

Burnout-Syndrom: Zur professionellen Therapie einer neuen klinischen Herausforderung

Rolf Heim^a, Beate Schulze^b

^a Institut für Arbeitsmedizin, Baden, ^b Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich



Quintessenz

- Das Burnout-Syndrom ist zu einem der populärsten Beschwerdebilder in unserem Kulturraum geworden. Aktuell bestehen keine einheitliche Definition der Krankheit und keine eindeutigen diagnostischen Kriterien im ICD-10.
- In der Bevölkerung weitgehend akzeptiert, ist das Burnout-Syndrom im Arbeitsumfeld nach wie vor ein Tabu-Thema: Ausgebrannt zu sein steht als Indiz für mangelnde Belastbarkeit.
- Der für eine erfolgreiche Therapie so wichtige Konsens zwischen Arzt und Patient ist unter diesen Umständen oft schwierig zu erreichen.
- Die Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ist ab Beginn der Therapie ein zentrales Thema.
- Eine allfällige Krankschreibung muss durch weitere Interventionen begleitet sein; es geht darum, dass der Patient effizient und zielgerichtet an seiner psychischen und körperlichen Regeneration arbeitet.
- Dafür braucht es sorgfältige Abklärungen, die im Rahmen einer umfassenden Anamnese erhoben werden. Neben somatischen und psychischen Beschwerden werden auch soziale Aspekte beachtet.
- Der Patient wird über das geplante Procedere informiert und hat eine grobe Ahnung, wo er im Verlauf seiner Genesung steht.
- Eine wirksame Therapie umfasst neben individuellen (Patient) Interventionen auch strukturelle (Betrieb). Für letztere sind Gespräche mit dem Vorgesetzten und evtl. der Personalabteilung wichtig.

Summary

Burnout syndrome: professional therapy for a new clinical challenge

- *Burnout has become one of the most popular health concerns in the Western world. To date the syndrome has not been officially defined as an illness in ICD-10, and thus lacks consistent diagnostic criteria.*
- *While largely accepted among the general public, burnout still has a significant stigma attached to it in the workplace. Being "burnt out" is considered a personal failure indicative of a lack of toughness and inability to work under pressure.*
- *This stigma creates barriers to insight and thus negatively affects cooperation on treatment, as problem definitions may differ between doctor and patient.*
- *From the start, maintaining or restoring patients' capacity to work is a central concern in the treatment of burnout.*

Einleitung

Gibt es heute noch «gesunde» Arbeitsplätze, oder stellen vielmehr die Arbeitsbedingungen in einer globalisierten Welt ganz neue Anforderungen an unsere Gesundheit? Das Klima auf dem Arbeitsmarkt ist in allen Branchen rauer geworden. Wachstum auf einem dicht umkämpften Markt erfordert Kostenoptimierung, knappere Ressourcen der öffentlichen Hand führen zu Sparmassnahmen im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich. Für Mitarbeitende heisst das oft, mit dünnerer Personaldecke in kürzerer Zeit die gleichen oder gar wachsenden Aufgaben zu bewältigen [1]. Gleichzeitig lässt sich die berufliche Zukunft kaum mehr planen: Arbeitsstellen sind projektgebunden und damit zeitlich begrenzt; Organisationen werden häufig umstrukturiert oder gar «feindlich übernommen», während die Unternehmensziele zunehmend von den Prioritäten der Finanzmärkte geprägt sind. Die Wirtschaft richtet sich immer mehr kurzfristig aus [2]. Neue Technologien ermöglichen und verpflichten gleichsam zu ständiger Verfügbarkeit, Qualifikationsanforderungen steigen, besonders bezüglich Team- und Kommunikationsfähigkeit. Paradoxerweise kommt es gleichzeitig zu einer stärkeren Individualisierung und Konkurrenz unter den Mitarbeitenden – als «Stresspuffer» wirkende soziale Unterstützung wird somit immer seltener. Auch auf Mitarbeiterseite heisst der Trend «schneller, höher, weiter!»: Wir verfügen heute über die bestausgebildete Generation von Arbeitnehmenden aller Zeiten – entsprechend wachsen unsere Erwartungen an die Arbeit bezüglich persönlicher Bedeutsamkeit, Aufstiegschancen, Entscheidungsspielraum sowie respektvoller und fairer Behandlung [1, 3]. Beruflicher Erfolg, Wohlstand und ein exklusiver Lebensstil sind gesellschaftliche Leitwerte und persönlicher Antriebsmotor zugleich. Die «klassische» Karriere also, aber höher hinaus, mit doppelter Geschwindigkeit und zugleich nachhaltiger. Doch wie steht es in der heutigen Arbeitswelt um die Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen?

- *Sick-leave must be accompanied by additional interventions. It is essential that patients cooperate actively and purposefully in their psychological and physical recovery.*
- *Targeting these interventions necessitates thorough diagnosis. A comprehensive history takes into account not only somatic and psychological symptoms but also social aspects.*
- *Patients are briefed on the treatment plan and procedures, and are regularly updated on the stage reached in their recovery.*
- *Effective treatment comprises both individual (patient) and structural (company) interventions. The latter involves consultation with the patient's superiors and/or the human resources department.*

Hintergründe

Hohe quantitative Anforderungen am Arbeitsplatz, gepaart mit geringem Gestaltungsfreiraum und fehlender Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen erhöht das Risiko, bei der Arbeit «auszubrennen». Im Durchschnitt leiden etwa 30% der Bevölkerung unter dem Burnout-Syndrom [4, 5], und das branchenunabhängig.

Das Burnout-Syndrom rüttelt an den Grundfesten der westlichen Wirtschaft: Kann sich die Spirale so weiter drehen? Gnadenlos und erschütternd zeigt sich, dass wir als Menschen begrenzt, nicht perfekt, nicht omnipotent sind, sondern Gefühle und Schwächen haben. Gerade Letzteres macht den Betroffenen, deren Umgebung (insbesondere deren Vorgesetzten) und manchmal auch den Vertretern der medizinisch-therapeutischen Seite oft Mühe [6].

Therapeuten und Mediziner sind meist nicht gut genug auf die Behandlung von Burnout-Patienten vorbereitet. Das Thema Burnout hat derzeit Konjunktur. Im Klima der verstärkten öffentlichen Diskussion zu beruflichen Stressbelastungen und einer gleichzeitigen «Heroisierung» des Burnout-Begriffs als eine Art ungenügender Leistungsausweis sprechen immer mehr Patienten von «Ausbrennen», wenn sie sich bei ihrem Arzt vorstellen. Bei einer Burnout-Diagnose sind viele Mediziner erstmal ratlos, da es sich nicht um eine offizielle Diagnose in DSM-IV oder ICD-10 der WHO handelt. In Letzterem wird es lediglich unter den Z-Diagnosen im Anhang als «Ausgebranntsein» und «Zustand der totalen Erschöpfung» (Z73.0) erfasst.

So stellen sich im klinischen Alltag immer wieder Fragen bezüglich der ärztlichen Handlungsoptionen. Welche Behandlungsmethoden sind angezeigt? Gibt es Evidenz bezüglich ihrer Wirksamkeit? Genau zu diesen Fragen organisierte die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich gemeinsam mit der Dialog-Plattform «Swiss Burnout» im Herbst 2006 ein Symposium. Allein die Nachfrage nach diesem Fortbildungsangebot lässt auf einen grossen Informationsbedarf schliessen: Der Hörsaal am Zürcher Universi-

tätsspital platzte aus allen Nähten, über hundert Interessenten musste im Vorfeld abgesagt werden. Dieser Beitrag möchte die begonnene Diskussion aufgreifen und Eckpunkte einer adäquaten Burnout-Therapie einer breiten Leserschaft erschliessen.

Definition und Symptomatik

Zur Erfassung des Burnout-Syndroms im klinischen Alltag eignen sich etablierte arbeitspsychologische Tests. Am besten validiert ist das Maslach Burnout Inventory (MBI) [7, 8], das Burnout als anhaltende Stressreaktion auf chronische Arbeitsbelastungen mit drei Kernsymptomen versteht:

- *Erschöpfung* bezieht sich auf das Gefühl, sowohl emotional als auch körperlich entkräftet zu sein.
- *Zynismus* beschreibt eine distanzierte, gleichgültige Einstellung gegenüber der Arbeit.
- *Ineffektivität* beschreibt das Gefühl beruflichen Versagens sowie den Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten.

Entscheidend für die Einstufung des Burnout-Risikos ist nicht allein das Vorhandensein von Anzeichen wie Schlaflosigkeit, Energiemangel oder Mangel an Freude an der Arbeit, sondern die *Häufigkeit* bzw. *Dauer* der Symptomatik. Damit lassen sich Schweregrade definieren und Anhaltspunkte für die Therapie ableiten.

Darüber hinaus gibt es zwei weitere Kriterien [4]:

- Burnout ist generell arbeitsbezogen.
- Unangemessene Erwartungen und hohe emotionale Anforderungen spielen eine wichtige Rolle.

Dies lässt eine Abgrenzung gegenüber Depression zu: Eine Erschöpfungssymptomatik ist nur so lange als Burnout zu betrachten, wie sie ausschliesslich den Arbeitskontext betrifft.

Entscheidend für die Diagnostik des Burnout-Syndroms ist zudem sein *progressiver Verlauf* [9]. Den Anfang nimmt ein Burnout, wenn Menschen auf berufliche Stresssituationen mit einem gesteigerten Engagement reagieren. Bekannte Bewältigungsstrategien werden aktiviert, auch wenn deren Anwendung in der Vergangenheit die Betroffenen bereits an ihre Belastungsgrenzen geführt hat. Erweisen sich diese als ineffektiv, besteht die Gefahr, dass Symptome wie negative emotionale Reaktionen und Antriebsstörungen sich schrittweise vom Arbeitskontext auf weitere Lebensbereiche ausweiten und letztlich im Vollbild einer klinischen Depression münden [10].

Fallstricke im klinischen Management

Während Burnout in der öffentlichen Diskussion zunehmend als «schickes Leiden» firmiert, ist es im Arbeitsumfeld nach wie vor tabu: Ausgebrannt zu sein wird als Indiz für mangelnde Be-

lastbarkeit oder gar berufliches Versagen verstanden. Daher ist Verdrängung die meist verbreitete Reaktion auf Symptome, die dem Betroffenen seine Grenzen aufzeigen. Dies hat wichtige Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, hängen doch Behandlungserfolge wesentlich von der Qualität der therapeutischen Beziehung ab. Demnach ist die Therapie besonders wirksam, wenn die subjektiven Krankheitsmodelle des Patienten mit denen des Arztes weitgehend übereinstimmen. Ein Konsens zwischen Arzt und Patient wird vor allem erschwert, wenn die Krankheit mit einem Stigma behaftet ist. Besonders psychische Erkrankungen werden nach wie vor überwiegend mit negativen Eigenschaften wie Unberechenbarkeit, mangelnde Willenskraft oder Faulheit verbunden.

In einer solchen Situation kommt es zum ersten Flaschenhals: Der Patient möchte sich keine Blöße geben und dissimuliert. Der Arzt möchte ihm nicht zu nahe treten, unterlässt eine Konfrontation und entspricht den Anliegen des Ersteren nach einer raschen Symptomlinderung. Der Griff zum Rezeptblock ist kurz, Antidepressiva und Hypnotika sind rasch verschrieben. Die Folge davon: Beide sind zufrieden, und an der Situation ändert sich nichts Grundlegendes. Dafür werden ernstzunehmende Symptome abgeschwächt, der Patient vertröstet.

Wertvolle Zeit geht verloren, bis der Betroffene merkt, dass er sich kräftemässig immer noch im Ungleichgewicht befindet. Möglicherweise wird er für diese Zeit auch krank geschrieben, was an und für sich ja nicht falsch ist. Jedoch sollte bei der Behandlung die berufliche Rehabilitation von Anfang an ein Thema sein. Allem voran geht es um einen schrittweisen Wiedereinstieg. So können die Betroffenen lernen, im Alltag direkt für Entlastung zu sorgen, z.B. indem sie regelmässige Pausen zur Erholung einplanen, Unterstützung bei der Erledigung von Aufgaben suchen und keine exzessiven Überstunden leisten [9].

Nur rechnet der Arbeitgeber nach zwei bis vier Wochen mit der vollen Leistungsfähigkeit und wird ungeduldiger. Wie auch der Patient und seine Angehörigen, die weder den Verlauf des Burnouts kennen, noch über die für die Genesung nötigen Schritte informiert sind. Gerade pflichtbewusste Mitarbeiter (und das sind die meisten Burnout-Patienten) laufen Gefahr, in eine «Schuldenspirale» zu geraten: Sie sind nicht arbeitsfähig → der innere Leistungsdruck steigt → die Effizienz sinkt, der Heilungsprozess wird verzögert → der innere Leistungsdruck nimmt weiter zu usw. [10].

Die relative Unschärfe des Syndroms hat weitere Folgen: Während diejenigen, die schon auf dem Zahnfleisch laufen, sich jeder Krankheitseinsicht verwehren, diagnostizieren andere, die sich gerne etwas Ruhe und Verständnis verschaffen, ihre Krankheit gleich selbst. Letztere treten ihrem Umfeld gegenüber vorwurfsvoll und fordernd

auf, im Sinne von: «Nun siehe endlich, wie schlecht es mir geht und hilf mir, schone mich.» Diese offensichtliche Forderungshaltung trifft bei uns Ärzten entweder den «Helfernerv» («diesem armen Menschen muss man helfen») oder aber, er führt zu einer Distanzierung und harten Führung («der soll nicht so schwach tun, schliesslich sind wir alle unter Druck») [11]. Natürlich beruht solches Vorgehen nicht auf Böswilligkeit oder mangelndem Verständnis. Im praktischen Alltag fallen uns dafür drei mögliche Ursachen gehäuft auf:

- Ärzte sind über arbeitsassoziierte psychosomatische Krankheiten und deren spezifische Therapie zu wenig informiert (beispielsweise Mobbing, Burnout).
- Ärzte stehen selbst unter hohem Druck, leiden gehäuft sogar selbst unter Burnout (20–30% [12]), was es ihnen erschwert, den Patienten geduldig und empathisch zu betreuen.
- Patienten möchten nicht einsehen, dass sie mit der bisher angewandten Lebens- und Arbeitsweise nicht weiter kommen. Und ihre Ärzte wollen ihnen diese Konfrontation ersparen.

Professionelle Therapieansätze

Bleibt eine adäquate, die Ursachen verändernde Therapie aus, verstärkt sich das Leiden der Betroffenen und die Leidenszeit verlängert sich. Das dem Problem zugrunde liegende Verhalten wird weiter aufrecht erhalten und verstärkt, ganz nach dem Gesetz von Watzlawick: «mehr desselben». Ungeduld und Unverständnis wachsen, Toleranz sinkt – sowohl beim Betroffenen als auch bei seiner Umgebung. Somit kommen neue Probleme hinzu, die Symptome können sich steigern bis zur schweren Depression. Im schlimmsten Fall treffen die Betroffenen Kurzschluss-Entscheidungen oder es wird ihnen wegen mangelnder Leistung und Effizienz gekündigt [10]. Um solches zu verhindern, braucht es so früh wie möglich eine spezifische Therapie. Diese zeichnet sich aus durch eine klare Strukturierung und eine nachhaltige Begleitung des Patienten. Am Anfang steht eine sorgfältige Abklärung der aktuellen Umstände [9]:

- eine genaue Anamnese der Beschwerden
- körperliche und laborchemische Untersuchungen, um somatische Ursachen auszuschliessen
- eine umfassende Analyse der beruflichen, privaten und persönlichen Situation. Das sind vor allem Informationen über:
 - Arbeitsstil (vgl. u.a. Perfektionismus), Identifikation und Engagement bei der Arbeit
 - Arbeitsklima, soziale Unterstützung und Wertschätzung seitens des Vorgesetzten; Organisation von Arbeits-Abläufen
 - Distanzierungs- und Entspannungsfähigkeit; Bereitschaft zu Erholung und Genuss

- soziales Netz, Familie
 - gesellschaftliches Engagement: Vereine, politische Tätigkeit
 - Coping-Strategien bei Beschwerden oder Misserfolgen; z.B. Konsum von Medikamenten, Alkohol und Drogen
 - bisherige Massnahmen, Therapien
 - Einschränkungen bei der Arbeit und privat
- Als nächstes folgt die Klärung der *Behandlungsstrategie*. Je nach Schweregrad und vorhandenen Ressourcen beinhaltet diese unterschiedliche Ansätze [4]:
- Schonung quantitativer und qualitativer Art. Beispielsweise soll eine vollständige Krankenschreibung sorgfältig abgewogen werden, da sie Spuren im Team und im eigenen Arbeitsfluss hinterlässt. Andererseits ist eine Erholung bei «schweren Fällen» nur in kompletter Abschottung (stationäre Therapie) möglich. Im Weiteren müssen das Freizeitverhalten und die Tagesstruktur überprüft und gegebenenfalls verändert werden. Die dadurch gewonnenen Ressourcen müssen für die Regeneration verwendet werden (s.u.).
 - Besprechung mit dem Vorgesetzten zur Planung des Arbeitseinsatzes, mögliche organisatorische Umstellungen und Entlastungen des Patienten. Immer wieder werden beim Ausfall eines Mitarbeitenden Mängel im Betrieb deutlich – beispielsweise komplizierte, energiefressende Abläufe, unklare Kommunikation, schlechte Verteilung der Aufgaben. Persönlich haben wir schon einige Firmen gesehen, die durch das Burnout eines Mitarbeitenden sensibilisiert wurden, längst notwendige Veränderungen anzugehen, wie: neue Verteilung von Kompetenzen und Arbeitsinhalten oder die Schaffung neuer Arbeitsplätze.
 - Eventuell Gespräche mit der Partnerin. Je nach Situation bestehen auch hier Ansprüche und Erwartungen (Familienplanung, Arbeit am Eigenheim usw.). Verständnis auf dieser Ebene ist für die Erholung wichtig.
 - Im Rahmen einer verhaltensorientierten Therapie folgt eine Analyse des bisherigen Verhaltens, das zur aktuellen Situation geführt hat. Hier werden auch Wertsysteme und Motivationsaspekte besprochen. Dabei geht es nicht um eine tiefenpsychologische Analyse, sondern um eine rasche Veränderung des einseitigen und somit krankheitsfördernden Verhaltens.
 - Darauf folgt sinnvollerweise die Suche nach Alternativen, die einen Ausgleich von Energieverbrauch und Regeneration gewährleisten. Im Besonderen wird auf Distanzierungs-

und Entspannungsfähigkeit geachtet. Viele Betroffene zeigen in beiden Kategorien erhebliche Defizite. Einerseits laden sie sich zu viel Verantwortung und praktische Arbeit auf, verzeichnen Mühe beim Delegieren und Zurückweisen von Arbeit («nicht nein sagen können»). Andererseits halten sie Entspannung für Zeitverschwendung und sehen den praktischen Nutzen, ja die unabdingbare Notwendigkeit nicht ein.

- Im Verlauf werden weitere fehlende oder unterentwickelte Fähigkeiten eruiert und gezielt auftrainiert. Als Beispiele genannt seien Wahrnehmung von Selbstkompetenz, offene Kommunikation, Konfliktfähigkeit, Sensibilität den eigenen Bedürfnissen gegenüber. Arbeitsplatzspezifische Fähigkeiten können in Weiterbildungen angeeignet werden.
- Manchmal ist es nötig, allfällige Trauerprozesse abzuschliessen und grössere Frustrationserlebnisse zu verarbeiten. Dies können eine verpasste Kündigung sein, eine Scheidung oder auch traumatisierende Kindheitserlebnisse.

Schlussfolgerung

Eine spezifische Therapie bei arbeitsassoziierten psychosomatischen Beschwerden folgt somit einem klaren Leitfadensystem. Dabei wird dem Verhalten und den Denkmustern der Betroffenen sowie der Situation am Arbeitsplatz eine zentrale Rolle zugeschrieben. Soll die Arbeitsfähigkeit langfristig erhalten bleiben, müssen auf diesen Ebenen Veränderungen erfolgen. Die Therapie beinhaltet somit auch Coaching und Vermittlung zwischen dem betroffenen Mitarbeiter und dem Arbeitgeber. Die Sitzungen sollen regelmässig stattfinden, je nach Schweregrad von zweimal wöchentlich bis zweimal monatlich. Falls nötig werden Medikamente eingesetzt (meist Antidepressiva und Hypnotika), allerdings nur supportiv und nicht kurativ.

Mit einer Einstellungs- und Verhaltensänderung lassen sich erfahrungsgemäss mittelfristig sehr befriedigende Resultate erreichen. Wenn ein Patient den Willen dazu und die nötige Geduld aufbringt, darf man ihm zu recht gute Hoffnungen auf einen erfolgreichen Therapieverlauf machen. Abschliessend stehen die Chancen für einen erfolgreichen Umgang mit Burnout am besten, wenn eine entsprechende Belastungsreaktion früh erkannt wird, Betroffene niederschwellig spezifische psychotherapeutische Angebote nutzen können und im betrieblichen Umfeld Unterstützung erhalten.

Literatur

- 1 Burke RJ, Cooper CL. The new world of work and organizations: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review* 2006.
- 2 Sennett R. *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag; 1998.
- 3 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8):1483–99.
- 4 Schaufeli W, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice. A critical analysis*. 1 ed. London, Philadelphia: Taylor and Francis; 1998.
- 5 Ahola, K, Honkonen T, Isometsö E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, et al. Burnout in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:11–7.
- 6 Schulze B, Rossler W. Early recognition and help-seeking in burnout: Are psychiatrists any wiser? *Eur Psychiatry*. 2007;22 (suppl.1):3.
- 7 Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory. Manual*. (2 ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- 8 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52(1):397–422.
- 9 Schulze B, Rössler W. Burnout-Syndrom: Diagnose und Therapie in der klinischen Praxis. *Leading Opinions Neurologie und Psychiatrie* 2006;6(4):23–5.
- 10 Burisch M. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. 3 ed. Berlin und Heidelberg: Springer; 2005.
- 11 Schmidbauer W. *Helfersyndrom und Burnout-Gefahr*. 1 ed. München, Jena: Urban & Fischer; 2002.
- 12 Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. *Primary Care*. 2004;4: 941–7.

Korrespondenz:

Dr. med. Rolf Victor Heim
Institut für Arbeitsmedizin
Kreuzweg 3
CH-5400 Baden
rolf.heim@arbeitsmedizin.ch