Für PPmP (eingereicht März 2002)

Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz

Joachim Bauer[1], Steffen Häfner[2], Horst Kächele[3] und Reiner W. Dahlbender[3]

[1] Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinikum Freiburg
[2] Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
[3] Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm

Zusammenfassung

Vorgelegt wird eine Übersicht über wissenschaftliche Konzepte und psychologische sowie klinisch- psychosomatische Aspekte des Burnout-Syndroms. Nach neueren Untersuchungen befinden sich in Deutschland bis zu 25% der insgesamt etwa 36 Millionen Erwerbstätigen in einer gesundheitlichen Situation, die der New Yorker Arzt und Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger 1974 erstmals als *Burnout-Syndrom* bezeichnet hat. Burnout-Dimensionen sind: 1. emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion), 2. eine gefühllose, gleichgültige, oder zynische Einstellung gegenüber Klienten, Kunden oder Kollegen (depersonalisation) sowie 3. eine negative Einschätzung der persönlichen Leistungskompetenz (low personal accomplishment). Erwerbstätige mit Burnout-Syndrom leiden an einer breiten Palette psychosomatischer Beschwerden: Schlafstörungen, chronische Schmerzen ohne Befund, funktionelle Herz- Kreislaufbeschwerden sowie unspezifischen Beschwerden des Magens und des Darmes. Als Ursachen des Burnout-Syndroms werden diskutiert: 1. hohe Belastung und Eintönigkeit bei gleichzeitig geringer Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Arbeitsprozess, 2. geringe Anerkennung bei zugleich starker persönlicher Verausgabung, 3. schließlich fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie im persönlichen Umfeld. Wirksamste Prävention des Burnout-Syndroms sind psychotherapeutisch moderierte Supervisionsgruppen für Mitarbeiter und Vorgesetzte. Bei bereits vorhandenen Burnout-Symptomen sollte eine ambulante bzw. stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Therapie genutzt werden, um vorzeitige Dienst- oder Berufsunfähigkeit abzuwenden.

Einleitung

Nach neueren Untersuchungen (z. B. 1) befinden sich in Deutschland bis zu 25% der insgesamt etwa 36 Millionen Erwerbstätigen in einer gesundheitlichen Situation, die der New Yorker Arzt und Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger 1974 erstmals als *Burnout-Syndrom* bezeichnet hat (2). Über Jahre hatte er sich ehrenamtlich in der alternativmedizinischen Betreuung sozialer Randgruppen engagiert und schließlich bei sich und Mitarbeitern der "free-clinic" Auffälligkeiten entdeckt, die er gemäß seiner psychoanalytischen Innenorientierung nicht in die klassischen Neurose- oder Psychoselehren einordnen konnte und - in Anlehnung an den damaligen Sprachgebrauch für nachlassende Drogenwirkung bei chronischem Missbrauch (burned-out on drugs) - mit dem neuen Begriff *Burnout* belegte.

Burnout-Konzepte

In der Folge hat sich das Burnout-Konzept allerdings keineswegs einheitlich entwickelt, so dass auch keine allgemeingültige Definition von Burnout existiert. Im Wesentlichen können drei Ansätze unterschieden werden: 1. Individuum- zentrierte der klinischen Psychologie verpflichtete Ansätze werden durch Autoren wie , Freudenberger (2), Edelwich und Kleiber (3) oder Fisher (4) repräsentiert. 2. Ansätze, die auf Arbeitsbedingungen und Institutionen fokussieren und in der Tradition der Organisations- und Sozialpsychologie stehen, werden durch Autoren wie Kahn (5), Daley (6), Cherniss (7), Harrison (8), Bramhall und Ezell (9), Maslach und Jackson (10) und Pines et al. (11), verkörpert. 3. Sozialpsychologische und soziologische Ansätze, die gesellschaftliche Bedingungen in den Mittelpunkt stellen, werden durch Autoren wie Cherniss (12) und Karger (13) vertreten.

Nach dem empirisch abgeleiteten Verständnis der in Berkeley lehrenden Sozialpsychologin Christina Maslach (14) entwickelt sich Burnout als Folge des emotional belastenden zwischenmenschlichen Kontaktes am Arbeitsplatz. Dieses von ihr begrifflich übernommene Konzept ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet (14,15): 1. emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion - Erschöpfung), 2. eine gefühllose, gleichgültige, oder zynische Einstellung gegenüber Klienten, Kunden oder Kollegen (depersonalisation- Zynismus) sowie 3. eine negative Einschätzung der

persönlichen Leistungskompetenz (low personal accomplishment - Ineffizienz).

Der stark arbeits- und organisationspsychologisch geprägte Ansatz von Charly Cherniss aus New Jersey geht über den bloßen Arbeitsstress hinaus und bezieht in stärkerem Maße Faktoren des kulturellen und gesellschaftlichen Wandels in die Konzeptbildung mit ein. Zunächst (7, 16) entwickelte er ein an die transaktionale Stresstheorie (17, 18) angelehntes Burnoutkonzept, bestehend aus drei ineinandergreifenden Stufen: Arbeitsstressoren (job stress: Anforderungen – Ressourcen), Stressreaktionen (strain: Anspannung, Ermüdung, Reizbarkeit) und defensive Bewältigung (Burnout: emotionale Distanz, Rückzug, Zynismus, Rigidität).

Später stellte Cherniss die stresstheoretische Auffassung des Burnout-Syndroms in Frage und konzipierte Burnout als den Verlust von Verpflichtungen und moralischen Zielsetzungen (19). Damit stellte er sich dezidiert gegen die Auffassung von Freudenberger und Richelson (20), die Burnout als Krankheit des Überengagements begriffen. Anhand primär qualitativ orientierter Längsschnittstudien an Berufsanfängern (new professionals) und ideologisch geprägten Gemeinschaften (z. B. Ordensschwestern) differenzierte er seine Konzeption dahingehend aus, dass Arbeitsstressoren nur dann zum Burnout führen, wenn gleichzeitig der subjektive Sinn- und Bedeutungsrahmen der eigenen Arbeit nicht mehr ausreichend ideologisch bzw. spirituell gesichert und verloren gegangen ist.

Trotz unterschiedlicher Nuancierung stimmen die Auffassungen aber in wesentlichen Punkten überein. Burnout wird als symptomatische Reaktion beschrieben, die mit Erschöpfung, Verlust an Energien, einem partiellen sozialen Rückzug aus der Arbeit bzw. mit einem reduzierten Arbeitsengagement verbunden ist und typisch für Arbeitssituationen zu sein scheint, in denen die persönliche Zuwendung zum Klienten einen wesentlichen Bestandteil der Tätigkeit ausmacht. Die Betroffenen klagen körperliche, emotionale und kognitive Einschränkungen. Sie erleben sich körperlich verausgabt, hilflos, hoffnungslos, emotional erschöpft und haben eine negative Einstellung zu sich selbst, ihrem Beruf, anderen Menschen und zum Leben überhaupt entwickelt. Diese Burnout-Symptome haben unmittelbare negative Auswirkungen auf die Arbeitssituation und die Qualität der Arbeit, die Klienten, die Arbeitskollegen, die Institution sowie mittelbare

Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen und deren Privatsphäre, auf Partnerschaft, Familie und soziale Beziehungen.

In der Literatur werden eine Reihe von Bedingungsmodellen des Burnout diskutiert. Mehrheitlich gehen die Konzepte von stressauslösenden Arbeitsbedingungen und Persönlichkeitsvariablen aus und sind in ihren Grundgedanken inspiriert von der transaktionalen Coping-Theorie (17, 18), in der die Subjektivität der Stressoren und der Bewältigungsressourcen von zentraler Bedeutung sind. Einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Bewertung und die Bewältigung der Stressoren können eine Reihe anderer Faktoren haben, wie z. B. motivationale Hintergründe, Ziele und Werte, Erwartungen und Bedürfnisse, Arbeitszufriedenheit, Rollenerwartungen, Social Support, Organisationsstruktur und -klima, die allesamt wiederum als Variablen der Persönlichkeit als auch der Arbeitssituation definiert werden können.

Burnout ist demnach das Resultat einer komplexen Interaktion zwischen persönlichen und strukturellen Momenten der Arbeitssituation. Burnout kann zum einen als das Ergebnis eines erfolglosen Prozesses der Bewältigung stressreicher Arbeitssituationen beschrieben werden, zum anderen aber auch als das Ergebnis der Bewertung und Bewältigung der Diskrepanzen zwischen der individuellen Lebenssituation, den individuellen Werthaltungen, Motivationen und Erwartungen und den tatsächlichen persönlichen, sozialen und institutionellen Bewältigungsmöglichkeiten von sich sozial-gesellschaftlich wandelnden und z. T. widersprüchlichen Arbeits- und Berufsanforderungen.

Burnout-Forschung

In der von Mitte der 70er bis zum Beginn der 80er Jahre reichenden sog. Pioneer-Phase (21) konzentrierte sich die Burnout-Forschung primär auf die Konzeptentwicklung. Daran schloss sich die sog. empirische Phase an, die international eine immense Literaturflut vor allem in den 80/90er Jahren und in der BRD einige drittmittelgeförderte Forschungsprojekte hervorbrachte. Zentrale Publikationen der Burnout-Rezeption im deutschsprachigen Raum stammen von Burisch (22) und von Enzmann und Kleiber (23). Damit wurden die wesentlichen ins Deutsche übersetzte Burnout-Konzepte, Messinstrumente und empirischen Befunde einem breiteren

wissenschaftlichen Publikum. Um den seit den 80er Jahren auch in Medien und Umgangssprache populär gewordenen Burnout wurde es wissenschaftlich anschließend etwas stiller, als relevantes Konzept blieb er aber präsent.

Schwerpunktmäßig entwickelte sich die Burnout-Forschung im Kontext psychosozialer Helfer-Berufe (Psychologen, Ärzte, Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Lehrer). Diese konzeptionelle Einseitigkeit wird erst allmählich durch Untersuchungen an Dienstleistungsberufen wie Bankangestellten, Bundeswehrangehörigen, Juristen, Managern, Journalisten, Feuerwehrleuten, Polizisten, Reinigungskräften,aber auch an chronisch Kranken und pflegenden Familienangehörigen ausbalanciert (siehe u.a.24, 25).

Traditionell ist die Burnout-Forschung pathogenetisch orientiert. Während situative Belastungen vielfältig beschrieben wurden, gibt es bislang noch kaum Untersuchungen, welche die komplexen Zusammenhänge zwischen individuellen und kollektiven Belastungen und deren Bewältigung untersuchen. Dementsprechend wurde auch das Zusammenspiel individueller und kollektiver, lösungsorientierter Bewältigungsressourcen noch weitgehend vernachlässigt. Erst in neuerer Zeit wurden auch salutogenetische Ansätze entwickelt (z. B. 26).

In den meist einfachen Konzeptionen findet sich häufig eine unscharfe Trennung zwischen Belastungen, Symptom- und Ursachenbeschreibung (27). Je nach der theoretischen Grundorientierung fokussiert die hypothetische Ursachenzuschreibung stärker individuelle oder sozialgesellschaftliche Faktoren. Dabei erfordert die Komplexität der Lebens- und Arbeitssituation, insbesondere das Ineinandergreifen von objektiven Gegebenheiten und subjektiven Bedürfnis-, Erlebens-, Bewertungs- und Bewältigungsstrukturen wie auch die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Individuum, Arbeitsgruppe und Organisation konzeptionell eine Integration verschiedenster Aspekte.

Im Gegensatz zur Komplexität der Erklärungsansätze reduzieren sich empirische Studien zum Burnout noch zu oft auf Beschreibungen von Stressoren und Belastungssituationen, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen. Die empirische Forschung zur Burnout-Thematik hat bislang eine Vielzahl von interessanten Einzelbefunden hervorgebracht, deren

Überprüfung, systematische Vertiefung und vor allem konsequente Modellentwicklung und praktische Nutzbarmachung ansteht (s. z. B. 28). Die empirisch schlüssige Verifizierung relevanter Dimensionen, deren Kausalwirkungsrichtung und die Formulierung kohärenter Modelle stehen noch weitgehend aus (23). So ist beispielsweise die Bedeutung des Idealismus als burnoutfördernder Faktor nach wie vor umstritten. Auch gibt es noch keine endgültige Übereinstimmung, ob Burnout ein- oder mehrdimensional ist. Selten sind nach wie vor Studien, die Burnout in der zeitlichen Entwicklung verschiedener Arbeits- und Lebensphasen untersuchen (29). Maslach und Jackson (10,30) demonstrierten, dass die Burnout-Kennwerte mit zunehmendem Alter sinken. Schwab und Iwanicki (31) fanden einen kurvilinearen Zusammenhang mit einem Schwerpunkt um das dreißigste Lebensjahr.

Aspekte der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung fanden nur vereinzelt Eingang in die Burnout-Forschung. Gegenüber den verkürzten individuumszentrierten Ansätzen (20) gewinnen gegenwärtig tendenziell jene Konzeptionen an Bedeutung, die den aktuellen Wandel der Werte und Anforderungen an das Individuum im Spannungsfeld von Arbeitserfordernissen und individuellen und kollektiven Bedürfnissen stärker berücksichtigen (32-34). Relativ neu sind etwa Bemühungen, Burnout von Konzepten wie emotional getönter Über-/Ermüdung, Monotonieerleben, psychischer Sättigung und Stress zu differenzieren (35).

Das Spektrum der von Experten empfohlenen Interventions- und Prophylaxemaßnahmen ist breit gefächert, aber nur zum kleineren Teil empirisch basiert (23). Ungeklärt ist bis dato vor allem die Frage, welche Strategie für welche Burnout-Konstellation am besten geeignet ist (36). Ein aktuelles Themenheft des Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice (2000) zum Burnout versammelt klinische Beiträge zur Psychotherapie des Syndroms bei verschiedenen Berufsgruppen, die insgesamt die Notwendigkeit unterstreichen, psychodynamische und kognitiv-behaviorale Aspekte in der klinischen Arbeit stärker zu kombinieren.

Eine neuere lesenswert knappe und erfrischend kritische Standortbestimmung zur Theorie und Empirie der Burnout-Forschung gibt Rook (27). Sehr kritisch bewertet sie den Erkenntnisfortschritt von mehr als 20 Jahren Burnoutforschung und die Validität der erhobenen Daten. Sie kritisiert vor allem die vorschnelle empirische Operationalisierung des

Burnout-Konzeptes in der sog. empirischen Phase der Burnoutforschung, welche die differenzierende theoretisch-konzeptionelle Durchdringung erschwerte, insbesondere die notwendige inhaltliche Aufarbeitung verschiedener Arbeits- und Lebensphasen in der Burnoutforschung, um die schwindelerregende Unübersichtlichkeit und Widersprüchlichkeit der empirischen Forschungslandschaft zu überwinden.

Burnout-Syndrom: Krank am Arbeitsplatz

Bereits Enzmann und Kleiber (23) stellten klar, dass Burnout keine neue "mysteriöse Berufskrankheit" ist, wie gelegentlich in den Medien spekuliert wurde, sondern ein aus Aufgaben- und Personenmerkmalen sowie sich beständig wandelnden Arbeitsbedingungen resultierendes Reaktions-Syndrom, das als spezifische Form der Bewältigung bzw. Lösung von Konflikten, Problemen oder Aufgaben verstanden werden muss.

Beim Burnout-Syndrom handelt es sich um ein Störungskonzept, das ursächlich auf das dynamische Wechselspiel von belastenden Arbeitsplatzbedingungen und in der individuellen Persönlichkeit und Psychodynamik begründeten Faktoren bezogen ist. Die Entwicklung einer Palette heterogener Symptome markiert einen phasenhaft (22, 37) verlaufenden Eskalationsprozess um letztlich erfolglose Bemühungen, belastende Arbeitsbedingungen mit den gegebenen individuellen und institutionellen Bewältigungsressourcen zu meistern.

Die Belastungen reichen beispielsweise vom Umgang mit schwer Erkrankten, sowohl physisch als auch psychisch intensiver Betreuung von Klienten, über Spannungen im persönlichen Miteinander innerhalb der Arbeitsgruppen, Kooperationsproblemen zwischen kooperierenden Berufsgruppen bis hin zu unbefriedigenden organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen. Die im einzelnen u. U. geringfügigen Belastungen können sich im Laufe der Zeit nicht selten zu gravierenderen Problemen entwickeln. Für den Einzelnen kann die Bewältigung der Belastungen und Probleme allerdings sehr unterschiedlich aussehen. Manche wechseln immer wieder den Arbeitsplatz bzw. die Station, andere ziehen sich innerlich zurück, fehlen häufig oder scheiden ganz aus dem Beruf aus. Andere wiederum flüchten sich in Überangepasstheit oder sie steigern sogar noch ihre Anstrengungen und verausgaben sich schließlich noch

mehr. Doch nicht nur der Einzelne, sondern auch seine Kollegen, sein Arbeitsteam (z. B. 38) und je nachdem auch übergeordnete Organisationsebenen, manchmal sogar die ganze Einrichtung sind mit der Bewältigung des Spannungsfeldes bestehend aus objektiven Anforderungen und individuellen bzw. kollektiven Bedürfnissen der Arbeitssituation beschäftigt.

Neuere Untersuchungen belegen, dass Erwerbstätige, die an einem Burnout-Syndrom leiden, in einem hohem Maße körperliche und psychosomatische Beschwerden angeben (39, 40): Schlafstörungen, chronische Schmerzen ohne Befund, funktionelle Herz-Kreislaufbeschwerden sowie unspezifischen Beschwerden des Magens und des Darmes. Für das Burnout-Syndrom konnten Veränderungen des Cortisol-Stoffwechsels (41, 42), verschiedener immunologischer Parameter (43, 44) sowie des Menstruationszyklus (45) nachgewiesen werden. Es gibt Hinweise, dass die Entwicklung einer Koronaren Herzkrankheit durch Burnout-Verschleiß begünstigt wird (41).

Laut einer AOK-Studie klagten zwischen 60% und 80% von 15.000 befragten Erwerbstätigen über depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Unruhe und Reizbarkeit, 30-35% klagten sogar über *starke psychische Belastungen* (39). In dieser Studie klagten 70% aller Erwerbstätigen über Verspannungen, Rückenschmerzen oder Abgeschlagenheit. Als Belastungsfaktoren nannten sie u. a. ein schlechtes Betriebsklima, ungerechte Behandlung durch den Vorgesetzten, Eintönigkeit, Hektik und eine dadurch verursachte innere Abneigung gegen die Arbeit.

Das Burnout-Syndrom ist also eine medizinisch relevante Gesundheitsstörung, die seitens des Arztes – wenn überhaupt – meist unter verschiedenen anderen Diagnosen erfasst wird. Einzelne Teilsymptome des Burnout- Syndroms werden in der derzeit international gültigen Klassifikation medizinischer Krankheiten (ICD-10) in der Regel im Sinne seelischer und psychosomatischer Gesundheitsstörungen als Diagnosen des F-Kapitels diagnostiziert. Tatsächlich sind beim Burnout-Syndrom Überlappungen mit anderen Erkrankungen die Regel, vor allem mit depressiven Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen sowie mit Schmerzerkrankungen und somatoformen Störungen. Ansonsten wird das Burnout-Syndrom in der ICD-10 unter den Störungsbildern mit der Codierung Z 73.0 aufgeführt, in der Faktoren erfasst werden, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur

Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen. Differentialdiagnostisch muss aber auch an die Möglichkeit gedacht werden, dass aus verschiedenen Gründen – insbesondere wegen der vielfach leider immer noch befürchteten Stigmatisierung durch eine psychische Diagnose- persönliche Probleme fälschlicherweise als Burnout etikettiert werden. Vorliegen und Ausmaß eines Burnout-Syndroms lässt sich auch psychometrisch erfassen (z. B. 11, 15, 23, 30, 36, 39, 40, 46-52).

Ursachen: Arbeit mit schwierigen Klientengruppen, äußere Arbeitsbedingungen und die persönliche Einstellung

Als Ursachen des Burnout-Syndroms werden generell diskutiert: 1. hohe Belastung und Eintönigkeit bei gleichzeitig geringer Möglichkeit zur Einflussnahme auf den Arbeitsprozess, 2. geringe Anerkennung bei zugleich starker persönlicher Verausgabung, 3. fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie im persönlichen Umfeld. Der Literatur entnahm Fengler (37) weitere ursächliche Faktoren: hoher Anspruch, anfänglicher Enthusiasmus, Fehlen von Erfolgsmaßstäben, geringe Bezahlung, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, Probleme der Einrichtungsfinanzierung und ineffizienter Mitteleinsatz.

Maslach und Leiter (14) vertreten die Auffassung, dass die Gründe für Burnout in erster Linie in sich wandelnden institutionellen Bedingungen und ungenügender Abstimmung mit persönlichen und kollektiven Bedürfnissen zu finden sind:
1. Arbeitsüberlastung (d. h. die Arbeit ist intensiver, zeitaufwendiger und komplexer),
2. Mangel an Kontrolle der Arbeitsabläufe (d. h. das Interesse an der Arbeit sinkt),
3. unzureichende Be- und Entlohnung (d. h. die Arbeitsfreude sinkt),
4. Zusammenbruch der Arbeitsgemeinschaft (d. h. Spaltung persönlicher Beziehungen, Untergraben von Teamarbeit, Konflikte zwischen "Einzelkämpfern"),
5. Mangel an Fairness (d. h. Offenheit, Vertrauen und Respekt) und
6. Wertekonflikte (d. h. Verlust menschlicher/persönlicher Komponenten, Unaufrichtigkeit im Umgang mit behaupteten Werten).

Diese Bedingungen führen dazu, dass die Institution die individuellen Mitarbeiterbedürfnisse (menschliche Werte) zu stark vernachlässigt, was in der Folge schließlich zu Burnout führen kann.

Die zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit für das Burnout-Syndrom reflektiert die Tatsache, dass am Arbeitsplatz heute seelische Belastungsfaktoren die körperlich-physischen Belastungen inzwischen eingeholt, teilweise sogar deutlich überholt haben (53). Der "menschliche Faktor" spielt am Arbeitsplatz inzwischen eine Hauptrolle (54, 55): Ein gutes Verhältnis zu Kollegen hielten in der genannten AOK-Studie 52% und ein gutes Einvernehmen mit dem Vorgesetzten über 30% aller Befragten für *besonders wichtig*, in der Realität beurteilten über 12% der Befragten das Betriebsklima aber als *sehr schlecht* und 11% fühlten sich von ihrem Vorgesetzten ungerecht behandelt (39). Doch trotz einer hohen Prävalenz objektiver und subjektiver arbeitsplatzbezogener Beschwerden landet nur etwa ein Drittel derer, die Beschwerden haben, im Burnout-Syndrom. Auf welche Faktoren kommt es also zusätzlich an?

Den Burnout-Mix bestehend aus emotionaler Erschöpfung, negativ-zynischer Einstellung anderen Menschen gegenüber und Zweifeln am Sinn der eigenen Arbeit erleiden Menschen vor allem in jenen Berufen, in denen eine emotional engagierte Hinwendung zu anderen Menschen gefordert ist. Bleiben bei jener Klientel, für die man tätig ist, trotz hoher Verausgabung sichtbare Erfolge aus, und wird dies nicht durch Anerkennung von anderer Seite kompensiert, dann kann es zur sogenannten "Gratifikations-Krise" kommen: die berufliche Eignung der eigenen Person wird angezweifelt und/oder die Arbeit als solche als sinnlos erachtet.

Wie zahlreiche Beobachtungen aus der Verhaltensforschung (insbesondere Modelle der "learned helplessness") zeigen, vermag nichts Motivation und Antrieb derart nachhaltig zu ruinieren wie ausbleibende positive Verstärker (56). Demnach tragen vor allem jene Berufe ein hohes Burnout-Risiko, die eine Klientel versorgen, von der wenige positive Rückmeldungen kommen. Im medizinischen Bereich sind dies Patienten mit unheilbaren Krankheiten auf Intensiv-, onkologischen und AIDS-Stationen, ältere Pflegebedürftige mit Demenzerkrankungen oder behinderte bzw. chronisch kranke Kinder in Fürsorgeeinrichtungen. Eine Klientel, die trotz hohen Einsatzes ebenfalls kaum noch Erfolgserlebnisse bereitet, sind Schüler an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen. Weitere Berufsgruppen, die - bei hohem

persönlichem Einsatz und trotz eines hohen Maßes an professioneller Freundlichkeit - mit einer z. T. negativen Resonanz ihrer Klientel leben müssen, sind etwa Bankangestellte oder Telefonisten in Call-Centern. Aber auch bei Angehörigen eines Jagdbombergeschwaders der Bundeswehr lassen sich hohe Burnout-Werte für die Dimension *reduzierte Leistungsfähigkeit* finden (57).

Wo aus der Arbeit selbst kommende emotionale oder auch ideelle Gratifikationen gering sind, gewinnen äußere Arbeitsbedingungen eine entscheidendere Bedeutung: Hohe Burnout-Raten wurden vor allem dort festgestellt, wo hoher Arbeitsdruck herrscht und wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Arbeit bestehen, sogenannte "high demand - low influence"-Situationen (58-62). Langes Pendeln zur Arbeitsstelle ist ein maßgeblicher Belastungsfaktor (63). Als ganz besonders bedeutsam für die Begünstigung von Burnout hat sich fehlende Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzten herausgestellt (40, 64-67). Soziale Unterstützung, insbesondere auch die Partnerschaft vermag demgegenüber vor Burnout zu schützen (68, 69).

Soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte vermag allerdings nur dort vor Burnout zu schützen, wo Erwerbstätige solche Unterstützung auch in Anspruch nehmen wollen bzw. können. Nicht selten haben Burnout-Betroffene, insbesondere in sog. Helfer-Berufen, aber gerade hier ein Problem: Viele derer, die im Burnout landen, waren zuvor jahrelang Persönlichkeiten mit hohem persönlichen Leistungsanspruch, ehrgeizigen beruflichen Zielsetzungen und haben versucht, diese Ziel autonom oder in einer einzelkämpferischen Sonderrolle zu erreichen (40, 70, 71). Damit wird interessanterweise eine an den „Typus melancholicus„ erinnernde Risikokonstellation ähnlich wie diejenige für die Depression umschrieben (72). Perfektionistische Arbeitseinstellungen, mit denen sich Erwerbstätige überfordern, ohne dass sie diese Überbeanspruchung bewusst erleben und sich um professionelle Hilfe bemühen könnten, können nach wenigen Jahren in den Burnout führen (73).

Burnout-Spitzenreiter: Lehrer

Wie ist zu erklären, dass in Baden-Württemberg 49,5% der beamteten Lehrer wegen Dienstunfähigkeit in den vorzeitigen Ruhestand gehen, während diese

Rate bei den Verwaltungsbediensteten im gleichen Bundesland bei 28,4% und bei den Vollzugsbediensteten sogar nur bei 22,1% liegt (74)? Raten von Dienstunfähigkeit und vorzeitiger Berentung, die seit Jahren bei ziemlich genau 50% liegen (74, 75), haben die Situation der Lehrer wiederholt in die Schlagzeilen gebracht (z. B. „Ende als Psycho-Wracks„, SPIEGEL 17/2001, S. 18). Das durchschnittliche Alter vorzeitig in den Ruhestand versetzter Lehrer liegt bundesweit zwischen 51 und 56 Jahren (75). Die volkswirtschaftlichen Kosten dieser Situation sind immens.

Ist Burnout der "Lehrer-Killer Nr. 1"? Jedenfalls ist das Ausmaß von beruflichem Verschleiß hier beachtlich (76). Eine Arbeitsgruppe des Nürnberger Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin hat die ärztlichen Akten von über 5.500 Lehrern durchgesehen, die in Bayern von 1996 bis 1999 wegen Dienstunfähigkeit in den vorzeitigen Ruhestand versetzt wurden (77). 52% hatten sich wegen psychischer Störungen als Hauptdiagnose frühpensionieren lassen. Zwei Drittel der wegen psychischer Diagnosen Berenteten litten an Depressionen, Belastungs- oder Erschöpfungssyndromen, wie sie für das Burnout-Syndrom charakteristisch sind.

Bei den (noch) diensttuenden Lehrern identifizierte Barth (78) in der ersten in der BRD vorgelegten Promotion zur Lehrer-Burnout-Thematik 22% ausgebrannte Grund- und Hauptschullehrer. Schaarschmidt und Fischer (40) fanden bei 43% der diensttuenden bayrischen Lehrer ein Burnout-Syndrom (Typ B) oder eine Vorstufe dazu (Typ A). In den untersuchten Bundesländern lag der Anteil der Burnout-Fraktion (einschließlich Typ A) bei deutlich über 50%, Spitzenreiter war Brandenburg mit 72%. Diensttuende Lehrer im Burnout-Stadium (Typ B) nehmen sowohl den Spitzenplatz bei psychischen als auch bei körperlichen Beschwerden ein, gefolgt von den Typ-A-Burnout-Anwärtern (40): Sie haben nicht nur die meisten Krankentage, sie zeigen auch eine verminderte persönliche Fähigkeit, sich durch kollegiale Aussprache helfen zu lassen und sind unfähig sich zu regenerieren oder sich zu entspannen. Ausgebrannte Lehrer sind nicht nur erschöpft und demotiviert, sondern sie empfinden typischerweise auch ein hohes Maß an Aversion gegenüber ihren Schülern (67).

Eine der wichtigsten Ursachen des Burnouts bei Lehrern scheint in der äußerst schwierigen beruflichen Aufgabe selbst zu liegen. Dafür spricht die subjektive Belastungseinschätzung, der zur Folge Lehrer das Verhalten

schwieriger Schüler, die zu große Klassenstärke und das zu große Stundenkontingent als die drei absolut größten Stressfaktoren einschätzen (28, 67, 79-82).

Weitere Burnout-Risikogruppen: Pflegekräfte und Ärzte

Von den Burnout-Symptomen emotionale Erschöpfung, negative Einstellung gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten und Zweifel am Sinn der eigenen Arbeit bleiben auch Ärzte und Pflegekräfte nicht verschont (83-87). Insbesondere Ärzte auf Krebs- und Intensivstationen tragen ein beträchtliches Burnout-Risiko (88-92). Die Häufigkeit eines voll entwickelten Burnout-Syndroms liegt bei den besonders stark belasteten Arztgruppen zwischen 15% und 30%, nimmt man auch noch die Burnout-Gefährdeten hinzu sogar bei 50%. Die Burnout-Raten bei Pflegekräften auf AIDS-, Krebs- und Intensivstationen liegen zwischen 30% und 40% (71, 72, 93).

Erstrangiger Kausalfaktor für Burnout bei Ärzten scheint Arbeitsüberladung zu sein bei gleichzeitig geringer Möglichkeit, selbst Einfluß auf das therapeutische Geschehen zu nehmen (60, 94). Dazu paßt die bemerkenswerte Beobachtung, dass das in den USA breit eingeführte Case management (Kassen- reglementierte Vorgaben für die Krankenbehandlung) offenbar einen deutlichen Anstieg von Stress und Burnout bei Ärzten nach sich zieht (95).

In einer Ärzte-Befragung äußerten 36%, dass Stress durch Arbeitsüberlastung bei ihnen zu schweren Fehlern, auch solchen mit Todesfolge führte (61). Eine wichtige Burnout-Folge sind hier (aber auch in anderen Berufsgruppen) auch Suchterkrankungen, die meist lange Zeit bagatellisiert werden (96-98). Bei Psychiatern führt Burnout zu einer verminderten Bereitschaft, bei ihren Patienten Psychotherapie einzusetzen (99). Geradezu beängstigend erscheint die Beobachtung, dass mit der Burnout- Symptomatik bei Ärzten auch die Sympathie für aktive Sterbehilfe-Maßnahmen zunimmt (100, 101).

Therapie und Prävention des Burnout-Syndroms

Bei bereits klinisch relevanten Burnout-Symptomen sollte eine ambulante bzw. stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Therapie genutzt werden, um vorzeitige Dienst- oder Berufsunfähigkeit abzuwenden (102-104). Bei Burnout-Patienten begegnet man allerdings nicht selten einer Tendenz, eine ihnen empfohlene Psychotherapie abzulehnen und statt dessen an einer organischen Attribuierung der Beschwerden festzuhalten und/oder eine Frühpensionierung anzusteuern (77). Erwerbstätige, auch Beamte sollten ohne eine vorherige Fachkonsultation eines Psychosomatikers oder Psychiaters von Seiten des (Amts-) Arztes keine gutachterliche Befürwortung einer vorzeitigen Berentung erhalten. Mit Blick auf die Solidargemeinschaft ist es schwerlich zu rechtfertigen, dass Ärzte eine vorzeitige Zurruhesetzung befürworten, wenn zuvor nicht psychosomatische oder psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Bei den in der Literatur beschriebenen Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Burnout, handelt es sich häufig um heterogene Expertenempfehlungen (37): Muskelentspannung, Übungen zur Selbstwahrnehmung, Selbstsicherheitstraining, Förderung positiver Erfahrungen, soziale (emotionale) Unterstützung, Bestätigung am Arbeitsplatz, (zeitweilige) Distanzierung von Klienten, Entwicklung klarer Kommunikationsstrukturen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Entfaltung familiärer, religiöser und sexueller Aktivitäten, Übernahme von Aufgaben in Lehre, Verwaltung und Gemeinde, Verknüpfung von beruflichen und privaten Kontakten sowie Korrektur belastender Lebensumstände. Aber auch Erlernen hilfreicher Bewältigungsmaßnahmen, Förderung sozialer Unterstützung in Familie, Kollegenkreis und Institution, institutionelle Interventionen, psychohygienische Maßnahmen, Teamarbeit, Fortbildung und Supervision sind immer wieder genannte Burnout-Gegenstrategien (37).

Das breite Spektrum der angewandten und empirisch untersuchten Interventionen spannt sich von Biofeedback (105) und Entspannungstechniken (106) über postalische Empfehlungen (107) zu Coping-Trainings (108) und längerfristigen Supervisionsangeboten (109, 110) bis hin zu Organisationsinterventionen (111). In besonderen Praxisfeldern existieren bereits Burnout-Präventions-Leitlinien (112).

Klink et al., (113) stellten im Rahmen einer Metaanalyse von 84 Studien fest, dass verschiedene Stress-Management-Strategien unterschiedlich effektiv sind: kognitiv-behaviorale sind angeblich am effektivsten, multimodale

Interventionen sind effektiver als Entspannungstechniken, während sie für organisationszentrierte Interventionen keinen signifikanten Effekt fanden. Rowe (108) konnte für das 6-wöchige Training von Coping-Fähigkeiten eine Dosiswirkungsbeziehung demonstrieren: Kursteilnehmer, die an drei Auffrischungsterminen nach 5, 11 und 17 Monaten teilnahmen, hatten konsistent rückläufige Burnout-Werte im Vergleich zu den Kursteilnehmern, die nicht an den Auffrischungsterminen teilnahmen. Williamson und Dodds (114) konnten in einer Literaturübersicht zwar keinen stressreduzierenden Einfluss von Gruppensupervision belegen, argumentieren auf der Ebene eines klinischen Expertenkonsensus aber für die Annahme eines positiven Effektes.

De facto gehören Stationssupervisionen zum festen Repertoire multimodaler Konsiliar- und Liaisonarbeit im Krankenhaus (115). Teasdale et al. (109) konnten in einer größer angelegten Studie mit 211 Pflegekräften allerdings keinen Unterschied in den Burnout-Kennwerten zwischen supervidierten und nicht-supervidierten Krankenschwestern finden, wohl aber, dass die supervidierten im Vergleich zu den nicht-supervidierten Pflegekräften besser ihre Arbeit bewältigen, zuhören und mehr Unterstützung geben konnten. Dies galt vor allem für Berufsanfänger. Wenig empirische Belege gibt es bislang für das sog. Debriefing (116, 117).

Maslach und Leiter (14), die Burnout nicht ausschließlich als individuelles Problem begreifen, entwickeln sowohl individuell als auch institutionell initiierte Lösungsansätze. Sie gehen davon aus, dass in den meisten Fällen zunächst ein individueller Anstoß zur Veränderung von Burnout-Bedingungen gegeben wird, um dann ein Gruppenprojekt zu initiieren, das schließlich die gesamte Institution in einen Prozess verwickelt, der die Identifikation mit der Arbeit (wieder) sicherstellt.

Kernen (26) entwickelte einen transaktional-salutogenetischen Burnout-Prophylaxe-Ansatz, der individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement zur Bewältigung von Beanspruchungen kombiniert und überprüfte die Burnout-prophylaktische Ressourcenwirkung mit Hilfe qualitativer und quantitativer Methoden an 402 Bankmanagern. Als Burnout-Indikatoren konnten in dieser Studie emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung bestätigt werden, als weiteren bedeutsamen Faktor fand sich das Ausmaß krankheitsrelevanter psychosomatischer Beeinträchtigungen. Für eine zuverlässige Früherkennung relevant ist, dass

dieser Ansatz eine sichere empirische Trennung von einer Burnout-Gefährdung und einem ausgebildeten Burnout-Syndrom erlaubt.

Die Gefahr von Burnout und Ressourcenabbau besteht, wenn die aktivierbaren Ressourcen die Belastungen zeitweilig unterschreiten. Ist dies dauerhaft der Fall, hat sich bereits ein Burnout-Syndrom begleitet von Ressourcenabbau entwickelt. Entscheidend für das Burnout-Geschehen und die Entwicklung der aktivierbaren Ressourcen ist die subjektive Belastungseinschätzung. Entgegen der Annahmen von Maslach und Leiter (14) konnte Kernen (26) demonstrieren, dass die Aktivierung interner (individueller) Ressourcen eine stärkere Burnout-prophylaktische Wirkung hatte, als die Aktivierung externer (institutioneller) Ressourcen. Weitere Burnout-prophylaktische Wirkungen kamen den Entfaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz sowie der sozialen Unterstützung im privaten wie im beruflichen Bereich zu.

In diesem Zusammenhang ist ein von der Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Projekt (118) von Interesse, das mit aufwendigen qualitativen und quantitativen Methoden katamnestisch die überdauernde Wirksamkeit von Balint-Gruppen vs. Themenzentrierten (TZ)- Gruppen zur Prophylaxe des Burnout bei Altenpflegerinnen in einem Kontrollgruppendesign mit Krankenschwestern untersuchte. Die Studie erbrachte folgende zunächst widersprüchliche Befunde: Während sich die beiden Gruppen in keiner der Ausgangsvariablen unterschieden, verschlechterten sich die Einschätzungen der nach einem Jahr nachuntersuchten Teilnehmerinnen der Balint-Gruppen im Sinne größerer Lebensunzufriedenheit, insbesondere geringerer Berufszufriedenheit, größerer Unzufriedenheit mit der Freizeit, geringerer Zufriedenheit mit dem Familienleben und größerer Unzufriedenheit mit der Gesundheit. Hingegen veränderten sich die nach einem halben Jahr nachuntersuchten Teilnehmerinnen der TZ-Gruppen kaum oder sogar im positiven Sinne in Richtung geringerer Lebensunzufriedenheit, insbesondere größerer Berufszufriedenheit, geringerer Unzufriedenheit mit der Freizeit, größerer Zufriedenheit mit dem Familienleben und geringerer Unzufriedenheit mit der Gesundheit.

Im Gegensatz zur eher negativen Langzeitfolge der Balint-Arbeit hatte jedoch die spontane Nachfrage unmittelbar nach den Balint-Gruppen dafür gesprochen, dass die Teilnehmerinnen die Gruppen als sehr hilfreich erlebten. Dementsprechend bewerteten sie auch die Wichtigkeit der Balint-

Gruppen und ihren persönlichen Gewinn höher als die Teilnehmerinnen der TZ-Gruppen. Die Autoren interpretierten diese zunächst widersprüchlich erscheinende negative Konstellation zu Lasten der Balint-Gruppen als Ausdruck einer kritischeren Haltung und eines vertieften Problembewusstseins von Altenpflegerinnen, die um so unzufriedener sind, je mehr sie sich mit ihrer problematischen Arbeitssituation auseinandersetzen und um so intensiver sie den Kontakt in der Balint-Gruppe erlebt haben. Die generell größere Unzufriedenheit entspricht nach Meinung der Autoren nicht einer Haltung, die zwangsläufig in Resignation einmündet. Abhängig vom Entgegenkommen von Lebenspartnern, Vorgesetzten und Institutionen bietet die entstandene kritischere Haltung vielmehr auch die Chance zur konstruktiven Umgestaltung überindividuell prekärer Arbeitsbedingungen.

Aufgrund ihrer qualitativen Analysen gehen Kempe et al. (118) sogar davon aus, dass durch themenzentrierte Gruppen auf Übertragungskonflikten beruhende emotionale Verwicklungen mit Klienten für die Betroffenen allenfalls erlebbar, aber ohne die professionelle Hilfestellung einer Balint-Gruppe praktisch nicht aufgearbeitet werden können. Selbst bei optimalen Arbeitsbedingungen schreiben sie der Balint-Gruppe eine unverzichtbare Rolle in der Prophylaxe des Burnout zu. Die Balint-Gruppe bietet - und das ist entscheidend für die Wirksamkeit in der Zeit - berufsbegleitend die Möglichkeit zum kontinuierlichen kollegialen Erfahrungsaustausch über die Grenzen der eigenen Institution hinaus. Sie regt zur Bearbeitung emotionaler Konflikte im professionellem Handeln an, fördert die Entwicklung situationsadäquater Schutzmechanismen und eine professionelle Haltung mit je nach Erfordernissen oszillierendem emotionalem Engagement.

Die Grundregel der Burnout-Prophylaxe lautet: „Lessen overload and increase training in communication and management skills„ (119). Kontinuierliche Burnout-Präventions-Programme sollten in den kommenden Jahren zur Regel werden, insbesondere in Schulen, Krankenhäusern und Pflegeinstitutionen. Arbeitsinhalte und Arbeitsabläufe sollten möglichst so strukturiert und organisiert sein, dass sie in angemessener Zeit zu leisten sind (54, 55, 120). Anstatt Eintönigkeit ist wo immer möglich für eine gewisse Aufgabenvielfalt und dafür Sorge zu tragen, dass Diensttuende gewisse Freiräume zur individuellen Gestaltung ihrer Arbeit haben. Einzelgängerische und über-ehrgeizige Mitarbeiter, die sich bis zur Grenze verausgaben, sind keine Vorbilder, sondern sollten dahingehend moderiert werden, die

Kommunikation mit Kollegen zu verstärken. Insbesondere bei tüchtigen und (über-) engagierten Berufsanfängern, die für berufliche Ziele oft private Interessen zurückzustellen bereit sind und über die Arbeitgeber verständlicherweise zunächst oft sehr erfreut sind, sollten Vorgesetzte in fürsorglicher Voraussicht die Gefahr des späteren Burnout im Auge behalten.

Erste Wahl zur Prävention des Ausbrennens sind Supervisionsgruppen, die von externen Psychotherapeuten moderiert sein sollten. Interne Kollegengruppen ohne externe Supervision haben keinen Effekt (121). Supervisionsgruppen zeigten sowohl bei Ärzten und Pflegekräften als auch bei Lehrern präventive, teilweise kurative Effekte gegenüber Burnout-Symptomen (40, 122-124). Von sog. Personaltrainern und „Motivationsgurus„ ist in der Regel eher abzuraten, da sie meist kurze übertragungsinduzierte sog. Strohfeuer- oder Flitterwochen-Effekte mit erhöhter Arbeits-Effizienz erzielen, die Gefahr eines Burnouts sich dadurch mittelfristig aber eher noch erhöhen kann.

In der Supervision von Arbeitsteams innerhalb größerer Organisationen (z. B. Stationsteam eines Krankenhauses) fallen häufig übersteigerte Erwartungen und unrealistische Hoffnungen auf psychotherapeutische Patentrezepte und schnell greifende Lösungen auf, die Probleme möglichst ein für alle Mal lösen sollen. Der Supervisionsarbeit fällt dann nicht selten die schwere Aufgabe zu, den Abschied von Allmachts- und Größenphantasien zu bewerkstelligen. Es gilt Enttäuschungen zu verarbeiten, begrenzte Fortschritte und Hilfestellungen akzeptieren zu lernen und vor allem die Tatsache auszuhalten, dass alle wechselseitig aufeinander angewiesen sind, um erfolgreich zu sein.

Eine eher seltener realisierte Burnout-Prophylaxe, die an Organisationsstrukturen ansetzt, kann allerdings nur insoweit gelingen, als die Institution diese in Frage zu stellen bereit ist und realiter zu verändern vermag. Aus arbeits- und organisationspsychologischer Sicht (35, 49) sind hier in erster Linie zu nennen: optimale Abstimmung der Leitungsbereiche, ausreichende personelle Besetzung, flexible Arbeitszeit- und Schichtregelungen, Laufbahnentwicklung, Sicherung von Anforderungsvielfalt, Aus- und Weiterbildung im Hinblick auf Coping-Fähigkeiten sowie laufbahn- und arbeitstätigkeitsbezogene Inhalte, ärztliche Betreuung, trainierende Gruppenaktivitäten sowie Supervison.

Literatur

1. Emnid-Befragung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, veröffentlicht in "Statusanalyse 94/95. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz", Düsseldorf 1996
2. Freudenberger H. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974; 30: 159 - 165
3. Edelwich J, Kleiber D. Ausgebrannt: das Burnout-Syndrom in den Sozialberufen AVM, Salzburg 1984
4. Fisher H. A psychoanalytic view of burnout. In: Farber B (Hrsg) Stress and Burnout in the Human Service Professionals. Pergamon, New York, S. 40 – 45, 1983
5. Kahn R. Job burnout: Prevention and remedies. Public Welfare 1978; 3 (2): 61 - 63
6. Daley M. "Burnout": Smoldering problem in the protective services. Social Work 1979; 24: 375 - 379
7. Cherniss C. Staff burnout. Job stress in the human services. Sage, Beverly Hills, CA 1980 a
8. Harrison W. Role strain and burnout in child-protective service workers. Social Service Review 1980; 54: 31 - 44
9. Bramhall M, Ezell S. How burned out are you? Public Welfare 1981; 39: 23 - 27
10. Maslach C, Jackson S. Burnout in organisational settings. In: Oscamp S (Hrsg) Applied Social Psychology Annual. Bd. 5 (Sage, Beverly Hills, CA, S. 133 – 153, 1984
11. Pines A, Aronson E, Kafry D. Ausgebrannt. Klett Cotta, Stuttgart 1985
12. Cherniss C. Burnout: Two ways of defining it and their implications. In: (Hrsg) Annual Convention of the APA, 23-27/8/1982, Washington, D.C., S. 286. Educational Documents 226, 1982
13. Karger H. Burnout as alienation. Social Service Review 1981; 55: 270 - 283
14. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1997 [Deutsch: Maslach C, Leiter MP (2001) Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Springer, Wien]
15. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory (Third Edition). Consulting Psychology Press, Palo Alto 1996
16. Cherniss C. Professional burnout in the human service Organization. Praeger, New York 1980 b
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984
18. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M (Hrsg) Perspectives in international psychology. Plenum, New York, S. 287-327, 1978

19. Cherniss C, Krantz DL. The ideological community as an antidote to burnout in the human services. In: Farber BA (Hg.) Stress and burnout in the human service professions. Pergamon Press, New York, S. 198-212, 1983

20. Freudenberger HJ, Richelson G. Ausgebrannt: Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden. Kindler, München 1983

21. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (Hrsg.) Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research. Tayler & Francis, Washington 1993, 1-18

22. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Berlin 1989

23. Enzmann D, Kleiber D. Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger, Heidelberg 1989

24. Teegen, F., Domnick, A., Heerdegen, M. Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. Verhaltensther Psychosoz Prax 1997; 29, 583-599.

25. Teegen, F., Grotwinkel, M. Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörung bei Journalisten. Eine internet-basierte Studie. Psychotherapeut 2001; 46, 169-175.

26. Kernen H. Burnout-Prophylaxe im Management. Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement. 2. Aufl., Verlag Paul Haupt, Bern 1997

27. Rook M. Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung. Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung. Verlag Dr. Kova?28. , Hamburg 1998

29. Boyle GJ, Borg MG, Falzon JM, Baglioni AJ. A structural model of the dimensions of teachers stress. Br J Educ Psychol 1995 ; 65: 49-67

30. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Dunn G, Szmukler G, Reid Y, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999 ; 34(6): 295-300

31. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1986

32. Schwab RL, Iwanicki EF. Who are our burned out teachers? Educational Research Quarterly 1982; 7(2): 5-16

33. Stengel M. Wertewandel. In: Rosenstiel L v, Domsch M, Regnet E (Hg) Führung von Mitarbeitern. Schäffer, Stuttgart, 556-570, 1990 a

34. Stengel M. Fehlende Motivation? Zur Situation des Alten- und Krankenpflegepersonals aus psychologischer Sicht. Eine empirische Untersuchung bei Teilnehmern eines Weiterbildungslehrgangs. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1990 b; 44: 37 - 45

35. Klages H, Hippler H, Herbert W (Hrsg). Werte und Wandel. Ergebnisse und Methoden einer Forschungstradition, . Campus, Frankfurt/Main 1992

36. Hacker W, Reinhold S. Beanspruchungsanalysen zur Pflegetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1998; 52(1/2 NF): 7-14

37. Büssing A, Perrar KM, Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica 1992; 38 (4): 328-353

38. Fengler J. Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Pfeiffer, München 1994

39. Brown LK, Stermock AC, Ford HH, Geary M. Emotional reactions of haemophilia health care providers. Heamophilia 1999; 5(2): 127-131

40. Redmann A, Rehbein I. Gesundheit am Arbeitsplatz. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO). Bonn 2000

41. Schaarschmidt U, Fischer AW. Bewältigungsmuster im Beruf. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2001

42. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahara L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J. Psychosom. Res. 1999; 46: 591-598

43. Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. Psychosom. Med. 1999; 61: 197-204

44. Lerman Y, Melamed S, Shragin Y, Kushnir T, Rotgoltz Y, Shirom A, Aronson M. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness. Psychosom. Med. 1999; 61: 828-33

45. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. Occup. Environ. Med. 2000; 57: 453-7

46. Hatch MC, Figa-Talamanca I, Salerno S. Work stress and menstrual cycle among Americans and Italian nurses. Scand. J. Work Envir. Health 1999; 25:144-50

47. Aronson EU, Pines AM, Kafry D. Ausgebrannt. Vom Überdruss zur Selbstentfaltung. Klett-Cotta, Stuttgart 1983

48. Demerouti E, Nachreiner F, Bakker AB, Schaufeli WB. The job demands – ressources model of burnout. Journal of Applied Psycholgy 2001; 86(3): 499-512

49. Golembiewski RT, Munzenrider R. Phases of Burnout. Developments in concepts and applications. Praeger, New York 1988

50. Hacker W, Reinhold S, Darm A, Hübner I, Wollenberger E. Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Swets Testservice, Frankfurt a. M. 1997

51. Hammer J, Jones JW, Lyons JS, Sixsmith D, Afficiando E. Measurement of occupational stress in hospital settings: two validity studies of measurement of self-reported stress in medical emergency rooms. Gen. Hosp. Psychiatry 1985; 2: 156-162

52. Jones JW. Staff burnout scale for health professions (SBS-HP). London House, Park Ridge 1980

53. Schaarschmidt U, Fischer A. AVEM- ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Z. f. different. diagn. Psychol. 1997; 18: 151-163

54. Zielke, M. Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken. Prax Klin Verhaltensmed Rehabil 2000; 50, 13-27.

55. Schwickerath, J., Berrang, F., Kneip, V. Mobbing: Interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz – Psychosomatische Reaktionsbildungen und Behandlungsansätze. Prax Klin Verhaltensmed Rehabil 2000; 50, 28-46.

56. Schwickerath, J. Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuelle Konzepte zu Theorie, Diagnostik und Verhaltenstherapie. Psychotherapeut 2001; 46, 199-213.

57. Reinecker H. Grundlagen der Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union. München, Weinheim 1987

58. Jerg-Bretzke L. Burnout bei Bundeswehrangehörigen im Kontext von Gesundheitsverhalten. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm 2001

59. Friedman IA. High- and low-burnout schools. J. Educat. Res. 1991; 84:325-333

60. Van Servellen G, Leake B. Burnout in hospital nurses. J. Prof. Nurs. 1993; 9: 169-77

61. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. Med. Care 1994; 32:745-54

62. Firth- Cozens J, Greenhalgh J. Doctor´s perception of the links between stress and lowered clinical care. Soc. Sci. Med 1997; 44:1017-22

63. Peter, R., Siegrist, J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? Soc Sci Med 1997; 45, 1111-1120.

64. Häfner, S., Kordy, H., Kächele, H. Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. Psychother Psychosom med Psychol 2001 a; 51, 373-376.

65. Russell, D. W., Altmaier, E., van Velzen, D. Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. Journal of Applied Psychology 1987; 72, 269-274.

66. Pierce C, Molloy M, Geoffrey N. Psychological and biographical differences between secondary levels of burnout. Br. J. Educ. Psychol. 1990; 60: 37-51

67. Duquette A, Kerouac S, Beaudet L. Resources for preventing professional burnout. Can. Nurse 1993; 89: 44-6

68. Schaarschmidt U, Arold H, Kieschke U. Die Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte. Information über ein Forschungsprojekt an der Universität Potsdam. Unveröffentl. Manuskript. 2000

69. Whitley TW, Allison EJ, Gallery ME, Cockington RA, Gaudry P, Heyworth J, Revicki DA. Work- related stress and depression among practicing emergency physicians. Ann. Emerg. Med. 1994; 23: 1068-71

70. Tyler PA, Ellsion RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. J. Adv. Nurs. 1994; 19:469-76

71. Muthny FA, Kuchenmeister U, Ziemen P. Psychosocial strain and work satisfaction of oncologic nurses. Results of an empirical study in an acute care hospital. Pflege 1998; 11:281-5

72. Hayter M. Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. J. Advanced Nursing 1999; 29: 984-93

73. Tellenbach, H. Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1983.

74. Flett GL, Hewitt PL, Hallett CJ. Perfectionism and job stress in teachers. Cand. J. School Psychol. 1995; 11: 32-42

75. Finanzministerium Baden- Württemberg. Pressemitteilung Nr. 196 vom 1. 10. 1999

76. Versorgungsbericht. Bericht der Bundesregierung vom 8. 10. 1996

77. Hillert, A., Maasche, B., Kretschmer, A., Ehrig, C., Schmitz, E., Fichter, M. Psychosomatische Erkrankungen bei LehrerInnen. Sozialer Kontext, Inhalte und Perspektiven stationärer Behandlungen im Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Psychother Psychosom med Psychol 1999; 49, 375-380.

78. Weber A, Weltle D, Lederer P „Macht Schule krank?„ – Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. Unveröffentlichtes Manuskript, 2001

79. Barth AR. Burnout bei Lehrern: Eine empirische Untersuchung. Dissertation, Universität Erlangen-Nürnberg 1990

80. Borg MG, Riding RJ. Towards a model for the determinants of occupational stress among school teachers. Eur. JN. Psychol Educ. 1991; 6: 355-373

81. Tuttemann E, Punch KF. Teacher´s psychological distress. Educ. Rev. 1992; 44: 181-194

82. Byrne BM. Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. Am. Educ. Res. J. 1994; 31: 645-673

83. Montalvo A, Bair JH, Boor M. Teacher´s perception of occupational stress factors. Psychol. Reports 1995; 76: 846

84. Herschbach, P. Streß im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärtztinnen. Psychother Psychosom med Psychol 1991; 41, 176-186.

85. Kruse, J., Rosin, U., Wöller, W. Die Psychosomatik des Arztes. In: Tress, W. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin, S. 214-219. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag. 1997

86. Ripke, T. Der kranke Arzt: Chance zum besseren Verständnis des Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97, C-184-C-187.

87. Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., Schaufeli, W. B. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 884-891.

88. Michaelis, M., Siegel, W., Hofmann, F. Psychische und emotionale Faktoren des Arbeitslebens als Gegenstand betriebsärztlicher Praxis im Krankenhaus. Gesundheitswesen 2001; 63, 22-28.

89. Ullrich A. Krebsstation: Belastungen der Helfer. Verlag Peter Jany, Frankfurt a. M. 1989

90. Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orlowski JP, Younger SJ. Physician burnout in pediatric critical medicine. Crit. Care Med. 1995; 23:1425-9

91. Guntapalli KK, Fromm RE. Burnout in the internist- intensivist. Intensive Care Med. 1996; 22: 625-30

92. De Pablo GR, Suberviola GJF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. Atencion Primaria 1998; 22: 580-4

93. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ 2000; 163:166-9

94. Trocco M, Valenzuela P, Trucco D. Occupational stress in health care personal. Revista Medica de Chile 1999; 127: 1453-61

95. Jurkat, H. B., Reimer, C. Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei beruftstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82, 1745-1750.

96. Powell SK. Job stress versus success factors for case management. Nursing Case Mangement 1996; 1:125-32

97. Endres, A. Alkoholkranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97, C-22-C-23.

98. Mäulen, B. Ärzte und Ärztinnen: In: Gölz, J (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin: Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome, B.7.4.3.1-1 – B.7.4.3.1-11. Stuttgart: Thieme. 1998

99. Schneider, C., Bühler, K.-E. Arbeitssucht. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98, A-463-465.

100. Corrigan PW, Williams OB, McCracken SG, Kommana S, Edwards M, Brunner J. Staff attitudes that impede the implementation of behavioral treatment. Behav. Modif. 1998; 22: 548-62

101. Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O`Hare D, Misbin RI, Holland J, Foley KM. Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. Psychosomatics 1997; 38: 277-87

102. Grassi L, Magnani K, Ercolani M. Attitudes towards euthanasia and physician- assisted suicide among italian primary care physicians. J. Pain Symptom Managment 1999; 17: 188-96

103. Häfner, S., Lieberz, K., Wöller, W. Leitlinien für die Indikation und Differentialindikation in der stationären Psychotherapie – Eine

Literaturübersicht. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1999; 35, 351-370.

104. Häfner, S. Psychische Beschwerden bei Schülern der vierten Grundschulklassen. In: Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit, Gesundheitsamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht Stuttgart 2000, S. 130-138. Stuttgart, 2001 b

105. Zielke, M., Dehmlow, A. Wiederherstellung und Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen nach stationärer medizinischer Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1998; 44, 77-86.

106. Ossebaard HC. Stress reduction by technology? An experimental study into the effects of brainmachines on burnout and state anxiety. Appl Psychophysiol Biofeedback 2000; 25(2): 93-101

107. Toivanen H, Lansimies E, Jokela V, Hanninen O. Impact of regular relaxation on cardiac autonomic nervous system of hospital cleaners and bank employees. Scand J Work Environ Health 1993; 19(5): 319-325

108. Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomised controlled trial. Ind Health 1999; 37(2): 237-242

109. Rowe MM. Teaching health-care providers coping: results of a two-year study. J Behav Med 1999; 22(5): 511-527

110. Teasdale K, Brocklehurst N, Thom N. Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. J Adv Nurs 2001; 33(2): 216-224

111. Blegen MA (1993) Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res 42(1): 36-41

112. Mikkelsen A, Saksvik PO. Impact of participatory organizational interventions on job characteristics and job stress. Int J Health Serv 1999; 29(4): 871-893

113. Spinetta JJ, Jankovic M, Ben-Arush MW, Eden T, Epelman C, Greenberg ML, Gentilis-Martins A, Mulhern RK, Oppenheim D, Masera G. Guidelines for the recognition, and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP Working Committee on Psychological Issues in Paediatric Oncology. Med Pediatr Oncol 2000; 35(2): 122-125

114. Klink JJL v, Blonk RWB, Schene AH, Dijk FJH. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Publ Health 2001; 91(2): 270-276

115. Williamson GR, Dodds S (1999) The effectiveness of a group approach to clinical supervision in reducing stress: a review of the literature. J Clin Nurs 8(4): 338-344

116. Dahlbender R, Allert G, Martin G, Steidle-Röder M, Kächele H. Multimodale Liaisonarbeit. Der Psychotherapeut 1994; 39: 230 – 238

117. Freehill KM. Critical incident stress debriefing in health care. Crit Care Clin 1992; 8(3): 491-500

118. Robbins I. The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing. J Clin Nurs 1999; 8(3): 263-268

119. Kempe P, Lindner I, Sauter M. Balint-Gruppen und TZ-Kurse zur Prophylaxe des Burn-Out bei Altenpflegerinnen. Abschlußbericht (1991/1992) an die Robert-Bosch-Stiftung/Stuttgart, Hamburg 1992

120. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashhall DC, Timothy AR. Br. J. Cancer: 1995; 71: 1263-69

121. Schreurs, P. J. G., Winnubst, J. A. M., Cooper, C. L. Workplace health programmes. In: Schabracq, M. J., Winnubst, J. A. M., Cooper, C. L. (Eds.): Handbook of work and health psychology, pp. 463-481. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons 1996

122. Cecil MA, Forman SG. Effects of stress inoculation training and coworker support groups on teacher´s stress. J. School Psychol. 1990; 28: 105-118

123. Sandell M, Sullivan K. Teacher disillusionment and supervision as a part of professional development. Alberta J. Educat. Res. 1992; 38: 133-40

124. Berg A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care. J. Adv. Nurs. 1994; 20: 742-9

125. Hardelin L. Balint group work against burnout in somatic care (Swedish). Lakartidningen 2000; 97: 475-8

Korrespondierender Autor:

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bauer
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstrasse 8
D-79104 Freiburg
Tel. (0761) 270 6539
E-mail: Joachim_Bauer@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Adressen der weiteren Autoren:

Dr. med. Steffen Häfner
Klinikum der Universität Ulm
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
Christian-Belser-Str. 79a
D-70597 Stuttgart,
Tel.: (07 11) 67 81-405, Fax: (07 11) 6 87 69 02
E-Mail: haefner@psyres-stuttgart.de.

Prof. Dr. med. Horst Kächele
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Am Hochsträß 8
D-89081 Ulm
Tel. (0731) 500 25660/-1
E-mail: kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de

PD Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik
Am Hochsträß 8
D-89081 Ulm
Tel. (0731) 500 25680/-1
E-mail: dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de