

# Definitiorische Eingrenzung

- 2.1      Definitionsprobleme – 14**
  - 2.1.1      Ältere Definitionsversuche – 20
  - 2.1.2      Eingrenzungsmöglichkeiten – 23
- 2.2      Symptomatologie – 23**
  - 2.2.1      Burnout-Symptomatik – Eine Synopse – 25
  - 2.2.2      Messung von Burnout – 35
- 2.3      Verlauf – 40**
- 2.4      Ätiologie – 46**
  - 2.4.1      Lauderdale: Enttäuschte Rollenerwartungen – 47
  - 2.4.2      Meier: Pessimistische Prognosen – 49
  - 2.4.3      Perlman und Hartman: Ein komplexes Modell – 50
  - 2.4.4      Freudenberger: Verfehlte Lebenspläne – 50
  - 2.4.5      Maslach: Ein umfangreiches Werk – 52
  - 2.4.6      Fischer: Burnout als Selbstverbrennung – 55
  - 2.4.7      Ressourcenschutz als Top-Priorität – die COR-Theorie Stevan Hobfoll – 57
  - 2.4.8      Die holländische Schule: Geben ist seliger denn Nehmen – oder? – 58
  - 2.4.9      Undank ist der Welten Lohn – Die Gratifikationskrise – 60
  - 2.4.10      Lennart Hallstens Prozessmodell von Burnout – 61
  - 2.4.11      Burnout nach Praxisschock – die Arbeiten von Cary Cherniss – 63
  - 2.4.12      Wenn Sinn und Zweck verloren gehen – Ayala Pines' »Existenzielle Perspektive« – 70
  - 2.4.13      Burnout und Stress – 73
  - 2.4.14      Nähe als Stressor – 74

## 2.1 Definitionsprobleme

Für die Erschließung eines neuen Forschungsfeldes ist es zweifellos am günstigsten, wenn man gleich zu Anfang definieren kann, worum es gehen soll. In der klinischen Psychologie und Psychiatrie ist das leider selten möglich. Als Egon Bleuler 1908 – übrigens auf der Basis eines einzigen Falles – die Bezeichnung Schizophrenie für das vorschlug, was man im Gefolge Emil Kraepelins *dementia praecox* genannt hatte, da war das der Anfang einer Erfolgsgeschichte, denn Schizophrenie ist bis auf den heutigen Tag ein akzeptierter Terminus (wenn auch vielfältig untergliedert). Aber das ist die Ausnahme.

Typischer ist die Begriffskarriere von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Störung). Hier gibt es schon lange verlassene Vorläufer-Bezeichnungen wie *minimal brain dysfunction*, es gibt überlappende, aber nicht-identische Symptomlisten, es gibt unterschiedlichste Anschauungen über Entstehung und angemessene Therapien, es gibt Zweifel an der Therapienotwendigkeit und es gibt sogar die Behauptung, ADHS sei eine Mode-diagnose, die ihre Popularität der Pharmaindustrie verdanke, welche halt ihre Produkte absetzen wolle. Es gibt übrigens auch literarische Vorbilder (»Zappelphilipp«) und reale Berühmtheiten (Mozart), die damit in Verbindung gebracht werden.

Bis auf die Sache mit der Pharmaindustrie gibt es all das auch bei Burnout. Und auch dieser letzte Unterschied schwindet: Im Internet werden auf breiter Front Naturheil- und Nahrungsergänzungsmittel gegen Burnout angepriesen.

So ist das halt: Man beobachtet bei Menschen Auffälligkeiten, sucht nach einer Bezeichnung, die das Gemeinsame daran auf einen Nenner bringen soll, und wird eventuell irgendwann fündig. Aber damit ist der Weg noch nicht zu Ende, damit geht es bestenfalls erst los. Burnout als *terminus technicus* wird demnächst 40; das ist noch kein respektables Alter.

**Eine handhabbare Definition fehlte** Das schwerwiegendste Hindernis für eine fundierte Erforschung des Burnout-Syndroms stellte zweifellos das Fehlen einer handhabbaren Definition dar, die überzeugen könnte (Maslach 1982b). Alle einschlägigen Versuche waren entweder zu umfassend oder

zu spezifisch, was anfangs aus der damals überwiegenden Orientierung auf rasche Interventionen zu erklären war. Man mag sich wundern, wie denn unter diesen Umständen überhaupt so etwas wie eine Burnout-Forschung möglich war – wie kann man etwas erforschen, das noch gar nicht definiert ist? Nun ja, zunächst einmal hatte jeder, der sich in den frühen Jahren äußerte, vermutlich seine eigene, implizite Definition, die oft auch expliziert wurde, anhand von kurzen Fall-Vignetten, Interview-Ausschnitten oder Symptomlisten. Oder er bezog sich auf Definitionsversuche der bekannteren Autoren, in der Regel also auf Herbert Freudenberger oder Christina Maslach (die übrigens bemerkenswert wenig übereinstimmten).

Natürlich war die Gefahr der Zirkularität nicht gebannt, wenn Definitionen »anhand konkreter Fälle« versucht wurden. (Auch dieses Buch hat so begonnen.) Bevor man den persönlichen Hintergrund, die Lebensumstände, die Reaktionen im akuten Stadium und schließlich die längerfristige Entwicklung eines von Burnout betroffenen Individuums studieren könnte, um es mit anderen, gegensätzlichen, zu vergleichen, wäre ja eine trennscharfe Regel vonnöten, die es gestatten würde, den einen Fall unter Burnout einzuordnen, den anderen nicht. Abgesehen davon, dass die vorgeschlagenen »Regeln« alles andere als trennscharf waren – sie beruhten auf eben den Fällen, die nun wiederum zur Illustration herangezogen wurden! Man hob sich sozusagen an den eigenen Haaren aus dem Sumpf, an den eigenen Schnürsenkeln vom Boden ab. Wahrscheinlich ist aber eine solche »*Bootstrapping*«-Phase, in der man sich in Zyklen vom Startpunkt bloßer Intuition allmählich zu objektivierbaren Einteilungen hocharbeitet, am Anfang einer Forschungsentwicklung nicht zu überspringen. Zugegeben, es handelt sich um ein langwieriges Unterfangen ohne Erfolgsgarantie.

Die Burnout-Forschung hat versucht, die kasuistische Phase zu überspringen; vielmehr, sie hat deren Notwendigkeit nicht so recht gesehen. Das ist ihr m. E. schlecht bekommen. Auf dem Krakauer Kongress 1990 hatte ich ein kollaboratives Forschungsprojekt vorgeschlagen. Wer immer sich berufen fühlte, sollte zwei ausführliche Fallbeschreibungen einschicken: Eine für einen prototypischen Fall von Burnout; eine zweite, möglichst weitgehend

vergleichbare, die aber *nicht* als Burnout-Fall angesehen wurde. Jeder hätte dann alle eingesandten Fälle nach seinen eigenen Kriterien blind klassifiziert und seine Entscheidungen begründet. Aus der Zusammenschau einer größeren Zahl solcher Real-Fälle und der darauf aufbauenden Diskussion hätte sich vielleicht handfester destillieren lassen, was Theoretiker, Forscher und Praktiker unter Burnout verstehen. Leider war das Interesse an der Idee verschwindend gering; lediglich Ayala Pines und Herbert Freudenberg (damals noch am Leben und brieflich kontaktiert) wollten Zeit investieren. Aus dem Vorhaben wurde nichts.

Im Herbst 2004 erhielt ich Gelegenheit, die Idee wiederzubeleben. Auf dem 1. Kongress von *Swiss-Burnout*, einem Anfang 2004 gegründeten Verein, der sich als Dialogplattform für alle am Thema Engagierten versteht, fand das so viel Anklang, dass ich begann, Mitstreiter für eine Neuauflage zu suchen. Aber auch diesmal kam nur wenig Material zusammen, und was kam, schien mir nicht ergiebig genug. Überdies wäre der erforderliche Austausch selbst im Zeitalter von E-Mail sehr aufwendig gewesen.

**Definitionen über Mess-Skalen** Zurück zu den frühen Stadien der Burnout-Forschung. Der kasuistische Zugang war der Gestaltqualität des Phänomens vermutlich angemessener als der, der ihn ablöste. Ab Anfang der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts nämlich etablierte sich ein einziges Messinstrument als Maß aller Dinge: Das *Maslach Burnout Inventory*, bei nur schwacher Konkurrenz von Ayala Pines' *Tedium Measure* (► Abschn. 2.2.2). Mit diesen Fragebögen bewaffnet, konnte nun jede und jeder nach Herzenslust herumforschen, ohne sich über Natur und Definition von Burnout auch nur einen einzigen Gedanken gemacht zu haben. Je höher die Punktwerte, desto »ausgebrannt« der Proband, ganz einfach. Die erwähnte Schwemme von Examensarbeiten und Dissertationen wäre ohne diesen Zugang nicht denkbar gewesen.

**Burnout-Forschung ohne Burnout** Ein Nebeneffekt der unkritischen Begeisterung für den Fragebogen-Ansatz sei gleich hier erwähnt: Der allergrößte Anteil der empirischen Burnout-Forschung

beforscht nicht Burnout, sondern dessen Abwesenheit. Er findet ohne Ausbrenner statt. Denn in den allermeisten unausgelesenen Stichproben aus diversen Berufsgruppen finden sich ernsthafte Fälle natürlich nur zu den gleichen, vermutlich geringen, Prozentsätzen wie in der Allgemeinbevölkerung. Es ist so, als untersuchte man z. B. ein fiebersenkendes Medikament bei Patienten mit Körpertemperaturen unter 37° C. (Eine der sehr seltenen Ausnahmen ist die Arbeit von Schaufeli et al. 2001.)

Bis heute existieren beide Zugänge nebeneinander: Der qualitative, an Fällen orientierte, ganzheitlich-verbale dominiert die eher klinisch ausgerichtete Ratgeber-Literatur, der quantitative die Forschung. Beide haben ihre Schwächen.

**Ein Begriff aus der Mengenlehre** Zur Kennzeichnung dieser Schwächen habe ich den Begriff der »randunscharfen Menge« (»fuzzy set«) vorgeschlagen (Burisch 1993), den der Berkeley-Professor Lotfi A. Zadeh 1965 in die Mengenlehre eingeführt hatte. Normalerweise sind Mengen so definiert, dass für jedes Element eindeutig zu entscheiden ist, ob es dazugehört oder nicht. So ist die Menge der geraden Zahlen definiert als die Menge aller ganzen Zahlen, die durch 2 teilbar sind. Die Menge aller Hamburger ist die Menge aller Einwohner der Freien und Hansestadt. Was aber ist mit der Menge aller Blumen, aller Sportarten, aller Blondinen?

Bei Rosen, Tulpen, Nelken wird es keine Diskussion geben; aber ist ein blühender Kaktus eine Blume? Tennis und Hochsprung gelten ohne weiteres als Sportarten; was aber ist mit Schach? Und wo der Übergang von der Haarfarbe blond zu brünett oder rot stattfindet, ist ebenfalls Ermessenssache.

Randunscharfe Mengen enthalten in der Regel »prototypische« Elemente, also z. B. Rosen, Tennis oder weizenblonde Frauen. Daneben gibt es sozusagen »periphere« Elemente, bei denen man sich streiten kann, ob sie dazugehören.

Ebenso verhält es sich mit »Ausbrennern«, Menschen also, die in einem Burnout-Prozess stecken. Die Fälle aus ► Kap. 1.1 dieses Buches sind, selbstverständlich, so ausgewählt worden, dass unter Kennern vermutlich Einverständnis über die Diagnose Burnout zu erzielen wäre. Richard Bolles muss an Fälle wie diese gedacht haben, als er sagte:

» Burnout ist wie Pornographie – ich bin nicht sicher, ob ich es definieren kann, aber wenn ich es sehe, weiß ich, was es ist (Forney et al. 1982, S. 436). «

Daneben gibt es Fälle, bei denen beispielsweise die Abgrenzung zur »normalen« Depression oder zur alltagssprachlichen »Überarbeitung« schwerfiel. Hier könnte eine präzisere Definition von beträchtlichem Nutzen sein, auch wenn ein gewisses Maß an Willkür, an Randunschärfe wohl kaum zu beseitigen wäre. Eine solche Definition folgt unten (s. Kasten S. 18f).

Aber auch die Symptome, die das Burnout-Syndrom ausmachen und im Prinzip durch Selbsteinschätzungsfragebögen in Messoperationen überführt werden können, bilden eine randunscharfe Menge. Man hat sich mehr oder weniger stillschweigend darauf geeinigt, Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit (gelegentlich auch noch Arbeitsüberdruß) als die »Kernsymptome« anzusehen, weil so die Skalen des *Maslach Burnout Inventory* (MBI) bzw. des *Tedium Measure* benannt sind. Aber schon das MBI enthielt ursprünglich eine vierte Skala, *Involvement* (Anteilnahme) genannt, die aus rein statistischen Gründen früh fallengelassen wurde; ein ähnliches Konstrukt, Engagement, kam in jüngerer Zeit in die Diskussion. Und wie wir sehen werden, wurden in der Literatur Dutzende weiterer Symptome mit Burnout assoziiert, die es aber nicht bis zum Status einer Mess-Skala gebracht haben. Das aber hängt sicher nicht in allen Fällen damit zusammen, dass sie weniger »zentral« oder relevant wären.

**Schwellenbestimmung** Ein zusätzliches Element von Willkürlichkeit kommt bei den Fragebögen unvermeidlich ins Spiel, sobald die naheliegende Frage beantwortet werden soll, »ab wann« denn nun von Burnout gesprochen werden soll. Dem *Tedium Measure* (Pines et al. 1981, S. 38; Pines & Aronson 1988, S. 218) beispielsweise ist die Interpretationshilfe beigegeben, ein Punktwert ab 4 (auf einer 7-stufigen Skala) bedeute »Ausbrennen oder Überdruß«; in diesem Fall müsse man »unbedingt etwas dagegen unternehmen«. (Aus unerklärlichen Gründen wird der kritische Wert in der deutschen Ausgabe – Aronson et al. 1983, S. 49 – bereits bei

3 erreicht.) Aber sowohl ein Trennwert von 3 als auch einer von 4 ist natürlich genauso willkürlich wie eine Antwort auf die Frage, ab welcher Körpergröße jemand als »groß« anzusehen ist. In einer Stichprobe von 220 Hamburger Krankenpflegeschülerinnen und -schülern (Burisch 2002) hatten immerhin 15 % zu Beginn ihrer Ausbildung Punktwerte von 4 oder höher; bei Bodes (1988) 87 Krankenschwestern waren es 16 %, bei Franks (1989) 217 Hamburger Krankenpflegeschülerinnen und -schülern waren es 20 % und bei Kleiber & Enzmans (1986) 69 Sozialberuflern nicht weniger als 26 %.

Savicki & Cooley (1983) schlagen vor, nur dann von Burnout zu sprechen, wenn alle drei Symptome des MBI (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit) vorliegen; sie legen sich aber nicht auf einen kritischen Punktwert fest.

Ich selbst ziehe die Formulierung vor, jemand sei »in einem Burnout-Prozess mehr oder weniger weit fortgeschritten«, und zwar umso weiter, je mehr Symptome und je intensiver er diese aufweist. Damit werden zwei Probleme als sachimmanent anerkannt: Die Mehrdimensionalität und der Verlaufsscharakter des Phänomens. Ein Ausbrenner in fortgeschrittenem Stadium sieht u. U. deutlich anders aus als einer im Frühstadium, er hat in der Regel einige der Warnsymptome auch schon wieder abgelegt. Das erklärt einige der Uneinigkeiten in der Literatur.

**Quallen tranchieren** R. E. Kendell, ein britischer Taxonom, hat einmal bemerkt, Taxonomie (die systematische Einteilung von Lebewesen) sei die Kunst, die Natur an ihren Gelenken zu tranchieren. Wie aber zerlegt man nach dieser Gebrauchsanweisung eine Qualle? Denn als eine begriffliche Qualle stellt sich das Burnout-Syndrom dem dar, der sich in die einschlägige Fachliteratur vertieft.

Aber das ist bei anderen Störungseinheiten auch nicht anders, man hat sich nur damit arrangiert. Dazu ein längerer Exkurs.

Die schon erwähnte *International Classification of Diseases* (ICD), deren 11. Ausgabe für 2015 angekündigt ist, unterscheidet in ihrer 10. Revision z. B. leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden, letztere noch einmal unterteilt in »mit

psychotischen Symptomen« und »ohne«, von rezidivierenden depressiven Störungen (mit sieben Unterkategorien). Sie tut das vor allem über die Anzahl vorhandener Symptome aus einer vorgegebenen Liste. Für die mittelgradige depressive Episode beispielsweise braucht es mindestens vier Symptome, die mindestens 14 Tage lang angehalten haben, für eine leichte Episode reichen auch zwei oder drei. Warum nun gerade vier? Und warum gerade 14 Tage? Ist das nicht hochgradig willkürlich? Antwort: Das war einmal der Konsensus von Experten, die sich sonst nicht hätten einigen können. Und dieser Konsensus war offenbar hart erkämpft, denn die *World Health Organization* (WHO) vereinigt nun mal nationale Gesundheitsbehörden zahlreicher und unterschiedlichster Kulturen, was im Bereich der Psychiatrie sicher stärker spürbar ist als in der Orthopädie.

Das andere international verbreitete Diagnose-schema, das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) der *American Psychiatric Association* hat es da leichter; hier braucht man nicht Norweger und Chinesen unter einen Hut zu bringen. Dennoch, sozusagen um des lieben Friedens willen und um die gemeinsame Ordnung nicht zu gefährden, verzichten beide Schemata in ihren neueren Ausgaben fast durchgängig auf Aussagen zur Ätiologie, zur Verursachung von psychischen Krankheiten oder, wie man heute sagt: Störungsbildern. Man beschränkt sich auf Symptome und Verlaufsformen. Zu unterschiedlich sind offensichtlich die Schulmeinungen darüber, was Störungen bewirkt.

Ein tieferes Eindringen in die Dynamik einer Störung ist so nicht möglich, aber auch nicht beabsichtigt. Dieser Umstand wird noch wichtig werden; m. E. geht eine Abgrenzung des Burnout-Syndroms nicht ohne.

Eine wachsende Unzufriedenheit mit den schubladenartigen Einteilungen beider Systeme speist sich aber noch aus zwei anderen Quellen. Zum einen beobachten Praktiker einen hohen Grad von Komorbidität. Das bedeutet, dass man zur halbwegs vollständigen Kategorisierung eines Falles selten mit einer einzigen Schlüssel-Diagnose auskommt, nicht selten braucht man eine ganze Handvoll. Das deutet schon einmal darauf hin, dass die Tranchierung nicht an einem Gelenk

stattgefunden hat. Zum anderen ist das Denken in Dimensionen – wo es ein Mehr und ein Weniger gibt – der Sache höchstwahrscheinlich angemessener als der Gebrauch von Kategorien, in die jemand gezwängt wird oder nicht. Clark (2007) hat die Vorteile dimensionaler Systeme für den Bereich der sog. Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst.

Von den Vertretern der wieder erstarkenden biologischen Psychiatrie (z. B. Holsboer 2011) wird kritisiert, dass die Einteilungen von ICD wie DSM nichts mit den zu Grunde liegenden biologischen Fehlregulationen zu tun haben, insofern auch keine Behandlungsempfehlungen hergeben. Andererseits, bis zur zuverlässigen Identifizierung von »Endophänotypen« anhand von Biomarkern, denen dann eine sozusagen maßgeschneiderte medikamentöse Behandlung zuteilwerden sollte, dürfte es noch ein langer Weg sein (► 3.1.1). Aber die Kritik lässt die Definitionen der heutigen Mainstream-Psychiatrie doch als wenig überzeugend erscheinen.

Das war auch der Sinn des langen Exkurses. Burnout mag unbefriedigend abgegrenzt sein, aber das ist nichts Besonderes (s. auch ► 6.4).

**Praktische Definition war lange entbehrlich** Es hat auch lange kein Einigungsdruck bestanden. Solange Burnout als exotischer Laien-Terminus mitlief, der nur Wenige zu betreffen schien, gab es wenig Grund für Fachleute, scharfe Grenzen zu definieren. Im Grunde ist das auch heute noch so, sogar in Deutschland und anderen Ländern, wo über die ICD-10 geregelt ist, welche Diagnosen »kassenfähig« sind und welche nicht. Denn Ärzte und Psychologen wissen, was sie mit welcher Begründung zu verschreiben haben, wenn sie einen prototypischen Fall von Burnout vor sich haben: Eine der klassischen Ausweich-Diagnosen, in der Regel Depression oder Anpassungsstörung. Wer nichts von Burnout hält, wählt diesen Behelfsweg ohnehin. Ärger gibt es nur, wo eine unkundige Hand das B-Wort als Therapiegrund verwendet und nicht nur als Zusatzdiagnose (die besagte »Z.073«). Denn dann werden Krankenkassen hellhörig und sperren sich, die Kosten zu übernehmen.

**Burnout-Epidemie schaffte Handlungsbedarf** Die Lage hat sich deutlich verändert, seit Burnout von den Populärmedien entdeckt wurde. Schon 2006

sprachen Hillert & Marwitz in ihrem Buch-Titel von einer »Burnout-Epidemie«, Golembiewski, Boudreau, Munzenrider & Luo (1996) zehn Jahre früher sogar von einer Pandemie. In Deutschland war das Thema ab etwa 2010 täglich in Zeitungen, Magazinen, Radio- und Fernsehsendungen präsent.

Das hatte Folgen. Vor allem Psychiatern wurde offenbar zunehmend unwohl, wenn sie Patienten oder Interviewern erklären mussten, dass es Burnout eigentlich gar nicht »gibt«, und eine Behandlung schon aus diesem Grunde erst recht nicht. Mehr hierzu in dem ► Kap. 6.4.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat nun in einem Positionspapier vom März 2012 dazu aufgerufen, die Z.073 vermehrt zu verwenden (Download von <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article//positionspap-1.html>, Stand 15.12.2012). Offenbar hatte das die Ärzteschaft schon von sich aus getan: Der BKK-Gesundheitsreport 2012 (Download von <http://www.bkk.de/arbeitgeber/bkk-gesundheitsreport/jahresbericht/> Stand 15.12.2012; dort Diagramm 2.7) berichtet, dass die Krankheitstage in Zusammenhang mit Burnout (Z.073) bei den Versicherten der Betriebskrankenkassen in den Jahren 2004–2011 um den Faktor 18 angewachsen sind; es wird angemerkt, dass »die realen Zahlen möglicherweise die ... angegebenen noch übersteigen«, weil nämlich noch mindestens drei weitere ICD-Schlüssel als Ausweich-Diagnosen in Frage kommen. Als eigenständige kassenwirksame Diagnose möchte die DGPPN Burnout aber nach wie vor nicht etabliert sehen, u. a. mit Verweis auf die fehlende Definition.

**Holland voraus** Man hätte sich in den Niederlanden umschauchen können. Denn dort hatten im September 2011 zwei Spitzenverbände von Arbeitsmedizinern und einer von Psychologen nach längerer Vorarbeit eine Richtlinie vorgestellt, die auch eine Definition von Burnout als Unterkategorie von Überlastung bzw. Fehlbelastung (*overspanning*) enthält. Auch wenn ich zwei kleine Mäkeleien an Details nicht verschweigen möchte: Diese Definition erreicht die Güteklasse der ICD ohne weiteres, was Präzision und Handhabbarkeit angeht. Sie ist im folgenden Kasten abgedruckt.

### Definition von Fehlbelastung

Man spricht von Fehlbelastung, wenn alle vier der folgenden Kriterien erfüllt sind.

- a. Mindestens drei der folgenden Beschwerden sind gegeben:
  - Müdigkeit
  - gestörter oder unruhiger Schlaf
  - Reizbarkeit
  - Druck und Unsicherheit nicht gewachsen sein
  - emotionale Labilität
  - Grübeleien
  - Gefühl von Gehetztheit
  - Konzentrationsprobleme und/oder Vergesslichkeit.
- b. Gefühle von Kontrollverlust und/oder Hilflosigkeit treten als Reaktion auf die Unfähigkeit auf, Stressoren beim alltäglichen Funktionieren zu bewältigen. Die Stressregulation ist unzureichend; die Betroffenen kommen nicht mehr dagegen an und haben das Gefühl, die Dinge nicht mehr im Griff zu haben.
- c. Es bestehen deutliche Einschränkungen im beruflichen oder sozialen Funktionieren.
- d. Spannungsbeschwerden, Kontrollverlust und Funktionsstörungen sind nicht ausschließlich die Folge einer psychiatrischen Erkrankung.

### Erklärung der Definition von »Fehlbelastung«:

**Kriterium a** besagt, dass mindestens ein gewisser Grad von Distress besteht. In den meisten Fällen sollen wesentlich mehr als drei Symptome gegeben sein. **Kriterium b** besagt, dass von Stressoren die Rede ist und dass die Betroffenen Kontrollverlust oder Hilflosigkeit beim Bewältigen der Stressoren erfahren. Der/die Betroffene weiß nicht mehr, was er/sie tun soll. **Kriterium c** fordert berufliche oder soziale Funktionsstörungen, die deutlich stärker sein müssen als eine geringfügige Funktionseinbuße. Um einige Anhaltspunkte für den geforderten Schweregrad der Störungen zu liefern, stellt die Projektgruppe das folgende Kriterium vor:



Betroffene haben eine oder mehrere soziale Rollen, z. B. als Arbeitnehmer oder Elternteil, zu mindestens 50 % aufgegeben. D. h., mindestens eine Rolle wird zu weniger als 50 % ausgefüllt.

**Kriterium d** heißt, dass Distress, Kontrollverlust und Funktionsstörungen nicht ausschließlich direkte Folge einer psychiatrischen Erkrankung (z. B. einer Depression) sein darf. In der Praxis sehen wir Fälle, wo der Fehlbelastungs-Stress bei schon vorher sensiblen Personen unmittelbar eine psychiatrische Erkrankung auslöst, und solche, wo das bei weniger sensiblen Menschen zeitverzögert geschieht. Wir sehen auch Fälle, wo eine psychiatrische Erkrankung Stress und Funktionsminderungen erklärt. **Kriterium d** lässt die Möglichkeit offen, bei Bestehen einer psychiatrischen Erkrankung die Diagnose Fehlbelastung dennoch zu verwenden. Die psychiatrische Erkrankung kann nämlich selbst eine Belastungsquelle bilden, die zu Distress, Kontrollverlust und Funktionsstörungen führt (s. **Kriterien a, b und c**). Immer, wenn die Diagnose Fehlbelastung neben einer psychiatrischen Erkrankung gestellt wird, muss diese bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Im nachfolgenden Kasten findet sich die Definition von Burnout.

### Definition von Burnout

Wir sprechen von Burnout, wenn alle drei untenstehenden Kriterien erfüllt sind.

- Es handelt sich um Fehlbelastung.
- Die Beschwerden dauern seit mehr als sechs Monaten an.
- Gefühle von Müdigkeit und Erschöpfung stehen deutlich im Vordergrund.

### Erklärung der Burnout-Definition:

**Kriterium a** ordnet Burnout als eine Form von Fehlbelastung ein, während die **Kriterien b und c** bei einer handhabbaren Eingrenzung von Burnout anschließen, was Chronizität der Beschwerden und Salienz von Müdigkeit und

Erschöpfung betrifft. Die lange Dauer der Beschwerden kann auf einen weniger effektiven Coping-Stil der Betroffenen hinweisen. Die Betonung von Müdigkeit und Erschöpfung kann auf eine Neigung zum Somatisieren hindeuten. Der Nutzen, den Begriff »Burnout« anzuerkennen, liegt in der Tatsache, dass der wenig effektive Coping-Stil und die Somatisierungsneigung bei der Behandlung Berücksichtigung finden müssen. Dagegen glaubt die Projektgruppe nicht, dass Arbeitsbezogenheit ein notwendiges Merkmal von Burnout ist.

(Übersetzung aus dem Niederländischen vom Verfasser. Das Originaldokument *Een lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout* findet sich u. a. auf [www.burnout-instituut.eu](http://www.burnout-instituut.eu) (Stand 15.4.2013) unter *Burnout-Service*.)

An dieser Definition ist mehreres bemerkenswert. Es wird klargestellt, dass es sich bei Burnout um die Folge von Belastungen handelt, wobei – zu Recht – offen bleibt, woher diese stammen. Als übergeordnete Reaktionskategorien werden Kontrollverlust und Hilflosigkeit genannt, als Folge erfolgloser Stressbewältigungsversuche. Das impliziert den Anteil des Individuums; die Bewältigung könnte ja auch glücken. Die Folgen des Hilflosigkeitsgefühls werden in einer kurzen Symptomliste skizziert, die m. E. das Wesentliche enthält. Ausgeschlossen werden Fälle, wo am Anfang eine psychiatrische Erkrankung anderer Art steht; das dürfte Depression im klassischen Sinne einschließen. Es werden deutliche Funktionseinbußen gefordert. Und das Ganze muss eine nicht unbeträchtliche Vorlaufzeit von sechs Monaten gehabt haben. – Mich stört allenfalls, dass Müdigkeit und Erschöpfung im Vordergrund stehen sollen, denn diese eher unspezifischen Symptome taugen am wenigsten zur Abgrenzung von anderen Störungsbildern. Auch die Vermutung einer Somatisierungsneigung bei den Betroffenen, die ein wenig nach Hypochondrie klingt, halte ich für fehl am Platze. Man weiß heute genug über die physiologischen Folgen von chronischem Stress, um ohne eine solche Zuschreibung auszukommen. In vielen Burnout-Hilfsbüchern wird ja »Achtsamkeit« gegenüber dem eigenen Körper geradezu als

Universalstrategie empfohlen; in den meisten Praxen und Kliniken wird darauf hingearbeitet, auch Erschöpfungssignale bewusst wahrzunehmen und eigene Grenzen gerade *nicht* zu überschreiten.

Ansonsten aber zeigt die holländische Definition, was möglich ist, wenn man nur will. Gleichzeitig liefert sie eine Regelungsmöglichkeit für den Zugang zu kassenfinanzierten Therapien, die auch für Deutschland brauchbar wäre. (Das Versicherungssystem in unserem Nachbarland ist anders strukturiert als bei uns.) Wir sollten den Kollegen dankbar sein.

### 2.1.1 Ältere Definitionsversuche

Man könnte sich mit der eben dargestellten Definition begnügen. Aber zum einen ist sie relativ neu, so ist noch nicht abzusehen, ob sie sich durchsetzen wird. Zum anderen will dieses Buch ja auch ein wenig die Entwicklung des Themas nachzeichnen, die keineswegs gradlinig verlief. Schließlich stehen auch hinter heute nicht mehr überzeugenden Definitionsbemühungen oft Überlegungen, die berichtenswert sind.

**Zustandsdefinitionen** Burnout wurde u. a. definiert als

- »ein Syndrom unangemessener Einstellungen gegenüber Klienten und sich selbst, oft in Verbindung mit unangenehmen physischen und emotionalen Symptomen« (Robert Kahn 1978); oder als
- »ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben« (Christina Maslach 1982a).

Die beiden ersten Definitionen haben eine Gemeinsamkeit: Sie beschränken Burnout auf Menschen, die mit »Klienten« arbeiten, also (i. Allg. professionelle) Helfer. Die damalige Berkeley-Gruppe (Aronson et al. 1983) konzidierte immer-

hin, dass es dasselbe Phänomen auch außerhalb der helfenden Berufe gebe, nur seien dort die Ursachen andere. Zur Abgrenzung reservierten sie den Begriff Burnout für Helfer, während andere *Tedium* (Überdruß) erlebten. Diese Unterscheidung, in der ein wenig der Unterton von »wichtigem Burnout« (bei Helfern) und »weniger wichtigem Burnout« (bei allen anderen) mitschwang, ist auf vielfältige Kritik gestoßen (z. B. Carroll & White 1982). In der zweiten Auflage der amerikanischen Originalausgabe (Pines & Aronson 1988) wurde sie stillschweigend fallengelassen; später hat Pines 1988 (dt. 1989) ein Buch über Burnout in Partnerbeziehungen, also weit außerhalb des Arbeitskontextes, veröffentlicht.

Auch Maslach hat ihre ursprüngliche Auffassung, wie sie in obiger Definition zum Ausdruck kam, später revidiert. Ursprünglich gründete diese sich auf eine angeblich ausschlaggebende Besonderheit von Helfer-Burnout:

» Burnout ruft gewisse Reaktionsweisen bei Individuen hervor, wie auch andere Formen von Stress sie verursachen. Wir haben aber eine sehr spezifische und abgegrenzte Art emotionaler Erschöpfung entdeckt, und zwar den Verlust positiver Empfindungen, den Verlust von Sympathie oder Achtung für Klienten oder Patienten beim professionellen Helfer (Maslach 1978, S. 56). «

Die behauptete Einmaligkeit des Phänomens – und damit die Basis für die Unterscheidung – wird etwas zweifelhafter, liest man etwa die Beschreibung der Effekte von »Stress in Organisationen« (sämtlich Industrieunternehmen) bei Kahn et al. (1964). Diese Autoren konnten schon vor Jahrzehnten empirisch belegen, dass unter den von ihnen untersuchten Stressbedingungen – Rollenkonflikt und Rollenunklarheit – die affektiven Beziehungen zu Vorgesetzten, Kollegen und Untergebenen sich verschlechterten, und nicht nur zu diesen:

» Wir behaupten ebenfalls, ... dass sich diese Schwierigkeiten im Verhalten ausdrücken, nicht notwendig in der Rolle, die den Stress mit sich brachte, sondern irgendwo in der Vielzahl von Rollen, die das soziale und gesellige Leben des Menschen ausmacht – als Ehemann und Vater, als Arbeitnehmer, als Freund und als Mitbürger (S. 376). «



Wo »positive Empfindungen«, Sympathie und Achtung einerseits zur Berufsrolle gehören, andererseits aber auch ohne sofortige Sanktionen verlorengehen können – wie bei den meisten helfenden Berufen –, da ist das Erscheinungsbild dramatischer und auch folgenreicher, weil es die jeweils schwächeren Partner in der Rollenbeziehung trifft. Anders beim ausbrennenden Friseur, Außendienstmann, Kurierfahrer oder Kneipenwirt. Dort können sich die Kunden anderweitig bedienen lassen, weshalb sich die Kälte, Gleichgültigkeit und Reizbarkeit des Ausbrenners an anderen Opfern bemerkbar machen wird. Die Phänomene dürften aber identisch sein. Man möchte einfach seine Ruhe.

Spätestens in Maslachs nächstem Buch (Maslach & Leiter 1997, dt. 2001) ließ sich eine Öffnung für Beobachtungen außerhalb der engeren Helferszene konstatieren. Das schlägt sich auch in einem neuen Definitionsversuch nieder (s. unten).

Schon vorher hatte es eine Neuerung bei ihrem Messinstrument gegeben. In der Skala Depersonalisation des MBI ist häufig von *recipients*, also Hilfeempfängern, die Rede. Außerhalb der helfenden Berufe war der Fragebogen deshalb nur ohne diese Skala einsetzbar. Demgegenüber enthält die dritte Auflage von 1996 eine zusätzliche Version, die Kontakte zu Menschen gar nicht mehr thematisiert, insofern also berufsneutral ist.

Burnout wurde auch definiert als ...

- »ein Zustand physischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund lang anhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen« (Ayala Pines & Elliott Aronson 1988);
- »ein Zustand der Ermüdung oder Frustration, herbeigeführt durch eine Sache, einen Lebensstil oder eine Beziehung, die nicht die erwartete Belohnung mit sich brachte« (Freudenberger & Richelson 1980);
- »ein über Erwartungen vermittelter, arbeitsbezogener, dysphorischer und dysfunktionaler Zustand eines Individuums ohne stärkere psychopathologische Beeinträchtigungen, welches (1) schon eine Weile lang angemessene Leistungen und affektive Reaktionen in derselben Arbeitssituation gezeigt hat, und das (2) ohne Hilfe von außen oder Veränderung

seiner Umweltbedingungen nicht wieder zu seinen früheren Standards zurückfinden wird« (Brill 1984).

Die bislang referierten Definitionen erklären Burnout als einen Zustand, in dem man also sein kann oder nicht; etwa so wie Schwangerschaft. Das wirft unvermeidlich das schon erwähnte Problem der Abgrenzung auf: Wo fängt die Sache an, ernst zu werden? Gemeint ist offenbar der Endzustand eines Prozesses; aber auch der müsste ja markiert werden. (Dieselbe Kritik könnte sich natürlich auch an die niederländische Definition richten. Nur: Die ist offensichtlich für pragmatische Zwecke der Entscheidungshilfe konzipiert: Ist der Fall behandlungsbedürftig oder nicht? Wenn das schon so geregelt werden muss, dann gelten dafür andere Regeln.)

Darüber hinaus enthalten vor allem die beiden ersten Formulierungen spezifische Aussagen zur Ätiologie, zur Verursachung also. Das wäre in Ordnung, wenn wir darüber ausreichend Bescheid wüssten; wenn derlei durch Forschung gedeckt wäre. Aber dem ist nicht so.

**Prozessdefinitionen** Burnout wurde weiter definiert als ...

- »ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf« (Cary Cherniss 1980), oder als
- »ein fortschreitender Abbau von Idealismus, Energie, Zielstrebigkeit und Anteilnahme als Resultat der Arbeitsbedingungen« (Edelwich & Brodsky 1980).

Die beiden letzten Definitionen leuchten mir insofern ein, als sie Burnout explizit als einen Prozess auffassen – was der Sache sicher näherkommt, will man nicht mit der Möglichkeit rechnen, dass Menschen ausgebrannt auf die Welt kommen oder über Nacht ausbrennen. Unglücklicherweise tauchen auch in den obigen Formulierungen berufs- bzw. arbeitsbezogene Ursachenbehauptungen auf, noch dazu ausschließlich. Und die Symptomatik erscheint mir doch ein wenig dürftig.

**Umfassende Definition** Als Quintessenz vieler Definitionsversuche wie der gerade behandelten haben Schaufeli & Enzmann die folgende Arbeitsdefinition vorgeschlagen:

» Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand »normaler« Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (*distress*), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht. (Schaufeli & Enzmann 1998, S. 36) «

Zweifellos ist dies von allen die elaborierteste und geschliffenste Definition auf der breitesten Informationsbasis. Dennoch gelten viele der obigen Vorbehalte auch hier. Seelenzustand? Reicht das Kernsymptom Erschöpfung für die Diagnose aus oder müssen auch die Begleitsymptome vorhanden sein? Alle? Wie stark oder wie lange? Ist die Ursachenerklärung hinreichend gedeckt? Warum werden nur schlecht passende »Intentionen« erwähnt, nicht aber mangelnde Kompetenzen oder mit dem Umfeld inkompatible Werte- oder Verhaltensmuster? Warum nur »Berufsrealität«, wenn sich dasselbe offenbar auch bei Arbeitslosen beobachten lässt? Sind die ungünstigen Bewältigungsstrategien Ursache oder Folge? Für eine saubere Differenzialdiagnostik würde es eh nicht reichen, aber das war auch nicht Zweck der Übung.

Zum Schluss die angekündigte Burnout-Definition von Maslach & Leiter (1997). Obwohl rein metaphorisch und von jeder Trennschärfe weit entfernt – sie ließe sich z. B. ohne weiteres auch auf die Folgen fortgeschrittenen Alkoholismus anwenden –, gefällt sie mir persönlich gut, weil sie die dramatischen Veränderungen kennzeichnet, die ich selbst in den vergangenen Jahren an einigen Menschen meines engsten Bekanntenkreises beob-

achten musste. Hilflös übrigens, was ich nicht gerne einräume.

» ... eine Erosion der Werte, der Würde, des Geistes und des Willens – eine Erosion der menschlichen Seele. Es ist ein Leiden, das sich schrittweise und ständig ausbreitet und Menschen in eine Abwärts-spirale zieht, aus der das Entkommen schwer ist. (Maslach & Leiter 1997) «

Die Spiralen-Metapher findet sich übrigens auch bei Unger & Kleinschmidt (2006), die sie bei Marie Åsberg, einer schwedischen Depressionsforscherin, entlehnt haben.

Dass eine allgemein akzeptierte Definition einstweilen fehlt – die niederländische ist noch lange nicht Gemeingut –, hat zur Folge, dass Burnout beinahe alles und damit nichts ist, jedenfalls in der öffentlichen Diskussion. Dort wird seit einer Weile Burnout mit jedweder psychischen Störung gleich gesetzt. Insbesondere zu Nachbarbegriffen wie Anpassungsstörung, Depression oder Konfliktreaktion (ihrerseits randunscharfen Einheiten) fällt die Abgrenzung schwer. Dazu später mehr. So entspringt denn die stillschweigende operationale Definition »Burnout ist, was das MBI misst«, die vor allem die Forschung eher lähmt als fördert, im besten Falle einer gewissen Ratlosigkeit.

Schon früh schlug Paine (1982b) vor, fünf Bedeutungs-Klassen zu unterscheiden:

- Das Burnout-Stresssyndrom als Cluster emotional-verhaltensmäßiger Symptome,
- Burnout als mentale Störung – den Endzustand eines Burnout-Prozesses,
- Burnout als Prozess mit regelhaften Phasen,
- Burnout-Faktoren, d. h. alles, was zu Burnout beiträgt,
- Burnout als Folgewirkung auf der Organisationsebene.

Es ist wahrscheinlich, dass ein Teil der immer noch andauernden Konfusion auf unterschiedliche implizite Bedeutungen in diesem Sinne zurückgeht. Denn in all diesen Bedeutungen wird von Burnout gesprochen; einige Beispiele haben wir soeben besichtigt.

Das Burnout-Syndrom

Theorie der inneren Erschöpfung - Zahlreiche

Fallbeispiele - Hilfen zur Selbsthilfe

Burisch, M.

2014, X, 292 S. 16 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-36254-5