

ÄRZTETAG 2012



*Diagnose*

*Burnout*

– Die erschöpfte Seele  
als Symptom  
unserer Zeit

*Dokumentation*



Erzbistum  
Paderborn



## Inhaltsverzeichnis

### **Erzbischof Hans-Josef Becker**

Diagnose Burnout – Die erschöpfte Seele als Symptom  
unserer Zeit – Eröffnungsworte ..... 4

### **Prof. Dr. Matthias Burisch**

Das Burnout-Syndrom: Symptomatik, Ätiologie,  
Interventionsmöglichkeiten ..... 7

### **Prof. Dr. Klaus Baumann**

Hingabe zwischen Ausbeutung und Erfüllung – Kraftquellen  
(weiter) sprudeln statt versiegen lassen ..... 22

Biographische Hinweise zu den Referenten ..... 48

Dokumentationen der Ärztetage ..... 49

---

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat  
Hauptabteilung Pastorale Dienste  
Redaktion: Dr. Werner Sosna  
Domplatz 3  
33098 Paderborn

# **Diagnose Burnout**

## **Die erschöpfte Seele als Symptom unserer Zeit**

### **Eröffnungsworte**

**von Erzbischof Hans-Josef Becker**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in der Kaiserpfalz in Paderborn! Ich freue mich, dass Sie die Einladung zu unserem Ärztetag so zahlreich angenommen haben und damit erneut Ihre Wertschätzung dieser traditionsreichen Begegnung und des hier zu führenden Dialogs bekunden. Denn es ist ja nicht selbstverständlich, dass sich die Kirche in medizin-ethischen Fragestellungen so intensiv einbringt und dazu auch in dieser Form öffentlich einlädt. Aber es entspricht der pastoralen und sozialetischen Verantwortung der Kirche, sich den Fragen der gesellschaftlichen und sozialen Entwicklung zu stellen – nicht, um hier auch noch in irgendeiner Weise etwas an sich zu ziehen, sondern um den Menschen in ihren Lebenssituationen nahe zu sein.

Das Grundsatzprogramm dazu hat uns das vor 50 Jahren eröffnete Zweite Vatikanische Konzil mit auf den Weg gegeben: In seiner Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ formuliert es jenen Auftrag, den die Kirche in der modernen Welt zu erfüllen hat. Auch wenn wir uns heute schon in postmodernen Zeiten wähen, so bleiben der Anspruch und das Ziel dennoch unverändert in Geltung.

Denn „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi. Und es gibt nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihren Herzen seinen Widerhall fände.“

Die Kirche hat diese Haltung und dieses Bewusstsein in ihrer ganzen Geschichte niemals nur als ein individuelles Geschehen erkannt, das unsere Aufmerksamkeit sozusagen nur punktuell in einer konkreten Beziehung und Begegnung einfordert, sondern sie hat die hier zur Sprache kommenden Nöte der Menschen immer auch als eine Anfrage an unsere gesellschaftlichen Leitbilder, an unsere Konstruktionen und Zwänge erkannt, die den Menschen im Einzelfall hilflos und krank machen können und in diesem Sinne „verwunden“!

So stehen auch Sie als Ärztin und Arzt nicht nur in einer konkreten Arzt-Patienten-Beziehung, in der Sie sich um das Leiden des Ihnen anvertrauten Menschen kümmern, sondern Sie agieren immer auch unter Rahmenbedingungen, die in ganz unterschiedlicher Weise als Hilfe oder auch als Belastung Ihrer ärztlichen Tätigkeit erfahren werden können. So nehmen Sie als Ärzteschaft eben auch die Umbrüche und Veränderungen in unserer Gesellschaft wahr und beziehen dazu Stellung. Als Erzbischof von Paderborn freue ich mich, dass wir in einem solchen Austausch miteinander stehen können und dass Sie diesen Dialog für das ärztliche Ethos so hoch schätzen.

Unser diesjähriger Ärztetag ist einem Phänomen gewidmet, das seit geraumer Zeit gesellschaftlich und von den verschiedenen Berufsgruppen und Fachbereichen umfangreich diskutiert wird: dass Menschen in die Phase einer hochgradigen seelischen Erschöpfung geraten, die mit weiteren schwerwiegenden Symptomen verbunden ist. Interessanterweise waren es ursprünglich Beobachtungen an Menschen, die in helfenden Berufen arbeiteten, wie es der amerikanische Psychoanalytiker Herbert Freudenberger bereits 1974 beschrieb, dass „... aufopferungsvolle, pflichtbewusste Helfer zu reizbaren und ihren Klienten gegenüber zynischen Mitarbeitern wurden, welche Symptome einer physischen und psychischen Erschöpfung zeigten“.

Heute wissen wir, dass es sich um ein eigenständiges Phänomen unserer Zeit handelt, das alle Berufs- und Personengruppen erfassen kann. Ich darf vollständigshalber erwähnen, dass dieses Risiko der Überbelastung natürlich auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im kirchlichen und im engeren pastoralen Bereich nicht unbekannt ist.

Aus der Vielzahl von Schlagzeilen, die auf unseren Themenkreis aufmerksam machen, möchte ich hier nur einige wenige in Erinnerung rufen. Sie lauten: „Immer schneller und immer schlechter – die Turbogesellschaft“, oder: „Gesellschaft am Limit. Burnout als sozio-kulturelles Phänomen“, oder, wie es der Beitrag von Prof. Reimer auf der Tagung der Katholischen Ärztarbeit Deutschlands im Jahr 1997 formulierte: „Ich werde mehr gebraucht denn je“ – mit dem bezeichnenden Untertitel: "Bemerkungen zur Lebensqualität von Ärzten“.

An dieser Stelle möchte ich einen Gedanken einfügen, den ich Ihnen bereits vor zwei Jahren im Blick auf das ärztliche Selbstverständnis mitgeteilt hatte: Was bleibt, wenn es für die Ärztin oder den Arzt selber nur noch ums bloße Funktionieren geht, um den reibungslosen Betrieb, die Zahlen in der Statistik – und wenn er sich dabei als Mensch bzw. Person selber verliert? Wird es in der Konsequenz dann heißen: Burnout dank Traumjob?

Wie Sie alle wissen, ist die Frage der Krankheitsdefinition bei Burnout umstritten. De facto ist es in der Klassifikation psychischer Erkrankungen der Weltgesundheitsbehörde nur in einem Unterabschnitt im Bereich „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ erwähnt, wie auch das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde betont. Die hier beschriebenen Burnout-Zustände werden jedoch als hochgradige Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen eingestuft und differenziert. Aus der Sicht der Betroffenen signalisieren die Burnout-Zustände eine existentielle Krise, die an vielfältige berufliche und persönliche Kontexte gebunden ist.

Anhand dieser eher skizzenhaft geführten Gedanken sehen Sie, dass die Burnout-Problematik für mich keine Modekrankheit oder einen modischen Überlastungstrend darstellt, wie es gelegentlich in den Medien aufscheint. In allen Berufsgruppen erleben wir tatsächlich Anforderungen wie eine hohe Flexibilität und extreme Arbeitsverdichtung, oft genug gepaart mit mangelnder Wertschätzung oder fehlender Fairness.

Das mag eine Zeitlang auszuhalten sein. Kommt aber der Verlust einer umfassenden Sinnperspektive hinzu, die dem eigenen Leben bisher Rückhalt und Orientierung gab, dann dürfte eine solche Krise tatsächlich das Innerste des Menschen erreicht haben und ihn seelisch ausbrennen. Auch wenn es vielleicht kein festes Krankheitsbild für die daraus entstehenden gesundheitlichen Störungen gibt, so sind diese doch offenkundig und werden seit Jahren von Experten intensiv beobachtet. Es stellt sich damit auch die Frage, wie betroffenen Menschen neue und vor allem tragfähige Sinnperspektiven für Ihr Leben eröffnet werden können. Dies ist sicher nicht zuletzt auch eine Frage der spirituellen Dimension, die zu unserem Menschsein gehört.

# Das Burnout-Syndrom: Symptomatik, Ätiologie, Interventionsmöglichkeiten

von Matthias Burisch

Meine Intention ist zunächst die Sensibilisierung für die Symptomatik. Auch Ärzte sind bekanntermaßen nicht immun dagegen, sie haben aber auch oft als erste Anlaufstelle mit Menschen zu tun, die betroffen sind. Im ersten Teil möchte ich den Blick hierauf schärfen. Im zweiten Teil werde ich darstellen, wie Burnout meines Erachtens in Gang kommt, und dann im dritten Teil aufzeigen, was man tun kann, wenn man selbst oder einer ihrer Patienten davon betroffen ist.

## 1. Woran man es merkt

Es gibt bis heute keine allgemein akzeptierte Definition von Burnout. Es bestand aber eigentlich auch gar kein Bedarf, sich zu einigen. In der gegenwärtigen Diskussion um Burnout spielt nun aber u. a. die Behauptung eine Rolle: „Das gibt es gar nicht, weil es keine offizielle Definition dafür gibt.“ Es ist nicht definiert, und was nicht definiert ist, ist dann vielleicht auch gar nicht definierbar. Diese Einschätzung ist seit kurzer Zeit schlichtweg falsch, denn vor einem Jahr ist in Holland ein 80-Seiten-Dokument erschienen, das von zwei niederländischen Spitzenverbänden von Ärzten und Ärztinnen und einem Spitzenverband von Psychologen erarbeitet worden ist. Hier findet sich eine zwei Seiten lange und praktisch brauchbare Definition von Burnout, die mindestens so präzise und übrigens anspruchsvoller ist als das, was Sie aus der ICD (Kapitel F) kennen. Leider ist diese Definition in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich einstweilen noch weitestgehend unbekannt. Sie finden eine deutsche Übersetzung auf [www.burnout-institut.eu](http://www.burnout-institut.eu) unter Burnout-Service.

Eine gewisse Einigkeit bei diesem ansonsten kontroversen Begriff besteht über folgende Punkte:

- Erst einmal: Burnout ist nicht ein Zustand, sondern ein *Prozess* mit oft sehr unauffälligen Anfangssymptomen; es bricht nicht von einem Tag auf den anderen aus. Wenn also jemand sagt: „Gestern Abend war ich völlig ausgebrannt, heute bin ich wieder fit“, dann benutzt er den Begriff meines Erachtens falsch. Burnout hat einen Vorlauf von Wochen bis Jahrzehnten. Man

muss wohl schon öfter als einmal massiv an seine Grenzen gekommen sein, um das zu erleben.

- Zweitens ist es im Kern ein emotionales Phänomen, das dennoch Körper und Geist mächtig in Mitleidenschaft ziehen kann.
- Burnout kann zu völliger Arbeitsunfähigkeit führen. Es kann zu Suizidversuchen führen und manche davon sind auch erfolgreich.
- Schließlich verursacht es Leid – da spreche ich aus eigener Erfahrung, ich kenne es also von innen; es ist etwas, was ich niemandem wünsche. Leid nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch beim Umfeld; im Allgemeinen ist das persönliche Umfeld, „die Familie“, sehr schnell tangiert, aber auch die Kollegenschaft.
- Die Sache ist volks- und betriebswirtschaftlich außerordentlich teuer. Schätzungen rangieren zwischen ein- und dreistelligen Milliardenbeträgen. Dass das Thema in aller Munde ist, hat wahrscheinlich auch den Hintergrund, dass die damit verbundenen Kosten so hoch sind.

Selbst wenn ich Ihnen die holländische Definition jetzt verlesen würde, würde es wahrscheinlich nicht besonders prägnant werden: Burnout ist etwas extrem Unanschauliches. Deswegen habe ich drei *Fallbeispiele* ausgewählt, die jeweils eine kleine Facette von Burnout beleuchten. Ich zeige Ihnen einen Kriminalkommissar, einen IT-Fachmann und die Frau eines Industriemanagers, die erzählt, wie sich das für die Familie anfühlt, wenn einer so richtig in der Krise ist. Doch zunächst erst einmal das Beispiel des Kriminalkommissars:

#### Kriminalkommissar:

Der hatte eine fordernde neue Aufgabe übertragen bekommen: Er hatte ein neues Kommissariat aufgebaut, gleichzeitig auch noch ein Studium angefangen, irgendwo zu unterrichten begonnen und einen Hausbau angefangen. Und er hatte ein Alkoholproblem. Von ihm erfahren wir:

„Es hat sich mit Magendruck angekündigt, so Gastritis, so saures Aufstoßen. Da habe ich halt das erste Mal gemerkt, dass irgendetwas nicht stimmt. Es war ein Warnzeichen des Körpers, der mir ganz klar signalisiert hat, hier stimmt irgendetwas nicht. Aber da habe ich zur Rollkur gegriffen oder zu irgendwelchen Magentabletten, zu Säften und Breien, aber eben nicht geguckt, woran es liegt oder mich etwas herunter geschränkt.“

Das ist etwas Charakteristisches und für Sie als Ärzte/Ärztinnen wahrscheinlich wohl Bekanntes: So kommt dann der Patient zu Ihnen! Was nicht stimmt ist, dass sich Burnout damit *angekündigt* hat. Als er diese Magen-Symptomatik bekam, da hatte er schon 1 bis 2 Jahre lang einen 20-Stunden-Tag.



Aber nicht ganz atypisch ist, dass speziell Männer in irgendeine Behandlung oder Intervention zu Burnout erst geraten, wenn eins von zwei Dingen passiert ist. Entweder die Frau sagt. „Ich lass mich scheiden, du musst jetzt was machen“ oder aber die Krankenakte ist auf drei Zentimeter angewachsen. Lauter Negativ-Befunde natürlich! Es ist alles möglich: Magen-Darm, Herz-Kreislauf, Immunsystem – aber erst einmal geht man zu seinem Hausarzt, relativ häufig. Bis dieser dann darauf kommt, dass da etwas an Stress, an Psyche dahinterstecken könnte, das kann ein bisschen dauern. Früher zumindest hat das sehr lange gedauert, heute ist die Ärzteschaft sensibilisiert. Allerdings, wenn ein Patient kommt und Sie sprechen ihn darauf an: „Haben Sie Probleme?“ Und er sagt: „Was, *ich* Probleme?“ – was wollen Sie da machen? Sie müssen mit Abwehr rechnen. Ich stelle Ihnen zunächst das zweite Fallbeispiel vor:

#### IT-Spezialist:

A. E. hat einen Selbstmordversuch überlebt. Er galt als erfolgreicher IT-Spezialist. Schon vor seiner Krise war er gerade deshalb besonders gefragt. Er hatte Top-Aufträge, verdiente viel Geld und war glücklich verheiratet. Als er unerwartet in Schulden geriet, änderte sich sein Leben. Früher war er halt darauf bedacht, nach oben zu steigen. Da war er sehr auf materielle Sachen bedacht. Geld war wichtig, berufliche Anerkennung. Danach hat sich das dann ein wenig durch die Schulden verändert: Je mehr man arbeitet, desto mehr Geld verdient man, desto mehr kann man abzahlen. Und auf der anderen Seite hat ihm dann die Unterstützung in seiner damaligen Partnerschaft gefehlt. Dadurch versteckt man sich praktisch in der Arbeit, und unterm Strich bleibt man halt lieber im Büro, als nach Hause zu fahren.

An diesem Beispiel sehen wir, dass eine verbreitete Behauptung falsch ist, nämlich dass Burnout etwas Arbeitsbezogenes sein muss. Es gibt (zugegebenermaßen weiche) Indizien dafür, dass sogar die Mehrzahl der Burnout-Prozesse aus dem Privatleben in Gang gesetzt wird. Das muss nicht die Arbeit sein. Der hat sich da vielleicht überarbeitet, aber überlegen Sie einmal: Was war jetzt die Ursache? Dass er so viel gearbeitet hat? Er kam nach Hause, und es hat ihn keiner erwartet bzw. am Ende hat er nicht mehr gewusst, wofür er sich das eigentlich antut. War das jetzt ein arbeitsbezogenes Burnout oder ein privatlebenbezogenes?

Burnout muss nicht notwendig mit Arbeiten, vor allem nicht mit zu viel Arbeit zu tun haben: *Es hat mit dem Gefühl zu tun, mit dem Sie Ihre Arbeit machen.* Und es kann auch komplett aus dem Privatleben stammen. Nun zum dritten Beispiel:

## Industriemanager:

Der Protagonist hat als Ingenieur jahrelang sehr erfolgreich in der Rüstungsindustrie gearbeitet, was ihm aber zunehmend Konflikte mit seinen Werten eingetragen hat. Seine Frau berichtet aus dieser Zeit: „Er hat es Jahre überhaupt nicht gemerkt. Er war nicht mehr er selber. Wenn er heim kam, da hat er gemeint, hier läuft die Industrie weiter und er hat gar nicht gemerkt, dass er zu Hause ist. Jeder hat gesponnen, außer ihm selbst. Ich als erste, die Kinder sowieso. Er war grantig, schlecht aufgelegt, und halt unruhig. Gleich wieder weggehen und nachts nicht schlafen, was weiß ich...“

Das soll bei Ärzten auch vorkommen – Industrie läuft da nicht weiter, aber vielleicht die Praxis.

Ein wirkliches Kernsymptom von Burnout ist die Reizbarkeit. Es ist nicht nur die Erschöpfung. Ich finde es eigentlich wichtiger, von der Reizbarkeit zu reden als von der Erschöpfung! Denn letztere ist gerade nicht die Abgrenzung zur Depression und zu den anderen Störungen im Umfeld. Die Kernemotionen bei Burnout sind Angst und *Wut*. Die Aggressionsenthemmungen sind etwas relativ Charakteristisches von Burnout. Dazu kommen die Schlafstörungen.

Die typischen vorfindbaren Symptome sind innere Unruhe und Nicht-abschalten-können. Das „Nicht-abschalten-können“ ist für mich ein frühes Symptom allerersten Kalibers, vor allem deswegen, weil es so unauffällig daherkommt. Das kennen wir nämlich alle. Wenn Sie von der Arbeit nach Hause kommen oder mit einem privaten Problem belastet sind, dann geht Ihnen das irgendwie nach. Sie sagen: „Ich kann abends nicht abschalten, mir gehen die Dinge nach!“ Es gibt sicher genügend Fälle, die uns bis ins Privatleben nachgehen. Und auf diese Weise können Teufelskreise in Gang kommen: Man grübelt abends, und wenn Sie zu Hause bei der Familie sitzen, sind sie nicht präsent. Dann schlafen Sie schlecht ein, schlafen nicht durch. Am nächsten Morgen sind Sie unausgeschlafen und dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Tag ein bisschen überschattet anfängt, schon einmal ziemlich hoch. Und dann geht noch etwas schief, und wenn etwas schief gegangen ist, haben Sie wieder etwas zum Grübeln. Also das spiralt sich sehr leicht hoch.

Dieses Nicht-abschalten-können ist außerordentlich brisant. Mal, vor oder nach irgendeiner Zäsur, ist es normal. Nur, wenn es länger als ein, zwei Wochen dauert, muss etwas geschehen, dann muss wieder eine Ruhephase eingeschaltet werden können. Jedoch an vielen Stellen, speziell in der Wirtschaft, meint man, die nicht einschalten zu können. Es können frühe körperliche Symptome auftreten: Verdauungstrakt, Herz-Kreislauf, Immunsystem. Sie nehmen jede Infektion mit, Ohrgeräusche, Tinnitus bis zum Hörsturz, was auch immer, da

passiert etwas. Beinahe alle Burnout-Fälle sagen: „Ich habe es verdrängt, verleugnet. Das ist nur jetzt! Nach der nächsten Kurve, an der nächsten Ecke wird alles besser.“ Es wird aber nicht besser.

Charakteristisch ist auch das Gefühl der Leere. Es handelt sich dabei nicht um das Gefühl der Trauer, das eher für Depressionen charakteristisch ist, sondern darum, *nichts* mehr zu fühlen. Derlei wird im Allgemeinen sehr gut unterm Deckel gehalten: Burnout-Fälle, Ausbrenner, wollen nichts so sehr vermeiden wie sich zu outen. Das muss versteckt werden. Das hat teils ganz reale Gründe: In den allermeisten Branchen des Wirtschaftslebens ist es nicht ratsam, sich zu outen.

Die folgenden Symptome kann man jedoch gut beobachten, im Kollegenkreis, im Verwandten- und Bekanntenkreis, nämlich

a) die erhöhte Reizbarkeit und

b) den sozialen Rückzug. Leute, die früher überall dabei waren und z. B. in der Nähe der Kaffeemaschine oder am Kopierer immer für ein Schwätzchen zu haben waren, ziehen sich zurück, meiden private Kontakte. Warum? Erstens, sie könnten auffliegen, man könnte sie entdecken. Zweitens haben sie zu Recht das Gefühl, nicht mehr so präsentabel zu sein. Wenn man sie fragt: „Wie geht's denn?“, dann *muss* man ja heute sagen: „Super!“ Sie fühlen sich aber nicht mehr super. Und kriegen es aber auch nicht hin, sich zu verrenken und zu sagen: „Prima!“ Also man sieht das. Man denkt: „Wenn ich wirklich erzählen würde, wie es mir geht, müsste ich klagen.“ Klagen ist heutzutage aber nicht mehr cool, dafür kriegen sie kein besonders gutes Echo. Damit das alles nicht passiert, gehen Sie den Leuten am besten aus dem Wege – sozialer Rückzug also.

Gerade in Berufen, wo man die Leistung gut sehen kann, sieht man nicht selten einen Leistungsabfall. Der kann nur subjektiv sein, in dem Sinne, dass die Leistung konstant bleibt, aber der Aufwand dafür ist sehr viel höher. Sie bringen noch denselben Output, müssen aber doppelt so viel Input bringen, damit das gleiche Ergebnis rauskommt.

Oder aber es handelt sich um mögliche objektive Einbußen, z. B. durch Konzentrationsschwierigkeiten: Die Leute können ihre Termine nicht im Kopf behalten, überhaupt ihren Wochenablauf nicht mehr regeln, Gedächtnisprobleme, ständiges Verlegen von Dingen: Immer ist der Schlüssel weg, immer ist die Brille weg. Leute können Konferenzen nicht mehr leiten, weil sie sich nicht mehr konzentrieren können.

Schließlich: nachlassendes Engagement für die Arbeit, für die eigene Aufgabe, bis hin zu allgemeinem Negativismus und Sarkasmus. Wenn Sie permanent so ein paar abfällige Bemerkungen hören von Kollegen, dann kann das durchaus ein Frühsymptom von Burnout sein.

Das sind die entscheidenden Wahrnehmungen in der Frühphase.

Ich habe das in ein 7-Phasen-Modell gekleidet (aber es gibt auch 4- und 12-Phasen-Modelle). Interessant sind hier noch Phase 4 (Abbau) und 5 (Verflachung). Beobachtbar ist die Verflachung des emotionalen Lebens; die Gefühlskurve geht nicht mehr sinusmäßig rauf und runter, sondern sie bleibt ziemlich flach.

Sozial: Freundschaften, Bekanntschaften trocknen aus, weil Einladungen nicht mehr angenommen und auch nicht mehr ausgesprochen werden. Der Bekannten- und Verwandtenkreis wird vernachlässigt.

In vergleichbarer Weise wird auch der eigene geistige Lebenshorizont reduziert: Leute, die viele Hobbys hatten, sich für 1000 Dinge interessierten und begeistern konnten, geben eins nach dem anderen auf. Wenn sie nach Hause kommen, wollen sie bloß noch auf die Couch, ein Bier aus dem Kühlschrank holen, auf den Fernseher drücken und dann evtl. vor dem Fernseher einschlafen. Das ganze Leben trocknet irgendwie aus, es verflacht.

Immer dann, wenn aus diesem Prozess nicht ausgestiegen wird, können Suizide das bittere Ende sein. Der Prozess ist jedoch im Prinzip jederzeit beendbar: Dadurch, dass man sich der Situation entzieht, rausgeht und sich ändert. Nur, je tiefer man in diese Anfangsphase reinrutscht, desto schwerer wird es, das mit Bordmitteln in den Griff zu kriegen; ungefähr ab Stadium 3 bis 4 brauchen die Betroffenen höchstwahrscheinlich professionelle Hilfe.

Als ich mein Buch schrieb, habe ich mehr als 130 Symptome zusammengestellt, die mit Burnout in Verbindung gebracht worden waren. Das ist jedoch sehr unübersichtlich. Keines dieser Symptome ist alleine trennscharf. Also, es gibt keines, wo Sie sagen können: Wenn Ja: dann Burnout; wenn Nein: dann nicht.

Um es etwas übersichtlicher zu machen, hat man sich auf 4 Kernsymptome geeinigt, die auch durch Fragebogen-Skalen erfasst werden können. Diese 4 Kernsymptome können Sie in 4 „Stoßseufzern“ zusammenfassen.

a) „Ich kann nicht mehr!“ (subjektiv) Völlige Erschöpfung bei Leuten, die körperlich nicht gearbeitet haben. Das sind ja überwiegend Büro­täter, Schreibtischtäter. Man kommt abends nach Hause und kann sich aber zu einem Spaziergang nicht mehr aufraffen, schon gar nicht zum Joggen.

b) „Ich bring nichts mehr zustande!“

c) „Ich kann sie nicht mehr sehen!“ Etwas, was auch „Depersonalisation“ genannt wird. Das ist aber irreführend, „Dehumanisierung“ trifft es eher. Besonders dramatisch ist eine solche natürlich in Dienstleistungsberufen: „Ich kann Patienten nicht mehr sehen, ich kann Schüler nicht mehr sehen, ich kann Studenten nicht

mehr sehen, Klienten nicht mehr sehen. Lasst mich in Ruhe, ich will bloß allein gelassen werden.“

d) „Ich will nicht mehr!“ – signalisiert den sehr schwer zu überwindenden Überdruß gegen die eigene Tätigkeit. Schon Freitagabend die Vorstellung „Ich muss da Montagmorgen wieder hin“ ist ganz schrecklich. Soweit die Symptomatik.

## 2. Woher es kommt

Meine Theorie zur Entstehung ist, dass Burnout aus Fallensituationen kommt. Für mich ist die Fallensituation sozusagen das Schlüsselwort zur Ätiologie. Ich spreche von Fallensituation, wenn der Betroffene in einen Zustand der Hilflosigkeit geraten ist. Es geht nicht vorwärts, aber es geht auch nicht zurück. Wenn Sie sich in diesem Hilflosigkeitsgefühl verrannt haben, dann kann es zu gefühlter *Hoffnungslosigkeit* kommen: „Das geht nie wieder weg!

Wie kommt es dahin? Es geht los mit etwas, was ich Stress erster Ordnung nenne. Es ist das, was Sie alle auch als Stress kennen – irgendetwas muss man aushalten, was man nicht aushalten will, oder man bekommt etwas nicht, was man unbedingt haben will: zum Beispiel den Abschluss eines bestimmten Projekts oder eine bestimmte Stelle. Dann gibt es eine Übergangsphase, wo das von grün nach rot zu changieren beginnt. „Das muss doch irgendwie zu machen sein!“, und es kommt noch mehr Aufwand rein, und noch mehr ...!

Irgendwann kommt aber die Einsicht: „Leider wird das wohl nichts mehr.“ Dann entsteht ein Stress zweiter Ordnung, der Stress wegen des Stress! Der Stress kommt aus der Erkenntnis, dass ich diesen Stress erster Ordnung nicht bewältigen kann. „Verdammt! Ich hatte gedacht, das schaff ich doch irgendwie, aber das lässt sich nicht schaffen.“

Stress zweiter Ordnung heißt: Hilflosigkeit in der Falle, z. B. weil Sie erkennen müssen, „Ich bin im falschen Beruf gelandet. Ich bin nun mal hier, habe meinen geistlichen oder medizinischen Job, aber irgendwie kann ich sie nicht mehr sehen, ich kann das ganze Leid nicht tragen.“ So war es, als Moses ins gelobte Land zog mit dem Volke Israel. „Ich kann dieses Volk nicht mehr tragen.“ „Ich kann doch meinen Beruf nicht aufgeben. Was mache ich sonst? Die Schäflein kann ich nicht allein lassen.“ Auch das kann eine Falle sein.

Es gibt Lehrer, die merken im ersten Vierteljahr ihrer Berufstätigkeit, dass sie Menschen unter 1,20 m nicht ausstehen können. Fatal, aber da wäre es noch früh gewesen. Allerdings: 6 Semester müsste man jetzt in die Tonne treten! Viele bleiben dann trotzdem, obwohl sie das erkennen. Pensionsanspruch und Ferien aufgeben wollen sie nicht – das sind Beispiele für solche Fallen.

Ein weiteres Beispiel dazu: In größeren Unternehmen wird man im Allgemeinen befördert, wenn man kompetent ist, wenn man seine Aufgaben gut macht. Viele kompetente Leute, Ingenieure oder Kaufleute, sind halt auf ihrem Gebiet gut. Sie können nur nicht *führen* und sie wollen es auch nicht.

Was passiert jetzt? Da wird jemand befördert, der ist meinetwegen Spezialist für das Konstruieren des linken Rückspiegels im Auto. Er bekommt zum ersten Mal eine Führungsverantwortung. Am Tag danach ist nichts mehr mit Konstruieren, was er gerne macht und auch gut kann. Jetzt soll er koordinieren, informieren und motivieren. Und all das „Nur-noch-Führen“ macht nicht die Bohne Spaß, und es gibt auch nur lauter Misserfolge dabei. Mitarbeiter in Führungspositionen zu setzen, die es nicht wollen und die es auch nicht können, das ist nicht ganz selten – und fatal. Manche Unternehmen haben das erkannt.

Die Hilflosigkeitsfalle – wie kommt man da rein? Burnout wird immer als etwas Einheitliches abgehandelt, aber es gibt mindestens zwei sehr verschiedene Typen. Die Unterscheidung in Typen dient der Vereinfachung; in Wirklichkeit gibt es immer nur fließende Übergänge.

Das eine sind die Ausbrenner im engeren Sinne, die nenne ich die *Selbstverbrenner*. Die machen sich den Stress selber. Das heißt, die setzen ihre Maßstäbe so hoch, dass sie selber nicht dran kommen. Das andere Extrem: Das sind die Opfer der Umstände. Da hat sich irgendwie draußen etwas getan, vor allem eine Veränderung der beruflichen Umwelt, äußere Faktoren. Die brauchen keine große persönliche Disposition. Die Unterscheidung ist deswegen wichtig, weil sie unterschiedlich beraten oder behandelt werden müssen. Jeder reale Fall ist zwischen diesen beiden Extremen angeordnet, aber die Selbstverbrenner sind natürlich die psychologisch Interessanteren. Dazu zeige ich Ihnen jetzt als Beispiel einen Berufskollegen, einen klassischen Fall von Selbstverbrenner:

### Chefarzt:

Der Protagonist kommt aus einem Elternhaus, in dem der Vater selbst Professor war. Von vornherein stand überhaupt nicht zur Debatte, ob die beiden Söhne studieren und eine akademische Karriere machen oder nicht. Das war aber auch von ihnen nicht infrage gestellt, das war völlig selbstverständlich. Belohnt wurde immer nur dann, wenn besondere Leistungen vorhanden waren, und die wurden auch noch kritisch gewürdigt. Die Folge war eine steile Karriere: Mit 30 Jahren Facharzt, mit 34 Jahren habilitiert, mit 35 Jahren jüngster Chefarzt von NRW, und mit 36 Jahren Professor. Dann war er das, was er sich immer vorgestellt hatte. Aber es ging nicht weiter. Er hatte so seinen Ehrgeiz auch wissenschaftlich in Erscheinung zu treten, d. h. also zu forschen und zu publizieren. Dafür gab es jedoch keinen Raum.

Warum nenne ich ihn einen Selbstverbrenner? Er hätte sich ja nach Erreichen aller seiner ursprünglichen Ziele wunderbar zurücklehnen können und sagen können: „Prima, jetzt habe ich meine Klinik und meinen Professorentitel und lebe glücklich bis an der Tage Ende.“ Aber nein, er hatte ein kleines Skript vom Vater mitgekriegt, nämlich einen Antreiber, der sagte: „Junge, streng dich an und beei dich! Sei immer der Erste, egal wo du bist! Andernfalls bist du ein Versager.“ Er musste seinem Vater, der war schon längst tot, immer noch beweisen, dass er mindestens so gut war wie er, am besten noch ein bisschen besser.

Er ist dann erst mal in eine alkoholische Phase gegangen, dann irgendwann erfolgreich therapiert worden, und hat dann postwendend die erste Burnout-Klinik gegründet. Er ist nicht mehr unter den Lebenden, aber als Berufskollege doch vielleicht ein eindrucksvolles plastisches Bild.

Dazu als Kontrast ein Opfer der Umstände:

### Einkaufsleiter

Der Protagonist war 20 Jahre lang Einkaufsleiter in einem öffentlichen Nahverkehrsbetrieb. Dann wurde sein Arbeitsplatz umstrukturiert. Weniger Verantwortung, viel mehr Arbeit, ein neuer Chef. Er bekam Depressionen.

Er sagt: „Der Gefühls- oder Gemütszustand besteht dann eigentlich nur noch aus einer Leere: Man ist so mit der Arbeit identifiziert, dass man nur noch guckt, dass man wieder den nächsten Tag schafft bzw. die Kollegen zufrieden stellt.“

Dieser ehemalige Einkaufsleiter ist insofern ein Opfer, als er sich den neuen Chef und die neue Verantwortung nicht selber ausgesucht hat. Die Situation ist irgendwie als Schicksal von außen über ihn hereingebrochen. Man kann allenfalls fragen: „Was ist sein Anteil?“ – er hatte keinen Plan B!

Es ist schon ganz gut, heutzutage noch einen Plan B zu haben, wenn der erste schief geht. Es kommt ein neuer Boss herein und sagt nach den ersten drei Tagen: „Ihre Nase gefällt mir nicht.“ Wenn Sie dann irgendwo auf dem Lande sitzen und der nächst mögliche Arbeitsplatz für Sie ist ein paar hundert km weiter weg oder Sie sind jenseits der 45 und schon deswegen nicht mehr so gut verkäuflich, oder das Haus ist noch nicht abbezahlt oder irgendetwas anderes – dann sitzen Sie in der Falle. Bei dem hat es dann dazu geführt, was man hier einen Nervenzusammenbruch nennt.

Noch einmal: Burnout-Prozesse *können* bei Hilflosigkeit in Fallsituationen starten, müssen es aber nicht, insofern als viele Leute es schaffen, die Falle rechtzeitig zu verlassen. In manchen Berufen, wie z. B. in der Krankenpflege, kann man die Station oder sogar die Klinik sehr schnell wechseln. Ärzte sind heutzutage gesucht wie Goldnuggets, sie kriegen sehr schnell einen neuen Job. Ob es dann

woanders vielleicht wie vom Regen in die Traufe ist, das weiß man nicht, aber wenn es irgendwo an einem speziellen Ort Ihnen nicht gefällt, können Sie im Allgemeinen ganz gut wechseln. In der Wirtschaft geht das nicht so ohne Weiteres. Es gibt auch Leute, die mögen nicht wechseln, weil sie sagen: „Das darf ich nicht. Ich darf Patienten nicht im Stich lassen, ich darf Schüler nicht im Stich lassen, ...“ Das ist dann schon wieder Kopfkino, in Richtung Selbstverbrenner.

### **3. Was man gegen Burnout tun kann**

Wenn Sie etwas gegen Burnout tun wollen, dann müssten Sie eigentlich auf vielen verschiedenen Ebenen ansetzen. Burnout ist so etwas wie eine Zwiebel. Der Zwiebelkern innen ist die individuelle Ebene, das findet statt *im* Menschen. Drumherum ist aber dann schon meistens eine zweite Zwiebelschale, die zwischenmenschliche Ebene. Das ist jetzt z. B. das Thema „Führung“ oder meinetwegen auch „Behandlung durch Mediziner oder Psychologen“.

Die Organisationsebene: Die meisten Menschen arbeiten ja in Organisationen und nicht als Freiberufler oder als Einzelkämpfer. Drumherum gibt es Spielregeln dieser Organisationen. Da ist z. B. die Frage: „Wird in einem Betrieb Mobbing geduldet, toleriert oder vielleicht sogar *Bossing*? (Mobbing vom Boss) – oder wird da sofort eingegriffen? Oder ist das ein Tabu? So etwas ist wichtig.

Drumherum gibt es eine gesellschaftliche Ebene. Da wird z. B. eine Agenda 2010 beschlossen oder nicht; da werden Hartz-Regelungen eingeführt oder nicht. Das hat dann ein bisschen Einfluss darauf, wie viel Angst Sie haben, wenn der Job in Gefahr kommt.

Ganz drum herum befindet sich noch die globale Ebene. Das haben wir gerade ja in den letzten Jahren wunderbar mitbekommen. Nur deswegen, weil sich zwei amerikanische Immobilienbanken verspekuliert hatten – mit Unterstützung ihrer Regierung. Per Dominoeffekt wird nun im deutschen Bundeshaushalt das Geld knapp, und Geld, was man für andere Dinge sehr gut gebrauchen könnte, muss jetzt zur Bankenrettung verwendet werden.

Wenn Sie das Phänomen als solches in den Griff bekommen wollten, müssten Sie also überall ansetzen. Hier tut aber jeder gut daran innen anzusetzen. Bis Sie da außen global oder gesellschaftlich irgendetwas auf die Reihe bekommen, sind Sie wahrscheinlich tot. Also, wenn Sie noch vorher einen Fleck Erfolg sehen wollen, ist es ganz gut hier innen anzufangen.

Sie als Ärzte werden sehr oft erste Anlaufstelle von Burnout-Patienten und Burnoutfällen sein. Sie könnten sich nun fragen: Wo ist die Falle, in der der Patient steckt? Ich mache das relativ häufig so. Wenn Leute den Eingang zu meiner Tür



finden, frage ich mich als erstes: Wo steckt der in der Falle? Es können auch mehrere sein. Also, wenn jemand mit einem unklaren Symptombild zu Ihnen kommt, und das kann alles Mögliche sein, wenn Sie organisch nichts finden, könnten Sie mal fragen: „Wie ist denn Ihr Privatleben im Augenblick? Sind Sie zufrieden? Wie ist Ihr Arbeitsleben?“ Und wenn er dann anfängt, kann es sein, dass Sie auf Gedanken kommen, auf die er nicht gekommen ist. Burnout im Frühstadium ist häufig mit Kopfflosigkeit verbunden. Leute werden lösungsblind. Es gibt manchmal einfache Geschichten, auf die jeder Außenstehende kommt, nicht aber der Betroffene. Ihm aber dabei zu helfen, das könnte gut sein.

Sei es nur, dass Sie in der Schublade ein paar Telefon-Nummern von Beratungsstellen liegen haben. Sie werden die Zeit nur in Ausnahmen für ein Beratungsgespräch haben, und ständig können Sie das nicht machen. Wenn Sie da sagen können, da gäbe es eine Kriseninterventionsstelle, da gäbe es dies und jenes, dann geben Sie die Telefonnummer weiter. Und wenn es richtig weit fortgeschritten ist, kann man ohne Einweisung in eine Akutklinik gehen. Jeder kann sich selber einweisen und das ist immer noch besser als jeder Suizidversuch, wenn Sie gar nicht weiter wissen. Und wenn es nachts um drei Uhr ist, gehen Sie in eine Akutklinik (ein Verzeichnis findet sich unter [www.weiße-liste.de](http://www.weiße-liste.de)).

Zweitens könnten Sie sich gerade diese Adresse aufschreiben: [www.burnout-institut.eu](http://www.burnout-institut.eu), und dann unter Burnout-Service nachschauen. Dort ist genau für den Fall (nicht primär für Ärzte und Ärztinnen, sondern vor allem für Kollegen und Vorgesetzte) ein kleines zweiseitiges Merkblatt eingestellt. Das kann man sich gratis runterladen und immer ein paar Fotokopien in der Schublade haben. Das beschreibt die Symptomatik und allererste Schritte - ein kleines Hilfsangebot. Das kann man Kollegen einfach auf den Tisch legen oder in die Hand drücken: „Ich hab hier etwas für dich.“ Damit haben Sie erstens gezeigt, das Ihnen etwas aufgefallen ist, also Sie haben einen Verdacht. Und zweitens, Sie wollen sich kümmern; Sie zeigen damit Anteilnahme. In dieser Situation können Sie sagen: „Wenn es für Sie nichts ist, werfen Sie es weg, ansonsten lesen Sie es mal durch.“ Das ist, glaube ich, mehr als Nichts.

Nachfolgend möchte ich Ihnen noch einige Tipps geben, was man gegen die *eigene* Burnout-Gefährdung tun kann:

- „Grenzen setzen“, nicht permanent versuchen, das Unmögliche möglich zu machen. Auf einer Station, wo eigentlich 5 Planstellen sind, ein einziger Arzt im Praktikum, so etwas darf einfach nicht toleriert werden.

Also, wenn Sie „einen kleinen Mann im Ohr“ haben, der Ihnen sagt: „Ein Arzt klagt nicht. Ein Arzt wird auch nicht krank. Ein Arzt kann alles. Er kann auch eine 5-

Mann-Station alleine managen“, dann setzen Sie dem kleinen Mann Grenzen. Ich kann mir vorstellen, wie schwer das ist.

- Etwas Gutes ist es, ein Frühwarnsystem zu installieren: regelmäßig, täglich oder einmal die Woche, ein bisschen Tagebuch zu führen, nicht in Schönschrift, sondern irgendwie Notizen zu machen: wie geht’s mir eigentlich im Augenblick? Und wenn es nicht so ganz toll ist, wie es mir geht, woran hat es gelegen? Dann kommen Sie nach einer Weile auf Dinge, die Sie auch ändern können. Sie können aber auch das nahe Umfeld einbeziehen. Das ist wahrscheinlich die Partnerschaft. Wenn Sie nach Hause kommen heute Abend und da jemand auf Sie wartet, dann können die Herren zu ihren Frauen oder Freundinnen sagen und die Damen zu ihren Männern oder Freunden: „Wenn Du an mir merkst, ich verändere mich, z. B. in Richtung Reizbarkeit, dann sag es mir, gib mir einen Rippenstoß!“

Sie müssen natürlich, wenn Sie das tun, damit rechnen, dass Sie einen Dammbbruch auslösen. Es könnte sein, dass dann das Echo kommt: „Da könnte ich dir viel erzählen!“ In dem Augenblick müssen Sie bereit sein, zuzuhören, evtl. auch eine halbe Stunde, am besten sich Notizen zu machen und am Tag drauf, darüber wieder zu reden.

Wenn Sie das machen, stellen Sie ihre Beziehung auf eine neue Grundlage. Es kann sehr gut sein, dass sich eine Menge angesammelt hat. Aber es ist gut, wenn nebenan jemand steht, der mal etwas sagt, der ein bisschen auf einen aufpasst.

- Wenn es beruflich mal richtig kriselt – das kann ganz schnell passieren: Umstrukturierungen, Ihre erste Abteilung, Ihre erste Oberarztposition, Ihre erste Chefarztposition, ein neuer Chef, was auch immer, — dann gibt *Coaching* zwar keine Erfolgsgarantie, ist aber gut angelegtes Geld. Es kann sein, dass Sie anschließend klarer sehen, was die Problematik ist, auch klarer sehen, wenn etwas passieren sollte.

- Eine wichtige Geschichte in der Wirtschaft, aber sicher auch bei Ärzten: Wenn Sie nach Hause gehen, vorher den Rucksack leeren!!! Gemeint ist symbolisch der mentale Rucksack, von den Tagesresten und den Sorgen. Die Seelsorger unter Ihnen tun bitte genau das Gleiche: Wenn Sie zu Hause irgendwo ein Rückzugsgebiet haben, nicht alles mitnehmen, sondern schauen, ob Sie es vielleicht schaffen, einmal nichts mitzunehmen.

Da ist der Schnitt: Hier war jetzt der Tag mit seinen Sorgen. Ich leere, vielleicht virtuell, meinen Rucksack von Sorgen. Und gehe in einen Abend, an dem ich mich erhole.

Es gibt viele Männer in Wirtschaftsunternehmen, die haben immer ein kleines Köfferchen bei sich. Das Köfferchen wird nach Hause getragen, wird dann nicht geöffnet, am nächsten Morgen wird es dann wieder ins Büro getragen. Manchmal finden sich eine Zeitung und das Butterbrot darin. Wenn diese Männer das Köfferchen absetzen würden, gäbe es einen Phantomschmerz. Also: man will diesen Koffer immer in der Hand haben, um zu dokumentieren, dass man ja seine Sorgen, seine Probleme und seine Arbeit mit sich führt, dass diese Arbeit in einem „drin“ ist. Das ist jedoch schädlich. Die Arbeit soll nicht in einem *drin* sein, sie soll *draußen* sein, sagte schon Meister Eckhart.

• Wenn Sie einen Antreiber haben, dann tun Sie etwas dagegen. Ich kann sie an dieser Stelle nur kurz skizzieren, aber ich garantiere Ihnen: Einen von diesen fünf hat jeder von Ihnen und mancher von Ihnen hat alle fünf.

Diese Maximen lauten:

- Sei perfekt!
- Streng dich an!
- Beeil dich!
- Sei stark!
- Mach's den Anderen recht!

Das ist im Prinzip nicht falsch. Wenn Sie *nichts* davon können, werden Sie es nicht weit bringen im Leben, und Sie werden auch keine Freunde haben im Leben. Das, was diese Antreiber toxisch macht, das ist das unausgesprochene „sonst...“. Beispielsweise: „Sei perfekt, sonst ... gehörst du nicht zu uns oder bist du nicht würdig, Kind in dieser Familie zu sein!“

Diese Maximen wirken absolut, auch da, wo sie gar nicht nötig sind. Deshalb ist es sehr nützlich, gegen diese toxischen Einflüsse Gegengifte zu formulieren, die dann z. B. besagen: „Auch ich darf Fehler machen! Nicht gerade in der OP, und bei der Sterilisation auch nicht. Aber zu Hause!“ Deshalb sollten Sie nicht gerade ein perfektionistisches Hobby betreiben, sondern irgendetwas wie Taubenzucht oder Tischtennis – jedenfalls etwas, wo man Fehler machen darf.

„Streng dich an!“ - Sie *dürfen* es sich leicht machen. Sie *müssen* nicht hart arbeiten, vor allem nicht zu Hause. *Intelligent* wäre die Maxime: Sie dürfen sich Zeit lassen, nicht bei der OP, aber im Privatleben dürfen Sie sich Zeit lassen. Sie sollten nicht unbedingt Squash spielen. Das Gegenprogramm wäre gut.

Sie dürfen auch wahrnehmen und zeigen, wie Ihnen zumute ist, wenn Sie Angst haben, wenn Sie Wut haben, wenn Sie traurig sind. Das darf man zeigen, nicht unbedingt in der Sprechstunde oder bei der Visite, aber zu Hause ohne weiteres.

Der letzte Antreiber heißt: „Mach's den anderen recht!“ – Das ist natürlich der klassische Antreiber aller Sozialberufe: „Erst mal sind alle anderen dran ... und

jetzt kommt ein langer Bretterzaun, und frühestens dann kommst du“ – das sagt der Antreiber. Wenn Sie nicht mindestens ein bisschen davon hätten, hätten Sie Ihren Beruf wahrscheinlich nicht ergriffen. Aber es gibt eine tiefe Wahrheit, die heißt: „Ich bin der wichtigste Mensch in meinem Leben!“ Das ist ja so, Sie haben nur ein Leben. Sich das klar zu machen, dass das so ist und dass daraus auch bestimmte Dinge folgen dürfen, das ist wichtig.

- In der Transaktionsanalyse stellt man sich vor, dass der Mensch jederzeit in einem von diesen drei Kullern hier ist, diesen Schneemännern: entweder im Eltern-Ich, im Erwachsenen-Ich oder im Kind-Ich. Wo Sie sind, das regelt auch die Art und Weise, wie Sie mit sich selber reden. Das ist das Wesentliche.

Auf der linken Seite haben Sie hier das Burnout-Modell. Und das sieht so aus, dass da permanent ein kritisches Eltern-Ich runterfunkelt in das freie Kind-Ich und sagt: „Das gibt’s nicht!“

Das freie Kind, das möchte spielen – Spaß, Spiel, Spannung. Es sich leicht machen, Spaß haben und zwar sofort. Da oben aber sagt jemand: „Das ist nicht vorgesehen für dich, du bist viel zu alt dafür. Erst die Arbeit, dann das Spiel! Mach erst mal deine Schulaufgaben und dann kannst du vielleicht noch raus.“ In *Ihrem* Alter sagt das kritische Eltern-Ich: „In deinem Alter noch spielen, tanzen, jetzt mach dich nicht lächerlich. Das gibt es doch gar nicht mehr!“

Sie haben aber alle das freie Kind noch in sich. Sie wollen irgendwo – vielleicht tief versteckt – Spaß, Spiel, Spannung haben. Auch bei Achtzigjährigen gibt es durchaus noch dieses Bedürfnis.

Ich empfehle hier das Kontrastprogramm, wo Sie Ihr fürsorgliches Eltern-Ich – eine in Ihnen bestimmt sehr gut entwickelte Instanz, sonst hätten Sie diesen Beruf nicht ergriffen und wären nicht drin geblieben – ansetzen und auf Ihr eigenes angepasstes Kind richten. Das angepasste Kind will Streicheleinheiten, Anerkennung, Lob. Das kriegen Sie natürlich nicht und schon gar nicht von Ihren Chefs. Die sind darauf nicht gepolt. Wenn Sie so etwas haben wollen, müssen Sie es sich selber geben. D. h., machen Sie Ihren Tagesrückblick jeden Abend und fokussieren Sie auf das, was gerade gut gegangen ist und lassen Sie das Ganze kulminieren in einem Satz wie z. B. „Das hast du gut gemacht!“ oder „Du warst gut heute!“

Es wird auch immer stimmen! Keiner von Ihnen macht ja absichtlich Fehler. Sie sind nur so gut wie Sie können. Bloß, es einmal gesagt zu bekommen, wäre natürlich eine tolle Geschichte. Bekommt man aber nicht! Deswegen ist es sicherer, man sagt es sich selber. Sich die Streicheleinheiten selber zu geben, ist gerade in unseren Berufen etwas sehr Wesentliches.

Zweitens: Das Erwachsenen-Ich (das ist die Ratio, die zu Zielen und Wegen findet) darauf ansetzen, was denn für das freie Kind noch drin sein könnte an Spaß, Spiel, Spannung. Dazu eine kleine Geschichte:

Ich hatte einmal einen Workshop in zwei Teilen, an der auch eine 62-jährige Sachbearbeiterin teilgenommen hat. Sie sagte: „Ja, Spaß, Lebensanreicherung! Was soll denn ich da noch machen kurz vor der Rente?“ Beim zweiten Teil des Workshops, eine Woche später, hatte sie sich bereits Inlineskates gekauft. Sie hatte nämlich nach dem Krieg einen Traum: Sie wollte Rollschuhe haben. Dafür gab es aber kein Geld. Jetzt war sie auf die Idee gekommen, „Das Geld ist ja längst da, ich kaufe mir das jetzt einfach!“ und war mit ihren 62 Jahren auf einem Parkplatz hinter einem Supermarkt auf dem Asphalt mit den Inlinern unterwegs gewesen. Ich weiß nicht, ob ihr Leben sich dadurch fundamental geändert hatte. Aber sie sah deutlich anders aus. Die Regel heißt: „Es ist nie zu spät für eine glückliche Kindheit!“

Zum Abschluss möchte ich an dieser Stelle einige wenige Hinweise geben, was Sie gleich nach der Tagung noch heute machen können:

- Sie können sich die Broschüre runterladen und in ein oder zwei Stunden lesen.
- Sie können heute Abend noch ihr Frühwarnsystem installieren, außerdem sich ein Tagebuch zurechtlegen.
- Sie können einmal überlegen, welche von diesen 5 Antreibern Sie bei sich entdecken. Und dann einen in den Blick nehmen, den sie besonders gerne bekämpfen möchten.
- Sie können sich fragen: „Wie schaffe ich es, dass ich demnächst einmal mit einem mental leeren Rucksack nach Hause komme? Wann komme ich so nach Hause, und wie muss ich das anstellen?“

Vielleicht kennen Sie den Spruch: „Worauf kommt es an, wenn man ein Problem bekommt?“ Die Antwort lautet: Es kommt drauf an, *mutig* zu ändern, was zu ändern ist. *Gelassen* zu akzeptieren, was nicht zu ändern ist und *intelligent* zu unterscheiden, was der Fall ist; das heißt: nicht Dinge und Türen, die offen stehen, uneingerannt lassen, sondern durchgehen. Aber nicht gegen Windmühlenflügel kämpfen, nicht Kämpfe vom Zaun brechen, die sie nicht gewinnen können, nicht Projekte sich vornehmen, die nicht funktionieren können. Wenn Sie *das* schaffen, sind Sie eins weiter!

# **Hingabe zwischen Ausbeutung und Erfüllung – Kraftquellen (weiter) sprudeln statt versiegen lassen**

**von Klaus Baumann**

Die zentrale Dynamik des christlichen Gottes- und Menschenbildes kann aus der Lebensgestalt Jesu Christi herausgelesen werden; befähigt durch die Annahme seiner Hingabe „für uns Menschen und zu unserem Heil“ (Großes Glaubensbekenntnis) besteht sie in diesem Annehmen der Liebe Gottes und in der eigenen „Hingabe an Gott und Hingabe für andere“, kurz: in Pro-Existenz. Heilige der Nächstenliebe wie Martin von Tours, Elisabeth von Thüringen, Damian de Veuster oder Pauline von Mallinckrodt, Mutter Teresa u. v. a. m. waren davon ebenso inspiriert wie alle Kritiker des Christentums, die diesem besonders im Fehlen glaubwürdiger Hingabe für andere in Not Jesu Wort „Barmherzigkeit will ich, nicht Opfer“ vorhalten. Universal menschheitlich spricht der biblische Auftrag „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ (Lev 19; Mk 12) Menschen auch heute an und schenkt Erfahrungen von Sinn und Freude in seiner Verwirklichung.

Schwerkranke Menschen haben das starke Bedürfnis, nicht nur Zuwendung zu bekommen, sondern auch für andere etwas tun zu können (Büssing et al. 2013).

Im Kontext von helfenden Berufen – zu denen gewiss weiterhin der ärztliche Beruf gezählt werden darf – und spezieller im Kontext von Burnout hat „Hingabe“ einen ambivalenten Klang, spätestens nach der vulgarisierenden Verbreitung der Rede vom „Helfersyndrom“ (W. Schmidbauer). Im Blick ist dabei das Problem der Überforderung und Selbstüberforderung, der Ausbeutung und Selbstausbeutung von Helferinnen und Helfern eben in ihrem Beruf, das ihnen und anderen zum Schaden wird. Persönliche Erfüllung und Ausbeutung können dynamische Elemente von Hingabe sein, zum Segen und zum Schaden für sich selbst und andere.

Ich gehe davon aus, dass die Dynamik von Hingabe mit Ambivalenzen angefüllt sein kann, die einander nicht ausschließen: Erfüllung kann man mit und trotz Spannungen und Frustrationen erleben und umgekehrt. Wo Frustrationen allerdings unerträglich zu werden drohen und zu buchstäblich gnadenloser Ausbeutung werden, wird es höchst kritisch für die seelische und körperliche Gesundheit

des Personals, für Kunstfehler in der Arbeit und auch für den ökonomischen Schaden des Trägers. Als Ärztinnen und Ärzte stehen Sie, sehr geehrte Damen und Herren, auf beiden Seiten. Sie können selbst Burnout gefährdet sein und auf Sie richten sich in der Praxis die Hoffnungen von Patienten, die an Burnout leiden.

Dieses dynamische Spannungsfeld von Erfüllung und Frustration im Berufsleben will ich mit Ihnen nun folgendermaßen angehen: Zunächst werde ich anhand empirischer Erhebungen zeigen, wie die Wahl unterschiedlicher Helfer-Berufe häufig mit sehr ähnlichen bewussten Motiven verbunden ist: vom Wunsch, im Dasein für andere persönliche Erfüllung und Lebenssinn zu verwirklichen. Ebenfalls anhand empirischer Forschung weise ich auf das sehr verbreitete Schicksal solcher bewussten Motivationen hin, das immer häufiger als Burnout bezeichnet wird. Daran werde ich wenige diagnostische Bemerkungen anschließen und v. a. Ebenen der Burnout-Entwicklung ansprechen, die für die Prävention und Therapie in systemischer Perspektive nutzbar gemacht werden können. Daran knüpfe ich identitätspsychologische Überlegungen an. Sie werden in Impulse münden zur Frage, was im Zeitalter der Beschleunigung auf struktureller und organisationaler Ebene wie auch auf persönlicher Ebene helfen kann, in helfenden Berufen wie dem ärztlichen engagiert zu bleiben und darin auch ein gutes Stück persönlicher Erfüllung zu finden.

## **1. Persönliche Erfüllung als Motivationselement der Berufswahl<sup>1</sup>**

Mit dem ich-nahen Ausdruck „Persönliche Erfüllung“ möchte ich die unterschiedlichen verwandten Begriffe wie Selbstverwirklichung, Vorstellungen vom Gelingen des eigenen Lebens, vom guten Leben, von Lebensglück u. ä. zusammenfassen.<sup>2</sup> Der Ausdruck schließt die Erfahrung von Freude, Sinn, Tiefe, Wahrheit, und Wirksamkeit eigenen Tuns und Lassens ein. Als Motiv verbindet sich die Hoffnung auf „persönliche Erfüllung“ mit unterschiedlichsten Berufswahlen. Bei Ausbildungs- und Studienbeginn erwies sich im Selbstbericht von 813 Probanden verschiedenster Richtungen helfender und anderer Berufe in der langjährigen Feldstudie von Rulla das Motiv „Selbstverwirklichung“ als ubiquitär und ungeeignet, Berufsmotivationen zu unterscheiden.<sup>3</sup> Alle wollen sich in ihrem Beruf möglichst selbstverwirklichen, was immer das auch ist. Was hingegen signifikante

---

<sup>1</sup> Zentrale Gedanken dieses Vortrages habe ich erstmals 2003 publiziert in meinem Beitrag: Persönliche Erfüllung im Dienen?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 29-42.

<sup>2</sup> Vgl. Steinfath, Holmer (Hg.) *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1998. Steinfath (75f) spricht von der „metaphysischen Sinnfrage“ und dem Bedürfnis nach einer Einheit und Ganzheit des eigenen Lebens, einer einheitlichen Deutung bzw. Sinn für das Ganze.

<sup>3</sup> Vgl. Rulla, Luigi M. et al. (1989) *Anthropology of the Christian Vocation. Vol. II: Existential Confirmation*, Rome: Gregorian University Press 1989, 125f; Dies. (1976) *Entering and Leaving Vocation. Intrapsychic dynamics*, Chicago: Loyola University Press 1976, 66-76. Das Sample bestand aus 570 Anfängern einer Ordensausbildung beiderlei Geschlechts und Seminaristen sowie 243 katholischen College-Studierenden beiderlei Geschlechts.

Unterschiede aufwies, war die Präsenz religiöser und sittlicher Werte, welche die Anfänger helfender Berufe durch ihr Berufsleben verwirklichen wollten; und damit auch, wie sie sich und ihre Selbstverwirklichung in diesem Beruf selbst verstanden.

Einer der Pioniere der empirischen Burnout-Forschung bei Helfer-Berufen<sup>4</sup>. Cary Cherniss, stellte in seinen Erhebungen (1980) mit qualitativer Forschungsmethodik fest, mit welchem Idealismus die 26 Berufsanfänger seiner Stichprobe begannen: Rechtsanwälte in Armutsfragen, Krankenschwestern im öffentlichen Gesundheitswesen, Lehrer, Sozialarbeiter und Psychologen beider Geschlechter. „Sie wollten anderen dienen, und sie begannen ihre berufliche Laufbahn mit Enthusiasmus und Hingabe, Fürsorglichkeit und Mitgefühl.“<sup>5</sup> Mit dem „Dasein für andere“ oder „Helfen“ verbanden sie den Sinn ihres Lebens, wie Cherniss aufgrund der Interviews beim Berufseinstieg darlegt: „Als sie ihre berufliche Laufbahn begannen, suchten sie eine Arbeit, die Sinn haben würde. Sie gingen in einen öffentlichen Sozial-Beruf, weil sie zu helfen wünschten. Sie wünschten jedoch nicht nur zu helfen; sie wünschten, die Welt besser zu machen, ‚die Welt zu reparieren‘. Diese Sendung gab ihrem Leben Sinn.“<sup>6</sup> Mit ähnlichen Hoffnungen beginnen viele auch in unserer Zeit das Sozialarbeits-, das Psychologie- oder das Medizin-Studium (Maio 2012).

Diese (voneinander unabhängigen) empirischen Studien können dahingehend zusammengefasst werden, dass die Probanden ihr begonnenes Engagement in einem helfenden Beruf bewusst mit der Erwartung persönlicher Erfüllung im Dasein für andere verbanden. Was wurde daraus im Lauf der Jahre?

## 2. Entwicklungsprozesse der beruflichen Motivation

12 Jahre nach Berufseinstieg ermittelte Cherniss seine früheren Probanden für eine Follow-up-Studie. Von den 26 Helferinnen und Helfern waren noch 10 in öffentlichen Hilfe-Einrichtungen; zwei von diesen arbeiteten nicht mehr direkt mit Klienten. Mindestens drei weitere wären gerne ausgeschieden, wenn die

---

<sup>4</sup> Vgl. Cherniss, Cary (1995) *Beyond Burnout. Helping teachers, nurses, therapists & lawyers recover from stress & disillusionment*, New York/ London: Routledge 1995, 169: „one of the first published studies of professional burnout“, erschienen 1980: *Professional Burnout in Human Service Organizations*, New York: Praeger 1980; vgl. Schaufeli et al. 1993; Fegler, Jörg (1998) *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (Reihe leben lernen; Nr. 77) München: Pfeiffer <sup>5</sup>1998.

<sup>5</sup> Cherniss 1995, ix und *passim*: „They were poverty lawyers, public health nurses, high school teachers, social workers, and psychologists. They wanted to serve others, and they began their careers with enthusiasm and commitment, caring and compassion.“ (Übers. KB).

<sup>6</sup> Cherniss 1995, 181: „When they began their careers, they were looking for work that would be meaningful. They entered a public service profession because they wished to serve. But they not only wished to serve; they also wished to make the world a better place, to ‚repair the world.‘ That mission was what gave their lives meaning“ (Übers. KB). Mit ähnlicher Hoffnung beginnen viele das Psychologie- oder das Medizinstudium; vgl. Schulz von Thun 2001; Maio 2012.



Umstände es ihnen erlaubt hätten. Die 16 Ausgeschiedenen waren weiter nahe an ihren bisherigen oder ähnlichen Berufen tätig, jedoch in Feldern, die ihnen mehr Geld, Status, Autonomie und intellektuellen Anreiz boten.<sup>7</sup> „Am meisten bemerkenswert ist jedoch – so konstatiert Cherniss –, dass Altruismus in den Entscheidungen eine relativ kleine Rolle spielte, und zwar bei denen, die in öffentlichen Hilfe-Institutionen blieben genauso wie bei denen, die ausschieden. ... Die Helfer veränderten nicht nur ihre Arbeit und Laufbahn. Sie veränderten auch ihre Weise, die Welt zu betrachten. ... Und diese Veränderungen in den Ansichten – Veränderungen im Idealismus, Sorgen und Mitfühlen, Veränderungen in Engagement und sozialer Philosophie – waren genauso wichtig wie die Frage, ob sie in öffentlicher Hilfe blieben oder nicht.“<sup>8</sup> Den meisten der 26 war es gelungen, sich eine bequeme berufliche Nische zu schaffen; sie fanden viel Autonomie, Kollegialität und Sicherheit, die sie erhofft hatten. Sie fanden interessante Arbeit. Gegenüber den Nöten von Hilfsbedürftigen haben sie sich deutlich zurückgezogen und abgeschirmt.

Bei allen Probanden, auch bei jenen fünf, die in ihrem Helfer-Beruf am meisten zufrieden waren und Burnout-Schwierigkeiten gut gelöst hatten, zeigte sich Cherniss ein weiterer Mangel. Überrascht stellte er fest, dass niemand in der eigenen Arbeit mehr ein Gefühl von Sinn und Transzendenz erlebte, das ihr Engagement anfangs angetrieben hatte: „Es fehlte nicht nur – die Helfer hatten die Frage nach Sinn so vollständig aufgegeben, dass sie nicht einmal mehr davon sprachen – es wurde nicht einmal mehr als Problem artikuliert.“<sup>9</sup> Cherniss deutet diese Entwicklung so, dass sie lernten, jegliche Hoffnung aufgeben zu müssen, in ihrer Arbeit Sinn zu verwirklichen. Die Entdeckung dieses Mangels hält er für den wichtigsten Befund seiner Follow-up-Studie.<sup>10</sup> Für andere dasein im Beruf – davon erwartete von seinen Probanden niemand mehr persönliche Erfüllung.

Ist die empirische Basis mit 26 Probanden bei Cherniss relativ schmal, wenn auch durch das qualitative Verfahren aussagekräftig, wird es tendenziell bestätigt von Enzmanns [1996; N=708] Befunden: „dass sich von Zeitdruck Betroffene durchaus wirksam fühlen können, weil sie auf diese Weise von den emotionalen

---

<sup>7</sup> Vgl. Cherniss 1995, 51f.

<sup>8</sup> Cherniss 1995, 60-62, übers. KB.

<sup>9</sup> Cherniss 1995, 180.

<sup>10</sup> Vgl. Cherniss 1995, 182.

Nöten und Bedürfnissen der Klienten ‚abgeschirmt‘ sind. Sich wirksam föhlende und insofern nicht ausgebrannte Helfer sind nicht automatisch gute Helfer.“<sup>11</sup>

Auch die schon erwähnte Feldstudie Rullas ist auöerordentlich breit. In Follow-up-Überprüfungen nach 10 bis 14 Jahren hatten 490 der 570 Frauen und Männer, also 86 % ihre Berufe aufgegeben<sup>12</sup>, in denen sie im Dienen persönliche Erfüllung zu finden gehofft hatten. Die Ausscheidenden waren signifikant weniger von ihren früheren religiösen und sittlichen Werten motiviert<sup>13</sup> als bei Ausbildungsbeginn. Und eine latent bis offen frustrierte Motivationslage zeigte sich in über 70 % der Verbliebenen: ein hohes Maß an Entfremdung und Resignation in ihrem beibehaltenen Beruf.<sup>14</sup> Wie in den Probanden von Cherniss und Enzmann scheint auch bei diesen Personen wenig erhalten von ihrer anfangs so stark motivierenden bewussten Erwartung, im professionell helfenden Dasein für andere persönliche Erfüllung zu erlangen.

Immer häufiger wird angesichts des absehbaren und bereits klar erkennbaren Fachkräftemangels in sozialen und Gesundheits-Berufen die Frage gestellt, wie ein Dropout bzw. Berufswechsel zumal von frisch ausgebildeten Fachkräften vermieden werden kann (vgl. Hackmann 2012; Hackmann & Müller 2012; Leiter & Maslach 2009; Potter et al. 2010; Sawatzky & Enns 2012). Häufig sind Frustrationen bis zum Burnout Grund genug für gut ausgebildete Fachkräfte, doch etwas Anderes zu suchen. Wer könnte es ihnen, individuell betrachtet, verdenken, wenn das nicht „ihr Ding“ (mehr) ist, ja mehr noch: wenn sie sich über die Grenzen des Zumutbaren hinaus erschöpft, frustriert, entfremdet föhlen? Und wie gut sind Ärzte, die mit einem hohen Maß an Entfremdung und Resignation im Beruf bleiben, weil sie keine bessere Alternative zur Sicherung des Lebens für sich und evtl. ihre Familie sehen?

### **3. Stress und Burnout: Modeerscheinungen?**

Im Herbst 2011 erschien in keinem geringeren als dem Deutschen Ärzteblatt ein Übersichtsartikel mit dem provozierenden Titel: „Modediagnose Burn-out“ (Kaschka et al 2011). Er bekam eine Menge Aufmerksamkeit und kritische wie zustimmende Reaktionen. Sie verweisen darauf, dass nach einer repräsentativen Emnid-Umfrage 2010 12,5 % der Berufstätigen in Deutschland sich in ihrer Arbeit überfordert föhlen und legen dar: „Vor dem Hintergrund alarmierender Statistiken, die einen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen

---

<sup>11</sup> Enzmann, Dirk (1996) *Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß*, München/ Wien: Profil 1996, 290-301 (für die empirischen Befunde), sowie hier: 318.

<sup>12</sup> Vgl. Rulla et al. 1989, 144f.

<sup>13</sup> Vgl. Rulla et al. 1989, 199-207.

<sup>14</sup> Vgl. Rulla et al. 1989, 381.

sowie eine Zunahme der Kosten aufgrund von Psychopharmaka-Verordnungen belegen, wird die gesundheitspolitische Brisanz dieses Themas offenkundig.“ (Kaschka et al 2011, 781). Und sie behaupten gleichzeitig: „Bisher existieren weder eine verbindliche Definition noch ein valides, allgemeingültiges differenzialdiagnostisches Instrument für das Burn-out-Syndrom“ (ebd.), legen dann aber die gängigen Konzeptionen dar, die das Phänomen beschreiben und analysieren.

Was ist also Burnout? Diese Frage war bestens aufgehoben im ersten Vortrag bei Kollege Burisch, so dass ich das Wesentliche von medizinischer und klinisch-psychologischer Seite voraussetzen darf und allenfalls an die folgenden Basics erinnere.

In ICD-10, der WHO-Klassifikation für Krankheitsdiagnosen, stellt Burnout keine eigene Diagnose dar, sondern eine Zusatzverschlüsselung ohne diagnostische Relevanz; einige Krankenkassen erkennen es dennoch als solche an. In ca. der Hälfte der Fälle ist dies verbunden mit einer Diagnose von Depression/depressiver Verstimmung.

1974 wurde Burnout erstmals von dem amerikanischen Psychoanalytiker Herbert Freudenberger beschrieben: „Er beschrieb den psychischen und physischen Abbau der meist ehrenamtlichen Mitarbeiter von psychosozialen Hilfsorganisationen. Dem Zeitgeist entsprechend handelte es sich um die für die 1970-er- und 1980-er-Jahre typischen Idealisten mit unrealistisch hohen altruistischen Zielsetzungen. Inzwischen zählen diese“ – so Zaudig et al. in ihrem jüngsten Übersichtsartikel – „[...] eher zu den Ausnahmen. Das typische Burnout-Profil heutzutage wird bestimmt von dem sozioökonomischen Druck, „die eskalierenden Ansprüche Anderer zu erfüllen, oder von der intensiven Konkurrenz, besser als andere in derselben Organisation oder Firma zu sein oder von dem Antrieb, immer mehr Geld zu machen, oder von dem Gefühl, es werde einem etwas vorenthalten, was man offensichtlich verdient““ (Zaudig et al. 2012, 76).

Bereits auf dieser Linie liegt die Operationalisierung des Burnout durch Christina Maslach weniger durch die individuelle Dynamik allein verursacht als vielmehr durch die Arbeitsorganisation und die Wechselwirkung beider (vgl. ebd.). Das Maslach Burnout Inventory MBI definiert Burnout durch die drei Hauptvariablen:

a) **Emotional exhaustion** (zumeist als „emotionale Erschöpfung“ übersetzt) erfasst das Selbsterleben der Befragten als emotional überspannt und erschöpft durch ihre Arbeit: ausgelaut, ausgebrannt.

b) **Depersonalization** („Depersonalisation“ oder besser: „Unpersönlich sein“, Zynismus) erfasst einen unemotionalen und unpersönlichen Umgang der Befragten mit den Empfängern ihrer Arbeitsleistung, also z. B. den betreuten Patienten: Abstumpfung, Negativismus.

c) **Personal accomplishment** (Persönliche Zielrealisierung bzw. Zielerreichung) erfasst das Erleben von Kompetenz und erfolgreicher Leistung bei der Arbeit; bei Burnout in der Negativausprägung ungenügendes Arbeiten und Gefühl der Inkompetenz.

Weitweit gilt das MBI als Standard für die Diagnose, wenn es auch testtheoretisch noch Mängel aufweist.

Kürzlich formulierte der Freiburger Psychiater und Neurobiologe Joachim Bauer prägnant: Burnout sei „emotionale Erschöpfung plus 1“ (Depersonalisierung/ Zynismus und/oder Gefühle der Wirkungs-/Erfolglosigkeit).

Differenzierter hat Burisch die mit Burnout verbundenen möglichen Symptome systematisiert, die das Gefühlsleben, die Motivationen, das Verhalten, körperliche und kognitive Symptome umfassen.

Emotionale Symptome	Motivationale Symptome	Verhaltens-änderungen	Körperliche Symptome	Kognitive Symptome
Reizbarkeit	Verlust der Motivation	Vermehrtes Risikoverhalten	Neigung zu Infektanfälligkeit	Selbstzweifel
Aggressivität	Resignation	Sozialer Rückzug	Massive Schlafstörungen	Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
Angst	Zynismus	Leistungsminderung		
Unruhe	Demoralisierung	Vermehrter Konsum von Nikotin, Alkohol, Beruhigungstabletten		
Schuldgefühle	Lustlos	Keinerlei Freizeitaktivitäten	Körperliche Erschöpfung	
Hilflosigkeit			Müdigkeit	
			Apathie	

Burnout mit solchen Symptomen ist jedoch keine plötzlich ausbrechende Krankheit wie eine rasch um sich greifende Infektion, sondern ein Prozess, für den verschiedene Phasenmodelle entwickelt und beschrieben wurden. Zaudig hat sie alle in ein 5-Phasen-Modell zusammengefasst:

- i. Enthusiasmus
- ii. Überforderung
- iii. Frustration
- iv. Apathie
- v. Verzweiflung und Erschöpfung (vgl. Zaudig et al. 77)

Erahen lässt sich das Schlimmste aus der Todesanzeige, die mir in der Tageszeitung (BZ) auffiel: „*So unbeschreiblich lieb warst Du in Fürsorge immer für alle anderen da, aber leider nicht für Dich selbst.*“

#### 4. Ebenen der Burnout-Entwicklung – Prävention und Therapie

Für die Entwicklung eines solchen Burnout-Prozesses hat Jörg Fengler (1998; 2010) sechs Ebenen unterschieden, die dann auch für Prävention und Therapie wichtige Ansatzpunkte bieten. Beachten Sie bitte sogleich: Wenn es auch persönliche Dispositionen gibt, auf die ich selbstverständlich eingehen will, und das Burnout den einzelnen Menschen zunächst so erheblich mitnimmt, dass er diese Symptome zeigt, so sind diese doch nur der Knotenpunkt, an dem alles andere zusammenkommt, das da so belastend und frustrierend wirkt. Stets geht es um verschiedene Faktoren von Stress und dessen mehr oder minder gelingende Bewältigung.

„Die Person selbst trägt zu ihrer Burnout-Gefährdung bei.

Das Privatleben der Person kann sich als Stressor erweisen [, der sich in der Arbeit weiter auswirkt, KB].

Die Adressaten der Arbeit kommen als Belastungsfaktor in Betracht.

Das Team kann zur Belastung werden.

Vorgesetzte tragen in manchen Fällen zum Stress am Arbeitsplatz bei.

Institutionelle und gesellschaftliche Faktoren können sich als belastend darstellen.“ (Fengler 2010, 247).

Da es die jeweilige individuelle Person ist, die durch die Belastungen der Umweltfaktoren und Stressoren immer mehr und bleibend aus dem Gleichgewicht gerät und ein Burnout entwickelt, sei hier nicht nur auf den möglichen Idealismus, Perfektionismus und Ehrgeiz abgehoben, wie dies bereits zum Gemeingut geworden ist. Das Problem ist besonders, dass diese Strebungen verbunden sind mit individuell sehr unterschiedlicher Stressvulnerabilität. Egle (vgl. Egle & Zentgraf 2012, 107, Tab. 1) hat empirisch gesicherte **Risikofaktoren mit potenziellen Langzeitfolgen für die Stressvulnerabilität** beschrieben:

- Niedriger sozio-ökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der ‚sozialen Kontrolle‘ (z. B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 18./24. Lebensmonat

- Psychische Störungen der Mutter/des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
- Parentifizierung/Rollenumkehr
- Chronisch kranke Geschwister
- Alleinerziehende Mutter
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung/Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen (z. B. Waisenhaus, Au-pair-Mädchen)
- Gewalterfahrungen: sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate
- Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen)

Es gibt entsprechend auch empirisch **gesicherte Schutzfaktoren für die spätere Stressvulnerabilität:**

- Sicheres Bindungsverhalten
- Eine dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Entlastung der Mutter (v. a. wenn alleinerziehend)
- Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Internale Kontrollüberzeugungen, Gefühl der Selbstwirksamkeit
- Soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende und empathische Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter
- Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i. S. von Verantwortungsübernahme)
- Geschlecht (Mädchen weniger vulnerabel) (vgl. Egle & Zentgraf 2012, 108, Tab. 2)

Entscheidend für den Stress sind jedoch **strukturelle Faktoren in der Arbeit**, insbesondere durch die permanente Diskrepanz zwischen (emotionalen) Arbeitsanforderungen und unzureichenden Bewältigungsressourcen (vgl. Glaser & Herbig 2012, 136f.). Damit kommen wir zum genaueren Blick auf die Arbeitsorganisation, Leitung und andere Institutionelle Faktoren. Im Modell von Karasek wirkt pathogen, krankmachend, die Diskrepanz zwischen hohen Anforderungen (**demands**) und geringer Kontrolle (**control**; z. B. Entscheidungsspielräume) und geringer sozialer Unterstützung (**support**; durch Vorgesetzte oder im Team oder auch privat). Wegen der drei Elemente der Diskrepanz heißt Karaseks Modell das

**Demand-control-support-Modell.** Es wurde verallgemeinert zum Demand-resources-Modell: Das Wechselverhältnis von Anforderungen und verschiedenen Ressourcen der Person ist entscheidend für arbeitsbedingte Beeinträchtigungen ihrer psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheit. Der Gesundheitsreport der DAK 2012 spricht zwar weniger von Burnout als v. a. von Stress und dessen psycho-somatischen Auswirkungen; dafür blickt er zentral auf die Arbeitsbedingungen und ihre Konsequenzen für die Gesundheit. Stress am Arbeitsplatz und mangelnde soziale Unterstützung sind psychosoziale Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Herzinfarkt. Der DAK-Gesundheitsreport zieht dafür das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist heran. Dessen Grundidee ist einfach: Solche Krisen entstehen aus einem übergroßen Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung: „Demnach sind Beschäftigte immer dann in Gefahr, Stressreaktionen zu erfahren, wenn sie bei hoher Verausgabung nur wenig Gratifikation bekommen. Mit Belohnung bzw. Gratifikation ist dabei sowohl die Entlohnung gemeint als auch die Anerkennung und Wertschätzung durch Kollegen und Vorgesetzte wie auch allgemeines Ansehen. Auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes und Karrieremöglichkeiten sind Teil der Gratifikation.“

Erwerbstätige, die ein hohes Arbeitsaufkommen bewältigen, viel Verantwortung tragen, unter Zeitdruck arbeiten, mit anderen Worten viel Leistung bringen (oder dies zumindest so sehen) und gleichzeitig wenig Wertschätzung erfahren, einen zu geringen Verdienst haben oder keine Aufstiegschancen für sich sehen, leiden nach diesem Modell unter Stress.

[...] Arbeitnehmer, so postuliert das Modell, die sich in einem Übermaß ihrer beruflichen Aufgabe verpflichtet fühlen, sind besonders gefährdet, eine Gratifikationskrise zu erleiden. Eine solche Neigung wird als Overcommitment bzw. als übersteigerte Verausgabungsbereitschaft bezeichnet.“ (Gesundheitsreport 2012, 90f.)

Dieses Modell impliziert bereits **Impulse zur arbeitsorganisationalen bzw. institutionellen Leitungs- und Anerkennungskultur.** Bevor wir zu solchen „Impulsen“ zur Stärkung unserer Kräfte kommen, möchte ich jedoch noch einen Akzent zu unseren herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen setzen mit einem sehr neuen Versuch zu einer „Soziologie des guten Lebens“, den Hartmut Rosa angehen will. Er legte in diesem Jahr nach einer ersten Analyse unserer Zeit als eines Zeitalters der Beschleunigung (2006) seine Vorüberlegungen in dem Band „**Weltbeziehungen im Zeitalter der Beschleunigung**“ (2012) vor.

Was meint er mit Welt-Beziehung bzw. Selbst-Weltbeziehung?

(Selbst-)Weltbeziehung: die Art (Modus), wie Menschen sich als in die Welt gestellt erfahren. Welt: alles, was ‚begegnet‘, objektive, soziale und subjektive Welt zugleich. Sie ist primär leiblich, emotional, sensuell, existentiell; erst danach mental und kognitiv.

„Gelingende Weltbeziehungen sind solche, in denen die Welt den handelnden Subjekten als ein antwortendes, atmendes, tragendes, in manchen Momenten sogar wohlwollendes, entgegenkommendes oder ‚gütiges‘ ‚Resonanzsystem‘ erscheint.“ (Rosa 2012, 9)

Statt +/- stumm, kalt, indifferent, feindlich („ohne Resonanz“): Ästhetik, Natur, Religion – Welt-Beziehungen, die über instrumentelle, kausale Muster hinausgehen.

Hier können wir über Rosa hinausgehen und im Sinne Fengers hinzufügen: Manchmal sind Begegnungen im helfenden Beruf mit Patientinnen oder Klienten Beziehungen stiller Resonanz, etwa wo Empathie die Arbeit weit mehr als mechanisch sein lässt – ein Begegnungsgeschehen.

Zurück zu Rosa: Nach ihm sind unsere Welt-Beziehungen Ergebnis unserer Selbst-Welt-Interpretationen (vgl. Rosa 2012, 13). Solche geschehen gewissermaßen in vier Wirklichkeitsbereichen:

„Vier-Felder-Schema“ der Selbstinterpretation	
Reflexives Selbstverständnis (Identität)	Die eigene verkörperte, habitualisierte, weitgehend unbewusste Welthaltung
Institutionelle Kontexte und soziale Praktiken, an denen das Subjekt partizipiert und in die es eingebunden ist	Selbstbeschreibungen und Leitbilder der kulturellen Gemeinschaft(en), denen das Subjekt angehört

„Resonanzverfahren“ entstehen besonders in den (seltenen) Momenten, wo diese vier Felder „übereinstimmen“. „Entfremdung“ resultiert aus der dauerhaften Unvereinbarkeit von Selbst- und Weltdeutung.

Kapitalistische Steigerungslogik: „Die Beziehung des modernen Subjektes zur Dingwelt, zur Sozialwelt und zu sich selbst ist fundamental dadurch bestimmt, dass sich jene Welten in permanenter Veränderung und immer schnellerer Bewegung befinden.“ (14) – Sie unterminiert mit ihrem Zwang zum messbaren Zugewinn die Möglichkeit zu Resonanzverfahren; und nicht nur das: Sie führt zu immer mehr Selbst- und Welt-Entfremdung (und so mündet Rosa in die



kritische Gesellschaftstheorie). Solche Entfremdung ist Teil der Burnout-Symptomatik, der Depersonalisation und des Zynismus. Sie kann zu einem schweren Identitätsproblem werden – und mündet damit gleichzeitig in Aspekte der persönlichen Sinnfrage und Lebensfreude.

## **5. Identitätspsychologische Aspekte für das Burnout- und Sinnerleben**

Mit den folgenden Überlegungen möchte ich einige Konzepte aus dem sehr breiten motivations- und identitätspsychologischen Fächer nutzen, um die beschriebenen Sachverhalte mehr zu verstehen; dabei klammere ich Fragen schwerer Psychopathologie (Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen) weitgehend aus. Anknüpfungspunkt für meine Überlegungen ist zunächst, dass die Probanden allesamt mit einer Antwort auf die Frage: „Wer bin ich? Wer kann und will ich sein und werden?“, ihre berufliche Laufbahn einschlugen. Sie knüpften ihr faktisches und zielgerichtetes Selbstverständnis (Real- und Ideal-Ich) daran, über spontanes prosoziales Verhalten hinaus ihr Berufsleben dauerhaft und insgesamt (was nicht heißt ausschließlich!<sup>15</sup>) dem Dasein für andere zu widmen, und wollten darin eine sinnerfüllte Berufs- und Lebensperspektive für sich verwirklichen.

### **5.1 Identität, Autonomie und Wertbindung**

In ihrem Übersichtsartikel über soziologische Identitätsperspektiven stellt Gertrud Nunner-Winkler (2000) Bindung und Autonomie als konstitutive Elemente von Ich-Identität heraus. Moralische oder sonstige Wertbindung<sup>16</sup> gehöre unter folgenden Grundannahmen zum Kern von Ich-Identität:

Konstitutive Momente von Ich-Identität

1. „Bindung ist konstitutiv für Identität.
2. Da Bindung eines Objektbezugs bedarf (i. e. an Personen, Werte, Projekte), sind Inhalte für Identität unerlässlich.
3. Was aber zählt, ist nicht die Art des Inhalts [das würde ich relativieren!], sondern der Modus seiner Aneignung.
4. Einzigartigkeit ist kein eigenständiges Identitätsproblem. Die Gewissheit der eigenen Unaustauschbarkeit ist vielmehr Korrelat der Autonomie der Bindung.“<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Vgl. Schmidbauer (1983) 49f; etwa, dass die berufliche Identität das Privatleben völlig auszehrt.

<sup>16</sup> Vgl. Nunner-Winkler (2000) 305.307ff. Insbesondere betont sie moralische Wertbindung, will sie aber nicht darauf reduziert sehen. Die Autorin arbeitet am Max-Planck-Institut für psychologische Forschung in München.

<sup>17</sup> Nunner-Winkler 2000, 307.

Die Verknüpfung von Autonomie und Bindung impliziert eine Selbstbindung an ‚Ideale‘ oder ‚Werte‘. Für den Modus der Aneignung dieser Werte – z. B. des Wertes „für andere Dasein“ oder „Hingabe“ – sei vor allem notwendig, dass die Person „im Lichte dieser Selbstbindung zu ihren spontanen Impulsen und Bedürfnissen Stellung nimmt und inkompatible unterdrückt“<sup>18</sup> [– wobei mir die Formulierung „unterdrückt“ nicht ganz gelungen erscheint]. Diese Sicht lässt vermuten: Für die Helferinnen und Helfer wurden Stellungnahmen zu anderen Verhaltensmotiven im Lauf ihres Berufslebens wichtiger und zentraler als ihre Selbstbindung an den Wert „für andere da sein“.<sup>19</sup>

## 5.2 Kontinuität und Kohärenz

Jürgen Straub hebt von psychologischer Seite in seinem Überblick (2000) hervor: Identität impliziert als Einheit oder Ganzheit der Person Kontinuität und Kohärenz. Kontinuität meint nicht starre Unveränderlichkeit, sondern „dass Veränderungen als Bestandteil eines sinnhaft strukturierten Lebenszusammenhangs begriffen werden können“<sup>20</sup>. Der Identitätsaspekt Kohärenz verweist seinerseits „auf die Stimmigkeit eines moralischen und ästhetischen Maximensystems, an dem sich eine Person orientiert, um eigenen Ansprüchen auf ein gelingendes, richtiges oder schönes Leben Rechnung zu tragen.“<sup>21</sup> Die empirischen Befunde legen den Schluss nahe, dass es den Probanden nicht gelang, sich kontinuierlich und kohärent an ihrer Maxime „Hingabe“ oder „Dasein für andere“ zu orientieren. Es behielt für ihre Vorstellungen vom Gelingen ihres Lebens nicht die frühere, zentrale Bedeutung. In diesem Punkt gab es eine deutliche Diskontinuität im Blick auf den „einen“ sinnhaft strukturierten Lebenszusammenhang, den sie bewusst hatten verwirklichen wollen; es kam zu wichtigen Identitätsveränderungen.

## 5.3 Identitätsentwicklung über Identitätszustände

Veränderungen in der Identitätsentwicklung operationalisierte für empirische Untersuchungen der Erikson-Schüler James E. Marcia. Dabei leiteten ihn das Konzept der „inneren Verpflichtung“ (commitment) und das Vorkommen oder Ausbleiben einer „Krise“. „Krise“ ersetzte er später mit dem neutraleren Ausdruck „explorations“, Neu-Erkundungen. Was Nunner-Winkler „(Wert-)Bindung“ nennt, ist bei Marcia „innere Verpflichtung“, commitment als motivationales Konzept

---

<sup>18</sup> Nunner-Winkler 2000, 308, mit Hary Frankfurt.

<sup>19</sup> Sie unterstreicht die Wichtigkeit „ich-nahere“ Motive im Unterschied zu eher ich-fernen, sehr allgemein-abstrakten Idealen oder Prinzipien. Vgl. Nunner-Winkler 2000, 311-314: „Der Modus einer ich-nahen Bindung an Werte erlaubt der Person, sich als Subjekt der eigenen Lebensführung zu begreifen. So lässt sich auch in der Moderne Individualität erfahren und Identität gründen und stabilisieren“ (314).

<sup>20</sup> „... und zwar auch dann, wenn sie durch kontingente Ereignisse angestoßen und vom Subjekt als heteronom bewirkte Widerfahrnisse erlebt werden.“ (Straub 2000, 283) Er ist am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen tätig.

<sup>21</sup> Straub 2000, 284.

bezeichnet eine innere Einstellung und nach außen gerichteten Einsatz zu ihrer praktischen Umsetzung. Neuerkundungen oder Krisen von inneren Verpflichtungen führen nach Marcia potentiell dazu, einmal übernommene Verpflichtungen in ihrer Sinnhaftigkeit zu überprüfen und neu oder tiefer zu bejahen, zu modifizieren – oder auch abzulegen. Krisen und Neuerkundungen dienen reiferer Wert-Aneignung und führen idealerweise zu größerer Autonomie in zugleich vertiefter Wert-Bindung – damit zu gefestigter Identität. Solche Prozesse der Identitätsentwicklung operationalisierte Marcia in vier Identitätszustände:

**Tab. 1: Die Identitätszustände nach James E. Marcia**

<b>Übernommene Identität</b>	<b>Diffuse Identität</b>	<b>Moratorium</b>	<b>Erarbeitete Identität</b>
Innere Verpflichtung <b>ohne</b> (weitreichende) vorherige eigene Erkundungen	<b>Keine</b> innere Verpflichtung, ohne merkbare Besorgnis deswegen	<b>Keine</b> innere Verpflichtung – er oder sie ringt darum, innere Verpflichtungen zu bilden	Innere Verpflichtung <b>aufgrund von</b> eigenen Neuerkundungen
<b>Keine Krise</b>	<b>Keine Krise</b>	<b>Eigentliche Identitätskrise</b>	<b>Krise durchgearbeitet</b>

Vgl. Marcia 1988, 212ff.

(Zur Erläuterung:)

1. Der Zustand übernommener Identität (foreclosure). In diesem Zustand befindet sich jemand, der inneren Verpflichtungen eingegangen ist, aber keine oder kaum persönliche Erkundungen unternommen hat. Hier kann man an jemanden denken, der sich stark an den Auffassungen seiner Eltern (oder einer Bezugsgruppe oder eines Vorbildes) orientiert, ohne diese durch eine Krise hindurch kritisch überprüft zu haben.
2. Der Zustand diffuser Identität besteht, wenn kaum oder keine inneren Verpflichtungen vorhanden sind und er oder sie keine besondere Besorgnis darüber erkennen lässt. Viele Phänomene scheinbar unbekümmerter Unverbindlichkeit, Gleichgültigkeit und „postmoderner“ Beliebigkeit können hierher gehören.
3. Den Zustand der eigentlichen Identitätskrise nennt Marcia „Moratorium“. Darin sind innere Verpflichtungen vage und fraglich geworden, aber die Person ringt darum, innere Verpflichtungen und Überzeugungen (neu) zu bilden, indem sie

das Problemfeld neu „erkundet“. Der Wunsch, eine kritische neue Erfahrung im Bezug auf sich selbst mehr erkunden und die Vagheit lösen zu wollen, ist die wichtigste „innere Verpflichtung“ in diesem Identitätszustand: Ein persönliches Problem wird als solches wahrgenommen und angegangen.

4. Im Zustand erarbeiteter Identität (identity achievement) befindet sich, wer innere Verpflichtungen eingegangen ist; ihnen gingen persönliche Erkundungen, Krisenphasen, voraus. Er oder sie hat dabei z. B. die Auffassungen der Eltern und ihren Einfluss kritisch geprüft und ist zu einem eigenen Standpunkt gelangt, dem er oder sie sich verpflichtet weiß. (Das bedeutet nicht, dass dieser erarbeitete Standpunkt notwendigerweise inhaltlich verschieden vom früher übernommenen sein muss: Die Person verbindet mit ihm jedoch eine deutlich stärkere Ich-Beteiligung, persönliche Sinngebung.)<sup>22</sup>

„Prinzipiell steht nach Marcia der Weg von jedem Identitätszustand in einen anderen während der gesamten Lebensspanne offen.“<sup>23</sup>

Welche Deutungshilfe bietet diese Konzeption für die empirischen Befunde der Helferinnen und Helfer? Wir können annehmen, dass ein Teil der Probanden durch Krisen und Neuerkundungen hindurch zu der Überzeugung gelangt ist, den eigenen Lebenssinn anders als im Dasein für andere in ihrem sozialen Beruf zu sehen und verwirklichen zu wollen. Durch ein Moratorium hindurch wären sie mehr zu einer erarbeiteten Identität mit anderer Sinnperspektive gelangt. Wir könnten z. B. daran denken, dass sie Ziele und Sinn ihres Lebens viel stärker mit Partnerschaft und Familie oder Machtpositionen verbinden.

Das völlige **Verschwinden der Sinnperspektive** aus der zuvor *ganz bewusst davon* motivierten Berufstätigkeit legt für Chemiss' Probanden jedoch folgende Deutung nahe: Die innere Verpflichtung darauf, das eigene Leben im Dasein für andere zu verwirklichen, war mehr oder weniger reif übernommen worden und löste sich nach und nach unmerklich, aber effektiv so auf, dass sie allmählich ganz aus dem Bewusstsein verschwand. Den Probanden selbst fiel dies nicht mehr auf, es erregte ihre Besorgnis nicht. Es kam nicht zu bewussten Neuerkundungen und Vertiefungen ihres *commitment*, sondern zu dessen Zerfall.

---

<sup>22</sup> Marcia legt Wert darauf, dass die hier aufgeführte *Reihenfolge* der Identitätszustände von übernommener hin zu erarbeiteter Identität allenfalls idealtypisch ist. Es kann immer wieder Vorwärts- wie Rückwärtsbewegungen zwischen diesen Identitätszuständen geben. Auch können in unterschiedlichen Bereichen unterschiedliche Identitätszustände vorliegen. Als identitätsrelevante Bereiche untersucht Marcia bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Berufswahl, religiöse Anschauungen, politische Anschauungen, sexuell-interpersonale Werte. Marcia wirkt am Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, V5A 1S6, Canada.

<sup>23</sup> Haußer (1995) Identitätspsychologie, Berlin et al.: Springer 1995, 82.

Dies entspricht dem Zustand diffuser Identität.<sup>24</sup>

[**Neuerkundungen** im eigenen Selbst-, Wert- und Daseinsverständnis implizieren ihrerseits, wie die *Flow*-Forschung herausstellt, „Transzendenz, ein Hinausgehen über das Bekannte, ein Ausdehnen des eigenen Selbst zu neuen Dimensionen der Fähigkeit und Kompetenz“ und wirken darin intrinsisch motivierend und belohnend.<sup>25</sup>]

Allgemeiner angelegte Motivationsforschungen bei Männern mit längerer Berufserfahrung haben gezeigt, „dass solche mit erarbeiteter Identität ihre berufliche Entwicklung stärker an intrinsischen Faktoren ausrichten, während solche mit übernommener Identität sich mehr extrinsisch orientieren.“<sup>26</sup> Im Kontext helfender Berufe bedeutet intrinsische Motivation jene, die am Wert des Daseins für andere *als solchem* ihre Kraft bekommt, extrinsische zieht ihre Kraft aus anderweitigen Gratifikationen und Nutzen für die Probanden wie Geld, Status, Erfolg.

#### **5.4 Der Einfluss unbewusster Psychodynamiken**

In der Tat ist von einer Vielfalt gleichzeitig vorhandener Motivationen, Werte, Bedürfnisse und Einstellungen in jedem Menschen auszugehen mit individuell unterschiedlichen Stärken und Ansprechbarkeiten. Dazu gehören in jedem Menschen insbesondere auch zwischenmenschliche Bedürfnisse nach Zuwendung und emotionaler Abhängigkeit, die Angst vor Kritik und Versagen, Aggressionen und Hassgefühle, Wünsche, sich darzustellen und nach sexueller Befriedigung, Unterlegenheitsgefühle, Ängste vor Trennung wie vor Nähe, Bedürfnisse nach Dominanz wie nach gegenseitiger Freundschaft und Hilfe u. v. A. m. Solche psycho-sozialen Bedürfnisse<sup>27</sup> werden bewusst oder unbewusst in unseren zwischenmenschlichen Begegnungen gleichzeitig angesprochen, befriedigt und frustriert – je nach Begegnung und individuellen Psychodynamiken. Dass hierbei vieles unbewusstermaßen geschieht und *mitbestimmt* wird, ist als eine anthropologische Gegebenheit zu betrachten.<sup>28</sup>

Die Psychoanalyse spricht darum treffend davon, dass menschliches Handeln mehrfach oder überdeterminiert ist. Es dient kompromisshaft der gleichzeitigen

---

<sup>24</sup> Geradezu exemplarisch illustriert dies die Beschreibung der Schwierigkeiten von Priestern im Schreiben der deutschen Bischöfe von 1992: Rückzug und Flucht, Unehrlichkeit und Oberflächlichkeit, Sprachlosigkeit und fehlendes Bemühen, neue Lösungen zu suchen – all das klingt nach Abwehr und Lähmung gegenüber den angetroffenen Herausforderungen – im Sinne von übernommener Identität und diffuser Identität mit freudlosem Fortführen äußerer Pflichten bei schleichendem Verlust des persönlichen Idealismus.

<sup>25</sup> Vgl. Csikszentmihalyi 1975, 56.

<sup>26</sup> Haußer 1995, 83.

<sup>27</sup> Sie werden nach Henry Murray (1938; vgl. Heckhausen 1989) als hypothetische Konstrukte in Motivations- und Persönlichkeitsforschung definiert und operationalisiert.

<sup>28</sup> Vgl. Baumann, Klaus (1996) *Das Unbewußte in der Freiheit. Ethische Handlungstheorie im interdisziplinären Gespräch*, Roma: Editrice Pontificia Università Gregoriana 1996.

Erfüllung, Befriedigung, Hemmung und Vermeidung verschiedener Aufgaben, Wünsche, Bedürfnisse und Ängste, die in der Person bewusst und unbewusst wirken (vgl. Waelder 1930). Die amerik. Psychoanalytikerinnen Seelig und Rosof (2001) wenden diese Sicht auf das Phänomen des Altruismus und implizit auf den Wert „für andere da sein“ oder „Hingabe“ an, indem sie mehrere Typen von Altruismus unterscheiden.

Auf der natürlichen Grundlage eines instinktähnlichen **Protoaltruismus** kann im Menschen bei genügend fördernder Umwelt **generativer Altruismus** heranreifen. Er zeichnet sich durch konfliktfreie Freude daran aus, dem Erfolg oder Wohlergehen eines anderen zu dienen. Generativer Altruismus kann sehr leicht in Widerspruch und Konflikt mit anderen Bedürfnissen und Wünschen geraten, bewusst und unbewusst. Sie sprechen dann von **konflikthaftem Altruismus**. Die häufig unbewusst gehaltenen Spannungen zwischen Familienleben und beruflichem Erfolgsstreben, zwischen Aggressivität und Schuldgefühlen, Freundschaft und Versagensangst, Selbstdarstellung und Hilfsbereitschaft u. ä. können diesen sog. **konflikthaften Altruismus** illustrieren. Darin kann die Person Freude, Erfolg und Befriedigung *des anderen* in gewissem Ausmaß durchaus als solche genießen und dankbar erleben. Konflikthafter Altruismus kann hohen adaptiven Wert haben.

Ins Feld der Psychopathologie gehören **Pseudoaltruismus** und **psychotischer Altruismus**. **Pseudoaltruismus** liegt eine insbesondere sadomasochistische Psychodynamik zugrunde. Er zeigt zwanghaftes Fürsorgeverhalten und Selbstaufopfern als pathologische Abwehranstrengungen gegen heftige unbewusste Aggressionen und Neid, verbunden mit einem starken Kontrollbedürfnis. Pseudoaltruisten erleben keine echte Freude an Erfolg, Fortschritt oder Freude des Nächsten[; sie wirken als freudlose, selbstverleugnende Märtyrer, mit unbewusst-sadistischer Freude an der Zurschaustellung von eigenem Leiden als Druckmittel auf andere].<sup>29</sup>

**Psychotischen Altruismus** zeigen Personen, deren Wahngelüste sie dazu treiben, sich auf manchmal bizarre Weise zu beschädigen für das vermeintliche Wohlergehen anderer.<sup>30</sup>

In helfenden Berufen können Pseudo- und (nur kurzfristig) auch psychotischer Altruismus durchaus vorkommen. Bei den meisten Helferinnen und Helfern dürfte jedoch konflikthafter Altruismus vorherrschen, in dem genuine Anteile generativen

---

<sup>29</sup> Zur Unterscheidung von Normalität und Pathologie bedarf es außer der Kenntnis psychiatrischer und psychoanalytischer Nosologien eine philosophisch reflektierte interdisziplinäre Anthropologie; vgl. Baumann 1996 (nach Rulla); dies auch gegen eine pauschale Pathologisierung bzw. Neurotisierung der Helferberufe im Sinne eines „Helfersyndroms“ (vgl. Schmidbauer 1992). Vgl. auch Schafer 1999.

<sup>30</sup> Vgl. Seelig, Beth J./ Rosof, Lisa S. (2001) Normal and pathological altruism, in: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49 (2001) 933-959, hier 934f, 946-948.

Altruismus enthalten sind. Diese Anteile stehen jedoch in psychodynamisch zentralen Spannungen und Konflikten mit anderen Motivationsanteilen insbesondere unbewusster Art und tragen unbewusst *mit* zu deren Befriedigung und Abwehr aus dem Bewusstsein bei. Die Gratifikation und Kraftquelle generativen Altruismus wird dadurch geschwächt, gehemmt, blockiert.

## 5.5 Regulationsprozesse der Identität

Diese psychoanalytisch geprägte Sicht ist nun leicht mit dem Modell der Regulationsprozesse von Identität im zwischenmenschlichen Geschehen zu kombinieren, das Whitbourne & Weinstock in ihrer Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters vorstellten.<sup>31</sup>

Sie versuchen – im Gefolge der Theorien von William James, George Herbert Mead und Jean Piaget – die ständige Wechselwirkung zwischen der wahrgenommenen Innenperspektive der Person („Wie sehe ich mich?“) und der erlebten Außenperspektive („Wie sehen mich die anderen?“) systematisch zu erfassen. Wie reguliert oder entwickelt sich die Identität eines Menschen, wenn er neue Erfahrungen der Realität in Begegnungen mit anderen macht? Sie sprechen – nach Piagets Prägung der Begriffe – von **Identitätsassimilation**, wenn der Mensch Erfahrungen seiner bestehenden Identität entsprechend deutet und damit seine Identität **stabilisiert**. **Identitätsakkommodation** liegt vor, wenn neue Erfahrungen so verarbeitet werden, dass sie eine **Identitätsveränderung** bewirken. Da die persönliche Identität jedes Menschen von unterschiedlichen Persönlichkeitsfaktoren abhängt, kommen in jedem Menschen kontinuierlich beide Prozesse vor – bezogen auf unterschiedliche Aspekte der Identität. Wie Erfahrungen bewusst und unbewusst verarbeitet werden und damit, wie die Identität sich reguliert und entwickelt, hängt von den bewussten wie unbewussten Einstellungen der Person ab.

Eine Pflegekraft, die unbewusst sehr stark nach Bestätigungen von den Patienten sucht, fühlt sich meist niedergeschlagen und frustriert nach einem Arbeitstag mit Pflegebedürftigen, die nicht bei klarem Bewusstsein sind.

Die Identitätsregulation hängt auch davon ab, wer die für die Person emotional besonders wichtigen anderen sind, so dass sie ihr Selbstwertgefühl wie ihre inneren Verpflichtungen von diesen mehr oder weniger abhängig macht und dementsprechend ihre Identität verändert oder stabilisiert.

Ein Krankenpfleger sucht und gewinnt unbewusstermaßen die Bewunderung der älteren Patientinnen seines Bereiches; als er aus finanziellen und familiären Gründen von ambulanter Pflege auf eine innere Männerstation wechselt, gerät er

<sup>31</sup> Vgl. Whitbourne, S.K. & Weinstock, C.S. (1986) *Adult Development*, New York: Praeger <sup>2</sup>1986; vgl. Haußer 1995, 63f.

allmählich in eine berufliche Krise, obwohl die Rahmenbedingungen deutlich besser geworden waren; sie ist verbunden mit latentem Widerwillen und Rückzug vor den Patienten; er sucht inzwischen nach Alternativen im patientenferneren Pflegemanagement.

Cherniss stellte fest, dass die soziale Umwelt in den USA mit ihren Selbstverwirklichungsvorstellungen dem Ideal des Daseins für andere nicht förderlich ist. Er fordert Gemeinschaften und Gruppen mit gemeinsamen, starken moral beliefs.<sup>32</sup> Die Studien von Rulla et al. (auch Grosch/Olsen 2000) belegen ebenfalls den relativen Einfluss der sozialen Umwelt. Gerade diese Feldstudie zeigt besonders deutlich, wie entscheidend der Modus der individuellen Aneignung der Wertbindung ist, auf den Nunner-Winkler hingewiesen hatte. In 60-80 % aller untersuchten Helfer ist nach Rulla eine intrinsische Motivation, für andere da zu sein, vermischt mit starken unbewussten Motivationen, die nicht so recht dazu passen. Dies korreliert mit der Sicht von konflikthaftem Altruismus nach Seelig und Rosof (2001).

Da die Abwehrfunktionen unbewusst sind, wirken sie zwar stark, sind aber dem Zugriff der bewussten, freien Gestaltung entzogen und bewirken neben emotionaler Entfremdung, Ablehnung der Hilfsbedürftigen und Frustration zunehmenden Abbau der bewussten Wertbindung. Schließlich kann die Wertbindung auch aufgegeben und aggressiv abgelehnt werden. Die Folgen sind das Suchen und Schaffen von Nischen des Rückzugs („innere Emigration“) und Berufswechsel. Die unbewussten Inkonsistenzen sind psychodynamische Persönlichkeitsfaktoren<sup>33</sup>. Sie mindern oder schränken den generativen Altruismus ein, ebenso die effektive Freiheit, die eigene Identität durch Neuerkundungen hindurch konsistent und kohärent mit den Wertbindungen sowohl zu verändern als auch zu stabilisieren. Sie verringern zunehmend die Freiheit und Lebendigkeit, sich selbst in Arbeit und Beziehungen um dieser Werte willen zu transzendieren – und das heißt konkret: um für andere sinnvoll da zu sein, sich hinzugeben und Freude an deren Erfolg oder Wohlergehen zu empfinden.

## **6. Kraftquellen – im „Zeitalter der Beschleunigung“**

Menschen, die Burnout erleben, kommen in aller Regel in eine schwere Identitätskrise. Sie fragen sich, was das alles soll, wer sie überhaupt sind, wozu sie taugen, was sie wert sind, ob ihr Leben so weitergehen soll – in diesem Beruf, an dieser Stelle, mit der Perspektive, wieder in die alte Tretmühle zurückzukehren. Sie fragen sich auch, was sie ändern können. Berufswechsel? Anders arbeiten?

---

<sup>32</sup> Vgl. Cherniss 1995, 181-189.

<sup>33</sup> Die entscheidende Rolle von Persönlichkeitsfaktoren stellen – auch für Burnout – auf unterschiedliche Weise heraus: Enzmann 1996; Fengler 1998; Friedman 2000; Grosch & Olsen 2000; Rulla et al. 1989; Schaufeli et al. 1993; Schmidbauer 1983.



Arbeitsumstände? Letzteres ist häufig nicht einfach – Systeme haben hohe Beharrungsvermögen und brauchen oft mehr als den Veränderungswunsch einzelner.

Wenn mein **erster** Impuls auf das Ethos der einzelnen Person im helfenden Beruf zielt, dann legt sich mir nahe zu fragen, was sie früher motivierte und was sie heute motiviert zu solcher Arbeit – und was diese noch miteinander zu tun haben. Wohl die meisten Burnout-Forscher sind sich einig, dass dort, wo einmal etwas „brannte“ oder gar wieder zum Brennen gebracht werden kann, der Ausweg aus dem Burnout eher gelingt und dieses Brennen ein protektiver Faktor sein kann (vgl. Glaser & Herbig 2012; Tominschek & Zäuner 2012; Zaudig et al. 2012). Erfahrungen der Sinnhaftigkeit im helfenden Beruf mit Empathie kann in sich selbst belohnend sein, weil darin eine zwischenmenschliche Resonanz anklingen kann, die manche so beschreiben: „Ich bekomme mehr zurück, als ich gebe.“ Das kann Gefühle der Dankbarkeit stärken, die ihrerseits der Seele gut tun.

Mein **zweiter** Impuls zielt auf das Ethos des Zeitalters der Beschleunigung, das mit seiner permanenten Steigerungslogik und Gewinnabsicht für die *shareholder* das Feld der sozialen Hilfe der Logik der Ökonomie unterwirft<sup>34</sup> statt der Logik des sozialen Miteinanders. Soziales Miteinander ist nicht Sache instrumenteller und kausaler Beziehungen, sondern – schon von Kants kategorischem Imperativ her, noch ohne jesuanische Weisungen heranzuziehen – eine Sache der Selbstzwecklichkeit jedes Menschen und der Kommunikation. Wir brauchen gesellschaftliche Gegenlager zum Zeitalter der Beschleunigung, um Weltbeziehungen mit Resonanzenerfahrungen zu ermöglichen. G. Maio (2010, 19) forderte an dieser Stelle vor zwei Jahren, Medizin müsse wieder eine Beziehungsmedizin werden, eine sprechende Medizin, „eine Medizin des authentischen Mitfühlens, die nicht nur über Apparate spricht, sondern die nicht zuletzt auch den Sinnfragen einen Raum gibt.“ Er versteht Medizin als soziale Praxis. Wie kann sie das mehr werden, wieder werden? Wie sieht das politische Lobbying der Ärzteverbände diesbezüglich aus – und wie die Ärzteausbildung, das Medizinstudium?

Mein **dritter** Impuls ist darum ein sozialetischer, also der Frage nach der Gerechtigkeit im Miteinander von Menschen – er richtet sich an die Frage der Gerechtigkeit der Arbeitsorganisation und Feedback-Kultur. Das impliziert schon das Modell der Gratifikationskrisen. Tominschek und Zäuner darf ich hier im Blick auf das mittlere Management – also meist Einrichtungsleitungen – etwas ausführlicher zitieren:

„Häufig ist es die fehlende soziale Kompetenz der Führungskraft, die an der Entstehung eines Burnouts beteiligt ist. Kränkungen der Mitarbeiter durch einen

---

<sup>34</sup> Vgl. mein Beitrag in der „Tagespost“ am 29.09.2012: Beiträge als Dividende.

rüden Umgangston, unzureichende Unterstützung bei der Einarbeitung, fehlende Gratifikation von Leistung, Setzen von nicht erreichbaren Zielen und fehlende Einbindung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse sind nur einige Beispiele für inadäquates Führungsverhalten. Damit die Führungskraft dem einzelnen Mitarbeiter gerecht wird, muss sie zu einem Perspektivenwechsel in der Lage und bereit sein. Nur so kann sie den fließenden Übergang zwischen Anforderung und Überforderung rechtzeitig erkennen und durch geeignete Maßnahmen eine Überforderung verhindern. Gerade in der modernen Arbeitswelt, die gekennzeichnet ist von Verdichtung von Arbeitsabläufen, Abbau von Personal, schnellem Wechsel von Vorgesetzten, hohen Anforderungen an die Flexibilität der Mitarbeiter und befristete Arbeitsverhältnisse suchen Mitarbeiter Rückhalt und Orientierung bei ihren Vorgesetzten.“ (Tominschek & Zäuner 2012, 144; vgl. Schaarschmidt 2012, 122f. mit 3 Punkten: Transparenz und Mitwirkungsmöglichkeiten; Klima sozialer Unterstützung; Arbeit mit Phasen von Anspannung und Erholung in Balance). Wir könnten auch sagen: Auch hier in den Mitarbeiterbeziehungen braucht es Resonanz.

Damit komme ich zum **vierten** Impuls, der individuellethisch auf jede Einzelperson in ihrer unververtretbaren Verantwortung zielt. Diese Verantwortung beginnt mit der nötigen **Selbstsorge** oder gesunden Selbstliebe. Sie ist ein protektiver Faktor; uns interessiert, was den helfenden Beruf gelingen lässt, sei dies im professionellen Tun selbst, sei dies im Gefühl der persönlichen Erfüllung. Wir sprechen von Salutogenese: Was macht und erhält den Menschen gesund?

- Nach Antonovsky ist dafür besonders entscheidend das **Kohärenzgefühl** aus den Faktoren „Gefühl der Verstehbarkeit“, „Gefühl der Machbarkeit“ und „Gefühl der Sinnhaftigkeit“.
- Das „Hardiness“-Konzept definiert drei protektive Persönlichkeitseigenschaften: a) Engagement und Selbstverpflichtung („commitment“) incl. Neugier auf das Leben, b) Kontrolle (den Lauf der Dinge selbst bestimmen zu können), c) Herausforderung („challenge“, Veränderungen als Chance, nicht Bedrohung).
- Die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, nach Bandura; vgl. Schwarzer & Jerusalem) meint die Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten oder eine Problemlösung selbst mit Erfolg ausführen zu können; selbst etwas zu bewirken und auch in schwierigen Situationen selbständig handeln zu können: => hohe SWE.

Wie können diese salutogenetischen Elemente gefördert werden? Zum einen durch Momente des Abstand-Nehmens und Reflektierens wie auch Erinnerns, etwa wie im ersten Impuls; hoch im Kurs stehen Achtsamkeitsübungen (Mind-

fullness-Based Stress Reduction, MBSR) und andere spirituelle Übungen für Leib und Seele; solche sind oder können wie selbstverständlich auch Teil einer lebendigen christlichen Spiritualität sein, die von Erfahrungen der Resonanz im Gegenüber zu Gott und den Nächsten genährt wird. Denken Sie nur an das Gebet mit dem Atem, das schon Ignatius von Loyola im 16. Jh. aus der christlichen Tradition in sein Exerzitienbuch übernahm.<sup>35</sup>

Solche spirituelle Sorge für uns selbst sind wir uns selbst schuldig, unserer Selbstachtung, in helfenden Berufen jeder Art aber auch deshalb, weil zur Professionalität nicht nur Wissen und Können gehören, sondern auch die **Haltung** – und sie ist entscheidend. Darin kommt die andere Person unweigerlich mit mir in Kontakt und mit dem, wie ich bin und was mir wichtig ist (vgl. Berufen zur Caritas, Kap. 5). Patienten haben ganz feine Antennen dafür, was für ein Mensch der Arzt/die Ärztin ist.

Lebendige Spiritualität wird genährt aus den Aspekten für die „Resilienz“ (s. o. 3.) und nährt sie ihrerseits; sie hilft der Selbstklärung und wirkt sich reflexiv auf das Erleben von Gratifikationskrisen bzw. -erwartungen aus (Gratifikation nicht versteckt von Patienten zu erwarten). In der Terminologie Hartmut Rosas dient und schafft Spiritualität Resonanzerfahrungen in der Begegnung mit der objektiven, sozialen und subjektiven Welt – in der Natur, Kunst und Religion, mit Gott, mit Mitmenschen und mit sich selbst. Entgegen einem Trend zum Machen und Beschleunigen zielt sie auf bewusste Erfahrungen, wofür ich gerne wieder auf Ignatius von Loyola hinweise: Nicht das Vielmachen zähle, sondern das Verkosten der Dinge von innen her (vgl. EB 2). Es wächst mit der Resonanz auch der innere Resonanzraum – Atem und Freiheit für die Seele ebenso wie für neue und empathisch empfundene Resonanz des Mitmenschen darin. In diesem Sinne lese ich auch in Benedikts XVI. Antrittszyklika: „Nur meine Bereitschaft, auf den Nächsten zuzugehen, ihm Liebe zu erweisen, macht mich auch fühlbar Gott gegenüber. Nur der Dienst am Nächsten öffnet mir die Augen dafür, was Gott für mich tut und wie er mich liebt.“ (Deus caritas est, N. 18)

Vermutlich wird diese spirituelle innere Freiheit Auswirkungen auf die berufliche wie gesellschaftliche (Un-)Kultur der Beschleunigung haben; es ist eine unspektakuläre, wenn auch nur ganz bewusst vornehmbare Entschleunigung, die als Gegenlager zur Ökonomisierung aller Lebensbereiche, insbesondere der Bezie-

---

<sup>35</sup> Vgl. Exerzitienbuch N. 249-260. Das Gebet mit dem Atem ist ganz einfach: Nehmen Sie sich vor zu beten, in der Haltung, die Sie bevorzugen, an einem Ort oder im ruhigen Gehen, und sich auf Gott auszurichten. Beginnen Sie dann das Gebet, das Sie beten wollen, mit einem Wort für jeden Atemzug und achten Sie auf den Sinn des jeweiligen Wortes. Atem und Gebet werden eins – das Gebet ist der Atem für unsere Seele. Dafür eignen sich alle Grundgebete, aber auch Psalmen oder andere biblische oder ihnen liebe Gebetstexte. Im genannten Abschnitt findet sich als weitere Gebetsweise mit dem sukzessiven Bedenken jedes Wortes.

hungswelt wirkt. Burnout selbst ist seinerseits eine aufgezwungene, sehr schmerzliche Entschleunigung mit der Verheißung, bei guter (Psycho-)Therapie und spiritueller Neuausrichtung sich selbst wieder mehr zu finden.

Damit ist Anti-Burnout-Arbeit bzw. Prävention der humanen Lebensqualität verpflichtet und dient gerade nicht noch einmal (versteckt) der Effizienzsteigerung, um aus „low performers“ wieder „high performers“ im Sinne der Ertragslogik zu machen. Sie zielt im helfenden Beruf darauf, den Menschen, die Hilfe brauchen, möglichst gerecht zu werden, wie auch sich selbst – und damit der unverletzlichen persönlichen Berufung zur Caritas, zur Hingabe im Sinn Jesu in diesem anspruchsvollen Arbeitsfeld. Darin können unsere inneren Quellen zur Hingabe versiegen – wir können aber auch das Unsere tun, um sie weiter sprudeln zu lassen. Bei und in allen unvermeidlichen Frustrationen, manchmal mit dem Gefühl ausgenutzt, verbraucht oder gar ausgebeutet zu werden, ist solcher Hingabe persönliche Erfüllung verheißen. Denn sie hat Anteil an der Erfahrung dessen, was Gott denen verheißen hat, die ihn lieben (vgl. 1 Kor 2,9; vgl. Baumann 2002) – angefangen im Nächsten wie sich selbst.

## Bibliographie:

- Baumann, Klaus (1996) *Das Unbewußte in der Freiheit. Ethische Handlungstheorie im interdisziplinären Gespräch*, Roma: Editrice Pontificia Università Gregoriana 1996.
- Baumann, Klaus (2002) Zum Glück gibt es Gott, in: *Theologie und Glaube* 92 (2002) 1-13.
- Baumann, Klaus (2003) Persönliche Erfüllung im Dienen?, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 29-42.
- Büssing, Arndt et. al (2013) Spiritual needs among patients with chronic pain diseases (eingereicht).
- Cherniss, Cary (1995) *Beyond Burnout. Helping Teachers, Nurses, Therapists, and Lawyers Recover from Stress and Disillusionment*, New York/ London: Routledge 1995.
- Csikszentmihalyi, Mihalyi (1975) *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen*, Stuttgart: Klett-Cotta <sup>3</sup>1991.
- Egle, Ulrich T./ Zentgraf, Burkhard (2012) Persönlichkeitsstörungen und Burnout als Langzeitfolgen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 106-114. (mit Tab. 1 S. 107: Empirisch gesicherte Risikofaktoren mit potenziellen Langzeitfolgen für die Stressvulnerabilität [Egle 1997; 2002]; Tab. 2 S. 108: Empirisch gesicherte kompensatorische Schutzfaktoren für die spätere Stressvulnerabilität [Egle 1997; 2002])
- Enzmann, Dirk (1996) *Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß* (Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Forschungsberichte; Bd. 3), München/ Wien: Profil 1996.
- Erikson, Erik H. (1959) *Identität und Lebenszyklus*, Frankfurt: Suhrkamp <sup>16</sup>1997
- Fengler, Jörg (1998) *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (Reihe leben lernen; Nr. 77) München: Pfeiffer <sup>5</sup>1998.
- Friedman, Isaac A. (2000) Burnout in Teachers: Shattered Dreams of Impeccable Professional Performance, in: *Journal of Clinical Psychology/ In Session* 56 (2000) 595-606.
- Glaser, Jürgen/ Herbig, Britta (2012) Burnout – Folge schlechter Arbeit oder anfälliger Personen?, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 134-142.
- Grosch, William N./ Olsen, David C. (2000) Clergy Burnout: An Integrative Approach, in: *Journal of Clinical Psychology/ In Session* 56 (2000) 619-632.
- Gündel, Harald/ Dammann, Gerhard (2012) Mögliche Zusammenhänge von arbeitsbezogenen psychischen Erkrankungen (Burnout) und Störungen der Persönlichkeit, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 125-133.

- Hackmann, Tobias (2012) Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, in: *Sozialer Fortschritt* 61 (2012) 47-49.
- Hackmann, Tobias/ Müller, Daniela (2012) Berufsausstieg in der Pflege – Herausforderungen an die betriebliche Praxis. Eine empirisch-analytische Untersuchung am Beispiel der Pflegeeinrichtungen im Landkreis Reutlingen, in: *Sozialer Fortschritt* 61 (2012) 227-236.
- Haußer, Karl (1995) *Identitätspsychologie*, Berlin et al.: Springer 1995.
- Heckhausen, Heinz (1989) *Motivation und Handeln*, Berlin et al.: Springer 1989.
- Kaschka, Wolfgang P./ Korczak, Dieter/ Broich, Karl (2011) Modediagnose Burn-out, in: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011) H. 46, 781-788.
- Leiter, Michael P./ Maslach, Christina (2009) Nurse turnover: the mediating role of burnout, in: *Journal of Nursing Management* 17 (2009) 331-339.
- Maio, Giovanni (2010) Der gute Arzt im Zeitalter der Ökonomie – Plädoyer für eine neue Kultur der Sorge in der Medizin. *Dokumentation des Ärztetages im Erzbistum Paderborn*, 7-20.
- Maio, Giovanni (2012) *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Schattauer.
- Marcia, James E. (1988) Common processes underlying ego identity, cognitive/ moral development, and individuation, in: Lapsley, Daniel K./ Power, F. Clark (Ed.s) *Self, Ego, and Identity. Integrative Approaches*, New York: Springer 1988, 211-225.
- Marcia, James E. et al. (Ed.s) (1993) *Ego Identity. A Handbook for Psychosocial Research*, New York: Springer 1993.
- Nunner-Winkler, Gertrud (2000) Identität aus soziologischer Sicht, in: Greve, Werner (Hg.) *Psychologie des Selbst*, Weinheim: Psychologie Verlags Union 2000, 302-316.
- Pompey, Heinrich (Hg.) (1997) *Caritas – Das menschliche Gesicht des Glaubens. Ökumenische und internationale Anstöße einer Diakonietheologie* (Studien zur Theologie und Praxis der Caritas und Sozialen Pastoral 10), Würzburg: Echter 1997.
- Potter, Patricia/ Deshields, Teresa/ Divanbeigi, Joyce/ Berger, Julie/ Cipriano, Doreen/ Norris, Lori/ Olsen, Sarah (2010) Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses, in: *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (2010) E56-E62 (DOI: 10.1188/10.CJON.E56-E62).
- Rulla, Luigi M./ Ridick, Joyce/ Imoda, Franco (1976) *Entering and Leaving Vocation: Intrapyschic Dynamics*, Chicago: Loyola University Press 1976.
- Rulla, Luigi M./ Ridick, Joyce/ Imoda, Franco (1989) *Anthropology of the Christian Vocation. II. Existential Confirmation*, Rome: Gregorian University Press 1989.
- Sawatzky, Jo-Ann V./ Enns, Carol L. (2012) Exploring the key predictors of retention in emergency nurses, in: *Journal of Nursing Management* 20 (2012) 696-707.

- Schaarschmidt, Uwe (2012) Burnout als Muster arbeitsbezogenen Arbeitens und Erlebens, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 116-124.
- Schafer, Roy (1999) Disappointment and Disappointedness, in: *International Journal of Psychoanalysis* 80 (1999) 1093-1104.
- Schaufeli, Wilmar B./ Maslach, Christina/ Marek, Tadeusz (Ed.s) (1993) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, New York: Taylor & Francis 1993.
- Schmidbauer, Wolfgang (1983) *Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe*, Reinbek: Rowohlt 1983.
- Schmidbauer, Wolfgang (1992) *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (Überarb. u. erw. Neuausgabe), Reinbek: Rowohlt 1992.
- Schulz von Thun, Friedemann (2001) Wenn Dialogfähigkeit zur Überlebensfrage wird. Gespräch mit Prof. Dr. Friedemann Schulz von Thun, geführt von Christa Schaffmann, in: *Report Psychologie* 26 (2001) 601-603.
- Seelig, Beth J./ Rosof Lisa S. (2001) Normal and Pathological Altruism, in: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49/3 (2001) 933-959.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.) (1992) *Schreiben der deutschen Bischöfe über den priesterlichen Dienst* (Die deutschen Bischöfe 49, 24.09.1992), Bonn 1992.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.) (2009) *Berufen zur caritas* (Die deutschen Bischöfe 91, 05.12.2009), Bonn 2009.
- Steinfath, Holmer (Hg.) *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*, Frankfurt/M.: Suhrkamp 1998.
- Straub, Jürgen (2000) Identität als psychologisches Deutungskonzept, in: Greve, Werner (Hg.) *Psychologie des Selbst*, Weinheim: Psychologie Verlags Union 2000, 279-301.
- Tominschek, Igor/ Zäuner, Alexandra (2012) Intrapsychische, interpersonelle und organisationale Besonderheiten bei der Behandlung von Burnout-Patienten, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 143-149.
- Waelder, Robert (1930) Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Bemerkungen zur Überdeterminierung, in: Ders. (1980) *Ansichten der Psychoanalyse. Eine Bestandsaufnahme*, Stuttgart: Klett-Cotta 1980, 57-76.
- Whitbourne, Susan K. & Weinstock, Comilda S. (1986) *Adult Development*, New York: Praeger 1986.
- Zaudig, Michael/ Berberich, Götz (2012) Editorial, in: *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 16 (2012) 73-74 (S. 73 mit Abb. Modell der Entwicklung eines Burnout-Prozesses).

## **Die Referenten:**

### **Erzbischof Hans-Josef Becker**

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn. Erzbischof Becker ist Vorsitzender der Kommission VII (Erziehung und Schule) der Deutschen Bischofskonferenz sowie Mitglied der „Gemeinsamen Konferenz“ von Deutscher Bischofskonferenz und Zentralkomitee der deutschen Katholiken.

### **Matthias Burisch, Prof. Dr. phil.**

geboren 1944, Studium der Psychologie in Hamburg, 1971 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Arbeitsbereich „Psychologische Methodenlehre und Angewandte Psychologie“ an der Universität Hamburg. Promotion 1976 und Habilitation 1989, bis 2009 Hochschullehrer für Methodenlehre am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. 1981-1992 und 2006-2008 Leitung des Praxisschwerpunktes „Organisations- und Personalentwicklung“. Seit 2005 Kuratoriumsmitglied der internationalen Dialog-Plattform *Swiss-Burnout*; 2008 Gründung des Burnout-Institutes Norddeutschland (BIND). International als Berater, Trainer und Coach für Psychologen und Führungskräfte tätig.

### **Klaus Baumann, Prof. Dr. theol., Lic. psych. (BDP)**

geboren 1963 in Oberkirch, 1983 bis 1988 Studium der Kath. Theologie in Freiburg und Rom; Priesterweihe 1989. Studium der Psychologie an der Päpstlichen Universität Gregoriana und Psychotherapie-Ausbildung 1989 bis 1993. Promotion 1986 in Kath. Theologie. 1986 bis 2002 Pfarrseelsorger und psychotherapeutische Praxis; 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. 2002 bis 2004 Professor für Angewandte Humanwissenschaften an der Theologischen Fakultät Paderborn. Seit 2004 Professor für Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit am Institut für Praktische Theologie der Universität Freiburg und seit 2010 Dekan der Theologischen Fakultät. Geistlicher Assistent der Katholischen Ärztarbeit Deutschlands.



***Bisher erschienen:***

- 1985        **Freiheit und Lebensengagement**  
Beiträge von:     Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main  
                         Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986        **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**  
Beiträge von:     Prof. Dr. Dr. H. Schipperges, Heidelberg  
                         Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987        **Heil und Heilung in der Medizin**  
Beiträge von:     Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg  
                         Prof. Dr. Dr. E. Biser, München
- 1988        **Sucht – ein Alarmsignal**  
Beiträge von:     Dr. med. F. Böcker, Erlangen  
                         Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989        **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**  
Beiträge von:     Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen  
                         Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990        **Wahrheit am Krankenbett**  
Beiträge von:     Prof. Dr. J. van de Loo, Münster  
                         Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991        **Medizinische Altersversorgung**  
Beiträge von:     PD Dr. A. Kruse, Heidelberg  
                         Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992        **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**  
Beiträge von:     Prof. Dr. Dr. A Görres, München  
                         Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993        **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**  
Beiträge von:     Dr. med. T. Kruse, Marburg  
                         Dr. med. G. Markus, Paderborn  
                         Prof. Dr. F. Furger, Münster  
                         Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994        **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**  
Beiträge von:     Prof. Dr. I. Oepen, Marburg  
                         P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995        **Angst als Grund von Krankheit**  
Beiträge von:     Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster  
                         Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen  
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz  
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**  
 Beiträge von: Günter Haaf  
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München  
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**  
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt  
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**  
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn  
 Bernward Büchner, Freiburg  
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel  
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen – als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**  
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt  
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen  
 Christa Nickels MdB, Berlin  
 Prof. Dr. Ulrich Lüke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**  
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster  
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**  
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker  
 Prof. Dr. Eggert Beileites, Jena  
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg  
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004      **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund  
                             Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg  
                             Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005      **Wie alt werden in unserer Gesellschaft – Lebensqualität nur durch Medizin?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Dr. Michael Pries, Hamburg  
                             Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda  
                             Prof. Dr. Dr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006      **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn  
                             Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007      **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln  
                             Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008      **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn  
                             Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009      **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal  
                             Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010      **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**  
 Beiträge von:      Erzbischof Hans-Josef Becker  
                             Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg  
                             Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg
- 2011      **Knappe Ressourcen in der Medizin – ethisches Dilemma oder gerechte Verteilung?**  
 Beiträge von:      Weibischof Hubert Berenbrinker  
                             Prof. Dr. Dr. Jens Atzpodien, Münster / Osnabrück  
                             Prof. Dr. Manfred Spieker, Osnabrück

