

# Kolloquium „Burnout-Syndrom“ am 04.02.2009

## Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Hamburg

### Einführung, Definition, diagnostische Instrumentarien

Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Matthias Burisch  
Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg

#### 1. Einführung

...endlich auch Interventionen als Forschungsgegenstand!

#### 2. Definitionsversuche

...selbst die besten überzeugen nicht!

#### 3. Messinstrumente

...deutsche Burnout-Fragebögen: Besser als man denkt!

Instrument	Hauptvorteile	Hauptnachteile
Maslach Burnout-Inventor-ry (MBI)	•Der Goldstandard!	•Keine Normen •Nur 3 Skalen •Psychometrisch unbefriedigend
Tedium Measure	•Hoch reliabel •Hoch valide	•Keine Normen •Nur 1 Skala, schon darum •undifferenziert
Hamburger Burnout-In-ventar (HBI)	•Normen! •Differenziert: 10+ Skalen	•Validität einiger Skalen zweifelhaft
Oldenburger Burnout-In-ventar (OLBI)	•Validität einer von zwei Skalen gut	•Keine Normen •Nur 2 Skalen, schon darum •undifferenziert •wird anscheinend nicht mehr weiter gepflegt
Arbeitsbezogenes Erlebens-und Verhaltensmuster (AVEM)	•Normen! •Differenziert: 11 Skalen •Reliabel und valide	•Kein Burnout-Inventar i. e. S.

### Symptomatik, Diagnostik und Therapie des Burnout-Syndroms – eine Übersicht

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe  
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die tägliche Erwerbstätigkeit ist nicht nur eine wichtige Quelle zur Sicherung des sozio-ökonomischen Status sowie von selbstwertdienlichen Erfahrungen, sondern in vielen Fällen auch Ursache von Stress und Überlastung. In einer von dem deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) in Auftrag gegebenen repräsentativen Studie an der Allgemeinbevölkerung (n=6853 Personen, Rücklauf 63,4%) bewerteten 13% der Bevölkerung ihre Arbeit als gut, 55% als mittelmäßig und 32% als schlecht. Der relativ hohe Anteil an schlecht oder mittelmäßig beurteilter Arbeit ist bedeutsam hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, wie auch der potenziellen Entwicklung von Burnout und weiterführenden Störungen.

Die Symptomatik des Burnout-Syndroms, die im Wesentlichen aus Müdigkeit, emotionaler Erschöpfung, Distanzierung, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit besteht, geht mit verschiedenen Symptomen einher. Burnout ist nicht gleichbedeutend mit Arbeitsstress, mit Angst oder Depression; es gibt jedoch wechselseitige Beziehungen zwischen den Beschwerdebereichen. So haben Patienten mit dem Vollbild eines Burnout-Syndroms im Vergleich zu Patienten mit einzelnen Risikofaktoren eines Burnout-Syndroms und Patienten ohne Burnout-Syndrom die höchsten Werte im Bereich der Depressivität und die niedrigsten Werte im Bereich der Lebensqualität.

Insgesamt kann Burnout als Prozess verstanden werden, in dem sich das Vollbild der völligen Erschöpfung und Depression sukzessive aus zunehmenden Beschwerden entwickelt. Für das Burnout-Syndrom ist in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) keine eigene diagnostische Kategorie vorgesehen. Eine Kodierung ist jedoch möglich über die Diagnose Z73.0 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensführung). Eine Diagnostik ist z.B. mit dem Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson 1981) oder anderen Instrumente in Verbindung mit dem ärztlichen/psychologischen Gespräch möglich. Die Instrumente erfassen typischerweise die drei Dimensionen des Burnout-Syndroms, nämlich a) emotionale Erschöpfung, b) Depersonalisation und c) Rückgang der Aufgabenerfüllung. Als Risikofaktoren für das Burnout-Syndrom konnten in verschiedenen Studien u. a. stressintensive Tätigkeiten, eine geringe Karrierezufriedenheit, ein schlechtes Betriebsklima, ein hohes Verantwortungsbewusstsein, eine geringe Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz, eine unzureichende Kontrolle über die Arbeit, ein feh-

lender Sinn der Arbeit und ein Mangel an Coping-Strategien identifiziert werden.

Die Therapie des Burnout-Syndroms besteht im Wesentlichen aus psychotherapeutischen Interventionen. Hier konnte z.B. an einer Kohorten-Studie an 227 Ärzten die Reduktion von Krankheitstagen sowie eine höhere Inanspruchnahme von Psychotherapie im Laufe eines Jahres nachgewiesen werden. Weitere Studien weisen jedoch darauf hin, dass eine alleinige Psychotherapie dann nicht ausreichend ist, wenn die Arbeitssituation nicht in die Therapie einbezogen wird. Für den Erfolg der Psychotherapie scheint es wichtig, dass neben der Durchführung der Psychotherapie eine Veränderung im Arbeitsalltag (z. B. durch Stundenreduktion, etc.) vorgenommen wird. Für Patienten mit Fragen zum Burnout-Syndrom und deren Angehörigen steht das Institut und die Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Telefon 040 7410 59733) sowie die Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Eilbek (Telefon 040 2092 7201), Hamburg mit ihren Ambulanzen zur Verfügung.

## **Burnout - Probleme und Fragen in der Praxis I**

Dr. med. Manfred Albrod, Shell Deutschland Oil GmbH

Der wissenschaftlich weiterhin mit Unklarheiten behaftete Begriff Burnout hat sich in der betrieblichen Realität und Laienwelt als sprachlich griffiges Synonym für psychomente Beanspruchungen etabliert. Seine Verwendung fügt entsprechende Symptome und Leistungsausfälle in einen Rahmen betrieblich-sozialer Akzeptanz ein. Damit wird die Schwelle zur Annahme betriebsärztlicher Unterstützung und weitergehender Hilfen signifikant herabgesetzt. Das rechtfertigt in gewissem Umfang den inflationären Umgang mit dem Begriff Burnout. Im betriebsärztlichen Alltag ist eine signifikante Zunahme derartiger Erkrankungsfälle zu registrieren. Ihre Arbeitsunfähigkeitsdauer liegt bis zu dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen. Die Kausalität wird als Rechtfertigung vor dem kollegialen Umfeld, vielleicht auch gegenüber dem eigenen Selbstbewusstsein, dem Arbeitsplatz zugeordnet. Wenngleich aus fachlicher Sicht hier Zurückhaltung und kritisches Abwägen gefordert sind, lassen sich doch Faktoren identifizieren, die häufig mit Burnout assoziiert sind: Arbeitsverdichtung, Kontrollverlust, Anonymität ohne social support, virtuelle Organisationen und Aufgabenkomplexität sind nur einige Beispiele.

Eine exakte fachlich-psychiatrische Diagnosestellung wird von Betriebsärzten nicht erwartet. Im Vordergrund der betrieblichen Arbeitsmedizin stehen das Erkennen psychomentaler Belastungen und Beanspruchungen sowie die erste ärztliche Inter-

vention. Betriebsärzte sind Teil der betrieblichen Organisation und wegen ihrer Nähe zu den Patienten und der betrieblichen Einflussmöglichkeiten dazu prädestiniert, das Case Management zu übernehmen. Sie können den Patienten führen, einer spezifischen Therapie zuleiten und nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz ärztlich begleiten, beispielsweise über ein Eingliederungsmanagement nach SGB IX § 84 (2). Nicht zuletzt ist es ihre Aufgabe, betriebliche Kausalfaktoren für eine Erkrankung zu erfassen und ihre Beseitigung zu initiieren.

Wenn Betriebsärzte für ihre Patienten als medizinischer Lotse fungieren sollen, sind sie auf eine effiziente externe Kooperation angewiesen, weil sie selbst im Medizinsystem nicht die formale Legitimation besitzen, zielführende Therapien praktisch einzuleiten. Einerseits wäre daher dringend eine wesentlich größere Kooperationsbereitschaft niedergelassener Kollegen zu postulieren, andererseits muss der Zugang zu ambulanten und/ oder stationären Facheinrichtungen deutlich erleichtert werden.

Wünschenswert ist zudem ein lokales Netzwerk interessierter/ beteiligter Ärzte/ Einrichtungen, welches die Betriebsärzte darin unterstützt, Patienten der Hilfe zuzuführen, die sie benötigen. Dieses Netzwerk wäre zudem eine geeignete Plattform zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktisch relevanter Learnings zum Thema Burnout.

## Burnout - Probleme und Fragen in der Praxis II

Dr. med. Jörg Busam, Otto GmbH & Co KG

Aus betriebsärztlicher Sicht stellt der Symptomenkomplex „Burn-Out“ ein außerordentlich relevantes Thema dar. In einem Großbetrieb des Versandhandels fanden sich für 2008 in ca. 10 – 15% der betriebsärztlichen Sprechstunden Hinweise für ein Burn-Out-Syndrom. Die Anamnesen weisen auf ein multifaktorielles Geschehen hin, eine Beteiligung arbeitsplatzbezogener Faktoren wurde dabei in ca. 60 – 70% d. F. gesehen. Eine zentrale Rolle in der Erfassung und Vermeidung psychischer Fehlbelastungen spielt die betriebliche Gefährdungsbeurteilung. Eine geeignete Methode sollte zielgruppenspezifisch, im Betriebsalltag praktikabel, valide, kostengünstig und unmittelbar maßnahmenableitend sein. Dies sind aus Sicht des Referenten wesentliche Eigenschaften, um eine innerbetriebliche nachhaltige Akzeptanz zu gewährleisten. Mit Hilfe einer

bewährten Methodik erzielte Ergebnisse fördern die Sensibilität gegenüber der Thematik bei betrieblichen Entscheidungsträgern („Betriebskultur“). Aus betriebsärztlicher Sicht ist gegenwärtig eine fachgerechte und insbesondere zeitnahe ambulante Diagnostik und Therapie nicht ausreichend sichergestellt, wenn sich Hinweise für ein abklärungsbedürftiges psychopathologisches Bild ergeben haben. Die Folge ist möglicherweise eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbilds. Kann der Nachweis der Umsetzbarkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur Vermeidung psychischer Fehlbelastungen auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht geführt werden, könnte dies die betriebliche Bereitschaft fördern, zum Beispiel Kooperationsprojekte mit Kliniken oder psychotherapeutischen Institutionen einzugehen.

### Gender und Burnout

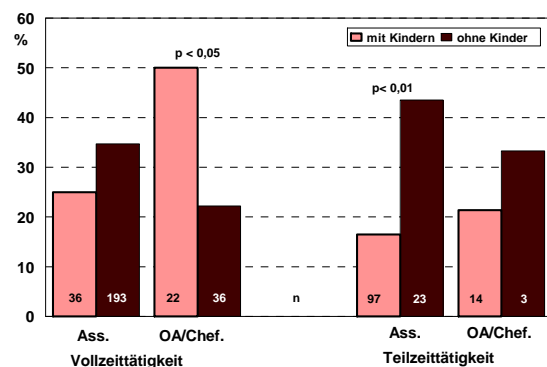
Dr. med. Ralf Wegner

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin

Was bedeutet Gender? Nach gängiger Definition handelt es sich um das soziale oder psychologische Geschlecht einer Person. Gender stehe für eine sozial und kulturell geprägte Geschlechterrolle, die grundsätzlich veränderbar sei und sich von dem biologischen Geschlecht abgrenze. Als politische Ergänzung erfuhre der Begriff die Erweiterung zu Gender Mainstreaming mit dem Ziel, die Gleichstellung von Männern und Frauen zu erreichen. Etwas älteren Datums ist die Bezeichnung Burnout für ein Erschöpfungssyndrom, welches in Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit auftritt, darauf aber nicht beschränkt sein muss. Bereits vor 100 Jahren wurde bei Lehrkräften eine burnoutähnliche Symptomatik beschrieben, damals noch als Nervenschwäche bezeichnet. Später sprach man von Managerkrankheit, schließlich prägte Freudenberg 1970 den Begriff Burnout. Gut 10 Jahre später wurde das Maslach-Burnout-Inventar als mittlerweile international verbreitetes Messinstrument in die Wissenschaft eingeführt. Das Thema Gender und Burnout legt nahe, dass Burnout vom sozialen bzw. gesellschaftlich bestimmten Geschlecht abhänge, weniger vom biologischen Geschlecht. Wir selbst untersuchten 1975 die Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens nach einem ärztlichen Bereitschaftsdienst (dem damals noch ein regulärer Tagesdienst folgte) bei Krankenhausärztinnen und -ärzten in Abhängigkeit von Doppelbelastung durch Kindererziehung und der Schlafdauer während des Bereitschaftsdienstes. Frauen stufen sich doppelt so häufig mit schlecht ein als Männer. Die erste Erklärung war damals eher genderbezogen: Frauen würden eher zugeben können, weniger leistungsfähig zu sein als Männer. Gegen diese Genderhypothese spricht, dass sich

Frauen mit Kindern, also die eigentlich stärker Belasteten, weniger häufig mit schlecht als Frauen ohne Kinder einstufen. Der Bezug zur Schlafdauer neigte die Waagschale schließlich eindeutig zum Einfluss des biologischen Geschlechts auf die Selbsteinstufung des Leistungsvermögens. Zwischen Männern und Frauen ergaben sich keine entsprechenden Unterschiede, wenn beide mindestens 6 Stunden oder weniger als 2 Stunden, also fast gar nicht geschlafen hatten, während sich für einen Schlafentzug von 2 bis weniger als 6 Stunden statistisch signifikante Unterschiede ergaben. Eine stärkere Empfindlichkeit von Frauen auf Schlafentzug, wie sie somit nachweisbar war, ist schwerlich dem sozialen Geschlecht zuzuordnen. Es handelt sich wohl um einen Unterschied in der Biologie der Geschlechter.

Burnoutgefährdung (EE > 26) bei Hamburger Krankenhausärztinnen



Dennoch gibt es einen Gendereinfluss. So wiesen wir kürzlich nach, dass die Burnoutgefährdung von Lehrern sehr viel höher als von Lehrerinnen ist,

wenn als Basis die Daten von an Burnoutfolgen Erkrankten herangezogen werden. Bei unselektierten berufstätigen Lehrkräften ließ sich dagegen eine höhere Burnoutgefährdung für Frauen nachweisen. Dieser Unterschied erklärt sich durch eine, wohl gesellschaftlich erklärbare, verminderte Bereitschaft von Männern, sich medizinisch-psychologischer Hilfe bereits zu einem Stadium zu bedienen, in dem die eigenen Ressourcen noch nicht völlig aufgebraucht sind.

Vergleichbar den älteren Untersuchungen hat sich auch jetzt wieder herausgestellt, dass die Erziehung eigener Kinder protektiv für Burnout sind, dieses gilt für Frauen im Allgemeinen, nicht jedoch für vollzeitbeschäftigte Frauen in Führungspositionen. Wie die vorstehende Abbildung zeigt, ergibt sich bei der Gruppe der Krankenhausärztinnen in Führungspositionen mit Vollzeittätigkeit (Ober- und Chefärztinnen) eine signifikant höhere Burnoutgefährdung, wenn diese neben der stark beanspruchenden Be-

rufstätigkeit noch Kinder zu versorgen hatten. Bei vollzeitbeschäftigten Assistenzärztinnen konnte dieser Effekt dagegen nicht gezeigt werden. Wenn Frauen die Karriereleiter erklimmen wollen, sind Kinder offenbar immer noch eine Belastung, die viele Frauen zur Entscheidung Karriere oder Kinder zwingt. Hier macht nicht nur Gender Mainstreaming im Sinne der Förderung der Chancengleichheit Sinn, vielmehr zwingt die zunehmende Anzahl von Frauen im Medizinstudium und mittlerweile auch im Arztberuf (bei den jüngeren Jahrgängen mehr als 50%) die Krankenhausträger, auch den Frauen, die sich für Kinder entschieden haben, den Zugang zu den Führungspositionen im Krankenhaus zu erleichtern. Denn schon jetzt haben Klinikverwaltungen Schwierigkeiten, entsprechende Positionen qualitativ ausreichend zu besetzen. Eine weitere Flexibilisierung und ausreichende Regelung der Arbeitszeit und die vermehrte Einrichtung von Betriebskindergärten könnten dazu beitragen, dieses Problem zu lösen.

### **„Interventionen zur psychosozialen Gesundheit in Betrieben“**

PD Dr. med. Peter Angerer

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum, Universität München

Interventionen zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz bedürfen einer theoretischen Fundierung: 1) Es sollte definierbar sein welcher Stressor, auf Ebene der Arbeitsbedingungen oder auf der Ebene der individuellen Situation eines Beschäftigten, beeinflusst werden soll und wie dieser Stressor zu messen (zu erkennen) ist. 2) Die gesundheitliche Relevanz des Stressors sollte abgeschätzt werden können – d.h. empirische, möglichst prospektive Daten sollten vorliegen, die die Relevanz des arbeitsbezogenen Stressors für die Gesundheit / Entwicklung bestimmter Erkrankungen belegen. Diese Forderungen sind weitgehend erfüllt für die folgenden Stressmodelle, in denen verschiedene Faktoren zu einem integralen Konzept verdichtet sind: Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek) postuliert, dass die Kombination von hoher (v.a. psychischer) Anforderung durch die Arbeit mit einer niedrigen Kontrolle über die Arbeit ein Gesundheitsrisiko darstellt. Mangelnde soziale Unterstützung verstärkt diesen Zusammenhang. Empirisch kann als gesichert gelten, dass hohe Anforderung bei niedriger Kontrolle ein erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankheit bedingt; aus methodischen Gründen ist der Zusammenhang für Erkrankungen wie Depression und Rückenschmerzen, die wesentlich aufgrund subjektiver Einschätzung diagnostiziert werden, weniger gut belegt – aber zumindest wahrscheinlich.

Das Gratifikationskrisenmodell (Siegrist) beruht auf der Annahme, dass ein Ungleichgewicht im sozialen Austausch, hier zwischen Anstrengung für die Arbeit und Belohnung für die Arbeit, zu einer Gratifikationskrise führt. Für die gesundheitliche Auswirkung von Gratifikationskrisen gilt sinngemäß das

oben für das Anforderungs-Kontroll-Modell Gesagte. Gerechtigkeit durch Organisation und Vorgesetzte (Kivimäki) stellt ein neueres Konzept, ebenfalls mit hohem prädiktiven Wert für das Auftreten verschiedener Erkrankungen, dar. Stressprävention – individuelle Ebene: Erfolgreiche Programme im betrieblichen Setting sind bislang v.a. kognitiv-verhaltensbezogen. Zu wenige Untersuchungen gibt es zu kombinierten individuellen mit organisationsbezogenen Ansätzen, um die Effektivität beurteilen zu können. Stressprävention - organisationale Ebene: Dies setzt eine Gefährdungsbeurteilung voraus, für die eine Reihe von standardisierte Instrumente existiert. Gute Daten gibt es für positive Effekte von Gesundheitszirkeln.

Im Folgenden werden Beispiele der eigenen Arbeit vorgestellt, die auf den o.g. theoretischen Konzepten basieren. Die vom BMBF geförderte sogenannte MAN-GO Studie wendet sich an die Zielgruppe der Industriemeister in der Produktion (MAN-Lastwagen): Ziel der Stressprävention sind Verbesserung der individuellen Stressreaktivität und – langfristig – damit die der psychischen und körperlichen Gesundheit. Für die Gesamtgruppe gibt es einen dreimaligen sog. Gesundheitcheck mit individueller Rückmeldung der Ergebnisse. Dieser umfasst: Eine ärztliche Untersuchung (Anamnese zu Vorgeschichte, Risikofaktoren, gesundheitsrelevantes Verhalten, insb. Sport, Rauchen; Befund - Größe, Gewicht, Bauchumfang, Blutdruck; LZ-EKG; Blutlabordiagnostik, u.a. Cholesterin, vaskuläre Entzündungsmarker; Cortisol und Amylase im Speichel (7 Messzeitpunkte) sowie eine psychologische Untersuchung basieren auf Fragebogeninstrumenten - HADS, SSCS, SRS, ERI, KFZA. Der Gesundheits-

check ist primär zur Evaluation gedacht, ist aber als Intervention potentiell wirksam. Randomisiert erhält die eine Hälfte der ein Stressbewältigungstraining: Dieses ist gruppenbasiert, umfasst insgesamt 22 Stunden verteilt auf 3 Termine über 11 Monate mit dem Ziel, strukturelle, verhältnispräventiv-wirksame Veränderungen anzustoßen. Inhalte sind zum einen das Erkennen von und der bessere Umgang mit beruflichem Stress im Sinne eines langfristigen Stressabbaus; zum anderen die Vermittlung von Kenntnissen über und die Erleichterung der Umsetzung von gesundheitsförderlichem Verhalten.

Nach 12 Monaten zeigte sich eine signifikante Reduktion der Stressreaktivität, dem definierten primären Endpunkt der Studie. Die Änderung kardiovaskulärer Risikofaktoren unterschied sich nicht zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, war aber – entgegen den Erwartungen an die natürliche Entwicklung der Risikofaktoren – signifikant und in eine gesundheitsfördernde Richtung weisend: Der Blutdruck und die Anzahl gerauchter Zigaretten sank, das HDL/LDL Verhältnis nahm zu, ebenso die Anzahl der Sportstunden in der Freizeit. Auf Organisationsebene führen wir derzeit 2 Untersuchungen durch, zum einen Gefährdungsbeurteilung und Gesundheitszirkel in der Industrie (mit der Vorgabe eines geringen Zeitaufwandes) und zum anderen für Ärzte in einem mittelgroßen Krankenhaus (im Rahmen eines BÄK geförderten Forschungsprojekts).

In der Industrie werden als Erhebungsinstrumente der Kurze Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA; Prümper) verwendet; an den folgenden Gesundheitszirkel nehmen neben teil ein betriebsinterner Trainer, 4 Mitarbeiter, Meister, Betriebsrat, Vertreter von Arbeitssicherheit und Gesundheitsdienst. Die Gesamtdauer beträgt 2 Tage. Es erfolgt eine The-

mensammlung durch die Mitarbeiter vorab. Beim Treffen zur Umsetzungskontrolle nach 5 Monaten wurden über 50% der Vorhaben als umgesetzt eingestuft. Bei der Intervention in einem mittleren Allgemeinkrankenhaus handelt es sich um ein wissenschaftliches Projekt, gefördert durch die Bundesärztekammer im Rahmen der Versorgungsforschung. Ziel der Intervention ist die Belastungsreduktion für Ärzte durch beteiligungsorientierte Arbeitsgestaltung. Nach einer initialen umfassenden Evaluation der Arbeitsbedingungen (v.a. mittels TAA, Büssing und Glaser) und des Gesundheitszustandes der beteiligten Ärzte (unter anderem Maslach Burnout Inventory, MBI) wurden diese abteilungsweise in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe eingeteilt.

Bei der Basiserhebung zeigte sich eine relativ enge Korrelation zwischen belastenden Arbeitsbedingungen und Burnout nach MBI, insbesondere betreffend die Skala emotionale Erschöpfung. Ergänzend zur Befragung wurden zahlreiche komplette Schichtbeobachtungen durchgeführt. Ein hervorstechendes Ergebnis ist, dass die Ärzte im Schnitt etwa alle 7 min ungeplant bei ihrer Tätigkeit unterbrochen werden. An den folgenden Gesundheitszirkeln nahmen v.a. Vertreter der Assistenzärzte teil. Die Inhalte der Zirkel betreffen v.a. (defizitäre) Unterstützungsmöglichkeiten der Arbeit (Ausbildung, Führung, Information). Für die Umsetzung hat sich die Unterstützung durch Chefarzte und Krankenhausleitung als essentiell erwiesen. Für die Durchführbarkeit der Zirkel ist die (zeitliche) Freistellung der dringend erforderlich. Ob die Gesundheitszirkelarbeit mittelfristig eine Verringerung von Stressoren, Stärkung der Ressourcen und in Folge eine Verminderung von Burnout Risiko bewirkt, muss in den Abschlussanalysen geklärt werden.

## Burnout-Risiko bei Lehrerinnen und Erzieherinnen – Dresdner Standpunkt

Dr. rer. nat. Reingard Seibt

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden

*Burnout* ist ein Konstrukt, das bei der Risikoerfassung von Lehrkräften eine nicht unwesentliche Bedeutung hat. Es existiert allerdings eine kaum überschaubare Vielfalt von *Burnout-Konzepten* und *-messinstrumenten*, die ein widersprüchliches Bild vermitteln und die Entstehungsquellen des *Aus-brennens* nicht ausreichend erklären. Der Definition gemäß wird *Burnout arbeitsbedingten* Faktoren zugeordnet. Die individuelle Betroffenheit kann aber wesentlich von bestimmten Persönlichkeits- und Bewältigungsmerkmalen abhängen, so dass das Gefährdungspotential für *Burnout* in der Wechselbeziehung zwischen *Arbeit* und *Individuum* zu sehen ist. Nach der *International Classification of (mental) Diseases* (ICD 10, 1995) ist *Burnout* mit seiner Zuordnung zur Nummer Z73.0 „ausgebrannt sein“ (Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung) in die

Kategorie eingeordnet, in der „Sachverhalte als Diagnosen oder Probleme angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00 bis Y89 klassifiziert werden“. Die verschiedenen Fragebögen zur *Burnout-Erfassung* oder *-beschreibung* (z.B. MBI-GS) sind *keine krankheitsdiagnostischen* Verfahren. Sie können Erscheinungsbilder, Symptome oder Folgen unterschiedlicher, medizinisch definierter Erkrankungen sein, sie können aber auch die Breite und Vielfalt normaler menschlicher Bewältigung widerspiegeln. Es ist offen, ob *Burnout* ein tatsächlich *arbeitsbezogenes* oder *personenbezogenes*, ein *allgemeines* Phänomen oder eine *Kombination* dieser Phänomene ist. Nach Rösing (2003) ist *Burnout* „in unserer Kultur (...) noch unendlich davon entfernt, eine 'legitime' Belastungsstörung zu sein, die auf

mehr Anspruch hätte als auf die Empfehlung 'mach doch mal Ferien!'.

Im Vergleich zur Lehrerforschung erfährt die Berufsgruppe der Erzieher erst seit Ende der 90er Jahre in der arbeitswissenschaftlichen Forschung Aufmerksamkeit. Die Prävalenz des *Burnout-Syndroms* variiert in Deutschland im Lehrerberuf zwischen 10-30% (u.a. Rudow 1994; Barth 1997; Gamsjäger & Sauer 1996; Bauer & Kanders 1998; Stähling 1998; Seibt et al. 2004, Seibt & Scheuch 2008); bei Erziehern wird von etwa 10% ausgegangen (Rudow 2004; Seibt et al. 2005). Nach amerikanischen Studien liegen die Anteile hochgradig betroffener Lehrkräfte sogar höher (Rudow 1994; Clark & Thompson 1995; Barth 1997). Allerdings sind deutsche und amerikanische Populationen aus kultur- und schulspezifischen Gründen nur bedingt miteinander vergleichbar. Und solange keine verbindlichen kritischen *Burnout-Grenzwerte* vorliegen, sind pauschale Kategorien wie *ausgebrannt* oder *burnoutgefährdet* zurückhaltend zu betrachten. Es gibt bisher nur eine finnische Arbeit von Kalimo et al. (2003) mit empfohlenen Kriterien zur Bewertung unterschiedlicher Grade des *Burnout-Gesamtsyndroms*, die auch von uns angewandt wird, um nicht etwas zu beschreiben, was man nicht bewerten kann.

In eigenen Untersuchungen (Seibt & Scheuch 2007) mit dem MBI-GS (Schaufeli et al. 1996) bestätigte sich für Lehrerinnen (n=100) in allen drei *Burnout-Dimensionen* (emotionale Erschöpfung, Zynismus, reduzierte Leistungsfähigkeit) eine höhere Ausprägung als für Erzieherinnen (n=65). Dennoch spiegeln die *Burnout-Werte* nicht die besorgniserregenden Ergebnisse anderer Studien zur Prävalenzrate von Burnout in psychisch belastenden Berufen wider. Bei keiner der arbeitsfähigen Lehrerinnen oder Erzieherinnen war ein vollständiges *Burnout-Syndrom* im Sinne von Maslach & Jackson (1984) zu finden. Die Lehrerinnen arbeiteten unter ungünstigeren Arbeitsbedingungen als die Erzieherinnen und waren größeren beruflichen Belastungen (größere zeitliche, psychische Belastung, stärkere Imbalance von Verausgabung und Anerkennung, höhere Arbeitsplatzunsicherheit) mit geringeren Ressourcen (geringerer Tätigkeitsspielraum und Status, geringere Erholungsfähigkeit) ausgesetzt; lediglich die körperliche Belastung war für Erzieherinnen stärker. Auch zeigte sich in Übereinstimmung mit Maslach & Leiter, (1997) und Burisch (2002) für *arbeitsbezogene* Faktoren ein größerer Einfluss auf das *Burnout-Risiko* ( $R^2=43$ ). Durch stärker arbeitsbezogenen Stress und höhere Verausgabung scheint bei Lehrerinnen die Fähigkeit zur *Erholung* eingeschränkt zu sein; sie geben höhere Erschöpfung an. Insgesamt scheint ein höheres *Burnout-Risiko* mit ungünstigeren Arbeitsbedingungen (größeres Ausmaß an Stressoren, weniger Ressourcen) und höherer *Erholungsunfähigkeit* zusammenzuhängen.

Kritisch ist zum MBI-GS (Schaufeli et al. 1996) anzumerken, dass es nur im Zusammenspiel aller drei *Burnout-Dimensionen* (*emotionale Erschöpfung, Zy-*

*nismus* bzw. *Depersonalisation, reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit*) tatsächlich zum *Ausbrennen* kommen soll. Hier besteht die ungelöste Frage, ob ein *Burnout-Syndrom* nur dann Krankheitsbedeutung hat, wenn alle drei Dimensionen vorhanden sind. Andererseits ist zu diskutieren, dass es eine Unabhängigkeit dieser *drei Burnout-Subskalen* gibt. Wenn das der Fall ist, besteht eher ein uneinheitliches *Burnout-Konzept!* Abzugrenzen von krankheitsbezogenen Angaben sind die *arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster* im Sinne des AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2001), die in den letzten Jahren überaus häufig thematisiert, aber unkritisch interpretiert wurden. Im AVEM werden die Personen einem der vier „Muster“ (Typen) zugeordnet, obwohl es überwiegend Mischtypen gibt. Gesundheitsstörungen werden damit nicht diagnostiziert! Zweifelsohne ist *Burnout* ein *gesundheitsbezogenes* Konstrukt, das zur Risikoerfassung von Lehrkräften eine nicht unwesentliche Bedeutung hat und in der betriebsärztlichen Tätigkeit generell genutzt werden kann und muss. Die Interpretation von Burnout bedarf aber spezifischer Kenntnisse und darf nicht „banal“ erfolgen, denn die Beziehungen von Arbeits- und Persönlichkeitsmerkmalen, einschließlich ihres Umfeldes sind komplex. Insbesondere verdienen *potentiell gefährdete* oder bereits *ausgebrannte* Lehrkräfte aus schulpolitischem, aber auch aus wirtschaftlichem und sozialpolitischem Interesse besondere Aufmerksamkeit. Da jedoch effektive Maßnahmen zur Verhinderung des *Burnout-Syndroms* scheinbar fehlen, kommt der Früherkennung eine entscheidende Bedeutung zu. Die Präventionsarbeit müsste berufs- und individualspezifisch erfolgen und flächendeckend eingeführt werden. Jedoch findet eine solche Prävention - trotz Arbeitsschutzgesetz von 1996 - für beide Berufsgruppen bisher nur unzureichend statt. Eine qualifizierte, den Besonderheiten ihrer Tätigkeit gerecht werdende betriebsärztliche Betreuung in einem Kompetenznetz, in das neben der Arbeitsmedizin auch weitere in die Gesundheit pädagogischer Berufsgruppen involvierte medizinische und psychologische Fachdisziplinen eingebunden sind, fehlt weitgehend. Individuelle Strategien der *Burnout-Prävention* und der Mobilisierung von Ressourcen und Schutzfaktoren sind zwar wichtig, aber unzureichend. Auch „Schul-Außenstehende“ sollen die Erfahrung machen, es nicht in erster Linie mit einzelnen Lehrkräften oder Erziehern, sondern mit einem Kollegium sowie mit der „Institution Schule bzw. „Kita“ zu tun zu haben. Zudem ist unter dem Gesichtspunkt der gegenseitigen Unterstützung und des Feedbacks die Entwicklung *gemeinsamer Konzepte* wesentlich Erfolg versprechender als der Start von Einzelaktionen. Ein erster Schritt, Belastungen abzubauen und Entlastungsmöglichkeiten zu schaffen, wäre die Schaffung von Gestaltungsspielräumen in der Schulorganisation und den eigenen Arbeitsabläufen.

Die Erkenntnisse zum Typ-A-Verhalten aus den 70er Jahren (Friedman & Rosenman 1975) führten zur Einführung psychischer Risiken und Verhaltensmerkmale in ein ausschließlich medizinisch ori-

entiertes *Risikofaktoren-Konzept* für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die bisherige *Burnout-Diskussion* führte zumindest zur Sensibilisierung bezüglich dem Burnout-Risiko bisher vernachlässigter Berufsgruppen. Vor allem hat die gesamte Risikoforschung nur eine Chance, wirksame Modelle für den Einzelnen und Gruppen von Menschen zu entwickeln, wenn sie sich sowohl auf Risiken und Ressourcen als auch auf Verhalten und Verhältnisse, sowie auf Prävention und Gesundheitsförderung konzentriert. In diesem Zusammenhang sind auch die entsprechenden Risiken einzuordnen, die aus unseren Unter-

suchungen für den Lehrerberuf abgeleitet werden können. Den *Landauer Empfehlungen* (2004) ist zuzustimmen, dass Lehrergesundheit ein zentrales Gut des Bildungswesens und der Gesellschaft ist und, dass Bildungs- und Gesundheitsdiskussion zusammengehören. Lehrergesundheit ist ein Führungsthema und strategisches Managementziel. So ist die *Landauer Feststellung*, „Lehrergesundheit fördert Qualität von Schule“ zu ergänzen durch „Qualität von Schule fördert Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden von Lehrern und Schülern“ und ist auf den Kita-Bereich übertragbar.

## Prävalenz von Burnout in der deutschen Erwerbsbevölkerung

apl. Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn, Bergische Universität Wuppertal

In der deutschen Arbeitsmedizin besteht zunehmend der Eindruck, dass der Anteil der Beschäftigten, die sich „ausgebrannt“ fühlen und dies ihren Betriebsärztinnen und Betriebsärzten mitteilen, stetig steigt. „Ausgebranntsein“, also „Burnout“, wird vorwiegend Berufen zugeschrieben, die mit Menschen arbeiten. Aus betriebsärztlicher Sicht ist von Interesse, welche (Berufs)Gruppen von Burnout besonders betroffen sind. Die BIBB/BAuA Beschäftigterhebung, eine in 2005/6 durchgeführte telefonische Befragung bei 20.000 Erwerbstätigen (mit mindestens 10 Arbeitsstunden/Woche), erlaubt es, die Frage nach Burnout-Risikogruppen genauer zu untersuchen. In dieser Befragung wurde Burnout als „chronischer Erschöpfungszustand mit Krankheitsgefühl, der bereits seit sechs Monaten andauert“ verstanden. Die Befragten sollten angeben, ob sie „während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig“ an Burnout litten (Antwort: Ja / Nein). Im Mittel fühlten sich in dieser Befragung 7,1% der Teilnehmer ausgebrannt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass – wie erwartet – insbesondere Lehrer und Angehörige medizinischer Professionen sich als ausgebrannt bezeichneten, manuelle Arbeiter dagegen nur selten. Dies bestätigt einerseits unsere (auf Daten der Vorgängeruntersuchung 1998/9 gestützte) Hypothese, dass diejenigen Professionen ein höheres Risiko für Burnout tragen, die mit Menschen arbeiten, auf deren Kooperation sie angewiesen sind und welche diese Kooperation oft nicht entgegenbringen (Hasselhorn & Nübling, 2004). Auffällig sind allerdings die hohen Anteile Ausgebrannter bei selbständigen Ärzten und Krankenhausärzten. Bei ihnen ist mit der Kooperation der Patienten zu rechnen, so dass andere Gründe gesucht werden müssen, möglicherweise der steigende Wirtschaftlichkeitsdruck bei selbständigen Ärzten und eine zunehmende Zulassung der Wahrnehmung eigener Belastungs- und Beanspruchungsgrenzen bei Krankenhausärzten.

Frauen waren insgesamt häufiger ausgebrannt als Männer, allerdings zeigten sich für einzelne Berufsgruppen sehr unterschiedliche Muster, so dass der vorherrschende Eindruck, Frauen seien in der Re-

gel eher ausgebrannt, nicht bestätigt wurde. Bei qualifizierten und leitenden Angestellten/Beamten fand sich ein steiler Anstieg der Burnout-Prävalenz mit zunehmendem Alter. Während Jüngere unter 25 Jahren sich nur zu 3-5% als ausgebrannt bezeichneten, war dies in der Altersgruppe von 45-54 Jahren bei 12% der Fall (bei der Altersgruppe darüber 11%). Aus betriebsärztlicher Sicht verdient dieser Befund Aufmerksamkeit, da diese (große) Altersgruppe immer weniger Möglichkeiten für den vorzeitigen Berufsausstieg erhalten wird und bei ihr frühzeitig interveniert werden muss, um deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Von betriebsärztlicher Relevanz ist nicht nur die Frage der Prävalenz von Burnout, sondern auch die nach Inanspruchnahme spezifischer Behandlung. 28% aller Ausgebrannten hatte diesbezüglich ärztliche/therapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass manche hoch belasteten Gruppen dies überdurchschnittlich häufig getan hatten, zum Beispiel Schulleiter (50%), Sozialarbeiter (45%), Grundschullehrer (44%), Zahnärzte (38%) und examiniertes Krankenpflegepersonal (36%). Weniger geneigt, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, waren die selbständigen Ärzte (17%) und insbesondere die Krankenhausärzte (lediglich 4%) und die Pfarrer (0%).

Aus betriebsärztlicher Sicht möchte ich aus den Ergebnissen schlussfolgern,

- dass Betriebsärzte zweifellos mit erschöpften und ausgebrannten Beschäftigten konfrontiert sind.
- dass, es „Risikogruppen“ gibt, so zum Beispiel die Berufsgruppen des Gesundheitsdienstes und die Lehrerberufe. Auch ältere Beschäftigte werden diesbezüglich künftig mehr betriebsärztliche Aufmerksamkeit erhalten müssen.
- dass sich viele Betroffene nicht behandeln lassen; auch hier gibt es „Risikogruppen“, nämlich vor allem Ärzte. Es gilt, Strategien zu finden, diese Gruppen Therapien zuzuführen.
- dass Burnout natürlich auch in wenig belasteten Berufsgruppen auftritt. Letztendlich muss sich der

Betriebsarzt ggf. bei jedem einzelnen Beschäftigten Klarheit darüber verschaffen, ob möglicherweise Burnout (im weitesten Sinn) vorliegt, ob Handlungsbedarf besteht und welche Schritte erforderlich sind, um den Beschäftigten zu helfen.

	Gesamt-Anzahl	während/unmittelbar nach der Arbeit ausgebrannt	davon durch Arzt/Therapeut behandelt
		%	%
Selbständige Ärzte	41	29***	17
Lehrer Realschule	99	27***	27
Lehrer Sonderschule	78	26***	30
Lehrer Hauptschule	73	23***	29
Sozialarbeiter	209	19***	45
Lehrer Grundschule	190	19***	44
Ärzte: Krankenhaus	127	19***	4
Lehrer Gymnasium	253	18***	27
Kindergärtnerinnen	170	17***	28
Zahnärzte	47	17***	38
Schulleiter	36	17	50
Sanitäter	24	17	25
Altenpflegerinnen	182	16***	30
Pfarrer	22	14	0
Krankenschwestern	489	13***	36
Verwaltung, höher	83	12	30
Landwirt	70	11	38
Redakteure, Journal.	112	11	33
Steuerberater	38	11	25
Manager	68	10	14
Rechtsanwälte	49	10	20
Geschäftsführer	229	10	9
Krankenpflegehelfer	57	9	0
Verwaltung, mittl.	616	9	36
Softwareentwickler	223	9	5
Maurer	47	9	25
Bereichsleiter	287	8	33
Briefträger	72	8	33

Sekretäre	229	8	37
Ingenieure	674	8	24
Verwaltung, gehoben	285	8	35
Übrige	8.981	8	29
Bankangestellte	317	8	42
Künstler	56	7	25
Einzelhandelskaufl.	248	7	29
Elektriker	400	7	11
Fleischer	30	7	50
Tischler	106	7	14
kaufm. Angestellte	153	7	20
Maler	31	6	0
Maschinenführer	174	6	27
Polizisten	194	6	73
Reinigungspersonal	268	6	44
Verkäufer	669	6	28
Architekten	52	6	33
Buchhalter	300	6	35
Bäcker	36	6	0
Arzthelferinnen	222	5	33
Makler	97	5	40
Chemiearbeiter	139	5	14
Richter	20	5	100
Gastron., Bedienung	120	5	0
Schlosser Mechaniker	649	5**	16
Hausmeister	127	5	33
Fahrer	382	5*	28
Wächter	67	4	33
Hochschule: Lehrer	91	4	25
KFZ-Mechaniker	162	4	29
Metallarbeiter	280	4*	17
Kneipier	26	4	0
Friseure	66	3	0
MTAs	66	3	0
Gärtner	117	3*	0
Soldaten	87	2	0
Köche	64	2	0
Lokomotivführer	24	0	n.a.
Mittelwert	19.989	7,1%	28% (339 v. 1.428)

Tab.: Anteil der Personen, die angaben, „während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig“ an Burnout zu leiden, gruppiert nach Profession. Die rechte Spalte zeigt den Anteil der Betroffenen innerhalb einer Profession an, die spezifische professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben. \* zeigen Signifikanzniveau an (Logistische Regression). Aus: Hasselhorn HM, Nübling M. Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 2004;39:568-576

## Erfahrungen in der stationären Diagnostik

Dipl. Psych. Peter Berger, Hardtwaldklinik II, Bad Zwesten

Bei unserer im ländlichen Raum angesiedelten, überregional wirkenden Klinik handelte es sich um ein 200-Betten-Haus mit knapp 2000 Patientenaufnahmen pro Jahr, davon 15% mit akademischem Berufshintergrund. Zu Beginn der durchschnittlich siebenwöchigen Behandlung werden nach einer ärztliche Untersuchung eine tiefenpsychologisch fundierte Anamnese erhoben und darauf aufbauend psychodynamische Behandlungsansätze entwickelt, die von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Bewegungs- und Gestalttherapeuten sowie Pflegekräften vorwiegend im Sinne einer Milieuthérapie umgesetzt werden (Janssen 1987). Der stationäre psychotherapeutische Behandlungsansatz ist ganzheitlich und in ein stationäres Gesamtkonzept eingebettet, in dem alle Bereiche der Klinik zum Therapieraum gehören. Vor dem Hintergrund eines psychoanalytischen Menschenbildes und Krankheitskonzeptes greift er neben den psychischen auch die

somatischen und sozialen Probleme der Patienten auf. Im Zentrum der Behandlung steht die Gruppenpsychotherapie nach dem Göttinger Modell (Heigl-Evers 2002). Die Therapiegruppen sind offene, diagnostisch inhomogene Gruppen mit Teilnehmern auch aus anderen Berufen. Neben der Gesprächstherapiegruppe mit zwei Sitzungen pro Woche erhalten die Patienten in der gleichen Gruppenzusammensetzung drei Therapiesitzungen in den Kreativverfahren Gestaltungstherapie sowie Konzentrativer Bewegungstherapie. Hier wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, sich mit ihren Konflikten und Problemen symbolisch zu verdeutlichen.

Zusätzlich nehmen Lehrer einmal pro Woche an einer „Burnout-Gruppe“ teil. In dieser Gruppe werden lösungsorientiert konkrete Probleme aus dem Arbeitsalltag der Lehrer mit Kollegen, der Schullei-

tung, mit Schülern, den Eltern der Schüler oder aber der häuslichen Arbeitsorganisation thematisiert. Die Themen werden von den Teilnehmern bestimmt. Arbeitsgrundlage für dieses verhaltenstherapeutische Gruppenangebot ist das von Kretschmann erarbeitete Programm zum Stressmanagement für Lehrerinnen und Lehrer (Kretschmann 2001). Diese Gruppensitzungen dauern jeweils 100 Minuten. Daneben werden zwei 50minütige tiefenpsychologisch fundierte Einzelgespräche geführt, in denen es konfliktorientiert um die vertiefende Deutung und Bearbeitung des in der Gruppenpsychotherapie gezeigten Verhaltens und Erlebens geht. Es gilt, den Patienten an möglichst vielen Verhaltensbeispielen zu verdeutlichen, wie sich ihre Burnout-Problematik im spezifischen Einzelfall in unterschiedlichen Situationen zeigt. Ein weiteres Ziel der Einzeltherapie ist es, das Arbeitsverhalten im Sinne einer verhaltenstherapeutischen Tätigkeitsanalyse kritisch und lösungsorientiert zu hinterfragen.

Schwerpunkte bilden hierbei Informationen zu Zeitplanungs- und Arbeitstechniken sowie die Hinterfragung subjektiver Mythen zur Rechtfertigung des malignen Arbeitsverhaltens mit dem Ziel einer Einstellungsveränderung. Zusätzlich knüpft diese Arbeit lösungsorientiert an den Ressourcen des Patienten an, an seinen gesunden Persönlichkeitsanteilen und fördert verhaltenstherapeutisch die Erweiterung der Verhaltenskompetenz (Berger 2006). Die Anbahnung einer weiterführenden ambulanten Therapie ist konstitutiver Teil der stationären Behandlung und/oder die Thematisierung von Supervisionsmöglichkeiten zur professionellen Selbstreflexion am Heimatort.

Der Erfolg unserer Therapie wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Hamburg, bei 200 beamteten Lehrkräften (mittleres Alter 51,1±6,7 Jahre, 66 Lehrer, 134 Lehrerinnen) im Mittel 2 Jahre nach dem stationären Aufenthalt per postalischer Erhebung überprüft. 150 Personen sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück.

Von diesen waren 75% immer noch berufstätig bzw. wieder in den Schuldienst zurückgekehrt, aber nicht immer in dieselbe Schulform. Die wöchentliche Arbeitszeit (inkl. reduziert Tätiger) verringerte sich nur wenig von im Mittel 38,1±12,1 auf 35,5±11,6 Std. ( $p>0,05$ ). Der mit dem Maslach-Burnout-Inventar erhobene Erschöpfungspunktwert (EE) ging von 32,7±11,5 auf 25,5±12,8 zurück, der Anteil Burnoutgefährdeter ( $EE > 26$ ) von 72% auf 45% ( $p < 0,0001$ ). Männer zeigten eine höhere Burnoutgefährdung als Frauen (Rückgang Männer von 97% auf 56%, Frauen von 61% auf 39%). Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im letzten Quartal reduzierte sich im Mittel von 27,5±35,6 auf 7,1±17,1 Tage.

Selbst unter der Annahme, dass alle Nichtantworter der Nachbefragung aus dem Schuldienst ausscheiden, bleibt als Erfolg festzustellen, dass 112 der 200 (56%) behandelten Lehrkräfte zwei Jahre nach der Therapie wieder bzw. noch im Schuldienst tätig waren. Die deutliche Abnahme der Burnoutgefährdung und der weitgehende Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten legt den frühzeitigen Einsatz stationärer Heilverfahren nahe, auch und insbesondere bei männlichen Lehrkräften.

## Erfahrungen mit einer ambulanten Burnout-Gruppenbehandlung

Dr. med. Hans-Peter Unger, Asklepios-Klinik Hamburg-Harburg

Nach Vorerfahrungen mit ambulanten Komplexbehandlungsprogrammen im Rahmen der „Integrierten Versorgung Depression“ (Modellprojekt Asklepios Klinik Harburg/DAK) startete im Oktober 2006 ein ambulantes Burnout-Behandlungsprogramm. Wie auch bei der „Integrierten Versorgung Depression“ ist das Ziel, eine enge Vernetzung mit den ambulanten Behandlern (Hausärzten, Nervenärzten, Psychotherapeuten) und in diesem Fall Betriebsärzten (Airbus-Projekt) zu schaffen. Nach Anmeldung der Patienten findet eine Vorgesprächsrunde statt, in der das Therapieprogramm vorgestellt und auf den vorrangigen Arbeitsplatzbezug hingewiesen wird. Jeder Teilnehmer stellt kurz seine Arbeitssituation vor und teilt mit, ob und wo er sich in Behandlung befindet. Die Gruppenregeln werden erklärt; die Teilnehmer melden innerhalb einer Woche zurück, ob sie am Programm teilnehmen möchten. Wird in der Vorstellungsrunde deutlich, dass ein Teilnehmer schwer depressiv erkrankt ist oder die Veränderungsbereitschaft nur gering ist (z.B. Rentenbegehren), erhält dieser Teilnehmer eine Rückmeldung mit weiterführenden Behandlungs- oder Unterstüt-

zungsmöglichkeiten. Die Gruppenteilnehmer kommen aus unterschiedlichen Bereichen (mittlere Führungsebene, Gesundheitswesen, Krankenkassen, Versicherungen, öffentliche Verwaltungen, Lehramt). Das Gruppenprogramm selbst besteht aus zehn Doppelsitzungen mit jeweils 90 Minuten, die ein Mal wöchentlich stattfinden. Begonnen wird stets mit einem 15minütigen „Blitzlicht“, in dem die Teilnehmer ihre Erfahrungen mit den Übungen und den Hausaufgaben kurz darstellen. Anschließend startet die Gruppe mit zehn Sitzungen á 90 Minuten mit der MBSR (*achtsamkeitsbasierten Stressreduktion* bzw. *achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression* nach Segal et al.). Nach einer kurzen Pause folgt der verbale gruppentherapeutische Teil, bestehend aus psychoedukativem Teil und gruppentherapeutischen Elementen in Verbindung mit Rollenspielen und Kommunikationstraining. Für diese zehn Sitzungen gibt es einen von uns entwickelten Fahrplan, von dem aus aktuellen Anlässen abgewichen werden darf, denn gegenwärtige Probleme und Konflikte am Arbeitsplatz sollen unbedingt eingebracht werden. Den Teilnehmern wird immer wieder dar-

gestellt, dass im Rahmen des Therapieprogramms eine Aufarbeitung weitergehender biographischer Bezüge nicht möglich ist. Wir sehen den Burnout-Prozess als eine dynamische „Erschöpfungsspirale“, auf der es über Jahre ein Vor und Zurück gibt, wobei der Prozess letztlich aber in klar definierten Erkrankungen wie einer Depression enden kann. Der Übergang in eine klar manifeste Depression spielt für uns dabei eine bedeutsame Rolle, im BDI liegen viele Patienten im Bereich der mittelschweren Depression. Als weitere testpsychologische Untersuchungen füllen die Patienten zu Beginn und Ende der Behandlung die Fragebögen AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) und Ferus (Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten) aus.

Nach den bisherigen Erfahrungen ist der Gruppenverlauf am Anfang durch den „Gruppenschock“ gekennzeichnet, bei milder positiver Übertragung auf die Therapeuten. Während der dritten Sitzung kommt es zu einer Enttäuschungsreaktion, die Gruppenteilnehmer spüren, dass sie aus einer Opferposition heraustreten müssen und der Therapieprozess aktive Mitarbeit erfordert. Andererseits sind sie durch das Gruppengeschehen und die Gruppenkoalition jetzt deutlich entlastet.

Da die Gruppe parallel zur Arbeitszeit stattfindet, müssen sich die Gruppenteilnehmer für die Sitzung vom Arbeitsplatz abgrenzen, indem sie pünktlich zu den Terminen kommen und so mit der Teilnahme

an der Gruppe wieder eine Entscheidung für Änderung und persönliches Wohlergehen treffen. Dies lässt sich gut im Gruppenprozess darstellen. In der mittleren Gruppenphase werden die Patienten im Selbstachtsamkeitstraining mit negativen Emotionen konfrontiert. Gleichzeitig entwickelt sich im verbalen Teil der Behandlung eine Arbeitsatmosphäre, die Gruppe erlebt sich als ein Arbeitsteam mit intensiven Rollenspielen und Kommunikationstraining. In der achten Sitzung taucht Trennungsangst auf, die Gruppe ist jetzt bald zu Ende, wie soll es weitergehen. Dieses kann gut durch das Thema Erwartungen an den Arbeitsplatz und Erstellen realistischer Übungspläne im Rahmen der Selbstachtsamkeit aufgefangen werden. Der Abschied in der zehnten Sitzung ist durch eine Rückmeldung der Therapeuten an jeden Teilnehmer gekennzeichnet, Dankbarkeit und Begrenzung stehen im Vordergrund.

Aus unserer Sicht bestehen die Vorteile eines ambulanten Gruppenbehandlungsprogramms in der parallel zur Arbeit laufenden Behandlung, welche arbeitsplatzbezogen erfolgt und im Durchschnitt über drei bis vier Monate mit zehn Doppelsitzungen stattfindet. Ein positiver Effekt ist, dass arbeitsunfähig erkrankte Personen die Gruppe gemeinsam mit im Arbeitsprozess befindlichen Teilnehmern durchführen und so der Austausch stark regressionsmindernd ist. Nachdem jetzt erste Erfahrungen mit dem Gruppentherapieprogramm vorliegen, ist eine Begleitforschung unbedingt erforderlich.

### **Anschriften (soweit mitgeteilt bzw. öffentlich zugänglich)**

**Albrod**, Manfred, Dr. med.: Shell Deutschland Oil GmbH, Suhrenkamp 71-77, 22284 Hamburg

**Angerer**, Peter, PD Dr. med.: Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, Ziemssenstr. 1, 80336 München, Peter.Angerer@med.lmu.de, Koautoren: Mechthild Heinmüller, Andreas Müller, Matthias Weigl, Heribert Limm (Psychosomatik TUM), Jürgen Glaser (Psychologie TUM), Harald Gündel (Psychosomatik, Hannover)

**Berger**, Peter, Dipl.-Psych.: Hardtwaldklinik II, Hardtstr. 32, 34596 Bad Zwesten, berger@hkw2.de

**Burisch**, Matthias, Prof. Dr. phil. Dipl. Psych.: Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg. burisch@uni-hamburg.de, www.swissburnout.ch

**Busam**, Jörg, Dr. med.: Leitender Betriebsarzt aktiv net Otto (GmbH & Co KG), Wandsbeker Straße 3-7, 22172 Hamburg, Tel. 040 64 61 6554, Fax 040 64 61 8859, joerg.busam@otto.de

**Hasselhorn**, Hans Martin, apl. Prof. Dr. med.: Bergische Universität Wuppertal, FB D, Abt. SiTe, Bereich Empirische Arbeitsforschung, Gaußstraße 20, 42097 Wuppertal, hasselhorn@uni-wuppertal.de

**Löwe**, Bernd, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych., Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg. B.loewe@uke.uni-hamburg.de, Koautorin: Dipl.-Psych. Katharina Voigt

**Seibt**, Reingard, Dr. rer. nat., Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden. Koautor: Univ.-Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch

**Unger**, Hans-Peter, Dr. med.: Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Klinik Harburg, Tel.: 040-181886-3254, Fax: 040-181886-3996, e-mail: h.unger@asklepios.com. Koautoren: Nicole Plinz, Tanja Becken

**Wegner**, Ralf, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Seewartenstr. 10, 20459 Hamburg, Tel. 040-428894-465, ralf.wegner@bsg.hamburg.de

Literatur, soweit angeführt, bei den Verfassern