



Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich: Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang: Rehabilitationspsychologie (B.Sc.)

Bachelor-Thesis

Kritische Betrachtung des Burnout-Syndroms

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Science“

Autorin: Barbara Abele (2009 2444)

Kontakt:

Goethestraße 10

88046 Friedrichshafen

E-Mail: barbara_abele@yahoo.de

Erstbetreuerin: Prof. Dr. habil. Gabriele Helga Franke

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Matthias Morfeld

Abgabe: 7. September 2012

Stendal Sommersemester 2012

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Zusammenfassung	III
Einleitung	1
1. Burnout in der Öffentlichkeit und den Medien	2
1.1 Selbsttestungen durch Online-Tests	2
1.2 Öffentliche Präsenz in Zeitschriftenartikeln	5
2. Kritische Betrachtung des Burnout-Syndroms	10
2.1 Geschichtlicher Hintergrund	10
2.2 Definition	11
2.2.1 Symptomatik	14
2.2.2 Ätiologie	17
2.3 Epidemiologie	19
2.4 Diagnostikinstrumente	19
2.4.1 Maslach-Burnout-Inventory	20
2.4.2 Tedium Measure / Burnout-Measure	21
2.5 Interventionsmöglichkeiten	21
2.6 Differentialdiagnostik	24
3. Notwendigkeit der Diagnose Burnout	26
4. Diskussion und Schlussbetrachtung	29
Eidesstattliche Erklärung	I
Literaturverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V

Danksagung

Mein erster Dank gilt Frau Prof. Dr. G. H. Franke, die mich bei der Erstellung meiner Bachelor-Thesis begleitet und unterstützt hat.

Weiter möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich Cornelia Breternitz dafür danken, dass sie mir immer Mut gemacht hat und mich in schwierigen Zeiten wieder auf die richtige Spur bringen konnte. Auch dafür, dass sie mir sogar aus Italien immer eine große Stütze war und stets ein offenes Ohr für mich hatte.

Natürlich bedanke ich mich auch ganz herzlich bei Julchen, Anne, Helena und Sabrina, die mich immer bestärkt, aufgebaut oder zum Lachen gebracht haben, wenn ich es benötigte.

Und am Ende möchte ich mich noch bei meiner Familie insgesamt, und im Speziellen meinen Eltern bedanken, ohne die mein Studium nicht möglich wäre. Danke, dass ihr immer hinter mir steht und mich bei allen Dingen im Leben unterstützt.

Zusammenfassung

Fragestellung: Diese Arbeit befasst sich mit der kritischen Auseinandersetzung mit dem Burnout-Syndrom, sowie der Stellung dessen in der Öffentlichkeit und den Medien. Im diesem Zusammenhang wird der Frage nach der Notwendigkeit dieser Diagnose nachgegangen.

Methode: Während einer ausführlichen Literatur- Recherche, in der Stendaler Hochschulbibliothek sowie einer Online-Recherche, wurden viele aktuelle Beiträge zum Thema gesammelt. Auf dieser Grundlage erfolgte die theoretische und kritische Auseinandersetzung mit dem Burnout-Syndrom.

Ergebnisse: Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Burnout fällt auf, dass in den letzten 40 Jahren seit der „Entdeckung“ lediglich zusätzliche Informationen hinzugefügt werden konnten. Jedoch wurden keine validen Daten erhoben und so ist die wissenschaftliche Abgrenzung von Burnout als eigenständiger Diagnose nicht erfolgt.

Diskussion: Positive Effekte, die sich durch die Diagnose ergeben haben, sind Burnout-unspezifisch und führen daher zu dem Schluss, dass Burnout als eigenständige klinische Diagnose unbrauchbar ist.

Schlüsselwörter: Burnout – Kritik – Depression - Medien

Einleitung

Wer kennt sie nicht – Erschöpfungszustände und das Gefühl „ausgebrannt“ zu sein? Gibt es eine Pathologie Burnout? „Je näher man Burnout unter die Lupe nimmt, desto unschärfer wird das Bild.“ (Hillert & Marwitz, 2006, S. 77). Dieses Zitat spiegelt den Werdegang der Burnout-Forschung der letzten 35 Jahre wider. Zu Anfang handelte es sich um ein neuartiges Phänomen, mit dem sich viele Personen identifizieren konnten (Albrecht, 2011a). Die Forschung stürzte sich darauf und innerhalb weniger Jahre waren Fragebögen und Erklärungsmodelle gefunden. Jedoch häuften sich immer mehr Modelle und Theorien zum Burnout-Syndrom, je mehr Personen sich mit dem Konzept auseinandersetzten. Die Burnout-Forschung brachte immer mehr Zahlen und Daten hervor, die aber nicht mehr Klarheit verschaffen konnten. Burisch sagte dazu 2009 in einem Interview: „Wir wissen allenfalls etwas besser, was wir nicht wissen.“ (Borcsa & Wilms, 2009, S. 256). In der Zwischenzeit gibt es, wenn es um Burnout als Krankheit geht, eine große Spanne an Meinungen, die von kompletter Ablehnung bis hin zur Errichtung von Kliniken mit Burnout-Spezialisierung reicht (Berger, Falkai & Maier, 2012). Auch wenn Burnout seit jeher, und besonders wieder in den letzten Jahren, in aller Munde ist, gibt Albrecht (2011b) in seinem ZEIT-Artikel zu bedenken, dass Burnout kein internationales Krankheitsbild ist und es außerhalb von Deutschland kaum benutzt wird. Auch die Tatsache, dass bisher keine einheitliche Definition gefunden wurde (Kaschka, Korczak & Broich, 2011), könnte die Annahme unterstützen, dass Burnout lediglich ein Konzept ist, „das widrige Lebensumstände für chronische Müdigkeit verantwortlich macht.“ (Albrecht, 2011b, S. 1). Diese Uneinigkeit in Fachkreisen ist Ausgangslage für die vorliegende Bachelor-Arbeit.

Im Folgenden sollen verschiedene Seiten des Burnout-Syndroms beleuchtet werden, um am Ende die Frage nach der Notwendigkeit der Diagnose diskutieren zu können. Im ersten Kapitel werden die Vor- und Nachteile der Selbsttestungen des Burnout-Syndroms im Internet dargestellt, bevor dessen Präsenz in der Öffentlichkeit und den Medien betrachtet wird. Das zweite Kapitel befasst sich mit der kritischen Betrachtung des Syndroms. Hier werden u. a. die Definitionsproblematik, die fehlenden Prävalenzzahlen und verschiedene Diagnostikinstrumente dargelegt. Kapitel drei setzt sich mit der Frage nach der Notwendigkeit der Diagnose Burnout auseinander, bevor das vierte Kapitel mit der Schlussfolgerung und Diskussion beendet wird.

1. Burnout in der Öffentlichkeit und den Medien

Der Zeit-Online Artikel von Markus Pawelzik vom 1. Dezember 2011 „Gefühlte Epidemie“ fasst es in seinem Eröffnungssatz treffend zusammen: „Wer dieser Tage die Zeitung aufschlägt, könnte den Eindruck gewinnen, wir lebten in einer durch Arbeit erschöpften Gesellschaft.“ Und das ist nur ein Artikel von vielen, der sich in den letzten Jahren mit dem Thema Burnout beschäftigte. Es kann schnell die Überlegung aufkommen, dass jedes Magazin, das etwas auf sich hält, wenigstens einen Beitrag zum Thema geschrieben haben muss. Aber nicht nur die Zeitschriftenregale sind voll von Burnout. Wird der Begriff „Burn-out“ in die Suchmaschine Google eingegeben, so erhält man innerhalb 0,18 Sekunden ungefähr 236.000.000 Ergebnisse (Suchanfrage unter www.google.de, 27.07.2012, 11:43 MEZ). Es kommt hier schnell ein Gefühl der Überforderung auf. Welche Seite ist seriös, welche ist vertrauensvoll und welche ist nur da, um Profit zu machen oder Ängste zu schüren? Im Folgenden werden zum Einen Online-Tests, ins Besondere die, die im Zusammenhang mit Burnout stehen, genauer betrachtet - auf welchen Seiten sie veröffentlicht sind und welche Aussagekraft die Ergebnisse haben. Zum Anderen wird die öffentliche Präsenz von Burnout in Zeitschriften kritisch diskutiert.

1.1 Selbsttestungen durch Online-Tests

„Psychologische Diagnostik ist der Einsatz festgelegter Testverfahren zur Bewertung der Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften von Personen.“ (Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 399).

Nach dieser Definition ist die psychologische Diagnostik ein wichtiger Bestandteil am Beginn und im Laufe einer Behandlung, um eine Beurteilung der getesteten Person in verschiedenen Bereichen vornehmen zu können. Psychologische Testungen können in diesem Hinblick sehr hilfreich sein und als essentielle Werkzeuge im Bereich der Klinischen Psychologie angesehen werden (Buchanan, 2002). In Bezug auf Online-Testungen können zwei Seiten betrachtet werden. Die Vorteile, die solche Testungen bringen und die Nachteile oder auch Gefahren, die nicht zu unterschätzen sind. Insgesamt ist es fast unmöglich die Gesamtzahl an derzeit verfügbaren bewertungsbezogenen Webseiten einzuschätzen. Sicher ist nur, dass die Zahl sehr groß ist und stetig steigt. Die aktuell nutzbaren Seiten variieren stark in Inhalt, Qualität und Funktion. Manche sind eindeutig kommerzieller Natur, andere könnten eher als „öffentliches Serviceangebot“ eingestuft werden. Die Mehrzahl der Internetseiten bieten Fragebögen an, die auf psychometrischen Instrumenten basieren, wobei hier zu beachten gilt, dass dabei meist keine erneute Untersuchung bezüglich Reliabilität und Validität vorgenommen wurde, sondern dieselben Maßstäbe benutzt wurden, die auch der Paper-Pencil-Variante zu Grunde liegen. Viele der Internetseiten zielen hauptsächlich auf den Unterhal-

tungswert solcher Fragebögen ab und sind dementsprechend auch als unwissenschaftlich einzustufen. Diese erscheinen bereits auf den ersten Blick unprofessionell und die Betreiber machen sich offensichtlich wenig Gedanken über ethische oder sicherheitstechnische Fragen (Buchanan, 2002). Ergebnisse, die auf solch unseriösen Seiten am Ende einer Testung ausgegeben werden, sind häufig sehr übertreibend oder angstmachend formuliert und spiegeln nur selten die Realität wider. Buchanan (2002) geht sogar von einer großen Gefahr solcher Seiten aus: „If people who complete these tests take the feedback seriously, there is potential for harm to be done.“ (S. 151). Es ist wichtig, den Effekt auf Menschen zu beachten, der bei der Ausgabe von Ergebnissen auf Internetseiten entstehen kann. Bei vielen spiegelt das Ergebnis scheinbar ernsthafte Folgen für den Gesundheitszustand wider. Derartige Rückmeldungen ohne eine angemessene Nachbesprechung sind nicht nur gefährlich, sondern nach Buchanan (2002) sogar inakzeptabel.

Die stetige Weiterentwicklung und Ausbreitung des World Wide Web wird dazu führen, dass solche Testseiten immer zahlreicher werden. An dieser Stelle müssen daher auch die Vorteile betrachtet werden. Wenn das Medium Internet für den Zweck der Testung richtig genutzt wird und die angebotenen Tests wissenschaftlich überprüft sind, kann diese Entwicklung auch hilfreich sein. Personen, die online einen Fragebogen ausfüllen, sind ggf. offener und ehrlicher in ihrem Antwortverhalten, da mehr Anonymität gegeben ist oder eine solche zumindest empfunden wird. Ein weiterer Vorteil könnte die größere Erreichbarkeit von Personen sein, die davor aus geografischen oder finanziellen Gründen außerhalb dieser lagen (Buchanan, 2002).

Was bedeuten nun aber diese Vor- und Nachteile für die im Internet angebotenen Burnout-Tests? Warum füllen Menschen diese überhaupt aus anstatt zu einem Facharzt zu gehen?

Ein Gedankengang, der zu einer Selbsttestung führen könnte, könnte wie folgt aussehen: *Ich fühle mich schon seit einiger Zeit so schlapp, kann nicht mehr richtig schlafen und bin bei der Arbeit ständig überlastet. Eine Freundin hat mir gesagt, dass ich wahrscheinlich Burnout habe und mal dringend ausspannen oder mir sogar Hilfe holen sollte.* Leider gehen die Wenigsten für eine Diagnostik zum Haus- oder Facharzt. Wozu auch? Solche Tests gibt es zur Genüge in Zeitschriften und im Internet. Ob diese jedoch wissenschaftlich fundiert oder nur eine zusammengewürfelte Anhäufung von Fragen über Arbeitsstress und Gesundheitszustand sind, ist schwer zu sagen. Auf den meisten Internetseiten, die solche Tests anbieten, findet sich nirgends einen Hinweis darüber, wer diesen Test zusammengestellt oder gar überprüft hat. Manchmal steht ein einleitender Satz über dem Fragebogen, der besagt, dass dieser Test natürlich auf keinen Fall eine professionelle Beratung ersetzen kann und nur ein Anhaltspunkt darüber gibt, ob ein Burnout-Syndrom vorliegen kann. Aber in den meisten Fällen werden Besucher solcher Internetseiten kaum das Kleingedruckte lesen. Ein Beispiel für ei-

nen unwissenschaftlichen Test bietet die Internetseite www.testedich.de, betrieben durch die Firma Happy Light Bulb BV. Der dort aufgeführte Burnout Test besteht aus 20 Fragen, bei denen die Antwortmöglichkeiten „Fast Nie“, „Selten“, „Häufig“ und „Sehr oft“ zur Auswahl stehen, in ihrer Anordnung jedoch sehr stark variieren. Die Fragen beziehen sich hauptsächlich auf Empfindungen, wie z. B. Stress am Arbeitsplatz oder der Verlust an Begeisterung. Frage 1 lautet beispielsweise: „Ich fühle mich ausgelaugt und leer, funktioniere immer mehr wie eine Maschine.“ Und Frage 16: „Ich habe den Sinn, die Begeisterung verloren.“ Wenn der Test vollständig ausgefüllt wurde, folgt eine sofortige Auswertung. Einem, nach diesem Test, unter Burnout leidendem Menschen, wird folgender Text ausgegeben: „Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass Sie an einem Frühstadium des Burnout-Syndroms leiden. Handeln ist Angesagt! Nutzen Sie Ihre vorhandenen Kraftreserven, um aus eigener Kraft aus der Situation heraus zu kommen. Besuchen Sie einen Kurs und erlernen Sie ein Entspannungsverfahren. Gehen Sie den Schritt und holen Sie sich professionelle Hilfe (psychologische Beratung, Coaching). Lernen Sie mit Unterstützung inne zu halten, die Bremse zu ziehen und Ihre Energie neu zu verteilen.“ (durchgeführt am 21.08.2012, 15:52 MEZ, unter: <http://www.testedich.de/quiz28/quiz/1279793450/Burnout-Test>). Ein weiterer Test dieser Art findet sich unter www.gezeitenhaus.de, eine Seite der Gezeiten Haus GmbH, Bonn. Auch hier gibt es 20 Fragen zu beantworten. Die Antwortmöglichkeiten sind hier „nein“, „eher nein“, „eher ja“ und „ja“. Die Fragen beziehen sich u. a. auf den Gemütszustand, das Zeitmanagement und körperliche Symptome. Frage 1 lautet: „Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen alles zuviel wird?“ und Frage 10: „Haben Sie neue Pläne?“. Die Auswertung dieses Tests erfolgt ebenfalls sofort nach der Beantwortung der Fragen. Werden die Frage aus Sicht einer sehr belasteten Person beantwortet, folgt der nachstehende Text: „Sie sind Burn-Out gefährdet. Beachten Sie, dass Burn-Out eine schleichende Symptomatik hat und Sie jetzt noch gut reagieren können. Hierzu sollten Sie die Tipps beachten und sich fachkundig beraten lassen.“ (durchgeführt am 21.08.2012, 17:08 MEZ, unter: <http://www.gezeitenhaus.de/burn-out-test.html>).

Auch verschiedene Zeitschriften, wie z. B. *Stern* oder *Der Spiegel* bieten online Burnout-Tests an. Der Online-Test des *Stern* ist die Computervariante des Copenhagen Burnout Inventory (CBI), ein Test, der sich als valides Messinstrument zur Erfassung des Burnout-Syndroms bewährt hat (<http://www.stern.de/gesundheit/stress-test-teil-i-bin-ich-schon-ausgebrannt-1685368.html>). Zumindest lässt sich diese Information dem Eingangstext der Internetseite entnehmen. Dieser Test besteht aus mehreren Modulen und ist vom Aufbau her als seriöser einzustufen, als die beiden Erstgenannten. Das erste Modul besteht aus sechs Fragen, die sich um subjektiv empfundene Erschöpfung und Müdigkeit im Allgemeinen drehen. Die Antwortmöglichkeiten sind „immer“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie/fast nie“. Bereits nach dem Beantworten dieser ersten sechs Fragen erfolgt eine Auswertung. Einem

möglicherweise Burnout gefährdetem Menschen wird folgender Text ausgegeben: „**Höchste Alarmstufe.** Ihre Erschöpfung ist wirklich sehr groß. Rund sechs Prozent der Beschäftigten erreichen dieses hohe Burnout-Maß. Es wäre gut, wenn Sie schnell etwas an den belastenden Umständen ändern könnten und Möglichkeiten fänden, wieder Kraft zu tanken. Allzu lange hält man diesen Zustand nämlich nicht durch.“ Danach folgt die Möglichkeit den zweiten Teil des Tests durchzuführen. Dieser besteht aus weiteren sieben Fragen, bei denen hauptsächlich die Arbeitsbelastung und noch vorhandene Energiereserven abgefragt werden. Der Auswertungstext an dieser Stelle könnte lauten: „**Oh je, hohes Burnout-Risiko!** Sie müssen sich wirklich ziemlich fertig fühlen. Wer diesen Punktwert hat, steht wahrscheinlich kurz vor dem Seeleninfarkt. Es wäre wünschenswert, dass sich bald etwas ändert, bevor womöglich Ihr Körper streikt.“ Als letztes folgt dann noch der dritte Teil, bestehend aus sechs Fragen, die sich mit dem Umgang mit Kunden beschäftigen. Die sofortige Auswertung könnte folgendermaßen klingen: „**Lassen Sie sich helfen.** In einem solchen Zustand bringt einen jede Beschwerde, jeder Extrapunsch und jede kleine Kritik an den Rand des Nervenzusammenbruchs. Ihr Burnout-Risiko ist sehr ausgeprägt. Es wäre sinnvoll, mithilfe eines Therapeuten Ihre frühere Leichtigkeit und die Freude am Kundenkontakt wiederzufinden.“ (durchgeführt am 31.08.2012, 12:56 MEZ).

Auf der einen Seite können solche Tests, ob nun wissenschaftlich untersucht oder nicht, Menschen dazu bringen, sich Hilfe zu suchen, oder sich zumindest Gedanken über ihre Arbeitssituation zu machen. Andererseits bergen diese doch sehr drastisch und unüberlegt formulierten Auswertungstexte auch Gefahren, wie bereits anfangs erwähnt, die nicht zu unterschätzen sind. Solche Aussagen und Bewertungen sollten nur in einem professionellen Rahmen erfolgen, der es möglich macht, die aufkommenden Reaktionen und Fragen aufzufangen.

1.2 Öffentliche Präsenz in Zeitschriftenartikeln

Das Thema Burnout ist aber nicht nur im Internet vertreten. Auch Zeitschriften publizieren unzählige Artikel darüber (Abb. 1). Die meisten Artikel der vergangenen Jahre beschäftigten sich mit der Gefahr, die von Burnout ausgeht, Ursachen und Präventionsvorschlägen. Besonders das Jahr 2011 war übersät von Meldungen über Burnout-Erkrankte. Die häufig populärwissenschaftlichen Beiträge sprachen von einer regelrechten Burnout-Epidemie. Im gleichen Zug kam es zu einer „Heroisierung“ des Burnout-Begriffs als eine Art Leistungsausweis“ (Schulze, 2009, S. 201). Es kamen auch immer häufiger Prominente zu Wort, die ihre eigenen Probleme mit Arbeitsüberforderung beschrieben. Als Beispiele gibt der Spiegel-Artikel vom April 2011 den Skispringer Sven Hannawald, den Fernsehkoch Tim Mälzer, die Publizistin Miriam Meckel, den Politiker Matthias Platzeck und den Fußballer Sebastian



Abbildung 1: Zeitschriftencover im den Jahren 2011-2012

Deisler an (Dettmer, Shafy & Tietz, 2011). Alle standen plötzlich öffentlich zu ihrem Leiden und leisteten so auch einen Beitrag zur langsamen Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten. Hegerl (2011) nennt Burnout sogar das Modewort des Jahres 2011. Und auch eine Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO, 2011) titelt: „Burnout auf dem Vormarsch“. Bei so viel Präsenz kann es aber auch schnell zu Ausschweifungen kommen. „Nach der Burn-out-Erkenntniswelle folgt nun eine Art Burn-out-Übertreibung.“ (Albrecht, 2011a, S. 1). Die häufige Verwendung des Begriffs führt dazu, dass Menschen bei beinahe allen Problemen, die mit dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen, psychische Faktoren als Grund ansehen (Koch & Broich, 2012). Dies führte zu einem inflationären Gebrauch des ohnehin schon schwammigen Begriffs Burnout (Albrecht, 2011a; Hegerl, 2011). Dieser „mediale Hype um das Thema Burnout“ (Riedel-Heller, Stengler & Seidler, 2012, S. 103) ist jedoch nicht etwas gänzlich Neues. Bereits Farber (1983) berichtete von dem enormen Interesse an dem Phänomen Burnout Mitte der 70er Jahre. Und auch hier waren die Medien, insbesondere die Zeitungen, anteilmäßig an der öffentlichen Diskussion beteiligt, die noch

mehr Beiträge zu Tage brachte. „Books, newspapers, magazines, professional journals, television, and radio have all helped popularize the topic; indeed, it sometimes appears as if each week the media identifies another group of workers as “burned out.” (Farber, 1983, S. 1). Farber ging außerdem davon aus, dass Burnout die “catch phrase” (Farber, 1983, S. 1) der 1980er werden könnte. Scheinbar hat das Phänomen bis heute nicht an Faszination verloren, denn manchen Medienberichten zufolge, scheint bald jeder unter Burnout zu leiden (Koch et al., 2012; Pawelzik, 2011). Doch warum identifizieren sich so viele Menschen mit einem Phänomen ohne genauen Inhalt?

Schulze (2009) und Erhart und Meyer (1997) haben als Antwort auf diese Fragen Folgendes gefunden. Es scheint, als würde Burnout das Lebensgefühl der derzeitigen Arbeitergesellschaft widerspiegeln.

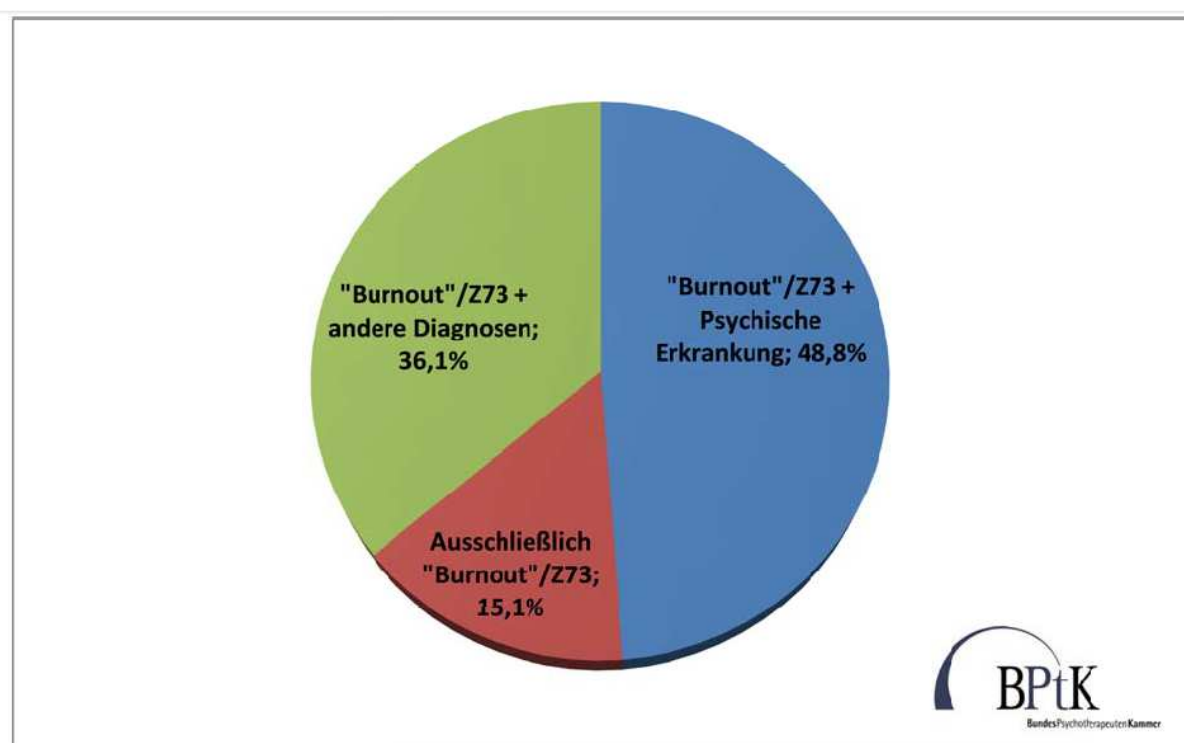
Gefühle sind immer die Gefühle ihrer Zeit. Aber sie sind den Menschen erst in dem Moment klar, wenn sie auf den Begriff gebracht wurden. Die Geburt eines Begriffes codiert ein bis dahin ‘sprachloses’ Lebensgefühl, das durch die jeweils aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen bestimmt ist, und macht es kommunikationsfähig. (Erhart et al., 1997, S. 114).

Eine weitere Beschreibung stellt es dar als würde „Burnout als bildhafte Vokabel etwas in der Luft Liegendes auszudrücken“ (Burisch, 1994, S. 5). Insgesamt folgte der Entdeckung dieses Begriffs eine Hochkonjunktur in den Medien und der Öffentlichkeit. Und dies führte dazu, dass plötzlich jedes Anzeichen von Müdigkeit, Unlust, Erschöpfung oder Überanstrengung als Burnout bezeichnet wurde (Erhart et al., 1997). In einem ZEIT-Artikel ist Burnout als sozial akzeptierte Entschuldigung für den Raubbau an den eigenen Kräften dargestellt, als moralisch entlastendes Etikett. Denn wer ausgebrannt ist, muss schließlich einmal gebrannt haben (Pawelzik, 2011).

Diese enorme öffentliche Debatte über psychische Störungen ist natürlich sehr begrüßenswert, führt sie doch, wie bereits erwähnt, dazu, dass das Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen abgebaut wird (Berger et al., 2012), jedoch nur zum Teil. Denn sie bringt auch Probleme mit sich. Ein solches Problem liegt darin, dass zu viel in den Medien durcheinander gebracht wird, insbesondere wenn es um den richtigen Umgang mit psychologischen und medizinischen Begriffen geht, aber auch, wie Betroffene dargestellt werden. So entsteht schnell der Eindruck, dass Burnout-Patienten die „Starken“ und Depressive die „Schwachen“ sind (Albrecht, 2011a). Das wiederum führt zu einer stärkeren Stigmatisierung depressiver Menschen (DGPPN, 2012). Ein weiterer Aspekt ist, dass es immer noch keine klare Definition des Burnout Syndroms gibt und dass es sich nicht um eine Krankheit handelt. Dieser Ge-

sichtspunkt findet in der Medienberichterstattung meist keine Beachtung, was aber auch die Experten lange Zeit nicht gestört hat.

Der Begriff Burnout wurde gern auch für depressive Episoden genutzt, da er weniger abschreckend ist. Patienten können sich mehr mit Burnout identifizieren. Sie wollen zwar als krank gelten, nicht aber als psychisch krank (Albrecht, 2011a). Das führte später zu der undifferenzierten Benutzung der beiden Begriffe Depression und Burnout. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Phänomen Burnout hat inzwischen die Medien erreicht. Wie anfangs gesagt, ging es bei den meisten Zeitschriftenartikeln um das Darstellen und das Aufmerksam machen. Der Spiegel-Artikel vom April 2011 zeigt jedoch, dass Burnout nun zum Teil auch in den Medien kritisch betrachtet wird. So sagt dieser konkret, dass Burnout „nur ein beschönigendes Synonym für die stigmatisierte Depression ist.“ (Dettmer et al., 2011). Und diese Annahme ist mehr und mehr unter Experten zu finden. So sagen Hillert et al. (2006) ganz klar, dass es Burnout offiziell nicht gibt und es keine Behandlungsdiagnose ist. In diesem Punkt sind sich viele Autoren einig. Burnout ist keine von der Krankenkasse anerkannte Krankheit, die als Arbeitsunfähigkeitsgrund akzeptiert wird. Dennoch wird die Diagnose Burnout immer häufiger von Ärzten und Psychiatern vergeben, auch als Einzeldiagnose (BPtK, 2012; Abb. 2).



Analyse auf Basis der Krankschreibungsdaten der AOK, 2011. Angegeben sind die Anteile aller Krankschreibungsfälle aufgrund von Burnout/Z73 bei AOK-Versicherten im Jahr 2011.

Abbildung 2: Burnout-Krankschreibungen mit/ ohne anderen Diagnosen (BPtK, 2012)

Und das obwohl Burnout in den beiden internationalen Diagnose-Verzeichnissen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) entweder gar nicht, oder wie im ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) nur im Bereich der Zusatzkodierungen zu finden ist. Und nach den Annahmen verschiedener Experten, wird Burnout auch in der 11. Revision der ICD nicht in den Bereich „F“ (psychische Störungen) aufgenommen werden, und auch nicht Einzug ins DSM-V finden (Berger et al., 2012; Koch et al., 2012; Nil, Jacobshagen, Schächinger, Baumann, Höck, Hättenschwiler et al., 2010). In diesem Zusammenhang ist es umso spannender festzustellen, dass die Spanne in Expertenkreisen von der „völligen Ablehnung als vorübergehende Modewelle“ (Berger et al., 2012, S. 212), „Fundamentalkritik“ (Koch et al., 2012, S. 161) und „der völligen Negierung der Relevanz des Burnouts als psychische Erkrankung bis hin zur Warnung vor einer tickenden, bisher übersehenen Zeitbombe“ (DGPPN, 2012, S. 1) und den Gründungen von speziellen Burnout-Kliniken reicht (Berger et al., 2012).

Im nächsten Kapitel soll daher eine Übersicht über die derzeitige Sachlage des Burnout-Syndroms, soweit dies möglich ist, kritisch dargelegt werden.

2. Kritische Betrachtung des Burnout-Syndroms

Nachdem nun der gegenwärtige Stand des Burnout-Syndroms in der Öffentlichkeit aufgezeigt wurde, folgt eine kritische Betrachtung der Grundlagen, bevor Argumente der Notwendigkeit der Diagnose dargestellt werden.

2.1 Geschichtlicher Hintergrund

Das erste Aufkommen des Begriffs *Burnout* wird im Allgemeinen auf den Artikel des Psychoanalytikers Herbert J. Freudenberger aus dem Jahr 1974 zurückgeführt (Bodin, 2000; Burisch, 1994; Farber, 1983; Hillert, 2012; Hillert et al., 2006; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Dieser arbeitete ehrenamtlich in einer freien Klinik und beobachtete sowohl bei sich selbst als auch bei Mitarbeitern einen starken physischen und psychischen Abbau, den er später als Burnout-Symptomatik bezeichnete (Bodin, 2000; Burisch, 1994; Hillert et al., 2006). Der Begriff war bereits zuvor in der Kernenergie – dort wird das Durchbrennen von Brennstäben aufgrund von zu wenig Kühlung oder zu viel Wärmezufuhr so bezeichnet (Bergner, 2008; Hillert et al., 2006) – und der Drogenszene – hier bezeichnet es die Folgen chronischen Drogenmissbrauchs (Bauer, Häfner, Kächele, Wirsching und Dahlbender, 2003; Bodin, 2000; Farber, 1983; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009) – zu finden. Jedoch ist der Begriff schon wesentlich länger Bestandteil der Literatur. Bergner (2008) fand ihn zurückgehend bis ins Alte Testament. In der folgenden Tabelle ist diese Auflistung dargestellt:

Jahr	Autor
Vor Christus	Altes Testament (2. Moses 18, 17-18, und 4. Moses 11, 11-15)
1260-1327	Meister Eckhart
1564-1616	Shakespeare (to burn out)
1901	Thomas Mann (Buddenbrooks)
1953	Schwartz u. Will
1959	Wiesenhütter
1961	Graham Green (A burnt-out case)
1969	Bäulerle
Um 1969	“Flame-out” (Begriff hat sich nicht durchgesetzt)
1974	Freudenberger: Burnout

Tabelle 1: Burnout vor Freudenberger nach Bergner (2008, S. 6)

Eine weitere Autorin die sich fast zeitgleich mit Freudenberg mit Burnout beschäftigte, war Christina Maslach 1976. Sie setzte sich mit der emotionalen Erschöpfung von Beschäftigten in der Gesundheitsfürsorge auseinander. In Zusammenarbeit mit Susan E. Jackson entwickelte sie zu Beginn der 80er Jahre das *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, das bekannteste Messinstrument im Bereich Burnout. Ein weiteres bekanntes Messinstrument, das zu dieser Zeit von Ayala Pines entwickelt wurde, ist das *Tedium-Measure (TM)* (Bodin, 2000). Auf beide wird später in diesem Kapitel genauer eingegangen. Anfangs wurden hauptsächlich helfende und soziale Berufe untersucht, wie z. B. Lehrer, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Krankenschwestern und andere Heil- und Hilfsberufe. Jedoch wurde Burnout eine Zeit lang als nicht wissenschaftlich genug angesehen. Es schien eher in die Sparte Populärpsychologie zu fallen (Bodin, 2000; Brenninkmeyer, Van Yperen & Buunk, 2001). Dennoch wurden ab Anfang der 80er Jahren viele empirische Untersuchungen zu eben jenem Thema durchgeführt und die Anzahl an Publikationen nahm enorm zu (Hillert et al., 2006; Schaufeli & Buunk, 2003). Im Jahr 1982 tauchte der Begriff Burnout erstmals in einem Lexikon auf (Hillert et al., 2006). Ende 1980 begannen verschiedene Forscher die Burnout Symptomatik auch bei anderen Berufsgruppen zu sehen und zu untersuchen, beispielsweise Managern, Unternehmern und der „normalen“ Arbeiterklasse (Schaufeli et al., 2009). „Hinsichtlich dessen, was Burnout ist und wie es dazu kommt, ist der allgemeine Konsens hoch.“ (Hillert et al., 2006, S. 15). Hillert (2006) schreibt weiter, dass also nur die Frage zu klären sei, wie Burnout zu behandeln ist, nicht aber die Frage ob es existiert. In diesem Sinne wird nachstehend die Definitionsproblematik der Diagnose Burnout bearbeitet.

2.2 Definition

Maslach und Jackson definierten 1981 das Burnout Syndrom folgendermaßen:

Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynicism that occurs frequently among individuals who do 'people-work' of some kind. A key aspect of the burnout syndrome is increased feelings of emotional exhaustion. As their emotional resources are depleted, workers feel they are no longer able to give of themselves at a psychological level. Another aspect is the development of negative, cynical attitudes and feelings about one's clients. (Maslach et al., 1981, S. 99)

Dieser Versuch einer Definition sah Burnout-Betroffene ausschließlich in den Pflegeberufen und sozialen Bereichen. Im Laufe der Jahre wurde dieser Kreis um einiges erweitert. Inzwischen kann Burnout in fast allen Berufszweigen gefunden werden. Sowohl Bergner (2009), als auch Burisch (1994) fanden Burnout-Beschreibungen bei über 30 Berufsgruppen, u. a.

Jugendfürsorger, Drogenberater, Sozialforscher, Gemeindeschwestern, Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Erzieherinnen, Lehrer, Sporttrainer, Gefängnispersonal, Stewardessen und Arbeitslose, um nur einige zu nennen. An Definitionen mangelt es in der Literatur nicht. Rösing (2003) zeigte in einer Tabelle nach Rook (1998) insgesamt 16 verschiedene Definitionen in deren Mittelpunkt sich immer wieder Erschöpfung, Desillusionierung, Verlust an Selbstvertrauen, Mut und Hoffnung, und Negativierung der Arbeitseinstellung finden lassen. Jedoch sind alle bisherigen Versuche einer Definition zu umfangreich oder zu spezifisch ausgelegt (Burisch, 1994). Auch Rösing (2003) selbst gibt eine Definition für Burnout im Beruf an:

Burnout ist ein Zustand emotionaler Erschöpfung am Beruf. Er geht einher mit negativen Einstellungen zum Beruf, zu den Inhalten oder den Mitteln des Berufs (Zynismus) oder zu den Partnern oder Klienten im Beruf (Depersonalisation). Hinzu kommt ein erheblich reduziertes Selbstwertgefühl in bezug auf die eigene berufsbezogene Leistungsfähigkeit. Burnout ist ein sich langsam entwickelndes Belastungssyndrom, das nicht selten wegen der kreisförmigen, gegenseitigen Verstärkung der einzelnen Komponenten (emotionale Erschöpfung führt zu geringem Selbstwertgefühl, welches nur zu mehr emotionaler Erschöpfung führt usw.) zur Chronifizierung neigt. (Rösing, 2003, S. 20)

Diese Definition sei die Grundlage für fast die gesamte Burnout-Forschung, so Rösing weiter. Im Allgemeinen kann aber gesagt werden, dass die meisten Definitionen mehr Beschreibungen des Symptombildes sind und daher als diagnostischer Terminus unbrauchbar (Kaschka et al., 2011; Lesky, 2010). Auch Schaufeli et al. (2003) sagen, „burnout was ‘defined’ by merely summing up the symptoms.“ (S. 386). Das Hauptproblem daran sahen die Autoren in der wahllosen Selektivität und in der Tatsache, dass dabei die dynamischen Aspekte des Syndroms ignoriert wurden.

Aber auch wenn es keine verbindliche Definition gibt (Albrecht, 2011b; Korczak, Kister & Huber, 2010), sind doch unterschiedliche Annahmen zu nennen, die sich wiederholt in der Literatur finden. Zum einen, dass sich Burnout als eine Art Prozess herausgebildet hat (Bodin, 2000). Farber (1983) zeigte auf, dass es nicht einfach ist, eine Person als *burned out* oder eben *not burned out* einzustufen. Burnout scheint nicht auf diese dichotome Art und Weise einzustufen zu sein, da es sich um einen Prozess handelt und nicht um ein Ereignis (Farber, 1983). Burisch (1994) hingegen merkt an, dass in der Burnout-Literatur oft der Eindruck geweckt wird, dass Burnout, ähnlich einer Schwangerschaft, etwas ist was man „hat“ oder

‘nicht hat‘“ (S. 12). Eine weitere dieser Annahmen sind die Phasenmodelle die sich um das Phänomen Burnout gebildet haben. Diese Modelle variieren von Experte zu Experte sehr stark an Phasenanzahl und Inhalt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gängigsten Phasenmodelle:

Autor	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV/ V
Freudenberger	Empfindendes Stadium (Müdigkeit, Verdrängung negativer Gefühle, zunehmend höherer Energieeinsatz)	Empfindungsloses Stadium (Gleichgültigkeit, Langeweile, Zynismus, Ungeduld, Reizbarkeit, psychosomatische Beschwerden, Depressivität)	-	-
Cherniss	Berufsstress	Stillstand (Angst, innere Anspannung, Reizbarkeit, Ermüdung, Erschöpfung)	defensive Bewältigungsversuche (emotionale Erschöpfung, Rückzug)	-
Maslach	Stufe 1: emotionale Erschöpfung Stufe 2: physische Erschöpfung	Dehumanisierung	Terminales Stadium (Widerwillen, gegen alles und jeden)	-
Lauderdale	Verwirrung	Frustration	Verzweiflung	-
Edelwich & Brodsky	Idealistische Begeisterung	Stillstand	Frustration	Apathie/ Intervention

Tabelle 2: Phasenmodelle nach Hillert et al. (2006, S. 75)

Hillert et al. (2006) kritisieren an diesen Phasenmodellen, dass die einzelnen Phasen weder klar definiert noch operationalisierbar sind und sie „offenbar spontan als derart logisch und überzeugend angesehen wurden, dass man eine Überprüfung als unnötige Arbeit empfand.“ (S. 77). Es gibt weitere Einteilungen in verschiedene Phasen, die etwas jünger sind. Schüler-Schneider, Schneider und Hillert (2011) geben vier Phasen an, von der Überlastungssituation (Phase 0), über die manische Abwehr einer Depression (Phase 1) und Flucht/ Rückzug (Phase 2) bis hin zur schweren Depression mit Isolation, Antriebslosigkeit, gedrückter Stimmung und oft auch suizidalen Gedanken und Suizidalität (Phase 3). Eine andere Phaseneinteilung wäre die nach Berger (2009). Dieser gibt drei Phasen an: Aktivität, Rückzug und Passivität. Mit diesem Modell gibt er auch genaue Symptome an, die für die einzelnen Phasen typisch sind. So wäre das Leitsymptom in der ersten Phase der Ärger, in der zweiten Phase

die Furcht und in der dritten Phase die Isolation. Welche Symptomatik für Burnout außerdem noch als typisch gilt, wird im nächsten Punkt dargestellt.

2.2.1 Symptomatik

Da nun erkenntlich ist, dass es keine einheitliche Definition des Burnout-Syndroms gibt, ist es eindeutig, dass es auch keine spezifische Symptomatik geben kann. Tatsächlich ist es so, dass die Autoren des Positionspapiers der DGPPN 160 unterschiedliche Symptome in ihrer Recherche ausfindig machen konnten. Burisch (1994), der „nur“ 130 verschiedene Symptome finden konnte, beschreibt das Problem folgendermaßen: „Unspezifisch ist die Symptomatik insofern, als sich praktisch jedes Symptom auch bei Menschen antreffen läßt, die dem Syndrom offensichtlich nicht zuzurechnen sind.“ (S. 12). In der folgenden Tabelle sind die am häufigsten in der Literatur zu findenden Symptome aufgelistet, unterteilt in sieben Oberkategorien, die zum Teil noch mal in Unterkategorien aufgeteilt wurden:

1. Warnsymptome der Anfangsphase	
<p>a. Vermehrtes Engagement für Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hyperaktivität – Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit – Gefühl der Unentbehrlichkeit – Gefühl, nie Zeit zu haben – Verleugnung eigener Bedürfnisse – Verdrängung von Mißerfolgen und Enttäuschungen – Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten 	<p>b. Erschöpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Chronische Müdigkeit – Energiemangel – Unausgeschlafenheit – Erhöhte Unfallgefahr
2. Reduziertes Engagement	
<p>a. Für Klienten und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Desillusionierung – Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten – Größere Distanz zu Klienten – Meidung von Kontakt mit Klienten und/oder Kollegen – Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten – Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung – Schuldzuweisung für Probleme an Klienten – Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern – Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc. – Betonung von Fachjargon – Dehumanisierung 	<p>c. Für die Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Desillusionierung – Negative Einstellung zur Arbeit – Widerwillen und Überdruß – Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen – Ständiges Auf-die-Uhr-sehen – Fluchtphantasien – Tagträumen – Überziehen von Arbeitspausen – Verspäteter Arbeitsbeginn – Vorverlegter Arbeitsschluß – Fehlzeiten – Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende – Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

<p>b. Für andere allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit zu geben - Kälte - Verlust der Empathie - Unfähigkeit zur Transposition - Verständnislosigkeit - Schwierigkeiten, anderen zuzuhören - Zynismus 	<p>d. Erhöhte Ansprüche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verlust von Idealismus - Konzentration auf die eigenen Ansprüche - Gefühl mangelnder Anerkennung - Gefühl, ausgebeutet zu werden - Eifersucht - Partnerprobleme - Konflikte mit den eigenen Kindern
<p>3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen</p>	
<p>a. Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schuldgefühle - Reduzierte Selbstachtung - Insuffizienzgefühle - Gedankenverlorenheit - Selbstmitleid - Humorlosigkeit - Unbestimmte Angst und Nervosität - Abrupte Stimmungsschwankungen - Verringerte emotionale Belastbarkeit - Bitterkeit - Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere - Schwächegefühl - Neigung zum Weinen - Ruhelosigkeit - Gefühl des Festgefahreenseins - Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle - Pessimismus, Fatalismus - Apathie - Selbstmordgedanken 	<p>b. Aggression</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schuldzuweisung an andere oder „das System“ - Vorwürfe an andere - Verleugnung der Eigenbeteiligung - Ungeduld - Launenhaftigkeit - Intoleranz - Kompromißunfähigkeit - Nörgeleien - Negativismus - Reizbarkeit - Ärger und Ressentiments - Defensive/paranoide Einstellungen - Mißtrauen - Häufige Konflikte mit anderen
<p>4. Abbau</p>	
<p>a. der kognitiven Leistungsfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche - Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben - Ungenauigkeit - Desorganisation - Entscheidungsunfähigkeit - Unfähigkeit zu klaren Anweisungen 	<p>b. der Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerte Initiative - Verringerte Produktivität - Dienst nach Vorschrift <p>c. der Kreativität</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerte Phantasie - Verringerte Flexibilität <p>d. Entdifferenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigides Schwarzweißdenken - Widerstand gegen Veränderungen aller Art
<p>5. Verflachung</p>	
<p>a. des emotionalen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen - Gleichgültigkeit <p>b. des sozialen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne - Meidung informeller Kontakte - Suche nach interessanteren Kontakten - Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit - Eigenbröteleien - Mit sich selbst beschäftigt sein - Einsamkeit 	<p>c. des geistigen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgeben von Hobbys - Desinteresse - Langeweile

6. Psychosomatische Reaktionen	
<ul style="list-style-type: none"> - Schwächung der Immunreaktion - Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit - Schlafstörungen - Alpträume - Sexuelle Probleme - Gerötetes Gesicht - Herzklopfen - Engegefühl in der Brust - Atembeschwerden - Beschleunigter Puls 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhter Blutdruck - Muskelverspannungen - Rückenschmerzen - Kopfschmerzen - Nervöse Tics - Verdauungsstörungen - Übelkeit - Magen-Darm-Geschwüre - Gewichtsveränderungen - Veränderte Eßgewohnheiten - Mehr Alkohol/ Kaffee/ Tabak/ andere Drogen
7. Verzweiflung	
<ul style="list-style-type: none"> - Negative Einstellung zum Leben - Hoffnungslosigkeit - Gefühl der Sinnlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstmordabsichten - Existentielle Verzweiflung

Tabelle 3: Burnout-Symptomatik nach Burisch (1994, S. 18/19)

Burisch (1994) merkt an dieser Stelle an, dass für einen Burnout-Befund nicht alle Symptome vorhanden sein müssen, da sich manche gegenseitig ausschließen und viele eine Depression kennzeichnen. Außerdem müssen die Symptome auch nicht in der genannten Reihenfolge auftauchen. „Welches Symptommuster sich in welcher Reihenfolge entwickelt, hängt von moderierenden Faktoren im Individuum und/oder seiner Umwelt ab, die einstweilen allenfalls spekulativ zugänglich sind.“ (Burisch, 1994, S. 17). Hillert et al. (2006) geben bei dieser Masse von Symptomen zu bedenken, dass manche Autoren bereits „Nicht-Symptome“, wie vermehrtes Engagement für Ziele oder auch Erschöpfung als Symptome des Burnouts sehen. An dieser Stelle muss die Frage gestellt werden, was Symptome und was Indikatoren bzw. Ursachen sind, ab wann Engagement als vermehrt gilt und ab wann eine leichte Erschöpfung überhaupt als Burnout-Symptom zu deuten ist. Weiter stellen Hillert et al. (2006) fest, dass außerdem nicht festgelegt ist, wie viele Symptome aus einer Kategorie nötig sind, um die Diagnose Burnout zu stellen. Eine Tatsache, über die viele Experten hinweg zuschauen bereit sind. „Schließlich wissen Betroffene ja, dass sie betroffen sind!“ (Hillert, 2008, S. 7). Wann sollte nun von Burnout gesprochen werden? Berger et al. (2012) sind der Meinung, dass verschiedene Anforderungen im Beruf bereits zu Symptomen, wie Schlafstörungen und Angespanntheit führen können. Sollten diese Symptome jedoch zeitlich begrenzt sein und durch eine kurze Phase der Erholung wieder zurückgehen, dürfte nicht von Burnout gesprochen werden. Erst wenn der Zustand der Erschöpfung über mehrere Monate anhält und keine Besserung nach einer Erholungsphase eintritt, sollte der Begriff Burnout verwendet werden, sagen die Autoren weiter.

Trotz dieser enormen Auflistung an unterschiedlichsten Symptomen gibt es drei Hauptsymptome, die sich in fast jedem Artikel und Buch finden lassen. Im Englischen sind das *exhaustion, cynicism and inefficacy* (Maslach et al., 2001). Die deutsche Übersetzung davon ist bei verschiedenen Autoren zum Teil unterschiedlich, lässt sich jedoch mit *emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation/ Zynismus* und *abnehmender Leistungsfähigkeit* oder *Leistungsunzufriedenheit* zusammenfassen (Bergner, 2006, 2009; Hagemann, 2009; Hillert et al., 2006). Hierbei stellt emotionale Erschöpfung den zentralen Aspekt und damit das Kernsymptom des Burnout-Syndroms. Dabei macht sich ein Gefühl von Überforderung und dem Abbau der eigenen psychischen und physischen Kräfte breit. Dadurch können sich Symptome wie Müdigkeit, Niedergeschlagenheit und Anspannungszustände ergeben (DGPPN, 2012). Aussagen, die dazu vorstellbar sind, könnten sein: „Ich habe keine Kraft mehr dafür“ oder „Ich fühle mich leer“ (Bergner, 2008 und 2009). Das zweite Symptom, welches zum Teil nur als Depersonalisation dargestellt wird, aber auch als Zynismus beschrieben wird, meint reduziertes Engagement aufgrund von Frustration und anschließender Distanzierung von der Arbeit. Verbunden ist dieses Verhalten meist mit einer gleichgültigen Haltung gegenüber Kollegen oder Klienten. Schuldgefühle sind in dieser Phase ebenfalls keine Seltenheit (DGPPN, 2012). Als letztes Symptom ist die abnehmende Leistungsfähigkeit zu nennen. Auch dieses Symptom wird unterschiedlich aus dem Englischen übersetzt. Es wird häufig als *verminderte/reduzierte subjektive/persönliche Leistungsbewertung/-fähigkeit* beschrieben (Nil et al., 2010). Ein großes Problem hierbei ist, dass es oft erst zu einem Anstieg an Leistung kommt, bevor die Leistungsfähigkeit langsam, fast unmerklich, wieder abfällt. Wie stark die Ausprägung der einzelnen Hauptsymptome ist, hängt zum Teil von der Berufsgruppe ab, zum Teil aber auch von individuellen Faktoren (Bergner, 2008 und 2009). Ebenso verhält es sich mit der Ursachenbestimmung, auf die im Folgenden eingegangen wird.

2.2.2 Ätiologie

„Eine allgemein akzeptierte Definition gibt es bisher ebenso wenig wie einen Konsens über die Ursachen.“ (Koch et al., 2012, S. 161). Dieses Zitat macht die Uneinigkeit im Falle des Burnout-Syndroms, die auch bei der Frage nach der Ätiologie herrscht, sehr deutlich. Ursachen, die in der Literatur dargestellt werden, könnten kaum unterschiedlicher sein. Es kommt immer darauf an, auf welche Klientel sich der Autor spezialisiert hat. Hagemann (2003) geht in seinem Buch hauptsächlich auf die Ursachen und Risikofaktoren für Lehrer ein. Er gibt als häufige Ursache den Elan und die Begeisterung an, den viele junge Lehrer am Anfang ihres Berufs empfinden, der aber schnell nachlässt, aufgrund von Personalsituationen, Leistungsorientierung, Mobbing, fehlender Unterstützung im Kollegium oder auch Benachteiligungen im Beförderungsverfahren. Bergner (2008), der seinen Fokus auf die Berufsgruppe der Ärzte gerichtet hat, beschreibt als Ursache die persönliche Zuwendung zu den Patienten. Er disku-

tiert weiter, dass unterschiedliche Modelle und Annahmen vorhanden sind und kommt zu dem Schluss, dass alle recht haben. „Es gibt viele wirksame Auslöser und Ursachen für Burnout.“ (Bergner, 2008, S. 19).

Eine Unterscheidung in verschiedene Bereiche lässt sich jedoch immer wieder finden. Bodin (2000) hat die häufigsten Ursachen in drei Bereiche eingeteilt. Der erste Bereich umfasst Ursachen, die in der Person liegen, z. B. Idealismus, Perfektionismus, Bedürfnis nach Wirksamkeit und Erfolg, aber auch den Drang, alles selbst machen zu müssen. Als zweites nennt er Ursachen, die in der Arbeitssituation liegen, z. B. qualitative, quantitative und emotionale Überforderung, schlechtes Betriebs-/ Arbeitsklima und unklare Arbeitsziele. Als letztes nennt er Ursachen, die in der Gesellschaft liegen, z. B. Individualisierung, Leistungsgesellschaft und kapitalistische Produktionsweisen. In welchem dieser Bereiche die Hauptschuld zu suchen ist, kann Bodin (2000) aber nicht beantworten. Er merkt nur an, dass die Diskussion darüber sehr engagiert geführt wird und die meisten Experten die Ursache nicht in einem einzelnen Bereich suchen. Diese Einteilung lässt sich in dieser oder ähnlicher Art und Weise vermehrt in der Literatur wiederfinden (Bergner, 2008; Farber, 1983; Geyerhofer & Unterholzer, 2009; Korczak et al., 2010; Lesky, 2010). In diesem Zusammenhang sagt Hagemann (2003): „Burnout ist eine biopsychosoziale Krankheit, deren Ursachen sich nicht isoliert auf die Berufssituation zurückführen lassen. Die biographischen Voraussetzungen sowie das soziale Umfeld der Betroffenen müssen bei der Beurteilung der Symptome miteinbezogen werden.“ (S. 13).

Eine andere Möglichkeit der Einteilung von Ursachen zeigt Bergner (2008), in dem er eine Abstufung in verschiedene Faktoren vornimmt. Er unterscheidet *disponierende, moderierende, realisierende und protrahierende Faktoren*. Unter den disponierenden Faktoren werden beispielsweise frühkindliche Traumatisierungen und ein niedriges Selbstwertgefühl zusammengefasst. Als moderierende Faktoren werden Eigenschaften (wie Perfektionismus), Gefühle (wie Versagensangst), Inhalte (wie Probleme, sich Auszeiten zu erlauben) und Verhalten (wie Berufstätigkeit) verstanden. Dennoch können diese Faktoren Burnout nicht allein auslösen, sondern nur die Manifestation erleichtern, so Bergner (2008) weiter. Die realisierenden Faktoren unterteilt er ebenfalls in Eigenschaften (wie den Zwang, besser als andere sein zu müssen), Gefühle (wie seelischen Stress), Inhalte (wie das Auftreten kritischer Belastungen) und Verhalten (wie das Problem, nein zu sagen). Als letztes werden die protrahierenden Faktoren genannt, z. B. Finanz- oder Partnerschaftsprobleme (Bergner, 2008). Albrecht (2011b) stellt Ergebnisse einer finnischen Studie von 2005 dar, in denen Depression und Dysthymie als häufigste psychische Faktoren für Burnout benannt werden. So sagen die Ergebnisse konkret, dass bei 53 Prozent derer, die unter einem Burnout leiden, die Ursache in einer behandlungsbedürftigen Depression zu finden ist. Zwischen allen Ätiologiemodellen

in der Literatur war eine sehr einfach zu verstehende Aussage über die Ursache von Burnout zu finden: „Ich habe viel zu lange viel zu viel geleistet, in Folge dessen sind meine Batterien leer.“ (Hillert, 2008, S. 6). Bei aller Einfachheit darf jedoch bezweifelt werden, dass sich diese Erklärung durchsetzen könnte, da die wissenschaftliche Überprüfung sehr schwer fallen würde.

Aber nach Burisch (1994) ist es egal welches Ursachenmodell betrachtet wird, denn „entweder sind sie so global, daß nahezu jeder unbefriedigende Umstand als Ursache in Frage kommt, oder aber so spezifisch, daß sie auf nur ganz wenige Berufsgruppen anwendbar sind ...“ (S. 32).

2.3 Epidemiologie

Bauer et al. (2003) berichteten, dass nach neusten Studien 25 Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland an einem Burnout-Syndrom leiden. Durch diesen hohen Prozentsatz, bei welchem sie bezweifeln, dass er in einer klinischen Studie bestätigt werden könnte, gehen die Autoren von einem signifikanten Problem in der Arbeitsmedizin aus. Schüler-Schneider et al. (2011) berichten nach einer Studie aus dem Jahr 2008, von einer Häufigkeit von etwa 20 Prozent. Insgesamt unterscheiden sich die Prävalenzzahlen, je nach untersuchter Berufsgruppe enorm, zeigen aber eine weite Auftretenshäufigkeit des Syndroms (Nil et al., 2010). Burisch sagt dazu in einem Interview von 2009, dass alle Angaben zur Prävalenz, die in verschiedenen Büchern und Artikeln zu finden sind, kaum fundiert und daher nicht als seriös anzusehen seien. Somit seien Aussagen in den Medien, wie beispielsweise „Jeder dritte Lehrer ist ausgebrannt“, völliger Unsinn. Aber er geht weiterhin davon aus, dass Burnout häufiger wird, glaubt man den veröffentlichten Gesundheitsreports verschiedener Krankenkassen (Borcsa et al., 2009). Auch Schulze (2009) sagt, dass solide epidemiologische Zahlen fehlen. Dieser Meinung schließen sich auch Korczak et al. (2010) an: „Die Häufigkeit des Burnout-Syndroms wird in gleicher Weise heterogen angegeben wie die vorherrschenden Definitionskriterien, angewendeten Messinstrumente und untersuchten Bevölkerungsgruppierungen, sodass keine wissenschaftlich abgesicherte, allgemeingültige Aussage über Prävalenzen getätigt werden kann. Veröffentlichte Prävalenzen weisen selbst bei gleichen Berufsgruppen immense Schwankungsbreiten auf.“ (S. 20)

2.4 Diagnostikinstrumente

Insgesamt wird in der Literatur deutliche Kritik an allen psychometrischen Instrumenten für Burnout geübt. Korczak et al. (2010) sagen, dass bisher kein „objektiver Parameter zur Diagnostik von Burnout existiert.“ (S. 20). Viele Messinstrumente würden hoch mit Depressionsfragebögen und Stresssymptomlisten korrelieren und hätten daher kaum Konstruktvalidität. Außerdem seien die Normwerte unbrauchbar und eine objektive Interpretation nicht mög-

lich, da zu sehr auf „helfende Berufe“ fokussiert worden wäre (Lesky, 2010). Korczak et al. (2010) kritisieren, dass „die verfügbaren Fragebogen zur Burnout- Erfassung [...] keine krankheitsdiagnostischen Verfahren [darstellen]. Sie erfassen Erscheinungsbilder, Symptome oder Folgen unterschiedlicher Erkrankungen, können aber auch die Vielfalt normaler menschlicher Bewältigung widerspiegeln.“ (S. 23).

Autor/en	Name des Messinstruments
Raedeke & Smith	ABQ (Athlete Burnout Questionnaire)
Näätänen et al.	BBI (Bergen-Burnout-Indikator)
Kristensen & Boritz	CBI (Kopenhagener Burnout-Inventar)
Maslach & Jackson	MBI (Maslach Burnout-Inventar)
Demerouti et al.	OLBI (Oldenburger Burnout-Inventar)
Pines & Aronson	PBM (Pines Burnout-Messinstrument)
Salmela-Aro & Näätänen	SBI (Schul-Burnout-Inventar)
Shirom & Melamed	SMBQ (Shirom Melamed Burnout-Fragebogen) bzw. SMBM (Shirom Melamed Burnout-Messinstrument)
Pines et al.	TM (Tedium Measure)

Tabelle 4: Übersicht verschiedener Burnout-Messinstrumente (Korczak et al., 2010)

Auch wenn es eine Vielzahl an Diagnosikinstrumenten gibt (Tab. 4), haben sich bisher nur zwei durchsetzen können. Beide werden im Folgenden näher beschrieben. Hillert et al. (2006) fragen sich nach der Betrachtung beider Fragebögen: „Wie war es möglich, dass zwei relativ schlecht konstruierte und deshalb auch wenig valide Fragebogen zu den zentralen Datenerhebungsinstrumenten der Burnout-Forschung wurden?“ (S. 123).

2.4.1 Maslach-Burnout-Inventary

Das MBI, ein Selbstbeurteilungsfragebogen entwickelt von Maslach und Jackson (1981), hat als Grundlage drei Dimensionen: emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion, EE; neun Items), Depersonalisation (DP; fünf Items) und Leistungs(un)zufriedenheit (personal accomplishment, PA; acht Items). Diese drei Skalen haben somit in der ersten Fassung insgesamt 22 Items in sich vereint. Die Beantwortung erfolgt auf einer siebenstufigen Intensitätsskala, zwischen „0 – nie“ und „6 – täglich“. Das MBI ist immer noch das verbreitetste Burnout-Messinstrument (Hillert, 2008) und wird in 90 Prozent der Fälle als Grundlage für Burnout-Forschung verwendet (Korczak et al., 2010). Das MBI ist in der Zwischenzeit in viele

Sprachen übersetzt worden und wird weltweit eingesetzt (Hillert et al., 2006). Außerdem existiert dieser Fragebogen in vielen verschiedenen Unterformen, die speziell auf bestimmte Zielgruppen angepasst worden sind, beispielsweise Studenten, Lehrer oder Mitarbeiter des Kindernetzwerkes (Korczak et al., 2010).

Ein großer Kritikpunkt am MBI selbst ist, dass trotz der langjährigen Anwendung bei verschiedenen Berufsgruppen, noch keine cut-off-Werte definiert und evaluiert wurden (Hillert, 2008), diese aber trotzdem im Manual geliefert werden (Korczak et al., 2010). Die Stichprobe wird anhand der Summenverteilung der Skalenwerte in Terzile unterteilt. Das erste bezeichnet ein schweres Burnout, das zweite ein mittleres Burnout und das dritte Terzil ein geringes Burnout (Korczak et al., 2010). „Aufgrund dieser Testkonstruktion und der fehlenden externen Validierung der Zuordnungen stellen die Cutoff-Werte und die Einstufung der Schweregrade keine diagnostisch gültigen Instrumente für die medizinische Praxis dar“ (Korczak et al., 2010, S. 21). Weitere Kritikpunkte die Hillert et al. (2006) erwähnen, ist die problematische Instruktion, die Skalierung und die Itemformulierung. Zusammengefasst kann das MBI nicht für diagnostische Zwecke eingesetzt werden, so die Autoren.

2.4.2 Tedium Measure / Burnout-Measure

Das TM (oder früher auch „Überdruss-Skala“) ist ebenfalls ein Selbstbeurteilungsinstrument. Es wurde 1981 von Aronson, Pines und Kafry entwickelt und besteht aus 21 Items auf sieben Skalen. Seit 1988 wird das Messinstrument nur noch als Burnout-Measure (BM) bezeichnet, da die Autoren die Unterscheidung zwischen Burnout und Überdruss aufgaben (Hillert et al., 2006). Die Beantwortung findet auf einer siebenstufigen Skala zwischen „1 – niemals“ und „7 – immer“ statt. Ein großer Vorteil des Fragebogens ist seine Ökonomie (Hillert et al., 2006).

Am BM gibt es aber zahlreiche Kritikpunkte. Einer ist die nichtrepräsentative Stichprobe, auf dessen Grundlage die Normwerte ermittelt wurden. Ein weiterer ist die fehlende Inhaltsvalidität. Es bleibt also die Frage offen, was genau der BM eigentlich misst. Außerdem wurden keine Grenzwerte klinisch definiert (Hillert et al., 2006).

2.5 Interventionsmöglichkeiten

„Nachdem es formal also keine Burnout-Krankheit gibt, gibt es auch keine Burnout-Kranken, und auch keine spezielle Burnout-Therapie.“ (Lesky, 2010, S. 1). Dennoch gibt es eine Vielzahl an Therapien dieser Symptomatik, die sich, neben einer psychopharmakologischer Behandlung, bewährt haben: Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie mit Techniken zur Einstellungs- und Verhaltensmodifikation, hypnotherapeutische und systemische Interventionen (Lesky, 2010). Berger et al. (2012) gehen von der Notwendigkeit einer Therapie aus,

sobald eine Erkrankung im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung auftritt. Aber welche ist die Richtige? Auch an dieser Stelle gibt es unterschiedliche Ansichten. Nil et al. (2010) gehen generell davon aus, dass „ein symptomorientierter Ansatz mit Berücksichtigung der psychischen und somatischen Beschwerden und Integration von arbeitspsychologischen Massnahmen [sic] auch im Sinne der Prävention“ (S. 76) der beste Weg ist. Eine weitere Möglichkeit sieht Hillert (2008) in der berufsbezogenen Psychotherapie, deren Ziel „die Erhöhung der individuellen sozialen und beruflichen Kompetenzen“ (S. 9) ist. Heute könnten die Vorschläge zur Burnout-Behandlung, die Freudenberger 1974 formulierte (Tab. 5), unter dem Begriff „Stressmanagement“ zusammengefasst werden (Hillert, 2008).

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trainings- und Eingewöhnungsprogramme für neue Mitarbeiter 2. Unterscheidung unrealistischer und realistischer Selbstansprüche 3. Abklärung der individuellen Motive
(Warum will ich eine soziale Aufgabe übernehmen?) 4. Gelegentlicher Wechsel des Tätigkeitsbereiches 5. Begrenzung der Arbeitsstunden
(Will ich meinen Arbeitsplatz zu meinem zweiten Zuhause machen? „Auszeit heißt Auszeit“) 6. Klare Urlaubsregelungen
(Dabei aber Flexibilität bewahren, wer eine Auszeit braucht, der soll sie bekommen!) 7. Pflege von Kollegialität und eines positiven Interaktionsklimas 8. Austausch mit Kollegen, auch über eigene Belastungen 9. Workshops und andere konstruktive Unterbrechungen der Routine
(Erhöhung der Zahl der Mitarbeiter, Umverteilung der Arbeit) 10. Körperliches Training |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabelle 5: Vorschläge zur Burnout-Behandlung und Prävention nach Freudenberger (1974) (Hillert, 2008)

Eine Gefahr sehen Berger et al. (2012) insgesamt in dem undifferenzierten Gebrauch des Begriffs Burnout, da so der Gedanke aufkommen könnte, dass jede psychische Störung, die auf die Arbeit zurückzuführen ist, mit verschiedenen Wellness-Behandlungen, Entspannungstraining und Sport behoben werden kann. „Das Spektrum der von Experten empfohlenen Interventions- und Prophylaxemaßnahmen ist breit gefächert, aber nur zum kleineren Teil empirisch basiert.“ (Bauer et al., 2003, S. 215). Den meisten Behandlungen liegen keine Wirksamkeitsbelege aus Studien zugrunde (Hegerl, 2011 und 2012). Auch Hillert (2012) gibt an, dass nur die wenigsten der unzähligen Artikel und Beiträge zur Burnout-Behandlung im engeren Sinne wissenschaftlich fundiert sind. Weiter benennt Hillert (2012) eine Vielzahl an im Internet zu findenden Behandlungsmöglichkeiten, die doch sehr kritisch zu betrachten sind. Er gibt an dieser Stelle als Beispiele an: eine psychosomatische Klinik, persönliche Be-

treuung, psychotherapeutische Agenturen, verschiedene Internet-Plattformen mit Selbsttestungen (häufig gefolgt von Angeboten für Ferien oder Entspannungs- und Wellnessmöglichkeiten), homöopathische Behandlungen und Angebote für Stressreduktion. Er kritisiert jedoch, dass die zahlreichen Beiträge zur Burnout-Behandlung die Tatsache überspielen, dass es sich bei Burnout noch immer um ein Phänomen mit diffuser Konsistenz handelt. Als Grund könnte hier die Verdienstmöglichkeit durch die angebotenen „Behandlungen“ gesehen werden. Solche „Spa-ähnlichen“ Behandlungen, wie Massagen und Bäder, werden nach Prengel (2011) beispielsweise im Hotel Gräflicher Park in Bad Driburg angeboten. „Das Luxusresort mit eigener Heilquelle bietet neuerdings ein Burn-out-Präventionsprogramm für gestresste Manager und andere Besserverdiener an.“ (S. 1). Für knappe 8.000 € kann der ausgebrannte Gast 14 Tage Regenerationsurlaub in einer Suite genießen. Dies ist jedoch keine Ausnahme. Inzwischen hat sich ein kompletter Markt um das Phänomen Burnout gebildet (Schüler-Schneider et al., 2011; Wilms & Borcsa, 2009). Es lassen sich unzählige Anbieter von Burnout-Behandlungen finden, die ihre Seminare in „Urlaubsorten“, wie beispielsweise Mallorca oder Südtirol, anbieten. Hier stellen sich Wilms et al. (2009) die Frage, wo „der Unterschied zwischen Wohlfühlen, Wellness und Walking in der Toskana und eine seriösen Unterstützungsangebot bei beruflicher Überlastung oder bereits eingetretener psychischer/psychosomatischer Störung“ (S. 199) liegt. Hillert (2012) gibt eine Vielzahl an Beispielen für solche fragwürdigen Angebote an: gesunde Ernährung, Vitaminzufuhr, Reduktion von Alkohol und Nikotinkonsum, diverse naturheilkundliche Methoden, Entspannungs- und Achtsamkeitstherapien, Gymnastik, Sport, Beschäftigung mit Religion (oder antiker Philosophie), Massagen, kreative Tätigkeiten, Tanzen, Konzert-, Theater-, Oper- und Museumsbesuche, Umgang mit Tieren, gemeinsame Aktivitäten mit Freunden und/ oder im Verein, Reisen, Anti-Burn-out-Tango und Anti-Burn-out-Vitaminpräparate. Aber es gibt auch bereits evaluierte Therapieprogramme, wie beispielsweise *Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)* und *Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf (AGIL)*. Beide erheben zwar nicht den Anspruch, dass sie speziell für eine Burnout-Behandlung konzipiert wurden, erzielen aber „zumindest teilweise stabile, signifikante und relevante positive Veränderungen“ (Hillert, 2012, S. 194).

In einem Interview von 2009 meint Burisch, dass die beste Möglichkeit sich vor Burnout zu schützen die Prävention sei. Ein hohes Maß an Selbstaufmerksamkeit und regelmäßige Entspannungsphasen in denen nüchtern Bilanz gezogen wird, seien gute Möglichkeiten einem Burnout vorzubeugen (Borcsa et al., 2009). Denn das größte Problem mit der Behandlung ist, dass „von Erholungsangeboten aller Art bis hin zu strukturierten psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen ... alles auch als Burn-out-Behandlung deklariert werden“ (Hillert, 2012, S. 191) kann. Der Grund hierfür liegt in der bereits genannten unspezifischen

Symptomatik. Schüler-Schneider et al. (2011) sind der Meinung, dass eine Therapie nur ausreichend ist, wenn gleichzeitig eine Aufarbeitung von Konflikten stattfindet.

2.6 Differentialdiagnostik

„Die Differentialdiagnostik ist eine Diagnostik, die darauf ausgerichtet ist, eine bestimmte Krankheit von Krankheiten einer symptomatisch ähnlichen Gruppe abzugrenzen und zu identifizieren.“ (Korczak et al., 2010, S. 23). Burnout wird häufig mit anderen psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht, am häufigsten mit Depression oder depressiven Episoden (Bergner, 2008). Ein Hauptgrund hierfür könnte sein, dass Burnout keine „echte“ Diagnose ist und daher „meist unter verschiedenen anderen Diagnosen erfasst wird.“ (Bauer et al., 2003, S. 216). „Burnout ohne Depression ist selten. Depression ohne Burnout ist häufig.“ (Bergner, 2008, S. 40). Eine Abgrenzung scheint beinahe unmöglich, besonders wegen der oft hohen Korrelation zwischen der Burnoutkomponente emotionale Erschöpfung und Depression (Nil et al., 2010; Rösing, 2003), aber auch wegen der häufigen Überlappung mit Erkrankungen wie z. B. einer Angststörung (Bauer et al., 2003; Kaschka et al., 2011) und der Begriffsverwirrung, die daraus entsteht. Lesky (2010) sagt sogar, dass sich das Konstrukt Burnout eigentlich in den bereits bestehenden Konzepten von Depression, Stress, Emotionalität/ Neurotizismus, Ängstlichkeit und Arbeitsunzufriedenheit auflöst. Andere Krankheiten, neben Depression, bei denen eine Abgrenzung ebenfalls unscharf ist, sind die Anpassungsstörung, das Abhängigkeitssyndrom, das *chronic fatigue syndrom* und Neurasthenie (Nil et al., 2010). Und obwohl Depression und Burnout eine Varianz zu haben scheinen, werden in der Literatur kaum Möglichkeiten ausgelassen, Argumente der Unterschiedlichkeit aufzuzeigen.

Eine häufig vorgenommene Unterscheidung ist, dass eine Depression sich im gesamten Lebensbereich ausbreitet, wohingegen sich Burnout auf den Arbeitsbereich beschränken lässt (Rösing, 2003). Eine andere Unterscheidung nehmen Nil et al. (2010) vor: „Burnout wird kausal im Zusammenhang mit chronischen (beruflichen) Stressoren gesehen und erfüllt keine bestehenden medizinisch-diagnostischen Kriterien. Depressive Erkrankungen sind medizinisch definierte psychische Erkrankungen, die nicht auf die Berufstätigkeit reduziert werden können. Sie werden unabhängig von endogenen (neurobiologischen) Vulnerabilitäten oder vermeintlichen exogenen Faktoren diagnostiziert.“ (S. 74). Hagemann (2003) sieht den größten Unterschied in Depression und Burnout bei der Behandlung. Bei einer Depression sei die Behandlung mit Antidepressiva unverzichtbar, bei Burnout jedoch wären Medikamente nur kurzzeitig zur Symptomlinderung indiziert.

Es gibt kaum Experten, die zu diesem Thema klar Stellung beziehen. Viele geben Argumente dafür an, dass es sich bei Burnout und Depression, nicht um dasselbe handelt. Diese Ar-

gumente sind aber häufig nicht sehr überzeugend und es kommt schnell das Gefühl auf, als seien sich die Experten selbst nicht sicher. Es gibt jedoch auch einige Publikationen in denen deutlich wird, dass die Autoren keinen wirklichen Unterschied zwischen Burnout und Depression sehen. So sagt Hegerl (2011), dass bei einem Großteil der Menschen mit Burnout de facto eine Depression vorliegt, da alle Symptome, die für die Diagnose Depression benötigte werden, erfüllt sind. Und auch Dettmer et al. (2011) sind der Meinung: „Nicht jede Depression ist ein Burnout – aber nahezu jeder Burnout ist eine Erschöpfungsdepression.“ (S. 116).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es bisher noch keine spezifische Abgrenzung von Burnout zu anderen Krankheitsbildern gibt. Es bleibt deshalb weiter „ein schillerndes Phänomen, das sehr häufig gesichtet wird, ohne dass jemand zu sagen weiß, um was genau es sich dabei handeln soll.“ (Pawelzik, 2011, S. 2).

Im folgenden Kapitel sollen die Pro und Contra Argumente für die Diagnose Burnout zusammengetragen und gegenübergestellt werden, um die Frage der Notwendigkeit dieser Diagnose zu erörtern.

3. Notwendigkeit der Diagnose Burnout

Nachdem dargestellt worden ist, was Burnout in den Medien und der Öffentlichkeit bedeutet und welche Kritik an den grundlegenden Aspekten zu üben ist, soll nun diskutiert werden, inwiefern eine Diagnose Burnout überhaupt notwendig ist. Denn es stellt sich die Frage: „Ist Burnout eine Diagnose, ein arbeitspsychologisches Stresskonzept oder einfach eine populäre, pseudowissenschaftliche Modeerscheinung?“ (Nil et al., 2010, S. 73). Eine eindeutige Antwort geben Hillert et al. (2006): „Aus akademischer Perspektive ist die Sache so klar, wie sie nur sein kann. Burnout ist derzeit definitiv keine Krankheit und keine Diagnose. Bestenfalls wäre Burnout ein weiteres Paradigma bzw. Modell, um psychosoziale Arbeitsbelastung abzubilden.“ (S. 175). An dieser Stelle sei weiterhin erwähnt, dass selbst Freudenberger, der „Entdecker“ der Burnout-Symptomatik, betonte, „dass Burnout keine psychische Erkrankung oder Neurose [ist], sondern ein Phänomen eigener Art bzw. ´nur´ das Ergebnis anhaltender Überforderung sei.“ (Schüler-Schneider et al., 2011, S. 321).

Pro

Zunächst werden Argumente dargestellt, die dafür sprechen, dass trotz aller Kritik Gründe für die Diagnose Burnout existieren und dieses Phänomen als Krankheitskonzept anerkannt werden könnte. Bei dem Begriff Burnout handelt es sich um eine sehr bildhafte Vokabel (Burisch, 1994), die für viele Menschen leichter anzunehmen ist, als beispielsweise eine Depression. In diesem Zusammenhang ist ein weiterer positiver Punkt die „Kundenfreundlichkeit“, denn der Begriff Burnout ist, im Gegensatz zur Depression, weniger stigmatisierend (Lesky, 2010). Hillert et al. (2006) merken dazu an, dass es Burnout-Betroffenen scheinbar wichtig sei als krank zu gelten, da dies das Einnehmen einer Krankenrolle rechtfertigt, ohne jedoch psychisch krank zu sein. Somit gibt es einen sekundären Krankheitsgewinn, ohne eine Stigmatisierung. Der Begriff Burnout gibt dem Betroffenen das Gefühl der „Schuldlosigkeit“, welches mit den meisten psychischen Erkrankungen einhergeht (Hillert, 2012; Hillert et al. 2006; Lesky, 2010). Wie bereits erwähnt litten nach Studien aus dem Jahr 2003 25 Prozent von 36 Millionen Erwerbstätigen in Deutschland am Burnout-Syndrom nach Freudenberger (Bauer et al., 2003). Eine so hohe Prozentzahl sollte nicht übersehen werden und ist ein weiteres Argument für die Notwendigkeit der Diagnose. Denn wenn so viele Personen Burnout haben, sollte auch eine anerkannte Diagnose dafür existieren. Besonders hoch scheint dieser Anteil bei Lehrern und Ärzten zu sein. Bergner (2008) gibt an, dass jeder vierte Arzt betroffen sei. Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass immer mehr Ärzte und Psychiater diese Diagnose auch alleinstehend vergeben, obwohl es sich um eine Z-Diagnose handelt (BPtK, 2012).

„Die Selbstdiagnose Burnout erleichtert es aktuell vielen, die Kriterien von ICD-10 Diagnosen des F-Kapitels erfüllende Patienten, ihre Problematik zu reflektieren und den Weg in qualifizierte Behandlung zu finden.“ (Hillert, 2008, S. 8). Auch der Spiegel-Artikel vom April 2011 beschreibt Burnout als einen positiv konnotierten Begriff, der den Weg zum Arzt erleichtert. Durch diese Bezeichnung wird der Gedanke übertragen, dass Anstrengung und Verausgabung vorangegangen sein müssen. Albrecht (2011a) stellt die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen Burnout und Depression dar. Es würde ansonsten die Gefahr einer Unterschätzung einer eventuellen Depression bestehen, sagt Albrecht (2011a) weiter. Auch Hegerl (2011) ist dieser Meinung. Er geht davon aus, dass Gegenmaßnahmen, die bei einem Burnout helfen könnten (wie länger schlafen oder Urlaub machen), bei einer depressiven Erkrankung nicht ratsam und sogar gefährlich sind, da diese den Zustand der depressiven Personen verschlechtern würde (Lesky, 2010). Weiter gibt Hegerl (2011) zu bedenken, dass ein undifferenzierter Gebrauch der Begriffe Burnout und Depression „zu einer Verharmlosung der Depression“ (S. 3) führen würde. Gefühle, wie eine gelegentliche Überforderung, oder Stresssituationen kennen die meisten Menschen. Das sind jedoch keine Zustände, die medizinischer Behandlung bedürfen, im Gegensatz zu einer Depression. Hegerl (2011) plädiert in diesem Zusammenhang dafür, eine Depression auch so zu nennen, um damit den besten Umgang mit der Erkrankung zu erreichen.

Contra

Argumente gegen die Notwendigkeit einer solchen Diagnose könnten sein: Burnout ist sowohl jetzt als auch in Zukunft „keine Krankheit im Sinne der kanonisierten medizinischen Definition: Burnout steht weder in der jüngsten (vierten) Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)* ... noch in dem entsprechenden internationalen Verzeichnis, der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* ...“ (Rösing, 2003, S. 86). Zumindest findet sich Burnout in der ICD-10 erst im Kapitel XXI unter der Überschrift „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ als Z73.0 „Ausgebranntsein, Burnout und Zustand der totalen Erschöpfung“ wieder (Dilling & Freyberger, 2011). Das Burnout-Syndrom ist keine Störung mit Krankheitswert und damit auch keine „echte“ Diagnose (Lesky, 2010). Dies scheint Bestätigung darin zu finden, dass die Diagnose auch in den neuesten Ausgaben der beiden Klassifikationssystemen ICD-11 und DSM-V keinen Eingang finden wird (Berger et al., 2012; Koch et al., 2012; Nil, Jacobshagen, Schächinger, Baumann, Höck, Hättenschwiler et al., 2010). Auf dieser Grundlage reicht die Kodierung Z73.0 den Krankenkassen als Grund für eine Krankschreibung nicht aus (Koch et al., 2012). Bei der Frage, ob sich das ändern sollte, gibt Burisch in einem Interview von 2009 zwei Seiten zu bedenken. Auf der einen Seite sei es unbefriedigend, dass auf andere Diagnosen, wie De-

pression oder Anpassungsstörung, ausgewichen werden muss. Auf der anderen Seite geht er aber von einem „Dammbruch“ aus, sobald „etwas so schwer Abgrenzbares und leicht Simulierbares plötzlich ausreichen würde.“ (Borcsa et al., 2009, S. 257). Ein weiterer Punkt der gegen die Notwendigkeit der Diagnose spricht, ist die Tatsache, dass einige Experten die Meinung vertreten, Burnout sei eine Sonderform oder Art der Depression, die mit einer manifomen Abwehr einhergeht, sprich es wird versucht durch übermäßige Aktivität das sichere Scheitern zu verhindern (Hegerl, 2011; Schüler-Schneider et al., 2011). Weiter sind Schüler-Schneider et al. (2011) der Ansicht, das „Burnout-Syndrom eignet sich als ein differenziertes Krankheitskonzept und sollte nur für Depressionen, die durch Konflikte am Arbeitsplatz ausgelöst wurden, verwendet werden.“ (S. 320). Somit sind auch diese Autoren der Meinung, dass es sich bei Burnout um eine Depression handelt, und nicht um eine eigene Diagnose im engeren Sinne.

Schon 1983 fragte sich Farber: „It is a critical time for the concept of burnout. Will burnout prove to be a concept of enduring value, useful in understanding and treating a class of work-related symptoms? Or will the concept itself ‘burn-out’ from overuse, overextension, and lack of new directions?“ (Farber, 1983, S. 17/18).

4. Diskussion und Schlussbetrachtung

„Brauchen wir den Begriff Burnout? ... Ist Burnout nicht bloß eine Variante von Depression?“ (Rösing, 2003, S. 78). Solche Fragen stellen sich zwangsläufig, beschäftigt man sich eingehend mit der Thematik Burnout. Die „Modediagnose“ Burnout hat sich in den letzten 40 Jahren immer mehr auch zum Gegenstand arbeitspsychologischer Forschung etabliert (Kaschka et al., 2011). Nicht nur in zahllosen Medienberichten, sondern auch in Berichten der Krankenkassen findet dieser Begriff Anwendung (WIdO, 2011; BPtK, 2012).

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde zuerst die Öffentlichkeitspräsenz des Phänomens Burnout dargestellt. Die Wahrnehmung veränderte sich im Laufe der Jahre. Zunächst handelte es sich um eine einfache Darstellung, die jedoch mehr und mehr an Popularität gewann. Diese Popularität hat einen eigenen Markt erschaffen - mit Burnout lässt sich sogar Geld verdienen (Hillert, 2012; Prengel, 2011; Schüler-Schneider et al., 2011; Wilms et al., 2009) Das zeigen unter Anderem kommerzielle Internetseiten mit Behandlungsangeboten. Sogar eine Selbstdiagnostik ist inzwischen online möglich – ohne ärztlichen Rat einzuholen.

Im Anschluss daran wurden grundlegende Aspekte des Konzepts kritisch beleuchtet. Auch Experten haben bisher keine inhaltlich umfassende und einheitliche Definition des Symptomkomplexes Burnout finden können (Albrecht, 2011b; Kaschka et al., 2011; Korczak et al., 2010). Es ist es eine Ansammlung verschiedenster Symptome ohne dass genau festgelegt ist, welche davon für eine Diagnose erforderlich sind (Hillert et al., 2006). Ursachen für Burnout sind vielfältig und nicht ausschließlich im Arbeitsbereich zu suchen (Hagemann, 2003). Verlässliche Prävalenzzahlen oder gut validierte Diagnostikinstrumente fehlen bisweilen (Korczak et al., 2010; Nil et al., 2010). Da immer noch umstritten ist, ob die Diagnose Burnout überhaupt existiert, gibt es also weder Burnout-Kranke, noch eine Burnout-Therapie (Lesky, 2010). Eine Differenzialdiagnostik ist nur schwer möglich, da es keine klare Definition des Konzepts gibt und so keine Abgrenzung zu anderen Konzepten möglich ist.

Schließlich wurde die Frage nach der Notwendigkeit bearbeitet. Diese scheint gegeben zu sein, da klar zu erkennen ist, dass sich viele Menschen mit dieser Diagnose identifizieren können. Häufig führt die Diagnose Burnout überhaupt dazu, dass diese Personen einen Arzt aufsuchen. Krank aber nicht psychisch krank lautet die Devise. Faktisch findet sich weder im DSM-IV noch im Kapitel F (psychische Störungen) der ICD-10 die Diagnose Burnout. Was heißt es also „ausgebrannt“ zu sein? Der Modebegriff beschreibt ein multidimensionales arbeitspsychologisches Stresskonstrukt, aber keine medizinische Diagnose (Nil et al., 2010). Ist Burnout als eigenständige Diagnose also in der Folge überhaupt sinnvoll? Diese Frage zu beantworten fällt nicht nur Laien schwer. Auch Expertenmeinungen gehen hier weit auseinander.

inander. Es kann also folglich keine allgemeingültige Antwort auf diese Frage gefunden werden.

Brauchen wir die Diagnose Burnout?

Es soll jedoch nicht bezweifelt werden, dass eine Symptomatik, die unter dem Begriff Burnout bekannt ist, besteht. Doch wirkt der inflationäre Gebrauch dieses Begriffes schnell irreführend und verwirrend (Hegerl, 2011). Notwendig ist eine Diagnose logischerweise dann, wenn sie ein Konzept beschreibt, das anders nicht erfasst werden kann. Lesky (2010) formulierte, dass sich das Konstrukt Burnout in anderen Konzepten auflöst, also keine eigenständige Symptomatik innehat. Burnout erfüllt des Weiteren keine medizinisch-diagnostischen Kriterien (Nil et al., 2010). Folglich wäre eine Diagnose Burnout sinnlos. Dennoch zeigen öffentlich diskutierte Fälle wie der von Miriam Meckel, dass Burnout das Lebensgefühl einer Generation trifft. Ein Phänomen kann sich nur dann so eindrucksvoll durchsetzen, wie es bei Burnout der Fall ist, wenn es auch auf Menschen trifft, die sich in ihm wiedererkennen (Erhart et al., 1997). Daraus kann man schließen, dass die Erscheinung Burnout nicht wegzuwendende Vorteile hat. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit Stigmatisierungen einher. Die öffentliche Aufmerksamkeit an diesen Störungen, indem beispielsweise über Burnout diskutiert wird, trägt dazu bei, dass eben diese Stigmatisierungen abgebaut werden können (Hegerl, 2011). Viele Menschen können gerade deshalb, weil sie ein Burnout-Syndrom haben, und eben keine Depression, ohne Scham einen Arzt aufsuchen. Doch diese positiven Effekte sind nicht Burnout-spezifisch, sondern hätten auch durch jede beliebige, doch gut vermarktete Störung, erreicht werden können. Gefühle, wie Erschöpfung und gelegentliche Überforderung kennen die meisten. Das sind jedoch keine Zustände, die einer Behandlung bedürfen, im Gegensatz zur Depression. Wenn also Burnout als Pathologie anerkannt würde, kommt es einerseits zu erhöhten Behandlungskosten, weil die Anzahl der Erkrankten stark ansteigen würde. Andererseits würde es dazu führen, dass eine sich entwickelnde Depression übersehen oder unterschätzt werden könnte. Und wenn sie ernst genommen werden würde, es sich also um eine depressive Problematik handelte, besteht diese Pathologie bereits jetzt und kann mit der ICD-10 kodiert werden. Folglich ist eine Diagnose Burnout nur für nichtpathologische Fälle notwendig und damit als klinische Diagnose unbrauchbar.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass die Arbeit selbstständig von mir verfasst wurde und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel eingesetzt wurden. Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, wurden kenntlich gemacht.

Weiterhin erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Stendal, 07.09.2012

Barbara Abele

Literaturverzeichnis

- Albrecht, H. (01.12.2011a). Burn-out. *ZEIT-ONLINE*. [Zugriff: 08.06.2012, 16:32 MEZ, verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/2011/49/M-Burnout.pdf>]
- Albrecht, H. (01.12.2011b). Burn-out, die deutsche Spezialität. *ZEIT-ONLINE*. [Zugriff: 08.06.2012, 16:31 MEZ, verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/2011/49/Burnout-International.pdf>]
- Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M. & Dahlbender, R. W. (2003). Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychotherapie - Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 53, S. 213-222.
- Berger, M., Falkai, P. & Maier, W. (2012). Burn-out ist keine Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, PP, Heft 5, S. 212-215.
- Bergner, T. M. H. (2008, 2. unveränd. Nachdruck). Burnout bei Ärzten. *Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe*. Stuttgart: Schattauer.
- Bergner, T. M. H. (2009, 3. unveränd. Nachdruck). Burnout-Prävention. *Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe*. Stuttgart: Schattauer.
- Brennkmeier, V., Van Yperen, N. W. & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, S. 873-880.
- Bodin, M. (2000). *Ausgebrannt...Über den „Burnout“ im Journalismus*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Borcsa, M. & Wilms, B. (2009). Burisch on Burnout. *Sechs Fragen an Matthias Burisch. Psychotherapie im Dialog*, 3/2009, 10. Jahrgang, S. 256-257.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). Psychische Erkrankungen und Burnout. BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. www.bptk.de
- Burisch, M. (1994). Das Burnout-Syndrom. *Theorie der inneren Erschöpfung*. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Dettmer, M., Shafy, S. & Tietz, J. (2011). Volk der Erschöpften. *Der Spiegel*, 4/2011, S. 114-122. [Zugriff: 27.07.2012, 11:26 MEZ, verfügbar unter: <http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=76551044&aref=image046/2011/01/22/CO-SP-2011-004-0114-0122.PDF&thumb=false>]
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout. [Zugriff: 19.07.2012, 15:13 MEZ, verfügbar unter: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf]

- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2011). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. *Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR*. (5., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Erhart, F. & Meyer, U. (1997). Burnout – eine moderne Karriere. In R. Zech (Hrsg.). (1997), *Pädagogische Antworten auf gesellschaftliche Modernisierungsanforderungen* (S. 114-139). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Farber, B. A. (1983). Introduction: A Critical Perspective on Burnout. In B. A. Farber (Hrsg.). (1983), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (S. 1-20). New York: Pergamon Press.
- Geyerhofer, S. & Unterholzer, C. (2009). Die Behandlung von Burnout – Individuum und Kontext. *Psychotherapie im Dialog*, 3/2009, 10. Jahrgang, S. 222-229.
- Hagemann, W. (2009). Burnout bei Lehrern. *Ursachen, Hilfen, Therapien*. München: C. H. Beck.
- Hegerl, U. (02.11.2011). Pressemitteilung. Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. [Zugriff: 20.08.2012, 17:27 MEZ, verfügbar unter: <http://idw-online.de/pages/de/attachmentdata12007.pdf>]
- Hillert, A. (2008). Zu viel Stress und dann ist man eben ausgebrannt... Inhalte, Grenzen und Nebenwirkungen des Burnout-Phänomens. *Beitrag für den Tagungsband des 18. Bundeskongresses für Schulpsychologie vom 24. bis 26. September 2008 in Stuttgart*.
- Hillert, A. (2012). Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, S. 190-196.
- Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). Die Burnout Epidemie. *oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C. H. Beck.
- Kaschka, W. P., Korczak, D. & Broich, K. (2011). Modediagnose Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (46), S. 781-788.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. HTA (Health Technology Assessment)-Bericht, Schriftenreihe, Bd. 105. Köln: DIMDI.
- Koch, U. & Broich, K. (2012). Das Burn-out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, S. 161-163.
- Lesky, J. (2010). Burnout: Schein und Sein. Zusammenfassung der Artikel des Autors aus dem *ärztemagazin* (07/2010) und *Sichere Arbeit* (03/2010). [Zugriff: 07.05.2012, 13:01 MEZ, verfügbar unter: <http://www.eval.at/fp11/pdf/Krankenanstalten/Lesky.pdf>]
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, Vol. 2, S. 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, S. 397-422.

- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., Ramseier, F., Seifritz, E. & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161 (2), S. 72-77.
- Pawelzik, M. (01.12.2011). Gefühlte Epidemie. *ZEIT-ONLINE*. [Zugriff: 08.06.2012, 16:28 MEZ, verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/2011/49/M-Burnout-Kontra.pdf>]
- Prenzel, H. (01.12.2011). Gut verdienen mit Burn-out. *ZEIT-ONLINE*. [Zugriff: 20.08.2012, 17:21 MEZ, verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/karriere/beruf/2011-11/besuch-burnout-luxusklinik.pdf>]
- Riedel-Heller, S., Stengler, K. & Seidler, A. (2012). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Psychiatrische Praxis*, 39, S. 103-105. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rösing, I. (2003). Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg: Asanger.
- Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Hrsg.). (2003), *The Handbook of Work and Health Psychology* (S. 383-425). John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, Vol. 14, No. 3, S. 204-220.
- Schüler-Schneider, A., Schneider, B. & Hillert, A. (2011). Burnout als Krankheitskonzept. *Psychiatrische Praxis*, 38, S. 320-322. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schulze, B. (2009). Energiekrise in der Arbeitswelt? *Psychotherapie im Dialog*, 3/2009, 10. Jahrgang, S. 201-208.
- Wilms, B. & Borcsa, M. (2009). Mode, Macke oder? *Psychotherapie im Dialog*, 3/2009, 10. Jahrgang, S. 199-200.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (19. April 2011). Pressemitteilung. Burnout auf dem Vormarsch. Berlin. [Zugriff: 22.05.2012, 13:38 MEZ, verfügbar unter: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pra_pm_krstd_0411.pdf]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitschriftencover im den Jahren 2011-2012 6

Quellen (von links nach rechts):

Bild 1:

Titelbild (Martens, A.). Der Spiegel. (Nr. 6/ 06.02.2012). Die gestresste Seele. Hamburg: Rudolf Augstein.

Bild 2:

Titelbild (Werner, J., Kammerer B., Endemann, A., van Bömmel, D., Breuer, B. & Occhipinti, G.). Stern. (Nr. 40/ 29.09.2011). Total erschöpft. Hamburg: Gruner + Jahr.

Bild 3:

http://p4.focus.de/img/gen/O/W/HBOW8NTT_Pxgen_r_Ax480.jpg?http://p4.focus.de/img/gen/O/W/HBOW8NTT_Pxgen_r_Ax480.jpg?http://p4.focus.de/img/gen/O/W/HBOW8NTT_Pxgen_r_Ax480.jpg

Bild 4:

http://p4.focus.de/img/gen/I/B/HBIBw6UB_Pxgen_r_Ax480.jpg?http://p4.focus.de/img/gen/I/B/HBIBw6UB_Pxgen_r_Ax480.jpg?http://p4.focus.de/img/gen/I/B/HBIBw6UB_Pxgen_r_Ax480.jpg.jpg

Bild 5:

http://www.faz.net/polopoly_fs/1.1598514!/image/3570383764.jpg_gen/derivatives/article_aufmacher_gross/3570383764.jpg

Abbildung 2: Burnout-Krankschreibungen mit/ ohne anderen Diagnosen (BPtK, 2012) 8

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Burnout vor Freudenberger nach Bergner (2008, S. 6)10

Tabelle 2: Phasenmodelle nach Hillert et al. (2006, S. 75)13

Tabelle 3: Burnout-Symptomatik nach Burisch (1994, S. 18/19).....16

Tabelle 4: Übersicht verschiedener Burnout-Messinstrumente (Korczak et al., 2010).....20

Tabelle 5: Vorschläge zur Burnout-Behandlung und Prävention nach Freudenberger (1974) (Hillert, 2008).....22