

Wie wird Burn-out behandelt?

Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik

Einführung: Wie behandelt man ein epochales Phänomen?

In den einführenden Beiträgen dieses Heftes wurde einschlägig dargelegt, was Burn-out ist respektive, dass diesbezüglich zwar jeder spontan davon ausgeht zu wissen, wovon gesprochen wird, es aber gleichwohl unmöglich ist, Burn-out konkret zu definieren, zu messen und im Kontext der nach allen Seiten hin offenen Schnittmenge von Überlastungserleben und diversen psychopathologischen Phänomenen, insbesondere Symptomen einer Depression, abzugrenzen. Dass Burn-out dennoch in aller Munde und jetzt auch Thema des Bundesgesundheitsblattes ist, ist letztlich nur damit zu erklären, dass diese „Diagnose“ passgenau das Erleben vieler Menschen angesichts einer zunehmend entgrenzten, an Sicherheiten ärmeren und bezüglich potenzieller Leistungserwartungen nach oben hin offenen, „stressigen“ Arbeits- und Lebenswelt spiegelt [1].

Als manifester Zustand entlastet „Burn-out“ das überforderte Individuum gegenüber eigenen wie gesellschaftsimmanenten Erwartungen. Gerne hätte der Betroffene noch mehr gegeben und sicher viel mehr erreicht, wenn er nicht durch das besagte Phänomen ausgebremst worden wäre: lieber ausgebrannt als gescheitert. Bereits der (bezogen auf unser Bedeutungsfeld) Vater des Burn-out-Begriffes, Herbert Freudenberger,

ausgehend von eigenem Überlastungserleben als beruflich wie ehrenamtlich hoch engagierter Therapeut [2, 3], legte Wert auf die Feststellung, dass Burn-out eben keine (potenziell sozial stigmatisierende) psychische Erkrankung, sondern ein Phänomen eigener Art sei, das durch von außen kommende Überforderung verursacht werde und dabei vor allem Hochengagierte treffe ... wer im Beruf gesund bleibt, ist – umgekehrt betrachtet – somit eher weniger engagiert! Welche Diagnose des F-Kapitels des ICD-10 (Burn-out ist im ICD-10 nur als Zusatzkodierung gelistet!) kann mit einem vergleichbaren Implikationsspektrum und Nimbus aufwarten? All dies zusammen macht Burn-out derzeit zu einem – zumal relativ zu psychiatrischen Diagnosen – attraktiven subjektiven Krankheits- beziehungsweise Störungsmodell.

Hiervon ausgehend ist die Frage, wie Burn-out verhindert beziehungsweise behandelt werden kann, eine intellektuelle Herausforderung besonderer Art – respektive paradox: Jeder Antwortversuch bestätigt implizit eben nicht gegebene Voraussetzungen: Wenn etwas behandelt werden kann, dann muss es das auch geben ... Die Tatsache, dass es zwischenzeitlich unüberschaubar viele Beiträge zum Thema „Burn-out-Behandlung“ gibt (mehr als hundert mehr oder weniger populär gehaltene Anti-Burn-out-Ratgeber- und Behandlungsbücher sind in Deutschland auf dem Markt), von denen

allerdings nur wenige im engeren Sinne wissenschaftlich fundiert sind, lässt an das Märchen von „Des Kaisers neue Kleider“ denken. Offenbar ist der Begriff „Burn-out“ so plastisch, eindringlich, nützlich und zwischenzeitlich so selbstverständlich geworden, dass die diffuse Konsistenz des Phänomens nicht mehr wahrgenommen wird. Zumal Burn-out-Behandlung ein gutes Geschäft verspricht: Bereits der offensive Gebrauch des Wortes signalisiert „Verständnis“ und bahnt Beliebtheit bei potenziellen Kunden. „Depression“ dagegen bleibt stigmatisierend, unfein. Das kundenfreundliche „Burn-out“ hätte somit, zumal dann, wenn die Wirtschaft wieder eine Talfahrt einlegt, das Zeug zum (Un-?)Wort des Jahres.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vorliegenden Beitrages, das Spektrum der aktuell angebotenen Burn-out-Behandlungsansätze zu skizzieren. Zur den allermeisten diesbezüglichen Verfahren liegen bislang keine – im engeren oder weiteren Sinne – wissenschaftlichen Daten vor. Entsprechend wurden, neben üblichen Recherchen in wissenschaftlichen Datenbanken, populäre Medien und Werbematerialien der Anbieter einbezogen. Eine auch nur annähernd vollständige Erfassung aller Texte zu Burn-out-Behandlungsverfahren war dabei schon angesichts der schier Menge des Materials nicht möglich.

Burn-out-Behandlungsangebote: breit gestreut und kundenfreundlich

Eine aktuelle (20.2.2011) Google-Recherche, Stichwort „Burnout Behandlung“, macht die Heterogenität des real existierenden Burn-out-Behandlungsmarktes schlaglichtartig deutlich. Als erste Nennung – wohl durch entsprechende Zahlungen lanciert – findet sich hier das Angebot einer ansonsten zumindest nicht durch wissenschaftlich-konzeptuelle Arbeiten in diesem Bereich bekannt gewordenen psychosomatischen Klinik, gefolgt von einer persönliche Betreuung vor Ort anbietenden, psychotherapeutischen Agentur und einem Hinweis auf ein Ratgeber-Buch zum Thema. Mehrere mehr oder weniger kommerzielle Plattformen (Burnout.Net, [http://www.net.doctor ...](http://www.net.doctor...) etc.) bieten am Maslach-Burnout-Inventar (MBI) [1, 4, 5] angelehnte Selbsttests und diverse goldene Burn-out-Prophylaxe-Empfehlungen an, oft mit Links zu Ferien, Entspannungs- und Wellness-Angeboten. Nach dem Wikipedia-Artikel zum Thema (in dem zwischenzeitlich das Konzept kritisch beleuchtende Argumentationen wieder getilgt worden sind) folgt ein Buch „Burnout homöopathisch behandeln“, in dem dargelegt wird, dass das Problem die Folge von Säuremangel sei. Mehr oder weniger psychotherapeutische Angebote mit dem Fokus „Stressreduktion“ sind somit am breitesten vertreten. Darum scharen sich diverse attraktive Wellness- und alternativ-medizinische Offerenten. Die kommerzielle Potenz der Thematik ist unübersehbar.

Burn-out-Behandlung: konzeptuelle Grundsatzfragen

Allgemein betrachtet bezeichnet „Burn-out“ die subjektive Befindlichkeit von Individuen, die sich in der jeweiligen Lebens- und/oder vorzugsweise der Arbeitssituation als erheblich überlastet, als leidend und „ausgebrannt“ erleben. Auf der einen Seite des Spektrums finden sich dabei Menschen, die die Symptome einer Depression und/oder einer anderen akuten psychischen beziehungsweise psychosomatischen Störung (nach ICD-10) erfüllen, und auf der anderen solche, die dies-

bezüglich gesund sind. Der Begriff „Burn-out“ impliziert dabei eine Integration von aktueller Symptomatik und deren vorzugsweise als von außen determiniert erlebten Ursachen. Dass gleichwohl, neben der exogen-situativen Komponente, oftmals im Individuum liegende Aspekte für die Manifestation der Problematik mitentscheidend sind – andernfalls müssten ja alle ähnlich belasteten Kollegen „ausbrennen“ –, kann als akzeptierte Tatsache gelten, wobei aber im individuellen Fall die Einschätzung der jeweiligen Anteile erheblich divergieren kann (zusammenfassend [5]).

Burn-out-Behandlung kann vor diesem Hintergrund a) entweder primär auf eine Reduktion aktueller Symptome beziehungsweise der als eingeschränkt erlebten Befindlichkeit oder/und auf eine b) Entschärfung der mutmaßlichen individuell-persönlichen und/oder auch der situativen Ursachen abzielen. Therapieansätze, die Aspekte von a) und b) verbinden, werden üblicherweise als „integrativ“ bezeichnet, mit fließenden Übergängen zum letztlich diffusen Begriff „ganzheitlich“. Auch dieser zaghafte Versuch einer Systematik kommt an dem immanenten konzeptuellen Dilemma des Burn-out-Begriffes nicht vorbei. Alle primär symptombezogenen Ansätze müssen notwendigerweise unspezifisch bleiben, schon deshalb, weil die Burn-out-Symptomatik per se unspezifisch ist beziehungsweise bei jedem Betroffenen, laut Freudenberg und nachfolgenden Autoren, unterschiedlich sein kann. Von Erholungsangeboten aller Art bis hin zu strukturierten psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen kann somit alles auch als Burn-out-Behandlung deklariert werden. Die unter b) subsumierbaren, auf das zu Burn-out-Konstellationen führende Bedingungsgefüge fokussierenden Ansätze (wobei primär arbeitsplatzbezogene Interventionen an dieser Stelle ausgeklammert werden, siehe unten) sind damit zwangsläufig (sekundär bis tertiär) präventiv ausgerichtet. Betroffene sollen etwas lernen beziehungsweise internalisieren, was perspektivisch ihre Energiebilanz verbessert. Inhaltlich ist dieser ursachenbezogene Teil der Burn-out-Behandlung und der (primären) Burn-out-Prävention deckungsgleich.

Vor diesem Hintergrund kommt der Frage, wie Burn-out-Behandlungen angemessen evaluiert werden könnten, besondere Bedeutung zu. Da Burn-out ja mehr sein soll, als ein Syndrom diverser negativer Befindlichkeiten, reichen Fragebögen, die die primäre aktuelle Symptomatik, Belastungserleben und Befindlichkeit erfassen – so wie es etwa das MBI tut (siehe oben), sicher nicht aus. Diese Ebene müsste vielmehr ergänzt werden durch Instrumentarien, die parallel dazu prozesshaft (berufsbezogene) Einstellungen, Resilienz, salutogenetische Aspekte beziehungsweise Stressbewältigungskompetenzen abbilden. Von den bislang im klinischen Kontext eingesetzten Fragebögen kommt der von Uwe Schaarschmidt entwickelte AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) ([6]; vergleiche [7]), der allerdings dezidiert kein Burn-out-Mess- oder gar Diagnoseinstrument ist, diesem Ideal vielleicht am nächsten.

Praktisch liegt ein zentrales Problem der derzeit offerierten Burn-out-Behandlungsangebote darin, dass der Mehrzahl zumal der sich als „alternativmedizinisch“ verortenden Anbieter methodische Überlegungen dieser Art und naturwissenschaftliche Standards im Sinne kontrollierter Evaluationsstudien fremd sind. Begeisterte Patienten respektive entsprechend werbewirksame Einzelfallberichte und im besten Fall ohne Kontrollgruppen erhobene MBI-Daten bei Behandlungsbeginn und -ende, also ohne Katamnese, bestimmen somit das Bild, das sich ausgehend von publizierten Daten derzeit von Burn-out-Behandlungsangeboten machen lässt. Gemessen an den Cochrane-Kriterien bleibt all dies auf der Ebene (bestenfalls) von Expertenmeinungen.

Symptome lindern und/oder Batterien aufladen

Von Entspannung über Erholung bis zur Depressionsbehandlung

Burn-out-Betroffene fühlen sich erschöpft: „Meine Energievorräte sind aufgebraucht.“ Ausgehend von dieser in unserer Gesellschaft geläufigen Metapher (die dahinter stehenden psychologischen und physiologischen Realitäten sind be-

kanntermaßen exponentiell komplexer), können, wie gesagt, alle als potenziell energiezuführend geltende, entspannende, vitalisierende beziehungsweise „roborierende“ Maßnahmen als Anti-Burn-out-Therapeutika gelten. Das einschlägige Angebot reicht von gesunder Ernährung, Vitaminzufuhr, Reduktion von Alkohol und Nikotinkonsum über diverse naturheilkundliche Methoden, Entspannungs- und Achtsamkeitstherapien, Gymnastik, Sport über eine Beschäftigung mit Religion, antiker (zum Beispiel stoischer) oder fernöstlicher Philosophie, Massagen, kreative Tätigkeiten, Tanzen, Konzert-, Theater-, Oper- und Museumsbesuche, Umgang mit Tieren bis zu gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden und/oder im Verein, Reisen ... Dem Autor liegen aktuell zudem Angebote einer Anti-Burn-out-Tango-Therapeutin und Anti-Burn-out-Vitaminpräparate vor. Welche dieser Maßnahmen wie effektiv ist, hängt mutmaßlich in hohem Maße von den Voraussetzungen, Erwartungen und Kontextbedingungen der betroffenen Individuen ab [1, 5]. Auf Achtsamkeit, Aktivitätsaufbau und positive Erlebnisse (mit Implikationen im Sinne einer „kognitiven Umstrukturierung“) hin ausgerichtete Maßnahmen sind andererseits integrale Bestandteile unter anderem der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung. Was die medikamentösen und weitergehenden psychotherapeutischen Behandlungsoptionen namentlich von zum Beispiel Depressionen anbelangt, kann hier auf einschlägige Literatur und Leitlinien verwiesen werden [8].

Von guten Ratschlägen zur berufsbezogenen Psychotherapie

Ätiologische Aspekte des „Ausbrennens“ im Fokus

Bereits der erste Aufsatz von Herbert Freudenberger [3] zum Thema beinhaltet eine bis heute aktuelle und in diversen Varianten, mal weniger (wie bei Freudenberger) und mal eher an das Individuum adressierte Liste von Vorschlägen, mit denen Burn-out verhindert beziehungsweise behandelt werden könnte (*Übersicht 1*). Ratschläge wie „Unterscheiden Sie unrealistische und realistische Selbst-Ansprüche“, „Reduzieren Sie Ihren Per-

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:190–196 DOI 10.1007/s00103-011-1411-1
© Springer-Verlag 2012

A. Hillert

Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik

Zusammenfassung

Als subjektives Krankheitsmodell ist Burn-out hochaktuell; als Diagnose, die beruflich-überlastungsbedingte Erschöpfung, Unzufriedenheit bis hin zu depressiven Symptomen bezeichnen soll, jedoch nicht real fassbar. Insofern bleiben Inhalte und Methoden von Burn-out-Behandlungen letztlich beliebig. Vieles, was der Regeneration und Gesundheit dienlich sein könnte, wird als Burn-out-Behandlung offeriert. In diesem Wachstumsmarkt geht es primär um attraktive, kundenfreundliche Angebote, nicht um Wissenschaft. Konzeptuell lassen sich auf Entspannung bis Symptombehandlung abzielende Ansätze von Strategien unterscheiden, die präventiv ausgerichtet auf verbesserte Stressbewältigungskompetenz abzielen. In der Praxis sind „integrative“ beziehungsweise „ganzheitliche“ Burn-out-Behandlungsangebote üblich,

die in der Regel ohne erkennbare Rationale ausgewählte Elemente aus beiden Ansätzen verbinden. Ob und wie diese – über Patientenzufriedenheit hinaus – das (alleine anhand des Burn-out-Paradigmas zudem nicht hinreichend abbildbare) Behandlungsergebnis positiv beeinflussen, bleibt, solange kontrollierte Studien fehlen, offen. Dass im stationären psychotherapeutischen Setting ergänzend angebotene, intensive berufsbezogene Behandlungsangebote die Prognose beruflich belasteter Patienten verbessern, kann als gesichert gelten.

Schlüsselwörter

Burn-out · Stressbewältigung · Wellness · Berufliche Rehabilitation · Berufsbezogene Therapiegruppen

How is burnout treated? Treatment approaches between wellness, job-related prevention of stress, psychotherapy, and social criticism

Abstract

The subjective illness burnout is often described as the combination of workload-related suffering and job dissatisfaction, thus, leading to depressive symptoms. Burnout is a serious model of personal illness perception, but not useful as a diagnosis term because of its lack of specification and reliability. In this respect, burnout therapy cannot be regarded as a specific form of psychotherapy or any other form of therapy, but rather a pragmatic procedure focusing on the burnout clients' needs. When applying scientific standards, the evidence of a more or less specific anti-burnout effect of such procedures involving relaxation, wellness, alternative medical approaches, and psychotherapy are between weak and non-existent. From a conceptual point of view, strategies focusing on relaxation and symptom-reduction can be distinguished from prospective, job-related stress management efforts. In clinical psychotherapeutic settings, aspects of both are usu-

ally combined in programs claimed to be integrative or holistic. However, whether these programs really enhance the individual therapeutic outcome has yet to be proved in controlled clinical trials. The efficacy of preventive anti-stress programs and of job-related therapeutic groups, offered complementary to common therapeutic programs in psychosomatic hospitals, have been demonstrated in several studies. Therapeutic information focusing on side effects of social and work-related changes on an individual's psychosomatic wellbeing are needed. The prominent term burnout may be helpful in the public discussion but is not useful in the conceptual framework of a rational, scientific-based procedure in this field.

Keywords

Burnout · Stress-management programs · Wellness · Rehabilitation · Job-related therapy

fektionismus“ oder pauschal „Machen Sie sich weniger Stress, schalten Sie mal ab!“, die in populären Anti-Burn-out-Ratgebern zum Standard gehören, sind offenkundig in hohem Maße plausibel. Wer

liest (und schreibt) eben solche, nebenbei den eigenen Narzissmus streichelnde Glaubensbekenntnisse (man war eben viel zu aktiv beziehungsweise engagierter als andere und darf sich deshalb eine Pau-

Übersicht 1 Burn-out-Präventionsvorschläge (Herbert J. Freudenberger, 1974 [3])

1. Trainings- und Eingewöhnungsprogramm für neue Mitarbeiter
2. Klärung der eigenen Ansprüche und Ziele: realistische versus unrealistische
3. Gelegentliche Wechsel des Arbeitsbereiches
4. Begrenzung der Arbeitsstunden: „Auszeit heißt Auszeit“
5. Klare Urlaubsregelungen und Flexibilität bewahren: wer eine Auszeit braucht, soll sie bekommen!
6. Pflege von Kollegialität ...
7. Austausch mit Kollegen, um eigene Belastungen in Grenzen zu halten
8. Workshops – Unterbrechung der Routine durch Weiterbildung
9. Erhöhung der Zahl der Mitarbeiter
10. Körperliche Fitness durch Training steigern

se gönnen!) nicht gerne? (zum Beispiel [9]). Psychotherapeutisch gesehen bleibt all dies auf der Ebene des erhobenen Zeigefingers (zum Beispiel „Rauchen schadet Ihrer Gesundheit“): Tragfähige positive Wirkungen lassen sich damit im Allgemeinen nicht erzielen (Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel).

Die Grenzen zwischen guten Ratschlägen, Coaching, Patientenschulung, Verhaltenstraining und Psychotherapie sind – zumal von außen betrachtet – fließend. Die Unterschiede liegen in der Intensität und Systematik, in der die Inhalte vermittelt und auf die individuelle Konstellation hin konkretisiert werden. Über Patientenschulung hinausgehend, expliziert Psychotherapie die Funktionalität bislang praktizierter Verhaltensweisen und geht mit dem Anspruch einher, das Spektrum individueller Muster zu modifizieren. Dabei ist es unumgänglich, die für das Individuum mit den als ungünstig identifizierten Strategien (Perfektionismus, idealistisch-unkonkrete Selbstansprüche, exzessives Arbeitspensum etc.) einhergehenden Vorteile aufzuzeigen (zum Beispiel Vermeidung von Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen, Selbstwertstabilisierung, fehlende persönliche Ziele und Sinn-Dimensionen etc.) und sich diesen Aspekten offensiv zuzuwenden („Jeder hat gute Gründe sich zu überlasten, sonst würde er es nicht tun!“; [10]). Berufsbezo-

gene Psychotherapie setzt entsprechende Veränderungsmotivation voraus (beziehungsweise diese muss im Rahmen erster Therapieschritte geschaffen werden, [11, 12]), geht sie doch fast zwangsläufig mit einer – vorübergehenden – Verunsicherung und mitunter einer Destabilisierung der Betroffenen einher. Eben dieser Aspekt kann zum limitierenden Faktor von Interventionsangeboten werden, die ohne unmittelbare therapeutische Beziehung, in Form von „Biblio-Therapie“ (siehe oben), Internet-Programmen (zum Beispiel [13]) und (Groß-)Gruppenveranstaltungen ablaufen (und, auch wenn die Autoren den Begriff „Therapie“ dafür verwenden, eher als Schulungsprogramme zu klassifizieren wären).

Primär geht es um die Optimierung von Stressbewältigungskompetenzen – ob man das „Burn-out-Behandlung“ nennen will, ist sekundär...

Eine möglichst gezielte und effektive Verbesserung – berufsbezogener – Stressbewältigungskompetenz ist letztlich das zentrale Anliegen aller präventiv ausgerichteten, eben mehr als das „Auffüllen der Batterien“ anstrebenden Burn-out-Behandlungsansätze. Idealerweise geht es nach differenzierter Anamnese und Explizierung der individuellen Ressourcen und Probleme (zum Beispiel auch in Form individueller Risikoprofile, [6]) um die Formulierung von Modellen, die die als „Burn-out“ erlebte Symptomatik unter Berücksichtigung tragfähiger psychophysiologischer Konzepte erklären und Lösungsperspektiven aufzeigen. Das Spektrum der in diesem Kontext verwendeten Begriffe beziehungsweise Konzepte ist groß und reicht von unterschiedlich differenzierten Stressmodellen bis zu perspektivisch weiter gefassten Paradigmen wie „Workoholismus“, der „work-life balance“ [14] und der Gratifikationskrise [15]. Auf welcher dieser Grundlagen auch immer, therapeutisch geht es um die Entschärfung und Modifikation „individueller Stressverstärker“ (zum Beispiel Reduktion von unter anderem Perfektionismus, Konfliktvermeidung, Angst vor Ablehnung oder einer Außenwirkung als inkompetent) sowie die Etablierung hilfreicher beziehungsweise kompetenterer

Strategien im Umgang mit entsprechenden Belastungen im Alltag. Ein Kernbereich des diesbezüglichen Repertoires an Methoden und Strategien wurde – ohne eigentlichen therapeutischen Anspruch und ohne expliziten Bezug auf das Burn-out-Paradigma – im Kontext der Arbeits- und Organisationspsychologie entwickelt und in (primär) präventiven Settings evaluiert. In mannigfaltigen Abwandlungen finden sich Elemente solcher Programme, etwa aus der „Stressbewältigung“ von Donald Meichenbaum und Gerd Kaluza [16, 17], in den diversen Burn-out-Behandlungsprogrammen wieder. Konzeptuelle Grenzen, wo Stressbewältigung endet und Burn-out-Prophylaxe beginnt, gibt es de facto nicht. Der Vorteil der in Form von Manualen vorliegenden Stressbewältigungsprogramme ist ihre klare Struktur, ihre konzeptuelle Stringenz und das Vorliegen von die Wirksamkeit belegenden Evaluationsdaten. Inwieweit eben diese Wirksamkeit verloren geht oder sogar gesteigert werden kann, wenn Teile solcher Programme extrahiert und zu Burn-out-Therapieprogrammen neu zusammengestellt werden, also in anderer Dosierung, anderen Kontexten und mit „Burn-out“-Patienten durchgeführt werden, bliebe durch – ausstehende – kontrollierte Untersuchungen zu klären.

Bezug nehmend auf das Burn-out-Paradigma liegen aktuell vor allem Präventionsstudien vor, wobei die inhaltlichen Grenzen zu auf individueller und/oder systemischer Ebene ansetzenden Stressbewältigungsprogrammen meist nicht auszumachen sind. Ein aktuelles Review verzeichnet insgesamt 25 wissenschaftlichen Kriterien genügende Studien zur Burn-out-Prävention, von denen die meisten personenbezogen (von kurzen Entspannungstrainings über Internet-gestützte Programme bis zu komplexeren Stressbewältigungsprogrammen), zwei organisationsbezogen und insgesamt sechs gleichzeitig personen- und organisationsbezogen waren [18]. Die Ergebnisse implizieren, nicht sehr überraschend: Je breiter der Ansatz und je intensiver die Maßnahme, umso wirksamer ist sie. Problematisch ist, dass die Mehrzahl dieser Studien das MBI als Hauptkriterium verwendet, das mit Depressivität, Arbeitsunzufriedenheit, Neurotizismus etc. jeweils

| | |
|---|--|
| <p>Baustein A: „Berufliches Wohlbefinden“</p> <p>1. Sitzung: Hintergrund beruflicher Probleme</p> <p>2. Sitzung: Erklärungen beruflicher Probleme & Ansatzpunkte für Veränderungen</p>  | <p>Baustein C: „Arbeitsbewältigung“</p> <p>5. Sitzung: Grundlagen der Stressbewältigung</p> <p>6. Sitzung: Umsetzung von Ansätzen zur Belastungsreduktion</p>  |
| <p>Baustein B: „Kollegen & Vorgesetzte“</p> <p>3. Sitzung: Umgang mit Kollegen</p> <p>4. Sitzung: Konflikte am Arbeitsplatz</p>  | <p>Baustein D: „Berufliche Neuorientierung“</p> <p>7. Sitzung: Berufliche Stärken & Perspektiven</p> <p>8. Sitzung: Bewerbungstraining</p>  |

Abb. 1 ▲ Inhalte der Therapiegruppe Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA) [22]

im mittleren Bereich korreliert, was dann weitergehende Interpretationen der Ergebnisse – zumal im Sinne einer möglichen Anti-Burn-out-Spezifität – de facto ausschließt (vergleiche [1, 2]).

Im klinischen Bereich, in der psychotherapeutisch-psychiatrischen und/oder psychosomatischen Akutmedizin und auch in der Rehabilitation, erleben sich viele der hier unter Diagnosen wie Depression, Angst- oder somatoforme Störungen aufgenommenen, berufstätigen Patienten spontan als „ausgebrannt“. Parallel dazu gehen bis zu 70% dieser Patienten davon aus, dass bei ihnen berufliche Belastungen in erheblichem Maße zur Manifestation beziehungsweise Aufrechterhaltung ihrer Symptomatik beigetragen haben. Die derzeit in einigen Kliniken angebotenen „Burn-out“-Behandlungsprogramme kombinieren, wie bereits erwähnt, allgemein-stärkende, entspannende und berufsbezogen-präventive Anteile „integrativ“ zu „ganzheitlichen“ Ansätzen, wobei die jeweilige Zusammensetzung – soweit anhand der Publikationen absehbar – meist nicht empirisch abgesichert ist, sondern der subjektiven klinischen Erfahrung der Autoren und den Möglichkeiten des jeweiligen Standortes entspricht (zum Beispiel [19, 20], vergleiche [21]). Einzelfallberichte und offene Studien sollen die hohe Akzeptanz solcher Programme bei den Patienten und deren deutliche Besserung bei Entlassung belegen (vergleiche [10]). Angesichts der meisten dieser „speziell entwickelten“ Programme, die das Therapie-spektrum und Patienten-klientel einzelner

Kliniken abbilden, dürften Replikationsstudien schwierig sein. Oft bleiben die Angaben zu Art und Inhalten der Interventionen vage beziehungsweise werden anscheinend als Klinikgeheimnisse gehütet. In solchen Fällen geht es offenkundig vor allem darum, das Angebot der jeweiligen Einrichtung werbewirksam darzustellen.

Andererseits gibt es evaluierte, als Manuale vorliegende berufsbezogene Therapieprogramme, die allerdings nicht „Burn-out“-Behandlung, sondern neben dem Verbleib beziehungsweise der Rückkehr ins Erwerbsleben eine Verbesserung berufsbezogener Stressbewältigungskompetenz intendieren. Exemplarisch seien hier „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ (SBA) ([22], ■ Abb. 1) und das speziell für erkrankte Lehrer konzipierte Programm „Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf“ (AGIL) erwähnt [23]. Beiden gemeinsam ist, dass hier Patienten im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting, unter Reflexion bisheriger Muster im Umgang mit beruflichen Belastungen zu Experten in eigener Sache ausgebildet, trainiert und therapiert werden. Ausgehend von Voruntersuchungen insbesondere auch bezüglich von Unterschieden zwischen erkrankten beziehungsweise gesunden, ansonsten vergleichbaren Personengruppen, wird ein breites Spektrum an Informationen und Strategien angeboten mit der Maßgabe, das individuelle Spektrum an Stressbewältigungsstrategien zu optimieren. Die Programme sind auf 8 × 2 Stunden und Gruppengrößen zwischen acht und zwölf Personen ange-

legt. Mit solchen Programmen, ergänzend zum „integrativen“ Spektrum psychotherapeutischer Kliniken (Einzel- und allgemeine Gruppentherapien, symptombezogene Indikativgruppen, Entspannungstechniken, Gestaltungs-, Sport- und Bewegungstherapie etc.), lassen sich auf Ebene individuellen Kompetenzerlebens und hinsichtlich harter Daten („return to work“), auch über Zwölfmonatskammessen hinweg, zumindest teilweise stabile, signifikante und relevante positive Veränderungen erzielen [24, 25].

Anti-Burn-out über das Individuum hinaus: von der Abteilung bis zur Gesellschaft

Alle bislang erwähnten Ansätze zielen auf die Beratung bis Behandlung von sich Burn-out-gefährdet bis betroffen fühlenden (dabei teils manifest psychisch erkrankten) Individuen ab. Maßnahmen zur Reduktion psychosozialer Belastungen – in der Hoffnung, damit auch das Burn-out-Erleben von Mitarbeitern zu verringern – sind darüber hinaus auf verschiedenen Ebenen, vom unmittelbaren Arbeitsumfeld bis hin zur Gesellschaft diskutiert, konzipiert und teils auch umgesetzt worden.

Interpersonelle Ebene. Nachweislich werden Konflikte im Arbeitsbereich bis hin zu viel diskutierten Mobbing-Phänomen (wobei auch Mobbing-Erleben durchaus nicht gleichbedeutend mit Mobbing-Geschehen sein muss) im hohen Maße als belastend, stress- und krankheitsfördernd erlebt. Umgekehrt ist ein als supportiv erlebtes, Gratifikationserleben vermittelndes [26] Arbeitsumfeld eine wichtige Gesundheitsressource. Diesbezügliche Interventionen können unter anderem systematisches Kollegenfeedback, Kommunikationstraining und Konfliktmanagement im Team, Teambesprechungen, Teamsupervision mit externem Supervisor beinhalten.

Stressprophylaktische Arbeitsplatzgestaltung. Die Frage, inwieweit das individuelle Leistungsprofil eines Menschen den Anforderungen des Arbeitsplatzes entspricht, gehört zu den klassischen An-

sätzen arbeitspsychologischer Forschung. Systemische Interventionen auf dieser Ebene, die zum Beispiel darauf abzielen, individuelle Frei- beziehungsweise Gestaltungsräume zu schaffen beziehungsweise zu vergrößern, werden anscheinend vor allem dann als positiv erlebt, wenn die Mitarbeiter entsprechend vorbereitet und begleitet werden [27, 28].

Firmenebene. Auf Firmenebene wurden – zumal angesichts zunehmender Schwierigkeiten in einigen Branchen, adäquate Mitarbeiter zu gewinnen – in den vergangenen Jahren die Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeitergesundheit als eigene Zielgröße entdeckt. Das Spektrum von in diesem Kontext möglichen Maßnahmen beinhaltet unter anderem systematische Mitarbeiterbefragungen, Vorgesetztenbeurteilungen und Mitarbeitergespräche, das (anonyme) Sammeln von Mitarbeiterbeschwerden, intensiviertere Schulungen leitender Mitarbeiter bis hin zur obersten Führungsebene, Diskussionsrunden, die systematische Berücksichtigung der Erfahrungen der Mitarbeiter und wissenschaftlicher Ergebnisse bei Neu-/Umstrukturierungsmaßnahmen und natürlich spezielle Gesundheitsangebote durch den Arbeitgeber, von Entspannungstrainings in der Mittagspause bis zu über Service-Telefonhotlines vermittelte Beratungs- und Therapieangebote. Wissenschaftlich tragfähige und vor allem auch übertragbare Untersuchungen zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen gibt es bislang kaum. Dass ihre Effizienz maßgeblich auch von den jeweiligen Rahmenbedingungen abhängt, kann angenommen werden. Das Grundvertrauen der Arbeitnehmer, das sich durch Kündigungswellen im Unternehmen, auch wenn die jeweilige Abteilung nicht betroffen ist, nachhaltig erschüttern lässt [27], dürfte mitentscheidend dafür sein, ob solche Angebote als mitarbeiterorientiert angenommen oder als Maßnahmen zur weiteren Effizienz- und Umsatzsteigerung erlebt werden.

Gesellschaftliche Ebene. Auf gesellschaftlicher Ebene, systemisch betrachtet, impliziert das Burn-out-Erleben vieler Menschen, dass elementare Bedürfnisse im Rahmen der aktuellen gesellschaft-

lichen Entwicklungen, die sich nicht zuletzt eben auch in den Verhältnissen am Arbeitsplatz und den Betrieben spiegeln, übersehen beziehungsweise missachtet werden. Es geht um Aspekte der sozialen und wirtschaftlichen Sicherheit und zudem um individuelle Wertschätzung und Erfüllung. Die Frage, ob beziehungsweise inwieweit solche Ansprüche „unbescheiden“ respektive „überzogen“ sind, entpuppt sich im postmodernen Kontext als unbeantwortbar respektive als Spiegelbild dessen, was sich die jeweiligen Beteiligten im systemischen Kontext „leisten“ können. Dass der aktuell zunehmende Mangel an qualifizierten Arbeitskräften für die Entwicklung von „Corporate Mental Wellness“-Ideen förderlich ist und damit bis dato vorherrschende Gesetze des Neo-Kapitalismus relativiert, bleibt auch aus psychotherapeutischer Sicht zu hoffen. Sozialwissenschaftlich sind systemische Betrachtungsweisen spannend. Therapeutisch bergen sie argumentativen Sprengstoff, der vorzugsweise über die unendliche Schuldfragen-Falle in individuelle Sackgassen führen kann. Solange sich die Firma oder sogar die Gesellschaft, deren Teil wir sind, nicht so ändert, wie es vielleicht wünschenswert wäre, bleibt letztlich nur, sich als Individuum so weit zu reflektieren, anzupassen, zu optimieren und/oder Freiräume zu finden, dass potenziell zu Burn-out-Erleben führende Konstellationen möglichst umschifft werden.

Anti-Burn-out-Perspektiven

Die aktuelle Popularität des Begriffes hat ein gigantisches Angebot von Wellness- bis hin zu Lebensstil-Angeboten ins Leben gerufen und damit einen eigenen Markt geschaffen, der sich zwar gerne wissenschaftlicher Vokabeln bedient, aber gleichwohl jenseits wissenschaftlicher Ansprüche liegt und mutmaßlich bleiben wird. Die möglichst umgehende, wohlthuende Befriedigung von (natürlich berechtigten) Bedürfnissen nach Entspannung, Entlastung und Selbstwertstabilisierung beziehungsweise Wertschätzung durch andere, wird sich kaum dem Primat wissenschaftlich evaluierter mittel- und langfristiger Wirksamkeit unterwerfen. Es bleibt eine in ihrer Bedeutung

bislang kaum reflektierte Aufgabe des Gesundheitssystems, den Balanceakt zwischen Wellness-Bedarf von sich ausgebrannt erlebenden Menschen und Maßnahmen zur substanziellen Veränderung der das Problem bedingenden und/oder aufrechterhaltenden Aspekte, darunter auch von persönlichkeitsimmanenten Anteilen, als ungelöstes, potenziell gleichermaßen Kosten und Unzufriedenheit steigerndes Problem zu erkennen und perspektivisch Lösungen zu entwickeln. Die Konzeption und Evaluation von spezifischen berufsbezogenen Therapiebausteinen und eine tatsächliche Evaluation der diversen integrativen Anti-Burn-out-Behandlungsangebote kann und wird allenfalls eine Teilantwort hierauf sein. Wie auch immer, die aktuell geführte Burn-out-Diskussion verweist nachdrücklich auf die Nebenwirkungen, die die aktuellen gesellschaftlichen Umbrüche auf allen Ebenen und vor allem für das sich zunehmend als entwurzelt und entgrenzt erlebte Individuum haben. Dass dies zu einem Prozess des Umdenkens und zu Umbewertungen, weg von neo-kapitalistischer exponentieller Effizienz- und Konsumsteigerung, hin zu langfristig tragfähigeren Paradigmen führt, die uns heute freilich zwischen romantischen Rückprojektionen und futuristischer Fiktion allenfalls vage vorstellbar sind, bleibt zu hoffen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dr. A. Hillert
Medizinisch-psychosomatische
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6, 83209 Prien am Chiemsee
ahillert@schoen-kliniken.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Hillert A, Marwitz M (2006) Die Burnout-Epidemie. Oder: Brennt die Leistungsgesellschaft aus? Beck, München
2. Korczak D, Kister Ch, Huver B (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln
3. Freudenberger HJ (1974) Staff burn-out. J Soc Issue 30:159–165

4. Maslach C, Leiter MP (2001) Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Springer, Wien (=The Truth about Burnout. San Francisco, Jossey-Bass Inc 1997)
5. Burisch M (2010) Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Heidelberg
6. Schaarschmidt U, Fischer AW (2003) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt a.M.
7. Lehr D, Schmitz E, Hillert A (2008) Bewältigungsmuster und psychische Gesundheit. Eine clusteranalytische Untersuchung zu Bewältigungsmustern im Lehrerberuf. Z Arbeits Organisationspsychol 52:3–16
8. DGPPN et al (Hrsg) (2009) Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. <http://www.awmf-leitlinien.de>, AMWF Registernummer nvl – 005
9. Bergner TMH (2007) Burnout-Prävention. Schattauer, Stuttgart
10. Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg) (2008) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Deutscher Ärzteverlag, Köln, Reihe Rehabilitation
11. Zwerenz R (2005) Psychotherapie und Motivation. Motivation zur psychotherapeutischen Bearbeitung beruflicher Belastungen und Konflikte bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Dr. Kovac, Hamburg, S 47 ff
12. Hanna R, Fiedler RG, Dietrich H et al (2010) Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. Psychother Psychosom Med Psychol 60:316–325
13. Lange A, Ven J-P van de, Schrieken B, Smit M (2004) „Interapy“ Burn-out: Prävention und Behandlung von Burn-out über das Internet. Verhaltenstherapie 14:190–199
14. Badura B, Vetter C (2004) „Work-Life-Balance“ – Herausforderung für die betriebliche Gesundheitspolitik und den Staat. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter H (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2003. Springer, Heidelberg, S 1–18
15. Siegrist J, Rödel A (2005) Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S 27–37
16. Meichenbaum D (2003) Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Hans Huber, Bern
17. Kaluza G (2004) Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Springer, Berlin
18. Wendy A, Plaumann M, Walter U (2010) Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns 78:184–190
19. Hochstrasser B, Bardeleben U von, Ruckstuhl L, Soyka M (2008) Therapie des Burnout. Theoretischer Hintergrund, Klinik und Darstellung eines stationären multimodalen Behandlungskonzeptes. Nervenheilkunde 1–2:11–24
20. Weimer S, Kraus T (2011) Herr L. Diagnose Burnout. Psychotherapeut 56:239–246
21. Schattenburg L (2008) Behandlungsmöglichkeiten von Burnout. Interventionsstil in einer strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG). Psycholog Med 19(3):31–36
22. Hillert A, Koch S, Hedlund S (2007) Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppenprogramm. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
23. Hillert A, Lehr D, Koch S et al (2011) Lehrgesundheit. AGIL – das Präventionsprogramm für Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf. Schattauer, Stuttgart
24. Koch S, Hedlund S, Rosenthal S, Hillert A (2006) Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie 16:7–15
25. Koch S, Geissner E, Hillert A (2007) Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölf-Monats-Verlauf. Z Psychiatr Psychol Psychother 55(2):97–109
26. Semmer NK, Jacobshagen N, Meier LL (2006) Arbeit und (mangelnde) Wertschätzung. Wirtschftspsychologie 2(3):87–94
27. Wang J (2006) Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). Psychol Med 25:865–871
28. Stansfeld S (2006) Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 32(6):443–462
29. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al (2010) Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. Psychol Med 40:1401–1407

Mobiler Internetauftritt des Bundesministeriums für Gesundheit gestartet

Für alle, die viel unterwegs sind, aber stets über die wichtigsten gesundheitspolitischen Themen informiert sein möchten: Das Bundesgesundheitsministerium bietet ab Januar 2012 Nutzern von Smartphones die Möglichkeit, sich laufend auf dem neuesten Stand zu halten.

Nachdem im Dezember 2011 bereits der eigene Youtube-Kanal erfolgreich gestartet wurde, erweitert das Bundesministerium für Gesundheit nun erneut sein Online-Angebot:

Unter <http://mobile.bundesgesundheitsministerium.de> finden Sie im mobile Informationen zum Gesundheitssystem, zur Krankenversicherung, Prävention, aktuelle Pressemitteilungen und vieles mehr.

Quelle:

Bundesgesundheitsministerium, Bonn,

www.bundesgesundheitsministerium.de