Beruflicher Stress – Was dahinter steckt, wenn er krank macht

Wolfgang Hagemann und Katja Geuenich

Ziel: Die vorliegende Studie untersucht Unterschiede im Beschwerdenprofil bei beruflicher Belastung und vergleicht dabei verschiedene Risikogruppen.

Kollektiv und Methoden: Die Datenerhebung umfasst ein Kollektiv von n = 300 bzw. 398 Probanden/Patienten. Erhoben wurden die Daten mit Hilfe der Forschungsinstrumente „Burnout-Screening-Set-Inventar I und II (BOSS I + II)".

Ergebnisse: Es lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen feststellen. Der hohe Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und gesundheitlichen Einschränkungen wird belegt.

Schlagwörter: Berufliche Belastungen, Burnout, Stress, Beschwerdenprofil

1. Problemdarstellung und Ausgangssituation

Angesichts der zunehmenden beruflichen Belastungen – bedingt durch eine Zunahme des Arbeitstempos, der Arbeitsdichte, der Arbeitsanforderungen und Abnahme der Arbeitsplatzsicherheit – mag es nicht verwundern, dass die Gesundheit der Gesellschaft leidet. Dies gilt insbesondere für die stressassoziierten Erkrankungen im psychosomatischen und psychischen Bereich. Und dies gilt insbesondere für soziale Berufe (wie Lehrer, Arzt, Krankenpfleger etc.), was in zahlreichen Studien belegt wurde (z. B. Hagemann, 2003; Nienhaus et al., 2007 und 2008; Bergner, 2006).

Zahlen zu Krankentagen und Krankenhausstatistiken sind vor dem Hintergrund der Angst der Arbeitnehmer vor einem Verlust des Arbeitsplatzes, der sich ständig verbessernden Behandlungsmethoden bei körperlichen Erkrankungen, den knappen Budgets der Krankenhäuser (welche mit einer Abnahme der Behandlungstage einhergehen) ein allenfalls mäßiges Kriterium, um die Gesundheit der Gesellschaft valide zu erfassen. Zudem kommt die nach wie vor bedeutsame Tabuisierung psychischer Probleme/Erkrankungen hinzu, welche die entsprechenden Kriteriums- bzw. Zahlenwerte „verzerren". Aber selbst dieses „schwache" Kriterium zeigt, dass psychische Erkrankungen zunehmen. Dies gilt für die Zunahme an Krankheitstagen, welche auf psychische Störungen zurückgehen, genauso wie an den steigenden Behandlungskosten (Pressemitteilung des BKK-Bundesverbandes, 2008).

2. Stress und dessen Einfluss auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit

Das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit sind Ergebnis der Mixtur von äußeren und inneren Ressourcen sowie äußeren und inneren Anforderungen. Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit sind auf Dauer nur dann erleb- und erbringbar, wenn ein Mindestmaß an Gesundheit und Wohlbefinden vorliegt. Im Hinblick auf den Stressor „Arbeit" lohnt sich daher ein genauerer Blick: Welche berufsbedingten Belastungen liegen in der „Normalbevölkerung" am häufigsten vor, welche kennzeichnen die überdurchschnittlich hoch belasteten Personen. In welchen Kriterien unterscheiden sich Patienten von Nicht-Patienten, bei denen die Ressourcen die Anforderungen (noch?) überwiegen? Eine Studie mit n = 300 Probanden und n = 398 Patienten beantwortet diese Fragen. Ein klinisches Fallbeispiel soll vorab die hohe Belastung und deren Zusammenhänge mit den Lebensumständen und Erfahrungen der betroffenen Person verdeutlichen.

Fallbeispiel

Bei Herrn N. handelt es sich um einen 38-jährigen Patienten, der vor dem Hintergrund einer beruflichen Belastungssituation und Partnerschaftskrise mit den Diagnosen Depressive Episode und Burnout eine klinisch-stationäre psychotherapeutisch-medizinische Behandlung aufnahm. Herr N. berichtete über in den letzten Monaten zunehmende Verzweiflung, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit. Er leide unter schweren Schlafstörungen, habe Kopfschmerzen und sei häufiger als früher an banalen Infekten erkrankt. Seine Partnerschaft sei konfliktbeladen, er und seine Ehefrau liefen Gefahr, sich voneinander zu entfernen, zu entfremden. Für Gemeinsamkeiten und gegenseitige Anteilnahme sei kaum noch Raum. Im Beruf merke er, dass er sich nur noch schlecht konzentrieren könne, seine Entscheidungen seien unsicher geworden, er habe seine Souveränität verloren. Sein Selbstvertrauen sei „weg", er habe Angst vor der Zukunft und sei viel misstrauischer, intoleranter und reizbarer geworden, worunter er selbst leide und sich daher „schon von anderen zurückziehe", weil ihm „einfach alles zu viel geworden" sei. Er vermisse Unterstützung „auf allen Ebenen", kenne das schon aus seiner Kindheit, wo er bedingt durch ständige Wohnortwechsel „immer wieder habe von vorne anfangen müssen" und sich „alleine durchschlagen" musste. Er habe als Scheidungskind nie das Gefühl gehabt, „für jemanden wirklich wichtig" zu sein. Er habe versucht, von anderen unabhängig zu sein, habe sich selbst hohe Ziele gesetzt und immer danach gestrebt, „alle im Griff und unter Kontrolle zu haben". Dabei sei er zu weit gegangen, habe seine „eigenen Grenzen nicht akzeptieren wollen, können und dann aber müssen.". Das klinische Setting und die Gemeinschaft mit den Therapeuten und Mitpatienten täten ihm sehr gut. Im Verlauf der Behandlung (multimodaler Behandlungsansatz mit tiefenpsychologisch-systemischem Schwerpunkt und ergänzenden kreativtherapeutischen Ansätzen) habe er ein besseres Verständnis über seine aktuelle Situation gewinnen können. Dabei sei es wichtig gewesen, „in seine Biographie und Lebensgeschichte einzusteigen". Er habe so vieles besser verstehen können. Allmählich sei es ihm gelungen, wieder an Selbstwirksamkeit zu gewinnen, stabiler zu werden und auch die Partnerschaftskonflikte konstruktiv anzugehen. Er wisse nun, dass er sich „früher abgrenzen müsse, deswegen aber noch lange kein Versager sei.". Er habe nie gedacht, dass „es so wichtig sei, achtsam zu sein und Gefühle nicht nur zu beobachten, sondern auch als Leitfaden für das eigene Handeln zu nutzen". Diesen „neuen Zug" wolle er auch nach seiner Therapie beibehalten.

In Abbildung 1 sind die Symptome (erfasst per Fragebogenverfahren, siehe unten) von Herrn N. zu Beginn der Behandlung im Vergleich zu einem (Zufalls-)Probanden aus einer Normstichprobe von n = 300 Probanden dargestellt. Im rechten Teil der Abbildung (Multiplikatoren) wird deutlich, um wie viel höher die Beschwerden von Herrn N. im Vergleich zum Beschwerdenprofil (ungerechnet als Einheitsfaktor „1") des Probanden aus der Normstichprobe sind. Im linken Teil der Abbildung sind die Rohwerte der beiden Probanden nebeneinander gestellt.

3. Empirische Studien

3.1. Studie 1

3.1.1. Kollektiv und Methode

Die Datenerhebung fand im Rahmen zweier wissenschaftlicher Arbeiten im Fach Psychologie in Kooperation mit der Psychologischen Fakultät der Universität zu Köln statt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig (die Rücklaufquote lag bei ca. 65%). Die Stichprobe umfasst 300 Probanden/-innen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Das durchschnittliche Alter lag bei 42 Jahren. Von den Probanden/-innen waren knapp 11% arbeitslos, 74% standen im Erwerbsleben und die verbleibenden 15% waren Studenten bzw. Auszubildende.

18% der Probanden/-innen waren Single, ca. 81% lebten in einer Partnerschaft. Die Probanden stellen einen repräsentativen Durchschnitt (hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnort) der deutschen Bevölkerung dar. Verwendet wurden zwei Fragebögen. Der erste Fragebogen, Burnout-Screenings-Set-Inventar I (BOSS I), erfasst Belastungen in den Lebensbereichen Beruf, Selbst/Eigene Person, Familie/Partnerschaft und Freunde. Der zweite Fragebogen, Burnout-Screenings-Set-Inventar II (BOSS II), erfasst Beschwerden und Symptome auf den Ebenen Körper, Kognition und Emotionen. Diese beiden Bögen (von W. Hagemann und K. Geuenich) wurden kürzlich in einer bislang noch unveröffentlichten Studie normiert.

3.1.2. Ergebnisse

Die Stichprobe von n = 269 berufstätigen Probanden wurde in zwei Gruppen geteilt. Die erste Gruppe (n = 208) war in ihrem beruflichen Kontext durchschnittlich belastet (Prozentrang < 84). Die zweite Gruppe (n = 61) war beruflich überdurchschnittlich hoch belastet (Prozentrang > 84). In Abbildung 2 wird gezeigt, in welchen Symptombereichen sich diese beiden Gruppen voneinander unterscheiden. Die Unterschiede in den unten angeführten Beschwerden waren statistisch hoch signifikant. Die Ergebniswerte der nicht bzw. durchschnittlich belasteten Gruppe wurden auf den Wert 1 geeicht. Die Werte der zweiten Gruppe zeigen, um welchen Faktor die Belastung der Probanden höher ist.

Es wird deutlich, dass bei vorliegender hoher beruflicher Belastung die Beschwerden auf der körperlichen, kognitiven und emotionalen Ebene um ein Vielfaches steigen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der emotionalen Beschwerden, wo die subjektiv wahrgenommene Belastung bis zu einem Faktor von 5 (bei den Kriterien „Selbstunsicherheit“, „Antriebsstörung“ und „emotionale Verarmung“), d. h. um ein Fünffaches höher ist als bei der beruflich nicht/durchschnittlich belasteten Gruppe. Körperliche und kognitive Beschwerden nehmen bis zu einem vierfachen Ausmaß zu, z. B. „Verlust der Souveränität“. Dieser enorme relative Zuwachs an Beschwerden zeigt, wie hoch der Einfluss beruflicher Belastungen auf das körperliche, geistige und/oder seelische Wohlbefinden sein kann. Selbst dann, wenn man den Einfluss der Belastungen in den Lebensbereichen Eigene Person/Selbst, Familie/Partnerschaft und Freunde/Freundeskreis herausrechnet, bleibt ein Großteil der gefundenen Zusammenhänge signifikant.

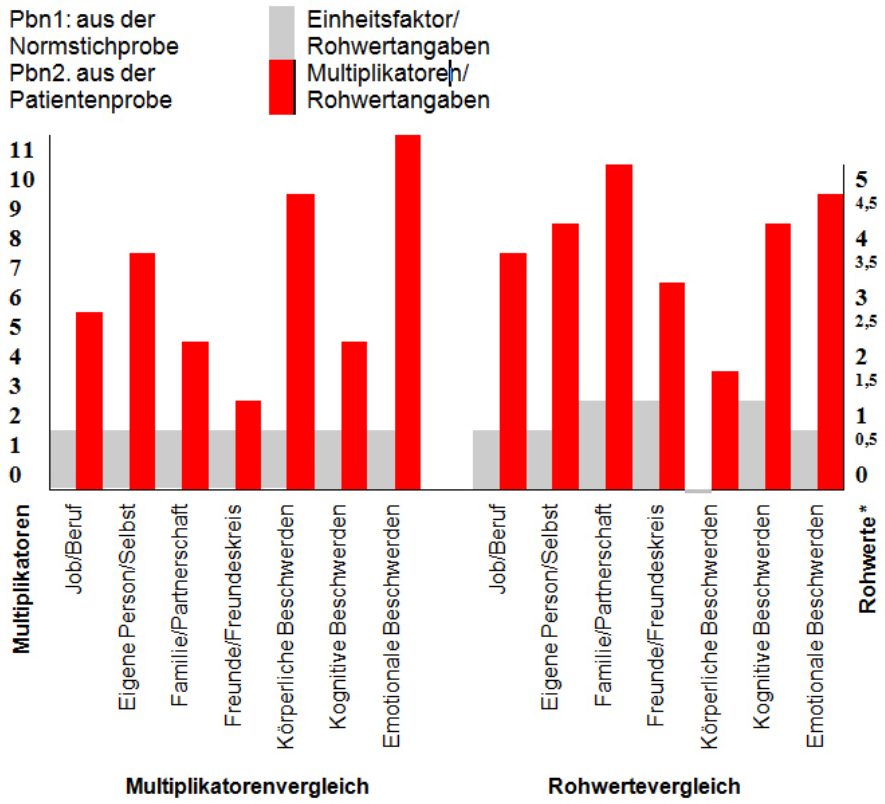
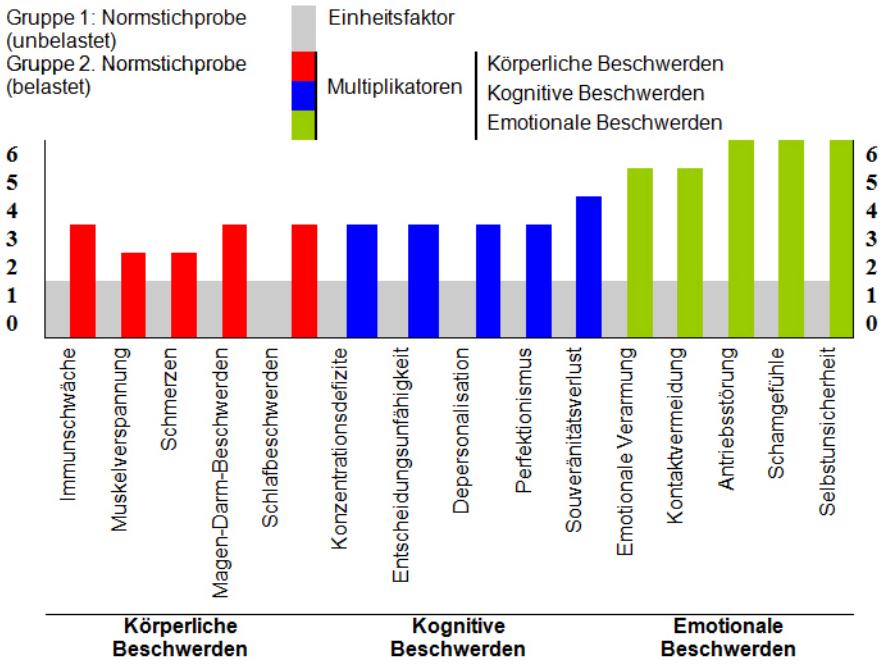


Abbildung 1 : *Ergebnisse der Fragebogenerhebung für den Patienten N aus dem Fallbeispiel und einem Probanden aus der Normstichprobe. * Rohwerte im Fragebogen min = 0; max. = 5*

Abbildung 2: *Belastungsprofile im Vergleich. Beruflich durchschnittlich vs. hoch belastete Probanden einer Normstichprobe von n = 300*



Zur Person



Dr. Wolfgang Hagemann

(Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin)

Gründer und Ärztlicher Direktor der Röher Parkklinik GmbH, einer Klinik, Tagesklinik und Ambulanz für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Gründer und Direktor des Röher Park-Institutes für Psychosomatik in der Arbeitswelt

Autor der Bücher „Burnout bei Lehrern", erschienen 2003 bei Beck (2. Aufl. erschien 2008) und „Nach der Krebsdiagnose. Systemische Hilfe für Betroffene, ihre Angehörigen und Helfer", erschienen 2003 bei Vandenhoeck & Ruprecht.

Mehrere Jahre Lehrbeauftragter der Donau-Universität Krems (A) für Systemische Familientherapie

Mitglied verschiedener Fachgesellschaften wie der Deutschen Balint-Gesellschaft

Vorsitzender der „Internationalen Gesellschaft Systems in Transition"

Medienpräsenz: z. B. Spiegel TV, WDR 3, Rundfunk WDR 5, Fokus, Berliner Tagesblatt

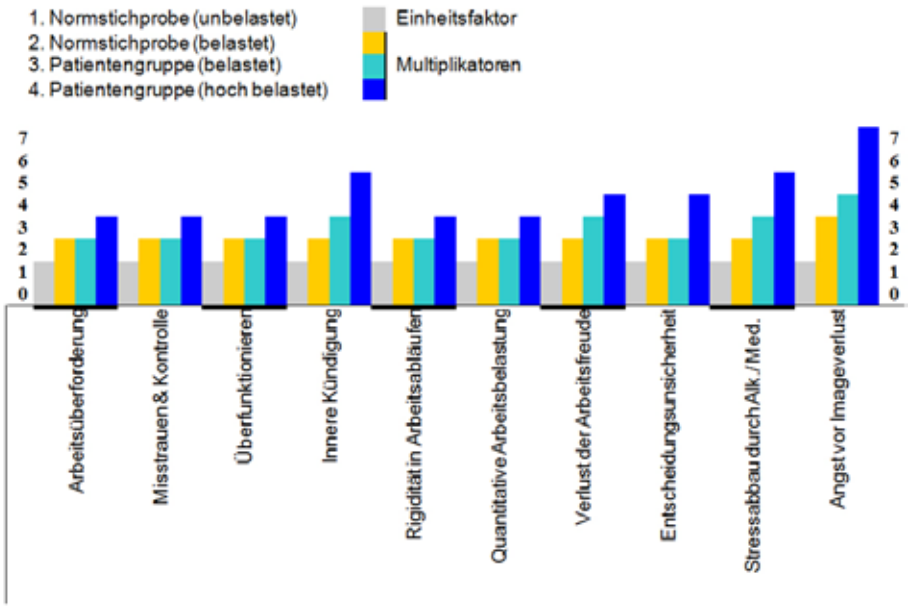


Abbildung 3 : *Vergleiche der Arbeitsbelastungen in vier verschiedenen (klinischen vs. nichtklinischen) Stichproben.*

3.2. Studie 2

3.2.1. Kollektiv und Methode

In einem zweiten Schritt wurde die Normstichprobe (repräsentative Stichprobe) mit einer Gruppe (n = 398) psychosomatisch bzw. psychisch erkrankter Patienten verglichen. Das Durchschnittsalter lag in dieser Stichprobe bei ca. 45 Jahren. Ca. 70% der Patienten hatten als Erstdiagnose eine Depressive Störung.

Bei etwa 9% der Patienten war ein Burnout die erstrangige Behandlungsdiagnose. Bei 32% der Patienten wurde die Zusatzdiagnose eines Burnouts gestellt. Etwa 59% der Patienten waren verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung, 31% waren ledig und Single. Über die Hälfte waren als Angestellte tätig. Je ca. ein Siebtel war selbstständig bzw. Beamter. 24% der Patienten arbeiteten im Bereich Bildung (z. B. Lehrer), 15% im Bereich Wirtschaft, 7% im Bereich Verwaltung, 6% im Bereich Gesundheit (z. B. Ärzte), 4% im Bereich Handwerk, 3% im Bereich Rechtsprechung, 2% im Bereich Wissenschaft und 23% verteilten sich auf weitere unterschiedliche Bereiche (15% machten zu ihrem Beruf keine spezifischen Angaben).

Untersucht wurde, in welchen arbeitsbezogenen Belastungen Unterschiede zwischen den Gruppen vorlagen. Es wurden vier Gruppen gebildet. Die Normstichprobe als Gesamtgruppe, die beruflich überdurchschnittlich hoch belasteten Probanden aus der Normstichprobe, die Patientengruppe als Gesamtgruppe und als vierte Gruppe (n = 73) die innerhalb der Patientengruppe übermäßig hoch belasteten Probanden (Prozentrang > 84).

3.2.2. Ergebnisse

Vorab ist anzumerken, dass von den zehn erfassten Kriterien der Arbeitsbelastung in der Gesamt-Patientengruppe acht im signifikant erhöhten bis stark erhöhten Bereich lagen. In der Normgruppe (Gesamtgruppe) lagen die zehn Kriterienwerte definitions- und erwartungsgemäß im unauffälligen Bereich.

Alle Unterschiede zwischen den Gruppen in den erfassten beruflichen Belastungskriterien waren statistisch signifikant. Wiederum wurden für die graphische Darstellung (siehe Abbildung 3) die Werte der Normstichprobe auf den Wert „1" geeicht und die Belastungen der anderen Gruppe hierzu in Relation gesetzt (Multiplikatoren).

Es wird deutlich, dass sich die Gruppe 3 (belastete Probanden/Patienten) in vier von zehn Kriterien um einen höheren Faktor von der Gruppe 1 (unbelastete Gruppe der Normstichprobe) unterscheidet als die Gruppe 2 (Risikogruppe der Normstichprobe). Dies gibt (als Arbeitshypothese) Hinweise auf Unterschiede zwischen psychisch erkrankten Probanden und Probanden der Normstichprobe[1]. Diese lägen dann in den folgenden Bereichen Innere Kündigung, Verlust der Arbeitsfreude, Stressabbau durch Einnahme von Alkohol und/oder Medikamenten sowie Angst vor Imageverlust. In punkto Arbeitsüberforderung, Misstrauen und Kontrolle, Leistungsstreben/ Überfunktionieren, Rigidität in Arbeitsabläufen, Dauerstress/quantitativer Arbeitsbelastung und Unsicherheit bei Entscheidungen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Der Unterschied liegt demnach

Hagemann, W; Geuenich, K.: Beruflicher Stress ... ISSN 1861- 6704 Prakt. Arb.med. 2009; 15: 20-23

besonders in den Kriterien, bei denen Angst, Scham, Resignation bzw. Kompensation durch Substanzkonsum eine Rolle spielen. Die befragten Patienten haben vor dem Hintergrund einer immens hohen Berufsbelastung innerlich „die Segel gestrichen".

Beide Gruppen erzielen jeweils doppelt bis dreifach höhere Belastungswerts als die Gruppe 1 (unbelastete Probanden der Normstichprobe).Die Gruppe der besonders hoch belasteten Patienten erreichte die höchsten Werte und höchsten Multiplikatorenwerte. Die Zunahme an Belastungen ist zwischen dreimal bis siebenmal so hoch wie in der Gesamt-Normgruppe. Auch hier liegen die höchsten Werte bei den angst- und schambesetzten Belastungsfaktoren.

4. Schlussfolgerung

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Zunahme beruflicher Belastungsfaktoren mit deutlichen (nämlich um ein Vielfaches) erhöhten Beschwerden einhergeht. Sie zeigen weiterhin, dass die Unterschiede in den Belastungen und Beschwerden bei psychisch erkrankten Personen deutlich höher sind als in der Durchschnittsbevölkerung.

5. Fazit

Es gilt, Profile beruflicher Belastungen individuell, zuverlässig und vor allem frühzeitig zu erfassen, damit diese aufgefangen und behandelt werden können, bevor sich Angst, Scham und Stress chronifizieren, und sich eine psychische oder psychosomatische Folgeerkrankung entwickeln kann. Daher ist die Anwendung eines diagnostischen Verfahrens, welches sich (wie z. B. die beiden BOSS-Fragebögen) als Screening-Instrument eignet, für die Arbeitsmedizin und -psychologie ebenso geeignet wie für Hausärzte, Psychotherapeuten sowie die Betroffenen und Interessierten selbst. Frühzeitig erkennen hieße Leid (und Kosten) reduzieren sowie Leistungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit erhalten bzw. fördern (Hagemann et al., 2006). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und gemeinsame Standards in den Methoden und Vorgehensweisen der Beratung und Behandlung wären dabei von großem Vorteil (Weber et al., 2000).

6. Literatur

Bergner, Th. (2006) Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart. Schattauer Verlag.

BKK: Pressemitteilung des BKK-Bundesverbandes, 22.05.2008, Krankenstand ansteigend – psychische Erkrankungen weiter zunehmend. www.bertelsmann-bkk.de. Zugriff: 29.08.08.

Hagemann W. (2003) Burnout bei Lehrern. Ursachen, Hilfen, Therapien. München, C. H. Beck

Hagemann W. Burnout-Screenings-Set. Ein Forschungsinstrument zur psychosomatischen Diagnostik von Burnout. (nicht veröffentlicht)

Nienhaus, K., Hagemann, W., Kraus, Th. (2006) Kosten und Nutzen von Psychotherapie beim Burnout-Syndrom und psychosomatischen Folgeerkrankungen bei Mobbing. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 41,9; S. 425-429.

Nienhaus, K. Hagemann, W. (2007) Chronische Stressbelastung und Gesundheitsrisiken für Lehrer. Die Kaufmännische Schule, 3-4, Heft 3; S. 3-5.

Nienhaus, K., Hagemann, W., Kraus, Th. (2008) Diagnostik zu arbeitsbedingtem Stress und Stressfolgen bei Ärzten. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 43,5; S. 273-276.

Weber A, Kraus Th. (2000) Das Burnout-Syndrom – Eine Berufskrankheit des 21. Jahrhunderts. ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. 35, S. 180-188.

1. Es kann aufgrund des Studiendesigns nicht ausgeschlossen werden, dass unter den Probanden aus der Normstichprobe ebenfalls psychisch erkrankte Personen waren. Keiner der befragten Probanden aus der Normstichprobe befand sich in klinisch-stationärer Behandlung.

Zur Person



Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
Katja Geuenich

(Psychologische Psychotherapeutin)

Derzeit tätig als Psychotherapeutin in der Röher Parkklinik und wissenschaftliche Leiterin des Institutes Psychosomatik in der Arbeitswelt der Röher Parkklinik

Promotion an der Universität Trier zum Thema „Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Störung"

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)