

11.5.1.1

Burnout-Prävention in der Arbeitsmedizin

Von D. RUHWANDL, München

Stress am Arbeitsplatz verursacht nach einer aktuellen Studie der WHO allein in Deutschland Kosten von jährlich über 2,5 Milliarden Euro für die betroffenen Unternehmen. Die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten werden auf 75 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Insgesamt sind 10–15 % aller Erwerbstätigen vom beruflichen Ausbrennen, der schwersten Form von Job-Stress, betroffen. In manchen Branchen (Lehrer, soziale Berufe) brennen bis zu 50 % aller Beschäftigten aus. Vor allem bei engagierten Mitarbeitern und Führungskräften kommt es häufig zum gefürchteten „Burnout-Syndrom“. Zu spät erkannt kann dieses wochen- bis monatelange Arbeitsausfälle, langwierige körperliche Erkrankungen und aufwändige psychotherapeutische Behandlung nach sich ziehen.

Betriebsärzte nehmen psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz früh wahr und können somit Schaltstellen für Ausgebrannte oder Gefährdete sein. Sie können bei Risikopatienten rechtzeitig, vor einem manifesten Burnout, präventiv tätig werden.

Im Folgenden werden Definition und Symptomatik des Burnout-Syndroms dargestellt. Die Erkennung und Diagnostik beruflichen Ausbrennens wird erläutert, auch die Messinstrumente nach Maslach [1] und Pines und Aronson [2].

Wir betrachten individuelle Faktoren bei der Entwicklung eines Burnout-Syndroms, insbesondere die Rolle von Erwartungen an den Beruf. Unternehmensstrukturen, die Burnout bei Mitarbeitern fördern, werden dargestellt und Lösungsansätze aufgezeigt. Abschließend werden Möglichkeiten der Prävention und Behandlung von beruflichem Ausbrennen erläutert.

Einleitung

Der Begriff „Burnout“ („Ausbrennen“) wurde von dem U.S. amerikanischen Psychologen Freudenberger [3] geprägt, der damit seine Erfahrungen als Supervisor und Betreuer von Helfern aus diversen Sozialberufen zusammenfasste. Er beschrieb, dass häufig besonders engagierte und pflichtbewusste Helfer körperliche Anzeichen wie Erschöpfung und Müdigkeit zeigten und zu gereizten, unausgeglichene und misstrauischen Kollegen wurden. Diese entwickelten zunehmend negative und zynische Einstellungen zur eigenen Arbeit und zeigten dabei oft depressive Symptome.

Das zunächst auf helfende Berufe beschränkte Krankheitsbild wurde seitdem auch in vielen anderen Arbeitsfeldern festgestellt und beschrieben. Heute geht man davon aus, dass etwa 10–15 %

aller Erwerbstätigen im Laufe ihres Berufslebens ein mehr oder minder schweres Burnout-Syndrom erleiden. Führungskräfte sind generell häufiger betroffen.

Eine Zunahme der Inzidenz des Burnout-Syndroms in den letzten 20 Jahren wird von vielen Autoren angenommen und beschrieben. Gründe dafür werden in der angespannten Weltwirtschaftslage, in Globalisierungsbestrebungen und in der exponentiell steigenden Informationsflut gesehen. Durch die zunehmende Vernetzung mittels neuer Medien, allen voran dem Internet, ist die Erwartung an die Informationsverarbeitung an jeden einzelnen Berufstätigen stark gestiegen. Manche Fachleute sprechen vom so genannten „WEB-Jahr“: Ein Arbeitsjahr mit den Möglichkeiten des Internet entspricht demnach 2–3 Arbeitsjahren vor Einführung des Internet.

Weitere Gründe für ein Ansteigen der Burnout-Häufigkeit werden im zunehmenden Auseinanderklaffen von Gehältern von Top-Managern und niedrigen Führungskräften gesehen. Lag diese Differenz noch vor wenigen Jahren bei 1:10–1:20 so verdient in den USA der Vorstand eines Großunternehmens mittlerweile das bis zu 200fache einer einfachen Führungskraft. Diese gewaltigen Differenzen führen zu immenser Frustration und schließlich zum Ausbrennen vormals engagierter Angestellter. Zudem erhalten Top-Manager bei Misserfolg oft millionenschwere Abfindungen – während im gleichen Zug Hunderte von Mitarbeitern auf Gehaltserhöhungen verzichten müssen oder von Kündigung und sozialem Abstieg bedroht sind [1].

Definition

Das Konstrukt Burnout grenzt sich ab gegenüber benachbarten Konstrukten wie Psychischer Stress, Arbeitsunzufriedenheit oder Depression [4,5]. Eine einheitliche Definition von Burnout ist bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Forschungsansätzen bisher nicht in Sicht. Allerdings haben sich einige Definitionen mehr durchgesetzt als andere.

In erster Hinsicht ist hierbei die Definition von Maslach [6] zu nennen, die 1976 das Phänomen Burnout beschrieb als ein Syndrom bestehend aus emotionaler Erschöpfung, Leistungseinschränkung und Depersonalisation. Letzteres beschreibt eine spezifische Umgangsweise von Helfern mit Klienten in hochbelasteten und kaum bewältigbaren Situationen, bei der das Verhältnis Helfer – Klient entpersönlicht, vergegenständlicht, objektiviert geworden ist (zu unterscheiden vom psychopathologischen Terminus „Depersonalisation“ mit dem das Wahrnehmen, Denken und Handeln als nicht mehr dem „Ich“ zugehörig erlebt wird).

Pines und Aronson [2] beschreiben Burnout als ein Syndrom des Überdresses („tedium“), als einen Zustand innerlicher und äußerlicher Erschöpfung durch andauernden, intensiven und emotionalen Einsatz für andere Menschen.

Nach Freudenberg, dem Erstbeschreiber des Burnout-Syndroms, versteht man unter Burnout das „Erschöpfen der eigenen körperlichen und seelischen Reserven“ [3].

Als weiterer wichtiger Ansatz sei das Konzept von Cherniss [7] genannt, der

sich mit seiner Definition eng an das transaktionale Stresskonzept von Lazarus [8] anlehnt. Er definiert Burnout als das Resultat eines transaktionalen Prozesses, zusammengesetzt aus Arbeitsbelastungen, Stress und psychologischer Anpassung. Ehemals engagierte Professionelle distanzieren sich von ihrer Arbeit und werden apathisch oder zynisch gegenüber Mitarbeitern und Kunden.

Verlauf

Beim Verlauf des Burnout-Syndroms koexistieren zahlreiche Konzepte. Diese reichen von der Ablehnung eines phasenhaften Konzeptes bis hin zu einem Verlauf in bis zu 12 Phasen. Für die praktische Arbeit mit Patienten ist ein Konzept des Burnout-Verlaufes in drei Phasen sinnvoll. Diese lehnen sich wiederum an das von Maslach [9] vertretene Faktorenmodell des Burnout-Syndroms an. Die Phasen stellen jeweils entscheidende Schritte in der Krankheitsentwicklung dar und sind daher für die Patienten gut nachvollziehbar. Die Symptome der einzelnen Phasen sind oft nicht strikt getrennt.

Phase I: Emotionale Erschöpfung

In der Phase der Emotionalen Erschöpfung fühlen sich die Patienten ausgebrannt, im Job frustriert und ausgelaugt. Sie verlieren die Fähigkeit zu regenerie-

ren, d.h. über Nacht, über ein freies Wochenende und schließlich auch in den Ferien finden Betroffene keine Entspannung mehr. Sie verlieren schließlich vollständig die positive Energie und den Schwung für einen neuen Arbeitstag.

Phase II: Depersonalisation

In der zweiten Phase des Burnout kommt es zu Gereiztheit und schließlich Gleichgültigkeit in Beruf und Privatleben. Schließlich erwächst daraus eine Gefühllosigkeit gegenüber Mitarbeitern und Kunden. Resignation gegenüber der eigenen Unfähigkeit, eigene und fremde Emotionen gewinnbringend zu verarbeiten, stellt sich ein. Dieses Phänomen ist besonders stark ausgeprägt in Berufen, die viel im zwischenmenschlichen Bereich arbeiten (LehrerInnen, ErzieherInnen, Soziale Berufe). Schließlich kommt es zu einer weitgehenden Kontaktvermeidung, um sich diesen unbewältigbaren Emotionen nur noch so wenig wie möglich aussetzen zu müssen. Dies schlägt sich nieder in Abwesenheit von oder nur passiver Mitarbeit in Teambesprechungen, Konferenzen und Meetings. Eigeninitiative über das absolut Notwendigste hinaus nimmt mehr und mehr. An dieser Stelle sollte spätestens Kontakt zum Betriebsarzt oder zu anderen professionellen Helfern aufgenommen werden. Nur so kann oft eine Chronifizierung der Symptomatik und damit langwierige Arbeitsunfähigkeit verhindert werden.

Phase III: Leistungseinschränkung

Die letzte Phase ist gekennzeichnet durch eine zunehmende subjektive und objektive Leistungseinschränkung. Der Verlust von Selbstvertrauen und eine negative Selbsteinschätzung ziehen einen Mangel an positiven Erlebnissen nach sich. Erfolge werden als solche nicht mehr wahrgenommen. Es kommt zum massiven Verlust von Kompetenz- und Effizienzgefühl der schließlich – oft erst in den späten Stadien des Burnout – zu reduzierter Produktivität führt. Erst an diesem Punkt wird das Ausbrennen für Außenstehende, meist auch für die Betroffenen, sichtbar. Häufig ist in diesem Stadium ein Rückzug wegen Arbeitsunfähigkeit und/oder Kündigung nicht mehr vermeidbar.

Atiologie

Die Atiologie des Burnout-Syndroms wird wie die Definition dieses Konstrukts kontrovers diskutiert. Sie reicht von enttäuschten Rollenerwartungen über negative Wahrnehmungen der Umwelt durch ein persönliches Glaubenssystem, verfehlte Lebenspläne [3] bis hin zur „Selbstverbrennung“ bei narzisstischer Persönlichkeit [10].

Die meisten Autoren gehen von einer multikausalen Entstehung des Burnout-Syndroms aus. Für die praktische Arbeit mit Patienten erweist sich eine Differenzierung in eher individuelle und eher betriebliche Ursachen als am meisten hilfreich. Der Patient erfährt so einen inner-

lichen Abstand zu seiner Problematik, der die Grundlage für eine Heilung des Burnouts darstellt.

Individuelle Ursachen

Als individuelle Ursachen gelten zum einen persönlichkeitsbedingte Gründe. In der Managementforschung haben sich zwei Persönlichkeitstypen herauskristallisiert, die besonders häufig von Burnout betroffen sind.

Dies ist zum einen der „Typ A-Manager“, der sich durch starken Leistungswillen, Rivalitätsgedanken, Ungeduld und das ständige Gefühl des Zeitdrucks charakterisiert. Diese Menschen sind besonders dann gefährdet, wenn sie unterfordert sind, bzw. ihr selbstgestecktes Karriereziel nicht erreichen können. Typische Vertreter sind eher jüngere Führungskräfte, die klare Zielvorstellungen und hohe Erwartungen an sich haben. Ein anderer gefährdeter Persönlichkeitstyp ist der so genannte „unhardy“ Manager. Als „unhardy“ werden Pflanzen bezeichnet, die nicht im Freien überwintern können. Diese Menschen sind eher passiv, wenig optimistisch und empfinden ihre Umwelt als bedrohlich. Sie kommen vor allem mit Änderungen ihres Arbeitsumfeldes nicht zurecht und geraten z.B. bei einer Änderung der Organisationsstruktur ihres Unternehmens oder bei Wechsel von Mitarbeitern oder Vorgesetzten in Burnout-Gefahr. Gerade diese Arbeitnehmer, die in traditionellen Unternehmen mit relativ rigider Struktur über Jahre gut zurecht kamen, geraten im Zuge der verstärkten Umstrukturierung und Neuorientierung vieler Betriebe in den

letzten Jahrzehnten unter Druck. So findet man in dieser Gruppe mehr Erwerbstätige im Alter zwischen 45 und 60 Jahren.

Weniger persönlichkeitsabhängig ist eine weitere individuelle Ursache der Burnout-Entwicklung, die schlechte Stressbewältigung. Dazu gehören zum einen uneffiziente, zeit- und stressintensive Arbeitstechniken und zum anderen ungenügende Stressbewältigung außerhalb der Arbeit. Dabei ist die aktive und passive Entspannung ungenügend.

Betriebliche Ursachen

Zu den betrieblichen Ursachen des Burnout gehören:

- Hoher Komplexitäts- und Zeitdruck: dies betrifft vor allem Mitarbeiter in Führungspositionen;
- Unklare Erfolgskriterien: meist Ab-spracheprobleme auf Führungsebene, oder hierarchischer „top-down“ Führungsstil. Egal wie Kollegen arbeiten, es führt zu Misserfolg und Frustration;
- Ungenügende Handlungsspielräume frustrieren den Arbeitnehmer; Kompetenzerweiterungen des Mitarbeiters werden oft nicht registriert;
- Routine und Langeweile;
- Schlechte Arbeitsbedingungen wie schlecht funktionierende EDV, zu kurze Einarbeitungsphasen, schlechte Verfügbarkeit von notwendigen Arbeitsmitteln.

Für einzelne Berufsgruppen gibt es außerdem ein Vielzahl berufsspezifischer Ursachen. Für Burnout-Betroffene ist es

oft ein neuer Aspekt, dass ihr Unternehmen ihre Symptomatik (mit-) verursachen kann. Häufig ist diese Erkenntnis alleine schon eine große Erleichterung und ermöglicht einen inneren Abstand zur Problematik. Dadurch können Lösungswege leichter gefunden werden.

Diagnostik

Messinstrumente

Für die Messung von Burnout haben sich bis heute im wesentlichen zwei Messinstrumente durchsetzen können. Zum einen das „Tedium Measure“ (TM) von Pinnes und Aronson [2] und zum anderen der „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) von Maslach und Jackson [9].

Das TM besteht aus einem 21-teiligen Fragenkatalog. Alle Fragen werden auf einer Skala von 1 („niemals“) bis 7 („immer“) beantwortet. Fragen sind z.B:

- „Ein richtig guter Tag“ – wie häufig können Sie dies sagen?
- Emotionen sind wichtig, sowohl im Beruf als auch privat. Egal ob Wut, Freude oder Geborgenheit – wie oft nehmen Sie Ihre Gefühle wahr?
- Wie oft haben Sie in letzter Zeit gesagt: „Ich bin erledigt!“?
- Wie häufig haben Sie den Eindruck, an Ihrer beruflichen Situation nichts ändern zu können?
- Machen Sie Kollegen wütend oder enttäuscht?
- Sie haben gute Ideen und Vorschläge – wie oft fühlen Sie sich zurückgewiesen?

- Sie sind voller Tatendrang und Elan – trifft dies auf Sie zu?

Die Vorteile des TM liegen vor allem in der berufsgruppenunabhängigen Anwendung des Tests. Im Vergleich zum MBI sind jedoch Testvalidität und -reliabilität schlechter. Der Klett-Cotta-Verlag in Stuttgart verwaltet die Rechte an der deutschen Übersetzung des TM.

Der MBI besteht aus 25 Items, die 4 Faktoren (Emotionale Erschöpfung, Persönliche Erfüllung, Depersonalisation und Betroffenheit) abdecken. Beispiele für Items:

- Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.
- Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären es unpersönliche „Objekte“.
- Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.
- Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß.
- Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen.

An den genannten Items erkennt man einen Nachteil des MBI, die Einschränkung auf helfende Berufe. Dieser Nachteil wird durch die weite Verbreitung und die sehr gute Validität und Reliabilität des MBI ausgewogen. Im angloamerikanischen Sprachraum existieren bereits MBI-Versionen für andere Berufsgruppen. Diese sind jedoch in einer deutschen Übersetzung nicht verfügbar. Lei-

der existiert auch der ursprüngliche MBI in deutscher Fassung bislang nur zur wissenschaftlichen Nutzung. Die Rechte der deutschen Übersetzung des MBI liegen bei Professor A. Büssing, Lehrstuhl für Psychologie an der Technischen Universität München.

Weitere Diagnostik

Zum Betriebsarzt oder in die Praxis des Allgemeinmediziners kommen die Burnout-Betroffenen häufig mit körperlichen Symptomen. Dies sind beispielsweise gastrointestinale Beschwerden wie Völlegefühl, Schmerzen im Epigastrium, Reflux, weicher Stuhl oder Flatulenz. Häufig sind auch lumbosakrale Schmerzen oder Bewegungsstörungen der Wirbelsäule. Das kardiovaskuläre System kann in Form einer so genannten „Herzneurose“ betroffen sein. Diese äußert sich in Herzklopfen, Schwitzen und Engegefühl. Häufig ist auch das respiratorische System betroffen mit psychogener Hyperventilation oder psychogenem Husten.

Körperliche Ursachen müssen bei im Vordergrund stehenden somatischen Beschwerden ausgeschlossen werden. Eine psychotherapeutische oder psychosoziale Begleitung ist jedoch von Beginn an sinnvoll um bereits frühzeitig auf Lösungsmöglichkeiten im psychischen Bereich hinzuweisen und eine Chronifizierung und Versteifung auf allein körperliche Belange zu verhindern.

Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten

Betriebliche Präventionsmaßnahmen

Voraussetzung für Burnoutprävention im Betrieb sind die Bereitstellung von Zeit- und Geldmitteln sowie die Integration von Burnoutprävention in die Unternehmenskultur. So wird Burnout nicht zum Notfall. Zu möglichen Maßnahmen im Betrieb gehören:

1. Klare Zielvorgaben: hierzu müssen vor allem Bewertungs-/Entscheidungsabläufe klarer werden. Mitarbeiter sollten Erfolgskriterien abfragen oder, wenn nicht vorhanden, einfordern. Hier können sich z.B. Mitarbeiter eines Teams zusammenschließen, um diese gemeinsam zu formulieren.
2. Passende Arbeitsanforderungen: Gute Modelle hierfür gibt es in modernen Großbetrieben; in regelmäßigen Abständen werden der Erfahrungsstand des Mitarbeiters festgestellt und Ziele und Wünsche werden für einen kommenden Zeitraum formuliert.
3. Entfaltungsmöglichkeiten: (möglichst) innerhalb der normalen Arbeitszeit, z.B. Vortragstätigkeit oder Studententätigkeit. Patienten werden ermuntert sich ein „Steckenpferd“ zu suchen und in ihre Arbeit einzubringen.
4. Weiterbildung: Viele Burnout-Betroffene haben sich in den Jahren vor ihrer Erkrankung kaum mehr fortgebil-

det. Personalverantwortliche und Mitarbeiter sollten auf regelmäßige Weiterbildungsmaßnahmen achten um die Arbeitsmotivation zu erhalten.

5. Soziale Unterstützung: vor allem in Schwellensituationen wie Einarbeitungsphase, Berentung, private Ausnahmesituationen. Mentorenprogramme, flexible Arbeitszeiten und soziale Unterstützung in Krisenzeiten führen in der Regel zu einer höheren Loyalität des Arbeitnehmers mit seinem Betrieb – und damit z.B. zu einem niedrigeren Krankenstand.

Individuelle Präventionsmaßnahmen

Zu den individuellen Maßnahmen gehören:

1. Aufbau von Energiequellen
 - a) Kontakte zu Freunden und Familie, und zwar intensive Kontakte, zu denen intensive Nähe aber auch Streit und Auseinandersetzung gehören.
 - b) Hobbys pflegen: andere erfüllende Dinge außerhalb von Beruf (und Familie) suchen oder wieder entdecken. Dies kostet zwar anfangs Zeit, gibt aber der Situation einen weiteren Blickwinkel. So kann echte Entspannung erfahren werden, die Kraft und Schwung gibt für den Beruf.
 - c) Leidenschaften entwickeln: Liebe zur Natur, Kultur, Lebewesen als Sinn stiftendes Element und kraftvolle Quelle der Lebenserfahrung;

- d) Entspannungstechniken erlernen und regelmäßig anwenden, z.B. Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.
2. Stressmanagement: z.B. Seminare zum Stressmanagement (effizientere Arbeitsweisen erlernen); solche werden oft firmenintern oder von Berufsgenossenschaften, Berufsverbänden und Gewerkschaften angeboten.
3. Realistische Erwartungen: diese sind gut zu erfahren bei Gesprächen mit ehemaligen Studienkollegen oder vertrauten Arbeitskollegen. Eigene Erwartungen, z.B. an neue Aufstiegsmöglichkeit und neue Aufgaben immer wieder hinterfragen.
4. Sensibilität gegenüber den eigenen Grenzen: nach und nach zu einer realistischen Selbsteinschätzung kommen, um die eigenen Grenzen mehr und mehr zu erfahren und zu achten. Auch private Grenzen ausloten: Ziele nicht zu hoch stecken und bei geänderter Lebenssituation (Familiengründung, Erkrankung) neu überdenken. Die eigenen, inneren Lebensziele suchen und sich mit ihnen auseinandersetzen.
5. „Person-Environment-Fit“: letztendlich ein Abstimmen der eigenen Grenzen mit dem aktuellen beruflichen Status anstreben. „Passt meine Arbeitssituation zu meinen persönlichen Grenzen, zu meiner Art zu arbeiten?“ Unter Umständen ist einen Stel-

len- oder Berufswechsel nicht zu vermeiden. Nur in einer guten, passenden Umgebung kann ein Mensch auf Dauer auch optimale Leistungen erbringen.

Behandlung

Bei hohem Leidensdruck und ab Phase II des Burnout ist eine ambulante Psychotherapie empfehlenswert. Coaching kann ggf. als Alternative zur Psychotherapie betrachtet werden, da die Hemmschwelle für manche, sehr leistungsbe-
tonte Arbeitnehmer, hoch ist. Allerdings ist die Qualität des Coachings sehr unterschiedlich und im Vorfeld schwer zu bestimmen, wohingegen Psychotherapeu-
ten klare Ausbildungskriterien und dementsprechende Kenntnisse und Erfahrung haben. Bei Unmöglichkeit einer Ambulanten Therapie (Suizidalität, ungenügende Besserung, ungenügende Distanzierungsfähigkeit von beruflichen und privaten Problemen) kann eine stationäre Therapie notwendig werden. Stationäre Psychotherapie für Burnout-Betroffene bieten z.B. die Adula-Klinik in Oberstdorf oder die Habichtswaldklinik in Kassel an (Adressen s.u. www.burnoutpraevention.de). Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen 6–8 Wochen.

Literatur

- [1] Maslach, C., Leiter, M.P.: Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Springer, Wien (2001)
- [2] Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D.: Ausgebrannt: vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart (1989)
- [3] Freudenberger H., North, G.: Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Krüger, Frankfurt/M (1992)
- [4] Büssing, A., Glaser, J.: Managerial Stress and Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung. Hrsg. Prof. André Büssing, Nr. 44 (1998)
- [5] Kleiber, D., Enzmann, D.: Burnout, eine Internationale Bibliographie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen (1989)
- [6] Maslach, C.: Burned-Out. In: Human Behavior 9(5): 16–22 (1976)
- [7] Cherniss, C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock. Beltz, Weinheim, Basel (1999)
- [8] Lazarus, R.S.: Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. Urban & Schwarzenberg, München (1981)
- [9] Maslach, C.; Jackson, S.E.: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (1986)
- [10] Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Springer, Berlin (1989)

