

Burnout – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit Kommentar einer Betriebsärztin

Bereits im November 2011 äußerte sich Prof. Dr. Ulrich Hegerl für die Deutsche Depressionshilfe skeptisch über die öffentliche Diskussion des „Burnout“: „Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout“, so titelte er seine Pressemitteilung (http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/media/111102_Hegerl_Burnout_formatiert.pdf). Prof. Hegerl warnte darin vor unklaren Begriffsdefinitionen des „Burnout“. Diese Unklarheit führe dazu, dass es keine studienbasierten Wirksamkeitsbelege für eventuell notwendige Behandlungen gebe. Vermutlich Burnout-Betroffene litten „de facto“ schlicht an einer depressiven Erkrankung“.

Die Gleichsetzung Burnout und Depression könnte akzeptabel sein, wenn sie nicht eine Überforderung von außen als Ursache suggeriere, was unter Umständen zur falschen Therapie führe und die Depression als Krankheit verharmlose. Fehldeutung und daraus resultierende Verharmlosung verstärkten dann wiederum das gesellschaftliche Unverständnis und könnten so das mit psychischen Krankheiten assoziierte Stigma eher verstärken.

Derzeitige Burnout-Diskussion bereitet Sorgen

Ähnliche Beweggründe waren der Anlass für das nun im März 2012 veröffentlichte Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf). Man begrüße zwar die öffentliche Diskussion über Burnout, wenn dadurch die Stigmatisierung

psychischer Erkrankung reduziert werden könne. Ermutigt durch die öffentlichen Bekenntnisse von Prominenten, sprechen Betroffene nun leichter und ohne Scham über ihre psychischen Probleme. Die DGPPN sehe dagegen aber auch „erhebliche Verwirrung und potenzielle Fehlentwicklungen“.

Burnout als Bezeichnung für „jegliche Form einer psychischen Krise oder Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung“ fördere undifferenzierte Betrachtungsweisen außerhalb wissenschaftlich-medizinischer Klassifikationen. Die Gleichsetzung von Burnout als Depression der Leistungsträger, der „Starken“, verknüpfe sich auf der anderen Seite mit der Vorstellung der Depression anlagebedingt „Schwacher“. Diese Gegenüberstellung sei aber falsch und führe zu „einer neuen Stigmatisierung depressiv erkrankter Menschen“. Beginnend mit Begriffsdefinitionen von Herbert Freudenberger in den 70er Jahren werden Burnout-Beschwerden in drei Dimensionen gegliedert: Emotionale Erschöpfung, Zynismus/Distanzierung/Depersonalisation und verringerte Arbeitsleistung. Der Betroffene selbst sehe sein Beschwerdebild als Folge von Arbeitsbelastung. Interessant ist, dass Burnout in Deutschland überwiegend als eine Herausforderung für das Gesundheitssystem gesehen wird, in anderen Ländern eher als ein Problem der Arbeitswelt. Bisher entwickelte Burnout-Messinstrumente seien nach Auffassung der DGPPN nicht trennscharf und besäßen keine diagnostische Gültigkeit. Phasen- und Stufenmodelle des Burnout hätten sich nicht als wissenschaftlich valide erwiesen.

„Diese „isolierte Betrachtung des Burnout-Beschwerdebilds greift (...) zu kurz.

Vielmehr müssen die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen Auslöserbedingungen einschließlich eventuell bestehender Krankheiten berücksichtigt werden.“ So lautet die Forderung der DGPPN.

DGPPN-Konzept zur Burnout-Klassifikation

Die DGPPN schlägt deshalb die Kategorisierung in vier Gruppen vor.

Bei einer **vorübergehenden Arbeitsüberforderung** sollte nicht von Burnout gesprochen werden, da ansonsten „routinemäßig bewältigbare Prozesse des Arbeitslebens“ in die Nähe von Krankheiten gerückt würden.

Burnout als längerfristige Arbeitsüberforderung sei dagegen gekennzeichnet durch einen Zustand von Beschwerden, der mehrere Wochen bis Monate anhalte. Die Ursachen für diese subjektiv erlebte Überforderung können arbeitsplatzbezogen sein, wie real unbewältigbarer Arbeitsanfall, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte oder fehlende Abgrenzung zum Privatleben. Individuelle Ursachen können Perfektionismus, überhöhter Anspruch, fehlende Erholungsphasen oder mangelnde Qualifikation sein. Diese Erschöpfungsgefühle bedeuten noch nicht das Vorliegen einer Krankheit im Sinne der ICD-10. Die Beschwerden können aber unter der Ziffer Z 73.0 „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Anhangskapitel ICD-10) dokumentiert werden. Solche Erschöpfungsgefühle stellen ein Risiko für spätere psychische oder körperliche Krankheiten dar und können Anlass zur Kontaktaufnahme mit den Gesundheitsdiensten geben.

Erst wenn **Burnout-Beschwerden als Auslöser psychischer oder somatischer Erkrankungen** auftreten, sollte neben der Krankheitsdiagnose zusätzlich immer die Anhangsziffer Z 73.0 vergeben werden. Einer unzureichenden Beachtung des Faktors Arbeitsbelastung kann nach Auffassung der DGPPN in dieser Weise entgegengewirkt werden.

Krankheiten als Ursache burnout-ähnlicher Beschwerden dürften auf keinen Fall übersehen werden. Psychosen und Depression aber auch Schilddrüsenerkrankungen oder Tumorleiden können zu Erschöpfungssymptomen führen, die als Krankheitsfolge zu werten sind und nicht primär als Folge arbeitsbedingter Überlastung.

Modells dargestellt werden: Als biologischer Risikofaktor könnte auch eine genetische Prädisposition vermutet werden, da die individuelle Belastbarkeit von Menschen offensichtlich sehr unterschiedlich erscheint. Im Gegensatz zur Depressionsforschung gibt es dazu für Burnout noch keine belastbaren Daten.

Psychologische Faktoren können in überhöhtem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung einerseits und Ausdehnung der Arbeitszeit unter Vernachlässigung von Familie und Freizeit andererseits als Ursache für Burnout zu sehen sein.

Soziale Faktoren wurden in arbeitspsychologischen Untersuchungen bereits

Umstrukturierungsprozesse, dabei eine kontinuierliche Kontrolle durch Vorgesetzte auch im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wenn schon nicht computerbasiertes Controlling so durchdringt die allgemeine Computerisierung nahezu alle Arbeitsbereiche, was gerade bei älteren Beschäftigten zu Belastungen führt. Dauernde Erreichbarkeit durch Mobiltelefone und Mailkontakte verwischt die Grenzen zwischen Arbeit und Privatem und schränkt Regenerationsmöglichkeiten ein. Über Bonuszahlungen gesteuerte leistungsabhängige Vergütung kann die intrinsische Motivation schwächen und zu Demotivation führen.

Gleichzeitig vollzieht sich ein **gesellschaftlicher Wertewandel**. Das „Diktat der Leistungsgesellschaft“ suggeriert dem Einzelnen, dass er allein für seinen beruflichen Erfolg und seine immer weiter zu steigende Effizienz verantwortlich sei, es führt zur permanenten Selbstaussbeutung. „Erschöpfung, Burnout und Depression werden quasi als Leitkrankheiten des beginnenden 21. Jahrhunderts bezeichnet, (...) bedingt durch eine Ausuferung der Leistungsgesellschaft“ (Ehrenberg 2008, Han 2010).

Burnout als Symptom einer Ausuferung der Leistungsgesellschaft – was ist zu tun?

Prävention, Therapie und Rehabilitation – das sind die klassischen Instrumente der Medizin. Nach Einschätzung der DGPPN ist es notwendig, dass selbstverständlich psychosoziale Gefährdungsbeurteilungen im Arbeitsschutz auch durchgeführt werden müssen und damit psychosoziale Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt einen höheren Stellenwert als bisher erhalten. Die Verantwortung für Primärprävention sieht die DGPPN zwar bei Krankenkassen und Betrieben, dafür werden aber Ärzte benötigt, deren „differentialdiagnostische und differentialtherapeutische Kompetenz und ihr Wissen um potentielle Folgeerkrankungen eines Burnout (...) einen wichtigen Vorteil gegenüber anderweitig ausgebildeten Burnout-Beratern darstellen“.



DGPPN-Konzept zum Übergang von Arbeitsbelastung zur Krankheit

Angaben zur Burnout-Häufigkeit werden im Positionspapier diskutiert, aber als unzuverlässig wegen der fehlenden einheitlichen Definition eingestuft. Es bestehe „dringender Bedarf nach exakter epidemiologischer Forschung zu psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz und deren Folgen“.

Burnout und Bio-Psycho-Soziales Entstehungsmodell

Einflussfaktoren für Burnout-Beschwerden können nach der DGPPN im Rahmen des etablierten bio-psycho-sozialen

intensiv herausgearbeitet: Am **Arbeitsplatz** sehen wir steigende Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung, aber auch Mangel an Selbstbestimmung und Eigenkontrolle sowie Belohnung, Zusammenbruch von Gemeinschaftsgefühl, mangelnde Fairness sowie Wertekonflikte.

Auch Veränderungen der **Arbeitswelt** spielen eine Rolle. Die Globalisierung führt zu vermehrter Konkurrenz, Unternehmen versuchen dem Druck durch mehr Rationalisierung und Stellenkürzungen zu begegnen. Beschäftigte erleben permanente Veränderungen und



Benötigt der Betroffene auch noch wegen einer psychischen oder somatischen Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit Arbeitsbelastung gar eine Therapie, so bedarf er erst recht einer ärztlichen Beratung und Betreuung. Die DGPPN wendet sich energisch gegen den von gewissen Akteuren vermittelten Eindruck, mit „Wellness-Methoden (...) jegliche psychische Störungsform beheben zu können.“ **„Die DGPPN warnt vor der Gefahr, dass den Patienten evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungen vorenthalten werden.“** Zusätzlich sollten diese Therapien mit Burnout-Zusatzmodulen ergänzt werden, die in wissenschaftlichen Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft werden müssen. Dabei darf das Ziel der Therapie nicht sein, „Patienten in die Lage zu versetzen, inakzeptable und unbewältigbare Arbeitsbedingungen vorübergehend wieder tolerieren zu können.“ Ein Arbeitsplatz muss zur Verfügung gestellt werden, „der ein arbeitsbedingtes Wiedererkrankungsrisiko minimiert“.

Gefordert wird eine enge Kooperation der therapeutisch tätigen Ärzte mit den Arbeitsstellen und Betriebsärzten: **„Wünschenswert wäre eine Stärkung der Position und der Einflussmöglichkeiten der Betriebsärzte. (...) Auch die DGPPN als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen sieht für sich die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeerkrankungen als dringende Aufgabe.“** Diesem Fazit der DGPPN ist aus arbeitsmedizinischer Sicht eigentlich nichts mehr hinzuzufügen, ich schließe dennoch den Kommentar einer bekennenden Betriebsärztin an.

Die Burnout-Problematik wird in unseren Kreisen seit langem diskutiert. Gerade weil das Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ immer mehr in unseren Fokus kommt, sehen wir Betriebsärzte noch großen Forschungsbedarf. Natürlich hinterlässt die hohe emotionale Wellen schlagende öffentliche Diskussion der Burnout-Problematik einen faden Beigeschmack. Zwar rückt das Thema verdientermaßen in den Blick-

punkt, häufig wendet sich eine skandalisierende Öffentlichkeit aber auch schnell wieder gelangweilt ab, wenn das Thema zu komplex erscheint. Aber diese Komplexität und Differenziertheit braucht das Thema, um der Problemtiefe gerecht zu werden. Um nicht zwischen der „völligen Negierung der Relevanz des Burnouts“ und der „Warnung vor einer tickenden, bisher übersehenen Zeitbombe“ herumzuirren, benötigen wir medizinisch-wissenschaftliche Expertise. Und natürlich auch fachärztliche Expertise vor Ort. Das kann nur mit einer engen Kooperation aller Ärzte gelingen, besonders der psychiatrisch/psychotherapeutisch Fachärzte und den Betriebsärzten in den Arbeitsstellen. Die von der DGPPN skizzierten vier Klassifikationen der Burnout-Beschwerden sind differentialdiagnostisch so anspruchsvoll, dass nichtärztliche Professionen mit dieser Bewertung überfordert sind.

Betriebsärzte sind die Fachexperten in den Arbeitsstellen, sie sind die Fachärzte für Prävention, indem sie die Unternehmen beim Arbeitsschutz und modernem Gesundheitsmanagement unterstützen. Aber auch indem sie individuell dem einzelnen Beschäftigten bei seinen „Schwierigkeiten in der Lebens- und Arbeitsbewältigung“ zur Seite stehen und ihn ärztlich beraten können. Für diese Problemkonstellationen der Stufe 1 und 2 nach der oben dargestellten Burnout-Kategorie der DGPPN reicht in der Regel das Arzt-Gespräch im Betrieb als alleinige Therapie. Immer häufiger sehen wir Betriebsärzte in unseren Sprechstunden jedoch Beschäftigte, die vermeintlich Burnout-belastet eine Auszeit einlegen und sich nach einiger Zeit wundern, warum es ihnen nicht besser, sondern sogar schlechter geht. Diese Menschen

in eine lange versäumte psychiatrische Diagnostik und Therapie zu bringen und ihnen klar zu machen, dass eine Depression sich mit „Sabbatical“ nicht bessert, ist eine dringende betriebsärztliche Aufgabe. Ihnen den Wert von Arbeit als strukturierenden und aufwertenden Bestandteil des Lebens darzustellen und sie in diesen für sie durchaus neben der Therapie heilsamen Prozess wieder einzugliedern, setzt manchmal geradezu missionarische Begeisterung voraus.

Ist Nina im Burnout?

Ganz anders verlief mein Gespräch mit Nina, einer Altenpflegerin, die um ein Eingliederungsgespräch bat. Vollzeitbeschäftigt, 63 Jahre alt, GdB 50 %, seit zwei Jahren arbeitsunfähig. Na, da können wir uns kurz halten, so dachte ich, das Alter, die GdB, Burnout und ab in die Rente!

Umso mehr erstaunte mich Ninas Ansinnen. Vor zwei Jahren erlitt sie einen Beinbruch und im Stadium der Rekonvaleszenz, nach langer Immobilität wurde bei ihr Brustkrebs diagnostiziert. Operation und anschließende Chemotherapie haben die alleinstehende Beschäftigte ganz aus der Bahn geworfen. Eine anschließende onkologische Rehabilitation habe ihr den Rest gegeben. Umgeben von anderen Krebskranken und erfüllt von deren Tischgesprächen träumte sie schließlich von Metastasen und ihrem baldigen Tod. Als sie endlich wieder alleine zuhause war, hatte sie mit ihrem Leben fast abgeschlossen. Sie war interesselos, die Tage plätscherten so dahin. Burnout diagnostizierten ihre Bekannten, das habe sie nun von ihrem langen Arbeitsleben. Zum Glück erkannte ihre Hausärztin ihre Depression und überwies sie in psychiatrische Behandlung. Die Therapie bekam ihr gut, die Lebensgeister kehrten zurück und auch ihre Psychiaterin riet ihr zu baldiger Wiederaufnahme der Arbeit. „Ja, ich will wieder arbeiten, Arbeit fehlt mir und wird mir gut tun“, verkündete sie mir resolut. Ich hätte sie küssen können, welche Labsal für meine Betriebsärztinnen-Seele! Noch in meinen Gedanken versunken umarmte sie

mich herzlich – „Frau Doktor, Sie helfen mir doch?!“ Das musste sie kein zweites Mal sagen. Wie kurz und unkompliziert war dann das betriebliche Eingliederungsmanagement-Gespräch. Wie verduzt waren der Betriebsrat, der Schwerbehinderten-Beauftragte und die Personalchefin über Ninas resolut geäußerten Wunsch, nun endlich wieder arbeiten zu dürfen. Die ersten Rückmeldungen ihrer Station zeigen eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Diese Kasuistik demonstriert deutlich die von der DGPPN definierte Kategorie 4: Krankheiten als Ursache Burnout-ähnlicher Beschwerden. Von diesen Ursachen hatte Nina etliche. Die ursächlichen Krankheiten konnten dank der Therapien bewältigt werden und nun hilft die Arbeit Nina, wieder ihr Leben sinnvoll zu strukturieren.

Netzwerke und ärztliche Kampagne

Aber natürlich will ich nicht über solchen Erlebnissen vergessen, dass es bei zunehmenden psychosozialen Belastungen und vielleicht fehlenden Resilienz-faktoren zu Burnout-Beschwerden bei Beschäftigten kommen kann. Auch diese erleben wir regelmäßig in unseren Betrieben. Häufig kommen die Beschäftigten auch erst zu uns, wenn daraus psychische oder somatische Erkrankungen resultieren. Um diese Situationen im betrieblichen Alltag beherrschen zu können brauchen wir eine gute Kooperation in unserem Umfeld, im Idealfall in Arbeitsmedizinisch-Psychiatrischen Netzwerken. Für die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeer-

krankungen bedarf es einer interessierten öffentlichen Diskussion und einer ärztlichen Allianz aller beteiligten Fachgruppen. Und deswegen freue ich mich als Betriebsärztin über das Kooperationsangebot der DGPPN und eine mögliche gemeinsame Kampagne. □

*Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek
Netzwerk „Psychische Erkrankungen
am Arbeitsplatz“, Düsseldorfer Bündnis
gegen Depression*

Literatur

- Ehrenberg, A. (2008): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart.* Suhrkamp Verlag, Frankfurt
- Han, B. C. (2010): *Müdigkeitsgesellschaft.* Matthes & Seitz, Berlin

Aktualisierte Broschüre der BAuA

Arbeitswelt im Wandel

Wer Zahlen oder Statistiken zur Arbeitswelt in Deutschland sucht, der wird sie hier finden: in der Neuauflage der Broschüre „Arbeitswelt im Wandel – Zahlen – Daten – Fakten“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Auf 87 Seiten informiert die Ausgabe 2012 über Entwicklungen und den aktuellen Stand im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. In dem handlichen Heft stehen alle wichtigen Zahlen zu Erwerbstätigkeit, Unfällen, Berufskrankheiten, Arbeitsbedingungen oder dem demografischen Wandel. Ein Schwerpunkt liegt auf der Betrachtung der Zeitarbeit.

So zeigt die BAuA-Broschüre, dass die Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2010 auf 40,5 Millionen anstieg. Im Berichtszeitraum gestiegen ist auch die Wegeunfallquote, allerdings nur leicht im Vergleich zu 2009. Schuld da-

ran ist vermutlich der strenge Winter. Positiv ist die Nachricht, dass sich immer weniger tödliche Wegeunfälle ereignen. Die Zahl der Arbeitsunfälle hingegen – auch die der tödlichen Arbeitsunfälle – ist in 2010 höher als in 2009. Je 1000 Vollarbeiter kam es zu 27,4 meldepflichtigen Arbeitsunfällen. „Arbeitswelt im Wandel“ bietet außerdem genaue Zahlen zu verschiedenen Berufskrankheiten, zu Belastungen der Beschäftigten, zu psychischen Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszeitgestaltung.

Ein eigenes Kapitel widmet die aktuelle BAuA-Broschüre der Zeitarbeit, die immer mehr Erwerbstätige betrifft. Vor allem Männer arbeiten in Zeitarbeit. Der Frauenanteil liegt bei nur 29 Prozent. Außerdem zeigen die Zahlen, dass insbesondere schlechter ausgebildetes Personal mit Zeitarbeitsverträgen beschäftigt wird.

Darüber hinaus bietet „Arbeitswelt im Wandel“ noch eine Fülle an weiteren Informationen und eignet sich somit besonders gut für Praktiker, die einen guten Überblick über die verschiedenen Aspekte der deutschen Arbeitswelt brauchen. Trends und Schwerpunkte sind leicht zu erkennen. Doch auch für alle anderen Interessenten bietet die Broschüre viel Wissenswertes aus dem Bereich von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden über das Informationszentrum der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund, Telefon 02 31-90 71-20 71, Fax 02 31-90 71-20 70, E-Mail: info-zentrum@baua.bund.de. Auf der BAuA-Homepage befindet sich eine Version im PDF-Format (2 MB) zum Herunterladen unter www.baua.de/publikationen. □

