

Es gibt vermutlich in Deutschland keinen Erwachsenen, der den Begriff Burnout noch nicht gehört hat und eine genaue Vorstellung damit verbindet. Die wörtliche Übersetzung des Ausgebranntseins verleitet zu einer Definition einer übermüdeten, überforderten, nicht mehr leistungsfähigen Person, die durch externe Einflüsse und Fremdbestimmtheit überlastet ist und der ihre Arbeit über die Dauer zu viel geworden ist. Im wahrsten Sinne des Wortes fühlt man sich dann einfach ausgebrannt und leer. Eine wissenschaftliche Definition des Begriffes Burnout sowie eine Einordnung als klar definiertes psychologisches Störungsbild erweist sich jedoch für Experten als weniger einfach. Dies mag auch mit der Entstehungsgeschichte des Begriffes sowie dessen inflationärer Nutzung im heutigen Sprachgebrauch zusammenhängen (Berger et al. 2012a). Kapfhammer (2012) stellt fest, dass Burnout zum Synonym für fast alle psychischen Krisen und Störungen in einer als überlastend erlebten Arbeitswelt geworden ist. Es fungiert quasi als sozial entlastende Identifikationsmöglichkeit, die mithilfe der zahlreich verfügbaren Ratgeberliteratur selbst diagnostiziert werden kann. Dieser Umstand macht eine klare Abgrenzung von anderen psychologischen Erkrankungen, aber auch eine Feststellung von Zahlen tatsächlich Betroffener nicht einfacher. Bauer et al. (2003) beziehen sich in ihren Aussagen auf eine Emnid-Befragung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales und gehen auf dieser Grundlage davon aus, dass ca. 25% der insgesamt etwa 36 Mio Erwerbstätigen Deutschlands sich in einer gesundheitlichen Situation befinden, wie sie nach Freudenberger (1974) als Burnout-Syndrom bezeichnet wird. Ein Großteil der neueren Studien gibt jedoch aus bevölkerungsrepräsentativen Umfragen eine Prävalenz von ca. vier bis sechs Prozent aller Deutschen an. Die Prävalenzrate gilt hierbei als steigend. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, wobei Burnout bei Frauen zwischen 30 und 59 Jahren und Männern zwischen 40 und 59 Jahren am häufigsten diagnostiziert wird (Maske et al. 2016; Stöbel-Richter et al. 2013).

Diese enormen Unterschiede in den Angaben zeigen die Schwierigkeit zum einen der nicht eindeutig und einheitlich objektiv gegebenen Definition und zum anderen der nicht vorhandenen Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen. Sie zeigen aber auch die von Thalhammer und Paulitsch (2014) angeführte Problematik der Messinstrumente. Wann gilt eine Erschöpfung als Burnout und darf damit in diesen Statistiken erfasst werden? Das ist die kritische Frage, die bei der Betrachtung dieser unterschiedlichen Fallzahlen gestellt werden muss.

Der Begriff Burnout selbst wurde in den 1970er Jahren durch den deutsch-amerikanischen Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger geprägt (Freudenberger 1974). Im Rahmen einer Untersuchung ehrenamtlicher Mitarbeiter von Selbsthilfe- und Kriseninterventionseinrichtungen stellte er fest, dass diese sich nach einiger Zeit veränderten. Anfänglich hoch motiviertes Personal wurde über die vielfachen Enttäuschungen und die fehlende Anerkennung für die geleistete Arbeit erschöpft und müde. Einige klagten über körperliche Symptome, und Freudenberger (1974) konnte auch im Alltag Veränderungen wie vermehrte Gereiztheit und Anspannung an den Mitarbeitern erkennen. Die beschriebenen und nun durch den Psychoanalytiker unter dem Begriff Burnout zusammengefassten Symptome erschienen jedoch bereits früher in der Literatur. In einer historischen Perspektive wird leicht erkennbar, dass chronische Erschöpfungs- oder Müdigkeitssyndrome durch eine Überforderung in der Arbeitswelt bereits Mitte des 19. Jahrhunderts diskutiert wurden (Kapfhammer 2012). Thomas Mann beschreibt in seinem Roman „Die Buddenbrooks“ aus dem Jahr 1901 in der Figur des Thomas Buddenbrook einen nach heutigem Maßstab nahezu mustergültigen Weg in ein Burnout. An eine gesellschaftliche Anerkennung, wie sie diesem Syndrom heute entgegengebracht wird, war zur damaligen Zeit jedoch nicht zu denken.

Mit der Einführung des Begriffes Burnout durch Freudenberger (1974) begann demnach die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Bereits 1976 knüpfte die Sozialpsychologin Christina Maslach an Freudenbergers Ansatz an und definierte Burnout als Reaktion auf chronischen Stress im Beruf (Maslach 1976). Ihre grundsätzlichen Ansätze sowie ihre Unterteilung in drei Dimensionen des Burnout haben bis heute Bestand und sind als Grundlage vieler diagnostischer Testverfahren zu finden (Maslach und Jackson 1981).

2.1 Burnout: Definition, Ursachen und Symptome

Die aktuelle Zahl von Definitionsversuchen des Begriffes Burnout ist beträchtlich. Alle einschlägigen Versuche sind bis heute entweder viel zu umfassend und spezifisch oder aber so weit gefasst, dass keine klare Abgrenzung von anderen Erkrankungen möglich ist (Burisch 2013). Aus diesem Grund setzen die verschiedenen

nationalen und internationalen Gesellschaften für Psychiatrie eigene Standards. In Deutschland hat sich die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) auf eine Definition des Begriffes nach dem Ansatz von Maslach und Jackson (1981) festgelegt (Berger et al. 2012b). Diese auch weltweit am häufigsten genutzte und vielfach bestätigte Auffassung von Burnout beschreibt Burnout in den drei Symptomdimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (Burisch 2013; Rösing 2003). Als Kern- oder auch Leitsymptom wird emotionale Erschöpfung gefasst. Sie tritt als Erstes auf und ist durch Gefühle der emotionalen Überforderung und des Ausgelaugtseins gekennzeichnet (Maslach und Jackson 1981). Darüber hinaus kann das Gefühl der innerlichen Leere und der Kraftlosigkeit bestimmend in dieser Phase sein (Bergner 2007). Als zweite Phase wird Depersonalisation oder auch Zynismus gefasst. Diese Phase ist durch sozialen Rückzug und eine Distanzierung kognitiver und physischer Art gekennzeichnet. Sie geht einher mit der Vermeidung von Kontakten sowie reduziertem sozialem Engagement und wird häufig durch eine auftretende Gefühlslosigkeit beschrieben (Taris et al. 2005). Als dritte Symptomatik, die sich jedoch mehr oder weniger parallel zur emotionalen Erschöpfung und Depersonalisation entwickelt, gilt die reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit. Sie geht einher mit der Abnahme der erfolgreichen Bewältigung der Arbeit sowie dem Gefühl der Wirkungslosigkeit aufgrund mangelnder persönlicher Ressourcen (Maslach und Jackson 1984; Taris et al. 2005).

Neben diesen drei Kernsymptomen, die eine wesentliche Grundlage der Definition von Burnout darstellen, ist es wichtig, den Entstehungshintergrund zu definieren. Bei allen derzeit aktuell benutzten Burnout-Definitionen gilt eine längerfristige Überforderung im beruflichen Alltag als notwendige Voraussetzung für die Entstehung des Syndroms (Berger et al. 2012b).

Schaufeli und Enzmann (1998) haben die verschiedenen Aspekte und zahlreichen Definitionsversuche in einer Arbeitsdefinition zusammengefügt, die aus Sicht der Autoren umfassend, genau und komplex sowohl für eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Burnout-Syndrom erscheint als auch in einem privaten Kontext als zweckmäßig.

Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ‚normaler‘ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (*distress*), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer

Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht (Schaufeli und Enzmann 1998, S. 36).

Auf Grundlage dieser Definition erscheint es wichtig, noch zwei weitere Fragestellungen zu beantworten. Zum einen ergibt sich aus der Aussage, dass Burnout als Zustand „normaler“, also nicht bereits psychisch vorerkrankter Personen definiert wird, die Frage, ob es sich bei Burnout an sich um eine Krankheit im eigentlichen Sinne handelt und welche Symptome konkret damit einhergehen. Zum anderen bleibt die Frage offen, welche Faktoren genau diesen negativen Zustand hervorrufen. Beide Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit Erstellung der ICD 10 eine weltweit verbindliche Klassifikation von Erkrankungen eingeführt, die sich unter dem Kapitel V (F00–F99) mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen beschäftigt. Hierunter findet man Diagnosen wie Depression (F32), aber auch Depersonalisation (F48) oder Angststörungen (F40) (Dilling et al. 2015). Die Symptombeschreibungen ähneln zum Teil denen des Burnout-Syndroms. Dennoch wird Burnout hier noch nicht als eigene Erkrankung aufgefasst. Burnout taucht in der internationalen Klassifizierung als „Ausgebranntsein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 auf. Damit gehört es zum Abschnitt „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ und stellt maximal eine Rahmen- oder Zusatzdiagnose und keine Behandlungsdiagnose dar, die zum Beispiel eine Einweisung in ein Krankenhaus rechtfertigt. Auch im aktuellen Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, des diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen (DSM-5), wird Burnout nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt. Rein rechtlich gesehen stellt Burnout demnach keine eigenständige Erkrankung dar. Jedoch sind die Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem, die im Zusammenhang mit einer angeblichen Burnout-Diagnose bestehen, enorm, sodass die DGPPN in ihrem Positionspaper zum Thema Burnout eine Systematik hervorgebracht hat, die es im Einklang mit der ICD 10 ermöglicht, die durch eine Arbeitsbelastung auftretenden gesundheitlichen Störungen dennoch zu differenzieren. Ziel ist es, die Symptome von langfristig unter beruflichem Stress stehenden Menschen ernst zu nehmen und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen. Mögliche resultierende Folgeerkrankungen sollen vermieden, Krankheitsstage aufgrund psychischer Faktoren reduziert sowie der Einfluss der Burnout-Symptomatik auf das Gesundheitssystem Deutschlands minimiert werden.

Folgt man dem Diagnoseschlüssel der ICD 10 sowie den Festlegungen der DGPPN, lassen sich die Symptome des Burnout-Syndroms, die auch zur Diagnose verwendet werden, auf die drei durch Maslach (1976) eingeführten Kernsymptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit zurückführen. Im Einzelnen sind mehr als 130 mögliche Symptome bekannt, die durch Bergner (2007) anhand der drei Ebenen körperliche, emotionale und verhaltensbasierte Betroffenheit sinnvoll klassifiziert worden sind. Tab. 2.1 gibt einen Überblick und Beispiele.

Als Kardinalsymptom wird jedoch einheitlich in der Literatur der Zustand der Erschöpfung über einen längeren Zeitraum (in der Regel über mehrere Monate) genannt. Hierbei wird spezifiziert, dass auch Erholungsphasen wie Urlaub oder Wochenenden keine signifikante Linderung der Erschöpfung bieten (Känel 2008). Je nach ausgeübtem Beruf können die drei Kernsymptome jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Ärzte beispielsweise leiden kaum an verminderter Leistungsfähigkeit, sondern vor allem an Erschöpfung und Depersonalisation, während Lehrer vor allem an ihrer eigenen Leistungsfähigkeit zweifeln, lange bevor sie emotionale Erschöpfung fühlen (Hakanen et al. 2006; Shanafelt et al. 2002).

Die Auflistung der unterschiedlichen Symptome sowie die berufsspezifischen Modifikationen verdeutlichen die zu Beginn beschriebene Definitionsproblematik auch auf der praktischen Ebene. Nichtsdestotrotz haben sich im Laufe der Jahre, vor allem aus der pseudowissenschaftlichen Ratgeberliteratur heraus, durchaus sinnvolle Checklisten ergeben, die zumindest erste Hinweise darüber geben können, ob eine Gefährdung besteht. Die hier dargestellte Checkliste (vgl. Abb. 2.1) wurde exakt zu diesem Zweck von Burisch (2015) zusammengestellt und erfasst die persönlichen Veränderungen in der letzten Zeit.

Tab. 2.1 Überblick möglicher Symptome bei Burnout

Körperliche Symptome	Emotionale Symptome	Verhaltensbasierte Symptome
Kopfschmerzen	Gefühl der Unentbehrlichkeit	Überaktivität
Müdigkeit	Gefühl, zu wenig Zeit zu haben	Vernachlässigung sozialer Beziehungen
Schlafstörungen jeder Art	Stimmungsschwankungen	Konzentrationsprobleme
Verdauungsstörungen	Gereiztheit	Aufgabe von Hobbys
Rückenschmerzen	Ungeduld	Apathie
Zähneknirschen	Unzufriedenheit	Veränderte Essgewohnheiten
...

1. Mir fällt es heute schwerer, nach der Arbeit abzuschalten.
2. Ich habe seit einer Weile Hobbys eingeschränkt, weil mir die Zeit und Kraft dafür fehlen.
3. Ich arbeite neuerdings deutlich mehr, als mir lieb ist.
4. Mein privater Bekanntenkreis hat sich verkleinert.
5. Ich bin deutlich reizbarer geworden als früher.
6. Ich hatte in letzter Zeit häufiger als früher das Gefühl, dass mir alles über den Kopf wächst.
7. Ich schlafe mittlerweile schlechter ein und/oder wache auch öfter in der Nacht auf.
8. Ich spüre häufiger als früher ein Gefühl der Erschöpfung, ohne körperlich gearbeitet zu haben.
9. Ich fühle mich, anders als früher, nicht mehr allen beruflichen Anforderungen gewachsen.
10. Meine Arbeit kommt mir zunehmend sinnlos vor.
11. Ich habe immer mehr das Gefühl, mit der Arbeit nie fertig zu sein.
12. Ich fühle mich zunehmend gehetzt.
13. Ich empfinde einen steigenden Widerwillen gegen meine Arbeit.
14. Mehr und mehr habe ich das Gefühl, für meine Anstrengungen zu wenig zurückzubekommen.
15. Neuerdings können mir Kleinigkeiten den ganzen Tag verderben.

Abb. 2.1 Checkliste der Warnsignale von Burnout nach Burisch (2015). Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors

Nachdem Burnout nun definiert wurde und die wesentlichen Symptome überblicksartig dargestellt worden sind, bleibt noch die Frage nach den Auslösern des Burnout-Syndroms. Hierzu hat sich vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten der Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung von zunächst ausschließlich externen Auslösern hin zu internen, persönlichkeitsbezogenen Faktoren gewandelt.

In den Anfängen der Burnout-Forschung standen schwerpunktmäßig soziale Berufe im Vordergrund. Sowohl Freudenberg (1974) als auch Maslach (1976) begannen ihre Untersuchungen in sogenannten Hightouch-Berufen, also Berufen, die ein besonders hohes Maß an direktem Kontakt zu anderen Menschen erfordern. Maslach und Leiter (2001) begründen deren erhöhtes Risiko „auszubrennen“ mit dem besonderen Einsatz, den diese Berufe erfordern. Sie weisen auf längere Arbeitszeiten, enorme Arbeitsmengen und kräftezehrende Konflikte mit Kunden, Patienten, Schülern etc. hin. Den Anstieg der Burnout-Prävalenzen begründen sie mit dem gesellschaftlichen Wandel hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft, in der immer mehr Menschen diesen Schwierigkeiten ausgesetzt sind. Die veränderte Arbeitswelt wird in der Literatur gemeinhin als wesentlicher Faktor für Burnout genannt (Siegrist 2013). Konkret sieht beispielsweise

Kapfhammer (2012) die Flexibilisierung der Arbeitswelt als einen Hauptfaktor der erhöhten Burnout-Prävalenzen. Ein grundlegender Rückgang althergebrachter Tugenden wie Treue, Verantwortung und Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber führt beim Einzelnen zu Verunsicherung. Darüber hinaus sind langfristige Bindungen an Unternehmen und damit einhergehende Sicherheit in der heutigen Arbeitswelt nicht mehr selbstverständlich (Maslach und Leiter 2001). Somit kommt zu der generellen Unsicherheit auch eine finanzielle Abhängigkeit hinzu (Layard 2005). Mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte, aber auch der Druck, mit der rasanten technologischen Entwicklung Schritt zu halten, stellen weitere mögliche Auslöser für ein Burnout dar (Siegrist 2013). Hinzu kommen überhöhte eigene oder fremde Leistungserwartungen sowie geringe Aufstiegschancen, die häufig das Gefühl vermitteln, Arbeit wäre nicht lohnenswert (Sanz 2011). In den letzten Jahren am häufigsten diskutiert ist die Tatsache der fehlenden Abgrenzung zum Privatleben. Durch eine permanente Erreichbarkeit über E-Mail oder das Handy verschwimmen die Grenzen zwischen Berufs- und Privatleben, sodass die Erholungsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind (Berger et al. 2012b). Maslach und Leiter (2001) fassen die externen Einflussfaktoren in sechs Missverhältnissen zusammen (vgl. Tab. 2.2).

Die ursprüngliche Aussage, Burnout sei nur in Hightouch-Berufen vorhanden bzw. nur im Berufsleben überhaupt möglich, haben Maslach und Leiter (2001) mittlerweile selbst revidiert. Die beschriebenen äußeren Einflussfaktoren werden durch eine zunehmende Globalisierung und Veränderung der Gesellschaft für jeden Berufszweig und auch darüber hinaus für privates Engagement relevant. Die Auflistung externer Faktoren der beiden Autoren erklärt zwar die Entstehung des Burnout-Syndroms, sie lässt aber unberücksichtigt, weshalb einige Personen, die den gleichen externen Einflüssen ausgesetzt sind, nicht erkranken. Bakker et al. (2004) erklären dies durch die Nutzung des Job-Demand-Resource-Modells von Karasek (1979). Burnout entsteht nach diesem Modell nur dann, wenn das Missverhältnis zwischen den Anforderungen und den persönlichen Ressourcen dauerhaft anhält. Hakanen et al. (2006) konnten dieses Modell in einer umfassenden Studie bestätigen. Ausgangspunkt für die Erkrankung ist demnach ein ständiger

Tab. 2.2 Ursachen für Burnout nach Maslach und Leiter (2001)

1. Arbeitsüberlastung
2. Mangel an Kontrolle
3. Unzureichende Belohnung
4. Ein Zusammenbruch der Gemeinschaft
5. Ein Fehlen an Fairness
6. Widersprüchliche Werte

Mangel an persönlichen Ressourcen, über die eine Person verfügen muss, um ihre Aufgaben zu bewältigen. Abhängig von internen Faktoren und persönlicher Motivation wird diese Lücke geschlossen oder bleibt bestehen. Neben den äußeren Faktoren werden nun auch biografisch erworbene Bewältigungsmuster, Copingstrategien im Umgang mit Stress und die Persönlichkeit des Einzelnen als Einflussfaktoren relevant (Langelaan et al. 2006; Bakker et al. 2006). Während in den 1990er Jahren noch davon ausgegangen wurde, dass Persönlichkeit eher einen untergeordneten Einflussfaktor für eine Erkrankung an Burnout darstellt (Pick und Leiter 1991), herrscht heute Einigkeit darüber, dass stabile Faktoren und vor allem Persönlichkeit den wesentlichsten Einfluss- und auch Vorhersagecharakter in Bezug auf Burnout aufweisen (Siegrist 2013; Känel 2008; Colbert et al. 2004; Ghorpade et al. 2007). Daher wird diesem Forschungsschwerpunkt auch im Rahmen des vorliegenden *essentials* ein eigenes Kapitel gewidmet.

2.2 Bewältigung und Selbsthilfe

Zu den Themen Bewältigung und Prävention von Burnout gibt es eine scheinbar unendliche Dichte an Ratgebern und Onlinequellen, die sich in ihrer wissenschaftlichen Seriosität deutlich unterscheiden. So findet man sowohl online als auch in einigen Publikationen einfache Checklisten und Fragebögen, die bei der Selbstdiagnose helfen sollen. Neben all den fragwürdigen Angeboten gibt es jedoch viele hilfreiche und wissenschaftlich fundierte Selbsttests, die einen guten Anhaltspunkt für eine erste Selbsteinschätzung bieten können. An die meisten Verfahren schließt sich eine automatische Auswertung an, die jedoch in keinem Fall als echte Diagnose zu werten ist. Es ist unbedingt notwendig, einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen, sollte es zu einer Vielzahl der genannten Burnout-Symptome kommen, um klinisch relevante Störungen wie Depressionen, aber auch körperliche Erkrankungen auszuschließen. Nur dann kann auch ein sinnvolles und individuelles Präventions- oder Therapieprogramm entwickelt werden.

Um das eigene Gefahrenpotenzial einzuschätzen, aber auch um mögliche Stressoren im seinem Alltag zu identifizieren und frühzeitig zu handeln, sind diese Online-Selbsttests jedoch gute Tools. Einige Links finden Sie im folgenden Kasten:

<http://www.psychomeda.de/online-tests/burnout-test.html>
<http://www.cconsult.info/selbsttest/burnout-test.html>
<http://www.hilfe-bei-burnout.de/burnout-test/>
<http://www.burnout-fachberatung.de/burnout-test.htm>
<https://www.rehazentrum-bb.de/umfrage/index.php/survey/index/sid/595257/newtest/Y/lang/de>

Insgesamt jedoch begegnet einem bei der Diagnostik von Burnout zwangsläufig wieder die Problematik des nur unzureichend operationalisierten Begriffes an sich. Demnach existiert kein objektives Testverfahren zur Diagnose. Mit Hilfe von Symptomkatalogen wie dem Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach und Jackson 1981) werden im klinischen Alltag, aber auch in der Selbstdiagnose erste Präferenzen festgestellt (Bauer et al. 2003). Das MBI liegt seit 1992 auch in einer deutschen Version vor (Büssing und Perrar 1992). Dieses Testverfahren unterteilt sich in die drei Kategorien emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit, die bereits in Abschn. 2.1 als maßgebliche Dimensionen für Burnout beschrieben worden sind. Insgesamt operationalisiert das MBI die drei Dimensionen des Burnout in 22 Fragen. Klinisch relevant werden vor allem das Kardinalssymptom der andauernden Erschöpfung und die reduzierte Arbeitsleistung zum Untersuchungsgegenstand (Känel 2008). Hier knüpfen demnach auch die meisten Präventions- bzw. Therapiemaßnahmen an.

Sowohl zur Vorbeugung eines Burnout als auch zur Behandlung haben Schaufeli und Enzmann (1998) drei wesentliche Ansatzpunkte benannt, an denen Interventionen anknüpfen können. Sie beschreiben den Menschen an sich, die Schnittstelle zwischen Mensch und Organisation und die Organisation selbst als Ausgangspunkte. Abhängig vom jeweiligen Schwerpunkt erfolgt stets eine umfassende Analyse des Problemzusammenhangs. Bleibende Wirkung ist jedoch nur dann zu erwarten, wenn an allen beteiligten Komponenten gearbeitet wird (Cherniss 1982). Auch die DGPPN sieht die Zielsetzung erfolgreicher Interventionen darin, darauf hinzuwirken, einen Arbeitsplatz zu finden, an dem das Wiedererkrankungsrisiko minimiert wird. Keinesfalls sollte die Zielsetzung sein, den Patienten dazu zu bringen, die vorher inakzeptablen und unbewältigten Arbeitsbedingungen wieder zu tolerieren (Berger et al. 2012b). In der Behandlung von Burnout passiert dies aber leider häufig. Zahlreiche Privatkliniken bieten zur Behandlung des „Ausgebranntseins“ Ernährungs- und Sportprogramme an, die unterstützt durch Meditations- und Entspannungsübungen die Symptome kurzfristig lindern. Eine Ursachenbekämpfung oder eine Analyse der Situation findet häufig nicht statt. Je nach Schwerpunkt und vor allem abhängig vom aktuellen Zustand einer Person oder Organisation ist es aber unbedingt notwendig, Umweltbedingungen, Ressourcen und Zielsetzungen entsprechend abzuklären. Sowohl für Präventions- als auch für Therapiemaßnahmen geht einer hilfreichen Intervention eine exakte Bestandsaufnahme voraus. Diese sollte sich vor allem im Hinblick auf eine erfolgreiche Therapie mit den in Abb. 2.2 dargestellten Schwerpunkten auseinandersetzen.

Die in Abb. 2.2 dargestellten Fragen kommen aus der systemischen Beratungstechnik und bieten auch im Sinne einer Selbstevaluation eine gute Grundlage zur Analyse der eigenen Situation. Sie dienen sowohl präventiv als auch reaktiv

Welche Umweltfaktoren werden als belastend empfunden? Wie ausschlaggebend sind diese für das eigene aktuelle Befinden?

Welche eigenen Eigenschaften oder Fähigkeiten führten zu dem Burnout? Welche Bedürfnisse oder Ziele blieben in der letzten Zeit unerreicht?

Welche Glaubensmuster oder Wertvorstellungen stecken dahinter?

Welche Ressourcen sind momentan nicht ausreichend verfügbar, oder welche Informationen fehlen, um eine Besserung zu erreichen?

Wo gibt es Ansatzpunkte zu Verbesserung der eigenen Situation?

Abb. 2.2 Schwerpunktfragen für eine Bestandsaufnahme

der Bestandsaufnahme. Insbesondere in den letzten fünf Jahren ist der Aspekt der Umweltbedingungen jedoch auch in der Therapie von Burnout immer mehr in den Hintergrund gerückt und neuere Forschungsergebnisse, die interne Faktoren wie die Persönlichkeit berücksichtigen, finden größere Beachtung (Heinemann 2012; Prieß 2013). Im Hinblick auf präventive Maßnahmen sollten äußere Umstände wie die Arbeitsbelastung jedoch weiterhin im Fokus bleiben.

Geht es nun um eine sinnvolle Prävention von Burnout, stehen sich in der Literatur zwei Ansätze gegenüber, die letztendlich in dem Ziel münden, achtsamer mit sich selbst umzugehen. Ein erster Ansatz geht davon aus, dass Burnout als Folge von Stress zu verstehen ist. Verhindert man diesen externen Faktor oder findet Mittel und Wege, damit umzugehen, wird als logische Folge auch ein Burnout verhindert. Burisch (2013) weist in seinem Überblickswerk zum Thema Burnout deshalb darauf hin, dass die gesammelten Präventivmaßnahmen und Hinweise zum Thema Stressmanagement ein guter Anknüpfungspunkt sind. Neben allgemeinen Werken finden sich auch im deutschsprachigen Raum mittlerweile hunderte Ratgeber, die Stress und Burnout miteinander in Beziehung setzen und Ratschläge und Hinweise zum Erkennen, Vorbeugen und Handeln geben (Wenninger 2014). Darüber hinaus sind in den letzten fünf Jahren vor allem Praxisleitfäden für Seminarleiter oder Therapeuten in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung gerückt. Hier werden vor allem anhand von Praxisbeispielen mögliche Präventions- und Therapiemaßnahmen vorgestellt (Günthner und Batra 2015; Wieber 2015). Auch Maslach und Leiter (2001) haben neben wissenschaftlichen Studien zahlreiche Ratgeber und populärwissenschaftliche Publikationen herausgebracht. Einige davon wurden auch ins Deutsche übersetzt. Obgleich die wissenschaftlichen Werke dieser beiden Vorreiter in der Burnout-Forschung große Anerkennung finden, zeigen die herausgegebenen Ratgeber eine eher obsoletere Vorstellung von Burnout, die sich vor allem um die Beseitigung externer Stressoren bemüht.

Der zweite Präventionsansatz beschäftigt sich vor allem mit persönlichen Wertvorstellungen und Glaubenssätzen, die im Rahmen bestimmter Persönlichkeitseigenschaften immer wieder zu Burnout-Symptomen führen. Hierbei geht es vor allem um die Hinterfragung von Perfektionismus, dem Gefühl der Unabkömlichkeit im Beruf oder auch der Abhängigkeit von anderen in einem beruflichen oder privaten Kontext (Kraemer 2012). Bergner (2007) beispielsweise stellt in seinem Buch „Burnout-Prävention“ ein Neun-Stufen-Programm zur Selbsthilfe vor, das sich neben Stress vor allem mit der eigenen Zufriedenheit, Selbstbestimmung, dem eigenen Rollenverständnis und der Fähigkeit beschäftigt, Situationen zu akzeptieren, wie sie sind. Zu Beginn steht eine umfassende Reihe an Testverfahren, die einer Selbsteinschätzung dienen. Gepaart mit sinnvollen Aufgaben und einer soliden und ehrlichen Beschreibung des Burnout-Syndroms stellt dieser Ratgeber eine sehr gute Kombination aus Sachbuch und persönlicher Präventionshilfe dar.



Abb. 2.3 Aspekte der Burnout-Prävention

Aber auch andere, vor allem in den letzten fünf Jahren erschienene Ratgeber geben hilfreiche Tipps zur Prävention und zur Aktivierung eigener vorhandener Ressourcen, um mit den nicht zu leugnenden steigenden Anforderungen im Alltag umzugehen. Literaturhinweise finden sich am Ende des *essentials*.

Abb. 2.3 stellt zusammengefasst die Schwerpunkte und Fragestellungen dar, die eine sinnvolle Burnout-Prävention abdecken sollte.

Es geht also insgesamt bei der Prävention des Burnout darum, einen strategischen und erfolgsorientierten Umgang mit allen relevanten Aspekten des Lebens, der Arbeit und der Umwelt zu finden, der sich dynamisch an die sich wandelnden Herausforderungen anpasst. Voraussetzung dafür ist eine realistische Einschätzung der eigenen Ressourcen und Schwächen, kurzum: ein funktionierendes Selbstbild und eine funktionierende Work-Life-Balance (Hillert und Marwitz 2006).

Auch die Therapie von Burnout knüpft in vielen Aspekten an Forschungsergebnisse aus der Stressforschung an. Aufgrund der Vielseitigkeit der Symptomatik und des unterschiedlich hohen Leidensdrucks der Patienten ist die Therapielandschaft hier jedoch um einiges größer. Dies führt leider dazu, dass unter dem Aspekt Burnout-Behandlung im Grunde alles angeboten wird, was der Gesundheit in irgendeiner Art und Weise dienlich sein könnte (Hillert 2012). Therapeutische Angebote oder Ratgeber wie „Yoga gegen Burnout“, „Heilung in 3 Tagen“ oder „Burnout durch Ernährungsumstellung bekämpfen“ sind daher kritisch zu betrachten, da sie vor allem auf kurzfristige Symptombeseitigung, nicht aber auf die Bekämpfung der Ursachen ausgelegt sind (Seehofer 2015; Graf et al. 2013; Heim und Schulze 2008). Eine Zufriedenheit der Patienten kann durchaus erreicht werden. Klinisch kontrollierte Studien über die exakten Behandlungserfolge fehlen jedoch (Hillert 2012). Es gibt dennoch auch eine Vielzahl wissenschaftlich gut fundierter Therapieansätze, die bei Burnout mehr oder weniger gut funktionieren. Einige der wichtigsten werden in Tab. 2.3 mit ihren Vor- und Nachteilen übersichtlich zusammengefasst.

Es zeigt sich deutlich, dass es die eine Therapie für Burnout nicht gibt. Die Wahl eines Therapeuten, die persönliche Kommunikationsebene, aber auch die Zugewandtheit und Offenheit für die methodische Arbeit sind entscheidende Faktoren für einen Therapieerfolg. Der zwischenmenschlichen Komponente kommt derzeit sogar mehr Bedeutung zu als der ausgeübten Methode (Hermer und Röhrle 2008).

Tab. 2.3 Therapiemethoden für Burnout im Überblick

Ansatz	Vorteile	Nachteile
Verhaltenstherapie <ul style="list-style-type: none"> • Beruht auf dem Grundsatz, dass psychischen Störungen dysfunktionale Verhaltensmuster/ Glaubenssätze zugrunde liegen • Ändert sich das Verhalten/ die Bewertungsinstanz, löst sich das Problem auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird direkt an den Verhaltensweisen gearbeitet, die zum Burnout geführt haben • Schnelle Linderung der Symptomatik durch konkrete Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tatsächliche Ursache kann unentdeckt bleiben • Therapieerfolg nur bedingt zeitbeständig
Tiefenpsychologischer Ansatz <ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung ist nicht die Behandlung der akuten Symptomatik, sondern die Auflösung früherer defizitärer Entwicklungen, die zum Burnout geführt haben 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Beschäftigung mit der Ursache Begründungen für zugrunde liegende Probleme werden gesucht 	<ul style="list-style-type: none"> • Es dauert sehr lange, bis sich ein Erfolg einstellt • Symptome werden nicht gelindert
Kunsttherapie <ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung ist es, ein Beziehungsdreieck zwischen Klient, Therapeut und künstlerischem Medium zu erzeugen • Durch das künstlerische Medium sollen unbewusste Prozesse und Probleme sichtbar gemacht werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereint lösungsorientierte Konzepte, wie die Frage nach der Genesung, mit der Erforschung der Ursachen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird nicht durch die Krankenkasse finanziell unterstützt • Erfordert vom Klienten hohes Maß an Abstraktionsfähigkeit
Körpertherapie <ul style="list-style-type: none"> • Durch den direkten Zugang zum Körper sollen Charakterbewegungen aufgespürt und verändert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Führt zu langfristiger Umstrukturierung von Verhaltens- und Bewegungsmustern 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr langwierige Methode • Fokus liegt nicht vorrangig auf der Persönlichkeit oder dysfunktionalem Verhalten
Hypnotherapie <ul style="list-style-type: none"> • Zielsetzung ist es, durch den Zustand der Trance ein erweitertes Verständnis unbewusster Prozesse zu erlangen und diese fokussiert zu ändern 	<ul style="list-style-type: none"> • Auftragsorientierte Behandlung mit guter Aussicht auf schnellen Erfolg 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfordert hohes Maß an Vertrauen zum Therapeuten und die Fähigkeit der Hypnose



<http://www.springer.com/978-3-658-16725-7>

Persönlichkeit, Burnout und Work Engagement

Eine Einführung für Psychotherapeuten und

Angehörige gefährdeter Berufsgruppen

Sisolefsky, F.; Rana, M.; Herzberg, P.Y.

2017, VII, 50 S. 6 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-16725-7