hohen Ausprägungen der Skalenwerte. Bei den Männern hingegen sind die jeweils höchsten

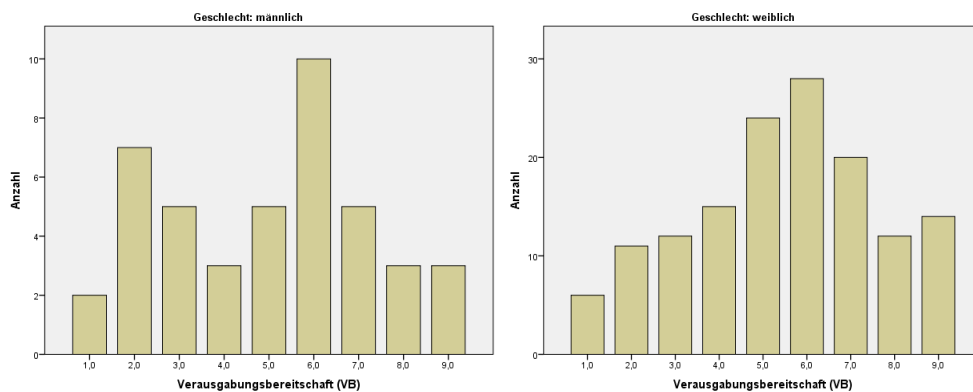
und niedrigsten Ausprägungen kaum vertreten, die meisten Lehrer scheinen einen mittleren beruflichen Ehrgeiz an den Tag zu legen.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Beruflicher Ehrgeiz“ je nach Wohnort dar:



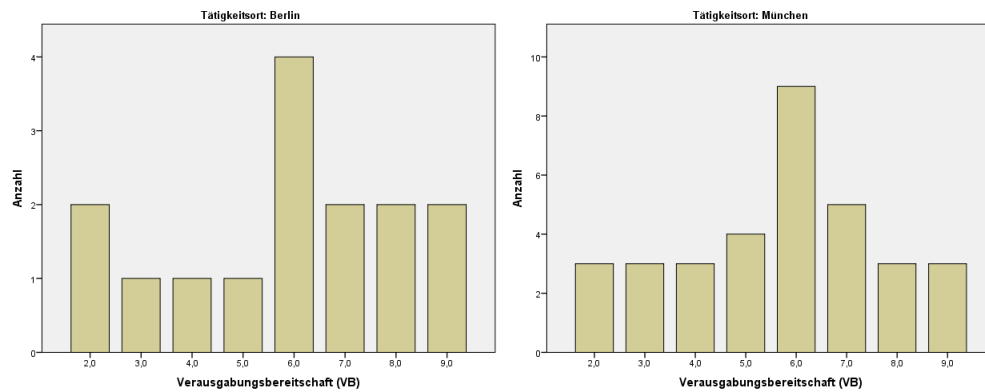
Der berufliche Ehrgeiz hingegen ist in Berlin wesentlich größer als in München, mehr als die Hälfte der Berliner Lehrer haben hier hohe bis sehr hohe Werte angegeben, die Münchner Lehrer bewegen sich im unteren Mittelfeld.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Verausgabebereitschaft“ je nach Geschlecht dar:



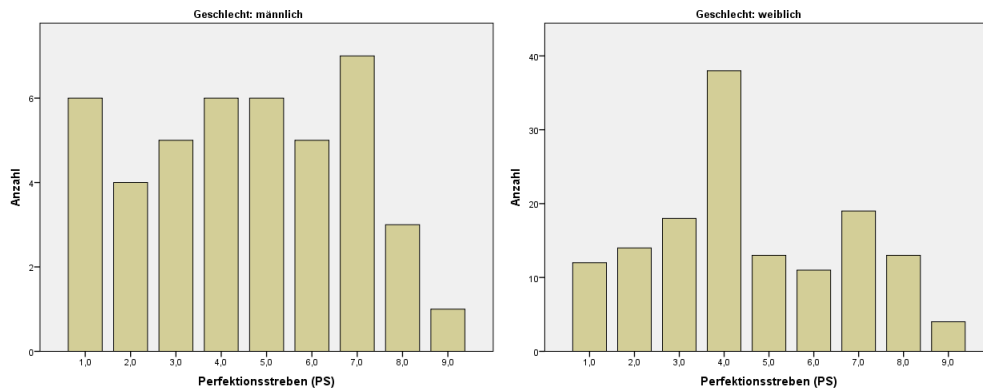
Die Verausgabungsbereitschaft der Frauen ist deutlich stärker als die der Männer, viele Lehrerinnen zeigen sehr hohe Werte, die Lehrer hingegen liegen Großteils in sehr niedrigen bis mittleren Bereichen.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Verausgabungsbereitschaft“ je nach Wohnort dar:



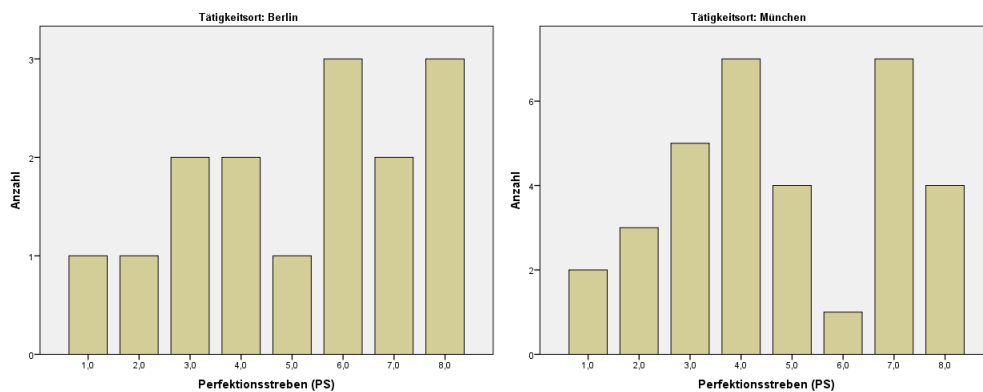
Die Verausgabungsbereitschaft der Lehrer Berlins und Münchens bewegt sich auf annähernd gleichem Niveau.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Perfektionsstreben“ je nach Geschlecht dar:



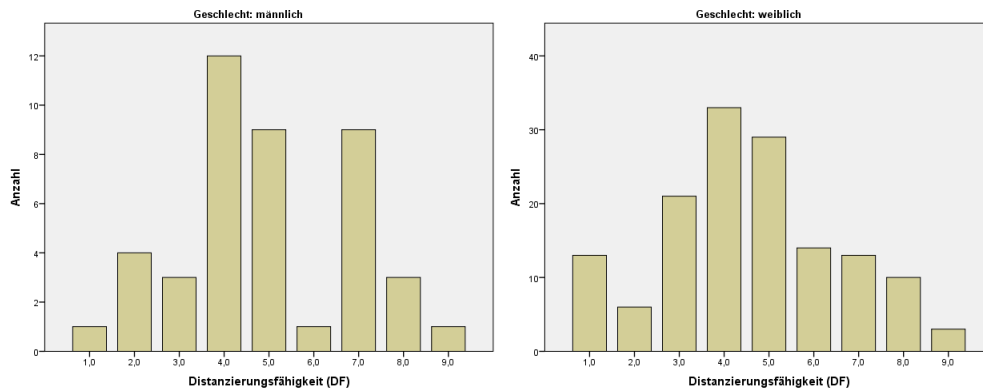
Das Perfektionsstreben der männlichen Lehrerschaft ist recht gleichmäßig breit verteilt, das der weiblichen Lehrer hingegen hat einen Höhepunkt im unteren mittleren Bereich.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Perfektionsstreben“ je nach Wohnort dar:



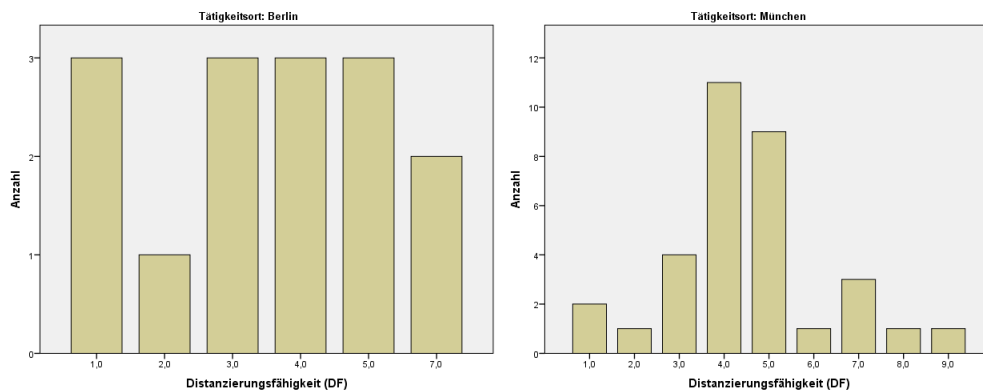
Gleiches gilt für das Perfektionsstreben, auch hier unterscheiden sich die Berliner kaum von den Münchnern.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Distanzierungsfähigkeit“ je nach Geschlecht dar:



Bei der Distanzierungs-fähigkeit der Männer zeigen sich zwei Gruppen, eine mit einer niedrigen Distanzierungs-fähigkeit und eine zweite mit einer Distanzierungs-fähigkeit im hohen mittleren Bereich. Bei Frauen am häufigsten anzutreffen ist eine niedrige bis mittlere Distanzierungs-fähigkeit.

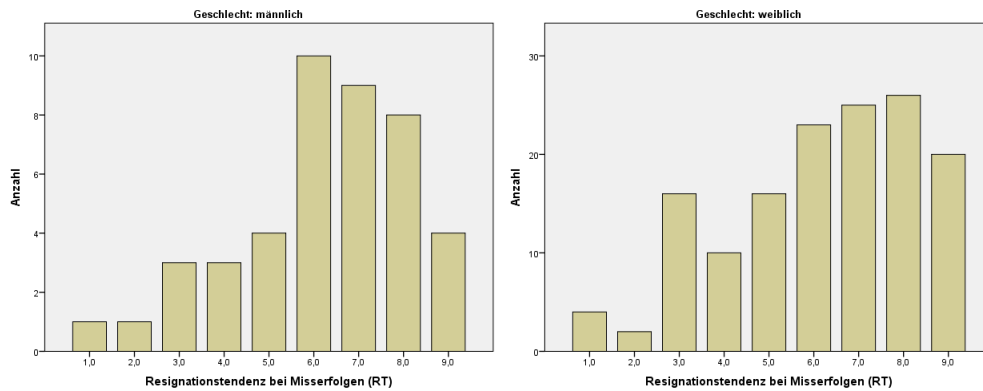
Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Distanzierungs-fähigkeit“ je nach Wohnort dar:



Die Distanzierungs-fähigkeit ist laut AVEM-Fragebogen bei den Lehrern aus München viel größer als bei den Lehrern aus Berlin, die Berliner sind zum größten Teil am unteren Ende der Skala zu

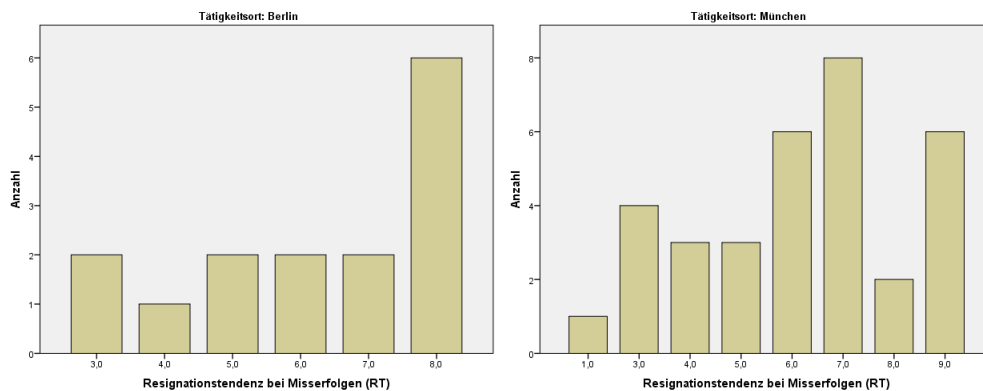
finden, bei den Münchnern ist die Verteilung recht ausgeglichen mit einer Spitze im mittleren Bereich.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Resignationstendenz“ je nach Geschlecht dar:



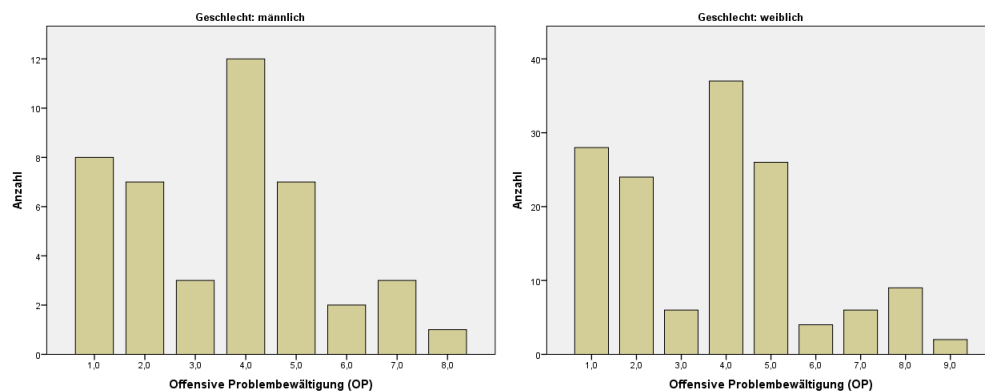
Bei beiden Geschlechtern ist eine hohe Resignationstendenz nachzuweisen, wobei beim weiblichen Geschlecht noch höhere Werte als beim männlichen Geschlecht zu finden sind.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Resignationstendenz“ je nach Wohnort dar:



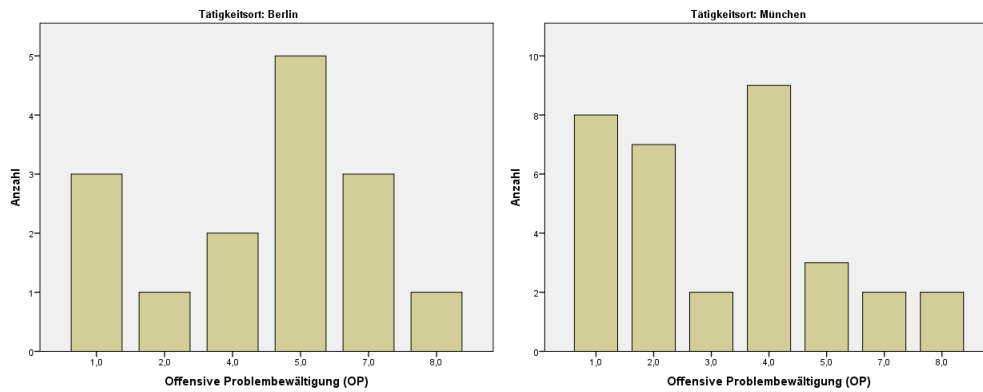
Die Resignationstendenz ist sowohl bei der Berliner als auch der Münchner Lehrerschaft sehr groß, in München ist allerdings auch eine kleine Gruppe mit niedriger Resignationstendenz zu finden.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Offensive Problembewältigung“ je nach Geschlecht dar:



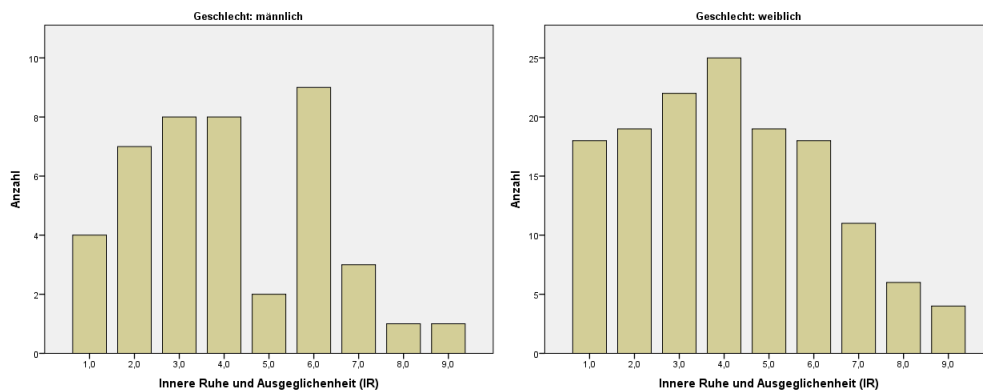
Die offensive Problembewältigung ist bei Männern und Frauen sehr ähnlich ausgeprägt, der größte Teil der männlichen und weiblichen Lehrer hat eine niedrige mittlere bis sehr niedrige offensive Problembewältigung.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Offensive Problembewältigung“ je nach Wohnort dar:



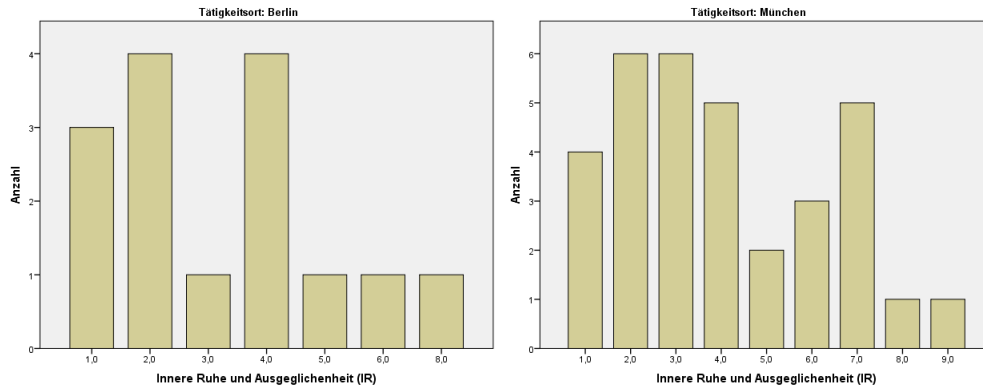
In München ist die offensive Problembewältigung nur gering ausgeprägt, die Münchner zeigen fast ausschließlich Werte im niedrigsten und mittleren Bereich, während die Berliner in zwei Gruppen zu teilen sind, eine mit gut ausgeprägter offensiver Problembewältigung und eine mit sehr niedriger Ausprägung.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Innere Ruhe/Ausgeglichenheit“ je nach Geschlecht dar:



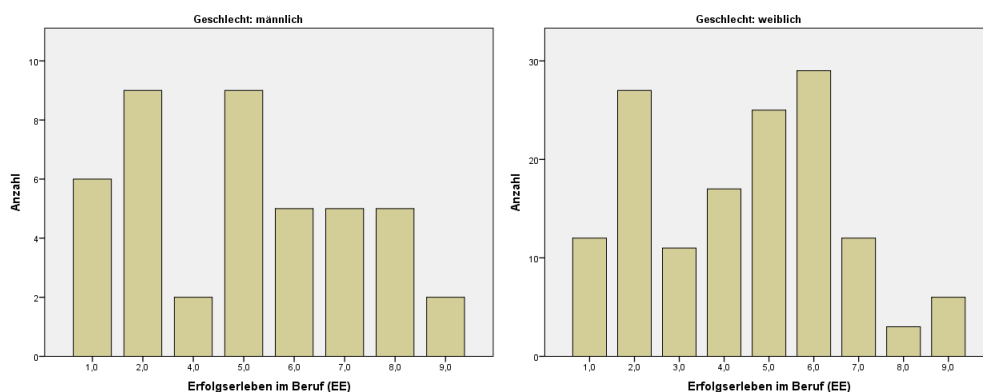
Die Skala Innere Ruhe und Ausgeglichenheit weist bei Frauen höhere Werte auf als bei Männern, wenn auch bei beiden Geschlechtern der niedrige Bereich dominiert.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Innere Ruhe/Ausgeglichenheit“ je nach Wohnort dar:



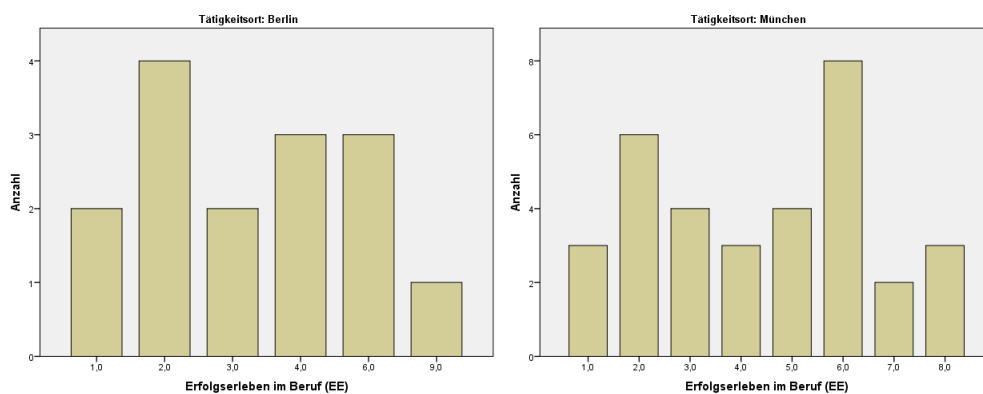
Die Werte für Innere Ruhe und Ausgeglichenheit sind in Berlin fast ausschließlich sehr niedrig. Für München gilt diese Tendenz zwar auch, allerdings gibt es noch eine kleinere Gruppe von Münchner Lehrern die hohe Werte aufweist.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Erfolgserleben im Beruf“ je nach Geschlecht dar:



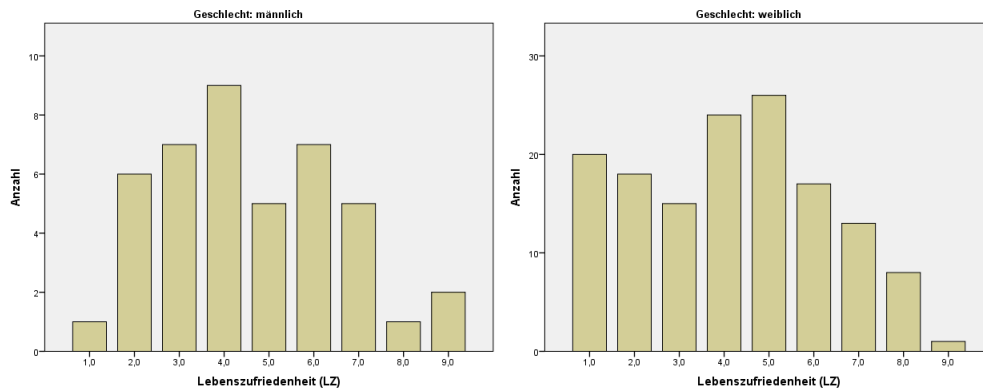
Viele männliche Lehrer weisen hohe Werte beim Erfolgserleben im Beruf auf, während bei weiblichen Lehrern die mittleren Werte breit verteilt sind.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Erfolgserleben im Beruf“ je nach Wohnort dar:



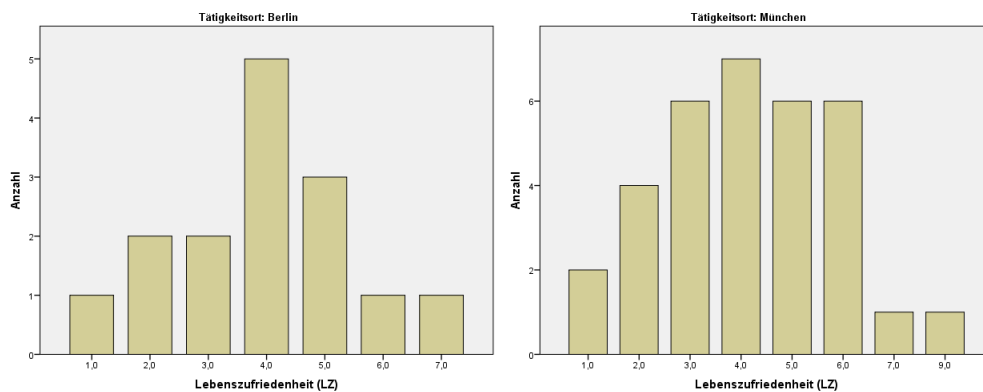
Ein ähnliches Bild wie bei der Inneren Ruhe zeigt sich auch beim Erfolgserleben im Beruf, die Werte der Berliner liegen im unteren Bereich und Mittelfeld, die der Münchner haben zwei Gruppen, eine im sehr niedrigen Bereich und eine zweite mit hohen Werten.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Lebenszufriedenheit“ je nach Geschlecht dar:



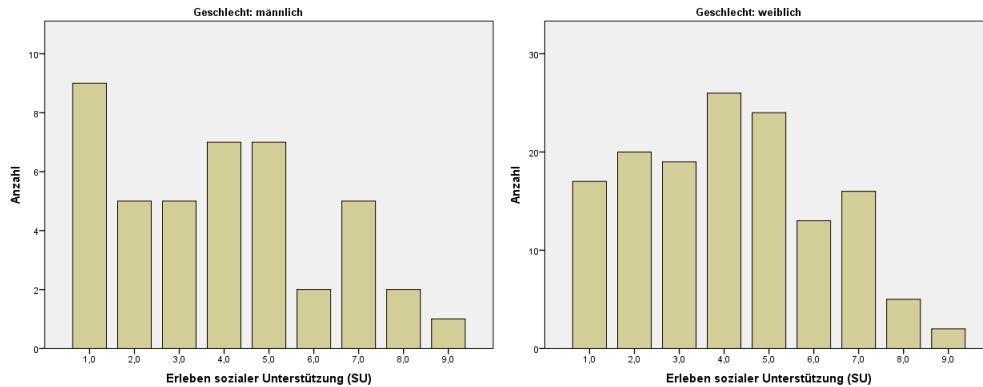
Die Lebenszufriedenheit der weiblichen Lehrerschaft weist stärkere Ausprägungen im hohen Skalenbereich auf als die der Männer, bei denen mittlere Werte dominieren.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Lebenszufriedenheit“ je nach Wohnort dar:



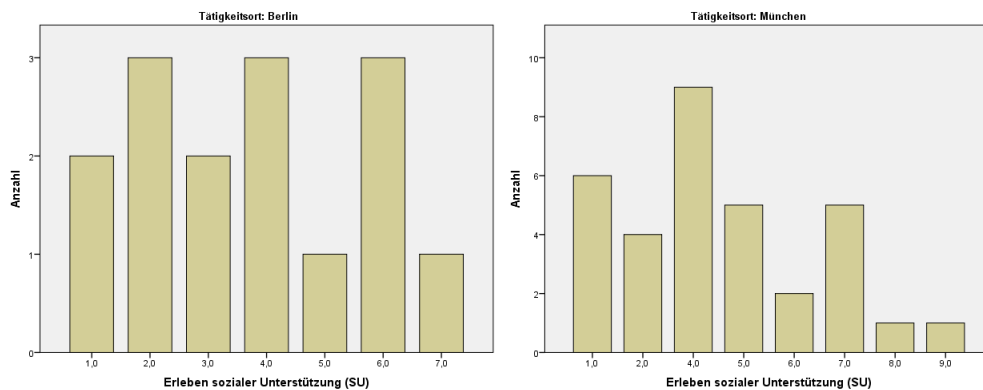
Die Lebenszufriedenheit der Lehrer Berlins und Münchens ist vergleichbar, in beiden Städten haben die Lehrer größtenteils eine mittlere Lebenszufriedenheit.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Erleben sozialer Unterstützung“ je nach Geschlecht dar:



Auch das Erleben sozialer Unterstützung ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Die folgenden beiden Grafiken stellen die Skalenwerte „Erleben sozialer Unterstützung“ je nach Wohnort dar:



Das Erleben sozialer Unterstützung liegt in beiden Städten in der unteren Skalenhälfte, nur wenige Lehrer in Berlin und München empfinden eine angemessene soziale Unterstützung.

Mithilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben wurden die Mittelwerte der AVEM-Skalen, einmal bezogen auf Geschlecht, einmal auf Wohnort, auf Signifikanz überprüft.

Es zeigte sich, dass in der Beantwortung des AVEM-Fragebogens keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Münchner und Berliner Lehrern nachweisbar waren.

Selbiges galt für den Vergleich der Mittelwerte aufgeteilt nach Frauen und Männern, auch die hier vorhandenen Unterschiede wiesen keine statistische Signifikanz auf.

Folgende Tabelle ermöglicht den Vergleich zwischen der Präventiv-Stichprobe und der Norm-Stichprobe:

		Präventiv-Stichprobe (n=185)		Norm-Stichprobe (n= 18.095)	
		MW	SD	MW	SD
AVEM - Skalen	~				
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (BA)	geringer in der PS	15,3	4,7	16,6	4,8
Beruflicher Ehrgeiz (BE)	~	16,8	5,0	16,8	4,5
Verausgabungsbereitschaft (VB)	~	20,6	5,2	19,8	4,6
Perfektionsstreben (PS)	deutlich geringer in der PS	20,8	5,2	21,9	4,6
Distanzierungsfähigkeit (DF)	~	14,0	4,8	14,9	4,7
Resignationstendenz bei Misserfolgen (RT)	deutlich ausgeprägter in der PS	19,4	4,9	16,4	4,3
Offensive Problembewältigung (OP)	deutlich geringer in der PS	18,8	4,0	21,2	3,4
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (IR)	deutlich geringer in der PS	16,8	5,0	18,8	4,3
Erfolgserleben im Beruf (EE)	deutlich geringer in der PS	21,4	4,6	22,6	3,7
Lebenszufriedenheit (LZ)	deutlich geringer in der PS	19,9	4,5	21,6	3,9
Erleben sozialer Unterstützung (SU)	deutlich geringer in der PS	20,7	5,3	22,8	4,3

Hier zeigt sich, dass schon die an einem Programm zur Burnout-Vorbeugung interessierten Befragten eine im Vergleich zur Normstichprobe reduzierte subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, ein verringertes Perfektionsstreben, höhere Resignationstendenz bei

Misserfolgen, weniger offensive Problembewältigung, weniger Innere Ruhe und Ausgeglichenheit, ein geringeres Erfolgserleben im Beruf und eine reduzierte Lebenszufriedenheit aufweisen.

Die nächste Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen der Präventiv- und der klinischen Stichprobe (KS):

		Präventiv-Stichprobe (n=185 – Stanine)		Klinische Stichprobe (n=256 – Stanine)	
AVEM - Skalen		MW	SD	MW	SD
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (BA)**	in der KS mehr!!	4,5	2,0	5,3	1,2
Beruflicher Ehrgeiz (BE)**	KS weniger!!	5,0	2,2	3,9	1,3
Verausgabungsbereitschaft (VB)	~	5,3	2,2	6,1	2,2
Perfektionsstreben (PS)	~	4,6	2,2	5,0	2,4
Distanzierungsfähigkeit (DF)**	KS weniger!!	4,6	2,0	4,4	0,8
Resignationstendenz bei Misserfolgen (RT)	~	6,2	2,1	6,9	1,9
Offensive Problembewältigung (OP)	~	3,7	2,1	2,5	1,8
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (IR)**	weniger!!	4,1	2,1	3,2	1,1
Erfolgserleben im Beruf (EE)**	KS weniger!!	4,5	2,2	3,5	1,6
Lebenszufriedenheit (LZ)**	KS weniger!!	4,3	2,1	2,5	1,7
Erleben sozialer Unterstützung (SU)**	KS weniger!!	4,1	2,1	3,1	0,8

** hochsignifikant

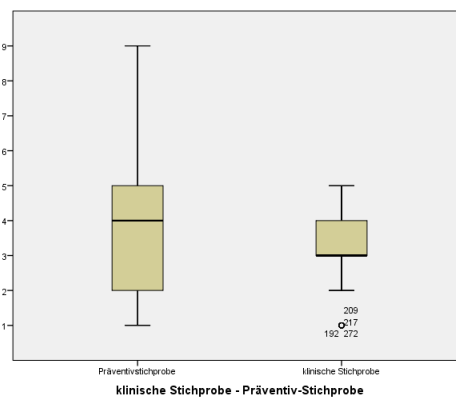
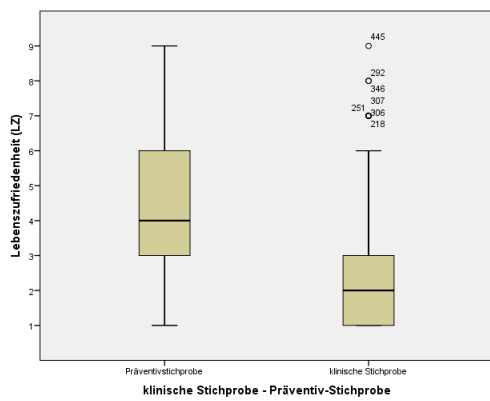
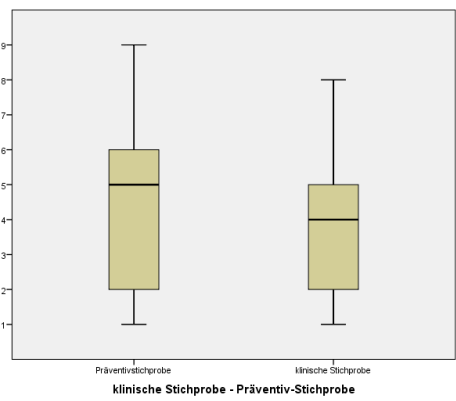
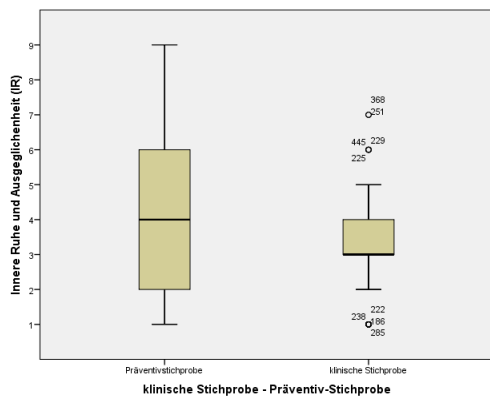
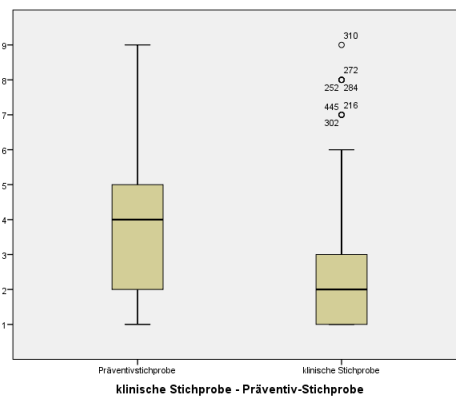
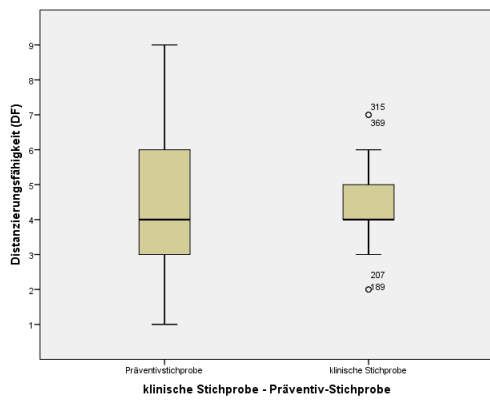
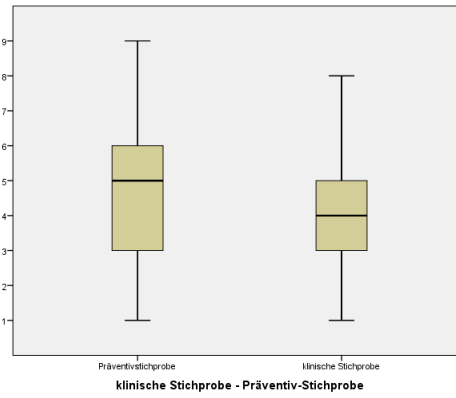
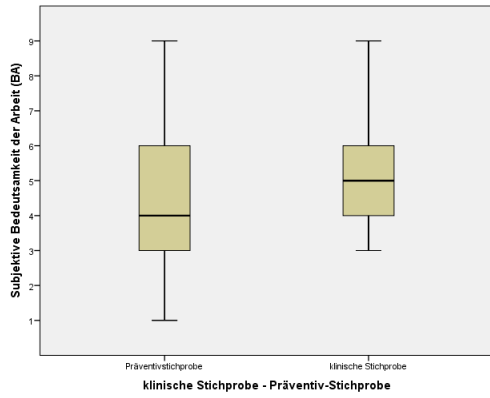
Tabelle: Umwandlung der Rohwerte bei Lehrerstichproben in Stanine (67)

Lehrer Deutschland (n = 18095; 2008)

	Stanine-Werte								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	4-5	6	7-8	9-10	11	12-13	14-15	16	17-20
2. Beruflicher Ehrgeiz	4-6	7	8-9	10	11-12	13	14-15	16	17-20
3. Verausgabungsbereitschaft	4-7	8	9-10	11-12	13	14-15	16-17	18	19-20
4. Perfektionsstreben	4-9	10	11-12	13-14	15	16	17-18	19	20
5. Distanzierungsfähigkeit	4	5-6	7-8	9	10-11	12-13	14-15	16	17-20
6. Resignationstendenz	4-6	7	8-9	10	11	12-13	14	15-16	17-20
7. Offensive Problembewältigung	4-8	9-10	11	12	13-14	15	16	17-18	19-20
8. Innere Ruhe/Ausgeglichenheit	4-7	8	9-10	11	12-13	14	15-16	17	18-20
9. Erfolgserleben im Beruf	4-10	11	12	13-14	15	16	17-18	19	20
10. Lebenszufriedenheit	4-10	11	12-13	14	15-16	17	18	19	20
11. Erleben sozialer Unterstützung	4-9	10-11	12-13	14-15	16	17-18	19	20	

Anhand obiger Tabelle lässt sich erkennen, dass die stationär aufgenommenen Patienten gegenüber den Befragten des Präventiv-Programms nochmals schlechtere Werte der AVEM-Skalen aufweisen, teilweise sogar hochsignifikant. Die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit war bei stationären Patienten hochsignifikant größer als bei Patienten des Präventiv-Programms. Der berufliche Ehrgeiz, die Distanzierungsfähigkeit, die Innere Ruhe und Ausgeglichenheit, das Erfolgserleben im Beruf, die Lebenszufriedenheit und das Erleben sozialer Unterstützung waren hingegen hochsignifikant niedriger als bei der Präventiv-Stichprobe.

Dies lässt sich auch aus folgenden Boxplots für die hochsignifikant auffälligen Unterschiede zwischen der klinischen und der Präventiv-Stichprobe ablesen:



Folgende Tabelle zeigt das prozentuale Auftreten der verschiedenen Risikotypen im Vergleich von München und Berlin mit den Ergebnissen von Bauer (5):

	Bauer 2006	München	Berlin
	N=408	N=98	N=79
Risiko B	32,5	50	54
Risiko A	17,7	29	22
Schonung	35,9	16	17
Gesund	13,9	5	7

Der prozentuale Anteil an Risikotypen ist bei Bauer deutlich kleiner, die Muster „Schonung“ und „Gesund“ jeweils fast doppelt so groß wie in der vorliegenden Studie.

Vergleich von AVEM und VDS90

Der T-Test für unabhängige Stichproben für die mittels Auswertung der AVEM-Skalen zugeordneten Verhaltensmuster und den VDS90-Gesamtwert zeigte keine signifikanten Abweichungen, die Rückschlüsse auf einen Wohnort-bedingten Faktor zulassen würden. Überprüft wurde, ob ein statistischer Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit, ausgedrückt durch den Gesamtwert des VDS90-Fragebogens, den Häufigkeiten (p) der Verhaltensmuster G (für Gesundheit), S (für Schonung), A (für Risiko der Selbstüberforderung) und B (für Burnout-Risiko) und dem Wohnort, München bzw. Berlin, bestand. Keines der Verhaltensmuster wies allerdings ein Signifikanzniveau von weniger als 10% auf, weswegen die Nullhypothese angenommen wurde, also dass Lehrer unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer psychischen Gesundheit ähnlich an Burnout litten. Auch die

Differenzen in der Musterzuordnung und dem VDS90-Gesamtwert zwischen den Geschlechtern wurden mit dem T-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, die durch ein geschlechtsspezifisch gehäuftes Auftreten bedingt worden wären.

Um die obige Untersuchung mittels T-Test für unabhängige Stichproben bezogen auf das Alter der Teilnehmer durchführen zu können, war es zunächst notwendig, eine Grenze festzusetzen zwischen „jungen“ und „alten“ Lehrern. Hierbei wurde aus praktischen Gründen der Median, der bei 49 Jahren lag, gewählt. Statistisch signifikant waren die Differenzen auch hinsichtlich des Alters der Teilnehmer nicht (36, 56, 58).

Diskussion

Besonderheiten dieser Untersuchung und die Vor- und Nachteile der Online-Befragung werden abgewogen, sowie die Unterschiede zwischen den verschiedenen Stichproben erörtert hinsichtlich der Befunde zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern, insbesondere vor dem Hintergrund bestehender psychischer Erkrankung.

Vor- und Nachteile der Online-Befragung

In der heutigen Gesellschaft, in der über 75% der Bevölkerung einen Online-Zugang besitzen (84), bieten sich Online-Befragungen als kostengünstige Alternative zu klassischen Fragebögen an. Online-Fragebögen sind schnell aufzusetzen, Versand- und Druckkosten werden eingespart, und die Auswertung kann direkt elektronisch geschehen. Problematisch ist bei dieser Untersuchung allerdings, dass sich ältere Lehrer, die mit dem Medium Internet möglicherweise nicht so vertraut sind wie jüngere Generationen, wegen der Art der Befragung nicht angesprochen fühlen, und deshalb nicht rekrutiert werden können. Im vorliegenden Fall scheint dies allerdings nicht eingetreten zu sein, mit einem Durchschnittsalter von 47,29 Jahren sind auch Lehrkräfte mit mehr Berufserfahrung vertreten. Wichtig für eine hohe Beteiligung an einer Online-Befragung ist eine bekannte Homepage, was, wie bereits von Scherl erwähnt (70), in diesem Fall einen Grund für die relativ niedrige Beteiligung darstellen könnte, da die Homepage der Abteilung für psychosomatische Medizin der Universität Regensburg, „forschen.org“, noch nicht sehr bekannt ist. Ferner geht man bei Internet-Umfragen davon aus, dass besonders am

Thema Interessierte den Fragebogen ausfüllen, und somit vom Burnout Betroffene häufiger vertreten sind als es in der Realität der Fall wäre (9). Allerdings lässt sich nicht überprüfen, ob der Befragte den Fragebogen wirklich selbstständig und in ernster Absicht ausgefüllt hat. In einer persönlich betreuten Umgebung wäre das leichter zu gewährleisten (24, 50, 61, 72).

Zusammenhänge zwischen Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und psychiatrischer Erkrankung

Die Auswertung der hier durchgeführten Studie unter Gymnasial-Lehrkräften lässt erkennen, dass keine signifikante Korrelation zwischen dem Wohnort, dem Geschlecht und dem Alter und der Wahrscheinlichkeit eines Burnout-Musters entsprechend des AVEM-Fragebogens vorliegt. Weder der VDS-90 Gesamtwert, der ein Maß für den allgemeinen psychischen Gesundheitszustand ist, noch die Zuordnung zu den vier AVEM-Mustern, ist statistisch signifikant mit den obigen Parametern verbunden. Auch die Überprüfung der einzelnen AVEM-Skalen auf statistisch signifikante Korrelationen mit Faktoren wie Geschlecht und Wohnort der Teilnehmer führt zu demselben Ergebnis:

Lehrkräfte an bayerischen Gymnasien haben offensichtlich ähnliche Dispositionen bezüglich des Burnout-Risikos wie ihre Kollegen in Berlin, so wie auch Frauen und Männer, auch unterschiedlichen Alters, hinsichtlich Burnouts in ähnlichem Maße auf die Belastungen des Lehrerberufs reagieren.

Dieses Ergebnis ist im Einklang mit den Arbeiten anderer Forscher zur Burnout-Thematik, so stellt Dückers-Klichowski in ihrer

Dissertation zum Thema „Burnout bei Lehramtsanwärtern im Primarbereich“ (2005) fest, dass sich „bezüglich des Geschlechts, des Familienstandes, Anzahl der eigenen Kinder, der Lage der Schule, des Einzugsgebietes der Schule (...) zu keinem der drei Messzeitpunkte signifikante Mittelwertunterschiede in der Burnoutausprägung [ergaben]“ (23). Auch Buschmann und Gamsjäger (18), Bauer und Kanders (6), Barth (4), Hedderich (32), Kramis-Aebischer (43) und Schmitz und Leidl (71) sehen keinen nachweisbaren Zusammenhang zwischen Burnout und Geschlecht.

Gleiches gilt für das Alter der Studienteilnehmer. Laut Neubach und Schmidt (55), Bauer und Kanders (6), Barth (4), Lechner et al (45), Körner (42) und Kramis-Aebischer (43) existiert keine Verbindung zwischen dem Lebensalter und dem Auftreten von Burnout (3, 17). Damit können die vorliegenden Untersuchungen durch die Studien weiter bestätigt werden.

In der Literatur finden sich aber durchaus andere Ergebnisse im Hinblick auf die Burnout-Ausprägung im Bundesländer-Vergleich. Laut einer Studie von Körner (42) findet sich bei Lehrerinnen in Bayern die niedrigste Burnout-Ausprägung, wohingegen jene aus Brandenburg die höchste Ausprägung aufweisen. Bei der männlichen Lehrerschaft konnte keine Signifikanz bei den Unterschieden zwischen den Bundesländern nachgewiesen werden.

Die vorliegende Arbeit weist in einigen Aspekten Unterschiede auf, die hier diskutiert werden sollen:

Bei der auf den Wohnort bezogenen Untersuchung ist ein niedrigerer VDS-90-Gesamtwert für in München wohnende Lehrer

festzustellen, ebenso wie eine niedrigere Burnout-Wahrscheinlichkeit. Dafür ist die Wahrscheinlichkeit des Überforderungs-Musters bei Münchner Lehrer erhöht. Inwieweit diese Resultate allerdings wirklich durch den Wohnort beeinflusst sind, ist kritisch zu betrachten. Der Parameter "Wohnort" bezieht sich in der vorliegenden Studie nämlich nur auf den Ort, an dem die Teilnehmer sich einem Präventionsprogramm hätten anschließen können, woraus sich nicht zwingend der tatsächliche Wohnort des Teilnehmers erschließt. So wäre es denkbar, dass einige Lehrer in Vororten oder im Landkreis der jeweiligen Städte wohnen, durch die vereinfachte Aufteilung nach nur 2 Städten aber zu einer der Großstädte gezählt werden. Andererseits zeigen sich nach Körner (42) weder für Organisationsgröße (die Anzahl der Schüler an der jeweiligen Schule) noch für den Standort des Gymnasiums (ob Dorf oder Großstadt) signifikante Zusammenhänge mit dem Auftreten von Burnout. Aufgrund dieser widersprüchlichen Ergebnisse sollten die auf dem Wohnort basierenden Unterschiede unter Vorbehalt gewertet werden.

Das Geschlecht der Teilnehmer spielt zwar keine statistisch signifikante Rolle bei der Musterzuordnung, dennoch gibt es erwähnenswerte Differenzen. Der VDS-90-Gesamtwert der Frauen weist einen deutlich höheren Mittelwert als derjenige der Männer auf, was Rückschlüsse auf einen schlechteren psychischen Gesamtzustand der Frauen zulässt. Hier gilt es aber zu berücksichtigen, dass mehr als dreimal so viele Frauen wie Männern an der Studie teilnahmen, wodurch dieses Ergebnis möglicherweise verzerrt dargestellt wird. Eine weitere Beobachtung

ist die höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Verhaltensmusters "Überforderung" bei Männern, während bei Frauen hingegen das Muster "Burnout" leicht erhöht war. Die erhöhte Burnout-Wahrscheinlichkeit bei Frauen hängt eventuell mit dem bereits erwähnten höheren VDS-90-Gesamtwert zusammen, durch eine im Gesamten schlechtere psychische Gesundheit wird möglicherweise das Auftreten eines Burnout-Syndroms begünstigt. Eine weitere Möglichkeit ist, dass seelisch angeschlagene Lehrerinnen die Beeinträchtigung eher wahrnehmen und sich deshalb vermehrt für ein Präventivprogramm interessieren.

Bei der Analyse des Burnout-Risikos im Hinblick auf das Alter der Teilnehmer ist eine interessante Beobachtung zu notieren, so ist die Wahrscheinlichkeit eines Burnout-Musters aufgrund der AVEM-Werte bei Lehrern unter 49 Jahren höher als bei älteren Teilnehmern. Auch das Verhaltensmuster "Schonung" ist bei den älteren Lehrern erhöht, in beiden Fällen aber nicht signifikant. Hieraus könnte man auf ein anderes Umgehen der erfahreneren Lehrerschaft mit der Belastung des Berufes schließen, das eher zur Konfliktvermeidung und damit Schonung der eigenen psychischen Gesundheit tendiert. Dennoch bedürfen auch diese Personen einer Behandlung, denn ein niedrigeres Engagement für die Arbeit resultiert, neben einer schlechteren Ausbildung der Schüler, auch in bis zu 12% der Fälle in einem Übergang zum Risikomuster B nach AVEM. Schaarschmidt und Fischer empfehlen bei der Intervention ein besonderes Augenmerk auf die Pflege sozialer Kontakte am Arbeitsplatz, gerade bei der Unterstützung bei besonders schwierigen Aufgaben, zu werfen, aber gleichzeitig ausreichend

anspruchsvolle Aufgaben zu stellen, um das Interesse an der Arbeit wieder zu wecken (67).

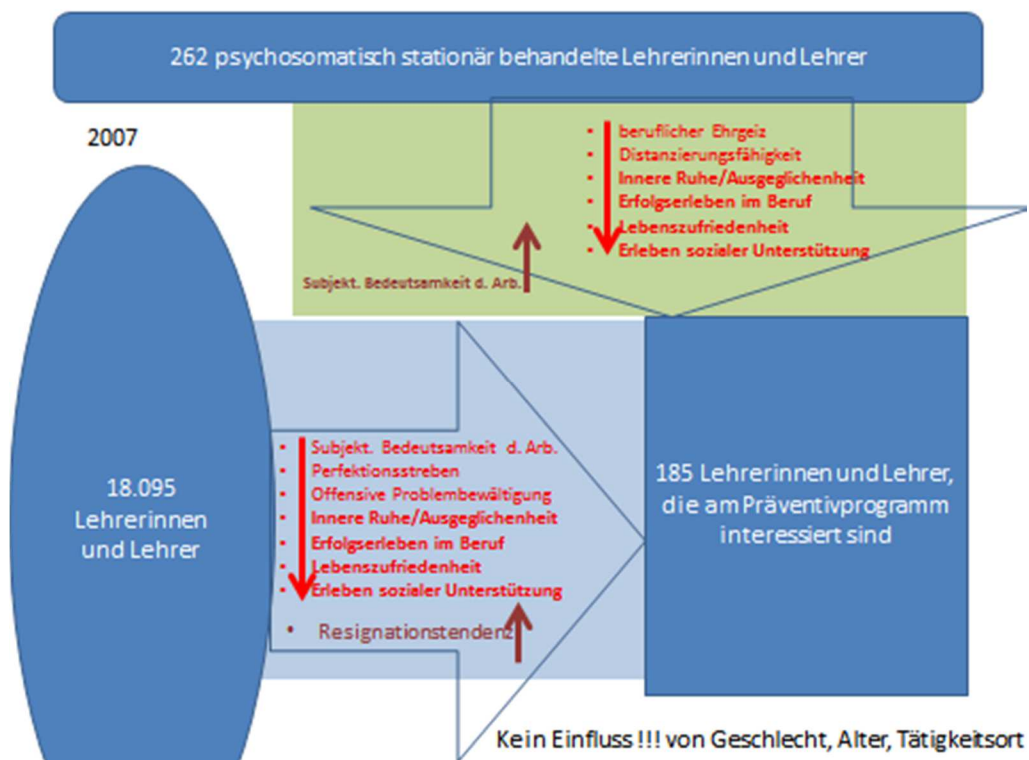
Grund für die erhöhte Burnout-Wahrscheinlichkeit der jüngeren Lehrer könnte auch der so genannte „Praxisschock“ sein, der eintreten kann, wenn die während des Studiums gehegten, möglicherweise unrealistischen, Erwartungen an den Berufsalltag auf einmal mit der Realität konfrontiert werden (65). Beim VDS-90-Gesamtwert, als Indikator für die allgemeine psychische Gesundheit, ist bezüglich des Alters keine Auffälligkeit festzustellen.

Das Burnout-Präventivprogramm, das 2007 das Interesse von 185 Lehrerinnen und Lehrer gewinnen konnte, zeigt deutlich auf, dass Personen, die an einem Präventivprogramm teilnehmen wollen, bereits Einschränkungen hinsichtlich ihrer arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster aufweisen, insbesondere im Vergleich mit Lehrern in einer Feldbefragung mit 18.095 Teilnehmern. Als dritte Vergleichsgruppe bieten sich 262 Lehrerinnen und Lehrer an, die stationär psychosomatisch betreut wurden. Alle drei Gruppen füllten den Fragebogen AVEM aus.

Anhand der Auswertung der Fragebögen gelangen wir zu dem Schluss, dass bereits die an Burnout-Prävention interessierten Lehrkräfte in einigen Skalen eingeschränkte Werte im Vergleich zur Normstichprobe von 18.095 Lehrern aufweisen. Das gilt für die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, das Perfektionsstreben, das Erfolgserleben im Beruf, die Lebenszufriedenheit, die offensive Problembewältigung, die Innere Ruhe/Ausgeglichenheit und auch

für das Erleben sozialer Unterstützung. Im Gegenzug ist die Resignationstendenz bei Misserfolgen ausgeprägter.

Wenn man nun die Präventiv- mit der stationär betreuten Stichprobe vergleicht, so zeigen sich hochsignifikante Unterschiede. Wie zu erwarten, ist bei den klinischen Patienten der berufliche Ehrgeiz, die Distanzierungsfähigkeit, die Innere Ruhe/Ausgeglichenheit, das Erfolgserleben im Beruf, die Lebenszufriedenheit und das Erleben sozialer Unterstützung geringer als bei den präventiv interessierten Patienten. Erstaunlicherweise ist die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit bei stationären betreuten Lehrern aber sogar größer als bei nicht eingewiesenen Lehrern:



Hieraus kann man schließen, dass Patienten, die in der Klinik betreut werden, höher motiviert sind, in das Berufsleben zurückzukehren, und deshalb alle Möglichkeiten der Therapie,

inklusive stationärer Aufnahme, ausschöpfen wollen. Bei einigen Parametern gab es keine signifikanten Unterschiede, so wiesen beide Gruppen ähnliche Werte im Bereich der Verausgabungsbereitschaft, dem Perfektionsstreben, der Resignationstendenz und der offensiven Problembewältigung auf. Da diese drei Persönlichkeitsfaktoren auch auf den Risikotyp Burnout nach Schaarschmidt hinweisen, sollten sie bei der Prävention von Burnout besonders berücksichtigt werden.

Vorliegende Studie zeigt, dass der AVEM-Fragebogen hervorragend geeignet ist, die berufsbezogenen Belastungen der Lehrer zu überprüfen, relevante Belastungen werden klar erkennbar in Veränderungen der Skalenwerte umgesetzt. Geschlechtsabhängig wurden Unterschiede bei Bewertung, der Einstellung zur Arbeit und dem berufsbezogenen Coping aufgezeigt, regionale Unterschiede bei Bewertung der Arbeit und dem Arbeitsverhalten waren nicht nachweisbar.

Abschließend lässt sich konstatieren, dass diese Studie zwar einige Unterschiede in der psychischen Gesundheit der Münchner und Berliner Gymnasial-Lehrer aufzeigt, diese allerdings statistisch nicht signifikant sind, und sich damit im Rahmen der normalen Abweichungen bewegen.

Zumindest in den Aspekten psychische Gesundheit und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster ähneln sich Münchner und Berliner also mehr, als an manchen Stammtischen behauptet wird.

Anhang

Literaturverzeichnis

- ¹ Angerer P., Petru R., Pedrosa-Gil F., Bidlingmaier M. (2008). Stress, Krankheitsrisiko und berufliche Belastungsfaktoren bei Krankenhausärzten in Weiterbildung, Arbeitsmedizin München. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; Jahrgang 133: 26–29.
- ² Antonovsky A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well (A Joint publication in the Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Bd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- ³ Antonovsky A. (1997). Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- ⁴ Barth A.-R. (1997). Burnout bei Lehrer. Theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung. Göttingen: Hogrefe.
- ⁵ Bauer J., et al (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. In: Int Arch Occup Environ Health, 79.

- ⁶ Bauer K.-O., Kanders M. (1998). Burnout und Belastung von Lehrkräften. In: H.-G. Rolff, K.-O. Bauer, K. Klemm, H. Pfeiffer (Hrsg.). Jahrbuch der Schulentwicklung. Daten, Beispiele und Perspektiven. Band 10, 201-233. Weinheim: Juventa.
- ⁷ Bergner T. (2004). Burnout bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. In: Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A 2232–2234 [Heft 33].
- ⁸ Bestmann B. (2005). Die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Dissertation, Kaltenkirchen.
- ⁹ Bortz J., Döring N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Berlin: Springer.
- ¹⁰ Brandstätter V. (1999). Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In: Hoyos C.G., Frey D. (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie, Ein Lehrbuch, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim S. 344 ff. 96.
- ¹¹ Braun M., Freudenmann R., Schönfeldt-Lecuona C. (2007). Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten - Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland, Universitätsklinikum Ulm, Abteilung Psychiatrie und

Psychotherapie III. In: psychoneuro 33(1/02).

- ¹² Bruce S., Conaglen H. (2005). Burnout in physicians: a case for peer-support. In: Internal Medicine Journal; 35, S. 272–278.
- ¹³ Bühler C., Allen M. (1974). Einführung in die Humanistische Psychologie (E.-R. Schön, Übers. Konzepte der Humanwissenschaften Bd.). Stuttgart: Klett.
- ¹⁴ Bühring P. (2003). Lebenszufriedenheit von Ärzten: Für Psychohygiene Sorge tragen. In: Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(36): A-2272 / B-1892 / C-1792.
- ¹⁵ Bürger W. (1997). Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation: eine Längsschnittuntersuchung (Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik Bd. 44). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- ¹⁶ Bürger W. (1999). Rahmenkonzeption für berufsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31(1), 9 - 21.
- ¹⁷ Burisch M. (2010). Das Burnout-Syndrom : Theorie der inneren Erschöpfung (4., aktualisierte Aufl.). Berlin,

Heidelberg: Springer.

- ¹⁸ Buschmann I., Gamsjäger E. (1999). Determinanten des Lehrer-Burnout. In: Psychologie, Erziehung, Unterricht, 46, 281-292.
- ¹⁹ Clade H. (1998). Ärzte unzufriedener mit dem Beruf. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 95, Heft 33, 14. August 1998, S. A 1952.
- ²⁰ Czikkel M., Limbacher K. (1998). "Meine beruflichen Schwierigkeiten bewältige ich, wenn es mir wieder besser geht...": Berufsbezogene Behandlungsansätze während eines stationären Heilverfahrens. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 42, 4 - 10.
- ²¹ Dieke S., Schmidt H., Katzer R. (2002). Burnout als Gefahr in den Arztpraxen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 22, 31. Mai 2002, S. A 1526.
- ²² Direct Marketing Association (Hrsg) (2010). 2010 Response Rate Report. URL: <http://www.the-dma.org/cgi/disppressrelease?article=1416>.
- ²³ Dückers-Klichowski S. (2005). Burnout bei Lehramtsanwärtern im Primarbereich. 207-208. Berlin: Logos Verlag.

- ²⁴ Elliott R., Greenberg L., Lietaer G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: M. J. Lambert (Hrsg.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5. Aufl., S. 493 - 539). New York, NY: Wiley, J.
- ²⁵ Fischer A.W. (2006). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischem Herangehen. Dissertation, Universität Potsdam, Humanwissenschaftliche Fakultät.
- ²⁶ Folkman S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. In: Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 839 - 852.
- ²⁷ Freudenberger H. (1974). Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues, 30(1), 159 - 165.
- ²⁸ Friedman I. (1991). High- and Low Burnout Schools: School Culture Aspects of Teacher Burnout. In: The Journal of Educational Research, 84.
- ²⁹ Grobe T., Dörning H. (2011). Gesundheitsreport 2011 (Schwerpunkt: Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden) – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26. Techniker Krankenkasse. Lübeck: Schipplick Winkler

PrintMedien.

- ³⁰ Haselbeck F. (2007). Schule – Bildungsinstitution und Lebensort: Theorie und Alltag der Schule. Aachen: Shaker.
- ³¹ Haupt E., Delbrück H. (1998). Grundlagen der Rehabilitation. In: H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin : ambulant, teilstationär, stationär (2. Aufl., S. 35 - 44). München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- ³² Hedderich I. (1997). Burnout bei Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern: Eine vergleichende empirische Untersuchung, durchgeführt in Schulen für Körperbehinderte und in Hauptschulen, auf der Grundlage des Maslach-Burnout-Inventory. Berlin: Edition Marhold.
- ³³ Heitzman B., Helfert S., Schaarschmidt U. (2008). Fit für den Beruf: AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der stationären Rehabilitation. In: Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik Bd. 49. Bern: Huber.
- ³⁴ Heitzmann B., Schaarschmidt U., Kieschke U. (2005). Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens

- AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 70, 269-280.
- ³⁵ Heitzmann B. (2007). Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden: arbeitsbezogenes Beanspruchungserleben als Indikator für Interventionsbedarf und Behandlungserfolg. In: Schriftenreihe Studien zur Stressforschung Bd. 25. Hamburg: Kovač.
- ³⁶ Hillert A., Koch S., Hedlund S. (2007). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ³⁷ Hillert A., Staedtke D., Cuntz U. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 58, 94 - 100.
- ³⁸ Kiesel J., Broding H.C., Lederer P., Kötter R., Schmid K., Drexler H. (2009). Arbeitszufriedenheit, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Beanspruchungen von Mitarbeitern eines Universitätsklinikums im Vergleich zu anderen Betrieben, Unterschiede in der Bewertung von Klinikärzten/innen und Pfleger/innen. Nürnberg.

- ³⁹ Koch S., Hillert A. (2008). Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 232 - 241). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁴⁰ Koch S., Geissner E., Hillert A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55(2), 97 - 109.
- ⁴¹ Koch S., Hedlund S., Rosenthal S., Hillert A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. In: Verhaltenstherapie, 16, 7-15.
- ⁴² Körner S. (2002). Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule – Ein empirischer Beitrag zur Beschreibung des Burnout-Syndroms und seiner Verbreitung sowie zur Analyse von Zusammenhängen & potentiellen Einflussfaktoren auf das Ausbrennen von Gymnasiallehrern. Berlin: Logos Verlag.
- ⁴³ Kramis-Aebischer K. (1996). Stress, Belastungen und Belastungsverarbeitung im Lehrerberuf, 2. Auflage. Bern:

Paul Haupt.

- ⁴⁴ Lazarus R. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- ⁴⁵ Lechner F., Reiter W., Riesenfelder A., Mitschka R., Fischer A., Schaarschmidt U. (1995). *Das Befinden von Lehrerinnen und Lehrern an österreichischen Schulen. Eine empirische Untersuchung zum physischen und psychischen Zustandsbild*. Hrsg. v. Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (BMUK). Innsbruck, Wien: Studien Verlag.
- ⁴⁶ Loew T., Götz K., Hornung R., Tritt K. (2009). Die AFA-Atemtherapie als Burnout-Prophylaxe bei Lehrerinnen und Lehrern. In: *Forschende Komplementärmedizin 2009*; 16: 174-179.
- ⁴⁷ Maslach C., Leiter M. (2001). *Die Wahrheit über Burnout: Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien; New York: Springer.
- ⁴⁸ McCann J., Holt R. (2009). An Exploration of Burnout among Online University Professors. In: *Journal of Distance Education*, 23.
- ⁴⁹ McManus I., Keeling A., Paice E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and

learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. In: BMC Medicine, 2:29, doi:10.1186/1741-7015-2-29.

- ⁵⁰ Meermann R., Borgart E., Okon E. (2008). Verhaltenstherapeutische Psychotherapie. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 100 - 104). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁵¹ Meidinger H., Enders C. (1997). Burnout-Seminare für Lehrer. Ausgebrannt und aufgebaut. Arbeits- und Nachdenkbuch. Neuwied: Luchterhand.
- ⁵² Merkel S., Streit B., Richter P. (2004). Eine Belastungsbeanspruchungsanalyse Bereitschaftsdienst leistender Ärzte in sächsischen Krankenhäusern, Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (58) 2004/3 188-198.
- ⁵³ Mestel R., Oppl M. (2008). Humanistische Psychotherapie. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 135 - 147). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.

- ⁵⁴ Mestel R. (2008). Psychometrische, klassifikatorische Diagnostik und Dokumentation. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 278 - 286). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁵⁵ Neubach B., Schmidt K.-H. (2004). Differenzielle Zusammenhänge von Arbeitsbelastungen und Ressourcen mit Dimensionen des Burnout. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 48, 25-30.
- ⁵⁶ Paar G., Grohmann S. (2008). Medizinische Rehabilitation. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 27 - 34). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁵⁷ Paar G., Grohmann S. (2008). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 55 - 63). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.

- ⁵⁸ Paar G., Wiegand-Grefe S. (2008). Psychodynamische Psychotherapie. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 95 - 100). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁵⁹ Prenzel M., Baumert J., Blum W., Lehmann R., Leutner D., Neubrand M., Pekrun R., Rolff H.-G., Rost J., Schiefele U. (Hrsg.) (2004). PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Münster: Waxmann.
- ⁶⁰ Ramirez A., Graham J. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In: Lancet 347, S. 724-28.
- ⁶¹ Richter P., Hille B., Rudolf M. (1999). Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20(1), 25 – 38.
- ⁶² Rösing I. (2008). Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung (2. Aufl.). Heidelberg; Kröning: Asanger.
- ⁶³ Rüdell H. (2008). Differenzialindikation zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer

Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 267 - 270). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.

- ⁶⁴ Rudow B. (1994). Die Arbeit des Lehrers. Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerbelastung und Lehrgesundheit. Bern: Hans Huber.
- ⁶⁵ Schaarschmidt U. (Hrsg.). (2005). Halbtagsjobber? psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes (2. Aufl.). Weinheim; Basel: Beltz.
- ⁶⁶ Schaarschmidt U. (2012). Burnout als Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens.
- ⁶⁷ Schaarschmidt U. (2006). AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. 59–82. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH.

- ⁶⁸ Schaarschmidt U., Fischer A.W. (2001). Bewältigungsmuster im Beruf, Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- ⁶⁹ Schaufeli W., Enzmann D. (1998). The burnout companion to study and practice: a critical analysis (Issues in occupational health Bd.). London: Taylor & Francis.
- ⁷⁰ Scherl D. (2011). Arbeitszufriedenheit und Burnout bei Klinikärztinnen und Klinikärzten. Regensburg.
- ⁷¹ Schmitz E., Leidl J. (1999). Brennt wirklich aus, wer entflammt war? Studie 2: Eine LISREL-Analyse zum Burnout-Prozess bei Lehrpersonen. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 45. Jg., 4/1999, 302-310.
- ⁷² Schulz H., Barghaan D., Harfst T., Bleich C., Pawils S., Kawski S., Koch U. (2008). Stellung der psychosomatischen Rehabilitation im Gesundheitswesen. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 76 - 80). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.

- ⁷³ Schulz von Thun F. (2008). Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation (46. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- ⁷⁴ Schuntermann M. (2008). Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 9 - 20). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁷⁵ Selye H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 161 - 187). Bern; Stuttgart; Wien: Huber.
- ⁷⁶ Semmer N., Mohr G. (2001). Arbeit und Gesundheit - Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Streßforschung. In: Psychologische Rundschau, 52(1), 150 - 158.
- ⁷⁷ Semmer N., Udris I. (2007). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: H. Schuler (Hrsg), Lehrbuch Organisationspsychologie (4., aktualisierte Aufl., S. 157 - 195). Bern: Huber.
- ⁷⁸ Semmer N. (2000). Control at Work: Issues of Specificity, Generality, and Legitimacy. In W. J. Perrig & A. Grob (Hrsg),

Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: essays in honor of the 60th birthday of August Flammer (S. 555 - 574). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- ⁷⁹ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg.) (2010). Statistisches Jahrbuch 2010 – Für die Bundesrepublik Deutschland mit „Internationalen Übersichten“. 93. Paderborn: Druck-Buch-Verlag.
- ⁸⁰ Stoeber J., Rennert D. (2008). Perfectionism in school teachers: Relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. In: Anxiety, Stress, And Coping, 21.
- ⁸¹ Sulz S.K.D, Grethe C. (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement?. In: Psychotherapie 2005, 10. 38 – 48.
- ⁸² Travers C., Cooper C. (1993). Mental health, job satisfaction and occupational stress among UK teachers. In: Work & Stress – An International Journal Of Work, Health & Organisations, 7-3.

- ⁸³ Ulich K. (1996). Beruf Lehrer/in. Arbeitsbelastungen, Beziehungskonflikte, Zufriedenheit. Weinheim: Beltz.
- ⁸⁴ Van Eimeren B., Frees B. (2012). 76 Prozent der Deutschen online - neue Nutzungssituationen durch mobile Endgeräte. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2012, MP 7-8/2012.
- ⁸⁵ Verdon M., Merlani P., Perneger T., Ricou B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. In: Intensive Care Med 34, S. 152–156 .
- ⁸⁶ Vroom V. (1967). Work and motivation (3. Aufl.). New York: Wiley.
- ⁸⁷ Walter U., Bramesfeld A., Plaumann M. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 21 - 26). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁸⁸ Weber A. (1998). Sozialmedizinische Evaluation gesundheitlich bedingter Frühpensionierungen von Beamten des Freistaates Bayern. Stuttgart: Gentner.
- ⁸⁹ Weber I. (1996). Studie über Hausärzte in europäischen Ländern: Hohe quantitative Arbeitsbelastung deutscher

Allgemeinärzte. In: Deutsches Ärzteblatt; 93(7): A-376 / B-301 / C-284.

- ⁹⁰ Wiegand-Grefe S., Paar G. (2008). Störungsspezifität im psychodynamischen Behandlungsmodell. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg), Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement (S. 105 - 110). Stuttgart; New York, NY: Schattauer.
- ⁹¹ Zapf D., Semmer N. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Ser. 3, Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie; Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie (Bd. 3, S. 1007 - 1112). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- ⁹² Zielke M. (1994). Gruppentherapie von Standardproblembereichen: Förderung und Entwicklung interaktionellen Problemlöseverhaltens in Gruppen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg), Handbuch stationäre Verhaltenstherapie (S. 345 - 360). Weinheim: Beltz.

Fragebögen

VDS-90

- a) nicht ausgeprägt
- b) leicht ausgeprägt
- c) mittel ausgeprägt
- d) stark/schwer ausgeprägt

	Bitte wählen Sie das jeweils zutreffendste aus:	a)	b)	c)	d)
1:	Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich				
2:	Ich habe das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik.				
3:	Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese				
4:	Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne dass es nach Ansicht von Menschen, denen ich normalerweise vertraue, einen beweisbaren				
5:	Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir				
6:	Ich habe den Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten				
7:	Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt				
8:	Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so dass ich kaum den einen Gedanken zu				
9:	Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend.				
10:	Ich fühle mich voller an Energie und Unternehmungsgeist als zu meinen besten Zeiten.				
11:	Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte				

12:	Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich				
13:	Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich				
14:	Ich fühle mich bedrückt, traurig und				
15:	Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig				
16:	Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen.				
17:	Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher.				
18:	Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren.				
19:	Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe.				
20:	Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben.				
21:	Ich fühle mich innerlich unruhig.				
22:	Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher.				
23:	Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. dass ich alles nicht schaffen werde.				
24:	Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends).				
25:	Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen.				
26:	Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen.				
27:	Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, nicht vorhersehbar, unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen.				
28:	Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen.				
29:	Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen.				
30:	Ich habe Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme).				
31:	Ich habe Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen, im Mittelpunkt der				

	Aufmerksamkeit zu stehen.				
32	Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich : lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten.				
33	Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, : Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, Blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen.				
34	Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation : wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohen ausgesetzten Orten wie Balkon, Aussichtspunkt oder ähnlichem.				
35	Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle über mich : verliere oder ohnmächtig oder verrückt werde.				
36	Ich vermeide, so oft es geht, Angstsituationen. :				
37	Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch. :				
38	Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, : fremd, entfernt.				
39	Ich bin misstrauisch, entdecke gegen mich gerichtete : Äußerungen oder Handlungen schnell.				
40	Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine : sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können.				
41	Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. : Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung.				
42	Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, : Durchschlafstörung oder frühes Erwachen).				
43	Ich leide unter nächtlichem Panikerwachen mit : heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen				
44	Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge : ablaufende ritualhafte Reaktionsabläufe.				
45	Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll- : zwanghaftes Stehlen, Spielen, Zündeln, Haarausreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen.				
46	Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder : Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic).				

47	Ich habe Sprechstörungen in der Form von Stottern oder Poltern.				
48	Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher.				
49	Ich kann Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit).				
50	Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst.				
51	Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr.				
52	Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sexueller Aktivität.				
53	Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen.				
54	Ich leide unter Zwangsimpulse (Unanständiges, Aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun).				
55	Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren, als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht).				
56	Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt.				
57	Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muss einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe.				
58	Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol verbessern.				
59	Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust, andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide).				
60	Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel				

:	ausgeliefert, muss es einfach nehmen, bin abhängig davon.				
61:	Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern.				
62:	Ich leide unter Gier nach Essen.				
63:	Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 kg oder mehr abgenommen habe.				
64:	Ich leide unter Fressanfällen.				
65:	Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei.				
66:	Ich halte streng kalorienarme Diät.				
67:	Ich sehe im Spiegel meinen Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe.				
68:	Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme.				
69:	Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen.				
70:	Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere).				
71:	Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehme Schmerzmittel.				
72:	Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird.				
73:	Ich leide unter Schweißausbrüchen (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen.				
74:	Ich leide unter außergewöhnlicher Müdigkeit bei leichter Anstrengung.				
75:	Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindlicher Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut.				
76:	Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbarem Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit.				
77:	Ich habe Beschwerden im Bereich der				

	Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen.				
78:	Ich habe Beschwerden im Magen-Darmbereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, Durchfall, Speisenunverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen.				
79:	Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Harndrang.				
80:	Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden wie starker Regelblutungen, schmerzhafte bzw. unregelmäßige Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluss).				
81:	Ich leide unter Knochen- oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit				
82:	Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen.				
83:	Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden wurde.				
84:	Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen).				
85:	Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinns, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtzuständen, psychogenen Krampfanfällen, Harnverhaltung).				
86:	Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann.				
87:	Es passiert mir, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, die eventuell völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen haben.				
88:	Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden haben, die mir große Angst vor einer schweren				

	Krankheit machen, medizinische Untersuchungen machen lassen, Ärzte nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen.				
89:	Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können.				
90:	Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschießende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen.				

AVEM

Geschlecht:.....

Alter:

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen/Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen.

Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße es auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

- 4: trifft völlig zu
- 3: überwiegend
- 2: teils/teils
- 1: überwiegend nicht
- 0: trifft überhaupt nicht zu

1	Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt	5	4	3	2	1
2	Ich möchte beruflich weiter kommen, als	5	4	3	2	1

	es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.					
3	Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur .Erschöpfung.	5	4	3	2	1
4	Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein.	5	4	3	2	1
5	Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen.	5	4	3	2	1
6	Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.	5	4	3	2	1
7	Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass Ich sie überwinde.	5	4	3	2	1
8	Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.	5	4	3	2	1
9	Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.	5	4	3	2	1
10	Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein.	5	4	3	2	1
11	Mein Partner/meine Partnerin1 zeigt Verständnis für meine Arbeit.	5	4	3	2	1
12	Die Arbeit ist mein ein und alles.	5	4	3	2	1
13	Beruf oder Karriere bedeutet mir wenig.	5	4	3	2	1
14	Bei der Arbeit: kenne ich keine Schonung.	5	4	3	2	1
15	Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern.	5	4	3	2	1
16	Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.	5	4	3	2	1
17	Misserfolge kann ich nur schwer verkraften.	5	4	3	2	1
18	Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: „Jetzt erst recht“!	5	4	3	2	1
19	Ich bin ein ruheloser Mensch.	5	4	3	2	1
20	In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt.	5	4	3	2	1
21	Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.	5	4	3	2	1
22	Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme.	5	4	3	2	1
23	Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein.	5	4	3	2	1

24	Was meine beruflich Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.	5	4	3	2	1
25	Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.	5	4	3	2	1
26	Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen.	5	4	3	2	1
27	Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.	5	4	3	2	1
28	Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen.	5	4	3	2	1
29	Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung.	5	4	3	2	1
30	Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin.	5	4	3	2	1
31	Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben.	5	4	3	2	1
32	Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen.	5	4	3	2	1
33	Von meinem Partner/meiner Partnerin wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	5	4	3	2	1
34	Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen.	5	4	3	2	1
35	Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.	5	4	3	2	1
36	Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	5	4	3	2	1
37	Was immer ich tue, es muss perfekt sein.	5	4	3	2	1
38	Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keine Gedanken mehr an die Arbeit.	5	4	3	2	1
39	Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr.	5	4	3	2	1
40	Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann.	5	4	3	2	1
41	Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld.	5	4	3	2	1
42	In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen.	5	4	3	2	1
43	Ich kam mich über mein Leben in keiner	5	4	3	2	1

	Weise beklagen.					
44	Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung.	5	4	3	2	1
45	Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte.	5	4	3	2	1
46	Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.	5	4	3	2	1
47	Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.	5	4	3	2	1
48	Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin.	5	4	3	2	1
49	Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.	5	4	3	2	1
50	Ich, verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe.	5	4	3	2	1
51	Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken.	5	4	3	2	1
52	Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten.	5	4	3	2	1
53	Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet.	5	4	3	2	1
54	Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht.	5	4	3	2	1
55	Manchmal wünschte ich mir: mehr Unterstützung durch die Menschen .meiner Umgebung.	5	4	3	2	1
56	Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit.	5	4	3	2	1
57	Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel.	5	4	3	2	1
58	In der Arbeit verausgabe ich mich stark.	5	4	3	2	1
59	Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte.	5	4	3	2	1
60	Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.	5	4	3	2	1
61	Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen.	5	4	3	2	1
62	Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich umso mehr	5	4	3	2	1

	an.					
63	Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.	5	4	3	2	1
64	Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen.	5	4	3	2	1
65	Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin.	5	4	3	2	1
66	Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	5	4	3	2	1

Vielen Dank!

Auswertungsschema AVEM:

1	Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	Frage	1		1		2		3		4		5				
		Punkte		+		-		+		+		-		+		1	=
2	Beruflicher Ehrgeiz	Frage	2		1		2		3		4		5				
		Punkte		-		+		+		+		+		+		6	=
3	Verausgabungsbereitschaft	Frage	3		1		2		3		4		5				
		Punkte		+		+		+		+		+		X	X	=	
4	Perfektionsstreben	Frage	4		1		2		3		4		5				
		Punkte		+		+		+		+		+		X	X	=	
5	Distanzierungs-fähigkeit	Frage	5		1		2		3		4		6				
		Punkte		-		+		+		-		-		+		1	=
6	Resignationstenden-z	Frage	6		1		2		3		5		6				
		Punkte		+		+		+		+		+		X	X	=	
7	Offensive Problembewältigung	Frage	7		1		2		4		5		6				

	g	Punkte		+		+		+		+		+		X	X	=
8	Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	Frage	8		1		3		4		5		6			
		Punkte		-		-		+		+		+		+		1
9	Erfolgsereben im Beruf	Frage	9		2		3		4		5		6			
		Punkte		+		-		+		+		+		+		6
10	Lebenszufriedenheit	Frage	1		2		3		4		5		6			
		Punkte		+		+		+		-		+		+		6
11	Erleben sozialer Unterstützung	Frage	1		2		3		4		5		6			
		Punkte		-		-		+		-		+		+		1
															8	

Übertragen Sie bitte die Summenwerte in das untenstehende Auswertungsschema und verbinden Sie die Punkte. Ihr persönliches Profil können Sie nun mit den Ergebnissen einer Stichprobe von 2160 Personen vergleichen. Die bereits eingetragenen Referenzprofile kennzeichnen Typen von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern, die vor allem unter Gesundheitsaspekten von Bedeutung sind.

Lebenslauf

Persönliche Informationen

Name: Leopold Maximilian Batka

Familienstand: ledig

Staatsangehörigkeit: deutsch

Geburtstag: 3. November 1987 in München

Arbeitstätigkeit

Seit 06/2013 Assistenz Zahnarzt bei Dr. Longenrich, Bad Aibling

Seit 11/2003 Heid-Batka GmbH

Ausbildung

02/2013 Staatsexamen der Zahnmedizin an der LMU
München, Gesamtnote „Gut“

2006-2013 Studium der Zahnmedizin an der LMU München

2006 Abitur, Durchschnittsnote 1,2
Facharbeit in Mathematik: „Gewöhnliche
Differentialgleichungen und ihre Anwendungen in
der Physik“

2005-2006	Institut für Baubiologie und Ökologie Neubeuern; Ausbildung zum Baubiologen IBN
1998-2006	Rupprecht-Gymnasium, Europäischer Zweig, 7. Klasse übersprungen
1994-1998	Grandl-Grundschule in München

Danksagung

Meinem Doktorvater danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und die hervorragende Betreuung.

Meinen geliebten Eltern danke ich für ihre uneingeschränkte Unterstützung in jeder Lebenslage.

Meiner Freundin Sabrina danke ich für ihre grenzenlose Liebe.