

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Helfen bis zur Erschöpfung? Burnout-Risiken und Resilienzstrategien in der Sozialen Arbeit

Eine Analyse der Belastungsfaktoren und Präventionsmassnahmen

Bachelor-Thesis vorgelegt von

Edmond Schaub

Matrikelnummer: 23-535-982

Eingereicht bei

Bernadette Wüthrich, lic. phil. I

Olten, im Januar 2026

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, ob Belastungen und Burnout bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit durch Resilienzförderung und präventive Massnahmen vorgebeugt werden können. Auf der Grundlage einer Literaturliste werden zunächst zentrale Belastungsfaktoren in der Sozialen Arbeit und deren gesundheitliche Folgen angeschaut. Daran anschliessend wird das Burnout-Syndrom sowie theoretische Zugänge zu Resilienz herausgearbeitet. Darauf aufbauend werden theoretische Konzepte der Resilienz sowie präventive Strategien auf individueller und organisationaler Ebene untersucht. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass Fachpersonen vielfältigen strukturellen, emotionalen und ethischen Anforderungen ausgesetzt sind und Burnout ein relevantes Berufsrisiko darstellt. Resilienz wird als dynamischer Prozess verstanden, der durch persönliche Ressourcen, tragfähige Beziehungen und unterstützende Organisationskulturen gestärkt wird. Wirksam erscheint insbesondere die Verknüpfung von individueller Selbstfürsorge, reflektierender Praxis und gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung und Rahmenbedingungen. Die Arbeit formuliert daraus praxisnahe Empfehlungen für Fachpersonen und Organisationen der Sozialen Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Formulierung der Fragestellung und des Erkenntnisinteresses	2
1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit	3
2. Belastungen in der Sozialen Arbeit.....	4
2.1 Berufsfeld der Sozialen Arbeit	4
2.2 Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit	5
2.2.1 Diffuse Allzuständigkeit.....	5
2.2.2 Doppelmandat	6
2.2.3 Tripelmandat	7
2.2.4 Geringe Standardisierbarkeit	7
2.2.5 Koproduktion.....	7
2.2.6 Involviertheit als ganze Person.....	8
2.3 Belastungsfaktoren in der Soziale Arbeit	8
2.3.1 Psychische Belastungen.....	8
2.3.2 Arbeitsorganisatorische Belastungsfaktoren	9
2.3.3 Rollen- und Teamkonflikte	10
2.3.4 Fehlende Wertschätzung	10
2.3.5 Eigene Grenzen spüren.....	11
3. Burnout.....	11
3.1 Historische Entwicklung	11
3.2 Begriffsdefinition.....	13
3.3 Symptome	14
3.4 Verlauf	16
3.5 Ursachen	16
3.5.1 Persönlichkeitszentrierter Ansatz	17
3.5.2 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologischer Ansatz	17
3.5.3 Zusammenspiel beider Ansätze	17
3.6 Abgrenzung zu anderen Phänomenen und Erkrankungen.....	18
3.7 Folgen eines Burnouts	18
3.7.1 Persönliche Folgen	18
3.7.2 Gesellschaftliche Folgen.....	19
3.7.3 Arbeitsbezogene Folgen.....	19
4. Resilienz.....	20

4.1 Begriffsdefinition.....	20
4.2 Merkmale von Resilienz.....	21
4.3 Geschichte der Resilienzforschung.....	22
4.4 Resilienz bei Erwachsenen.....	23
4.4.1 Frühes Erwachsenenalter.....	24
4.4.2 Mittleres Erwachsenenalter.....	24
4.4.3 Höheres Erwachsenenalter.....	25
4.5 Schutzfaktoren.....	25
4.5.1 Soziale Schutzfaktoren.....	25
4.5.2 Resilienzfaktoren.....	26
4.5.3 Resilienzfaktoren bei Erwachsenen.....	26
4.6 Risikofaktorenkonzept.....	30
4.7 Wechselwirkung Risiko und Schutzfaktoren.....	31
4.8 Kritik am Resilienzkonzept.....	31
5. Präventive Massnahmen.....	32
5.1 Definition.....	32
5.2 Strategien und Modelle zur Vorbeugung von Burnout.....	33
5.2.1 Die acht Säulen der Burnout-Prävention nach Irmhild Poulsen.....	33
5.2.2 Salamander-Modell.....	34
5.3 Individuelle und organisationale Präventionsmassnahmen.....	37
5.3.1 Individuelle Präventionsmassnahmen.....	37
5.3.2 Präventionsmassnahmen auf Ebene der Organisation.....	40
6. Schlussfolgerungen.....	42
6.1 Erkenntnisse der Arbeit.....	42
6.2 Beantwortung der Fragestellung.....	43
6.3 Empfehlungen für Fachpersonen und Organisationen.....	44
6.3.1 Für Fachpersonen.....	44
6.3.2 Für Organisationen.....	45
6.3.3 Gemeinsame Leitgedanken.....	45
6.4 Kritische Diskussion.....	46
6.5 Ausblick.....	47
6.6 Persönliches Schlusswort.....	48
7. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	49
8. Hilfsmittelverzeichnis.....	58

1. Einleitung

Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Schweiz zeigt die höchste Arbeitsintensität von Europa. Hohes Arbeitstempo und Termindruck sind ständig vorhanden. Viele Personen arbeiten in der Freizeit, um Anforderungen zu erfüllen (vgl. Krieger/Arial 2023: 12). Das Bundesamt für Statistik (BFS) stellte fest, dass der Anteil Erwerbstätiger, die bei der Arbeit meistens oder immer Stress erleben, zwischen 2012 und 2022 von 18% auf 23% zugenommen hat. Mehr als die Hälfte der gestressten Personen fühlte sich zusätzlich emotional erschöpft, was ein Hinweis auf erhöhtes Burnout-Risiko darstellt (vgl. Bundesamt für Statistik 2024: 1). Im letzten Jahr stiegen die Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zum Vorjahr um 20 Prozent und erreichten damit einen neuen Rekordwert. Hinter diesen Zahlen stehen eine hohe Belastung der Betroffenen und häufig auch die Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Im Durchschnitt dauern die Absenzen elf Monate und belasten Betroffene wie Unternehmen (vgl. Ostschweizer Fachhochschule 2023: o.S.). Im Gesundheits- und Sozialwesen tritt Stress am häufigsten auf (vgl. Schadauer/Allinger 2024:7). Einer aktuellen Erhebung in Österreich zufolge sind über die Hälfte der Befragten stark von emotionaler Erschöpfung belastet (vgl. ebd.: 31). Wenn man diese Ergebnisse mit der gleichen Erhebung vom Jahre 2008 vergleicht, fällt auf, dass sich die Befragten, die an emotionaler Erschöpfung leiden, fast verdoppelt hat (vgl. ebd.: 75). Der Anteil derer, die oft das Gefühl haben, am Ende eines Arbeitstages verbraucht zu sein, stieg von 41% (2008) auf 63,3% (2023) (vgl. ebd.: 55). Knapp ein Viertel der Befragten ist stark von Depersonalisierung betroffen, das bedeutet, dass eine relevante Minderheit bereits distanzierte, zynische oder gleichgültige Haltungen gegenüber Klient:innen zeigt (vgl. ebd.: 37). Fast ein Drittel der Befragten ist von einer Reduzierung der persönlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit stark betroffen oder gefährdet (vgl. ebd.: 49).

Jede dritte Fachperson der Sozialen Arbeit in der Schweiz ist von einem starken Risiko betroffen, an einem Burnout zu erkranken. Das zeigte eine während der Covid-19-Pandemie durchgeführte Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), die die pandemiebedingten Arbeitsbedingungen untersuchte und einen empirischen Blick auf die Folgen für die Soziale Arbeit in der Schweiz lieferte (vgl. Sommerfeld/Hess/Bühler 2021: 2). In einer Erhebung von Fachpersonen in der Sozialen Arbeit gab etwa jede zweite Sozialarbeitende an, dem eigenen fachlichen Anspruch wegen eines zu hohen Arbeitspensums oft bzw. sehr häufig nicht gerecht zu werden. Qualitätsabstriche in der Arbeit werden von der Mehrheit als belastend empfunden (vgl. Henn/Lochner/Meiner-Teubner 2017: 43-44). Soziale Arbeit ist ein sozialer Interaktionsberuf, der in der Pandemie sowohl durch Infektionsgefährdung als auch veränderte Arbeitsbedingungen unter Druck geriet. Bereits vor der Pandemie wurde in diesem Feld von häufiger körperlicher und emotionaler Erschöpfung

berichtet (vgl. Holleder 2023: 19-20). In der Sozialen Arbeit stehen Fachkräfte aufgrund der grossen Verantwortung, des hohen Engagements für ihr Klientel und der tiefen Einblicke in belastende Lebenslagen unter besonderem Druck. Steigende Fallzahlen und strukturelle Engpässe verleiten dazu, persönliche Grenzen immer weiter auszudehnen. Wer viel „Feuer“ für den Beruf hat, braucht ausreichend „Brennstoff“ (vgl. Poulsen 2009a: 14-15). In einer Befragung geben 60% der Fachkräfte an, keine fachlich begleitete Reflexion zu erhalten (vgl. ebd.: 116). Zudem nimmt fast ein Drittel der Befragten keinerlei Unterstützung ihres Trägers wahr (vgl. ebd.: 118).

Burnout breitet sich in westlichen Industriegesellschaften zunehmend aus und gilt als Abnutzungerscheinung der modernen Arbeitswelt. Untersuchungen der vergangenen rund zwei Jahrzehnte zeigen, dass nahezu die Hälfte der Beschäftigten in Industrie- und Dienstleistungsberufen von dauerhafter Überlastung im Arbeitsalltag berichten (vgl. Poulsen 2009a: 15-16). Burnout ist seit Jahren ein Dauerthema in den Medien, auch der Buchmarkt beleuchtet das Phänomen aus sehr unterschiedlichen Perspektiven, von Stress als Hauptursache über Vitalstoffmangel bis hin zu Ansätzen der Emotionssteuerung (vgl. Schermann 2025: 4). Burnout wird zwischen „Modeerscheinung“ und ernstzunehmender arbeitsbezogener Gefährdung verhandelt (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 48).

Vor diesem Hintergrund rückt das Thema der Resilienz in den Fokus, warum manche Fachpersonen unter gleichen Bedingungen ausbrennen, während andere belastbar bleiben oder sogar gestärkt hervorgehen. Resilienz bezeichnet die psychische Widerstandskraft, also die Fähigkeit, sich nach Belastungen, Krisen oder Traumata anzupassen, sich zu erholen und gestärkt daraus hervorzugehen. Resilienz ist kein fixes Merkmal, sondern ein dynamischer, lebenslanger Lern- und Entwicklungsprozess und wirkt als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit (vgl. Ziegler 2024: o.S.). Es gilt daher zu klären, wie Resilienzfaktoren ein Burnout vorbeugen können und wie die Begriffe Burnout und Resilienz sich zueinander verhalten und ergänzen.

1.1 Formulierung der Fragestellung und des Erkenntnisinteresses

Der Autor hat während des Studiums in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit gearbeitet: In der Schulsozialarbeit einer Primarschule, in einer Tagesstruktur sowie in einem Pflegeheim. In allen Funktionen beobachtete er in den Teams wiederkehrende Belastungen durch hohe Arbeitsdichte, emotionale Anforderungen und teils unklare Rollenerwartungen. Besonders prägend war die Erfahrung im Pflegeheim, als mehrere Teammitglieder aufgrund der Arbeitsbelastung langfristig ausfielen. Bei zwei Personen wurde ein Burnout als Grund angegeben. Diese Erlebnisse weckten das Interesse, genauer zu verstehen, wie es in diesen Settings zu Überlastungen kommt und vor allem wie einem Burnout wirksam vorgebeugt werden kann. Das Thema Burnout ist dem Autor im bisherigen Studium

zwar nur am Rande begegnet, in der Fachliteratur findet sich jedoch eine breite Auseinandersetzung damit. All dies bestärkte den Wunsch mehr darüber zu erfahren, insbesondere mit Blick auf den nahenden Einstieg ins Berufsleben als Fachperson der Sozialen Arbeit.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage für die Bachelorarbeit:

Wie können Belastungen und Burnout bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit durch Resilienzförderung und präventive Massnahmen wirksam vorgebeugt werden?

Unterfragen:

Welche spezifischen beruflichen Belastungen führen bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu Burnout?

Welche Symptome und Folgen sind bei Burnout zu beobachten?

Welche theoretischen Konzepte der Resilienz sind für die Burnout-Prävention relevant?

Welche individuellen und organisationalen Präventionsmassnahmen sind wirksam um Burnout vorzubeugen?

1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit und untersucht, wie Fachpersonen in der Sozialen Arbeit Burnout vorbeugen können durch Stärkung der Resilienz und durch präventive Massnahmen. Ziel der Arbeit ist es, die Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, Burnout-Symptomen und Resilienz bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit darzustellen und darauf aufbauend präventive Massnahmen zu identifizieren und kritisch zu reflektieren. Die Arbeit soll einen Beitrag zur besseren Handhabung von Burnout-Risiken leisten und praktikable Empfehlungen für die Praxis und Organisationsentwicklung formulieren.

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Im zweiten Kapitel wird auf das Berufsfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit geschaut, anschliessend werden Strukturmerkmale und Belastungsfaktoren erläutert. Im dritten Kapitel wird das Thema Burnout dargestellt, es wird auf Ursachen, Symptome und den Verlauf sowie Folgen eingegangen. Im vierten Kapitel wird der Begriff Resilienz vorgestellt unter besonderer Berücksichtigung zentraler Resilienzfaktoren im Erwachsenenalter. Im fünften Kapitel werden präventive Massnahmen zur Burnout-Prävention und Resilienzförderung vorgestellt. Es wird unterschieden zwischen individuellen und organisationalen Massnahmen zur Burnout-Prävention. Es werden auch verschiedene Burnout Präventionsmodelle vorgestellt. Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und kritisch diskutiert. Die

Forschungsfrage wird beantwortet und es wird eine Empfehlung für die Praxis der Sozialen Arbeit formuliert. Es folgt ein Ausblick und ein persönliches Schlusswort. Im siebten und achten Kapitel sind das Literatur- und Quellenverzeichnis und das Hilfsmittelverzeichnis zu finden.

2. Belastungen in der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel werden Belastungen in der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Am Anfang wird auf das Berufsfeld der Sozialen Arbeit eingegangen. Darauf aufbauend werden Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit beschrieben, die das berufliche Handeln prägen und besondere Anforderungen mit sich bringen. Am Ende des Kapitels werden massgebliche Belastungsfaktoren beschrieben.

2.1 Berufsfeld der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist sowohl eine wissenschaftliche Disziplin als auch eine praxisorientierte Profession. Ihr Ziel ist es, sozialen Wandel zu fördern, den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken und Menschen zu befähigen, ihre Lebensbedingungen selbstbestimmt zu gestalten. Sie unterstützt dabei insbesondere jene, die in ihrer Lebensführung eingeschränkt sind oder deren Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen behindert ist. Die Soziale Arbeit trägt dazu bei, Benachteiligungen abzubauen sowie Chancengleichheit zu fördern (vgl. AvenirSocial 2015: 1).

Das berufliche Handeln der Sozialen Arbeit gründet auf den Werten der Menschenwürde, der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Die Menschenwürde bedeutet dabei die Achtung und den Schutz jedes Menschen allein aufgrund seines Menschseins. Sie impliziert, dass die Soziale Arbeit die Integrität jeder Person schützt und sich für einen respektvollen Umgang einsetzt. Die Menschenrechte sind universell, unteilbar und unveräusserlich und gelten jederzeit uneingeschränkt. Sie definieren essenzielle und allgemein verbindliche Minimalstandards für ein menschenwürdiges Leben. Weil gleiche Rechte allein kein gerechtes Leben für alle garantieren, zielt soziale Gerechtigkeit darauf hin soziale Ungleichheiten zu beseitigen und Ressourcen gezielt umzuverteilen. Allen Menschen sollen gleichwertige Zugänge und Entfaltungsmöglichkeiten ermöglicht werden. Dabei setzen sich Fachpersonen für die Verwirklichung des Rechts auf Selbstbestimmung jeder Person ein (vgl. AvenirSocial 2025: 9). Berufsleitende Prinzipien der Sozialen Arbeit, die im Berufskodex verankert sind, lauten: Ganzheitliche Betrachtung des Menschen, Integrität, Ermächtigung, Partizipation und soziale Teilhabe, Selbstbestimmung, Achtung der Verschiedenheit, Diskriminierungsverbot,

gemeinschaftliche Verantwortung, Nachhaltigkeit und Prävention. Diese bilden den konkreten Massstab für professionelles Handeln in Praxis, Organisation und Gesellschaft (vgl. ebd.: 11-15). Die Wissensbasis der Sozialen Arbeit ist inter- und transdisziplinär. Neben eigenen theoretischen Grundlagen greift sie auf Bezugsdisziplinen wie Psychologie, Soziologie, Pädagogik oder Ökonomie zurück und integriert auch Erfahrungswissen aus der Praxis (vgl. AvenirSocial 2015: 3-4).

Im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit ist die Bewertung beruflichen Handelns besonders anspruchsvoll. Wirkungen zeigen sich häufig erst zeitversetzt und bleiben für Fachpersonen oft unsichtbar. Viele Klient:innen werden nach einer Intervention nicht erneut erreicht, und belastbare Kennwerte zur Erfolgsmessung stehen nur begrenzt zur Verfügung. Entsprechend lassen sich gute Ergebnisse, gelingende Prozesse und der unmittelbare Nutzen des Einsatzes nur schwer eindeutig bestimmen (vgl. Poulsen 2009b: 244).

Die Themenbereiche, in denen Soziale Arbeit tätig ist, sind breit gefächert, sie reichen von der Kinder- und Jugendarbeit, der Jugendhilfe, Schulsozialarbeit und Erwachsenenbildung über die Altenarbeit, Suchtkrankenhilfe und sozialpsychiatrische Arbeit bis hin zur Straffälligenhilfe, Behindertenhilfe, interkulturellen sowie geschlechtsspezifischen Hilfen und vielen mehr. Auch in Betrieben, sozialen Beratungsstellen oder Frauenhäusern sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tätig (vgl. Poulsen 2009a :13).

2.2 Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit

Das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit unterliegt spezifischen Rahmenbedingungen, die sich grundlegend von denen anderer Professionen unterscheiden. Diese Bedingungen werden als Strukturmerkmale bezeichnet und sind durch inhärente Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 48). Schütze beschrieb diese bereits 1992 als Paradoxien des professionellen Handelns, also als unvermeidbare Schwierigkeiten und Dilemmata, in die Fachpersonen notwendigerweise verstrickt sind. Diese strukturellen Gegebenheiten bilden den Kontext, in dem Soziale Arbeit ihre Aufgabe der Unterstützung bei der Lebensbewältigung und sozialen Integration wahrnimmt (vgl. Schütze 1992: 132-136). Nach Schütze haben sich viele andere Autor:innen über dieses Strukturproblem geäußert, wie zum Beispiel Galuske oder Gildemeister (vgl. Galuske 2013; Gildemeister 1992). Im weiteren Verlauf der Arbeit werden verschiedene Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit aufgezeigt.

2.2.1 Diffuse Allzuständigkeit

Ein zentrales Merkmal der Sozialen Arbeit ist diffuse Allzuständigkeit für komplexe Probleme. Im Gegensatz zu klassischen Professionen wie der Medizin oder der Theologie, die über klar

abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche und Monopole verfügen, ist die Soziale Arbeit mit einer enormen Bandbreite an Lebensproblemen konfrontiert. Ihre Zuständigkeit ist schwer einzugrenzen und oft dann gegeben, wenn andere Systeme nicht mehr greifen. Dies führt dazu, dass der Gegenstand der Bearbeitung in jedem Einzelfall erst diskursiv ausgehandelt und eingegrenzt werden muss, da es keine routinemässige Spezialisierung für die Gesamtheit der Alltagsprobleme geben kann. Diese Offenheit erfordert von den Fachpersonen die Kompetenz, Unsicherheit und Ungewissheit zu bewältigen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 48-49). Diese Allzuständigkeit erweist sich jedoch in mehrfacher Hinsicht als problematisch. Auf der Makroebene führt sie zu Schwierigkeiten, den Gegenstand der Sozialen Arbeit theoretisch eindeutig zu definieren (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 49). Dies spiegelt sich in der grossen Heterogenität der Arbeitsfelder wider, was für die Profession bedeutet, dass die Spezialisierung in der Grundausbildung zwangsläufig gering bleibt. Damit einher geht eine fehlende Monopolisierung des Tätigkeitsfeldes (vgl. Galuske/Müller 2012: 592). Soziale Arbeit findet selten isoliert statt, meistens sind Fachleute aus unterschiedlichen Feldern in einen Fall involviert. Die daraus resultierende, wenig klar abgrenzbare Zuständigkeit führt mitunter zu Statusproblemen der Profession (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 49). Auf der Mikroebene der täglichen Fallarbeit zeigt sich die diffuse Allzuständigkeit vor allem darin, dass Sozialarbeitende ihre eigene Zuständigkeit immer wieder aktiv begrenzen müssen. Welche Themen fallen noch in ihren Auftrag und wo eine Weiterverweisung sinnvoll ist (vgl. Galuske 2013: 41-42).

Da Klient:innen oft mehrere, miteinander verknüpfte Probleme einbringen, entsteht der Bearbeitungsfokus nicht automatisch, sondern im situativen Kontext und durch Aushandlung zwischen Fachkraft und Klientel (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 49).

2.2.2 Doppelmandat

Das doppelte Mandat beschreibt die gleichzeitige Verpflichtung zur Hilfe und zur Kontrolle. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind einerseits hilfeschuchenden Menschen verpflichtet, das bedeutet, sie helfen bei der Bewältigung unterschiedlicher individueller Probleme und andererseits sind sie auch der Gesellschaft, also dem Staat, letztlich ihrem Arbeitgeber/ihrer Arbeitgeberin, verpflichtet. Soziale Arbeit ist damit nie nur Hilfe, sondern immer auch Teil gesellschaftlicher Kontrolle (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 12). Sozialarbeitende müssen Hilfe leisten, sind aber oft gleichzeitig dazu verpflichtet, das Verhalten und die Lebenssituation der unterstützten Personen zu kontrollieren und die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zu überwachen (vgl. Kneubühl 2020: o.S). Sozialarbeitende finden sich also im Zwiespalt zwischen zwei verschiedenen Handlungslogiken, dies wird als Widerspruch angesehen, Thiersch hat diesen Widerspruch als „kontrollierte Schizophrenie“ benannt (Thiersch 1986 zit. in Gängler 2018: 628).

2.2.3 Tripelmandat

Um die Handlungsgrundlage der Sozialen Arbeit zu erweitern und ihre Professionalisierung zu stärken, entwickelte Staub-Bernasconi das Konzept des Tripelmandats. Das Tripelmandat erweitert das Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle um eine dritte Dimension, das professionsinterne Mandat (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 36). Dieses basiert auf wissenschaftlich fundiertem Wissen und einer ethisch begründeten Wertebasis, wie sie im Berufskodex der Sozialen Arbeit verankert ist. Es verschafft der Profession eine unabhängige Legitimation, um Aufträge kritisch zu prüfen, gegebenenfalls abzulehnen oder eigene, fachlich begründete Handlungsaufträge zu formulieren. Dadurch wandelt sich die Rolle der Sozialen Arbeit von einer ausführenden Instanz im doppelten Mandat zu einer eigenständigen, wissenschaftlich begründeten und menschenrechtsorientierten Profession (vgl. ebd.: 12-13).

2.2.4 Geringe Standardisierbarkeit

Das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit kann nicht nach einer Herstellungslogik erfolgen und ist somit kaum standardisierbar. Dies liegt daran, dass soziale Prozesse komplex und unvorhersehbar sind. In der Sozialen Arbeit existiert kein Rezeptwissen, keine einheitlichen Lösungen oder festgeschriebenen Vorgehensweisen, mit denen eine bestimmte Wirkung erzielt werden kann. Dieses Fehlen standardisierter Technologien wird als strukturelles Technologiedefizit bezeichnet. Aufgrund dieses strukturellen Technologiedefizits entsteht die Notwendigkeit für ein methodisch strukturiertes Vorgehen. Dieses Vorgehen beinhaltet unter anderem die Beziehung von Theoriewissen und fallbezogenem Wissen. Ein solches methodisch strukturiertes Vorgehen ist unabdingbar, um die strukturelle Ungewissheit so weit wie möglich zu reduzieren (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 63).

2.2.5 Koproduktion

Koproduktion in der Sozialen Arbeit bedeutet, dass Fachkräfte und Klient:innen gemeinsam Leistungen erbringen. Personenbezogene soziale Dienstleistungen können nur in einem dialogischen Verständigungsprozess gemeinsam von Fachpersonen und Klient:innen zustande kommen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 56). Ohne die aktive Beteiligung der Klient:innen kann kein befriedigendes Ergebnis erreicht werden, weshalb diese den Status von Ko-Produzent:innen haben. Damit ist Koproduktion stets auf Kooperation angewiesen, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet ist (vgl. ebd.: 57). Herausforderungen entstehen insbesondere in Kontexten, in denen Freiwilligkeit und intrinsische Motivation fehlen, etwa im Strafvollzug oder in der Suchtberatung. Hier müssen Fachkräfte zunächst Kooperationsbereitschaft erarbeiten, Vertrauen aufbauen und den Willen zur Veränderung fördern. Dieses Bemühen birgt keine Garantie auf Erfolg, sondern erfordert auch die Akzeptanz möglicher Ablehnung. Professionskompetenz umfasst daher die Fähigkeit,

Kooperation zu ermöglichen und zugleich die Grenzen der eigenen Einflussmöglichkeiten zu akzeptieren (vgl. ebd.: 58). Koproduktion findet immer unter den Bedingungen einer strukturellen Asymmetrie statt. Fachpersonen verfügen durch den institutionellen Rahmen und Wissensvorsprung über mehr Macht als Klient:innen. Ein Ansatz zur Reduzierung dieser Asymmetrie besteht darin, subjektive Wirklichkeitskonstruktionen anzuerkennen, die Perspektive der Klient:innen zu erfassen und die eigene Sichtweise als ebenfalls subjektiv transparent in den Aushandlungsprozess einzubringen (vgl. ebd. 59).

2.2.6 Involviertheit als ganze Person

Da das Handeln in der Sozialen Arbeit in hohem Masse auf der Gestaltung von Beziehungen beruht, fungiert die Fachperson selbst als ihr zentrales Arbeitsinstrument. Mit ihrer gesamten Persönlichkeit, einschliesslich fachlicher Kompetenzen, persönlicher Werte und biografischer Erfahrungen gestaltet sie die Beziehung zu den Klient:innen und prägt den Hilfeprozess wesentlich. Diese persönliche Involviertheit kann Vertrauen fördern, Motivation stärken und neue Perspektiven eröffnen, geht jedoch zugleich mit einer starken emotionalen Betroffenheit einher. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit kontinuierlicher Selbstreflexion und biografischer Selbstdistanzierung, um professionelle Grenzen zu wahren und Überforderung vorzubeugen. Die eigene Person wird so bewusst, verantwortungsvoll und reflektiert als professionelles Werkzeug eingesetzt (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2021: 61–62).

2.3 Belastungsfaktoren in der Soziale Arbeit

Untersuchungen zeigen, dass Sozialarbeitende im Vergleich zu anderen Beschäftigten eine deutlich höhere psychische Erschöpfung aufweisen. Bezüglich der emotionalen Erschöpfung ist diese ähnlich hoch wie in anderen Sozialberufen (vgl. Kahl/Bauknecht 2023: 213; Krieger/Arial 2020: 4-6; Holleder 2023: 213.15). Im Folgenden werden massgebliche Belastungsfaktoren identifiziert und beschrieben.

2.3.1 Psychische Belastungen

Zu den psychischen Belastungsfaktoren in der Sozialen Arbeit zählen vor allem Anforderungen, die Sozialarbeitende fachlich, organisatorisch und emotional stark beanspruchen. Belastungen entstehen, wenn Fachpersonen mit Tätigkeiten konfrontiert werden, die nicht erlernt oder nicht ausreichend beherrscht werden, oder wenn sie gefühlsmässig stark belastende Situationen bewältigen müssen (vgl. Kahl/Bauknecht 2023: 223-224).

Hoher Erwartungs- und Verantwortungsdruck entsteht, da Klientinnen und Klienten, Vorgesetzte und Institutionen beständiges Engagement und professionelle Lösungen

erwarten, während gleichzeitig die Fallzahlen steigen und Personalengpässe zunehmen (vgl. Poulsen 2009a: 14-15).

Soziale Arbeit steht dauerhaft vor der Aufgabe, in professionellen Beziehungen angemessene Nähe und notwendige Distanz auszubalancieren. Soziale Fachkräfte erhalten oft tiefe Einblicke in belastende Lebensschicksale, wie etwa Armut, Vernachlässigung, Sucht, Krankheit oder Gewalt. Dabei müssen sie empathisch bleiben, ohne sich von den Problemen vereinnahmen zu lassen. Die Fähigkeit, sich abzugrenzen und eigene Grenzen klar zu setzen, ist essenziell (vgl. Poulsen 2009a: 14).

Professionellen in sozialen Berufen wird häufig eine zu starke emotionale Eingebundenheit in die Probleme der Klientel nachgesagt, was als das sogenannte Helfersyndrom bekannt ist. Helfende wollen vor allem Gebende sein, vermeiden es, Ansprüche zu stellen und fühlen sich unwohl dabei eine angemessene Entschädigung einzufordern. Dies begünstigt auf Dauer Überlastung und Enttäuschung, riskiert eine Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation und einen signifikant höheren Grad an emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation (vgl. Kitzte 2022:89). Erfolge sind in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit nur schwer messbar und erscheinen damit wenig greifbar. Positive Veränderungen zeigen sich oft erst nach längeren Zeiträumen und in kleinen Schritten, während von aussen gleichzeitig die Erwartung besteht, schnelle und sichtbare Resultate zu liefern. Hinzu kommt, dass die Leistung sozialer Fachkräfte meist an quantitativen Kennzahlen wie Fallzahlen oder Bearbeitungsfristen gemessen wird, anstatt die Qualität der Betreuung und die individuellen Fortschritte der Klientel in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. ebd.: Kitzte 2022:25).

2.3.2 Arbeitsorganisatorische Belastungsfaktoren

Im beruflichen Alltag vieler Fachpersonen, insbesondere im Bereich der Sozialen Arbeit, stellt der Personalmangel eine der grössten Belastungen dar. Unbesetzte Stellen, hohe Fluktuation und fehlende Vertretungen bei Krankheit oder Urlaub führen dazu, dass die vorhandenen Mitarbeitenden dauerhaft am Limit arbeiten (vgl. Poulsen 2012: 64). Oftmals werden Überstunden oder Mehrarbeit als privates Engagement angesehen, was die Gefahr der Selbstüberforderung verstärkt (vgl. Poulsen 2009a: 14-15).

Die Bürokratie ist stark ausgeprägt und stellt eine weitere Belastung dar. Sie wirkt somit als Professionalisierungshemmnis (vgl. Beckmann 2009: 111-112). Komplexe und teils lebensfremde Verwaltungsprozesse sowie ein hoher Dokumentationsaufwand beanspruchen einen erheblichen Teil der Arbeitszeit, oft auf Kosten der direkten Arbeit mit Klientinnen und Klienten. Fehlendes Verwaltungspersonal führt dazu, dass Fachpersonen zusätzlich zu ihrer Tätigkeit umfangreiche Verwaltungsaufgaben selbst übernehmen müssen (vgl. (vgl. Poulsen 2009a: 63). Die aktuelle Tendenz erweiterter und formal umfassender

Qualitätsmanagementsysteme verstärkt die Bürokratisierung und schränkt die professionellen Handlungs- und Ermessensspielräume ein (vgl. Beckmann 2009: 115).

Der am häufigsten genannte Stressor, aus einer Studie von Poulsen über Belastungsfaktoren in der Sozialen Arbeit, ist der Zeit- und Termindruck. 72% der Befragten geben an, dass die verfügbare Zeit nicht ausreicht, um ihre Aufgaben mit der notwendigen Sorgfalt zu erledigen. Viele beschreiben den Arbeitsalltag als „Hochgeschwindigkeitsarbeitsdruck“ oder „Fallarbeit am Fließband“ (vgl. Poulsen 2012: 63). Ebenso dazu gehören Arbeiten an der Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit sowie ein geringer Einfluss auf die eigene Arbeitsmenge. Dabei spielt auch das tatsächliche Ausmass der Arbeitsmenge eine zentrale Rolle. Viele Sozialarbeitende berichten, dass das erwartete Pensum so hoch ist, dass es in der vorgesehenen Zeit nur mit deutlichen Qualitätsabstrichen bewältigt werden kann. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen geben sie am häufigsten an, keinen regelmässigen Einfluss auf ihre Arbeitslast zu haben (vgl. Kahl/Bauknecht 2023: 223-224).

2.3.3 Rollen- und Teamkonflikte

Die Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten kann zusätzlich herausfordernd sein, wenn diese die notwendige Mitarbeit verweigern, keine Einsicht zeigen oder ablehnend reagieren. Fachpersonen erleben ausserdem Rollenkonflikte, da sie zwischen den Erwartungen unterschiedlicher Institutionen, wie Gerichten, Schulen, Familien und Verwaltungen, vermitteln müssen. Damit verbunden ist die Angst, zu spät oder falsch zu handeln, mit potenziell schwerwiegenden Folgen (vgl. Poulsen 2012 :58).

In Teams der Sozialen Arbeit entstehen Rollen aus offiziellen Strukturen wie Leitungs- oder Fachpersonenpositionen sowie aus informellen Rollen, die sich durch persönliche Eigenschaften und Beziehungen entwickeln (vgl. Hohmann 2018: 7). Unklare Rollenverteilungen begünstigen Konflikte, die aus Sachfragen, Interessen, Beziehungen, Werten oder Strukturen resultieren können (vgl. ebd.: 11–12). Neben diesen strukturellen und entwicklungsbedingten Spannungen verschärfen auch belastende Rahmenbedingungen die Situation. Konflikte mit Vorgesetzten und innerhalb der Teams beeinträchtigen das Arbeitsverhältnis, erhöhen den Stress und begünstigen Mobbing. Viele Fachpersonen haben das Gefühl, ihre Leitungspersonen hätten den Bezug zur Praxis verloren oder böten in Krisen keine ausreichende Rückendeckung (vgl. Poulsen 2012: 66–67).

2.3.4 Fehlende Wertschätzung

Wertschätzung spielt in der Sozialen Arbeit eine wesentliche Rolle für die Gesundheit und Motivation der Fachpersonen. Es zeigt sich deutlich, dass sich viele Beschäftigte wünschen, dass ihre hohe Einsatzbereitschaft stärker anerkannt wird. Unter Wertschätzung verstehen sie nicht nur persönliche Anerkennung im Arbeitsalltag, sondern auch strukturelle Unterstützung.

Solche Formen der Anerkennung tragen massgeblich dazu bei, Belastungen zu mindern, die innere Balance zu wahren und langfristig engagiert im Beruf zu bleiben (vgl. Poulsen 2009a: 90-95).

Fachpersonen berichten, dass sowohl gesellschaftliche als auch finanzielle Anerkennung oft fehlen. Trotz hoher Verantwortung, Zusatzqualifikationen und langjähriger Erfahrung werden ihre Leistungen häufig als selbstverständlich angesehen. Aus Sicht der Berufsgruppe braucht es daher eine gesellschaftliche Diskussion über angemessene Bezahlung, mehr Unterstützung durch Politik und Gewerkschaften sowie eine Burnout-Prävention, die nicht nur organisatorische Entlastung, sondern auch zwischenmenschliche Gesten, Anteilnahme und Grosszügigkeit im Arbeitsalltag umfasst (vgl. Poulsen 2012: 65).

2.3.5 Eigene Grenzen spüren

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Grenzen und zur Bewältigung psychischer Belastungen stellt eine zentrale Anforderung an das professionelle Handeln dar. Der ständige Umgang mit schwierigen Lebenslagen, Gewalt oder Vernachlässigung und der Druck, in zu knapp bemessener Zeit alles Wichtige zu erledigen, fordern ihren Tribut. Die Angst, etwas zu übersehen, begleitet viele im Arbeitsalltag und birgt die Gefahr, in eine Überforderungsspirale zu geraten, was ein ständiger Balanceakt zwischen Empathie und notwendiger Abgrenzung darstellt (vgl. Poulsen 2012: 66).

3. Burnout

In diesem Kapitel wird das Thema Burnout genauer betrachtet. Zuerst wird erklärt, woher der Begriff kommt und wie Burnout heute definiert wird. Dann werden typische Anzeichen und der mögliche Verlauf beschrieben sowie wichtige Ursachen auf persönlicher, arbeits- und organisationsbezogener Ebene dargestellt. Anschliessend wird Burnout klar von Stress und Depression abgegrenzt. Zum Schluss werden die Folgen für Betroffene, Betriebe und die Gesellschaft dargestellt.

3.1 Historische Entwicklung

Bereits vor 1974 gab es Umschreibungen von Zuständen, die dem heutigen Burnout ähneln. In der Bibel, im Alten Testament im 1. Buch der Könige, wird von Elias berichtet, der nach seiner ersten Niederlage nach vielen Erfolgen in Verzweiflung gerät und in einen tiefen Schlaf fällt (vgl. Kitzke 2022: 32). Ebenso schildern das 2. und das 4. Buch Mose die Erschöpfung und

Überlastung von Mose angesichts fast unlösbarer Aufgaben (vgl. Burisch 2014: 3). In der Literaturgeschichte begegnet einem dieses Motiv durch den Schriftsteller William Shakespeare. Er schildert Figuren, die durch Enttäuschung, Überforderung und seelische Zerrüttung gebrochen sind und in ihrer Lebenskraft ausgebrannt erscheinen (vgl. Kleiber/Enzmann 1989: 17-18).

Im 19. und frühen 20. Jahrhundert fand sich für vergleichbare Symptome von Burnout der Begriff „Neurasthenie“ bzw. „Nervenschwäche“, der als begrifflicher Vorläufer gilt. Damit wurden Krankheitsbilder beschrieben, die mit chronischer Müdigkeit, Gereiztheit und sinkender Leistungsfähigkeit einhergingen. Die Hauptursachen der Neurasthenie lagen in der dauerhaften Überforderung durch den Beruf und das gesellschaftliche Leben (vgl. Burisch 2014: 5).

Der Begriff Burnout wurde 1974 von dem deutschstämmigen Psychoanalytiker und Psychotherapeuten Herbert J. Freudenberger erstmals wissenschaftlich eingeführt (vgl. Kitzke 2022: 32). In seinem Aufsatz „Staff Burn-Out“ beschrieb er das „Ausgebranntsein“ als Zustand tiefer körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, der vor allem bei hochengagierten Menschen in helfenden Berufen und sozialen Bewegungen auftritt. Er beobachtete bei sich selbst und bei Kolleg:innen in einer New Yorker Beratungsstelle für Drogenabhängige einen Zustand tiefer körperlicher und emotionaler Erschöpfung, verbunden mit Enttäuschung, Antriebslosigkeit und Zynismus gegenüber den Hilfesuchenden. Diesen Zustand nannte er Burnout, also auf Deutsch „Ausgebranntsein“ (vgl. Freudenberger 1974: 159-160). Die Sozialpsychologinnen Christina Maslach und Susan Jackson begannen sich ab 1974, intensiv mit der Frage auseinanderzusetzen, wie Menschen auf stark belastende Ereignisse reagieren. Angeregt durch die Arbeiten von Herbert Freudenberger entwickelten sie die Idee, ein Instrument zur systematischen Erfassung von Burnout zu schaffen. Da die Psychologin Christina Maslach über fundierte Erfahrung in der Entwicklung von Fragebögen verfügte, führte sie zunächst Gespräche mit Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, die von Burnout-Symptomen berichteten. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelte sie das Maslach-Burnout-Inventar (MBI), einen Fragebogen, der bis heute weit verbreitet und bedeutsam ist. Mit seiner Hilfe lassen sich die aus Maslachs Sicht zentralen Dimensionen von Burnout systematisch erfassen (vgl. Storch/Olbrich/Storch 2018: 160).

Während es Ende der 1980er Jahre noch nötig war, Lesenden den Begriff Burnout mittels Fallbeispielen näherzubringen, da das Phänomen als exotisch galt, ist dies heute nicht mehr erforderlich (vgl. Burisch 2014: 2). Spätestens seit der Jahrtausendwende setzte ein Hype ein, der nicht mehr abflauen wollte. Praktisch alle grösseren Magazine griffen das Thema

wiederholt auf und erzielten Rekordverkaufszahlen. Burnout ist mittlerweile ein Phänomen, das sogar auf höchster politischer Ebene diskutiert wird (vgl. ebd.: 253).

3.2 Begriffsdefinition

Eine einheitliche Definition von Burnout gibt es bis heute nicht. In der Literatur findet sich vielmehr ein breites Spektrum paralleler, heterogener Beschreibungen, die in manchen Aspekten widersprüchlich ausfallen (vgl. Schneglberger 2010: 28). Die Existenz von Burnout steht ausser Frage, dennoch ist eine eindeutige Definition schwierig, da sich das Syndrom in wechselnden Kombinationen von Symptomen zeigt. Hinzu kommt, dass zahlreiche, teils konkurrierende Definitionen und Modelle die begriffliche Schärfung weiter erschweren (vgl. Kernen 2005: 62-63). Im Folgenden werden Definitionen verschiedener Autor:innen für das Burnout-Syndrom betrachtet.

Freudenberger stützt seine Definition von Burnout auf eine Begriffsbestimmung im Wörterbuch. Das Wörterbuch definiert das Verb „to burn out“ als versagen, verschleissen oder erschöpft werden, indem übermässige Anforderungen an Energie, Kraft oder Ressourcen gestellt werden. Laut Freudenberger geschieht dies, wenn eine mitarbeitende Person in einer Einrichtung, aus welchen Gründen auch immer, ausbrennt und dadurch praktisch arbeitsunfähig wird (vgl. Freudenberger 1974: 159-160). Nach Pines, Aronson und Kafry ist Burnout durch emotionale, körperliche und geistige Erschöpfung gekennzeichnet (vgl. Pines/Aronson/Kafry 1983: 13). Maslach und Jackson beschrieben Burnout als ein arbeitsbezogenes Syndrom, das sich durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (Zynismus und Distanz gegenüber den betreuten Menschen) sowie ein verringertes Gefühl persönlicher Leistungsfähigkeit und Erfüllung auszeichnet (vgl. Maslach/Jackson 1981: 99).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Burnout in die 11. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) aufgenommen. Es gilt dort allerdings nicht als Krankheit, sondern wird als ein berufsbedingtes Phänomen beschrieben. Burnout ist im Abschnitt über Faktoren aufgeführt, die die Gesundheit beeinflussen oder dazu führen, dass Menschen medizinische Hilfe suchen, ohne dass es sich dabei um eine eigentliche Erkrankung handelt. Schon in der früheren Version, der ICD-10, war Burnout enthalten. Die aktuelle Fassung geht jedoch genauer auf die Merkmale ein (vgl. World Health Organization 2019: o. S.).

Nach der Definition der ICD-11 entsteht Burnout durch andauernden Stress am Arbeitsplatz, der nicht ausreichend bewältigt werden konnte. Typisch sind dabei ein starkes Gefühl von Erschöpfung, eine zunehmende innere Distanz oder sogar eine zynische Haltung gegenüber der eigenen Arbeit sowie das Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit. Wichtig ist, dass

Burnout nur im Zusammenhang mit der Arbeit gesehen wird und nicht auf Belastungen im privaten Leben übertragen werden sollte (vgl. World Health Organization 2025: o. S.).

3.3 Symptome

Es besteht nicht nur Uneinigkeit darüber, wie Burnout genau definiert werden soll, sondern auch darüber, welche Symptome zwingend vorhanden sein müssen, wie stark sie ausgeprägt sein sollten und über welchen Zeitraum sie auftreten müssen, damit man von einem Burnout-Syndrom sprechen kann (vgl. Blossfeld et al. 2014: 30). Das Symptombild von Burnout ist vielschichtig, aber in Studien relativ einheitlich beschrieben. Zwar zeigt sich in der Forschung ein sehr vielschichtiges Symptombild, zugleich werden die häufig genannten Beschwerden in vielen Studien erstaunlich konsistent beschrieben. Um diese Vielfalt systematisch fassbar zu machen, werden die in der Literatur typischen Symptome häufig in Ober- und Unterkategorien gebündelt. Je nach Autor:in unterscheiden sich jedoch die Ordnungssysteme und Schwerpunktsetzungen (vgl. Burisch 2006: 24). Die Autoren Schaufeli und Enzmann kritisieren, dass fast jedes denkbare Symptom als Anzeichen für Burnout aufgeführt werde. Dadurch sei es kaum möglich, Burnout eindeutig festzustellen oder klar von anderen Problemen im Leben einer Person zu unterscheiden (vgl. Schaufeli/ Enzmann 1998:30).

Burisch bietet eines der detailliertesten Beschreibungen der Symptome von Burnout im deutschsprachigen Raum. Er gliedert die Symptome in sieben Hauptkategorien, die ein umfassendes, aber zugleich differenziertes Bild vermitteln. Diese Kategorien überschneiden sich teilweise und können in einer ungefähren zeitlichen Reihenfolge auftreten. Nicht alle Symptome müssen vorliegen, ihr Auftreten ist individuell verschieden und hängt von persönlichen und umweltbedingten Faktoren ab (vgl. Burisch 2014: 25). Aus diesem Grund wurde seine Symptomatik für diese Arbeit gewählt, da sie es ermöglicht, den Burnout-Prozess nicht als statischen Zustand, sondern als dynamisches Geschehen zu begreifen, das von ersten Warnsignalen bis hin zu existenzieller Verzweiflung reicht. Im Folgenden wird auf die sieben Hauptkategorien der Burnout-Symptomatik nach Burisch genauer eingegangen.

Burnout-Symptomatik

Kategorie 1: Warnsymptome der Anfangsphase

Die anfängliche Phase eines Burnout-Prozesses ist oft durch ein deutliches Überengagement gekennzeichnet. Zu den Warnsymptomen zählen Hyperaktivität, das Gefühl der Unentbehrlichkeit und die Bereitschaft zu freiwilliger, unbezahlter Mehrarbeit. Betroffene können nicht mehr abschalten, verleugnen eigene Bedürfnisse und verdrängen Misserfolge oder Enttäuschungen. Diese Phase ist häufig durch eine biografische Zäsur z. B.

Studienanfang oder Berufseintritt gekennzeichnet. In dieser Zeit ändert sich die Umwelt plötzlich und es stellen sich neue Herausforderungen (vgl. Burisch 2014: 30-31).

Kategorie 2: Reduziertes Engagement

Nach der Phase des Überengagements folgt ein emotionaler, kognitiver und verhaltensmässiger Rückzug von den Klient:innen, Kolleg:innen, Freund:innen und der Arbeit selbst. Betroffene distanzieren sich zunehmend durch Zynismus und Entpersönlichung. Die Berufstätigkeit verliert ihren Sinngehalt und dient nur noch der materiellen Existenzsicherung, während Energie und Erfüllung fast ausschliesslich im Privatleben gesucht werden. Symptome in dieser Kategorie umfassen auch das Meiden von Kontakten und den Verlust von Empathie (vgl. ebd.: 31).

Kategorie 3: Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung

In der dritten Kategorie stehen emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen im Vordergrund. Um die eigentlich nötige Trauerarbeit zu vermeiden, wird die Schuld entweder bei sich selbst oder bei der Umwelt gesucht. Entsprechend dominiert eine depressiv-ängstliche oder eine aggressiv-gereizte Grundstimmung. Diese emotionalen Reaktionen, zu denen auch Wut und Angst gehören, sind überdauernde Stimmungen, die das Selbstbild und die Beziehungen zu anderen zunehmend prägen (vgl. ebd.: 33-34).

Kategorie 4: Abbau

In der vierten Kategorie kommt es zu einem deutlichen Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit (vgl. ebd.: 34). Betroffene schaffen es zwar zunächst noch, den gewohnten Output zu halten, benötigen dafür aber deutlich mehr Anstrengung. Im Verlauf häufen sich Fehler, Termine werden vergessen und die Motivation sinkt. Das Denken verarmt, man klammert sich an Routinen und stereotypische Muster (vgl. ebd.: 35).

Kategorie 5: Verflachung

In der Weiterführung der in Kategorie 4 beschriebenen Abbauprozesse kann es zu einer allgemeinen Verflachung des emotionalen, sozialen und geistigen Erlebens kommen. Anteilnahme und Interesse an anderen Menschen und der Umwelt gehen zurück, Gleichgültigkeit und Desinteresse breiten sich aus. Dies führt dazu, dass Freundschaften und soziale Kontakte schwinden, was die Einsamkeit verstärkt und die Situation zusätzlich verschlechtert (vgl. ebd.: 35).

Kategorie 6: Psychosomatische Reaktionen

Psychosomatische Symptome zeigen sich oft bereits parallel zur Anfangsphase. Sie umfassen eine Schwächung der Immunreaktion, Schlafstörungen, Alpträume, Kreislaufbeschwerden sowie Verspannungen und Verdauungsbeschwerden. Durch veränderte Essgewohnheiten oder verstärkten Konsum von Alkohol, Nikotin und anderen Substanzen können langfristig ernsthafte körperliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden oder Magengeschwüre entstehen (vgl. ebd.: 35).

Kategorie 7: Verzweiflung

In der letzten Kategorie verdichtet sich die Hilflosigkeit zu existenzieller Verzweiflung. Das Leben erscheint sinnlos, Hoffnungslosigkeit wird chronisch und es treten Suizidgedanken oder selbstdestruktives Verhalten, wie übermäßiger Alkoholkonsum, auf. Dieses Endstadium, auch Meltdown genannt, markiert den Zusammenbruch der psychischen und physischen Widerstandskraft (vgl. ebd.: 35).

3.4 Verlauf

Burnout entwickelt sich meist schleichend und über einen langen Zeitraum. Darin herrscht in der Fachliteratur weitgehend Einigkeit (vgl. Savicki/Cooley 1983: 235-36; Korczak et al. 2010: 17). Bislang existieren kaum systematische Untersuchungen, die den Beginn eines Burnout-Prozesses auf ein konkretes Initialerlebnis datieren. Verschiedene Autorinnen und Autoren wie Freudberger, Edelwich und Brodsky sowie Cherniss haben unterschiedliche Phasenmodelle vorgeschlagen, die den Verlauf des Burnouts beschreiben sollen (vgl. Freudberger/North 1992; Edelwich/Brodsky 1980; Cherniss 1980). Diese Modelle beruhen allerdings nicht auf empirisch gesicherten Studien, sondern eher auf intuitiven Typisierungen. Die Stadien unterscheiden sich je nach Autor:in, wobei die Abgrenzungen oft recht willkürlich sind. Trotz dieser Unterschiede zeigen sich Gemeinsamkeiten. Zunächst treten Erschöpfung und Müdigkeit auf, gefolgt von Problemen im Umgang mit anderen, wie Reizbarkeit oder Ungeduld. Häufig kommen auch körperliche Beschwerden hinzu. Am Ende stehen meist Depression, Rückzug und in manchen Beschreibungen sogar Apathie oder Verzweiflung. Viele Betroffene verlassen noch vor dem Endstadium ihren Arbeitsplatz oder den Beruf, was in belastenden Arbeitsfeldern besonders häufig vorkommt (vgl. Burisch: 2014).

3.5 Ursachen

Burnout kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln erklärt werden, wobei in der Fachliteratur vor allem zwei Ansätze hervorgehoben werden. Der persönlichkeitszentrierte Ansatz und der sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansatz (vgl. Poulsen 2009a: 17).

3.5.1 Persönlichkeitszentrierter Ansatz

Der persönlichkeitszentrierte Ansatz, der unter anderem von Freudenberg, Burisch sowie Edelwich und Brodsky vertreten wird, rückt die Persönlichkeit der betroffenen Person in den Vordergrund (vgl. Poulsen 2009a: 17). Ob jemand an Burnout erkrankt, hängt dabei eng mit seiner individuellen Belastbarkeit, seiner Persönlichkeitsstruktur sowie mit inneren Ängsten und Wünschen zusammen. Da jeder Mensch auf unterschiedliche Situationen gestresst reagiert und Belastungen verschieden verarbeitet, spielt die persönliche Belastungsgrenze eine zentrale Rolle. Besonders gefährdet sind Personen mit hohen Idealen, starkem Leistungsanspruch, Neurotizismus, Perfektionismus, Ehrgeiz und grossen Versagensängsten (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 21-22).

3.5.2 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologischer Ansatz

Der sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansatz, vertreten etwa durch Cherniss, Aronson, Pines, Kafry sowie Maslach und Jackson, betont vor allem die äusseren Rahmenbedingungen. Faktoren, wie zu hohe Fallzahlen, Zeitdruck, Rollenkonflikte, fehlende Unterstützung oder ein belastendes Arbeitsklima stehen hier im Vordergrund (vgl. Poulsen 2009a: 17). Insgesamt handelt es sich hierbei um sogenannte personenexterne Ursachen, also äussere Umstände, die das Risiko für Burnout erhöhen. Im Mittelpunkt stehen dabei die allgemeinen Arbeitsbedingungen und die Organisationsstrukturen. Berufliche Veränderungen wie neue Aufgabenbereiche oder ein Vorgesetztenwechsel, eine hohe Arbeitsbelastung ohne entsprechende Anerkennung oder Entlohnung sowie mangelnde Ressourcen und klare Strukturen können dazu beitragen, dass Betroffene zunehmend erschöpfen. Solche Bedingungen führen nicht selten dazu, dass Beschäftigte innerlich auf Distanz zu ihrer Arbeit gehen und langfristig ausbrennen (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 21-22).

3.5.3 Zusammenspiel beider Ansätze

Burnout entsteht nicht allein durch äussere Bedingungen oder persönliche Eigenschaften, sondern durch das Zusammenwirken beider Ebenen. Erst wenn äussere Umstände und individuelle Faktoren wie Wünsche, Ziele oder Ängste zusammentreffen und eine Überlastung bewirken, kann sich im Laufe der Zeit ein Zustand eines Burnouts entwickeln. Eine einzelne, allgemein gültige Ursache für Burnout gibt es nicht, vielmehr handelt es sich um ein komplexes Geflecht verschiedener Einflüsse, die je nach Person und Situation variieren. Entsprechend fehlen bisher empirische Studien, die eindeutige Ursachen wissenschaftlich belegen, sodass diese ebenso wie die Symptome nicht verbindlich festgelegt werden können (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 22).

3.6 Abgrenzung zu anderen Phänomenen und Erkrankungen

Burnout ist nicht gleichzusetzen mit anderen Zuständen, mit denen es häufig verwechselt wird. Es handelt sich nicht bloss um Unzufriedenheit, Ärger oder Frustration im Arbeitskontext, da diese meist aktiv verarbeitet werden können, ohne dass Hilf- und Hoffnungslosigkeit auftreten (vgl. Kitzke 2022: 42). Stress stellt einen weiteren Unterschied dar. Während Stress eine unspezifische Reaktion des Körpers auf Belastungen ist und durch Bewältigungsstrategien oft kompensiert werden kann, zeigt Burnout eine spezifische emotionale Erschöpfung, verbunden mit Gleichgültigkeit, Hilflosigkeit, Misstrauen sowie einer negativen Einstellung gegenüber Arbeit und Kolleg:innen. Stress kann zwar ein Auslöser sein, doch Burnout entsteht erst, wenn Ressourcen fehlen und die Anpassung misslingt (vgl. ebd.: 44–45).

Burnout und Depression überschneiden sich in der emotionalen Erschöpfung, sind sehr ähnlich, jedoch unterscheidbar. Während Burnout in erster Linie den Arbeitskontext betrifft und Betroffene in anderen Lebensbereichen häufig weiterhin funktionieren, betrifft eine Depression das gesamte Leben. Depressive Personen leiden unter einem dauerhaft niedrigen Selbstwertgefühl, allgemeiner Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit und Interessenverlust, unabhängig vom Lebensbereich (vgl. ebd.: 47). Zudem ist die Depersonalisation, also die Distanzierung von Arbeit und Kolleg:innen als Schutzmechanismus, ein für Burnout typisches Symptom, was laut Enzmann und Kleiber bei Depression nicht vorkommt und sogar vor einer weiteren Verschlechterung schützen kann (vgl. Enzmann/Kleiber 1989: 92).

3.7 Folgen eines Burnouts

Burnout hat nicht nur persönliche Folgen, sondern macht sich auch im gesellschaftlichen und beruflichen Leben bemerkbar. Es betrifft also nicht nur das Individuum, sondern auch die gesamte Arbeitswelt (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998: 85-86). Im Folgenden werden persönliche, gesellschaftliche und arbeitsbezogene Folgen von einem Burnout genauer angeschaut.

3.7.1 Persönliche Folgen

Auf persönlicher Ebene kommt es häufig zu einem Spillover, bei dem Belastungen aus dem Beruf in die Familie und Partnerschaft hineinwirken und dort die Lebenszufriedenheit mindern. Darüber hinaus zeigt die Forschung, dass Stress auch zwischen Partner:innen übertragen werden kann, ein Prozess, den Westman als Crossover beschreibt (Westman 2001: 717-718). Dabei beeinflusst die Beanspruchung der einen Person direkt oder indirekt die psychische und körperliche Gesundheit der anderen. Ohne geeignete Bewältigungsstrategien steigt so nicht nur das Belastungsniveau innerhalb des Paares, sondern auch das Risiko für ernsthafte psychische Störungen wie Depressionen oder Angststörungen (vgl. ebd.: 732-734). Burnout

steht in enger Beziehung zu psychischen Störungen, vor allem zur Depression. In bevölkerungsbasierten Untersuchungen zeigen sich deutliche Überlappungen zwischen Burnout, insbesondere der Dimension Erschöpfung, und depressiven Syndromen. Mehr als die Hälfte der Personen mit schwerem Burnout entwickeln gleichzeitig eine depressive Symptomatik. Diese enge Verbindung konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden und führt dazu, dass in der Forschung zum Teil kontrovers diskutiert wird, wie sich Burnout als klinisches Stadium von Depression trennt (vgl. Ahola et al. 2005: 55; Bianchi/Schonfeld/Laurent 2015: 28). Ob Burnout Depression verursacht oder umgekehrt, bleibt ungeklärt, vieles spricht für eine bidirektionale Beziehung. Hohe Burnout-Werte können das Risiko für spätere depressive Symptome erhöhen, während bestehende Depressionen die Wahrscheinlichkeit eines Burnouts steigern (vgl. Hochstrasser 2024: 163–164).

Burnout geht mit vielfältigen körperlichen Risiken einher. Besonders betroffen ist das Herz-Kreislauf-System, von koronarer Herzkrankheit bis hin zum Herzinfarkt, wobei das Risiko mit der Ausprägung des Burnouts steigt. Häufig kommen anhaltende oder wiederkehrende Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen hinzu. Auch Stoffwechsel und innere Organe können leiden, etwa in Form von Diabetes Typ 2 sowie Magen-Darm- und Atembeschwerden. Schlafstörungen und Burnout verstärken sich gegenseitig, schlechter Schlaf hält die Erschöpfung aufrecht, während Burnout Ein- und Durchschlafprobleme fördert (vgl. ebd.: 165-167).

3.7.2 Gesellschaftliche Folgen

Burnout hat weitreichende Folgen für die Gesellschaft, da Betroffene durch eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, lange Krankschreibungen oder den Ausstieg aus dem Beruf nicht mehr zum solidarischen Miteinander beitragen können. Eine demokratische Gesellschaft ist jedoch auf ein ausgewogenes Geben und Nehmen angewiesen, weshalb der Erhalt jeder Arbeitskraft von zentraler Bedeutung ist (vgl. Kitzke 2022: 55-56). Brennt und Sollmann schätzen die Kosten für Lohnfortzahlungen, Therapien und Reintegration in Deutschland auf 2–3% des Bruttoinlandsprodukts (vgl. Brennt/Sollmann 2012: 8).

3.7.3 Arbeitsbezogene Folgen

Burnout hat spürbare arbeitsbezogene Folgen. Betroffene fehlen häufiger und länger, oft mit wiederkehrenden Phasen der Arbeitsunfähigkeit, und ihre Leistungsfähigkeit sinkt auch an anwesenden Tagen. Nicht selten arbeiten sie trotz Beschwerden weiter, ein Phänomen, das als Präsentismus bezeichnet wird. Kurzfristig sind sie zwar am Platz, langfristig verschlechtern sich jedoch Gesundheit und Produktivität, Fehler nehmen zu und Erholungszeiten fehlen. Motivation, Arbeitsengagement und Bindung an die Organisation lassen nach, Zynismus und

Distanzierung gegenüber Aufgaben und Kolleg:innen können das Teamklima belasten. Häufig folgen Jobwechsel oder der Rückzug aus dem Erwerbsleben bis hin zur vorzeitigen Pensionierung. Für Betriebe entstehen direkte und indirekte Kosten durch Ausfälle, Ersatz- und Einarbeitungsaufwand, während Kolleg:innen Mehrbelastungen tragen (vgl. Hochstrasser 2024: 169-171).

4. Resilienz

In diesem Kapitel wird das Thema Resilienz beschrieben. Das Kapitel beginnt mit einer Begriffsdefinition und den zentralen Merkmalen von Resilienz. Es folgt ein kurzer Überblick über die Geschichte der Resilienzforschung. Anschliessend wird Resilienz im Erwachsenenalter dargestellt und erklärt, welche Schutz- und Risikofaktoren eine Rolle spielen und wie sie zusammenwirken. Im Speziellen werden zentrale Resilienzfaktoren betrachtet. Zum Schluss werden Grenzen und offene Fragen der Resilienzforschung diskutiert.

4.1 Begriffsdefinition

Das Wort Resilienz leitet sich vom lateinischen *resilire* ab, was so viel bedeutet wie zurückspringen oder abprallen. Ursprünglich bezeichnete der Begriff die physikalische Eigenschaft eines Körpers, nach einer Verformung wieder in seinen ursprünglichen Zustand zurückzukehren (vgl. Thun-Hohenstein/Lampert/Altendorfer-Kling 2020: 8). Der Begriff Resilienz lässt sich auch vom englischen Wort *resilience* (Kraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität) ableiten, was im Allgemeinen die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems beschreibt, erfolgreich mit belastenden Situationen, Krisen oder negativen Erfahrungen umzugehen (vgl. Wustmann 2004:18). Resilienz hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte von einem zunächst eng gefassten entwicklungspsychologischen Konzept hin zu einem interdisziplinären Forschungsfeld entwickelt, das Psychologie, Pädagogik, Medizin, Soziologie und zunehmend auch die Arbeits- und Organisationswissenschaften umfasst (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 24).

In der wissenschaftlichen Diskussion besteht Uneinigkeit darüber, wie eng oder weit der Begriff Resilienz gefasst werden sollte. Während einige Forschende eine sehr präzise und eher restriktive Definition bevorzugen, plädieren andere dafür, das Konzept umfassender zu verstehen (vgl. Kaiser 2020: 7). Es finden sich zahlreiche Definitionen von Resilienz, die sich je nach Schwerpunkt auf externe Kriterien, wie die Anpassung an die soziale Umwelt, oder

interne Kriterien, wie das subjektive Wohlbefinden, beziehen. Allgemein anerkannt im deutschsprachigen Raum ist die Begriffsbestimmung von Wustmann, die beide Perspektiven miteinander verbindet und Resilienz als „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ beschreibt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011: 9-10; Wustmann 2004: 18).

Laut Masten ist Resilienz die Fähigkeit von Menschen, trotz erheblicher Risiken oder Bedrohungen positive Entwicklungs- oder Anpassungsergebnisse zu erreichen. Dabei gilt Resilienz als kontextabhängiges Konstrukt, bei dem zwei Bedingungen erfüllt sein müssen. Erstens muss ein nachweisbares Risiko vorliegen, das die normative Entwicklung ernsthaft gefährden könnte, wie etwa Armut, Gewalt oder eine elterliche psychische Erkrankung. Zweitens müssen trotz dieser Risiken gute Entwicklungs- oder Anpassungsleistungen erkennbar sein. Resilienz ist damit kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein inferenzielles Konstrukt, das in Abhängigkeit vom kulturellen und historischen Kontext definiert wird (vgl. Masten 2001: 228-230). Wieland schreibt, dass Resilienz vor allem dann sichtbar werde, wenn eine Person eine hochgradig bedrohliche oder stark risikobehaftete Situation wider Erwarten erfolgreich bewältigt. In diesem engeren Verständnis wird Resilienz vor allem als die Fähigkeit beschrieben, in aussergewöhnlichen Belastungskontexten standzuhalten und gestärkt daraus hervorzugehen (vgl. Wieland 2011: 185).

4.2 Merkmale von Resilienz

Resilienz wird heute als ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess verstanden. Resilienz bezeichnet kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine Kapazität, die sich im Verlauf der Entwicklung herausbildet (vgl. Wustmann 2020: 28). Resilienz ist als ein fortlaufender Entwicklungsprozess zu verstehen, der im Zusammenspiel zwischen Individuum und Umwelt entsteht (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022:10).

Darüber hinaus stellt Resilienz eine variable Grösse dar. Sie ist keine stabile Immunität oder absolute Unverwundbarkeit, sondern verändert sich über Zeit und Situationen hinweg. Kinder können zu einem bestimmten Zeitpunkt resilient erscheinen, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch unter anderen Risikoeinflüssen verletzlich sein (vgl. Wustmann 2016:30). In diesem Zusammenhang argumentieren Lösel und Bender, dass Resilienz nicht anhand zu enger Kriterien definiert werden sollte. Sie verweisen auf Forschungsergebnisse, die verdeutlichen, dass ein und derselbe Faktor je nach Kontext unterschiedliche Wirkungen entfalten kann. So kann eine hohe Intelligenz einerseits dabei unterstützen, Probleme planvoll zu bearbeiten, komplexe Situationen schneller zu erfassen und geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Andererseits kann sie dazu führen, dass Personen ihre Umwelt differenzierter

wahrnehmen und dadurch unter Umständen auch sensibler auf Stressoren reagieren (vgl. Lösel/Bender 2008: 60).

Resilienz zeichnet sich auch situationsspezifisch und multidimensional aus. Resilienz in einem bestimmten Lebensbereich, etwa in schulischen Kompetenzen, bedeutet nicht automatisch Resilienz in anderen Bereichen wie sozialen Beziehungen. Deshalb wird heute nicht mehr von einer universellen Resilienz ausgegangen, sondern von bereichsspezifischen Formen wie emotionaler, akademischer oder sozialer Resilienz (vgl. Wustmann 2022: 32-33).

4.3 Geschichte der Resilienzforschung

Die Resilienzforschung hat ihren Ursprung in der Entwicklungspsychopathologie der 1970er Jahre, die sich zunächst darauf konzentrierte, welche Risikofaktoren die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022: 14). Die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy E. Werner gilt als zentrale Wegbereiterin der Resilienzforschung. In ihrer Kauai-Längsschnittstudie, die sie mit Ruth S. Smith durchführte, wurde die gesamte 1955er Geburtskohorte der hawaiianischen Insel Kauai, 698 Menschen, über mehr als vier Jahrzehnte begleitet (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020: 8). Entgegen den Erwartungen entwickelte sich jedoch ein Drittel dieser hochbelasteten Risikogruppe positiv, während die übrigen zwei Drittel Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Diejenigen, die sich positiv entwickelten, zeichneten sich durch Optimismus, die Fähigkeit zu stabilen Beziehungen sowie eine erfüllende berufliche Integration aus. Auch im Erwachsenenalter von 40 Jahren waren signifikante Unterschiede feststellbar: Im Vergleich zu der Gruppe, die unter denselben widrigen Umständen aufwuchs, aber keine Resilienz entwickelte, wiesen die resilienten Probanden eine geringere Sterblichkeitsrate, weniger chronische gesundheitliche Beschwerden und stabilere Ehen auf. Als Ursache für diese positive Adaption trotz Gefährdungslage identifizierten die Forschenden spezifische protektive Faktoren. Dazu gehörten unter anderem eine feste emotionale Bezugsperson, ein starker familiärer Zusammenhalt sowie ausgeprägte soziale Kompetenzen und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Diese schützenden Faktoren wirken dabei nicht isoliert, sondern greifen als dynamische Wirkungskette ineinander und verstärken sich gegenseitig (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022: 16). Die Kauai-Längsschnittstudie ist wegweisend, weist aber klare Schwächen auf. Wustmann kritisiert, dass die Kauai-Studie Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren sowie Resilienz- und Schutzfaktoren nicht sauber voneinander trennt. Diese begriffliche Unschärfe erschwert klare Interpretationen und belastbare Schlussfolgerungen aus den Befunden (vgl. Wustmann 2020:89).

Der Paradigmenwechsel im Resilienzdiskurs beschreibt die Abkehr von einem krankheitszentrierten Denken hin zu einer ressourcen- und gesundheitsorientierten

Perspektive. Mit Antonovskys Konzept der Salutogenese, welche er pionierhaft in den 1970er Jahren entwickelte, rückte die Frage in den Vordergrund, was Menschen widerstandsfähig und gesund erhält. Gesundheit wird dabei nicht mehr als Gegensatz zur Krankheit verstanden, sondern als dynamischer Prozess, der durch körperliche, psychische und soziale Faktoren geprägt ist (vgl. Gilan/Helmreich/Hahad: 2024:28).

Aaron Antonovsky führte eine Untersuchung zum psychischen und physischen Gesundheitszustand von Frauen durch, die das Konzentrationslager überlebt hatten. Die Ergebnisse zeigten, dass rund 30% dieser Überlebenden trotz der extremen Belastungen keine gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufwiesen. Diese Beobachtung veranlasste Antonovsky dazu, die zugrunde liegenden Ressourcen und Merkmale dieser Personen systematisch zu erforschen. Auf dieser Grundlage entwickelte er das Konzept der Salutogenese (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020: 8). Wie die Resilienzforschung rückt auch die Salutogenese die vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren von Menschen in den Vordergrund und fragt danach, was ihnen hilft, belastende Situationen erfolgreich zu bewältigen. Anstelle der Fokussierung auf Risiken wird die Stärkung von Ressourcen betont, um Widerstandskraft aufzubauen. Zentrale Bedeutung hat dabei das von Antonovsky (1997) formulierte Kohärenzgefühl, das sich aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Während die Salutogenese vor allem gesundheitsfördernde Faktoren hervorhebt, konzentriert sich die Resilienzforschung stärker auf Prozesse positiver Anpassung und Bewältigung. Beide Ansätze weisen Überschneidungen auf und können einander sinnvoll ergänzen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022: 14-15). Zur Verdeutlichung dieses Konzepts nutzte Antonovsky die Metapher des Lebens als Fluss. Während die klassische Medizin den Ertrinkenden rettet, befähigt die Salutogenese den Schwimmer, mit Stromschnellen und Strudeln besser umzugehen (vgl. Gilan et al 2024:29).

Seit Beginn der Resilienzforschung wurden weltweit, insbesondere in den USA, Europa, Australien und Neuseeland, 19 Längsschnittstudien durchgeführt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022: 15).

4.4 Resilienz bei Erwachsenen

Über viele Jahre lag der Schwerpunkt der Resilienzforschung bei den Kindern und Jugendlichen. Seit den 1990er Jahren wurde der Fokus ausdrücklich um die Frage erweitert, was Erwachsene trotz widriger Umstände gesund hält (vgl. vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 7). Mittlerweile ist im Resilienzdiskurs eine Entwicklung zu beobachten, hin zu einer stärkeren Berücksichtigung des Lebensspannenansatzes (vgl. Höfler 2016: 101). Resilienz im Erwachsenenalter beschreibt die Fähigkeit, trotz Belastungen, Unsicherheiten und biographischer Übergänge psychisch gesund zu bleiben und Entwicklungsaufgaben

erfolgreich zu bewältigen. Im Unterschied zur Kindheit und Jugend wird Resilienz im Erwachsenenalter besonders im Kontext von beruflichen Anforderungen, Partnerschaft, Familiengründung sowie gesundheitlichen Veränderungen bedeutsam (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015:115-18). Das Erwachsenenalter wird in der Entwicklungspsychologie meist in frühes, mittleres und höheres Erwachsenenalter unterteilt. Der Übergang ins Erwachsenenalter beginnt mit der Volljährigkeit, während der Eintritt ins höhere Erwachsenenalter in der Regel mit dem Rentenalter gleichgesetzt wird. Für den Beginn des mittleren Erwachsenenalters finden sich weniger einheitliche Angaben, meist wird jedoch das 40. oder 45. Lebensjahr genannt (vgl. Lang/Martin/Pinquart 2012: 18).

4.4.1 Frühes Erwachsenenalter

Im frühen Erwachsenenalter steht meist der Aufbau eines eigenständigen Lebens im Mittelpunkt. Es ist eine Übergangsphase zwischen Jugend und Erwachsensein. Diese Lebensphase verläuft nicht für alle gleich, sondern ist von sehr unterschiedlichen Biografien und ungleichzeitigen Entwicklungen geprägt. Junge Erwachsene müssen ihre Rolle und ihren Lebensweg eigenständig gestalten, eigene Ziele entwickeln und ihre Identität im Zusammenspiel mit wichtigen Beziehungen festigen (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 116-117). In dieser Zeit werden grundlegende Weichen für den weiteren Lebensverlauf gestellt, besonders in Bezug auf den Einstieg in die Berufswelt, die Gestaltung von Partnerschaft und die Frage nach Familiengründung (vgl. ebd.: 118-19).

4.4.2 Mittleres Erwachsenenalter

Das mittlere Erwachsenenalter ist vor allem von Bewertungen, Rücküberprüfungen und Modifizierungen der eigenen Lebensziele geprägt. In dieser Phase treffen Menschen auf komplexe Anforderungen in Familie und Beruf, etwa wenn Kinder ihren Schulabschluss machen und ausziehen oder wenn Eltern pflegebedürftig werden. Gleichzeitig gewinnen körperliche Veränderungen und Gesundheitsthemen, wie zum Beispiel die Menopause, an Bedeutung. Es zeigt sich eine Balance aus Gewinnen und Verlusten. Es gibt weiterhin Entwicklungschancen, aber auch die Notwendigkeit, mit konkreten Verlusten und Grenzen umzugehen. Eine allgemein gültige „midlife crisis“ lässt sich nicht auf alle übertragen, weil Verläufe sehr individuell sind (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 121-123). Über den privaten Rahmen hinaus wächst die Bereitschaft, soziale und öffentliche Verantwortung zu übernehmen. Freizeitinteressen werden bewusst gepflegt und an neue Bedingungen angepasst (vgl. Lang et al 2012: 34).

4.4.3 Höheres Erwachsenenalter

Diese Lebensphase ist häufig durch Übergänge und Verlusterfahrungen geprägt, etwa den Eintritt in den Ruhestand, körperliche und kognitive Einschränkungen, den Verlust von Partnerschaften oder Freunden sowie Veränderungen in der gesellschaftlichen Teilhabe (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 135-136). Gleichzeitig geht es darum, den Alltag in der Nacherwerbsphase neu zu strukturieren, Routinen und soziale Beziehungen anzupassen und sich stärker mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Dennoch kann Lebenszufriedenheit erhalten bleiben, wenn Ziele flexibel angepasst werden und Altern auch als Möglichkeit für sinnvolle Aktivitäten und neue Perspektiven erlebt wird (vgl. ebd.: 137-139).

4.5 Schutzfaktoren

Die Schutzfaktoren einer Person lassen sich in personale und soziale Ressourcen unterteilen. Während personale Ressourcen sowohl angeborene Eigenschaften als auch erworbene Resilienzfaktoren umfassen, beziehen sich soziale Ressourcen vor allem auf unterstützende Beziehungen und günstige Umwelteinflüsse (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2022: 41). Schutzfaktoren lassen sich als Eigenschaften und Bedingungen verstehen, die dazu beitragen, das Risiko für das Entstehen psychischer Störungen oder problematischer Entwicklungsverläufe zu verringern. Zugleich erhöhen sie die Chancen auf eine günstige psychosoziale Entwicklung und wirken damit stabilisierend und förderlich für die psychische Gesundheit (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2021: 27).

Zahlreiche Schutzfaktoren, die im Kindes- und Jugendalter als effektiv identifiziert wurden, behalten ihre Relevanz im Erwachsenenalter. So dienen in frühen Lebensphasen erworbene Schutz- und Resilienzfaktoren als Fundament späterer Resilienzentwicklung (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 125).

4.5.1 Soziale Schutzfaktoren

Soziale Schutzfaktoren spielen bei Erwachsenen eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung und Förderung psychischer Gesundheit sowie für die Entwicklung von Resilienz. Unter sozialen Schutzfaktoren versteht man Bedingungen in der sozialen Umwelt, die das Wohlbefinden unterstützen und Belastungen abfedern können. Dazu zählen grundlegende Lebensbedingungen wie angemessene Ernährung, sicherer Wohnraum und Erwerbstätigkeit. Diese Faktoren wirken zwar generell gesundheitsförderlich, entfalten jedoch nicht immer eine spezifische Schutzfunktion in risikoreichen Lebenssituationen. Als besonders stabiler Prädiktor für eine resiliente Entwicklung gilt eine unterstützende und zugewandte Beziehung, die emotionale Sicherheit bietet und Belastungen abmildern kann. Soziale Unterstützung zeigt sich dabei in vielfältiger Form, sei es durch Partnerschaften, tragfähige Freundschaften,

verlässliche Kolleg:innen am Arbeitsplatz oder durch ein stabiles privates Netzwerk (vgl. Rönna-Böse et al. 2022: o.S.). Stabile Partnerschaften fördern eine effektive Problembewältigung und steigern Zufriedenheit sowie Leistung und ein positives Lebensgefühl (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015: 129). Organisierte soziale Netzwerke wie Vereine, religiöse Gemeinschaften, Selbsthilfegruppen oder berufliche Netzwerke gehen über den engen Freundes- und Familienkreis hinaus. Sie fördern soziale Eingebundenheit, ermöglichen Austausch und bieten oft institutionalisierte Unterstützung (vgl. ebd.: 130).

4.5.2 Resilienzfaktoren

Resilienzfaktoren werden definiert als Eigenschaften, die ein Mensch in der Interaktion mit seiner Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben im Verlauf seines Lebens erwirbt. Sie spielen eine besondere Rolle bei der Bewältigung schwieriger Lebensumstände und unterscheiden sich von weiteren personalen Faktoren dadurch, dass sie nicht angeboren oder genetisch bedingt sind, sondern im Entwicklungsprozess erlernt werden (vgl. Wustmann: 2016: 46-47).

4.5.3 Resilienzfaktoren bei Erwachsenen

Nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen haben Gilan, Helmreich und Hahad in ihrem Werk „Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft“ eine Reihe zentraler Resilienzfaktoren benannt, die sich in hochwertigen Studien als protektiv gegenüber Belastungen und kritischen Lebensereignissen erwiesen haben. Diese Faktoren sind trainierbar und können im Lebensverlauf gezielt gestärkt werden, um die psychische Widerstandskraft zu fördern. Dazu zählen aktives Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Optimismus, soziale Unterstützung, kognitive Flexibilität, positive Emotionen, Hardiness, das Kohärenzgefühl sowie Sinnorientierung und Religiosität bzw. Spiritualität. Im Folgenden werden die von Gilan, Helmrich und Hahad hervorgehobenen Resilienzfaktoren systematisch erläutert und in ihrem protektiven Potenzial beschrieben (vgl. Gilan et al. 2024: 131). Diese Resilienzfaktoren wurden gewählt, weil sie aktuelle, empirisch gut belegte und praxisnahe Schutzfaktoren im Erwachsenenalter aufzeigen.

Aktives Coping

Ein zentraler Resilienzfaktor ist das aktive Coping. Darunter versteht man die bewusste Bewältigung von Belastungen durch unterschiedliche Strategien. Dabei wird zwischen problemorientiertem, emotionsorientiertem und vermeidendem Coping unterschieden. Problemorientiertes Coping setzt direkt an den Ursachen an. Man sucht praktische Hilfe, organisiert Unterstützung und versucht, die Situation zu verändern. Emotionsorientiertes

Coping hingegen dient der Regulation unangenehmer Gefühle wie Angst oder Ärger, etwa durch das Zulassen und Ausdrücken von Emotionen, durch Trostsuche oder durch temporäres Verschieben der Auseinandersetzung. Vermeidendes Coping, etwa durch Ablenkung oder Konsum, kann kurzfristig entlasten, ist langfristig jedoch ungünstig und mit erhöhtem Risiko psychischer Belastungen verbunden. Welche Form geeignet ist, hängt massgeblich davon ab, ob die Situation als kontrollierbar oder unkontrollierbar eingeschätzt wird. Bei kontrollierbaren Problemen ist problemorientiertes Coping vorteilhaft, bei unkontrollierbarem Coping eher emotionsorientiertes Vorgehen. Humor kann in allen Formen hilfreich sein, da er Distanz zur Situation schafft (vgl. ebd.: 132-33).

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf Albert Bandura zurück und beschreibt die Überzeugung, auch schwierige Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit erleben Stressoren als Herausforderung statt Bedrohung und sehen sich als Gestaltende ihres Lebens. Selbstwirksamkeit setzt sich aus Kompetenzerwartung („Ich kann etwas tun.“) und Konsequenzerwartung („Mein Handeln hat einen Effekt.“) zusammen (vgl. ebd.: 135).

Die Selbstwirksamkeitserwartung speist sich nach Bandura aus vier Quellen:

Eigene Erfolgserlebnisse

Die nachhaltigste Quelle sind Erfahrungen, in denen die eigenen Anstrengungen zu einem gewünschten Ergebnis geführt haben. Entscheidend ist, dass der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird und nicht dem Zufall oder äusseren Faktoren. Solche Erfolgserlebnisse hinterlassen einen starken Eindruck und bilden die Grundlage für zukünftiges Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit (vgl. ebd.: 136).

Modelllernen

Menschen orientieren sich auch an den Erfahrungen und Handlungen anderer. Wird beobachtet, wie eine andere Person erfolgreich eine Herausforderung bewältigt, stärkt das die Überzeugung, Vergleichbares ebenfalls leisten zu können. Besonders wirkungsvoll ist dies, wenn das Modell als ähnlich, glaubwürdig und realistisch wahrgenommen wird (vgl. ebd.).

Verbale Ermutigung

Ermutigung durch andere, sei es in Form von Zuspruch, Lob oder der Bekundung von Vertrauen, fördert die Überzeugung in die eigene Fähigkeit. Botschaften wie „Ich weiss, dass du das Schaffen kannst“ erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen Herausforderungen aktiv annehmen und durchhalten (vgl. ebd.: 137).

Stresssymptome in Anforderungssituationen

Die Art und Weise, wie körperliche und emotionale Reaktionen in belastenden Situationen gedeutet werden, beeinflusst die Selbstwirksamkeitserwartung erheblich. Symptome wie Zittern, Herzklopfen oder Nervosität können entweder als Hinweis auf drohendes Scheitern interpretiert werden, was die Selbstwirksamkeit schwächt, oder als normale Begleiterscheinung von Anstrengung und Aktivierung, was die Überzeugung in die eigene Bewältigungsfähigkeit stärkt (vgl. ebd.).

Selbstwertgefühl

Das Selbstwertgefühl beschreibt die Bewertung der eigenen Person, also die Antwort auf die Frage: „Bin ich wertvoll?“. Niedriger Selbstwert gilt als Risikofaktor für psychische Störungen, während ein höheres Selbstwertgefühl mit mehr Lebenszufriedenheit verbunden ist. Der Selbstwert ist nicht stabil, sondern durch Erfahrungen und Vergleiche formbar. Gestärkt werden kann er durch Arbeit an den vier Säulen: Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, soziale Kompetenz und soziale Netzwerke (vgl. ebd.: 139-140).

Optimismus

Optimistische Menschen erwarten in den meisten Situationen eine positive Entwicklung, was sie motiviert, aktiv zu handeln und länger durchzuhalten. Es hat sich gezeigt, dass Optimismus mit besserer Gesundheit, schnellerer Genesung nach Operationen und geringerer Anfälligkeit für Ängste oder Depressionen verbunden ist. Zentral ist dabei ein realistischer Optimismus, nicht das naive Schönreden von Schwierigkeiten, sondern die aktive Suche nach lösbaren Anteilen und Lernmöglichkeiten (vgl. ebd.: 140-141).

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung gilt als einer der am besten belegten Resilienzfaktoren, da sie sowohl physiologische Stressreaktionen als auch das subjektive Belastungserleben reduziert. Sie umfasst Hilfe in Form von Ratschlägen und Unterstützung durch praktische oder materielle Hilfe sowie emotionale Zuwendung. Besonders bedeutsam ist dabei nicht nur die tatsächliche Unterstützung, sondern das Gefühl, im Bedarfsfall auf ein tragfähiges Netzwerk aus Familie, Freunden oder professionellen Helfenden zurückgreifen zu können. Allerdings hängt ihre Wirkung stark von der Passung ab. Zu viel oder unangebrachte Hilfe kann Selbstwert und Selbstwirksamkeit schwächen. Besonders hilfreich ist oft unsichtbare Unterstützung, bei der Entlastung geschieht, ohne dass die Autonomie der betroffenen Person beeinträchtigt wird (vgl. ebd.: 143.144).

Kognitive Flexibilität

Kognitive Flexibilität beschreibt die Fähigkeit, sich schnell auf neue oder unerwartete Situationen einzustellen und starre Denkmuster zu vermeiden. Sie ermöglicht es, Routinen zu durchbrechen, alternative Lösungen zu entwickeln und unterschiedliche Perspektiven einzunehmen (vgl. ebd.: 147). Menschen mit ausgeprägter kognitiver Flexibilität passen sich leichter an Veränderungen an, akzeptieren Fehler eher und erweitern ihr Repertoire an Handlungsoptionen. Trainiert werden kann diese Fähigkeit sowohl durch gezielte kognitive Übungen als auch durch einfache Alltagsstrategien, wie etwa neue Wege zu gehen, gewohnte Abläufe zu verändern oder bewusst andere Sichtweisen einzubeziehen (vgl. ebd.: 148).

Positive Emotionen

Resiliente Menschen erleben häufiger Freude, Stolz oder Neugier, nicht durch grosse Ereignisse, sondern durch alltägliche Erfahrungen. Positive Emotionen erweitern die Wahrnehmung und ermöglichen neue Lösungswege, auch wenn gleichzeitig belastende Gefühle vorhanden sind. Übungen wie Dankbarkeitstagebücher oder tägliche Reflexion schöner Momente helfen, diese Ressource zu stärken (vgl. ebd.: 150-151).

Hardiness

Das Konzept der Hardiness umfasst drei Dimensionen: Engagement (Bedeutsamkeit und aktive Teilhabe), Kontrolle (Wahrnehmung eigener Einflussmöglichkeiten) und Herausforderung (Veränderungen als Entwicklungschancen sehen). Menschen mit hoher Hardiness erleben Krisen als weniger bedrohlich, zeigen geringere Stressreaktionen und nutzen häufiger problemorientierte Copingstrategien. Sie berichten zudem über mehr Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit. In der Forschung wird jedoch diskutiert, dass Hardiness Überschneidungen mit anderen Resilienzfaktoren wie aktivem Coping oder dem Kohärenzgefühl aufweist (vgl. ebd.: 151-152).

Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky beschreibt den Zustand, das Leben als verstehbar, handhabbar und sinnhaft zu erleben. Ein hohes Kohärenzgefühl geht mit weniger Depression, Angst und Burnout sowie mit mehr Optimismus, Selbstvertrauen und allgemeinem Wohlbefinden einher. Allerdings gilt es ab dem dritten Lebensjahrzehnt als stabil, weshalb seine Trainierbarkeit nur eingeschränkt möglich ist. Antonovsky ging davon aus, dass es bis etwa zum 30. Lebensjahr ausgebildet wird und dann weitgehend konstant bleibt (vgl. ebd.: 153).

Sinn/Bedeutung im Leben sehen

Menschen, die ihr Leben als stimmig und wertorientiert wahrnehmen, können Belastungen besser überstehen und erleben weniger Stress. Zentral sind dabei wertekongruentes Handeln und das Erleben von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, wie etwa Familie, Freundeskreis, soziale Bewegungen oder Religion. Da sich das persönliche Wertesystem im Laufe des Lebens verändern kann, sind regelmässige Werte-Checks hilfreich, um Ziele und Handlungen mit den eigenen Überzeugungen in Einklang zu bringen. Auf diese Weise lassen sich Energieverluste vermeiden, die durch innere Widersprüche entstehen (vgl. ebd.: 153-154).

Religiosität und Spiritualität

Spiritualität bezieht sich auf die Suche nach Sinn und Zweck des Lebens, Religiosität zusätzlich auf konkrete Glaubenssysteme und Rituale. Entscheidend ist hierbei das religiöse Coping, das in einer positiven und einer negativen Form auftreten kann. Positiv wirkt eine vertrauensvolle Beziehung zu einer höheren Macht oder zu einer Glaubensgemeinschaft, die Halt und Zugehörigkeit vermittelt und Menschen befähigt, aktiv mit Belastungen umzugehen. Negativ wirkt hingegen ein hadernder, strafattribuierender Umgang, bei dem Krisen als Strafe gedeutet werden. Es zeigt sich, dass Religiosität sowohl Risiko- als auch Schutzfaktor sein kann. Ein positives religiöses Coping hingegen stärkt Zugehörigkeit, Sinn und Handlungsfähigkeit und kann in Lebenskrisen einen wichtigen Beitrag zur psychischen Stabilität leisten (vgl. ebd.: 155-157).

4.6 Risikofaktorenkonzept

Das Risikofaktorenkonzept geht davon aus, dass bestimmte Bedingungen die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen oder ungünstige Entwicklungsverläufe erhöhen. Während im Kindes- und Jugendalter vor allem biologische Anfälligkeiten und Übergangsphasen eine Rolle spielen, treten bei Erwachsenen insbesondere psychosoziale Belastungen in den Vordergrund. Dazu zählen Armut, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, der Verlust nahestehender Personen, Mobbing oder soziale Ablehnung. Diese Faktoren wirken häufig gravierender auf die psychische Gesundheit als biologische Vulnerabilitätsfaktoren, deren Bedeutung mit zunehmendem Alter abnehmen (vgl. Barwinski 2016: 25). Nicht jeder Risikofaktor führt zwangsläufig zu einer psychischen Störung, er erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer solchen Beeinträchtigung. Von besonderem Interesse ist daher das Verständnis der Wirkmechanismen von Risikofaktoren und ihrer Wechselwirkungen (vgl. Kaiser 2020: 15).

In der Forschung werden Risikokonstellationen des Erwachsenenalters häufig entlang verschiedener Stressoren typologisiert. Dabei lassen sich Alltagsstressoren (Mikrostressoren),

kritische Lebensereignisse sowie traumatische Erfahrungen (Makrostressoren) unterscheiden. Alltagsstressoren umfassen beispielsweise dauerhafte Belastungen durch prekäre Lebensbedingungen, Konflikte im Arbeitsleben oder chronische Zeitknappheit. Kritische Lebensereignisse beziehen sich etwa auf den Verlust einer nahestehenden Person, Scheidung oder Arbeitsplatzverlust. Traumatische Erfahrungen dagegen betreffen aussergewöhnlich belastende Ereignisse wie schwere Unfälle, Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 29).

4.7 Wechselwirkung Risiko und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren stehen in einem komplexen Wechselspiel zueinander. Während fehlende Schutzfaktoren das Risiko erhöhen können, bedeutet das blosses Fehlen von Risiken noch keinen Schutz. Schutzfaktoren wirken teils unabhängig positiv, können Risiken abmildern oder sogar in belastenden Situationen entwicklungsförderlich sein. Für eine gesunde Entwicklung ist daher nicht nur die Reduktion von Risiken, sondern auch die aktive Förderung von Schutzfaktoren entscheidend (vgl. Ball/Peters 2007: 130).

4.8 Kritik am Resilienzkonzept

Das Resilienzkonzept weist zahlreiche inhaltliche und methodische Schwächen auf. Ein zentrales Problem liegt in der fehlenden Einheitlichkeit der Definitionen. Resilienz wird je nach Autorenschaft als psychische Widerstandskraft, als Ergebnis von Belastungsverarbeitung oder als Index aus Schutzfaktoren verstanden. Dadurch ist der Vergleich empirischer Studien erheblich erschwert (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 101).

Freyberg betont, dass bislang ungeklärt ist, wie Risiko- und Schutzfaktoren zur Ausbildung von Resilienz beitragen und wie ihr interdependentes Zusammenspiel begriffen oder analysiert werden kann (vgl. Freyberg 2011: 223). Gabriel fordert eine Entmythologisierung des Resilienzbegriffs und betont, dass Resilienz als Ergebnis protektiver Faktoren im Zusammenspiel mit der sozialen Umwelt zu verstehen sei. Ein Ansatz, der nicht nur für Kinder, sondern ebenso für Erwachsene von Bedeutung ist (vgl. Gabriel 2005: 215-216).

Das Resilienzkonzept steht in der Kritik, weil es häufig verkürzt als individuelle Eigenschaft dargestellt und kommerzialisiert wird. Trainingsangebote versprechen schnelle Erfolge, ohne dass ihre Wirksamkeit belegt ist, und nähren die Illusion, jede Krise sei durch ausreichende innere Stärke zu bewältigen. Damit droht Resilienz zur neuen Leistungsanforderung zu werden, während geringe Widerstandskraft als persönliches Defizit ausgelegt wird. Tatsächlich ist Resilienz jedoch eng an soziale Netzwerke und unterstützende Strukturen gebunden. Wird dieser Kontext ausgeblendet, besteht die Gefahr, gesellschaftliche Ungleichheiten zu verschleiern und Betroffene zur Anpassung an belastende Bedingungen zu

drängen (vgl. Gilan et al. 2024: 175-76). Auch die theoretische Fundierung und präzise Abgrenzung der zugrunde liegenden Konstrukte ist unzureichend. Schutzfaktoren wie Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugungen oder das Erleben positiver Emotionen überschneiden sich stark, werden mitunter sogar mit denselben Messinstrumenten erfasst und bleiben in ihrer Spezifität oft unklar. Hinzu kommt, dass potenzielle Schutzfaktoren und Ergebnisse resilienter Anpassung häufig verwechselt oder vermischt werden (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 102).

Die Resilienzforschung steht vor der Herausforderung, dass unterschiedliche konzeptionelle Ansätze die empirische Befundlage schwer vergleichbar machen und eine einheitliche Zusammenfassung erschweren. Genau diese Vielfalt an Zugängen bietet aus Sicht mancher Wissenschaftler:innen zentrale Angriffspunkte am Resilienzkonzept (vgl. Wustmann: 2022: 64). Ungeachtet dieser Kritik herrscht jedoch weitgehend Einigkeit darüber, dass es notwendig ist, das Phänomen der Resilienz intensiver zu untersuchen (vgl. ebd.: 65).

5. Präventive Massnahmen

In diesem Kapitel wird Prävention im Kontext von Burnout und Resilienz in der Sozialen Arbeit thematisiert. Zunächst wird ein grundlegendes Verständnis von Prävention erläutert. Danach werden die acht Säulen der Burnoutprävention nach Irmhild Poulsen sowie das Salamander-Modell nach Jörg Fengler vorgestellt. Abschliessend werden konkrete Massnahmen zur Burnoutprävention und Resilienzförderung auf individueller und organisationaler Ebene dargestellt.

5.1 Definition

Der Begriff „Prävention“ stammt vom lateinischen *praevenire* ab und bedeutet zuvorkommen. Darunter versteht man gezielte Massnahmen, die das Auftreten von unerwünschten Zuständen verhindern sollen. Frühzeitige und damit präventive Unterstützung sind entscheidend, um die Entwicklung von Menschen nachhaltig zu beeinflussen. Prävention und Resilienzförderung sind daher eng miteinander verknüpft, da beide Ansätze Schutzfaktoren stärken und Kinder sowie Erwachsene widerstandsfähiger gegen Belastungen machen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2022: 58).

5.2 Strategien und Modelle zur Vorbeugung von Burnout

Bereits Freudenberg schrieb verschiedene Massnahmen zur Vorbeugung von Burnout in seinem im Jahr 1974 veröffentlichten Artikel: „Staff Burn-Out“. Er betonte, dass sorgfältige Auswahl und Vorbereitung neuer Mitarbeitender dazu beitragen, unrealistische Motive und begrenzte Belastbarkeit frühzeitig zu erkennen. Zudem empfiehlt er eine regelmässige Rotation der Aufgabenbereiche, um sowohl Monotonie als auch Überlastung einzelner Personen zu vermeiden. Arbeitszeiten sollten klar begrenzt und mit ausreichenden Pausen sowie freien Tagen versehen sein. Ebenso zentral ist eine starke Teamkultur, in der Erfahrungen offen geteilt werden und Anzeichen von Überlastung rechtzeitig wahrgenommen werden können (vgl. Freudenberg 1974: 161-164).

5.2.1 Die acht Säulen der Burnout-Prävention nach Irmhild Poulsen

Irmhild Poulsen stellt in ihrer Untersuchung zur Burnout-Prävention von Fachpersonen in der Sozialen Arbeit heraus, dass nicht allein die Stressoren, sondern vor allem die gesundheitsfördernden Haltungen, Ressourcen und Kompetenzen von Bedeutung sind. Sie formuliert auf dieser Basis ihrer Erkenntnisse ein Modell von acht Säulen der Burnout-Prävention, die als tragende Elemente innerer Stabilität und Widerstandskraft verstanden werden können (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 58-60). Irmhild Poulsen ist Gründerin und war über 20 Jahre lang Leiterin des Burnout-Instituts Phoenix. Dieses Beratungs- und Weiterbildungsinstitut ist spezialisiert auf Burnout-Prävention und Resilienztraining (vgl. Institut Phoenix 2025: o.S). Dieses Modell wurde für die vorliegende Arbeit ausgewählt, da es explizit für die spezifischen Anforderungen und Belastungen der Sozialen Arbeit entwickelt wurde und den Fokus dabei konsequent auf vorhandene Ressourcen und gesundheitsfördernde Haltungen legt. Durch seine hohe Praxisnähe bietet es für Fachpersonen niederschwellige und im Berufsalltag direkt anwendbare Anknüpfungspunkte zur Stärkung der individuellen Widerstandskraft.

Die acht Säulen der Burnout-Prävention für Fachpersonen der Sozialen Arbeit nach Irmhild Poulsen:

1. Selbsterkenntnis – Bewusstheit/Bewusstsein – innere Klarheit
2. Grenzen erkennen und setzen können, Nein sagen
3. Gelassenheit und Optimismus
4. Hobbys, Ausgleich, Sport, Bewegung
5. Gute Kollegen, ein gutes Team
6. Um Hilfestellung bitten können
7. Soziale Netzwerke, Familie, Freunde

8. Humor, Spass und Freude

(Poulsen 2009a :127)

Diese acht Säulen verdeutlichen, dass Burnout-Prävention in der Sozialen Arbeit mehrdimensional ist. Poulsen verbindet die individuelle Selbstfürsorge mit sozialen Ressourcen und einer aktiven Gestaltung von Lebensbalance. Sie betont zudem, dass es nicht um Perfektion geht, sondern um die bewusste Balance in den vier grundlegenden Lebensbereichen, dem mentalen, sozialen, spirituellen und körperlichen Leben. Wer diese Säulen im Blick behält, kann auch langfristig im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gesund bleiben (vgl. ebd.: 127-28).

Bei der Betrachtung des Modells stellt der Autor fest, dass Poulsens acht Säulen der Prävention eine hohe Praxisnähe aufweisen für die individuelle Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Zugleich kann kritisch angemerkt werden, dass die Gefahr einer Individualisierung besteht, wenn strukturelle Belastungen unadressiert bleiben. Fachpersonen benannten bei den Untersuchungen, die die Grundlage für die acht Säulen bilden, massive strukturelle Stressoren, die ausserhalb ihrer individuellen Kontrolle liegen, wie Zeitmangel, Zeitdruck und zu hohe Fallzahlen (vgl. ebd.: 116-117). Es ist ebenso hervorzuheben, dass die zugrundeliegenden Säulen methodisch nicht auf quantitativen Wirksamkeitsstudien basieren, sondern auf der qualitativen Auswertung von 30 ausgefüllten, anonymen Selbstberichten von Fachpersonen. Obwohl dieser explorative Ansatz wertvolle individuelle Einblicke in die Gesunderhaltungsstrategien liefert, ist die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der geringen Stichproben und der gewählten Methode für die Ableitung verallgemeinerbarer Kausalzusammenhänge begrenzt.

5.2.2 Salamander-Modell

Das Salamander-Modell der Burnout-Prävention nach Jörg Fengler bietet eine prägnante, systematische Perspektive auf die multifaktorielle Entstehung von Burnout. Auch zeigt es korrespondierende Möglichkeiten präventiven Handelns. Im Zentrum steht die Metapher eines Salamanders, der nicht wie in der Natur über vier Beine verfügt, sondern über jeweils sieben Beine auf der linken und rechten Körperseite. Die linke Seite repräsentiert unterschiedliche Stressquellen, die zur Entstehung von Burnout beitragen können, während die rechte Seite Präventionsfaktoren symbolisiert, die auf denselben Ebenen wirksam werden können. Die Ebenen umfassen: Person, Privatleben, Zielgruppen, Team, Vorgesetzte, Institution und Gesellschaft. Jede dieser Ebenen kann sowohl als Quelle von Belastung als auch als Ansatzpunkt für Prävention verstanden werden (vgl. Fengler 2013: 13).

Das Salamander-Modell wurde herangezogen, da es über den individuellen Fokus hinausgeht und die Wechselwirkung zwischen persönlichem Erleben und systemischen Ebenen wie

Institution und Gesellschaft verknüpft. Diese mehrdimensionale Perspektive erscheint besonders geeignet, um aufzuzeigen, dass wirksame Prävention immer das Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention erfordert. Da es in diesem Kapitel um Präventionsmassnahmen geht, fokussiert sich der folgende Text auf die rechte Seite des Salamander-Modells. Diese Ebenen reichen vom Individuum bis hin zu gesellschaftlichen Strukturen.

Die Burnout-Präventions-Ebenen

1. Ebene der Person

Die Person kann ihr eigenes Erleben und Verhalten, ihre Interpretation von Ereignissen sowie den seelischen Selbstschutz selbst beeinflussen und so präventiv wirken (vgl. ebd.: 31). Dies gelingt durch Selbstfürsorge, Selbstbelohnung, Selbstreflexion und das Setzen klarer Grenzen (vgl. ebd.: 51-55).

2. Ebene des Privatlebens

Das Privatleben erweist sich als starker Faktor, sowohl durch soziale Unterstützung als auch durch den Einfluss, den die Person auf ihre sozialen Vernetzungen nimmt. Tragfähige Beziehungen, verlässliche soziale Netze und bewusst gepflegte Erholungsräume stabilisieren und gleichen Belastungsspitzen aus (vgl. ebd.: 31).

3. Ebene der Zielgruppen

Der Kontakt zu den Zielgruppen muss nicht zwangsläufig ein Stressor sein. Zielgruppen sind im beruflichen Kontext die Personen oder Gruppen, an die sich die eigene Arbeit richtet oder mit denen man im Rahmen der Tätigkeit regelmässig zu tun hat. Erlebte Wirksamkeit, konstruktives Feedback, Dankbarkeit und Erfolgserlebnisse stärken Kompetenz- und Selbstwirksamkeitsgefühl und wirken einer Burnout-Entwicklung entgegen.

4. Team

Ein Team hat die Möglichkeit als Ressource für soziale Unterstützung zu dienen. Durch Intervision, kollegiale Beratung und emotionale Anteilnahme erfahren Mitarbeitende Würdigung und erhalten in Krisensituationen konkrete Entlastung.

5. Vorgesetzte

Vorgesetzte nehmen eine zentrale Stellung ein und können aufgrund ihrer Nähe zu den Arbeitsvorgängen rasch klärend und unterstützend eingreifen, ohne zunächst bürokratische Verzögerungen in Kauf nehmen zu müssen. Ihre Aufgabe ist es, durch kurze

Entscheidungswege, Klärung von Rollenkonflikten und einen wertschätzenden Führungsstil Stressoren zu minimieren (vgl. ebd.: 31).

6. Institutionsebene

Auf institutioneller Ebene besteht Präventionspotenzial, insbesondere in der Zusammenarbeit zwischen Leitungen, Interessenvertretungen, betriebsärztlichen Diensten und Sozialdiensten. Über verbindliche Regelungen zur Gefahrenabwehr und Gesundheitsförderung können langfristig wirksame Schutzmassnahmen etabliert werden (vgl. ebd.: 31).

7. Gesellschaft

Auf gesellschaftlicher Ebene, insbesondere durch Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie Verwaltung und Aufsichtsmechanismen, besteht die staatliche Verantwortung, den körperlichen und psychischen Gesundheitsschutz der Bevölkerung sicherzustellen. Da Burnout-Prävention diesem Bereich zuzuordnen ist, schliesst dies auch die Kontrolle der Einhaltung geltender Vorschriften und deren Durchsetzung ein (vgl. ebd.: 32). Eine präventionsorientierte Politik, verlässliche Versorgungssysteme und Zugang zu Unterstützungsnetzen wirken Burnout stabilisierend entgegen (vgl. ebd.: 60-63).

Das Modell verdeutlicht, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention bei Burnout zusammenlaufen. Die einzelne Person arbeitet an sich und gestaltet zugleich ihre Rahmenbedingungen, umgekehrt wirken Strukturänderungen bis auf die Ebene der Person. Leitend ist das Prinzip „Mehr hilft mehr“. Massnahmen, die parallel auf mehreren Ebenen ansetzen, erhöhen die Erfolgchancen gegenüber punktuellen Eingriffen. Wo auf einer Ebene wenig erreichbar ist, können andere Ebenen kompensieren (vgl. ebd.: 32). Jörg Fengler erweitert die in der Fachliteratur vertrauten zwei Ebenen der Burnout-Prävention von Person und Beruf mit Zielgruppenkontakten, Team, Vorgesetztenfunktion, Institution und Gesellschaft (vgl. ebd.: 3). Fengers Modell ist besonders für Arbeitsfelder geeignet, die den Anspruch haben, Menschen und ihre Probleme ganzheitlich zu betrachten, vor allem also für soziale Berufe (vgl. Kitz 2024: 154).

Wenn das Modell kritisch betrachtet wird, fällt auf, dass seine wissenschaftliche Fundierung begrenzt bleibt und es vor allem als praxisnahes Reflexionsinstrument dient. Das bietet zwar viele Denkanstösse, legt aber nur wenige belastbare Wirksamkeitsnachweise vor. Die sieben Ebenen überlappen sich teils und Prioritäten zwischen individuellen und organisationalen Massnahmen bleiben unklar, wodurch die Umsetzung in komplexen Teams erschwert wird. Er präsentiert keine starren Rezepte, sondern eröffnet Entscheidungsräume, in denen Massnahmen auf Situation, Teamkultur und Ressourcen zugeschnitten werden können (vgl.

Schmitz 2024: o.S.). Das Modell sagt nicht, wo man anfängt, wie man Ebenen priorisiert oder welche Kombinationen förderlich oder hinderlich sind.

5.3 Individuelle und organisationale Präventionsmassnahmen

Verschiedene Autor:innen wie Elsässer und Sauer, Burisch oder auch Kitze haben Präventionsmassnahmen von Burnout in verschiedene Kategorien unterteilt. Die meisten unterscheiden zwischen Präventionsmassnahmen im Individuellen und auf der Organisationsebene (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 58-62; Burisch 2014: 211-236; Kitze 2024: 159-1712). Im Folgenden werden diese zwei Kategorien vertieft angeschaut.

5.3.1 Individuelle Präventionsmassnahmen

Das Individuum hat verschiedene Möglichkeiten, Burnout vorzubeugen oder eine drohende Krise rechtzeitig zu erkennen. Individuelle Präventionsansätze setzen bei den persönlichen Ressourcen der Fachpersonen an und zielen darauf ab, Resilienzfaktoren zu stärken und Burnout-Risiken zu reduzieren.

Resilienzfaktoren

Die zentralen Resilienzfaktoren für Sozialarbeitende wurden im Kapitel 4 beschrieben (vgl. Kapitel 4.5.3). Sie bilden ein Fundament für die Prävention und lassen sich im Berufsalltag gezielt fördern, wenn Fachpersonen ihre Ressourcen bewusst pflegen und regelmässig reflektieren. Dazu gehört insbesondere eine realistische Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten, Optimismus, der Aufbau stabiler sozialer Unterstützung sowie ein aktiver Umgang mit Belastungen (Coping). Ebenso sind kognitive Flexibilität, eine Sinnhaftigkeit für das eigene Leben zu sehen und die Fähigkeit frühzeitig Warnsignale von Burnout wahrzunehmen, wichtige Resilienzfaktoren. Diese Massnahmen zeigen, dass individuelle Prävention in enger Verbindung zur Resilienzförderung steht.

Enttabuisierung

Die Enttabuisierung von Burnout ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Betroffene Belastungen frühzeitig erkennen und Hilfe annehmen können. Entscheidend ist das Verständnis, dass Burnout nicht „Verrücktsein“ bedeutet, sondern eine häufige, ernstzunehmende Erschöpfungsreaktion auf anhaltenden Stress sein kann und veränderbar ist. Eine offene, sachliche Sprache in Teams und Institutionen reduziert Scham und Schuldgefühle und stärkt die Prävention. So trägt Enttabuisierung dazu bei, Unterstützung als professionellen Schritt zu normalisieren und nachhaltigere Arbeitsbedingungen zu fördern (vgl. Burisch 2014: 232).

Gesunde Lebensführung und Selbstfürsorge

Prävention beginnt bei der eigenen Lebensführung mit ausreichendem Schlaf, ausgewogener Ernährung und Bewegung (vgl. Direktion für Arbeit, Arbeitsbedingungen 2018: o.S.). Wer auf diese Weise für Ausgleich sorgt, stärkt nicht nur seine Gesundheit, sondern auch die körperliche Ausdauer. Sport gilt darüber hinaus häufig als wirksames Element therapeutischer Massnahmen (vgl. Elsässer/Sauer 2013:60). Wer spürt, dass die Last zu gross wird, sollte das Tempo drosseln, Prioritäten klären und in Absprache mit der Führung Aufgaben delegieren. Es lohnt sich, die eigenen Ansprüche auf Angemessenheit zu prüfen. Unterstützung lässt sich bei Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen, dem Personaldienst oder betrieblichen Anlaufstellen finden. Führen diese Schritte nicht weiter, ist professionelle medizinische oder psychologische Hilfe angezeigt, eine ärztliche Abklärung kann zudem körperliche Ursachen ausschliessen (vgl. Direktion für Arbeit, Arbeitsbedingungen 2018: o. S.).

Selbst-Diagnose und Selbstreflexion

Mithilfe zahlreicher Fragebögen, die Burnout-Symptome erfassen, können Fachpersonen erste Hinweise auf eine Gefährdung erhalten. Zwar sollte die Qualität dieser Instrumente kritisch betrachtet werden, dennoch können sie als Weckruf dienen und zum Handeln anregen. Ebenso wichtig ist es, eigene Anzeichen für Überlastung wahrzunehmen und durch Selbstreflexion frühzeitig gegenzusteuern. Gerade Fachpersonen in sozialen Berufen, die über ein ausgeprägtes Gespür für die Bedürfnisse anderer verfügen, sollten diese Fähigkeit auch auf sich selbst anwenden und körperliche oder emotionale Signale ernst nehmen (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 60).

Selbstakzeptanz

Ein zentraler Aspekt der individuellen Prävention ist die Auseinandersetzung mit den sogenannten Antreibern aus der Transaktionsanalyse. Diese inneren Stimmen „Sei perfekt!“ oder „Streng dich an!“ sind häufig tief verankerte Botschaften aus Kindheit und Sozialisation. In einem gesunden Mass können sie Leistung fördern, doch wirken sie als absolute Gebote, belasten die Lebensfreude und fördern Erschöpfung. Hilfreich ist es, sich bewusst „Gegengifte“ zu geben, also Erlaubnisse, die den Druck relativieren. Dazu gehört beispielsweise die Erlaubnis, Fehler machen zu dürfen, sich Zeit zu nehmen, die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen oder Dinge auch einmal leicht anzugehen (vgl. Burisch 2014: 235).

Selbstaufmerksamkeit und Entspannung

Um die Selbstaufmerksamkeit zu stärken, kann zum Beispiel das Führen eines Stresstagebuchs helfen. Darin können Auslöser, Reaktionen und körperliche Empfindungen systematisch dokumentiert werden. Mit der Zeit entsteht so ein Muster, das aufzeigt, in

welchen Situationen negativer Stress auftritt. Auf dieser Basis können Strategien entwickelt werden, um in akuten Stressmomenten bewusst gegenzusteuern. Ergänzend dazu können Entspannungstechniken wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung helfen, in belastenden Situationen innere Ruhe zu finden, Abstand zu gewinnen und die eigene Handlungsfähigkeit zu bewahren (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 61).

Selbstpflege

Fachpersonen sind oft gewohnt, anderen Fürsorge zukommen zu lassen, behandeln sich selbst aber oft mit Härte und Kritik. Prävention heisst, das fürsorgliche Eltern-Ich auch auf das eigene Kind-Ich anzuwenden (vgl. Burisch 2014: 226). Dazu gehören Selbstmitgefühl, bewusste Pausen, aber auch kleine Rituale, die den Alltag strukturieren. Hilfreich ist es, regelmässig Rückmeldungen einzuholen, die eigene Wahrnehmung mit der Sicht anderer abzugleichen und so zu erkennen, wenn man selbst als übermässig perfektionistisch, stark oder getrieben wahrgenommen wird. Gute Selbstfürsorge in sozialen Berufen ist keine Privatangelegenheit, sondern Teil professioneller Verantwortung und sie ist immer eingebettet in Beziehungen und Kontexte (vgl. ebd.: 226-27).

Ethische Leitlinien nach AvenirSocial

Der Berufskodex von AvenirSocial betont, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit nicht nur die Würde und Rechte der Klientinnen und Klienten achten sollen, sondern auch den Wert und die Würde der eigenen Person respektieren (vgl. AvenirSocial 2010: 12). Sie gehen verantwortungsvoll mit dem Machtgefälle gegenüber Klientinnen und Klienten um und sind sich der Grenzen ihrer Kompetenzen bewusst. Fachpersonen sollten bei Bedarf selbst Beratung und Hilfe in Anspruch nehmen. Sie sollen regelmässig Intervision, Supervision, Coaching und Weiterbildung nutzen, um Belastungen zu reflektieren und die eigene Praxis weiterzuentwickeln (vgl. ebd.: 13).

Grenzen setzen, Nein-sagen

Für Fachpersonen ist es wichtig, eigene Grenzen anzuerkennen und klar zu kommunizieren, einschliesslich der Fähigkeit, Nein zu sagen. Zum Schutz vor Überforderung und Dauerstress ist ebenso darauf zu achten, Arbeit und Freizeit gut abzugrenzen, bewusst Urlaub zu nehmen und Erholung aktiv einzuplanen (vgl. Gabriel/Theresia/Nicham 2012: 27).

Diese Massnahmen zeigen, dass individuelle Prävention in enger Verbindung zur Resilienzförderung und Burnout-Prävention steht.

5.3.2 Präventionsmassnahmen auf Ebene der Organisation

Präventionsmassnahmen auf Ebene der Organisation schaffen den Rahmen, in dem Sicherheit, Gesundheit und Integrität nachhaltig gewährleistet werden.

Supervision, Externe Beratungs- und Unterstützungsangebote

Externe Beratungs- und Unterstützungsangebote sind sehr hilfreich. Professionelle Supervisor:innen, die unabhängig von der jeweiligen Organisation agieren, können durch ihre Aussenperspektive eine objektive Einschätzung ermöglichen. In diesem Rahmen können Mitarbeitende schwierige Fälle reflektieren, ihr eigenes Handeln hinterfragen und gezielt Strategien zur Weiterentwicklung erarbeiten. Besonders in Phasen neuer Aufgaben, Rollenwechsel oder Beförderungen erweist sich Coaching als wertvolle Unterstützung, um Sicherheit zu gewinnen und die eigene Handlungskompetenz zu stärken (vgl. Elsässer/Sauer 2013:62). Supervision kann sowohl einzeln als auch im Team stattfinden und gilt als eine Form der Erwachsenenbildung, insbesondere in Berufen mit hohen psychischen Anforderungen wie der Sozialen Arbeit (vgl. Schlee 2019: 22–23).

Intervision

Intervision, auch kollegiale Beratung genannt, bezeichnet ein selbstorganisiertes Format, in dem Peers berufliche Fälle strukturiert reflektieren und sich wechselseitig unterstützen (vgl. Tietze/Möller 2019: 435). In dafür vorgesehenen Gruppen tauschen sich Mitarbeitende über schwierige Arbeitssituationen aus, entwickeln gemeinsam Lösungsansätze und stärken Kooperations- sowie Entscheidungskompetenzen. Diese Methode mindert individuelle Belastungen (Elsässer/Sauer 2013: 61). Die zentrale Idee der kollegialen Beratung ist es, Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Einrichtung oder einem ähnlichen Arbeitsfeld zu nutzen, um schwierige oder komplexe berufliche Situationen gemeinsam zu reflektieren und sich gegenseitig qualifiziert zu beraten (Wagenaar 2024: 11). Jede Person in der Gruppe kann sowohl die Rolle der fallgebenden Person als auch der beratenden Person einnehmen. Die Mitglieder sind gleichrangig, auch wenn sie sich in Qualifikation oder Funktion unterscheiden (vgl. ebd.: 15).

Befragungen von Mitarbeitenden

Befragungen sowie psychosoziale Check-ups sind äusserst gut bewährte Präventionsmethoden. Diese entfalten jedoch nur dann ihre Wirkung, wenn die Ergebnisse nicht folgenlos abgelegt werden, sondern konkrete Verbesserungen nach sich ziehen. Werden in solchen Befragungen zusätzlich Stress- oder Burnout-Instrumente integriert, ermöglicht dies nicht nur eine Art „Gesundheitsbarometer“ der Belegschaft, sondern trägt auch zur Enttabuisierung des Themas bei (vgl. Burisch 2014: 215).

Wertschätzung und Anerkennung

Der Beitrag aller Mitarbeitenden sollte einen zentralen Stellenwert einnehmen und sichtbar gemacht werden (vgl. Gabriel et al 2012: 17). Gute Führung fördert regelmässige, transparente Mitarbeitendengespräche ohne Kontrollcharakter, Zielvereinbarungen werden gemeinsam festgelegt und kontinuierlich reflektiert. Die Führung interessiert sich für Erleben und Gefühle, fragt aktiv nach und bietet konkrete Unterstützung. In Konflikten stärkt sie den Mitarbeitenden den Rücken, was Sicherheit schafft und Burnout vorbeugt (vgl. Poulsen 2009a: 122-123).

Arbeitsplatzgestaltung

Eine ungünstige Arbeitsplatzgestaltung kann Burnout begünstigen. Daher sollte die Organisation für angemessene Rahmenbedingungen wie Räume, Licht und Belüftung sorgen. Auch Überstunden, Arbeitszeiten, Pausenregelungen und Rollenkonflikte müssen von der Führung erkannt und konstruktiv geregelt werden (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 62). Viele Unternehmen bieten auch gesundheitsfördernde Zusatzangebote. Dazu zählen etwa Fitness- und Wellness-Programme oder die Unterstützung von Betriebssport. Obwohl der konkrete Nutzen im Hinblick auf Burnout bislang nicht ausreichend untersucht ist, scheinen diese Massnahmen wirtschaftlich vorteilhaft zu sein (vgl. Burisch 2014: 215).

Weiterbildung

Als Organisation oder Unternehmen ist es wichtig, den Mitarbeitenden entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten anzubieten, etwa wenn sich die Zusammensetzung des Klientels wandelt. Zudem können Schulungen in Kommunikation oder Konfliktbewältigung hilfreich sein. Sie tragen dazu bei, Überforderungen und Ängsten vorzubeugen und wirken damit auch einem möglichen Burnout entgegen (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 62).

Führungskultur

Die Qualität von Führung korreliert hoch mit Burnout. Vorgesetzte können direkt unterstützend wirken, indem sie Rat und Hilfestellung geben und so die Rate erfolgreicher Handlungen erhöhen. Anerkennung in Form von Lob wird als wertvolle Belohnung für Zielerreichung angesehen, während konstruktive Kritik zur Steigerung der Effektivität beitragen kann. Insbesondere bei Berufsanfänger:innen kann das Wissen, dass man bei Misserfolgen oder Fehlern nicht allein und schutzlos dasteht, entlastend wirken (vgl. Burisch 2014: 67).

6. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und die Fragestellung wird beantwortet. Es gibt klare Empfehlungen für Fachpersonen und Organisationen. Die Ergebnisse der Arbeit werden kritisch diskutiert und die Arbeit schliesst mit einem Ausblick und einem persönlichen Schlusswort des Autors ab.

6.1 Erkenntnisse der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit Burnout vorbeugen können, indem Resilienz gestärkt und präventive Massnahmen auf individueller und organisationaler Ebene verankert werden.

Die Analyse der Literatur macht deutlich, dass Burnout in der Sozialen Arbeit kein Randphänomen ist, sondern als relevantes Berufsrisiko verstanden werden muss. Fachpersonen bewegen sich in einem Arbeitsfeld, das durch widersprüchliche Anforderungen, hohe emotionale Involviertheit und strukturelle Engpässe geprägt ist. Die in Kapitel 2 dargestellten Strukturmerkmale (diffuse Allzuständigkeit, Doppel- und Tripelmandat, geringe Standardisierbarkeit, Koproduktion sowie die Involviertheit der Fachperson als „ganze Person“) beschreiben den besonderen Kontext professionellen Handelns: Soziale Arbeit ist selten eindeutig, selten vollständig planbar und oft mit moralischen Dilemmata verbunden. Diese strukturellen Bedingungen bilden den Nährboden, auf dem Belastungen entstehen und sich, bei unzureichenden Ressourcen, zu chronischem Stress und Burnout verdichten können.

Die Belastungsfaktoren lassen sich dabei nicht auf eine einzelne Ursache reduzieren. Vielmehr zeigt sich ein Zusammenspiel aus psychischen und arbeitsorganisatorischen Stressoren: Zeit- und Termindruck, hohe Fallzahlen, Personalmangel, Bürokratie, Rollenkonflikte, Teamkonflikte, fehlende Wertschätzung sowie die dauernde Herausforderung, Nähe und Distanz im Klient:innenkontakt auszubalancieren. Besonders belastend wirkt, dass professionelles Handeln häufig an quantitativen Kennzahlen gemessen wird, während die Qualität der Beziehungsgestaltung und kleine, aber bedeutsame Fortschritte, schwer sichtbar werden. Dies schwächt das Erleben von Wirksamkeit, ein Aspekt, der in der Literatur wiederholt als zentral für Motivation und psychische Gesundheit beschrieben wird.

Kapitel 3 hat gezeigt, dass Burnout als Prozess zu verstehen ist, der meist schleichend verläuft. Besonders hilfreich ist die Betrachtung der Symptomatik als dynamisches Geschehen: Von frühem Überengagement über Rückzug, Zynismus und kognitivem Abbau bis hin zu psychosomatischen Beschwerden und existenzieller Verzweiflung. Für die

Prävention ist diese Prozesslogik entscheidend, weil sie nahelegt, dass Burnout nicht „plötzlich“ entsteht, sondern frühe Warnsignale ernst genommen und bearbeitet werden können. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Burnout begrifflich schwer abgrenzbar ist und Überschneidungen zu Stress und Depression aufweist. Gerade deshalb ist eine vorsichtige, reflektierte Verwendung des Begriffs notwendig. Burnout darf weder verharmlost noch als Modeetikett benutzt werden und es darf nicht dazu führen, dass strukturelle Probleme psychologisiert werden.

Kapitel 4 hat Resilienz als dynamischen, entwicklungs- und kontextabhängigen Prozess herausgearbeitet. Resilienz ist keine „Unverwundbarkeit“, sondern entsteht im Zusammenspiel von personalen Ressourcen und sozial-ökologischen Bedingungen. Besonders relevant für das Erwachsenenalter sind trainierbare Faktoren wie aktives Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Optimismus, soziale Unterstützung, kognitive Flexibilität und positive Emotionen. Gleichzeitig hat die Kritik am Resilienzkonzept verdeutlicht, dass Resilienz schwierig zu definieren ist und eine rein individualisierte Resilienzlogik („wer ausbrennt, war nicht resilient genug“) fachlich und ethisch problematisch ist, was dem professionellen Selbstverständnis der Sozialen Arbeit widerspricht.

Kapitel 5 hat schliesslich gezeigt, dass wirksame Burnout-Prävention und Resilienzförderung immer auf zwei Ebenen ansetzen muss: Individuell und organisational. Modelle wie Poulsens „acht Säulen“ bieten praxisnahe Ansatzpunkte für Selbstfürsorge, Grenzsetzung und soziale Ressourcen. Fengers Salamander-Modell erweitert diese Perspektive sinnvoll um Team-, Führungs-, Institutions- und gesellschaftliche Ebenen. Entscheidend ist dabei weniger ein einzelnes Modell als die Grundidee. Prävention wirkt am stärksten, wenn mehrere Ebenen gleichzeitig adressiert werden, also wenn individuelle Strategien durch unterstützende Rahmenbedingungen getragen werden.

6.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit lautete, wie Belastungen und Burnout bei Fachpersonen der Sozialen Arbeit durch Resilienzförderung und präventive Massnahmen wirksam vorgebeugt werden können. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass eine wirksame Vorbeugung von Burnout in der Sozialen Arbeit nur durch das Zusammenspiel von individueller Resilienz und organisationalen Rahmenbedingungen gelingen kann. Die Analyse verdeutlicht, dass Belastungen massgeblich durch die strukturellen Paradoxien des Berufsfeldes entstehen, insbesondere durch das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle sowie dem hohen emotionalen Einsatz der eigenen Person. Burnout ist dabei kein individuelles Versagen,

sondern die Folge einer dauerhaften Diskrepanz zwischen fachlichem Anspruch und institutioneller Realität.

Individuelle Resilienzförderung dient als zentraler Schutzfaktor, indem sie Fachpersonen befähigt, eine professionelle Distanz zu wahren und die eigenen Belastungsgrenzen aktiv zu kommunizieren. Wirksame Prävention bedeutet hier, die eigene Selbstwirksamkeit zu stärken und die Unverfügbarkeit von Erfolgen in komplexen Klientensystemen zu akzeptieren. Dennoch darf Resilienz nicht zur reinen Selbstoptimierung instrumentalisiert werden. Die Organisationen stehen in der Pflicht, durch Supervision, wertschätzende Führung und eine angemessene Ressourcenplanung Strukturen zu schaffen, die psychische Gesundheit erst ermöglicht.

6.3 Empfehlungen für Fachpersonen und Organisationen

Die folgenden Empfehlungen bündeln zentrale Einsichten dieser Bachelorarbeit zu Resilienz und Burnout-Prävention in der Sozialen Arbeit. Sie sind bewusst allgemein gehalten und als Orientierungsrahmen gedacht, den Einrichtungen und Fachpersonen an ihre Kontexte anpassen können.

6.3.1 Für Fachpersonen

- Selbstfürsorge: Basisroutinen, Schlaf, Bewegung, Ernährung sichern und klare Grenzen setzen für nachhaltige Gesundheit.
- Grenzen kennen und vertreten: Eigene Belastungsgrenzen wahrnehmen, Prioritäten setzen, Aufgaben/Zuständigkeiten transparent machen.
- Nähe–Distanz balancieren: Empathie wahren ohne Vereinnahmung, Rolle, Erwartungen und eigene Anteile regelmässig reflektieren.
- Ressourcenorientierung: Selbstwirksamkeit, Optimismus und kognitive Flexibilität pflegen, Unterstützung aktiv einholen und annehmen.
- Regelmässige Reflexion: Fälle, Belastungen und Dilemmata in geeigneten Settings mit Kolleg:innen besprechen (Intervision/Supervision).
- Kompetenzen pflegen: Kommunikation, Konflikt- und Deeskalationsfähigkeit sowie Wissen zu Gesundheit/Stress kontinuierlich weiterentwickeln.
- Soziale Unterstützung nutzen: Soziale Netzwerke wie Freunde und Familie sowie kollegiale Beratung und Supervision gezielt und aktiv nutzen.

6.3.2 Für Organisationen

- Reflexionskultur: Strukturierten Raum und Zeit für Intervention/Supervision sichern, Lernen aus Fehlern/Krisen wertschätzend ermöglichen.
- Wertschätzende Führung: Anerkennung, konstruktives Feedback und Rückendeckung bieten, Beteiligung an Entscheidungen fördern.
- Gesundheit schützen: Zugang zu internen/externen Beratungsangeboten, Schutzkonzepte für heikle Situationen.
- Gesunde Arbeitszeitkultur: Erreichbarkeit, Pausen und Ruhezeiten verbindlich klären, Rahmen für konzentrierte Arbeit und Erholung sichern.
- Weiterbildung ermöglichen: Fortbildungen und Workshops für Mitarbeitende zu Stress, Resilienz, Traumasensibilität und Deeskalation fördern.
- Empfohlene Leitlinien und Prozesse: Klare Regeln zu Erreichbarkeit, Vertretung, Notfallmanagement, niederschwelligem Zugang zu externer Hilfe.
- Realistische Arbeitsbedingungen: Arbeitsmenge, Zeit für Dokumentation und Pausen so gestalten, dass Qualität möglich ist.

Von der „resilienten Person“ zur „resilienten Organisation“: Resilienz-Trainings sind sinnvoll, genügen aber nicht. Einrichtungen sollten Belastungen an der Quelle reduzieren, was bedeutet, realistische Fallzahlen, verlässliche Vertretungen, gestaltete Pausen, klare Rollen und Reflexionsräume institutionell absichern mit Intervention/Supervision.

6.3.3 Gemeinsame Leitgedanken

- Prävention ist mehrschichtig: Individuelle und organisationale Ebenen greifen ineinander, keine Ebene ersetzt die andere.
- Enttabuisierung: Über Belastungen offen sprechen. Frühzeitig ernst nehmen, ohne Schuldzuweisungen.
- Partizipation: Betroffene an der Gestaltung von Lösungen beteiligen. Resilienz entsteht auch durch Mitgestaltung und Einfluss.
- Passung vor Perfektion: Massnahmen an Arbeitsfeld, Teamkultur und Ressourcen anpassen, Wirksamkeit regelmässig prüfen und behutsam nachjustieren.

Diese Prinzipien liefern einen Rahmen, in dem Fachpersonen und Organisationen eigene, kontextsensible Standards formulieren können mit dem Ziel, Gesundheit, Qualität der Arbeit und professionelle Handlungsfähigkeit dauerhaft zu sichern.

6.4 Kritische Diskussion

Im Rückbezug auf die Forschungsfrage zeigt die Literatur konsistent, dass Burnout-Prävention in der Sozialen Arbeit dann wirksam ist, wenn individuelle Resilienzförderung systematisch mit organisationsbezogenen Massnahmen verzahnt wird. Trainings zu Selbstregulation, Grenzsetzung, Selbstwirksamkeit und Sinnorientierung unterstützen Fachpersonen dabei, die professionstypischen Spannungsfelder besser zu bewältigen. Allerdings bleiben deren Effekte ohne organisationsbezogene Massnahmen meist begrenzt. Klare Rollen, verlässliche Vertretungen, genügend Pausen und eine wertschätzende Führungskultur wirken an der Quelle der Belastung und entfalten den grössten, nachhaltigen Hebel.

Obwohl die Literatur konsistent die Bedeutung organisationsbezogener und struktureller Massnahmen belegt, fällt bei der Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur auf, dass die individuumszentrierten Ansätze überwiegen. Die meisten Präventionskonzepte setzen primär beim Einzelnen an und bieten eine Vielzahl von Handlungsanleitungen für die Prävention von Burnout (vgl. Poulsen 2009:127; Bergner 2016). Einige Empfehlungen erscheinen zudem widersprüchlich. Menschen, die bereits stark belastet und Burnout gefährdet sind, haben häufig nicht die Ressourcen, um etwa mit dem Rauchen aufzuhören oder morgens Sport zu treiben (vgl. Kunz-Heim/Nido 2008: 55). Die Dominanz individuumszentrierter Strategien lässt sich damit erklären, dass auf diese Weise am schnellsten Erleichterung erzielt werden kann. Es zeigt sich, dass es deutlich schwieriger ist, Arbeitsbedingungen systematisch zu steuern oder zu verändern. Menschen zu verändern

erscheint kostengünstiger und einfacher als Organisationen umzugestalten (vgl. ebd.: 55-56). Ein Schwerpunkt auf personalen Strategien kann dazu führen, Burnout als individuelles Problem zu deuten und analog „am Menschen“ zu behandeln. Eine solche Perspektive verdeckt häufig die Rolle von Arbeitsbedingungen, Zuständen in Institutionen und gesellschaftlichen Entwicklungen für Entstehung und Aufrechterhaltung von Belastungen (vgl. Enzmann/Kleiber 1989: 179-180). Burnout hat in den letzten Jahrzehnten durch Medienberichte, Ratgeberliteratur und einen wachsenden „Burnout-Markt“ grosse öffentliche Aufmerksamkeit erhalten, was dazu führt, dass das Thema ernster genommen wird. Betroffene suchen somit eher Hilfe und Organisationen rücken stärker in die Verantwortung. Gleichzeitig entsteht jedoch eine Popularitätsfalle, in der vereinfachte Erklärungen, fragwürdige Tests im Internet und schnelle Geschäftsmodelle die komplexe Realität verzerren. Dadurch werden Mythen sowie unkritische, nicht wissenschaftlich fundierte Vorstellungen über Burnout gefördert (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998: 185).

Bis heute gibt es keine einheitliche und offiziell anerkannte Definition von Burnout, es kursieren verschiedene Begriffsverständnisse und Messansätze. In der ICD-11 ist Burnout kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern ein arbeitsbezogenes Phänomen (vgl. World Health

Organization 2025: o.S). Die starke Symptomüberschneidung mit z. B. Depression oder Schlafstörungen erschwert die Abgrenzung und lässt Prävalenzschätzungen stark variieren (vgl. Kapitel 3.6.). Burnout ist im Alltag leicht zu erkennen, aber wegen seiner vielfältigen und unscharfen Symptome wissenschaftlich nur schwer genau zu definieren (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998: 186). Zudem fällt auf, dass der Begriff Resilienz in der Literatur sehr unterschiedlich definiert wird. Während einige Autor:innen ihn als stabile Persönlichkeitseigenschaft verstehen, wird er in anderen Arbeiten als dynamischer Prozess beschrieben, der durch äussere Faktoren wie Teamkultur, Supervision oder Leitungskompetenz beeinflusst werden kann. Diese begriffliche Uneinheitlichkeit erschwert den wissenschaftlichen Vergleich und die Entwicklung einheitlicher Präventionskonzepte (vgl. Kapitel 4.).

Aus einer gesellschaftspolitischen Perspektive lässt sich sehen, dass Burnout-Gefährdung und psychische und psychiatrische Situationen im Kontext der Erwerbsarbeit seit mehreren Jahrzehnten zunehmen. Aktuell gibt es sogar Hinweise, dass sich die Situation noch beschleunigt (vgl. Kapitel 1.1). Seit Jahrzehnten gibt es viele Untersuchungen zu Burnout, dessen Prävention und Intervention. Nüchtern betrachtet könnte festgestellt werden, dass trotz vielen und grossen Anstrengungen in Bezug auf das Grundverständnis, die Prävention und den Umgang mit Burnout die Situation noch überhaupt nicht im Griff hat oder schon nur stabilisiert (vgl. Kapitel 3 und 4). Ist es möglich, dass die Konzepte und die wissenschaftlichen Studien sich mit einem zu engen Blick den Themen widmen?

6.5 Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat aufgezeigt, dass die psychische Gesundheit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit kein rein individuelles, sondern ein zutiefst strukturelles Thema ist. Mit Blick nach vorn ist davon auszugehen, dass Burnout-Prävention und Resilienzförderung weiter an Bedeutung gewinnen werden. Die Fachkräftesituation im Sozialbereich ist heute bereits angespannt und dürfte sich weiter verschärfen. Erschwerte Rekrutierung und hohe Fluktuation erhöhen die Arbeitsbelastung und können bis hin zu Stress, Burnout und krankheitsbedingten Ausfällen führen, ein Teufelskreis, der die Prävention zusätzlich dringlich macht (vgl. Amberg et al.2024: 7-9).

Es ist davon auszugehen, dass soziale Organisationen in Zukunft noch stärker gefordert sein werden. Es wäre wichtig, dass betriebliches Gesundheitsmanagement nicht als „Nice-to-have“, sondern als essenziellen Faktor der Qualitätssicherung und Arbeitgeberattraktivität verstanden wird. Im Wettbewerb um qualifizierte Fachpersonen werden jene Institutionen bestehen, die eine Kultur der Achtsamkeit etablieren, Supervision fest verankern und verlässliche Arbeitsbedingungen bieten.

Die fachwissenschaftliche Präzisierung bleibt eine Daueraufgabe. Es bedarf einer klaren, einheitlichen Definition von Burnout sowie einer konsistenten Abgrenzung zu benachbarten Störungsbildern. Nur durch reliabel validierte Messinstrumente lässt sich das tatsächliche Ausmass der Gefährdung langfristig erfassen.

Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt der Frage widmen, wie digitale Transformationsprozesse in der Sozialen Arbeit so gestaltet werden können, dass sie entlastend wirken, statt durch ständige Erreichbarkeit und administrative Mehraufwände zu neuen Stressoren zu werden. Zudem wäre es lohnenswert, die Wirksamkeit spezifischer organisationaler Interventionen in Langzeitstudien zu untersuchen, um evidenzbasierte Standards für gesunde Arbeit in sozialen Berufen zu entwickeln.

Die Soziale Arbeit ist unverzichtbar für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Sie kann ihre komplexe Aufgabe jedoch nur dann erfüllen, wenn es gelingt, die Fachpersonen als wichtigste Ressource der Profession langfristig gesund und motiviert zu erhalten. Dafür braucht es nicht nur resiliente Individuen, sondern auch den politischen Willen, die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit mit ausreichenden Ressourcen auszustatten.

6.6 Persönliches Schlusswort

Im Verlauf dieser Arbeit hat der Autor nicht nur theoretisches Wissen über Burnout und Resilienz gewonnen, sondern auch viel über sich selbst und seine eigene Haltung zur Sozialen Arbeit gelernt. Die eingangs geschilderten Beobachtungen aus der Praxiserfahrung des Autors im Pflegeheim und in der Schulsozialarbeit haben durch die theoretische Vertiefung einen neuen Rahmen erhalten. Ihm ist bewusst geworden, wie leicht, gerade aus Engagement und Hilfsbereitschaft, die eigenen Grenzen überschritten werden können. Er hat auch gelernt, dass Selbstfürsorge kein Egoismus ist, sondern eine Voraussetzung für professionelle Arbeit, auf die er in seinem anstehenden Berufseinstieg zu achten versucht. Der Autor möchte in seinem künftigen Berufsleben dazu beitragen, dass Gesundheit, Reflexion und Respekt nicht nur Themen von Seminaren bleiben, sondern Teil des gelebten Alltags in sozialen Organisationen werden.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Ahola, Kirsi/Honkonen, Teija/Isometsä, Erkki/Kalimo, Raija/Nykyri, Erkki/Aromaa, Arpo/Lönnqvist, Jouko (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. In: Journal of Affective Disorders. 88 Jg. S. 55–62.

Albrecht, Simone (o.J.) Burnout – ein Leitfaden des ifa. Institut für Arbeitsmedizin. URL: <https://www.bgm-ag.ch/files/content/literatur/pdf/burnout-ein-leitfaden-des-ifa-institut-fuer-arbeitsmedizin.pdf> [Zugriffsdatum: 2. August 2025].

Amberg, Helen/Rickenbacher, Julia/Müller, Franziska/Mariéthoz, Sarah/Brun, Nils (2024). Fachkräftestudie im Sozialbereich. Bericht zuhanden des Schweizerischen Dachverbands für die Berufsbildung im Sozialbereich SAVOIRSOCIAL und der Konferenz der Fachhochschulen für Soziale Arbeit Schweiz SASSA. Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Aronson, Elliot/Pines, Ayala M./Kafry, Ditsa (1983). Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

AvenirSocial (2015). IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar. URL: <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf> [Zugriffsdatum: 10. August 2025].

AvenirSocial (2025). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Textfassung für die Vollversammlung 2025. URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2025/04/2025_Berufkodex_Soziale-Arbeit_def.pdf [Zugriffsdatum: 20. August 2025].

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.

Ball, Juliane/Peters, Sabine (2007). Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren. In: Seiffge-Krenke, Inge/Lohaus, Arnold (Hrsg.), Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe. S. 126–146.

Barwinski, Rosmarie (2016). Resilienz in der Psychotherapie. Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Beckmann, Christof (2009). Qualitätsmanagement und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bengel, Jürgen/Lyssenko, Lisa (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bergner, Thomas (2016). Burnout-Prävention. Erschöpfung verhindern - Energie aufbauen - Selbsthilfe in 12 Stufen. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Bianchi, Renzo/Schonfeld, Irvin Sam/Laurent, Eric (2015). Burnout–depression overlap: A review. In: Clinical Psychology Review. 36 Jg. S. 28–41.

Blossfeld, Hans-Peter/Bos, Wilfried/Daniel, Hans-Dieter/Hannover, Bettina/Lenzen, Dieter/Prenzel, Manfred/Rosbach, Hans-Günther/Tippelt, Rudolf/Wössmann, Ludger/Kleiber, Dieter. (2014). Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal: Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung. Gutachten. Münster: Waxmann Verlag.

Brendt, Dieter/Sollmann, Christoph (2012). Burnout am Arbeitsplatz. Symptombeschreibung - auslösende Bedingungen - Prophylaxe -Therapie. Renningen: Expert Verlag.

Bundesamt für Statistik BFS (2024). Immer mehr Menschen sind bei der Arbeit gestresst. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/31866457> [Zugriffsdatum: 20. August 2025].

Burisch, Matthias (2014). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe. 5. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.

Cherniss, Cary (1980). Staff burnout. Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.

Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Scherr, Albert/Stüwe, Gerd (2001). Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa.

Direktion für Arbeit, Arbeitsbedingungen (2018). Erschöpfung frühzeitig erkennen – Burnout vorbeugen. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. URL: https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/erschoepfung-fruehzeitig-erkennen--burnout-vorbeugen.html [Zugriffsdatum: 29. August 2025].

Edelwich, Jerry/Brodsky, Archie (1980). Burn-Out. Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Sciences Press.

Elsässer, Jeanette/Sauer, Karin E. (2013). Burnout in sozialen Berufen. Öffentliche Wahrnehmung, persönliche Betroffenheit, professioneller Umgang. Freiburg: Centaurus Verlag.

Enzmann, Dirk/Kleiber, Dieter (1989). Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Freudenberger, Herbert J. (1974). Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues. 30 Jg. (1). S. 159-165.

Freudenberger, Herbert/North, Gail (1992). Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. 2. Aufl. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Freyberg, Thomas von (2011). Resilienz – mehr als ein problematisches Modewort? In: Zander, Margherita (Hrsg.), Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 219–239.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2011). Resilienz. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2022). Resilienz. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gabriel, Thomas (2005). Resilienz - Kritik und Perspektiven. In: Zeitschrift für Pädagogik. 51. Jg. (2). S. 207–217.

Gabriel, Theresia/Nicham, Regina (2012). Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Band Nr. 5 aus der Reihe WISSEN. 2. Aufl. Wien: Fonds Gesundes Österreich.

Gängler, Hans (2018). Hilfe. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 622–629.

Galuske, Michael/Müller, Wolfgang C. (2012). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S.587-610.

Galuske, Michael (2013). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Gilan, Donya/Helmreich, Isabella/Hahad, Omar (2024). Resilienz. Die Kunst der Widerstandskraft. Freiburg im Breisgau: Herder.

Gildemeister, Regine (1992). Neuere Aspekte der Professionalisierungsdebatte. Soziale Arbeit zwischen immanenten Kunstlehren des Fallverstehens und Strategien kollektiver Statusverbesserung. In: Neue Praxis. 22. Jg. (3). 207–219.

Henn, Sarah/Lochner, Barbara/Meiner-Teubner, Christiane (2007). Arbeitsbedingungen als Ausdruck gesellschaftlicher Anerkennung Sozialer Arbeit. Frankfurt am Main: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.

Hochstrasser, Barbara (2024). Burnout und Erschöpfungsdepression. Konzepte, Verursachungsmodelle, Therapieansätze. Bern: Hogrefe Verlag.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2021). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 5. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Höfler, Martha (2016). Bewältigungskapazität als Bildungsauftrag. Resilienz aus Perspektive der Erwachsenenbildung. In: Wink, Rüdiger (Hg.). Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Wiesbaden: Springer. S. 101–121.

Hohmann, Kathrin. (2018). Konflikte im Team. URL: https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_Hohmann_2018_KonflikteimTeam.pdf [Zugriff am: 15. August 2025].

Holleder, Alfons (2023). Wer leidet in der Sozialen Arbeit an Erschöpfung? Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. In: Soziale Passagen. 15. Jg. (1). S. 233–250.

Institut Phoenix (2025). Vielfältige Expertise für Ihr Wachstum. DAS PHOENIX-TEAM. URL: <https://www.institut-phoenix.de/ueber-uns/> [Zugriffsdatum: 7 August 2025].

Kahl, Yvonne/Bauknecht, Jürgen (2023). Psychische und emotionale Erschöpfung von Fachkräften der Sozialen Arbeit. Entwicklung, Ausmass und die Rolle von Belastungs- und Resilienzfaktoren. In: Soziale Passagen. 15. Jg. (1). S. 213–232.

Kaiser, Silke (2020). Resilienzförderung bei Kindern unter drei Jahren. Ein Weiterbildungsprogramm für pädagogische Fachkräfte. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kernen, Hans (2005): Arbeit als Ressource. Gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Ressourcenmanagement. Bern: Haupt.

Kitze, Katharina (2022). Burnout Grundlagen und Handlungswissen für soziale Berufe. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kneubühl, Erika (2020). Hilfe und Kontrolle. URL: <https://avenirsocial.ch/hilfe-und-kontrolle/> [Zugriffsdatum: 13. Dezember 2025].

Korczak, Dieter/Kister, Christine/Huber, Beate (2010). Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Köln: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Krieger, Ralph/Arial, Marc (2020). Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirtschaftssektoren. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. Direktion für Arbeit. Arbeitsbedingungen.

Krieger, Ralph/Arial, Marc (2023). Ausgewählte Ergebnisse der europäischen Telefonerhebung über die Arbeitsbedingungen 2021. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der Schweiz und Europa. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. Direktion für Arbeit. Bereich Arbeitsbedingungen.

Kunz Heim, Doris/Nido, Miriam (2008). Burnout im Lehrberuf. Definition – Ursachen – Prävention. Ein Überblick über die aktuelle Literatur. Brugg: Pädagogische Hochschule FHNW.

Lang, Frieder R./Martin, Mike/Pinquart, Martin (2012). Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lösel, Friedrich/Bender, Doris (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen. Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In:

Opp, Günther, Fingerle, Michael (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 57-78.

Maslach, C./ Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. In: Journal of Organizational Behavior. 2. Jg. S. 99–113.

Masten, Ann S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. In: American Psychologist. 56. Jg. S. 227–238.

Masten, Ann S. (2016). Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie. Das ganz normale Wunder entschlüsselt. Paderborn: Junfermann.

Ostschweizer Fachhochschule (2023). Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Medienmitteilung vom 23. Juni 2023. URL: <https://www.ost.ch/de/die-ost/organisation/medien/angst-vor-der-rueckkehr-an-den-arbeitsplatz> [Zugriffsdatum: 29. August 2025].

Poulsen, Irmhild (2009a). Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Poulsen, Irmhild (2009b). Energietankstellen zur Gesundhaltung für Soziale Fachkräfte - Ressourcen und Handlungsstrategien. In: TUB-Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. 60. Jg. (4). S. 244-252.

Poulsen, Irmhild (2012). Stress und Belastung bei Fachkräften der Jugendhilfe. Ein Beitrag zur Burnoutprävention. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2015). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Bengel, Jürgen/Lyssenko, Lisa (2022). Resilienz und Schutzfaktoren. URL: <https://leitbegriffe.bioeq.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/> [Zugriffsdatum: 12. September 2025].

Rövekamp-Wattendorf, Jörg (2020). Berufliche Belastungen bewältigen. Psychosoziale Herausforderungen in helfenden Berufen. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Savicki, Victor/Cooley, Eric (1983). Theoretical and research considerations of burnout. In: Children and Youth Services Review. 5. Jg. S. 227–238.

Schadauer, Andreas/Allinger, Bernadette (2024). Befragung zum Thema Burnout im Gesundheits- und Sozialbereich. Auswertung einer Online-Erhebung Februar 2024. Wien: Die Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA).

Schaufeli, Wilmar/Dirk Enzmann (1998). The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis.

Scherrmann, Ulrich. (2025). Stress und Burnout in Organisationen: Ein Praxisbuch für Führungskräfte, Personalentwickler und Berater. 2. Aufl. Berlin: Springer Berlin.

Schlee, Jörg (2019). Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe. Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Schmitz, Lilo (2014). Jörg Fengler: Burnout-Prävention im Arbeitsleben. URL: <https://www.socialnet.de/rezensionen/15586.php> [Zugriffsdatum: 5. Oktober 2025].

Schneglberger, Judith (2010). Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt. Eine Untersuchung von Möglichkeiten der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schütze, Fritz (1992). Sozialarbeit als «bescheidene Profession». In: Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Radtke, Frank-Olaf (Hg.). Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 132–170.

Sommerfeld, Peter/Hess, Nadja/Bühler, Sarah (2021). Soziale Arbeit in der Covid-19 Pandemie. Eine empirische Studie zur Arbeitssituation, Belastung und Gesundheit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Schweiz. Ergebnisbericht. URL: <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/32440> [Zugriffsdatum: 10. August 2025].

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit. In: SIÖ-Fachschrift für Sozialarbeit in Österreich. 42. Jg. (2). S. 8-17.

Storch, Johannes/Olbrich, Dieter/Storch, Maja (2018). Burn-out, ade. Wie ein Strudelwurm den Weg aus der Stressfalle zeigt. Bern: Hogrefe Verlag.

Thun-Hohenstein, Leonhard /Lampert, Kerstin / Altendorfer-Kling, Ulrike. (2020). Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 19. Jg. S. 7–20.

Tietze, Kim-Oliver/Möller, Heidi (2019). Intervision und kollegiale Beratung. In: Organisationsberat Superv Coach. 26. Jg. S.435–438.

Wagenaar, Sylvia (2024). Kollegiale Beratung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Wieland, Norbert (2011). Resilienz und Resilienzförderung - eine begriffliche Systematisierung. In: Zander, Margherita (Hrsg.). Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 180-207.

World Health Organization (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [Zugriffsdatum: 18. August 2025].

World Health Organization. (2025). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. QD85 Burnout. URL: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281> [Zugriffsdatum: 18. August 2025].

Wustmann, Corina. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz Verlag.

Wustmann, Corina. (2012). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Aufl. Berlin: Cornelsen.

Wustmann, Corina. (2020). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 8. Aufl. Berlin: Cornelsen.

Ziegler, Matthias (2024). Resilienz hilft gegen Rückschläge in der Berufswahl und Stress während der Lehre. Tipps zur psychischen Widerstandskraft. URL: <https://www.fuerslebensgut.ch/resilienz/> [Zugriffsdatum: 10. August 2025].

8. Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittel	Verwendung
ChatGPT	Überarbeiten von Textabschnitten und Struktur
DeepL Write	Übersetzung von Textabschnitten
Google Gemini	Rechtschreibkontrolle