

# Burnout bei PatientInnen mit idiopathischem Hörsturz



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

**Tanja Penz**

Graz, im Juni 2009

Tanja Penz, Axams

tanja@penz.name

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2009

**Thesis angenommen**

## ZUSAMMENFASSUNG



www.inter-uni.net > Forschung

### **Burnout bei PatientInnen mit Hörsturz** **Zusammenfassung der Arbeit**

Tanja Penz  
Betreuerin Elke Mesenholl

#### **Einleitung**

Seit der Erstbeschreibung des plötzlichen Hörverlustes im 19. Jahrhundert konnte kein allgemein gültiges Erklärungsmodell zur Entstehung des idiopathischen Hörsturzes entwickelt werden. Ebenso gibt es auch keine Therapiemethode, die verlässliche Wirkung zeigt.

Im Gegensatz zu den zahlreich vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen zur Erhebung von möglichen Risikofaktoren für kardio-vaskuläre Erkrankungen, zur Prognose und diversen Medikamenten- bzw. Behandlungsstudien, wurden nur relativ wenige Untersuchungen zu psychosomatischen Faktoren veröffentlicht. Dies verwundert umso mehr, als in vielen Publikationen auf den Faktor „Stress“ in der Hörsturzentstehung hingewiesen wird und in vielen Therapiekonzepten die Hospitalisierung ein fixer Bestandteil ist.

LAMPARTER (1994) schließt diese Lücke und stellt fest, dass ein hoher Prozentsatz der Hörsturzpatienten unter beruflichem Stress leidet. Weiters beschreibt der Autor ebenso wie GREUEL (1986) Persönlichkeitsmerkmale, die auch in der Burnout-Entstehung eine Rolle spielen.

So stellt die Autorin die Frage, ob ein Hörsturz ein Teil einer Burnout-Problematik sein könnte, was mit dieser Studie untersucht werden soll.

#### *Forschungsfrage*

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Vorkommen und Ausprägung des Burnout-Syndroms bei PatientInnen mit idiopathischem Hörsturz im Vergleich mit der „Normalbevölkerung“. Als Vergleichsdaten werden die Werte aus der Finnish Health 2000 Study herangezogen. (vgl. AROMAA & KOSKINEN, 2004).

Wie ausgeprägt ist das Burnout-Syndrom bei Patienten mit Hörsturz an der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Innsbruck im Vergleich mit der „Normalbevölkerung“?

#### Nebenfragen:

1. Ist der Schweregrad des Burnout korreliert mit dem Schweregrad des Hörsturzes?
2. Ist der Schweregrad des Burnout prädiktiv für die Rückbildung des Hörverlustes beim Hörsturz?
3. Gibt es Unterschiede in der Burnout-Ausprägung zwischen PatientInnen mit Hörsturz mit Tinnitus bzw. ohne Tinnitus?

## **Methodik**

### *Design*

Die Datenerhebung erfolgte in quantitativer Form von zwei Einmalmessungen pro PatientIn. Zur Erhebung der Burnout-Werte wurde das Maslach Burnout Inventory, MBI-GS (General Survey) in deutscher Übersetzung nach BÜSSING & GLASER (1998), bestehend aus 16 Items, verwendet. Der Grad des Hörsturzes und die Ausprägung des Tinnitus wurden mittels Tonaudiometrie und Tinnitusverdeckungskurve gemessen. Ergänzend wurde zur Erhebung des Berufes, der Lärmbelastung sowie der Frage, ob es sich um den ersten Hörsturz oder bereits ein Rezidiv handelt, ein zusätzlicher Fragebogen entworfen. Da die allermeisten PatientInnen mit Hörsturz sehr schnell einen Arzt aufsuchen, besteht die Möglichkeit, diese sozusagen in der Akutphase zu erreichen.

### *TeilnehmerInnen*

An der Studie nahmen insgesamt 47 Patientinnen und Patienten aus Tirol teil. Davon mussten 5 Fragebögen verworfen werden, weil diese nicht korrekt ausgefüllt wurden (1) bzw. sich im Laufe der Diagnostik doch eine Ursache für die Hörverschlechterung fand. Die eigentliche Stichprobe bestand aus 20 Patienten (48%) und 22 Patientinnen (52%). Das Durchschnittsalter lag bei 40 Jahren.

### *Durchführung*

Die Fragebögen sowie ein Begleitschreiben und eine Einverständniserklärung wurden im Zeitraum Juni 2008 bis Jänner 2009 an PatientInnen mit Verdachtsdiagnose „Hörsturz“ verteilt, die zur Hörprüfung in den Fachbereich Audiologie überwiesen wurden. Die PatientInnen konnten die Unterlagen nach dem Ausfüllen direkt bei den MitarbeiterInnen der Audiologie abgeben, wo diese mit dem entsprechenden Tonaudiogramm abgelegt wurden.

### *(Statistische) Analyse*

Die Daten wurden nach Abschluss der Erhebung mittels Varianz-, Frequenz- und Korrelationsanalysen ausgewertet.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen auf  $p < 0.05$  festgelegt.

## **Ergebnisse**

### *Überblick*

Entgegen der Erwartungen zeigte sich in der Stichprobe kein einziger Patient, dessen Werte im MBI auf ein vorliegendes Burnout schließen ließe. Bei der statistischen Auswertung konnten auch keine signifikanten Korrelationen zwischen den einzelnen Subskalen-Werten des MBI und dem Ausmaß des Hörsturzes gefunden werden. Einzig bei der sehr kleinen Untergruppe (9 Personen) der PatientInnen mit Hörsturz und Tinnitus konnten im Vergleich zur restlichen Stichprobe höhere Burnout-Werte gefunden werden.

### *Besonderheiten*

Entgegen der Hypothese, dass die Werte der einzelnen Burnout-Skalen mit dem Ausmaß des Hörsturzes positiv korrelieren, zeigten sich eher leicht negative Korrelationen besonders zwischen den Skalen Emotionale Erschöpfung bzw. Zynismus.

## **Diskussion**

### *Interpretation des Ergebnisses*

Da kein einziger Patient mit Hörsturz derart erhöhte Werte im MBI zeigte, dass auf eine ernsthafte Burnout-Gefährdung zu schließen ist, stellt sich die Vermutung, dass es sich bei den zwei untersuchten Phänomenen um gänzlich unterschiedliche Zustände handelt.

### *Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens*

Man könnte aufgrund der vorliegenden Untersuchung folgern, dass ein Hörsturz eine Somatisierung darstellt, die anstelle eines Burnout-Syndroms auftritt. Solch eine Aussage ist allerdings aufgrund der kleinen Stichprobe sehr gewagt.

### *Eigenkritisches*

Ein Manko stellt sicher die Gruppengröße der Stichprobe und damit der Untergruppen dar. Weiters wäre im Zusatzfragebogen neben der Art der Tätigkeit auch die Wochenarbeitszeit interessant gewesen und auch der Zeitraum, seit dem der Betroffene in diesem Beruf tätig ist.

### *Anregungen zu weiterführender Arbeit*

Da in der Gruppe der Patienten mit Tinnitus noch die höchsten Korrelationen gefunden werden konnten, wären Untersuchungen zum Ausprägung des Burnout-Syndroms bei Patienten mit Tinnitus, und zwar chronischem Tinnitus ohne Hörsturz interessant.

## **Literatur**

Aromaa, A., Koskinen, S. ed.: Health and functional capacity in Finland. Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey. Helsinki: KTL-National Public Health Institute, Finland, Department of Health and Functional Capacity, 2004.

Böhme, G., Welzl-Müller, K.: Audiometrie. Hörprüfungen im Erwachsenen- und Kindesalter. Bern:

Büssing, A., Glaser, J.: Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie, 1998.

Lamparter, U.: Studien zur Psychosomatik des Hörsturz. Habilitationsarbeit. Hamburg: Medizinische Fakultät der Universität Hamburg, 1994.

## INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	3
EINLEITUNG.....	8
1 Der idiopathische Hörsturz.....	8
1.1 Definition.....	8
1.2 Inzidenz.....	9
1.3 Diagnose.....	9
1.4 Prognose.....	11
1.5 Modelle / Ätiopathogenese.....	11
1.6 Therapie.....	13
1.7 Stand der Forschung.....	14
2 Das Burnout Syndrom.....	15
2.1 Definition.....	15
2.2 Inzidenz.....	16
2.3 Modell von Maslach.....	16
2.3.1 Arbeit mit Menschen als Burnout-Ursache.....	17
2.3.2 Charaktereigenschaften als Burnout-Ursache.....	19
2.3.3 Maslachs institutionelle Betrachtungen.....	20
2.3.4 Auswirkungen eines Burnout-Syndroms.....	21
2.4 Diagnose.....	21
2.5 Therapie.....	22
2.5.1 Individueller Ansatz.....	22
2.5.2 Interpersoneller Ansatz.....	22
2.5.3 Institutioneller Ansatz.....	23
2.6 Prävention.....	23
2.7 Stand der Forschung.....	23
3 Burnout & Hörsturz.....	24
4 Forschungsfrage.....	25
5 Arbeitshypothesen.....	26
METHODIK.....	27
1 Vorarbeiten.....	27
2 Fragestellung.....	27
2.1 Hauptfrage.....	27
2.2 Nebenfragen.....	28
3 Stichprobe und Untersuchungsablauf.....	28
3.1 Wahl der Untersuchungsgruppe.....	28
3.2 Beschreibung der Stichprobe.....	28
3.3 Untersuchungsablauf.....	31
4 Erhebungsmethoden.....	31
4.1 Messinstrument für Burnout – Maslach Burnout Inventory–General Survey–Deutsch.....	31
4.2 Messung des Hörvermögens.....	32
4.3 Messung des Tinnitus.....	33
4.4 Zusatzfragebogen.....	33
4.5 Auswertung.....	33
ERGEBNISSE.....	34

1	Darstellung der Burnout-Komponenten in der Stichprobe.....	34
1.1	Bildung von Gruppen bei Variablen.....	34
1.2	Zusammenhang zwischen den Burnout-Skalen mittels Korrelationsanalysen.....	34
1.3	Mittelwerte.....	35
1.4	Zusammenhänge zwischen Burnout-Skalen und demographischen Variablen.....	35
1.4.1	Burnout und Geschlecht .....	36
1.4.2	Burnout und Alter .....	36
1.5	Burnout und Tinnitus.....	38
1.6	Burnout und Rezidivhörsturz.....	39
2	Ergebnisse zum Hörsturz.....	40
2.1	Hörsturz und Geschlecht.....	40
2.2	Hörsturz und Alter .....	41
2.3	Hörsturz und Tinnitus .....	41
2.4	Ergebnisse bei Rezidivhörstürzen.....	42
2.5	Ergebnisse in Abhängigkeit von der Therapieform.....	43
3	Zusammenhang zwischen Burnout und Hörsturz.....	43
3.1	Darstellung des Zusammenhangs zwischen Burnout-Werten und dem Hörverlust .....	43
3.2	Burnout-Werte und Hörverlust im Vergleich nach weiteren erhobenen Parametern.....	43
4	Vergleich mit anderen Stichproben .....	43
	DISKUSSION.....	45
1	Überblick .....	45
2	Diskussion der Arbeitshypothesen und Forschungsfragen.....	45
2.1	Hauptfrage .....	45
2.2	Nebenfragen und Hypothesen.....	46
3	Eigenkritisches .....	46
4	Anregungen zu weiteren Untersuchungen.....	47
	QUELLENVERZEICHNIS .....	48
	Anhang 1: Begleitschreiben .....	50
	Anhang 2: MBI-GS-D.....	51
	Anhang 3: Zusatzfragebogen .....	52

## **EINLEITUNG**

Dieses Kapitel soll zur Übersicht einerseits über das Krankheitsbild des Hörsturzes und andererseits des Burnout-Syndroms dienen. In zwei Unterkapiteln wird jeweils auf die Definition, Pathogenese, Diagnostik, Therapie und den Stand der wissenschaftlichen Forschung eingegangen.

Die Zusammenschau soll zur Entwicklung der Fragestellung sowie den Arbeitshypothesen führen.

### **1 Der idiopathische Hörsturz**

#### **1.1 Definition**

Der Terminus „Hörsturz“ bezeichnet allgemein alle Formen einer plötzlich einsetzenden Schallempfindungsstörung/sensoneuralen Hörstörung unterschiedlichen Ausmaßes. Der Ort der Störung liegt im Innenohr, der sogenannten Schnecke / Cochlea (siehe Abb. 1).

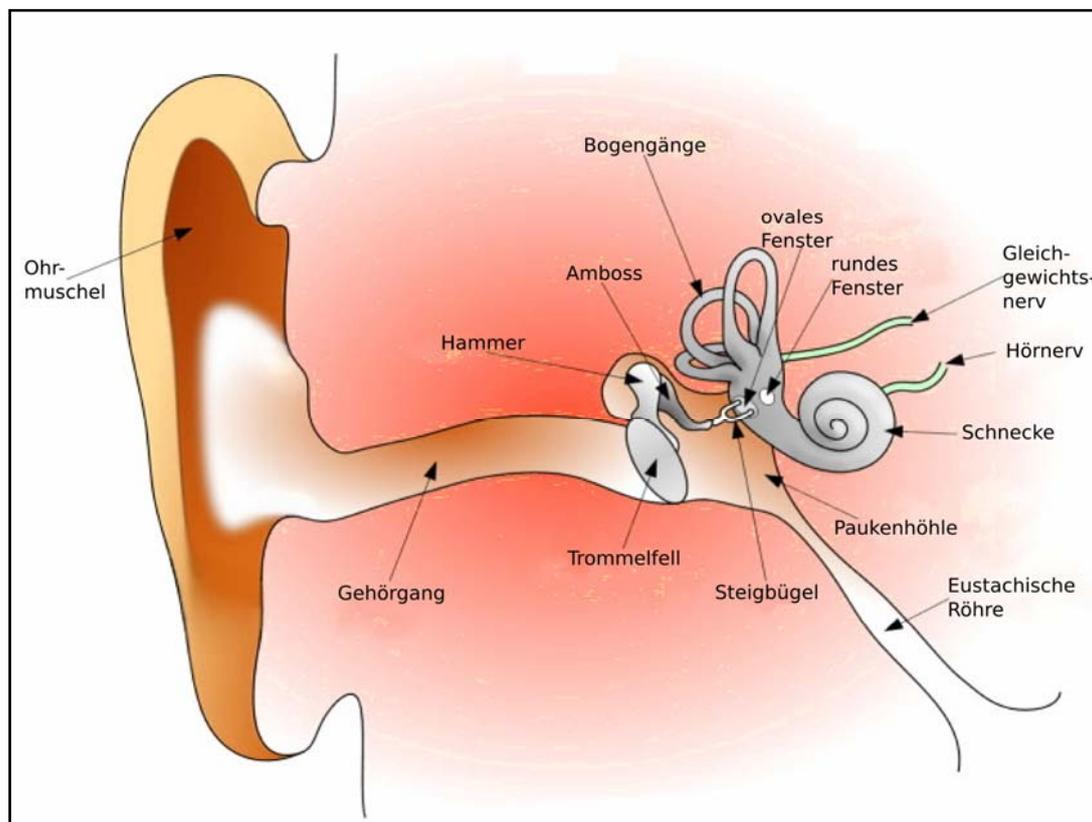


Abbildung 1: Ohr (Quelle: <http://en.wikipedia.org/wiki/Image:HumanEar.jpg>, 24.08.2008; bearbeitet: Tanja Penz)

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf den idiopathischen Hörsturz, also eine plötzliche innerhalb von Sekunden oder Minuten eintretende einseitige Hörstörung ohne erkennbare Ursache. Nach LEHNHARDT (1991) betrifft der Hörsturz immer nur ein Ohr.

Die Diagnose Hörsturz wird derzeit nicht nach einheitlichen Richtlinien zum Ausmaß der Hörminderung gestellt. Während in einigen Studien ein Hörverlust von mindestens 30dB in drei benachbarten Frequenzen als Mindestmaß gefordert wird (vgl. z.B. CONLIN ET AL, 2007), wird sowohl in der deutsch- als auch der englischsprachigen Literatur weiterhin je nach Studie die Definition anders gesetzt. Dieses Vorgehen bereitet in der Vergleichbarkeit der Untersuchungen große Probleme und wird von vielen Autoren kritisiert (vgl. EICKELMANN 2007, MICHEL 1992).

Die betroffenen Patienten erleben häufig auch einen geringen, plötzlich eintretenden Hörverlust dramatisch und wenden sich deshalb meist rasch an einen Arzt oder eine klinische Einrichtung. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Störung der Innenohrfunktion und damit des Hörvermögens zwar nicht lebensbedrohend ist, ein plötzlicher Hörverlust aber aufgrund der Bedeutung des Hörens für die sprachliche Kommunikation, die Umgebungskontrolle und auch die Emotionssteuerung erschreckend ist. In weiterer Folge haben Hörstörungen deshalb starke Auswirkungen im psychosozialen und beruflichen Bereich.

### **1.2 Inzidenz**

Die Inzidenz des Hörsturzes liegt laut Literatur zwischen 5 und 20 Neuerkrankungen pro 100.000 Personen pro Jahr, wobei die höchste Inzidenzrate in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren (15,8 pro 100.000) gefunden wird und die Verteilung auf Männer und Frauen annähernd gleich sei (vgl. BYL, 1984; CONLIN et al. 2007).

Allerdings wird schon seit geraumer Zeit in verschiedenen Studien eine Zunahme an Hörstürzen beobachtet (vgl. FRIEDRICH et al. 1984, WEINAUG, 1984, SCHMOLKE et al. 1990). GOEBEL & LAMPARTER (2004) schätzen die Inzidenzrate bereits auf bis zu 35 Neuerkrankungen auf 100.000 Personen pro Jahr und bemerken weiter, dass es in 10% der Fälle zu Rezidiven kommt. Diese Zunahme kommt unter Umständen durch eine Verbesserung im Bereich der Diagnostik zustande, wodurch auch geringere Hörstörungen erfasst werden können. Auch der größere Bekanntheitsgrad des Krankheitsbildes spiele eine Rolle in der häufigeren Diagnose (vgl. GOEBEL & LAMPARTER, 2004).

Zur Altersverteilung gibt es unterschiedliche Angaben, wobei in einer neueren Arbeit von MICHEL ET AL. (2000) eine Verteilung mit zwei Maxima, nämlich in der 3. Dekade bzw. der 6. Dekade auffiel. Der Erkrankungsgipfel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr ist dabei neu und wird durch eine eventuelle Lärmbelastung in der Freizeit erklärt.

### **1.3 Diagnose**

Nach wie vor handelt es sich bei der Diagnose „Hörsturz“ um eine Ausschlussdiagnose. Ein plötzlicher Hörverlust kann auch durch unter Umständen banale Gegebenheiten wie einen Ceruminal-(Ohrenschmalz)Pfropf entstehen, oder aber auch das Symptom einer übergeordneten Krankheit darstellen.

Deshalb sind verschiedenste Untersuchungen erforderlich. Wenn in keiner dieser Untersuchungen ein Anhaltspunkt auf eine Primärerkrankung gefunden werden kann, wird der Arzt schließlich einen Hörsturz diagnostizieren.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie werden folgende Untersuchungen gefordert:

- HNO-Status
- *Ohrmikroskopie*, d.h. eine Begutachtung von äußerem Gehörgang und dem Trommelfell, samt dahinter liegender Paukenhöhle (vgl. Abb. 2, S. 10)
- *Hörprüfung mit Stimmgabel*: Bei einer vorliegenden Innenohrstörung hört der Patient den Ton einer auf den Kopf aufgesetzten Stimmgabel im gesunden bzw. besser hörenden Ohr. Dieser Test ist auch unter dem Namen „Test nach Weber“ bekannt.

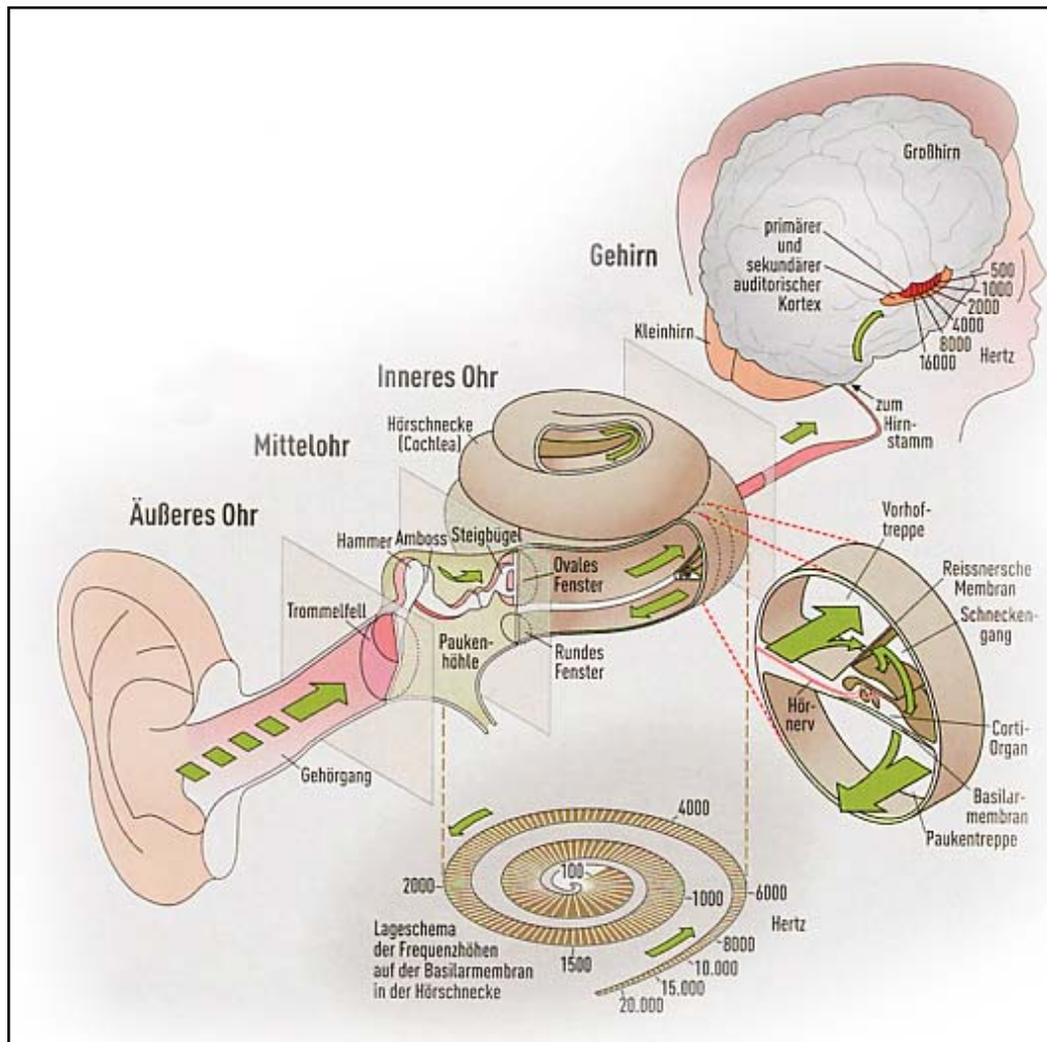


Abbildung 2: Ohr (Quelle: GEO 11/2003, S. 70; bearbeitet: Tanja Penz)

- **Tonaudiometrie:** Über einen Kopfhörer werden dem Patienten in einem schallarmen Raum (pulsierende) Sinustöne mit unterschiedlicher Frequenz und unterschiedlichem Pegel angeboten. Der leiseste Pegel, der bei mehrmaliger Wiederholung gehört wird, wird als Hörschwelle festgesetzt. Mit dieser Methode kann einerseits das Ausmaß und andererseits der Sitz der Hörstörung (Mittelohr und/oder Innenohr und auditorische Bahnen) eruiert werden.
- **Tympanometrie:** Hierbei handelt es sich um die Messung der akustischen Impedanz des Trommelfells und der Gehörknöchelchen. Diese Messung dient zum Ausschluss von mittelohrbedingten Hörstörungen wie zum Beispiel Paukenergüssen.
- **TEOAE (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen) oder 2 Rekrutment-Tests:** Die Messung der Transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen hat in den letzten Jahren die Rekrutment-Tests im Rahmen der Hörsturz-Diagnostik fast vollständig ersetzt. Bei dieser Messung werden mittels einer im Gehörgang platzierten Sonde kurze, breitbandige Schallimpulse (Klicks) ausgesendet. Bei intakter Innenohrfunktion werden aufgrund dieser Stimuli von den äußeren Haarzellen in der Cochlea Emissionen erzeugt, welche wiederum durch das Sondenmikrofon im Gehörgang aufgenommen werden (vgl. Abb. 2).

- *BERA (brainstem evoked response audiometry)*: Bei dieser sogenannten Hirnstammaudiometrie werden ähnlich einem EEG über mehrere Elektroden die durch Klicks evozierten Potentiale des Hörnerven und der auditorischen Bahnen im Bereich des Hirnstammes gemessen. Diese Untersuchung dient zum Ausschluss von sogenannten retrocochleären Störungen, also Störungen, die außerhalb des Innenohrs, in den auditorischen Bahnen liegen (vgl. Abb. 2, S. 10).
- *Vestibularisprüfung*: Mittels Spülungen des Gehörganges mit kaltem und warmem Wasser kommt es zu einer Erregung der Sinneszellen im Bereich des Gleichgewichtsorgans. Diese Erregung produziert einen sogenannten Nystagmus (schnelle Augenbewegungen), die gemessen werden. Aufgrund des Erregungsmaßes (Über- oder Untererregung) können Aussagen über die Funktion des Gleichgewichtsorgans getroffen werden.
- *Blutdruck*
- *Labor*: Kleines Blutbild, Hb, Hämatokrit

(vgl. AWMF ONLINE, 2004)

#### **1.4 Prognose**

Die Prognose wird allgemein als günstig beschrieben, wobei jedoch eine bleibende Hörminderung sowie Rezidive möglich seien (vgl. BRÄUTIGAM ET AL. 1992, FRIEDRICH & WOLF 1984, ...)

Ein hochgradiger Hörverlust von  $\geq 90$  dB wurde in verschiedenen Untersuchungen als schlechte Ausgangsbasis für eine Verbesserung angesehen (vgl. BYL, 1984).

Außerdem wird in einigen Studien der Zeitraum zwischen Einsetzen des Hörverlustes und Beginn der Therapie kritisch für den weiteren Verlauf gesehen (vgl. LINSSEN & SCHULTZ-COLON, 1997). Weitere Faktoren, die die Prognose verschlechtern, seien:

Alter über 60 Jahre,

Hörverlust im mittleren Frequenzbereich bzw. im Hochtonbereich sowie das Hörvermögen am nicht betroffenen Ohr.

(vgl. BYL, 1984, SCHMOLKE, 1990)

#### **1.5 Modelle / Ätiopathogenese**

Seit den 1950er Jahren werden diverse Modelle zur Pathogenese des Hörsturzes diskutiert, bestätigt und teilweise wieder verworfen. Auch die Suche nach möglichen Risikofaktoren geht weiter.

Nachdem bereits im 19. Jahrhundert Politzer (vgl. GOEBEL & LAMPARTER, 2004) psychosomatische Ursachen vermutete, richteten sich die Untersuchungen in den 1960er bis 1990er Jahren hauptsächlich Richtung folgender vermuteter Ursachen:

- Viren bzw. entzündliche Veränderungen
- vaskuläre Ursachen
- Ruptur der Rundfenstermembran

Vor allem in den 1960er Jahren wurden im amerikanischen Raum die Virushypothese favorisiert und erforscht. Nach MICHEL (1994, S. 50) ließe sich aber „zusammenfassend festhalten, dass der Beweis einer Virusätiologie bisher nicht angetreten wurde und es sich bei den wenigen Fallbeschreibungen eher um ein zufälliges Zusammentreffen von Infektion und plötzlicher Hörminderung handelte.“

Auch im Bereich der vaskulären Ursachen gibt es zahlreiche Publikationen, wobei auch hier in verschiedenen Untersuchungen verschiedene Risikofaktoren genannt werden und es auch Untersuchungen gibt, die keinen Zusammenhang zwischen Gefäßrisiken und Hörsturz herstellen können. Grundsätzlich geht diese Theorie davon aus, dass es zu einem Thrombus, also einem Verschluss von Gefäßen im Bereich des Innenohres kommt und diese Unterversorgung an Blut die Hörstörung hervorruft.

Eine Ruptur der Rundfenstermembran wird besonders bei sehr ausgeprägten Hörstürzen angenommen, vor allem wenn kurz vor dem Hörverlust vom Patienten eine Tätigkeit angegeben wird, in deren Zusammenhang es zu starkem Druck bzw. Pressen kam. Man geht von der Annahme aus, dass durch den erhöhten Druck die Rundfenstermembran reißt und die Lymphe aus der Cochlea austreten, was zu einem Austrocknen der Haarzellen und damit zum Hörverlust führt. (vgl. Abb. 2, S. 10)

Teilweise wird der Hörsturz als „typische, neuzeitliche ‚Stresserkrankung‘ angesehen“ (BRÄUTIGAM ET AL, 1992).

Im Bereich der psychosomatischen Ursachenforschung wird dem sogenannten „Sludging“ eine wichtige Bedeutung zugesprochen. Ausgehend von dem Wissen, dass unter Stress die Thrombozytenadhäsivität ansteigt, wird vermutet, dass dies zu einer Verlangsamung des Blutflusses bis zum völligen Erliegen des Blutstromes im Innenohr führen kann .

„(...) postulierte Fowler ein Modell zur Genese des Hörsturzes, bei dem eine psychische Belastung über das autonome Nervensystem einen neurovasculären Mechanismus über die Kette Vasospasmus, Sludge-Phänomen, Ödem, Anoxie und lokale metabolische Prozesse in Gang setze. Diese Modellvorstellung gilt heute allgemein als 'Sludge-Theorie' der Hörsturzerkrankung.“  
(LAMPARTER, 1994)

Inzwischen liegen einige Arbeiten zu psychosomatischen Aspekten des Hörsturzes vor. Es wurden verschiedene Persönlichkeitsmerkmale und Stressoren untersucht, wobei kein eindeutiger Typus einer „Hörsturzpersönlichkeit“ festgestellt werden konnte.

Derzeit wird angenommen, dass nicht eine alleinige Ursache zur Entstehung eines Hörsturzes führt, sondern dass eine Reihe von Ursachen zusammenspielen. Diese umfassen Viren, vaskuläre Ursachen, Membranruptur, Autoimmunvorgänge und psychosomatische Ursachen.

„Sudden SNHL [sensorineural hearing loss, Anmerkung der Autorin] remains one of the many puzzling and frustrating disorders in otolaryngology. Not understanding the pathophysiology of this disorder is one of the greatest limiting factors in developing rational drug therapy.“  
(STAECKER, 2005)

### **1.6 Therapie**

Da, wie oben beschrieben, die Pathogenese des Hörsturzes immer noch nicht geklärt ist, erfolgt der Einsatz verschiedener Therapien weiterhin lediglich auf Hypothesen gestützt.

Vielfach wird der Hörsturz als „Medizinischer Notfall“ bezeichnet und eine sofortige Behandlung gefordert (vgl. KRÖGER ET AL., 1996; POSER & HIRCHE, 1992).

Die Therapieforschung wird außerdem seit den Untersuchungen von WEINAUG (1984) zur Spontanremission des Hörsturzes durch die Annahmen einer hohen Rate an Spontanremissionen von bis zu 90% bestimmt .

HEIDEN ET AL. (2000) gehen von einer realistischen Spontanremissionsrate von 40-50% aus und fordern, dass Studien „vor diesem Hintergrund neu berechnet werden, um im Sinne der 'evidence based medicine' vergleichbar zu sein“.

Im Allgemeinen werden heute vorwiegend medikamentöse Therapien entweder in Form von Tabletten oder über Infusionen verabreicht. Die oral gegebenen Medikamente werden häufig ohne stationäre Aufnahme verordnet, Infusionen kommen meist im Zusammenhang mit einer stationären Aufnahme zum Einsatz, werden teilweise aber auch von niedergelassenen Ärzten in Form einer ambulanten Therapie verabreicht. Einige Autoren empfehlen auch Bettruhe und gegebenenfalls sogar Sedierung der Patienten (vgl. HESCH, 1982; HIRANO et al., 1999; LINSSEN et al., 1997).

Im deutschen Sprachraum ist häufig das sogenannte „Stennert-Schema“ (auch in verschiedenen Abwandlungen) vertreten, das eine Kombinationsbehandlung aus Corticosteroiden (Prednison, Prednisolon, Pentoxifyllin oder Methylprednisolon) und Dextran oder Hydroxyethylstärke als Plasmaexpander darstellt. Dadurch sollen einerseits weitere Schäden verhindert und andererseits die Durchblutung im Innenohr gefördert werden (vgl. MICHEL et al., 2000).

Bei sehr hochgradiger, an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit wird weiterhin eine Tympanoskopie (Eröffnung der Paukenhöhle) und Abklebung des runden Fensters durchgeführt, um eine eventuelle Ruptur des runden Fensters zu beheben.

Zum Einsatz psychotherapeutischer Verfahren gibt es wenig Angaben in der Literatur. LAMPARTER (1994) fordert für Patienten mit „Ruhewunsch“ eine „Entlastung durch ein Herauslösen aus den Belastungen des Alltags bzw. des Berufs und eine allgemeine Reizabschirmung“.

### **1.7 Stand der Forschung**

„Moreover, despite nearly a century of study by clinicians and researchers, the etiology, incidence, short-term and long-term prognosis, and treatment of SHL have not been determined with precision.”

(BYL, 1984)

Bis heute hat sich an dieser Aussage nicht viel verändert. Trotz zahlreicher Untersuchungen existiert weiterhin keine klare Ansicht zur Pathogenese und die Ergebnisse einzelner Untersuchungen werden laufend widerlegt und durch neue Annahmen ersetzt.

Es wird postuliert, dass sich in Zukunft verschiedene Untergruppen herauskristallisieren werden, „die unterschiedliche somatische und psychische Voraussetzungen in der Disposition und Krankheitsauslösung deutlicher hervortreten lassen.“ (BRÄUTIGAM et al., 1992)

In ihrer Untersuchung zur Charakterisierung von Hörsturzpatienten vermutete auch EICKELMANN (2007) eine multifaktorielle Genese nach Auswertung von zahlreichen Risikofaktoren und Korrelation dieser mit Ausgangsbefund und Hörvermögen nach einer Therapie.

Auch im Bereich der Therapieforschung gibt es derzeit keine Erkenntnisse über eine fundierte, in allen Fällen wirksame Therapie. Nach Vergleichen von Studien zur Therapie-Effektivität durch CONLIN et al. (2007) zogen diese den Schluss, dass keine valide randomisierte kontrollierte Studie existiert, die die Effektivität einer bestimmten Therapie bestätigen würde.

## **2 Das Burnout Syndrom**

In diesem Teil der Arbeit wird auf das Konstrukt „Burnout“ näher eingegangen. Analog zu den Beschreibungen des Hörsturzes wird auch hier auf die Definitionen, Inzidenz, Ätiologie/Modelle eingegangen um anschließend Diagnose, Therapie und Prävention sowie am Schluss den aktuellen Stand der Forschung darzustellen.

Da für die vorliegende Untersuchung das „Maslach Burnout Inventory“ verwendet wurde, wird bei allen Beschreibungen besonderes Augenmerk auf das Konzept von Burnout nach Christina Maslach gelegt und andere Konzepte werden nur am Rande gestreift.

### **2.1 Definition**

Der Begriff „Burnout“ tauchte im Laufe der 1970er-Jahre in Amerika zunehmend in Publikationen auf. Unabhängig voneinander haben verschiedene Forscher(-gruppen) erste Artikel zu diesem Thema veröffentlicht. Allen gemeinsam ist, dass sie vorerst aufgrund von Beobachtungen an sich selbst (Freudenberger) oder an größeren Stichproben (Maslach) verschiedene Symptome feststellten, die ein eigenes Syndrom zu ergeben schienen. Zu Beginn der Forschung gab es außerdem keinen Begriff für das zu erforschende Konstrukt, weshalb jeder Wissenschaftler seine eigene Definition hatte, auf deren Basis er weitere Untersuchungen anstellte.

In der Literatur wird darauf verwiesen, dass eine erste Nennung des Begriffes von Graham Greene in seinem Roman „A Burnt-Out Case“ (vgl. z.B. HILLERT & MARWITZ, 2006) stammt.

Maslach definiert Burnout wie folgt:

„Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do 'people work' in some kind.“  
(MASLACH, 1982, S. 3)

Zu dieser Schlussfolgerung kam Maslach, nachdem sie in vielen Interviews mit Angehörigen helfender Berufe die 3 Symptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistung erkannte. Bei ihrer Definition handelt es sich um eine Zustandsdefinition.

Demgegenüber finden sich in der Literatur auch Prozess-Definitionen, wobei vor allem die Definition von Schaufeli & Enzmann häufig zitiert wird:

„Burnout is a persistent, negative, work-related state of mind in 'normal' individuals that is primarily characterised by exhaustion, which is accompanied by distress, a sense of reduced effectiveness, decreased motivation, and the development of dysfunctional attitudes and behaviours at work. This psychological condition develops gradually but may remain unnoticed for a long time by the individual involved. It results from a misfit between intentions and reality in the job. Often burnout is self-perpetuating because of inadequate coping strategies that are associated with the syndrome.“  
(SCHAUFELI & ENZMANN, 1998, S. 36)

Diese Definition weist ausdrücklich auf den Umstand hin, dass es sich beim Burnout um einen länger dauernden Zustand handelt, aus dem der Betroffenen kaum noch selbstständig aussteigen kann. Dies scheint vor allem in Bezug auf die Abgrenzung zu „Stress“ entscheidend zu sein, da alle Menschen in ihrem Arbeitsalltag mehr oder weniger Stress ausgesetzt sind, aber nicht alle ein Burnout-Syndrom entwickeln.

Im Laufe der bereits erwähnten Einzelfallstudien und Interviews traten eine Vielzahl von Symptomen zu Tage, die von einigen Autoren auch aufgezählt werden. BURISCH, 2006 (S. 25 ff.) ordnet diese den

verschiedenen Burnout-Phasen zu während SCHAUFELI & ENZMANN, 1996 (S. 21 f.) die Symptome zuerst nach individuellen, interpersonellen und institutionellen Symptomen unterscheiden und dann jeweils die affektive, kognitive, physische, Verhaltens- und Motivationsseite trennen.

Bei der Durchsicht dieser Listen scheint, dass hier einerseits eine Flut an Symptomen genannt wird und andererseits z.T. auch Gegensatzpaare wie plötzliche Gewichtsab- oder zunahme. Dies wird erklärt durch den individuell unterschiedlichen Umgang mit Stress (vgl. SCHAUFELI & ENZMANN, 1996). Andererseits geht Burisch davon aus, dass eben in unterschiedlichen Burnout-Phasen auch unterschiedliche Symptome auftreten, was die große Anzahl erklären könnte. Weiters wird auch diskutiert, ob es unterschiedliche „Burnout-Typen“ geben könnte, d.h. einen passiven Typ, der sich eher schnell zurückzieht, und einen aktiven Typ, der mit Aggressivität reagiert.

„Burnout ist, was das MBI misst“ - so meint BURISCH (2006, S. 20) könne man Burnout vor dem Hintergrund der vielen Arbeiten, die mit dem Maslach Burnout Inventory arbeiten auch definieren.

## **2.2 Inzidenz**

Derzeit liegen keine vergleichbaren und verlässlichen Zahlen vor, da es kein Instrument gibt, das verlässlich zwischen Menschen mit Burnout und ohne Burnout unterscheiden kann.

In der Literatur werden trotzdem Zahlen genannt, wobei diese vorwiegend für bestimmte Berufsgruppen erhoben wurden, so seien ca. 40-60% aller Pflegekräfte auf onkologischen Stationen, 15 – 30% aller Ärzte und 35% aller Lehrer von Burnout betroffen.

Für die niederländische Version des Maslach Burnout Inventory gibt es provisorische, klinisch validierte Cut-Off-Werte, woraus sich schließen ließe, dass 3-16% der niederländischen „Human Service Professionals“ ein schweres Burnout-Syndrom haben (vgl. SCHAUFELI & ENZMANN, 1996, S. 59).

Auch aus den amerikanischen Stichproben, die zwar sehr groß waren aber wenig repräsentativ, lassen sich keine klinisch validen Werte ableiten. Erschwert wird die Erstellung von Normwerten durch die Tatsachen, dass einerseits die Werte von Nation zu Nation zu differieren scheinen und andererseits die Auswertung aufgrund der Mehrdimensionalität des Maslach Burnout Inventory erschwert wird.

In einem Vergleich konnten SCHAUFELI & VAN DIERENDONCK zeigen, dass die Werte der amerikanischen Stichproben nicht vergleichbar waren mit ihrer eigenen Stichprobe. Die Werte der Amerikaner waren höher bzw. bei der Skala Persönliche Leistung viel niedriger (vgl. SCHAUFELI & ENZMANN, 1996, S. 58).

## **2.3 Modell von Maslach**

In der Modell-Entwicklung zeigen sich bei Maslach zwei Phasen. Anfangs gingen ihre Untersuchungen davon aus, dass Burnout ausschließlich im Bereich von Sozialberufen entsteht und als Antwort auf die chronische emotionale Anstrengung zu sehen ist, die bei Arbeit mit anderen Menschen entsteht (vgl. MASLACH, 1982, S. 3). Das Hauptaugenmerk liegt auf den individuellen Ressourcen der Betroffenen, aber auch auf interpersonellen und institutionellen Faktoren, die einen Einfluss auf die Entstehung von Burnout haben sollen.

In ihrem neuesten Buch widmet sich Maslach ausschließlich den institutionellen Faktoren und postuliert, dass die Organisation an sich als Burnout-Auslöser gesehen werden muss. Dies wird von einigen Autoren (vgl. z.B. BURISCH, S. 53) kritisiert.

Einen weiteren Kritikpunkt an Maslachs Arbeit äußert Burisch wie folgt:

„Ähnlich wie Freudenberger, der allerdings nie Ansprüche auf Wissenschaftlichkeit erhob, richtet sie sich in ihren Publikationen auch meist an ein breiteres Publikum.“  
BURISCH, 2006, S. 52

Den Ursprung für Maslachs Beschäftigung mit dem Thema Burnout stellte ihre Untersuchung zu den psychologischen Mechanismen, die Personen einsetzen, die intensivem emotionalem Stress ausgesetzt sind, dar. Sie wollte das Konzept der distanzierten Anteilnahme („detached concern“) von Lief & Fox bzw. der Dehumanisierung („dehumanization in self-sense“) von Zimbardo näher untersuchen und stieß in Interviews mit Ärzten, Krankenschwestern und Hospizangestellten auf ein Konstrukt aus 3 Kategorien:

- Emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion),
- Depersonalisation (depersonalization) und
- Persönlicher Leistungszufriedenheit (reduced personal accomplishment).

Gemeinsam mit Ayala Pines folgten die Erstellung eines Fragebogens sowie Verhaltensbeobachtungen an den gleichen und später auch an weiteren Berufsgruppen.

Anfang der 1980er Jahre entwickelte Maslach dann gemeinsam mit Susan E. Jackson das „Maslach Burnout Inventory“ (MBI).

Nach diesem Konzept ist Burnout nicht als Krankheit zu sehen – auch psychisch und physisch gesunde Personen können ausbrennen.

### **2.3.1 Arbeit mit Menschen als Burnout-Ursache**

Maslach vertritt die Ansicht, dass Stress der Auslöser von Burnout ist. Dieser entsteht aus der sozialen Interaktion zwischen Helfer und Klient. Daraus resultiert eine emotionale Überlastung, die auf Dauer zu emotionaler Erschöpfung führt. Infolge dessen wünscht sich der Helfer weniger Kontakt mit Menschen. Die Folge ist eine emotionale Distanz zwischen Helfer und Klient, die sich bei längerer Dauer vergrößert und schließlich zum zweiten Burnout-Symptom, der Depersonalisation führt. Diese äußert sich in einer schlechten Meinung über andere Menschen, der Helfer erwartet prinzipiell das Schlimmste von seinen Klienten und versucht schließlich aktiv, seine Klienten nicht zu mögen. Mit der Zunahme der schlechten Meinung über andere nimmt auch das Gefühl zu, sich selbst und seine Leistung als schlecht einzuschätzen.

Komponenten, die diese Situation verstärken, sind Arbeiten, bei denen man über lange Zeiträume mit vielen verschiedenen Menschen konfrontiert ist, mangelnde Übereinstimmung und Unterstützung durch Arbeitskollegen sowie großer bürokratischer Aufwand.

Maslach stellt fest, dass meist die Annahme vorherrscht, der Einzelne sei selbst schuld an seinem Burnout (vgl. MASLACH, 1982, S. 9). Sie hingegen vertritt die Ansicht, dass zwar die Persönlichkeit des Einzelnen in der Entstehung eine Rolle spielt, das Hauptproblem sei allerdings interpersoneller Stress. Begründet wird dies durch die Beobachtung, dass Burnout sehr weit verbreitet sei und außerdem unterschiedlichste Personen betroffen sind. Um dies zu verdeutlichen schreibt Maslach:

„Imagine investigating the personality of cucumbers to discover why they had turned into sour pickles without analyzing the vinegar barrels in which they had been submerged!“  
(MASLACH, 1982, S. 10)

Betroffene würden ihr Burnout als persönlichen Fehler interpretieren, weil viele Personen die generelle Tendenz haben, die Bedeutung persönlicher Faktoren überzubewerten und gleichzeitig situationsbezogene Faktoren unterzubewerten. Die Arbeitssituation wird als gegeben angenommen, wenn man ihr über eine längere Zeit hinweg ausgesetzt ist. Diese Reaktion wird dadurch verstärkt, dass die Arbeit an sich immer die gleiche ist, die persönlichen Probleme aber variieren. Zudem glaube jeder mit seinem Burnout alleine zu sein, weil der Eindruck entsteht, dass es allen anderen gut geht.

Die tatsächliche Quelle des Burnouts sei die Auseinandersetzung mit anderen Menschen. Mit der Zeit verlagere sich die Sichtweise des Helfers von einer positiv mitfühlenden hin zu einer negativ gefühllosen Sicht der Klienten. Gespeist werde dies durch den ständigen Schwerpunkt auf Probleme:

- Der Helfer sieht den Klienten nur, wenn dieser Probleme hat.
- Das Gute und Gesunde sind irrelevant.
- Wenn das Problem behoben ist, kommt der Klient nicht mehr, außer es tauchen neuerliche Probleme auf.

Zudem zeigt sich in diesen Berufen ein Mangel an positivem Feedback. Die Klienten und Vorgesetzten melden sich häufig nur dann persönlich beim Angestellten, wenn es zu Fehlern gekommen ist. Wenn der Klient den Eindruck hat, dass die Versorgung für ihn in Ordnung ist, gibt er meist keine Rückmeldung.

„It is a chronic no-win situation – either you lose or you get nothing.“  
(MASLACH, 1982, S. 20)

Der Kontakt mit den Mitarbeitern kann in solchen Situationen noch stressiger sein, als der Kontakt mit den Klienten, was einen weitere Quelle für die Entwicklung der emotionalen Erschöpfung darstelle.

Zusätzlich hat man auch Vorgesetzte, Personen, mit denen man sich auseinandersetzen muss. Ist der Kontakt unbefriedigend und/oder angespannt, kann auch dies zu weiterer emotionaler Überlastung führen. Durch die Machtposition des Vorgesetzten ist dieser in der Lage, die Gestaltung der Klientenbeziehung des Helfers vorzugeben und zu beeinflussen, was die Entstehung von Burnout entweder beschleunigen oder verlangsamen bzw. im besten Fall verhindern kann. Hier sei vor allem ein gutes, klares Feedback des Vorgesetzten wichtig. Ein Angestellter muss wissen, ob er seine Arbeit gut macht oder nicht. Außerdem ist Feedback wichtig, damit der Eindruck entsteht, dass die geleistete Arbeit wertgeschätzt wird. Im heutigen Arbeitsalltag herrsche negatives Feedback vor, das positive Feedback sei minimal. Entscheidend sei außerdem, dass das negative Feedback meist keine konstruktiven Hinweise für die Zukunft beinhaltet, sondern nur Vorwürfe über vergangene Fehlleistungen.

### **2.3.2 Charaktereigenschaften als Burnout-Ursache**

Ausgehend von ihren ersten Untersuchungen von Personen in Helferberufen, stellt Maslach fest, dass diese häufig ein hohes Maß an Anerkennung brauchen und außerdem erhöhte Ansprüche an sich selbst stellen.

Maslach analysierte die demographischen Daten ihrer Probanden und konnte diesbezüglich einige „Risikofaktoren“ feststellen:

In ihren Untersuchungen fand Maslach keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung von Burnout. Allerdings zeigte sich bei Frauen tendenziell eine höhere Emotionale Erschöpfung und bei Männern eher höhere Werte im Bereich der Depersonalisation. Maslach führt dies auf die unterschiedlichen Rollen von Männern und Frauen zurück (vgl. MASLACH, 1982, S. 52).

Die von Maslach untersuchten Personen waren größtenteils weiße Amerikaner. Sie konnte im Vergleich zur kleineren Gruppe der Personen asiatischer Herkunft keine Unterschiede feststellen. Im Gegensatz dazu zeigten Amerikaner mit afro-amerikanischem Hintergrund weitaus geringere Burnout-Werte. Maslach interpretiert dies so, dass einerseits in dieser Personengruppe der Rückhalt durch Familien- und Freundeskreis stärker ausgeprägt ist, andererseits meint sie:

„Knowing already that the world cannot be changed overnight, they will be less disillusioned the next mornign when it has not.“  
(MASLACH, 1982, S. 59)

Zudem zeigten sich in europäischen Studien z.B. von Schaufeli & van Dierendonck Ergebnisse, die von den amerikanischen stark abweichen (vgl. SCHAUFELI & ENZMANN, 1996, S. 59), was auch für Unterschiede in der Burnout-Ausprägung in Abhängigkeit von der ethnischen Herkunft und/oder dem kulturellen Umfeld spricht.

Weiter scheint das Alter einen Einfluss auf die Burnout-Ausprägung zu haben. So zeigte sich, dass jüngere Arbeitnehmer höhere Burnout-Werte aufwiesen als ältere. Dies wird dadurch begründet, dass in höherem Alter nur noch die „Überlebenden“ (MASLACH, 1982, S. 60) in einem helfenden Beruf tätig sind. Alle bereits zu Beginn ihrer Berufslaufbahn von Burnout Betroffenen haben entweder ihren Job gewechselt oder das Burnout überwunden und sind dadurch nun besser geschützt.

Den Familienstand betreffend kommt Maslach zum Schluss, dass verheiratete Personen mit Kindern besser gegen die Entstehung von Burnout geschützt sind, als Geschiedene und Singles. Die Familie kann somit als emotionale Ressource gesehen werden. Außerdem verändert sich die Sicht der Arbeit, wenn man für eine Familie sorgen muss: Sicherheit und Einkommen gewinnen an Bedeutung gegenüber Idealismus.

Im Bereich der Schulbildung konnte Maslach keine großen Unterschiede feststellen, was nicht verwundert, weil die zuerst untersuchten Berufsgruppen alle ein hohes Bildungsniveau hatten.

Persönlichkeiten mit erhöhtem Risiko für Burnout sind nach Maslachs Untersuchungen Personen, die einerseits schwach, schüchtern, zögerlich im Umgang mit anderen Menschen sind. Weiteres nennt sie unterwürfige, ängstliche Personen, die Probleme im Setzen von Grenzen haben. Ungeduld und Intoleranz seien auch ungünstige Eigenschaften, da diese dazu führen, dass Personen schneller

verärgert oder frustriert sind, wenn Schwierigkeiten auftreten. Dieser Ärger bzw. die Frustration werde dann häufig auf das Gegenüber projiziert, was zu einer Verstärkung der Depersonalisation führt. Nicht alle dieser Eigenschaften müssen vorliegen, damit eine Person ein Burnout-Syndrom entwickelt, die genannten Persönlichkeitsmerkmale erhöhen aber das Risiko.

### ***2.3.3 Institutionelle Faktoren als Burnout-Ursache***

Schon zu Beginn ihrer Untersuchungen ortet Maslach auch das Job-Setting als Burnout-Quelle (vgl. MASLACH, 1982, S. 35 ff.). Die verfügbaren Ressourcen und Ziele werden von der Organisation festgelegt und sind nicht selten die Quelle von emotionaler und physischer Überlastung/Stress. Zu viele Fälle müssten behandelt werden, damit bleibt weniger Zeit für den Klienten, weniger Dienstleistungen. Das Angebot an Kontrollen besteht kaum oder gar nicht und damit sinkt die Qualität des Angebotes.

Häufig verspüren Betroffene einen Mangel an Kontrolle, wenn von institutioneller Seite restriktive Vorschriften zur Art und Dauer der Arbeiten getätigt werden.

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass die Arbeitsleistung meist aufgrund der Quantität beurteilt wird. Dies hieße zwar nicht, dass sich Vorgesetzte nicht für die Qualität interessieren, diese seien aber auch selbst unter Druck, weil die Zahl der versorgten Personen mitunter über die Existenz einer Einrichtung entscheidet. Einen wichtigen Faktor stellt dabei aber auch die weitaus leichtere Messbarkeit der Quantität im Gegensatz zur Qualität dar.

Gleichzeitig verstärken zunehmende bürokratische Aufwände die Entstehung von Burnout. Viele Personen haben den Eindruck, dass niemand liest, was sie schreiben, was die Wertschätzung der eigenen Arbeit schmälert.

Maslachs neueste Untersuchungen (2001) konzentrieren sich vorwiegend auf den Arbeitsplatz als Ursache des Burnout-Syndroms:

„Heutzutage nimmt Burnout unter den Arbeitskräften Nordamerikas fast seuchenartige Ausmaße an. Dies liegt nicht so sehr daran, dass mit uns etwas nicht mehr stimmt, sondern eher daran, dass es fundamentale Veränderungen am Arbeitsplatz und an der Art unserer Berufe gegeben hat. Der heutige Arbeitsplatz ist meist ein kaltes, abweisendes, forderndes Umfeld, sowohl in wirtschaftlicher als auch in psychologischer Hinsicht.“  
(MASLACH & LEITER, 2001, S. 1)

Maslach nennt in diesem Zusammenhang folgende verursachende Faktoren:

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle über die eigene Arbeit
- Mangel an Belohnung für Engagement im Beruf
- Mangel an Gemeinschaft
- Mangel an Fairness
- Wertekonflikte

Das Vorhandensein eines Burnout-Syndroms sage mehr über die Bedingungen des jeweiligen Jobs aus, als über das einzelne Individuum (vgl. MASLACH & LEITER, 2001, S. 23).

### **2.3.4 Auswirkungen eines Burnout-Syndroms**

Neben der emotionalen Erschöpfung kommt es mitunter zu physischer Erschöpfung und auch zu physischen Symptomen. Neben Schlaflosigkeit und erhöhter Anfälligkeit für Infekte können auch Verspannungen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Erkrankungen auftreten.

Im Bereich des Arbeitsumfeldes zeigen Betroffene weniger Motivation, die Arbeitsleistung sinkt. Es wird Dienst nach Vorschrift gemacht und nicht mehr. Gerade im Bereich der helfenden Berufe zeigt sich, dass Betroffene zunehmend „Probleme/Krankheiten“ behandeln und nicht mehr Personen.

„Ein Abfall in der Qualität und der Menge der erbrachten Arbeit ist in beruflicher Hinsicht ein Indiz für ein Erreichen der untersten Stufe von Burnout.“  
(MASLACH & LEITER, 2001, S. 20)

Allgemein wird versucht, den Kontakt zu Personen zu minimieren. Zusätzlich besteht eine Tendenz Pausen auszudehnen und zu Dienstschluss so schnell wie möglich die Arbeitsstelle zu verlassen. Häufig wird als einziger Ausweg ein Stellenwechsel gesehen und auch durchgeführt.

Schlussendlich können auch Auswirkungen auf die Familie des Betroffenen beobachtet werden, denn auch in diesem Umfeld versucht der Betroffene sich zurückzuziehen.

### **2.4 Diagnose**

Seit den ersten Untersuchungen zum Burnout-Syndrom haben sich lediglich 2 Messinstrumente durchgesetzt:

- das Maslach Burnout Inventory (MBI) von Maslach & Jackson sowie
- das Tedium Measure von Aronson.

Maslach & Jackson entwickelten das Maslach Burnout Inventory (MBI) 1981 vorerst für Angehörige von helfenden Berufen. Ursprünglich bestand das MBI aus 22 Items, die den 3 Skalen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Leistungsunzufriedenheit“ zugeordnet waren. Die einzelnen Items wurden jeweils nach Intensität und Häufigkeit beurteilt. Die Beurteilung der Intensität wurde mit der 2. Auflage fallen gelassen, da Intensität und Häufigkeit sehr hoch korrelierten.

In der 3. Auflage kam zu dem ursprünglichen MBI-HSS (Human Services Survey) das MBI-ES (Eudcators Survey) dazu, bei dem lediglich der Ausdruck „recipients“ durch „students“ ersetzt wurde. Gleichzeitig erschien auch die Version für alle Berufstätigen, das MBI-GS (General Survey). Hier werden 16 Items den Skalen „Erschöpfung“, „Zynismus“ und „persönliche Erfüllung“ zugeordnet.

Allerdings liegen erst wenige Erfahrungen mit dieser neuen Form vor, wobei dieser Bogen aber in mehreren Sprachen existiert, was auf verschiedene neue Untersuchungen hoffen lässt.

Weder das Tedium Measure noch das MBI können die Diagnose „Burnout“ stellen. Während das Tedium Measure über eine fragliche Abgrenzung zu Depression, Ängstlichkeit und Problemen im Selbstwertgefühl verfügt, zeigt das MBI eine bessere diskriminative Validität, erlaubt allerdings auch nur eine Selbsteinschätzung und zeigt einen Tendenz. Für das MBI spricht außerdem, dass es ökonomisch im Einsatz ist und über gute Reliabilität verfügt.

Kritisiert wird am MBI allerdings, dass Instruktion und Skalierung problematisch sind. In der Beurteilung der Häufigkeit wird nicht vorgegeben, auf welchen Zeitraum diese bezogen ist und es werden keine Beispiele genannt, wie oft z.B. „häufig“ ist. Außerdem liegt derzeit keine Normierung

vor. Die von Maslach vorgenommene Normierung beruht lediglich auf einer Drittelung der Werte und damit einer Zuordnung zu den Kategorien leichtes, mittleres oder schweres Burnout.

Bei der Auswertung ist zu beachten, dass keine Gesamtscores gebildet werden, sondern die 3 Subskalen einzeln betrachtet werden müssen.

„The conclusion concerning the psychometric quality of the MBI is mixed. On the positive side, the factorial validity and the convergent validity as well as the reliability of the instrument are quite encouraging. [...] On the other hand, emotional exhaustion in particular overlaps with related concepts such as depression and job satisfaction, as well as with distress symptoms.“  
(SCHAUFELI & ENZMANN, 1998, S. 54)

Nichtsdestotrotz stellt das MBI das am besten untersuchte Instrumentarium zur Messung des Burnout dar und kommt deshalb bei den meisten Untersuchungen zu diesem Syndrom zum Einsatz.

## ***2.5 Therapie***

Ganz allgemein werden auch hier in der Literatur verschiedenste Ansätze genannt. Im Rahmen dieser Arbeit wird wiederum aufgrund der Basis auf dem Konzept von Maslach nur angeführt, was diese Autorin an Vorschlägen nennt. Maslach betont, dass die angeführten Vorschläge nur als solche zu betrachten sind, weil diese nicht evaluiert wurden (vgl. MASLACH, 1982, S. 131).

### ***2.5.1 Individueller Ansatz***

Hier wird empfohlen, einerseits seine Arbeitsweise zu überdenken („Working Smarter instead of Working Harder“, MASLACH, 1982, S. 90). So kann Stress reduziert werden, indem man sich selbst realistische Ziele setzt, versucht seine Arbeitsweise zu verändern, Pausen einzuplanen und Vorkommnisse weniger persönlich zu sehen.

Desweiteren empfiehlt Maslach auf sich selbst und andere Mitarbeiter zu achten, indem man das Positive betont, selbst positives Feedback gibt, sich mit sich selbst und dem Phänomen der Gegenübertragung beschäftigt, sich Zeiten der Erholung gönnt und vor allem auch den Übergang von Arbeit zu Privatleben so gestaltet, dass man seine Freizeit nicht mit Gedanken an die Arbeit verbringt. In diesem Zusammenhang betont Maslach nochmals die Bedeutung der Familie und von Freunden bzw. auch Freizeitaktivitäten als Ressource (vgl. MASLACH, 1982, S. 88 ff.).

### ***2.5.2 Interpersoneller Ansatz***

Im Bereich des Unternehmens, der Institution empfiehlt Maslach einerseits die Festigung der sozialen Unterstützung durch Kollegen durch gegenseitige Hilfestellung, Zuhören und Austausch. Dies führe dazu, dass man neue Perspektiven zu einem Problem bekomme. Ebenso sei es wichtig, die unterschiedlichen Arbeitsweisen zu vergleichen und positives Feedback zu geben. Ein weiterer wichtiger Faktor sei Humor am Arbeitsplatz, der allerdings nicht auf Kosten anderer gehen solle. Eine Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls sowie das Einführen von Gruppenritualen seien ebenso hilfreich (vgl. MASLACH, 1982, S. 110 ff.).

### **2.5.3 Institutioneller Ansatz**

Als aussichtsreichste Lösung nennt Maslach eine Erhöhung der Ressourcen. Da dies häufig nicht realistisch ist, gibt sie einige Alternativen vor. Die Arbeit könne teilweise besser verteilt werden. Es ist nicht motivierend, immer nur kleine Arbeitsschritte zu vollrichten, besser ist es, wenn einzelne Personen ganze Arbeitsgänge durchführen können. Dies mache die Arbeit abwechslungsreicher und interessanter. Gerade in Bereichen mit Arbeiten, die hohen emotionalen Druck verursachen, ist es hilfreich, Phasen mit emotional weniger anstrengender Arbeit zu haben. Längere Urlaube können ebenso wie psychologisch unterstützende Angebote am Arbeitsplatz der Burnout-Vermeidung dienen (vgl. MASLACH, 1982, S. 110 ff.).

Die bereits oben erwähnten sechs Missverhältnisse zwischen Mensch und Arbeit müssen nach Maslach & Leiter behoben werden, damit ein Unternehmen weiterhin wirtschaftlich arbeiten kann. Da diese Missverhältnisse nur durch Richtlinien und Angebote des Managements behoben werden können, muss dieses selbst umdenken.

„Unserer Meinung nach ist der beste Weg, Burnout zu verhindern, die Identifikation mit der Arbeit zu fördern. Dies bedeutet nicht einfach, die negativen Aspekte im Arbeitsleben zu vermindern; es ist auch ein Versuch, die positiven Aspekte zu vermehren. Strategien, die eine Identifikation mit der Arbeit bedingen, sind jene, die Energie, Engagement und Leistungsfähigkeit steigern.“  
(MASLACH & LEITER, 2001, S. 81)

### **2.6 Prävention**

Laut Maslach ist es nie zu früh für Präventionsmaßnahmen (vgl. MASLACH, 1982, S. 131). Sie plädiert dafür, schon in der Ausbildung bzw. zu Beginn einer Arbeit auf die emotional anstrengenden Komponenten hinzuweisen und das Erlernen von „Interpersonal Skills“ (MASLACH, 1982, S. 136) in die Lehrpläne aufzunehmen.

### **2.7 Stand der Forschung**

BURISCH (2006, S. 225) bezeichnet den Stand der Burnout-Forschung als „deprimierend“ und meint weiter: „Wir wissen tatsächlich nichts Verlässliches über Burnout.“ (BURISCH, 2006, S. 227)

Es gibt unzählige Arbeiten zu Querschnittuntersuchungen zu Burnout bei verschiedenen Berufsgruppen doch:

„Relative to the huge amount of empirical studies (over 500!), our knowledge about causes and consequences of burnout as well as about the underlying psychological mechanism is still relatively poor.“  
(SCHAUFELI & ENZMANN, 1998, S. 190)

Eine Studie aus Finnland (AROMAA & KOSKINEN, 2004) erhob die Häufigkeit von Burnout in der finnischen Bevölkerung und stellt somit eine der wenigen Arbeiten dar, in denen nicht an einer speziellen Berufsgruppe sondern einer Gruppe mit heterogener Berufsverteilung Burnout erhoben wurde. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 8028 Personen zwischen 30 und 64 Jahren von Sommer 2001 bis Frühjahr 2002 umfassend untersucht. Zum Einsatz kam neben zahlreichen Untersuchungen zur Gesundheit auch das MBI-GS. Dieses wurde von allen Personen ausgefüllt, die in den letzten 12 Monaten erwerbstätig waren.

*Tabelle 1: Prevalence (%) of burnout in persons in gainful employment during the past 12 months (Quelle: Aromaa, A., Koskinen, S. ed.: Health and functional capacity in Finland. Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey. Helsinki: KTL-National Public Health Institute, Finland, Department of Health and Functional Capacity, 2004, bearbeitet Tanja Penz)*

Age-group	30-44	45-54	55-64	gesamt
Mild burnout				
Men	23.1	27.1	27.7	25.1
Women	22.1	25.5	37.3	25.2
Severe burnout				
Men	1.9	2.0	3.6	2.2
Women	2.1	2.9	6.6	2.9

### 3 Burnout & Hörsturz

In einer vielzitierten (und auch kritisierten) Arbeit von GREUEL (1986) stellt dieser fest:

„Der Hörsturzpatient ist in der Regel eine Persönlichkeit, die sich durch Enttäuschungen oder die Unfähigkeit, sich zu regenerieren, selbst schwächt, die einer Selbstüberforderung entgegenstrebt, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit nicht erkennt und durch ein äußeres auf ihn eintreffendes Lebensereignis (auslösende Situation) einen Hörsturz erleidet.“  
(GREUEL, 1986)

In dieser Arbeit über die Persönlichkeitsmerkmale von Hörsturzpatienten schreibt Greuel diesen auch noch folgende Eigenschaften zu: Perfektionismus, überhöhtes Anspruchsniveau, „Ehrgeiz mit sich überforderndem Leistungsstreben“ sowie „Pflichtbewusstsein bis zur Selbstaufgabe“. Der Hörsturz sei zurückzuführen auf „Spannungs- und Ermüdungszustände“.

GOEBEL & LAMPARTER (2004) stellten fest, dass Hörsturzpatienten häufig unter beruflicher Belastung stehen. Akademische Berufe seien mit einer Lebenszeitprävalenz von 5% am häufigsten betroffen (a.a.O.). Insgesamt zeigten die Hörsturzpatienten eine hohe Identifikation mit dem Beruf und eine Akzeptanz der damit einhergehenden Belastung.

Weiter stellten KRÖGER ET AL. (1996) fest, dass Hörsturzpatienten eine geringere Selbstaufmerksamkeit hätten.

Eine Ausgabe der Zeitschrift „Psychology and Health“ widmete sich 2001 dem Thema „Burnout and Health“. In dieser schreibt Maslach, dass es bislang keine Studien zu Burnout und physischer Gesundheit gebe. Es existiere lediglich eine Arbeit zu Burnout und mentaler Gesundheit.

„This raises a fundamental question – does burnout actually have anything to do with health? I, along with many other researchers have always presumed that the answer ist 'yes'. But this Special Issue provides the opportunity to speculate more explicitly about why it might be 'no'.“  
(MASLACH, 2001)

Maslach führt in diesem Artikel weiter aus, dass das Fehlen von Studien in diesem Bereich nicht unbedingt dafür spricht, dass kein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Burnout besteht. Als Gründe dafür nennt sie einerseits, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Stress bereits derart bekannt ist, dass Ergebnisse im Bereich Burnout – Gesundheit als logisch abgetan werden könnten. Andererseits könnte das Fehlen von Studien auch daran liegen, dass das Thema Burnout mehr im psychologischen Bereich angesiedelt ist, während Gesundheitsthemen mehr in den medizinischen Bereich fallen und daher nicht erforscht werden.

#### **4 Forschungsfrage**

In Zusammenschau der Publikationen zum Hörsturz und zum Burnout-Syndrom ist erkennbar, dass einerseits ähnliche Persönlichkeitsmerkmale beschrieben werden, die zu den beiden Krankheitsbildern führen können, andererseits scheint Stress in der Entstehung beider Krankheiten eine entscheidende Rolle zu spielen.

In der Arbeit der Autorin an der Audiologie der Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen in Innsbruck entstand schon seit längerer Zeit der Eindruck, dass eine nicht unbeträchtliche Anzahl an Hörsturz-PatientInnen berichtete, dass sie das Gefühl hätten, eine „Auszeit“ zu brauchen und dass sich der Hörsturz in einer Phase ereignete, in der sie im Beruf, teilweise auch im privaten Alltag „Stress“ erlebten.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der Untersuchung von LAMPARTER (1994), der feststellte, dass zwei Drittel der Patienten selbst der Auffassung waren, „Stress“ habe bei der Entstehung des Hörsturzes eine Rolle gespielt, v.a. im Bereich des beruflichen Umfeldes. Im von ihm verwendeten „Belastungsbogen“ wurde die „globale berufliche Belastung“ an erste Stelle gereiht, wobei vor allem die „Arbeitszeit“ aber auch „Konzentrationserfordernis“ und „Verantwortung“ als belastend angegeben wurden. Physische Belastung wie schwere körperliche Arbeit scheint von den Patienten weniger belastend wahrgenommen zu werden. Dies würde sich mit Maslachs Faktor der „Arbeitsüberlastung“ als Burnout-auslösendem Faktor decken. Maslach beschreibt, dass vor allem das Ausmaß der Arbeit in der Entstehung des Burnout-Syndroms eine Rolle spielt und weniger die Art der Arbeit.

In der weiteren Auswertung der Ergebnisse stellte Lamparter (1994) fest, dass sich eine Gruppe von Patienten zeigte, denen „Alles zu viel“ zu sein schien. Diese Gruppe zeigte bei Nachuntersuchungen ein wesentlich höheres Rezidivrisiko. In diesem Zusammenhang drängt sich eine mögliche Korrelation mit dem Faktor der „mangelnden Kontrolle“ in Maslachs Konzept auf.

LAMPARTER (1994) fordert in seinem Ausblick, dass „Angesichts der großen Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge [...] die systematische Integration einer psychosomatischen Basisdiagnostik bereits in die Initialdiagnostik des Hörsturzes angezeigt [sei]. [...] Belastungen im Beruf sollten ausführlich und detailliert erhoben werden und in die Betreuung und Therapieplanung einbezogen werden.“ Er fordert weiter, dass folgende Untersuchungen keine allgemeinen Fragen zur Psychosomatik, sondern präzise Fragestellungen verfolgen sollten.

## **5 Arbeitshypothesen**

### **Hypothese 1:**

Aufgrund der bereits oben genannten augenscheinlichen Ähnlichkeiten der Persönlichkeitsmerkmale von Hörsturzpatienten und Burnout-Patienten könnte es einen Zusammenhang zwischen der Entstehung eines Hörsturzes bei PatientInnen, die an einem mehr oder weniger ausgeprägten Burnout-Syndrom leiden, geben. Es könnten sich also in der Gruppe der PatientInnen mit Hörsturz überdurchschnittlich viele Personen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Burnout-Syndrom finden.

### **Hypothese 2:**

Ist das Burnout-Syndrom weiter fortgeschritten, wird die Anfälligkeit für Erkrankungen insgesamt höher, das Bedürfnis nach Ausstieg steigt, weshalb gefolgert werden könnten, dass bei stärker ausgeprägtem Burnout sich ein höhergradiger Hörverlust einstellt.

### **Hypothese 3:**

Werden PatientInnen aufgrund ihres Hörsturzes stationär aufgenommen, erfolgt damit auch eine Entfernung aus der Arbeitssituation, was sich auf die Verbesserung des allgemeinen Empfindens und damit auch auf die Verbesserung des Hörvermögens auswirken könnte.

### **Hypothese 4:**

PatientInnen, die zusätzlich zum Hörverlust auch noch einen Tinnitus beklagen, empfinden diesen häufig als sehr belastend. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass diese PatientInnen ein stärker ausgeprägtes Burnout-Syndrom vorweisen und insgesamt stärker belastet sind.

## **METHODIK**

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Untersuchung erläutert. Dabei werden zunächst die Fragestellung und Arbeitshypothesen angeführt. Außerdem werden Stichprobe und praktische Durchführung der Befragung und Erstellung der Audiogramme beschrieben sowie die Instrumentarien vorgestellt.

### **1 Vorarbeiten**

Die Vorarbeiten begannen im Frühjahr 2008 mit Überlegungen zur ausgewählten Patientengruppe. Es fanden Vorgespräche mit dem Direktor der Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, dem Staff-Scientist sowie dem Leiter der Audiologie statt. Als Stichprobe wurden Patienten mit akutem idiopathischem Hörverlust, d.h. Hörsturz mit oder ohne Tinnitus ausgewählt.

Im Frühsommer erfolgten Recherchen zum ausgewählten Burnout-Instrumentarium und die Kontaktaufnahme mit Dr. Jürgen Glaser, TU München, der den verwendeten Fragebogen zur Verfügung stellte. Der Bogen wurde um ein Blatt erweitert, welches Zusatzfragen zum Hörsturz beinhaltet (siehe Anhang 2 und 3).

Gleichzeitig wurde eine Patienteninformation mit Einverständniserklärung erstellt (siehe Anhang 1).

Sowohl bei der Patienteninformation als auch beim Fragebogen wurde darauf geachtet den Begriff „Burnout“ nicht zu verwenden, damit nicht von vornherein eine Lenkung bei der Beantwortung der Fragen in eine bestimmte Richtung erfolgte.

In einer Besprechung mit den MitarbeiterInnen der Audiologie wurde der verwendete Fragebogen vorgestellt und das Vorgehen besprochen. Die MitarbeiterInnen wurden auf den Ablauf der Untersuchung hingewiesen und um ihre Mitarbeit (Ausgabe und Einsammeln der Fragebögen nach erfolgtem Hörtest) gebeten.

Ab Juli 2008 wurden die Fragebögen mit der Patienteninformation an die Stichprobe verteilt.

### **2 Fragestellung**

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, gibt es bereits Untersuchungen, inwieweit sich Stress auf die Entstehung eines Hörsturzes auswirkt. Diese Untersuchung soll die Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf die Entstehung und den Verlauf eines Hörsturzes beleuchten:

#### **2.1 Hauptfrage**

Wie ausgeprägt ist das Burnout-Syndrom bei Patienten mit Hörsturz an der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde in Innsbruck im Vergleich mit der „Normalbevölkerung“?

## **2.2 Nebenfragen**

Im Anschluss an die jeweilige Nebenfrage wird die Arbeitshypothese formuliert:

a) Ist der Schweregrad des Burnout korreliert mit Schweregrad des Hörsturzes?

Arbeitshypothese: PatientInnen mit hohen Burnout-Werten haben einen stärker ausgeprägten Hörverlust.

b) Ist der Schweregrad des Burnout prädiktiv für die Rückbildung des Hörverlustes beim Hörsturz?

Arbeitshypothese: PatientInnen mit hohen Burnout-Werten bei der Aufnahme profitieren von der Therapie aufgrund der Entfernung aus der belastenden (Arbeits-) Situation mehr.

c) Gibt es Unterschiede in der Burnout-Ausprägung zwischen PatientInnen mit Hörsturz mit Tinnitus bzw. ohne Tinnitus?

Arbeitshypothese: PatientInnen mit Tinnitus haben höhere Burnout-Werte als die Gruppe ohne Tinnitus.

## **3 Stichprobe und Untersuchungsablauf**

### **3.1 Wahl der Untersuchungsgruppe**

Befragt wurden alle berufstätigen Hörsturz-PatientInnen, die im Zeitraum von Juli 2008 bis Ende Jänner 2009 von den Ambulanzen der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde zum Hörtest mit der (Verdachts-)Diagnose „Hörsturz“ zugewiesen wurden.

### **3.2 Beschreibung der Stichprobe**

Insgesamt wurden 47 Fragebögen ausgeteilt und alle retourniert. Das entspricht einer Rücklaufquote von 100%. Von den retournierten Fragebögen mussten insgesamt 5 als nicht auswertbar verworfen werden. Eine Patientin hat zwar die Einverständniserklärung unterschrieben, die angehängten Fragebögen aber nicht ausgefüllt. Bei vier weiteren PatientInnen wurde im Laufe der Diagnostik doch noch eine Ursache für die Hörverschlechterung gefunden. Da diese PatientInnen also unter keinem „idiopathischen Hörsturz“ litten, konnten sie für diese Untersuchung nicht berücksichtigt werden.

Die Stichprobe von insgesamt 42 Personen bestand aus 22 Frauen und 20 Männern und war somit, was die Geschlechterverteilung betrifft, ausgewogen.

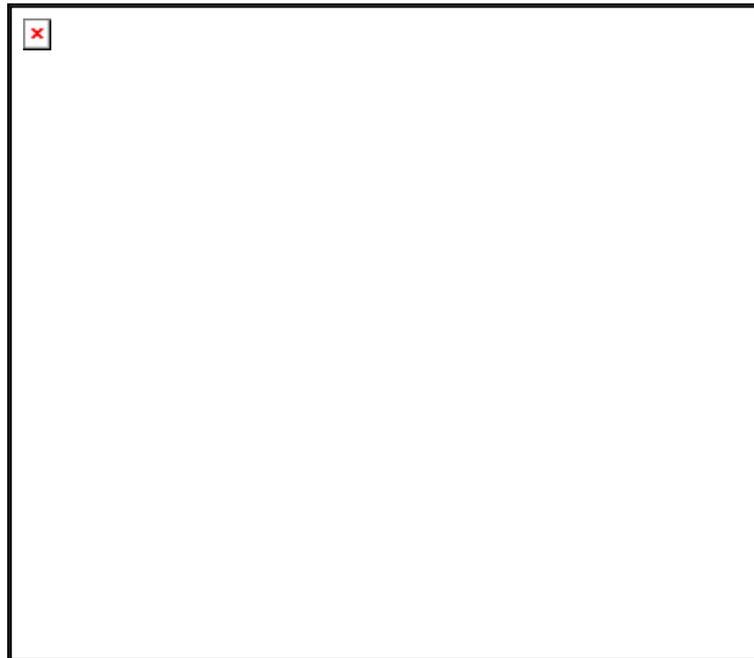


Abbildung 3: Geschlechtsverteilung

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 40 Jahre (18 Jahre bis 66 Jahre). Der überwiegende Anteil der PatientInnen (64,29%) befindet sich in den Gruppen 30 bis 39 Jahre (11 Personen; 26,19%) und 40 bis 49 Jahre (13 Personen; 30,95%).

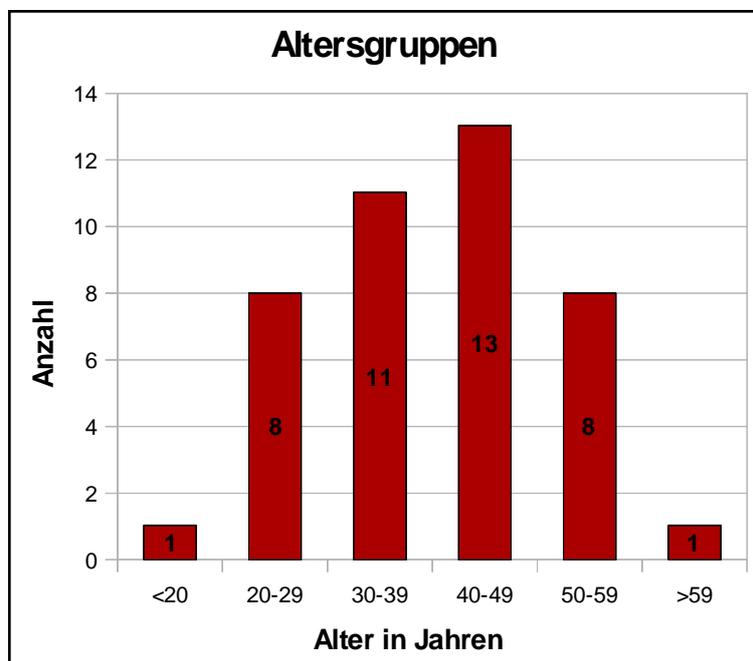


Abbildung 4: Altersgruppen

31 PatientInnen (73,8%) gaben an, dass es sich um ihren ersten Hörsturz handelte. Bei 7 PatientInnen (16,7%) lag ein Rezidiv vor und 4 PatientInnen (9,5%) konnten keine Angaben dazu machen, ob und wenn wie viele Hörstürze sie bereits hatten.

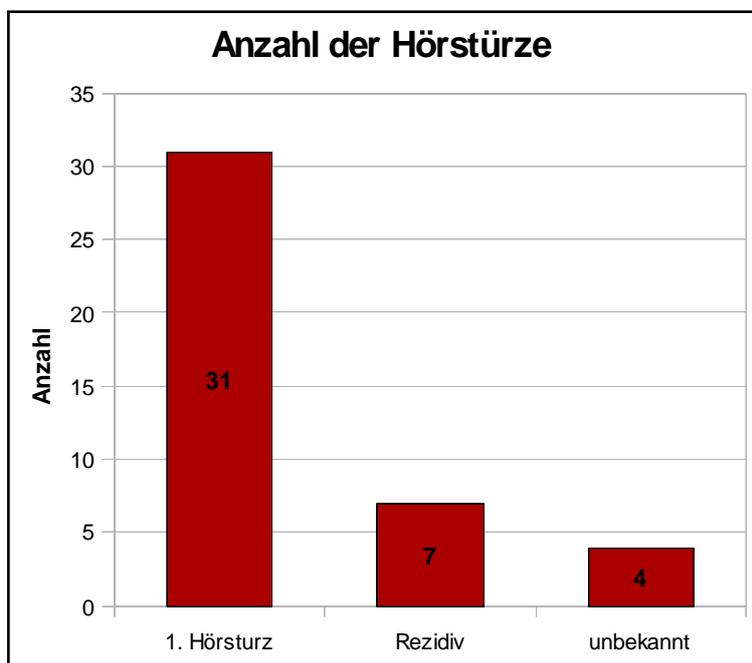


Abbildung 5: Anzahl der Hörstürze

In der Therapie ergaben sich nicht nur die Unterscheidung ambulant versus stationär sondern zusätzlich auch unterschiedliche Medikationen. Im Rahmen der stationären Therapie erfolgte bei allen Patienten (23 Personen) eine Infusionstherapie. In Abhängigkeit von der betreuenden Klinik erhielten die Patienten allerdings eine unterschiedliche Zusammensetzung an Medikamenten. Patienten, die von der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aufgenommen wurden () erhielten überwiegend das Hirnnervenschema II (siehe Tab. 1). Hingegen verabreicht die Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen (HSS-Klinik) ein eigenes Hirnnervenschema (HSS-Hirnnervenschema, siehe Tab. 2, S. 31) sowie zusätzlich einen Magenschutz. Die Patienten sind angehalten während der Therapie direkte Sonneneinstrahlung zu meiden.

Tabelle 1: Hirnnervenschema II

Behandlungstage	Expafusin ® (ml/Tag)	Trental ® (ml/Tag per Inf.)	Solu-Dacortin ® (mg/Tag i.v.)
1	250	10	100
2	250	10	100
3	250	15	100
4	250	15	75
5	250	15	75
6	250	15	50
7	250	15	50

Tabelle 2: HSS-Hirnnervenschema

Behandlungstage	0,9 % NaCl-Lösung (ml/Tag)	Trental ® (ml/Tag per Inf.)	Solu-Dacortin ® (mg/Tag i.v.)
1	250	5 (= 100 mg)	250
2	250	10 (= 200 mg)	250
3	250	15 (= 300 mg)	250
4	250	15 (= 300 mg)	150
5	250	15 (= 300 mg)	100
6	250	15 (= 300 mg)	75
7	250	15 (= 300 mg)	50

Bei zwei Patienten wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine Tympanoskopie mit Abdichtung des runden Fensters vorgenommen, weil aufgrund des Hörsturz-Ausmaßes eine Ruptur der Rundfenstermembran vermutet wurde.

### 3.3 Untersuchungsablauf

Die von den Ambulanzen der Universitätskliniken für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen bzw. für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde der Medizinischen Universität Innsbruck zum Hörtest zugewiesenen PatientInnen mit der (Verdachts-) Diagnose „Hörsturz“ erhielten im Anschluss an die Erstellung des Tonaudiogramms eine Patienteninformation mit Einverständniserklärung und den Fragebogen ausgehändigt mit der Bitte, diesen auszufüllen. Anschließend wurden diese Unterlagen eingesammelt und gemeinsam mit einer Audiogramm-Kopie abgelegt.

Die Informationen zum Therapieverlauf sowie das Audiogramm zum Therapieende wurden im Laufe des Februars 2009 in den Patientenakten recherchiert.

## 4 Erhebungsmethoden

### 4.1 Messinstrument für Burnout – Maslach Burnout Inventory–General Survey–Deutsch

Zum Einsatz kam die deutsche Übersetzung nach BÜSSING & GLASER (1998). Das Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS-D) umfasst drei Skalen, deren Items jeweils anhand von sechsstufigen Häufigkeitsskalen mit den Polen 1 („nie“) und 6 („sehr oft“) beurteilt werden.

Diese verallgemeinerte Version des Maslach Burnout Inventory erlaubt interdisziplinäre Untersuchungen. Somit lassen sich auch Berufsgruppen außerhalb von Helfer-Klient-Beziehungen untersuchen. Das MBI-GS-D besteht aus den drei Komponenten emotionale Erschöpfung, Zynismus und persönliche Erfüllung, die Paralleldimensionen zu den ursprünglichen Determinanten von Burnout bilden. Emotionale Erschöpfung beschreibt dabei eher allgemeines Wohlbefinden und beschränkt sich nicht auf eine Helfer-Klient-Beziehung. Zynismus bezeichnet eine indifferente und distanzierte Einstellung zur Arbeit. Persönliche Erfüllung ähnelt der Ursprungsdimension persönliche Erfolge sehr stark und bezeichnet die berufliche Selbstverwirklichung.

Da die vorliegende Untersuchung aus einer Stichprobe von PatientInnen mit den unterschiedlichsten Berufsgruppen bestand und deshalb nur in manchen Fällen von einer bestehenden Helfer-Klient-Beziehung im beruflichen Alltag ausgegangen werden konnte, war der Einsatz des MBI-D nicht angebracht.

Alle drei Komponenten beziehen sich auf die Einstellung zur Arbeit an sich (BÜSSING, zitiert nach SCHIMBÄCK, 2004).

Da dieser Fragebogen erst vor wenigen Jahren entwickelt wurde, können über seine Zuverlässigkeit als Erhebungsinstrument und seine Bewährung in der Forschungspraxis bisher keine Aussagen getroffen werden.

Die übersetzte Fassung des verwendeten Fragebogens wurde bisher nicht veröffentlicht und von der Technischen Universität München, Lehrstuhl für Psychologie, mit Genehmigung von Dr. Jürgen Glaser für die vorliegende Untersuchung zur Verfügung gestellt. Der gesamte Fragebogen ist in Anhang 2 (S. 51) abgebildet.

#### ***4.2 Messung des Hörvermögens***

Bei der Erstellung eines Tonaudiogrammes wird die Hörschwelle einer Person erfasst. Hierbei handelt es sich um die in der Audiometrie am häufigsten durchgeführte Untersuchungsmethode.

„Sie gestattet es, den Sitz eines Hörschadens einzugrenzen, stellt aber auch die Grundlage für die quantitative Bewertung eines Hörschadens dar.“  
(BÖHME & WELZL-MÜLLER, 1998)

Diese Messung muss in einem akustisch adaptierten Messraum erfolgen. Im Rahmen der Untersuchung werden dem Patienten zuerst über Luftleitungshörer, im zweiten Durchgang über Knochenleitungshörer pulsierende Sinustöne angeboten.

Der Frequenzbereich der angebotenen Töne erstreckt sich von 125Hz bis 8kHz (Luftleitungshörer) bzw. 250Hz bis 8kHz (Knochenleitungshörer).

Der Patient ist aufgefordert, den leisesten wahrnehmbaren Ton mittels Knopfdruck anzuzeigen. Der leiseste vom Patienten mehrfach angegebene Pegel wird dann als Hörschwelle markiert und im Tonaudiogramm eingetragen.

Das Tonaudiogramm und ggf. die Tinnitusverdeckungskurve wurde entsprechend ISO 8253-1 erstellt. Die erhobenen Werte wurden entsprechend der Abweichung von der altersbezogenen Norm nach ISO 7029 beurteilt.

Der Schweregrad des Hörsturzes wird über das Ausmaß des Hörverlustes am betroffenen (schlechteren) Ohr definiert und zwar über die Summe der Hörminderung, d.h. der Abweichung von der altersbezogenen Norm in den Frequenzen 0.125 / 0.25 / 0.5 / 1 / 2 / 4 / 8 kHz.

Die Rückbildung des Hörverlustes ergibt sich aus der Differenz der Hörkurve bei Aufnahme und nach Ende der Therapie des Patienten. Die Einzelwerte wurden arithmetisch gemittelt.

Damit die Ergebnisse der unterschiedlichen Altersgruppen miteinander verglichen werden konnten, wurden alle Ergebnisse der Hörtests mittels der ISO-Norm 7029 zu alterskorrelierten Hörverlust-Werten umgerechnet.

#### ***4.3 Messung des Tinnitus***

Bei der Messung der Tinnitusverdeckungskurve werden dem Patienten über Kopfhörer Schmalbandgeräusche angeboten. Der Patient wird aufgefordert, den leisesten Pegel anzugeben, bei dem er sein Ohrgeräusch nicht mehr hört. Der jeweils notwendige, minimale Maskierungspegel wird bei insgesamt 7 Frequenzen pro Ohr (0.125 / 0.25 / 0.5 / 1 / 2 / 4 / 8 kHz) ins Tonaudiogramm eingetragen und kennzeichnet die sogenannte „Verdeckungskurve“.

#### ***4.4 Zusatzfragebogen***

Dieser Fragebogen enthielt Fragen zum Beruf des Patienten, der Anzahl der vorangegangenen Hörstürze sowie zur Lärmbelastung. Erfragt wurde einerseits die Häufigkeit der Lärmbelastung im Beruf und andererseits in der Freizeit. Weiter wurde die Frage nach dem Angebot an Lärmschutz am Arbeitsplatz bzw. der Verwendung von Lärmschutz in der Freizeit gestellt.

#### ***4.5 Auswertung***

Nach Abschluss der Fragebogenerhebung wurden sämtliche Daten an den Staff-Scientist weitergeleitet, der die statistischen Auswertungen insbesondere mittels Varianzanalysen (inklusive Post-Tests nach der Scheffé – sowie Tukey-Prozedur) sowie mittels Frequenz- und Korrelationsanalysen durchführte.

## **ERGEBNISSE**

### **1 Darstellung der Burnout-Komponenten in der Stichprobe**

Die Ergebnisse der Burnout-Komponenten sollen in diesem Abschnitt dargestellt werden. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse in Zusammenhang mit den zusätzlich erhobenen Parametern wie Alter, Geschlecht, Ausprägung bzw. Besserung des Hörverlustes sowie Lärmbelastung in Beruf und/oder Freizeit untersucht.

Die Einzelitems des MBI-GS-D wurden dabei wie folgt zugeordnet:

MBI-GS1: Emotionale Erschöpfung: Item 1, 2, 3, 5, 6

MBI-GS2: Zynismus Item 9, 10, 13, 14, 15

MBI-GS3: Persönliche Erfüllung Item 4, 7, 8, 11, 12, 16

#### ***1.1 Bildung von Gruppen bei Variablen***

Für die genauere Auswertung wurden verschiedene Untergruppen definiert. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde darauf geachtet, jeweils nicht zu viele Untergruppen zu bilden, um doch noch aussagekräftige Werte zu erhalten:

- Alter: 2 Gruppen:
  - Personen < 40 Jahre
  - Personen  $\geq$  40 Jahre
- Geschlecht: 2 Gruppen:
  - männlich
  - weiblich
- Tinnitus: 2 Gruppen:
  - Tinnitus vorhanden: ja
  - Tinnitus vorhanden: nein
- Rezidivhörsturz: 2 Gruppen:
  - 1. Hörsturz
  - Rezidiv

#### ***1.2 Zusammenhang zwischen den Burnout-Skalen mittels Korrelationsanalysen***

Die Überprüfung von Zusammenhängen mittels Korrelationsanalysen hat ergeben, dass es in der Gesamtstichprobe hohe positive (Emotionale Erschöpfung/Zynismus) bis mittlere negative (Zynismus/Persönliche Erfüllung) Korrelationen zwischen den einzelnen Subskalen des MBI-GS-D gibt. Diese Korrelationen erweisen sich bei genauer Analyse als hoch signifikant.

Die Korrelation zwischen Emotionaler Erschöpfung und Persönlicher Erfüllung ist gering positiv und gerade nicht signifikant.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen auf  $p < 0.05$  festgelegt.

Tabelle 1: Korrelationen zwischen den Burnout-Skalen

		EE	ZY	PE
<b>EE</b>	Korrelation nach Pearson	1	0,67	-0,29
	Signifikanz (2-seitig)		0	0,06
	N		42	42
<b>ZY</b>	Korrelation nach Pearson	0,67	1	-0,36
	Signifikanz (2-seitig)	0		0,02
	N	42		42
<b>PE</b>	Korrelation nach Pearson	-0,29	-0,36	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,06	0,02	
	N	42	42	

### 1.3 Mittelwerte

Die Mittelwerte der einzelnen Subskalen an sich sind nicht sehr aussagekräftig. Laut Auskunft von Dr. Glaser stellen Werte von  $\geq 4.5$  in den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Zynismus“ sowie Werten  $\leq 3$  in der Skala „Persönliche Erfüllung“ erhöhte Burnout-Werten dar, die eine Intervention nahe legen.

In der Gesamtstichprobe konnte kein einziger Patient auffindig gemacht werden, dessen Fragebogen in allen 3 Skalen derartige Werte aufwies.

In den einzelnen Subskalen zeigten sich erhöhte Burnout-Werte bei 4 PatientInnen (entspricht 9,52%) in der Subskala „Emotionale Erschöpfung“, 3 PatientInnen (7,14%) in der Subskala „Zynismus“ und keine auffällige Werte in der Subskala „Persönliche Erfüllung“.

Für den deutschsprachigen Raum liegen bisher keine Normwerte vor, sodass die erhobenen Werte nur im Vergleich mit anderen Untersuchungen interpretiert werden können.

Tabelle 2: Mittelwerte in den einzelnen Subskalen

	Mittelwert	Standardabweichung	N
<b>EE</b>	3,35	1,98	42
<b>ZY</b>	2,35	0,97	42
<b>PE</b>	5,15	0,55	42

### 1.4 Zusammenhänge zwischen Burnout-Skalen und demographischen Variablen

Im folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Burnout-Werten und den Variablen

- Geschlecht,
- Alter,
- Tinnitus und
- Rezidiv-Hörsturz beschrieben.

### 1.4.1 Burnout und Geschlecht

Außerdem wurden noch insgesamt die Gruppen weiblich und männlich getrennt voneinander untersucht. Wie bereits erwähnt zeigt sich auch in der Gesamtgruppe ein ausgewogenes Verhältnis von Frauen und Männern (siehe Abbildung 3, S. 29)

In der Auswertung der Burnout-Skalen von männlichen und weiblichen PatientInnen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3: Unterschiede in den Burnout-Komponenten nach Geschlecht

	F	df	Signifikanz
EE	1,21	1; 41	0,28
ZY	1,04	1; 41	0,31
PE	2,31	1; 41	0,14

### 1.4.2 Burnout und Alter

Bei der Variable Alter wurden zwei Untergruppen gebildet (Trennung bis 40 Jahre und ab 40 Jahre), wodurch zwei annähernd gleich große Gruppen entstanden (siehe Abbildung).

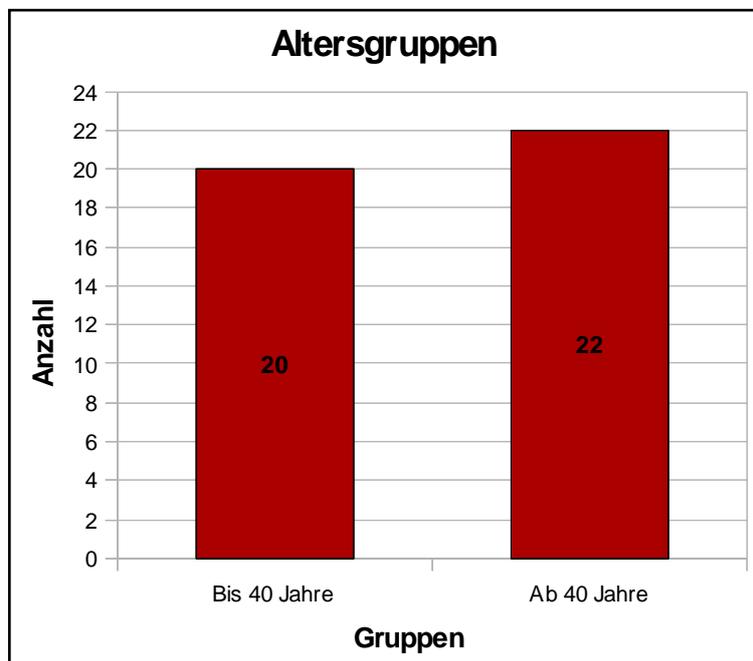


Abbildung 6: Altersverteilung in der Stichprobe

In den beiden gebildeten Gruppen stellte sich die Verteilung von Männern und Frauen als fast ident dar. In der Gruppe ab 40 Jahren war die Verteilung männlich/weiblich mit je 11 Personen gleich, in der Gruppe unter 40 Jahren befanden sich 9 Männer und 11 Frauen, was einer Verteilung von 45% männlichen und 55% weiblichen Versuchspersonen entspricht.

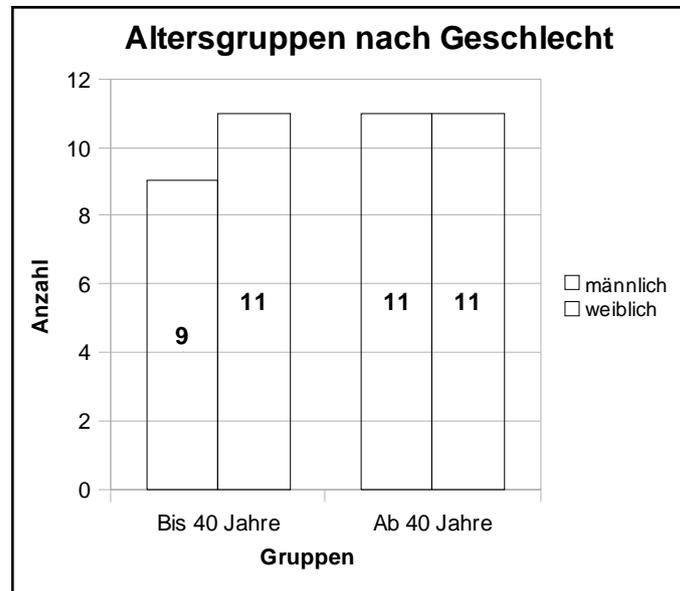


Abbildung 7: Geschlechtsverteilung in den gebildeten Altersgruppen

Die Burnout-Werte unterschieden sich in den 2 Altersgruppen nicht voneinander. In den Skalen Emotionale Erschöpfung und Persönliche Erfüllung waren die Werte ident. Lediglich in der Skala Zynismus ergab sich ein geringer Mittelwertsunterschied (2,44 in der Gruppe über 40 Jahre vs. 2,29 in der Gruppe unter 40 Jahre).

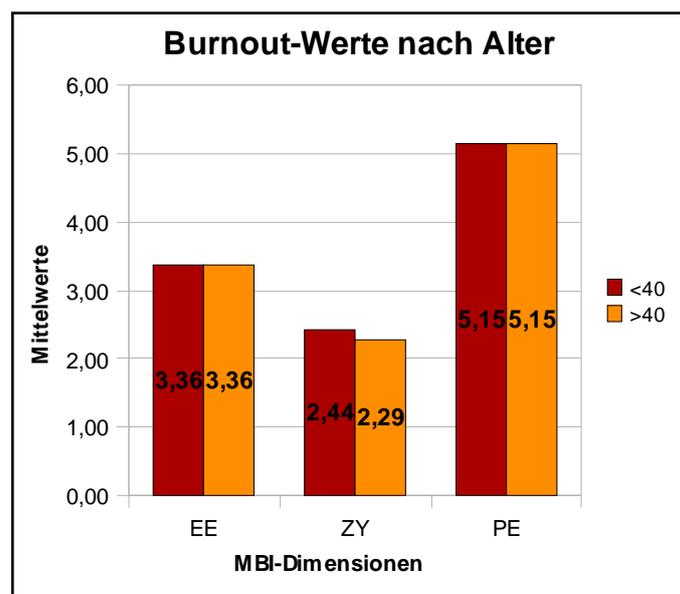


Abbildung 8: Burnout-Werte nach Alter

### 1.5 Burnout und Tinnitus

Eine weitere Untergruppe stellt die der Patienten mit Tinnitus dar. In der Gesamtstichprobe waren nur 9 PatientInnen von einem Hörsturz mit Tinnitus betroffen. Das entspricht lediglich 16,67%.

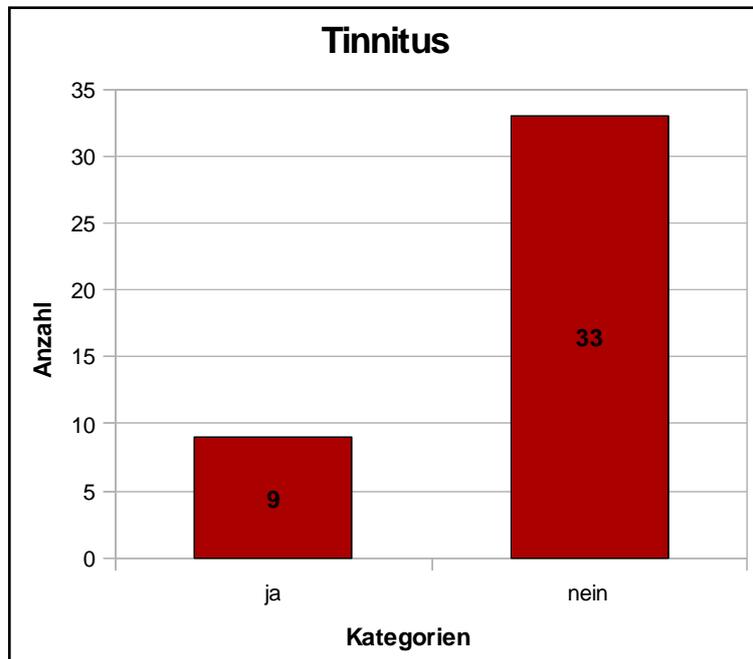


Abbildung 9: Verteilung der Patienten mit bzw. ohne Tinnitus

Die Gruppe der PatientInnen mit Tinnitus zeigte in den einzelnen Subskalen höhere Werte im Vergleich zur Patientengruppe ohne Tinnitus. Die Werte der einzelnen Subskalen korrelierten bei der PatientInnengruppe ohne Tinnitus nicht bzw. mittel (Emotionale Erschöpfung/Zynismus), in der Gruppe mit Tinnitus zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen den Skalen Emotionale Erschöpfung und Zynismus bzw. hoch negative Korrelationen zwischen den Subskalen Emotionale Erschöpfung bzw. Zynismus und Persönliche Erfüllung. Aufgrund der Kleinheit der Gruppe der Tinnitus-Patienten wird allerdings auf eine genauere Analyse verzichtet.

Tabelle 4: Korrelationen der einzelnen Burnout-Skalen in den Untergruppen Patienten mit bzw. ohne Tinnitus

	Tinnitus	kein Tinnitus
EE / ZY	0,84	0,56
EE / PE	-0,71	-0,08
ZY / PE	-0,73	-0,2

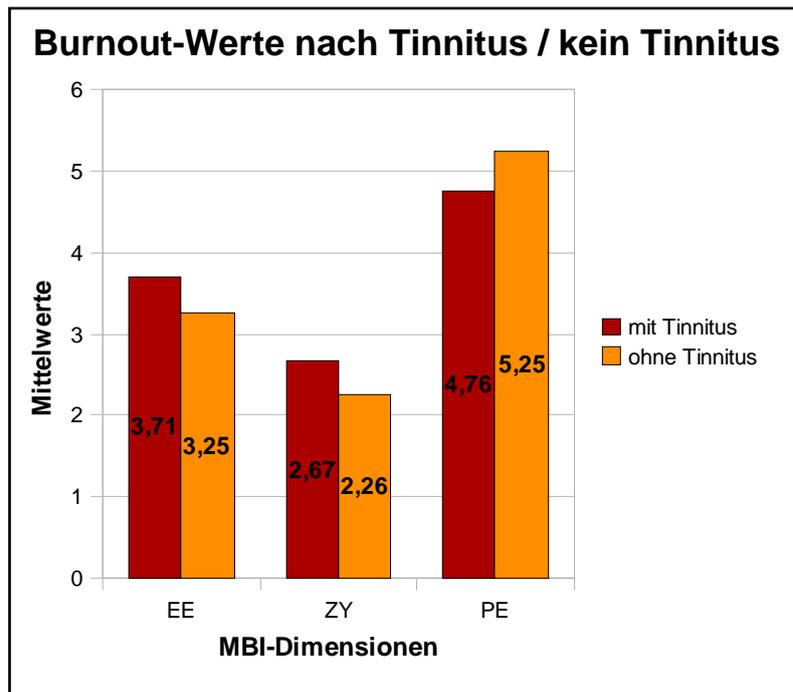


Abbildung 10: Mittelwerte der Burnout-Skalen in den Untergruppen Patienten mit bzw. ohne Tinnitus

### 1.6 Burnout und Rezidivhörsturz

31 der untersuchten PatientInnen (entspricht 73,81%) gaben an, dass es sich um ihren ersten Hörsturz handelt, bei 7 (16,67%) handelte es sich um einen Rezidivhörsturz und 4 PatientInnen (9,52%) konnten keine Angaben zu dieser Frage machen.

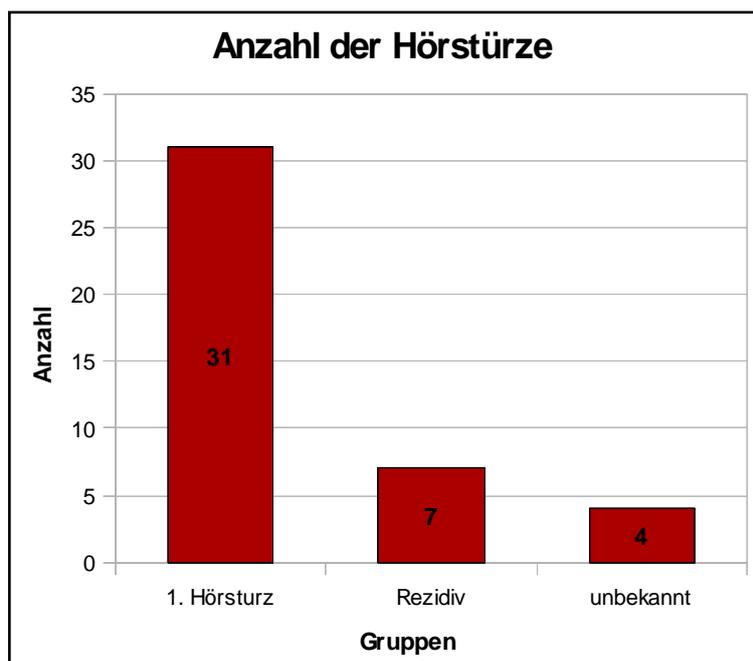


Abbildung 11: Verteilung nach Anzahl der Hörstürze

Die Gruppen mit dem 1. Hörsturz bzw. dem Rezidiv unterschieden sich hinsichtlich ihrer Burnout-Skalen vor allem im Bereich der Persönlichen Erfüllung (siehe Abb. 10), wobei zu beachten ist, dass die Rezidiv-Gruppe lediglich aus 7 Personen bestand.

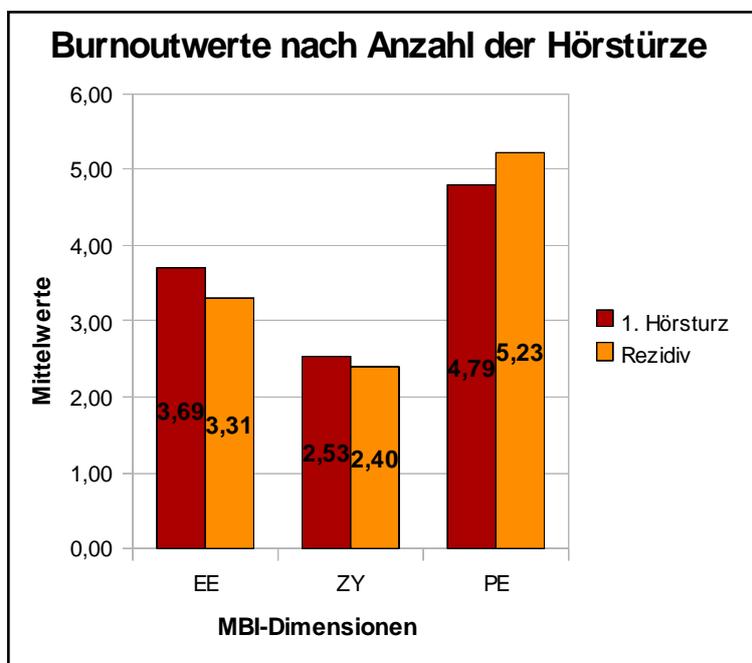


Abbildung 12: Burnout-Skalen zu den Untergruppen „1. Hörsturz“ und „Rezidiv“

## 2 Ergebnisse zum Hörsturz

Hier sollen die erhobenen Ergebnisse zu Ausmaß und Besserung des Hörverlustes beschrieben und in den bereits gebildeten Untergruppen beleuchtet werden.

### 2.1 Hörsturz und Geschlecht

Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Hörsturz-Ausmaßes nicht signifikant. Auch bei der Verbesserung nach der Therapie zeigten sich im Durchschnitt keine geschlechtsabhängigen Unterschiede. Zu beachten ist hier, dass die Standardabweichungen groß sind und weiter, dass in der Gruppe der Männer drei Patienten aufscheinen, bei denen der Hörverlust im Laufe der Therapie sogar noch weiter zunahm.

Tabelle 5: Hörverlust und Besserung nach Geschlecht (Angaben in dB HV)

	Mittelwert	Standardabweichung	N
<b>Männer</b>			
<b>HV</b>	29,95	19,32	20
<b>Besserung</b>	10,81	13,64	17
<b>Frauen</b>			
<b>HV</b>	27,25	13,82	22
<b>Besserung</b>	12,18	7,35	18

### 2.2 Hörsturz und Alter

Bei der Altersgruppe über 40 Jahre zeigte sich ein insgesamt etwas größerer Hörverlust beim Auftreten des Hörsturzes. In weiterer Folge gab es auch eine unwesentlich größere Verbesserung des Hörvermögens nach der Therapie.

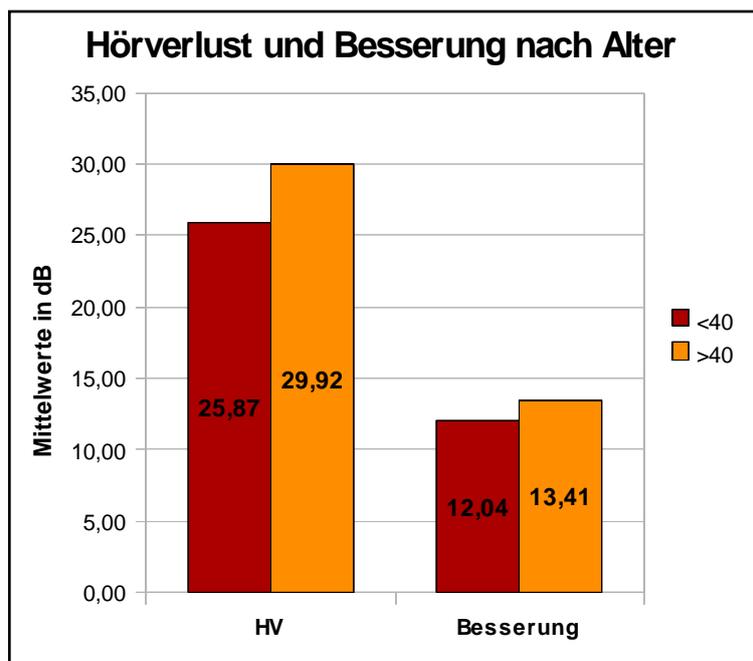


Abbildung 13: Hörverlust und Besserung nach Alter (Angaben in dB HV)

### 2.3 Hörsturz und Tinnitus

Im Vergleich der Gruppen mit und ohne Tinnitus fällt auf, dass Patienten mit Tinnitus im Durchschnitt einen geringeren Hörverlust aufwiesen als die Patienten, die lediglich die Hörminderung ohne zusätzliche Ohrgeräusche beklagten. Die Verbesserung aufgrund der Therapie zeigt hier keine Gruppenunterschiede. Zu beachten ist hier wiederum, dass die Gruppe der Patienten mit Tinnitus klein ist (9 Patienten).

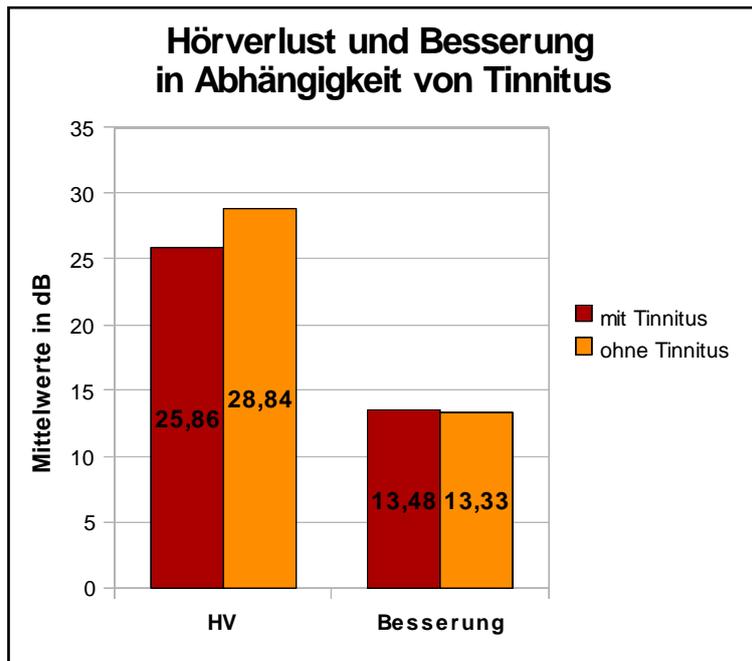


Abbildung 14: Hörverlust und Besserung in Abhängigkeit von Tinnitus (Angaben in dB HV)

#### 2.4 Ergebnisse bei Rezidivhörstürzen

PatientInnen, die bereits zuvor einen oder mehrere Hörstürze hatten, wiesen insgesamt im Schnitt einen etwas geringeren Hörverlust auf als die Vergleichsgruppen mit dem ersten Hörsturz. Bei beiden Gruppen gab es hinsichtlich der Verbesserung nach der Therapie keine signifikanten Unterschiede.

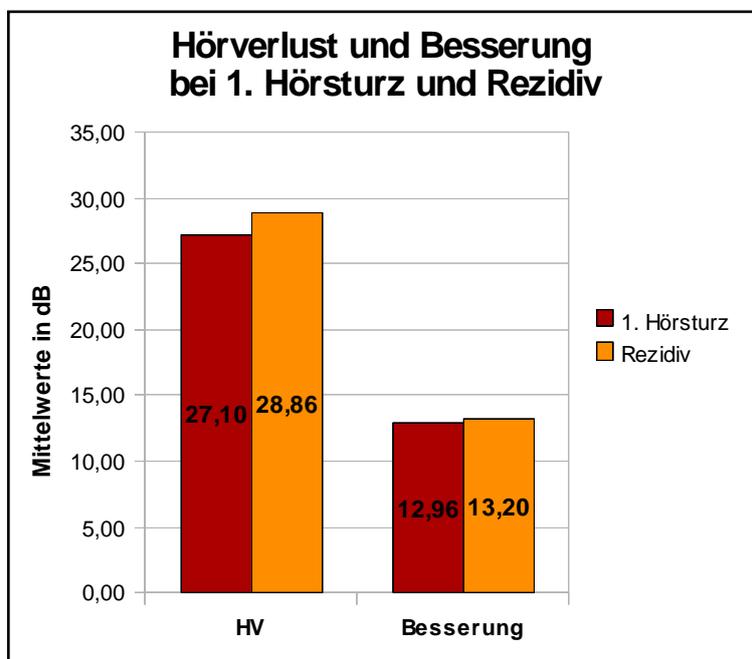


Abbildung 15: Hörverlust und Besserung beim 1. Hörsturz bzw. Rezidiven (Angaben in dB HV)

### 2.5 Ergebnisse in Abhängigkeit von der Therapieform

Dies wurde nicht ausgewertet, weil die Therapie sich nicht nur zwischen stationär und ambulant sondern auch in der Medikation unterschied, wodurch zu viele zu kleine Untergruppen gebildet werden hätten müssen. Aufgrund der insgesamt kleinen Stichprobe sind keine aussagekräftigen Ergebnisse zu erwarten.

### 3 Zusammenhang zwischen Burnout und Hörsturz

Mittels Korrelationsanalyse wurde untersucht ob und inwieweit sich Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der einzelnen Subskalen-Werte des Burnout mit dem Ausmaß und der Verbesserung des Hörverlustes ergeben.

#### 3.1 Darstellung des Zusammenhangs zwischen Burnout-Werten und dem Hörverlust

Zwischen den Subskalen Emotionale Erschöpfung bzw. Zynismus und dem Ausmaß des Hörverlustes zeigte sich eine geringe negative Korrelation. Bei den Daten zur Besserung des Hörverlustes konnte ein geringer negativer Zusammenhang zwischen der Subskala Zynismus und der Verbesserung des Hörvermögens gefunden werden.

Tabelle 6: Korrelationen zwischen Burnout-Werten und Hörverlust (HV) bzw. Besserung (BESS)

		HV	BESS
<b>EE</b>	Korrelation nach Pearson	-0,22	-0,19
	Signifikanz (2-seitig)	0,17	0,28
	N	42	35
<b>ZY</b>	Korrelation nach Pearson	-0,22	-0,28
	Signifikanz (2-seitig)	0,17	0,1
	N	42	35
<b>PE</b>	Korrelation nach Pearson	0,2	0,15
	Signifikanz (2-seitig)	0,21	0,41
	N	42	35

#### 3.2 Burnout-Werte und Hörverlust im Vergleich nach weiteren erhobenen Parametern

Auch in den gebildeten Untergruppen konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen Burnout-Subskalen-Werten und Hörverlust bzw. Besserung nach erfolgter Therapie festgestellt werden.

### 4 Vergleich mit anderen Stichproben

Da keine der Autorin bekannten Untersuchungen von Burnout bei bestimmten Patientengruppen vorliegen, kann in diesem Abschnitt nur auf Stichproben zurückgegriffen werden, die aus verschiedenen Berufsgruppen gebildet wurden. Die Autorin bedient sich bewusst Stichproben, die auch am Interuniversitären Kolleg Graz untersucht wurden, weil bei diesen Studien mit der gleichen Version des MBI-GS gearbeitet wurde:

- Untersuchung zum Burnout bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich, veröffentlicht von Bieringer (2005) im Rahmen ihrer Thesis am Interuniversitären Kolleg Graz
- Untersuchung zum Burnout von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin von Fuchs (2007) im Rahmen ihrer Thesis am Interuniversitären Kolleg Graz

Zunächst werden die Stichproben dargestellt:

Tabelle 7: Mittelwerte der Burnout-Skalen von RichterInnen

	Mittelwert	N
EE	3,35	107
ZY	2,43	107
PE	5,12	107

Tabelle 8: Mittelwerte der Burnout-Skalen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

	Mittelwert	N
EE	3,34	95
ZY	2,37	95
PE	5,13	95

Die genauere Betrachtung zeigt, dass die untersuchten Hörsturz-PatientInnen in der Skala „Emotionale Erschöpfung“ idente Werte mit den RichterInnen und annähernd gleiche Werte wie die ÄrztInnen aufweisen.

In der Skala „Zynismus“ zeigt die untersuchte Gruppe im Vergleich zu den beiden anderen Stichproben die niedrigsten Werte.

Hingegen zeigen die Ergebnisse in der Subskala „Persönliche Erfüllung“ im Vergleich mit RichterInnen und ÄrztInnen die höchsten Werte.

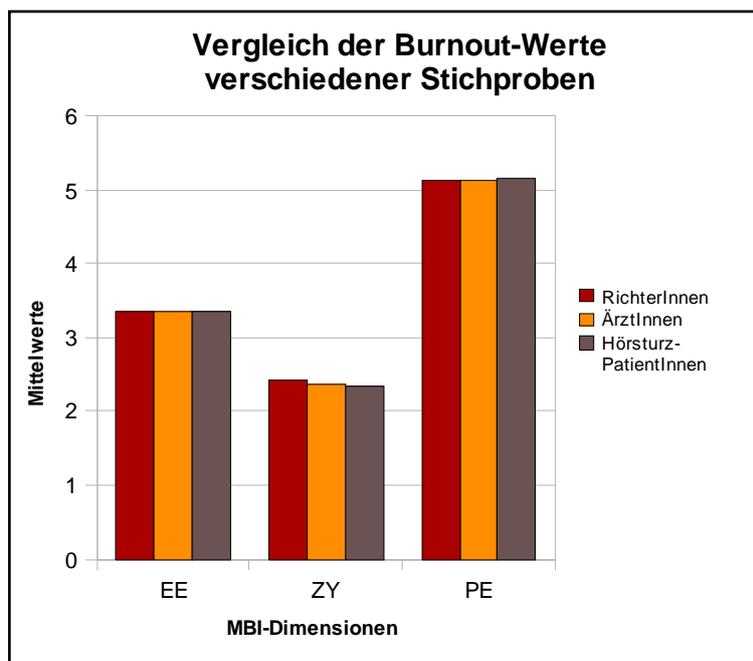


Abbildung 16: Vergleich der Burnoutskalen verschiedener Stichproben

## **DISKUSSION**

### **1 Überblick**

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollte eine mögliche Burnout-Problematik bei PatientInnen mit idiopathischem Hörsturz erhoben werden. Außerdem sollten Zusammenhänge zwischen Burnout-Symptomen und weiteren demographischen sowie krankheitsbezogenen Variablen untersucht werden.

Wie in der Einleitung dargestellt ergeben sich Parallelen in den Persönlichkeitsbeschreibungen von PatientInnen mit Hörsturz und Personen, die vom Burnout-Syndrom betroffen sind, die einen eventuellen Zusammenhang zwischen Hörsturz- und Burnout-Gefährdung vermuten lassen.

In diesem Kapitel sollen die Forschungsfragen aufgrund der bereits dargestellten Ergebnisse diskutiert und überprüft werden. In weiterer Folge wird versucht eine Conclusio zu ziehen sowie Eigenkritik zu üben.

### **2 Diskussion der Arbeitshypothesen und Forschungsfragen**

#### **2.1 Hauptfrage**

Die Hauptfrage lautete: „Wie ausgeprägt ist das Burnout-Syndrom bei Patienten mit Hörsturz an der Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde in Innsbruck im Vergleich mit der 'Normalbevölkerung'?“

Diese Fragestellung muss aufgrund der vorliegenden Ergebnisse derzeit negativ beantwortet werden. Kein einziger der untersuchten Patienten zeigte in allen Skalen des MBI-GS-D derartige Werte, dass von einem Burnout-Syndrom ausgegangen werden muss. Lediglich in der Skala „Emotionale Erschöpfung“ weisen 4 Patienten (entspricht 9,52%) erhöhte Werte auf. Im Vergleich zur bereits erwähnten Finish Health 2000 Study zeigt sich also eine geringe Ausprägung des Burnout-Syndroms in der Gruppe der Hörsturz-PatientInnen.

Dies lässt zwei Schlussfolgerungen zu:

- (1) Die untersuchten Personen befinden sich nach dem Modell von Maslach noch am Beginn eines Burnouts. Zuerst erhöhen sich nach diesem Modell die Werte der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ und erst im späteren Verlauf wird der Wunsch nach Distanzierung (Zunahme der Werte im Bereich „Zynismus“) größer. Der letzte Wert, der sich im Verlauf einer Burnout-Entwicklung verändert, nämlich abnimmt, ist die „Persönliche Erfüllung“. Dieser Wert ist in der untersuchten Gruppe vergleichsweise hoch ausgebildet.
- (2) Es handelt sich bei Hörsturz-PatientInnen und Personen mit Burnout um zwei grundlegend verschiedene Personengruppen, d.h. wer einen Hörsturz bekommt, entwickelt kein Burnout-Syndrom.

## **2.2 Nebenfragen und Hypothesen**

### *2.2.1 Ist der Schweregrad des Burnout korreliert mit dem Schweregrad des Hörsturzes?*

Diese Hypothese konnte **nicht bestätigt** werden. Im Gegenteil: Es scheint eher das Umgekehrte der Fall zu sein. Es zeigten sich keine signifikanten, aber doch geringe **negative** Korrelationen zwischen den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ bzw. „Zynismus“. Dies würde bedeuten, dass hohe Burnout-Werte vor einem Hörsturz „schützen“.

### *2.2.2 Ist der Schweregrad des Burnout prädiktiv für die Rückbildung des Hörverlustes beim Hörsturz?*

Auch diese Hypothese konnte **nicht bestätigt** werden. Da der überwiegende Großteil der Patienten bei der Aufnahme keine erhöhten Burnout-Werte zeigten konnte eine diesbezügliche Analyse nicht durchgeführt werden.

### *2.2.3 Gibt es Unterschiede in der Burnout-Ausprägung zwischen PatientInnen mit Hörsturz mit Tinnitus bzw. ohne Tinnitus?*

Aufgrund der Mittelwert-Ergebnisse könnte man auf den ersten Blick davon ausgehen, dass diese Hypothese bestätigt werden kann (vgl. Abb. 10). Aufgrund der insgesamt sehr kleinen Stichprobe und der noch kleineren Untergruppe an PatientInnen mit Tinnitus müssten diese Daten aber durch eine Vergrößerung der Stichprobe abgesichert werden, um hier eine deutlichere Aussage treffen zu können.

## **3 Eigenkritisches**

Die Tatsache, dass kein besser untersuchter Fragebogen als das Maslach Burnout Inventory zur Messung des Burnout-Syndroms zur Verfügung steht, führte zur Entscheidung, auch für diese Untersuchung das MBI einzusetzen. Ein Problem in der Auswertung stellt sicherlich das Fehlen von geeigneten Normwerten dar, sodass unter Umständen nicht auszuschließen ist, dass nach erfolgter Validierung der verwendeten Form (MBI-GS-D) doch ein paar mehr PatientInnen zumindest als Burnout-gefährdet eingestuft werden könnten.

Andererseits zeigte sich, dass der Fragebogen für Personen nicht deutscher Muttersprache schwierig zu beantworten ist.

Auch in dieser Untersuchung konnten die Grenzen für den minimal notwendigen Hörverlust, der einen Hörsturz kennzeichnet, nicht eingehalten werden. Aufgrund des eingeschränkten Untersuchungszeitraumes und dem damit verbundenen geringen Ausmaß an rekrutierbaren PatientInnen, sah sich die Autorin genötigt, alle Personen in die Untersuchung einzuschließen, die von ärztlicher Seite die Diagnose „Hörsturz“ erhalten haben – auch wenn diese nicht alle die Kriterien von 30dB Hörverlust in drei benachbarten Frequenzen erfüllten.

Abgesehen vom Beruf an sich hätte auch die Dauer der Berufstätigkeit sowie das Wochenarbeitspensum erfragt werden sollen, um sich einen besseren Überblick über die Arbeitsbelastung zu verschaffen.

#### **4 Anregungen zu weiteren Untersuchungen**

Fraglich erscheint der Autorin, ob eine größere Stichprobe eindeutige Korrelationen zwischen Burnout-Werten und Hörsturzmaß aufgezeigt hätte.

Interessant erschien hingegen eine genauere Untersuchung im Bereich der Tinnitus-Patienten, eventuell auch der PatientInnen mit chronischem Tinnitus, da sich in dieser Gruppe doch Hinweise zumindest für geringe Zusammenhänge zeigen.

Insgesamt war doch erstaunlich, dass das Burnout-Syndrom bisher fast ausschließlich im Rahmen von Berufsgruppen untersucht wird und im Bereich der Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Betroffenen zwar sehr umfassende „Symptomlisten“ existieren, das tatsächliche Vorhandensein von physischen Krankheiten in Folge eines Burnout-Syndroms für die Burnout-Forschung aber nicht untersuchungswürdig erscheint.

## QUELLENVERZEICHNIS

- AWMF online (2004). "Leitlinien Hörsturz". Zugriff vom 08.07.2008. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll-na/017-010.htm>
- Aromaa, A., Koskinen, S. ed.: Health and functional capacity in Finland. Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey. Helsinki: KTL-National Public Health Institute, Finland, Department of Health and Functional Capacity, 2004.
- Bieringer, I.: Burnout-Problematik bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich. Thesis (MSc.), Interuniversitäres Kolleg, Graz, 2005.
- Böhme, G., Welzl-Müller, K.: Audiometrie. Hörprüfungen im Erwachsenen- und Kindesalter. Bern: Verlag Hans Huber, 1998.
- Bräutigam, W., Christian, P., v. Rad, M.: Psychosomatische Medizin, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 5. neubearbeitete Auflage, 1992.
- Büssing, A., Glaser, J.: Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie, 1998.
- Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 3. Auflage, 2006.
- Byl, F.M.: Seventy-six cases of presumed sudden hearing loss occurring in 1973; prognosis and incidence, in: Laryngoscope, 87 Jg. 1977, S. 817-820.
- Byl, F.M. Jr.: Sudden hearing loss: eight years' experience and suggested prognostic table, in: Laryngoscope, 94. Jg., 1984, S. 647-661.
- Conlin, A.E., Parnes, L.S.: Treatment of Sudden Sensorineural Hearing Loss, in: Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg, 133. Jg., 2007, S. 573-581.
- Eickelmann, A.-K.: Klinische Charakterisierung von Patienten mit idiopathischem Hörsturz. Ruhr-Universität Bochum: Inaugural-Dissertation 2007.
- Friedrich, G., Wolf, G.: Prognostisch relevante Faktoren beim Hörsturz, in: HNO, 32. Jg., 1984, Heft 2, S. 74-80.
- Freudenberger, H., North, G.: Burnout bei Frauen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1994.
- Fuchs, S.: Burnout-Problematik bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Thesis (MSc.), Interuniversitäres Kolleg, Graz, 2007.
- Glaser, J.: TU München, persönliche Mitteilung, Mai 2008.
- Goebel, G., Lamparter, U.: Stressbedingte Aspekte des Hörsturzes, in: psychoneuro, 30. Jg., 2004, Heft 6, S. 337-341.
- Greuel, H.: Persönlichkeitsmerkmale als Hörsturz-Risiko, in: HNO, 34. Jg., 1986, S. 146.
- Heiden, C., Porzolt, F., Biesinger, E., Höring, R.: Die Spontanheilung des Hörsturzes: in: HNO, 48. Jg., 2000, Heft 8, S. 621-623.
- Hesch, R.D.: Therapeutische Überlegungen zu vaskulären Innenohrerkrankungen, in: HNO, 30. Jg., 1982, S. 365-374.

- Hillert, A., Marwitz, M.: Die Burnout Epidemie: Oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: C.H. Beck, 2006.
- Hirano, K., Ikeda, K., Kawase, T., et al.: Prognosis of sudden deafness with special reference to risk factors of microvascular pathology, in: *Auris Nasus Larynx*, Jg. 26, 1999, Heft 2, 111 - 115.
- ISO 8253-1: Acoustics-Audiometric Test methods – Part 1: Basic pure tone air and bone conduction threshold audiometry, 1989.
- Kröger, F., Lamprecht, J., Wälte, D.: Stressverarbeitung und Selbstaufmerksamkeit beim idiopathischen Hörsturz, in: *Psychother. med. Psychol*, 46. Jg., 1996, S. 298-303.
- Lamparter, U.: Studien zur Psychosomatik des Hörsturz. Habilitationsarbeit. Hamburg: Medizinische Fakultät der Universität Hamburg, 1994.
- Lehnhardt, E.: Die akute Innenohr-Schwerhörigkeit, in: *HNO*, 39. Jg., 1991, S. 378-385.
- Linßen O, Schultz-Coulon, H.-J.: Prognostische Kriterien beim Hörsturz, in: *HNO*, 45. Jg., 1997, S. 22-29.
- Maslach, C.: *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc., 1982.
- Maslach, C.: What have we learned about Burnout and Health? In: *Psychology and Health*, 16. Jg., 2001, S. 607-611.
- Maslach, C., Leiter, M.P.: *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer-Verlag, 2001.
- Michel, O.: *Der Hörsturz*, Stuttgart, New York: Thieme, 1994.
- Michel, O., Jahns, T., Joost-Ennekin, M., Neugebauer, P., Streppel, M., Stennert, E.: Das antiphlogistisch-rheologische Infusionsschema nach Stennert in der Behandlung von kochleoverstibulären Störungen, in: *HNO*, Jg. 48, 2000, S. 182-188.
- Poser R, Hirche, H.: Randomisierte Doppelblindstudie zur Hörsturztherapie. Niedermolekulares Dextran + Naftidrofuryl vs. niedermolekulares Dextran + Plazebo, in: *HNO*, 40. Jg., 1992, S. 396-389.
- Schaufeli, W., Enzmann, D.: *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis (Issues in Occupational Health)*. London: Taylor & Francis Ltd., 1998.
- Schmolke, B., Hormann, K.: Vaskuläre Risikofaktoren beim Hörsturz und ihre Häufigkeit in der Normalbevölkerung. Eine retrospektive Studie, in: *HNO*, 38. Jg., 1990, Heft 12, S. 440-445.
- Staecker, H.: Broadening the Spectrum of Treatment Options for SNHL, in: *Arch. Otolaryngol Head Neck Surg*, Jg. 131, 2005, S. 734.
- Weinaug, P.: Die Spontanremission beim Hörsturz, in: *HNO*, 32. Jg., 1984, Heft 8, S. 346-351.

## ANHANG 1: BEGLEITSCHREIBEN



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

### Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen

Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck  
Internet: <http://www.hss-innsbruck.at>  
email: [hss@uki.at](mailto:hss@uki.at)

Direktor:

**o. Univ.-Prof. Dr. med. P. G. Zorowka**

Innsbruck, Juni 2008

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

berufsbegleitend absolviere ich ein Masterstudium am Interuniversitären Kolleg Graz ([www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net)).

Für meine Abschlussarbeit habe ich das Thema „Berufliche Belastung bei Hörsturz“ gewählt und bitte Sie höflichst um Ihre Unterstützung, ganz konkret um (maximal) 10 Minuten Ihrer Zeit, die Sie für das Ausfüllen des beigelegten Fragebogens benötigen. Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie auch anderen Patienten mit ähnlichen Schwierigkeiten

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bei der Mitarbeiterin / dem Mitarbeiter, die/der bei Ihnen den Hörtest durchgeführt hat, ab.

Ich garantiere den vertraulichen Umgang mit den Daten und die völlige Anonymisierung.

Besten Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Tanja Stephl  
Logopädin  
Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen  
Anichstraße 35  
Tel.: 050/504-23225  
Mail: [tanja.steph@uki.at](mailto:tanja.steph@uki.at)

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_, erkläre mich mit der Erhebung und anonymisierten Auswertung meiner Daten im Rahmen der oben angeführten Studie einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

## ANHANG 2: MBI-GS-D

## FRAGEBOGEN FÜR HÖRSTURZ-PATIENTEN/INNEN

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „nie“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

	<b>Wie oft haben Sie das Gefühl?</b>					
	nie	sehr selten	eher selten	mach-mal	eher oft	sehr oft
1. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Am Ende des Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fühle mich bereits müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Den ganzen Tag zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, effektiv lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe das Gefühl, dass ich einen effektiven Beitrag für dieses Unternehmen leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seitdem ich in diesem Unternehmen arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin gut gelaunt, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich bin zynischer geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bezweifle den Wert meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ANHANG 3: ZUSATZFRAGEBOGEN

**Bitte machen Sie noch folgende Angaben zu Ihrer Person:**

Beruf: \_\_\_\_\_

Ist das Ihr erster Hörsturz?  Ja  Nein

Falls nein:  
Wie oft hatten Sie bereits einen Hörsturz?  
 1 mal  
 2 mal  
 öfter als 2 mal  
 nicht bekannt

Sind Sie in Ihrem Beruf hohen Schallpegeln ausgesetzt?  
 nein, so gut wie nie  
 ja, hin und wieder  
 ja, häufig  
 ja, sehr häufig

Wird an Ihrem Arbeitsplatz Lärmschutz angeboten?  Ja  Nein

Sind Sie in Ihrer Freizeit Lärm ausgesetzt?  
 nein, so gut wie nie  
 ja, hin und wieder  
 ja, häufig  
 ja, sehr häufig

Verwenden Sie in der Freizeit Gehörschutz?  Ja  Nein