



Institut für  
**UNTERNEHMENS-  
FÜHRUNG**

*FHW Fachhochschule  
Betriebs- und Forschungseinrichtungen  
der Wiener Wirtschaft GmbH*

*Fachhochschul-Studium  
Unternehmensführung – Entrepreneurship*

# **Burnout**

**Aufklärung und Präventionsansätze für  
Führungskräfte**

Verfasst von: **Clemens Kirchgatterer**

Betreut von: **Mag.<sup>a</sup> Pia Reinthaler**

Eingereicht am: **31.3.2013**

# Abstract

The purpose of this thesis is to collect relevant information for managers and leaders in order to let them better understand the Burnout-Syndrome. It gives an overview on its main characteristics like risk factors, symptoms and possible means to reduce these risks. At best managers may develop a sense for spotting and dealing with early warning signs in subordinates, peers, colleagues, superiors and maybe in itself.

---

In dieser Bachelorarbeit werden Informationen zusammengetragen, die für Führungskräfte relevant sein können, ein besseres Verständnis zum Burnout-Syndrom zu entwickeln. Sie liefert einen Überblick zu charakteristischen Risikofaktoren und Symptomen und präsentiert Möglichkeiten zur Bekämpfung dieser Risiken. Im besten Fall können sich Führungskräfte so ein Gespür für den Umgang mit frühen Warnzeichen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Gleichgestellten, Vorgesetzten und vielleicht auch bei sich selbst erarbeiten.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation	1
1.2 Forschungsfrage	1
1.3 Methodik	2
1.4 Zielgruppe	2
1.5 Aufbau der Arbeit	2
2 Theorie zu Burnout	3
2.1 Geschichtliches	3
2.2 Definition	4
2.3 Abgrenzungen	6
2.3.1 Arbeitssucht	6
2.3.2 Depression	7
2.3.3 Chronisches Erschöpfungssyndrom	7
2.3.4 Boreout	7
2.3.5 Innere Kündigung	8
2.4 Symptome	9
2.5 Stadien / Phasen	10
2.6 Risikofaktoren	13
2.6.1 Innere Faktoren	14
2.6.2 Äußere Faktoren	14
2.7 Ursachen	15
2.7.1 Person-Environment-Fit-Modell	15
2.7.2 Anforderungs-Kontroll-Modell	16
2.7.3 Gratifikationskrisen-Modell	16
2.8 Diagnostik	17
2.9 Therapie	18
3 Führungspraxis	20
3.1 Vorbeugen	20
3.1.1 Verhaltensprävention	20
3.1.2 Verhältnisprävention	21
3.2 Erkennen	25
3.3 Intervenieren	27
4 Fazit	31
4.1 Zusammenfassung	31
4.2 Schlussfolgerung	32
4.3 Kritische Beurteilung	32
4.4 Ausblick	33
Literaturverzeichnis	i
Primärliteratur	i
Sekundärliteratur	iii
Appendix	iv
Symptome	iv
MBI	vii

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Innere und äußere Faktoren der Burnout Entstehung	13
--	----

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 6 Phasenmodell nach Hemmerich	11
--	----

# 1 Einleitung

In dieser Bachelorarbeit werde ich darzulegen versuchen, welche Faktoren maßgeblich dazu beitragen können, ein Burnout-Syndrom zu erleiden, welche Anzeichen es gibt, die darauf hinweisen könnten, dass sich ein solches entwickelt und was man dagegen tun kann. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Führungskraft als Partner bzw. Partnerin des oder der Angestellten, die einerseits an der Gestaltung des Arbeitsplatzes mitwirkt und daher das betriebsinterne Umfeld des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin durch seinen respektive ihren Führungsstil maßgeblich beeinflusst, und andererseits frühe Anzeichen des Prozesses wahrnehmen könnte, falls sie die nötige Sensibilität dafür aufweist.

## 1.1 Ausgangssituation

In der klassischen Managementausbildung liegt nach wie vor der Fokus auf betriebswirtschaftlichem Wissen und ebensolchen Fähigkeiten. Nur ein geringer Teil der Ausbildungszeit wird mit führungsrelevanten Themen verbracht, wohl in dem Bewusstsein, dass diese *Softskills* wesentlich schwerer zu vermitteln und noch schwerer einer Leistungsbeurteilung zu unterziehen sind. Nichts desto weniger bekommen diese sehr schnell einen betriebswirtschaftlichen Charakter, nämlich dann, wenn sich Arbeitsunzufriedenheit, Krankenstände und hohe Fluktuation als Kostenfaktoren in den Büchern niederschlagen. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollte sich eine engagierte Führungskraft mit dem Thema Burnout auseinandersetzen.

## 1.2 Forschungsfrage

Hauptfrage: Wie können Führungskräfte ein drohendes Burnout Syndrom bei Mitarbeitern, Kollegen oder Vorgesetzten erkennen?

Unterfrage: Welche Möglichkeiten der Prävention bzw. Intervention bieten sich ihnen?

## **1.3 Methodik**

Die Grundlage dieser Arbeit bildet ein intensives Literaturstudium mit besonderem Fokus auf das Krankheitsbild *Burnout-Syndrom*. Zur Bestimmung von spezifischen persönlichen Voraussetzungen und betrieblichen Umweltfaktoren werden die Erkenntnisse mehrerer Autoren vergleichend gegenübergestellt und daraus Handlungsoptionen für den Führungsalltag abgeleitet.

## **1.4 Zielgruppe**

Die Zielgruppe sind Führungskräfte des mittleren und oberen Managements mit Personalverantwortung. Die dazu ausgewählten Theorien und präsentierten Modelle versuchen weniger ein medizinisch erschöpfendes, sondern ein für Laien möglichst klares und verständliches Bild zu zeichnen. In diesem Sinne kann der theoretische Teil dieser Arbeit als Grundlage zum besseren Verständnis des Praxisteils gesehen werden.

## **1.5 Aufbau der Arbeit**

Kapitel eins gibt einen Überblick über diese Arbeit und beschreibt die Ausgangssituation und die zugrundeliegende Methodik. Im darauffolgenden Kapitel werden die theoretischen Hintergründe zum Thema Burnout dargelegt. Zentrale Begriffe werden definiert und voneinander abgegrenzt. Das dritte Kapitel widmet sich der Praxis aus der Sicht der Führungskraft. Es wird geklärt, welche Möglichkeiten der Beeinflussung in Bezug auf Arbeitsumgebung und Führungsstil es gibt und ob man in einen be- bzw. entstehenden Burnout-Prozess eingreifen kann. Im letzten Kapitel wird die Arbeit kurz zusammengefasst, einer kritischen Beurteilung unterzogen und ein allgemeiner Ausblick auf mögliche Trends in Forschung und Praxis gegeben.

## 2 Theorie zu Burnout

Bevor wir uns den eigentlichen Forschungsfragen widmen können, soll erst das Burnout-Syndrom, als eine charakteristische Gruppe von Symptomen, näher beleuchtet werden. Deshalb wird im folgenden Kapitel die Herkunft des Begriffs *Burnout* beschrieben. Es wird erläutert, wie er definiert und abgegrenzt werden kann und wie das Krankheitsbild an sich aussieht. Weiters werden Risikofaktoren und Symptomverlauf dargelegt und mögliche Ursachen und Therapiemöglichkeiten präsentiert.

### 2.1 Geschichtliches

Der Begriff *Burnout* leitet sich historisch vom sprichwörtlich definierten "ausbrennen" ab. Die fachliche Bezeichnung "Burnout-Syndrom" beschreibt ein eher breites und unscharfes Krankheitsbild (nicht zu verwechseln mit Krankheit), mit vielen möglichen, manchmal widersprüchlich erscheinenden Ursachen und Auslösern.

Bereits vor ca. 100 Jahren wurden die heute unter dem Namen Burnout zusammengefassten Symptome unter dem Begriff *Neurasthenie* beschrieben. Diese, als typische Lehrerkrankheit bekannte Nervenkrankheit kommt in ihrer Symptomatik dem heutigen Burnout sehr nahe (vgl. Hedderich 2009, S. 14).

Ohne die Bezeichnung *Burnout* selbst zu gebrauchen, beschrieb Bäuerle 1969 sehr genau ein Phänomen, das in Supervisionsgruppen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beobachtet wurde, folgendermaßen: "*Ein sich langsam entwickelnder Zustand, eine Reduktion psychischer Belastbarkeit schon im mittleren Berufsalter; die Entstehung von Resignation und Ressentiment als Folge menschlicher Überforderung; [...] innerer Rückzug von allen Menschen und menschlichen Problemen [...].*" (Bäuerle 1969, S. 23, zitiert nach Burisch 2010, S. 6)

Mit der ersten Erwähnung des Syndroms unter seinem heutigen Namen, wurde der Beginn der eigentliche Burnoutforschung vom amerikanischen Psychoanalytiker Herbert Freudenberger eingeläutet. Er beobachtete, wie engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Drogenklinik langsam vermehrt Anzeichen von Erschöpfung

zeigten und eine misstrauische und zynische Einstellung der Arbeit und den Patientinnen und Patienten gegenüber entwickelten (vgl. *Freudenberger* 1974, S. 160f).

In weiterer Folge wurde das Burnout-Syndrom in erster Linie im Zusammenhang mit den helfenden (und/oder sozialen) Berufen gesehen, also solchen, die von Mensch-zu-Mensch Beziehungen geprägt sind. Dazu stellte 1977 der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer in seinem Standardwerk *Die hilflosen Helfer* fest: *“Allgemein scheint die psychoneurotische Morbidität, d.h. die Anfälligkeit für lebensgeschichtlich erworbene seelische Störungen, bei den Angehörigen typischer Helfer-Berufe (Lehrer, Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter) besonders hoch.”* (Schmidbauer 2006, S. 92)

Erst seit Anfang der 80er Jahren begann sich dann der Kreis der Betroffenen auf Personen in Leistungspositionen wie z.B. Führungskräfte, Politikerinnen und Politiker auszuweiten (vgl. *Levinson* 1996, S. 155). Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass jede Berufsgruppe ein mehr oder weniger ausgeprägtes Risiko birgt.

## 2.2 Definition

Obwohl keine allgemeingültige Definition des Syndroms existiert, wurde bisweilen eine Vielzahl von Arbeitsdefinitionen veröffentlicht. Im Folgenden seien exemplarisch einige dieser Definitionsversuche angeführt.

Pines, Aronson und Kafry betonen in ihrer Definition die Ursachen und Folgen des Burnout, wenn sie schreiben: *“Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen. [...] Das Ausbrennen ist die schmerzliche Erkenntnis (von Helfern), dass sie diesen Menschen nicht mehr helfen können, dass sie nichts mehr zu geben haben und sich völlig verausgabt haben.”* (Pines et al. 2006, S. 25) Demnach sei Burnout eine durch emotionalen Stress verursachte körperliche, geistige und emotionale Erschöpfung.

Auch für *Freudenberger* und *North* scheint die Erschöpfung, in diesem Fall durch in- oder extrinsische Überforderung verursacht, das zentrale Kriterium zu sein. Für sie ist Burnout *“ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von*



*Überforderungen, die von innen oder von außen - durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft - kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Stress, und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt“ (Freudenberger/North 1994, S. 27)*

Die vermutlich umfassendste und ausgefeilteste Definition stammt von Schaufeli und Enzmann. Sie beschreibt einerseits den Prozesscharakter des Syndroms, indem sie auf den langsamen, oft unbemerkten Verlauf verweist, aber andererseits auch mögliche Ursachen und Symptome berücksichtigt.

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

Aber auch hier bleiben viele Fragen offen. Inwieweit ist der Arbeitsbezug ausschlaggebend, wenn Burnout auch bei Arbeitslosen diagnostiziert werden kann? Ist die Erschöpfung als Kernsymptom bereits hinreichend oder bedarf es noch weiterer Begleitsymptome? Warum werden Persönlichkeitsmerkmale, wie Wertesystem und Rollenbilder der Betroffenen ausgespart? Alleine mit einer solchen verbalen Definition lässt sich also kaum eine saubere Differenzialdiagnose vornehmen (vgl. Burisch 2010, S. 19).

Das mag uns in gewisser Weise unbefriedigend erscheinen, zeigt aber sehr anschaulich die Komplexität der Problematik. Glücklicherweise kann neben verbalen Definitionsversuchen Burnout auch nach den Symptomen (siehe 2.4), dem Verlauf bzw. den dabei durchlaufenen Stadien (siehe 2.5) oder durch Abgrenzung (siehe 2.3) von besser erfassten Krankheitsbildern beschrieben werden.

## 2.3 Abgrenzungen

Viele der Symptome, Ursachen und Phänomene, die in engem Zusammenhang mit Burnout gesehen werden, lassen sich auch bei anderen psychischen Störungen wiederfinden. Dieser Umstand verstärkt sich, da einzelne Krankheitsbilder auch in verschiedenen Stadien oder Phasen (siehe 2.5) eines sich entwickelnden Burnouts auftreten. Diesem Widerspruch kann man begegnen, indem man das Burnout-Syndrom konsequent als reinen Prozess betrachtet, in dessen Verlauf eben diese Krankheitsbilder typischerweise häufig beobachtet werden können, und nicht nur als einen spezifischen Zustand, der am Ende des Krankheitsverlaufs eintritt (vgl. *Seidel* 2012, S. 20).

Burnout weist in den meisten Fällen psychische Störungen bzw. Erkrankungen als Komorbidität d.h. Begleit- oder Folgeerkrankung auf. Dabei ist es oftmals unmöglich zu bestimmen, welches die Grunderkrankung und welches die Komorbidität ist. Beide können sich gegenseitig in einem zirkulären Prozess anregen und erhalten. Trotzdem bleiben diese diagnostisch voneinander abgrenzbar (vgl. *Musalek* 2012b, S. 30). Im Weiteren seien einige ausgewählte Phänomene, Erkrankungen und Störungen angeführt.

### 2.3.1 Arbeitssucht

Eine häufige Komorbidität des Burnout ist die Arbeitssucht. Sie zählt wie die Online-, Kauf- und Glücksspielsucht zu den nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (= Verhaltenssüchten) (vgl. *Musalek* 2012b, S. 27). Wenn zumindest drei der sechs folgenden Störungsmuster über mehrere Monate hinweg beobachtbar sind, spricht man von Arbeitssucht: *“1. ein unstillbares Verlangen nach dem Arbeiten [...] (Craving); 2. eine Intensivierung des Arbeitens [...] bei gleichzeitiger Verkürzung der Erholungszeiten, um die durch das Arbeiten erhoffte Befriedigung stillen zu können (Toleranzentwicklung); 3. der Verlust über die Kontrolle über das Arbeitsausmaß [...] (Kontrollverlust); 4. das Auftreten körperlicher Beschwerden, wenn man sich des Arbeitens entsagt [...] (körperliches Entzugssyndrom); 5. Fortsetzen des Arbeitens, obwohl man bereits weiß, dass [...] das Arbeiten [...] psychisch, körperlich und/oder sozial schädigende Wirkung zeigt (Psychische Abhängigkeit I); und 6. eine völlige Lebenszentrierung auf das Arbeiten [...] (Psychische Abhängigkeit II).“* (*Musalek* 2012b, S. 29)

### **2.3.2 Depression**

Depressive Störungen sind solche, die sich auf das Gemüt, die Stimmung und den inneren Antrieb, oft episodisch, niederschlagen. Sie beinhalten vermehrte Selbstzweifel und Schuldgefühle, Insomnie, körperliche sowie psychosomatische Beschwerden, Konzentrationsschwierigkeiten und häufig Suizidphantasien. Depressionen können sich Wochen, meist Monate, manchmal auch Jahre hinziehen. Symptomatisch lassen sich Burnout und Depression in der Regel nicht voneinander unterscheiden, da beide durch aversives, negativ eingefärbtes emotionales Erleben gekennzeichnet sind und von ähnlichen Beschwerden begleitet werden. Dazu kommt, dass die Messergebnisse (Auswertung von Fragebögen) für Burnout (siehe 2.8 Diagnostik) sowohl mit denen von Depression, als auch mit Job-Stress korrelieren, sodass beide Konzepte erst im Nachhinein aufgrund ihres Verlaufs unterschieden werden können. Trotzdem ist Burnout keine psychische Störung, sondern das Resultat langanhaltender Belastung (vgl. *Hillert/Marwitz* 2006, S. 98f, 164).

### **2.3.3 Chronisches Erschöpfungssyndrom**

Das Chronische Erschöpfungs- oder Müdigkeitssyndrom (engl. Chronic Fatigue Syndrom, kurz CFS) ist eine langanhaltende (d.h. mehr als ein halbes Jahr andauernde) Erschöpfung, die keinen offensichtlichen Auslöser, wie z.B. außergewöhnliche Belastungen usw. aufweisen muss. Bei rund einem Drittel der Betroffenen treten die Symptome plötzlich auf, bei zwei Drittel beginnen sie sich schleichend bemerkbar zu machen. In extremen Fällen verbringen Patientinnen bzw. Patienten 20 Stunden täglich im Bett. Nach größerer Anstrengung verschlechtert sich ihr Zustand meistens für mindestens 24 Stunden. Der Unterschied zwischen Burnout und CFS kann darin gesehen werden, dass Ausgebrannte ihr Leiden in der Arbeitsbelastung begründet sehen, chronisch Erschöpfte aber dezidiert nicht. Letztere vermuten stattdessen die Ursache ihrer Krankheit in nicht nachweisbaren Umwelteinflüssen oder Vergiftungen (vgl. *Hillert/Marwitz* 2006, S. 224ff).

### **2.3.4 Boreout**

Rothlin und Werder selbst bezeichnen das Boreout als eine Art Gegenteil des Burnout. Nicht die Überforderung und Stress wären hierbei ausschlaggebend, sondern Langeweile, Unterforderung und Desinteresse am Arbeitsplatz. Dabei ist ihnen wichtig darauf hinzuweisen, dass es nicht Faulheit ist, die zum Boreout führt,

sondern die äußeren Umstände lassen den Angestellten bzw. die Angestellte träge und gelangweilt werden. Sie nennen strukturelle Probleme des Unternehmens, sowie falsche Berufswahl bzw. Aufgaben als Hauptursachen. Paradoxe Weise versuchen Betroffene ihre Unterforderung und Langeweile durch Vorspielen reger Geschäftigkeit zu vertuschen, anstelle offen interessantere Aufgaben einzufordern, nicht zuletzt, weil solche oft gar nicht vorhanden wären (vgl. *Rothlin/Werder* 2007, S. 15ff).

### **2.3.5 Innere Kündigung**

Im Gegensatz zu Burnout gilt die innere Kündigung weniger als Störung oder Syndrom, sondern kann als direkte Folge von allgemeiner Arbeitsunzufriedenheit gesehen werden (vgl. *Fengler* 2012, S. 68). Trotzdem äußern sich beide Phänomene in ähnlicher Weise, was eine Abgrenzung notwendig macht.

Die innere Kündigung ist die Reduzierung der erbrachten Leistung des Betroffenen auf das dem Arbeitgeber vertraglich geschuldete Minimum, weil die Identifikation mit der Arbeit und/oder dem Unternehmen verlorengegangen ist. Die Ursache ist, durchaus oft vergleichbar mit der des Burnout, eine zumindest subjektiv empfundene elementare Kränkung. Vielleicht, weil wiederholt Kompetenzen nicht übertragen, Leistungen nicht honoriert oder Anstrengungen nicht gewürdigt wurden. In der Folge zieht sich die betroffene Person aus Entscheidungsprozessen zurück und verlagert jegliches Engagement in das Privatleben. Häufige Fehlzeiten und Krankenstände sind ebenfalls charakteristisch. Der große Unterschied zu Ausgebrannten liegt darin, dass diese an ihrem psychologischen Arbeitsvertrag festzuhalten versuchen und gerade darunter leiden, ihn nicht (mehr) erfüllen zu können (vgl. *Hillert/Marwitz* 2006, S. 172f).

## 2.4 Symptome

Wie im vorangegangenen Teil der Arbeit aufgezeigt, stellt sich die Abgrenzung des Burnout-Syndroms zu psychischen Störungen, wie Depression und Arbeitssucht, als äußerst schwierig heraus. Das liegt nicht zuletzt daran, dass es keine *spezifischen* Burnout-Symptome zu geben scheint (weder somatische noch psychosomatische), die entweder *nur*, oder zumindest *immer* bei Burnout auftreten.

Trotzdem gelang es Burisch aus einer Vielzahl von Studien und Publikationen eine umfassende Liste der am häufigsten genannten Symptome anzufertigen. Dabei erwiesen sich die Symptombilder zwar einerseits als sehr vielschichtig, andererseits aber auch als überraschend konsistent. Die Synopse der über 130 gefundenen Symptome (siehe Appendix), zeigt dies sehr anschaulich (vgl. *Burisch 2012, S. 24ff*).

Angesichts dieser äußerst umfassenden Liste an Symptomen entwickelt man intuitiv ein Verständnis dafür, was unter Burnout allgemein verstanden werden kann. Außerdem lässt sich bereits hier ein Verlauf in unterscheidbaren Phasen erahnen. Dennoch ist es Burisch wichtig darauf hinzuweisen, dass diese Gruppierung der Symptome in sieben Hauptkategorien zwar eine gewisse zeitliche bzw. kausale Beziehung andeute, aber keinesfalls als allgemein gültig gesehen werden dürfe (vgl. *Burisch 2012, S. 27*).

Nichts desto weniger werden seit Beginn der Burnoutforschung drei Symptome mit großem Konsens als wesentlich bezeichnet. Diese Kernsymptome, die ursprünglich 1986 von Maslach und Jackson unter dem Begriff *Burnout-Trias* (vgl. *Maslach/Jackson 1986, S. 1*) identifiziert wurden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Emotionale und körperliche Erschöpfung
- Depersonalisierung
- Leistungseinbuße

Die *Leistungseinbuße* ist vorwiegend durch eine subjektive Leistungsunzufriedenheit und durch tatsächlich reduzierte Leistungsfähigkeit bzw. Effizienz bestimmt. Erfahrungen der Erfolgs- und Machtlosigkeit, fehlende Anerkennung, mangelndes

Feedback, chronische Überforderung und sexuelle Leistungseinbuße sind dabei charakteristisch. Unter *Depersonalisierung* (oder auch Dehumanisation) versteht man die negative, zynische Einstellung zu Kollegen und Klienten, Schuldgefühle, Rückzug von sozialen Kontakten und Vermeidungsverhalten insbesondere allem Unangenehmen gegenüber (vgl. *Lalouschek* 2012, S. 35f).

Wichtigstes Merkmal scheint aber dennoch die Erschöpfung, wie sie Bräutigam bereits 1968 sehr anschaulich beschrieb, zu sein: *“Charakteristisch ist die gespannte, reizbare Erschöpfung, die nicht die wohlige Müdigkeit des Erfolgreichen ist, sondern eine morose Verstimmtheit und Leistungsunfähigkeit einschließt. Das Gefühl der Ohnmacht und Müdigkeit ist von einem Spannungszustand begleitet. Die Erschöpfung und Schwäche führt nicht zum ruhigen und erholsamen Schlaf, sondern meist besteht eine paradoxe Unfähigkeit zur Entspannung mit Schlafstörung. Die Stimmung ist gewöhnlich nicht ausgesprochen depressiv, sondern flach, fade, leer, lustlos. Alles ist zuviel, alles stellt eine Anforderung dar, von der man nichts mehr wissen möchte.”* (Bräutigam 1968, S. 38f)

Trotz starker Eigengesetzlichkeit und innerer Dynamik eines individuellen Burnout-Prozesses treten verschiedene Symptome vermehrt in bestimmten Phasen des Verlaufs auf.

## **2.5 Stadien / Phasen**

Wie der Symptomverlauf eines Burnout genau aussieht, wird in der Literatur, wenig überraschend, genauso unterschiedlich dargestellt, wie die meisten anderen seiner Aspekte. Die Bandbreite reicht hier von zwei- bis zwölfphasigen Modellen, je nach Fokus der Aufmerksamkeit.

Eines der aktuellsten Modelle stammt von Fritz Hemmerich. Es weist sechs Phasen mit jeweils zwei, insgesamt also zwölf Stadien auf. Wie alle feingranularen Phasenmodelle suggeriert es eine starke Trennschärfe zwischen den einzelnen Stadien, die meist in der Realität nicht beobachtbar ist, weshalb man sich den Burnout-Prozess eher als Kontinuum vorstellen sollte, in dessen Verlauf diese Stadien durchschritten werden. Seine Stärken liegen in der sehr anschaulichen und bildhaften Beschreibung dieser Phasen und Stadien. Außerdem hat Hemmerich die unterschiedlichen Einteilungen anderer Autoren (wie z.B. nach Schaufeli, Maslach

und Jackson, nach Pines, Anderson und Kafry, nach Cherniss, nach Freudenberger und North, nach Ewald und nach Burisch) berücksichtigt und so zu einer gewissen Vereinheitlichung der bestehenden Phasenmodelle beigetragen (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 96f). Aus diesen Gründen sei dieses Modell im Weiteren genauer beschrieben.

Phase	Stadien
Mahnung	1. Mühe 2. Strapaze
Warnung	3. Bürde 4. Last
Alarm	5. Joch 6. Plage
Notlage	7. Tretmühle 8. Straucheln und Ausfallen
Zwangslage	9. Entgleisen und Hinfallen 10. Vermeiden und Zerbersten
Untergang	11. Verweigern und Egalisieren 12. Zusammenbrechen und Aufgeben

Tabelle 1: 6 Phasenmodell nach Hemmerich (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 96ff)

*Mahnung* (1. Mühe, 2. Strapaze): Eine im Laufe eines Lebens des öfteren durchlaufene Phase die dann an Bedeutung gewinnt, wenn sie mehrere Monate anhält oder lediglich manchmal unterbrochen, nicht aber umgekehrt wird. Vermehrter Ehrgeiz, subjektiv große Leistungsfähigkeit und Stolz auf die Bewältigung der übernommenen Aufgaben sind charakteristisch. Trotzdem wird im Stadium 1 die Arbeit langsam merklich *mühsamer* und das *Wollen* weicht dem *Müssen*. Im Stadium 2 nehmen die Überstunden zu, Arbeit wird mit nachhause genommen und der Mehreinsatz wird als zunehmend strapaziöser erlebt (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 97f).

*Warnung* (3. Bürde, 4. Last): In der Phase der Warnung geht das Engagement bereits zurück und ehemals wichtige Aufgaben werden aufgeschoben oder als irrelevant eingestuft. Auch im Privatleben beginnt man vormals geschätzte Aktivitäten als unwesentlich umzudeuten. Im Stadium 3 werden die übernommenen Aufgaben zu einer Bürde und die Wahrnehmung wird deutlich verzerrt. Stadium 4 ist

durch häufigere Fehler und erste körperliche Symptome gekennzeichnet. Für beides werden schnell externe Gründe gefunden (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 99f).

*Alarm* (5. Joch, 6. Plage): Nun beginnt die Leistung unübersehbar nachzulassen und diese Erkenntnis führt zu Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Selbstmitleid. Im 5. Stadium wird die Versagens- zur Zukunftsangst. Gelegentlich werden waghalsige Ausbruchsversuche in Form von spontaner Kündigung, risikoreichen sportlichen Aktivitäten oder sexuellen Abenteuern, unternommen, die nur kurz Linderung verschaffen. Das 6. Stadium beginnt mit der Reduktion aller Bemühungen auf *Dienst nach Vorschrift*, Klienten, Aufgaben oder Verbesserungsvorschläge werden als Bedrohung wahrgenommen (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 100-103).

*Notlage* (7. Tretmühle, 8. Straucheln und Ausfallen): Es findet eine Verflachung des gesamten sozialen und emotionalen (Er-)Lebens statt. Körperliche Bedürfnisse werden immer mehr vernachlässigt, private Konflikte nehmen zu. Das 7. Stadium ist von zunehmender Lethargie geprägt, die gerade noch das Erledigen des Allernotwendigsten erlaubt. Ab Stadium 8 treten die körperlichen Symptome wie erhöhter Blutdruck, Schlafstörungen, Schwindel und Probleme mit dem Kreislauf in den Vordergrund. Betroffene lassen sich nun oft erstmals, dafür ab jetzt aber häufiger, krankschreiben (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 103-106).

*Zwangslage* (9. Entgleisen und Hinfallen, 10. Vermeiden und Zerbersten): Zunehmende Selbstentfremdung, das Gefühl der Austauschbarkeit und Beliebigkeit prägen das Bild. Selbstdestruktives Verhalten nimmt zu. In dieser Phase ist die Gefahr der Suizidalität am größten. Im 9. Stadium beginnen die schweren emotionalen Entgleisungen und Betroffene reagieren zynisch, aggressiv, selbstmitleidig oder frustriert auf ihre Umwelt. Gravierende Fehler oder Unfälle in Haus und Straßenverkehr werden wahrscheinlicher. Ab Stadium 10 wird jede Vorstellung einer gelingenden Zukunft aufgegeben. Langfristige Freundschaften oder Partnerschaften brechen auseinander, es tritt endgültig Arbeitsunfähigkeit ein (vgl. *Hemmerich* 2012, S. 106f).

*Untergang* (11. Verweigern und Egalisieren, 12. Zusammenbrechen und Aufgeben): An Stelle der emotionalen Unbeherrschtheit der Phase 5 tritt nun Indifferenz und Gefühlslosigkeit. Die Betroffenen haben den Glauben an sich selbst verloren. Das



11. Stadium ist durch völligen Rückzug, selbst von engsten Familienmitgliedern und dem Vollbild einer *Major-Depression* gekennzeichnet. Dabei missachten und verweigern sie selbst einfachste Lebensnotwendigkeiten, soziale Gewohnheiten und gesetzliche Vorschriften. Im finalen Stadium 12 stehen Immunsystem, Herz-Kreislaufsystem und wesentliche Stoffwechsellleistungen kurz vor dem Zusammenbruch. Die Selbstaufgabe entspricht empfindungsgemäß einem inneren *Sterben*. Interventionen sind ausschließlich nur noch von außen möglich (vgl. *Hemmerich 2012, S. 107, 110f*).

Wie man die Stadien auch einteilt und bezeichnet, eines gilt als gesichert: Burnout ist ein langsam ablaufender chronischer Prozess, dessen physische und psychische Auswirkungen lange unentdeckt bleiben können. Der Zustand der Betroffenen verschlechtert sich zunehmend und ein Aufhalten oder Umkehren des Prozesses wird immer schwieriger. Darum scheint es wichtig, die Risikofaktoren und Ursachen von Burnout zu kennen, um frühzeitig etwas gegen sein Entstehen unternehmen zu können.

## 2.6 Risikofaktoren

Bei jedem individuellen Burnout-Fall sind immer innere und äußere Faktoren beteiligt, die je nach Persönlichkeit unterschiedlich zu gewichten sind. Die folgende Grafik zeigt ein Kontinuum, das die Relevanz einer entsprechenden Disposition darstellt. An den Extremen befinden sich links die Selbstverbrenner, also diejenigen, die lediglich vielleicht noch einen externen Auslöser brauchen, um ins Burnout zu geraten, und rechts jene, die von den Umständen zermürbt werden. Der Regelfall dürfte irgendwo dazwischen zu finden sein (vgl. *Burisch 2012, S. 55*).

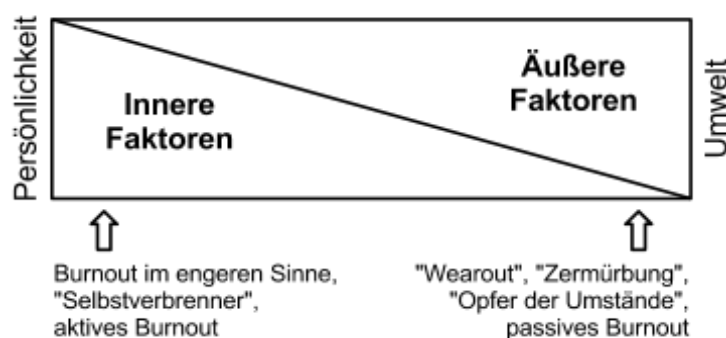


Abbildung 1: Innere und äußere Faktoren der Burnout Entstehung (vgl. *Burisch 2012, S. 55*)

Während in der Anfangsphase der Burnoutforschung (z.B. von Freudenberger und Schmidbauer) eher die persönlichkeitspezifischen Aspekte im Zentrum des Interesses standen, geht man heute davon aus, dass den Umweltfaktoren eine mindestens ebensogroße Bedeutung zukommt (vgl. *Hedderich* 2009, S. 28).

### **2.6.1 Innere Faktoren**

Unstrittig hat die eigene Persönlichkeit einen starken Einfluss darauf, ob ein Ausbrennen auftritt, oder nicht. Insbesondere sind vereinfacht und zusammengefasst folgende Eigenschaften ausschlaggebend (vgl. *Körner* 2003, S. 54):

- Relativ starke Betonung der Beziehungsebene
- Idealismus, Enthusiasmus, Engagement
- Externale Kontrollüberzeugung
- Mangelndes Selbstwertgefühl
- Verantwortungsbewusstsein
- Emotionale Labilität
- Passiver, indirekter bzw. defensiver Bewältigungsstil
- Streben nach Perfektionismus
- Opferbereitschaft

### **2.6.2 Äußere Faktoren**

Zusätzlich gibt es noch eine Reihe weiterer Umwelt-Faktoren, die zu einem Burnout bzw. zu dessen Verschlechterung beitragen können (vgl. *Körner* 2003, S. 55f):

- Eingeschränkter Tätigkeits- und Handlungsspielraum
- Mangel an Einflussmöglichkeit auf das Arbeitsergebnis
- Mangelndes Feedback
- Physische Belastung (Lärm, Hitze, Schmutz,...)
- Ständiger Termindruck
- Schicht- und Akkordarbeit
- Quantitative Überlastung
- Übermaß an Verantwortung
- Unterforderung, Monotonie
- Zu geringe Bezahlung
- Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten

- Rollenunklarheiten oder Rollenkonflikte
- Mangel an sozialer oder privater Unterstützung
- Über- oder Unterqualifikation
- Kommunikationsprobleme
- Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten (insb. Mobbing)

Während diese Faktoren zwar als begünstigend identifiziert wurden, reichen sie zur Erklärung von Burnout keinesfalls aus. Um die eigentlichen Auslöser bzw. Ursachen von Ausbrennen zu verstehen, wurden verschiedenen Erklärungsansätze (Modelle) entwickelt, die jeweils unterschiedliche Aspekte davon hervorheben.

## 2.7 Ursachen

*Stress* ist sicherlich der am häufigsten angeführte Faktor, wenn von den Auslösern und Ursachen von Burnout gesprochen wird. Er darf hier aber nicht, wie im herkömmlichen Sinne, als reine außergewöhnliche oder übermäßige, im Allgemeinen unangenehme Belastung gesehen werden, (vgl. *Burisch* 2010, S. 76) sondern soll als Erwartung, eine Anforderung mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht zufriedenstellend erfüllen zu können, verstanden werden (vgl. *Burisch* 2010, S. 85).

Auf diesem, aus der psychologischen Stressforschung stammenden, Verständnis von (Di-)Stress baut das Person-Environment-Fit-Modell auf, das im Weiteren als Grundlage zur Erklärung von Burnout verwendet werden soll.

### 2.7.1 Person-Environment-Fit-Modell

Das Person-Environment-Fit-Modell betrachtet die betroffene Person als ein mit ganz spezifischen Fähigkeiten und Bedürfnissen ausgestattetes Individuum, das sich einer (Arbeits-)Umwelt mit ganz bestimmten Anforderungen, aber auch Chancen zur Befriedigung dieser Bedürfnisse, gegenüberstellt. Besteht eine allzugroße Diskrepanz zwischen Anforderungen und Fähigkeiten, aber auch zwischen Motiven und Chancen, dann entsteht psychischer Stress. Je nach Coping-Stil und -Erfolg (= Bewältigungsstrategie) entwickeln sich dann möglicherweise in der Folge unterschiedliche Störungen wie z.B. Burnout. Rollenunklarheiten und Rollenkonflikte, enttäuschte Erwartungen, Unter- bzw. Überforderung, unbefriedigte Bedürfnisse und

fehlende Kontrolle können weitere Aspekte einer Fehlpassung sein (vgl. *Burisch* 2010, S. 100-104).

Das Person-Environment-Fit-Modell ist ein relativ weit gefasstes Konzept, das stellvertretend für eine Menge an Möglichkeiten von mangelnder Passung zwischen Situation und Individuum steht. Zwei spezifischere Theorien, die aber durchaus als Untermenge des Person-Environment-Fit-Modells gesehen werden können, werden im Folgenden beleuchtet.

### **2.7.2 Anforderungs-Kontroll-Modell**

Das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek setzt die beiden externen Stressoren (= Umwelteinflüsse oder externe Stimuli) *Anforderung* und *Kontrolle* am Arbeitsplatz in Relation zueinander. Die Vorhersage des Modells besteht darin, dass, wenn hohen Anforderungen nicht auch eine ausreichend hohe Kontrolle (Handlungs- und Entscheidungsspielraum) zugrunde liegt, eine Beeinträchtigung der Gesundheit und/oder der Produktivität drohen würde. Wenn aber hohe Anforderung mit hoher Kontrolle, also mit entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten, korreliert, dann führte das zu persönlichen Herausforderungen und damit zu Entwicklungsmöglichkeiten, die die Gesundheit und Produktivität fördern würden (vgl. *Riechert* 2011, S. 40f).

### **2.7.3 Gratifikationskrisen-Modell**

Nach dem Gratifikationskrisen-Modell von Siegrist kann bei einem Missverhältnis zwischen Verausgabung (hoch) und Belohnung (gering) Stress entstehen, welcher wiederum, vor allem, wenn er zum Dauerstress wird, zu gesundheitlichen Problemen, darunter auch Burnout, führen kann. Die Verausgabung beinhaltet dabei sowohl berufliche Anforderungen und Verpflichtungen (extrinsischer Anteil), als auch eine gewisse individuelle Neigung zur Verausgabung (intrinsischer Anteil). Die Belohnung kann nicht nur aus dem Gehalt, sondern auch aus Lob, Anerkennung, (Arbeitsplatz-)Sicherheit, Karrierechancen oder Status usw. bestehen. Daraus folgt weiter, dass, wie beim Anforderungs-Kontroll-Modell, hohe Anforderungen und Leistungen alleine noch kein gesundheitliches Risiko nach sich ziehen müssen. Erst die Fehlpassung zu den persönlichen Bedürfnissen (Belohnung) führt in die (Gratifikations-)Krise (vgl. *Hillert/Marwitz* 2006, S. 153f).

Den Grundannahmen beider Modelle wird bei der Burnout-Prävention (siehe 3.1) noch besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

## 2.8 Diagnostik

Die *internationale Klassifikation der Erkrankungen* (engl. International Classification of Diseases, kurz ICD) der WHO ist ein weltweit anerkanntes Standard-Diagnosewerkzeug für Ursachen, Symptome und Folgen von Krankheiten und Störungen, die unter einem einheitlichen System zusammengefasst, kodiert und geordnet sind. Das Ziel ist, Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeuten und Therapeutinnen weltweit genormte Symptomlisten und Zuordnungsregeln in die Hand zu geben, die zu einheitlichen und reliablen Diagnosen führen sollen. In der aktuellen 10. Fassung (ICD-10), ist Burnout bisher nicht als eigenständige Hauptdiagnose geführt. Stattdessen ist es im Kapitel XXI (*Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*) als Zusatzdiagnose Z 73.0 (*Ausgebranntsein: Burn-out, Zustand der totalen Erschöpfung*) unter der Kategorie Z 73 (*Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*) ohne genauere Beschreibung angefügt. Der Grund ist, dass keine eindeutige Symptomliste existiert, mit der Burnout im Sinne des ICD verlässlich diagnostiziert werden könnte (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 162).

Daher müssen Ärztinnen und Ärzte auf andere Diagnosen wie *Depression*, *chronisches Erschöpfungssyndrom* oder eine (*posttraumatische*) *Belastungsstörung* usw. zurückgreifen, um Burnout beschreiben zu können, was oft mit der Gefahr verbunden ist, bei Patientinnen und Patienten Unsicherheit und Verwirrung auszulösen (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 164-167).

Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung von Burnout liegt in der Verwendung von Fragebögen. Zwar haben sie für Ärzte und Ärztinnen eine eher fragwürdige Bedeutung, dafür sind sie aber in der Burnout-Forschung unabdingbar. Das mit Abstand gebräuchlichste Instrument zur Messung (Erfassung) von Burnout ist das *Maslach Burnout Inventory* (kurz MBI), welches 1981 von Christina Maslach und Susan Jackson veröffentlicht wurde (siehe Appendix). Anhand von 22 (ursprünglich 25) Fragen (orig. Items) wird auf 3 Skalen (*emotionale Erschöpfung*,

*Depersonalisierung* und *persönliche Leistungsfähigkeit*) die Auftrittshäufigkeit bestimmter Aspekte eingeschätzt. Dem MBI entsprechend ist eine Person umso ausgebrannter, je höher die Werte auf den Skalen *Erschöpfung* und *Depersonalisierung* und je niedriger sie auf der Skala *Leistungsfähigkeit* sind (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 102).

Die Autorinnen des MBI warnen selbst davor, den Fragebogen zu medizinisch-diagnostischen Zwecken einzusetzen, weil bis heute keine empirischen Grenzwerte definiert wurden, die eine Burnout Diagnose indizieren würden (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 104). Außerdem korrelieren hohe MBI Werte auch mit denen verwandter Konzepte wie Depression und Arbeitszufriedenheit. Alleine dadurch wird eine verlässliche Differentialdiagnose mittels MBI unmöglich (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 122).

## 2.9 Therapie

Vom Ratgeber in Buchform, über Selbsthilfegruppen und -foren im Internet, Einzel- und Gruppenpsychotherapien (meist Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie) bis zu klinisch pharmakologischen Behandlungen, wird ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten angeboten. Welche in einem konkreten Fall schließlich zur Anwendung kommt, hängt nicht nur vom Schweregrad oder Fortschritt des Syndroms, sondern auch ganz wesentlich von den persönlichen Präferenzen und Fähigkeiten des Therapeuten oder der Therapeutin ab, an den oder die man gerät (vgl. Hillert/Marwitz 2006, S. 234f).

Gemeinsam haben die meisten dieser Behandlungskonzepte, dass sie auf drei wesentliche Kernpunkte aufbauen: "*Entlastung (Reduktion oder Ausschalten der Stressoren), Erholung (die Akkus wieder aufladen, sich entspannen, Sport treiben usw.) und Ernüchterung (exzessiven Perfektionismus und/oder Idealismus von illusionärem Charakter herunterschrauben und lernen, sich abzugrenzen).*" (Hillert/Marwitz 2006, S. 233)

Daneben gibt es noch eine Reihe von speziellen Behandlungsprogrammen, die jeweils besondere Aspekte in den Vordergrund stellen.

Das ursprünglich für Suchterkrankungen entwickelte und dann für Burnout adaptierte Orpheus-Programm z.B. zielt darauf ab, dem Patienten bzw. der Patientin dabei zu helfen, bestehende Werte und Prioritäten durch die Nutzung der ihm bzw. ihr selbst zur Verfügung stehenden Ressourcen neu zu beurteilen (vgl. *Musalek 2012a*, S. 96).

*Stressbewältigungsprogramme* gehören zu einer weiteren großen Gruppe der möglichen Interventionen. Sie lassen sich in kurz- und langfristige Stressbewältigungsstrategien unterteilen und reichen von einfachen Entspannungsübungen bis zu mehrwöchigen Stressmanagement-Trainings (vgl. *Hillert/Marwitz 2006*, S. 238).

Zu letzteren ist beispielsweise das Programm *Stressbewältigung am Arbeitsplatz* (kurz SBA) von Andreas Hillert zu zählen. Es besteht aus acht Gruppensitzungen (mit 6-8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern) in denen Rollenspiele, Diskussionen und Frontalvorträge abgehalten werden. Außerdem müssen während des 2½ bis 4 Wochen dauernden Programms zahlreiche Arbeitsblätter und Hausaufgaben erledigt werden. SBA behandelt 4 große Themenblöcke: *Arbeit und Gesundheit*, *Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten*, *Arbeitsbewältigung* und *Berufliche Perspektiven* (vgl. *Burisch 2010*, S. 280).

Den theoretischen Teil dieser Arbeit zusammenfassend wird deutlich, dass obwohl oder vielleicht gerade *weil* mittlerweile eine geradezu unüberschaubar große Menge an Publikationen zum Thema erschienen ist, keine einheitliche Theorie bezüglich Definition, Entstehung und Diagnostik existiert. Einstweilen muss das Krankheitsbild Burnout zwar als vages, unscharfes Phänomen, nichtsdestoweniger aber auch als Tatsache, hingenommen werden. All das schmälert keinesfalls die Notwendigkeit für Unternehmen und Führungskräfte, sich damit auseinanderzusetzen. Im nächsten Kapitel soll daher versucht werden, dieser Notwendigkeit Rechnung zu tragen.

## **3 Führungspraxis**

Der Umgang mit psychischen Störungen am Arbeitsplatz stellt vermutlich für jede Führungskraft eine große Herausforderung dar. Hier die richtige Balance zwischen Anteilnahme, Einmischung und Wahrung der Privatsphäre des oder der Betroffenen zu finden, bedarf fundierten Wissens auf der einen und persönlichen Einfühlungsvermögens auf der anderen Seite. Daher ist die für alle Beteiligten unbestreitbar beste Strategie, die Entstehung dieser Störungen (insbesondere Burnout) auch wenn sie schon nicht im Einzelfall ganz zu verhindern sein wird, wenigstens im Allgemeinen unwahrscheinlicher zu machen.

### **3.1 Vorbeugen**

Wie die Risikofaktoren (siehe 2.6), lassen sich auch die Präventionsmaßnahmen in interne (individuelle) und externe (organisationelle und führungspezifische) Aspekte einteilen. Da sich die internen Faktoren bzw. das Verhalten von Einzelpersonen weitgehend dem Einfluss der Führungskraft bzw. der Organisation entziehen, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels vorrangig auf Struktur und Führung eingegangen werden. Die internen Faktoren (siehe 3.1.1) werden dennoch gestreift, weil sie für die persönliche Burnout-Prophylaxe für Führungskräfte relevant sein können.

#### **3.1.1 Verhaltensprävention**

Betrachtet man die Liste der inneren Risikofaktoren (siehe 2.6.1), drängt sich unwillkürlich die Frage auf, was der oder die Einzelne dafür tun kann, sein bzw. ihr individuelles Burnout-Risiko zu senken. Wenn auch nahezu all diese inneren Faktoren in der Persönlichkeit oder im Wertesystem wurzeln, die sich kaum einfach ändern lassen, selbst wenn das von der oder dem Betroffenen gewünscht wäre, gibt es gewisse Verhaltensgrundsätze, die zur Vermeidung von Burnout beitragen.

Wolfgang Seidel hat eine sehr ausführliche und dennoch übersichtliche Liste guter Möglichkeiten zur Vorbeugung und Hilfe gegen Burnout zusammengestellt. Sie berücksichtigt nicht nur die inneren Risikofaktoren, sondern auch den, durch verschiedene Missverhältnisse zwischen Mensch und Arbeit (siehe 2.7.1)



verursachen (Di-)Stress als wichtigsten Auslöser von Burnout-Prozessen (vgl. *Seidel* 2012, S. 63, 201f):

- Prioritäten setzen, Grenzen festlegen.
- Rationelle Zeiteinteilung vornehmen, Multitasking vermeiden.
- Perfektionismus bekämpfen, Bürokratismus hinterfragen.
- Kontrolle über den eigenen Verantwortungsbereich erlangen und ausbauen.
- Probleme ansprechen, negative Tendenzen wahrnehmen und gegensteuern.
- Regelmäßig die persönlichen Ziele und Ansprüche überprüfen.
- Ein realistisches Selbstbild entwickeln, Selbstwert steigern.
- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit trainieren.
- Gleichgewicht zwischen Arbeit und Entspannung anstreben.
- Erfolge und Misserfolge schriftlich dokumentieren, Tagebuch führen.
- Organisationsbezogene Strategien (z.B. Selbstmanagement) entwickeln.
- Unterstützung durch Familie, Freunde, Coaches, Therapeuten, ... suchen.

Seidel weist selbst auf den wie eine Aneinanderreihung von Allgemeinplätzen und gutgemeinten Ratschlägen anmutenden Charakter dieser Auflistung hin, betont aber gleichzeitig, dass verschiedene Punkte große Relevanz für den Einzelfall haben können und deshalb wert seien, genauer beachtet zu werden (vgl. *Seidel* 2012, S. 62).

Auch wenn diese vorbeugenden Maßnahmen und individuellen Strategien das Burnout-Symptom theoretisch reduzieren können, bleibt fraglich, wie gut sich diese in der Praxis tatsächlich umsetzen lassen. Eine weitere Möglichkeit zur Burnout-Prophylaxe liegt daher in der organisatorischen und sozialen Gestaltung des Arbeitsumfeldes durch Führungskräfte und Management, die im Folgenden näher betrachtet werden soll.

### **3.1.2 Verhältnisprävention**

Soweit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst (noch) nicht mit der nötigen Autonomie und der entsprechenden Legitimation ausgestattet sind, ihren Arbeitsplatz und die Arbeitsumgebung nach ihren (gesundheitlichen) Bedürfnissen zu gestalten, sind sie weitgehend von ihrer unmittelbaren Führungskraft und deren Führungsstil abhängig, denn die *“Führungskraft prägt durch ihren Führungsstil*

*entscheidend die Kultur und das Miteinander in Team und Abteilung.” (Lohmer et al. 2012, S. 87)*

Jochen von Wahlert sieht diese Vorgesetzten daher als Berater bzw. Beraterinnen oder Unterstützer bzw. Unterstützerinnen, die jeweils helfen, Lösungen für besonders schwierige Aufgaben zu finden, oder als Impulsgeberinnen und Impulsgeber, die es verstehen, die Rahmenbedingungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so zu gestalten, dass diese motiviert sind, ihre Potentiale für die Organisation und ihre Mitglieder einzusetzen. Das klassische Bild des Managers bzw. der Managerin, die alles plant, organisiert, entscheidet und kontrolliert, tritt dabei weitgehend in den Hintergrund (vgl. *Lohmer et al. 2012, S. 83*).

Dazu präsentiert Wahlert eine (hier gekürzt wiedergegebene) Liste von Fähigkeiten und Eigenschaften, die nicht nur einen gesundheitsfördernden, sondern ganzheitlich fördernden Führungsstil ausmachen.

Beziehungsarbeit leisten: Führung bedeutet nach heutiger Auffassung, den Angestellten, nach Klärung der Ziele, Hilfe und Unterstützung anzubieten, im gemeinsamen Dialog Ideen zur Lösungsfindung zu entwickeln. Durch eine tragfähige Bindung, die durch echtes gegenseitiges Interesse innerhalb des Teams und zwischen Angestellten und Führungskräften zustande kommt, bekommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den nötigen Rückhalt, selbständig ihre Aufgaben zu bewältigen (vgl. *Lohmer et al. 2012, S. 83-85*).

Vertrauen schaffen: Dort wo Führungskräfte es schaffen, sich ihrer Mannschaft gegenüber fair und respektvoll zu verhalten und sich bei Kritik von außen vor das Team zu stellen, können sie sich der Loyalität und des Vertrauens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sicher sein. Zumindest dann, wenn sie ebenfalls entsprechendes Vertrauen in ihre Teammitglieder haben und das auch zeigen. Dann können Menschen daraus Kraft und Zuversicht schöpfen (vgl. *Lohmer et al. 2012, S. 85f*).

Anerkennung zeigen: “Gesehen zu werden” und die individuelle Leistung anerkannt zu bekommen, ist einer der effektivsten Motivatoren, deren sich eine Führungskraft bedienen kann (vgl. *Lohmer et al. 2012, S. 86*). Die Wichtigkeit von Anerkennung,

Lob und zwischenmenschlicher Zuwendung werden auch durch die Vorhersagen des Gratifikationskrisen-Modells (siehe 2.7.3) betont.

Vorbild sein und Visionen entwerfen: Führungskräfte prägen maßgeblich die Kultur eines Unternehmens, indem sie vorleben, welche Gepflogenheiten und Umgangsformen gelten. Hier liegt das Hauptaugenmerk weniger auf dem *was* getan wird, sondern *wie* etwas getan wird (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 86f). Gleichzeitig haben sie die Chance, durch das Entwerfen einer erstrebenswerten Zukunft, die Leidenschaft und Neugierde in ihrem Team anzustacheln und damit die Arbeit mit Bedeutung zu füllen. Zu beachten ist jedoch, dass diese Bedeutung für jedes Teammitglied eine andere sein kann (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 88).

Klare Rollen wahrnehmen: Eine Führungskraft, die klar und kongruent ihre Rolle innerhalb eines Teams und/oder einer Organisation wahrnimmt, gibt ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Sicherheit und Orientierung. Verbindlich kommunizierte Ziele, aber auch die beispielhafte Bewältigung der eigenen Unsicherheiten, sowie ein reflektierter Umgang mit den eigenen Stärken und Schwächen, sorgen für Stabilität und Verlässlichkeit im Team (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 87f).

Fehlerkultur etablieren: In einem Unternehmen mit einer guten Fehlerkultur, wird nicht die Person, die einen Fehler begangen hat (der Verantwortliche) kritisiert, sondern das Verhalten, das zu dem Fehler geführt hat, untersucht. Das erlaubt eine offene Diskussion über die Umstände und alle Beteiligten können daraus lernen. Im besten Fall entwickelt sich daraus eine *lernende Organisation* (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 89).

Zusammengehörigkeit fördern und Teams entwickeln: Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Durch die Zusammenarbeit in einem Team kann dieses Grundbedürfnis im Erwerbsleben befriedigt werden. Eine Führungskraft, die es schafft, Kooperation und Teamgeist zu fördern, entfesselt eine ungeheure Leistungsbereitschaft und entwickelt damit auch gleichzeitig die Problemlösungskompetenz Einzelner (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 88ff).

Selbstführung und Selbstfürsorge: Selbstmanagement und -disziplin sind die Voraussetzungen dafür, sich selbst gut organisieren und motivieren zu können. Die Fähigkeit zu Selbstführung und Selbstfürsorge überträgt sich so auf andere. Zur Selbstfürsorge gehört es auch, sich in Gelassenheit zu üben, d.h. vor allem in angespannten Situationen die eigene Angst und den Ärger nicht zu sehr nach außen zu tragen, indem man sich innerlich etwas distanziert. Das gibt einem die Möglichkeit, mit kühlem Kopf und klarem Verstand zu reagieren (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 90f).

Ressourcen stärken: Die persönlichen Fähigkeiten von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen können am besten dadurch gefördert werden, dass ihre Handlungs- und Entscheidungsspielräume ausgeweitet und ihnen die Verantwortung, für ihrem Entwicklungsstand entsprechende Aufgaben, übertragen wird. Autonomie und Selbstorganisation unterstützen das Engagement und die Leistungsbereitschaft, weil sie das individuelle Kontrollbedürfnis, die eigenen unmittelbaren Arbeitsbedingungen und -abläufe zu beeinflussen und zu steuern, befriedigen (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 91f). Auch das Anforderungs-Kontroll-Modell stellt die Arbeitsanforderung einerseits und die Entscheidungsspielräume andererseits zueinander in Relation, um damit die Entstehung von Stress, einer wichtigen Ursache von Burnout, zu erklären (siehe 2.7.2).

Glücklicherweise vergisst Wahlert nicht darauf hinzuweisen, dass diese Art von Führungsstil durch eine entsprechende Unternehmenskultur bzw. Organisations-struktur getragen sein muss. Ist das nicht der Fall, würde nicht nur einzelnen Individuen ein Burnout drohen, sondern es wäre möglich, dass sich das ganze Unternehmen zu einer sogenannten *ausgebrannten Organisation* entwickelt. In ihr seien einzelne, an Burnout leidende Angestellte, lediglich (oft nur) Symptomträger einer systematischen Überforderung (vgl. *Lohmer et al.* 2012, S. 94f).

Dessen ungeachtet stößt Wahlert in dasselbe Horn wie viele andere Autoren, die ihre Erkenntnisse auf relativ neue Bereiche der Führungsforschung stützen. Auch wenn sich diese meist nicht explizit auf gesundheitliche Aspekte wie Burnout berufen, sondern eher führungstheoretische Mechanismen in den Vordergrund stellen, gibt es auffallende Parallelen und gemeinsame Ziele, wie z.B. Verringerung

der Fluktuation und Krankenstände. Exemplarisch können hier Daniel Pinnow und Cyrus Achouri, die für ein systemisches Verständnis von Führung eintreten, bei dem Führungsstil und Organisationsstruktur gleichermaßen Berücksichtigung finden (vgl. Pinnow 2011, S. 167-174; Achouri 2011, S. 269), oder Gerald Hüther bzw. Klaus Grawe, die ihren Arbeiten im Bereich Neuroleadership, die durch die Gehirnforschung nachgewiesenen Grundbedürfnisse des Menschen (das *Bindungsbedürfnis*, das Bedürfnis nach *Orientierung* und *Kontrolle*, das Bedürfnis nach *Selbstwerterhöhung* und *Selbstwertschutz* sowie das Bedürfnis nach *Lustgewinn* und *Unlustvermeidung*) zugrunde legen (vgl. Hüther 2009, S. 32; Grawe 2004, S. 185f), genannt werden.

Vielleicht gelang es Pinnow am besten, das alles in einem einzigen Satz auszudrücken, als er schrieb: *“Ein Leader der Zukunft muss Grundkenntnisse in Soziologie, Psychologie und [...] Verhaltensbiologie besitzen, damit er die Arbeit seines Teams (und parallel die eigene!) so organisieren kann, dass es den Naturgesetzen des menschlichen Verhaltens entspricht.”* (Pinnow 2011, S. 199)

## 3.2 Erkennen

In diesem Kapitel soll bei Führungskräften eine gewisse Sensibilität für beginnende psychische Fehlbelastungen geschaffen werden. Dabei ist es äußerst wichtig darauf hinzuweisen, dass es ganz eindeutig nicht Aufgabe der Führungskraft ist, eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder diese gar dem betroffenen Mitarbeiter bzw. der betroffenen Mitarbeiterin mitzuteilen. Vielmehr geht es darum, ohne Wertungen, Interpretationen und Vermutungen Verhaltensänderungen zu beobachten, um dann selbst geeignete Maßnahmen (siehe 3.3) ergreifen zu können (vgl. Riechert 2011, S. 84f). Aus diesem Grund bezieht sich dieser Abschnitt ganz bewusst auf kein bestimmtes Krankheitsbild und lässt daher auch spezifische Burnout-Anzeichen weitgehend unbeachtet.

Ganz allgemein sollte eine Führungskraft immer dann hellhörig und besonders aufmerksam werden, wenn sie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Kolleginnen und Kollegen für sie *unerklärliche Veränderungen* beobachtet. Vor allem in den Bereichen *Arbeit*, *Leistungsfähigkeit*, *Sozialverhalten*, *Gefühlsleben*, *körperlichem Befinden* und *Alltagsleben* kann man oft frühe Anzeichen von

psychischen Fehlbelastungen finden (vgl. *Riechert* 2011, S. 80f). Zur Veranschaulichung folgen nun einige markante Beispiele für solche Indikatoren.

*Veränderungen im Arbeitsverhalten* können z.B. sein (vgl. *Riechert* 2011, S. 81):

- Vermehrte und/oder unentschuldigte Fehlzeiten (auch tageweise)
- Häufige Unpünktlichkeit bei Arbeitsantritt oder Abgabeterminen
- Vermindertes Durchhaltevermögen
- Mehrmalige Arbeitsunterbrechungen (evtl. mit Entfernen vom Arbeitsplatz)
- Zunehmender Unwille, Regeln und Strukturen zu respektieren

*Veränderungen im Leistungsverhalten* zeigen sich durch (vgl. *Riechert* 2011, S. 81):

- Auffällige Leistungsschwankungen oder -einbußen (Menge, Qualität, Tempo)
- Vergesslichkeit und Unsicherheit (z.B. Nachfragen bei Routineaufgaben)
- Zunehmende Unzuverlässigkeit
- Gesteigertes Bedürfnis, ausgeführte Arbeiten zu kontrollieren
- Vermeidung bestimmter Aufgaben (oft solche mit Kontakt zu Kundschaft)

*Veränderungen im Sozialverhalten* beinhalten oft (vgl. *Riechert* 2011, S. 82):

- Rückzug von den Kolleginnen und Kollegen (wichtigstes Anzeichen)
- Besondere Empfindsamkeit bzw. starke, schnelle oder latente Reizbarkeit
- Großes Misstrauen
- Distanzloses Verhalten (eigene Grenzen und die der anderen missachtend)
- Innere Abwesenheit bzw. ein In-sich-selbst-versunken-sein
- Stark abwertendes oder idealisierendes Verhalten
- Negative Erwartungen gegenüber allen anderen

*Veränderungen in Gefühlsäußerungen und Gefühlslage* (vgl. *Riechert* 2011, S. 83):

- Resignation und Erschöpfung
- Gereiztheit oder Euphorie
- (Versagens-)Ängste
- Äußerungen von Lebensüberdruß oder Gefühlen der Minderwertigkeit

*Körperliche Veränderungen* können folgen wie z.B. (vgl. *Riechert* 2011, S. 83):

- Vermehrtes Klagen über körperliche Beschwerden
- Schlafstörungen (z.B. Schlaflosigkeit)
- Schwindel oder Herz-Kreislauf-Probleme
- Schmerzen aller Art
- Nervosität und Unruhe (äußern sich oft durch Schweißausbrüche)
- Selbstverletzendes Verhalten (z.B. Schnittwunden)

*Veränderungen im Alltagsleben* äußern sich oft durch (vgl. *Riechert* 2011, S. 84):

- Vernachlässigung der persönlichen Hygiene (ungepflegtes Äußeres)
- Auffälliges Suchtverhalten (z.B. Alkoholismus)
- Plötzliche hohe Geldausgaben
- Eingeschränkte Mobilität (nicht mehr aus dem Haus gehen können)

Können einige dieser Anzeichen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden, sollte der oder die Angestellte in einem geeigneten Rahmen darauf angesprochen werden (vgl. *Riechert* 2011, S. 85f). Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Intervention werden im folgenden Abschnitt erörtert.

### **3.3 Intervenieren**

Die Intervention der Führungskraft beschränkt sich im wesentlichen auf mindestens ein, in der Regel jedoch mehrere Gespräche mit der bzw. dem betreffenden Angestellten. Ina Riechert schlägt dafür folgende grobe Vorgehensweise vor (vgl. *Riechert* 2011, S. 122-135):

1. Klärung der Ausgangslage und der inneren Haltung
2. Gesprächsvorbereitungen treffen
3. Rahmenbedingungen schaffen
4. Gesprächseröffnung
5. Schilderung der Beobachtungen
6. Problemlage und Hintergründe klären
7. Ziele vereinbaren und Planung der nächsten Schritte
8. Abschluss

1) Bei der Klärung der Ausgangslage sollte sich die Führungskraft gedanklich auf die Situation einstellen und sich sowohl mit wahrscheinlichen Ängsten und Befürchtungen ihres Gegenübers, als auch den eigenen Unsicherheiten und eventuellen Vorurteilen auseinandersetzen. Denkbar ist, dass sich die betroffene Mitarbeiterin bzw. der betroffene Mitarbeiter seiner Lage durchaus bewusst ist und Angst vor Bloßstellung oder gar Verlust des Arbeitsplatzes hat. Die Führungskraft ihrerseits kann schwer abschätzen, was während oder nach einem solchen Gespräch passieren wird. Riechert empfiehlt in jedem Fall davon auszugehen, dass das beobachtete Verhalten der inneren Notlage des oder der Betroffenen entspringt und das momentane Optimum dessen darstellt, was er bzw. sie zur Bewältigung derselben unternehmen kann (vgl. Riechert 2011, S. 122f).

2) In der *Gesprächsvorbereitung* ist es hilfreich sich nocheinmal mit allen Fakten und Daten vertraut zu machen, um beim eigentlichen Gespräch die gemachten Beobachtungen möglichst sachlich und frei von Bewertungen und Interpretationen beschreiben zu können. Die Führungskraft sollte für sich Ziele definieren, die mit diesem (Erst-)Gespräch erreicht werden sollen. Zum Beispiel einen ersten Eindruck der persönlichen Situation des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin zu erlangen, oder im günstigsten Fall bereits eine Vereinbarung über weitere Schritte zu treffen (vgl. Riechert 2011, S. 124f).

3) Die *Rahmenbedingungen* für das (Erst-)Gespräch unterscheiden sich nicht wesentlich von denen eines klassischen Mitarbeitergesprächs. Trotzdem gilt es auf ein paar Dinge ganz besonders zu achten. Da Gespräche über seelische Probleme und/oder Leistungseinbußen für alle Beteiligten naturgemäß sehr anstrengend und belastend sind, sollte die Gesprächsdauer von vornherein auf nicht mehr als 60 Minuten begrenzt werden. Einer mündlichen, persönlichen Einladung ist der Vorzug vor einer schriftlichen, standardisierten zu geben. Prinzipiell sollte ein solches Gespräch mit dem oder der direkten Vorgesetzten unter vier Augen stattfinden. Falls die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter aber das Beisein einer Vertrauensperson wünscht, ist es ratsam, diesen Wunsch zu respektieren. Ganz allgemein dient der Rahmen, in dem das Gespräch geführt wird, dazu, dem Mitarbeiter bzw. der Mitarbeiterin zu verdeutlichen, dass es darum geht, ihn bzw. sie zu unterstützen (vgl. Riechert 2011, S. 125f).



4) Bei der *Gesprächseröffnung* kann die Führungskraft kurz erläutern, welcher zeitliche Rahmen für das Treffen vorgesehen ist und worum es dabei gehen soll. Es ist wichtig, vom ersten Moment an für Klarheit, Ehrlichkeit, Offenheit und Vertrauen zu sorgen (vgl. *Riechert 2011, S. 126f*).

5) Die darauf folgende *Schilderung der Beobachtungen* sollte strikt auf der Sachebene stattfinden. Dabei ist es essentiell, bei der Beschreibung und Benennung der Verhaltensauffälligkeiten keine Zuschreibungen über die Person selbst zu machen. Zu Vermeiden sind außerdem Verallgemeinerungen, Vorwürfe, Verniedlichungen, Abwertungen, Unterstellungen und Interpretationen. Hypothesen und Vermutungen sollten dem Gesprächspartner bzw. der Gesprächspartnerin als solche kenntlich gemacht werden (vgl. *Riechert 2011, S. 127ff*).

6) Nun können im Dialog die *Problemlage und Hintergründe geklärt* werden, indem der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin ermutigt wird, seinen bzw. ihren Standpunkt darzulegen. In dieser Phase des Gesprächs ist aktives Zuhören von der Führungskraft gefordert. Durch offene Fragen (= solche, die nicht mit *Ja* oder *Nein* beantwortbar sind), wird dem Gesprächspartner bzw. der Gesprächspartnerin Gelegenheit und Raum gegeben, zu beschreiben, wie er oder sie die Situation erlebt. Fragen, die mit "Warum" beginnen, können leicht unter Druck setzen und vermitteln das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen. Sie sollten besser vermieden werden. Gelegentliches Nachfragen oder Rekapitulieren des Gesagten, hilft dabei, genau zu verstehen und Missverständnisse zu vermeiden. Äußerem spürt so der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin das echte Interesse der Führungskraft und dass ihm bzw. ihr wirklich zugehört wird (vgl. *Riechert 2011, S. 129f*).

7) Nachdem die Sachlage geklärt wurde und beide Seiten Gelegenheit hatten, sich mitzuteilen, können *Ziele vereinbart* werden und eine *Planung der nächsten Schritte* erfolgen. Hauptsächlich geht es darum, dem Mitarbeiter oder der Mitarbeiterin die Situation deutlich zu machen und (konkrete) Unterstützung anzubieten. Diese Unterstützung kann von einer vorübergehenden Entlastung im Arbeitsbereich bis zur Nutzung externer Hilfen, wie z.B. die Einbeziehung betrieblicher Helfer oder die Vermittlung einer fachärztlichen Beratung, reichen. Der oder dem Angestellten soll, wenn möglich, geholfen werden, sich selbst zu einem Besuch bei einem Facharzt oder einer Fachärztin zu entscheiden (vgl. *Riechert 2011, S. 131f*).

8) Der *Abschluss* kann aus einer kurzen Zusammenfassung des Gesprächs und der nochmaligen Erläuterung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen bestehen. Es ist angebracht, sich bei der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter für ihr bzw. sein Vertrauen zu bedanken. Wichtig ist, diese Vereinbarungen und Abmachungen *unbedingt* einzuhalten (vgl. *Riechert* 2011, S. 132). Ein persönliches Gedächtnisprotokoll kann für nachfolgende Gespräche hilfreich sein. Auf die Wahrung von Privatsphäre und Datenschutz ist dabei jedoch größtes Augenmerk zu legen.

Trotz aller Vorbereitung und Sorgfalt können sich solcherart schwierige Gespräche sehr leicht anders entwickeln, als sie geplant waren. Es ist z.B. möglich, dass der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin die beobachteten Verhaltensänderungen abstreitet oder die Verantwortung auf externe Gründe schiebt. Die Führungskraft sollte sich durch Zurückhaltung oder Zurückweisungen nicht entmutigen lassen und trotzdem ihre Sorge um die Gesundheit der betreffenden Person zum Ausdruck bringen und Hilfe anbieten (vgl. *Riechert* 2011, S. 132f).

Abschließend sei noch einmal deutlich darauf hingewiesen, wie wichtig es für die Führungskraft ist, Grenzen zu ziehen. Sie ist weder Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin, noch Arzt oder Ärztin und auch kein Therapeut bzw. keine Therapeutin, sondern lediglich diejenige Person, die vermutlich als erstes eine Fehlentwicklung, Leistungsminderung oder negative Veränderung am Arbeitsplatz wahrnimmt. Die Aufgabe der Führungskraft endet im Grunde beim Initiieren von Korrekturen, indem sie ihrer Beobachtungen thematisiert und eventuell den betroffenen Mitarbeiter bzw. die betroffene Mitarbeiterin an einen Experten verweist. (vgl. *Riechert* 2011, S. 100f).

## 4 Fazit

Im nun folgenden Schlussteil wird eine kurze Zusammenfassung präsentiert, die Arbeit einer kritischen Beurteilung unterzogen und ein Ausblick auf eine mögliche Zukunft der Burnoutforschung und der sich daraus ergebenden Erkenntnisse für die Führungspraxis gegeben.

### 4.1 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der wissenschaftlichen Literatur eine große Anzahl von Publikationen zum Thema Burnout existiert, die eine fast ebenso große Zahl von Definitionen und Modellen zu diesem Phänomen bereithält, was zu einem sehr unscharfen und vagen Gesamtbild führt. Dies äußert sich nicht zuletzt dadurch, dass Burnout bisher nicht in das diagnostische Klassifikationssystem ICD-10 aufgenommen wurde.

Trotzdem existieren einige sehr gute Theorien und wissenschaftliche Studien, auf die sich Organisationen und Führungskräfte stützen können, um die Gefahr einer durch den Beruf bedingten Erschöpfung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst zu verringern. Beispielsweise liefern das Gratifikationskrisen-Modell sowie das Anforderungs-Kontroll-Modell Erklärungen zur Entstehung von Stress, der als wichtigster Auslöser von Burnout identifiziert wurde. Wichtig ist, den Stress dabei als eine Fehlpassung zwischen (Arbeits-)Situation und Individuum zu verstehen.

Wenn die wichtigsten Ursachen verstanden werden und die auffälligsten Symptome bekannt sind, dann ist es Arbeitgebern und Vorgesetzten auch möglich, Präventions- und gegebenenfalls auch Gegenmaßnahmen zu ergreifen, zukünftige Burnout-Fälle zu minimieren oder zumindest so bald wie möglich zu erkennen, um weiteren Schaden von den Betroffenen und in weiterer Folge vom Unternehmen, abzuwenden.

## 4.2 Schlussfolgerung

Neben den individuellen Risikofaktoren gibt es auch eine Reihe arbeitsspezifischer Umwelteinflüsse, die zur Entstehung von Burnout beitragen. Gerade diese Umweltfaktoren sind es, die Unternehmen und Führungskräfte in die Verantwortung nehmen, weil sie ihnen die Möglichkeit geben, pro-aktiv in den Entstehungsprozess von Burnout einzugreifen.

Sowohl organisationsbezogene Rahmenbedingungen wie die Unternehmenskultur, als auch der individuelle Führungsstil direkter Vorgesetzter, sind maßgebliche Aspekte, die für die Burnout-Prävention bedeutend sind. Besonders wichtig scheint hier der Einfluss von Anerkennung und die Ausweitung von persönlichen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen zur allgemeinen Belastungsreduzierung sowie zur Vorbeugung von Burnout zu sein.

Zusätzlich können und sollten sich Führungskräfte spezifische Kenntnisse zum Erkennen (drohender) psychischer Fehlpassungen und zur Intervention bei bestehenden psychosomatischen Störungen im Allgemeinen, und damit auch von Burnout im Speziellen, aneignen. Das entsprechende Wissen stärkt die Sensibilität und wirkt enttabuisierend. Leitfäden geben Orientierung bei schwierigen Gesprächen und helfen der Führungskraft ihre eigenen Widerstände abzubauen. Gleichzeitig müssen Managerinnen und Manager aber auch die Grenzen ihrer Kompetenzen im Umgang mit psychischen Störungen am Arbeitsplatz anerkennen und auch einfordern.

## 4.3 Kritische Beurteilung

Eine ausführlichere und detailliertere Gegenüberstellung zu weiteren Führungstheorien wie *Neuroleadership* oder *systemischer Führung* wäre wünschenswert und aufschlussreich, weil diese Theorien, ähnlich zu den Handlungsempfehlungen dieser Arbeit, einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und damit auf personalbezogene Kennzahlen wie Fluktuationsrate, Krankenstandtage, Absent- und Präsentismus-Quoten, usw. für sich in Anspruch nehmen. Ebenso wurde der Aspekt der Wiedereingliederung nach

langer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, wie sie bei psychischen Störungen und Burnout meistens auftritt, nicht behandelt.

## 4.4 Ausblick

Ob es je eine umfassende und erschöpfende Theorie zu Burnout geben wird, wird in der Literatur wenig optimistisch diskutiert. Fast in jedem Bereich der Erforschung des Syndroms, sei es die Entwicklung von Messinstrumenten und Standards zu Erfassung und Gliederung der Symptome, oder die Vereinheitlichung der gebräuchlichen Definitionen, werden ihr Defizite attestiert. Trotz dieses Konsens über den bestehenden Forschungsbedarf werden sich Unternehmen und Führungspersonlichkeiten zunehmend mit diesem Thema auseinandersetzen müssen, nicht zuletzt auch aus wirtschaftlichen Gründen. Denn Burnout bedeutet nicht nur für die Betroffenen einen hohen Leidensdruck, sondern hat langfristig auch betriebswirtschaftliche und letztendlich auch volkswirtschaftliche Konsequenzen.

Nach Meinung des Autors wird der systemischen Führung in Zukunft eine verstärkte Bedeutung zukommen. In der systemischen Führungstheorie versucht man die Komplexität einer Organisation nicht durch Hierarchie oder eine möglichst starre Struktur zu verringern, sondern akzeptiert den Menschen als Teil des (Organisations-)Systems mit all seinen Eigenschaften. Systemische Führungskräfte studieren und beobachten den Menschen, erkennen die Macht der Psyche und führen mit Gefühl, indem sie Beziehungen organisieren.

Mit dem Vertrauen in das System, sich weitgehend selbst organisieren zu können, werden dabei die grundlegenden menschlichen Bedürfnisse, nicht nur mit Fokus auf Leistung und Effektivität, sondern auch in Hinblick auf Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt.

*“Es lohnt sich daher für alle Führungskräfte, das Bewusstsein für die eigene Rolle zu schärfen und an der Entwicklung der eigenen Führungsfähigkeiten zu arbeiten: Es lohnt für das Unternehmen, die Mitarbeiter - und für sich selbst!” (Lohmer et al. 2012, S. 3)*

# Literaturverzeichnis

## **Primärliteratur**

*Achouri, Cyrus (2011): Wenn Sie wollen, nennen Sie es Führung - Systemisches Management im 21. Jahrhundert. Offenbach am Main*

*Bräutigam, Walter (1968): Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. München*

*Burisch, Matthias (2010): Das Burnout-Syndrom - Theorie der inneren Erschöpfung. 4. Aufl., Heidelberg*

*Fengler, Jörg (2012): Ausgebrannte Teams: Das 6-Faktoren-Risikomodell. In: Fengler, Jörg/Sanz, Andrea (Hrsg.): Ausgebrannte Teams - Burnout-Prävention und Salutogenese. 2. Aufl., Stuttgart, S. 61-108*

*Freudenberger, Herbert J. (1974): Staff burn-out. In: Journal of Social Issues, 1/1974, S. 159-165*

*Freudenberger, Herbert J./North, Gail (1994): Burnout bei Frauen. Frankfurt am Main*

*Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen*

*Hedderich, Ingeborg (2009): Burnout: Ursachen, Formen, Auswege. München*

*Hemmerich, Fritz Helmut (2012): Wendepunkt Burnout - Anleitungen für die Praxis - Das Salutogenese-Konzept. 2. Aufl., Augsburg*

*Hillert, Andreas/Marwitz, Michael (2006): Die Burnout Epidemie: Oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? München*

*Hüther, Gerald (2009): Wie gehirngerechte Führung funktioniert. In: Manager-Seminare. 130, S. 30-34*

*Körner, Sylvia C. (2003): Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule. Berlin*

*Lalouschek, Wolfgang (2012): Burnout - Phänomenologie, Diagnostik, Epidemiologie, Therapie. In: Musalek, Michael/Martin, Poltrum (Hrsg.): Glut und Asche - Burnout. Berlin, S. 35-49*

*Levinson, Harry (1996): When Executives Burn Out. In: Harvard Business Review. July/August 1996, S. 152-163*

*Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/Wahlert, Jochen von (2012): Gesundes Führen - Life-Balance versus Burnout im Unternehmen. Stuttgart*

*Maslach, Christina/Jackson, Susan E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual, 2. Aufl., Palo Alto*

*Musalek, Michael (2012a): Das Mögliche und das Schöne als Antwort. Neue Wege in der Burnout-Behandlung. In: Musalek, Michael/Martin, Poltrum (Hrsg.): Glut und Asche - Burnout. Berlin, S. 117-203*

*Musalek, Michael (2012b): Zur Ideengeschichte des Burnout - Eine Introduction. In: Musalek, Michael/Martin, Poltrum (Hrsg.): Glut und Asche - Burnout. Berlin, S. 11-34*

*Pines, Ayala M./Aronson, Elliot/Kafry, Ditsa (2006): Ausgebrannt - Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. 10. Aufl., Stuttgart*

*Pinnow, Daniel F. (2011): Unternehmensorganisationen der Zukunft - Erfolgreich durch systemische Führung. Frankfurt*

*Riechert, Ina (2011): Psychische Störungen bei Mitarbeitern: Ein Leitfadens für Führungskräfte und Personalverantwortliche - von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. Heidelberg*

*Rothlin, Philippe/Erder, Peter (2007): Diagnose Boreout - Warum Unterforderung im Job krank macht. Heidelberg*

*Seidel, Wolfgang (2012): Burnout - Erkennen, verhindern, überwinden. Die eigenen Emotionen steuern lernen. Wie neueste Erkenntnisse helfen. 2. Aufl., Hannover*

*Schaufeli, Wilmar B./Enzmann, Dirk (1998): the burnout companion to study & practice. London*

*Schmidbauer, Wolfgang (2006): Hilflose Helfer - Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 15. Aufl., Reinbeck bei Hamburg*

## **Sekundärliteratur**

*Bäuerle, D. (1969): Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. In: Neues Beginnen, Zeitschrift der Arbeiterwohlfahrt für Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 1969, o.S.*



# Appendix

## Symptome

Übersicht aller mit Burnout in Verbindung gebrachten Symptome nach Burisch. (vgl. *Burisch 2012, S. 24ff*)

### 1. Warnsymptome der Anfangsphase

#### a) Überhöhter Energieeinsatz

- 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

#### b) Erschöpfung

- chronische Müdigkeit
- Energiemangel
- Unausgeschlafenheit
- erhöhte Unfallgefahr

### 2. Reduziertes Engagement

#### a) für die Klienten, Patienten etc.

- Desillusionierung
- Verlust positiver Gefühle gegenüber den Klienten
- Größere Distanz zu Klienten
- Meidung von Kontakt mit Klienten und/ oder Kollegen
- Aufmerksamkeitsstörung in der Interaktion mit Klienten
- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
- Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquillizern
- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
- Betonung von Fachjargon
- Dehumanisierung

#### c) für die Arbeit

- Verlust von Idealismus
- Desillusionierung
- Negative Einstellung zur Arbeit
- Widerwillen und Überdruß
- Widerstand täglich zur Arbeit zu gehen
- Ständiges „auf-die-Uhr-sehen“
- Fluchtphantasien
- Tagträume
- Überziehen von Arbeitspausen
- Verspäteter Arbeitsbeginn
- Vorverlegter Arbeitsschluss
- Fehlzeiten
- Verlagerung des Schwergewichtes auf die Freizeit, aufblühen am Wochenende
- Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

#### b) für andere allgemein

- Unfähigkeit zu geben
- Kälte
- Verlust der Empathie
- Verständnislosigkeit
- Schwierigkeiten anderen zuzuhören
- Zynismus

#### d) erhöhte Ansprüche

- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Gefühl ausgebeutet zu werden
- Eifersucht
- Familienprobleme
- Konflikte mit den eigenen Kindern

### 3. emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen

#### a) Depression

- Schuldzuweisung
- 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-, Ohnmachtgefühle
- Pessimismus/ Fatalismus
- Apathie, Selbstmordgedanken

#### b) Aggression

- 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

### 4. Abbau

#### a) der kognitiven Leistungsfähigkeit

- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
- Ungenauigkeit
- Desorganisation
- Entscheidungsunfähigkeit
- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen

#### c) der Kreativität

- Verringerte Phantasie
- Verringerte Flexibilität

#### d) Entdifferenzierung

- Rigides Schwarz-Weißdenken
- Widerstand gegen Veränderungen aller Art

#### b) der Motivation

- Verringerte Initiative
- Verringerte Produktivität
- Dienst nach Vorschrift

## 5. Verflachung

### a) des emotionalen Lebens

- Verflachung gefühlmäßiger Reaktionen
- Gleichgültigkeit

### b) des sozialen Lebens

- Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an Einzelne
- Meidung informeller Kontakte
- Suche nach interessanten Kontakten
- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
- Eigenbröteleien
- Mit sich selbst beschäftigt sein
- Einsamkeit

### c) des eigenen Lebens

- Aufgeben von Hobbies
- Desinteresse
- Langeweile

## 6. psychosomatische Reaktionen

- Schwächung der Immunreaktion
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Sexuelle Probleme
- Gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden
- Beschleunigter Puls
- Erhöhter Blutdruck
- Muskelverspannungen
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Beschwerden
- Gewichtsveränderungen
- Veränderte Essgewohnheiten
- Mehr Alkohol/ Kaffee/ Tabak/ andere Drogen

## 7. Verzweiflung

- Negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- Existenzielle Verzweiflung

# MBI

Deutsche Übersetzung des MBI nach Büssing und Perrar. Die Fragen sind auf einer Fünf-Punkte-Skala zwischen "sehr stark/sehr oft" und "sehr schwach/sehr selten" zu beantworten. Diese Fragebogenversion enthält noch drei Items zur Involviertheit, die ab der Überarbeitung von 1986 fehlen. (vgl. *Hillert/Marwitz* 2006, S. 102)

1. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt. (ER)
2. Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark. (ER)
3. Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend. (ER)
4. Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen. (IV)
5. Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“. (DP)
6. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft. (ER)
7. Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse. (PE)
8. Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe. (PE)
9. Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß. (ER)
10. Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um. (PE)
11. Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art, wie ich manche Patienten behandelt habe. (IV)
12. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht. (ER)
13. Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen. (PE)
14. Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe. (ER)
15. In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten. (IV)
16. Ich fühle mich sehr tatkräftig. (PE)
17. Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um. (PE)
18. Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite. (ER)
19. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert. (ER)
20. Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben. (DP)
21. Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht. (PE)
22. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet. (DP)
23. Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen. (PE)
24. Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert. (DP)
25. Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlsloser im Umgang mit anderen Menschen geworden. (DP)

ER = Erschöpfung

DP = Depersonalisation

PE = Persönliche Erfüllung

IV = Involviertheit