

KraftWald

Burnout Selbsteinschätzung für pflegende Angehörige

Diese Selbsteinschätzung hilft Ihnen zu erkennen, ob Sie möglicherweise von Burnout betroffen sind. Burnout ist keine Schwäche, sondern eine Folge langanhaltender Belastung. Wenn Sie mehrere der folgenden Warnsignale bei sich bemerken, sollten Sie in Erwägung ziehen, professionelle Unterstützung zu suchen.

Datum der Selbsteinschätzung: _____

Name (optional): _____

Anleitung

Lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie häufig dies auf Sie zutrifft:

Nie/Selten = 0 Punkte | **Manchmal** = 1 Punkt | **Oft** = 2 Punkte | **Sehr oft/Immer** = 3 Punkte

Emotionale Erschöpfung

Aussage	Nie/ Selten (0)	Manch- mal (1)	Oft (2)	Sehr oft/ Immer (3)
Ich fühle mich emotional erschöpft oder ausgebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich emotional leer oder taub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleine Dinge frustrieren oder reizen mich schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass sich nie etwas ändern wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke häufig: 'Ich kann nicht mehr' oder 'Ich schaffe das nicht'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe dieser Kategorie: _____ / 15 Punkte

Körperliche Symptome

Aussage	Nie/ Selten (0)	Manch- mal (1)	Oft (2)	Sehr oft/ Immer (3)
Ich habe Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, trotz Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen, Verspannungen oder Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin häufig müde, auch nach ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich vernachlässige meine eigene Gesundheit (Arzttermine, Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich körperlich schwach oder anfällig für Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe dieser Kategorie: _____ / 15 Punkte

Sozialer Rückzug

Aussage	Nie/ Selten (0)	Manch- mal (1)	Oft (2)	Sehr oft/ Immer (3)
Ich meide soziale Kontakte oder Aktivitäten, die mir früher Freude machten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich isoliert oder einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, niemand versteht meine Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ziehe mich von Familie oder Freunden zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Energie für Hobbys oder Interessen außerhalb der Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe dieser Kategorie: _____ / 15 Punkte

Kognitive Veränderungen

Aussage	Nie/ Selten (0)	Manch- mal (1)	Oft (2)	Sehr oft/ Immer (3)
Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vergesse Dinge häufiger als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Aufgaben nicht mehr so gut planen wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gedächtnis fühlt sich neblig oder überlastet an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mental erschöpft, selbst bei einfachen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe dieser Kategorie: _____ / 15 Punkte

Verlust von Freude und Interesse

Aussage	Nie/ Selten (0)	Manch- mal (1)	Oft (2)	Sehr oft/ Immer (3)
Ich verliere Interesse an Dingen, die mir früher wichtig waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich empfinde kaum noch Freude oder Zufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hoffnungslos bezüglich meiner Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schuldgefühle, wenn ich Zeit für mich nehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gefangen in meiner Rolle als Pflegender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe dieser Kategorie: _____ / 15 Punkte

Auswertung

Zählen Sie alle Ihre Punkte zusammen:

Emotionale Erschöpfung: _____ Punkte

Körperliche Symptome: _____ Punkte

Sozialer Rückzug: _____ Punkte

Kognitive Veränderungen: _____ Punkte

Verlust von Freude und Interesse: _____ Punkte

GESAMTPUNKTZAHL: _____ / 75 Punkte

Was bedeutet Ihre Punktzahl?

0-15 Punkte: Niedriges Burnout-Risiko

Sie zeigen wenige Anzeichen von Burnout. Achten Sie weiterhin auf Selbstfürsorge und nehmen Sie sich regelmäßig Zeit für sich.

16-30 Punkte: Leichtes Burnout-Risiko

Sie zeigen einige Warnsignale. Jetzt ist ein guter Zeitpunkt, um mehr auf sich selbst zu achten. Erwägen Sie, Unterstützungsange

31-50 Punkte: Mittleres Burnout-Risiko

Sie sind deutlich belastet. Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt und erwägen Sie professionelle Unterstützung. Nutzen Sie Entlastung

51-75 Punkte: Hohes Burnout-Risiko

Sie zeigen viele Anzeichen von Burnout. Bitte suchen Sie zeitnah professionelle Hilfe. Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt, einer Pfl

WICHTIG: **Wichtig:** Diese Selbsteinschätzung ersetzt keine professionelle Diagnose. Sie dient als Orientierungshilfe. Bei Unsicherheit oder hoher Belastung sprechen Sie bitte mit Ihrem Hausarzt, einem Therapeuten oder einer Pflegeberatung.

Wo Sie Hilfe finden

Bei akuter Belastung oder Krise:

- Telefonseelsorge: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (24/7, anonym, kostenfrei)
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Für Beratung und Unterstützung:

- Ihr Hausarzt – erste Anlaufstelle bei körperlicher oder seelischer Erschöpfung
- Pflegeberatung der Pflegekasse (§ 7a SGB XI) – kostenlos und individuell
- Alzheimer-Telefon: 030 259 37 95 14
- Lokale Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige

Entlastungsangebote nutzen:

- Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen pro Jahr)
- Verhinderungspflege (bis zu 6 Wochen pro Jahr)
- Tagespflege
- Ambulante Pflegedienste

Mehr Informationen:

Besuchen Sie www.kraftwald.eu für weitere Tipps zur Selbstfürsorge und Entlastung

Erste Schritte zur Selbstfürsorge

- **Pausen einplanen:** Selbst 10 Minuten am Tag für sich können helfen
- **Hilfe annehmen:** Bitten Sie Familie, Freunde oder professionelle Dienste um Unterstützung
- **Grenzen setzen:** Es ist in Ordnung, 'Nein' zu sagen
- **Soziale Kontakte pflegen:** Bleiben Sie in Verbindung mit Menschen, die Ihnen guttun
- **Bewegung:** Kurze Spaziergänge an der frischen Luft
- **Professionelle Hilfe:** Gespräche mit Therapeuten oder in Selbsthilfegruppen



KraftWald – Unterstützung für pflegende Angehörige

www.kraftwald.eu

Erstellt am: 02.02.2026

Sie leisten Außergewöhnliches. Vergessen Sie nicht, auch für sich selbst zu sorgen.