



Barbara  
Hochstrasser

# Burnout und Erschöpfungs- depression

Konzepte, Verursachungsmodelle,  
Therapieansätze



# Burnout und Erschöpfungsdepression

# **Burnout und Erschöpfungsdepression**

Barbara Hochstrasser

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Psychologie:

Prof. Dr. Guy Bodenmann, Zürich; Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich; Prof. Dr. Björn Rasch, Freiburg i. Ü.;  
Prof. Dr. Astrid Schütz, Bamberg; Prof. Dr. Markus Wirtz, Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Martina Zemp, Wien

Barbara Hochstrasser

# Burnout und Erschöpfungs- depression

Konzepte, Verursachungsmodelle, Therapieansätze



**Dr. Barbara Hochstrasser**, M.P.H., Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Privatklinik Meiringen  
Ambulatorium Bern  
Laupenstraße 5A  
3008 Bern  
Schweiz  
E-Mail: [barbara.hochstrasser@privatklinik-meiringen.ch](mailto:barbara.hochstrasser@privatklinik-meiringen.ch)

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Psychologie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Dr. Susanne Lauri  
Bearbeitung: Mihrican Özdem, Landau  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlagabbildung: GettyImages/Westend61  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: CPI books GmbH, Leck  
Printed in Germany

1. Auflage 2024  
© 2024 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95693-0)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75693-6)  
ISBN 978-3-456-85693-3  
<https://doi.org/10.1024/85693-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> . . . . .	9
<b>Geleitwort</b> . . . . .	11
<b>Vorwort</b> . . . . .	13
<b>1 Konzept des Burnouts</b> . . . . .	17
1.1 Erste Beschreibungen und Konzeptualisierung . . . . .	17
1.1.1 Konzept von Freudenberger . . . . .	17
1.1.2 Konzept von Maslach und Jackson . . . . .	18
1.1.3 Konzept von Pines und Aronson . . . . .	19
1.1.4 Konzept von Cherniss . . . . .	20
1.1.5 Konzept von Hobfoll und Shirom – Burnout gemäß der Conservation-of-Resources-Theorie . . . . .	21
1.1.6 Persönliches, klientenbezogenes und arbeitsbezogenes Burnout . . . . .	23
1.2 Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik . . . . .	25
1.2.1 Exhaustion Disorder (ED) . . . . .	26
1.2.2 Harmonisierte Definition von Burnout und burnoutähnlichen Konzepten	28
1.2.3 Gemeinsamkeiten von Burnout-Definitionen . . . . .	29
1.2.4 Ausblick: Burnout in der ICD-11 . . . . .	29
1.3 Unsere Definition von Burnout . . . . .	30
1.4 Fragebogen zur Erfassung von Burnout . . . . .	31
1.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI) . . . . .	31
1.4.2 Burnout Measure (BM) . . . . .	32
1.4.3 Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) . . . . .	32
1.4.4 Copenhagen Burnout Inventory (CBI) . . . . .	35
1.4.5 Hamburger Burnout-Inventar (HBI) . . . . .	36
1.4.6 Oldenburg Burnout Inventory (OLBIE) . . . . .	37
<b>2 Symptomatologie des Burnouts</b> . . . . .	39
2.1 Burnout als Zustand . . . . .	39
2.2 Burnout als Prozess . . . . .	40

<b>3</b>	<b>Epidemiologie des Burnouts</b>	43
3.1	Burnout in der Allgemeinbevölkerung	43
3.2	Weitere Befunde zum Einfluss soziodemografischer Variablen	47
3.3	Unterschiede nach Geschlecht und Alter	48
3.4	Burnout in sozialen Berufen	48
<b>4</b>	<b>Ursachen und Risikofaktoren</b>	51
4.1	Stress – der das Burnout verursachende Mechanismus	51
4.1.1	Selyes allgemeines Adaptationssyndrom	51
4.1.2	Stress aus psychologischer Sicht: Stressmodell von Lazarus und Folkman	53
4.1.3	Physiologie von Stress	62
4.1.4	Allostase und Allostatische Last (allostatische Last)	68
4.1.5	Neurobiologie von chronischem Stress	74
4.1.6	Quellen individueller Unterschiede in der Stressreaktion	81
4.2	Arbeitspsychologische Verursachungsmodelle	85
4.2.1	Grundlegende sozialpsychologische Modelle	86
4.2.2	Thesen und Befunde der ersten Phase der Burnout-Forschung	91
4.2.3	„Six Areas of Worklife“ nach Maslach und Leiter	93
4.2.4	Faktoren, die zu persönlichem, arbeitsbezogenem und klientenbezogenem Burnout führen	99
4.2.5	Cherniss' Modell der inadäquaten Bewältigungsstrategie	100
4.2.6	Job-Strain-Modell – Anforderung und Kontrolle	100
4.2.7	Job-Demands-Resources-Modell (JD-R)	102
4.2.8	Conservation of Resources (COR) – Burnout als Verlust intrinsischer Energien	108
4.2.9	Berufliche Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance) nach Siegrist	109
4.2.10	Stress as Offence to Self (SOS) – Stress als Angriff auf das Selbst	111
4.3	Rolle von sozialer Unterstützung	117
4.4	Individuelle Risikofaktoren	121
4.4.1	Persönlichkeitsmerkmale als Risikofaktoren für Burnout (Big Five)	122
4.4.2	Burnout – Folge einer narzisstischen Selbstregulation	125
4.4.3	Burnout als Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens	128
4.5	Zusammenfassende Grafik der Burnout-Ursachen	130
<b>5</b>	<b>Psychiatrische Differenzialdiagnosen</b>	133
5.1	Depression	133
5.2	Angststörungen	136
5.3	Anpassungsstörung	139
5.4	Zwangsstörung	139

5.5	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	140
5.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	143
5.7	ADS und ADHS bei Erwachsenen	145
5.8	Persönlichkeitsakzentuierung und Persönlichkeitsstörung	149
5.9	Chronic Fatigue Syndrome	152
5.10	Long-/Post-Covid	156
5.11	Neurasthenie	156
<b>6</b>	<b>Medizinische Differenzialdiagnose</b>	<b>161</b>
<b>7</b>	<b>Folgen von Burnout</b>	<b>163</b>
7.1	Auswirkungen auf die Gesundheit	163
7.1.1	Psychische Störungen	163
7.1.2	Somatische Störungen	165
7.2	Arbeitsbezogene Konsequenzen	168
7.2.1	Arbeitsunzufriedenheit	169
7.2.2	Krankheitsausfälle	169
7.2.3	Neuberentung	171
7.2.4	Job-Demands/Job-Resources	171
7.2.5	Präsentismus	171
<b>8</b>	<b>Stand der Forschung zur Burnout-Therapie</b>	<b>173</b>
8.1	Interventionen mit Fokus auf das Unternehmen	173
8.2	Interventionen bei stressbelasteten Personen im Arbeitsprozess	178
8.3	Studien zu therapeutischen Maßnahmen bei klinischem Burnout	180
8.4	Studien zur Rehabilitation und Reintegration beim Burnout	184
<b>9</b>	<b>Therapie des Burnouts und der Erschöpfungsdepression</b>	<b>187</b>
9.1	Beziehungsgestaltung	187
9.2	Evaluation und Informationserfassung	188
9.3	Beurteilung, Psychoedukation und Entwicklung eines Erklärungsmodells	194
9.4	Motivationsklärung und Zieldefinition	195
9.5	Erste Maßnahmen	196
9.5.1	Entlastung	196
9.5.2	Tagesstrukturierung und Energiemonitoring	196
9.6	Medizinisch-psychiatrische Interventionen beim Burnout	198
9.6.1	Behandlung der klinischen Depression	198

9.6.2	Schlafregulation . . . . .	201
9.6.3	Behandlung von Ängstlichkeit, Nervosität und Anspannung . . . . .	202
9.7	Psychotherapie des Burnouts und der Erschöpfungsdepression . . . . .	203
9.7.1	Individuelle (Einzel-)Psychotherapie . . . . .	204
9.7.2	Psychoedukative Gruppentherapie . . . . .	206
<b>10</b>	<b>Entspannungsmaßnahmen</b> . . . . .	<b>209</b>
10.1	Allgemeine Hinweise . . . . .	209
10.2	Aktive Entspannungsmaßnahmen . . . . .	210
10.2.1	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson . . . . .	210
10.2.2	Das Autogene Training (AT) . . . . .	212
10.2.3	Qigong (Chi Gong) . . . . .	214
10.2.4	Yoga . . . . .	218
10.2.5	Achtsamkeit und Meditation . . . . .	221
10.3	Biofeedback bei Stress, Burnout und Depression . . . . .	226
10.3.1	Das Wesen von Biofeedback . . . . .	226
10.3.2	Effekte von Biofeedback bei Stress, Ängstlichkeit und Depression . . . . .	229
10.4	Passive Entspannungsmaßnahmen . . . . .	232
10.4.1	Komplementärmedizinische Anwendungen . . . . .	233
10.4.2	Maßnahmen aus der Naturheilkunde . . . . .	235
10.5	Körperliche Aktivität, Fitness und Sport . . . . .	236
10.5.1	Wirkung der körperlichen Aktivität auf die Gesundheit . . . . .	236
10.5.2	Körperliche Aktivität bei Burnout und Erschöpfungsdepression . . . . .	239
10.6	Erlebnisorientierte Therapien . . . . .	242
<b>11</b>	<b>Rehabilitation und Reintegration</b> . . . . .	<b>243</b>
11.1	Einführung . . . . .	243
11.2	Herangehensweisen je nach Ausgangssituation . . . . .	245
11.2.1	A: Einvernehmliches Verhältnis mit Arbeitgeber und stimmiger Aufgabenbereich . . . . .	245
11.2.2	B: Ausgeprägte Erschöpfungssymptomatik und lang andauernde Arbeitsunfähigkeit . . . . .	247
11.2.3	C: Ausgeprägte interpersonelle Konflikte zwischen Patienten und Schlüsselpersonen am Arbeitsplatz . . . . .	247
<b>Zur Autorin</b>	. . . . .	<b>251</b>
<b>Literatur</b>	. . . . .	<b>253</b>
<b>Weiterführende Literatur</b>	. . . . .	<b>279</b>
<b>Hinweise zu Zusatzmaterialien</b>	. . . . .	<b>281</b>
<b>Sachwortverzeichnis</b>	. . . . .	<b>283</b>

# Danksagung

Mein Dank gilt als erstes meinen Patientinnen und Patienten, die mir durch ihr Vertrauen die Möglichkeit gaben, sie in ihrer je individuellen Auseinandersetzung mit ihrer Stressfolgestörung zu begleiten und dabei viel über das Ausgebranntsein zu lernen.

Danken möchte ich Herrn Professor Michael Soyka für den Impuls, dieses Buch zu schreiben, und dafür, dass er den Kontakt zum Hogrefe Verlag vermittelt hat.

Besonderer Dank geht an Susanne Lauri, Programmleiterin für den Bereich Psychologie des Hogrefe Verlags, für ihren Enthusiasmus und Glauben an das Gelingen dieses Projektes, ebenso für ihre Geduld, die mich stets ermutigte.

Von Herzen danken möchte ich den Mitgliedern meines Arbeitsteams – Helmut Finkel, Ulrich von Bardeleben, Lorenz Ruckstuhl und Marcus Sievers – die mit mir zusammen ein erfolgreiches stationäres Behandlungsprogramm zur Behandlung von Menschen mit einem Burnout entwickelten, betrieben und stets weiter optimierten.

Mein Dank gilt auch meinen Kolleginnen und Kollegen vom Schweizer Expertennetz-

werk für Burnout (SEB), besonders Beate Schulze und Martin Keck, für ihre wertvollen Anregungen im Laufe unserer Zusammenarbeit, und Martin grosse Holtforth für seine inspirierende Begleitung und Betreuung von Mitarbeitenden bei Forschungsprojekten.

Sehr herzlich bedanke ich mich bei Herrn Professor Thomas Müller, dessen Unterstützung eine erweiterte Beforschung unseres stationären Behandlungsprogramms ermöglichte, und bei Annina Haberthür, Flurina Elkuch und Gianandrea Pallich für ihren beherzten Einsatz bei der Durchführung und Analyse der verschiedenen Studien.

Ein großer Dank geht an Angeliki Frangouli und Josef Seemüller für die Möglichkeit, in ihrem wundervollen Haus am Meer schreiben zu dürfen.

Last but not least danke ich von Herzen meiner Lektorin, Mihrican Özdem, für ihre äußerst lebenswürdige, umsichtige, klare, professionelle und wertschätzende Überarbeitung meines Manuskripts.

# Geleitwort

Als ich 2006 als Ärztlicher Direktor an die Privatklinik Meiningen wechselte, war meine Co-Chefärztin Barbara Hochstrasser dort schon langjährig als eine national wie international renommierte Expertin im Bereich Burnout und Depression tätig. Die Autorin ist eine versierte und renommierte Klinikerin. Sie hatte frühzeitig die Bedeutung dieses Gebietes erkannt und das erste Behandlungskonzept und eine Spezialstation für Burnout und Erschöpfungsdepression in der Schweiz konzipiert, die bis heute stark nachgefragt wird, bei hoher Patientenzufriedenheit. Neben der optimalen klinischen Versorgung der Patienten lag ihr Augenmerk auch auf der Erforschung der Grundlagen und des individuellen Bedingungsgefüges, das zu Burnout führen kann.

Ich freue mich sehr, dass ihre langjährige klinische und auch wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema in einem Buch gipfelt.

Das Thema Burnout ist seit vielen Jahren in der medizinischen Fachwelt, aber auch unter Laien, sehr verbreitet, stellenweise war es in aller Munde.

Bei Burnout handelt es sich nicht um ein Synonym für depressive Störungen, vielmehr gibt es definierte ätiologische Konzepte zur Entwicklung eines Burnouts, die in diesem Buch auch dargestellt werden, das als praxisnahes Lehrbuch konzipiert ist und sich wohltuend von zahlreichen anderen Publikationen zu dem

Thema unterscheidet, die oft nur eine geringe intellektuelle Flughöhe auf Ratgeberniveau haben. Die verschiedenen konzeptuellen Auffassungen von Burnout werden im vorliegenden Buch genau beschrieben, ebenso wie die große Bedeutung, die Stressfaktoren für die Entwicklung von Burnout und Erschöpfungsdepression haben. Burnout ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Medizin, Psychiatrie, Psychologie, Soziologie und andere Disziplinen liefern Ansätze für das Verständnis. Das macht die Beschäftigung mit dem Thema reizvoll, und das Buch spiegelt dies wunderbar wider.

Es belegt auch eindrucksvoll, dass die klinisch-wissenschaftliche und akademische Auseinandersetzung mit der Therapie von Burnout weit über die Vermittlung achtsamkeitsbasierter Basiswissens hinausgeht, sondern eine differenzierte, multimodale Herangehensweise erfordert. Der vorliegende Band ist ein Standardwerk im Bereich Burnout und Erschöpfungsdepression und wird sicher den verdienten Erfolg haben. Das wünsche ich jedenfalls dem Buch und seiner Autorin, die in die Abfassung nicht nur viel Arbeitszeit und Fachwissen, sondern auch Herzblut investiert hat. Es stellt die Synthese einer jahrzehntelangen Auseinandersetzung mit dem Thema Burnout dar, die hoffentlich noch lange nicht endet.

München, 27.3.2023

Michael Soyka

# Vorwort

„Burnout“ ist in aller Munde. Ursprünglich benutzt, um das Verglühen von Raumschiffträgern beim Wiedereintritt in die Erdatmosphäre zu bezeichnen, fand der Begriff in den 1970er-Jahren Eingang in die Arbeitspsychologie und erfreut sich heute einer zunehmenden Popularität. Einzelpersonen, Medien, Unternehmen, Ärztinnen und Therapeuten fühlen sich gleichermaßen davon angesprochen. Das Konzept einer arbeitsbedingten Erschöpfung, gepaart mit Demotivierung und eingeschränkter Leistungseinschätzung, scheint nachvollziehbar und zur Beschreibung der persönlichen Erfahrungen, im Arbeitsalltag an die eigenen Belastungsgrenzen zu stoßen, treffend zu sein. Die Fachpublikationen und Medienberichte zum Burnout erfreuen sich seit 2004 eines exponentiellen Wachstums. Doch tritt das Phänomen, durch berufliche Belastung ausgebrannt zu sein, tatsächlich häufiger auf, oder entspricht diese Terminologie eher einer Modeströmung? Wird der Begriff „Ausgebranntsein“ zu leichtfertig in den Mund genommen, um eine empfundene Stressbelastung bei hohem Leistungseinsatz als bitteres Tribut zu heroisieren?

Die Berichte, die eine zunehmende Stressbelastung am Arbeitsplatz widerspiegeln, sprechen allerdings eine klare Sprache. So schätzte das Schweizerische Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) aufgrund einer repräsentativen Umfrage bei Schweizer Erwerbstätigen (Ramacotti & Perriard, 2000) die gesamten durch arbeitsbedingten Stress verursachten Kosten im

Jahre 2000 auf 4.6 Milliarden Schweizer Franken (ca. 3 Milliarden Euro). Dies entspricht 1.2% des Bruttoinlandproduktes. Die Umfrage ergab zudem, dass sich 26.6% der Arbeitnehmenden oft oder sehr oft gestresst fühlten, und nahezu ein Drittel stufte ihre Arbeit als psychisch oft oder sehr oft belastend ein. Empfundener Stress korrelierte mit Mangel an Unterstützung, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Konflikten mit anderen Personen und Erfahrung von Gewalt am Arbeitsplatz. Der Anteil der häufig gestressten und gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmenden hatte im Vergleich zu Voruntersuchungen in den Jahren 1984 und 1991 zugenommen.

Eine 2009 publizierte erweiterte Gesundheitsbefragung von Schweizer Erwerbstätigen (Krieger & Graf, 2009) widerspiegelte eine erneute Zunahme der psychischen und nervlichen Belastungen am Arbeitsplatz. 41% der Befragten beurteilten ihre Arbeit als psychisch oder nervlich belastend, bei gleichzeitiger Abnahme der Ressource Unterstützung. Zwei Drittel beklagte Zeitdruck und etwas über ein Drittel erfuhr Belastungen durch Spannungen am Arbeitsplatz oder Nervosität. Ein Fünftel der Befragten gab an, an Überforderung zu leiden. Als weitere Belastungen wurden unfaire Behandlung, Angst, Unterforderung und Mobbing (8%) genannt. Die häufigsten Gesundheitsstörungen waren mit je 41% Rücken- und Kreuzschmerzen sowie Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit. Von den befragten Erwerbstätigen beklagten 39% Kopfschmerzen

und 32% Ein- und Durchschlafstörungen. Die 2010 erneut durchgeführte repräsentative Studie des SECO (Grebner, Berlowitz, Alvarado & Cassina, 2011) zur Arbeitssituation und Gesundheit der Schweizer Arbeitnehmenden belegte, dass sich 34% der Arbeitstätigen chronisch gestresst fühlten (23% häufig, 12% sehr häufig). Dies entspricht einer Zunahme von 7% in den 10 Jahren seit der letzten analogen Untersuchung im Jahre 2000. 11% der Befragten litten unter Angst oder depressiven Symptomen (Frauen 15%) und 4% bejahten die Frage, ob sie häufig oder sehr häufig emotional ausgelaugt und erschöpft seien, was die Forschungsgruppe als Indiz für Burnout betrachtete. Stressempfinden war positiv korreliert mit Burnout, Gesundheitsproblemen und Arbeitsunzufriedenheit. 32% gaben an, in den letzten 12 Monaten mindestens eine Substanz (Alkohol, Schmerzmittel, Sedativa) eingenommen zu haben, um in der Arbeit leistungsfähiger zu sein.

Analog dazu fand die Deutsche Angestellten-Krankenkasse DAK (2009) in Deutschland, dass jeder zweite deutsche Arbeitnehmer seine Arbeit als sehr belastend und stressig wahrnahm. Jeder siebte fürchtete sich vor einem Arbeitsplatzverlust, jeder neunte gab an, unter Konflikten mit Arbeitskollegen zu leiden. Die Anzahl der Krankmeldungen war das zweite Jahr in Folge gestiegen. Psychische Erkrankungen machten 10% der Absenzen aus. Sie waren um 7.9% häufiger als im Vorjahr und wiesen damit die höchste Zuwachsrate aller Krankheiten auf. Der European Working Condition Survey (Parent-Thirion, Fernández-Macías, Hurley & Vermeylen, 2007) fand, dass 22% der Arbeitstätigen in den 25 Mitgliedsstaaten der EU und assoziierten Ländern an Stress am Arbeitsplatz leiden. Diese Befunde sind alarmierend und legen nahe, dass Stress und arbeitsbezogene Belastungen tatsächlich zunehmen.

Der seit 2014 durch die Organisation *Gesundheitsförderung Schweiz* regelmäßig erhobene Job-Stress-Index bei Schweizer Erwerbstätigen, der das Verhältnis zwischen Arbeitsbelastungen

und Arbeitsressourcen widerspiegelt (höhere Werte bedeuten mehr Belastungen), war bis 2020 bei jeder Untersuchung gestiegen. Im Jahre 2020 (Galliker et al., 2020) betrug er 50.83 und 29.6% der Erwerbstätigen hatten mehr Belastungen als Ressourcen. An emotionaler Erschöpfung litten 28.7%. Emotionale Erschöpfung weist auf Burnout hin. In den Jahren 2014 und 2015 lag der Anteil der Erschöpften bei einem Viertel. Die jährlichen Kosten durch arbeitsbezogenen Stress betragen 2020 7.6 Milliarden Schweizer Franken.

Die Erhebung im Jahr 2022 (Galliker, Igc, Elfering, Semmer, Brunner & Thomme, 2022) zeigte eine leichte, nicht signifikante Verbesserung des Job Stress Index von 50.66. Der Anteil der Schweizer Erwerbstätigen, die 2022 mehr Belastungen als Ressourcen angab, was einem kritischen Job-Stress-Index entspricht, betrug 28.6%. Der Anteil der emotional erschöpften Erwerbstätigen überstieg hingegen mit 30.3% erstmal seit 2014 die 30%-Marke. Dies deutet auf eine Zunahme von Burnout hin. Die Kosten von arbeitsbezogenem Stress lagen 2022 mit 6.5 Milliarden Franken leicht niedriger als im Jahre 2020.

Burnout wird damit zu einem individuellen und gesellschaftlichen Risiko. Obwohl dringend angebracht, wird die Auseinandersetzung mit Burnout erschwert durch unterschiedliche Definitionen und Messinstrumente, Unklarheit bezüglich seines Krankheitswertes und unterschiedliche Erklärungsmodelle. Alle Definitionen betonen jedoch die zentrale Dimension der Erschöpfung und der zunehmenden Entmutigung. Zugleich besteht mehrheitlich Einigkeit darüber, dass Burnout eine arbeitsbezogene Störung darstellt, jedoch durch individuelle Faktoren mitbedingt wird.

Dieses Buch vermittelt eine theoretische Grundlage und einen fundierten Leitfaden für die Behandlung und Begleitung von Menschen, die von einem Burnout betroffen sind. Es richtet sich in erster Linie an Ärzte, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen, Coaches, Casemanagerinnen und Berater.

Burnout ist unserer Ansicht nach eine Stressbelastungsstörung, die sich prozesshaft in der Auseinandersetzung mit dem Arbeitsumfeld entwickelt und sich als psychosomatisches Syndrom mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad darstellt. Im Verlaufe dieses Prozesses kann Burnout zu verschiedenen psychischen und physischen Störungen und Erkrankungen, insbesondere Depression führen, die bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. Burnout wird in der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010) als Syndrom (Z73.0), nicht als eine eigene Krankheitskategorie bezeichnet, jedoch ist es unstrittig, dass Burnout ein relevantes und zu behandelndes klinisches Syndrom darstellt. Schweden hat einen speziellen ICD-10-Code für Burnout geschaffen, und in den Niederlanden fand die arbeitsbedingte Erschöpfung früh eine hohe

Akzeptanz. Die WHO hat sich im Kontext der Neuformulierung der Internationalen Klassifikation von Krankheiten mit dem Phänomen Burnout vertieft auseinandergesetzt und räumt Burnout in der ICD-11 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2022) die Rubrik einer qualifizierenden Zusatzbezeichnung einer Diagnose ein (Qualifying Diagnosis), die durch Belastungen im Arbeitskontext (mit)bedingt ist.

Anmerkung: In diesem Buch wird zur Geschlechtsbezeichnung in unsystematischer Reihenfolge abwechselnd die männliche und die weibliche Form verwendet: die Ärztin, der Therapeut. Sind Frauen oder Männer gemeint, werden diese als solche bezeichnet. Menschen, die sich keinem der beiden Geschlechter zugehörig fühlen, sind stets mitgemeint.

## 1

# Konzept des Burnouts

## 1.1 Erste Beschreibungen und Konzeptualisierung

Die psychologische Bedeutung der Arbeit und die gesundheitsrelevanten Konsequenzen bei psychisch belastenden Arbeitsbedingungen fanden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend Beachtung. In diesem Kontext entstand der Begriff „Burnout“, der erstmals in dem Roman „A Burnt-Out Case“ von Greene (1961) als Ausdruck einer völligen Desillusionierung über die eigene Lebens- und Arbeitsgestaltung in Erscheinung trat. Greene beschreibt einen Architekten, der aufgrund einer Sinnkrise seine Arbeit und sein bisheriges Lebensumfeld aufgibt und sich in den afrikanischen Dschungel absetzt. Burnout erschien als ein attraktiver Begriff, um die subjektiven Erfahrungen vieler Menschen in ihrem Arbeitsumfeld zu beschreiben, und fand bald Verbreitung im amerikanischen Volksmund. Burnout entsprach also primär einer populären Vorstellung und wurde erst in zweiter Linie konzeptionell klarer gefasst und wissenschaftlich erforscht.

### 1.1.1 Konzept von Freudenberg

„Burnout“ wurde von Freudenberg (1974), einem Psychoanalytiker, primär an sich selbst und an anderen Volontären an einer ambulanten Klinik für sozial bedürftige Menschen beobachtet. Er arbeitete dort zusätzlich zu seiner be-

ruflichen Tätigkeit als Psychoanalytiker und beschrieb sich als einer, der eher einstecke, als seinen Idealismus aufzugeben. Abgeleitet von dem Verb „to burn out“, das „sich aufbrauchen, sich erschöpfen“ bedeutet, definierte er „Burnout als einen Prozess der Erschöpfung durch exzessive Anforderungen an die Energien, die Kräfte und die Ressourcen des Betroffenen“ (S. 159; Übersetzung: die Autorin).

Die Symptomatik beschrieb er als individuell variabel, bestehend aus körperlichen Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Veränderungen. Auf körperlicher Ebene beobachtete er Erschöpfung und Müdigkeit, die Unfähigkeit, eine Erkältung abzuschütteln, häufige Kopfschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden, Schlaflosigkeit und Atemnot. An Verhaltensauffälligkeiten beschrieb er leichte Reizbarkeit, Irritierbarkeit und geringe Frustrationstoleranz, Misstrauen bis Paranoia. Damit gekoppelt könne auch ein überhöhtes Selbstwertgefühl und risikoreiches Verhalten beobachtet werden. Gedanklich seien die Betroffenen rigide, unflexibel, störrisch und blockierend und würden durch einen ausgeprägten Zynismus auffallen. Zudem würden manche zu Beruhigungs- und Schlafmitteln oder Haschisch greifen, um sich selbst zu behandeln. Die Betroffenen würden depressiv erscheinen, sich vermehrt zurückziehen und oftmals Überstunden machen bei gleichzeitigem Verlust der Effizienz.

Um so „auszubrennen“, müsse ein Mensch einmal für eine Sache „gebrannt“ haben. Als Ri-

sikofaktoren für ein Burnout bezeichnete Freudenberger hohe Einsatzfreudigkeit und Idealismus, besonders bei Vorliegen eines übertriebenen Engagements bedingt durch das Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung, aber auch bei Langeweile und Monotonie durch Routine. Prävention und Therapie solle in der Entwicklung eines reifen und realistischen Engagements aus genügend Zeit für Erholung und Freizeit, gegenseitigem Austausch und Unterstützung, körperlicher Aktivität sowie Arbeitsdiversifikation und Weiterbildung bestehen. Freudenberger sah Burnout, wie es Koch und Broich (2012) ausdrücken, „ausschließlich als Krise des sozial Engagierten, der nicht mehr in der Lage ist, sein vorheriges hohes Engagement aufrechtzuerhalten“ (S. 161).

### 1.1.2 Konzept von Maslach und Jackson

Maslach, eine Arbeitspsychologin, interviewte Professionelle in sozialen Berufen hinsichtlich emotionaler Belastungen an ihrem Arbeitsplatz und fand, dass ihre Bewältigungsstrategien wichtige Faktoren für ihre professionelle Identität und ihr Arbeitsverhalten darstellten. Ihr Interesse galt den interpersonellen Aspekten der Belastungen, also den individuellen Stressreaktionen der Betroffenen. Sie beobachtete wiederholt dieselben Phänomene: Menschen in sozialen Berufen bezeichneten sich als emotional erschöpft und reagierten, um sich zu schützen, auf die Ansprüche der Klienten mit einer distanzierenden, oftmals zynischen und bisweilen negativen Haltung. Sie fühlten sich erschöpft und beklagten, weniger effektiv zu arbeiten. Es führten vor allem hohe Klientenzahlen, negative Rückmeldungen der Klienten und Mangel an Ressourcen zu einer solchen Belastungsreaktion (Maslach & Leiter, 2001). Diese Befunde entsprachen dem gängigen, populären Konzept des Burnouts (Maslach, 1976). Diese Beobachtung motivierte Maslach, das Phänomen Burnout als eine wissenschaftliche Frage zu untersuchen.

Maslach und Jackson (1986) definierten aufgrund empirischer Untersuchungen Burnout als überdauerndes Reaktionsmuster in Folge von lange währenden zwischenmenschlichen Belastungen am Arbeitsplatz mit den drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Distanzierung und Zynismus sowie in Folge von subjektiv empfundenen Leistungseinbußen und entwickelten das Maslach Burnout Inventory (MBI). Die Erschöpfungskomponente beschreibt die persönliche Reaktion auf lang andauernden Stress und zeigt sich in der Entwicklung des Burnouts als erstes. Emotionale Erschöpfung entspricht dem Gefühl, ausgelaugt und energielos zu sein und sich nur mit Mühe für die Arbeit aufraffen zu können. Die Komponente Distanzierung und Zynismus wird von Maslach als Reaktion auf die zwischenmenschlichen Belastungen in sozialen Berufen gewertet; sie dient dem Schutz des Betroffenen, weil seine Energie nicht mehr ausreicht, den Anforderungen gerecht zu werden. Sie erscheint demnach als zweites in der Entwicklung des Burnouts. Diese Distanzierung äußert sich in einer negativen, abschottenden und oftmals zynischen Haltung gegenüber den Empfängern der Hilfestellungen oder Dienstleistungen. Das Gefühl, persönlich weniger effektiv oder leistungsfähig zu sein, erscheint schließlich als drittes, es kann aber auch gleichzeitig mit der Distanzierung entstehen. Hier wird postuliert, dass sie einerseits eine direkte Folge der Erschöpfung oder andererseits eine Folge der Distanzierung und Handlungsänderung darstelle. In diesem Fall erlebe sich der Professionelle als so verändert, dass er sich kritischer beurteile (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Das Maslach Burnout Inventory wurde zuerst spezifisch für Gesundheitsberufe entwickelt (MBI-HSS), später für Lehrpersonen (MBI-ES), beides Berufe, in denen eine intensive Interaktion mit anderen eine zentrale Rolle spielt. Die drei Burnout-Dimensionen wurden entsprechend diesem zwischenmenschlichen Fokus „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „subjektive Leistungseinschätzung“ genannt.

In den 1990er-Jahren bezogen die Untersuchungen auch andere Berufsgruppen ein, sodass Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson (1996) einen leicht abgeänderten Fragebogen entwickelten, den „Maslach Burnout Inventory – General Survey“ (MBI-GS). Hier nannten sie die Dimensionen „emotionale Erschöpfung“, „Zynismus“ und „persönliche Leistungseinschätzung“. Burnout wurde in diesen Berufsgruppen als Ausdruck von Stress am Arbeitsplatz aufgrund verschiedener Belastungsfaktoren verstanden. Daher wurden auch Verbindungen mit anderen arbeitspsychologischen Konzepten wie Arbeitszufriedenheit, Identifikation und Personalfuktuation gesucht. Von einem Burnout betroffene Mitarbeiter hatten häufiger Fehlzeiten, kündigten häufiger innerlich oder wechselten tatsächlich ihr Arbeitsumfeld. Blieben sie an der Arbeit, waren sie weniger produktiv und leistungsfähig. Sie gaben eine niedrigere Arbeitszufriedenheit an und waren mit ihrem Arbeitgeber weniger identifiziert (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Zudem schienen sie Kollegen negativ zu beeinflussen durch Probleme am Arbeitsplatz oder Arbeitsunterbrechung. Burnout kann somit „ansteckend“ sein, nicht nur im Arbeits-, sondern auch im privaten Umfeld.

### 1.1.3 Konzept von Pines und Aronson

Pines und Aronson (1988), Psychologin und Psychologe mit psychoanalytischem Hintergrund, definierten aufgrund von Einzelbeobachtungen und später systematischen Untersuchungen bei Berufsangehörigen in helfenden Berufen Burnout als einen Zustand der körperlichen, emotionalen und mentalen Erschöpfung, die durch eine lange Beschäftigung mit emotional anstrengenden Situationen entstehen könne. Dabei bezogen sie sich nicht ausschließlich auf berufsbezogene, sondern auch in anderen Lebensbereichen vorhandene belastende Situationen oder Beziehungen. Sie entwickelten zur systematischen Untersuchung des Phänomens eine eigene Burnout-Skala, die Burnout-Measure oder Tedium-Measure. Sie

unterschieden zwischen einem „Burnout Stress Syndrom“, eine milde Form des Unwohlseins, das die Arbeitstätigen nicht daran hinderten, zu arbeiten, und einem „Burnout Mental Disability“ (Burnout mit psychischen Störungen), das sich als ein schwerwiegendes, klinisch relevantes Muster eines persönlichen Krankheitsgefühls mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit darstellt und als eine Endform des Burnout-Prozesses zu werten sei (Pines & Aronson, 1981). Neben der Untersuchung des Burnouts mit diesem Instrument bei verschiedenen Berufsangehörigen untersuchten sie Burnout bei Ehepartnern (Pines, 1988), Militärangehörigen oder Angehörigen verschiedener politischer Gruppen in Israel (Pines, 1994).

Pines (1993) stellte die These auf, dass der tieferliegende Grund für das Risiko, ein Burnout zu entwickeln, im menschlichen Grundbedürfnis nach einem Lebenssinn besteht. Die Kontingenzerfahrung, d. h. die Erkenntnis, dass das Leben endlich und der Tod unvermeidbar sind, führe zum Bedürfnis, das Leben sinnvoll zu gestalten, und die Dinge, die wir tun, und uns selbst als nützlich zu sehen. Um das Gefühl einer primären Wertigkeit zu erlangen, einer spezifischen Bedeutung, einer Nützlichkeit für das Universum, eines nicht erschütterbaren Sinns, würden sich die Menschen um das Heldentum bemühen. Jede Kultur habe ein spezifisches System definiert, wie Menschen zu Helden werden können. In der westlichen Welt sei früher die Religion das entsprechende Heldensystem gewesen, und die Sinnfindung in der Ausführung vom Willen Gottes. Menschen, die die religiöse Antwort auf die Kontingenzerfahrung zurückweisen, würden häufig die Arbeit als Antwort wählen. Mit der Säkularisierung sei zunehmend die Arbeit an die Stelle der Religion getreten, was erklären könne, weshalb Burnout heute ein häufiges Phänomen darstelle.

Nach Pines entsteht Burnout dann, wenn Menschen in der Bemühung, durch die Arbeit Sinn im Leben zu finden, scheitern. Um am Scheitern in einen emotionalen Notstand zu gelangen, müssen die Menschen vorerst hoch mo-

tiviert und engagiert gewesen sein, also mit ganzem Herzen hehre Ziele verfolgt haben, um eine existenzielle Bedeutung zu erlangen. Nur Menschen mit einem solchen Enthusiasmus und Hingabe können ein Burnout entwickeln. Die Frage des Scheiterns entscheidet sich an der Art der Arbeitsumgebung, in der sie tätig sind. In einer Arbeitsumgebung, die von Autonomie, Ressourcen und Unterstützung geprägt ist, können die Menschen ihre Ziele und Erwartungen erreichen, so das Gefühl einer existenziellen Bedeutung erlangen, was ihre Motivation weiter steigert. In einer Arbeitsumgebung, die durch negative Erfahrungen, Hindernisse und Bürokratie gekennzeichnet ist, können die Menschen ihre Ziele und Erwartungen nicht umsetzen, entwickeln ein Gefühl des Scheiterns, woraus dann Burnout entsteht. Entscheidend ist, so die Autorin, nicht das objektive Versagen, sondern das persönliche Gefühl des Scheiterns. Ebenso ist es die persönliche Wahrnehmung der Arbeitsumgebung, die auch objektiven Beurteilungen entsprechen kann, die die negativen Erfahrungen prägt. Im Zentrum des Burnout-Modells steht damit die Interaktion zwischen Individuum und Arbeitsumgebung.

### 1.1.4 Konzept von Cherniss

Der Psychologe Cary Cherniss legte 1980 (s. auch Cherniss, 1999) eine empirische Untersuchung vor zu Haltungen und Erfahrungen von 26 jungen Akademikern, die sich im ersten Berufsjahr nach Abschluss der Ausbildung einer sozialen Tätigkeit in einer öffentlichen Institution nachgingen. Dabei stellte er fest, dass Professionelle in personenbezogenen Dienstleistungsberufen über eine äußerst belastende Erfahrung berichteten; sie verloren zunehmend ihren ursprünglichen Idealismus, ihr Engagement und ihre Zuwendung zu ihren Klienten. Sie wurden misstrauisch, zynisch oder gar feindselig gegenüber ihren Klientinnen, reduzierten ihre Zielerwartungen, fokussierten in zunehmendem Maße auf ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen, ordneten der finanziellen

Vergütung mehr Bedeutung zu als zu Beginn ihrer Berufstätigkeit und fühlten sich enttäuscht und desillusioniert. Cherniss bezeichnete dieses Phänomen einerseits als „Praxisschock“ in Übereinstimmung mit dem Konzept des „Reality Shock“ von Kramer (1974), der das Resultat der Erfahrung einer großen Diskrepanz zwischen den romantisierten Vorstellungen über die berufliche Situation und der tatsächlichen Realität darstellt. Andererseits bezeichnete er den Prozess als Ausbrennen, entstanden durch großen Druck, als Bedrohung des Selbstwertgefühls und fortwährende Frustration trotz großer Anstrengungen bei ungenügender Unterstützung. Als relevante Belastungsfaktoren identifizierte er folgende:

- **Kompetenzkrise:** Die eigene Kompetenzerwartung als frisch promovierter Professioneller wurde durch die in der Realität erfahrene Inkompetenz angesichts unerwarteter Situationen und Herausforderungen drastisch enttäuscht, was das Selbstwertgefühl unterminierte.
- **Systembedingte Konflikte:** Beschränkung der Autonomie, Konflikte hinsichtlich der Qualität der zu erbringenden Dienstleistung, Konflikte mit Systemträgern und Vorgesetzten und organisatorische „Irrationalitäten“ führten zu Zerreibung von Energien und zu Desillusionierung.
- **Bürokratie:** Die Behinderung von spontaner Zuwendung und Kreativität und die Ausrichtung auf Schnelligkeit, Effizienz und Konformität, gepaart mit einer unter Umständen problematischen Autoritätshierarchie, führten zu Frustration, moralischen Dilemmata, Konflikten und Verlust von Einsatzfreudigkeit.
- **Schwierigkeiten mit Klienten:** Mangelnde Dankbarkeit und Compliance, Anzweiflung, Unehrllichkeit, Versuche der Manipulation, Widerstände der Klienten wurden als Ausdruck eigenen Versagens gewertet und führten zu Frustration, Desillusionierung und Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit.

- Routine und Langeweile entsprachen nicht den Erwartungen an das Berufsumfeld und führten zu Verlust von Engagement und Enthusiasmus.
  - Fehlen von kollegialer Unterstützung: Die Enttäuschung über das Fehlen von kollegialer, fachlicher und emotionaler Unterstützung, Ermutigung und Rückmeldungen führten zu Einsamkeitsgefühlen und Verunsicherung.
- Gleichgesinnte Kollegen und Mentoren
  - Weiterbildung
- Individuelle Faktoren:
    - Spannkraft (Kraft, Energie zur Bewältigung von Aufgaben)
    - Aktives Problemlösungsverhalten und Hartnäckigkeit
    - Realistische Erwartungen und Ziele
    - Entwicklung von Verhandlungskompetenz
    - Geschicklichkeit im Umgang mit organisationsbedingtem Widerstand
    - Konfliktlösefähigkeit
    - Neugierde und lebenslanges Lernen
    - Balance zwischen Arbeit, Familie und Freizeit
    - Übergeordnete Sinngebung

Eine Nachuntersuchung dieser Teilnehmenden (Cherniss, 1999) ergab, dass sich die Mehrheit der Untersuchten von ihrem Burnout erholt hatte, indem sie in ihrem Berufsleben verschiedene Anpassungen vorgenommen hatten. Viele hatten sich von ihrem ursprünglichen beruflichen Berufsumfeld wegbewegt, und nur ein Drittel war noch in einem helfenden Beruf tätig, zum Teil ohne direkten Klientenkontakt. Diejenigen, die an einem unbefriedigenden Arbeitsort verblieben, äußerten, dass ein Wechsel sie zu viel Energie kosten würde. Alle ordneten der Arbeit weniger Bedeutung zu und achteten bewusst auf ein Gleichgewicht zwischen Arbeit, Familie und Freizeit. Sie maßen Herausforderungen und Anregungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit, aber auch dem eigenen Status, ihrem Prestige und ihrer Reputation mehr Bedeutung zu. Sie hatten auch mehr Offenheit und Flexibilität entwickelt, gepaart mit einem gesteigerten Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl. Im Allgemeinen zeigten sie sich zufrieden mit ihrem Leben, und einige hatten herausgefunden, was sie tatsächlich mit Begeisterung machten, und sich von fremdbestimmten Idealen entfernten.

Als Faktoren, die zu einer erfolgreichen Bewältigung des Burnouts geführt hatten, identifizierte Cherniss die folgenden:

- Im Arbeitsumfeld:
  - Autonomie
  - Anerkennung und Feedback
  - Unterstützung durch Vorgesetzte
  - Flexible Arbeitsgestaltung
  - Abbau von Barrieren und Dysfunktionalität im Arbeitsumfeld

Cherniss folgerte, dass Burnout durch eine inadäquate Bewältigung des Berufseinstiegs entsteht, jedoch kein durch das Individuum bedingtes Problem darstellt, auch wenn dabei durchaus individuelle Erwartungen eine Rolle spielen, Burnout ist vielmehr Ausdruck von ungünstigen Arbeitsbedingungen. In dem Ausmaß, wie diese angepasst werden, ist es Professionellen in personenbezogenen Dienstleistungsberufen möglich, ihr Engagement und ihre Zuwendung aufrechtzuerhalten und nutzbringend einzubringen sowie ihre Kompetenz, ihr Selbstwertgefühl und ihre Zufriedenheit zu stärken.

### 1.1.5 Konzept von Hobfoll und Shirom – Burnout gemäß der Conservation-of-Resources-Theorie

Die Basis der Definition von Burnout als Verlust von Energieressourcen bildet die Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989), zu Deutsch die Ressourcenerhaltungs-Theorie. Laut der COR-Theorie, im Folgenden kurz COR, haben Menschen eine grundlegende Motivation, Dinge, die ihnen wichtig sind, zu erwerben, zu erhalten und zu beschützen. Diese erhaltenswerten Dinge werden Ressourcen genannt. Es gibt vier Typen von Ressourcen:

- Gegenstände und Dinge, z. B. ein Auto

- Lebensbedingungen, z. B. eine gute Ehe oder Arbeitsplatzsicherheit
- Persönliche Eigenschaften oder Attribute, z. B. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, soziale Anerkennung und Wertschätzung
- Energien:
  - intrinsische Energien, wie körperliche, geistige und emotionale Energie
  - extrinsische Energien wie Geld, Kredit, Unterstützung durch andere

In der COR ist der Stressbegriff von Lazarus und Folkman (1984) (s. Kap. 4.1.2), der psychischen Stress als die Folge eines Ungleichgewichts zwischen Anforderungen und Ressourcen beschreiben, modifiziert. Laut der COR entsteht Stress vornehmlich dann, wenn ein Verlust von Ressourcen droht. Ein Individuum empfindet psychischen Stress in folgenden Situationen:

- Gefahr, Ressourcen zu verlieren
- Verlust von Ressourcen
- Unfähigkeit, Ressourcen zu gewinnen, trotz persönlichem Einsatz dafür

Um Ressourcen zu gewinnen, zu beschützen oder ihren Verlust zu vermeiden, muss Energie aufgewendet werden. Das heißt, Ressourcen müssen dafür eingesetzt werden. So verlangt z. B. der Umgang mit einer interpersonell schwierigen Situation die Investition von mehr Zeit, Energie oder Vertrauen in die Beziehung. Ebenso verlangt ein erhöhter Produktionsdruck in einer Firma von einer Managerin, die vorhandenen Ressourcen anders einzusetzen, den Mitarbeitern mehr Arbeitsdruck aufzuerlegen oder mehr Personal einzustellen. Ein persönlich drohender Verlust von Selbstwert, z. B. in einer Krisensituation, verlangt vermehrte soziale Unterstützung und die Rückbesinnung auf das eigene Selbstwertgefühl.

Individuen, die viele Ressourcen haben, sind weniger gefährdet, Ressourcen zu verlieren, oder sie sind von einem Ressourcenverlust weniger betroffen. Gleichzeitig sind sie fähiger, Ressourcen zu gewinnen. Umgekehrt haben

Menschen mit wenigen Ressourcen eine erhöhte Vulnerabilität, Ressourcen zu verlieren, und sind weniger fähig, Ressourcen zu gewinnen.

Eine wichtige persönliche Ressource stellt das *Selbstwirksamkeitsgefühl* dar. Selbstwirksamkeitsgefühl bedeutet das Vertrauen, das eine Person in ihre eigene Fähigkeit hat, eine Situation wirksam zu bewältigen. Menschen mit einem hohen Selbstwirksamkeitsgefühl sind eher bereit, eine Herausforderung anzunehmen und dafür ihre Ressourcen einzusetzen, auch wenn dabei möglicherweise Ressourcen (wie Energie oder Geld) verlorengehen. Dies auch mit der Erwartung, daraus einen persönlichen Erfolg und Gewinn zu erreichen. Bei erfolgreicher Bewältigung der Herausforderung ergibt sich eine Erhöhung des Selbstwirksamkeitsgefühls, was diese wichtige Ressource fördert. Menschen mit geringem Selbstwirksamkeitsgefühl vermeiden neue Herausforderungen, was zur Folge hat, dass ihr Selbstwirksamkeitsgefühl nicht gestärkt wird.

Eine weitere wichtige Ressource stellt *soziale Unterstützung* dar. Soziale Unterstützung wird hier in zwei Dimensionen verstanden. Einerseits als eine Bedingungsressource. Darunter wird die Möglichkeit verstanden, auf ein soziales Netz zurückgreifen zu können, auf intime Bezugspersonen, die emotionale Unterstützung vermitteln, oder auf Bekannte, die fachlich und praktisch helfen können. Darunter wird auch die faktische Unterstützung, Beratung oder Hilfestellung verstanden. Menschen mit einem großen sozialen Netz können sich in einer Stresssituation darauf stützen. Sie erhalten wahrscheinlicher Hilfe, Beratung und emotionale Unterstützung, können die Situation besser meistern und damit erneut Ressourcen gewinnen. Menschen mit kleinem sozialem Netz werden durch Stress mehr belastet oder müssen Herausforderungen allein bestehen, da sie kaum Unterstützung zur Bewältigung der Situation oder zum emotionalen Austausch erhalten. Damit laufen sie Gefahr, die Situation nicht erfolgreich zu bewältigen und einen weiteren Verlust von Ressourcen zu er-

leiden, wie den Verlust von Selbstwirksamkeitsgefühl oder Selbstwertgefühl.

Gemäß der COR ergeben sich bei Personen mit vielen Ressourcen eher Zyklen von Ressourcengewinn, bei Personen mit wenigen Ressourcen Zyklen von Ressourcenverlust. In der COR wird betont, dass Menschen eher auf die Gefahr von Ressourcenverlust reagieren als auf die Möglichkeit von Ressourcengewinn. Damit wird die Erfahrung eines Ressourcenverlustes bei Stressbelastung zu einem prägenden Ereignis für die Entwicklung eines Individuums. Die Entwicklung von Stressresistenz beruht auf der Fähigkeit, Verlustzyklen zu unterbrechen und Gewinnzyklen zu schaffen. So benutzen Menschen mit guten Ressourcen soziale Unterstützung gezielter und haben meist auch Zugang zu wirksameren Bezugspersonen als solche mit wenigen Ressourcen. Das heißt auch, dass persönliche und soziale Ressourcen wechselseitig voneinander abhängig sind.

Nach Hobfoll und Shirom (1993) lassen sich im Arbeitsumfeld drei Typen von Stresserfahrungen unterscheiden:

- Chronischer Stress, wie etwa der Umgang mit einem schwierigen Vorgesetzten. Dies kann zu einem kontinuierlichen und bedeutsamen Verlust von Ressourcen führen.
- Episodischer Stress: Bei guter Selbstwirksamkeit, Kompetenz und sozialer Unterstützung können solche Perioden gut gemeistert werden. Sie verbrauchen aber Energieresourcen und bedingen eine nachfolgende Erholungsphase.
- Massive, „einmalige“ Stressoren, wie z. B. eine Kündigung. Dies kann so überwältigend sein, dass vorhandene Ressourcen plötzlich verlorengehen und sich ein negativer Zyklus von weiterem Ressourcenverlust entwickelt. Entscheidend zur Bewältigung einer solchen Situation sind starke persönliche Ressourcen und gute soziale Unterstützung.

Hobfoll und Shirom (1993) definieren Burnout als das Ergebnis eines kontinuierlichen Verbrauchs der intrinsischen Energien und Bewälti-

gungsressourcen einer Person infolge chronischer Stressbelastungen am *Arbeitsplatz*. Burnout manifestiert sich auf drei Ebenen:

- Verlust der körperlichen Energie: körperliche Mattigkeit, Unfähigkeit zur Erholung
- Verlust der mentalen Energie: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Verlust der emotionalen Energie: reduziertes Einfühlungsvermögen, sozialer Rückzug

Hobfoll und Shirom (1993) betrachten die Erschöpfungskomponente als die wichtigste Dimension von Burnout und sehen Zynismus und reduziertes Leistungsgefühl als Ausdruck eines Bewältigungsversuchs. Chronischer Stress, der zum Burnout führt, wird ihres Erachtens verursacht durch qualitative und quantitative Überlastung, Rollenkonflikte oder zwiespältige Rollen, mangelnde Partizipation und mangelnde soziale Unterstützung.

Entsprechend ihrem Burnout-Konzept entwickelten Shirom und Mitarbeitende vorerst den Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Kushnir & Melamed, 1992; Melamed, Kushnir & Shirom, 1992) und später die Shirom-Melamed-Burnout-Measure (SMBM) (Lerman et al., 1999; Melamed, Shirom & Froom, 2003). Diese misst das Ausmaß des Verlustes der jeweiligen Energieform: körperliche Energie, mentale Energie und emotionale Energie. Die Skala ergibt je einen Wert für die drei Subskalen der jeweiligen Energieform sowie einen Gesamtwert und vergleicht diese mit einer Normstichprobe (vgl. Kap. 1.4.1).

### 1.1.6 Persönliches, klientenbezogenes und arbeitsbezogenes Burnout

Eine dänische Forschungsgruppe untersuchte in einer 5-jährigen prospektiven Studie (PUMA-Studie) das Ausmaß von Burnout in sozialen Berufen, die individuellen und arbeitsbezogenen Risikofaktoren und den Einfluss von Burnout auf Arbeitszufriedenheit, Arbeitsabsenzen, Frühpensionierung, Morbidität und Mortalität (Borritz et al., 2005). Sie betrachtete die Er-

schöpfungskomponente als das zentrale Element des Burnout-Konzepts, die Dimension Depersonalisierung als einen Bewältigungsversuch und die reduzierte persönliche Leistungseinschätzung als eine Folge der Erschöpfung. Dabei unterschied sie drei Typen von Burnout (Borritz et al., 2006a):

- Persönliches Burnout
- Klientenbezogenes Burnout
- Arbeits-, aber nicht klientenbezogenes Burnout

Da die vorhandenen Instrumente für ihren Forschungsansatz nicht geeignet erschienen, entwickelten Kristensen, Borritz, Villadsen und Christensen (2005) eine neue Skala, um Burnout zu messen: das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (s. Kap. 1.4.4). Wie in früheren Untersuchungen wurden in dieser Studie ebenfalls Angehörige von Berufsgruppen, die mit „Klienten“ zu tun haben, untersucht. Dabei unterschieden sie drei Typen: echte Klienten, Kollegen und Kunden. *Klienten* im engeren Sinne sind z. B. Patientinnen, Empfänger von sozialen Leistungen oder ältere Menschen. Die grundlegende Beziehung des Arbeitstätigen zu seinen Klienten ist professionell, indem er im Auftrag der Gesellschaft bemüht ist, bei seinen Klienten eine Veränderung hervorzurufen (z. B. Verbesserung der Gesundheit). *Kunden* kaufen etwas auf dem Markt. Die grundlegende Beziehung des Arbeitstätigen ist kommerziell und im Allgemeinen kürzer und emotional weniger beanspruchend. *Kollegen* sind die anderen Arbeitstätigen, Vorgesetzte und Unterstellte, mit denen der Angestellte interagiert. Beziehungen zu Kollegen können lang andauernd und emotional einnehmend, aber auch kurz und oberflächlich sein.

In der ersten Querschnittuntersuchung war der mittlere Wert des persönlichen Burnouts auf einer Skala von 0 (nie oder wenig ausgeprägt) bis 100 (immer oder sehr ausgeprägt) 35.9 ( $SD = 16.5$ ), des arbeitsbezogenen Burnouts 33.0 ( $SD = 17.7$ ) und des klientenbezogenen Burnouts 30.9 ( $SD = 17.6$ ). Gefängniswärter

wiesen die höchsten Werte beim klientenbezogenen Burnout auf, gefolgt von Mitarbeitenden von Sozialdiensten und psychiatrischem Personal. Sehr hohe Werte sowohl beim klientenbezogenen und arbeitsbezogenen Burnout fanden sich bei Hebammen, Spitex-Mitarbeitern und Sozialarbeitern sowohl in städtischen Sozialdiensten als auch in Heimen für Menschen mit Behinderung. Hohe Werte beim arbeitsbezogenen Burnout wiesen auch Spitalärzte auf. Vorgesetzte und administrative Mitarbeiter wiesen niedrige Werte sowohl beim arbeitsbezogenen als auch klientenbezogenen Burnout auf. In der Basisuntersuchung zeigte arbeitsbezogenes Burnout die höchste Korrelation mit Arbeitszufriedenheit ( $r = -0.51$ ), d. h., je ausgeprägter das Burnout war, desto niedriger war die Arbeitszufriedenheit. Ebenfalls beträchtliche Korrelationen fanden sich zwischen arbeitsbezogenem Burnout und hohen Arbeitsanforderungen ( $r = 0.48$ ), Rollenkonflikten ( $r = 0.44$ ) und hohen emotionalen Anforderungen ( $r = 0.42$ ). Je höher die arbeitsbezogenen Burnout-Werte ausfielen, desto mehr Krankheitsabwesenheiten wurden verzeichnet: Die Probanden mit den höchsten arbeitsbezogenen Burnout-Werten wiesen 13.9 Krankheitstage auf im Vergleich zu denjenigen mit den niedrigsten arbeitsbezogenen Burnout-Werten mit nur 6 Krankheitstagen.

In der Analyse der Follow-up-Daten nach 3 Jahren waren verschiedene psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz prädiktiv für Burnout. Es ergaben sich – unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Arbeitsorganisation, Familienstand, Kinder in der Familie unter 7 Jahren, Rauchen und körperlicher Bewegung – hohe Assoziationen zwischen persönlichem Burnout und hohen emotionalen Anforderungen, Notwendigkeit, Gefühle zu verbergen (emotionale Dissonanz), hohe Arbeitslast, schnelles Arbeitstempo, wenig Einflussmöglichkeiten, geringe Entwicklungsmöglichkeit, wenig Sinnhaftigkeit bei der Arbeit, geringe Vorhersehbarkeit, schlechte Führungsqualität, Rollenkonflikte und ungenügende Rollenklarheit. Bei Kontrolle der gegenseitigen

Beziehungen der erfassten psychosozialen Faktoren untereinander war persönliches Burnout signifikant mit hohen emotionalen und quantitativen Anforderungen, geringen Entwicklungsmöglichkeiten und Rollenkonflikt verknüpft. Unter zusätzlicher Kontrolle von vorhandenem Burnout bei der Basisuntersuchung blieben die folgenden psychosozialen Faktoren prädiktiv für persönliches Burnout: hohe emotionale Anforderungen, geringe Rollenklarheit, hohe Rollenkonflikte, hohe Bedeutsamkeit der Arbeit und geringe Führungsqualität.

Arbeitsbezogenes Burnout zeigte eine longitudinale Assoziation mit allen erfassten psychosozialen Faktoren, außer Klientenkontakt und die Notwendigkeit, Klienten zu kontrollieren. Unter Kontrolle der gegenseitigen Beziehungen der erfassten psychosozialen Faktoren waren die folgenden Faktoren signifikant mit arbeitsbezogenem Burnout verknüpft; hohe emotionale Anforderungen, hohe quantitative Anforderungen, hohes Arbeitstempo, geringe Entwicklungsmöglichkeiten und geringe Vorhersehbarkeit. Unter zusätzlicher Kontrolle von vorhandenem Burnout bei der Basisuntersuchung blieb nur geringe Vorhersehbarkeit prädiktiv für arbeitsbezogenes Burnout.

Klientenbezogenes Burnout war mit allen erfassten psychosozialen Faktoren bei der Arbeit verknüpft. Unter Kontrolle der gegenseitigen Beziehungen der erfassten psychosozialen Faktoren waren die folgenden Faktoren signifikant mit klientenbezogenem Burnout verknüpft: hohe emotionale Anforderungen, wenig Sinnhaftigkeit bei der Arbeit und geringe Rollenklarheit. Bei zusätzlicher Kontrolle von vorhandenem Burnout bei der Basisuntersuchung blieb nur geringe Rollenklarheit prädiktiv für klientenbezogenes Burnout.

Zusammenfassend formulierten die Autoren, dass folgende Faktoren Burnout beim Follow-up 3 Jahre später vorhersagten: geringe Entwicklungsmöglichkeiten, hohe Bedeutsamkeit der Arbeit, geringe Vorhersehbarkeit, geringe Führungsqualität, geringe Rollenklarheit und Rollenkonflikt.

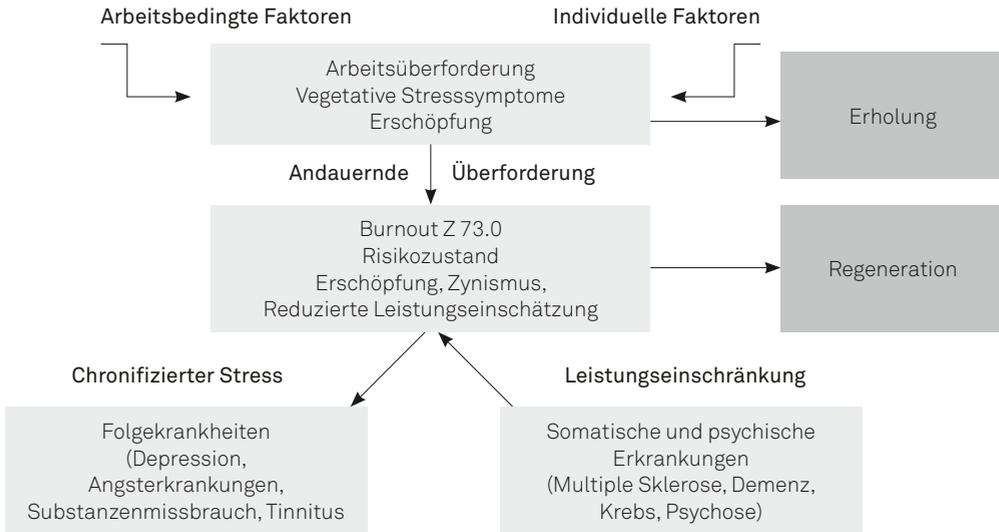
## 1.2 Burnout aus Sicht der medizinischen Diagnostik

Zurzeit gibt es keine diagnostischen Richtlinien, um individuelles Burnout als klinisches Phänomen zu definieren. In der ICD-10 wird Burnout als Gesundheitsstörung klassifiziert im Rahmen einer Z-Diagnose, und zwar mit der Bezeichnung „Ausgebranntsein (Burnout-Syndrom)“ unter dem Code Z73.0 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2022).

Dies gilt nicht als eine eigenständige psychiatrische Störung und wird in den meisten Ländern nicht als eine kassenpflichtige Diagnose erachtet. Gemäß ICD-10 kann Z73.0 „Ausgebranntsein, Burnout“ oder „Zustand der totalen Erschöpfung“ dann bei Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste kodiert werden, wenn keine Berufsunfähigkeit, keine andere psychiatrisch definierte Krankheit und keine allgemeine Ermüdung nach Schlafentzug oder schwerer Arbeit vorliegt.

Zudem zeigt das Konzept des Burnouts, das mit den entwickelten Instrumenten erfasst werden kann, Überlappung mit verschiedenen psychischen Störungen, vor allem solchen mit einer veränderten Affektlage (s. Kap. 5).

Um klinisch relevantes Burnout zu definieren, benutzten Schaufeli und Van Dierendonck (1993) die ICD-10-Kriterien für die Neurasthenie (F48) mit der Auflage, dass die Symptome arbeitsbezogen auftraten. Damit entwickelten sie den Begriff „arbeitsbezogene Neurasthenie“ als Äquivalent für ein klinisches Burnout. Der Neurasthenie-Begriff kennzeichnet eine erhöhte Erschöpfbarkeit bei kleinsten mentalen oder körperlichen Aktivitäten (s. Kap. 5) und beinhaltet nicht die Dimensionen der Demotivierung oder der reduzierten Leistungseinschätzung. Trotzdem konnten Schaufeli und Van Dierendonck (1993) in einer Untersuchung von Arbeitnehmenden mehrerer öffentlicher Institutionen, die eine psychiatrische Ambulanz aufsuchten, mittels des Maslach-Burnout-Inventars unterschei-



**Abbildung 1-1:** Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu Burnout (nach Berger et al., 2012)

den zwischen Personen, deren Symptomatik den Neurastheniekriterien entsprachen und arbeitsbezogen auftraten, und Personen mit anderen psychischen Störungen. Kennzeichnend für Burnout waren einerseits die Erschöpfung und andererseits die mentale Distanzierung und Demotivierung bezüglich der Arbeit (Schaufeli, persönliche Mitteilung 13.11.2013).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) formulierte 2012 eine offizielle Stellungnahme zu Burnout (Berger et al., 2012; Berger, Schneller & Maier, 2012). Sie bezeichnet Burnout als einen Risikozustand, der in Folge von chronischem Stress entsteht und bei Weiterbestehen zu psychischen und somatischen Störungen führt. Allerdings können körperliche Leiden auch Stressoren darstellen und ihrerseits das Burnout-Risiko erhöhen (s. **Abb. 1-1**).

### 1.2.1 Exhaustion Disorder (ED)

Die schwedische Forschungsgruppe (Grossi, Perski, Osika & Savic, 2015) postulierte die Schaffung eines neuen Begriffs: „Exhaustion Disorder“ (ED; Erschöpfungsstörung). Dieser eigne sich besser als bisherige Begriffe, um Per-

sonen mit stressbedingter psychischer Erschöpfung zu beschreiben. Dem Begriff wurde in der schwedischen ICD-10 der Code F43.8 zugeordnet, befindet sich also in der Rubrik der Anpassungsstörungen. Ein relevantes diagnostisches Kriterium ist, das mindestens einer oder mehrere identifizierbare Stressoren für mindestens 6 Monate vorgelegen haben. Die Stressfaktoren können sowohl im beruflichen wie persönlichen Kontext vorliegen. Wie Glise, Ahlborg und Jonsdottir (2012) beobachteten, wiesen die meisten Patienten, die wegen einer ED Hilfe suchten, mehr als 1 Jahr die entsprechenden Symptome auf.

Exhaustion Disorder (ICD-10-SE, F43.8) ist wie folgt definiert:

- a. Psychische oder körperliche Erschöpfung für mindestens 2 Wochen bedingt durch identifizierbare Stressoren, die mindestens 6 Monate vorhanden waren
- b. Mangel an psychischer Energie und Belastbarkeit
- c. Mindestens 4 der folgenden Symptome fast täglich für 2 Wochen:
  - a. *Konzentrations- und Gedächtnisstörung*
  - b. *reduzierte Fähigkeit, Anforderungen unter Zeitdruck zu bewältigen*

- c. emotionale Labilität oder Irritierbarkeit
- d. Schlafstörungen
- e. körperliche Erschöpfung und reduzierte Belastbarkeit
- f. körperliche Symptome wie Muskelschmerzen, Herzklopfen, gastrointestinale Symptome, Brustschmerzen, Schwindel, Hypersensitivität auf Lärm

Grossi et al. (2015) sehen in der ED das Korrelat eines klinischen, d. h. behandlungsbedürftigen Burnouts, der Krankheitswert hat. Es gibt zur ED eine Selbstbeurteilungsskala, die auf den klinischen Kriterien für ED beruht (Glise, Hadzibajramovic, Jonsdottir & Ahlborg, 2017; Saboonchi, Perski & Grossi, 2013).

Befunde, die bei der ED typischerweise gefunden werden, sind in **Tabelle 1-1** zusammengefasst.

Ein Symptom, das sowohl bei Männern wie Frauen beobachtet wird, sind kognitive Störungen. Betroffen sind nach Jonsdottir et al. (2017) vor allem exekutive Funktionen (Entscheidungsfähigkeit, Multitasking) sowie Ge-

schwindigkeit des Denkens, Aufmerksamkeit und Gedächtnis. In einer Nachuntersuchung von 30 Personen mit ED und 27 gesunden Kontrollprobanden (Jonsdottir et al., 2017) mit einer mittleren Beobachtungszeit von 3 Jahren wiesen 27% der Probanden noch Symptome der ED auf, 33% noch signifikante Burnout-Symptome, 11% deutliche depressive Symptome und 37% Angstsymptome, wobei sich diese Störungen zum Teil überlappten. Die Teilnehmenden, die erhöhte Burnout-Werte hatten (über dem Median), zeigten signifikant niedrigere Werte in Gedächtnistests auf. Im Vergleich zu den normalen Kontrollprobanden hatten die Personen mit ED schlechtere Werte in neurokognitiven Tests, die Konzentration und Gedächtnis messen. Diese fielen jedoch nur beim Boston-Naming-Test signifikant aus. Patienten, die beim Follow-up noch ganz oder teilweise krankgeschrieben waren, hatten deutlich schlechtere Werte. Diese Studie wurde an einer kleinen Patientengruppe vorgenommen, sodass die Resultate entsprechend vorsichtig beurteilt werden müssen.

**Tabelle 1-1:** Befunde bei der Exhaustion Disorder (ED) (nach Grossi et al., 2015. Übersetzung: die Autorin)

<b>Allgemein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgeprägte Erschöpfung</li> <li>• Schlafstörungen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Micro-Arousals</li> <li>– Schlaf fragmentiert</li> <li>– Schlechte Schlafqualität</li> <li>– Nicht erholsamer Schlaf</li> <li>– Bei 15 % verlängerter Schlaf</li> </ul> </li> </ul>
<b>Kognitive Störungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration reduziert</li> <li>• Sofortige und verzögerte Erinnerung reduziert</li> <li>• Exekutive Funktionen verzögert</li> <li>• Kognitive Störungen lange andauernd</li> </ul>
<b>Neurobiologische Mechanismen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzierte Aktivierung des präfrontalen Hirnbereichs</li> <li>• Störung in den funktionalen Verbindungen des limbischen Systems</li> <li>• Reduktion des BDNF</li> <li>• Reduzierte Neuroplastizität</li> </ul>
<b>Physiologische Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Befunde bezüglich Kortisolspiegel, Veränderung der GR/MR-Rezeptoren</li> <li>• Reduzierte Herzratenvariabilität (HRV)</li> <li>• Unterschiedliche Befunde bezüglich immunologischen Parametern</li> </ul>

BDNF = Brain-derived neurotrophic factor; ein Protein aus der Gruppe der Neurotrophine

So kommen die Autoren zum Schluss, dass eine Untergruppe von ED-Patienten längere Zeit nach Erkrankung, trotz Behandlung, mit kognitiven Einschränkungen zu kämpfen hat. Es sind dies Exekutivfunktionen, Gedächtnisfunktionen und Schnelligkeit des Denkens. Dies ist relevant für die weitere Auseinandersetzung mit sozialen und kognitiven Herausforderungen, da sich Patienten mit kognitiven Einschränkungen besonders anstrengen müssen, um sie zu bewältigen. Dies erhöht ihre Stressbelastung, was erneut Erschöpfung und andere Burnout-Symptome nach sich ziehen kann.

Die Exhaustion Disorder ist ein ansprechendes Konzept, da es gut operationalisiert ist und die Symptomatik, die sich klinisch beim Burnout beobachten lässt, gut zusammenfasst. Es ist aber offensichtlich nicht abgegrenzt gegenüber Depression oder Angststörungen. Dies limitiert das Konzept des Exhaustion Disorder als Ausdruck einer eigenständigen psychischen Störung. Die Überlappung mit Burnout ist beachtlich, und die Autoren postulieren, dass ein klinisches Burnout einem Exhaustion Disorder entspricht.

### 1.2.2 Harmonisierte Definition von Burnout und burnoutähnlichen Konzepten

Eine Expertengruppe des Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts (OMEGA.NET; Netzwerk zur Koordination und Harmonisierung Europäischer arbeitbezogener Kohortenstudien; Guseva Canu et al., 2021) führte eine systematische Übersicht und semantische Analyse von nach der „Systematischen Nomenklatur medizinischer Begriffe“ (SNOMED-CT) ausgewählten Definitionen von Burnout und Burnout-ähnlichen Konzepten durch. Ziel war es, im Rahmen eines Konsensusprozesses eine harmonisierte Definition des Burnout-Konzepts zu erarbeiten, um den Begriff Burnout als Syndrom in das medizinische Vokabular einzuführen. Die Autoren argumentieren, dass in der

Medizin die SNOMED-CT das verlässlichste und zielführendste System für eine angemessene Terminologie darstelle. Es sei aber vielen Fachleuten unbekannt. Die ICD-10 sei ein Kodierungssystem, um medizinische Information statistisch zu klassifizieren, und habe keine Definition von Burnout formuliert. Die ICD-11 würde mit ihrer etwas willkürlichen Definition eher irreführend wirken. Die Autoren erstellten eine systematische Übersicht aller existierenden Burnout-Definitionen und unterzogen diese einer semantischen Analyse. Dazu teilten sie die Definitionen in eine ideale Struktur zur Beschreibung medizinischer Begriffe ein, die die Konzepte anhand der Symptome auf verschiedenen Ebenen darstellt. Sie identifizierten 88 verschiedene Burnout-Definitionen, die sich mehrheitlich auf eine der 11 originalen Burnout-Definitionen bezogen (Definition [OLBI] von Demerouti, 2001; Cherniss, 1980; Freudenberg, 1974; Gundersen, 2001; Hanses et al., 2019; Kristensen [CBI], 2005; Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1981; Pines & Aronson, 1981; Pines & Maslach, 1980; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli, Colledge, Brand, Ludyga & Gerber, 2019; Shirom, 1989); (s. dazu Guseva Canu et al. (2021)).

Nach der ausführlichen semantischen Analyse formulierten Guseva Canu et al. (2021) eine erste harmonisierte Definition. Diese wurde anschließend einem Delphi-Konsensprozess innerhalb einer Gruppe von Burnout-Expertinnen aus 29 Ländern unterzogen. Die harmonisierte Formulierung, der 83% der Experten im Delphi-Prozess zustimmten, lautet wie folgt:

„Bei einem Arbeitnehmer ist arbeitsbezogenes Burnout oder ein arbeitsbezogener Zustand von körperlicher UND emotionaler Erschöpfung eine Erschöpfung, die bedingt ist durch lang andauernde Exposition mit arbeitsbezogenen Problemen.“ (Originaltext: „In a worker, occupational burnout or occupational physical AND emotional exhaustion is an exhaustion due to prolonged exposure to work-related problems“, Guseva Canu et al., 2021, S. 104)