
Geleitwort von Matthias Burisch: Erschöpfung – ein Modethema?

Der vorliegende Band beleuchtet das Thema „Erschöpfung und ihre Ursachen“ in so vielen Facetten, dass es unnötig, ja irritierend wirken könnte, die Legitimität dieses Themas überhaupt zur Diskussion zu stellen. Aber dieser Eindruck täuscht. Der Medien-Rummel der Jahre ab ca. 2010 in Deutschland um Burnout hat Gegenreaktionen ausgelöst. Wer sich mit Burnout oder innerer Erschöpfung beschäftigt, muss mit dem Verdacht rechnen, eine bloße Mode bedienen zu wollen, eine rein deutsche noch dazu. Burnout sei völlig undefiniert, identisch mit Depression und im Übrigen gar nicht existent, so viele Beiträge der letzten Monate. Was ist davon zu halten?¹

Die Vorgeschichte

Die Populärmedien leben vom Kontrast, vom Unerwarteten. Sobald alle von etwas oder von jemandem restlos begeistert sind, ist das keine Nachricht mehr. So mancher Publikumsliebbling hat schon erleben müssen, dass auf eine Phase unangefochtener Popularität ein jäher Absturz folgte. Man kann das den Gutenberg-Effekt nennen.

Burnout war deutschen Zeitschriften, Radio- und Fernsehsendern seit Mitte der 80er Jahre alle Jahre wieder interessant genug für ein Feature. Das ging etwa zwanzig Jahre lang so. Nicht lange nach der Jahrtausendwende begann dann ein *Hype*, der gar nicht mehr abflauen wollte. Praktisch alle größeren Magazine griffen das Thema innerhalb weniger Monate wiederholt auf, oft mit fundierten Berichten und Analysen; die betreffenden Hefte erzielten Rekord-Verkaufszahlen. Der Tenor war durchgängig: Ein ernstes Problem, für das keine rasche Lösung in Sicht scheint.

Dann, als auch die letzte *Bäckerblume* entsprechende Lebenshilfe-Tips verbreitet hatte („einfach öfter mal ausspannen“), begann die Stimmung zu kippen. Aufmerksamkeit war besser mit Burnout-Bashing zu erreichen. Von „Burn-out-Hysterie“ war in der *FAZ* zu lesen, Psychiater wetterten gegen das „Modewort“, die „Ausweichdiagnose“; „Modediagnose Burn-out“ titelte sogar das *Deutsche Ärzteblatt* im November 2011. Im selben Monat

¹ Diese Einführung basiert auf meinem Buch *Das Burnout Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung* (aktuell in der fünften Auflage bei Springer erschienenen).

verlangte auf *SPIEGEL-ONLINE* eine Berufsberaterin „Schluss mit dem Burnout-Gejammer!“; als Gegenmaßnahme empfahl sie „Vielleicht überlegen Sie, sich endlich einen Job zu suchen, der besser zu Ihnen passt“. Die *ZEIT* setzte im folgenden Dezember eine klassische Zeitungs-Ente in die Welt: „Burn-out, die deutsche Spezialität“ – weil angeblich ein amerikanischer Psychiater mit dem Wort nicht gleich etwas anfangen können. Und noch im Herbst 2012 druckten etliche Blätter unter der Überschrift „Burnout gibt es gar nicht!“ das *dpa*-Interview eines Klinikdirektors ab, der sich schon mal selbst als „rheinische Frohnatur“ apostrophiert, hier aber für sein neues Buch warb. In diesem Interview findet sich übrigens der bemerkenswerte Satz „Das Schlimmste sind die selbsternannten Burnout-Experten“. Wer möchte da widersprechen?

Gibt's das überhaupt?

Hinter der profunden Aussage *Burnout, das gibt es gar nicht!* steht in den allermeisten Fällen ein einziger Sachverhalt, der auch noch verkürzt wiedergegeben wird: In der *International Classification of Diseases (ICD-10)* der Weltgesundheitsbehörde (*WHO*) kommt Burnout nicht vor. (Und was es in der Liste nicht gibt, das existiert nicht!)

Nicht einmal die Prämisse stimmt. Burnout ist in der ICD-10 als sog. Zusatzdiagnose Z73.0 durchaus aufgelistet. Allerdings nicht unter den Diagnosen, für welche Krankenkassen eine Behandlung bezahlen. Welche Diagnosen kassenfähig sind und welche nicht, ist aber eine politische (bzw. finanzielle) Entscheidung, die wenig mit der Frage zu tun hat, ob es etwas „gibt“. Dieser subtile Unterschied scheint irgendwo verlorengegangen zu sein.

Selbst wenn Burnout eine kassenfähige Diagnose in der ICD wäre, würde das nichts über seine „Existenz“ aussagen. Denn, und das ist der entscheidende Punkt: Die ICD hat für die Psychiatrie und klinische Psychologie mitnichten den Stellenwert, den die Tafel der Elemente für die Chemie hat. In der Chemie ist die Entdeckung neuer Elemente seit geraumer Zeit zum Stillstand gekommen; was es dort nicht gibt, das gibt es wirklich nicht. Anders in der Psychiatrie: Jede Neuausgabe der ICD enthält neue Krankheitseinheiten, das wird in der demnächst erscheinenden ICD-11 nicht anders sein. Dafür werden nicht selten ältere Diagnosen gestrichen. Es wäre abenteuerlich, zu behaupten, dass die frisch aufgetauchten Störungsbilder mit ihrer Aufnahme in die Liste gerade erst entstanden wären, oder, dass die gestrichenen ausgestorben wären.

Die ICD war ursprünglich für die Klassifikation von Todesursachen gedacht. Später wurde sie wichtig für sog. multizentrische Forschungsprojekte, in denen mehrere „Forschungszentren“, womöglich international, an der Erforschung beispielsweise der Schizophrenie oder der Depression zusammenarbeiteten. Dafür brauchte man gemeinsame Kriterien, um halbwegs sicher zu sein, dass man dasselbe beforschte. (Es ist zu bezweifeln, dass das auch nur halbwegs gelang; s. u.) Heute dient die ICD-10 vor allem der Abrechnung der „Vertragsärzte“ mit den Krankenkassen. Mehr nicht.

Einer, der es wissen sollte, sagt dazu:

Es gab (...) viele Initiativen in Europa und den Vereinigten Staaten, den diagnostischen Prozess zu vereinheitlichen. Eine Verbesserung der Diagnosen ist dadurch weder durch die Schulen in Europa und den USA noch durch die Mustervorgaben der Weltgesundheitsorganisation [d. h. die ICD, d. Verf.] erreicht worden. Ihr einziges Verdienst ist die durch standardisierte Interviews erfolgende Befunderhebung, durch die sichergestellt wird, dass die an verschiedenen Kliniken untersuchten Patienten miteinander vergleichbar sind. Aber die Identität psychischer Symptome in noch so vielen Details garantiert keinesfalls eine Identität der zugrunde liegenden Mechanismen. (vgl. Holsboer 2011, S. 50 f.)

Angebracht wäre statt der wenig sinnvollen Frage „Gibt es das?“ eine pragmatische: Ist es nützlich und realitätsangemessen, den bestehenden Diagnosen eine weitere hinzuzufügen?

Ein starkes Argument *dafür* liegt vor, wenn die „neue“ Diagnose eine andere Therapie oder Beratung erfordert als die bereits etablierten. Dass dem bei Burnout so ist, behaupten sogar die Kritiker! Denn, auch das ist nicht ohne Komik, die allermeisten „Experten“ zögern nicht, nachdem sie Burnout die Existenz abgesprochen haben, ohne Umschweife zu erklären, was Burnout denn „in Wahrheit“ sei, ihrer Meinung nach. Und was „wirklich“ dagegen helfe.

Es gibt mindestens ein rechtskräftiges Urteil eines deutschen Gerichts, das einem privat BUV-Versicherten eine Berufsunfähigkeitsrente wegen Burnout zusprach, obwohl die Ursache unbestritten in der Persönlichkeit des Klägers lag. Die ICD-10 ist also nicht einmal in Deutschland überall das Maß aller Dinge. Übrigens begegnete sie vor ihrer politisch verordneten Einführung 1996 heftigem Widerstand aus der Ärzteschaft. *Tempi passati*.

Lässt sich Burnout von Depression abgrenzen?

Eine zweite in vielen Interviews verbreitete Behauptung lautet: Burnout, das ist „in Wirklichkeit“ nichts anderes als Depression. Denn wenn Psychiater Menschen untersuchen (d. h. interviewen oder mit Fragebögen traktieren), die mit der Diagnose Burnout, vom Hausarzt oder selbst gestellt, zu ihnen kommen, finden sie häufig alle ICD-Kriterien einer Depression erfüllt. Man muss aber sehen: Ärzte in psychiatrischen Kliniken – und vor allem diese schreiben oder geben Interviews zum Thema – sehen aller Wahrscheinlichkeit nach nur die allerschwersten bzw. weitest fortgeschrittenen Fälle von Burnout. Nun ist unbestritten, dass ein Burnout im Endstadium von einer schweren Depression nicht mehr unterscheidbar ist, jedenfalls nicht anhand der Symptome. In Früh- und in mittleren Stadien dagegen ist das in vielen Fällen durchaus möglich und vor allem sinnvoll (denn die Behandlung sollte anders aussehen). Eine wohlwollende Erklärung für das Flak-Feuer der etablierten Psychiatrie lautet somit: Man bekommt die Fälle, um die es geht, gar nicht zu sehen. Wäre es dann aber nicht angebracht, von ihnen zu schweigen?

Eine weniger wohlwollende Erklärung ist übrigens „gekränkte Eitelkeit“. Ein anderer Klinikdirektor gab kürzlich einem Interviewer zu Protokoll, wenn er einen Vortrag über Depression halte, kämen 50 Zuhörer, ginge es um Burnout, dann seien es 500. Das scheint ihn gestört zu haben.

Lässt es sich definieren?

Ein letztes *Knockout*-Argument gegen Burnout lautet: Das ist doch nirgends definiert! Und wahrscheinlich, schon deshalb, gar nicht definierbar!

Aber das war schon immer Unsinn: Es gab schon lange eher ein *Überangebot* an Definitionen. Zugegeben: Keiner dieser Versuche erreichte das Gütesiegel der WHO, in die ICD aufgenommen zu werden. Es gab aber auch m. W. keine Einladungen durch etablierte Organisationen, das Symptombild einzugrenzen, und insofern auch keinerlei Einigungsdruck.

Im Herbst 2011 veröffentlichten nun zwei niederländische Spitzenverbände von Ärzten und einer von Psychologen nach längeren Vorarbeiten den Vorschlag einer Definition, die es an Präzision und Trennschärfe mit den ICD-Definitionen ohne weiteres aufnehmen kann. Sowohl das umfängliche Originaldokument als auch eine Übersetzung des Definitionsvorschlags ist auf der Website www.burnout-institut.eu unter „Service“ verfügbar. Offenbar wurde beides aber bislang nicht zur Kenntnis genommen.

Die niederländische Definition hat dem Argument ziemlich komplett den Boden entzogen. Auch sie ist vielleicht noch nicht das letzte Wort. Aber wer wollte, könnte ohne weiteres mit ihr arbeiten.

Eine Faustregel aus der Praxis

Die Praxis in Kliniken, die Gruppentherapie sowohl für Depression als auch für Burnout anbieten, hat im Übrigen längst für eine faktische Trennung gesorgt. Wer sich beim Erstgespräch besorgt danach erkundigt, ob da auch genügend Pausen gemacht würden, wird der Depressions-Gruppe zugewiesen. In der Burnout-Gruppe dagegen muss bewusst darauf geachtet werden, dass reichlich Pausen gemacht werden; Ausbrenner jedenfalls des aktiven Typs wollen rasch wieder arbeitsfähig werden und sind bereit, daran hart zu arbeiten. Sie müssen erst lernen, dass *ihr* Weg ein anderer ist.

Eine dazu passende Geschichte: Im Herbst 2009 verschlug es mich auf ein und dasselbe Podium mit Daniel Hell, dem großen Älteren Herrn der Schweizer Psychiatrie, dem legendären Befreier der Zürcher Anstalt *Burghölzli* von der Anstaltspsychiatrie alten Stils in den 70er Jahren. Eine interessante Diskussion entzündete sich an der Frage einer Teilnehmerin aus dem Publikum: Was soll ich tun, wenn mein Partner „es“ hat? Hell, der sehr viel mehr Erfahrung mit depressiven Patienten hat als ich, sagte: Auf keinen Fall Anforderungen stellen! Wer da drin steckt, *kann* nicht anders, kann nicht mehr! Ich sagte: Die alte Regel

„Der Patient muss mehr arbeiten als der Therapeut“ gilt analog auch hier. Wenn das Umfeld mehr leidet als der/die Betroffene, muss das geändert werden!

Mein Fazit: Möglicherweise hatten wir gerade die natürlich nicht scharf gezogene Grenzlinie zwischen Depression und Burnout, phänotypisch, besichtigt. Der Depressive kann wirklich nicht; er braucht nur noch Schonung und Stütze. Der Ausbrenner braucht einen Lichtblick, eine *escape route*. Einfach bloß Schonung würde ihm nicht helfen. So bleibt denn ein Rest von Fragezeichen bei der Frage, ob Burnout eine Kategorie eigener Art ist. Im strengen Sinne wäre das wohl nur durch die anspruchsvollen Methoden der Taxometrie (Waller und Meehl 1998) zu entscheiden, die hier aber wahrscheinlich nicht anwendbar sind.

Etwa seit Jahresbeginn 2013 beginnt das Medieninteresse am Thema abzuflauen. Dafür machen sich etliche Unternehmen, die ihre Wirtschaftslage als ausreichend gut einschätzen, auf den Weg zu Präventionsprogrammen. Ein Ende der Erschöpfung ist derweil nicht abzusehen.

Literatur

- Burisch, M. (2013). *Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Holsboer, F. (2011). *Biologie für die Seele*. München: Deutscher Taschenbuch.
- Waller, N. G., & Meehl, P. E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Thousand Oaks: Sage.

Die auszehrende Organisation

Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen
Arbeitswelt

von der Oelsnitz, D.; Schirmer, F.; Wüstner, K. (Hrsg.)

2014, XII, 330 S. 40 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-05306-2